



HAL
open science

Les motivations des médecins généralistes en centres de santé : enquête par entretiens auprès de médecins des centres de santé de Bretagne et Pays de la Loire

Élise Ridard

► **To cite this version:**

Élise Ridard. Les motivations des médecins généralistes en centres de santé : enquête par entretiens auprès de médecins des centres de santé de Bretagne et Pays de la Loire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01755826

HAL Id: dumas-01755826

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01755826v1>

Submitted on 6 Jun 2018

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.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Elise Ridard

Née le 15/07/1987 à Rennes

**Les motivations des
médecins
généralistes en
centres de santé.**

**Enquête par
entretiens auprès de
médecins des centres
de santé de Bretagne
et Pays de la Loire.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 18 octobre 2016**

devant le jury composé de :

Pr Éric BELLISSANT
PU-PH, CHU de Rennes, *Président*

Pr Dominique SOMME
PU-PH, CHU de Rennes, *Juge*

Dr Emmanuel ALLORY
MCA, DMG de Rennes, *Juge*

Pr François-Xavier SCHWEYER
Professeur, EHESP, *Juge*

Dr Barbara DAUBIAS
Médecin généraliste, Saint Erblon, *directrice de
thèse*

TABLE DES MATIÈRES

<u>PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS</u>	3
<u>MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS</u>	10
<u>REMERCIEMENTS</u>	13
<u>RÉSUMÉ</u>	15
<u>ABSTRACT</u>	16
<u>MOTS-CLÉ, ABRÉVIATIONS</u>	17
<u>INTRODUCTION</u>	18
<u>MÉTHODE</u>	19
<u>RÉSULTATS</u>	22
MOTIVATIONS INITIALES, PARCOURS	22
PRÉSERVATION DE LA QUALITÉ DE VIE	23
UN SERVICE DE QUALITÉ RENDU À LA POPULATION	25
LIMITES, RÉSERVES	26
AVENIR DES CDS	28
<u>DISCUSSION</u>	29
MOTIVATIONS EXTERNES OU ENGAGEMENT INTÉRESSÉ	29
MOTIVATIONS INTERNES OU ENGAGEMENT ÉTHIQUE	29
LES CDS : UNE SOLUTION À LA « DÉSERTEIFICATION MÉDICALE », MAIS AVEC DES LIMITES	30
AILLEURS DANS LE MONDE	31
VALIDITÉ DE L'ÉTUDE	32
<u>CONCLUSION</u>	33
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	35
<u>TABLEAUX ET FIGURES</u>	37
FIGURE N°1 : FLOW CHART	37
TABLEAU N°1 : CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET DURÉE DES ENTRETIENS	38
<u>ANNEXES</u>	39
GUIDE D'ENTRETIEN	39
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	40

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM Prénom	Sous-section de CNU
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Éric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
BELLOU Abdelouahab	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités en surnombre	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CHALES Gérard Professeur des Universités émérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités émérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques Professeur des Universités associé	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DELAVAL Philippe	Pneumologie; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénéréologie

ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités émérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion

HUGÉ Sandrine Professeur des Universités associé	Médecine générale
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités en surnombre	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Maryannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEGUERRIER Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MALLEDANT Yannick	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MORTEMOSQUE Bruno	Ophtalmologie
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOULINOUX Jacques	Biologie cellulaire
MOURIAUX Frédéric	Ophtalmologie
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
POULAIN Patrice	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique

RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERGER Christian Professeur des Universités émérite	Médecine et santé au travail
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Éric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Éric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM Prénom	Sous-section de CNU
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence	Hématologie; transfusion
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELIN Julien	Cancérologie; radiothérapie
GALLAND Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
HAEGELEN Claire	Anatomie
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE RUMEUR Elisabeth	Physiologie
MAHÉ Guillaume	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
MARTINS Raphaël	Cardiologie
MASSART Catherine	Biochimie et biologie moléculaire
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MENER Eric	Médecine générale
MILON Joëlle	Anatomie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
MYHIE Didier	Médecine générale
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion

RENAUT Pierrick	Médecine générale
RIOU Françoise	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
ROPARS Mickaël	Anatomie
SAULEAU Paul	Physiologie
TADIÉ Jean-Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TATTEVIN-FABLET Françoise	Médecine générale
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
VINCENT Pascal	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Remerciements

À Monsieur le Professeur Éric BELLISSANT, Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Dominique SOMME, Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je ne peux assez vous remercier de votre aide méthodologique et de votre relecture. Veuillez croire en l'expression de mes sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY, Merci d'avoir accepté de juger mon travail, merci de votre disponibilité en amont également, de vos conseils avisés.

À Monsieur le Professeur François-Xavier SCHWEYER, Merci d'avoir accepté de juger mon travail, merci d'avoir apporté votre regard d'expert dans un domaine qui m'était jusque-là étranger, que j'espère mieux connaître à l'issue de cette année de master Pilotage des Politiques et Actions de Santé Publique.

À Madame la Docteur Barbara DAUBIAS, surtout de l'avoir initiée, car sans ta confiance dès le départ je n'aurais jamais pu développer mon sujet. Merci pour ton suivi attentionné et minutieux. Et merci enfin de tout ce que tu m'as apporté sur l'exercice de la médecine générale, qui me donne envie de pratiquer ce métier tel que tu le fais.

Aux médecins, élus, personnels de l'ARS qui ont accepté de m'accorder un entretien, merci pour le temps que vous m'avez accordé. Rien n'aurait été possible sans vous.

Aux médecins rencontrés au cours de mes études et par la suite, merci pour tout ce que vous m'avez apporté, merci de m'avoir confortée dans mes choix.

À Antoine, merci pour ta présence toujours, pour cette année enrichie par notre mariage, merci pour ton aide très concrète, et surtout ton profond soutien dans la réalisation de cette thèse, mais aussi dans la poursuite de mes études par ce master. Merci d'être là à mes côtés, toujours.

À mes parents, merci pour votre amour et votre soutien indéfectible. Merci d'avoir toujours cru en moi, et de m'encourager toujours à poursuivre ces « longues études » que je souhaitais apparemment petite si ardemment.

À Basile et à Kristina, merci pour votre présence, les liens forts qui nous unissent, cette année et toujours, merci pour ton compagnonnage de thésard frangin, ta relecture anglophone Kristina.

A Mamé, merci pour tout l'amour que tu nous donnes, à tous.

À Marie-Pierre et Jean-François, à Mélanie et Sylvain, à Célestin et Rosa, à Basile, merci pour votre accueil, votre générosité, votre amour, et pour tous nos riches échanges d'hier et de demain.

À mes amis, Alexis, Anne-so, Audrey, Béné, Bertille, Charlène, Chloé, Christophe, David, Douha, François L., François P., Greg, Héliéna, Kénan, Marie, Mag, Nadège, Noémie, Nolwenn P., Nolwenn R., Pauline, Ronan, Soazig, Yann J., Yann L., à tous ceux que j'aurais oubliés. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble, pour ceux à venir, et merci de votre soutien amical essentiel.

Résumé

Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens auprès de médecins des centres de santé de Bretagne et Pays de la Loire.

Contexte : Les centres de santé (CDS) sont des structures de soins ambulatoires, mono- ou pluridisciplinaires, dont le personnel est salarié. Ils ont une vocation d'accessibilité sociale et financière. Depuis quelques années, de nouveaux CDS sont créés afin d'attirer des médecins généralistes au sein d'un territoire.

Objectif : Pour que ces CDS puissent être une réponse à la désertification médicale, il faudrait connaître les motivations des médecins qui y travaillent, afin de déterminer s'il est possible d'amplifier ce phénomène. L'étude réalisée cherche à préciser les raisons qui orientent les médecins vers ce choix d'exercice et leurs motivations.

Méthodologie : Une étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs, menés auprès de médecins généralistes exerçant dans des CDS des régions Bretagne et Pays de la Loire, a été réalisée.

Résultats : Douze médecins généralistes ont été inclus. Les motivations principales sont des motivations externes, principalement le salariat et ses avantages, les conditions de travail intéressantes. Les échanges professionnels, souvent informels, sont également valorisés. Des motivations internes, bien qu'apparaissant au second plan dans les entretiens, sont présentes. La plupart des médecins mettent en avant le service rendu à la population. Ils apprécient l'accessibilité sociale et financière des CDS, et ont le sentiment de pouvoir y exercer une médecine de qualité.

Conclusion : Afin de diffuser le modèle des CDS, d'y recruter des médecins, mais aussi de les fidéliser, les gestionnaires ont plusieurs pistes d'action. En plus de proposer des conditions de travail attrayantes, ils pourraient développer le volet actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé, qui fait partie du cadre législatif des CDS. Ils devraient aussi améliorer leur communication pour faire connaître les CDS auprès des internes et des médecins.

Abstract

Motivation of General Practitioners (GPs) working in healthcare centers. Study based on interviews with GPs in healthcare centers of Brittany and Pays de la Loire.

Introduction : Healthcare centers (CDS) are ambulatory care services, mono- or multidisciplinary, where the staff is employed. They aim to offer patients good social and financial accessibility. Since few years, new health centers have been created seeking to attract general practitioners (GP) to specific territories.

Objective : In order to amplify the phenomena of CDS, which eventually propose a solution to the medical desertification, it would be useful to know the incentives of these GPs. The study seeks to clarify reasons that guide the GPs towards this choice to practice in CDS and their motivation.

Method : The qualitative study is based on interviews with GPs practicing in health centers of Brittany and Pays de la Loire regions.

Results : Twelve GPs were interviewed. The principal incentives are external, mostly the salary and benefits, good working conditions. The professional exchanges - which are often informal - are also valued. However, internal motivations are present as well, though often pushed into the margins of the interviews. Most of doctors highlight that at the CSDs good services are provided to the population. They like CDSs' social and financial accessibility and have the feeling of practicing a high-quality medicine.

Conclusion : In order to promote the CDS, to recruit physicians but also to retain them, administrators have several courses of action. In addition to providing good working conditions, they could further develop public health policies' side, prevention and health education, which is already included in the legislative framework of the CDS. They CDS administrators should also improve their communication to raise awareness about CDS among medical interns and doctors.

Mots-clé, abréviations

Mots-clé

- Médecin généraliste
- Centre de santé
- Motivations professionnelles

Keywords

- General practitioner, family doctor
- Health center
- Professional incentives, professional motivations, job motivations

Abréviations

- **CDS** : Centre De Santé
- **EFS** : Etablissement Français du Sang
- **FNCS** : Fédération Nationale des Centres de Santé
- **MSP** : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- **PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- **USMCS** : Union Syndicale des Médecins en Centres de Santé

Abbreviations

- **GP** : General Practitioner

Introduction

Les centres de santé (CDS) en France, héritiers des dispensaires du début du 20^e siècle, se sont depuis écartés de ce modèle, tout en conservant un souci de réduction des inégalités d'accès aux soins (1). Les CDS sont, par définition légale, des structures de soins ambulatoires sans hébergement, qui participent à des actions de santé publique, de prévention, et d'éducation pour la santé (2). Les organismes gestionnaires sont des associations, des mutuelles ou d'autres structures (caisses de sécurité sociale, établissements de santé, collectivités territoriales, autres organismes à but non lucratif). Leur activité de soins est variable : CDS médicaux, infirmiers, dentaires, ou polyvalents. Au sein de l'offre ambulatoire, les CDS se distinguent par le mode de rémunération salarié de ses professionnels, la pratique systématique du tiers-payant et l'application des tarifs opposables (3). Leur recensement n'est pas aisé ; un des derniers, en 2014, fait état de 127 CDS médicaux et 439 polyvalents, répartis très inégalement sur le territoire (4). Suivant une logique de facilitation de l'accès aux soins, des CDS ont vu le jour ces dernières années. Depuis 2011, en Région Pays de la Loire, six CDS ont été ouverts, cinq sont en projet, et en Région Bretagne trois CDS ont été ouverts, deux sont en projet.

La création de ces CDS, dans des territoires à faible démographie médicale, a vocation à y attirer des médecins. Elle s'appuie sur la tendance actuelle de diversification des modes de rémunération des médecins généralistes (5)(6)(7). Celle-ci semble correspondre aux attentes des jeunes médecins généralistes et internes de médecine générale, qui se tournent de plus en plus vers un mode d'exercice salarié ou mixte (8)(9).

Par le biais de l'ouverture de ces CDS, ces territoires, boudés par les médecins ces dernières années, semblent réussir à recruter.

Pour que les CDS puissent être une réponse à la désertification médicale, il faudrait connaître les motivations de ces médecins afin de déterminer s'il est possible d'amplifier ce phénomène. L'étude réalisée cherche à préciser les raisons qui orientent les médecins vers ce choix d'exercice et leurs motivations

Méthode

Une étude qualitative par entretiens individuels menés auprès de médecins généralistes exerçant dans des CDS des régions Bretagne et Pays de la Loire a été réalisée.

Les CDS se sont construits autour d'une identité commune, dont les lignes de force sont l'accessibilité, la pratique du tiers-payant et des tarifs conventionnés, la prévention, le travail en équipe, ainsi que le salariat (10). Cependant ils sont très hétérogènes, par leur organisme gestionnaire et leur taille, mais également par leur domaine d'activité. Les CDS médicaux emploient uniquement des médecins (la plupart du temps généralistes) et du personnel administratif. Les CDS polyvalents ont toujours une activité médicale. Celle-ci doit être associée à une activité médicale (dentaire, sage-femme...) et/ou à une activité paramédicale (11). La plupart sont ouverts à tous, et offrent des soins de premier recours. Certains sont des structures vouées à des publics particuliers, avec une activité majeure de prévention : certains centres de protection maternelle et infantile (PMI), des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé. Enfin, d'autres structures, peu nombreuses, peuvent parfois être classées comme CDS malgré une activité très spécifique : centre de dialyse, Etablissement français du sang (EFS). Leur dénombrement est complexe et encore imprécis. Afin d'obtenir une liste la plus exhaustive possible des CDS, les informations fournies par la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) ont été combinées à celles fournies par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire, et complétées par des recherches sur Internet.

Dans l'étude ont été inclus des CDS employant des médecins généralistes, qu'ils soient uniquement médicaux ou polyvalents, quel que soit leur organisme gestionnaire. L'étude avait pour but d'inclure des médecins dont l'activité était comparable à celle des médecins exerçant en cabinet, cabinet de groupe ou maison de santé. Ont été exclus les CDS dont l'activité de soins ne comportait pas de médecine curative. Les CDS tournés vers une activité spécialisée (centres de dialyse, EFS, centre de PMI) ont également été exclus. Ces critères d'exclusion permettaient d'écartier de la population étudiée des médecins généralistes dont la motivation principale était un rejet de la médecine générale dans son champ habituel d'exercice, et ce quelle que soit la structure d'exercice.

Un premier entretien exploratoire avec les trois médecins généralistes de la Ferté-Bernard a permis d'approcher le sujet et d'élaborer la problématique de l'étude. Une recherche bibliographique, a facilité l'appréhension des CDS, leur histoire, leur diversité, leur évolution ainsi que la tendance à la diversification des modes de rémunération des médecins généralistes, dans le contexte actuel de désertification médicale (12)(13)(14).

L'Agence régionale de santé des Pays de la Loire (direction de l'accès aux soins de proximité), acteur principal de l'organisation territoriale des soins, a été rencontrée afin d'appréhender sa vision des CDS et des médecins y exerçant. Le développement des CDS y est envisagé plutôt comme une solution de dernier recours, il est supplanté par celui des maisons de santé pluri professionnelles, qui répondraient mieux aux attentes des médecins libéraux et de leurs représentants.

Un entretien a été réalisé auprès de Daniel Coutant, médecin co-fondateur du CDS de Saint Nazaire, en 1988, pour comprendre les moteurs et freins au développement de cette expérimentation et connaître sa vision actuelle. Le travail en équipe pluri-professionnelle est pour lui l'enjeu actuel du dynamisme de la médecine générale ambulatoire, que cela passe par les CDS ou les MSP.

Un entretien a été réalisé auprès du président de la structure représentative des médecins en CDS (l'Union Nationale des Médecins en Centre de Santé), Éric May, afin d'étayer les hypothèses de motivations. Pour lui, ce sont les conditions de travail qui attirent les médecins, dont certains deviennent ensuite des médecins « engagés ».

Enfin, un entretien a été réalisé avec Richard Lopez, le président d'une structure représentative des CDS (la Fédération Nationale des Centres de Santé), pour appréhender le développement actuel des CDS. Cette rencontre a permis de compléter le recensement des CDS sur les territoires concernés par l'étude. Les CDS sont, selon lui, une réponse permettant de créer un véritable maillage territorial des soins ambulatoires de premier recours.

Une rencontre avec Pr François-Xavier Schweyer, sociologue expert de la transformation des professions, en particulier de santé, a permis d'enrichir le guide d'entretien en insistant sur le parcours biographique, les origines sociales et familiales de ces professionnels.

Le projet de guide d'entretien a par ailleurs été présenté au Pr Dominique Somme, ce qui a notamment permis d'affiner les hypothèses, à partir d'une distinction des motivations : internes et externes. Cette distinction a été formulé également par Pr Schweyer, tant lors de l'entretien que dans ses travaux, il décrit les motivations de professionnels de santé constituées en deux pôles, l'engagement éthique, et l'engagement intéressé, finalisé (15).

Le guide d'entretien a été testé au préalable auprès d'un praticien hospitalier, dont les conseils ont permis d'ouvrir l'entretien sur le regard de ces médecins sur la médecine libérale.

Les entretiens semi-directifs ont semblé les plus pertinents dans le cadre d'une étude sur des motivations. Les entretiens individuels étaient plus facilement réalisables devant la dispersion géographique des interviewés et la faible taille de l'échantillon.

Un échantillonnage raisonné, dans les limites de la faible taille de la population (huit CDS, population totale de dix-huit médecins au début de l'enquête), a été effectué. Les variables portaient sur la Région du CDS, le caractère pluridisciplinaire ou non du CDS, et la qualité du gestionnaire du CDS (municipal, hospitalier, mutualiste). Un équilibre entre médecins hommes et femmes a été recherché. Le flow-chart est présenté en Figure 1. Le recrutement a été fait par contact téléphonique direct, par mail, ou via les secrétariats des CDS. Douze médecins ont accepté la réalisation d'un entretien.

Les entretiens ont été réalisés entre février et mai 2016. Ils ont été effectués dans les cabinets des médecins. Ils ont été enregistrés, après consentement (formulaire signé), retranscrits intégralement et anonymisés.

Une analyse thématique de l'ensemble des données a été faite, à l'aide d'une grille d'analyse hiérarchisée en thèmes principaux et thèmes secondaires (16).

Résultats

Douze médecins généralistes, sept hommes et cinq femmes, âgés de 29 à 64 ans, ont été inclus. Les entretiens ont duré en moyenne 54 minutes. Les caractéristiques des participants et la durée des entretiens sont précisées dans le tableau 1.

Motivations initiales, parcours

Profil des médecins de l'échantillon

Pour la majorité des médecins interrogés, le choix de la médecine générale ambulatoire est très positif, cet exercice présentant pour eux de grands avantages. Le rapport à l'humain y est primordial : « *Je trouve qu'on a plus une relation humaine, qu'une relation organique* » (E8). L'utilité sociale et la polyvalence sont également importants : « *J'ai vu les malades, j'ai voulu aider les personnes, voilà, en difficultés* » (E8) ; « *Je délègue pas énormément, donc je fais plein de choses quoi* » (E7). Trois des médecins avaient passé leur diplôme à l'étranger. Plusieurs avaient auparavant exercé en secteur hospitalier. Les origines sociales, les professions de leurs parents ne sont pas particulièrement vues comme des déterminants du choix de l'exercice de la médecine générale, ni de celui de l'exercice en CDS.

Connaissance de l'existence des CDS

Les CDS sont peu connus des médecins généralistes. Pour certains, la prise d'un poste en CDS s'apparente donc à un effet d'opportunité, lors d'une recherche d'emploi : « *Je cherchais, je suis tombée sur l'offre sur un site qui est spécialisé dans tout ce qui est remplacement, annonce et autres, sur l'offre de la mairie. Je me suis dit, c'est quoi ce truc ? J'ai dit bon allez il faut tenter, pourquoi pas, on verra bien, ça n'engage à rien d'essayer* » (E11). D'autres recherchaient un poste salarié, et ont découvert par hasard l'existence des CDS : « *Le CDS pour moi ça a été vraiment une aubaine parce que je me suis dit ça y est je continue en salariat, je fais mon travail de médecin généraliste* » (E3). Enfin, d'autres, moins nombreux, connaissaient leur existence, par les médias, par connaissances interposées, ou par leurs études, et cherchaient à s'installer dans ce type de structure : « *A partir du moment où je savais que ça existait, je m'étais un petit peu renseignée, ça m'avait vraiment donné envie* » (E9).

Rejet du libéral

Parmi ces médecins, nombreux sont ceux qui ne veulent pas, ou plus, exercer la médecine libérale en France, à cause de ses contraintes lourdes. La surcharge administrative, en particulier, y est décriée : « *Moi, compte tenu de mon expérience administrative avec le libéral je ne retournerai jamais en libéral* » (E5). L'application d'un éventuel tiers-payant généralisé qui alourdira ces charges est crainte : « *Cette histoire de tiers-payant généralisé, les médecins libéraux qui vont commencer à passer leurs week-end à vérifier, à faire leur pointage de remboursement de mutuelles et compagnie, j'avoue que ça m'effraie un peu* » (E9). L'installation en libéral fait peur, vécue comme financièrement

précaire : « Je trouve que, quand on est libéral, aussi, il y a quand même un peu de précarité, on peut pas être malade, enfin on n'a pas le droit d'être malade » (E7), surtout dans les débuts : « S'installer, c'est pas évident. Il faut se faire sa patientèle, ça prend un certain temps. Au départ, la rémunération c'est pas ça, les cotisations, c'est pas évident » (E8). L'installation est associée à une entrave à la mobilité : « Surtout en installation parce que ce que je voulais surtout pas c'est me retrouver bloqué » (E2). La médecine libérale est envisagée comme plus solitaire : « On est seul, on n'échange pas avec des gens, sauf si on va à des réunions, et encore c'est pas toujours évident » (E8). On retrouve même, chez un médecin, un rejet du principe de la médecine libérale, la médecine étant pour ce médecin un service public : « Mais le libéral pour moi c'est choquant » (E3).

Préservation de la qualité de vie

Qualité de vie professionnelle

La qualité de vie professionnelle en CDS semble être la principale motivation des médecins. Nous en listons ici les différents aspects.

Le CDS présente l'avantage de permettre une décharge administrative pour les médecins : « Les gens qui viennent dans ce type de structure c'est justement pour se débarrasser d'une certaine façon de la surcharge administrative » (E6). Par le terme « administratif », les médecins entendent la comptabilité, la gestion des cotisations sociales et des impôts : « Salarié, tu declares tes impôts, c'est l'administration fiscale, tu sais ce que tu payes, t'as pas de CARMF, t'as pas d'URSSAF » (E10). Le paiement et la réalisation des feuilles de soins font aussi partie de la « paperasse » évitée : « Ce qui est agréable c'est qu'on gère pas du tout le côté paiement. » (E11). Certains seulement se sentent libérés du poids de la relation d'argent avec le patient : « Ce qui me gênait le plus en cabinet c'était de faire payer, le côté commercial, ça, j'ai toujours eu du mal avec ça » (E5).

Presque tous soulignent le confort apporté par le secrétariat de qualité, sur lequel ils peuvent s'appuyer, chose qu'ils ont peu rencontrée en libéral : « On a un très bon secrétariat, on a la chance effectivement d'avoir des secrétaires présentes tout le temps, c'est quand même un sacré confort, ça c'est quand même un privilège » (E9) ; « La secrétaire finalement, elle a un peu le rôle de la permanence, enfin j'ai envie de dire de la régulation entre guillemets » (E12).

Le travail en équipe, les échanges professionnels sont appréciés : « Vu qu'on est salariés, on est tous logés à la même enseigne, et il y a quelque part une espèce d'esprit d'équipe qui est hyper fort, que ce soit avec les secrétaires, avec... et moi j'ai besoin de ça » (E9) ; même s'ils sont souvent limités à des discussions informelles : « On est pas mal dans nos consults. Il n'y a pas spécialement de réunions officielles » (E2).

Qualité de la médecine. La majorité des médecins apprécie de pouvoir exercer une « médecine de qualité » : « Pour moi le CDS c'est ça l'intérêt c'est la qualité de la médecine » (E12). Leur travail,

centré sur les soins délivrés aux patients, correspond à leurs attentes : « *Je ne m'occupe de rien en fait, vraiment que de mes patients. Ça c'est vraiment très très, je pense le plus gros avantage finalement* » (E2). Pour la plupart, le temps passé avec les patients est une donnée importante de cette qualité de soins : « *On a le temps de voir les malades comme il faut. On n'est pas obligé de faire à la chaîne* » (E5). Mais ce temps, encadré par le CDS, est pour d'autres insuffisant, même si l'objectif d'équilibre financier du CDS est plutôt compris : « *Je trouve ça un petit peu juste un quart d'heure, moi j'aurais préféré vingt minutes, mais la volonté de la mairie, voilà, c'était plus de consulter tous les quarts d'heure* » (E9).

Une diminution de la charge de travail est bien souvent une des raisons qui les font choisir un poste en CDS : « *On veut pas faire 8h-21 heures, on laisse le téléphone après à la maison sonner. Non c'est pas possible. On a tout le reste à faire* » (E7) ; « *Et donc il y avait ça, il y avait les horaires, il y avait qualité de vie* » (E10). Mais cette charge de travail s'avère très variable selon les CDS, et même selon la façon de travailler des médecins au sein d'un même CDS. Ainsi, certains en éprouvent une satisfaction : « *J'arrive à avoir des activités en dehors, j'ai pu continuer la danse, je peux faire plein de trucs quoi. Et puis là, avec le système des CMS¹, quand c'est 19 h, c'est 19 h. Le cabinet il est fermé. Sauf s'il y a vraiment urgence, mais quand c'est fermé, c'est fermé. Donc je peux prévoir des choses le soir* » (E7). D'autres se résignent finalement à une charge de travail importante : « *Moi j'estime qu'un médecin il est médecin 24/24. Entre midi et deux, débordé le soir. S'il y a des gens malades* ». Mais pour certains, c'est une franche déception, la quantité de travail fourni ne correspondant pas aux prévisions de l'employeur : « *Il nous avait été annoncé qu'on ferait pas de garde, qu'on ferait une amplitude horaire qui s'arrêterait à 19h. On est rendu à 19h30. Et maintenant il faut faire des gardes* » (E11).

Les possibilités de formation sont appréciées, des jours de formation étant prévus chaque année, et les formations plus longues (type DU, capacité de gériatrie) étant en général vues d'un bon œil par l'employeur : « *Vu que la mairie est dans une dynamique où ils veulent que leurs médecins se forment, et qu'en plus ils nous payent notre formation, du coup ça va peut-être me motiver à faire un DU* » (E9).

L'allègement de la contrainte de trouver un remplaçant lors de ses congés ou formation est un avantage certain : « *On n'a pas la contrainte de trouver un remplaçant, chose qui, sur le secteur où j'étais avant, était nécessaire* » (E11).

L'accueil des étudiants n'est pas une motivation directe, et n'était pas encore en place dans ces CDS de création récente pour la plupart, mais cette possibilité était plutôt désirée : « *Moi je suis tout à fait pour de prendre des étudiants ici. Il faut montrer ce que c'est que la médecine générale, ce que c'est que travailler en centre de santé éventuellement par rapport à travailler en libéral* » (E4).

Qualité de vie personnelle

¹ Centre municipal de santé

Le travail en CDS dégage du temps personnel, qui permet de vivre pleinement sa vie familiale. Ceci est évoqué surtout par les médecins ayant des enfants en bas âge : « *Je peux par exemple emmener le matin mes enfants à l'école, ce que je ne ferai peut-être pas, ou différemment si j'étais en libéral* » (E1). Un des médecins pense que, pour cette raison, les CDS attirent surtout les femmes, qui tiennent à préserver cette vie familiale en parallèle de leur travail. Le temps gagné permet aussi de conserver des activités en dehors de leur travail, sportives ou de loisirs : « *Qualité de vie, 38h, tu bosses sur quatre jours, donc là je finis ce soir, j'ai vendredi samedi dimanche. Je m'en vais au Mont St Michel, avec des potes, pour le marathon* » (E10). Le travail empiète moins sur la vie personnelle qu'en libéral : « *Moi mon temps libre il l'est vraiment, je suis plus au cabinet quoi. Ça c'est royal* » (E7).

Le salariat présente d'autres avantages. Les congés payés, tout d'abord, sont présentés comme un atout non négligeable par la plupart des médecins : « *Là, je pars en vacances, je sais que mon salaire tombera quand même à la fin du mois, c'est beaucoup plus relaxant* » (E1). Le statut de salarié implique également d'autres avantages sociaux, et en particulier le congé maternité, dont l'existence est soulignée par plusieurs médecins, concernés ou non par cet avantage : « *Il y a une sécurité lors des grossesses* » (E4). La sécurité de l'emploi et d'un revenu fixe sont mentionnés par plusieurs médecins : « *Les gens qui viennent dans ce type de structure c'est justement pour [...] avoir parfois une stabilité de son travail* » (E6). Mais elle est contestée par un médecin, les contrats à durée déterminée proposés, ou imposés par plusieurs CDS n'offrant pas de garanties salariales suffisantes, par exemple en cas d'arrêt de travail.

L'exercice en CDS donne une liberté de mobilité. Plusieurs médecins souhaitent garder cette possibilité de partir à tout moment : « *Parce que j'aime bien cette idée de liberté, de pouvoir bouger quand je veux.* » (E3).

Un service de qualité rendu à la population

Même si tous les médecins apprécient l'accès aux soins et la qualité des soins prodigués aux patients dans les centres, ces motivations ne sont pas énoncées comme les motivations principales.

L'accès aux soins fait partie des obligations des CDS, qui doivent à la fois offrir une permanence des soins et un accès aux soins pour tous, avec une obligation de la pratique du tiers-payant sur la part de la Sécurité sociale du paiement.

Les CDS concernés par notre étude ont pour objectif d'accueillir tous les publics, y compris les publics précaires, et cela est reconnu par les médecins : « *Tous ceux qui trouvent porte fermée ailleurs, obligatoirement, doivent la trouver ouverte ici. Donc en tant que structure de santé, on doit être conscient de ça, des difficultés* » (E6). Cet accès aux soins est facilité par la pratique du tiers-payant : « *Donc on fait le tiers payant. On a cette obligation de soin municipal. Un centre municipal normalement on doit pouvoir offrir un service à la population, et à tout le monde* » (E8). La permanence des soins concerne surtout la présence en journée, du lundi au samedi

matin : « Normalement il y a toujours un médecin. C'est arrivé deux fois peut-être où il y a pas eu de médecin » (E10). Seuls cinq médecins effectuent des gardes de soirées et week-ends, dont un le faisant par choix, n'étant pas sous la coupe d'une obligation de son CDS. Cette accessibilité horaire pour les patients est une notion importante pour les médecins : « D'être ouvert entre midi et deux, d'avoir à peu près dix heures d'amplitude horaire » ; « moi je trouve ça normal que le CMS soit ouvert le samedi matin » (E9).

Les actions de prévention et projets de santé publique n'occupent pas une place majeure dans l'organisation des CDS étudiés, mais ces actions sont présentées comme des projets intéressants, permis par la structure des centres : « Si par exemple on décide de faire, je sais pas une action de santé publique, on la fait » (E12). Mais ces projets ne semblent pas non plus être une priorité des médecins salariés, qui se trouvent pour certains suffisamment occupés avec leurs consultations : « Le jour où on nous dégage du temps, pour se poser, pour faire des projets moi je le ferai mais sinon c'est très compliqué » (E11).

Le temps passé avec les patients, suffisamment long, est vu comme un plus pour une meilleure prise en charge des patients : « Les patients font confiance parce qu'ils voient qu'on prend du temps, et ils ont dans l'idée que finalement, on fait de la médecine de qualité » (E12) ; « On adapte aussi en fonction de nos patients, il y a des patients, on sait qu'il y a besoin de leur accorder plutôt une demi-heure, on fait un petit peu à la carte » (E1).

Enfin, le CDS **pallie aux inégalités territoriales de santé**. La plupart des CDS de notre échantillon ont d'abord été créés dans l'objectif de rehausser la faible démographie médicale d'un territoire. Les médecins reconnaissent l'importance de pouvoir offrir ce service à la population : « Les CDS ça permet aussi pour moi d'avoir une réponse au problème de démographie médicale c'est la solution » (E12).

Limites, réserves

La première réserve exprimée concerne **les relations avec l'employeur**. Elle est compliquée pour plusieurs médecins, qui acceptent mal l'idée de se voir imposer des contraintes : « L'inconvénient du salariat c'est qu'on a un patron. [...] On n'est pas libre de faire ses horaires comme on veut. Il faut discuter toujours au niveau salariat, le nombre de patients qu'on doit voir, le budget, parce qu'on fait des réunions où on parle du budget aussi » (E8). Il n'est pas relevé de tentative d'interférence de l'employeur sur le contenu des consultations. Par contre, plusieurs médecins leur reprochent de céder à des demandes pressantes des patients, qui viennent se plaindre directement à l'institution gestionnaire, afin de contourner un refus de l'équipe salariée du CDS. Cela concerne des demandes de consultations non-urgentes, ou des demandes de consultations de patients que les médecins ne souhaitent plus suivre. Cela peut devenir une véritable source de conflit : « Il y a un point négatif qui est que les gens vont se plaindre à la mairie. Ça fait un peu un système en triangle » (E10) ; « Une

des raisons pour lesquelles je pourrai partir c'est si on m'impose un patient que j'ai pas envie de garder » (E9). Les relations avec l'employeur ne sont toutefois pas majoritairement conflictuelles : « Ils me laissent complètement autonome. Ça aussi c'est bien » (E7).

Lourdeur administrative. Les problèmes matériels non résolus, les lents investissements mobiliers sont contraignants pour certains médecins : « Tout est lent. C'est-à-dire que pour avoir la lumière dans les WC ça met deux mois, pour avoir un téléphone qui était en panne quand je suis arrivé ça a mis deux mois, pour avoir une informatique qui marche ça met deux mois » (E4). Les prises de décision également sont plus lentes qu'en libéral : « C'est le côté administratif, où il faut que les choses remontent, et puis qu'elles redescendent » (E11).

Regret de certains avantages du libéral. La notion de liberté, de choix, permise par le modèle libéral fait parfois défaut. Il manque à certains médecins de pouvoir choisir leur temps de travail, adapter leur planning à leur guise comme en libéral : « Quand on est libéral, on a tout le temps qu'on veut. C'est-à-dire qu'on peut travailler 10h, 12h, 14h, bon. Et on choisit beaucoup plus finalement son temps. Je faisais énormément plus d'actes gratuits qu'ici. Parce que ici j'ai un impératif de rentabilité » (E4).

Les revenus des médecins suscitent des commentaires très divers. Une partie disent gagner moins d'argent que dans une pratique libérale : « Certainement nous à côté on va dire, dans ce cas-là on devient aussi libéral. Parce qu'on va voir, dès qu'on va faire les calculs, t'inquiètes pas » (E6) ; « Si on enlève l'URSSAF, la CARMF, tout ça, bon, ben, on n'est pas si loin de ce qu'on fait en libéral. Il y a une différence quand même hein, il y a à peu près trente pour cent de différence ». Mais cette différence est plutôt bien acceptée, comme la contrepartie des avantages à travailler en CDS. Une autre partie des médecins dit avoir des revenus suffisants voire plus intéressants qu'en libéral. Un médecin évoque le cas d'une amie de sa promotion d'internat s'étant installée en libéral : « Et financièrement, elle gagne la même chose que moi, sauf qu'elle fait carrément plus d'heures » (E7).

De nombreux médecins souffrent du **regard négatif de leurs confrères libéraux** sur les médecins salariés en CDS : « Le regard qu'ont certains médecins, via le regard des gens en tout cas, certains, c'est très négatif. Il y a des gens qui pensent qu'on s'arrête à 17h30 quoi. Parce qu'on est médecin salarié. Il y a des gens qui pensent que, enfin des médecins, des confrères, et pas les plus vieux, forcément, hein, qui pensent qu'on s'arrête à 17h30 » (E10).

Engagement dans la durée. Peu de médecins ont de projections formelles de leur exercice en CDS dans un avenir plus lointain. Seulement certains y envisageaient le reste de leur carrière : « Je suis partant pour continuer, évoluer avec un troisième médecin » (E10). D'autres entrevoyaient d'autres étapes dans leur carrière : « Après c'est paradoxal, je me plais beaucoup, mais je m'y vois pas travailler toute ma vie » (E9). Ils évoquaient ces changements potentiels également en cas de menace de dégradation de leurs conditions de travail telle une augmentation de la charge de travail des médecins, une volonté d'élargissement de l'amplitude horaire, une diminution de l'effectif des secrétaires : « Donc moi mon objectif, bien sûr il est pas de partir, il est de rester, mais dans des conditions promises de départ » (E5). Certains étaient prêts à partir si une meilleure occasion se présentait : « Le jour où je trouve mieux je dégage » (E6).

Avenir des CDS

Plusieurs médecins ont tenu des discours très encourageants sur l'avenir des CDS.

Ils représentent pour eux la solution au problème de démographie médicale : « *Je reste persuadé qu'un médecin généraliste que vous salariez à qui vous donnez 5000 € par mois, à qui vous proposez de travailler avec des conditions correctes, je suis persuadé qu'il y a beaucoup de médecins qui aspirent à ça, et qui seraient même prêts à aller éventuellement un peu en campagne, quitte à habiter en ville, et faire les aller-retours tous les jours* » (E1) ; « *Si rien n'avait été fait, les communes se seraient retrouvées sans médecin* » (E12).

Pour plusieurs des médecins interrogés, les caractéristiques des centres correspondent aux attentes des médecins actuels, et surtout des jeunes médecins : « *Les jeunes médecins, qui veulent pas s'installer, ils veulent tous aller à l'hôpital pour être salariés, je pense que ça devrait être ce genre de personne qu'on devrait intéresser* » (E7).

Cependant, tous ne voient pas les CDS comme la solution idéale, mais plutôt comme une possibilité parmi d'autres : « *Pour faire une transition, entre la période des remplacements et du libéral* » (E11).

Des limites à leur développement sont évoquées.

Les difficultés de recrutement existent également en CDS, dans les zones rurales : « *Ils cherchent mais ils ne trouvent personne. Et ils passent par une agence de recrutement. Qui va chercher probablement un médecin à l'étranger* » (E7).

Les difficultés de gestion de ces structures, nouvelles dans ces territoires, peuvent parfois poser problème : « *Souvent ils ne savent pas gérer ça, donc il peut y avoir des soucis de ce côté-là. Donc cette structure, malgré la bonne volonté de vouloir aider les gens, (...) ils ne sauront pas gérer* » (E6).

L'équilibre économique de ces CDS peut être précaire, et mettre en danger la pérennité de la structure : « *Il nous a quand même expliqué, enfin ce que j'en ai compris, que c'était pas dans notre intérêt, et que forcément si on était pas à l'équilibre, il aura des comptes à rendre, aux ARS¹, ou alors il peut pas aller piocher dans les deniers de la commune, donc il faut qu'on soit, le minimum c'est, le mieux c'est l'équilibre* » (E10).

¹ Agence Régionale de Santé

Discussion

L'étude a permis de détailler les motivations des médecins généralistes. Celles-ci se composent de deux sous-ensembles, qui se côtoient sans s'exclure, comme cela est décrit dans la littérature (17)(18).

Motivations externes ou Engagement intéressé

Ainsi que supposé lors des entretiens exploratoires, les conditions de travail sont un élément d'attractivité important des CDS. Les motivations externes ou extrinsèques sont les plus évidentes à la suite des entretiens. Ainsi, l'organisation des CDS permet une décharge des tâches administratives incombant habituellement aux médecins libéraux. Ces tâches chronophages concernent surtout la tenue d'une comptabilité, et le paiement des cotisations sociales, qui peuvent être jusqu'à redoutées par certains médecins. La présence de secrétaires efficaces, au rôle multiple d'accueil, de gestion et d'organisation, est également un élément essentiel de ces bonnes conditions de travail. Le confort professionnel est augmenté par un temps de travail moindre, ou vécu comme moindre par rapport à l'exercice libéral. L'organisation de ces CDS permet aux médecins de ne s'occuper que de la partie strictement médicale, ce qu'ils apprécient. C'est pour cela qu'ils ont « fait médecine », et pas pour faire de la gestion entrepreneuriale, ni pour « faire de la paperasse ». Ces constatations confirment l'importance des conditions de travail relevée dans différentes études sur le choix d'exercice des médecins généralistes, et sur le choix de l'exercice ambulatoire de la médecine générale (19).

Le salariat est spontanément évoqué comme un statut privilégié, par ses congés payés et ses autres avantages sociaux, congé maternité en particulier. L'organisation du travail qui en découle permet un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle. L'absence d'investissement financier personnel et la liberté en terme de mobilité permise par ce statut sont appréciées, et participent à une construction plus facile de leur vie familiale. Cet attrait pour le statut de salarié va dans le sens du choix des médecins généralistes, qui se tournent de plus en plus vers le salariat, qu'il soit hospitalier ou non (20).

Le travail en équipe, dans la plupart de ces centres, se limite à des échanges informels. Cependant, qu'il y ait des réunions d'équipe ou non, ces échanges intra ou interprofessionnels sont valorisés par les médecins, et mis en regard de l'exercice trop souvent solitaire en libéral. Cela correspond aux choix actuels des médecins généralistes en faveur des différentes formes d'exercice regroupé, CDS, mais aussi maisons de santé pluridisciplinaires et cabinets de groupe (21).

Motivations internes ou Engagement éthique

Bien qu'elles ne soient pas souvent présentées comme principales, les motivations intrinsèques apparaissent en filigrane de tous ces entretiens, et sont souvent intriquées avec les motivations

extrinsèques. Elles n'ont pas toujours amené les médecins à travailler en CDS, mais elles prennent part à leur satisfaction, et à une bonne image de soi au travail.

Ces médecins valorisent tous les qualités du service rendu à la population par leur CDS. Plusieurs revendiquent même faire partie intégrante d'un « service public » de santé. Le centre de santé est ouvert à tous, n'opère pas de sélection de patients, permet une accessibilité économique, via l'application du tiers-payant. Par leur création dans des zones où la démographie médicale est faible, les CDS de l'étude permettent une accessibilité géographique des patients aux soins de premier recours. Enfin, les amplitudes horaires, souvent élargies, offrent une permanence des soins intéressante.

L'absence de tâches administratives permet aux médecins de se consacrer à leurs patients. Ils apprécient de pouvoir passer plus de temps avec eux, pour construire une meilleure relation médecin-patient. L'absence de relation d'argent directe les libère d'une forme de dépendance au patient. Ils ont le sentiment de pouvoir exercer une « bonne médecine », telle qu'ils l'ont apprise. Les possibilités de formation en CDS renforcent cette impression, ainsi que les échanges entre professionnels sur les patients.

Les CDS : une solution à la « désertification médicale », mais avec des limites

Les CDS semblent donc convenir à certains médecins, et peuvent représenter une solution pour certains territoires. Les élus locaux à l'origine de ces CDS ont compris et misé sur l'importance des conditions de travail qu'ils peuvent offrir à ces médecins. Ainsi, le maire d'une de ces communes, lors d'un entretien, insiste sur la possibilité qu'il donne à ces médecins en échange de leur venue : celle de ne faire uniquement ce pour quoi ils ont été formés, du soin. Ce désir est d'ailleurs retrouvé chez tous ces médecins. Pourtant, le recrutement médical n'est pas toujours évident.

Le salariat en soi présente des avantages : absence de gestion administrative, horaires fixes, congés, formations... Mais les organismes gestionnaires doivent aussi s'assurer d'offrir des conditions de travail attrayantes, de favoriser le travail en équipe, et s'efforcer de permettre aux médecins d'exercer une médecine de qualité. Cela implique une vigilance constante sur les conditions de travail, qui ne doivent pas pâtir des contraintes budgétaires. Par exemple, une exigence plus forte sur le rythme ou le nombre de consultations pourrait être mal vécue, se rapprochant trop d'une « course à l'acte » que les médecins ont voulu éviter en libéral. Les médecins veulent être de véritables salariés, et non des « salariés à l'acte ». Le parallèle peut d'ailleurs être fait avec certains CDS mutualistes, où l'objectif d'équilibre économique est primordial. Les médecins y perçoivent un salaire indexé au nombre d'actes réalisés. Que pensent alors les médecins de ces modes de rémunération mixte ? Cela pourrait faire l'objet d'une autre étude.

Les gestionnaires doivent aussi faire connaître leurs CDS. Ils pourraient se rapprocher des facultés,

des associations d'internes ou de remplaçants pour diffuser leur modèle d'exercice, peu connu dans les régions étudiées. Un autre volet des CDS, la formation universitaire, est pour l'instant peu appliquée dans ces centres. Les médecins ont pourtant le désir d'accueillir des étudiants. Cela favoriserait également très certainement le recrutement.

Quel avenir pour ces CDS ?

Les CDS étudiés, la plupart de création récente, en zone rurale ou semi-rurale, s'éloignent du modèle des CDS « historiques », urbains, souvent de taille plus importante. Le versant prévention, actions de santé publique y est moindre. Ils se rapprochent plutôt de cabinets de groupes ou maisons de santé pluridisciplinaires. Le CDS étant souvent la seule offre de santé sur le territoire, nous pouvons supposer que des patients de toutes origines socio-professionnelles s'y font soigner. Cependant, la pratique du tiers-payant, et son ouverture à tous sans sélection, entraîne probablement une prise en charge de certains patients plus fragiles sur le plan psychiatrique, ou sur le plan socio-économique. La population spécifique de ces CDS, et ses attentes, pourrait faire l'objet d'une étude ultérieure

La majorité de ces CDS a quelques années de vie seulement. Que peut-on dire de l'avenir professionnel de ces médecins, et donc de l'avenir de ces CDS ? Si la majorité des médecins étaient plutôt satisfaits de leur exercice actuel, un des médecins, attaché à la liberté inhérente au modèle libéral, ne souhaitait pas poursuivre l'expérience sur le long terme. La question de l'engagement sur le long terme de ces médecins est posée. Ces éventuelles mobilités obligent à un détachement du modèle où le patient garde « son » médecin dans la durée. D'autres études pourraient être menées, sur la qualité effective des soins dans ce cadre, ou sur le regard des patients sur les soins.

Au vu des enjeux actuels de médecine globale, et de réduction des inégalités de santé, il est souhaitable que ces jeunes CDS développent leurs projets de santé publique. Ils peuvent pour cela mobiliser un financement par les Nouveaux Modes de Rémunération, mais cela nécessite une volonté du gestionnaire, et un portage par l'équipe salariée.

Ailleurs dans le monde

La France n'est pas le seul pays à expérimenter de nouvelles solutions de rémunération des médecins. Différentes études ont été menées sur l'efficacité de ces différents modes de rémunération (22). L'analyse en est compliquée, chacun comportant des avantages et des inconvénients. L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) recommande une rémunération mixte, c'est-à-dire un mélange des différents modes de rémunération (23). La plupart des pays occidentaux tendent à une diversification de ces modes de rémunération. Au Canada, la création de Groupe de Médecins de Famille et de Family Health Team introduit un paiement à la capitation et une rémunération sur objectif (24). En Norvège, des médecins salariés municipaux

côtoient des médecins payés à l'acte, dont la proportion augmente (25). Une étude montre une préférence des médecins généralistes norvégiens pour l'exercice libéral, tout en soulignant le désir d'une minorité de médecins à évoluer vers un exercice salarié (26). En Estonie, où les médecins généralistes ont été introduits récemment dans le système, la préférence va également au libéral (27). Il a été retrouvé peu de littérature internationale concernant les motivations des médecins généralistes pour un mode d'exercice salarié plutôt qu'un autre. Cette carence est probablement liée à l'absence de véritable choix du mode d'exercice dans la plupart des pays.

Validité de l'étude

Les différents entretiens exploratoires réalisés ont permis, en plus de la recherche bibliographique, une connaissance plus concrète des CDS, et donc des spécificités des CDS de l'étude. Ensuite, la position de jeune médecin généraliste du chercheur n'était pas neutre. Elle a pu permettre d'établir un lien de confiance particulier lors de l'entretien, des « conseils d'aîné » des médecins interviewés pouvaient s'introduire dans le discours et le faciliter.

Pour cette étude, tous les médecins salariés en CDS du territoire n'ont pas été sollicités, du fait de la dispersion géographique des CDS dans ces deux régions. Ainsi, deux CDS n'ont pas été visités, ce qui représente un biais de sélection. De plus, un des médecins sollicités n'a pas accepté l'entretien, sans que la raison en soit connue. D'autre part, la jeunesse de six de ces sept CDS, limite le regard des médecins sur leur exercice à quelques années voire quelques mois. Il est donc plus délicat de décrire les motivations qui les font rester en CDS. Cela pourrait faire par contre l'objet d'une étude ultérieure. La durée des entretiens (un peu moins d'une heure), et leur réalisation au cabinet des médecins, souvent sur des plages de consultations, a pu limiter la production du discours, et l'abandon dans l'entretien. Enfin, il n'a pas été réalisé de triangulation de données, ce qui aurait pu enrichir l'analyse.

Conclusion

Le contexte de forte diminution du nombre de médecins généralistes exerçant la médecine de premier recours en ambulatoire, et d'inégale répartition territoriale de ces médecins, pose un problème d'accès aux soins. Les pouvoirs publics, tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle plus locale, cherchent des solutions innovantes. Les diverses mesures incitatives, mises en place depuis plusieurs années, ne sont pas suffisantes. D'éventuelles mesures d'entrave à la liberté d'installation sont très impopulaires chez les médecins.

De nombreuses études ont montré le souhait des médecins généralistes, surtout des plus jeunes, d'une diversification de leur mode de rémunération, ainsi que d'un exercice en groupe. Ce souhait est confirmé par la « fuite » de jeunes médecins généralistes, qui, après un temps de remplacement en libéral, occupent des emplois salariés hospitaliers ou en institutions. La diversification des modes de rémunération est la tendance actuelle dans de nombreux pays européens.

L'étude montre que les CDS, au fonctionnement finalement assez proche d'une MSP ou d'un cabinet de groupe, peuvent représenter une alternative intéressante pour certains médecins généralistes.

Les motivations externes, qui apparaissent comme déterminantes dans le choix initial du travail en CDS, doivent être prises en compte par les organismes gestionnaires. Mais il est dans un second temps essentiel de permettre aux médecins de pratiquer une médecine de qualité, sans quoi leur engagement risque d'être écourté. Afin de faciliter le recrutement de médecins en CDS, les organismes gestionnaires ont donc différentes pistes d'action. En plus de proposer des conditions de travail attrayantes, peut-être pourraient-ils développer le volet actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé, qui fait partie du cadre législatif des CDS. Enfin, les gestionnaires doivent développer leur communication, en particulier auprès des facultés, des associations d'internes ou de remplaçants en médecine générale.

La situation économique fragile des CDS a été mise en lumière dans plusieurs études (28)(27). Elle devrait être améliorée avec l'application du nouvel Accord National entre les CDS et les caisses d'Assurance maladie, signé le 8 juillet 2015. Cependant, le contexte financier des collectivités locales risque de ne pas les pousser au développement de ce type de projets, par crainte d'alourdir leurs charges de fonctionnement. Une étude portant sur l'équilibre économique de ces CDS pourrait compléter notre étude, et permettre de proposer un guide d'élaboration, le cas échéant, de CDS économiquement viable.

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : RIDARD Elise

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Les motivations de médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens auprès de médecins des centres de santé de Bretagne et Pays de la Loire.

Rennes, le 11.09.16.

Le Directeur de thèse

Rennes, le 15/09/2016

Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

20 SEP. 2016

**Le Président de l'Université
de Rennes1**



D. ALIS

Maj : 23-janv.-14

Bibliographie

1. Colin M-P, Acker D. Les centres de santé : une histoire, un avenir. Santé Publique. 29 mars 2009;Vol. 21(hs1):57-65.
2. Code de la santé publique-art. L6323-1.
3. Limousin M. Les centres de santé en mouvement. Pantin: Le Temps des Cerises, 2010.
4. Vigneron E. Les centres de santé. Une géographie rétrospective. Paris : FEHAP, 2014.
5. Albouy V, Déprez M. Mode de rémunération des médecins. Econ Prévision. 1 juill 2009;n° 188(2):131-9.
6. Saint Lary O, Franc C, Raginel T, Vanmeerbeek M, Widmer D, Ruelle Y. Modes de rémunération des médecins généralistes : quelles conséquences ? ; Exercer, la revue francophone de médecine générale 2015;119:52-61.
7. Mouzon C. Les généralistes veulent travailler autrement. Altern Économiques. 1 janv 2015;N° 342(1):32-32.
8. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/enquetes-nationales>
9. Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir. Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine. 1 mars 2008;4(3):135-40.
10. Colombani H. Les centres de santé au cœur du développement des territoires ; Les cahiers de la fonction publique 2016;364:50-5.
11. Avis relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie. JORF n°0226 du 30 septembre 2015.
12. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. Rev Fr Aff Soc. 16 déc 2011;2-3(2):9-28.
13. Coutant D, Tuffreau F. La médecine générale, une spécialité d'avenir: des premières conventions médicales aux maisons de santé. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2016.
14. Bloy G, Schweyer F-X, éditeurs. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010. 423 p. (Métiers santé social).
15. Paugam S, Parizot I, Schweyer F-X. Facteurs favorables à la pérennité des centres de santé

dans les Zones urbaines fragiles. L'exemple du quartier de la Villeneuve de Grenoble ; Rapport ERIS pour l'AGECSA, 2013.

16. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.
17. Videau Y, Batifoulie P, Arrighi Y, Gadreau M, Ventelou B. Le cycle de vie des motivations professionnelles en médecine générale : une étude dans le champ de la prévention ; Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2010;58:301-311.
18. DaSilva N. Motivations médicales et politiques d'incitations. La motivation intrinsèque contre la théorie de l'agence ? ; Journal d'Economie médicale 2011;29(8):351 - 65.
19. Boukhors G. Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Etude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde. Médecine humaine et pathologie. Thèse d'exercice. 2014.
20. Burdillat M. Les nouvelles questions posées à la démographie médicale ; Regards croisés sur l'économie 2009;5:74-85.
21. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 ; Questions d'économie de la santé 2010;157:1-6.
22. Green E. Payment systems in the healthcare industry : An experimental study of physician incentives ; Journal of Economic Behavior and Organization 2014;106:367-378.
23. Vers des systèmes de santé plus performants. Organisation de coopération et de développement économiques. 2004.
24. Bourgueil Y. La mutation des modes de paiement des professionnels en soins primaires au Canada et en France ; Les Tribunes de la santé 2013;40:63-68.
25. Sorensen R J, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services ; Health policy 2003;66:73-93.
26. Aaraas I.J., Halvorsen P.A, Steinert S. Remuneration and organization in general practice : Do GPs prefer private practice or salaried positions? Scandinavian Journal of Primary Health Care 2012;30(4):229-33.
27. Kamdron T. Work Motivation and Job Satisfaction of Estonian Higher Officials. International Journal of Public Administration 2005;28:1211-40.
28. Georges P, Waquet C, Part J. Les centres de santé : Situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Rapport IGAS, 2013.

Tableaux et Figures

Figure n°1 : Flow Chart

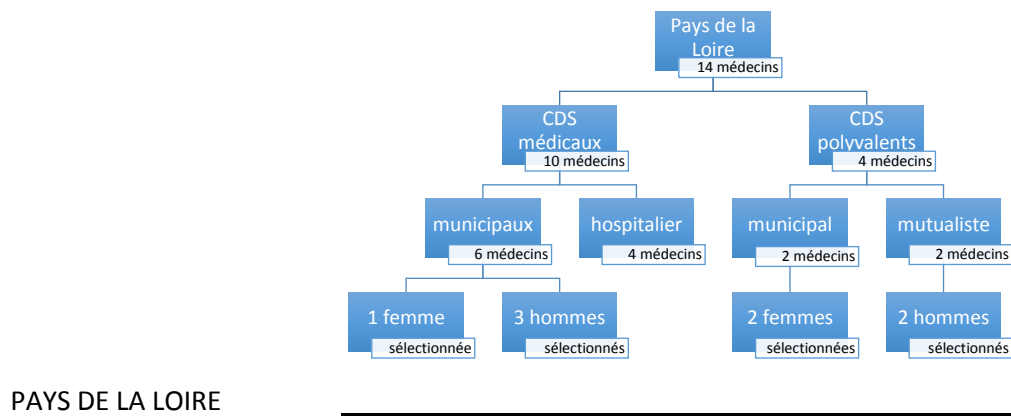
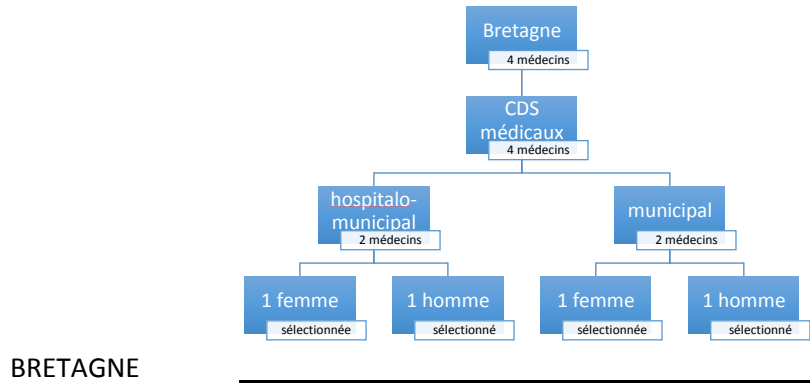


Tableau n°1 : Caractéristiques de la population et durée des entretiens

	Sexe	Age	Ancienneté dans le CDS	Temps de travail	Situation matrimoniale	Enfants	Type de gestionnaire du CDS	CDS pluri-disciplinaire	Durée de l'entretien
E1	H	38	7 ans	40	En couple	oui	Mutualiste	Oui	42
E2	H	36	3 mois	40	Célibataire	non	Mutualiste	Oui	42
E3	F	36	3,5 ans	48-50	En couple	non	Hospitalier	Non	38
E4	H	64	1 an	45-50	En couple	oui	Hospitalier	Non	51
E5	H	54	2 ans	70	Célibataire	oui	Municipal	Non	74
E6	H	43	1,5 ans	50	En couple	oui	Municipal	Non	66
E7	F	31	6 mois	39	En couple	non	Municipal	Non	42
E8	F	42	2,5 ans	35-40	En couple	oui	Municipal	Oui	46
E9	F	29	1,5 an	35-40	En couple	non	Municipal	Oui	54
E10	H	29	7 mois	40-42	En couple	oui	Municipal	Non	66
E11	F	30	7 mois	42	En couple	oui	Municipal	Non	43
E12	H	31	2 ans	35	Célibataire	non	Municipal	Non	88

F : femme / H : homme

Age en années ; Temps de travail en nombre d'heures par semaine ; Durée de l'entretien en minutes

Annexes

Guide d'entretien

Contrat de communication :

- Remerciements
- Présentation : médecin généraliste remplaçante depuis novembre, à Laval
- Thèse à Rennes (études à Rennes)
- Sujet thèse : motivations des médecins généralistes salariés en CDS
- Raison du choix de ce sujet : intérêt des internes/jeunes remplaçants pour la médecine ambulatoire salariée ; et intérêt personnel également pour ce mode d'exercice
- Entretien enregistré/anonymisé ; signature du formulaire de consentement

Questions posées (en gras), Relances :

1) Pour commencer, est-ce que vous pourriez me décrire le CDS dans lequel vous travaillez ?

Vos horaires ? Le nombre de consultations par jour ?
La répartition des tâches ? Administratives notamment.
Décrivez- moi une « journée type »
Valence universitaire ?
Mode de rémunération ?
Permanence des soins ?
Est-ce que cette organisation vous convient ?

2) Pouvez-vous me parler de votre parcours?

Origine socio-culturelle ? Médecins dans la famille ?
Choix de la médecine ? De la médecine générale ?
Activités autres : cursus associatif, humanitaire ?
Précédentes expériences professionnelles ?

3) Comment vous est venu ce choix du CDS ?

Comment avez-vous entendu parler de ce CDS ?

4) Avez-vous l'intention de poursuivre ce mode d'exercice ? Pourquoi ?

Avantages/inconvénients de ce mode d'exercice

5) Comment décririez-vous les autres médecins de ce CDS, ou les autres médecins qui travaillent en CDS ?

6) Quel regard avez-vous sur la médecine libérale ?

7) Avez-vous des choses à ajouter ?

Caractéristiques de l'interviewé:

- Sexe
- Age
- Temps de travail
- Nombre d'années travaillées en CDS ? dans ce CDS ? En médecine salariée ?
- Début d'exercice de la médecine
- Conjoint ? Activité du conjoint ? Enfants ?

Formulaire de consentement

Projet de recherche

Titre :

Étude des motivations des médecins généralistes en centres de santé.

Investigateur :

Elise Ridard
elise.ridard@live.fr
0665553083

Description et objectif de la recherche :

L'objectif de cette étude est de comprendre les motivations des médecins généralistes en centres de santé, en s'appuyant sur des entretiens individuels auprès des médecins salariés de centres de santé des régions Bretagne et Pays de la Loire.

Effets indésirables et bénéfices potentiels :

L'entretien ne présente aucun risque ou désagrément pour vous. Vous pouvez choisir le moment et le lieu qui vous convient le mieux pour participer à l'entretien. Votre implication peut contribuer à enrichir les connaissances des déterminants de ce mode d'exercice en centre de santé.

Confidentialité :

La confidentialité et l'anonymat des participants sont garantis. Après l'étude, tous les enregistrements seront détruits.

Préalable à la participation :

A tout moment, vous pouvez me contacter (cf. coordonnées ci-dessus) pour poser des questions relatives à votre participation à l'étude.

Droit de sortie de l'étude :

Vous avez compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux la retirer à tout moment sans conséquence.

Consentement :

Vous avez bien lu tout ce qui est écrit ci-dessus et vous acceptez de participer à l'étude.

Participant

Elise Ridard

RIDARD, Elise.- Les motivations des médecins généralistes en centres de santé. Enquête par entretiens auprès de médecins des centres de santé de Bretagne et Pays de la Loire.

36 feuilles., 2 tableaux, 30 cm.- Thèse : (Médecine) ; Rennes 1; 2016 ; N° .

Contexte : Les centres de santé (CDS) sont des structures de soins ambulatoires, mono- ou pluridisciplinaires, dont le personnel est salarié. Ils ont une vocation d'accessibilité sociale et financière. Depuis quelques années, de nouveaux CDS sont créés afin d'attirer des médecins généralistes au sein d'un territoire. **Objectif** : Pour que ces CDS puissent être une réponse à la désertification médicale, il faudrait connaître les motivations des médecins qui y travaillent, afin de déterminer s'il est possible d'amplifier ce phénomène. L'étude réalisée cherche à préciser les raisons qui orientent les médecins vers ce choix d'exercice et leurs motivations. **Méthodologie** : Une étude qualitative, par entretiens individuels semi-directifs, menés auprès de médecins généralistes exerçant dans des CDS des régions Bretagne et Pays de la Loire, a été réalisée. **Résultats** : Douze médecins généralistes ont été inclus. Les motivations principales sont des motivations externes, principalement le salariat et ses avantages, les conditions de travail intéressantes. Les échanges professionnels, souvent informels, sont également valorisés. Des motivations internes, bien qu'apparaissant au second plan dans les entretiens, sont présentes. La plupart des médecins mettent en avant le service rendu à la population. Ils apprécient l'accessibilité sociale et financière des CDS, et ont le sentiment de pouvoir y exercer une médecine de qualité. **Conclusion** : Afin de diffuser le modèle des CDS, d'y recruter des médecins, mais aussi de les fidéliser, les gestionnaires ont plusieurs pistes d'action. En plus de proposer des conditions de travail attrayantes, ils pourraient développer le volet actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé, qui fait partie du cadre législatif des CDS. Ils devraient aussi améliorer leur communication pour faire connaître les CDS auprès des internes et des médecins.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : médecin généraliste ; centre de santé ; motivations professionnelles

Mots-clés anglais MeSH : general practitioner ; health center ; professional incentives ; professional motivations ; job motivations

Président : Monsieur le Professeur Éric BELLISSANT

Assesseurs : Madame le Docteur Barbara DAUBIAS [directrice de thèse]

Monsieur le Professeur Dominique SOMME

JURY : Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY