



HAL
open science

Évaluation de l'offre de soins primaires dans le 16^e arrondissement de Paris

Vincent Lasne

► **To cite this version:**

Vincent Lasne. Évaluation de l'offre de soins primaires dans le 16^e arrondissement de Paris. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01117070

HAL Id: dumas-01117070

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01117070>

Submitted on 16 Feb 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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 toute poursuite pénale.

Université Paris Descartes

Faculté de médecine

ANNEE 2014

N°90

Evaluation de l'offre de soins primaires dans
le 16^{ème} arrondissement de Paris

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par ***Lasne, Vincent***

Né le 28/01/1985 à *Colombes*

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de
Paris Descartes,

le 15/09/2014

Dirigée par Monsieur le Professeur, Gilbert, Serge

Devant un jury composé de :

M. Le Professeur Falcoff, Hector Président

Mme La Professeure Stoppa-Lyonnet, Dominique

M. Le Professeur Gilbert, Serge

M. Le Docteur Sourzac, Robert



Table des matières

REMERCIEMENTS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	6
INTRODUCTION	7
I. ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUES.....	8
A. La situation actuelle en France, en Ile-de-France et à Paris.....	8
1. La démographie médicale en France	8
a) Une diminution de l'offre de soins programmée	8
b) La désertification médicale de certaines zones en France	9
c) L'augmentation de la demande de soins.....	10
d) Les projections démographiques	10
e) Les médecins généralistes au niveau national	12
2. La démographie médicale en Ile-de-France	13
a) Généralités.....	13
b) Les médecins généralistes en Ile-de-France.....	14
3. La démographie médicale parisienne	15
a) Généralités.....	15
b) Les médecins généralistes à Paris.....	16
B. Les soins de premier recours.....	18
1. Définition.....	18
2. Structures et spécialités médicales concernées.....	18
C. Présentation du 16 ^{ème} arrondissement	20
1. Généralités	20
2. Données sur l'offre de soins du 16 ^{ème} arrondissement.....	20
II. MATERIEL ET METHODE	22
1. Partenaires de l'étude	22
2. Population	22
3. Déroulement de l'étude	23
a) Organisation de l'étude	23
b) Le recueil de données.....	23
c) Les variables recueillies par les questionnaires.....	24
d) Le traitement des données.....	26
e) Financement de l'étude.....	26

III. RESULTATS	27
1. Inclusions et participation	27
2. Les médecins généralistes ayant répondu dans le 16 ^{ème} arrondissement.....	28
a) Caractéristiques des médecins répondants	28
b) Conditions d'exercice	29
c) Leur activité actuelle	32
d) Les modes d'exercice particuliers.....	36
e) Evolution prévisible de leur activité dans 2 et 5 ans	38
3. Les pédiatres ayant répondu à l'étude dans le 16 ^{ème} arrondissement	41
a) Caractéristiques.....	41
b) Activité actuelle	41
c) Evolution prévisible de leur activité dans 2 et 5 ans	42
4. Les gynécologues ayant répondu à l'étude dans le 16 ^{ème} arrondissement.....	44
a) Caractéristiques.....	44
b) Activité actuelle	45
c) Evolution prévisible de leur activité dans 2 et 5 ans	46
IV. DISCUSSION	48
1. Points forts et limites de l'étude	48
2. Particularités de l'offre de soins primaires du 16 ^{ème} arrondissement	50
a) Les médecins généralistes	50
b) Offre de soins primaires en gynécologie	54
c) Offre de soins primaires en pédiatrie.....	55
3. Evolution de l'offre de soins primaires dans le 16 ^{ème} arrondissement	57
a) Evolution de l'effectif en médecine générale.....	57
b) Les évolutions prévisibles liées aux nouvelles générations de médecins	58
c) Le vieillissement de la population fait évoluer la demande de soins.....	62
d) Evolution de l'offre de premier recours en gynécologie	63
e) Evolution de l'offre de premier recours en pédiatrie.....	64
4. Quelles offres alternatives pour les soins primaires dans le 16 ^{ème} arrondissement ?	66
a) Les maisons et pôles de santé	66
b) Les réseaux gériatriques	70
CONCLUSION.....	72
BIBLIOGRAPHIE	73

ANNEXE : Questionnaire de l'étude.....	81
RESUME	90

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements :

Au Professeur Serge Gilberg, pour m'avoir permis de participer à ce projet et m'avoir guidé dans la rédaction de cette thèse.

Au Professeur Hector Falcoff qui me fait l'honneur de présider ce jury.

Au Professeur Dominique Stoppa-Lyonnet qui me fait l'honneur de participer à mon jury.

Au Docteur Robert Sourzac, pour ses conseils tout au long de mes études en tant que tuteur et sa participation à mon jury de thèse.

Au Docteur Anne Simondon, pour son implication dans l'étude DEMOMED75, sa disponibilité et sa gentillesse.

Aux internes qui ont participé au déroulement de l'étude DEMOMED75.

Aux médecins qui se sont donné la peine de répondre au questionnaire de cette étude.

A tous les médecins qui ont contribué à ma formation au cours de mes études.

Je tiens à témoigner toute mon affection :

A Jeanne. Merci de m'avoir soutenu depuis le début de mes études. J'adore partager ma vie avec toi.

A mes parents. Merci pour votre amour, votre générosité et votre bienveillance. Merci de m'avoir donné l'envie de devenir médecin. Je vous dois tout ce que je suis.

A mes deux frères Marc et Arthur. Merci pour votre amour et pour cette belle relation qui nous unit depuis toujours.

A mes grands-mères, Mutti et Manou que je suis heureux d'avoir à mes côtés.

A mes grands-pères, Papichel et Papiclaude qui me manquent.

A Olive, Nico, Juju, Gus et à mes trois Pedro (Alex, Romain et Aymeric). Merci pour tous ces bons moments passés ensemble pendant nos études et pour tous ceux qui nous attendent.

A tous mes amis médecins ou non à qui je tiens qui me rendent la vie plus agréable.

LISTE DES ABREVIATIONS

APUR : Atelier Parisien d'Urbanisme

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche de Documentation en Economie de la Santé

MG : Médecin généraliste

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MEP partiel : Médecin généraliste pratiquant un mode d'exercice particulier à temps partiel

MEP 100% : Médecin généraliste pratiquant un mode d'exercice particulier à temps plein

ORS : Observatoire Régional de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription

SNIR : Système National Inter-Régime

INTRODUCTION

Le nombre de médecin en France est appelé à décroître dans les années à venir [5] alors que la population française va continuer à augmenter. [6] Ce constat pose le problème de l'accès aux soins et notamment aux soins de premiers recours, la France possédant déjà des zones géographiques sous dotées en médecins. [3]

Paris intramuros est actuellement une des zones géographiques les mieux pourvues en médecins, notamment en spécialistes, cependant les projections démographiques y prévoient une importante baisse de la densité médicale dans les années à venir. [9 ; 11 ; 13] D'autre part, s'il existe une forte densité de médecins généralistes à Paris, celle-ci s'accompagne d'une importante proportion de médecins déclarant exercer un mode d'exercice particulier (MEP). Ainsi, la densité de médecins généralistes hors MEP en 2009 était plus faible à Paris qu'en France. [12]

Il n'existe pas actuellement de données précises concernant l'offre de soins primaires dans les vingt arrondissements parisiens.

L'offre de soins de premiers recours libérale est actuellement assurée par les médecins généralistes mais aussi par plusieurs spécialités dont les gynécologues et les pédiatres. [16]

C'est pourquoi, l'étude DEMOMED75 a effectué en 2013 une enquête auprès de l'ensemble des médecins généralistes, pédiatres et gynécologues libéraux exerçant à Paris, afin d'obtenir une analyse fine de l'offre de soins primaires parisienne actuelle et de son évolution à 2 et 5 ans.

Ce travail a été réalisé dans le cadre de cette étude et portera exclusivement sur le 16^{ème} arrondissement.

Nos hypothèses de départ sont les suivantes :

- L'offre de soins primaires est aujourd'hui surestimée dans le 16^{ème} arrondissement de Paris,
- Cette offre risque de se dégrader dans les années à venir.

Notre analyse visera à évaluer l'offre de soins de premiers recours effective dans cet arrondissement et son évolution dans les 5 ans à venir.

I. ETAT DES LIEUX ET PROBLEMATIQUES

A. La situation actuelle en France, en Ile-de-France et à Paris

1. La démographie médicale en France

a) Une diminution de l'offre de soins programmée

En 2005, le rapport¹ de la « Commission de la Démographie Médicale » présenté par le Professeur Yvon Berland annonçait déjà une diminution à venir de l'offre de soins pour les raisons suivantes [1] :

- les variations du numérus clausus des études médicales,
- la féminisation de la profession,
- le changement de comportement des jeunes médecins.

Les variations du numérus clausus

Le numérus clausus a été instauré en 1971 dans le but d'ajuster le déficit de l'Assurance Maladie. Il avait comme objectif de diminuer le nombre de prescripteurs afin de diminuer le nombre de prescriptions et donc les dépenses des assurés². [2]

Après avoir été fixé à plus de 8000 dans les années 1970, le numérus clausus a fortement diminué entre 1979 et 1993 pour atteindre environ 3 500 dans les années 1990. Il n'a été réévalué qu'à partir de 2000-2001 pour être actuellement à 7492.

Ceci explique que le nombre de médecins entrant en activité, environ égal au numérus clausus avec un décalage d'une dizaine d'années lié à la durée des études médicales, est actuellement très bas.

En parallèle, les générations de médecins ayant bénéficié d'un numérus clausus élevé arrivent à l'âge de la retraite. [1] Cela implique une diminution inévitable du nombre de médecins en France dans les années à venir.

¹ Berland Y., « Commission Démographie Médicale » *Rapport 2005*.

² Ambroise-Thomas P. (au nom de la commission XVI) — La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. Bull. Acad. Natle Méd., 2009, 193, 405-413.

La féminisation des médecins

La profession médicale se féminise. Ainsi, selon les projections de la DREES réalisées en 2009, les femmes représenteraient 53,8% des médecins en activité en 2030 contre 39% en 2006¹. [5]

Or, les projections de l'ONDPS² publiées en 2004 estimaient que l'activité des femmes était alors égale à 70% de celle des hommes sur une vie professionnelle³. Cependant, cette activité était égale à 60% celle des hommes en 1989. [1] On peut donc supposer que cette différence va encore s'atténuer dans les années à venir.

D'autre part, cette féminisation de la profession médicale pourrait faire évoluer la répartition du mode d'exercice, les femmes privilégiant jusqu'à maintenant l'exercice salarié. Ainsi, la diminution du nombre de médecins à venir pourrait toucher plus fortement l'exercice libéral. [1]

Le changement de comportement des jeunes médecins

Le rapport du Professeur Berland souligne que les jeunes médecins souhaiteraient davantage consacrer du temps à leur vie de famille et aspireraient à avoir une vie sociale comparable à celle des autres professions. Ils consacraient donc moins de temps à leur travail que les anciennes générations de médecins. [1]

b) La désertification médicale de certaines zones en France

Dans un rapport de 2008 sur « L'offre de soins sur l'ensemble du territoire », le Député Marc Bernier, rapporte l'apparition de véritables « déserts médicaux » alors que la France n'a jamais compté autant de médecins. Il souligne que ce constat avait déjà été fait dans un précédent rapport de 2003⁴. [3]

Cette absence d'offre médicale est due à une répartition territoriale très inégale des professionnels de santé.

¹ Attal-Toubert K., Vanderschelden M. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». Etudes et résultats, n° 679, février 2009.

² Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé

³ Berland Y., « Commission Démographie Médicale » *Rapport 2005*.

⁴ Bernier M. « L'offre de soins sur l'ensemble du territoire. », Rapport d'information à l'Assemblée Nationale n°1132, 2008.

Ainsi, dans certaines zones, notamment rurales ou périurbaines dites « sensibles », l'offre de soins est insuffisante pour répondre aux besoins. [3]

c) L'augmentation de la demande de soins

La demande de soins est appelée à croître dans les années à venir.¹ [3]

Cette augmentation est liée aux « effets conjugués du vieillissement de la population, de l'évolution des attentes des usagers, et de l'augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques »². [8]

Dans ce contexte, en 2007 l'HCCAM³ avançait l'hypothèse d'une croissance du nombre de recours à un médecin libéral de +10,6 à +18,9% entre 2003 et 2025. [4]

d) Les projections démographiques

En février 2009, la DREES publiait des projections sur la démographie médicale française à l'horizon 2030.

Les principales conclusions de ce document sont fondées sur un scénario tendanciel, c'est-à-dire en partant du principe que les comportements restent identiques à ceux observés actuellement et ce jusqu'en 2030.

D'après ces projections, si la France avait atteint le nombre de 208 000 médecins actifs au 1er janvier 2007, celui-ci devrait diminuer jusqu'en 2019 pour ne revenir à un niveau comparable qu'en 2030 (soit 206 000 médecins). La diminution de l'effectif médical français jusqu'en 2019 est estimée à environ 10% (188 000 médecins)⁴. [5]

¹ Bernier M. « L'offre de soins sur l'ensemble du territoire. », Rapport d'information à l'Assemblée Nationale n°1132, 2008.

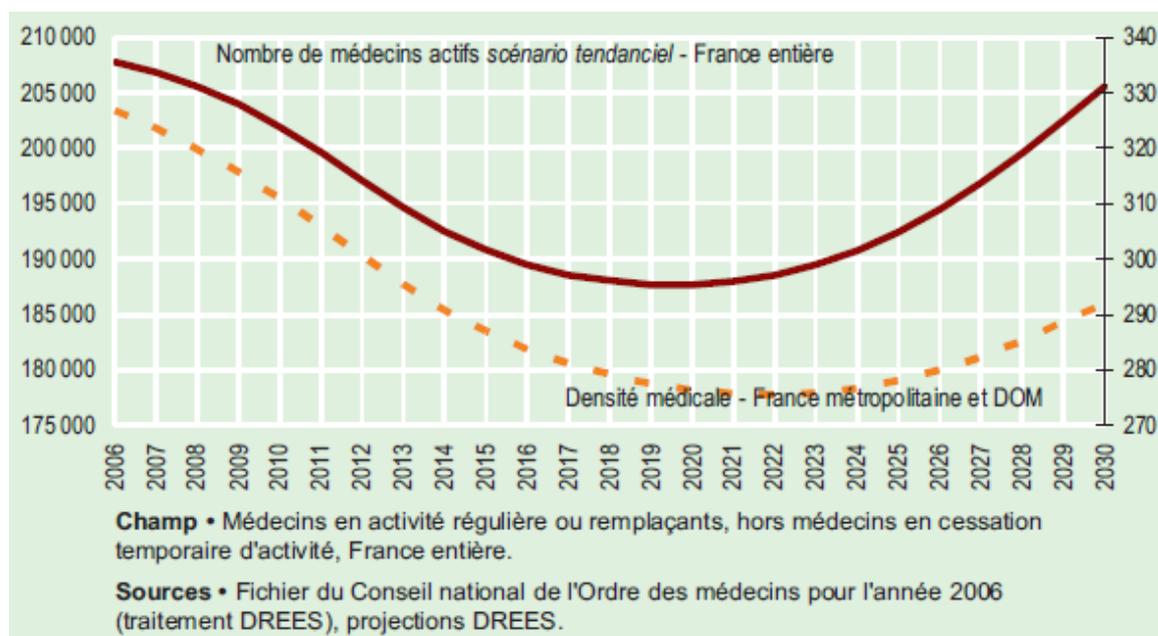
² Krucien N., Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N. « Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? » Questions d'économie de la santé, IRDES, n°163, mars 2011.

³ HCAAM « Avis sur les conditions d'exercice et les revenus des médecins libéraux » 24 mai 2007

⁴ Attal-Toubert K., Vanderschelden M. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». Etudes et résultats, n° 679, février 2009.

Sur cette même période (2006-2030), la population française devrait croître de 10%¹. [6] La densité médicale française passerait donc de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants, avec un minimum de 276 en 2020, diminuant ainsi de 10,6% (cf. Figure 1).

Figure 1 – Nombre et densité de médecins en activité d'après le scénario tendanciel



Source : « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». Etudes et résultats, n° 679, février 2009.

D'autre part, la population française est appelée à vieillir et la diminution du nombre de médecins par habitants de 60 ans ou plus devrait être continue sur cette période pour atteindre 36% en 2030². [5]

¹ Léon O. « Les projections régionales de population 2005-2030 », Economie et Statistique, INSEE, n°408, mai 2008.

² Attal-Toubert K., Vanderschelden M. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». Etudes et résultats, n° 679, février 2009.

e) Les médecins généralistes au niveau national

Au 1^{er} janvier 2013, l'ordre des médecins comptait 91 539 médecins généralistes en France métropolitaine et prévoyait une baisse de 4% de cet effectif en 2018¹. [7]

D'après la DREES, le retour à un effectif de médecins généralistes équivalent à celui de 2006 devrait être possible en 2030 (105 000 médecins en 2030 contre 104 000 en 2006).

Cependant, si l'on considère que les préférences des médecins entre les différents modes d'exercice restent identiques à celles observées aujourd'hui, la proportion de généralistes libéraux passerait de 60,2% en 2006 à 55,5% en 2030 avec plus du quart des médecins généralistes qui exerceraient uniquement à l'hôpital.

D'autre part, la féminisation serait plus importante pour la médecine générale que pour les autres spécialités. Ainsi en 2030, les femmes représenteraient 56,4% des médecins généralistes en activité. [5]

¹ Le Breton-Lerouillois G. « Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2013 ». Conseil national de l'ordre des médecins, 2013.

2. La démographie médicale en Ile-de-France

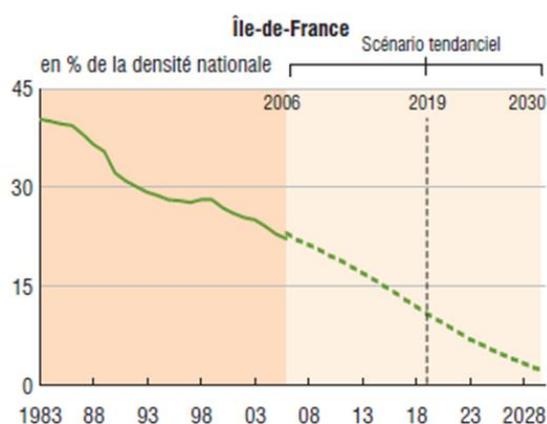
a) Généralités

L'Ile-de-France est actuellement une des régions ayant la densité médicale la plus élevée.

En 2006, elle possédait 402 médecins pour 100 000 habitants contre 327 pour la moyenne nationale.

Cependant, cette densité avait déjà considérablement diminué ces vingt dernières années. En effet, si on constatait un écart à la moyenne métropolitaine de +40% en 1983, ce même écart n'était plus que de +22% en 2006 (cf. Figure 2). [9]

Figure 2 – Ecart entre la densité régionale de médecins et la densité nationale



Source : fichier 2006 du Conseil de l'Ordre des médecins. Traitement Drees : projection de population INSEE ; projection Drees. Document extrait de « Quelle perspective pour la démographie médicale ? » La France et ses régions, INSEE, 2010

Cette forte diminution de la densité est due à une augmentation de la population régionale associée à la diminution du nombre de médecins actifs. Cette dernière serait due entre autre au nombre conséquent de cessations d'activité à venir car en 2006 la proportion de médecins de plus de 50 ans y est plus importante que dans le reste de la France.

Ainsi, l'Ile-de-France ne ferait plus partie des régions aux densités médicales les plus élevées à l'horizon 2030. [9]

b) Les médecins généralistes en Ile-de-France

Au 1^{er} janvier 2013, on recensait 9 211 médecins généralistes libéraux ou mixtes en Ile-de-France contre 10 571 en 2007¹. Cela représente une diminution de 13% qui ne devrait pas aller en s'arrangeant puisqu'elle devrait atteindre les 21% en 2018 avec 8 348 médecins généralistes en Ile-de-France. [10]

Cette évolution s'explique notamment par l'âge moyen des médecins généralistes qui s'élève actuellement à 54 ans. [10]

D'autre part, l'Ile-de-France n'échappe pas à la féminisation de la profession.

Ainsi, les hommes représentent actuellement 64% de l'effectif parmi lesquels 31,7% sont âgés de 60 ans et plus contre seulement 8,1% âgés de moins de 40 ans.

Alors que 59% des médecins généralistes de moins de 40 ans sont des femmes. [10]

¹ Le Breton-Lerouillois G. « Démographie médicale en Région ile de France : situation en 2013 ». Conseil national de l'ordre des médecins, 2013.

3. La démographie médicale parisienne

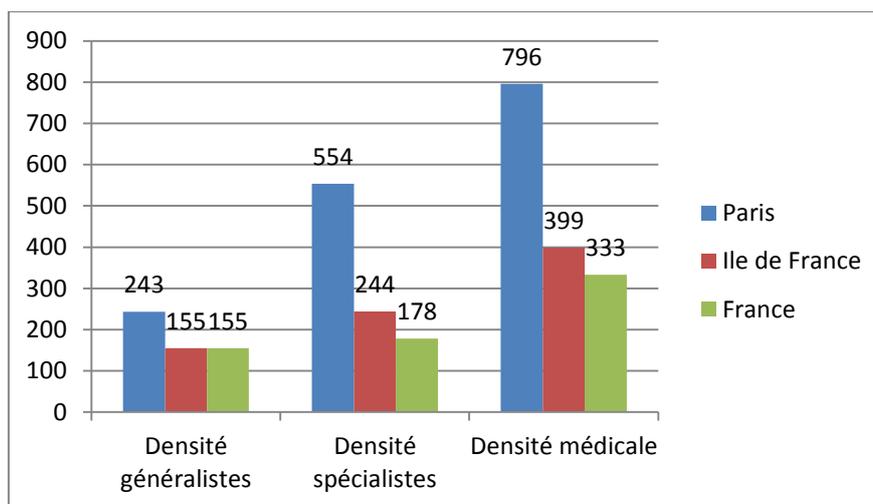
a) Généralités

Au 1^{er} janvier 2013, le nombre de médecins ayant une activité régulière à Paris est de 18 067 avec 5 511 médecins généralistes et 12 556 spécialistes¹. [11]

La capitale regroupe ainsi 30% des médecins généralistes et 43,2% des spécialistes d'Ile-de-France. Comme le montre le schéma ci-dessous, la densité médicale y est beaucoup plus forte qu'à l'échelle régionale ou nationale (cf. Figure 3).

On compte à Paris intramuros 796 pour 100 000 habitants (243 médecins généralistes et 554 spécialistes) contre 399 en Ile-de-France (155 MG et 244 spécialistes) et 333 au niveau national (155 MG et 178 spécialistes). [11]

Figure 3 - Densité pour 100 000 habitants des médecins libéraux ou salariés en 2013



Source : Sicart D. « Les médecins au 1^{er} janvier 2013 », Séries Statistiques, DREES, n°167, avril 2013.

¹ Sicart D. « Les médecins au 1^{er} janvier 2013 », Séries Statistiques, DREES, n°167, avril 2013.

Par ailleurs, il existe de fortes disparités entre les différents arrondissements parisiens.

Ainsi, en 2008 le 8^{ème} arrondissement avait une densité médicale de 2249 pour 100 000 habitants alors qu'elle était de 371 dans le 11^{ème} arrondissement¹.

Ces disparités concernent aussi bien les médecins généralistes que les spécialistes. [12]

b) Les médecins généralistes à Paris

Début 2013, selon la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), Paris comptait 2545 omnipraticiens libéraux exerçant principalement en cabinet. L'effectif des médecins généralistes y est donc en baisse puisque ce chiffre était de 2612 en 2011, soit une diminution de 2,6% en 2 ans. [13]

La densité d'omnipraticiens libéraux à Paris en 2013 est de 112 pour 100 000 habitants, à titre comparatif, elle était de 97 en France en 2011². [13]

Si l'on constate une importante densité d'omnipraticiens à Paris, ces chiffres doivent néanmoins être nuancés.

D'une part, en 2013, 27,2% d'entre eux déclarent un « mode d'exercice particulier » (MEP), ce qui est spécifique à Paris. [9] A titre comparatif, la proportion d'omnipraticiens déclarant un MEP en Ile-de-France en 2010 était de 18,4% et de 12,4% au niveau national³. [14]

D'autre part, Paris possède un taux important d'omnipraticiens non conventionnés (7%) ou exerçant en secteur 2 (35%) et seulement 58% exerçant en secteur 1. [13] En comparaison, en 2010 en France métropolitaine la proportion d'omnipraticiens exerçant en secteur 2 était de 10,8% et celle d'omnipraticiens non conventionnés était de 1,2% alors que la proportion de secteur 1 était de 88%. [14]

De plus, l'activité des omnipraticiens est moins importante à Paris. En 2009, elle y était de 3074 actes annuels par praticien en moyenne, contre 4300 en Ile-de-France et 4758 en France¹. [12]

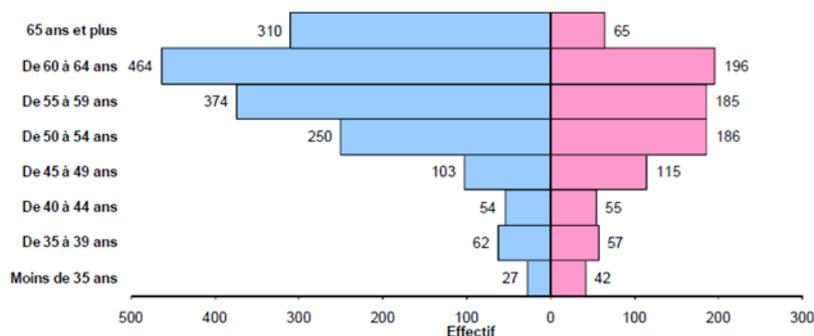
¹ Pépin P., Praznocy C., Laurent P. « La santé observée à Paris : tableau de bord départemental », ORS Ile-de-France, Juin 2011.

² « Démographie médicale parisienne », CPAM Paris, janvier 2013 ».

³ « Démographie et convention par région en 2010 » SNIR, 2010.

Enfin, la CPAM rapporte une pyramide des âges très préoccupante concernant les omnipraticiens parisiens. En 2013, leur moyenne d'âge est de 56,2 ans, et 41% d'entre eux ont 60 ans ou plus. [13] (Figure 4) Ces données laissent supposer une forte diminution à court terme des effectifs parisiens en médecine générale.

Figure 4 : Pyramide des âges des omnipraticiens parisiens au 1^{er} janvier 2013



Source - Base de données de l'Assurance Maladie. Extrait de « Démographie médicale parisienne », CPAM Paris, janvier 2013

¹ Pépin P., Praznocy C., Laurent P. « La santé observé à Paris : tableau de bord départemental », ORS Ile-de-France, Juin 2011.

B. Les soins de premier recours

1. Définition

La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » de 2009 définit les soins de premier recours. Ceux-ci concernent [15] :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- l'éducation pour la santé,
- la continuité et la permanence des soins¹.

2. Structures et spécialités médicales concernées

D'après l'article L1411-11 du code de santé, « les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration ».

Si les médecins généralistes sont évidemment concernés par les soins primaires, ce ne sont pas les seuls.

En effet, d'autres spécialités sont accessibles directement par les patients pour des actes de premiers recours. Il s'agit des gynécologues, des pédiatres, des ophtalmologues, des stomatologues et des psychiatres et neuropsychiatres (pour les patients de moins de 26 ans)². [16]

Une part importante des soins de premiers recours exercés par les pédiatres et les gynécologues peuvent être pratiqués par les médecins généralistes.

¹ « Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » Article L. 1434-7.

² « Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes » version consolidée au 1^{er} décembre 2013.

En parallèle, la pyramide des âges de ces deux spécialités est encore plus préoccupante que celle des omnipraticiens. Ainsi, au 1^{er} janvier 2013 à Paris, parmi les gynécologues médicaux et les pédiatres libéraux exerçant principalement en cabinet, la CPAM trouvait une proportion de médecins de 60 ans et plus de 62% pour les gynécologues médicaux et de 48,3% pour les pédiatres¹. [13]

Ces données font craindre une décroissance rapide du nombre de gynécologues et de pédiatres libéraux dans les années à venir.

On peut donc imaginer qu'une part importante des soins primaires assurés par les gynécologues et les pédiatres de ville sera reprise par les médecins généralistes.

Ce travail portant sur les soins de premier recours, nous avons étudié les médecins généralistes, mais aussi les pédiatres et les gynécologues libéraux.

¹ « Démographie médicale parisienne », CPAM Paris, janvier 2013.

C. Présentation du 16^{ème} arrondissement

1. Généralités

Le 16^{ème} arrondissement est le 2^{ème} arrondissement de Paris en superficie avec 791 hectares¹ et le 6^{ème} en population avec 169 372 habitants². [17 ; 18]

Le revenu net déclaré moyen par foyer fiscal en 2009 y était 2 fois plus élevé que sur l'ensemble de Paris (72 163 € contre 36 085 € à Paris).

La population du 16^{ème} arrondissement est la plus âgée de la capitale.

En effet, en 2007, selon l'INSEE³, la part de personnes de 60 ans ou plus y était de 27% contre 19% pour l'ensemble de la capitale⁴. [19]

Il est divisé géographiquement en 6 conseils de quartier : Dauphine, Chaillot, Muette Nord, Muette Sud, Auteuil Nord et Auteuil Sud. [20]

Le prix de l'immobilier y est de 9 070€/m² au 4^{ème} trimestre 2013 contre 8 140€/m² en moyenne sur Paris⁵. Ce qui en fait le 9^{ème} arrondissement le plus cher de la capitale.

Il existe de fortes disparités entre les quartiers. Ainsi, le prix du mètre carré est de 10 470€ dans le quartier de Chaillot, de 9 950€ dans le quartier de la Muette, de 9 160€ dans le quartier de la porte Dauphine et de 8 410€ dans le quartier d'Auteuil. [21]

2. Données sur l'offre de soins du 16^{ème} arrondissement

Le 16^{ème} arrondissement est le mieux pourvu en médecins libéraux.

Selon la CPAM, il y avait au 1^{er} janvier 2013, 233 omnipraticiens et 818 spécialistes libéraux exerçant principalement en cabinet dans cet arrondissement⁶. [13]

¹ Site de la mairie de Paris

² INSEE, « Paris 16^e arrondissement : Evolution et structure de la population »

³ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

⁴ Virot P., Buisson G., De Biasi K., « Les séniors parisiens, de fortes disparités selon les quartiers », Insee Ile de France à la page, n°352, février 2011.

⁵ Site de la chambre des notaires de Paris [en ligne] : <http://www.paris.notaires.fr/outil/immobilier/carte-des-prix> (Consulté le 24/03/2014)

⁶ « Démographie médicale parisienne », CPAM Paris, janvier 2013.

Parmi les médecins inscrits au conseil de l'ordre des médecins de Paris en tant que médecin généraliste, seuls 16% sont « spécialistes en médecine générale » alors qu'ils sont 26% sur l'ensemble de la capitale. A titre indicatif, la qualité de spécialiste en médecine générale est obtenue après avoir passé les épreuves classantes nationales et choisi la spécialité de médecine générale ou depuis 2007 en déposant un dossier de demande de qualification en médecine générale auprès du conseil de l'ordre des médecins¹. [22]

Cet arrondissement possède de nombreuses structures de soins dont notamment :

- Deux hôpitaux gériatriques : l'hôpital Sainte Perrine-Chardon Lagache-Rossini et l'hôpital Henri Dunant,
- Deux centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI),
- Trois Centres Médico-Psychologiques (CMP) dont deux pour adultes et un pour enfants et adolescents,
- Un centre de santé : Centre médico-social Alice Groperrin,
- Un centre d'évaluation gérontologique,
- Un centre d'exploration cardiologique ambulatoire,
- Un centre médical IPC pour la réalisation de l'examen périodique de santé,
- Neuf cliniques essentiellement chirurgicales (dont deux spécialisées en chirurgie esthétique).

Parmi ces structures seul le centre médico-social Alice Groperrin propose des consultations de médecine générale, de pédiatrie et de gynécologie médicale.

Il possède aussi 72 pharmacies et 15 laboratoires d'analyses². [13]

¹ Nicodème R., « Cahier jurispratique : spécial qualification », Médecins, n°30, juillet-août 2013.

² « Démographie médicale parisienne », CPAM Paris, janvier 2013.

II. MATERIEL ET METHODE

Ce travail s'inscrit dans le cadre de l'étude DEMOMED75 qui s'est déroulée du 20 juin au 10 novembre 2013 et que nous allons présenter dans cette partie.

1. Partenaires de l'étude

L'étude a été réalisée sous la responsabilité des trois départements de médecine générale parisiens :

- le département de médecine générale de l'Université Paris-Diderot,
- le département de médecine générale de l'Université Paris-Descartes,
- le département de médecine générale de l'Université Pierre et Marie Curie.

Elle a été organisée en collaboration avec les structures suivantes :

- la mairie de Paris,
- la mairie du 18^{ème} arrondissement de Paris,
- l'ARS d'Ile-de-France,
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris,
- le conseil départemental de l'Ordre des Médecins de Paris,
- le Réseau de santé Paris Nord.

2. Population

La population étudiée au cours de cette étude comprenait l'ensemble des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres libéraux exerçant à Paris intramuros. Les médecins retraités ou salariés ont été exclus de l'étude.

3. Déroulement de l'étude

a) Organisation de l'étude

Vingt internes provenant des trois départements de médecine générale parisiens ont été mobilisés pour la réalisation de cette étude. Chacun avait en charge le recueil de données pour un territoire défini, de taille comparable.

Nous avons constitué une liste exhaustive des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres libéraux parisiens, avec leurs adresses et numéros de téléphones, en croisant les données des sources suivantes :

- le Conseil de l'Ordre des Médecins,
- l'assurance maladie à partir du site AMELI.fr,
- les pages jaunes.

b) Le recueil de données

Chaque médecin concerné s'est vu envoyer au moins un courrier accompagné d'un questionnaire pouvant être rempli sous forme papier et retourné par voie postale (enveloppes T), ou bien renseigné directement sur Internet en s'identifiant sur le site demomed75.fr à l'aide d'un numéro d'anonymisation.

Il y a eu trois envois de courriers pour les médecins généralistes les 20 juin, 15 juillet et 29 septembre 2013. En revanche les gynécologues et les pédiatres n'ont eu qu'un envoi de courrier le 29 septembre 2013. Chaque envoi a été suivi de relances téléphoniques réalisées par les internes engagés dans l'étude pendant plusieurs semaines afin d'inciter les médecins à répondre.

Les réponses des questionnaires papiers ont été saisies par les internes sur une base de données commune jusqu'au 10 novembre 2013.

c) Les variables recueillies par les questionnaires

Les données concernant le médecin étaient:

- le sexe et l'âge,
- l'université d'origine,
- la date d'installation à Paris.

Les variables sur le cabinet étaient:

- l'exercice isolé ou en groupe avec la composition et taille du groupe,
- les horaires d'ouverture du cabinet,
- l'exercice ou non, en maison ou pôle de santé,
- l'appartenance ou non à un réseau de santé,
- la description des locaux (surface, cabinet au domicile, propriétaire ou non),
- l'accessibilité des locaux pour les personnes en situation de handicap,
- l'existence d'un secrétariat et ses caractéristiques,
- l'informatisation du cabinet (carte vitale, dossier médical informatisé),
- la pratique du tiers payant sur la part obligatoire.

Les variables sur l'activité actuelle des médecins étaient:

- l'exercice en tant que titulaire ou collaborateur,
- le type d'activité (libérale intégrale ou mixte),
- le nombre de patients "médecin traitant",
- le volume d'activité (temps d'activité clinique par semaine, durée des consultations),
- l'existence d'un remplaçant régulier,
- la capacité à voir l'ensemble des patients ou non,
- les consultations avec et/ou sans rendez-vous,

- le secteur d'activité,
- l'existence d'un mode d'exercice particulier et sa part dans l'activité,
- la pratique d'une activité de gynécologie (frottis, suivi de grossesse, pose d'implant, pose de stérilet),
- la maîtrise de stage,
- le nombre de consultations et de visites annuelles,
- le contenu de l'activité (part de CMUc d'AME, de patients de moins de 16 ans et de plus de 70 ans).

Les données sur la permanence et la continuité des soins étaient:

- la participation à la permanence des soins,
- le volume de congés annuels,
- le remplacement pendant les congés.

Les variables sur l'activité future du médecin étaient:

- l'évolution de l'activité du médecin dans deux ans et cinq ans (cessation d'activité / diminution / stabilité / augmentation),
- la succession du cabinet,
- l'orientation possible du médecin vers un exercice au sein d'une structure pluri-professionnelle.

d) Le traitement des données

Les données recueillies ont été exploitées de façon totalement anonyme et la CNIL¹ a donné son accord pour cette étude.

L'ensemble des données sur Paris a été saisi sur dans une base commune à partir du logiciel de sondage en ligne Limesurvey. Celles-ci ont ensuite été redistribuées aux internes sous forme de fichier Excel contenant les réponses des médecins de l'arrondissement dont ils s'occupaient.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels R et Excel.

e) Financement de l'étude

Cette étude a été financée par :

- les universités Paris 5, Paris 6, Paris 7,
- la mairie de Paris,
- l'ARS Ile-de-France.

¹ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

III. RESULTATS

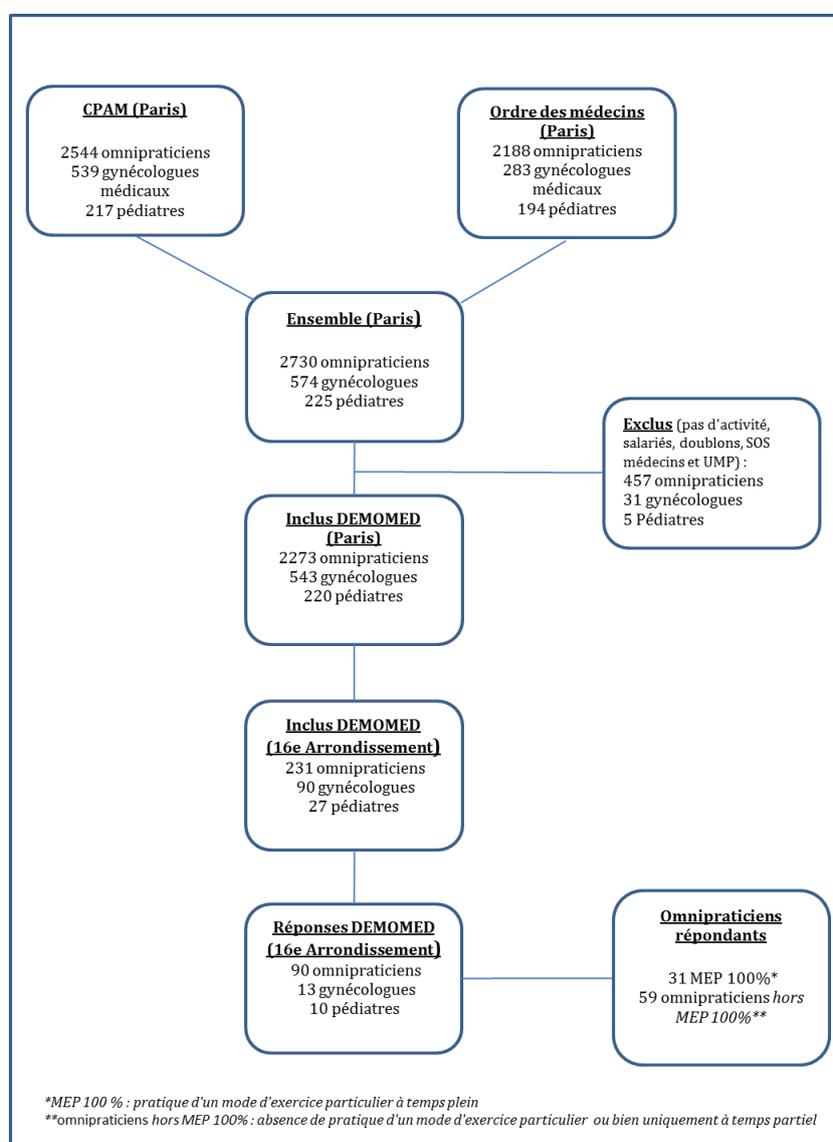
1. Inclusions et participation

Inclusions

Au final, sur 391 médecins éligibles dans le 16^{ème} arrondissement, 348 ont été inclus dans notre analyse dont :

- 231 médecins généralistes,
- 27 pédiatres,
- 90 gynécologues.

Figure n°5: Diagramme de flux de l'étude DEMOMED75 pour le 16^{ème} arrondissement



Taux de participation

Le taux de réponse global pour cet arrondissement a été de 32,5% contre 33,8% pour l'ensemble de Paris. Le taux de participation était supérieur à celui de l'étude pour les médecins généralistes et les pédiatres et inférieur pour les gynécologues.

Tableau n° 1 : Taux de réponse par spécialité

	16 ^{ème} arrondissement	Paris
Généralistes	39%	37%
Pédiatres	37%	29%
Gynécologues	14,4%	21%

Pour le calcul des résultats qui vont suivre, il a été décidé d'exclure les médecins ayant déclaré exercer un mode d'exercice particulier à plein temps (MEP 100%), considérant qu'ils ne participaient pas à l'offre de soins primaires.

2. Les médecins généralistes ayant répondu dans le 16^{ème} arrondissement

a) Caractéristiques des médecins répondants

L'âge moyen des médecins généralistes ayant répondu est de 58,9 ans. Ce sont des hommes à 80%.

Leur faculté d'origine se situe à Paris à 80%, en Ile-de-France à 12%, en province à 7% et à l'étranger pour 2% d'entre eux.

La médiane de la date de leur installation en libéral à Paris, est à 1984, le premier quartile à 1979 et le 3^{ème} quartile à 1998.

b) Conditions d'exercice

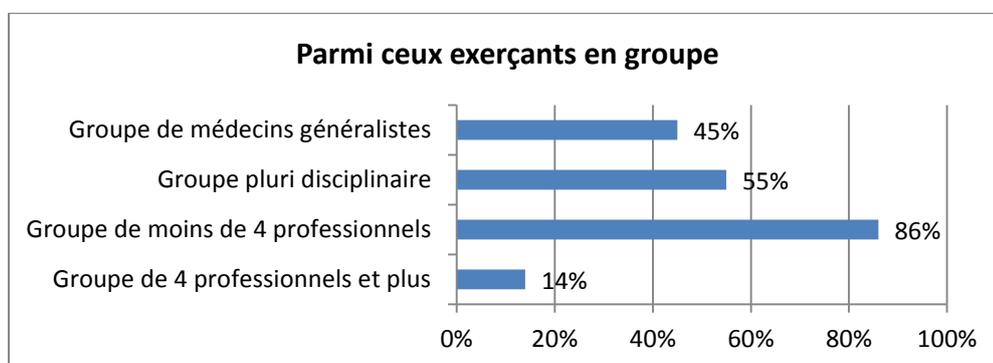
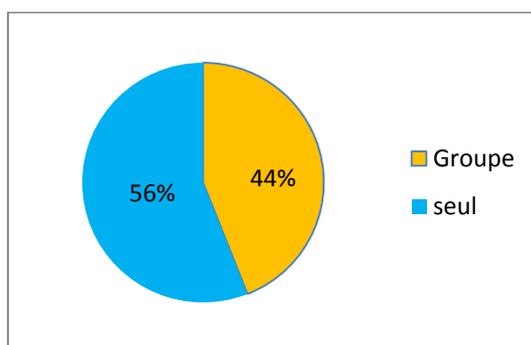
Mode d'exercice

56% des répondants exercent seuls.

Parmi les 44% exerçant en groupe :

- 45% sont installés uniquement avec des généralistes alors que 55% sont installés avec des médecins d'autres spécialités,
- 86% sont dans un cabinet de moins de 4 professionnels.

Figure n°6 : Exercice en groupe des médecins généralistes du 16^{ème} arrondissement



10% d'entre eux participent à des structures pluri-professionnelles type maison ou pôle de santé et 14% sont membres d'un réseau de santé.

Les locaux

- Ils sont à 98,3% au rez-de-chaussée (50,8%) ou en étage mais avec ascenseur (47,3%),
- 48% sont accessibles en totalité en fauteuil roulant, 25% seulement partiellement, 27% ne le sont pas du tout,
- 12% des médecins ont leur cabinet à leur domicile,
- 41% déclarent être propriétaire de leurs locaux,
- La superficie médiane se situe à 60m² avec un 1^{er} et un 3^{ème} quartile respectivement à 44m² et 90m².

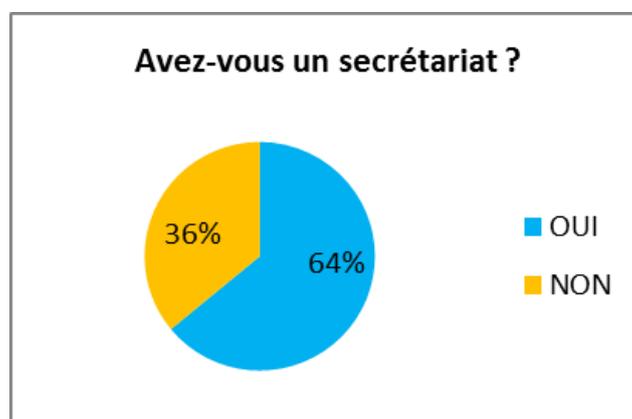
Le secrétariat

64% de médecins répondants ont un secrétariat et donc 36% font eux-mêmes ce travail.

Parmi eux :

- 15,8% ont une secrétaire en permanence au cabinet,
- 29% ont une secrétaire présente au cabinet sur une partie seulement des horaires d'ouverture,
- 10,5% ont leur conjoint comme secrétaire,
- 58% ont recours à un secrétariat téléphonique,
- 8% ont recours à un secrétariat par Internet.

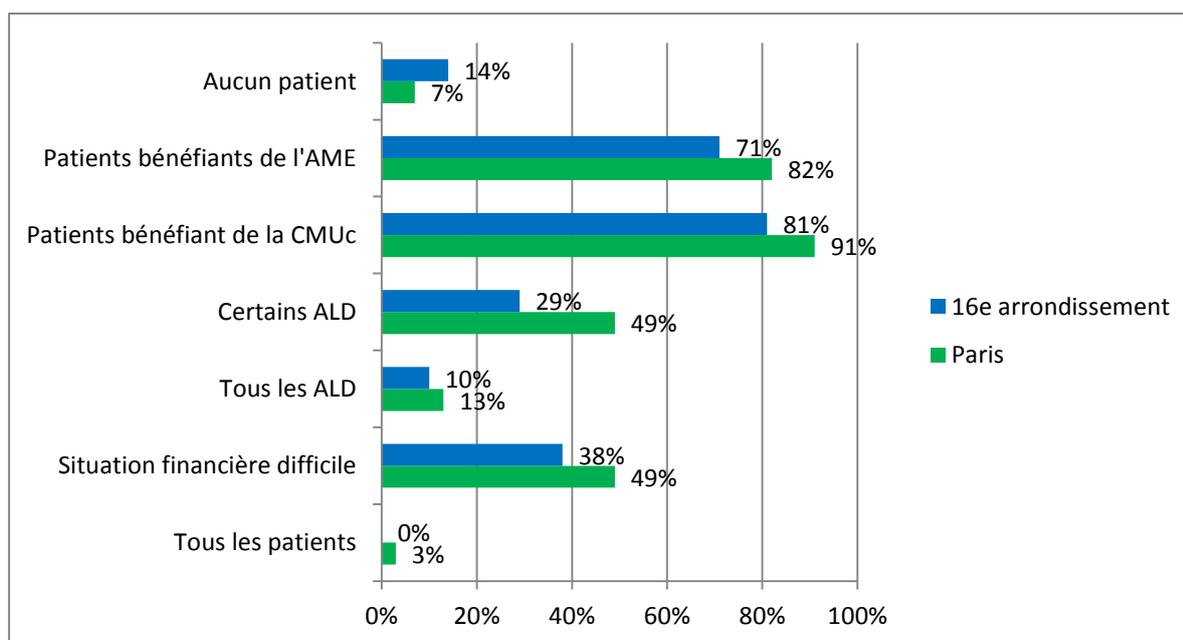
Figure n°7 : Pourcentage de médecins ayant un secrétariat



Le tiers payant :

- 14% ne pratiquent jamais le tiers payant,
- 71% le pratiquent pour les bénéficiaires de l'AME et 81% pour les bénéficiaires de la CMUc,
- 29% le pratiquent pour certains ALD et 10% pour tous les ALD,
- 38% disent le pratiquer lorsque les patients sont en situation financière difficile,
- aucun ne le pratique pour l'ensemble de ses patients.

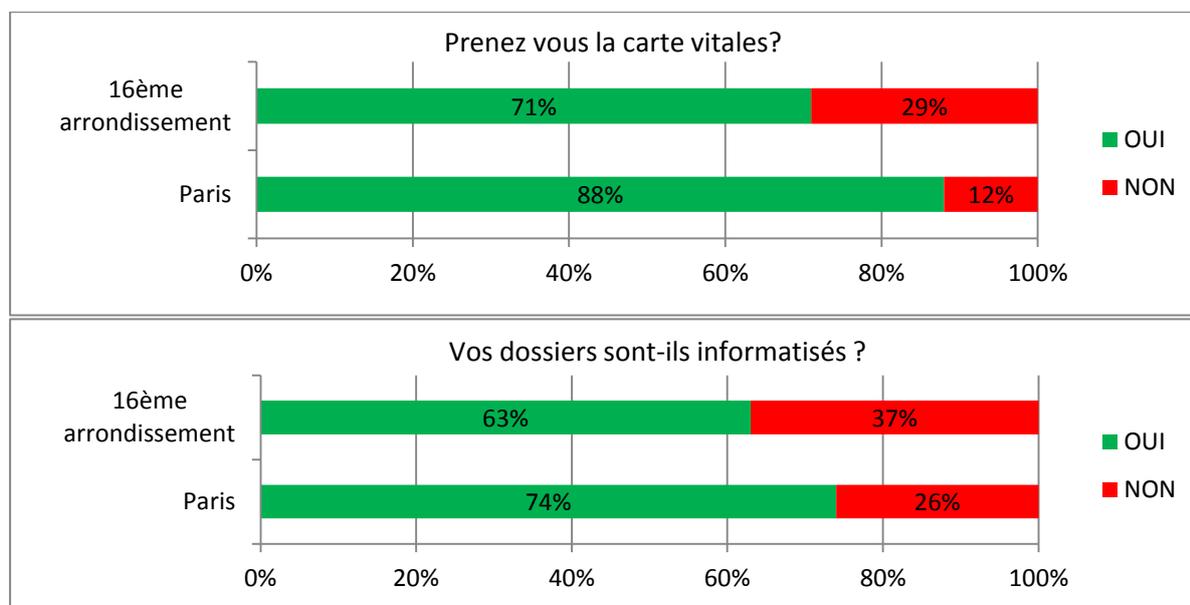
Figure n°8 : Pratique du tiers payant chez les médecins généralistes du 16^{ème} arrondissement



L'informatisation

63% médecins répondants déclarent avoir informatisé les dossiers de leurs patients et 71% prennent la carte vitale.

Figure n°9 : Informatisation des dossiers et carte vitale parmi les omnipraticiens du 16^{ème} arrondissement



c) Leur activité actuelle

Type d'activité

93% exercent en tant que médecin titulaire et 7% en tant que collaborateur libéral.

80% exercent intégralement en libéral.

20% ont une activité libérale et salariée dont la moitié à l'hôpital.

Volume d'activité

Le nombre de patient « médecin traitant » médian est de 740.

Le temps d'activité clinique est de 48 heures par semaine en moyenne.

L'estimation de la durée de consultation est en moyenne à 26 minutes avec une médiane à 20 minutes.

8% déclarent avoir un remplaçant régulier qui les remplace 1 demi-journée par semaine.

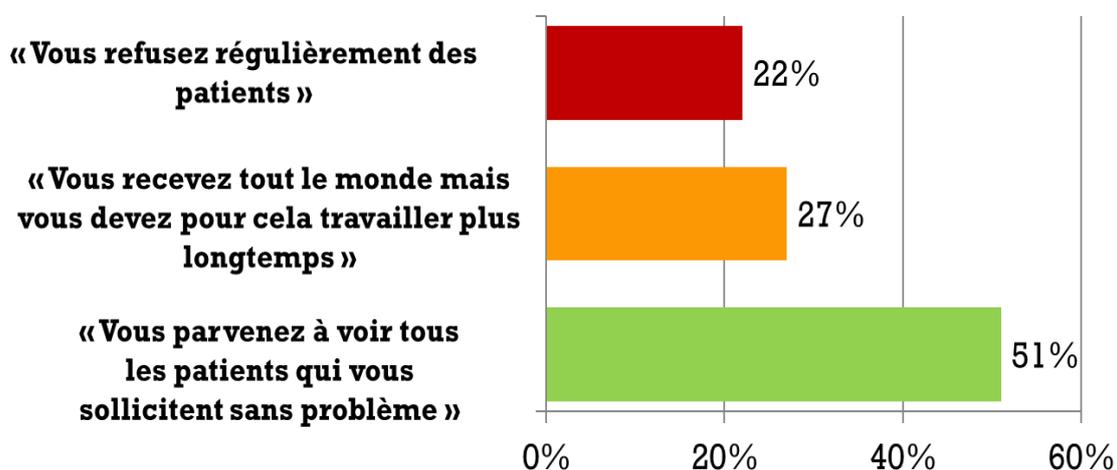
Pour l'activité de consultation :

- 51% déclarent voir tous leurs patients sans difficulté,
- 27% voient tous leurs patients mais déclarent devoir travailler plus pour y arriver,
- 22% refusent des patients.

Concernant les visites :

- 37% voient tous leurs patients sans difficulté,
- 15% les voient tous mais en travaillant plus,
- 22% refusent des patients,
- 26% ne font pas de visite.

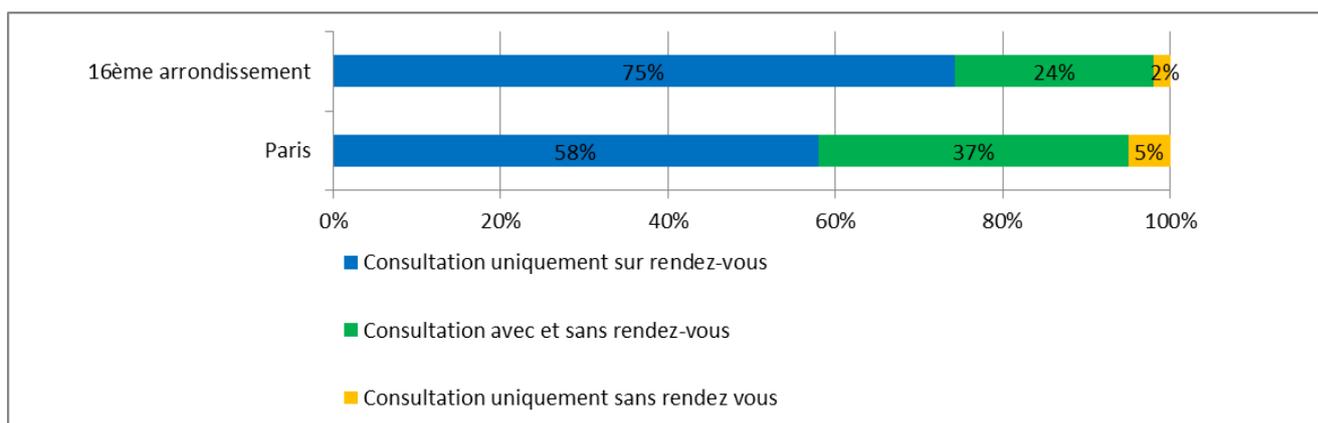
Figure n°10 : Ressenti des médecins généralistes concernant leur activité de consultation



Mode d'exercice

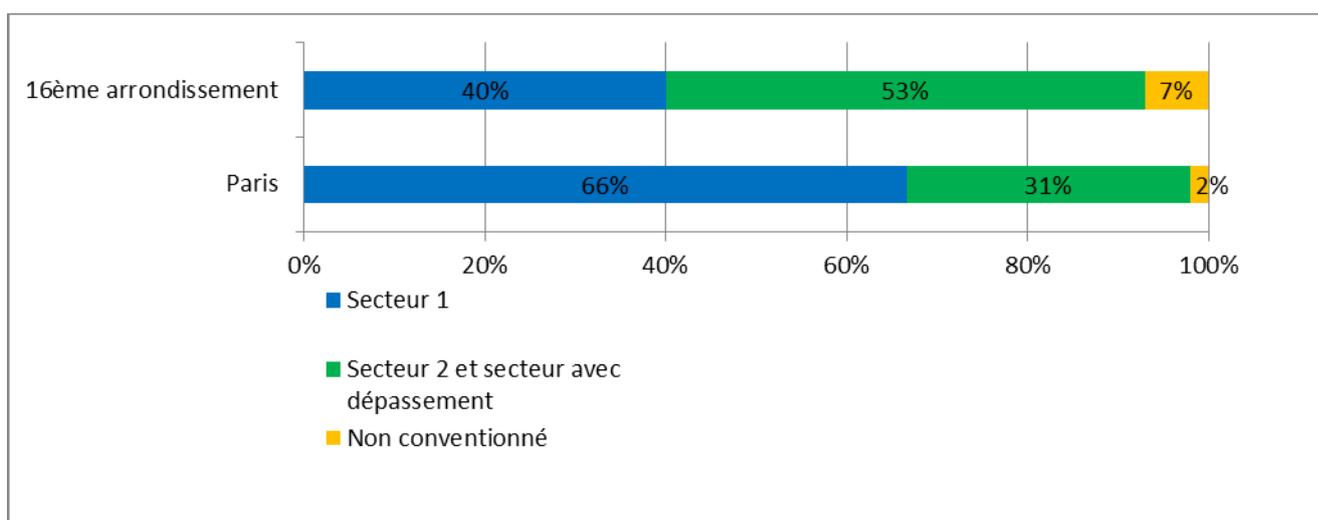
75% consultent uniquement sur rendez-vous, 2% uniquement sans rendez-vous et 24% avec et sans rendez-vous. Ces derniers consultent en moyenne 29% du temps sans rendez-vous.

Figure n °11 : Organisation des consultations des médecins généralistes (hors MEP 100%)



40% exercent en secteur 1 contre 53% en secteur 2 ou secteur 1 avec dépassement d'honoraires et 7% en secteur non conventionné. Parmi les secteurs 2 et le secteur 1 avec dépassement d'honoraires, la médiane de proportion d'actes pratiqués au tarif secteur 1 est de 2/10.

Figure n °12 : Sectorisation des médecins généralistes (Hors MEP 100%) :



Activité gynécologique

11% pratiquent des frottis cervico-vaginaux, 12,5% suivent des grossesses, 2% posent des stérilets et 4% posent des implants contraceptifs sous-cutanés.

Maîtrise de stage

4% accueillent des étudiants : 2% des externes et 2% des internes pour des stages de niveau 1.

Caractéristiques de l'activité

Pour cette partie 37% des répondants avaient leur RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescription).

Le nombre de consultations annuelles médian se situait à 2 970 avec un 1^{er} et un 3^{ème} quartile respectivement à 2 000 et 4 000.

Pour le nombre de visites par an, la médiane était à 230.

Concernant leur patientèle :

- en moyenne, 5,9% de leurs patients ont moins de 16 ans (médiane = 8% ; 1^{er} quartile = 4,6% ; 3^{ème} quartile 10,1%),
- en moyenne, 24,4% de leurs patients ont 70 ans ou plus (médiane = 20% ; 1^{er} quartile = 15% ; 3^{ème} quartile 30,7%),
- en moyenne, 3,4% de leurs patients bénéficient de la CMU et 2,1% de l'AME.

Permanence des soins

12,3% des médecins participent à des gardes ou des astreintes.

Ils prennent en médiane 5 semaines de congés par an.

77% d'entre eux ne se font pas remplacer pendant leurs congés.

Parmi les 23% qui se font remplacer (11% totalement et 12% partiellement) 32% déclarent avoir du mal à trouver des remplaçants.

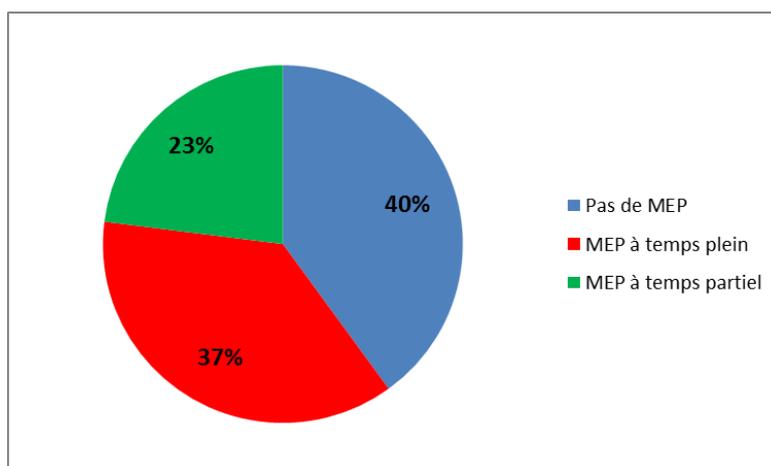
d) Les Modes d'exercice particuliers

Remarque : pour les analyses de cette sous-partie uniquement nous avons pris en compte les réponses de l'ensemble des médecins généralistes (MEP 100% inclus).

Sur l'ensemble des 90 médecins généralistes ayant répondu dans le 16^{ème} arrondissement, 84 ont répondu à la question concernant les modes d'exercice particulier (MEP). Parmi eux, 50 déclarent pratiquer un MEP (60%) dont :

- 31 à temps plein (37%),
- 19 à temps partiel (23%).

Figure n°13 : Pourcentage de MEP sur l'ensemble des médecins généralistes du 16^{ème} arrondissement ayant répondu à l'étude



Les médecins pratiquant un MEP à temps plein

Parmi ces médecins, certains ont plusieurs MEP. Leur répartition est la suivante :

- 26% pratiquent l'acupuncture,
- 32% l'homéopathie,
- 52% l'angiologie,
- 32% la médecine manuelle ou l'ostéopathie,
- 42% un autre MEP : la nutrition, la médecine esthétique, la diététique, l'allergologie, la traumatologie du sport, l'auriculothérapie, la somatopsychothérapie.

Ils sont sectorisés de la manière suivante :

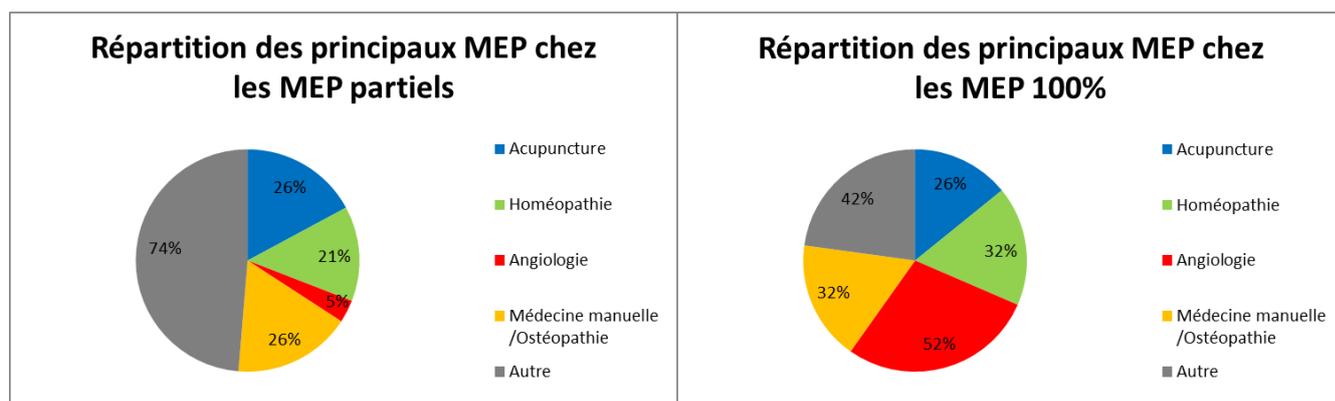
- 20,5% exercent en secteur 1,
- 52% en secteur 2 ou secteur 1 avec dépassement,
- 27,5% en secteur non conventionné.

Les médecins pratiquant un MEP à temps partiel

Parmi ces médecins, certains ont également plusieurs MEP. Leur répartition est la suivante :

- 26% pratiquent l'acupuncture,
- 21% l'homéopathie,
- 5% l'angiologie,
- 26% la médecine manuelle ou l'ostéopathie,
- 74% un autre MEP : la mésothérapie, la nutrition, l'électrothérapie, la diététique, le laser, l'hypnose, l'expertise médicale.

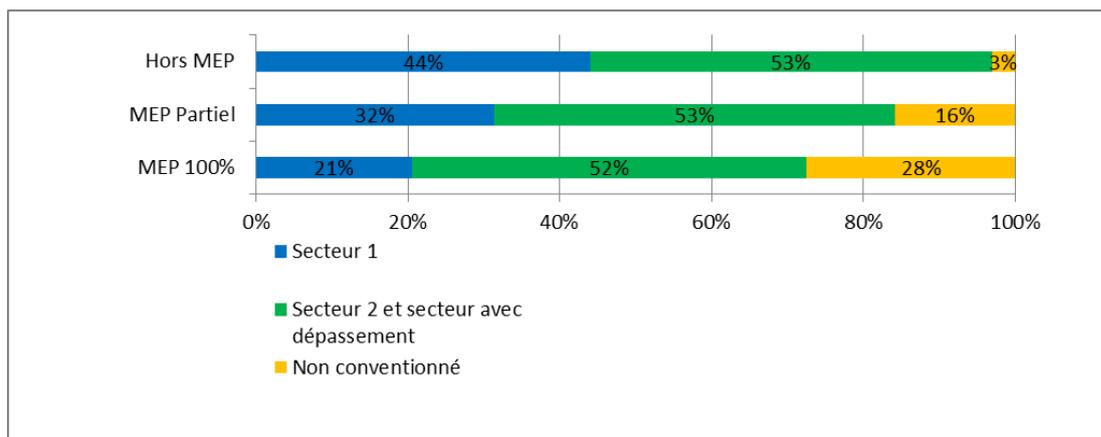
Figure n° 14: Répartition des différents MEP



Ils sont sectorisés de la manière suivante :

- 31,5% exercent en secteur 1,
- 52,5% en secteur 2 ou secteur 1 avec dépassement,
- 16% en secteur non conventionné.

Figure n° 15: Sectorisation des médecins généralistes du 16^{ème} arrondissement en fonction de leur pratique d'un MEP (temps plein ou temps partiel) ou non.



e) Evolution prévisible de leur activité dans 2 et 5 ans

Evolution quantitative (cf. Figure n°16)

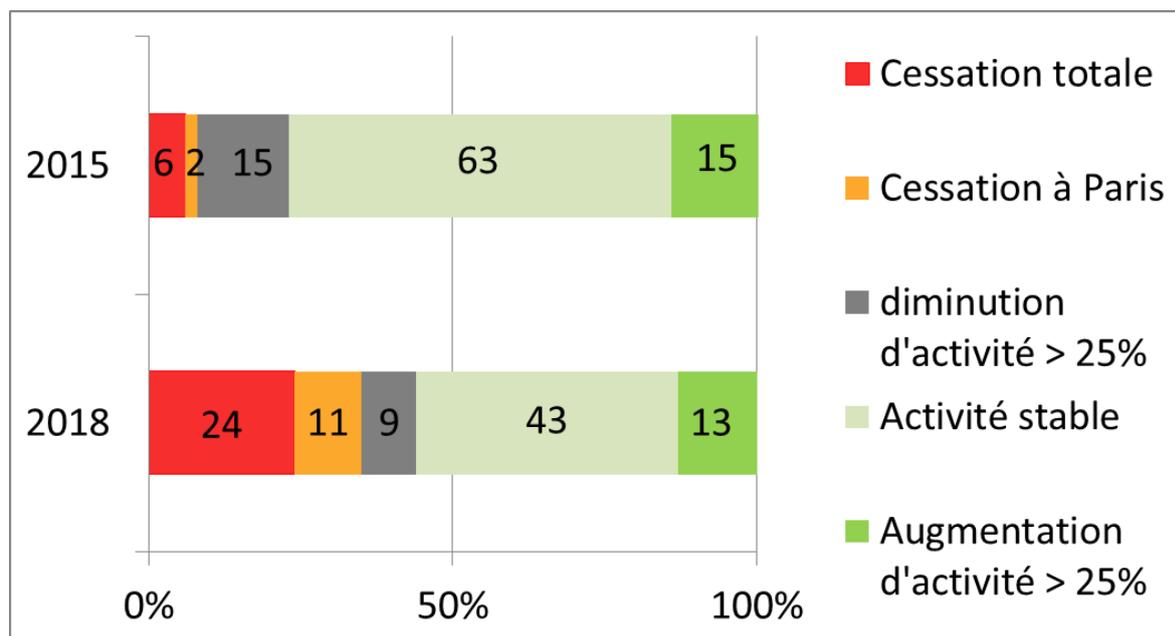
Dans 2 ans :

- 8% prévoient une cessation totale de leur activité à Paris (6% arrêteront d'exercer et 2% partiront de Paris),
- 15% prévoient de diminuer leur activité de plus de 25%,
- 63% prévoient une activité stable,
- 15% prévoient d'augmenter leur activité de plus de 25%.

Dans 5 ans :

- 35% prévoient une cessation totale de leur activité à Paris (24% arrêteront d'exercer et 11% partiront de Paris),
- 9% prévoient de diminuer leur activité de plus de 25%,
- 43% prévoient une activité stable,
- 13% prévoient d'augmenter leur activité de plus de 25%.

Figure n°16 : Evolution prévisible de l'activité des médecins généralistes du 16^{ème} arrondissement (hors MEP 100%) dans 2 et 5 ans



En répartissant les médecins ayant déclaré une cessation d'activité d'ici 5 ans, par conseil de quartier :

- 58% exercent dans les quartiers d'Auteuil (21% à Auteuil Nord et 37% à Auteuil Sud),
- 26% exercent dans le quartier de Dauphine,
- Tandis que les autres sont distribués équitablement entre Chaillot, Muette Nord et Muette Sud (5% dans chaque conseil de quartier).

Caractéristiques des médecins déclarant une cessation d'activité (Tableau n°2)

Parmi les médecins déclarant une cessation d'activité d'ici 5 ans :

- L'âge moyen est de 66,6 ans,
- 79% sont des hommes,
- 79% exercent seuls et seulement 21% exercent en groupe,
- Seul 21% exercent en secteur 1,
- 68% exercent en secteur 2
- Et 11% ne sont pas conventionnés.

Tableau n°2 : Comparaison des caractéristiques des médecins généralistes (MG) du 16^{ème} arrondissement ayant déclaré une cessation d'activité d'ici 5 ans avec celles de l'ensemble des médecins généralistes ayant répondu à l'étude dans cet arrondissement (hors MEP 100%) :

16 ^{ème} arrondissement	MG s'arrêtant d'ici 5 ans	MG actuels
Sexe masculin	79%	80%
Age moyen	66,6 ans	58,9 ans
Exercice seul	79%	56%
Exercice en groupe	21%	44%
Secteur 1	21%	40%
Secteur 2	68%	53%
Secteur 3	11%	7%

Succession

72% des répondants n'envisagent pas de succession de leur activité, 6% l'envisagent dans 2 ans et 22% dans 5 ans.

Aucun des médecins envisageant de succession n'a trouvé de successeur.

Evolution de leur mode d'exercice

Parmi les médecins travaillant seul, 7% se voient en groupe d'ici 2 ans et 11% d'ici 5 ans.

Parmi les médecins travaillant en groupe 77% se voient toujours travailler en groupe dans 5 ans, 6% envisagent de fusionner avec d'autres groupes d'ici 5 ans, 18% envisagent d'intégrer un médecin généraliste à leur groupe, et 12% un autre professionnel de santé d'ici 5 ans.

Concernant l'orientation vers un exercice dans une maison de santé ou un pôle de santé 6% l'envisagent, 13% déclarent ne pas avoir assez d'information sur ces structures et 2% travaillent déjà dans une structure de ce type. 79% n'envisagent pas d'exercer dans ce type de structure.

3. Les pédiatres ayant répondu à l'étude dans le 16^{ème} arrondissement

a) Caractéristiques

Parmi les pédiatres du 16^{ème} arrondissement ayant répondu au questionnaire, la moyenne d'âge est de 60 ans et il y a 50% de femmes et 50% d'hommes.

La date de leur installation en libéral est en médiane à 1991.

50% travaillent en groupe et aucun n'a de médecin généraliste dans son cabinet.

20% font partie d'un réseau de santé, et aucun ne travaille dans une structure pluri-professionnelle.

Concernant l'accessibilité de leur cabinet, ils sont tous en rez-de-chaussée (80%) ou en étage mais avec un ascenseur (20%). Leur cabinet est accessible en fauteuil roulant dans sa totalité pour 50%, partiellement pour 40% et inaccessible pour 10%.

Ils sont propriétaires à 70% de leurs locaux et la superficie médiane se situe à 80 m².

80% ont un secrétariat.

Concernant le tiers payant :

- 20% ne l'appliquent jamais,
- 60% l'appliquent au patient bénéficiant de l'AME et 80% à ceux bénéficiant de la CMUc,
- 30% l'appliquent pour certains ALD et 10% à tous les ALD,
- 30% l'appliquent pour les patients en situation financière difficile,
- aucun ne l'applique pour tous ses patients.

Ils prennent la carte vitale à 70% et sont informatisés à 60%.

b) Activité actuelle

100% exercent en tant que médecin titulaire, 60% ont une activité exclusivement libérale et 40% une activité mixte (libérale et salariée).

En médiane ils exercent 39 heures par semaine (1^{er} quartile = 35 et 3^{ème} quartile = 57,5).

Leurs consultations durent environ 30 minutes à l'unanimité.

30% ont des remplaçants réguliers.

Aucun ne fait de visite.

Concernant leur activité de consultation :

- 60% déclarent voir l'ensemble de leurs patients sans problème,
- 20% voit tous leurs patients mais avec difficulté,
- 20% doivent refuser des patients.

Leur nombre de consultations annuel médian est de de 2715 (1^{er} quartile = 1967 et 3^{ème} quartile = 3333).

Concernant leur mode d'exercice :

- 100% des pédiatres répondants ne travaillent que sur rendez-vous,
- 10% exercent en secteur 1 et 90% en secteur 2 ou en secteur 1 avec dépassements d'honoraires.

Ils prennent en moyenne 6 semaines de congés par an. 20% se font remplacer totalement pendant ces congés, 30% se font remplacer partiellement et 50% pas du tout.

c) Evolution prévisible de leur activité dans 2 et 5 ans (cf. Figure 17)

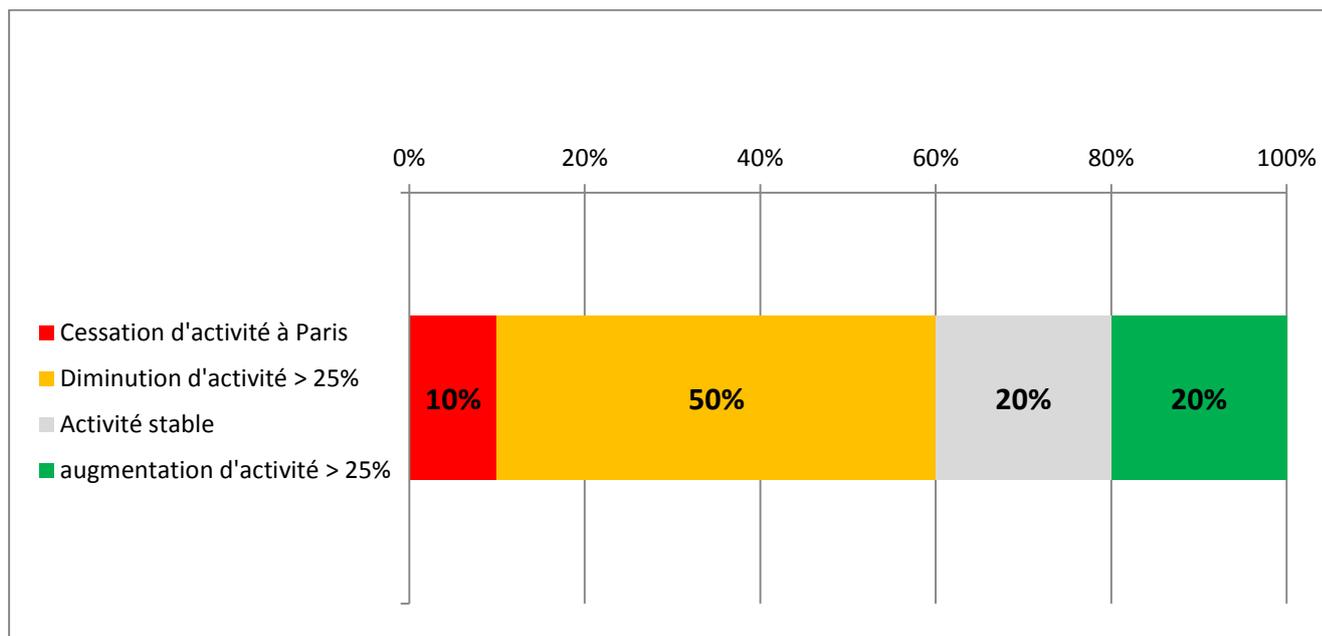
Dans 2 ans :

- aucun ne prévoit une cessation totale d'activité sur Paris,
- 20% prévoient de diminuer leur activité de plus de 25%,
- 80% prévoient une activité stable.

Dans 5 ans :

- aucun ne prévoit une cessation totale d'activité,
- 10% prévoient d'exercer ailleurs qu'à Paris,
- 50% prévoient de diminuer leur activité de plus de 25%,
- 20% prévoient une activité stable,
- 20% prévoient d'augmenter leur activité de plus de 25%.

Figure n°17 : Evolution de l'activité des pédiatres du 16^{ème} dans 5 ans.



Seuls 30% envisagent une succession de leur patientèle dans les années à venir.

L'ensemble des pédiatres travaillant seul compte le rester et ceux travaillant en groupe également.

Ils déclarent à 80% ne pas envisager d'exercer dans une structure type maison ou pôle de santé, 10% déclarent manquer d'information sur ces structures et 10% ne se prononcent pas sur cette question.

4. Les gynécologues ayant répondu à l'étude dans le 16^{ème} arrondissement

a) Caractéristiques

Parmi les gynécologues du 16^{ème} arrondissement ayant répondu à l'étude, la moyenne d'âge est de 64 ans et ce sont des hommes à 62%.

La médiane de la date de leur installation en libéral est à 1981.

77% travaillent en groupe, et 20% d'entre eux ont un médecin généraliste dans leur groupe.

31% font partie d'un réseau de santé. Aucun ne travaille dans une structure pluri-professionnelle.

Leur cabinet se trouve tous en rez-de-chaussée (69%) ou en étage mais avec un ascenseur (31%). Il est accessible en fauteuil roulant dans sa totalité pour 46%, partiellement pour 23% et inaccessible pour 31%.

Seuls 23% sont propriétaires de leurs locaux. La superficie médiane de ces locaux se situe à 95 m².

92% ont un secrétariat

Concernant le tiers payant :

- 23% ne l'appliquent jamais,
- 31% l'appliquent au patient bénéficiant de l'AME et 54% à ceux bénéficiant de la CMUc,
- 8% l'appliquent à tous les ALD,
- 62% l'appliquent pour les patients en situation financière difficile,
- aucun ne l'applique pour tous ses patients.

Ils prennent la carte vitale à 77% et sont informatisés à 38%.

b) Activité actuelle

100% des gynécologues ayant répondu exercent en tant que médecin titulaire. 77% ont une activité exclusivement libérale et 23% une activité mixte.

Leur temps d'activité clinique médian s'élève à 30 heures par semaine (1^{er} quartile = 15,5 et 3^{ème} quartile = 37,5).

Leurs consultations durent en moyenne 28 minutes.

Aucun des répondants n'a de remplaçant régulier.

Aucun ne fait de visite.

Concernant leur activité de consultation :

- 75% déclarent voir l'ensemble des patients sans problème,
- 17% voit tous leurs patients mais avec difficulté,
- 8% doivent refuser des patients.

Leur nombre de consultations annuelles médian est de 1000 avec un 1^{er} quartile à 800 et un 3^{ème} quartile à 1900.

Concernant leur patientèle :

- en moyenne, 1,7% de leurs patients ont moins de 16 ans (médiane = 1% ; 1^{er} quartile = 0,9% ; 3^{ème} quartile 1,8%),
- en moyenne, 11,5% de leurs patients ont 70 ans ou plus (médiane = 10% ; 1^{er} quartile = 6,5% ; 3^{em} quartile 10%),
- en moyenne 1% de leurs patients bénéficient de l'AME.

Concernant leur mode d'exercice :

- 92% des répondants ne travaillent que sur rendez-vous et 8% avec et sans rendez-vous,
- 10% exercent en secteur 1 et 90% en secteur 2 ou en secteur 1 avec dépassements d'honoraires,
- 46% pratiquent des accouchements en libéral.

Ils prennent en moyenne 6,8 semaines de congés par an.

39% se font remplacer totalement pendant leurs congés, 15% se font remplacer partiellement, et 46 % pas du tout. 20% déclarent avoir du mal à se faire remplacer.

c) Evolution prévisible de leur activité dans 2 et 5 ans (cf. Figure 18)

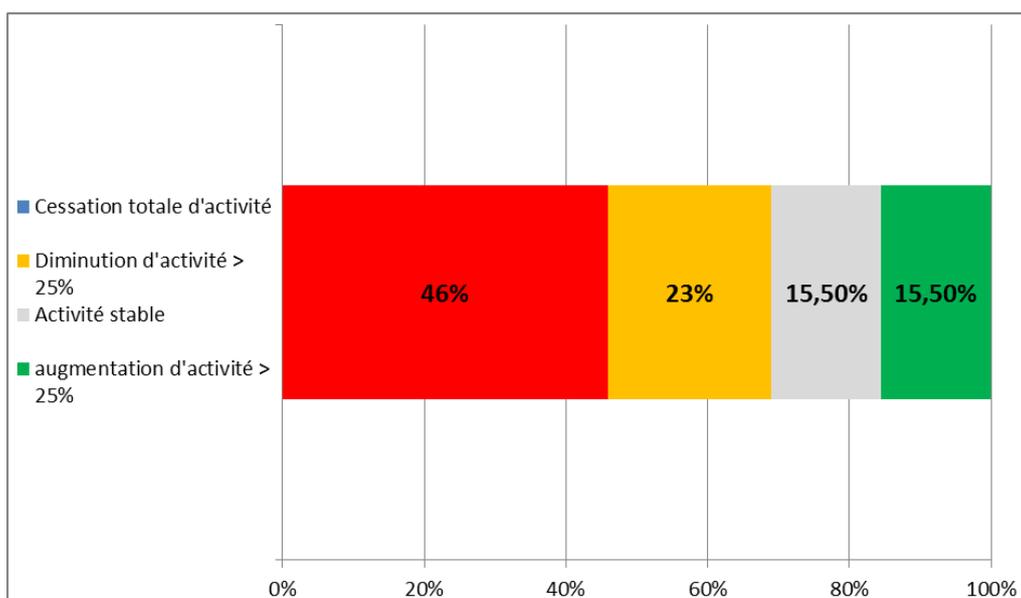
Dans 2 ans :

- 31% prévoient une cessation totale d'activité,
- 15,5% prévoient de diminuer leur activité de plus de 25%,
- 38% prévoient une activité stable,
- 15,5% prévoient d'augmenter leur activité de plus de 25%.

Dans 5 ans :

- 46% prévoient une cessation totale d'activité,
- 23% prévoient de diminuer leur activité de plus de 25%,
- 15,5% prévoient une activité stable,
- 15,5% prévoient d'augmenter leur activité de plus de 25%.

Figure n°18 : Evolution de l'activité des gynécologues du 16^{ème} dans 5 ans.



69% envisagent une succession de leur patientèle dans les années à venir :

- 44% ont trouvé leur successeur,
- 12% ont peut-être un successeur,
- 44% n'ont pas de successeur.

Parmi les gynécologues exerçant seul, les 2/3 se voient exercer en groupe dans 5 ans.

Parmi ceux travaillant en groupe 30% se voient exercer seuls d'ici 5 ans.

Aucun ne déclare envisager d'exercer dans une structure type maison ou pôle de santé.

IV. DISCUSSION

1. Points forts et limites de l'étude

Le taux de participation dans le 16^{ème} arrondissement est de 39% pour les médecins généralistes et de 37% pour les pédiatres, ce qui est sensiblement plus élevé que les taux de participation sur l'ensemble de l'étude DEMOMED75 (respectivement 37% et 29%).

En revanche, le taux de réponse pour les gynécologues dans le 16^{ème} arrondissement n'est que de 14,4%, ce qui est en-dessous de la participation sur l'ensemble de l'étude (21%). Cette faible participation rend les données fournies par les gynécologues difficilement interprétables pour cet arrondissement. Celle-ci est notamment due au fait que les gynécologues comme les pédiatres n'ont reçu qu'un seul courrier, contrairement aux généralistes qui en ont reçu trois. Le budget de l'étude n'a pas permis de réaliser des relances pour les trois spécialités.

La répartition de la sectorisation et le sexe ratio des médecins généralistes du 16^{ème} ayant répondu à l'étude sont comparables à ceux de la CPAM [23] pour l'ensemble des médecins généralistes libéraux du 16^{ème} arrondissement (cf. Tableau 2).

Tableau n°3 : Comparaison des caractéristiques de l'ensemble des médecins généralistes libéraux du 16^{ème} ayant répondu à DEMOMED75 avec les données de la CPAM (Test Chi2)

	DEMOMED75	CPAM	
Secteur 1	33%	32%	p = 0,8766
Secteur 2	52%	51%	p = 0,9082
Non conventionnés	14%	17%	p = 0,6366
Hommes	73%	68%	p = 0,6925

Par ailleurs, notre étude ne décrit que l'offre de soins primaires libérale et ne prend pas en compte les soins de premiers recours assurés par les centres de santé et les consultations hospitalières.

Enfin, nos résultats décrivent la proportion de l'offre actuelle de soins primaires qui va disparaître dans les 5 années à venir, mais ne prend pas en compte les installations de nouveaux médecins libéraux d'ici là. Ainsi, il s'agit d'une projection de l'offre de soins de premiers recours dans le 16^{ème} arrondissement, si aucune installation ou création d'institutions n'avaient lieu d'ici là.

2. Particularités de l'offre de soins primaires du 16^{ème} arrondissement

a) Les médecins généralistes

Une forte densité à nuancer

La densité de médecins généralistes dans le 16^{ème} arrondissement est élevée avec 13,6 omnipraticiens pour 10 000 habitants contre 10,2 pour l'ensemble de Paris (DEMOMED75).

Cependant, comme le souligne de Professeur Berland dans son rapport¹, l'évaluation de l'offre de soins par la densité des médecins est « une approche grossière et très imparfaite ». Si cette approche reste intéressante, elle ne tient pas compte de l'exercice réel des médecins, et le raisonnement par la densité revient à considérer que chaque médecin travaille à temps plein ce qui ne reflète pas la réalité. [1]

Ainsi, afin d'avoir une analyse plus précise de l'offre de soins de premier recours dans le 16^{ème} arrondissement, nous allons nous intéresser aux différentes caractéristiques influençant l'accès aux soins et aux facteurs jouant sur l'activité de premiers recours des médecins comme la pratique d'un mode d'exercice particulier.

Une réduction de l'offre de soins de premiers recours due aux MEP 100%²

A l'instar du Professeur Berland, un document réalisé par des élèves de l'ENA en 2010³, souligne également que l'analyse par la densité médicale est critiquable car celle-ci ne prend pas en compte le temps de travail et les modes d'exercices particuliers. [26]

Il existe dans le 16^{ème} arrondissement, un taux d'omnipraticiens ayant un mode d'exercice particulier (MEP) beaucoup plus important que dans le reste de la capitale.

En effet, 60% des médecins généralistes de cet arrondissement ayant répondu à la question sur les MEP en pratiquent un dont :

- 37% à temps plein (MEP 100%),
- 23% à temps partiel.

¹ Berland Y., « Commission Démographie Médicale » *Rapport 2005*.

² Médecins exerçant un mode d'exercice particulier à temps plein

³ « La régulation de l'offre de soins de premier recours », document produit par 4 élèves de l'ENA de la promotion 2008-2010, février 2010

A titre comparatif, sur l'ensemble de Paris, la proportion de MEP est de 35% parmi les médecins généralistes ayant répondu à la question avec 16% à temps plein et 19% à temps partiel (DEMOMED75).

Les médecins généralistes exerçant un MEP à temps plein ne pratiquent à priori pas de soins de premiers recours. Nous allons donc analyser la densité hors MEP 100% pour évaluer au mieux l'offre de soins primaires.

Ainsi, en appliquant à l'ensemble de l'effectif de médecins généralistes du 16^{ème} arrondissement la même proportion de MEP 100% que celle déclarée par les médecins généralistes ayant répondu à l'étude, la densité de médecins généraliste ayant une activité de premiers recours (hors MEP 100%) n'est plus que de 8,6 pour 10 000 habitant dans cet arrondissement.

En faisant le même calcul à partir des données de l'étude sur l'ensemble de Paris, on retrouve également une densité de médecins hors MEP 100% de 8,6 pour 10 000 habitants.

La densité de médecins généralistes participant à l'offre de soin primaire dans le 16^{ème} arrondissement ne serait donc pas supérieure à celle de Paris.

Un accès aux soins primaires limité par différents facteurs

Parmi les médecins généralistes n'exerçant pas un MEP à temps plein, l'accès aux soins apparaît moins bon dans le 16^{ème} arrondissement que sur l'ensemble de Paris.

Les facteurs financiers

Selon le député Marc Bernier¹, le dépassement d'honoraires serait à l'origine de difficultés financières d'accès aux soins.

En effet, en 2008, un document de la DREES² explique que seul un tiers des contrats d'assurance prenait en charge les dépassements d'honoraires.

¹ Bernier M. « L'offre de soins sur l'ensemble du territoire », Rapport d'information à l'Assemblée Nationale n°1132, 2008.

² DREES, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », Études et résultats n° 635, mai 2008.

Un rapport de l'IGAS¹ explique également que la majorité de la population ne serait probablement pas couverte lorsque les dépassements excèdent de 50% les tarifs opposables. Ce rapport conclut donc que les médecins pratiquant des dépassements d'honoraires généreraient des inégalités d'accès voire des renoncements aux soins.

En comparaison avec l'ensemble de Paris, dans le 16^{ème} arrondissement, le taux de médecins généralistes exerçant en secteur 1 est faible (40% versus 66%), alors que celui de médecins exerçant en secteur 2 (53% versus 31%) ou hors convention (7% versus 2%) y est élevé. Les dépassements d'honoraires y sont donc plus courants.

Par ailleurs, un rapport de l'IGAS² de 2013 décrit le tiers payant comme une facilitation d'accès aux soins. En effet, il conforte le caractère universel de l'Assurance Maladie en facilitant l'accès aux soins de ville des ménages modestes et permet le financement de soins coûteux pour tous. [28] Or, parmi les médecins généralistes du 16^{ème} ayant répondu à cette question, un taux important ne pratique pas le tiers payant (14% contre 7% pour Paris). Les autres le pratiquent globalement moins que sur l'ensemble de Paris, que ce soit pour les CMUc (81% versus 91%), les AME (71% versus 82%), les ALD (29% versus 49%) ou les personnes en difficultés financières (38% versus 49%).

Ces deux facteurs limiteraient donc l'accès aux soins d'une partie de la population du 16^{ème} arrondissement, notamment pour les foyers les plus modestes.

L'exercice réel des médecins

Comme le souligne le Professeur Berland³, il faut tenir compte de l'exercice réel des médecins pour apprécier l'offre de soins.

Le temps d'activité clinique hebdomadaire des médecins (hors MEP 100%) du 16^{ème} arrondissement est plutôt supérieur à celui de Paris. Ils déclarent 48 heures en médiane contre 45 heures pour la capitale.

¹ IGAS, « Les dépassements d'honoraires médicaux », rapport RM 2007-054P, présenté par Pierre Aballea, Fabienne Bartoli, Laurence Eslous et Isabelle Yeni, avril 2007.

² MARIE E. ; ROGER J. « Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville » Inspection Générale des Affaires Sociales, juillet 2013.

³ Berland Y., « Commission Démographie Médicale » *Rapport 2005*.

De plus, ils prennent une semaine de congés en moins en médiane que les médecins parisiens au global (5 semaines).

En revanche, leur nombre de consultations annuelles est plus faible en médiane que pour Paris (2970 versus 3520) et très peu se font remplacer durant leurs congés (33% versus 51%).

Concernant l'accessibilité aux soins, beaucoup de médecins ne consultent que sur rendez-vous (75%), une part non négligeable ne font pas de visite à domicile (26%) et peu ont des remplaçants réguliers (8%) (cf. Tableau 3).

Ainsi, il semblerait que le 16^{ème} arrondissement de Paris présente une offre de soins primaires moins facilement accessible que l'ensemble de la capitale.

Tableau n°4 : Mode d'exercice des omnipraticiens du 16^{ème} arrondissement (Hors MEP 100%)

	16 ^{ème} arrondissement	Paris
Consultations uniquement sur RDV	75%	58%
Secteur 1	40%	66%
Secteur 2 et non conventionné	60%	34%
Remplaçant régulier	8%	28%
Ne fait pas de visite	26%	17%
Absence de remplacement pendant les congés	77%	49%

Un document de l'ORS sur la santé à Paris datant de 2011¹ considère que la densité de médecins généralistes libéraux, exerçant en secteur 1 hors MEP, est un bon indicateur de l'offre de soins de premiers recours.

Ainsi, cette étude souligne que si en 2009, la densité d'omnipraticiens était plus importante à Paris qu'ailleurs, l'offre de soins de premiers recours y était équivalente à celle de l'Ile-de-France et très en deçà de l'offre française. [12]

En suivant le même raisonnement, la densité de médecins généralistes participant à l'offre de soins de premiers recours dans le 16^{ème} arrondissement apparaissant similaire à l'ensemble de Paris et l'accès aux soins de premiers recours moins qualitative, on peut donc supposer que l'offre de soins de premier recours est inférieure dans le 16^{ème} arrondissement que sur l'ensemble de la capitale.

b) Offre de soins primaires en gynécologie

Les médecins généralistes du 16^{ème} ont une activité de gynécologie très inférieure à celle observée sur Paris (cf. Tableau 4).

Dans sa thèse de 2012, sur la pratique du frottis en médecine générale², Héloïse Gueugnier Honvault soulignait que les femmes médecins généralistes pratiquaient plus de gynécologie que les hommes. [29]

La proportion d'homme chez les médecins généralistes (hors MEP 100%) est de 80% dans le 16^{ème} arrondissement contre 63% sur Paris.

D'autre part, la densité de gynécologues libéraux y est très élevée : elle est de 5,3 pour 10 000 habitants dans le 16^{ème} arrondissement contre 2,4 sur paris.

Ces deux facteurs peuvent expliquer en partie la faible activité gynécologique des omnipraticiens dans cet arrondissement.

¹ Pépin P., Praznocy C., Laurent P. « La santé observée à Paris : tableau de bord départemental », ORS Ile-de-France, Juin 2011.

² Gueugnier Honvault H. « Pratique du dépistage du cancer du col utérin en médecine générale » ; Thèse de médecine générale ; Université Paris Descartes ; 2012 ; 50 p.

Tableau n°5 : Pratiques d'activité gynécologique chez les médecins généralistes (Hors MEP 100%)

	16 ^{ème} Arrondissement	Paris
Frottis cervico vaginal	11,5%	28%
Suivi de grossesse	12,5%	42%
Pose de stérilet	2%	7%
Pose d'implant contraceptif SC	4%	8%

c) Offre de soins primaires en pédiatrie

L'offre de soins pédiatrique en France est déjà répartie entre les médecins généralistes et les pédiatres, ainsi dans un rapport de 2007¹, la DREES rapportait qu'en 2002 parmi les enfants de moins de 3 ans :

- 5% avaient vu exclusivement un pédiatre,
- 40% exclusivement un généraliste,
- 55% avaient été suivis par un généraliste et un pédiatre. [30]

Certains domaines de la prise en charge pédiatrique concernent même plus les médecins généralistes que les pédiatres de ville. En effet, un rapport ministériel de 2006² sur l'enfant et l'adolescent détaille la répartition des domaines par professionnel de santé, et montre que les médecins généralistes voient plus d'enfants que les pédiatres de ville pour les pathologies aiguës, les urgences, le suivi du développement des 2-6 ans et des 6-18 ans et le diagnostic en pédiatrie générale. [31]

¹ Franc C. et al ; « La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites » Etudes et résultats, DREES, n° 588, Août 2007.

² Sommelet D. « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé » Rapport de mission pour le ministère des solidarités, de la santé et de la famille, octobre 2006.

Dans le 16^{ème} arrondissement la proportion de patients de moins de 16 ans chez les médecins généralistes est moins importante que sur Paris avec une médiane à 8% [4,6% - 10,1%] contre 11% [8% - 17,8%].

Dans sa thèse de 2011 sur les soins primaires pédiatriques en ambulatoire¹, Delphine Delorme notait que le rôle des médecins généralistes dans l'accès aux soins primaires pédiatriques était renforcé dans les zones faiblement médicalisée. [32] Ceci peut donc expliquer en partie cette moindre proportion de patients de moins 16 ans chez les omnipraticiens du 16^{ème} arrondissement. En effet, la densité de pédiatres y est forte à 1,6 pour 10 000 habitants contre 1 pour Paris et que leur nombre de consultations annuelles médian y est de 2715 [1967 - 3333], ce qui est légèrement supérieur à Paris (2528 [2000 - 3500]).

Concernant l'accès aux soins par les pédiatres du 16^{ème}, il paraît comparable à celui sur Paris excepté au niveau de l'accès financier. En effet, seulement 10% exercent en secteur 1 contre 37% dans la capitale.

¹ Delorme D. « Soins primaires pédiatriques en ambulatoire : quelles justifications a la mise en place d'une formation spécifique ? » ; Thèse de médecine ; Université de Grenoble ; 2011 ; 19-23 p.

3. Evolution de l'offre de soins primaires dans le 16^{ème} arrondissement

a) Evolution de l'effectif en médecine générale

La diminution de l'effectif de médecins généralistes du 16^{ème} (hors MEP 100%) est estimée à 35% d'ici 5 ans (24% d'arrêts définitifs et 11% de départs de Paris). Cette diminution paraît légèrement plus importante que celle constatée sur l'ensemble de Paris (31%).

Si on extrapole les résultats de notre étude concernant les cessations d'activité dans le 16^{ème} à l'ensemble de l'effectif de cet arrondissement, on devrait compter 79 médecins généralistes de moins d'ici 5 ans dans cet arrondissement, soit une diminution de près de 16 médecins par an (les cessations d'activité dans le 16^{ème} s'élèvent à 34% en prenant l'ensemble des répondants MEP 100% inclus).

En l'absence totale d'installation d'ici là, la densité de médecins généralistes passerait donc de 13,6 à 9 pour 10 000 habitants dans le 16^{ème} arrondissement. Sur l'ensemble de la capitale la densité passerait de 10,2 à 7 généralistes pour 10 000 habitants dans ces mêmes conditions.

Par ailleurs, nos résultats montrent que la diminution ne paraît pas également répartie entre les différents quartiers de l'arrondissement avec 58% des médecins déclarant une cessation d'activité d'ici 5 ans qui exercent dans les quartiers d'Auteuil nord et sud. On peut donc supposer que la diminution du nombre de médecins sera plus importante à court terme dans ces quartiers.

Tableau n°6 : Caractéristiques concernant l'évolution de l'offre de soins en médecine générale

	16 ^{ème} arrondissement	Paris
Evolution de l'effectif actuel de généralistes d'ici 5 ans	- 35%	- 31%
Densité dans 5 ans sans installation (/10000 hab.)	9 (-4,6)	7 (-3,2)
Généralistes hors MEP n'envisageant pas de succession	72%	68%
Pourcentage ayant trouvé un successeur parmi ceux souhaitant céder leur patientèle	0%	21%

b) Les évolutions prévisibles liées aux nouvelles générations de médecins

Une importante féminisation

Dans sa thèse de 2011 sur la féminisation de la médecine générale¹, Céline Boyoud-Ghidossi explique que le pourcentage de femmes sortant des facultés de médecine augmente depuis plusieurs années. Elles représentent désormais la majorité des étudiants en médecine. [33] Le rapport de la DREES sur les médecins au 1er janvier 2012² note que les femmes sont déjà majoritaires (56%) parmi les médecins de moins de 45 ans et que cette féminisation va se poursuivre puisqu'en 2010, plus de 6 internes sur 10 étaient des femmes. [34]

Ces données corroborent les projections de la DREES³ qui annoncent une majorité de femmes médecins en 2030 et notamment 56,4% parmi les médecins généralistes. [5]

Dans le 16^{ème} arrondissement les femmes ne représentent que 20% des médecins généralistes (hors MEP 100%) contre 37% sur Paris.

Au regard des prévisions nationales, on peut donc s'attendre à ce que l'évolution de la part de femmes parmi les omnipraticiens de cet arrondissement soit plus forte que sur l'ensemble de la capitale.

Un document de 2005 sur la féminisation des professions de santé⁴, explique que les femmes auraient tendance à moins exercer en secteur libéral et qu'elles s'orienteraient notamment plus que les hommes vers des postes salariés non hospitaliers (21% des femmes contre 6% des hommes médecins). Cet attrait des femmes pour l'exercice salarié est encore plus marqué chez les omnipraticiens, parmi lesquels seuls 50% de femmes exercent en libéral contre 80% d'hommes (cf. Figure 19). [35]

¹ Boyoud-Ghidossi C. « La féminisation de la médecine générale en pratique : Du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. » Thèse de médecine, Université Joseph Fourier ; Faculté de médecine de Grenoble ; 2011 ; 18-19 p.

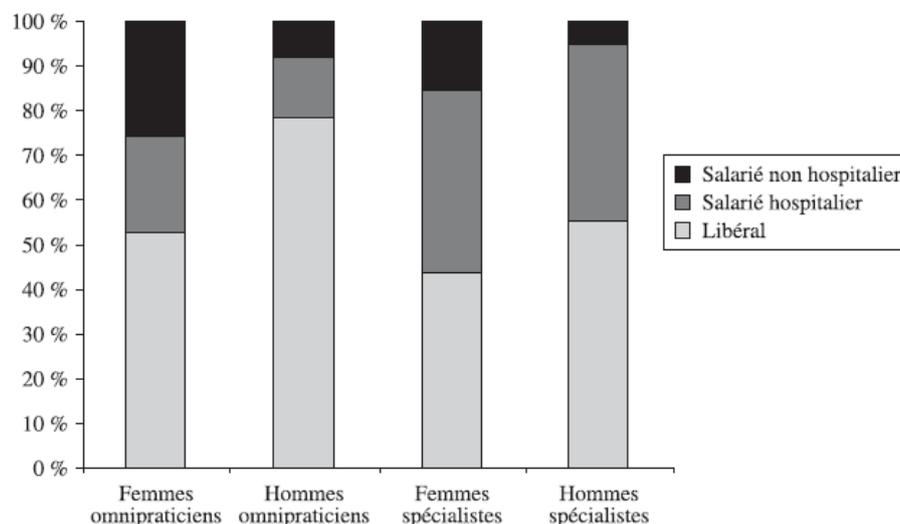
² Fauvet L. « Les médecins au 1^{er} janvier 2012 » Etudes et résultats, DREES, n° 796, mars 2012.

³ Attal-Toubert K., Vanderschelden M. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». Etudes et résultats, DREES, n° 679, février 2009.

⁴ Bessière S. « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage » RFAS n° 1-2005

Figure n°19 : Répartition des médecins par genre et par mode d'exercice

Graphique extrait de « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage » RFAS n° 1-2005



Source : ADELI redressé au 1^{er} janvier 2004, DREES.

Notre étude ne constate que 20% de médecins généralistes (hors MEP 100%) ayant une activité salariée dans le 16^{ème} arrondissement, ce qui est comparable au reste de Paris. Cette proportion devrait augmenter avec la féminisation de l'effectif dans les années à venir.

Dans sa thèse¹ Céline Boyoud-Ghidossi, compare le travail des médecins généralistes femmes par rapport à celui des hommes à partir des données de la littérature. Elle souligne qu'actuellement, elles « travaillent moins d'heures par semaine, plus souvent à temps partiel et en cabinet de groupe, avec des temps de consultations plus longs ». Elle ajoute qu'elles s'arrêtent pour avoir des enfants et qu'elles ont tendance à cesser plus tôt leur activité. [33]

Ainsi, ces évolutions pourraient avoir un impact direct sur l'offre de soin du 16^{ème} arrondissement de Paris.

Néanmoins, un document de 2005 sur la féminisation des professions de santé², rapporte que cette différence entre homme et femme s'atténue dans le temps car le niveau d'activité des femmes augmenterait, tendant à se rapprocher de celui des hommes. Parmi les jeunes

¹ Boyoud-Ghidossi C. « La féminisation de la médecine générale en pratique : Du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. » Thèse de médecine, Université Joseph Fourier ; Faculté de médecine de Grenoble ; 2011 ; 18-19 p.

² Bessière S. « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage » RFAS n° 1-2005

générations de médecins, les hommes souhaiteraient une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie de famille.

Les aspirations des nouvelles générations de médecins généralistes

Si les jeunes médecins généralistes comptent exercer en libéral, ils l'envisagent cependant différemment.

En 2010, l'ISNAR-IMG¹ réalisait une enquête² auprès de 1939 internes de médecine générale sur leurs souhaits d'exercice. Cette étude montre entre autre que les internes ne souhaitent pas délaissier l'exercice ambulatoire :

- 55% d'entre eux comptent faire des remplacements à la suite de leur internat,
- 16,1% comptent s'installer,
- 8% comptent travailler comme collaborateur libéral. [36]

Un dossier du bulletin de l'Ordre des médecins paru fin 2012³ va également dans ce sens en constatant une augmentation du choix de l'exercice libéral chez les jeunes médecins. En effet, alors que 10% des médecins choisissaient l'exercice libéral lors de leur première inscription à l'ordre en 2007, 35% d'entre eux faisaient le même choix en 2012. Par ailleurs, près de la moitié des jeunes médecins s'installeraient en cabinet après 4 ans de remplacement. [37]

Dans sa thèse de 2011 sur l'installation en médecine générale⁴, Augustin Decorde explique lui aussi que l'installation en cabinet n'est pas délaissée. 84,5% des remplaçants dans son étude envisagent de s'installer. Il insiste cependant sur le fait que le mode d'installation a changé. Les jeunes médecins souhaitent davantage exercer en groupe. Il constate cette tendance dans son étude comme dans la littérature. [38]

¹ Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

² « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale » réalisée par l'ISNAR-IMG du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011.

³ Da Cruz N. « Démographie médicale : de nouvelles raisons d'espérer ? » médecins, n°26, Novembre-Décembre 2012.

⁴ Decorde A. « Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et des jeunes installés du secteur Nord Alpin. » Thèse de médecine, Université Joseph Fourier ; Faculté de médecine de Grenoble ; 2011 ; 55-57 p.

Un document de la DREES de 2013¹ confirme également cet engouement. En effet, l'installation en groupe concernait 43% en 1998 alors qu'elle était de 54% en 2009. Enfin, 8 médecins généralistes sur 10 de moins de 40 ans déclarent exercer en groupe. [39]

Augustin Decorde explique également que concernant le mode d'installation, le statut de collaborateur est très demandé par les jeunes médecins et que le rachat de patientèle est en nette diminution depuis les années 90. [38]

Notre étude constate une part importante de médecins généralistes exerçant seul dans le 16^{ème} arrondissement (56% contre 46% sur Paris). Les nouveaux médecins rachetant de moins en moins de patientèle d'une part et plébiscitant l'exercice en groupe d'autre part, cette proportion devrait diminuer dans les années à venir. Ainsi, nos résultats prévoient une faible reprise des cabinets existants : 72% des médecins généralistes répondants (hors MEP 100%) n'envisagent pas de succession de leur patientèle dans les années à venir contre 68% sur Paris. Et, parmi ceux qui cherchent un successeur aucun n'en a trouvé.

Pour répondre au mode d'exercice souhaité par les nouveaux médecins généralistes, il apparaît donc préférable de favoriser la création de cabinets ou de structures de groupe.

En 2008, une enquête réalisée auprès des médecins généralistes² pour l'Académie Nationale de Médecine allait dans ce sens avec 89% des généralistes qui estimaient que favoriser la mise en place de maisons de professionnels de santé en zone démedicalisée pourrait inciter les jeunes médecins à y exercer. Les médecins interrogés trouvaient également à 74% que la mise à disposition d'un local par la municipalité serait une mesure intéressante. [40]

Cette dernière mesure pourrait s'avérer d'autant plus intéressante pour inciter de nouveaux médecins à s'installer dans le 16^{ème} arrondissement que comme nous l'avons vu précédemment le prix de l'immobilier y est assez élevé.

¹ Afrite A. et al. « L'impact du regroupement pluri-professionnel sur l'offre de soins » Questions d'économie de la santé, IRDES, n°189, août 2013.

² « Le rôle et la place du médecin généraliste en France » enquête réalisée par l'institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine, mars 2008

c) Le vieillissement de la population fait évoluer la demande de soins

Avec 27% de personnes ayant 60 ans ou plus en 2007¹, la population du 16^{ème} arrondissement est la plus âgée de Paris. [19] Par ailleurs, cette proportion a tendance à croître dans le temps puisqu'elle n'était que de 24,8% en 1999². [24]

L'étude DEMOMED75 confirme cette forte proportion de personnes âgées dans le 16^{ème}.

En effet, la proportion de patients de plus de 70 ans déclarée par les médecins généralistes y est très importante avec une médiane à 20% [15% – 30,7%] alors qu'elle est de 13,8% sur l'ensemble de Paris [13,6% - 20%].

Dans un dossier de 2006³ Denis Raynaud rapporte que la consommation de soins augmente avec l'âge. Il souligne qu'en 2006 les personnes de 60 ans ou plus représentaient 20% de la population et 45% des dépenses de santé. Il explique également qu'une enquête de l'INSEE de 2003 montre qu'au-delà de 60 ans les premiers recours aux soins se font principalement auprès des médecins généralistes.

De plus, la consommation de médecins généralistes s'accroîtrait au-delà de 60 ans. Ainsi, en 2003, 71% des épisodes de soins débutaient par une consultation chez le généraliste mais cette proportion montait à 76% chez les 60-79 ans et à 85% chez les plus de 80 ans. [25]

Si la proportion de personnes âgées dans le 16^{ème} arrondissement continue à croître dans les années à venir, ceci devrait se traduire par une augmentation de la demande de soins auprès des médecins généralistes de l'arrondissement.

¹ Virot P., Buisson G., De Biasi K., « Les séniors parisiens, de fortes disparités selon les quartiers », INSEE Ile-de-France à la page, n°352, février 2011.

² Aladame M. et al « Paris 16^e, éléments de diagnostic » APUR, septembre 2010.

³ Raynaud D., « La consommation de soins des personnes âgées », Actualité et dossier en santé publique, n°56, septembre 2006.

d) Evolution de l'offre de premier recours en gynécologie

Le faible taux de réponse des gynécologues du 16^{ème} arrondissement ne permet pas d'interpréter l'évolution de leur effectif dans les années à venir.

Cependant, parmi ceux ayant répondu 46% déclaraient une cessation totale de leur activité et 23% une diminution de leur activité dans les 5 ans à venir. Si elles ne permettent pas d'estimer le nombre de départs, ces données laissent tout de même penser que l'effectif de gynécologue de ville du 16^{ème} va fortement diminuer à court terme.

Dans sa thèse de 2012¹, Elodie Gineste parle des résultats de l'étude EPILULE² concernant l'activité gynécologique des généralistes au niveau national. Elle y explique que le suivi gynécologique par les généralistes est plus important lorsqu'aucun gynécologue n'exerce à proximité. Par ailleurs, la féminisation de la profession ainsi que la diminution du nombre de gynécologues de ville incitent de plus en plus les femmes à consulter leur médecin généraliste. [52]

Ainsi, si le nombre de gynécologue, qui est actuellement très élevé dans le 16^{ème} arrondissement, venait à diminuer fortement, ceci pourrait se traduire par une augmentation de la demande de suivi gynécologique auprès des médecins généralistes.

Sabrina Dias, auteur d'une thèse³ sur la pratique de la gynécologie en Ile-de-France, indique que les femmes généralistes ont une activité gynécologique beaucoup plus importante que les hommes. Ainsi, dans son étude, « 79,2% des femmes avaient une activité de gynécologie obstétrique à plus de 10% de leur activité globale contre 18,4% chez les hommes ». [54]

Nous avons vu précédemment que le 16^{ème} arrondissement devrait subir une forte féminisation parmi les médecins généralistes dans les années à venir.

On peut supposer que la pratique de la gynécologie par les omnipraticiens du 16^{ème} pourrait augmenter avec la proportion de femme médecins généralistes, celles-ci pratiquant plus

¹ Ginest E. « La vaccination contre les papillomavirus et le suivi gynécologique : une enquête par auto-questionnaire chez les médecins généralistes et leurs patientes en Limousin en 2011 » Thèse de médecine, Université de Limoges, faculté de médecine, 2012 68-69 p.

² Menière R. « De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale » Thèse de médecine, Université Henri Poincaré Nancy 1, faculté de médecine de Nancy, 2004

³ DIAS S. « Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France » Thèse de médecine générale, Université Paris Diderot – Paris 7, faculté de médecine, 2010, 75 p. ; 99 p.

d'actes de gynécologies d'une part, et les femmes les consultant davantage pour leur suivi gynécologique d'autre part.

e) Evolution de l'offre de premier recours en pédiatrie

Dans sa thèse sur les soins ambulatoires pédiatriques¹, Delphine Delorme explique que l'on tend vers un système de soins de premiers recours pédiatriques assurés par les médecins généralistes, et ce, partout en Europe. Ainsi, en 2010 le nombre de systèmes européens où le suivi des enfants est assuré exclusivement par les médecins généralistes a augmenté de 23% depuis 2002 passant de 18 à 41%. [32]

Elisabeth Pavie affirme dans sa thèse de 2012 sur les consultations pédiatriques² en médecine générale que leur augmentation à venir est inévitable compte tenu de la diminution du nombre de pédiatres libéraux. [48]

Dans sa thèse de 2013 sur le suivi de l'enfant³, Marie Michel discute du changement de rôle des médecins généralistes et des pédiatres. Elle cite ainsi un rapport ministériel de 2006⁴ dans lequel il est souhaité que « le pédiatre devienne un « spécialiste » et non plus un « généraliste de l'enfant » ». Elle y parle aussi d'un rapport de l'ONDPS⁵ qui propose que le pédiatre libéral devienne « un médecin de deuxième recours pour le médecin généraliste avant l'hôpital ». [31 ; 49 ; 50]

Notre étude montre une diminution de l'effectif de pédiatre à 5 ans qui semble moins importante dans le 16^{ème} arrondissement que sur l'ensemble de Paris. En effet seul 10% de l'effectif n'exerceraient plus dans cet arrondissement contre 32% sur Paris. En revanche, 50% y prévoient une baisse de leur activité d'ici 5 ans contre 20% pour la capitale.

¹ Delorme D. « Soins primaires pédiatriques en ambulatoire : quelles justifications a la mise en place d'une formation spécifique ? » ; Thèse de médecine ; Université de Grenoble ; 2011 ; 19-23 p.

² Pavie E. « La consultation pédiatrique en médecine générale » Thèse de médecine, Université Paris est Créteil, faculté de médecine de Créteil, 2012, 8 p.

³ Michel M. « Suivi réguliers de l'enfant en Midi-Pyrénées : Généraliste, Pédiatre ou PMI ? » Thèse de médecine, Université Toulouse III Paul Sabatier, faculté de médecine, 2013, 23 p.

⁴ Sommelet D. « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé » Rapport de mission pour le ministère des solidarités, de la santé et de la famille, octobre 2006.

⁵ Berland Y. « Prise en charge de la santé de l'enfant » ONDPS, mars 2013.

Le transfert de consultations pédiatriques vers les médecins généralistes devrait être moins important dans le 16^{ème} arrondissement que dans le reste de Paris à court terme. Cependant, la forte diminution de l'activité d'ici 5 ans laisse présager une diminution du nombre de pédiatres libéraux à long terme identique à celle observée sur l'ensemble du territoire français. Ainsi, les futurs médecins généralistes du 16^{ème} arrondissement devront probablement pratiquer plus de consultations de pédiatrie que leurs confrères actuels.

4. Quelles offres alternatives pour les soins primaires dans le 16^{ème} arrondissement ?

a) Les maisons et pôles de santé

Comme nous l'avons vu précédemment les maisons de santé semblent proposer un mode d'exercice compatible avec les souhaits des jeunes générations de médecins généralistes.

Dans un rapport de 2010 sur la médecine de proximité pour le Président de la République¹ le Dr Elisabeth Hubert est également de cet avis. Elle explique notamment que l'exercice libéral isolé est en rupture avec les aspirations des nouvelles générations et que « l'exercice regroupé et pluri-professionnel est plébiscité ». [42]

Définitions

La maison de santé est définie dans l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique :

« La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours [...] et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé [...].

Le projet [...] est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. [...].»

Le pôle de santé est défini par l'article L. 6323-4 du code de Santé Publique qui stipule que :

« Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours [...] et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire [...].

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des

¹ Hubert E. « Rapport de concertation sur la médecine de proximité » Rapport au Président de la République, 2010.

établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Ces définitions montrent bien que les maisons comme les pôles de santé ont été pensés pour assurer des soins de premiers recours.

Etat des lieux

Selon la FFMPs¹, il existerait actuellement plus de 400 maisons et pôles de santé en France. Elle rapporte que les réalisations ayant fonctionnées ont souvent été « marquées par une prise en compte des attentes des professionnels et la présence d'un leader ».

Elle insiste sur le fait que Les maisons de santé « nécessitent un investissement important d'un leader pour mener à bout le projet » et qu' « elles ont un coût d'investissement et de fonctionnement supérieur à celui d'un cabinet « classique » actuellement porté par les seuls professionnels ».

La création de ces structures peut être réalisée à partir des fonds propres des professionnels comme « des fonds publics des collectivités territoriales et/ou de l'Assurance Maladie ».

Les échecs de réalisations de ces projets sont souvent secondaires au désengagement des pouvoirs publics qui ne fournissent pas l'aide souhaitée par les professionnels. [43]

Dans son Rapport de 2010², le Dr Hubert explique également qu'il existe une grande hétérogénéité dans les différentes manières de se regrouper mais qu'elles ont comme point commun d'avoir été portées par des leaders sans lesquels peu de projets auraient vu le jour. En effet, le temps de gestation de ces projets est souvent long (3 à 6 ans) « les difficultés étant accrues par la dimension immobilière ». [42]

Par ailleurs, Elisabeth Hubert rapporte que ces structures répondent aux aspirations des professionnels en se référant à une évaluation de L'IRDES de 2008³. Cette étude montre que ces structures permettent d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé. D'après ce document, « l'équipement y est supérieur à la moyenne, les pratiques

¹ Site de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé [En ligne] : <http://www.ffmps.fr> (consulté le 03/04/2014)

² Hubert E. « Rapport de concertation sur la médecine de proximité » Rapport au Président de la République, 2010.

³ « Evaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et Bourgogne » Questions d'économie de la santé, IRDES n°147, octobre 2009.

coopératives bien qu'essentiellement informelles permettent aux professionnels de santé d'échanger, les conditions de travail y sont plus souples, les périodes de congés plus longues à activité égale ». [44 ; 42]

Notre étude montre qu'actuellement seuls 2% des médecins généralistes du 16^{ème} arrondissement ayant répondu travaillent dans une maison ou un pôle de santé. Et seulement 6% seraient intéressés par ce type de structure.

Dans sa thèse de 2012 sur l'attractivité des maisons de santé pour les internes de médecine générale en Ile-de-France¹, Marion Pelat explique que les internes ne rejettent pas l'exercice ambulatoire mais qu'ils souhaitent pratiquer « un exercice regroupé avec des collaborations fortes entre professionnels et avec les autres structures de soins ». Selon elle, les maisons de santé pluri-professionnelles pourraient correspondre à leurs exigences. [41]

L'enquête de l'ISNAR-IMG² va également dans ce sens et 69,5% des internes interrogés estiment qu'une aide logistique et financière à la création d'une maison de santé pluri disciplinaire ou un cabinet de groupe pourrait même les inciter à s'installer en zone sous médicalisée. [36]

Il n'existe actuellement pas de maison de santé dans le 16^{ème} arrondissement, en revanche, il existe un centre de santé (centre de santé Alice Groperrin).

Dans sa thèse de 2011 sur la mise en place des maisons de santé³, Vincent Leprette explique que les maisons et pôles de santé sont intéressants pour motiver l'installation libérale de jeunes médecins généralistes en répondant à une partie de leurs attentes. En effet, d'une part ils permettraient une amélioration des conditions d'exercice et de la qualité de vie des médecins et d'autre part une amélioration de la prise en charge, du suivi et de l'accompagnement des patients. Si Les maisons et pôles de santé avaient initialement vocation à être développés dans des zones sous médicalisées pour y maintenir l'offre de soins de premiers recours, il invite les acteurs de soins primaires des autres territoires à en

¹ Pelat M. « Attractivité des maisons de santé pluri professionnelles pour les internes de médecine générale de la région Ile-de-France » Thèse de médecine, 2012, 36 p.

² « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale » réalisée par l'ISNAR-IMG du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011.

³ Leprette V. « Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Ile-de-France : motivation des porteurs de projets et difficultés rencontrées » Thèse de médecine, Université René Descartes (Paris 5), Faculté de médecine René Descartes, 2011, 89 p.

créer également pour « garantir la qualité de leur travail et répondre au mieux à leurs missions nouvelles grâce aux atouts offerts par ce type de structure ». [51]

La création d'une maison de santé dans le 16^{ème} arrondissement semble être une bonne solution pour tenter d'y maintenir l'offre de soins primaire dans les années à venir. Celle-ci nécessiterait la constitution d'un groupe de travail mené par un leader motivé, épaulé par les collectivités locales notamment concernant la mise à disposition d'un lieu.

La Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France¹ a pour mission de soutenir les équipes ou personnes qui souhaitent créer une structure de ce type. Elle propose entre autre l'intervention de « facilitateurs/facilitatrices » à n'importe quel moment du projet en tant qu'expert, accompagnant ou témoin. [46]

Un rapport de 2010² sur le bilan des maisons de santé, remarque que ces nouvelles structures se créent de plus en plus mais avec une répartition inégale sur le territoire et notamment avec un échec relatif de leur implantation en zone péri-urbaine. Il explique cela entre autre par la présence fréquente de centres de santé dans ces zones qui constitueraient une première offre souvent bien adaptée et qu'il faudrait donc conforter. [45] En attendant la création d'une éventuelle maison de santé dans le 16^{ème} arrondissement, on peut donc imaginer dans un premier temps apporter une aide au développement du centre de santé qui s'y trouve déjà.

Notre étude a montré que les quartiers d'Auteuil allaient probablement connaître une diminution plus importante du nombre de médecins généralistes à court terme que le reste de l'arrondissement. Le centre Alice Groperrin se trouvant dans le quartier de Chaillot, soit à l'opposé d'Auteuil, la création d'une maison de santé dans ce secteur pourrait s'avérer pertinente.

¹ Site de la Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France [En ligne] : <http://femasif.fr/> (consulté le 03/04/2014)

² Juilhard J-M. et al « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », Rapport IGAS, janvier 2010.

b) Les réseaux gériatriques

Comme nous l'avons vu précédemment, le vieillissement de la population est une des problématiques sanitaires majeures du 16^{ème} arrondissement pour les années à venir.

Dans sa thèse de 2010 sur les personnes âgées en auto-négligence¹, Stéfán Pau-Montero fait une analyse des patients pris en charge par le réseau gériatrique AGE² qui a pour but l'amélioration des soins des personnes âgées. Il est constitué de professionnels salariés qui mettent en relation des professionnels de santé libéraux.

L'AGE² a été créé à la suite du constat d'une diminution du nombre de professionnels associés à une augmentation de la demande de soins par les personnes âgées. Compte-tenu des situations complexes médico-sociales qu'elles génèrent, la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire au domicile s'imposait alors.

Dans sa thèse, Stéfán Pau-Montero expose le concept d'auto-négligence qui concerne des personnes âgées vivant souvent en retrait de la société, isolées, dans des domiciles sales voire insalubres et avec une mauvaise hygiène. Il explique que cette partie de la population n'a pas accès au parcours de soins classique et le vieillissement de la population pourrait faire de l'auto-négligence des personnes âgées une préoccupation de santé publique majeure dans les années à venir. Dans sa conclusion, il ajoute que le réseau AGE² est sollicité quotidiennement pour évaluer cette part de personnes âgées qui n'a pas accès aux soins de premiers recours et insiste sur la nécessité d'équipes pluridisciplinaires spécialisées, ambulatoires ayant comme objectif de permettre à ces patients « de bénéficier de l'offre de soins déjà en place sans la substituer ». [47]

Un tel réseau existe déjà dans le 16^{ème} arrondissement, il s'agit du réseau de santé gérontologique « Ancrage ». Une étude de 2011³ sur le rôle d'interface des réseaux gérontologiques a été réalisée au sein de cette structure et en présente le fonctionnement. Elle explique qu'il a été mis en place pour « des personnes âgées très fragiles ayant une

¹ Pau-Montero S. « Les personnes en auto-négligence : un défi de la médecine ambulatoire » Thèse de médecine, Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), faculté Pierre et Marie Curie, 2010, 9-13 p. et 126-127 p.

² Association de Gériatrie de l'Est Parisien

³ Ghadi Véronique et al. « Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile », Santé Publique 4/ 2011 (Vol. 23), p. 317-328

intrication de problèmes médico-psycho-sociaux et de maladies chroniques qui vivent à domicile et dont l'état de santé nécessite l'intervention de nombreux professionnels ». Il est financé par le Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Ce réseau a pour objectif d'améliorer la qualité du maintien au domicile, de diminuer le nombre d'hospitalisations et de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital.

Il se compose d'une équipe pluridisciplinaire qui coordonne la prise en charge de ces patients en lien permanent avec les médecins généralistes.

Ce réseau propose les services de « gestionnaires de cas » qui collaborent de manière rapprochée avec les médecins généralistes et les intervenants au domicile. Il propose également des avis gériatriques sur demande du médecin généraliste, l'organisation d'hospitalisation directe sans passage aux urgences ainsi que le soutien notamment psychologique des patients et de leur famille.

Cette étude explique que le réseau Ancre répond en partie aux besoins des acteurs de santé, notamment en déchargeant les médecins généralistes de l'organisation du maintien au domicile de ces patients âgés et en fournissant une interface médicale aux intervenants à domicile. Ses résultats suggèrent une amélioration de la prise en charge de ces patients :

- en sensibilisant les médecins généralistes « sur la spécificité de la prise en charge des personnes âgées »,
- en facilitant l'hospitalisation des patients âgés,
- en faisant le lien entre les acteurs et les institutions.

Dans la conclusion l'auteur insiste sur les contraintes financières qui pèsent sur les réseaux gérontologiques et sur le fait que la participation des médecins généralistes au réseau et leur collaboration avec les autres professionnels sont nécessaires pour attendre un bénéfice de ce type de structure. [55]

Avec le vieillissement prévu de la population du 16^{ème}, la demande de soins devrait croître d'ici quelques années. Il faudra alors peut-être renforcer les moyens de ce réseau gériatrique notamment en termes de financement.

Dans notre étude, seuls 14% des médecins généralistes hors MEP du 16^{ème} arrondissement ont déclaré participer à un réseau de santé contre 36% sur Paris. Il faudra donc également sensibiliser les médecins généralistes de cet arrondissement à l'existence de ce réseau et aux bénéfices qu'ils peuvent en attendre.

CONCLUSION

D'après le recensement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le 16^{ème} est l'arrondissement qui possède le plus de médecins généralistes libéraux au 1^{er} janvier 2013.

L'analyse détaillée de l'activité des omnipraticiens de cet arrondissement montre que l'offre de soins primaires n'y serait pourtant pas supérieure au reste de la capitale et que l'accès aux soins de premiers recours y serait même moins bon.

Le taux important de médecins généralistes pratiquant un mode d'exercice particulier à temps plein, la prévalence de l'exercice en secteur 2, la pratique moins importante du tiers payant ainsi que le faible taux de remplacement pendant les congés des omnipraticiens de cet arrondissement apparaissent en partie responsables de cette situation.

Par ailleurs, le 16^{ème} arrondissement devrait subir dans les années à venir une importante décroissance du nombre de médecins généralistes ainsi qu'une féminisation de la profession plus forte que le reste de la capitale. Ces deux constats impliquent une diminution de l'offre actuelle de soins de premier recours.

Ces données corrélées aux envies des nouvelles générations de médecins généralistes et à l'évolution de leurs aspirations plaident en faveur de la création de structures comme des cabinets de groupe, des pôles ou des maisons de santé.

Celles-ci pourraient permettre de créer un contexte favorable à l'installation de nouveaux médecins et donc limiter la baisse de l'offre de soins primaires annoncée par les résultats de notre étude. Elles ne pourront cependant voir le jour sans l'impulsion d'un leader aidé des collectivités locales.

Enfin, le vieillissement de la population représente un enjeu majeur de santé publique pour cet arrondissement ; celui-ci possédant déjà la population la plus âgée de Paris. Le réseau gérontologique Ancrage semble un moyen intéressant d'aider les omnipraticiens à y faire face. Renforcer cette structure apparaît essentiel pour l'avenir.

Cependant, le 16^e arrondissement de Paris n'étant pas considéré aujourd'hui comme une zone sous-médicalisée, il est légitime de se demander si, compte-tenu du contexte économique, il serait envisageable de trouver les financements nécessaires au soutien du réseau Ancrage et à la création de pôles ou de maisons de santé.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Berland Y., « Commission Démographie Médicale », *Rapport pour le ministère de la santé et de la protection sociale*, 2005.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf

[2] Ambroise-Thomas P. (au nom de la commission XVI) « La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national », *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2009, 193, 405-413.

<http://www.academie-medecine.fr/publication100035964/>

[3] Bernier M., « L'offre de soins sur l'ensemble du territoire. », *Rapport d'information à l'Assemblée Nationale*, n°1132, 2008.

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1132.asp>

[4] Haut Conseil pour l'Avenir de l'assurance Maladie (HCAAM), « Avis sur les conditions d'exercice et les revenus des médecins libéraux », HCAAM, 24 mai 2007.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_avis_240507.pdf

[5] Attal-Toubert K., Vanderschelden M. « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », *Etudes et résultats*, DREES, n° 679, février 2009.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>

[6] Léon O. « Les projections régionales de population 2005-2030 », *Economie et Statistique*, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), n°408, mai 2008.

http://insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ecostat_f.pdf

[7] Le Breton-Lerouillois G., « Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2013 », Conseil national de l'ordre des médecins, 2013.

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf

[8] Krucien N., Le Vaillant M., Pelletier-Fleury N., «Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale ? », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°163, mars 2011.

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>

[9] Barlet M., Fauvet L., Guillaumat-Tailliet F. et al, « Quelle perspective pour la démographie médicale ? », *La France et ses régions*, INSEE, 2010.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.PDF

[10] Le Breton-Lerouillois G. « Démographie médicale en Région ile de France : situation en 2013 ». Conseil national de l'ordre des médecins, 2013.

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/idf_2013.pdf

[11] Sicart D. « Les médecins au 1^o janvier 2013 », *Séries Statistiques*, DREES, n°167, avril 2013.

<http://www.association-samba.org/IMG/pdf/dt-statistiques-179.pdf>

[12] Pépin P., Praznocy C., Laurent P. « La santé observée à Paris : tableau de bord départemental », ORS Ile-de-France, Juin 2011.

[http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Tableau%20 de bord Paris 2011.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Tableau%20de%20bord%20Paris%202011.pdf)

[13] Caisse Primaire d'assurance Maladie (CPAM), « Démographie médicale parisienne », CPAM Paris, janvier 2013.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Demographie medicale 2012.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Demographie_medicale_2012.pdf)

[14] CPAM, « Démographie et conventionnement par région en 2010 », Système National Inter-Régime (SNIR), 2010.

Document disponible le 20/03/2014 sur la page :

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/donnees-annuelles/demographie-des-professionnels-de-sante.php>

[15] « Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » Article L. 1434-7.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

[16] « Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes » version consolidée au 01 décembre 2013.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740&dateTexte=vig>

[17] Site de la mairie de Paris :

http://www.paris.fr/politiques/paris-d-hier-a-aujourd-hui/demographie/la-population-par-arrondissement-de-1990-a-2011/rub_5427_stand_8717_port_11661
(consulté le 06/03/2014).

[18] INSEE, « Paris 16^e arrondissement : Evolution et structure de la population », mis à jour le 28 Juin 2012 [en ligne] :

http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES/DL/ARM/DL_ARM75116.pdf

(consulté le 06/03/2014).

[19] Virot P., Buisson G., De Biasi K., « Les séniors parisiens, de fortes disparités selon les quartiers », *Ile de France à la page*, INSEE, n°352, février 2011.

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/alapage/alap352/alap352.pdf

[20] Site de la mairie du 16^{ème} arrondissement de Paris [en ligne] :

http://www.mairie16.paris.fr/mairie16/jsp/site/Portal.jsp?page_id=20 (consulté le 27/02/2014)

[21] Site de la chambre des notaires de Paris [en ligne] :

<http://www.paris.notaires.fr/outil/immobilier/carte-des-prix> (Consulté le 24/03/2014)

[22] Nicodème R., « Cahier jurispratique : spécial qualification », *Médecins*, n°30, juillet-août 2013.

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/jurispratique_special_qualification_juillet_2013.pdf

[23] Site de l'assurance maladie [en ligne] :

www.ameli.fr (consulté le 27/02/2014)

[24] Aladame M. et al « Paris 16^e, éléments de diagnostic » APUR, septembre 2010.

http://www.apur.org/sites/default/files/documents/APAPU236_16.pdf

[25] Raynaud D., « La consommation de soins des personnes âgées », *Actualité et dossier en santé publique*, n°56, septembre 2006. Disponible le 20/03/2014 sur la page :

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=97>

[26] « La régulation de l'offre de soins de premier recours », document produit par 4 élèves de l'ENA de la promotion 2008-2010, février 2010.

http://www.ena.fr/index.php?fr/content/download/4389/32415/file/rapport_groupe14.pdf

[27] DREES, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », *Études et résultats*, n° 635, mai 2008.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er635.pdf>

[28] MARIE E. ; ROGER J. « Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville », Inspection Générale des Affaires Sociales, juillet 2013.

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-143P_Tiers_payant_DEF.pdf

[29] Gueugnier Honvault H., « Pratique du dépistage du cancer du col utérin en médecine générale » ; Thèse d'exercice de médecine, Université Paris Descartes, 2012, 50 p.

<http://multimedia.medecine.parisdescartes.fr/STOCK/theses/Gueugnier2012.pdf>

[30] Franc C. et al, « La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites », *Etudes et résultats*, DREES, n° 588, Août 2007.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er588.pdf>

[31] Sommelet D., « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé », *Rapport de mission pour le ministère des solidarités, de la santé et de la famille*, octobre 2006.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282/0000.pdf>

[32] Delorme D., « Soins primaires pédiatriques en ambulatoire : quelles justifications a la mise en place d'une formation spécifique ? », Thèse d'exercice de médecine ; Université de Grenoble, 2011, 19-23 p.

http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/62/40/11/PDF/2011GRE15053_delorme_delphine_1_D_.pdf

[33] Boyoud-Ghidossi C., « La féminisation de la médecine générale en pratique : Du point de vue des étudiantes internes en médecine générale à Grenoble, entre attentes et réalité. », Thèse d'exercice de médecine, Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble, 2011, 18-19 p.

http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/65/35/62/PDF/2011GRE15125_boyoud-ghidossi_celine_1_D_.pdf

[34] Fauvet L., « Les médecins au 1^{er} janvier 2012 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 796, mars 2012.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er796.pdf>

[35] Bessière S., « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage » RFAS n° 1-2005

<https://www.entrepaticients.net/sites/default/files/dossiers/f%C3%A9minisation%20Bessiere%20.pdf>

[36] « Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale » réalisée par l'ISNAR-IMG du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011.

[http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20 ISNAR-IMG Enquete nationale souhaits d exercice des IMG RESULTATS COMPLETS.pdf](http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20ISNAR-IMG%20Enquete%20nationale%20souhaits%20d'exercice%20des%20IMG%20RESULTATS%20COMPLETS.pdf)

[37] Da Cruz N., « Démographie médicale : de nouvelles raisons d'espérer ? », *Médecins*, n°26, Novembre-Décembre 2012.

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/MEDECINS26_web.pdf

[38] Decorde A., « Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et des jeunes installés du secteur Nord Alpin. », Thèse d'exercice de médecine, Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble, 2011, 55-57 p.

[http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/63/92/42/PDF/2011GRE15102_decorde_augustin_1 D .pdf](http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/63/92/42/PDF/2011GRE15102_decorde_augustin_1_D_.pdf)

[39] Afrite A. et al., « L'impact du regroupement pluri-professionnel sur l'offre de soins » *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n°189, août 2013.

[40] Institut BVA « Le rôle et la place du médecin généraliste en France », Académie Nationale de Médecine, mars 2008.

[http://urpsmla.org/IMG/pdf BVA Generalistes 2008.pdf](http://urpsmla.org/IMG/pdf/BVA_Generalistes_2008.pdf)

[41] Pelat M., « Attractivité des maisons de santé pluri-professionnelles pour les internes de médecine générale de la région Ile-de-France », Thèse d'exercice de médecine, Université Paris Est Créteil, Faculté de médecine de Créteil, 2012, 36 p.

<http://doxa.u-pec.fr/theses/th635679.pdf>

[42] Hubert E., « Rapport de concertation sur la médecine de proximité », *Rapport au Président de la République*, 2010.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622/0000.pdf>

[43] Site de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé [En ligne] :

<http://www.ffmps.fr> (consulté le 03/04/2014)

[44] Bourgueil Y. et al., « Evaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et Bourgogne », *Questions d'économie de la santé*, IRDES n°147, octobre 2009.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>

[45] Juilhard J-M. et al, « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement », Rapport IGAS, janvier 2010.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000029/0000.pdf>

[46] Site de la Fédération des maisons et pôles de santé d'Ile-de-France [En ligne] :

<http://femasif.fr/> (consulté le 03/04/2014)

[47] Pau-Montero S., « Les personnes en auto-négligence : un défi de la médecine ambulatoire », Thèse d'exercice de médecine, Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), faculté Pierre et Marie Curie, 2010, 9-13 p. et 126-127 p.

<http://www.fregif.org/docs/travaux-universitaires/these-autonegligence-s.-pau-montero-175-300.pdf>

[48] Pavie E., « La consultation pédiatrique en médecine générale », Thèse d'exercice de médecine, Université Paris est Créteil, faculté de médecine de Créteil, 2012, 8 p.

<http://doxa.u-pec.fr/theses/th623796.pdf>

[49] Michel M., « Suivi réguliers de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées : Généraliste, Pédiatre ou PMI ? », Thèse d'exercice de médecine, Université Toulouse III Paul Sabatier, faculté de médecine, 2013, 23 p.

<http://thesesante.ups-tlse.fr/200/1/2013TOU31074.pdf>

[50] Berland Y., « Prise en charge de la santé de l'enfant », ONDPS, mars 2013.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ONDPS_Prise_en_charge_de_la_sante_de_l_enfant_mars_2013.pdf

[51] Leprette V., « Mise en place des maisons de santé pluridisciplinaires ou pôles de santé en Ile-de-France : motivation des porteurs de projets et difficultés rencontrées », Thèse d'exercice de médecine, Université René Descartes (Paris 5), Faculté de médecine René Descartes, 2011, 89 p.

<http://multimedia.medecine.parisdescartes.fr/STOCK/theses/Leprette2011.pdf>

[52] Ginest E. « La vaccination contre les papillomavirus et le suivi gynécologique : une enquête par auto-questionnaire chez les médecins généralistes et leurs patientes en limousin en 2011 », Thèse d'exercice de médecine, Université de Limoges, faculté de médecine, 2012, 68-69 p.

<http://scd.unilim.fr/theses/qDo5xiEC.pdf>

[53] Menière R., « De la connaissance du bon usage de la contraception : apport de l'étude nationale EPILULE 2003 auprès de 2802 patientes en médecine générale », Thèse d'exercice de médecine, Université Henri Poincaré Nancy 1, faculté de médecine de Nancy, 2004.

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_MENIERE_RENAUD.pdf

[54] Dias S., « Etat des lieux de la pratique de la gynécologie obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France », Thèse de médecine générale, Université paris Diderot – Paris 7, faculté d'exercice de médecine, 2010, 75 p. ; 99 p.

http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf

[55] Ghadi Véronique *et al.*, « Rôle d'interface d'un réseau gérontologique entre les acteurs du sanitaire et du maintien à domicile », *Santé Publique* 4/ 2011 (Vol. 23), p. 317-328

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-4-page-317.htm>

ANNEXE : Questionnaire de l'étude

Enquête DEMOMED-75 QUESTIONNAIRE MEDECINS GENERALISTES

VOUS POUVEZ REMPLIR CE QUESTIONNAIRE DIRECTEMENT SUR LE SITE

www.demomed75.fr

(le remplissage est plus rapide sur internet que sur papier)

VOTRE NUMERO D'IDENTIFIANT EST LE :

Nous vous remercions de prendre le temps de répondre à DEMOMED 75, enquête sur la démographie médicale parisienne. Le remplissage de ce questionnaire vous prendra 10 à 12 minutes. Il est préférable de vous munir de votre RIAP (Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions).

VOUS

Vous êtes : Une femme Un homme

Quel âge avez-vous ? __ ans

Exercez-vous actuellement une activité libérale médicale à Paris, en tant que médecin titulaire ou collaborateur ? Oui Non

Si vous avez répondu non, il n'est pas nécessaire de remplir la suite du questionnaire, merci de nous le retourner dans l'enveloppe préaffranchie jointe.

L'Université dans laquelle vous avez passé votre thèse est située : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- À Paris
- En Île-de-France
- En province
- À l'étranger, précisez :

Si l'Université dans laquelle vous avez passé votre thèse est située en Ile de France, merci de préciser de quelle Université il s'agit : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Paris Descartes – Paris 5
- Pierre et Marie Curie – Paris 6
- Paris Diderot – Paris 7
- Paris Sud – Paris 11
- Paris Val de Marne – Paris 12
- Paris Nord – Paris 13
- Paris Ile de France Ouest
- Faculté de médecine de Paris

L'année de votre première installation en tant que médecin libéral à Paris est : _ _ _ _

VOTRE CABINET - TYPE DE CABINET

Vous exercez :

Seul En groupe (quelle que soit la profession de santé ou la spécialité médicale des autres membres du cabinet)

Si vous exercez en groupe, précisez le nombre de professionnels de santé du cabinet de groupe pour chacun des métiers suivants (vous inclus) :

Médecin généraliste	<input type="text"/>	Orthophoniste	<input type="text"/>
Médecin spécialiste	<input type="text"/>	Podologue	<input type="text"/>
Chirurgien-dentiste	<input type="text"/>	Sage-femme	<input type="text"/>
Infirmier(e)	<input type="text"/>	Diététicien(ne)	<input type="text"/>
Masseur-kinésithérapeute	<input type="text"/>	Autre	<input type="text"/>
Psychologue	<input type="text"/>		

Tous médecins généralistes confondus, les horaires d'ouverture du cabinet dans lequel vous exercez sont :

	Matin : heure d'ouverture	Matin : heure de fermeture	Après-midi : heure d'ouverture	Après-midi : heure de fermeture
Lundi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mardi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mercredi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jeudi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vendredi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samedi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dimanche	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Participez-vous à une structure pluriprofessionnelle type maison de santé ou pôle de santé (avec projet de santé ARS) ? Oui Non

Si oui, merci de préciser le nom de cette maison ou ce pôle de santé : _ _ _ _ _

Êtes-vous membre d'un réseau de santé ? Oui Non

VOTRE CABINET – LOCAUX

Votre cabinet est situé : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Au rez-de-chaussée
- En étage avec ascenseur
- En étage sans ascenseur

Peut-on avoir accès à vos locaux en fauteuil roulant ? (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Oui, en totalité
- Oui, partiellement
- Non

Votre cabinet est-il installé à votre domicile ? Oui Non

Êtes-vous propriétaire en tout ou partie des locaux dans lesquels vous exercez ? Oui Non

Quelle est la surface totale de l'ensemble des locaux d'exercice de votre structure ? ___ m²

VOTRE CABINET – SECRETARIAT

Avez-vous un secrétariat ? Oui Non

Si oui, s'agit-il d'un secrétariat : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- par un(e) secrétaire présent(e) au cabinet à tous les horaires d'accueil des patients
- par un(e) secrétaire présent(e) au cabinet au cours d'une partie des horaires d'accueil des patients
- par un conjoint collaborateur
- téléphonique
- par internet

VOTRE CABINET - TIERS-PAYANT

Vous pratiquez le tiers payant sur la part obligatoire pour : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Aucun patient
- Les patients bénéficiant de l'AME
- Les patients bénéficiant de la CMUc

- Certains patients en ALD
- Tous les patients en ALD
- Les patients en situation financière difficile
- Tous les patients

VOTRE CABINET – INFORMATISATION

Prenez-vous la carte vitale ? Oui Non

Les dossiers médicaux de vos patients sont-ils informatisés ? Oui Non

Si oui, de quel logiciel s'agit-il ? _____

VOTRE ACTIVITE - TYPE D'ACTIVITE

Vous exercez comme : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Médecin titulaire
- Collaborateur libéral

Votre activité de médecine générale est : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Libérale intégrale
- Mixte (libérale et salariée)

Si vous avez une activité mixte, votre activité médicale en dehors de la médecine générale libérale est : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Médecin hospitalier
- Médecin coordinateur de maison de retraite
- Médecin en centre de santé ou foyer
- Autre, préciser :

VOTRE ACTIVITE – VOLUME D'ACTIVITE

Veillez noter que pour la suite du questionnaire, seule votre activité libérale est à prendre en compte.

De combien de patients êtes vous le médecin traitant ?

Vous pouvez trouver cette information sur votre espace professionnel sur le site ameli.fr. Si vous n'y avez pas accès, vous pouvez donner votre estimation.

Données ameli.fr : _____ OU estimation _____

Votre temps d'activité clinique, comprenant consultations et visites à domicile, est de :

(Si vous disposez d'un remplaçant régulier, incluez son temps d'activité dans la réponse)
__ heures en moyenne par semaine

Combien dure approximativement en moyenne une consultation à votre cabinet ? __ minutes

Combien de demi-journées par semaine sont assurées de façon régulière par un remplaçant en dehors de vos périodes de congés (hors SASPAS ou interne) ? __ demi-journées

Dans l'ensemble, concernant les consultations : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Vous parvenez à voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
- Vous recevez tout le monde mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
- Vous refusez régulièrement des patients

Dans l'ensemble, concernant les visites à domicile : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Vous parvenez à aller voir tous les patients qui vous sollicitent sans problème
- Vous allez voir tous les patients qui vous sollicitent mais vous devez pour cela travailler plus que vous ne le souhaitez
- Vous refusez régulièrement des patients
- Vous ne faites pas de visites à domicile

VOTRE ACTIVITE – ORGANISATION

Vous consultez : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Uniquement sur rendez-vous
- Uniquement sans rendez-vous
- Avec rendez-vous et sans rendez-vous

Si vous consultez avec et sans rendez-vous, précisez quel pourcentage de vos consultations se déroule sans rendez-vous : __%

Votre secteur d'activité est : (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Secteur 1
- Secteur 1 avec dépassement permanent (S1+DP)
- Secteur 2
- Non conventionné

Si vous exercez en secteur 2 ou S1+DP : en moyenne, sur 10 actes, combien sont au tarif secteur 1 (y compris actes indirects : CMU, AME, tiers payant) ? __ actes

VOTRE ACTIVITE – CONTENU

Avez-vous un mode d'exercice particulier ? Oui Non

Les modes d'exercice particuliers (MEP) sont par exemple : Acupuncture, Homéopathie, Angéiologie/Phlébologie, Allergologie, Médecine manuelle/Ostéopathie, Diététique, Echotomographie.

Si oui quel(s) pourcentage(s) ce(ces) mode(s) d'exercice particulier(s) représente(nt)-t-il(s) dans votre activité libérale ? (Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément)

	0%	0 à 25%	25 à 50%	50 à 75%	Plus de 75%	100%
Acupuncture	<input type="checkbox"/>					
Homéopathie	<input type="checkbox"/>					
Angéiologie / Phlébologie	<input type="checkbox"/>					
Médecine manuelle / Ostéopathie	<input type="checkbox"/>					
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>					

Vous réalisez : (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Des frottis cervico vaginaux
- Des suivis de grossesse
- Des poses d'implant contraceptif sous-cutané
- Des poses de stérilet (DIU)
- Aucune des réponses ci-dessus

VOTRE ACTIVITE - MAITRISE DE STAGE

Accueillez-vous des étudiants en médecine en tant que maître de stage ? (Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Non
- Oui, des étudiants de 2ème cycle (externes en médecine)
- Oui, des internes en médecine en stage niveau 1
- Oui, des internes en médecine en stage niveau 2 (SASPAS)

VOTRE ACTIVITÉ – RIAP

Vous pouvez répondre aux questions suivantes avec les données de votre Relevé Individuel d'Activité et de Prescriptions (RIAP). Si vous ne disposez pas de votre RIAP, répondez-y en estimant par vous-même les réponses.

Je dispose de mon RIAP : Oui Non

Veillez renseigner les données suivantes :

Nombre de consultations par an (Nb consultations, en volume)
 Nombre de visites à domicile par an (Nb visites, en volume)
 Pourcentage de patients bénéficiant de la CMU (% patients CMU)
 Pourcentage de patients de moins de 16 ans (% moins de 16 ans)
 Pourcentage de patients de 70 ans et plus (% 70 ans et plus)

Le pourcentage de vos patients bénéficiant de l'AME (Aide Médicale d'Etat) est : __%
 (Attention cette donnée ne figure pas sur votre RIAP, merci de faire une estimation de ce pourcentage)

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

Participez vous à la permanence des soins ambulatoires (Prenez vous des gardes ou astreintes) ?
 (Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément)

	Non	Oui, moins de 10 gardes par an	Oui, 10 à 20 gardes par an	Oui, plus de 20 gardes par an
Gardes en maison médicale ou poste fixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visites régulières (Garde Médicale de Paris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin régulateur centre 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le nombre de semaines de congés que vous prenez en moyenne par an est : __ semaines

Vous faites vous remplacer pendant vos congés ? (hors internes en médecine en cours de stage)
 (Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

Oui, totalement Oui, partiellement Non

Avez vous des difficultés à trouver des remplaçants pendant vos congés ? Oui Non

VOTRE ACTIVITÉ FUTURE

Quelle est l'évolution probable de votre activité libérale de médecine générale à Paris dans 2 ans et dans 5 ans (ne prenez pas en compte vos éventuels modes d'exercice particuliers) ?
(Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément)

	Cessation totale d'activité	Cessation d'activité à Paris	Diminution d'activité de plus de 25% (à Paris)	Activité stable (à Paris)	Augmentation d'activité de plus 25% (à Paris)
Dans 2 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans 5 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous prévoyez de diminuer votre activité de médecine générale libérale, le faites vous pour une activité médicale de soin salariée ? Oui Non

Envisagez-vous de confier votre patientèle à un successeur dans les années à venir ? (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Non
 Oui, actuellement
 Oui, dans les 2 années à venir
 Oui, dans les 5 années à venir

Si oui, avez-vous déjà trouvé ce successeur ?

- Non Oui, mais c'est incertain Oui, de façon certaine

Si vous exercez seul, envisagez-vous de travailler en groupe dans les 2 ou 5 prochaines années ?

- Dans 2 ans : Oui Non
 Dans 5 ans : Oui Non

Si vous exercez en groupe, envisagez-vous de continuer à travailler en groupe dans les 5 prochaines années ? Oui Non

Si vous avez répondu oui à la question précédente, envisagez-vous dans les 5 prochaines années de :
(Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent)

- Fusionner avec d'autres groupes
 Intégrer des médecins généralistes dans le groupe
 Intégrer d'autres professionnels de santé dans le groupe
 Aucune des propositions ci-dessus

Envisagez vous de vous orienter vers un exercice dans le cadre d'un regroupement pluriprofessionnel type maison de santé ou pôle de santé ? (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- Oui
- Non
- Je n'ai pas assez d'informations sur ce type de structure
- J'exerce déjà au sein d'une structure de ce type

Si vous le souhaitez, vous pouvez laisser votre adresse mail, afin d'être informé des résultats de l'étude : _____

Merci pour votre participation !

RESUME

Contexte : Le nombre de médecins en France est appelé à décroître dans les années à venir avec un vieillissement et une augmentation de la population dans le même temps. Paris et notamment le 16^{ème} arrondissement sont actuellement bien pourvus en médecins. Cependant, il n'existe pas de données précises sur l'offre de soins primaires parisienne actuelle.

Méthode : Réalisation d'une enquête transversale auprès de l'ensemble des médecins généralistes, pédiatres et gynécologues libéraux du 16^{ème} arrondissement, dans le cadre de l'étude DEMOMED75.

Objectifs : Evaluation de l'offre de soins primaires dans le 16^{ème} arrondissement et son évolution dans 2 et 5 ans.

Résultats : Taux de réponse de 39% chez les médecins généralistes. Malgré une forte densité de médecins généralistes, l'offre de soins primaire est dégradée par un taux élevé d'entre eux pratiquant un mode d'exercice particulier à temps plein (37%). D'autre part l'accès aux soins de premiers recours y est limitée par un faible taux de secteur 1, une pratique moins importante du tiers payant et moins de médecins consultant sans rendez-vous que sur l'ensemble de Paris. Une diminution importante de l'effectif actuel de médecins généralistes est à prévoir d'ici 5 ans (35%) dans cet arrondissement.

Conclusions : L'offre de soins primaires dans le 16^{ème} arrondissement de Paris semblerait moins bonne que sur l'ensemble de la capitale et cette situation devrait s'aggraver dans 5 ans à venir. La création de maisons de santé ou de cabinets de groupe pourrait être un bon moyen d'attirer de nouveaux médecins afin de tenter de maintenir l'offre de soins de premiers recours.

ABSTRACT

TITLE: Evaluation of the primary health care supply in the 16th district of Paris

Background: The number of doctors in France will decrease in the coming years while the population will grow up and older. At the moment, the 16th district of Paris has many doctors. However, we do not have accurate data on the Parisian primary health care supply.

Methods: A cross-sectional survey of all general practitioners, gynecologists and pediatricians from the 16th district of Paris has been conducted.

Objectives: Evaluation of the primary health care delivery in the 16th district of Paris and its evolution in the five next years.

Results: 39% of general practitioners of the 16th district answered. Despite a high density of general practitioners, many of them practice a particular mode of exercise (37%) which degrades the primary health care supply. Moreover, access to primary health care seems worse than for the whole of Paris, with fewer general practitioners working sector 1, proposing the paying agent, or consulting without appointment. A significant decrease of the number of generalist practitioners is expected within five years (35%) in this district.

Conclusion: The primary health care supply in the 16th district of Paris seems worse than in the capital, and this situation is expected to decline in the next five years. The creation of health homes or group offices could be a good way to attract new physicians to maintain the primary health care supply.

Mots clés : Médecins généralistes, Démographie, Médecins de premier recours, Zone déficitaire en médecins

Keywords: General practitioners, Demography, Primary care Physicians, Medically underserved area

UFR: Université Paris Descartes – 12, rue de l'école de médecine – 75006 Paris