



HAL
open science

Les médecins généralistes d'Évreux : analyse des organisations et aspirations en vue de la création d'un pôle de santé ambulatoire

Arnaud Farez

► To cite this version:

Arnaud Farez. Les médecins généralistes d'Évreux : analyse des organisations et aspirations en vue de la création d'un pôle de santé ambulatoire. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01163202

HAL Id: dumas-01163202

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01163202>

Submitted on 12 Jun 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.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

FAREZ Arnaud

Née le 21 Mai 1984 à Lille

Présentée et soutenue publiquement le 12 Mai 2015

Les médecins généralistes d'Evreux :
Analyse des organisations et aspirations en vue
de la création d'un pôle de santé ambulatoire.

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

Membres du jury : Monsieur le Professeur Jean DOUCET

Monsieur le Docteur Joël LADNER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Marc DURAND

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale

Mr Stéfán DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier LE LOET	HCN	Rhumatologie
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc PERON (<i>surnombre</i>)	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mr François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale

Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mr Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Neurophysiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Qui me fait l'honneur de présider cette thèse

Qu'il soit assuré de ma gratitude et de mon profond respect

A Monsieur le Professeur Jean Doucet

Qui me fait l'honneur de participer au jury de cette thèse

Qu'il soit assuré de ma reconnaissance et de ma gratitude

A Monsieur le Docteur Joël LADNER

Qui me fait l'honneur de participer au jury de cette thèse

Qu'il soit assuré de ma reconnaissance et de ma gratitude

A Monsieur le Docteur Marc DURAND

Que je remercie de participer au jury de cette thèse.

Merci de m'avoir confié ce sujet, de l'aide et de l'intérêt porté à mon travail.

Qu'il reçoive l'expression de toute ma reconnaissance.

A mes proches,

Et tout particulièrement, **Valérie**, pour son soutien indéfectible, ses multiples corrections, et surtout son amour...

Que de choses vécues ensemble, et tellement d'autres à venir. Merci pour tout ce que tu m'apportes...

A **mes parents**, pour leur confiance dans mes choix et leur soutien constant

A **mon frère**, pour son écoute bienveillante, ses conseils, son calme...

A mes amies,

A **Nathanaël**, pour notre amitié, pour ta présence au quotidien, ton soutien et ton humour un brin sarcastique (eh oui ! ma thèse est enfin faite)

A **Caroline**, pour ton second degré, ton franc-parler, et ton soutien pour le LOSC

A **Yuyu**, pour tous nos moments passés ensemble, nos barbecues, nos thés, nos bêtises... et ton genou qui j'espère se remettra un jour.

A **Mathieu**, pour ton talent à m'imiter, ton humour, et notre parcours commun durant l'internat.

A **Laura**, pour ta franchise et ta répartie toujours bien placée

A **Anne**, pour ton écoute, tes dessins animés, et m'avoir comparé à « Chuck »

A **Josselin**, pour ton soutien, nos bons moments et l'enseignement sur le whis

Table des matières

Abréviations	19
I. Introduction.....	21
II. Contexte et justifications	22
A. Une offre de soins de premiers recours menacée	22
1. Une démographie médicale en baisse	22
2. Un changement des aspirations des jeunes médecins	23
3. Une augmentation et une complexification de la demande.....	24
B. Une réorganisation possible.....	25
1. Le concept de Pôle de Santé et de Maisons de Santé Pluridisciplinaires	25
2. Une reconnaissance législative et conventionnelle	26
3. La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) et nouveaux modes de rémunération (NMR).....	27
4. Une priorité régionale	29
5. Des exemples qui fonctionnent.....	30
C. Un processus par étapes	32
III. Objectifs	35
IV. Matériel et Méthodes	36
V. Résultats.....	38
A. Répartition des médecins.....	38
B. Installation dans la commune	39
C. Mode d'exercice.....	40
D. Exercices Particuliers	41
E. Offre de soins	42
F. Gestion des patients.....	43
G. Les remplacements	44

H.	L'organisation du cabinet	45
I.	La formation médicale continue	46
J.	Perspectives.....	46
K.	Conditions d'exercice	47
L.	Accès aux soins des patients	48
M.	Perceptions des médecins généralistes	49
VI.	Discussion	51
A.	Données démographiques	51
B.	Les composantes de cette inégalité	52
1.	La liberté d'installation.....	52
2.	Les attentes des médecins	53
3.	Une volonté de regroupement.....	54
4.	Le mode d'exercice.....	55
5.	La féminisation de la population	56
C.	Conditions d'exercice des médecins sur Evreux	57
1.	Le temps de travail	57
2.	Les exercices particuliers.....	59
3.	La permanence de soins	60
4.	La gestion du cabinet.....	61
5.	La formation médicale continue et l'enseignement	63
D.	Vécu et perceptions des médecins concernant leur profession	64
E.	Les solutions actuelles apportées	66
VII.	Conclusion	69
VIII.	Annexe :.....	70
IX.	Bibliographie.....	74

Abréviations

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ALD : Affection longue durée

ARS : Agence régionale de santé

BPCO : Bronchopathie chronique obstructive

CMU : Couverture mutuelle universelle

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECG : Electrocardiogramme

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FMC : Formation médicale continue

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

HPST : Hôpital patient santé territoire

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

ISNAR : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

NMR : Nouveaux modes de rémunération

ORS : Observatoire régionale de santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PDS : Permanence de soins

PMI : Protection maternelle et infantile

RSA : Revenu de solidarité active

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SCM : Société civile de moyens

SISA : Société inter professionnelle de soins ambulatoires

URML : Union Régionale des Médecins libéraux

URPS : Union régionale des professions de santé

I. Introduction

Actuellement, la ville d'Evreux est confrontée à un problème de santé publique, qui se traduit par une difficulté d'accès aux soins et de prise en charge des patients, ainsi qu'une difficulté des médecins généralistes à faire face à cette situation. L'origine de ce problème est multifactorielle et complexe.

De ce constat, est venue l'idée à un petit groupe de médecins généralistes de la ville de réfléchir à la création d'un pôle de santé ambulatoire sur Evreux, en prenant exemple sur ce qui avait été réalisé dans des territoires déficitaires. Ce pôle de santé aurait pour objectif de palier à cette situation, faciliter l'accès aux soins, repenser et améliorer notre exercice professionnel. Mais qu'est-ce qu'un pôle de santé ? Sur quelles bases législatives repose-t-il ? Comment s'organise-t-il ?

Les médecins seront les premiers acteurs de ce pôle de santé et de ce type d'organisation. Il est donc indispensable, avant de réaliser ce projet, de faire un diagnostic préalable auprès des médecins d'Evreux. Il convient en effet de connaître les médecins généralistes d'Evreux, la manière dont ils travaillent, ainsi que leurs attentes vis-à-vis de ce mode d'organisation.

L'objectif de ce travail était donc de constituer des prémices, une base de travail, pour créer le socle du projet de création d'un pôle de santé, par l'analyse de la population des médecins généralistes d'Evreux et de leurs attentes.

II. Contexte et justifications

A. Une offre de soins de premiers recours menacée

1. Une démographie médicale en baisse

La ville d'Evreux comptait 69 médecins généralistes en 1998, contre 58 le 1er janvier 2013. Vingt-sept pour cent d'entre eux avaient entre 55 et 60 ans, et 26 % avaient plus de 60 ans. (1)

La région Haute Normandie est actuellement dans une situation difficile au niveau de sa démographie médicale. Le nombre d'omnipraticiens médicaux et non médicaux est faible par rapport à la population, et les prévisions semblent être en faveur d'une aggravation. (2)

La Haute Normandie présente des indicateurs sanitaires et sociaux inquiétants. Elle compte actuellement 1.83 million d'habitants (2). On dénombrait 586 543 habitants en 2013 (3) dans l'Eure, et en particulier 51 159 habitants sur la ville d'Evreux (5) (6).

Les chiffres établis en 2013 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins montrent que l'Eure compte 598 omnipraticiens, soit une densité de 101.2 médecins pour 100 000 habitants (7).

On note une différence avec les chiffres fournis par l'ARS (Agence Régionale de Santé) en 2013, qui évoquaient 426 omnipraticiens sur l'Eure pour une densité de 7.5 médecins pour 10 000 habitants. (8)

Enfin, par l'intermédiaire du Centre Social d'Evreux, le nombre de médecins dans la ville a été estimé à 9.8 pour 10 000 habitants. (9)

Les projections de l'ARS pour le territoire d'Evreux montrent une baisse de 8 % de la densité d'omnipraticiens entre 2010 et 2015. (5)

L'extrapolation de ces chiffres, en tenant compte de la hausse du numérus clausus, ainsi que des choix individuels des médecins, permet d'imaginer que le nombre de

médecins ne reviendrait à l'état actuel qu'en 2030 (10). Il suffit de regarder la pyramide des âges des omnipraticiens en Haute Normandie, pour voir que la population d'omnipraticiens vieillit. Beaucoup sont proches de la retraite, et ne trouvent pas forcément de successeurs.

2. Un changement des aspirations des jeunes médecins

L'amélioration de la formation des médecins généralistes, et l'important changement sociologique français suite à la réforme des 35 heures, ont entraîné une profonde modification des aspirations des jeunes médecins. (11)

L'image du médecin généraliste totalement dévoué à ses patients, et toujours présent (jours, nuits, weekends et fériés), est en profonde mutation. (11)

Les jeunes médecins souhaitent une adaptation de leurs conditions de travail, leur permettant de coupler activité professionnelle et vie familiale.

Sur le plan professionnel, les jeunes médecins souhaitent dorénavant travailler en équipe, dans un contexte pluridisciplinaire, proches des structures nécessaires pour la bonne pratique de la médecine. Le plus souvent, ils désirent travailler dans un milieu urbain ou semi rural, afin d'éviter l'isolement. (12)

De plus, les conditions d'installation actuelles freinent les jeunes médecins à s'installer et les mènent vers d'autres voies, comme à rechercher des postes de salariés à l'hôpital ou dans les PMI. (11)

A cela, s'ajoute la volonté des jeunes médecins d'avoir une vie familiale épanouie et du temps personnel. (13)

Toutes ces modifications entraînent un changement de perception du médecin dans l'imaginaire collectif.

3. Une augmentation et une complexification de la demande

L'élément incontournable pour bien comprendre ce point est le vieillissement global de la population. L'espérance de vie augmente en effet, et en contrepartie, la population active baisse, ce qui crée de nouvelles difficultés. (4)

Tout d'abord, le vieillissement de la population entraîne une augmentation de patients poly-pathologiques (problèmes cardio-vasculaires, cancer, démences...), nécessitant le plus souvent des prises en charge pluridisciplinaires, avec présence de plusieurs acteurs de soins. Le médecin généraliste étant l'acteur référent, il centralise toutes les informations et est le principal interlocuteur (14).

La prise en charge médicale qui se complexifie, la nécessité de faire le lien entre les différents acteurs de santé, une surcharge au niveau des tâches administratives compliquent et allongent considérablement la charge de travail du médecin généraliste. (15)

On peut prendre comme exemple les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, dont la prise en charge fait intervenir des spécialistes, des professionnels paramédicaux, et le médecin généraliste. Outre une prise en charge médicale, ces patients requièrent fréquemment une prise en charge sociale, avec nécessité de mettre en place des aides à domicile, via des structures ambulatoires de type HAD (hospitalisation à domicile). Il est également nécessaire de prendre en charge et de soutenir les aidants. (14)

Par ailleurs, sur Evreux, on observe une diminution du nombre d'élèves, d'étudiants, et de stagiaires. Ainsi, en 2009, seulement 37.2 % des jeunes de plus de 15 ans obtenaient le baccalauréat (16). De plus, le nombre « d'inactifs » et de chômeurs est en augmentation, avec un taux supérieur à 11% au 1er trimestre de 2013 (16). On constate aussi une augmentation du nombre de bénéficiaires du RSA de 37.6 % entre 2009 et 2011, ainsi qu'une augmentation des patients bénéficiaires de la CMU-Complémentaire de 4.8 % entre 2009 et 2012 (patients correspondant à 18.8 % de la population) (16).

Ces mutations sociales entraînent une précarisation de la population. Les assistantes sociales, ainsi que les médecins, sont les premiers confrontés à ces problèmes.

Le renforcement de la pauvreté et de la précarité, ainsi que le vieillissement de la population ébroïcienne, sont des facteurs importants de complexification de la prise en charge médico-sociale et d'augmentation de la demande de soins.

Il devient donc nécessaire de repenser l'organisation de la médecine ambulatoire pour pouvoir faire face à ce nouvel enjeu social.

B. Une réorganisation possible

1. Le concept de Pôle de Santé et de Maisons de Santé Pluridisciplinaires

La notion de « pôle de santé » est récente. Elle découle directement du concept de « maison de santé », suite à une modification de la pratique médicale et à une adaptation socio-économique.

La définition donnée pour les « maisons de santé » est la suivante : « personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires ou pharmaciens... Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (au sens de l'article L. 1411-11) et, le cas échéant, de second recours (au sens de l'article L. 1411-12). Par ailleurs, ils peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales, dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent, et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. » (17) (18). De ce fait, 3 éléments sont indispensables pour la création d'une « maison de santé » : la présence de professionnels de santé, l'exercice de soins de premier recours, et enfin la présence d'un projet de soins. (17) (18)

Cependant, certains médecins ont décidé de se regrouper autour d'un projet de santé, sans pour autant souhaiter exercer dans le même lieu. Il s'agit alors d'une « équipe de soins primaires sans les murs » (18). Ainsi est apparue la notion de « pôle de santé », même si actuellement cette définition est passée d'usage. (17) Le pôle de santé peut être constitué par des « professionnels de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, d'établissements et de services médicaux sociaux, des groupements de

coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociales et médico-sociales». (17) Les médecins peuvent décider de travailler conjointement, tout en gardant leur indépendance. Chacun peut définir son degré d'implication dans le pôle, et ce qu'il souhaite y apporter. L'objectif est d'assurer des activités de soins de premier recours, parfois de second recours, ainsi que des actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. (17) Il s'agit d'une expérience pragmatique, dans le sens où elle repose sur des éléments déjà préexistants. La notion de « projet immobilier » n'est proposée qu'en cas de nécessité. (18) Il se dessine au travers de cette définition des regroupements d'organisation des soins territoriaux de différentes formes. (17)

Ces concepts reposent dorénavant sur une base législative.

2. Une reconnaissance législative et conventionnelle

Le concept de « maison de santé » est apparu pour la première fois dans la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 (19). A cette occasion, elle a été inscrite dans le code de santé publique (Article L.6323-3). Elle a par ailleurs été plusieurs fois modifiée au décours de l'article 39 de la loi HPST (hôpital patients santé territoire) du 21 juillet 2009, puis par l'article 2 de la loi du 10 août 2011 (18).

Associée à ce concept « de maison de santé », est apparue la définition des « pôles de santé » dans l'article 40 de la loi « hôpital patients santé territoire » du 21 juillet 2009 (18).

Cette notion a été de nouveau reprise lors de la loi Fourcade du 10 août 2011, avec la création de la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) (23). Il s'agit d'un nouveau statut juridique permettant de faciliter le travail des médecins travaillant dans des maisons de santé pluridisciplinaires ou dans des pôles de santé pluridisciplinaires (23). La SISA est différente de la SCM (société civile de moyens), qui elle, permet de regrouper les moyens matériels tels que les locaux, équipements, employés...(23)

La SISA apporte la possibilité de regrouper des professionnels de santé d'orientations variées, de faciliter la perception de financements publics, ainsi que la rétribution entre

ces membres et la mise en place d'un cadre fiscal et social sécurisé pour les participants (23).

Au niveau juridique, la condition indispensable pour une SISA est qu'elle doit compter au moins 2 médecins et un auxiliaire médical. Cette organisation n'est pas «fermée», dans le sens où l'activité libérale non mise en commun peut être exercée hors de la SISA, et l'activité mise en commun peut être exercée à titre personnel. Il faut juste que tout soit bien précisé dans les statuts juridiques (23).

3. La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) et nouveaux modes de rémunération (NMR)

Elle s'adresse aux professionnels de santé exerçant en maison de santé ou en pôle de santé, et qui souhaitent bénéficier des nouveaux modes rémunération. (24)

Le décret n° 2012-407 du 23 mars 2012 définit les activités et les mentions devant apparaître obligatoirement dans les statuts : l'identité des associés, leurs compétences, leurs apports et le capital social de la société. Toute autre disposition, qui paraît opportune peut être ajoutée, sous réserve qu'elle respecte le principe d'indépendance des professionnels de santé et n'entrave pas le droit du patient de choisir son praticien. (24)

Elle n'est cependant pas obligatoire, chez les professionnels de santé, qui ne souhaitent pas bénéficier des NMR. En 2014, un courrier ministériel envoyé aux ARS explique que le forfait pour les missions coordonnées (temps passé à la coordination dans la structure : c'est-à-dire le temps dédié au management et aux réunions pluridisciplinaires) ne peut être versé qu'à une SISA. (24)

Pour recevoir des fonds publics ou semi-publics, la SISA devient indispensable.

Les membres participants à une SISA doivent être exclusivement des personnes physiques de profession médicale ou paramédicale. En revanche, tous les membres participants au pôle de santé ou à la maison de santé ne sont pas obligatoirement membres associés à la SISA. On distingue trois types de vacataires ou prestataires d'une SISA :

- Des professionnels de santé libéraux qui, sans être associés à la SISA, sont signataires du projet de santé et interviennent en qualité de vacataires de la SISA. (24)
- Des professionnels qui ne répondent pas à la définition de « professionnels de santé » identifiés comme tels dans le code de santé publique. (24)
- Ils peuvent cependant participer au côté des professionnels de santé à des actions de manière ponctuelle ou permanente en qualité : soit de salariés de la SISA via un contrat de travail, soit de vacataires via un contrat de prestation (libéraux non associés). (24)

Avec ce nouveau système d'organisation de soins, apparaissent de nouveaux modes de rémunération en cours d'expérimentation. Le paiement à l'acte ne favorise pas la création de nouvelles répartitions de tâches entre professionnels, ni le développement de services adaptés aux besoins des patients. C'est pourquoi des expérimentations dans les modes de rémunération ont été lancées. En 2014, 160 maisons de santé ou pôle de santé ont été choisis par le Ministère de la Santé pour participer à cette expérimentation. (25)

On distingue essentiellement trois types de rémunération :

- Le premier module dit NMR 1, appelé « missions coordonnées », représente un forfait versé directement à la structure et non aux professionnels, rémunérant toutes missions de coordination au sein des différents sites expérimentateurs. Ces missions peuvent être le management de la structure, le temps de coordination interprofessionnel. (25)
- Le deuxième module dit NMR 2, ou « nouveaux services aux patients », qui expérimentent des rémunérations forfaitaires pour de nouvelles prises en charge en médecine de ville, au profit de patients complexes ou poly pathologiques. Deux volets s'en dégagent : tout d'abord une rémunération de séances d'éducation thérapeutique du patient, et un budget spécifique délégué aux professionnels de santé pour la prise en charge de ces patients. (25)
- Enfin le troisième volet dit NMR 3, ou « coopération entre professionnels de santé », expérimente le financement des coopérations entre professionnels de santé. Il s'agit de mettre au point des protocoles de délégation d'actes ou d'activités entre les médecins et les auxiliaires médicaux. Cette stratégie découle directement de l'article 51 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009,

portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients. On peut prendre comme exemple l'association ASALEE, qui a été la première à être financée via ce module 3. (25)

Dans tous les cas, la rémunération s'effectue à la suite d'une convention entre la SISA, l'ARS, et la caisse d'assurance maladie, qui fixent le montant alloué au titre des NMR, les conditions de versement, les conditions de financement et les prises en charge par les organismes d'assurance maladie, en fonction des activités mises en commun. (24)

Les fonds sont directement versés à la SISA et redistribués secondairement au titre des NMR en fonction du règlement intérieur ou des statuts de chacun. Concrètement, le bénéfice lié aux NMR est réservé uniquement aux professionnels de santé ayant participé au projet professionnel commun visé. Les subventions, elles, ne sont pas redistribuées et sont conservées par la SISA pour le règlement des frais de structures, investissements en matériels, etc... (24)

Enfin la rémunération des prestataires ou vacataires non associées de la SISA est variable. Si le prestataire est titulaire d'un contrat de travail le liant à la SISA, il perçoit une rémunération fixe mensuelle. Au contraire, s'il est libéral et signataire d'une convention de prestations avec la SISA, il touchera des honoraires de prestations ou de vacations sur présentation de factures établies au nom de la SISA. (24)

4. Une priorité régionale

Nous avons constaté ci-dessus qu'il existait actuellement à Evreux et dans son agglomération des difficultés d'accès aux soins, associées à des modifications de la population (croissance démographique, vieillissement, et décroissance des indicateurs socio-économiques) (16) (28). C'est pourquoi il semble nécessaire à présent de repenser l'organisation et l'accès aux soins.

Une première étape a été mise en place dans ce sens par la création d'un « Contrat de Santé Local » (26). Il s'agit « d'un outil de déclinaison territoriale de la politique régionale de santé, devant permettre une meilleure articulation avec les politiques publiques pilotées par les collectivités territoriales, mais également avec les politiques

d'état, en particulier la politique de la ville ». (26) Il sera principalement soutenu par les signataires du contrat : ARS et collectivités. (27)

Cet outil permet de fédérer les élus, les collectivités locales, les acteurs du système de santé, les associations et les usagers vers des objectifs communs : la promotion et la prévention de la santé, l'amélioration de l'offre de soins, l'accompagnement médico-social, et une meilleure coordination des différents acteurs (26).

Ce « Contrat de Santé » introduit une notion de suivi et de contrôle des mesures mises en place sur le terrain, facilitant ainsi la surveillance de l'évolution locale (démographie médicale et de la population, efficacité des solutions mises en place) (26).

Ce contrat constitue donc un premier pas vers le regroupement des différents acteurs de soins, pour permettre de trouver une solution adaptée au territoire concerné.

5. Des exemples qui fonctionnent

a) *Le Pôle de Santé de l'Envigne*

Ce pôle de santé pluridisciplinaire se trouve dans la commune de Scorbé-Clairvaux, située dans la Vienne, en région Poitou-Charentes.

La problématique initiale était que le cabinet médical ne répondait plus aux attentes des professionnels de santé, à celles des autorités publiques, ni aux évolutions démographiques et épidémiologiques de la commune. L'évolution de la démographie médicale prédisposait ainsi la commune à devenir un « désert médical » d'ici l'horizon 2020.

La géographie ne permettant pas la création d'une maison médicale, du fait de la présence de 2 bassins de population séparés d'une dizaine de kilomètres, la création d'un pôle de santé a été envisagée. Celui-ci avait pour but de coordonner les deux maisons de santé.

L'idée de créer ce pôle est apparue en 2004 suite à la première rencontre de professionnels de santé du secteur, puis la décision définitive de le mettre en place a été prise en 2010.

Il s'agissait de 2 maisons pluridisciplinaires basées sur Scorbé-Clairvaux et Lencloître, gérées par le pôle de santé, qui permettait une mutualisation des ressources. Celui-ci était constitué de 8 médecins généralistes, 2 médecins coordonnateurs d'EHPAD, 1 médecin coordonnateur du réseau des personnes âgées, 1 médecin gériatre, 1 dentiste, 4 pharmaciens, 5 kinésithérapeutes, 10 infirmiers, 1 psychologue et 1 diététicienne.

Les missions retenues par le pôle étaient d'améliorer la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, de favoriser le dépistage de l'obésité pédiatrique, d'améliorer le dépistage précoce des troubles mnésiques ainsi que des cancers du sein et colorectal, et enfin d'améliorer l'observance thérapeutique.

b) Le Pôle de Santé de Ramey

Ce pôle de santé est né à l'origine d'une maison de santé pluridisciplinaire créée en 2008, secondairement remplacée par une SCM composée de 4 médecins généralistes du 18^e arrondissement de Paris. La population ciblée comprenait celle des quartiers de Clignancourt-Jules-Joffrin, Goutte d'Or, Amiraux-Simplon, et Montmartre. La structure accueillait néanmoins les habitants des autres quartiers, ainsi que ceux des villes situées à proximité. (30)

Progressivement, des médecins ont intégrés la SCM, continuant également d'exercer dans leurs cabinets respectifs. Ainsi, le pôle de santé regroupe actuellement 42 professionnels de santé dont 14 médecins généralistes, des spécialistes (cardiologue, gynécologue, pédiatre...), des infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, et psychologues. Cette organisation permet le paiement du loyer, une mutualisation des frais de produits médicaux, de régler le salaire des employés. (30)

Un système de collaboration entre les professionnels a été mis en place suite à différentes réunions. Pour assurer la continuité des soins, un courrier était systématiquement envoyé au médecin traitant suite à toute consultation. Un système d'informatisation compatible avec l'Assurance Maladie pour l'utilisation de la carte vitale a par ailleurs été mis en place, à l'aide du logiciel CHORUS. Celui-ci permet le partage des dossiers médicaux entre les différents collaborateurs. (30)

Les missions choisies par ce pôle de santé étaient :

- Faciliter l'accès aux soins de premier recours et la pluridisciplinarité.
- Améliorer l'observance des patients à leur projet de soins.
- Faciliter la coordination des soins chez les patients à risque cardiovasculaires, obèses, ou ayant une comorbidité psychiatrique ou sociale.
- Développer l'exercice de la médecine préventive.

Ce pôle développe actuellement des partenariats avec les hôpitaux Bichat, Lariboisière et Robert Debré. L'un des objectifs en cours est de se doter d'un service de PMI. (28)

C. Un processus par étapes

Pour que la notion de regroupement de professionnels en « pôle de santé » puisse aboutir, il est nécessaire qu'elle s'intègre dans un projet de santé local, lui-même inscrit dans le programme régional de santé publique. (21) Le financement étant majoritairement dépendant des enveloppes ARS et des moyens mis à disposition par les signataires du Contrat local de santé, ces différents parties doivent recevoir des informations en retour quant au fonctionnement du pôle. Pour cela, il est prédéfini des indicateurs de suivi, de résultats et de réalisation. (27)

Une des problématiques occasionnées par la création d'un pôle de santé est le temps consacré à sa mise en place. Celle-ci s'organise en plusieurs étapes :

→ La première étape consiste à créer une équipe de professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) regroupés et motivés autour d'un projet commun. L'un d'entre eux est souvent désigné comme « leader » et représentant du projet. (21) La motivation des différents praticiens autour du projet est essentielle. Une fois le groupe constitué, le soutien des collectivités territoriales est recherché, celles-ci pouvant apporter leur aide sur les plans financier, technique et humain à différentes étapes. (21) Cela crée un rapport dynamique entre professionnels de santé et collectivités locales, à la suite duquel des réunions sont nécessaires pour définir les attentes, les réticences et les motivations de chacun (21).

→ Secondairement, il convient de réaliser un diagnostic de territoire sur la zone concernée. Celui-ci doit définir le nombre d'habitants, les tendances démographiques ainsi que les caractéristiques de la population. (21) Il doit également étudier l'offre de soins, en particulier la population des médecins (activité, âge...) et les professions paramédicales. (21)

→ Une fois le diagnostic de territoire réalisé, un « projet professionnel » doit être défini. Il permet de préciser le rôle de chaque professionnel à l'intérieur du pôle de santé. (21) Plusieurs éléments doivent être indiqués :

- Le nombre de professionnels de santé, la présence de personnel administratif, ainsi que le temps de travail de chacun, avec leurs horaires, la permanence et la continuité des soins. (21)

- La coopération entre les différents professionnels de santé : réunion pluridisciplinaires régulières, création de protocoles de prise en charge pluri-professionnels... (21)

- La possibilité d'organiser une formation médicale, par l'accueil de stagiaires (21)

- La création d'un système d'informatisation, ainsi que les modalités de partage des informations médicales entre les différents partenaires de santé, en utilisant le même logiciel et un hébergement centralisé des dossiers. (21)

- Faciliter la continuité et la coordination des soins, le suivi des pathologies chroniques (32)

- Evaluer la qualité des soins fournis. (20)

Au décours de ce « projet professionnel », devra être produit un « projet de santé », détaillant la manière d'organiser la prise en charge des patients, et orientant les coopérations professionnelles. (21)

Le « projet de santé » donne une vision plus globale du parcours du patient, et doit être adapté au territoire du pôle de santé. Il permet de détailler les actions de santé publique du pôle, telles que la prise en charge des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique des patients, la prévention, et l'utilisation de réseaux de santé. (21) Il permet d'établir les relations entre les différents professionnels de santé, mais aussi les partenariats avec les autres structures. (21)

Une fois la partie théorique réalisée, il est nécessaire de définir ensuite le projet immobilier ainsi que les équipements utiles au fonctionnement du pôle. Les besoins techniques et les aménagements doivent être étudiés en fonction des projets professionnels de chacun. (21)

Etroitement intriqué, se pose le problème du financement. Deux solutions peuvent être envisagées. D'une part, le financement par les professionnels de santé eux-mêmes, qui sont alors propriétaires des locaux et remboursent leurs prêts selon des conditions de répartition préalablement définies. (21) D'autre part, on peut envisager un financement public ou semi-public, par des collectivités locales. Dans ce cas, les professionnels de santé se retrouvent locataires et versent un loyer à la commune. (21) Ces coûts dépendent du nombre de professionnels, des locaux, et des extensions prévues. (21)

La dernière étape consiste à définir le statut juridique du pôle de santé ainsi créé. (21)

Ainsi nous avons vu que la ville d'Evreux regroupe toutes les caractéristiques pour envisager la création d'un « pôle de santé » pluridisciplinaire. Des conditions démographiques et socio-économiques difficiles, qui s'associent à une diminution de sa démographie médicale, doivent faire envisager une mutation de son organisation d'offre de soins. Ce projet de pôle de santé est un travail de longue haleine, exigeant un profond investissement des différents acteurs. La réalisation du diagnostic de territoire constituerait le socle de ce projet. Nous avons donc réalisé ce diagnostic, afin d'apporter des solutions à la situation actuelle.

III. Objectifs

Les objectifs de cette étude étaient de recenser les attentes des médecins généralistes d'Evreux, et de réaliser le diagnostic de territoire préalable à toute autre démarche.

Ce travail avait deux finalités à court terme :

- Interroger les médecins généralistes, leur donner la parole pour connaître leurs méthodes, leurs conditions de travail, ainsi que leur ressenti.
- Identifier les professionnels intéressés par cette organisation alternative en « pôle de santé », afin de faire face aux difficultés identifiées.

IV. Matériel et Méthodes

Le diagnostic de territoire a eu lieu du 14 février au 31 mai 2013.

Il nous est paru essentiel de nous intéresser uniquement aux médecins généralistes, car ils sont les premiers acteurs des soins primaires.

Actuellement, l'organisation des soins dans l'Eure comporte des secteurs de permanence de soins ambulatoires, appelés « EOLE ». Nous nous sommes intéressés à l'« EOLE 6 » regroupant les communes suivantes : Aviron, Bacquepuis, Bernienville, Brosville, Cauge, Claville, Dardez, Emalleville, Evreux, Fauville, Gauciel, Gauville-La-Campagne, Gravigny, Huest, Irreville, La Chapelle-Du-Bois-Des-Faulx, Le Boulay-Morin, Le Mesnil-Fuguet, Le Vieil-Evreux, Miserey, Normanville, Parville, Reuilly, Sacquenville, Saint-Germain-Des-Angles, Martin-La-Campagne, Saint-Sébastien-De-Morsent, Sassey, Tourneville.

La population étudiée est celle des médecins généralistes libéraux ou mixtes, indépendamment de leur sexe et de leur âge, exerçant au sein de l'Eole. Les médecins à l'initiative du projet ont eux aussi répondu au questionnaire.

Le diagnostic de territoire a été réalisé à partir d'un questionnaire préexistant, créé par l'URPS, pour d'autres projets similaires. Il s'agissait d'un questionnaire standardisé bien qu'original, qui avait été réadapté à la population des médecins et aux objectifs du projet.

Il a été initialement testé par un groupe de 5 médecins impliqués dans la constitution du projet, afin d'évaluer la durée, la compréhension des questions, et de construire un guide d'entretien et de présentation. Des questions ouvertes ont été intégrées pour dégager des informations qualitatives sur le ressenti de l'exercice de ces médecins.

Pour faciliter la prise de contact et le maximumz de réponses positives, tous les médecins de la population ont été prévenus par un des médecins membres du projet de l'appel d'un investigateur, qui allait réaliser le questionnaire.

Initialement, les entretiens étaient semi-directifs, sur une période de 30 minutes, basés sur la réalisation du questionnaire et l'enregistrement puis la retranscription des

entretiens. Ils étaient réalisés par un seul investigateur au cabinet du médecin lors d'un rendez-vous. Douze entretiens de ce type ont été effectués.

Puis face à la redondance des informations dégagées et la saturation des données, il a été décidé de poursuivre les entretiens sans enregistrement, en notant uniquement les principales idées évoquées.

Enfin, la difficulté de joindre le médecin ou d'obtenir des rendez-vous, ainsi que notre nécessité de recueillir un maximum de réponses, nous ont conduits à réaliser les derniers entretiens par appel téléphonique. Une fois contacté, le médecin avait le choix entre un entretien immédiat ou différé à un moment fixé en commun.

Les données recueillies étaient enfin saisies et traitées par le logiciel EXCEL.

V. Résultats

L'échantillon de médecins généralistes présents dans notre population comprenait 52 médecins. Tous les médecins ont été contactés.

Les 5 médecins participants au projet avaient répondu aux questionnaires sans réaliser la partie qualitative. 14 entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins. Parmi eux, 12 ont participé à l'entretien avec questions ouvertes et enregistrées. 20 questionnaires ont été réalisés par téléphone.

13 médecins n'ont pas réalisé le questionnaire. 1 médecin était parti en retraite. 2 médecins ont refusé directement d'y répondre, 2 autres n'ont pas été joignables. Pour les 8 médecins restants, nous avons été confrontés au refus des secrétaires de passer le médecin, ou à l'absence de réponse des médecins suite à une information laissée à la secrétaire. Les motifs invoqués le plus souvent par les secrétaires étaient le refus du médecin de répondre à toute enquête, le manque de temps, ou la surcharge de travail.

39 médecins ont donc répondu au questionnaire, soit 75% d'entre eux.

A. Répartition des médecins

Parmi les médecins généralistes, les femmes représentaient 25.6 % des médecins (10 femmes/39 hommes). Cette proportion est inférieure au seuil de la population générale des médecins de l'ordre de 43 % (8).

L'âge moyen de notre population était de 55.9 ans. Il est supérieur à celui de la population générale des médecins généralistes français, qui est de 52 ans (8).

Le médecin le plus jeune était âgé de 31 ans, et le plus âgé de 72 ans. On remarque que les femmes étaient plus jeunes que les hommes (avec une moyenne d'âge de 53.1ans pour les femmes contre 56.8 ans pour les hommes).

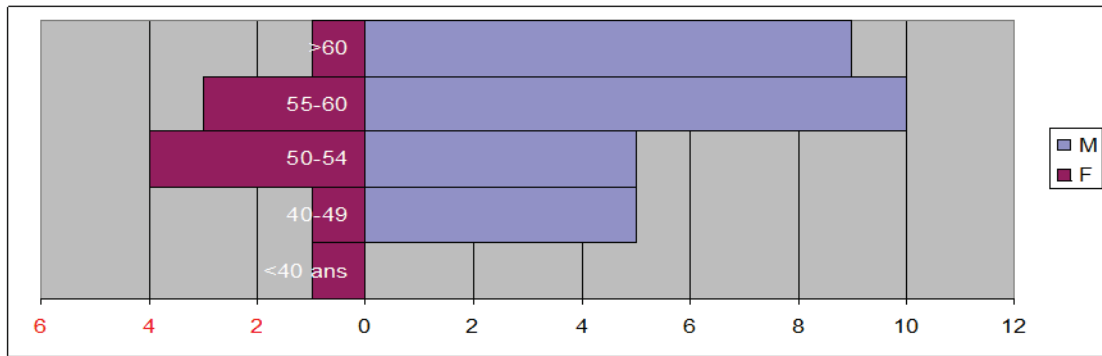


Figure 1 : pyramide des âges des médecins interrogés

B. Installation dans la commune

On remarque que 79.5 % des médecins étaient installés sur la ville d'Evreux même. Les autres étaient répartis de la manière suivante :



Figure 2 : Répartition des médecins généralistes

56 % des médecins résidaient dans leurs communes d'exercice. Les autres vivaient en moyenne à 14 minutes de leur lieu d'exercice. Le plus éloigné résidait sur Paris, et son temps de trajet pour venir travailler était de 75 minutes.

Les médecins d'Evreux étaient installés dans leur commune depuis longtemps, avec une durée moyenne d'installation de 22.5 ans. Le plus ancien médecin y était installé depuis 43 ans. Deux médecins étaient récemment installés depuis 1 an.

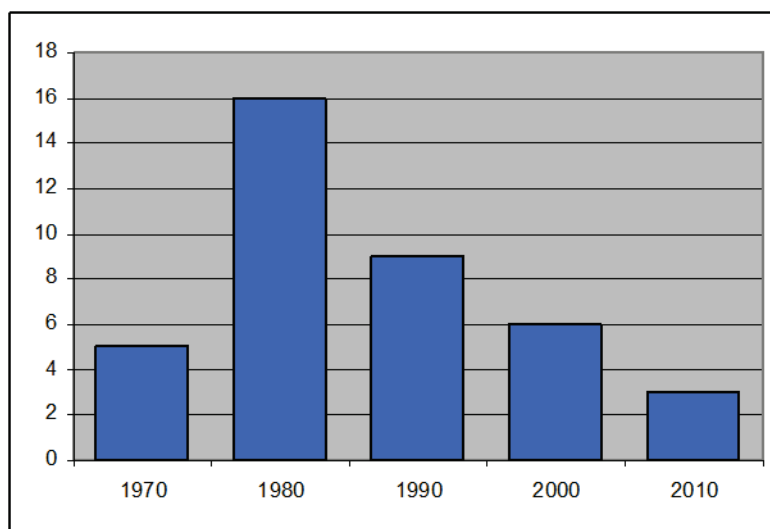


Figure 3 : décennie d'installation dans la commune

C. Mode d'exercice

66 % des médecins avaient un exercice libéral strict. Les chiffres nationaux indiquent que 59% des médecins généralistes exercent en milieu libéral strict. (8)

En revanche, 33 % des médecins avaient un exercice mixte, correspondant à l'association d'un exercice libéral et salarié (représentant 4% à 50% de leur activité). Les médecins pratiquaient leur salariat à l'hôpital, en foyer, en réseau, ou en structures administratives. Les chiffres de l'ARS montrent que dans la population globale des médecins, uniquement 6.33 % d'entre eux pratiquent un exercice mixte. (8)

Il est à noter que 62 % des médecins travaillaient en cabinet seuls. Les autres (38%) étaient regroupés en cabinets de groupe, comportant 2 à 4 médecins, selon plusieurs modes : l'association, la collaboration, ou les 2.

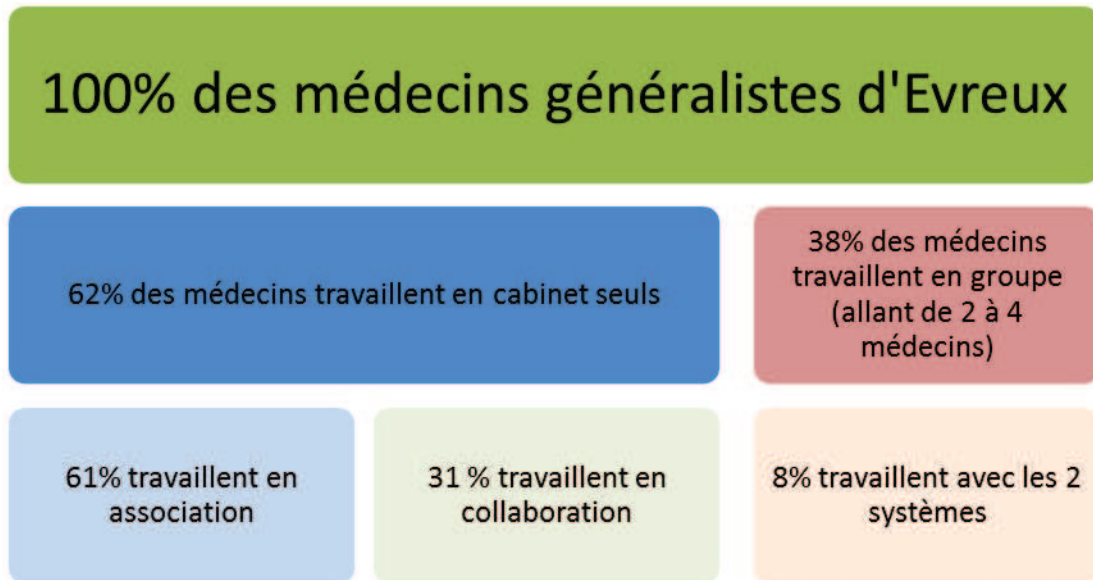


Figure 3 : schéma sur l'organisation du mode d'exercice sur Evreux

D. Exercices Particuliers

La majorité des médecins d'Evreux avaient une activité diversifiée.

50 % d'entre eux pratiquaient en effet un ou plusieurs exercices particuliers en plus de la médecine générale. Parmi eux, 5 médecins (9.6%) pratiquaient uniquement leur exercice particulier (ostéopathie, nutrition, expertise...) et avaient définitivement arrêté leur activité de médecine générale. Les autres médecins pratiquaient le plus souvent les activités suivantes : l'ostéopathie (31,5 %), la médecine du sport (26%), la mésothérapie (15,7%), la gynécologie (15,7%).

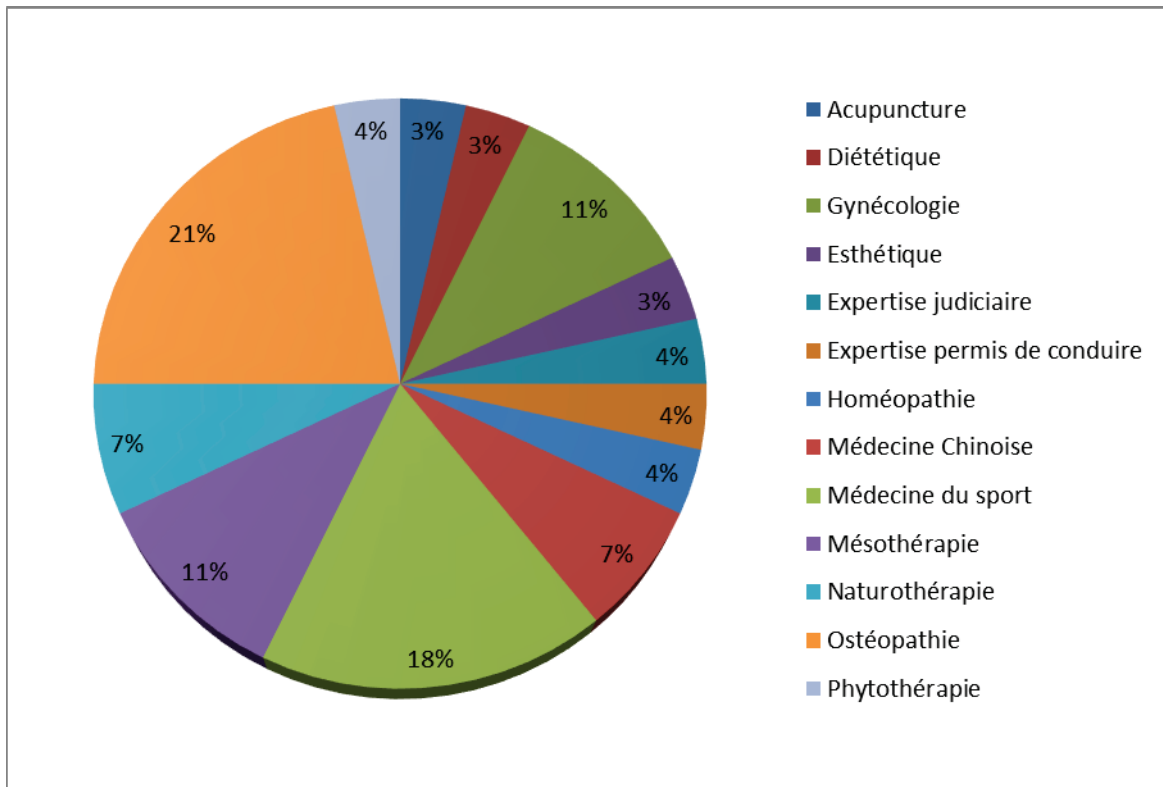


Figure 4 : Représentation des exercices particuliers sur Evreux

En plus de ces exercices particuliers, 18 médecins participaient à des réseaux ou à des associations.

E. Offre de soins

Les médecins de notre population travaillaient en moyenne 8.9 demi-journées par semaine, sans différence significative entre les deux sexes.

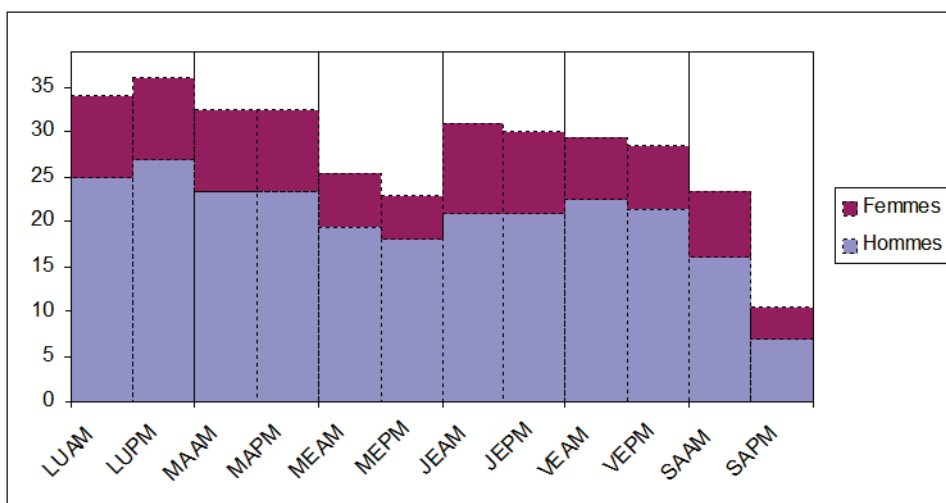


Figure 5 : Schéma sur l'offre de soins en semaine sur Evreux

On remarquait que le nombre de médecins travaillant le mercredi (et surtout l'après-midi) était faible, car seulement 60% d'entre eux étaient alors présents à leur cabinet.

25 % des médecins travaillaient le samedi après-midi.

Le nombre moyen de semaines de congés était de 5.4 par an.

56 % des médecins étaient satisfaits de leurs conditions de travail, alors que 55% d'entre eux souhaitaient avoir plus de congés.

90 % des praticiens effectuaient des visites à domicile, à une fréquence variable, allant de 1 à 2 visites par mois à 7 par jour.

F. Gestion des patients

Seulement 72% des médecins prenaient encore de nouveaux patients. La sélection de ces nouveaux patients était faite soit par adressage de patients déjà connus, soit par sélection plus ou moins subjective des patients. Très peu de médecins acceptaient l'ensemble des patients se présentant à leur cabinet, et en particulier, 28% d'entre eux ne souhaitaient plus prendre de nouveaux patients.

La manière de gérer le surplus de patient et les urgences se traduisait par l'utilisation de plages dédiées et de surbooking dans 75% des cas. Cependant, 68 % des médecins étaient satisfaits de cette manière de gérer les patients.

G. Les remplacements

Peu de médecins généralistes d'Evreux (37%) prenaient un remplaçant pendant leurs congés. Parmi eux, seuls 10 % parvenaient à en trouver un régulièrement. A contrario, 63 % des praticiens ne prenaient jamais de remplaçants durant leurs périodes de congés.

De même, 15 % des médecins réalisant des gardes sur la permanence de soins prenaient un remplaçant pour ces gardes.

Enfin, 2 médecins sur Evreux avaient des remplaçants pour des journées fixes dans la semaine : cela représentait une journée ou 2 demi- journées par semaine.

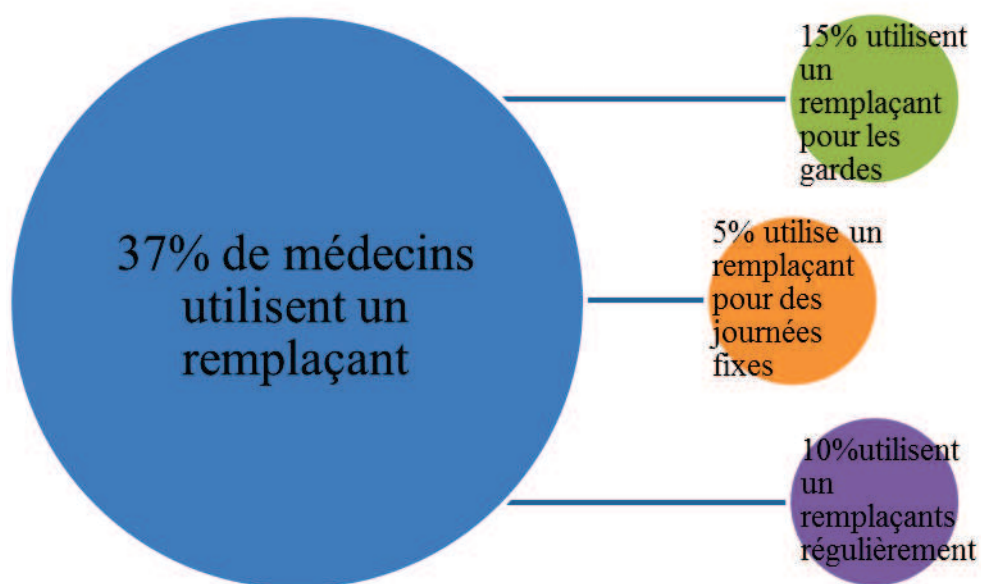


Figure 5 : Utilisation des remplaçants sur Evreux

Une information capitale était le fait qu'uniquement 22 % des médecins disaient trouver facilement un remplaçant. Or pourtant, après examen des chiffres nationaux, on

constate qu'il y a eu une augmentation des effectifs de médecins remplaçants de 5.7% lors des 7 dernières années. (8) Les médecins disaient ne pas trouver de remplaçants, mais après réalisation du questionnaire, on observait que la plupart n'effectuait aucune démarche à ce sujet.

H. L'organisation du cabinet

70 % des médecins avaient un secrétariat. On distinguait deux catégories parmi eux : 30 % avaient un secrétariat sur place, leur permettant de gérer le plus souvent les patients arrivant au cabinet et les tâches administratives ; 70 % avaient un secrétariat à distance, ne gérant que les rendez-vous.

Les médecins généralistes étaient dans 85 % des cas informatisés, et l'âge moyen de ceux utilisant l'informatique était de 55.4 ans. De nombreux logiciels étaient utilisés :

Logiciels informatiques professionnels	Nombre
HELLODOC	10
AXI SANTE	4
MEDI WIN	4
HYPERMED	2
MEDISTORY	2
SHAMAN	2
1 2 3 SANTE	1
CROSSWAY	1
DBMED	1
DOC WARE	1
ICA MED	1
MEGABAZE	1
X MED	1
Non Spécifié	2
TOTAL	33

Figure 6 : Logiciel informatique professionnel utilisé

82 % des médecins utilisant un logiciel-métier en étaient satisfaits. Cependant 24 % d'entre eux étaient disposés à changer de modèle.

De même, la télétransmission était faite par 90 % des médecins. Par ailleurs, 47 % possédaient une messagerie cryptée avec le logiciel Apicrypt, leur permettant de recevoir des informations confidentielles cryptées des laboratoires, entre autres.

I. La formation médicale continue

Seulement 50 % des médecins généralistes d'Evreux participaient à un groupe de formation médicale continue, le plus souvent celui d'Evreux même. Cependant, 24 % des médecins n'y participant pas avaient envie de le faire ultérieurement.

De même, 23 % des répondants participaient à un groupe d'échanges de pratiques, et 41 % souhaitaient en faire partie à l'avenir.

33 médecins avaient répondu avoir des lectures professionnelles. Les autres n'avaient pas répondu et un seul d'entre eux disait ne pas en avoir.

Les lectures étaient principalement via internet. Ils consultaient pour les recommandations, les sites de l'HAS, de la Sécu, de l'Afssaps et du Vidal. 28% des médecins lisaient les revues gratuites reçues au cabinet, et enfin 2 revues sortaient du lot quant aux abonnements : « La revue du Praticien » pour 20,5% des praticiens, et « Prescrire » pour 18% d'entre eux.

Au niveau de l'enseignement, 8 médecins (20%) étaient maîtres de stage, mais seulement 3 d'entre eux accueillaient des externes, et 2 accueillaient des internes en SASPAS. Cependant, 3 autres médecins souhaitaient devenir maîtres de stage.

J. Perspectives

54 % des répondants ne souhaitaient pas modifier leur activité. Les autres 46 % allaient modifier leurs activités comme suit :

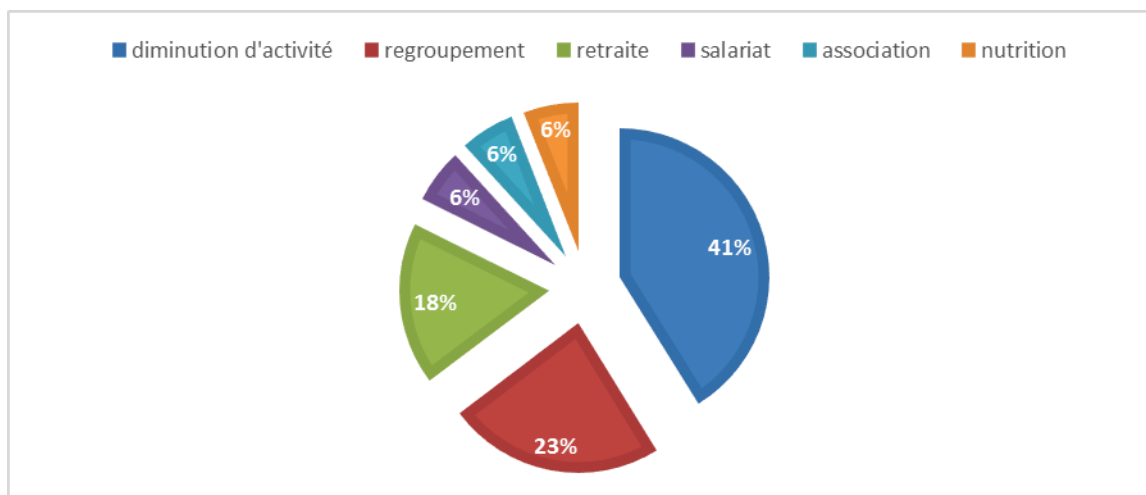


Figure 7 : Les différentes perspectives d'avenir

Il faut préciser que les médecins généralistes souhaitant diminuer leur activité le faisaient soit pour commencer à amorcer l'arrivée de la retraite, soit par fatigue de la pratique médicale.

L'association ou le regroupement de praticiens faisaient partie des moyens permettant la diminution de la surcharge de travail.

L'âge moyen d'arrêt de l'exercice médical envisagé par les médecins était de 66.7 ans, avec un âge médian de 67 ans. En 2023, la moitié des répondants au questionnaire seraient donc en retraite. Cela confirme bien la tendance actuelle montrant que 24.8% des médecins seront en retraite d'ici 2018. (8)

K. Conditions d'exercice

40 % des médecins étaient « satisfaits » de leurs conditions d'exercice, et 35 % en étaient « plutôt satisfaits ». En revanche, 18 % des médecins n'en étaient « pas satisfaits », et 5 % restaient « sans opinion ».

Cependant, parmi les 30 répondants à la question « souhaitez-vous déléguer certaines tâches ? », 21 médecins (70 %) souhaitaient déléguer certaines tâches pour gagner du temps.

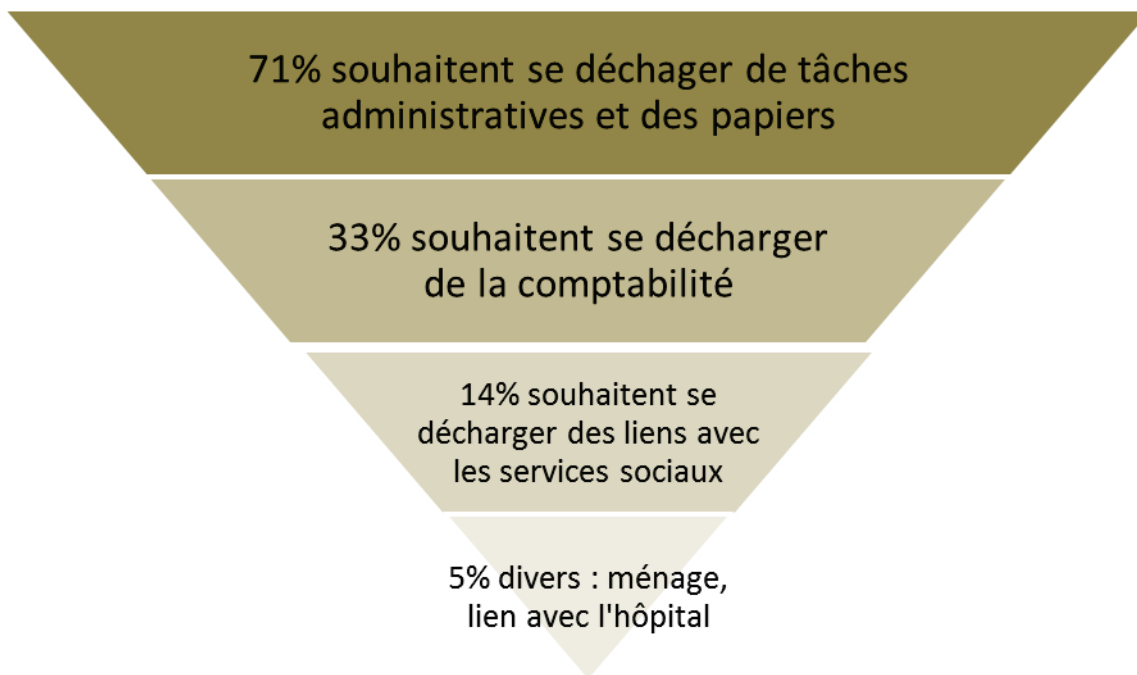


Figure 8 : Exemples d'allègement de tâches

D'un point de vue technique, 20 % aimeraient pouvoir déléguer aux infirmières les gestes tels que la vaccination, la biométrie ou la réalisation de pansements.

L. Accès aux soins des patients

L'accès des patients aux autres confrères généralistes, à savoir leur possibilité de consulter un autre généraliste que leur médecin traitant déclaré en cas d'indisponibilité de celui-ci, était perçu par les médecins de différentes manières : 63% des médecins étaient satisfaits de cet accès de recours, mais 28 % d'entre eux ne l'étaient pas.

Concernant l'accès aux médecins spécialistes, leur avis était plus tranché, car 55 % des généralistes n'étaient pas satisfaits de cet accès, alors que 41% l'étaient. Les spécialités le plus souvent concernées étaient la rhumatologie, la gynécologie et l'ophtalmologie, dont les délais d'attente étaient considérés comme trop longs, avec une véritable difficulté à obtenir des rendez-vous. Par ailleurs, 20 % des médecins n'étaient pas satisfaits de leur rapport avec l'hôpital d'Evreux, depuis son déménagement, vis-à-vis de trop longs délais de prise en charge et de la qualité de

soins. Ils évoquaient également des difficultés à recevoir des informations concernant leurs patients hospitalisés, de par la difficulté à obtenir un interlocuteur et une réception trop tardive des courriers de compte-rendu.

M. Perceptions des médecins généralistes

Les perceptions des médecins généralistes vis-à-vis de leurs conditions de travail, de leurs collègues médicaux et paramédicaux, ainsi que de l'hôpital sont synthétisées dans ce tableau :

	Négative	Plutôt Négative	Plutôt Positive	Positive	Sans opinion
Conditions d'exercice	8%	10%	35%	40%	5%
Organisation des gardes	5%	10%	23%	45%	15%
Accès aux soins de vos patients (Médecins généralistes)	10%	18%	30%	33%	8%
Accès aux soins de vos patients (autres spécialistes)	15%	40%	23%	18%	3%
Relations avec Médecins généralistes	0%	5%	20%	68%	5%
Relations avec Autres spécialités médicales	0%	3%	28%	68%	0%
Relations avec plateaux techniques	0%	0%	25%	73%	0%
Relations avec Infirmiers	0%	0%	28%	68%	3%
Relations avec Pharmaciens	0%	8%	33%	50%	8%
Relations avec kiné	0%	8%	28%	60%	3%
Relations avec Services sociaux	3%	25%	28%	20%	23%
Relations avec Etablissements hospitaliers	5%	20%	38%	33%	3%
Relations avec HAD	0%	5%	30%	50%	13%

Figure 9 : perceptions globale des médecins

Une part d'insatisfaction ressort de la relation des généralistes avec les services sociaux. Il est reproché essentiellement un manque de contact et d'accessibilité, une opacité de leurs prises en charge, ainsi qu'un manque de retour de leur part.

Par ailleurs, 76.3 % des médecins interrogés étaient intéressés par la notion de pôle de santé. Parmi eux, 62 % étaient prêts à y participer.

VI. Discussion

A. Données démographiques

L'âge moyen de notre population (55.9 ans) était supérieur à celui des médecins généralistes actifs en France, estimé à 52 ans suite à la dernière enquête démographique effectuée par le Conseil de l'Ordre des Médecins en 2013 (7).

Notre échantillon ne comportait que 25.6 % de femmes, alors qu'elles représentent 40.9 % des médecins en Haute Normandie, (7) et 42.3 % des praticiens sur l'ensemble de la France métropolitaine. (7)

Le Conseil de l'Ordre des Médecins a retrouvé en 2013 une densité des médecins en France Métropolitaine évaluée à 136.5 médecins généralistes pour 100 000 habitants. (7) L'Eure faisait partie des départements ayant une faible densité médicale, avec 101.2 médecins pour 100 000 habitants (7), et cette densité dans notre zone d'étude en particulier était de 7.5 médecins pour 10 000 habitants. (8) Il est à noter qu'uniquement 7 médecins sont venus s'installer dans cette zone au cours des 10 dernières années. (8)

Dans les 5 ans à venir, 24.8 % des médecins du territoire d'Evreux seront en retraite, et en 2023, la moitié d'entre eux le seront. L'âge moyen envisagé de cessation d'activité était de 66.7 ans dans notre étude. La DREES a établi dans son rapport de 2009 que la baisse des médecins partant en retraite durant les 10 prochaines années serait de l'ordre de 10%. (10) En effet, les promotions de médecins des années 1960-70, historiquement hautes, vont partir en retraite. (10) De plus, nous allons subir au cours des 10 prochaines années les conséquences de la baisse du numéris clausus imposée dans les années 1980-90. (32) Les résultats de l'augmentation du numéris clausus décidée récemment ne seront malheureusement perceptibles que dans une dizaine d'années, en raison de la durée importante des études médicales (32).

Ainsi, lorsque l'on compare les chiffres mis en évidence par le Conseil de l'Ordre en 2013, il apparaît clairement que le département de l'Eure est plus déficitaire en médecins que d'autres zones françaises, avec une densité de 101, 2 médecins contre

136,5 médecins pour 100000 habitants au niveau national. (7) Notre population de médecins est vieillissante avec une moyenne d'âge de 55,9 ans contre 52 ans (7), et possède moins de femmes que dans la population nationale : 25,6 contre 42,3 % (7). Par ailleurs, très peu de jeunes médecins viennent s'installer dans la région : seulement 7 médecins sur 10 ans (8), et il devient difficile de remplacer les médecins partant en retraite. Quelle est donc la cause de cette inégalité ?

B. Les composantes de cette inégalité

1. La liberté d'installation

L'article rédigé en 2012 par Virginie Chasles tentait de définir les composantes de l'inégalité de répartition médicale française. (33)

Cette inégalité d'accès aux soins est une originalité française. En effet, bien que la densité médicale en France n'ait jamais été aussi haute, il persiste pourtant des zones déficitaires en praticiens. L'Allemagne, le Royaume Uni ou l'Autriche n'ont pas ce problème, alors que leur densité médicale est équivalente ou plus faible que la densité médicale française. En France, on constate par ailleurs un décalage entre les zones d'importante densité médicale et la répartition de la population française. (34)

Selon les économistes, l'une des composantes, pouvant expliquer ce phénomène, est la liberté d'installation des médecins. (34)

En France, elle a été établie par « la charte de la médecine libérale » de 1927, et donne la possibilité aux médecins de s'installer où ils le souhaitent. (36) (37) Cette liberté a été remise en cause en 2013, et « pointée du doigt » comme la principale cause d'inégalité d'accès aux soins. L'introduction de mesures coercitives, visant à imposer aux médecins de s'installer dans les zones déficitaires, a été discutée. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins souhaitait en effet imposer aux jeunes médecins une installation obligatoire dans la région où ils avaient été formés, durant les 5 années suivant leur Internat. Plusieurs manifestations de médecins, et l'intervention de leurs syndicats, ont entraîné une annulation de ces mesures. (36) (37)

Mais est-elle la seule composante de l'inégalité d'accès aux soins ?

2. Les attentes des médecins

L'article de Delattre et Samson (INSEE) montre qu'outre la liberté d'installation des médecins, certains critères personnels et économiques les concernant interviennent dans la problématique de l'inégalité d'accès aux soins. (34)

Plusieurs études effectuées ces dix dernières années expliquent ce phénomène.

Couffinhal et Al en 2002 ont montré que le critère de revenu n'était plus le premier critère pour décider d'une installation. Le contexte économique et démographique, ainsi que les conditions de vie des praticiens, étaient en effet tout aussi importants dans le choix de leur installation. (34) (40)

Billodeau et Leduc ont également montré en 2003 que des facteurs personnels, ainsi que le contexte régnant dans la zone d'exercice et le mode d'exercice, étaient primordiaux dans le choix d'une installation. (34) (41)

Levy et Bui avaient par ailleurs déjà estimé en 2000 que 81 % des médecins valorisaient des critères personnels pour décider de s'installer. (34)

L'Observatoire Régionale de la Santé en Aquitaine (décembre 2011) a également montré que pour les étudiants en médecine souhaitant s'installer en libéral, les facteurs extra-professionnels étaient plus importants que les facteurs professionnels. (42)

L'étude faite par l'ISNAR auprès des internes de médecine générale entre 2010 et 2011 distinguait parmi les facteurs professionnels la nécessité d'avoir à proximité des structures sanitaires (laboratoires d'analyses médicales, pharmacies, cabinets de radiologie), ainsi que des professionnels paramédicaux libéraux. (12)

Les critères extra-professionnels intervenant dans le choix d'installation sont essentiellement d'ordre familial : avoir une bonne scolarité pour les enfants (avec la proximité d'écoles primaires et secondaires), respecter l'activité professionnelle du conjoint, avoir un bon environnement culturel. Il se dégage ainsi une volonté des médecins d'établir un équilibre entre vie privée et professionnelle. (42)

L'URML de la région Rhône-Alpes a étudié les attentes des internes en Médecine générale, et a mis en évidence que leur qualité de vie privée et familiale représentait l'élément prédominant pour 66% d'entre eux, puis venaient l'intérêt intellectuel et les conditions de travail. (43) Enfin, les aspects financiers constituaient rarement un élément décisif dans le choix de carrière. Ce critère de qualité de vie était si important qu'il modifiait le comportement des jeunes générations de médecins par rapport à leur pratique. (43)

L'enquête sur les conditions d'installation des médecins des Pays de Loire en 2007 montrait une différence entre les générations de médecins actuels. En effet, les plus jeunes étaient prêts à vivre à distance de leur lieu d'exercice afin de bénéficier des avantages d'une agglomération. (44) Ainsi, 32 % des médecins de moins de 45 ans vivaient à moins de 5 minutes de leur lieu d'exercice, contre 70% chez ceux de 55 ans et plus. (44)

L'enquête de l'ISNAR réalisée auprès des internes de médecine générale entre 2010 et 2011 confirmait bien cette tendance, avec 65.6% des internes prêts à travailler entre 15 et 30 minutes de leurs lieux d'habitation. (12)

Sur le territoire d'Evreux, la moyenne des temps de trajet était de 14 minutes, et 56 % des médecins travaillaient à moins de 5 minutes de leur domicile. La majorité des médecins généralistes était donc essentiellement regroupée sur l'agglomération ébroïcienne, afin de profiter des structures de la ville d'Evreux.

3. Une volonté de regroupement

La notion de « travailler seul » avait tendance à disparaître chez les jeunes médecins, et en particulier chez les internes en médecine générale. (43)

Une enquête effectuée auprès d'internes en médecine générale montrait que seulement 4 % de ceux, voulant s'orienter vers une pratique libérale, souhaitaient exercer seul, et 18% en centres pluridisciplinaires libéraux. (43) Le baromètre de santé établi par l'INPES en 2009 confirmait bien cette tendance : 77.6% des médecins généralistes de moins de 40 ans travaillaient ainsi en cabinet de groupe. (14)

A contrario, dans notre étude, 62% des médecins d'Evreux travaillaient seuls, et leur moyenne d'âge était de 57.7 ans. Concernant les 38 % de médecins ébroïcienais travaillant en groupe, leur moyenne d'âge était de 52.7 ans, et on observait des regroupements de 2 à 4 médecins selon différents modes : association, collaboration ou mixte. Dans une publication de septembre 2010, on constatait par ailleurs un regroupement croissant des médecins généralistes, passant de 43 % à 54% entre 1998 et 2009. (45)

4. Le mode d'exercice

Le mode d'exercice des médecins généralistes évolue peu depuis une dizaine d'années. Le rapport de la DREES du 1^{er} janvier 2012 montrait que les médecins pratiquaient majoritairement en libéral, avec 60% d'entre eux exerçant en libéral strict. (32) Ce pourcentage diminue depuis les dix dernières années, avec un nombre croissant de médecins pratiquant une activité mixte (activité salariale associée à une activité libérale). (32) Le territoire d'Evreux en est un bon reflet, car 66% des médecins pratiquent en libéral strict, alors qu'un tiers d'entre eux exercent une activité salariale (à l'hôpital, dans des foyers, ou des réseaux).

Dans le rapport de la DREES, les jeunes médecins (de moins de 35 ans) étaient majoritairement (56%) salariés à l'hôpital. (32) Il existait néanmoins dans ce rapport un biais, car il prenait en compte à la fois les médecins généralistes et les spécialistes. Or les jeunes spécialistes sont plus souvent salariés, car ils ont besoin d'effectuer de nombreuses formations complémentaires, ce qui est facilité par le salariat. (32)

Cependant l'étude de l'URML effectuée auprès des internes de médecine générale en Rhône-Alpes confirmait bien la tendance constatée par la DREES, à savoir l'augmentation progressive des médecins pratiquant une activité mixte, car seulement 39 % des internes souhaitaient opter pour un exercice libéral exclusif à l'horizon 2010-2015. (43) A contrario, les médecins vieillissants se dirigeaient vers l'exercice libéral : 63 % des plus de 50 ans, contre 35 % des moins de 35 ans. (32)

L'exercice mixte est donc une conception professionnelle plus répandue chez les jeunes générations de médecins, justifiant le fait qu'ils souhaitent être proches de

structures hospitalières, et délaissent donc plus souvent la pratique rurale ou semi-rurale.

Enfin, une donnée importante à prendre en compte dans ce changement de comportement des médecins est la féminisation de la profession médicale.

5. La féminisation de la population

Tous les chiffres actuels confirment la féminisation de la profession médicale. L'INPES, par l'intermédiaire de son baromètre de santé 2009, montrait que les hommes représentaient 69.8% des médecins généralistes, et les femmes 30.2% d'entre eux. (14)

Au cours des quinze dernières années, il y a eu une nette diminution de cette disproportion. Le pourcentage de femmes est en effet passé de 18% en 1994 à 30.2% en 2013. (14) Cette féminisation de la profession varie néanmoins selon les âges, avec 51.8% de femmes parmi les médecins de moins de 40 ans, contre 19.4% de femmes chez les plus de 50 ans. (14)

Dans le territoire d'Evreux, 26 % des médecins étaient des femmes, ce qui correspond aux statistiques nationales, et 80% d'entre elles avaient plus de 50 ans. Cependant, la sous-représentation (20%) des femmes de moins de 50 ans incite à penser que le territoire d'Evreux n'attire pas les jeunes femmes généralistes.

L'étude sur la féminisation de l'URML du Rhône Alpes en 2005 nous apporte quelques éléments de réponse quant à cette constatation. En effet, 50% des femmes pratiquaient un exercice salarial (contre 30% chez les hommes), nécessitant d'être à proximité de différentes structures, et donc rarement en zone rurale. (46) Par ailleurs, les femmes pratiquant en libéral privilégiaient des exercices particuliers, comme l'homéopathie, la mésothérapie, l'ostéopathie. (46)

Concernant leur temps de travail, des différences étaient aussi constatées par rapport aux hommes : les femmes travaillaient en moyenne 12 heures de moins que les hommes chaque semaine, soit 1.7 demi-journée de travail par semaine en moins. (46)

Par ailleurs, les femmes de moins de 45 ans avaient tendance à diminuer leur activité. (46)

Enfin, elles interrompaient plus souvent leur activité professionnelle: plus de 50% d'entre elles avaient déjà interrompu leur activité pendant plus de 3 mois, et 33% d'entre elles l'avaient interrompue à plusieurs reprises (contre 7 % chez les hommes). Le motif principal d'interruption du travail était la maternité. (46)

Nous avons donc observé que le territoire d'Evreux souffrait d'une désertification médicale importante. Comment s'adaptent les médecins ébroïciens pour faire face à cette situation ?

C. Conditions d'exercice des médecins sur Evreux

1. Le temps de travail

Une première vague d'enquête réalisée en 2007 sur les médecins généralistes des Pays de Loire trouvait une moyenne de 57 heures de travail par semaine. (44)

Un rapport de la DREES effectué en mars 2012 permettait d'étudier les temps de travail des médecins généralistes, à partir des résultats d'une étude de 2010. Celle-ci s'intéressait à un échantillon national (regroupant l'URPS, la DREES, et l'ORS) associé à 3 échantillons régionaux (Bourgogne, PACA, Pays de Loire). Le temps de travail déclaré par les médecins généralistes était alors de 57 heures par semaine en moyenne, soit 9 demi-journées de consultations par semaine. (47)

Dans notre étude, les médecins d'Evreux travaillaient en moyenne 8 à 9 demi-journées par semaine, du lundi au samedi. 40 % d'entre eux ne travaillaient pas le mercredi après-midi, généralement pour s'occuper des enfants, alors que 59 % travaillaient le samedi matin, et 25 % travaillaient toute la journée du samedi.

Les consultations le samedi sont habituellement plus fréquentes en zone rurale qu'en zone urbaine. (47) Ceci apparaît clairement chez les médecins de la ville d'Evreux, qui constitue une agglomération entourée de zones rurales.

Il existait donc une nette différence par rapport à l'étude de la DREES, où seulement 44 % des médecins consultaient tous les samedis matins, et 21% d'entre eux consultaient un samedi sur deux. (47)

90% des médecins d'Evreux effectuaient des visites à domicile, dont le nombre était aléatoire. Dans les chiffres nationaux, les visites à domicile sont en diminution, ne représentant que 12% de la totalité des actes.

Dans l'étude de la DREES, concernant le temps de travail au cabinet, 33 heures par semaine seulement étaient consacrées aux patients, soit 3h40 par demi-journée au contact des patients. (47)

D'autres activités (hors du temps de consultation) sont également réalisées par les médecins. Dans notre étude, nous considérons qu'une demi-journée par semaine était consacrée aux tâches administratives, souvent réalisées hors du cabinet. Dans l'étude de l'IRDES (Le Fur 2009), le temps de travail était décomposé de la manière suivante: sur environ 55 heures par semaine déclarées, 60 % étaient consacrées aux diagnostics et aux soins dans le cabinet (soit 33 heures) (48); 20% correspondaient à des activités de diagnostic et de soins comme les astreintes, l'activité salariale, conseils téléphoniques, consultations gratuites (48); 10 % étaient consacrées à la formation continue, aux lectures et à la réception des visiteurs médicaux (48); et enfin 10 % des heures servaient à la gestion du cabinet et aux tâches administratives. (48)

En dehors du temps de travail, la durée des congés annuels était à prendre en compte. Les médecins d'Evreux prenaient en moyenne 5.4 semaines de congés par an, plus souvent pendant les vacances scolaires, mais parfois en dehors, en fonction de l'âge des médecins et de la présence d'enfants. En comparaison, 52% des médecins des Pays de Loire déclaraient prendre plus de 6 semaines de congés par an, et ceux en cabinet de groupe prenaient plus de congés : ils prenaient en effet plus de 6 semaines de vacances dans 61% des cas, contre 35% pour les médecins exerçant seuls. (44)

Concernant la prise d'un remplaçant lors des congés annuels, 59 % des médecins en Pays de Loire déclaraient s'être faits remplacés durant leurs vacances, dont 36% sur toute la durée de leurs vacances. (44) La situation est bien différente sur Evreux : 63% des généralistes ne sont en effet jamais remplacés, et seulement 26% sont parfois remplacés. Lorsque l'on regarde l'Atlas de la démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins, la situation au 1er janvier 2013, on constate une

augmentation des effectifs de médecins remplaçants de 5.2% sur les 7 dernières années. (7) En Haute-Normandie, on observe une diminution majeure de 7.1 % du nombre de médecins remplaçants. (7) Il y a donc bien un problème d'attractivité des médecins remplaçants dans cette région, ce qui explique en partie les chiffres retrouvés à Evreux.

Néanmoins, nous avons pu constater parmi les médecins d'Evreux que si beaucoup déclaraient ne pas trouver de remplaçants, peu en cherchaient en réalité (via l'Ordre des Médecins et les sites de remplacement).

2. Les exercices particuliers

Lors de son baromètre de santé établi en 2009, l'INPES déclarait que 63 % des médecins généralistes pratiquaient un exercice particulier : 43% le faisaient de manière occasionnelle, 18.5% régulièrement, et 5.3% de manière systématique. (14) Il y a eu un développement important de ce type d'exercice, avec une augmentation de 15% entre 1992 et 2009. (14)

Parmi les médecins des Pays de Loire, ceux réalisant un exercice particulier représentaient 28%, dont 12% ayant complètement arrêté leur activité de médecine générale. (44) Dans notre étude, 50% des médecins généralistes d'Evreux pratiquaient un exercice particulier. Malheureusement, nous n'avons pas pu comptabiliser ceux qui avaient totalement arrêté la médecine générale.

Pour les médecins d'Evreux, les disciplines le plus souvent retrouvées étaient l'ostéopathie, la médecine du sport, la mésothérapie et la gynécologie. On constate une certaine différence par rapport aux chiffres de l'INPES, qui trouvaient que l'homéopathie était la discipline la plus pratiquée, et que la mésothérapie était peu représentée. Il n'était pas fait mention de l'ostéopathie et la médecine du sport.

A la différence de ces exercices particuliers, 49% des médecins ébroïcien participaient à un (ou des) réseau(x), tels que le diabète, l'obésité infantile, les troubles mnésiques ou le syndicat URPS. L'investissement dans ces réseaux était assez variable, allant d'une simple participation à la direction du réseau. En guise de comparaison, le baromètre des médecins de 2009 mentionnait une constante

augmentation de la participation des médecins à ces réseaux, avec 22.3% d'augmentation entre 1998 à 2009. (14) 38.9 % des médecins déclaraient y participer, avec une prépondérance pour les réseaux sur le diabète.

3. La permanence de soins

Le rapport de la DREES a également étudié l'organisation de la Permanence de Soins (PDS), découlant de la loi Hôpital de 2009. Celle-ci repose sur un caractère non obligatoire, et sur la base du volontariat des médecins. Dans ce rapport, 60% des médecins déclaraient y participer. (47) Les différences perçues dépendaient du milieu, rural ou urbain : un médecin sur 2 en zone urbaine, contre neuf médecins sur 10 en milieu rurale. (47) Des différences étaient par ailleurs constatées entre les régions : 44% des généralistes participaient à la PDS en PACA, contre 63% en Pays de Loire, et 62% en Bourgogne. (47) Ainsi, il est difficile d'interpréter les résultats obtenus sur notre territoire par rapport aux autres, tant ces chiffres sont « régions-dépendants ». Sur Evreux, 70 % des médecins participaient à la PDS, et 23 % étaient exempts d'y participer pour cause d'âge (> 55 ans) ou de santé.

Dans le rapport de la DREES, des différences semblaient aussi exister en fonction du sexe et de l'âge : 71 % des moins de 45 ans effectuaient des gardes, contre 53% des plus de 55 ans. (47) Nous n'avons pas étudié ces différents rapports, mais nous pouvons penser que des différences en fonction de l'âge seraient également présentes à Evreux, car les médecins les plus âgés étaient exempts de gardes. De plus, parmi les médecins ébroïciens disant effectuer des gardes, 15% faisaient réaliser leurs gardes par des remplaçants.

Enfin, d'autres médecins intervenaient dans la PDS : les médecins régulateurs pour Alaupe, qui constitue un système de régulation libérale en lien avec le SAMU. A Evreux, 15% des médecins participaient à cette régulation. Ce chiffre était très variable d'une région à l'autre, mais 6% des médecins en moyenne se disaient régulateurs.

Il aurait été intéressant de pouvoir calculer une moyenne horaire de ces activités de PDS et de régulation, afin de les comptabiliser dans le temps de travail des médecins d'Evreux, mais ceci n'a pas été prévu initialement. En effet, vu les chiffres établis par

la DREES, ces activités représentent une durée de travail non négligeable (10 heures par semaine pour la PDS, et 5 heures par semaine pour la régulation). (47)

4. La gestion du cabinet

De nombreuses études ont essayé de définir l'organisation du temps de travail des généralistes. Nous avons auparavant étudié les temps dédiés aux soins, au diagnostic, à la permanence de soins et aux gardes.

Néanmoins, le rapport de Le Fur (2009) évoquait également la partie administrative et la gestion du cabinet dans le quotidien du médecin généraliste. Ces activités représenteraient en effet entre 4.5 et 6.5 heures de travail hebdomadaires. (48) Ce rapport mettait en évidence deux types de tâches administratives : l'une en rapport avec le patient (remplissage de documents administratifs type dossier d'ALD, dossiers MDPH, certificats médicaux ou télétransmission) ; et l'autre en rapport avec le cabinet (secrétariat, comptabilité ou entretien des locaux). (48) En région PACA (en 2005), le temps passé à réaliser ces tâches administratives était estimé à 6 heures et demie par semaine. (47)

L'informatisation des médecins pourrait faciliter la réalisation de ces tâches et permettre ainsi un gain de temps. En 2007 par exemple, chez les médecins de Loire, 9 généralistes sur 10 utilisaient l'informatique dans leur pratique courante; 87% avaient une connexion internet ; 85% télétransmettaient leurs actes à l'assurance maladie ; 85% utilisaient un logiciel métier ; 62% effectuaient leur comptabilité via leur logiciel ; et 53% avaient une messagerie sécurisée pour envoyer et recevoir des données biologiques. (44)

Concernant les médecins d'Evreux, des chiffres similaires étaient retrouvés, car 85% d'entre eux étaient informatisés avec un logiciel métier. On observait une grande diversité de logiciels, les plus utilisés étant Hellodoc, Axi santé et Medi win. 25% des médecins d'Evreux étaient prêts à changer de logiciel afin d'en utiliser un plus performant. Il est à noter que 10% des répondants ne télétransmettaient pas à la Sécurité Sociale.

Un outil intéressant a été créé en 2007 par l'Assurance Maladie, à savoir « un compte professionnel personnel » disponible sur le site de l'Assurance Maladie, permettant la réalisation de différents éléments (arrêts de travail ou de protocoles de soins) « On line ». Ceci permet actuellement réduire le temps attribué aux tâches administratives.

Par ailleurs, de nombreux médecins généralistes passent un certain temps à effectuer des activités de secrétariat. En effet, selon les études des URML de Bretagne, Rhône Alpes et de la DREES de 2009, on constatait que 4 à 5 médecins sur 10 n'avaient pas de secrétaire, et consacraient donc en moyenne 1.5 heure par semaine aux activités de secrétariat. (47) Dans le rapport de la DREES, 44% des généralistes avaient une secrétaire. 76% des généralistes travaillant en groupe, et 63% de ceux réalisant plus de 4000 consultations par an, embauchaient plus souvent une secrétaire que ceux travaillant seuls (36%). (47) Ceci est lié au fait qu'une secrétaire à plein temps constitue une charge financière conséquente. Les jeunes médecins employaient plus fréquemment une secrétaire : 70 % pour les médecins de moins de 45 ans contre 53% pour les plus de 45 ans. (47)

Néanmoins, dans le domaine du secrétariat, plusieurs cas de figures existent : secrétaire présente au cabinet (80%), secrétariat téléphonique à distance ne gérant que la prise de rendez-vous (28%), ou les 2 (8%). (47) Quand une secrétaire est présente au cabinet, elle gère l'agenda, l'accueil des patients, l'archivage des dossiers, la gestion du courrier, le suivi du consommable et les commandes. Elle peut également être habilitée à joindre les professionnels de santé ou certains organismes, à la demande du médecin, ou à gérer la prise de rendez-vous des patients avec d'autres professionnels de santé. (47)

Sur Evreux, seulement 20 % des médecins avaient un secrétariat sur place, 50% avaient un secrétariat téléphonique à distance, et 30% n'en avaient pas du tout. Ces chiffres sont discordants de ceux établis par la DREES en 2012, et également de ceux figurants dans le rapport des médecins de Loire de 2007, où 66% des praticiens employaient une secrétaire au cabinet, et 6 % un secrétariat téléphonique à distance. (44) Les chiffres d'Evreux peuvent être expliqués par le fait que peu de médecins travaillent en groupe, et que l'âge moyen des médecins avance.

Enfin, les médecins passent un certain temps à réaliser leur comptabilité ainsi que des activités de ménage. En effet, selon l'IRDES, un quart d'heure par semaine serait

utilisé pour le ménage et l'entretien des locaux. (48) La DREES mentionne par ailleurs que 22% des médecins réalisent seuls leur comptabilité, et que 14 % d'entre eux réalisent l'entretien de leurs locaux. (47) Nous n'avons pas étudié le temps passé à réaliser ces activités dans notre enquête. Néanmoins, la DREES a montré que les médecins généralistes déclarant déléguer la gestion du secrétariat, de la comptabilité et de l'entretien, passaient 3.7 heures à réaliser ces tâches, contre 5 heures pour ceux qui ne les déléguaient pas. (47)

5. La formation médicale continue et l'enseignement

Depuis la loi de juillet 2009, le développement professionnel continu est devenu obligatoire. La participation au groupe de formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles est actuellement incontournable. Ce temps de formation peut être intégré dans le temps de travail global.

Dans le rapport de la DREES, les praticiens consacraient en moyenne 13 demi-journées par an à leur formation, allant au minimum d'une demi-journée par an (pour 10% d'entre eux) à 30 demi-journées par an (pour 10% d'entre eux). (47) Les praticiens consacraient 2 heures par semaine en moyenne à la lecture de journaux ou d'articles. (47) Sur Evreux, 50% des médecins participaient à un groupe de FMC, mais nous n'avons pas calculé le temps horaire passé dans ce groupe. 86% des généralistes d'Evreux ont des lectures professionnelles très variées. Les principaux supports utilisés sont internet, ou des revues de santé.

Par ailleurs, la plupart des médecins consacraient un certain temps à l'enseignement. Selon la DREES, parmi les médecins accueillant un étudiant, le temps consacré à ce stagiaire était en moyenne de 15 heures par semaine. (47) Le principal motif de refus des étudiants était d'ailleurs le caractère chronophage de l'enseignement. Sur Evreux, seuls 20% des praticiens ayant participé à l'étude avaient été « maîtres de stage ». Parmi eux, 37.5% avaient accueillis des externes, et les autres avaient accueillis des internes. Les médecins travaillant en groupe recevaient également plus facilement des étudiants. Cependant, ces chiffres sont très variables d'une région à l'autre.

D. Vécu et perceptions des médecins concernant leur profession

L'image et la fonction de médecin généraliste ont subies une modification majeure lors de « la réforme du médecin traitant et du parcours de soins » du 13 août 2004.

En effet, le médecin généraliste est dorénavant placé au centre du parcours de soins, comme « médecin référent », lui conférant de nouvelles tâches par rapport à celles préexistantes. (39) Comment ces modifications sont-elles ressenties par les médecins généralistes ?

L'étude de l'URML du Rhône Alpes, publiée dans un rapport de 2010, montrait que 47.4% des médecins de la région Rhône Alpes percevaient comme négative « la réforme du médecin traitant et du parcours de soins », contre seulement 30.6% des médecins la trouvant positive. (50)

Ce rapport indiquait en effet que depuis l'instauration de cette réforme, la majorité des médecins ressentaient une augmentation de leur charge de travail : 82.9% des médecins mentionnaient cette surcharge, perçue comme « nettement augmentée » par 49.6% d'entre eux, et « un peu augmentée » par 33.3% des médecins. (50) Seulement 2.6% des généralistes répondants percevaient une baisse de leur charge de travail depuis 2005. (50) Pour de nombreux médecins, dans cette étude, leur activité quotidienne était inchangée, à l'exception d'un : l'accroissement de la lourdeur administrative, évoquée par 88.5% des praticiens. (50)

La mise en place de « la réforme du médecin traitant et du parcours de soins » semble avoir entraîné de nombreuses difficultés chez les médecins : un surcroît de travail dans 92.8% des cas (pouvant mener à un épuisement professionnel), un encadrement administratif jugé trop lourd, une incompréhension des patients vis-à-vis de la notion de « parcours de soins ». (50) Notre étude mettait également en évidence ces constatations, formulées par des médecins souhaitant alléger la partie administrative de leur profession. Ainsi ce phénomène ne semble pas reposer sur la zone d'exercice médical, mais constitue une perception commune de l'ensemble des médecins généralistes. Une réflexion sur l'adaptation de cette réforme au quotidien ne pourrait-elle pas endiguer cette perception ?

Cependant, cette réforme a été perçue comme positive à d'autres niveaux : plusieurs médecins ont en effet mentionné une réduction des recours multiples pour un même problème de santé, une facilité d'orientation du patient, de meilleurs échanges avec les partenaires de santé, ainsi que la « place-pivot » attribuée au médecin traitant. (50) Dans notre étude, il était demandé aux praticiens leurs opinions sur les moyens d'améliorer les conditions d'exercice, et le même type de réponses ressortait. Le rapport de l'URML du Rhône Alpes de 2010 montrait que 73.7% des médecins souhaitaient obtenir une réduction des charges administratives, 41.4% désiraient recevoir une aide administrative, 37.9% souhaitaient que la formation médicale continue soit rémunérée, et 41.1% voulaient déléguer certaines tâches à des professions paramédicales. (50)

Comme nous l'explique le rapport établi par la DREES en 2010, cette notion de « charges administratives » (perçues comme des « paperasses ») peut avoir un sens plus profond. Il peut en effet représenter une insatisfaction plus générale vis-à-vis de l'organisation du système de santé et des conditions de travail. (51)

Le rapport de juin 2010 sur le vécu psychosocial des médecins de Pays de Loire explicitait leur manière de percevoir la profession médicale : la majorité d'entre eux exprimait l'envie d'aller travailler et étaient attachés à leur profession, même si plusieurs évoquaient une importante charge de travail, associée à une charge émotionnelle intense. (52) 55 % d'entre eux estimaient travailler « trop dur » et 46% affirmaient être épuisés en fin de journée. (52) Cet épuisement ne semblait pas lié au sexe, ni à l'âge du médecin, ou à l'organisation du cabinet. En revanche il était corrélé à la durée du travail (avec un épuisement nettement plus important chez ceux travaillant plus de 65 heures par semaine), aux relations difficiles avec les patients, ou aux difficultés à équilibrer vie professionnelle et vie privée. (52)

Dans l'étude de l'URML, les médecins émettaient des propositions pour améliorer leurs conditions de travail : supprimer le dispositif du médecin traitant comme médecin référent, obtenir un mode de rémunération adapté, alléger la charge administrative, ou faire des campagnes d'information auprès des patients. (53) De plus, ils souhaitaient obtenir une formation continue avec évaluation des pratiques, une amélioration des protocoles, et un système informatique permettant une meilleure traçabilité du

patient.(53) Enfin, ils émettaient le désir de pouvoir concilier plus facilement vies professionnelle et personnelle. (53)

Dans notre étude, les praticiens émettaient également des souhaits particuliers, touchant parfois plutôt le plan national que territorial.

E. Les solutions actuelles apportées

Notre population émettait des suggestions pour pouvoir améliorer leurs conditions de travail, mais aussi faciliter l'accès aux soins des patients. Dans le document de travail du 4 septembre 2008 (62), de nombreuses idées étaient reprises et confirmaient bien les attentes de nos médecins.

Il y avait une volonté de mutualiser les moyens techniques et humains, sortir les professionnels de santé de leur isolement afin de faciliter les concertations professionnelles, et organiser la continuité et la permanence des soins. (62)

Cette envie de modifier leur pratique et leur exercice se traduisait bien sur le terrain avec la création de deux pôles de santé.

Tout d'abord, le pôle de santé pluridisciplinaire d'Yvetot, qui devrait être créé en 2017, pourrait accueillir et regrouper jusqu'à cinquante professionnel de santé : médecins généralistes, infirmières, laboratoire de biologie, médecins spécialistes, paramédicaux, et aussi les consultants actuels de la clinique d'Yvetot dont les chirurgiens. (63) Ce pôle devrait être construit sur un des terrains appartenant à l'hôpital d'Yvetot. (63)

Le but était de permettre que ce pôle de santé devienne un véritable interlocuteur face aux autres structures ou partenaires tel que l'Assurance Maladie, l'hôpital, l'HAD, les réseaux de soins, etc... (62)

De même dans le secteur de Neufchâtel en Bray a été créé un pôle de santé pluridisciplinaire, implanté à proximité du centre hospitalier Fernand-Langlois. (64) Il regroupe sur une surface de 1493 m² à la fois 10 médecins généralistes, un cabinet d'infirmières, de dentistes, un centre de prélèvement et 2 bureaux dédiés à la formation et à la prévention, et surtout au comité local d'information et de coordination du Pays

de Bray. (64)(65) Actuellement, la communauté de commune du Pays Neufchâtelois est en cours de négociations pour racheter des bâtiments à l'hôpital et du terrain, afin d'agrandir la structure. (65) Il souhaite faire face à une demande d'activités supplémentaires : une diététicienne et une psychomotricienne à temps plein ; et réorganiser le parking et la circulation pour faciliter l'accès à la structure. (65)

La délégation de tâches administratives, une optimisation informatique, une facilité de transmission d'information (62) étaient des idées majeures. Des sociétés commençaient même à s'intéresser à ce secteur de la médecine. Des logiciels spécifiques pour pôle de santé ont fait leur apparition telle que mon logiciel médical (67). L'objectif était de créer une interface médicale et paramédicale commune, avec une gestion administrative des patients et une messagerie interne. (67)

L'envie de proposer de nouveaux services au patient ressortait avec la possibilité de faire de l'éducation thérapeutique, de faciliter les consultations avec des spécialistes ou des auxiliaires de santé. (62)

L'association ASALEE est un exemple de ce type de service. Il s'agit d'un protocole de coopération réalisé en Poitou Charentes à partir du 18 juin 2012, grâce à l'autorisation de l'HAS et de l'ARS. (68)

Il consiste à déléguer des activités, afin qu'elles soient réalisées par les infirmières, dans le cadre de deux dépistages : Troubles cognitifs et BPCO du patient tabagique, et de deux suivis de pathologies chroniques : diabète et risque cardio vasculaire. (68)

Pour le suivi du patient diabétique de type 2, il s'agit pour les infirmières de rédiger et signer les prescriptions types des examens, la prescription et la réalisation des ECG, et enfin la prescription, la réalisation et l'interprétation des examens des pieds. (68)

Pour les patients cardiovasculaires, elles prescrivent et réalisent les ECG. (68)

Les infirmières doivent prescrire, réaliser et interpréter les examens de spirométrie chez les patients BPCO et pour les personnes âgées des tests de repérage de troubles cognitifs. (68)

Outre ces activités dérogoires, les infirmières ont un rôle de repérage, d'alerte dans le système d'informations du cabinet et de tenue de leurs dossiers médicaux, ainsi que des consultations individuelles d'éducation thérapeutique. (68) Cela permet de créer

des statistiques en matière de surveillance des besoins de la population et de qualité des soins fournis. (62)

Enfin le pôle de santé devrait avoir une fonction de coordination avec certains programmes du projet local de santé. (62)

Concrètement ce contrat local de santé a été signé, par la ville d'Evreux, son agglomération et l'ARS, le 8 janvier 2014 pour une durée de trois ans. Il y a bien eu une prise de conscience des difficultés du territoire d'Evreux et ce contrat visait à réduire les inégalités de santé territoriales. (69)

Six priorités ont été choisies par ce contrat et ont été assorties d'un programme d'actions afin d'essayer de renforcer l'attractivité du territoire, de favoriser l'accès à la santé et surtout des plus vulnérables, des personnes handicapés, les personnes du 3e âge de favoriser la périnatalité, la petite enfance et les personnes en insertion professionnelles et sociales. (69)

Ce projet local de santé associé au diagnostic de territoire effectué constitue une base pour créer notre pôle de santé.

VII. Conclusion

Par la modification des contextes socio-économiques et démographiques, les médecins d'Evreux se retrouvent face à un défi : parvenir à répondre à la demande croissante des patients, et faciliter leur accès aux soins, tout en conservant une qualité de prise en charge optimale.

Chez les médecins généralistes d'Evreux en particulier, ces modifications ont eu des conséquences sur leur pratique quotidienne, engendrant des difficultés diverses.

Il est actuellement nécessaire que l'organisation des soins sur le territoire d'Evreux soit repensée, par les généralistes eux-mêmes, et par les autres professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux. De nouveaux modèles d'organisation existent, dont les « pôles de santé », faisant le lien entre les différents acteurs du système de soins, et apportant ainsi des réponses concrètes aux problèmes.

Le médecin généraliste étant « le pivot » du système de soins, c'est à lui d'être à l'origine de cette réorganisation.

Notre diagnostic de territoire constitue un socle pour envisager la création d'un pôle de santé et d'un véritable projet professionnel à Evreux. Il permet de savoir comment travaillent les médecins généralistes d'Evreux, et de connaître leurs attentes et leurs perspectives. Nous nous sommes rendus compte que les médecins étaient intéressés par le projet de « pôle de santé », permettant de mettre en commun leurs idées pour avancer.

Les instances locales ont aussi pris conscience de l'urgence de la situation sur le territoire d'Evreux, comme le confirme la signature du Projet local de santé. Mais différents modes organisationnels sont envisageables. Il peut être décidé de faire une ou plusieurs maisons pluridisciplinaires, d'avoir un ou des cabinets médicaux et paramédicaux satellites, d'être adossé à des établissements de soins : hôpital, EHPAD, etc... Il est nécessaire de discuter aussi le partage des ressources, que ce soit administratives, personnelles, locales, etc...

En tenant compte de nos résultats, quelle organisation professionnelle serait la plus adaptée à notre population ? Serait-il indispensable d'inclure les autres professionnels de santé dans le projet initial afin d'obtenir une réponse globale pour le territoire ?

VIII. Annexe :

Questionnaire réalisé auprès des médecins généralistes de la ville d'Evreux

1) Sexe : M F 2) Année de naissance : \ _____ \

3) Commune de résidence : _____

4) Commune d'exercice _____

5) Temps de trajet entre lieu de résidence et d'exercice : \ _____ \ mn

6) Année d'installation dans la commune : \ _____ \

7) Mode d'exercice : Libéral intégral
 Exercice mixte (% Salariat _____) Etablissements :

8) Type d'exercice : Seul
 En groupe (Nombre d'associés _____ collaborateurs _____)

9) Exercice particulier (acupuncture, médecine du sport etc.):

10) Actes techniques réalisés :

	Oui	Non	J'aimerais
Bilan auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extraction de corps étranger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispositif Intra utérin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epreuves Fonctionnelles Respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frottis Cervico Vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implant Contraceptif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infiltration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strapping de varice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres

Organisation du travail

11) ½ journée de travail par semaine (cocher les cases)

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
Au cabinet (C+V)	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
Autre activité	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM

12) Votre temps de travail vous convient-il ? Non Oui :

A) Désirez-vous modifier ou adapter votre temps de travail ?

13) Nombre de jours de congés par an : _____ Hors vacances scolaires
 Durant les vacances scolaires

14) Désirez-vous plus de jours de congés : Non Oui

15) Visites à domicile : Non Oui

16) Prise de nouveaux patients Non Oui

B) Avez-vous des remarques à faire (par rapport à la prise de nouveaux patients) ?

17) Modalité de gestion des patients non programmés : (créneau libre, créneau d'urgence, surbooking)

18) Cela vous convient-il ? Non Oui

C) Remarques :

19) Participation à la PDS : Oui en Effection Régulation
Non car Exemption Non volontaire

20) Prise d'un Remplaçant :

Pour les gardes Jamais Parfois Souvent Toujours
Pour les congés Jamais Parfois Souvent Toujours
Jour fixe Jamais Parfois Souvent Toujours

Combien de ½ journées par semaine : ____\

21) Trouvez-vous facilement un remplaçant ? Non Oui

22) Avez-vous un secrétariat ? Non : J'aimerais

Oui : A distance sur place

Informatisation

23) Logiciel métier : Non Seriez-vous prêt à vous informatiser ? Non Oui

Oui (Fournisseur : _____)

24) Si oui, en êtes-vous satisfaits ? Non Oui

25) Seriez-vous prêts à changer ? Non Oui

D) Que pensez-vous du partage du dossier patient avec les autres médecins ?

26) Télétransmission : Non Oui

27) Messagerie cryptée : Non Oui (Fournisseur : _____)

Formation et encadrement

28) Participation à un groupe de FMC Oui

Non J'aimerais :

Si oui lequel : _____

29) Participation à un groupe d'échange de pratiques : Oui

Non J'aimerais :

Si oui lequel : _____

30) Maître de stage : Non Oui (Externe interne premier niveau SASPAS)

J'aimerais :

31) Participation à des Associations / réseaux :

Non Oui Domaine de la santé (spécifier) :
)

Hors domaine de la santé
(spécifier)

32) Perspectives :

Envisagez-vous une modification de votre exercice (mode d'exercice, temps de travail, regroupement, formation, départ etc.) et sous quel délai ?

33) Année envisagée de cessation d'activité : \ _____ \

34) Votre opinion nous intéresse :

	Non	Plutôt Non	Plutôt Oui	Oui	Sans opinion
Vous êtes satisfait de vos conditions d'exercice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes satisfait de l'organisation de la permanence des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes satisfait de l'accès aux soins de vos patients (médecin généraliste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes satisfait de l'accès aux soins de vos patients (autres correspondants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous êtes satisfait de vos relations avec les autres professionnels					
- Confrères généralistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres spécialités médicales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Plateaux techniques (radio, laboratoires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Infirmiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pharmaciens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kinésithérapeutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Services sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Etablissements hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E) Remarques sur les relations interdisciplinaires :

35) Aimeriez-vous déléguer certaines tâches ?

Conclusion :

Si un pôle de santé était créé sur Evreux, y participeriez-vous ? Oui : non :

Cela vous intéresse-t-il ? Oui : non :

IX. Bibliographie

- 1) Territoire d'Evreux et du GEA, données de cadrage. Centre d'action communale sociale, Observatoire social local. 5 septembre 2013. Disponible sur :
<https://docs.google.com/file/d/0Bz5rLHP1dde2eUJQdTlrWkpsNEE/edit?usp=sharing>
- 2) Delamare J, Gitton F, Villet H, Yon A et al. Les territoires de santé en Haute-Normandie - Situation socio-sanitaire actuelle et perspectives démographiques. INSEE. Disponible sur :
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=18409
- 3) Population et évolution démographique dans l'Eure – Atlas départemental - Connaissance des territoires - Aménagement du territoire, construction, logement - Politiques publiques - Les services de l'Etat dans l'Eure. Avril 2013. Disponible sur :
<http://www.eure.gouv.fr/Politiques-publiques/Amenagement-du-territoire-construction-logement/Connaissance-des-territoires/Atlas-departemental/Population-et-evolution-demographique>
- 4) Benoit A, Lafarge A, Soucaille L. Données statistiques générales sur la Haute Normandie, démographie, santé, emploi et situation économique. CESER. 1er édition 2010
- 5) Programmes professions de santé de Haute Normandie 2012-2017. ARS de Haute Normandie. 2012
- 6) Evreux- Eure - Informations générales sur la ville d'Evreux. (Consulté le 21/04/2015)
Disponible sur
<http://www.toutes-les-villes.com/27/evreux.html>
- 7) Legmann M, Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Situation au 1er janvier 2013
- 8) CartoSantéPro2013.ARS. (Consulté le 21/04/2014) Disponible sur
<http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/C-rtoSante.97284.0.html>
- 9) Contrat local de santé, Evreux et intercommunalité 2014-2016. ARS et ville d'Evreux. 2014
- 10) La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES. Février 2009
- 11) Riahi M, Tribune Parlementaire. Comment les jeunes médecins généralistes voient leur activité ?
- 12) Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1 er janvier 2011. ISNAR IMG

- 13) Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins : genre, carrière et gestion des temps sociaux, Le cas de médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le conseil national de l'Ordre des médecins. Janvier 2006
- 14) Gautier A, Balcou-Debussche M, Baudier F, Beck F et al. Baromètre Santé des médecins généralistes. INPES. 2009
- 15) Dumesnil H, Salibaserra B, Régi JC, et al. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Santé publique. 2009 volume 21; 335-364
- 16) Territoire d'Evreux et du GEA, données de cadrage. Centre communale d'action sociale, observatoire social local. 5 septembre 2013
- 17) Qu'est-ce qu'une maison de santé et un pôle de santé ? Fédération française des maisons et pôle de santé. (Consulté le 21/04/2015) Disponible sur
<http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>
- 18) Maisons et pôles de santé pluri professionnels. ARS Rhône Alpes. (Consulté de 21/05.2015) Disponible sur
<http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Maisons-et-Poles-de-sante-plur.123844.0.html>
- 19) Chevaillier G, Démographie médicale : les maisons de santé pluridisciplinaires, service de documentation. EHESP. 15 mars 2012
- 20) Juilhard JM, Crochemore B, Touba A, Vallancien G et al. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. 1er octobre 2009
- 21) Maisons ou pôles de santé, conseils méthodologiques. URPS Rhône alpes. 4 mars 2013. Disponible sur
<http://www.urps-med-ra.fr/srt/urpsmedra/edito?location.id:=1606>
- 22) Pôles de santé libéraux pluridisciplinaires, document de travail. URML de Bretagne. janvier 2009
- 23) La SISA, une nouvelle structure pour les maisons de santé. (Consulté le 21/04/2015) Disponible sur
<http://www.cmvmediforce.fr/les-dossiers-cmv-mediforce/dossiers-par-themes/developpement-de-votre-activite/la-sisa-une-nouvelle-structure-pour-les-maisons-de-sante/>
- 24) Maisons ou pôles de santé. Quel statut juridique ? Statut juridique SISA. URPS médecins du Rhône Alpes. 30 mai 2014
- 25) Nouveaux modes de rémunération. ARS du Poitou Charentes. 2014
- 26) Contrat Local de Santé, ville d'Evreux et agglomération, présentation de la démarche et éléments de diagnostic complémentaire. ARS Haute Normandie. Janvier 2014.

- 27) E. Chaudieu, Mettre en place un contrat local de santé, Le courrier des maires et des élus locaux de juin 2012. 17 janvier 2013.
- 28) Diagnostic local partagé de santé, synthèse. Réseau local de la promotion de la santé du pays d'Avre, d'Eure et d'Iton. (Consulté le 05/01/2014). Disponible sur
<http://resodochn.typepad.fr/files/t%C3%A9l%C3%A9charger-la-synthese-du-diagnostic-local-partage-de-sante.pdf>
- 29) Pôle de santé de l'Envigne. (Consulté le 10/03/2014). Disponible sur
<https://pole-sante-envigne.esante-poitou-charentes.fr/>
- 30) Carl Trinh C. Les maisons et pôles de santé. Atelier Santé Ville de Rosny Sous-Bois.
- 31) Fretilière E. Les pôles de santé libéraux. Conseil régional de l'Ordre des médecins d'Aquitaine. 23 janvier 2010
- 32) Fauvet L. Etudes et résultats : Les médecins au 1er janvier 2012. DREES. N°796 mars 2012
- 33) Chasles V, Denoyel A, Vincent C. La démographie Médicale en France, le risque des déserts médicaux : L'exemple de la montagne Ardéchoise. 26 mars 2013
- 34) Delattre E, Samson A L. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Economie et statistique. 2012; N° 455-456
- 35) Dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA), cahier des charges région Haute Normandie, département de l'Eure. ARS. 30 janvier 2012
- 36) Le débat sur la liberté d'installation des médecins relancé. 20 minutes. 30 mai 2012. Disponible sur
<http://www.20minutes.fr/article/943733/debat-liberte-installation-medecins-relance>
- 37) Un rapport du sénat remet en cause la liberté d'installation des médecins. Le Monde. 7 février 2013.
http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/02/07/un-rapport-du-senat-met-en-cause-la-liberte-d-installation-des-medecins_1828728_1651302.html
- 38) Barnay T, Hartmann L, Ulmann P. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France. Cairn info. 2007
- 39) Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, rapport publique annuel. Cours des comptes. février 2013
- 40) Couffinhal A, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001. Décembre 2002

- 41) Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahma A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. IRDES. Rapport N°534; Juin 2006
- 42) Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux synthèse de la littérature. Observatoire régional de la santé Aquitaine. Décembre 2011
- 43) Etude des mutations de la médecine générale : Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. URML Rhône Alpes. février 2005
- 44) Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire. ORS et URML Pays de Loire. 2007
- 45) Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES. Questions d'économie de la santé. Septembre 2010
- 46) Trois études sur la féminisation de la profession médicale. URML Rhône Alpes. Janvier 2005
- 47) Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES, ORS, URPS. N°797; Mars 2012
- 48) Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes : Une synthèse des données disponibles. IRDES. Questions d'économie de la santé. N° 144; Juillet 2009
- 49) L'emploi du temps des médecins libéraux : Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. DREES. N°17; 2010
- 50) Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. URML Rhône Alpes. Rapport N° 661; Septembre 2010
- 51) Micheau J, Molière E, Sens P. L'emploi du temps des médecins libéraux Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. DREES. N°15; 2010
- 52) Bournot M, Goupil M, Leclère B, et al. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de Loire en 2008. Juin 2010
- 53) Bez N, Caron J, Causse J, et al. Enquête de perception sur le rôle du médecin traitant et étude d'observation sur les diverses activités des médecins généralistes. URML Rhône Alpes. Rapport n°661; Septembre 2010
- 54) Hermanges M, Ambroise thomas P, Couturier d, et al. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Académie nationale de médecins. Mars 2008
- 55) Otton B. Etude des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire de santé. La médecine générale dans le Roannais : Etats des lieux et perspectives. Avril 2011
- 56) Martin A, Trombert-Paviot b. Comment les généralistes jugent-ils leur vie quotidienne, privée et professionnelle ? Vie professionnelle, recherche en soins primaires. février 2008

57) Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de Loire. ORS Pays de Loire, URML pays de Loire. Juin 2010

58) Contrat local de santé. ARS, ville d'Evreux et son agglomération. (Consulté le 12/02/2015). Disponible sur

<https://docs.google.com/file/d/0Bz5rLHP1dde2RFZ6c211Tjk5c0E/edit?usp=sharing>

59) Le projet régional de santé de Seine Maritime et Eure 2012-2017. ARS Haute Normandie. (Consulté le 21/04/2015). Disponible sur

http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/PRS/definitif/PRS_2012-2017_site_internet.pdf

60) Conférence de territoire d'Evreux-Vernon, évolution de la permanence de soins ambulatoires, Critères à considérer. ARS. 8 juin 2011

61) Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine Générale en crise : faits et questions. 223-228; Mai 2006

62) Santé et territoire : proposition d'une nouvelle organisation de santé de proximité. Partenariat entre les unions régionales des médecins libéraux Basse Normandie, Bretagne, Pays de Loire, 4 septembre 2008

63) Un pôle de santé devrait voir le jour en 2017 à Yvetot. Paris Normandie. 2 novembre 2014. (Consulté le 21/04/2014) Disponible sur

http://www.paris-normandie.fr/detail_article/articles/1786421/un-pole-sante-a-13-m#.VTZG85PZfX4

64) Un pôle de santé unique. Paris Normandie. 13 décembre 2010. (Consulté le 21/04/2015) Disponible sur

http://www.paris-normandie.fr/detail_article/articles/PN-405533/un-pole-de-sante-unique-405533#.VTZGupPZfX4

65) Pour lutter contre la désertification médicale, le « 276 » finance une Maison de Santé Pluridisciplinaire à Neufchâtel-en-Bray. Région Haute Normandie. 6 juillet 2012. Disponible sur

<http://www.hautenormandie.fr/LA-REGION/Communiqués-de-presse/Pour-lutter-contre-la-desertification-medicale-le-276-finance-une-Maison-de-Sante-Pluridisciplinaire-a-Neufchatel-en-Bray>

66) Neufchâtel-en-Bray : la Maison de santé prépare son extension. Paris Normandie. 19 décembre 2014. Disponible sur :

http://www.paris-normandie.fr/detail_article/articles/2146584/neufchatel-en-bray--la-maison-de-sante-prepare-son-extension#.VTdcPbuJjX5

67) Solutions web pour maisons et pôles de santé pluridisciplinaires. Mon logiciel médical. Cegedim. (Consulté le 21/04/2015) Disponible sur

<http://clm.monlogicielmedical.com/les--du-logiciel.html>

68) Le protocole de coopération ASALEE. ARS. (Consulté le 21/04/2015). Disponible sur

<http://www.ars.sante.fr/Le-protocole-de-cooperation-A.154441.0.html>

69) Un contrat local de santé. Grand Evreux Agglomération. 23 janvier 2014. Disponible sur :

<http://le-gea.fr/actualites/un-contrat-local-sante-18013>

Résumé

Introduction :

La ville d'Evreux, comme de plus en plus de territoires, est touchée par la difficulté d'accès aux soins des patients et la complexification du travail des médecins. Il devient nécessaire de repenser l'organisation de l'offre de soins primaires. La création d'un pôle de santé pluridisciplinaire pourrait être une solution. L'objectif principal de cette étude était de réaliser un diagnostic de territoire. Il s'agissait de connaître de quelle manière les médecins généralistes d'Evreux pratiquaient leur exercice, ainsi que leur perception de leurs conditions de travail.

Matériels et Méthodes :

Un questionnaire standardisé a été réalisé puis soumis à l'ensemble des médecins généralistes inclus dans le territoire de permanence de soins de la ville d'Evreux. Une analyse statistique des données, essentiellement quantitatives, a ensuite été effectuée à l'aide du logiciel Excel.

Résultats :

Trente-neuf médecins généralistes ébroïciens ont répondu à notre questionnaire. Les caractéristiques démographiques de notre population retrouvaient un vieillissement des médecins, dont la moyenne d'âge était de 55,9 ans. L'extrapolation de ces chiffres en 2023 montrait que 50% de ces médecins seraient alors en retraite, sans successeur. Seulement 40% des médecins étaient satisfaits de leurs conditions de travail, et 62% d'entre eux étaient prêts à participer à un pôle de santé.

Discussion :

Ces chiffres confirment les mutations démographiques actuelles, ainsi que les nouvelles aspirations professionnelles des médecins quant à leur pratique quotidienne. Par ailleurs, on constate depuis plusieurs années une augmentation des charges administratives liées à l'activité des cabinets, qui associées au surcroît de travail quotidien, aboutit à un épuisement des médecins généralistes.

Conclusion :

Le médecin généraliste étant le « pivot » du système de soins, il est nécessaire qu'il soit à l'origine de la création de nouvelles perspectives d'organisation professionnelle.