



HAL
open science

Représentation des élus locaux isérois concernant le salariat par les communes des acteurs de la santé

Marie Reynier, Léa Vareilles

► **To cite this version:**

Marie Reynier, Léa Vareilles. Représentation des élus locaux isérois concernant le salariat par les communes des acteurs de la santé. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01097392

HAL Id: dumas-01097392

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01097392>

Submitted on 19 Dec 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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2014

N°

**REPRESENTATION DES ELUS LOCAUX ISEROIS
CONCERNANT LE SALARIAT PAR LES COMMUNES
DES ACTEURS DE LA SANTE**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Par

Marie REYNIER

Léa VAREILLES

Née le 23/03/1986 à Grenoble

Née le 05/03/1986 à Echirolles

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 11 décembre 2014

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS

Membres

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Monsieur le Professeur Régis DE GAUDEMARIS

Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND, Directeur de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Remerciements

Monsieur le Professeur Patrice FRANCOIS :

Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse et de nous donner votre avis sur notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL :

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de porter un jugement sur notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur Régis DE GAUDEMARIS :

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de prendre part à ce jury.

Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND:

Merci à toi Olivier, qui depuis plus d'un an et demi, a guidé et accompagné ce travail, qui l'a nourri au fur et à mesure par tes conseils. Ton intérêt pour l'Economie de la Santé, ton investissement dans les différentes associations au cours de ton internat et actuellement, ta curiosité tout simplement...nous ont apporté une ouverture d'esprit, des réflexions sur notre système de santé et notre vie professionnelle future très enrichissantes. Nous te remercions pour l'investissement que tu as donné pour mener à bien notre projet. Merci pour les séminaires où nous avons eu l'occasion de recevoir ton enseignement au cours de notre internat.

Merci à tous ceux qui ont passé du temps à nous relire et à nous conseiller. Un merci particulier à Valérie qui nous a fortement aidés pour les traductions.

Merci, à tous les élus rencontrés qui ont pris de leur temps pour notre travail et qui nous ont toujours bien accueillis.

Remerciements de Léa :

Tout d'abord, merci à Marie Rrr d'avoir accepté de te lancer avec moi dans ce projet et d'avoir supporté mes « listes de choses à faire ». Nous y sommes arrivées ! Tu es vraiment une personne que j'apprécie, que ça soit amicalement, professionnellement et sportivement ! Je te souhaite beaucoup de bonheur dans ta vie personnelle et professionnelle. Et surtout plein de choses encore ensemble.

Merci à ma sœur, mes parents et ma famille pour votre amour, votre présence, votre patience tout le long de mes études, mais aussi de mes projets personnels. Merci d'avoir toujours été là et cru en moi.

Merci à Laurent, pour m'avoir supporté et conseillé pendant toutes ces années, mais surtout pour ton amour et tous les merveilleux moments ensemble, que cela dure encore 90 ans...

A tous les VERTACOMICORIENS, merci d'être présents depuis le lycée et d'avoir partagé tant de choses, mais surtout que cela puisse continuer encore et encore !

A mes amis de longue date, Lucie et Vanessa, mais aussi plus récents notamment Sophie.

Aux potes : Bikounette, Marie Rrr (encore), Pauline, Julia, Marie Lalo, Margaux. Pour toutes ces années passées ensemble, 10 ans de médecine ça compte beaucoup et ce n'est que le début je l'espère.

Aux médecins et équipes soignantes qui m'ont accueilli pendant mes stages et qui ont façonné le médecin que je suis devenue. Un merci tout particulier à mes « prat » d'UPL : Stéphanie, Denis et Jean Emmanuel.

Remerciements de Marie :

Tout d'abord un grand merci à toi Léa, qui a accepté il y a deux ans de t'embarquer avec moi dans cette aventure !!! Je ne te remercierai jamais assez pour ta motivation permanente, la patience que tu as pu avoir même en cas de baisse de productivité... Merci pour toutes ces années passées (dix ans déjà !! ton soutien dès la P1) remplies de fous rires, de gros Doss... et le meilleur reste à venir !! Tu es une fille formidable et je te souhaite tout le bonheur et la réussite dans ta vie personnelle et professionnelle.

A mes parents, qui voyez enfin le bout du tunnel après ces longues années d'études... Merci pour votre amour et votre soutien permanent qui m'a permis de devenir celle que je suis aujourd'hui. Papa, je suis très fière de l'enseignement que tu m'as donné et l'amour de la médecine que tu m'as transmis.

A toute ma famille, pour vos encouragements dès la P1 et votre patience. Val, je te serais toujours reconnaissante pour l'enseignement professionnel (ton accueil dans le monde des Urgences !) et personnel que tu m'as donné en tant qu'aînée. Merci à toi ma Babe, tu m'as soutenu tout au long de mes études (des courses à pied aux coups de gueule) et particulièrement dans notre coloc en 6^e année avec nos quarts d'heure de folie !!

A mes amis de longue date, Delphine, Tot, les « hors médecine », fidèles, avec qui j'ai partagé tellement de bons moments et pour ceux à venir. Vous m'avez accompagné dans toutes les épreuves. Vous avez contribué à mon épanouissement personnel et je vous en suis très reconnaissante.

Aux « Zizouilles », avec qui j'ai partagé toutes mes années de médecine. Merci pour votre soutien, nos soirées et vacances de Folies resteront toujours les meilleurs souvenirs de ma vie étudiante. A nous de construire ceux après l'Internat !!

A mes amies d'Aventures, Manu et Poulou, notre insouciance nous a conduit à l'apéro sur les hauteurs Himalayennes, ou caresser une mygale... (ou presque !) et mon imagination est débordante pour nos prochaines escapades ! Merci d'être là.

Liste des Professeurs Universitaires et Praticiens
Hospitaliers

Doyen de la Faculté de Médecine :
Monsieur le Professeur Jean-Paul ROMANET

UFR de Médecine de Grenoble

DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE CEDEX – France
TEL : +33 (0)4 76 63 71 44
FAX : +33 (0)4 76 63 71 70



Affaire suivie par Marie-Lise GALINDO sp-medicine-pharmacie@uif-grenoble.fr

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2013-2014

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	chirurgie générale
PU-PH	BACONNIER Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	BAGUET Jean-Philippe	Cardiologie
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAUDAIN Philippe	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BEANI Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
PU-PH	BETTEGA Georges	Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
MCU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA CHRISTIAN	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence

Mise à jour le 11 février 2014

PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIROSEL Jean-Paul	Anatomie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	DE GAUDEMARIS Régis	Médecine et santé au travail
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
MCU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GODFRAIND Catherine	Anatomie et cytologie pathologiques (type clinique)
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique

Mise à jour le 11 février 2014

PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Département de veille sanitaire
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU-PH	LAUNOIS-ROLLINAT Sandrine	Physiologie
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	chirurgie générale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
MCU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MACHECOURT Jacques	Cardiologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MCLEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MOUCHET Patrick	Physiologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie

Mise à jour le 11 février 2014

PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
MCU-PH	RAY Pierre	Génétique
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET J. Paul	Ophthalmologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SERGEANT Fabrice	Gynécologie obstétrique
PU-PH	SESSA Carmine	Chirurgie vasculaire
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU	VILLA Alessandro	Neurosciences
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

Mise à jour le 11 février 2014

Abréviations

- AGECSA : Association de Gestion des Centres de Santé Associatifs de Grenoble
- AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles
- CCAS : Caisse centrale d'Activités Sociales
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CNRS : Centre National de Recherche Scientifique
- CREDES : Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en économie de la Santé
- DVG : Divers Gauche
- EELV : Europe Écologie Les Verts
- ENMR : Expérimentation des Nouveaux Mode de Rémunérations
- HPST (Loi HPST) : Loi Hôpital, Patient, Santé et territoire
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
- IRIS : Ilots Regroupés pour Informations Statistiques
- MSP : Maison de Santé Pluri professionnelles
- OCDE : Organisation de Coopération et de Développement économique
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PRS : programme régional de santé
- PCF : Parti Communiste Français
- PIB : Produit Intérieur Brut
- PRS : Programme Régional de Santé
- PS : Parti Socialiste
- ROSP : Rémunération sur Objectif de santé publique
- SE : Sans étiquette
- UMP : Union pour un Mouvement Populaire
- UNCAM : Union National des Caisses d'Assurance Maladie
- UNOF-CSMF : Union National des Omnipraticien – Confédération des Syndicats Médicaux Français

Table des matières

Abréviations	12
Table des matières.....	13
Résumé.....	14
Abstract.....	15
Introduction :	16
Matériel et Méthode.....	19
Résultats : [Annexe IV].....	23
Discussion.....	38
1. Réponse à l'objectif principal :.....	38
2. Discussion des résultats :.....	38
3. Validité de l'étude.....	48
CONCLUSION	50
Bibliographie	51
ANNEXES.....	56
Annexes I : Cartographie des zones fragiles, ARS	57
Annexe II : Accord du CNIL.....	58
Annexe III : Grille d'entretien	59
Annexe IV : Tableau des résultats.....	62
SERMENT D'HIPPOCRATE	71
Un CD contenant l'ensemble des retranscriptions des entretiens est disponible en 2e de couverture	

Résumé

Le paiement à l'acte n'apparaît plus aujourd'hui comme le mode de paiement incontournable et exclusif des médecins de ville. Un plus grand choix de mode de rémunération est réclamé parmi les jeunes générations de médecins, dont le salariat. L'objectif de cette étude était de recueillir les représentations des élus locaux Isérois concernant le salariat par les communes des acteurs de la santé.

Une étude qualitative a été réalisée, par entretiens individuels semi-directifs auprès de dix-sept élus locaux, entre octobre 2013 et avril 2014. L'étude a été conduite en recherche de variation maximale jusqu'à saturation des données.

Des élus étaient conscients de la problématique de la démographie médicale et de l'évolution des mentalités de la nouvelle génération de professionnels médicaux et paramédicaux. Certains s'investissaient déjà dans le domaine de la santé via le financement ou le prêt de locaux. Cependant, ils ne semblaient pas prêts à salarier des acteurs de la santé, même s'ils pensaient que ça améliorerait la permanence des soins et l'accessibilité à la santé. Selon eux, l'échelon communal n'était pas le plus approprié par manque de compétence et de moyens financiers. Le regroupement intercommunal sur la problématique de la santé semblait être pour certains élus une alternative intéressante.

Les professionnels de santé aspirent à un changement des pratiques, avec une attirance croissante pour l'exercice regroupé et pour le salariat devant les contraintes temporelles et administratives du libéral. Même si le salariat des médecins généralistes n'a pas encore remplacé le système libéral, ce mode de rémunération pourrait avoir sa place dans le système de santé à venir. Une évolution est donc nécessaire afin de maintenir une attractivité de la profession et l'accessibilité aux soins sur le territoire.

Mots Clés : Médecine générale – Salariat – Elus locaux – Système de santé

Abstract

Nowadays, the medical consultation payment doesn't appear as the only exclusive payment for GPs in urban areas. The new generation of GPs claims for a wider payment's choice, including the wage-earners. This study was designed to present the thinkings and opinions of local representatives in Isère about the wage proposition of healthcare professionals by each locality.

A qualitative study was performed from October 2013 to April 2014. It consisted of interviewing seventeen local representatives individually through semi-directive questions. The study was conducted with a maximum number of interviews to collect the complete data about the problem.

Some of local representatives were already aware of the medical demographic problems and the change in thinking on a part of the new generation of medical and paramedical professionals. Part of them has already been acting in favor of healthcare by financing or offering free office spaces. However, they didn't seem to be prepared to the GPs' wage-earners, even if they thought that such proposition would guarantee permanent health care services for everyone. According to them, localities lack both finances and knowledge in medical care. In their opinion, the localities gathering would be a better financial possibility for health care compensation.

Health professionals are looking for changes in their practice, they would like to work together and are looking for a wage-opportunities which would give them both administrative and personal advantages. Even though the GPs wage have not replaced the liberal system yet, it will still have a chance in a future health care system. Evolution is necessary to keep attractiveness of the profession and access to care.

Keywords : General medicine – Wages – Local representatives – Care system

Introduction :

Le système de santé français est en pleine transition. La démographie médicale et l'offre de soins sont des sujets d'actualité récurrents depuis une dizaine d'années.

Ces dernières années, le rôle de l'Etat a été accru dans la politique de santé : tout d'abord avec la réforme JUPPE en 1996, puis avec les lois du 9 août 2004 [1] et enfin la loi HPST [2] (Loi Hôpital, patient, santé et territoire) de juillet 2009. Cette loi a inscrit le schéma régional d'organisation des soins, initié en 1992, dans un programme régional de santé (PRS) et a favorisé l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoires. Elle a renforcé le rôle territorial des politiques de santé grâce à la simplification du système à différents niveaux (régional, Etat et Assurance Maladie), et elle a augmenté les responsabilités des collectivités locales. Elle a précisé la notion de réseau de soins et établi un cadre légal aux maisons et pôles de santé pluri professionnels, ainsi qu'aux centres de santé. Son objectif a été d'assurer, pour les années à venir, à toute la population un accès satisfaisant et équitable à une offre de soins de premier recours. Les soins de premier recours englobaient la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, mais aussi la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, l'éducation pour la santé et l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.

Dans un souci croissant de structuration de l'offre de soins ambulatoires et d'efficience, l'Assurance Maladie a poursuivi la diversification des modes de rémunération proposés aux médecins. La mise en place sans concertation du CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles) par l'UNCAM en 2009 et sa

réussite partielle, a contraint les principaux syndicats de médecins libéraux à accepter la Nouvelle Convention Médicale signée en juillet 2011 [3]. Un des objectifs marquant de cette nouvelle convention a été l'instauration d'une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP ou P4P).

Au 1er janvier 2014, la densité médicale métropolitaine en activité régulière était de 295,5 médecins dont 134,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants [4]. 90 630 médecins généralistes étaient inscrits à l'Ordre en activité régulière, soit une baisse de 6,5% depuis 2007. 45,6 % étaient des libéraux, 10,8 % avaient une activité mixte et 43,6 % étaient salariés, contre 47,6%, 9,7%et 41,7% respectivement en 2007. En Isère, la densité médicale était de 139,3 médecins généralistes pour 100 000 habitants et la baisse du nombre de médecins généralistes en activité régulière de 3.8%. Cette tendance devrait se confirmer jusqu'en 2020. Ce déséquilibre démographique a posé la problématique d'un maintien de l'accès aux soins de premier recours de qualité pour tous sur l'ensemble du territoire. Ce déséquilibre était aggravé par l'âge médian de la profession, 51 ans, dont 25.8% avaient 60 ans et plus et par la féminisation. En effet, une étude menée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes a montré un attrait croissant des médecins, et plus particulièrement des femmes, pour le salariat. La raison principale de cette nouvelle attirance était la possibilité d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle, malgré une rémunération et une reconnaissance moindre [5]. L'exercice libéral ne semblait pas suffisamment attractif pour les jeunes médecins.

Pour faire face à ces difficultés, certaines communes se sont de plus en plus investies dans le domaine de la santé via la mise en place de maison médicale ou le prêt de locaux professionnels. Dans certaines, de nouvelles expériences ont été

menées : des médecins généralistes ont été salariés par la commune afin de promouvoir l'accès aux soins [6].

De plus en plus de professionnels, et notamment les plus jeunes, ont aspiré à une activité différente de celle de leurs aînés et ont envisagé de se regrouper [7]. L'exercice regroupé et pluri professionnel constituait une offre de soin de premier recours performante pour les patients et attractive pour les professionnels de santé [8, 9]. La rémunération à l'acte n'a pas semblé favoriser le travail en équipe et le partage des tâches [10]. C'est pourquoi dans l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2008, il a été proposé en expérimentation des nouveaux modes de rémunérations (ENMR), complétant le paiement à l'acte. L'objectif de ces ENMR a été de tester dans quelles mesures des modes de rémunérations alternatifs au paiement à l'acte (sur la base de forfaits) favorisaient la qualité et l'efficacité des soins de premier recours.

Devant le désintérêt croissant de l'exercice libéral au profit de l'exercice salarié, le déséquilibre démographique, l'émergence de nouveaux modes de rémunération et le rôle croissant de l'état et des collectivités, la question d'une évolution du système de santé vers le salariat des professionnels de santé par les collectivités locales a émergé.

L'objectif principal était de recueillir les représentations des élus locaux isérois concernant le salariat par les communes des acteurs de la santé (médicaux et paramédicaux). L'objectif secondaire était d'évaluer le devenir du salariat pour maintenir une offre de soins de premier recours à la population.

Matériel et Méthode

Cette étude était une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés effectuée entre octobre 2013 et avril 2014.

Population

La population a été constituée d'élus locaux du département de l'Isère (Rhône-Alpes, France) recrutés selon la méthode du pas à pas jusqu'à saturation des données. Il s'agissait de maires, dont certains sont impliqués dans la communauté de commune ou le Conseil général, d'adjoints au maire, ou de conseillers municipaux en charge de la santé.

La recherche de variation maximale établie à l'aide du travail d'A Girard [11] a été réalisée sur le sexe, le milieu rural ou urbain de la commune ainsi que l'orientation politique. La sélection des villes à la fois en zones dites fragiles ou non (villes non classées) a été faite à l'aide de la liste de l'ARS (Agence Régionale de Santé) du zonage des pôles de premier recours [annexe I]. Parmi la liste exhaustive des élus locaux Isérois, quinze personnes initialement ont été retenues selon ces critères. Trois communes n'ont jamais répondu malgré plusieurs relances et une commune classée en zone IRIS (Ilots Regroupés pour Informations Statistiques) n'a pas souhaité nous rencontrer au motif « *qu'elle était assez équipée et pas dans le besoin* ». Afin d'obtenir la saturation des données, l'échantillon a dû être élargi. Pour cela, les chercheurs ont utilisé la méthode de l'échantillonnage par boule de neige : certains interviewés ont recommandé d'autres élus du fait d'un intérêt potentiel pour ce sujet.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la saturation des données, correspondant au moment où les informations recueillies sont apparues redondantes

et semblaient n'apporter plus rien de nouveau sur l'objectif après deux entretiens successifs, soit dix-sept entretiens sur les quinze initialement prévus.

Le chercheur a pris contact par mail puis par téléphone avec les élus sélectionnés. Pour une commune, suite à une erreur d'orientation de la part du secrétariat des élus, un premier entretien a été réalisé avec le responsable hygiène et santé, ne faisant pas partie du conseil municipal. Cet entretien a permis de comprendre l'organisation de la commune et d'être mis en relation avec le conseiller municipal en charge des questions d'hygiène et de santé. L'entretien a été gardé pour l'analyse, car il s'agissait d'un médecin et il a été jugé par les chercheurs que son opinion était intéressante. Un entretien a été mené auprès d'un élu de la communauté de communes du Sud Grenoblois, par effet boule de neige. Il était membre de la communauté de communes en 2013, et a rejoint le conseil municipal de sa commune suite aux élections 2014. Cet entretien a été conservé pour l'analyse. Un des interviewés était maire et également le président de l'association des maires de l'Isère.

A l'exception d'un entretien, les interviews ont concerné des élus en fin de mandat (élections municipales en mars 2014).

Méthode de recueil des données - entretiens

Les entretiens ont été menés de façon semi-directive et individuelle. Ils ont tous été réalisés par le même chercheur, en face à face avec les élus, à l'aide d'une grille d'entretien. Le chercheur était seul, ainsi que l'élu. Le chercheur a été tenu d'informer du respect de l'anonymat des entretiens. Afin de renforcer cet anonymat, un chiffre a été attribué au hasard à chaque interview, grâce à la fonction « aléa entre borne » d'Excel®. Les entretiens ont tous été intégralement enregistrés au

dictaphone numérique et retranscrits littéralement (= *verbatim*) par le deuxième chercheur à l'aide d'un logiciel de traitement de textes (Word®). Chaque entretien a été retranscrit mot à mot, de la façon la plus fidèle à l'enregistrement, puis vérifié par le chercheur intervieweur, dans un délai de 15 jours pour corriger les erreurs d'écoute. Afin de s'assurer que ces étapes ont permis à la fois de respecter les propos des interviewés, leur anonymat et leur intégrité, le *verbatim* leur a été adressé personnellement par mail pour qu'ils puissent apporter si nécessaire des modifications et donner leur accord quant à l'exploitation des données. L'ensemble des élus interrogés pour les besoins de cette étude a répondu positivement et sans réserve en retour à leur *verbatim*. Le chercheur était désigné par « Intervieweur » et l'interviewé par I plus le chiffre attribué au hasard. Le *verbatim* a été référencé en intégralité sur support numérique.

La commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) [Annexe II], a donné son autorisation (n°1772637 v 0) quant à l'exploitation des données.

Grille d'entretien

La grille d'entretien débutait par une présentation du travail de recherche puis venait une question ouverte. Un guide thématique préétabli par les chercheurs a servi de trame au cours des entretiens. Il était composé de trois parties distinctes. La première s'intéressait à la représentation des élus locaux isérois concernant le salariat par les communes des acteurs de la santé, ainsi qu'aux aides publiques apportées et envisagées. La seconde faisait un état des lieux du système de soin et de la démographie médicale en Isère. La troisième et dernière partie, abordait l'avenir de l'accès aux soins et les propositions éventuelles envisagées pour maintenir celui-ci [Annexe III].

Codage :

Le contenu de l'analyse, et donc du codage, a été encadré par la question de recherche et les critères d'inclusion afin d'obtenir les résultats les plus pertinents possibles. Le traitement des données a été effectué à posteriori par les chercheurs, en appliquant la méthode de triangulation. Après la réalisation du codage de cinq entretiens, les codes obtenus ont été regroupés en sous thèmes puis en thèmes principaux. Il a été obtenu ainsi une grille de codage, utilisée et complétée pour l'analyse des 12 *verbatim* restants. L'ensemble des entretiens a été repassé dans le guide final afin d'affiner le codage axial et de vérifier l'absence d'oubli.

Résultats : [Annexe IV]

La durée des entretiens a varié de 17 minutes à 1H25, avec une durée moyenne de 42 minutes.

Flow chart :

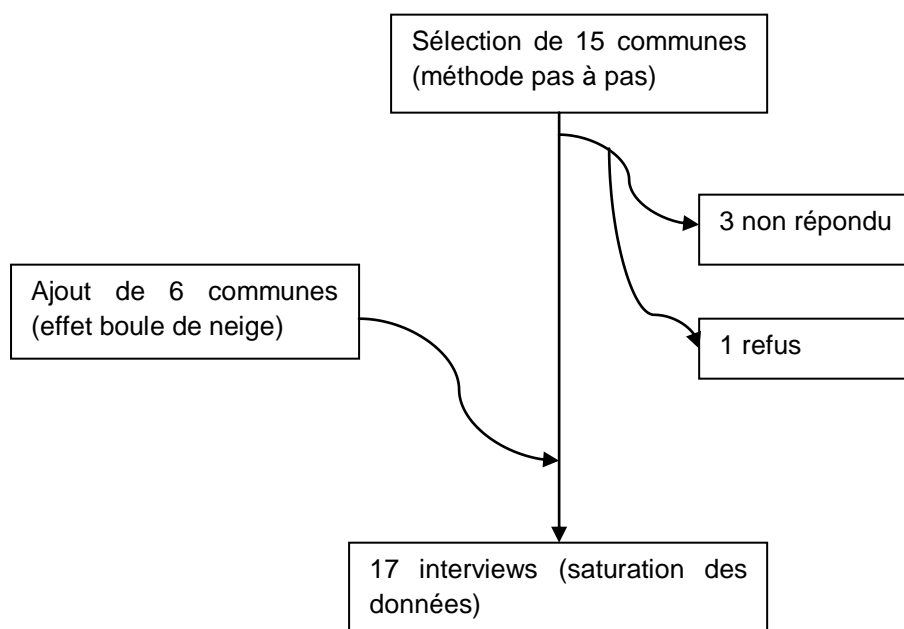


Tableau des caractéristiques des interviewés :

	Sexe / âge	Fonction	Parti politique	Métier	Lieu de rencontre	Durée	Taille des communes	Proximité avec un CH	Milieu
1 (C)	M /49 ans	Maire	SE	biologiste	Mairie	17min 27s	2000 à 10000	proche	Péri urbain
2 (H)	M / 56ans	Maire,	UMP	Agent technique	Mairie	20 min	2000 à 10000	proche	Péri urbain
3 (P)	M /60ans	Maire,	Indépendant	Elu	Association des Maires	44 min	<2000	éloigné	Rural
4 (B)	F	2 ^{ème} adjointe	PS	retraîtée	mairie	36min 45s	2000 à 10000	proche	Urbain
5 (K)	F / 50 ans	Responsable service hygiène de la ville	Parti de Gauche	Responsable service hygiène de la ville	Locaux CCAS	60 min	>10000	proche	Urbain
6 (L)	M / 69 ans	Maire	PS	Retraité (directeur d'établissement médico-social)	Mairie	1h 3min 39s	2000 à 10000	éloigné	Montagnard
7 (k bis)	M / 38ans	Elu santé de la commune	Parti de Gauche	Educateur spécialisé	Mairie	44min	>10000	Proche	Urbain
8 (A)	M /60 ans	1 ^{er} adjoint au maire	DVG	Agro- alimentaire (charcutier)	Mairie	1h 20 min	<2000 en basse saison	Eloigné	Montagnard
9 (I)	M / 68ans	Conseiller municipal	PS		Mairie	21min	2000 à 10000	Proche	Péri urbain
10	F / 66	Maire,	PS	retraîtée	Mairie	20	<2000	Eloigné	Montagnard

(F)	ans					min			
11 (S)	F/ 58 ans	1 ^{ère} adjointe au maire	PCF	Elue temps complet (formation de secrétaire médico-sociale et conseillère conjugale et familiale)	Mairie	21 min	>10000	Avec CH	Urbain
12 (Z)	F /36 ans	Adjointe à la santé,	EELV	Responsable projets sociaux et médicaux sociaux	Mairie	47 min	>10000	Avec CH	Urbain
13 (J)	M /66ans	Maire,	SE		Association des maires de l'Isère	18 min	2000 à 10000	Eloigné	Montagnard
14 (D)	F	Maire	UMP	Commerçante	Mairie	50 min 58s	< 2000	Eloigné	Montagnard
15 (G)	M / 53 ans	Maire	EELV	Cadre administratif	Mairie	38	2000 à 10000	Proche	Péri urbain
16 (M)	M / 74 ans	1 ^{er} adjoint au Maire	SE	Retraité (salarié dans le privé)	Mairie	86 min	2000 à 10000	Proche	Péri urbain
17 (E)	M /62 ans	Maire	Divers droite	Médecin généraliste	Mairie	55 min	2000 à 10000	Proche	Péri urbain

Démographie médicale :

Les élus locaux rencontrés semblaient inquiets concernant la problématique de la démographie médicale. Le déséquilibre démographique (s'amplifiant du fait de la réduction initiale du numerus clausus, du vieillissement des professionnels en activité) et le problème de la désertification des zones rurales les préoccupaient. Certains élus n'anticipaient pas la baisse de la démographie médicale car ils ne ressentaient « pas d'urgence » (Interviewé 2 = I 2) puisque leur commune n'était pas dans le besoin.

Des élus exprimaient leur inquiétude sur le fait qu' « *en fin de saison, ils [les médecins] ne restent pas* » (I 13), posant le problème d'accès aux soins pour la population sédentaire dans les zones touristiques.

Le salariat par les communes :

Lorsque la question du salariat des acteurs de la santé par les communes était posée aux élus locaux, les avis divergeaient. Certains n'avaient pas réfléchi à la question. Une grande partie des élus locaux était contre cette idée. Certains la qualifiaient d'« *aberrante* » (I 8) voir d'« *impossible* » (I 14). Une des caractéristiques des opposants à ce système était l'absence de besoin sur leur territoire « *à partir du moment où on a des professionnels de qualité [...] qui restent. Je ne vois pas pourquoi [...] la collectivité irait plus loin, irait salarier* » (I 5). Ces élus ne voyaient pas quelles améliorations cela pourrait leur apporter « *je vois pas à quoi ça pourrait servir, [...], je vois pas ce que ça pourrait apporter au service actuel* » (I 9). D'autres pensaient que cela pouvait être envisageable à l'avenir et parlaient d' « *une vraie mutation vers ça* » (I 15) voir « *d'une réforme colossale* » (I 15) mais avec certaines limites « *dans un pays qui n'accepte pas les réformes* » (I 15). Certains élus étaient investis « *depuis très longtemps* » (I 7) dans le domaine de la santé, et insistaient sur l'importance qu'une « *commune soit présente dans le champ de la santé, en tant que partenaire* » (I 7).

Les arguments en faveur de ce mode de rémunération pour les élus locaux étaient :

- la nécessité d'assurer la permanence des soins « *je comprends qu'il y ait des Maires qui soient peut-être prêts à embaucher un médecin, pour maintenir une permanence de soins.* » (I 14), et de conserver une disponibilité des acteurs de la santé « *L'acceptabilité pour nous, euh c'est d'avoir quelqu'un de disponible* » (I 13), « *elle [la commune] va lui demander un rendu des heures...* » (I 10).
- le maintien d'un accès aux soins pour tous, notamment pour les populations en grande précarité « *on pense que c'est un moyen d'accès aux soins pour*

les populations en précarité, et en très grande précarité » (I 12), mais aussi dans des zones avec une faible démographie médicale « On serait au fin fond de la C, [...] Là oui, là, la démarche qu'on a selon le secteur pour salarier des médecins je veux bien » (I 8), ou liée à une désaffection médicale secondaire à de l'insécurité ou un manque d'aménagement « il y a des territoires même dans l'Isère, soit en milieu rural soit en milieu très urbain, où il y a des difficultés en terme de sécurité, d'aménagement. Où là, les collectivités je pense, sont amenées à se poser la question du maintien d'un tel service à la population » (I 2).

- la lutte contre les inégalités et notamment les dépassements d'honoraires afin d'éviter d'avoir « *des médecines à 2 vitesses* » (I 7).
- l'incitation à l'installation des médecins dans certaines zones géographiques en leur assurant une base de salaire fixe « *je pense que ce serait une bonne solution de leur apporter un salaire. Une base de salaire... pour les garder quoi.* » (I 10).
- l'amélioration de la qualité de vie des professionnels de santé : « *les professions médicales auront intérêt de devenir des salariés. Je vous le dis très clairement, avec une sécurité d'emploi, une sécurité de retraite* » (I 17).

Les limites et freins à un tel système exprimés par les élus semblaient nombreux :

- l'aspect libéral de la médecine générale a été exprimé par plusieurs élus. En insistant sur le fait qu'il s'agissait d' « *une profession indépendante* » (I 9).
- le financement. Selon certains, cela engendrerait des coûts importants pour une collectivité dans un contexte économique difficile, « *des sommes conséquentes et l'économie des collectivités aujourd'hui me paraît totalement incompatible* » (I 16), « *donc irréalisable complètement* » (I 16). Un élu évoquait la possibilité de création de centres de santé par la commune, mais

« au jour d'aujourd'hui, le fonctionnement des centres de santé n'est pas rentable » (I 5).

- le manque de compétences. Pour de nombreux élus, la santé ne faisait pas partie des compétences de la commune. Les élus ont estimé ne pas avoir les connaissances et compétences dans ce domaine, « il faut que la collectivité ait le mandat, la compétence pour ça. » (I 15). Cette lacune s'appliquait aussi bien pour le recrutement « on a même pas nous-mêmes le critère d'analyse suffisant pour savoir si la personne qu'on va recruter, fera fonction d'être un bon médecin » (I 14) que pour l'aspect juridique, administratif et financier « Et le patient, il rémunère qui ? » (I 9). Pour pallier ce manque de compétences, un élu a proposé d'embaucher une structure délégataire pour prendre en charge ce système « Je crois pas qu'on ait l'infrastructure pour organiser ça. Donc forcément, on passera par une structure délégataire, [...]. Donc la question du salariat sera transposée à l'intérieur de cette structure délégataire » (I 15). A l'inverse, un élu pensait que ce n'était pas un problème de compétence « Le service public, sait faire. Donc à partir du moment où il sait faire, je ne vois pas pourquoi on déléguerait à d'autres, au privé » (I 7).
- l'échelle communale. Pour plusieurs élus, une telle démarche devrait être entreprise au minimum au niveau intercommunal, « cette question-là ne pourrait pas être en aucun cas communale, elle serait pour le moins intercommunale » (I 16) voir au niveau de l'état « c'est quand même une compétence d'état, euh la santé. » (I 11).
- la peur d'un investissement à perte. Un élu a exprimé sa crainte de mettre en place un tel système avec le risque d'abandon de poste « c'est vrai que ça peut protéger pendant un petit moment, mais après le médecin s'il trouve quelque chose ailleurs, il peut du jour au lendemain aussi, pareil pour une maison de santé, il peut partir. » (I 14).

- la liberté de choix de son médecin/de ses patients, « *c'est aussi le choix de chacun de choisir son médecin référent* » (I 8), mais aussi le choix de sa patientèle par le médecin « *quand j'ai envie de dire à un patient : monsieur dégagez, j'ai plus envie de vous voir dans mon cabinet, c'est le libéralisme, allez voir quelqu'un d'autre.* » (I 17).
- la difficulté à embaucher. Dans les communes, où il existait du salariat au travers de vacations ou de centres de santé, il n'était pas facile d'embaucher des médecins « *c'est compliqué d'arriver à trouver un médecin qui soit disponible à mi-temps ou à temps plein* » (I 12), du fait d'un salaire insuffisant « *ils sont pas très bien payés par rapport à tous leurs collègues du privé* » (I 7) et/ou un manque de reconnaissance « *quand ils travaillent au service santé, ils sont pas très bien reconnus par rapport à ce qu'ils font* » (I 7). Concernant le salaire, un élu a insisté sur la nécessité de proposer un salaire décent aux médecins, « *Et c'est pas dire, [...] vous aller gagner 3000 euros par mois, non. Un médecin ça doit gagner d'avantage, parce qu'il a une mission sociale, une mission de santé publique,* » (I 6).
- la baisse de la qualité des soins. Certains élus se sont inquiétés du risque d'une détérioration de la qualité de soins secondaire au salariat « *Je trouve que dans la démarche individuelle, il y a un engagement, il y a une implication* » (I 3).

Le regroupement intercommunal :

Le salariat des médicaux et paramédicaux par les communes était une idée nouvelle. L'échelle communale ne semblait pas être la plus appropriée « *je pense qu'une commune toute seule ne peut pas* » (I 17). L'avenir paraissait être le regroupement de communes en intercommunalité « *je suis d'accord pour un*

regroupement intercommunal » (I 8) ou bassin de vie « *ça s'organise avec la communauté de communes, le bloc communal.* » (I 13). Actuellement, il existait déjà sur plusieurs territoires, un regroupement de communes afin d'assurer la permanence des soins grâce aux maisons médicales de garde « *il y a 23 communes qui s'en servent [maison de garde]* » (I 9).

Les avantages selon certains élus à un regroupement intercommunal étaient :

- financiers : baisse des coûts pour les communes, et augmentation des aides « *je serais assez pour l'intercommunalité [...] pour peut-être pouvoir bénéficier d'aides des structures départementales* » (I 4).
- améliorer la permanence des soins « *les deux médecins de X fassent des permanences sur le cabinet de C* » (I 1) dans un but de désengorger les urgences « *c'est pas l'hôpital qui doit être la première urgence.* » (I 13).
- maintenir un service de proximité pour la population, notamment en milieu dit rural ou montagnard « *il est important, [...] d'avoir sur chaque territoire le minimum pour les personnes qui habitent... médecin, kiné, dentiste, infirmier, pharmacie à proximité,* » (I 10).

Il semblait exister pour quelques élus des inconvénients au regroupement intercommunal. Il s'agissait :

- de l'hétérogénéité des attentes de l'ensemble des communes sur un territoire « *on ne peut pas imposer aux autres communes d'être investies comme on est, sur leur territoire.* » (I 12). Or les élus des communes ne consacraient pas tous la même énergie dans le champ sanitaire « *on aurait bien aimé, sauf que les villages environnants, ils veulent pas s'occuper de cette question* » (I 15).
- de la problématique des déplacements liée à l'étendue des bassins de santé. Cela posait le problème des distances et de la mobilité des patients « *déplacer*

une certaine population locale qui se déplace très difficilement. Aller à 5 km à côté et c'est un frein » (I 8).

- du choix de la commune recevant le cabinet, ou la maison de santé, qui pouvait provoquer des rivalités de clocher ou de parti politique « *c'était aussi, une réaction politique. Le maire de D n'était pas de la même sensibilité » (I 14).*

L'étatisation

La question du salariat des médecins généralistes interrogeait sur l'étatisation du système de santé. Là encore, les avis divergeaient. Pour quelques élus, les acteurs de la santé étaient déjà salariés de l'état via la sécurité sociale « *vous médecins généralistes, médecins spécialistes en ville, [...] ils sont déjà salariés de la sécurité sociale » (I 12).* Le rôle croissant de l'état dans le domaine de la santé avait pour certains, comme objectif de faciliter l'accessibilité à la santé pour tous « *Si ça pouvait être plus accessible à tous, pourquoi pas ! » (I 4).* Cependant certains élus s'opposaient à l'étatisation « *Je suis contre, absolument contre » (I 8).* Les motifs de ce refus étaient :

- la baisse de la qualité des soins, en s'appuyant sur l'exemple du système de soins anglais, « *Je pense à l'Angleterre, qui a le plus mauvais service de médecine du monde. Parce qu'ils sont libéraux sur tout sauf là-dessus. » (I 6)* et donc la peur de l'apparition d'une « médecine à deux vitesses » (I 6).
- un manque de reconnaissance des médicaux par le public « *comme tout ce qui est étatique. Vous avez quelqu'un qui est bon, il n'est pas beaucoup plus reconnu que quelqu'un qui est très mauvais » (I 1)* avec le risque d'entraîner une démotivation des acteurs de la santé et une détérioration du système de soins.

- la dégradation de la relation médecin malade
- les connaissances insuffisantes des hauts représentants avec le risque de prise de décisions inadaptées au territoire « *ce qui me gêne un peu c'est que les têtes pensantes sont quelquefois dans un bureau et ne se mettent pas sur le terrain pour analyser les situations individuelles.* » (I 10), puisque « *Ce qui peut marcher en ville n'est pas forcément applicable à la campagne et inversement* » (I 10). Certains élus ont critiqué le manque de compétence de l'état et des élus en charge de la santé « *pour régler les problèmes de santé, il faut que les élus, [...], ceux qui ont en charge ce dossier-là, d'avoir des connaissances dans le domaine de la santé.* » (I 17).
- le financement. Le frein financier, au travers de la décentralisation est évoqué par deux élus « *L'état se désengage sur le conseil régional, sur le conseil, sur le conseil départemental." [...] Et paf, il se répercute sur la Métro, ou sur la ville [...] le budget de la ville, il n'est pas non plus extensible, car sinon il faut augmenter les impôts.* » (I 7). Ces élus insistaient sur le fait que le domaine de la santé était un domaine complexe et différent, où la notion de rentabilité ne devait pas rentrer en compte « *la question de savoir si c'est rentable ou pas, elle ne se mesure que à l'aune de savoir si les gens sont en bonne santé ou pas* » (I 7).

Enfin la connaissance des élus, sur les modifications réglementaires, la mise en place des nouveaux systèmes de rémunération semblait somme toute modeste. Seulement quelques élus ont évoqué soit la loi Kouchner, soit la loi HPST.

Les aides actuelles et projets en cours

Le salariat des médicaux et paramédicaux n'était pas répandu sur le département Isérois. Cela ne voulait pas dire que les différentes administrations françaises ne s'investissaient pas dans le domaine de la santé.

A l'échelle communale, de nombreuses aides étaient apportées. Il existait une forte participation des communes dans la mise en place des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) « *on a construit cette maison de santé, c'est la commune* » ou l'aide aux locaux professionnels « *Un loyer qui sera calculé de manière à ce qu'il soit raisonnable* » (I 5). Les élus locaux investissaient également dans la création des maisons de garde et mettaient parfois à disposition un studio lors des gardes ou un logement de fonction. L'objectif était d'attirer les jeunes médecins et d'assurer un service à la population « *Il faut que la commune s'engage, que la commune fasse quelque chose pour maintenir un médecin* » (I 14). Les communes apportaient parfois une aide technique en achetant du matériel spécifique « *une table d'examen adaptée pour les personnes handicapées, à mobilité réduite* » (I 5) ou en finançant des éléments coûteux tel qu'un poste de radiologie « *on va financer le poste, au moins un poste sur deux, puisqu'il y aura 2 postes de radiologie* » (I 6).

Au niveau intercommunal, des aides étaient également mises en place pour la construction des maisons de garde « *c'est la communauté de communes qui a financé ça [ça = maison de garde]* » (I 16). Ces aides étaient financières « *La communauté de communes qui représente 16 communes, [...] on est allé à 140 à 150 000 euros en gros* » (I 9).

Le département participait financièrement à la construction des maisons de santé pluri professionnelles « *c'est des aides du département pour construire des maisons de santé pluridisciplinaires* » (I 10) et des maisons de garde « *subvention du conseil général mais enfin c'est une réalisation qui coûte surement pas loin de*

200 000 euros quand même » (I 16). Cependant, pour certains élus l'attribution des subventions favorisait les zones rurales au détriment de certains quartiers urbains dits sensibles « *il ne finance plus de projet de santé style MSP au niveau urbain, mais il se polarise sur les zones rurales* » (I 5).

A l'échelle régionale, des aides financières étaient apportées par l'ARS, aides jugées insuffisantes pour certains « *il n'y aura pas beaucoup d'aides financières venant du conseil général ou de la région* » (I 8) ou au contraire importantes pour des communes rurales « *on a eu une subvention de 100 000 euros de la région. Ce qui est non négligeable sur un budget de 500 000 euros* » (I 14).

Au niveau de l'état, la compétence santé ne semblait pas être une priorité selon certains élus « *la compétence santé qui n'est pas un compétence prioritaire, par rapport à d'autres compétences* » (I 5). Ce qui se manifestait par un désengagement de l'état « *L'état se désengage sur le conseil régional, sur le conseil, sur le conseil départemental* » (I 7). Jusqu'à présent l'état avait mis en place des aides financières pour attirer les médecins dans les zones dites désertiques, mais selon un élu il ne s'agissait pas d'une réponse adéquate « *les collectivités qui ont fait des primes pour soit les médecins en formation, soit des primes d'accueil, [...] ça ne marche pas* » (I 15).

Enfin, une commune rurale évoquait des subventions de l'Europe « *ils ont obtenu ce qu'on n'obtient même pas souvent dans les communes, un financement européen* » (I 6).

L'apport de ces aides publiques pour des libéraux interrogeait certains élus « *pourquoi investir de l'argent public pour des libéraux ?* » (I 5), car les bénéfices réalisés étaient destinés aux professionnels et non aux collectivités « *on ingurgite de l'argent public, pour des gens qui en tirent des profits* » (I 17).

Le médecin dans la société

Le monde médical a évolué « *Le médecin n'est plus un médecin comme il y a 20 ans* » (I 13). Cela a entraîné des inquiétudes chez les élus locaux, notamment en ce qui concernait la pénurie des médecins généralistes « *On a bougé parce qu'on est inquiet. Je l'avoue par rapport à l'avenir du soin en France* » (I 6). Pour certains la cause de cette pénurie a été la mauvaise gestion du numéris clausus « *le numéris clausus, est totalement inadapté à l'équipement des territoires* » (I 6).

La plupart des Maires ont compris ces évolutions « *le fonctionnement du médecin libéral homme ou femme en moyenne est probablement, nettement différent du fonctionnement il y a 30 ou 40 ans. En termes de disponibilité et autres.* » (I 3). Ils étaient conscients que la volonté des médecins était d'exercer leur profession tout en gardant une qualité de vie « *Il faut qu'il puisse avoir ses vacances, c'est tout à fait normal.* » (I 13). Cette notion de qualité de vie était, pour certains élus, due à une différence générationnelle « *les jeunes médecins, [...] veulent de la qualité de vie, ne veulent plus donner corps et âme à leurs patients* » (I 5) ou à la féminisation de la profession « *on sait que toute la problématique quand un médecin femme s'installe, parce que le mercredi il y a les enfants, le week-end il y a les enfants* » (I 8). Cette féminisation de la profession ne semblait pas être problématique pour tous « *Tout le monde a le droit à avoir une vie de famille et à fortiori les femmes médecins* » (I 16).

Une baisse de la notoriété des médecins a été rapportée par des élus « *C'était quelqu'un qui dans l'échelle des grades était considéré, avait une certaine écoute, une certaine assise, maintenant même plus.* » (I 17).

L'installation des jeunes médecins semblait être problématique. Selon les élus cela était dû :

- aux conditions de travail actuelles non satisfaisantes « *les jeunes médecins qu'on voit, n'ont pas envie de travailler dans ces conditions.* » (I 1).
- à la peur de ne pas arriver à concilier vie professionnelle et personnelle « *comment je peux vivre correctement avec un métier passionnant mais qui ne soit pas épuisant ?* » (I 15).
- au manque de structures médicales type maisons de santé pluri professionnelles « *quand il y a eu cette option de maison de santé, on a senti que les médecins susceptibles de vouloir s'installer, c'était un concept qui leur plaisait* » (I 14).
- à l'absence d'attrait des jeunes médecins pour la médecine libérale « *on a un certain nombre de jeunes habitants qui sont des nouveaux médecins généralistes et qui n'ont pas envie de travailler en libéral* » (I 1).
- à la modification de la pratique professionnelle « *la pratique professionnelle du monde médical doit évoluer puisqu'elle ne correspond pas à quelque chose de suffisamment attractif pour que les médecins généralistes se renouvellent spontanément* » (I 15).
- aux coûts de l'installation « *Un jeune médecin qui s'installe il a beaucoup de charges, beaucoup de frais pour se déplacer et assurer son travail.* » (I 10).
- aux conditions géographiques « *c'était difficile de venir s'installer dans un milieu rural et montagnard...surtout montagnard* » (I 14) ou sécuritaires « *Dans certains secteurs de la ville, euh, il est difficile pour des médecins de s'installer pour des raisons de sécurité* » (I 2).
- à la difficulté de prendre la succession d'un médecin, et de se faire accepter par la population.
- à la difficulté de trouver des médecins remplaçants lors des congés afin d'assurer la permanence des soins « *ce médecin-là a trouvé une remplaçante,*

[...] pour en avoir discuté avec lui, c'est un peu le parcours du combattant.

C'est très difficile » (I 16).

La préservation d'un système de soins efficace et de qualité, et le respect de la qualité de vie des professionnels, devaient passer par un changement des pratiques. Une de ces évolutions a été le travail en groupe au travers de structures comme des maisons de santé pluri professionnelles, ou le regroupement de médecins. Pour certains maires cela semblait l'avenir « *je crois que d'être ensemble sur un site c'est quand même important* » (I 10). La coopération entre médecin devait être privilégiée « *chacun a bien compris que si chacun veut survivre [...] Il faut qu'ils travaillent ensemble* » (I 6) et le clientélisme disparaître « *C'est ça qui est dramatique dans la médecine, c'est la concurrence et le clientélisme qu'on a connu dans le passé* » (I 6).

Les objectifs de ce travail en groupe, selon les élus étaient :

- D'assurer la permanence des soins, notamment lors des congés « *on travaille tous ensemble pour justement assurer des permanences et des carences quand il y a une personne qui n'est pas là* » (I 8) ou pour les gardes « *il y a largement une quarantaine de médecins au départ qui se sont fédérés, mis d'accord pour travailler ensemble dans ce cadre-là* » (I 16).
- D'augmenter le temps de travail dédié à la médecine, grâce au partage des tâches « *les médecins les plus jeunes, poussent pour changer cette pratique professionnelle, et en espérant que cette pratique professionnelle dégage du temps de médecine généraliste* » (I 15).
- De baisser les frais et charges des médicaux et paramédicaux « *L'intérêt, c'est d'une part que ces médicaux et paramédicaux aient des loyers abordables* » (I 3).

- D'attirer les jeunes médecins à s'installer notamment lors des départ à la retraite « *si on ne se regroupe pas, on n'aura pas des collègues qui viendront nous remplacer lorsqu'on prendra nos retraites* » (I 3).

Afin de favoriser ce travail en équipe, un maire a prévu dans son projet de Maison de santé pluri professionnelles une salle à disposition des professionnels afin de se réunir et d'augmenter cette cohérence de groupe « *Cette zone de 70 m² permettra à l'ensemble des équipes de se regrouper de faire des réunions ensemble* » (I 6).

Comme pour toute nouveauté, il existait des réticences. Certains maires et donc patients, ont craint une détérioration de la relation médecin malade et une baisse de la confiance en consultant dans des cabinets de groupe, « *On a besoin d'avoir confiance dans le praticien* » (I 16).

Discussion

1. Réponse à l'objectif principal :

Le questionnement des élus locaux sur le salariat par les communes des acteurs de la santé semble novateur et divise. Certains étaient farouchement contre (« c'est une idée aberrante » (I 8)), alors que pour d'autres cela était l'avenir du système de santé («une vraie mutation vers ça » (I 15)), même si cela ne pouvait pas être envisagé au niveau communal. Il se dégageait de ces entretiens que les élus locaux ne semblaient pas encore prêts à envisager de salarier un professionnel de santé dans leur commune.

2. Discussion des résultats :

Le Salariat : une attente des professionnels ?

Certains élus n'étaient pas favorables au salariat des acteurs de la santé, estimant que l'indépendance, et le libéralisme de ces professions étaient importants. Selon l'article 5 du code de la santé publique, « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit* ». Chacun des actes professionnels effectués par le médecin étant déterminé par le jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques, en ayant pour seul objectif l'intérêt du patient. Les principaux syndicats de médecins (CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français, MG France) revendiquent cette indépendance de leur exercice. Au niveau des établissements de santé, il existe toutefois un risque important de subordination pour la médecine salariée pouvant limiter le libre choix du médecin et donc son indépendance. Nous pensons que même si l'activité libérale évite les contraintes hiérarchiques parfois pesantes en

entreprise, les généralistes subissent de plus en plus de contraintes « non hiérarchiques » de la part notamment des caisses d'assurance-maladie.

A ce jour, les contraintes du système libéral sont telles que plus de 60 % des premières inscriptions au tableau de l'Ordre des Médecins (33.4% pour les médecins généralistes) se font en tant que salarié [4]. Nous pensons que l'attrait pour ce type d'exercice s'explique du fait des avantages sociaux, des horaires semblant plus cadrés, des facilités de prise de congés, d'une rémunération assurée sans souci de rentabilité dû au paiement à l'acte. Avec la tendance générale de la société à la réduction du temps de travail, le désir d'une meilleure qualité de vie, les hommes, presque autant que les femmes, aspirent au salariat [4].

Pour d'autres, une évolution du système de santé était nécessaire, passant au moins par un regroupement des professionnels. Les élus ont pris conscience de l'intérêt du travail en groupe, aussi bien pour assurer la permanence des soins que pour favoriser l'attractivité des jeunes médecins, mais aussi, lutter contre le burn-out et améliorer la qualité de vie. En effet, les enquêtes auprès des médicaux et paramédicaux montrent qu'ils sont de plus en plus nombreux à aspirer à une activité de groupe, notamment les plus jeunes. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe [4, 7]. Ce mode d'exercice présente de nombreux avantages comme la mutualisation des compétences, des connaissances et des tâches. Cependant, dans les pays où le regroupement pluri professionnels existe depuis de nombreuses années et où le partage des tâches est développé, la densité infirmière est supérieure à celle de la France. Ainsi en Finlande, l'accès aux soins primaires est essentiellement assuré par les centres de santé. Les infirmières jouent un rôle prépondérant en matière de prévention et

fournissent une grande partie des soins maternels et infantiles, des soins aux personnes âgées et handicapées [12]. Le médecin généraliste délègue ces tâches.

Selon les élus interrogés, la nouvelle génération de professionnels médicaux et paramédicaux ne souhaitait pas s'installer du fait des conditions de travail actuelles, de la difficulté à concilier vie professionnelle et personnelle, mais aussi de l'absence d'attrait des jeunes médecins pour la médecine libérale. Ainsi devant l'évolution de la société, l'idéal de vie des jeunes médecins est en rupture avec celui de leurs pairs. Nous pensons que peu de jeunes diplômés s'orientent vers une installation à la fin des études, mais plutôt vers des remplacements ou un exercice salarial pour prendre le temps de vivre plusieurs expériences et de s'assurer de leur choix. Les arguments du retard à l'installation des étudiants en médecine, ou des jeunes médecins, sont le manque d'expérience professionnelle, les contraintes administratives, les lourdeurs des charges sociales, « l'effet CHU » et la priorité donnée à leurs projets personnels [13,14]. Nous pensons que « l'effet CHU » crée de nombreuses vocations par défaut, de peur d'aller vers l'inconnu. Le CHU aurait tendance à ne former que des médecins hospitaliers dont l'image véhiculée est celle de l'excellence de la recherche et de la formation. Des mesures ont été prises suite à l'arrêté du 4 mars 1997, et rappelées par l'arrêté du 18 juin 2009, obligeant les étudiants en deuxième cycle des études médicales à réaliser un stage en médecine générale quel que soit leur projet professionnel. Ce stage est proposé dans l'ensemble des facultés, mais malheureusement tous les étudiants n'y ont pas encore accès, ou de façon non satisfaisante (stage « découverte » de quelques demi-journées).

Le salariat par les communes : utopie ou révolution du système de santé ?

La problématique du salariat par les communes a interpellé une grande partie des élus interrogés. Selon eux, les limites principales à ce mode de rémunération des professionnels étaient le manque de compétence et de moyens financiers des communes.

Or, nous estimons que le problème de compétence revendiqué par plusieurs élus peut sembler être un « faux problème ». En effet, l'organisation institutionnelle du système de santé a été profondément modifiée suite à la réforme JUPPE de 1996 [1] et la loi HPST de juillet 2009 [2]. Cette loi définit une nouvelle organisation du système de santé qui attribue aux collectivités territoriales la même place que l'Etat dans les instances de gouvernance. Ces processus de décentralisation, sont vus comme des leviers pour améliorer l'efficacité et la réactivité du système, mais aussi pour adapter les réponses aux besoins en rapprochant les décisions des populations et ainsi favoriser l'implication et la participation citoyennes. Le rapport du Sénat de 2011 [15], renforce l'idée que l'Etat et les collectivités ont une responsabilité partagée. Il insiste sur le fait que les collectivités territoriales se doivent d'agir en matière de santé, pour essayer de répondre aux attentes de leurs citoyens et au nom de l'attractivité de leur territoire.

Par ailleurs, l'exemple des centres de santé montre que les collectivités locales possèdent déjà la compétence santé. Les centres de santé sont inscrits au code de la santé depuis 1991. La loi HPST [2] les reconnaît aujourd'hui pleinement comme structures sanitaires de proximité. Ces centres mutualisés ou communaux / intercommunaux ont l'avantage de favoriser l'accès aux soins pour tous en pratiquant obligatoirement le tiers payant et aucun dépassement d'honoraires. Le problème des dépassements d'honoraires et des inégalités d'accès aux soins pour les populations précaires inquiétaient les élus interviewés. Le rapport ACKER sur les centres de

santé de 2007 [16], dresse les atouts incontestables de ces organismes pour les professionnels de santé (travail en groupe, coordination des soins, exercice salarié, temps consacré à la médecine) et leur rôle pour pallier aux problèmes de démographie médicale. Cependant les difficultés financières de ces centres ont conduit certains à fermer et d'autres à survivre dans une grande précarité, les rendant dépendants de subventions diverses. La région Rhône-Alpes possède 190 centres de santé, soit 10% des centres français. A Grenoble, les centres de santé de l'AGECSA (Association de Gestion des Centres de Santé Associatifs de Grenoble) ont été créés au milieu des années 1970 à l'initiative de la ville et du secteur mutualiste, secondairement rejoints par le conseil général. L'équilibre des comptes de ces centres est atteint uniquement grâce à des subventions, notamment de la commune. Les seules ressources provenant de l'assurance maladie, reversement des tiers payants, ne suffisent pas à l'autofinancement. Ce qui montre bien l'inadaptation du paiement à l'acte dans le fonctionnement des regroupements professionnels extra hospitaliers. Des élus favorables à de tels centres, ne les développent pas, échaudés par la connaissance des problèmes financiers de ce type de structure.

Les élus expriment des réticences concernant l'aspect financier d'un tel système et la crainte d'un investissement à perte malgré de nombreuses aides et subventions possibles. Ils envisagent davantage un tel projet à l'échelle des communautés de communes en espérant ainsi obtenir plus de subventions. A noter que plusieurs communes, généralement en milieu rural, dont la Ferté-Bernard (Sarthe) et Bernay (l'Eure) ont salarié un ou plusieurs médecins, en l'absence de médecin libéral prêt à s'installer [6]. Ces systèmes ont été mis en place en 2010. Actuellement, le recul est insuffisant pour juger de la durabilité de cette nouvelle forme d'exercice. Nous pensons qu'une étude centrée sur ces communes pourrait

être envisagée pour évaluer la satisfaction de la population, des médecins et également les inconvénients de ce système. Le Dr Dusquesnel, président de l'UNOF-CSMF (Union National des Omnipraticien – Confédération des Syndicats Médicaux Français), a exprimé sa réticence quant à la mise en place du salariat d'un médecin généraliste par une commune. Selon lui, le praticien isolé, quel que soit son mode de rémunération, ne répondrait plus aux besoins de santé publique « Aujourd'hui, c'est l'organisation d'un parcours de soins qui est nécessaire et seule la réorganisation pluridisciplinaire, sur un territoire plus large que celui de la commune, peut y répondre » [17]. D'autre part selon lui, ce salariat isolé n'attirerait pas les jeunes. Par contre, si la commune se rendait attractive, nous pourrions croire que les médecins généralistes et d'autres professionnels viendraient à participer à ce type de projet.

Influence du type de rémunération sur les soins primaires

Dans le milieu médical, le questionnement du paiement à l'acte est fréquent. Au cours de cette étude aucun élu n'a abordé ce sujet. Nous pouvons penser que cela est dû soit à un manque de connaissance sur ce sujet, comme certains élus l'ont mentionné, soit par une réflexion insuffisante dû à une mauvaise compréhension de la problématique.

En France, le paiement à l'acte était l'un des fondements de la médecine libérale depuis le congrès du 30/11/1927. Or, le rôle du médecin généraliste a évolué d'une médecine curative vers une prise en charge globale des patients. Le paiement à l'acte ne favorise pas les actions de prévention, d'éducation, le travail en groupe, et le partage des tâches [7, 10]. Nous pensons que les modes de rémunérations doivent évoluer pour répondre à cette « nouvelle médecine ». Aujourd'hui, il a été

mis en place des nouveaux modes de rémunérations forfaitaires : le CAPI, Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles, réactualisé avec la ROSP, Rémunération sur Objectif de Santé Publique, mais aussi une Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération, ENMR, afin de favoriser le regroupement des professionnels de santé [10]. Les résultats des ENMR devraient être révélés d'ici la fin de l'année 2014. Cela est un premier pas mais une réforme en profondeur nous semble nécessaire, même si cela est difficile à mettre en place.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, y compris en France, il existe une rémunération mixte, comme recommandée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Le salariat domine largement en milieu hospitalier, alors qu'en médecine de ville, la rémunération à l'acte ou à la capitation prédomine.

Depuis de nombreuses années, des réformes sont entreprises dans les différents pays afin d'augmenter l'efficacité du système de santé. Les études comparant ces réformes montrent la convergence des rémunérations vers un mode mixte [18]. Ainsi le salariat permettrait une déconnection entre la rémunération et le nombre d'actes ou de patients. Il pourrait ainsi inciter le médecin à porter plus d'attention à chacun de ses patients sans notion de temps. En ce sens, le salariat pourrait favoriser la qualité des soins, même si ce système manque d'incitation à l'effort [18]. Des élus interrogés se sont posés la question d'une détérioration de la qualité des soins des professionnels salariés en comparaison aux professionnels libéraux, craignant ainsi une médecine à deux vitesses. Dans la littérature, il a été mis en évidence une association entre salariat et durée plus longue des consultations, nombre d'actes moindre par patient et réduction du nombre de patients par médecin [18]. Une seule étude anglaise [19], conclut que le passage au salariat des médecins anglais n'a pas fait baisser leur productivité. En ce qui

concerne l'influence du mode de rémunération sur la qualité des soins, il n'existe pas d'étude significative [18].

Implications des élus locaux dans le domaine de la santé : vers une décentralisation ?

Devant notamment la demande des professionnels médicaux, la politique de santé évolue. Actuellement, les élus locaux s'investissent à la demande des professionnels de santé dans l'objectif d'un maintien de la permanence des soins. Ils mettent alors en place des infrastructures, allant d'un simple local à la construction d'une MSP en passant par la réalisation d'une maison médicale de garde afin de préserver leurs médecins et d'attirer la nouvelle génération. Cet investissement peut être très variable d'une commune à une autre, mais nous n'avons pas constaté d'influence en fonction du parti politique. Ces projets, au coût important, peuvent rarement être menés à bien sans un regroupement intercommunal ou un financement par les différentes institutions. Un des exemples de décentralisation du système de santé en Europe est celui des pays scandinaves. Le système de santé est un service national, où les autorités locales (comtés ou municipalités) sont responsables de son financement et de sa gestion. L'Etat quant à lui intervient dans des domaines spécifiques (procédure d'Autorisation de Mises sur le Marché AMM, définitions des priorités et des grands objectifs de santé publique) [20]. Cependant, le rapport de l'OMS sur le système de santé danois (Health Care Systems in Transition, 2001), souligne l'existence de disparités importantes entre comtés en termes de liste d'attente d'accès aux soins ou d'accès aux innovations médicales [20]. En France, même si le principe de la régionalisation de l'action publique en matière de santé et d'offre de soins semble acquis, les entretiens font ressortir des réticences face à la décentralisation. La plupart des élus se méfient d'une configuration qui se limiterait à

un transfert des charges sans transfert des ressources, comme cela a pu être le cas en Espagne et en Italie avant les années 2000 [20]. Ce type d'organisation a entraîné des difficultés à trouver un consensus sur les règles de péréquation financière entre les communautés autonomes, des difficultés de coordination entre les régions pour garantir un accès égalitaire aux soins, des difficultés de découplage entre la responsabilité de la gestion du système et la responsabilité du financement. Au contraire, dans d'autres pays comme en Allemagne, le rôle de l'état est accru depuis les années 1990 [20].

L'évolution de ces différents systèmes de santé soit vers la décentralisation, soit vers la centralisation, montre la difficulté à trouver un modèle efficient et unique.

Et l'économie de la santé dans tout ça :

Un des principaux freins mentionné par les élus sur le salariat des acteurs de la santé, est l'aspect financier. Selon eux, les communes ont de plus en plus de dépenses et donc des budgets de plus en plus serrés.

Le système de santé français s'articule autour de l'assurance maladie. Elle a été mise en place en 1945, puis étendue en 1948 dans le but d'assurer un accès aux soins pour tous les travailleurs et leur famille. En soixante ans, le développement des technologies médicales a conduit à l'émergence d'une médecine incroyablement plus efficace, mais aussi plus coûteuse, amenant le problème de la dette sociale. En 2012, le financement de la sécurité sociale était assuré à 58,4% par les cotisations du régime général, à 20,4% par la Contribution Sociale Généralisée du régime général, à 13% par les impôts et taxes du régime général et à 6% d'autres sources (en provenance de l'Etat ou d'autres organismes de la sécurité sociale) [21]. Les dépenses totales de santé en France représentent 11.6% du PIB, avec 9% de

dépenses publiques, en 2012, selon l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économique). Le « trou » de la sécurité sociale fait polémique. En effet, il est souvent annoncé dans les médias comme étant à plus de 12 milliards d'euros (16.2 en 2013), avec un déficit à plus de 6.2 milliards pour la branche maladie. Or Julien Duval, chercheur au CNRS, dans son ouvrage, *Le mythe du trou de la sécu* [22], explique qu'il n'y pas « un déficit de la sécu » mais « un besoin de financement », que les gouvernements successifs ont décidé de ne pas satisfaire en multipliant depuis 1993 les exonérations de charges sociales. En effet, en regardant de plus près le financement de la sécurité sociale, il existe un manque à gagner de 2.6 % du PIB à cause des nombreuses niches sociales [23]. Il existe également une perte de recettes avec la non reverse de certaines taxes, ou la reverse partielle d'autres, comme celle du tabac ou de l'alcool, représentant environ 3 milliards d'euros [22]. Nous pensons que les économies dans le domaine de la santé sont certes nécessaires mais pas au détriment de l'accès aux soins pour tous et après reverse des recettes dues.

Au cours de cette enquête, le sujet de la sécurité sociale et son financement n'a pas ou très peu été évoqué par les élus, probablement du fait de la question de recherche centrée sur l'échelle communale.

Dans les pays où le système de santé est nationalisé, la dépense publique en santé, en pourcentage du PIB, n'est pas supérieure, voir même inférieure. Ainsi, en Finlande elle s'élève à 9.0% du PIB en 2011, selon l'OCDE. Cependant, les indicateurs de santé restent inférieurs à ceux de la France. Les comparaisons internationales des systèmes de santé montrent que les pays où le paiement à l'acte est le mode de rémunération dominant, les dépenses de santé sont les plus élevées [18]. Ces écarts doivent être interprétés avec prudence car il existe des facteurs de confusion.

3. Validité de l'étude

Afin d'éviter le biais de sélection, les chercheurs ont établi un échantillonnage raisonné, hétérogène, basé dans un premier temps sur la liste des pôles de premier recours de l'ARS [4], et dans un second temps sur la taille des communes, leur localisation, leur distance par rapport à un centre hospitalier et leur parti politique. Une commune dans laquelle le salariat existait déjà a été incluse volontairement à la recherche d'idées nouvelles. La méthode d'échantillonnage par boule de neige a été appliquée.

Un biais lié à l'interviewé n'a pas pu être évité. En effet, il ne faut pas oublier que derrière chaque élu, se cache un patient. Il existe donc une dualité des attentes pouvant être à l'origine de divergences : attentes en tant que patient versus attente de l'élu politique, mais aussi un biais de désirabilité sociale de la part d'un élu qui peut vouloir justifier sa compétence sur le sujet en cherchant à « plaire » à l'intervieweur.

Il s'agissait du premier travail de ce type (entretiens semi-directifs) pour l'intervieweur, d'où un biais d'investigation possible.

Un des points forts de cette enquête a été la réalisation des interviews par le même chercheur. Afin d'obtenir une retranscription littérale des entretiens la plus fidèle possible, chaque interview a été retranscrite par l'autre chercheur et vérifiée par le premier dans les quinze jours suivants, « à mémoire vive », pour limiter les erreurs de compréhension. Certains élus ont abordé des sujets relatifs à leur vie personnelle. Ces éléments d'ordres privés, n'ont pas été retranscrits par les chercheurs et appariassent sous la forme de [...]. Cela peut être considéré comme une erreur méthodologique dont nous sommes conscientes.

Dans les études qualitatives, le biais d'interprétation est fréquent. Afin de le limiter, le travail d'encodage de chaque entretien a été réalisé simultanément par les deux chercheurs et mis en commun dans un second temps (méthode de triangulation des données). Après la réalisation des cinq premiers entretiens, une grille d'analyse a été réalisée. Elle a été utilisée ensuite pour l'ensemble des autres entretiens. Les idées nouvelles étaient ajoutées au fur et à mesure à cette dernière. Chaque entretien a été repassé dans le guide final pour vérifier l'absence d'oubli. La comparaison des données à celles de l'étude d'*A Girard* [11] réalisée dans la Sarthe ou celles de *V Garnier* [24] réalisée dans le Nord a retrouvé une certaine cohérence, ce qui renforce la validité de ce travail.

Un biais externe n'a pas pu être évité. Cette étude a été réalisée au moment des élections municipales. Toutes les interviews, sauf une, ont été menées dans les 6 mois précédents les élections. Or, cette période est souvent favorable à d'innombrables projets qui n'aboutissent que rarement. Pour limiter ce biais, il a été rappelé aux interviewés que cette étude était réalisée dans le cadre d'un travail de thèse et qu'il n'était pas publié avant les élections. Pour un seul entretien l'interview a été réalisée en période post-électorale (1 mois après les élections) avec changement de l'équipe municipale. Le manque de connaissance des investissements menés antérieurement dans le domaine de la santé dans cette commune, a pu limiter l'apport d'idées nouvelles.

CONCLUSION

En dépit de l'investissement croissant des élus dans le domaine de la santé au travers essentiellement de l'aide au logement professionnel, les élus locaux isérois ne semblent pas prêts pour le moment à salarier des acteurs de la santé. Selon eux, la commune n'est pas l'échelon approprié par manque de compétences et de moyens financiers.

Or, le système de santé comme il est aujourd'hui n'est satisfaisant ni pour les professionnels, ni pour les politiques. Une révolution est donc nécessaire afin de maintenir une attractivité de la profession et l'accessibilité aux soins sur le territoire. Elle passera probablement par une modification des rémunérations ; le paiement à l'acte ne favorisant pas la prise en charge globale des patients, la prévention, le travail en groupe et le partage des tâches tant désiré par les jeunes médecins. Ceux-ci sont de plus en plus attirés par le salariat, devant les contraintes de temps et administratives du libéral. La diversification des modes de rémunérations, notamment en soins primaires, semble primordiale.

La difficulté de gestion du système de santé réside dans sa complexité institutionnelle, les conflits de pouvoirs et de légitimité. Elle est rencontrée dans l'ensemble des pays européens, ce qui montre qu'il n'existe pas une solution universelle répondant à la nécessité d'une baisse des dépenses de santé tout en assurant une efficacité du système. Afin de faire évoluer ce système, il est important qu'une réflexion globale ait lieu sur le rôle et le financement de chaque institution dans le domaine de la santé, sans oublier de consulter les acteurs de la santé.

THESE SOUTENUE PAR :
REYNIER Marie et VAREILLES Léa

**REPRESENTATION DES ELUS LOCAUX ISEROIS
CONCERNANT LE SALARIAT PAR LES
COMMUNES DES ACTEURS DE LA SANTE**

CONCLUSION

En dépit de l'investissement croissant des élus dans le domaine de la santé au travers essentiellement de l'aide au logement professionnel, les élus locaux isérois ne semblent pas prêts, pour le moment, à salarier des acteurs de la santé. Selon eux, la commune n'est pas l'échelon approprié par manque de compétences et de moyens financiers.

Or, le système de santé comme il est aujourd'hui n'est satisfaisant ni pour les professionnels, ni pour les politiques. Une révolution est donc nécessaire afin de maintenir une attractivité de la profession et l'accessibilité aux soins sur le territoire. Elle passera probablement par une modification des rémunérations ; le paiement à l'acte ne favorisant pas la prise en charge globale des patients, la prévention, le travail en groupe et le partage des tâches tant désiré par les jeunes médecins. Ceux-ci sont de plus en plus attirés par le salariat, devant les contraintes de temps et administratives du libéral. La diversification des modes de rémunérations, notamment en soins primaires, semble primordiale.

La difficulté de gestion du système de santé réside dans sa complexité institutionnelle, les conflits de pouvoirs et de légitimité. Elle est rencontrée dans l'ensemble des pays européens, ce qui montre qu'il n'existe pas une solution universelle répondant à la nécessité d'une baisse des dépenses de santé tout en assurant une efficacité du système. Afin de faire évoluer ce système, il est important qu'une réflexion globale ait lieu sur le rôle et le financement de chaque institution dans le domaine de la santé, sans oublier de consulter les acteurs de la santé.

(*) VU ET PERMIS D'IMPRIMER

(*) Grenoble, le 19/11/2014

(*) LE DOYEN



(*) LE PRESIDENT DE LA THESE

(*) PROFESSEUR P. FRANCOIS

Bibliographie

1. IRDES. plans de réformes de l'assurance maladie en France. 2013 ; Available from : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/PlansReformesSante.pdf>
2. Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires – LoiHPST.pdf [Internet]. [cited 2013 May 23]. Available from : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoiHPST.pdf>
3. Journal officiel de la république. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. 2011
4. Ordre des médecins. Atlas interactive de la démographie médicale en France: situation au 1^o janvier 2014 [Internet]. Available from: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
5. URML Rhone-Alpes. Trois études sur la féminisation de la profession médicale [Internet]. 2005. Available from: www.urps-medra.fr/upload/...etude/pj/ETUDES_FEMINISATION.pdf
6. Assemblée nationale. Centres communaux. Création. Cadre juridique [Internet]. 2011 [cited 2013 May 12]. Available from: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-1629QOSD.htm>
7. Baudier F, Mousquès J, Bourgueil Y, Evrard Isabelle , Gautier A, Le Fur Philippe . La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 [Internet]. 2010. Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>*

8. Ubokudom SE. The association between the organization of medical practice and primary care physician attitudes and practice orientations. *Soc Sci Med* 1998;46:59–71.
9. Ubokudom SE. Physician participation in a Medicaid managed care program, the Kansas Primary Care Network. *Health Policy* 1997;41:139–56.
10. IRDES Expérimentation ENMR (nouveaux modes de rémunération) [Internet]. [cited 2013 Apr 28]. Available from: http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Fichiers_DSS/evaluation_DSS/protocole_IRDES.pdf
11. GIRARD Audrey. Représentation et attentes des élus locaux sarthois concernant le système de soins, l'accès aux soins de premier recours et les maisons de santé: entretien semi-directif auprès de treize élus locaux. . Angers; 2010.
12. Chambaret S, Lequet D. Les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'Union européenne. En Finlande, un système de santé « municipal ». *ADSP*, n°45 déc. 2003
13. MARCHAND O. Enquête nationale sur les attentes des étudiants en 3^e cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale: synthèse de la situation et méthodologie. faculté de médecine de Grenoble; 2006.
14. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes : étude qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés. Faculté de médecine de Grenoble ; 2013

15. BRUGUIÈRE M-T. Rapport d'information au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation sur les territoires de santé [Internet]. SENAT; 2011. Report No.: N°600. Available from: <http://www.senat.fr/rap/r10-600/r10-600.html>
16. ACKER D. Rapport sur les centres de santé. Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports – Direction de l'hospitalisation et des soins ; 2007
17. MURRIS C. Médecin salarié de la commune? pourquoi pas? [Internet]. 2014. Available from: <http://www.medscape.fr/voirarticle/3600510>
18. ROCHAIX L. Les modes de rémunération des médecins. *ecofi* [Internet]. 2004 ; 76(3):223–39. Available from: http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/ecofi_0987-3368_2004_num_76_3_4923
19. GOSDEN T., SIBBALD B., WILLIAMS J. (2003) : « Paying Doctors by Salary : a Controlled Study of General Practitioner Behaviour in England », *Health Policy*, 64
20. POLTON D. Décentralisation des systèmes de santé Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères. *questions d'économie de la santé*. 2013 Oct;N°72(CREDES).
21. Les sources de financement de la sécurité sociale [Internet]. Available from : <http://www.secuitiesociale.fr/Les-sources-de-financement-de-la-Securite-sociale>
22. J. DUVAL, Le mythe du « trou de la Sécu », Editions Raisons d'Agir, Mai 2008
23. COUR DES COMPTES, *La maîtrise des niches sociales : un enjeu toujours majeur*. 2013

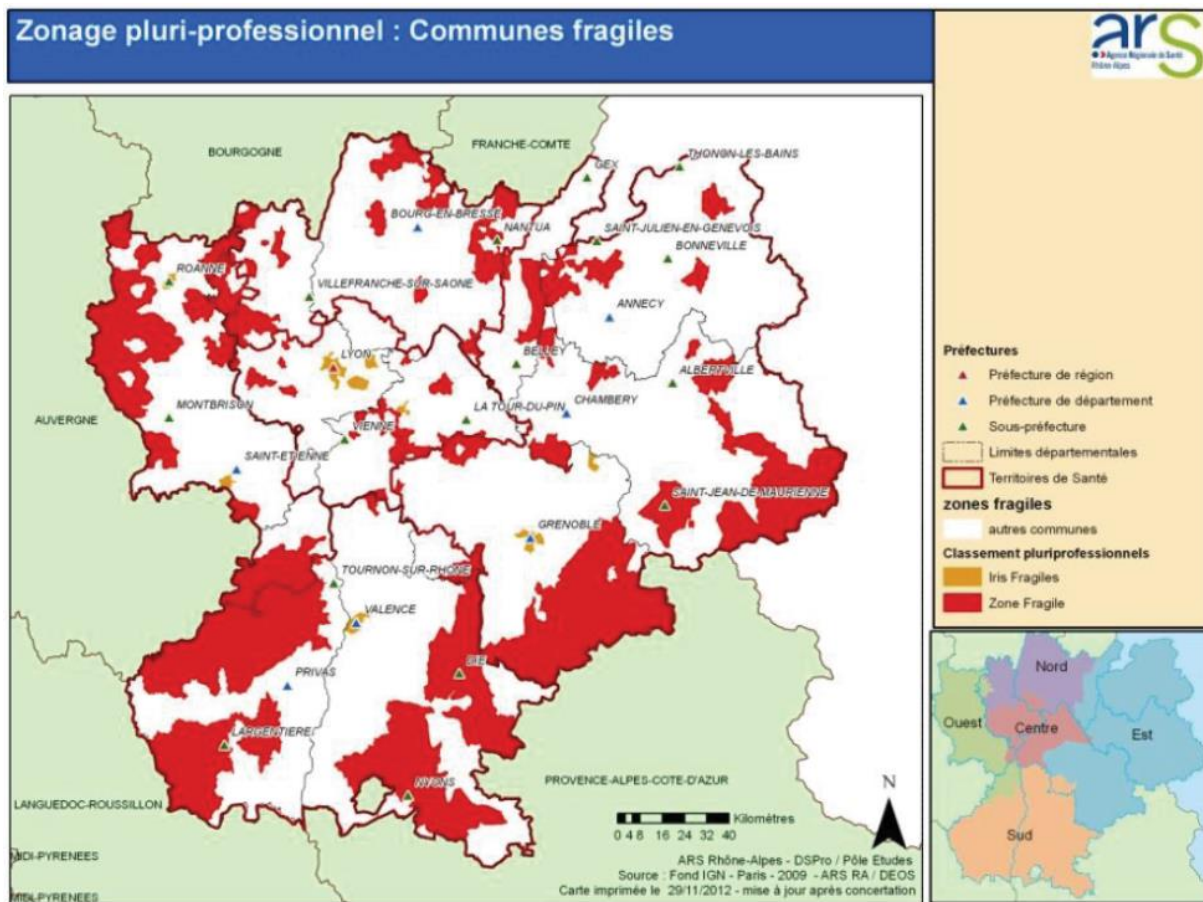
24. GARNIER Valérie. Les représentations des élus locaux et des institutionnels face à un projet de maison de santé pluri professionnelle dans le département du Nord. Faculté de médecine Henri Warembourg - LILLE; 2012.

ANNEXES

Annexes I : Cartographie des zones fragiles, ARS

<http://www.rhonealpes.paps.sante.fr/fileadmin/RHONE->

ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/PAPS/Zonages/Carte__ZonesFragilespluriprofessionnelles_PAPS.pdf (consulté le 10/3/2014)



Annexe II :

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

1772637 v 0

du 12-06-2014

Madame REYNIER Marie
UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DOMAINE DE LA MERCI
38706 LA TRONCHE

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

Service :

Adresse : FACULTE DE MEDECINE DOMAINE DE LA MERCI

Code postal : 38706

Ville : LA TRONCHE

N° SIREN ou SIRET :

193818382

Code NAF ou APE :

8542Z

Tél. : 0456520108

Fax. : 0456520044

Traitement déclaré

Finalité : THESE QUALITATIVE POUR LE DOCTORAT DE MEDECINE GENERALE VISANT A RECUEILLIR LES REPRESENTATIONS DES ELUS LOCAUX ISEROIS CONCERNANT LE SALARIAT DES ACTEURS DE LA SANTE. METHODES D'ENREGISTREMENT AUDIO D'INTERVIEW AVEC DES ELUS LOCAUX. ENREGISTREMENT A L'AIDE DU LOGICIEL AUDACITY ET PAR DICTAPHONE.

Fait à Paris, le 12 juin 2014
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe III : Grille d'entretien

Présentation et définition du cadre contractuel de la communication :

Bonjour, je m'appelle X.

Avant de commencer, je tiens à vous remercier de me consacrer un peu de votre temps pour ce travail de recherche. Comme nous vous l'avions indiqué par mail, nous sommes deux Internes de médecine générale en cours de formation au CHU de Grenoble. Notre travail de recherche est consacré à l'investissement des communes dans le domaine de la santé. Aujourd'hui, je suis là avec vous, en tant que représentant de l'état au niveau local afin de discuter de ce sujet. Bien entendu, tout ce qui sera dit au cours de cet entretien restera confidentiel et sera strictement anonymisé et pourra être modifié à votre demande. Si vous n'y êtes pas opposé, l'entretien va être enregistré afin de garantir la plus grande rigueur dans notre travail, d'éviter des erreurs et d'analyser au mieux les informations recueillies. Cela vous convient-il ?

Consignes initiales :

Voici le cadre de notre étude. Nous nous intéressons à la possibilité d'une rémunération sur la base du salariat des acteurs de la santé par les communes afin de maintenir l'accès aux soins sur votre bassin de vie. Nous entendons par acteurs de la santé, le secteur médical et paramédical : médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, dentistes... Nous ne prenons pas en compte les acteurs du champ social. Racontez-nous votre vision concernant le salariat par les communes des acteurs de la santé.

Guide thématique :

→ Salariat des acteurs de la santé, par les communes :

- Avantages/désavantages
 - Soins médicaux optimaux
 - prise en charge globale du patient,
 - soins de prévention et curatif,
 - coopération des différents acteurs de santé,
 - relation médecin-malade sans rapport à l'argent
 - missions attendues

- Acceptabilité supposée par les acteurs de santé
 - organisation du temps de travail
 - rémunération
 - charge de travail

- Acceptabilité par les communes
 - Regard sur organisation du temps de travail des professionnels de santé
 - Rémunération
 - service attendu en retour
 - regard sur emploi du temps des professionnels de santé

- Faisabilité
 - intervention collectivités locales et territoriales (rôle ARS)
 - subventions de l'état
 - impôts locaux

→ Organisation :

- Modes d'organisation existants
 - cabinets médicaux individuels/groupe
 - Maisons Médicales de Santé
 - Centre de Santé
 - Cabinet Infirmier Libéraux
 - Cabinet Masseur-Kinésithérapeutes

- Projets en cours

- Propositions
 - Vacances de médecins généralistes
 - Maison pluridisciplinaire
 - regroupement Intercommunaux

- Coût pour la société
 - investissement des collectivités locales et territoriales
 - regroupement de collectivités
 - Conseil General
 - Faisabilité

➔ Accès aux soins à venir :

- Avenir de l'accès aux soins
- Difficultés pour la population
- Amplitudes horaires des professionnels de santé
- Vacances des professionnels de santé
- Départs retraite des professionnels de santé

- Etatisation
- Conséquences
- Risques

- Négociations médecins/Etat
- Conséquences
- Risques

Conclusion de l'entretien :

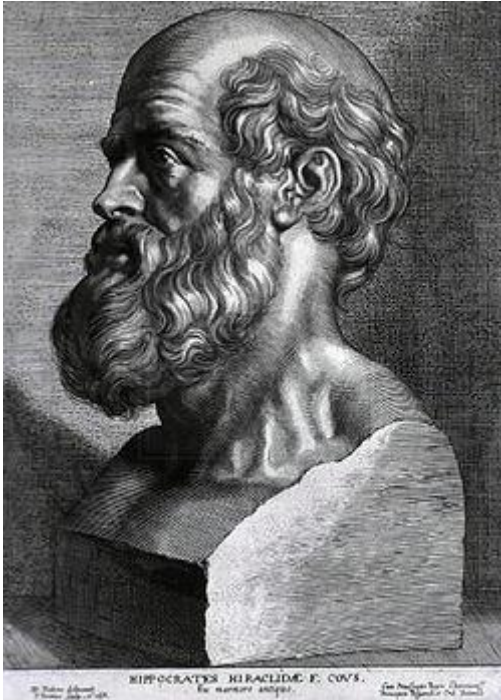
- Demande de Personne ressource concernée par le thème
- Si cela vous intéresse, nous vous ferons parvenir notre l'entretien une fois retranscrit et notre thèse une fois terminée.
- Remerciements

Annexe IV : tableau des résultats

Grands thèmes		Idées	Interview																
Le Salarial			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Salarial par les communes	Avis	Pour				X	X	X				X		X	X		X		X
		contre		X	X	X	X			X	X		X			X	X	X	X
		pas d'opinion	X																
	AVANTAGES	A l'échelle d'un territoire						X				X			X		X		X
		Rôle de l'état														X			
		Solution d'avenir						X									X		
		Pour les zones en difficultés: désert médical, rurale/très urbain		X			x			X	X			X	X	X			
		Pour les zones touristiques (variation de la démographie médicale)													X				
		Pour attirer les jeunes médecins						X				X							
		Pour assurer un service à la population										X				X	X		X
		Pour assurer une permanence des soins										X			X	X			
		Pour maintenir un accès aux soins aux populations précaires					X							X					X
		Pour lutter contre une médecine à 2 vitesses				X			X										
		Pour des actions de préventions					X		X					X					X
		Qualité de soin équivalente						X											
		Demande des professionnels	X															X	
		Avantageux pour les médecins généralistes																	X
		Pluralité d'activité: salariat/centre santé/vacations/libéraux/hospitaliers												X	X	X			
		Exemples : dispensaires, centre de santé, EHPAD,PMI					X		X				X	X	X				X
		LIMITES	Pb financier (coûteux)	X	X		X	X		X	X	X	X		X	X		X	X
	Quel montage financier ?		X		X												X	X	
	Manque de compétences des communes		X			X		X		X	X	X	X		X	X			
	Délégation une structure compétente												X				X		
	Echelle communale non adaptée					X		X	X		X	X			X	X	X	X	X
	Désengagement de l'état/ Transfert des compétences				X									X	X				X

	Limites	Aides départementales insuffisantes							X	X										
		Diminution des aides pour les zones urbaines						X	X											
		Désengagement, diminution des aides (PMI)								X										
Aides régionales	Actuelles	Subvention MSP						X	X	X		X					X			
		Subvention maison de garde										X						X		
		Subvention centre de vaccination/ADMR											X	X	X					
	limites	Aides insuffisantes									X								X	
		Peu d'attente de l'ARS																	X	
		Désinvestissement de l'ARS										X								X
Aides de l'état	Actuelles	Subvention : MSP						X									X			
		Centre de santé subventionnée pour 70 % par les actes CPAM												X						
		Santé scolaire subventionnée par éducation nationale												X						
	objectif	Maintenir un accès aux soins pour tous																	X	
	Limites	Nécessité d'un investissement de l'état							X					X						
		Inefficacité des primes à l'installation																	X	
		Redistribution des subventions vers les zones rurales								X										X
Compétence santé non prioritaire								X												
	Désengagement de l'état								X			X		X						
Aides européennes		Subvention MSP						X												
AUTRE		Manque de connaissances sur les aides apportées aux professionnels					X													
Regroupement intercommunal																				
Regroupement intercommunal	Opinion	En place									X				X					
		Pour	X		X	X		X	X	X				X	X	X				
		sans opinion													X					
	Arguments pour	Augmenter les aides				X														
		Améliorer la permanence des soins / maison de garde	X								X				X					
		Favoriser un service de proximité										X								
		Désengorger les urgences														X				
Freins	Oui: sur Sa commune									X										
	Difficulté à harmoniser le regroupement	X																X		

	Manque de spécialistes en libérale	X	X															
	Inquiétude des jeunes médecins face à la baisse de la densité médicale															X		
	Création de la nouvelle métropole								X		X						X	
	Recrutement de médecins étrangers															X		
	Pas de pénurie	X	X	X						X								



SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples et devant l'effigie
d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de
l'honneur et de la probité dans l'exercice de
la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à
l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au
dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin
d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y
passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne
servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race,
de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon
patient.*

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes
connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs
enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.