



HAL
open science

**Enquête sur l'activité de soins primaires réalisée par les
médecins généralistes de la région
Auvergne-Rhône-Alpes dans les communes où s'est
implantée une Maison de Santé Pluriprofessionnelle**

Fabien Malgouires

► **To cite this version:**

Fabien Malgouires. Enquête sur l'activité de soins primaires réalisée par les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes dans les communes où s'est implantée une Maison de Santé Pluriprofessionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02904396

HAL Id: dumas-02904396

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02904396>

Submitted on 22 Jul 2020

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine
Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITE DE GRENOBLE ALPES

FACULTE DE MEDECINE



Enquête sur l'activité de soins primaires réalisée par les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes dans les communes où s'est implantée une Maison de Santé Pluriprofessionnelle.

**Thèse présentée pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine
Diplôme d'Etat**

Soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble-Alpes

Par **Fabien MALGOUIRES** [Données à caractère personnel]

Le 06 juillet 2020,

Devant un jury composé de :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Philippe GAUDIN

Membres :

Monsieur le Professeur Philippe CINQUIN

Monsieur le Professeur Georges WEIL

Monsieur le Professeur Benoît ALLENET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Yann PASCAULT

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVEY Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBLOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Remerciements

Aux membres et au président du Jury, de m'avoir accordé une deuxième chance de soutenir ce travail devant eux.

Au Pr Patrick IMBERT, qui a généreusement accepté de se porter garant de ce projet aux yeux de la CNIL et la CNAM pour lever les blocages relatifs à l'accès aux données et qui m'a permis de mener à bien ce travail.

A mon directeur de thèse,

Yann PASCAULT, pour m'avoir suivi et soutenu dans ce projet, pour ta connaissance du sujet et tous les conseils que tu as apporté à ce travail. Je te remercie aussi de m'avoir accueilli chez toi et formé à l'école Vertaco, pour ta façon de m'avoir transmis les rudiments et le goût du métier, tel que tu le pratiques, pour tous nos échanges et ta confiance.

Aux membres du Pôle Santé en Vercors,

Stéphane, pour m'avoir beaucoup transmis, appris et façonné de tes enseignements.

Cédric et Sébastien, pour toute cette bienveillance qui ont participé à cette très belle expérience d'interne puis de remplaçant.

Claire, pour ta bonne humeur et ton aide au quotidien pendant mes périodes sur le plateau.

Valérie, pour ta connaissance du sujet et ton aide inestimable dans ce projet.

A Sylvie, Laurène, Alban, Sylvain, Sandrine, Céline, Romain, Sophie, Jean-Christophe et toute l'équipe qui ont participé à cette très belle aventure chez vous.

A mes anciens chefs pendant l'Internat,

Pierre, Alain et Michel en Gériatrie pour m'avoir accompagné dans mes premiers pas d'interne, pour votre confiance et le plaisir que j'ai eu à travailler à vos côtés.

Emmanuelle, Tiffany, Corine, Amélie en Pédiatrie, pour m'avoir fait découvrir la pédiatrie, pour tout ce que vous m'avez appris et cette très belle expérience.

Irène, Quentin, Eva en Rhumatologie, pour vos enseignements précieux, votre confiance et le plaisir que j'ai eu à vos côtés.

A mes amis grenoblois,

Camille et Nicolas, Youri, Marion et Julien qui ont fait de cet internat une aventure sportive, précieuse et durable.

A mes amis niçois, qui n'y croyaient plus

A toi Coco, Rachid, JV, Cécile, Keatou qui ont fait de ces longues années des moments inoubliables. Mention spéciale à César qui pour cause du confinement sera bien le dernier du groupe.

A mes amis bornandins, qui n’y croyaient plus non plus,

Gil pour ta précieuse aide dans cette aventure, et Christiane pour tous ces moments à échanger, skier ensemble.

Hugo, pour ta solide confiance dès le début et ce malgré les péripéties que je t’ai fait traverser.

Cathy, pour ta formidable rencontre, pour la merveilleuse équipe que tu viens compléter et qui a fait dès le premier hiver au grand bo’ un endroit où l’on se sent utile et où l’on a envie de revenir.

A ma famille, qui espérait plus que tout,

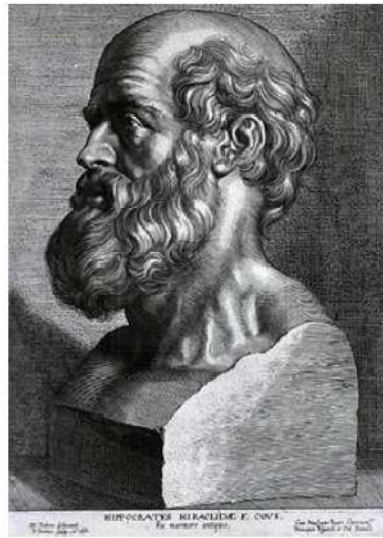
A toi Maman, pour toute la bienveillance, les attentions et les preuves d’amour que tu m’adresses depuis plus de 30 ans que je ne saurais aussi bien te rendre.

A toi Céline, pour tout le chemin que tu as accompli et la fierté qui est la mienne quand je pense à celle que tu es devenue.

A toi Papa, pour avoir cultivé mon sens de la passion et de la curiosité, pour m’avoir poussé toutes ces longues années au prix de nombreuses insomnies, pour m’avoir inculqué de vraies valeurs et la persévérance parfois nécessaire.

A toi Françoise, pour tout le bonheur et le réconfort que tu nous apportes.

A toi Chloé, pour m’avoir supporté au-delà de ce que j’espérais, pour m’avoir aidé à finaliser cette aventure et pour m’avoir permis de trouver un parfait équilibre à tes cotés.



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

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

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

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

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

Résumé en Français

La région Auvergne-Rhône-Alpes est la région qui compte le plus de maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement depuis la vague des années 2010. Cette enquête descriptive longitudinale sur la période 2009 à 2018 est basée sur les données de remboursement de la caisse nationale d'assurance maladie. Elle dresse un bilan de l'offre de soins primaires de la région Auvergne-Rhône-Alpes et analyse l'impact sur l'activité de soins primaires de l'implantation d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur 144 de ses communes. Le critère de jugement principal était le taux d'évolution de l'activité de soins primaires exprimée en actes par an et par habitant au niveau communal. L'activité de soins primaires a baissé en moyenne de 8,28% dans la région Auvergne-Rhône-Alpes entre 2009 et 2018. Parmi les 144 communes de cette région qui ont vu s'implanter une maison de santé pluriprofessionnelle entre 2009 et 2017, 92 d'entre elles ont réussi à stabiliser voire à faire croître l'activité de soins primaires sur leur territoire. Pour les 52 autres, l'implantation d'une maison de santé n'a pas permis de lutter contre la tendance générale de baisse d'activité. Ces résultats sont à interpréter en considérant l'antériorité d'évolution des communes ainsi que leur taille. Néanmoins, on ne peut résumer l'apport d'une maison de santé seulement à l'activité qu'elle génère pour son territoire. La construction de nouveaux indicateurs de santé en soins primaires pour mesurer cet apport reste le défi des prochaines années.

Titre en Anglais

Investigation into primary health care activities of general practitioners in Auvergne-Rhône-Alpes municipalities where a multidisciplinary health center has been established.

Résumé en Anglais

French region Auvergne-Rhône-Alpes has the most concentrated multidisciplinary health centers in operation since the wave of last decade. This longitudinal descriptive investigation is based on reimbursement data from the national health insurance fund for the period 2009-2018. It reports how primary health care activities evolved in Auvergne-Rhône-Alpes municipalities and analyses the impact of a multidisciplinary health center establishment for 144 of them. The main outcome was the evolution rate of primary health care activities expressed in acts per year and per resident. It decreased on average by 8.28% in the Auvergne-Rhône-Alpes region between 2009 and 2018. Among the 144 municipalities of this region that saw the establishment of a multidisciplinary health center from 2009 to 2017, 92 of them succeeded in stabilizing or even increasing primary healthcare activity in their territory. For the other 52, the establishment of a multidisciplinary healthcare center did not help to reduce the general trend of decline. These results have to be interpreted considering the anteriority of evolution and the size of the studied municipalities. However, we can't summarize the contribution of a multidisciplinary healthcare center to the activity it generates for its territory. Building new primary healthcare indicators to measure this contribution remains the challenge of the coming years.

Table des matières

Remerciements	6
Résumé en Français.....	9
Titre en Anglais.....	10
Résumé en Anglais	10
Liste des abréviations et acronymes	14
1. Introduction	16
1.1. Soins de santé primaires	16
1.1.1. Définitions.....	16
1.1.2. Acteurs des soins de santé primaires	17
1.1.3. Regroupement et coordination en soins de santé primaires.....	18
1.1.4. Projet de santé en soins primaires	19
1.2. Différents types de structure d'exercice coordonné en soins primaires.....	21
1.2.1. Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.....	21
1.2.2. Pôles de Santé Pluriprofessionnels ou CPTS.....	23
1.2.3. Centres de santé Pluriprofessionnels	23
1.2.4. Exercice coordonné sans structure juridique.....	24
1.3. Territoires de santé	25
1.3.1. Définitions.....	25
1.3.2. Zones déficitaires en soins primaires	26
1.3.2.1. La densité en médecins généralistes : les zones fragiles.....	26
1.3.2.2. L'Accessibilité Potentielle Localisée : les zones de vigilance	27
1.3.2.3. Le zonage ARS 2018 appliqué à la médecine générale.....	30
1.4. Région Auvergne-Rhône-Alpes	31
1.4.1. Caractéristiques démographiques.....	31
1.4.2. Caractéristiques géographiques	32
1.4.3. Offre de soins primaires en AURA	33
1.4.4. Exercice coordonné de soins primaires.....	35
2. Objectifs	37
3. Matériel et méthodes	38
3.1. De la base du SNDS à son extraction de données.....	38
3.1.1. Base de données du SNDS.....	38

3.1.2.	Accès aux données de la base SNIIRAM	39
3.1.3.	Sélection des données à extraire du DCIR.....	40
3.1.4.	Sélection des données à extraire de DAPRAR	40
3.2.	De l'extraction des données brutes aux variables	41
3.2.1.	Logiciel d'analyse répondant au référentiel de sécurité de la CNAM.....	41
3.2.2.	Filtre sur la nature des prestations de soins primaires	41
3.2.3.	Filtre sur les régimes de remboursement de l'Assurance Maladie.....	43
3.2.4.	Filtre sur les médecins généralistes de la région AURA	43
3.2.5.	Filtre sur le mode d'exercice des praticiens	44
3.2.6.	Filtre sur le statut d'exercice particulier (MEP).....	45
3.2.7.	Sélection de l'échantillon de communes avec implantation d'une MSP	47
3.2.7.1.	Critères d'inclusion	47
3.2.7.2.	Critères d'exclusion.....	47
3.2.8.	Recueil de données complémentaires	47
3.3.	Des variables aux données d'analyse.....	50
3.3.1.	Uniformisation des codes géographiques communaux INSEE.....	50
3.3.2.	Prise en compte de l'évolution des populations communales	50
3.3.3.	Compatibilité avec les zones déficitaires de la région AURA	51
3.3.4.	Choix d'une typologie géographique urbaine/rurale.....	52
3.4.	De l'analyse aux résultats.....	54
3.4.1.	Construction du critère de jugement principal	54
3.4.2.	Analyse globale pour la région AURA.....	55
3.4.3.	Analyse pour l'échantillon des communes avec MSP	56
3.4.3.1.	Analyse « Ici-Ailleurs »	56
3.4.3.2.	Analyse « Avant-Après »	56
4.	Résultats.....	58
4.1.	Evolution de l'offre de soins primaires en région Auvergne-Rhône-Alpes.....	58
4.2.	Approche territoriale.....	60
4.3.	Evolution de l'offre de soins primaires dans les communes où s'est implantée une MSP	65
4.3.1.	Analyse « Ici – Ailleurs »	65
4.3.1.1.	Analyse « avant-après »	68

5. Discussion.....	71
5.1. Concernant la méthode.....	71
5.2. Concernant les résultats.....	72
6. Conclusion.....	74
7. Bibliographie	75
8. Annexes.....	75
8.1. Annexe 1 : Liste des communes avec MSP de l'étude.	75
8.2. Annexe 2 : Résultats détaillés de l'analyse « avant-après » pour les 144 communes de l'étude	78

Liste des abréviations et acronymes

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

AURA : Auvergne Rhône Alpes

C : Consultation au cabinet

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CEREES : Comité d'Expertise pour les Recherches, les Etudes, et les Evaluations dans le domaine de la Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

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

ENMR : Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération

ESP : Equipe de Soins Primaires

ETP : Equivalent temps-plein

HPST (loi) : Loi Hôpital Patients Santé et Territoires

INDS : Institut National des Données de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

MEP : Médecin à Exercice Particulier

MGL : Médecins Généralistes Libéraux

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PRS : Projet Régional de Santé

PSP : Pôle de Santé Pluriprofessionnel

QPV : Quartier Prioritaire de la politique de la Ville

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire / Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSP : Soins de Santé Primaires

V : Visite à domicile

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZV : Zone de Vigilance

1. Introduction

1.1. Soins de santé primaires

1.1.1. Définitions

Le concept des soins de santé primaires (SSP), dérivé du terme anglophone « primary health care » fut officiellement défini en 1978 lors de la déclaration d'Alma Ata pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme *le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé. Ils permettent de rapprocher le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent* (1).

La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 prend une place majeure dans l'histoire française des SSP car elle intègre les soins ambulatoires au Code de santé publique (2). Elle précise notamment l'organisation des soins de premier recours, les missions de ses acteurs, ainsi que la constitution des Agences Régionales de santé (ARS) et l'élaboration de Schémas Régionaux de l'Organisation des Soins ambulatoires (SROS). En particulier, ces notions sont abordées dans son article 36 : *L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité. Ils sont organisés par les Agences Régionales de Santé conformément au Schéma Régional d'Organisation des Soins. Ils comprennent :*

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

Le concept des SSP se confond alors volontiers avec celui des soins de premier recours. Selon le rapport sur la santé dans le monde de l'OMS de 2003, cette ambiguïté repose sur le fait que l'on peut voir les SSP à la fois comme un niveau de soins, comme une approche globale de la politique sanitaire, mais également comme des prestations de service. Dans les pays à haut ou moyen revenu, les SSP correspondent essentiellement au premier niveau de soins. En revanche, dans les pays à bas revenu, où l'accès aux soins de santé se heurte encore à de graves difficultés, les SSP équivalent davantage à une stratégie applicable à l'échelle du système de soins (3).

En France, la définition des SSP donnée par la circulaire¹ du 9 décembre 2016 confirme également cette équivalence avec les soins de premier recours : *« Les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui*

¹ Circulaire N° DGOS/PF4/2016/382.

coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurant pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé. »

1.1.2. Acteurs des soins de santé primaires

Les acteurs des soins de santé primaires correspondent aux professionnels de santé de premier recours. Ils sont définis dans le Code de Santé Publique (4) par :

- Les professions médicales : médecins, sages-femmes, odontologistes.
- Les professions de pharmacie : pharmaciens, préparateurs en pharmacie.
- Les professions d'auxiliaires médicaux : infirmiers, masseur-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électro-radiographie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens, prothésistes, orthésistes, diététiciens.

Parmi tous ces professionnels, les médecins généralistes de premier recours occupent une place centrale du fait qu'ils sont souvent le premier contact avec le système de soins, comme le précise la définition de la WONCA Europe de 2002 (5). La réforme de l'Assurance Maladie du 8 décembre 2004, conforte ce rôle de premier contact et d'orientation dans le système de soins avec la création du statut de médecin traitant (6).

Par ailleurs, la notion de premier recours est importante car tous les médecins généralistes n'exercent pas systématiquement une activité de soins de premier recours. C'est le cas des médecins à exercice particulier (MEP). Ces médecins font le choix de proposer une expertise particulière relevant de la « sur-spécialisation » mais non reconnue comme spécialité à part entière par la Sécurité Sociale. Cette part d'exercice particulier représente tout ou partie de l'activité du praticien. Lorsque cette part d'exercice représente la totalité de l'activité, on parle de MEP exclusifs. Les MEP sont bien reconnus comme médecins généralistes mais ils sont positionnés plutôt comme médecins de soins secondaires au sein du système de santé au même titre que les spécialistes (allergologue exclusif, angéiologue exclusif, acupuncteur exclusif, homéopathe exclusif, médecine thermique exclusive, ...). Les MEP exclusifs ne sont donc pas considérés comme des médecins généralistes de soins primaires ou de premier recours contrairement aux MEP non exclusifs.

La loi HPST définit les missions du médecin généraliste de premier recours :

- *Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.*
- *Orienter ses patients dans le système de soins et le secteur médico-social.*
- *S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients.*
- *Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés.*

- *Contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.*
- *S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé.*
- *Contribuer aux actions de prévention et de dépistage.*
- *Participer à la mission de service public de permanence des soins.*
- *Contribuer à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.*

1.1.3. Regroupement et coordination en soins de santé primaires

Même si le mode d'exercice privilégié des médecins généralistes a longtemps été un exercice isolé en cabinet libéral, d'autres modes d'exercices sont apparus. Les médecins généralistes peuvent faire le choix de se regrouper :

- en restant libéraux et sans mise en commun de leurs honoraires via une Association loi 1901 ou une Société Civile de Moyens.
- en devenant salariés avec mise en commun de leurs honoraires via une Société Civile Professionnelle, une Société d'Exercice Libéral ou un Centre de santé.

L'affinité pour ces modes d'exercice a évolué et de plus en plus de médecins généralistes se tournent vers l'exercice regroupé plutôt qu'individuel. Dans une enquête² réalisée sur 2083 médecins généralistes, l'exercice regroupé passe de 43% à 54% de 1998 à 2009. Cette augmentation est surtout due aux nouvelles générations de médecins. En effet, en 2009, les moins de 40 ans exerçaient à 77 % de manière regroupée contre seulement 45% des plus de 50 ans. Parmi cette proportion de médecins en exercice regroupé, une majorité (74%) l'était principalement sous la forme de cabinet monodisciplinaire (généralistes et/ou spécialistes) de petites tailles (2 à 3 médecins principalement) mais 26% choisissaient déjà d'exercer dans des structures pluriprofessionnelles de plus grande envergure allant de 3 à plus de 10 professionnels (7).

Cette dynamique de regroupement s'est poursuivie dans la durée comme le montrent les chiffres d'une autre enquête³ réalisée sur 3300 médecins généralistes au début 2019, qui établit qu'une proportion de 61 % de médecins généralistes libéraux exerce en groupe. Parmi eux, 44 % exercent avec au moins un professionnel paramédical (21% d'infirmiers, 12% de masseur-kinésithérapeutes, 8% de pédicure-podologue, 7% d'orthophonistes et 6 % de diététiciens) (8).

Du fait de l'engouement grandissant pour l'exercice en structures pluriprofessionnelles, les politiques d'aménagement du territoire et de l'Assurance Maladie ont été d'accompagner et

² D'après le Baromètre Santé Médecins Généralistes 2009 réalisé et produit par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

³ D'après le Quatrième Panel des médecins généralistes 2018-2019 et produit par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES).

de miser sur ce nouveau mode d'exercice de part la promesse qu'il représente, pour répondre aux objectifs d'amélioration de la qualité des soins, de leur efficacité et de la réduction des inégalités d'accès aux soins primaires.

C'est à nouveau la loi HPST de 2009 qui encadre l'évolution des modes d'exercices de médecins généralistes de premier recours en proposant une définition des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), des Pôles de Santé Pluriprofessionnels (PSP) et en introduisant la notion d'exercice coordonné ainsi que les modalités prévues pour leur financement.

A la suite, avec la circulaire du 27 juillet 2010, le Plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural au sein duquel on trouve notamment le premier cahier des charges pour ces structures mettant en avant la coordination interprofessionnelle aboutissant à une véritable « vague de MSP et de Pôles de Santé » dans la décennie qui suit (9,10).

Ce qui définit en premier point une MSP ou un Pôle de Santé, c'est au départ l'envie de regroupement pluriprofessionnel mais l'élément fondateur est bel est bien la naissance d'une coordination interprofessionnelle entre ces différents professionnels. Elle peut être définie comme la *somme des activités de concertation, d'analyse des pratiques professionnelles, d'organisation de la prise en charge et du suivi des patients ainsi que l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels, le tout dans un objectif d'améliorer la qualité de soins prodigués aux patients* (11). Ainsi, un simple regroupement de professionnels au sein d'un cabinet de groupe voir d'un cabinet pluriprofessionnel n'est pas systématiquement synonyme de l'existence d'une réelle coordination. C'est l'élaboration d'un Projet de Santé commun qui formalise tous les aspects de cette coordination.

1.1.4. Projet de santé en soins primaires

Le Projet de santé est donc le fruit d'une réflexion d'une équipe pluriprofessionnelle. Il est presque toujours à l'initiative des professionnels d'un territoire de santé et parfois à celle des élus locaux, désireux d'attirer de nouveaux professionnels et ainsi de lutter contre la désertification médicale à l'échelle locale.

Son élaboration doit être initialement basée sur un diagnostic de l'offre de soins existante (soins primaires, soins secondaires, distance avec les services d'urgences, le SMUR et les établissements médico-sociaux) et des besoins en santé (profil démographique, social et pathologique) de son territoire de santé.

Il doit suivre un certain nombre de recommandations issues de la circulaire du 27 juillet 2010 et du cahier des charges qui lui fait annexe. Il est notamment rappelé que le projet de santé « *doit témoigner d'un exercice coordonné et être conforme aux orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)* » (9).

Des facilitateurs externes, qui sont souvent des professionnels de santé de structures en fonctionnement, les fédérations de structures d'exercice coordonné ou bien les interlocuteurs de l'ARS de proximité, sont souvent un soutien appréciable à l'élaboration du projet de santé.

Il comprend au moins deux parties :

- Le projet professionnel qui définit :
 - la composition de l'équipe
 - le type d'implantation géographique et sa structuration juridique
 - les modalités de coordination en termes de système d'information partagée, de l'élaboration de protocoles de soins et de la tenue des réunions pluriprofessionnelles régulières
 - les modalités de sa démarche qualité et du développement pluriprofessionnel continu
 - les modalités de maîtrise des terrains de stages des étudiants en santé.

- Le projet de soins qui précise :
 - les modalités d'accès aux soins (conventionnement, accès aux personnes en situation de handicap, de mobilité réduite ou de précarité,...)
 - les modalités de continuité des soins (horaires ouvrés, permanence des soins ambulatoires)
 - les actions de santé prioritaires en fonction des besoins des patients sur la zone territoriale (suivi des diabétiques, programmes d'Education Thérapeutique du Patient, ...).

Dans la partie « type d'implantation » du projet professionnel, il figure également une partie relative au volet immobilier du projet : il peut s'agir d'une construction, d'un achat ou d'une rénovation des locaux existants. Dans le cas d'un portage de projet par des élus locaux, la MSP est le plus souvent locataire. Mais dans le cas d'un portage de projet par les professionnels eux-mêmes, ils en deviennent généralement propriétaires, au moins pour une partie en constituant une Société Civile Immobilière (SCI).

Au-delà de l'aspect immobilier du projet, il est également nécessaire de créer de nouveaux statuts juridiques relatifs à la structure d'exercice coordonné, parmi lesquels coexistent souvent :

- une Association loi 1901, souvent utilisée pour constituer le projet de santé, entre professionnels de santé, voire avec d'autres professionnels non-auxiliaires médicaux (ostéopathes, psychologues, ...).
- une Société Civile de Moyens (SCM) pour la mise en commun des moyens liés à l'exercice comme les locaux, l'équipement et le personnel. Elle peut être monodisciplinaire (cabinet de groupe) ou pluriprofessionnelle (MSP).

- une Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) qui, depuis la loi Fourcade du 10 août 2011, est la seule structure juridique permettant de percevoir des subventions de l'Etat et des collectivités territoriales pour la coordination interprofessionnelle. Elle n'est pas ouverte qu'aux professionnels de santé du projet.

Selon les souhaits des professionnels concernés et selon les possibilités qu'offrent les municipalités, différents types de structures existent :

- la MSP monosite où tous les professionnels sont regroupés au même endroit et dans un même bâtiment.
- La MSP multisites où les professionnels sont répartis sur des locaux différents parfois sur des communes voisines. Il est alors désigné un « bâtiment socle » où est domiciliée la structure juridique.
- Le Pôle de Santé Pluriprofessionnel, qui par définition est multisites et qui coordonne des actions à plus grande échelle que celle de la stricte patientèle des professionnels.

Le projet de santé doit être signé par tous les professionnels de santé concernés et être ensuite déposé à l'ARS en vue d'une validation et le cas échéant, d'un possible financement spécifique et dédié à l'ingénierie du projet, à sa mise en œuvre et/ou à sa pérennisation au titre de la coordination de soins. Au fil du temps, ces modalités de financement ont évolué avec initialement les Expérimentations des Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) en 2011, puis avec le Règlement Arbitral de 2015, et enfin avec l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) en 2017. L'ACI contractualise les professionnels de la MSP sur objectifs, pour 5 ans et de façon tripartite, entre la MSP, l'ARS et la Caisse Primaire Assurance Maladie. L'ACI est basée sur des indicateurs « socles pré-requis », des indicateurs « socles » et des indicateurs « optionnels » qui permettent le calcul de la rémunération de la structure et son versement via la SISA des structures signataires (12).

Au 1^{er} janvier 2019, toutes les MSP depositaires d'un projet de santé n'avaient pas encore signé l'ACI, et seulement 735 d'entre elles l'avaient fait soit environ 70% du nombre total en France à cette date. Le montant total des rémunérations s'élevait à 46,7 millions d'euros, soit en moyenne 63500€ par structures (13).

1.2. Différents types de structure d'exercice coordonné en soins primaires

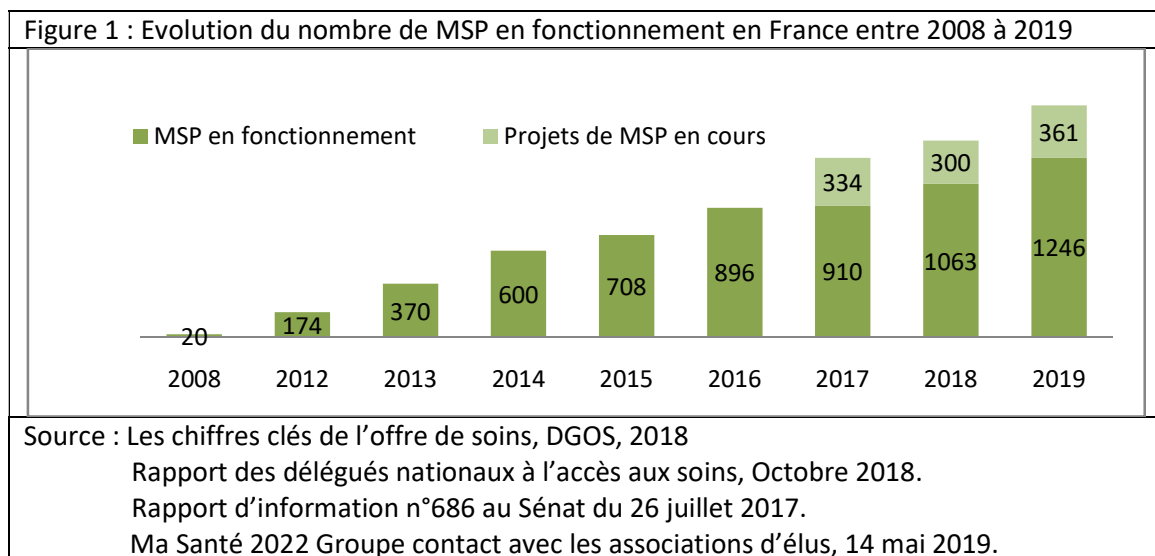
1.2.1. Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

La première définition des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles est donnée au sens législatif en 2007⁴, puis est modifiée par la loi HPST de 2009 : *Les maisons de santé assurent*

⁴ Avec la création de l'article L. 6323-3 dans le Code de Santé Publique.

des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux [...](14).

L'arrivée de ce texte de loi coïncide avec la « vague des MSP » auquel nous avons assisté. En effet, le nombre de structures passent d'une vingtaine référencée en 2008, à 1246 en fonctionnement et 361 projets en cours en 2019 (Figure 1). La notion de « projets en cours » permet de prédire l'évolution dans un avenir proche : en moyenne un projet de MSP se concrétise en 3 à 5 ans.



En mars 2017, les 910 MSP en fonctionnement représentaient 13419 professionnels de santé dont 3536 médecins généralistes, soit 3,4% des médecins généralistes en activité ou 5% de ceux exerçant en libéral (exclusif et mixte). En moyenne, on retrouvait par structure 5 médecins (majoritairement généralistes), 9 paramédicaux, 1,6 chirurgiens-dentistes et 2,3 pharmaciens (15–17).

Pour bien comprendre à quoi correspond une MSP, il suffit de se reporter aux « critères socles » du cahier de charges de la circulaire du 27 juillet 2010 :

- La composition est à minima de deux médecins et d'un professionnel paramédical
- Un dispositif d'information partagée
- Un encadrement de professionnels de santé en formation
- Une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des patients
- Une coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire
- Des actions de préventions (éducation thérapeutique, ...)
- Une continuité des soins
- Une organisation répondant aux demandes de soins non programmés

1.2.2. Pôles de Santé Pluriprofessionnels ou CPTS

Historiquement, le Pôle de Santé Pluriprofessionnel (PSP) pouvait parfois se confondre avec la MSP multisites, du fait qu'il est par définition multisites, mais on les différencie du fait que les PSP sont des structures juridiques d'exercice coordonné à plus grande échelle et sur un territoire dépassant le seul cadre des patientèles des professionnels d'une MSP. Les professionnels d'une MSP peuvent, sur la base du volontariat, participer aussi à un projet de coordination plus large. La MSP fait alors souvent office de « bâtiment socle » du Pôle pour sa domiciliation (18).

La définition apparue en 2007 dans le Code de Santé Publique, puis modifiée par la loi HPST : *ils sont constitués entre des professionnels de santé et/ou des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. Ils assurent comme les MSP, des soins de premier recours [...] voire de second recours et participent aux mêmes actions de santé.*

Cette définition est abrogée en janvier 2016. Ainsi les PSP deviennent les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) (19). Les CPTS correspondent à des regroupements d'Equipes de Soins Primaires (ESP) et/ou de professionnels de santé de premier de recours, voire de deuxième recours, ainsi que d'acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. Le rôle d'une CPTS est alors d'organiser les initiatives et les coopérations existantes sur un territoire, de décroquer les soins ambulatoires et l'hôpital, de structurer les parcours de soins et de répondre aux besoins identifiés localement (20).

Au 1^{er} janvier 2018, selon le rapport de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), on dénombre en France 65 CPTS ou Pôle de santé en fonctionnement (21). L'accent est mis aujourd'hui au niveau politique avec la loi « Ma Santé 2022 » sur les CPTS (22). Il y en aurait 450 en projets au début 2020⁵.

1.2.3. Centres de santé Pluriprofessionnels

Nous ne pouvons parler des structures d'exercice coordonné sans mentionner les structures qui ont sans doute initié le mouvement du regroupement pluriprofessionnel avant la « vague des MSP ». Il s'agit des anciens dispensaires qui ont été les plus premières structures de soins pluriprofessionnelles appelés « centres de santé » dès 1950 et pouvant faire l'objet à un certain degré d'un d'exercice coordonné. La première loi prévoyant un fonctionnement coordonné remonte au 4 mars 2002, puis ont été apportées successivement de nombreuses modifications, avec en autres, la loi de modernisation de 2016, qui définit les centres de santé comme des *structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de*

⁵ Discours d'Olivier Véran au 21^e Congrès National des Internes de Médecines Générale le 21 février 2020 (23).

premier recours, [...] sans hébergement, et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique, des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers [...]. Ils sont créés et gérés par des organismes non lucratifs comme des collectivités territoriales, des établissements publics de coopération intercommunale ou des établissements de santé. Ils élaborent un projet de santé au même titre que les MSP ou pôles de santé, incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Les principales spécificités des centres de santé avec les autres structures d'exercice coordonné (MSP, Pôles) résident dans le fait que :

- Les professionnels de santé qui y exercent sont tous conventionnés et salariés, ils s'engagent à ne dispenser que des soins remboursés aux tarifs opposables par la Sécurité Sociale et pratiquent le tiers payant sur la partie obligatoire des soins dispensés, voir la dispense totale d'avance des frais au titre du tiers payant généralisé quand cela est possible.
- Les centres de santé ne proposent pas tous une activité médicale, une condition qui est nécessaire à la constitution d'une MSP. En effet, en mars 2017, on dénombrait 1933 centres de santé en France, dont seulement un tiers proposait une activité médicale (474 centres pluriprofessionnels et 217 centres médicaux exclusifs), le reste étant majoritairement des centres dentaires exclusifs (676 centres) et des centres infirmiers exclusifs (522 centres). Quelques 21400 professionnels de santé y étaient salariés dont 1888 médecins généralistes, ce qui représente 1,8 % de l'ensemble des médecins généralistes en activité en 2017 (16).
- La fonction de coordination des soins est cependant bien prévue dans les textes de loi et donne lieu à une rémunération spécifique le cas échéant pour les centres pluriprofessionnels, via les ENMR, le règlement arbitral, puis l'ACI ou l'Accord National des Centres de Santé.

Après un déclin de leur nombre jusqu'en 2011 faisant suite à des difficultés de gestion et de rémunération, les centres de santé ont bénéficié comme les MSP naissantes, du soutien organisationnel et financier prévu par la loi HPST de 2009. Actuellement, ce modèle est de nouveau en plein essor, grâce notamment à la rémunération de la coordination interprofessionnelle élaborée au sein des équipes de professionnels et de leur projets de santé (24).

1.2.4. Exercice coordonné sans structure juridique

Il existe aussi, depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, un nouveau mode d'exercice coordonné (19). C'est l'Equipe de Soins Primaires (ESP) qui est définie comme *un regroupement de professionnels de santé de premier recours, sans aucun statut juridique*

particulier, regroupés ou non sur un même site, comprenant au moins un médecin généraliste de premier recours et un auxiliaire médical. Ces professionnels coordonnent leurs pratiques à travers un projet de santé commun sur des actions spécifiques répondant aux besoins de leur patientèle telles que le développement des soins palliatifs à domicile ou l'éducation thérapeutique. L'exercice en ESP peut, par exemple, constituer la première étape de réflexion d'un projet de santé sur un territoire donné voire aboutir à la création d'une MSP.

1.3. Territoires de santé

La notion de soins primaires est donc intimement liée à la notion de territoires de santé, que ce soit à l'échelle communale ou intercommunale (patientèle des professionnels de santé) ou à une échelle faisant appel à un découpage géographique plus large.

1.3.1. Définitions

La notion de territoires de santé est née en 2003 pour la 3^e génération des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) de 2005. Historiquement, il s'agissait des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, initiés en 1991 et utilisés pour quantifier et organiser l'offre sanitaire hospitalière régionale. Les SROS de 3^e génération *deviennent l'unique outil de planification, prenant en compte les besoins en santé physique et mentale et les caractéristiques épidémiologiques propres de chaque région.* Ils y fixent dans une annexe des objectifs quantifiés d'offre de soins par territoire de santé pour les 5 ans à venir (25).

La définition est donnée en 2004 : *des territoires pertinents pour l'organisation des soins en remplaçant les précédents secteurs sanitaires, en tenant compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives* »(26).

La loi HPST de 2009 étendant le champ d'application des SROS aux soins ambulatoires. Ils deviennent également une partie intégrante des Projets Régionaux de Santé (PRS) qui sont les référentiels, au niveau régional, en matière de santé publique pour 5 ans.

Pour la période 2006-2011, chaque ARS va alors procéder à un découpage du territoire régional en territoires de santé, en y intégrant la partie ambulatoire des soins. Les méthodes de découpage étaient cependant hétérogènes d'une région à une autre. A titre d'exemple, la région Rhône-Alpes se basait sur les flux réels hospitaliers, tandis que la région Auvergne se basait sur les bassins de vie (27).

Le fait d'intégrer les soins ambulatoires est une étape incontournable dans l'organisation du système de santé, puisque cela permet de quantifier l'offre existante en soins primaires, son accessibilité ainsi que les besoins en santé de la population du même territoire. C'est une des missions au cœur du SROS/PRS 2012-2017 qui vise à identifier les zones territoriales où

l'adéquation entre l'offre et les besoins en santé est déficitaire, ce qui, dans une logique de réduction des inégalités d'accès aux soins, permet ensuite de mettre en place des politiques incitatives à l'installation des professionnels et/ou de lutte contre la désertification médicale.

1.3.2. Zones déficitaires en soins primaires

Pour mesurer l'adéquation entre offre et besoins en santé, il existe plusieurs indicateurs qui se superposent dans le temps et qui apportent tous des informations et un lexique différent.

1.3.2.1. La densité en médecins généralistes : les zones fragiles

En 2011⁶, les ARS ont reçu la mission d'identifier les zones fragiles de premier recours, définies comme la part de la population vivant sur un territoire (bassin de vie) où la densité en médecins généralistes libéraux est inférieure à 30% de la moyenne nationale. Bien que la méthode de découpage géographique ait été laissée à l'appréciation des ARS, cette part était plafonnée au niveau national à 7,34% par l'arrêté. A titre d'exemple, cette part représentait 10% en Rhône-Alpes et 8,64% en Auvergne (28).

La densité en médecins généralistes est le rapport de l'effectif des médecins généralistes libéraux (MGL) par bassin de vie pour 100 000 habitants. Le nombre de médecins est issu de l'annuaire santé du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS).

L'échelon géographique (bassin de vie) est un découpage supracommunal de l'INSEE⁷ qui constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à des équipements et des services les plus courants. Les équipements et les services mentionnés sont classés selon 3 gammes (de proximité, intermédiaires et supérieurs) dans lesquels les professionnels de santé de premier recours sont rangés comme services de proximité.

Ce découpage territorial prend son intérêt dans le fait qu'il renseigne sur des espaces faiblement peuplés, et qu'il permet entre autres de classer les bassins de vie selon une typologie urbaine-rurale. En 2012, et parmi 1644 bassins de vie (France métropolitaine), 379 sont dits urbains et 1287 sont dits ruraux (29). Ces bassins de vie ruraux sont majoritaires sur le territoire français. Ils représentent 72% des communes, 78% de la superficie du pays, et 31% de sa population.

La densité de médecins généralistes libéraux était de 107,2 MGL/ 100 000 habitants en 2011 pour la France entière.

La densité a pour défaut de ne pas tenir compte de la notion d'accessibilité, matérialisée par la distance parcourue des patients pour consulter les professionnels qui constituent cette

⁶ Arrêté du 21 décembre 2011.

⁷ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

offre. En effet, en 2010, 84 % de la population française vit dans une commune où exerce au moins un médecin généraliste libéral et 100 % réside à moins de 15 minutes d'une commune équipée (Tableau 1) (30). Ceci est moins vrai dans les bassins de vie ruraux, où pour 50% de la population, le temps d'accès routier aller-retour en heure creuse vers un équipement de santé est de 44 minutes (31).

Néanmoins, la proximité ne rime pas toujours avec accessibilité et les patients ne consultent pas systématiquement le professionnel de santé le plus proche de chez eux, que ce soit par raison sociale, culturelle, économique ou parce que l'offre de soins est saturée et donc relativement inaccessible.

Tableau 1 : Répartition de la population selon la distance au professionnel libéral le plus proche

	Médecins généralistes (hors MEP*)	Infirmiers	Masseurs-kinésithérapeutes	Ophthalmologues	Gynécologues
Dans la commune de résidence	84	84	81	50	48
À moins de 5 minutes	90	90	86	52	50
À moins de 10 minutes	99	99	98	63	60
À moins de 15 minutes	100	100	100	77	73
À moins de 30 minutes	100	100	100	98	95
À moins de 1 heure	100	100	100	100	100

*MEP : Médecins à exercice particulier (acupuncture, homéopathie, angiologie, etc.)

Lecture : 84 % de la population habite dans une commune où exerce un médecin généraliste, 90 % habite dans une commune équipée ou à moins de 5 minutes d'une commune équipée.

Champ : France, 2010.

Sources : SNIIR-AM, CNAM-TS, 2010 ; Population, Insee, 2008 ; distancier Odomatrix, Inra.

Source : DREES, Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité, 2012. (16)

1.3.2.2. L'Accessibilité Potentielle Localisée : les zones de vigilance

La densité en médecins généralistes libéraux ne renseignait pas sur l'accessibilité de cette offre de soins et il a donc été développé en 2012 un nouvel indicateur nommé l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) (32).

L'APL est un indicateur appliqué à la médecine générale libérale ou transposable aux autres professionnels de santé qui mesure à posteriori l'offre de soins effectuée par les praticiens à un échelon communal et qui la divise par la demande de soins potentielle d'une zone de recours.

L'offre de soins est calculée sur les données d'activité par médecins et elle est exprimée en équivalents-temps-plein (ETP). Cette notion est intéressante car elle pondère le niveau d'offre par le niveau d'activité réellement réalisée par les médecins et non pas seulement du simple référencement RPPS. Dans ce calcul, les médecins à exercice particulier sont exclus

du fait de la difficulté de connaître la part de leur activité correspondant réellement aux soins primaires et pas de leur pratique spécialisée. Les actes comptabilisés étaient les actes correspondant aux consultations au cabinet (C) et les visites à domicile. Basée sur des données d'activité 2010, la valeur moyenne d'activité de soins de premier recours (C+V) par médecin généraliste était de 4350 par an (32). A partir de cette valeur, sont calculés au prorata, les ETP des médecins généralistes de premier recours (Tableau 2).

Tableau 2 : Pondération de l'activité des médecins généralistes de premier recours en 2010

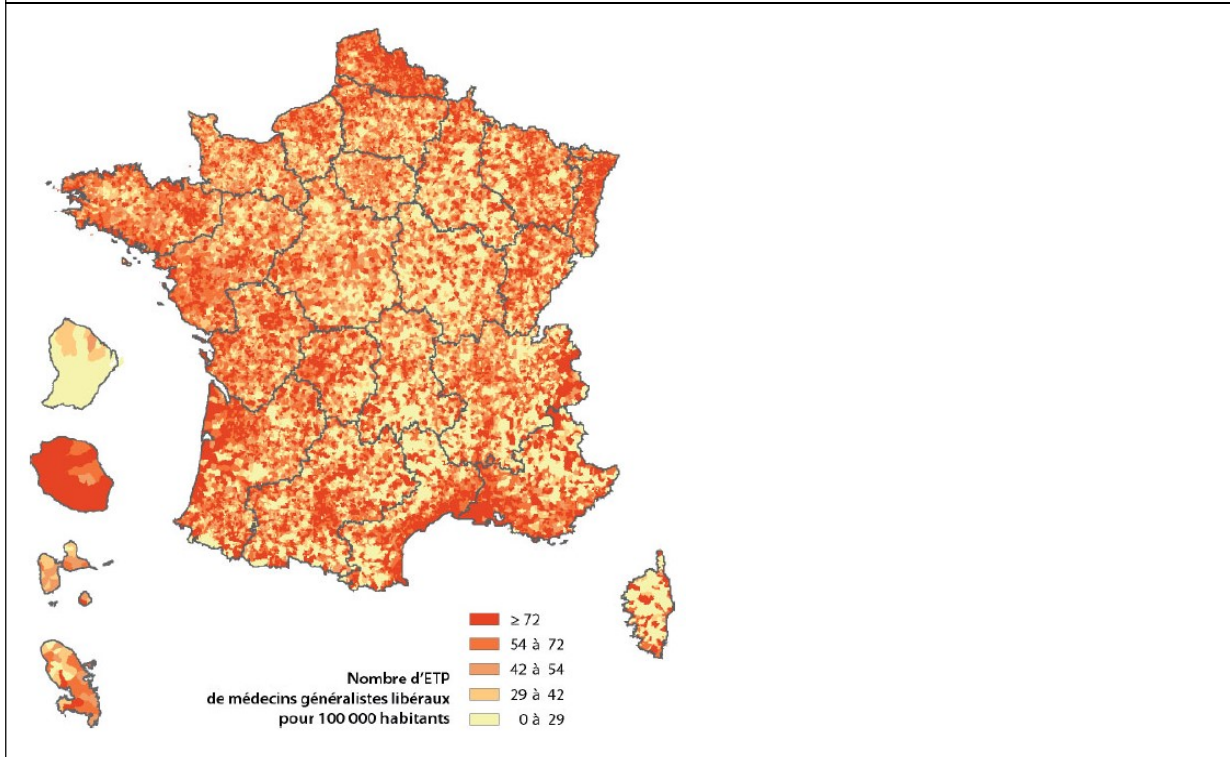
Déciles de distribution	Quantité d'actes annuels	ETP
< 5 %	< 273	0
5 à 10 %	[273 - 1 028[0,2
10 à 25 %	[1 028 - 2 643[0,5
25 à 50 %	[2 643 - 4 252[0,7
50%	4 252	1

Source : DREES, L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. 2012

La demande de soins prend en compte la zone de recours de chaque médecin, définie par la population qui a potentiellement accès à ses soins. Le périmètre de cette zone utilise un distancier géographique qui pondère l'accès par rapport à la distance. La population est standardisée par tranches d'âge, en pondérant chaque habitant par le taux de recours moyen lié à son âge et par le taux moyen de la zone de recours.

Au final, le principal intérêt de l'APL est qu'elle donne un résultat local à l'échelle communale et est comparable aux autres indicateurs courant comme la densité. Par exemple en 2012, la densité moyenne en médecin de premier recours était de 83,9/100 000 habitants, et l'APL moyenne 2013 était de 69 ETP/100 000 habitants.

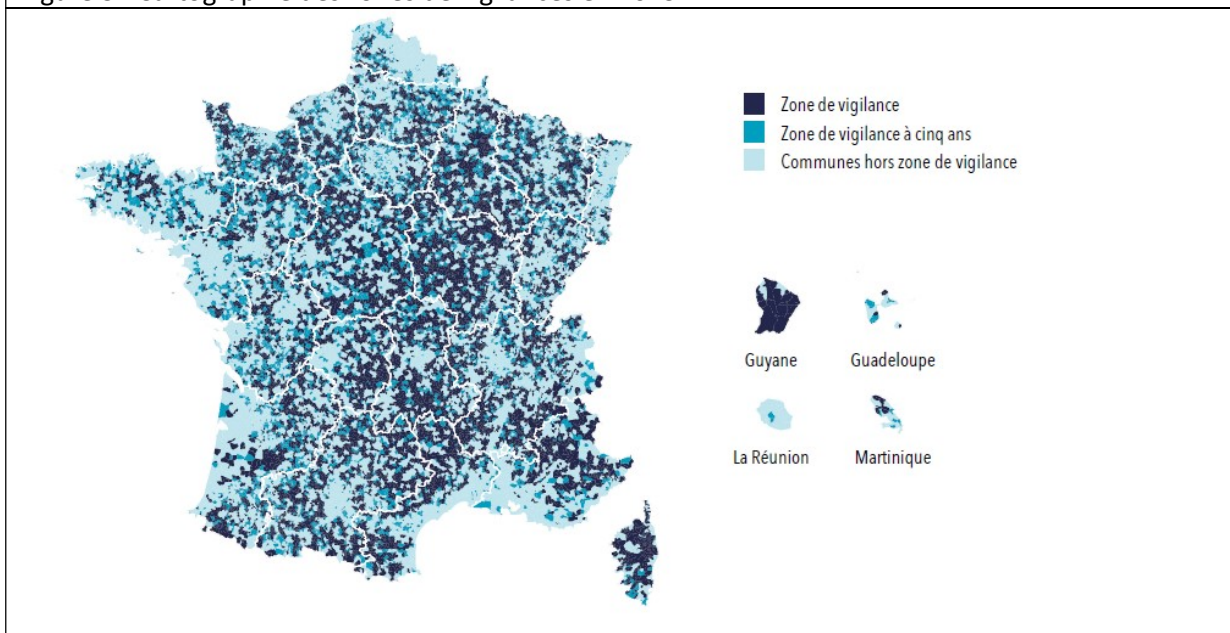
Figure 2 : Accessibilité Potentielle Localisée des médecins généralistes libéraux en France 2010



Source : DREES, L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. 2012

Ainsi en utilisant comme seuil une valeur d'APL inférieure à 50% de la moyenne nationale (69 ETP/100 000 habitants en 2013), soit 35 ETP/100 000 habitants, on peut référencer les communes dites en zones de vigilance (Figure 2 et 3). Ces communes avaient en moyenne, en 2013, 22 ETP pour 100 000 habitants (33).

Figure 3 : Cartographie des zones de vigilances en 2013.



Source : DREES, Accessibilité aux soins : les zones de vigilance, 2016

En 2015, la méthodologie a été révisée et les résultats communaux étaient désormais exprimés en nombre d'actes par habitant et par an. Cette unité allait devenir un indicateur incontournable de mesure pour identifier les zones déficitaires, toujours d'actualité aujourd'hui.

En 2015, la moyenne nationale était de 4,11 consultations par habitants par an. Sont alors définis les zones « sous denses » en médecins généralistes : elles correspondent à toutes les communes où la population possède une APL inférieure à 2,5 (C+V) par an et par habitant (C/hab/an). Sur cette définition, les zones « sous-denses » représentaient 8,1 % de la population française en 2015, soit environ 8919 communes pour environ 5,3 millions de personnes (34).

Ce seuil d'APL de 2,5 actes par habitant et par an est aujourd'hui toujours en vigueur et à servi notamment à l'élaboration du dernier zonage demandé aux ARS pour caractériser en 2018 les zones déficitaires. (35).

1.3.2.3. Le zonage ARS 2018 appliqué à la médecine générale

L'arrêté du 13 novembre 2017 prévoit de réviser la méthode d'identification des zones déficitaires et définit une nouvelle maille territoriale appelée Territoires de Vie-Santé (TVS) ainsi qu'un nouveau lexique pour caractériser les zones déficitaires en offres de soins primaires. Ce zonage s'intéresse également aux quartiers des agglomérations :

- TVS en Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP)
- TVS en Zones d'Action Complémentaire (ZAC)
- TVS en Zones de Vigilance (ZV)
- TVS en Hors Zones (HZ)
- Quartier Prioritaire de la Ville en Zone d'Intervention Prioritaire (QPV ZIP)
- Quartier Prioritaire de la Ville en Zone d'Action Complémentaire (QPV ZAC)

Les ARS devaient définir pour 2018, et conformément à la méthode proposée dans cet arrêté, l'identification des territoires basés sur les limites de bassins de vie, en zones déficitaires de manière à adapter les politiques d'aides en santé publique. Toutes les communes de ce TVS ont donc le même zonage.

La méthode d'identification était basée sur les résultats d'APL 2015 pour la médecine générale, et sur des critères laissés aux choix des ARS.

En 2015, l'APL moyen national était de 4,06 actes par habitant par an (36). Il descendait à 3,6 en ne prenant en compte que l'activité des praticiens de moins de 65 ans, dans une optique de projection à court terme.

Ainsi, en prenant en compte les départs de médecins de plus de 65 ans dans un futur proche, les TVS dont l'APL moyen était inférieur à 2,5 actes/habitant/an constituaient la sélection nationale obligatoirement classée en ZIP par les ARS. Les TVS dont l'APL (< 65ans) était compris entre 2,5 et 4, constituaient le vivier dans lequel les ARS pouvaient appliquer leurs propres critères de choix pour classer les TVS en ZIP, ZAC, QPV ZIP et QPV ZAC. Quelques ARS avaient également la possibilité de classer certains TVS dont l'APL (< 65ans) était supérieure à 4 en zone déficitaire dans une logique de soutenir les initiatives locales en particulier les communes où un projet de santé pour une structure d'exercice coordonnée était en train de voir le jour.

C'est à ce jour, le zonage en vigueur pour caractériser les zones déficitaires sur le territoire national.

1.4. Région Auvergne-Rhône-Alpes

1.4.1. Caractéristiques démographiques

La région Auvergne Rhône Alpes (AURA) est née de la fusion des précédentes régions Auvergne et Rhône-Alpes le 1^{er} janvier 2016. Elle concentre un peu plus de 8 millions de personnes au 1^{er} janvier 2018 soit environ 11,9% de la population française d'après la dernière estimation de l'INSEE, ce qui en fait la deuxième région la plus peuplée de France derrière l'Île de France. Basée sur le dernier recensement INSEE de 2016, l'analyse de la population d'AURA par tranches d'âges est quasi similaire à la population métropolitaine. Elle se compose de 30,4% de 0-24ans, de 18,3% de 25-39ans, de 26,5% de 40-59ans et de 24,8% de 60 ans et plus.

La croissance démographique est de + 0,8% par an entre 2009 et 2016 contre + 0,5% en France métropolitaine.

En AURA, l'espérance de vie à la naissance est légèrement plus longue comparée à la moyenne nationale avec 79,3 années pour les hommes et 85,6 années pour les femmes entre 2011 et 2013. Le taux de mortalité global, est parmi les plus bas de France (5^e sur 13 pour les hommes et 3^e sur 13 pour les femmes) sur la même période. Ce taux de mortalité global plus bas peut s'expliquer par :

- une sous-mortalité prématurée (mortalité des moins de 65 ans avec un taux de - 11,5% par rapport à la moyenne nationale).
- une sous-mortalité par cancers (- 4,8% par rapport à la moyenne nationale).
- une sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires (- 3,9% par rapport à la moyenne nationale).

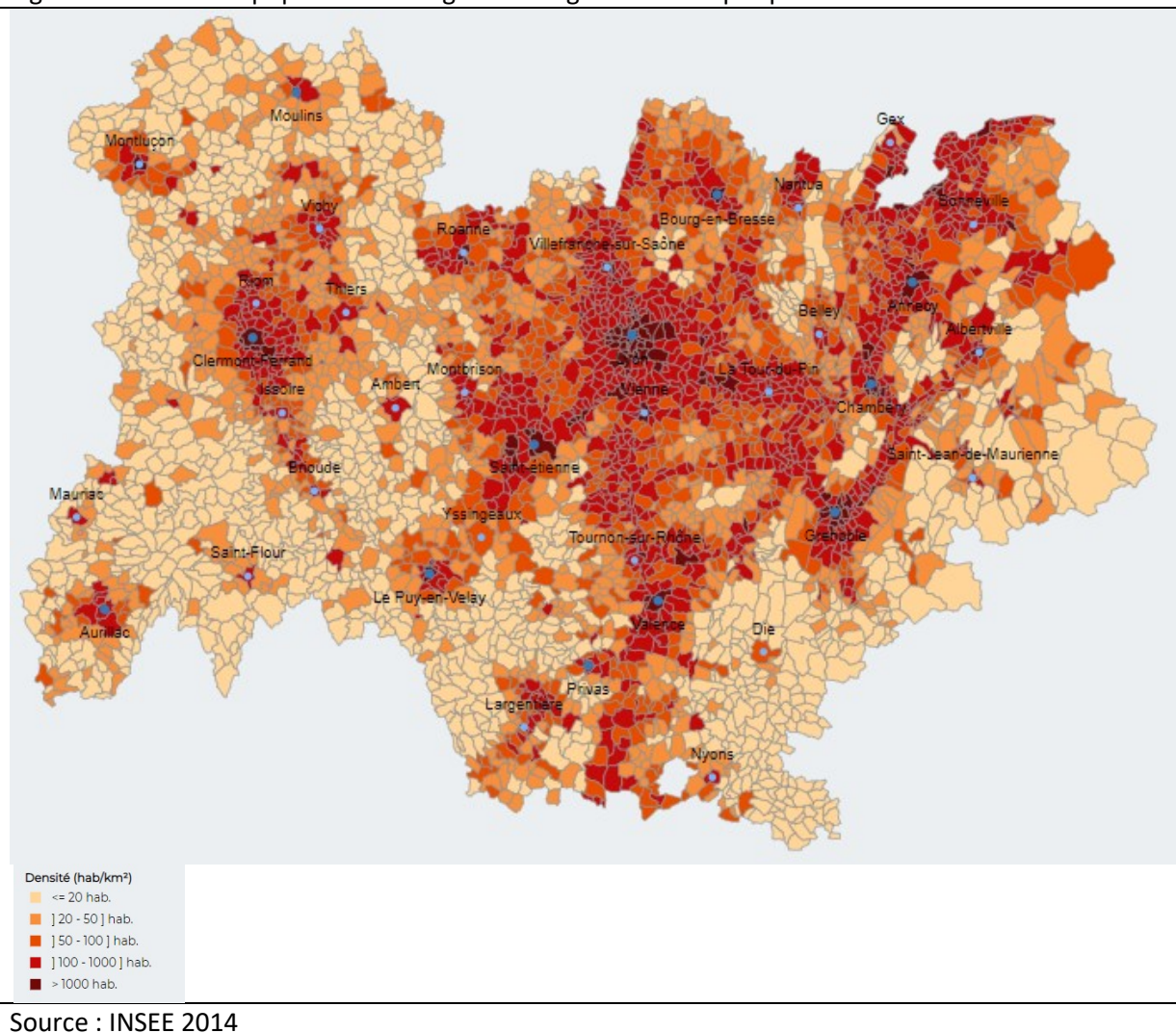
La région est plutôt favorisée avec le 2^e rang qu'elle occupe derrière l'Île de France, pour le revenu fiscal de référence par foyer. Les taux d'allocataires du RSA, de bénéficiaires de la CMU et le taux de chômage sont inférieurs au taux nationaux (Source INSEE).

1.4.2. Caractéristiques géographiques

La région AURA s'étend du Massif central à l'ouest jusqu'aux Alpes à l'est, sur environ 70 000 km², soit 13% de la superficie métropolitaine (37). 80% de cette surface est située en montagne, ce qui en fait la première région montagneuse d'Europe.

La densité de population 2016 en AURA était de 113,9 habitants/km² mais cette population est inégalement répartie sur les 4181 communes du territoire régional (Figure 4). Cette disparité est due d'une part aux zones de forte densité urbaine (78% de la population dans les cinq plus grandes agglomérations) contrastant avec les zones de faible peuplement en zones rurales et montagneuses couvrant 35% du territoire et regroupant seulement 4% de la population (38).

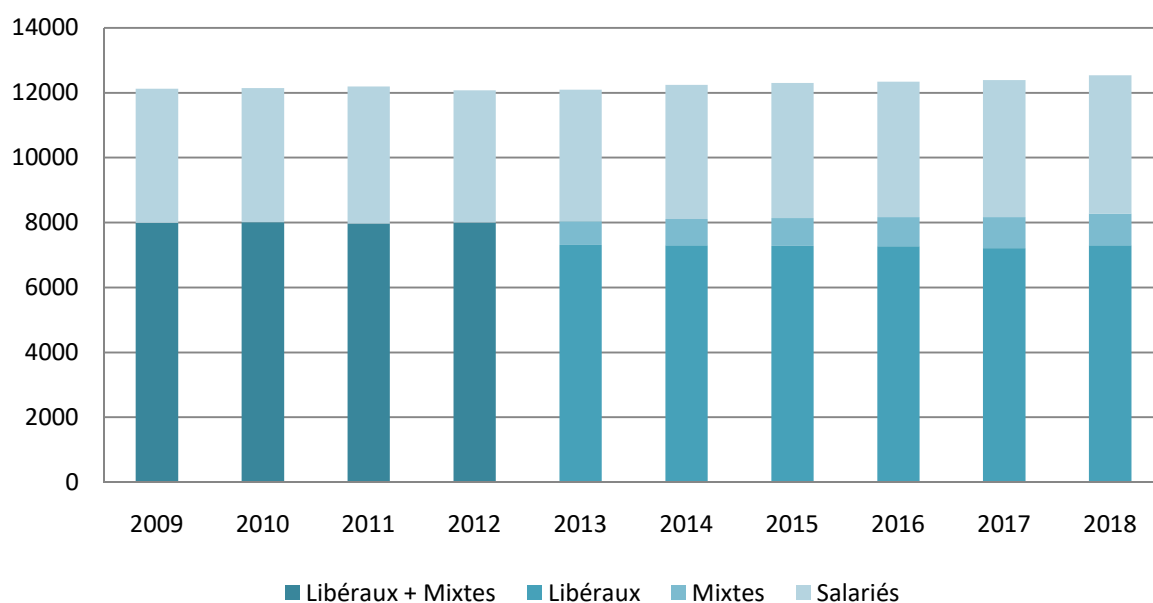
Figure 4 : Densité de population en région Auvergne-Rhône-Alpes par communes



1.4.3. Offre de soins primaires en AURA

En région AURA, les effectifs de médecins généralistes augmentent. Ils étaient 12 123 tous modes d'exercice confondu (libéraux, mixtes et salariés) dont 7992 en soins primaires (libéraux et mixtes y compris MEP) au 1^{er} janvier 2009. Cet effectif est resté relativement stable jusqu'à 2012, puis a commencé à augmenter pour atteindre au 1^{er} janvier 2018, 12540 (+3,4%) tous modes d'exercice confondu dont 8276 (+ 3,5%) en exercice libéral ou mixte. Cette augmentation est légèrement plus en faveur de l'exercice libéral ou mixte (+3,6%) que de l'exercice salarié (+3,2%).

Figure 5 : Evolution des effectifs de médecins généralistes en AURA selon le mode d'exercice.



Source : Data DREES

En comparaison la France métropolitaine a perdu -2,2% de ses médecins généralistes tous modes d'exercice confondu et une perte encore plus marquée de -3,15% pour les médecins libéraux ou mixtes entre 2009 et 2018.

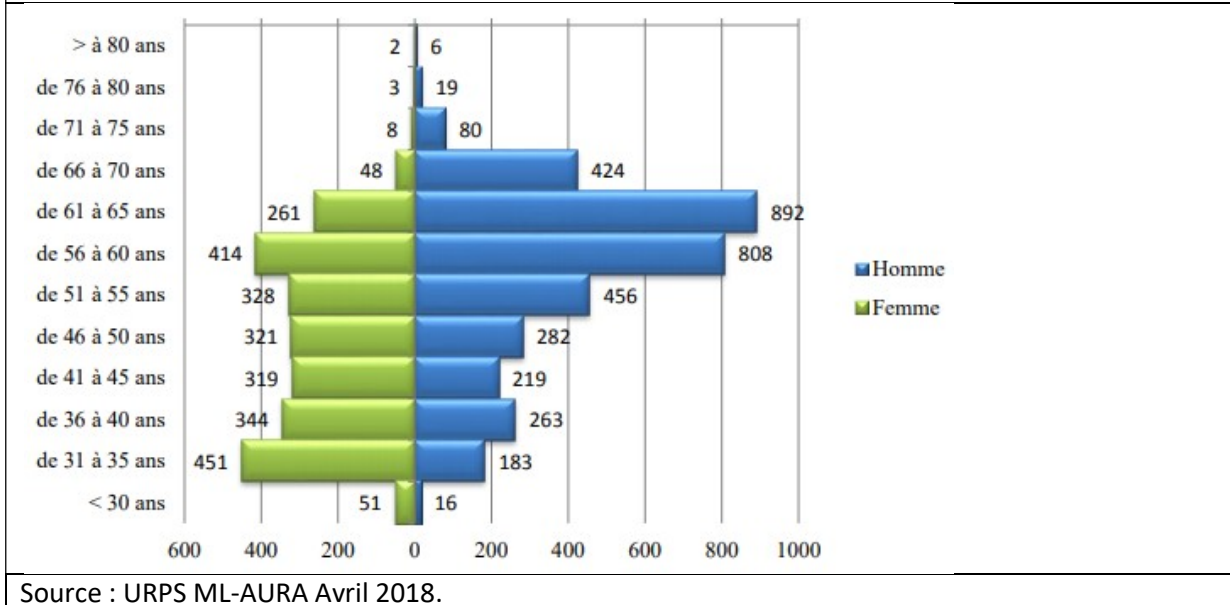
Les chiffres de l'URPS des Médecins Libéraux AURA 2018, font état de 7195 médecins en exercice principal de « ville » dont 6201 libéraux stricts, 814 MEP exclusifs libéraux et 180 MEP urgentistes salariés. Ces 6201 médecins de soins primaires libéraux étaient répartis sur 1287 communes (parmi 4039) soit une couverture médicale du territoire d'environ 31% (39).

C'est ainsi 81,3 % de la population d'AURA qui peut compter sur la présence d'au moins un médecin de premier recours sur leur commune de résidence. Cette moyenne masque, malgré tout, les disparités préexistantes entre les deux régions Auvergne (73,2%) et Rhône-Alpes (83%).

En termes activité exprimée en Equivalents Temps-Plein, au 1^{er} janvier 2018, les 6201 médecins libéraux constituent 5657,27 ETP d'activité libérale, soit un ETP moyen de 0,91 (0,94 pour les hommes et 0,88 pour les femmes).

Ces médecins sont à 58,9% des hommes et 41,1% des femmes. Toutefois, ces proportions varient dans la pyramide des âges et s'inversent pour les moins de 50 ans avec 60,7% de femmes et 39,3% d'hommes. Elles atteignent même 70,0% de femmes et 30,0% d'hommes pour les moins de 35 ans (Figure 5).

Figure 6 : Pyramide des âges et sex-ratio des médecins généralistes libéraux en AURA, 2018.



L'âge moyen des généralistes libéraux est de 52 ans en 2018, avec un âge moyen masculin de 56 ans et de 47 ans pour les femmes.

La forte proportion de praticiens relativement proches de l'âge de la retraite, est plutôt préoccupante, car elle va impacter fortement la démographie médicale à plus ou moins long terme. Cette forte proportion de médecins âgés est en partie due à un numéris clausus élevé dans les années 1971 à 1978 (40).

Les médecins de 65 ans ou plus représentaient 12,5%, et lors de départ en retraite à court terme (dans l'année théoriquement), ils laisseraient 12,2% des territoires de santé en situation difficile. A 5 ans, ce chiffre monterait à 33,6% du territoire (31,8% de 60 ans et plus) et à 10 ans, ce serait 60,2% du territoire (50,8% de 55 ans et plus) (39).

Ce scénario pessimiste ne tient pas compte de l'augmentation du numéris clausus, des flux de médecins étrangers, ni de l'arrivée des jeunes générations de médecins généralistes, pour lesquels la région AURA semble être attractive au vu des effectifs grandissants cette dernière décennie.

Toutefois les projections pour le territoire national estiment que la situation devrait s'améliorer d'ici 2025, grâce notamment au départ d'une génération à numéris clausus peu élevé, et à l'arrivée de jeunes générations à numéris clausus important (40).

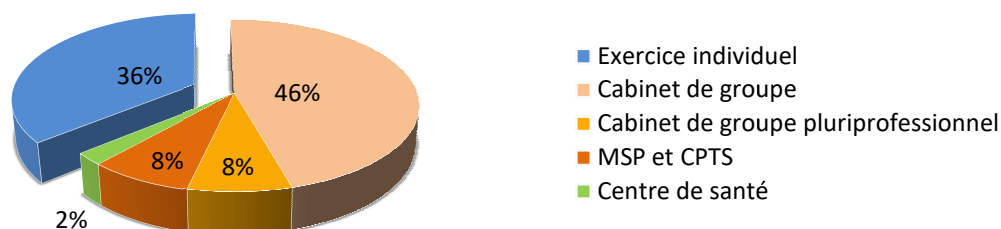
Les raisons de l'attractivité de la région AURA pour les jeunes générations de médecins généralistes ne peuvent pas être clairement expliquées mais l'important dynamisme en termes de regroupement en exercice coordonné peut constituer une hypothèse intéressante.

1.4.4. Exercice coordonné de soins primaires

En région AURA, la DGOS recense 144 MSP en fonctionnement et 24 projets à venir (données au 13 mars 2017). Cette place de première région en termes de nombre de MSP en fonctionnement, en fait une région privilégiée et pilote pour le développement de l'exercice coordonné.

L'URPS AURA comptait 496 médecins généralistes libéraux à exercice libéral prédominant qui exerçaient en MSP, soit 8% des 6201 praticiens exerçant en AURA (Figure7) (39). Cette proportion prend en compte de manière indifférenciée les types d'exercice coordonné au sens d'un projet de santé ARS (MSP et CPTS), mais excluait les cabinets de groupe pluriprofessionnel sans coordination explicitement identifiée par l'ARS. On note toutefois que l'exercice isolé est minoritaire.

Figure 7 : Répartition des médecins d'AURA en exercice libéral prédominant selon leur mode d'exercice en 2018



Source : Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes, URPS ML AURA, Avril 2018

Deux publications de G. Chevillard en 2013 (10) et en 2020 (41), traitant de la répartition des MSP sur le territoire national et l'impact des MSP sur la densité de médecins généralistes libéraux, montraient qu'elles étaient alors principalement situées sur des bassins de vie à dominante rurale et plus spécifiquement dans les bassins de vie défavorisés socio-économiquement et sanitaire, les bassins de vie à dominante industrielle, à dominante rurale et périurbains. Ces travaux mettent également en évidence un impact positif de

l'implantation d'une MSP sur la densité de médecins entre 2008 et 2011 dans les territoires avec une faible accessibilité aux soins primaires.

2. Objectifs

Pour ce qui concerne la région AURA, nous ne disposons que des données de répartition géographique mais nous manquons d'informations précises concernant les caractéristiques des territoires qui ont vu s'implanter une MSP de la vague des années 2010.

Nous ne connaissons pas non plus l'impact sur les soins primaires qu'a eu, à une échelle locale, cette vague des MSP en AURA.

Ce travail tentera de décrire ces territoires et de répondre à la question de l'impact de l'implantation de ces 144 maisons de santé en région AURA sur les soins primaires.

3. Matériel et méthodes

3.1. De la base du SNDS à son extraction de données

3.1.1. Base de données du SNDS

Le Système National des Données de Santé (SNDS) est créé par la loi de Modernisation du système de Santé en 2016. Il rassemble et met à disposition des données de santé pseudonymisées et collectées via différents organismes publics. On y retrouve notamment le Système National d'Information Inter-Régimes d'Assurance Maladie (SNIIRAM), les données des hôpitaux et autres établissements de santé (PMSI) et les données statistiques relatives aux causes médicales de décès (BCMD). Le SNDS est géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), les données qui le composent sont conservées sur une durée de 19 ans à partir de la date de recueil, puis archivées pendant 10 ans (42).

Le SNIIRAM est un entrepôt de données de santé anonymes progressivement collectées depuis 2002. Il regroupe les informations issues des remboursements des soins effectués par l'ensemble des professionnels de santé du secteur libéral et pour l'ensemble des régimes d'Assurance Maladie (43) :

- Données concernant les bénéficiaires : leur âge, leur sexe, leur lieu de résidence, leur régime de remboursement, s'ils bénéficient de la CMU-C, d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection longue durée ou d'un autre motif et le cas échéant leur date de décès.
- Données concernant les professionnels de santé : le statut d'exécutant des soins, voire de prescripteur, leur âge, leur sexe, leur lieu d'exercice, leur spécialité et leur mode d'exercice, leur conventionnement, etc.
- Données concernant les prestations exécutées : leur nature, leur date d'exécution, le montant remboursé. Ces données sont anonymisées de manière irréversible pendant le processus d'intégration dans la base de données.

Ces données sont ensuite organisées en 3 ensembles de restitution :

- Le Datamart de Consommation Inter-régimes (DCIR) qui donne des données individuelles de bénéficiaires et qui est destiné à réaliser des études sur la consommation de soins de ville.
- Les Dépenses d'Assurance Maladie Inter-Régimes (DAMIR) qui donne des données agrégées et qui contrairement aux données du DCIR ne permettent pas d'analyse individuelle.
- L'Echantillon Général des Bénéficiaires (EGB) au 1/97^e de la population, qui permet de réaliser des études longitudinales et d'analyser le parcours individuel de 660 000 bénéficiaires en ville et à l'hôpital.

3.1.2. Accès aux données de la base SNIIRAM

C'est le SNDS qui centralise les demandes d'accès à ces bases de données. L'accès en est permis afin de favoriser les études, les recherches ou les évaluations présentant un caractère d'intérêt public, comme l'information sur l'offre de soins, l'information des professionnels ou des établissements de santé sur leur activité ou l'évaluation des politiques de santé. Il est en revanche interdit d'utiliser ces données à des fins commerciales.

Le SNDS contient des informations à caractère personnel et afin de garantir la confidentialité de ces données, ces informations sont « pseudonymisées » via un procédé cryptographique irréversible visant à rendre impossible toute possibilité de réidentification. Néanmoins, en croisant certaines informations, il est toujours possible de ré-identifier une partie des bénéficiaires ou des praticiens, ce qui explique que ces données ne sont accessibles qu'en environnement maîtrisé et dans le cadre d'une autorisation pérenne pour les organismes accrédités ou d'une autorisation sur projet dans le cas présent.

Pour accéder à ces données, il faut donc déposer sur le portail du SNDS un dossier complet de projet de recherche, étude ou évaluation n'impliquant pas la personne humaine. Ce dossier comprend un résumé de l'étude, son protocole scientifique, une demande d'autorisation pour la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et une déclaration publique d'intérêts.

Ce projet de recherche est évalué par le Comité d'Expertise pour la Recherche, les Etudes, et les Evaluations dans le domaine de la Santé (CEREES), qui rend un avis favorable, favorable avec recommandations ou un avis défavorable dans un délai d'un mois maximum.

En cas d'avis favorable avec recommandations, des corrections doivent être apportées au protocole afin de remédier aux recommandations émises par le CEREES, en particulier concernant le risque de réidentification potentiel du protocole et le traitement des données qui doivent répondre à un référentiel de sécurité de la CNAM. Une fois les corrections apportées, le dossier est transmis pour autorisation à la CNIL qui rend son verdict sous 2 mois, renouvelable une fois si besoin.

Une fois l'autorisation de la CNIL obtenue, sous conditions de garantir la protection des données à caractère personnel et sous couvert d'être rattaché à un organisme de type Université ou établissement de santé, il convient de se rapprocher de la CNAM pour établir une convention signée entre le responsable de traitement et la CNAM afin de mettre en œuvre l'extraction des données sur le périmètre autorisé par la CNIL.

En parallèle de ce parcours administratif, il convient d'effectuer des formations présentielles dont certaines sont obligatoires, afin de répondre aux exigences du référentiel de sécurité de la CNAM, en particulier pour l'utilisation des outils de traitement des données de l'extraction sur le portail sécurisé de la CNAM.

3.1.3. Sélection des données à extraire du DCIR

La base de données du SNIIRAM est considérée comme quasi-exhaustive car elle rassemble toutes les prestations des « consommateurs » du système de remboursement de santé français. Pour bien comprendre ce terme, il faut remonter au fonctionnement du système de soins français. Lorsqu'un professionnel de santé exécute des soins envers un patient, dans la très grande majorité des cas, il le facture de ses honoraires et émet une demande de remboursement à la Sécurité Sociale par voie électronique (Carte Vitale), ou par format papier (feuille de soins). Tous les soins dispensés à titre gratuit ou n'ayant pas donné lieu à un remboursement (feuilles de soins non envoyées à l'Assurance Maladie, les soins dispensés aux personnes étrangères non affiliées à la Sécurité Sociale, feuilles de soins non envoyées, ...) ne sont donc pas comptabilisés dans le SNIIRAM.

Une étude préliminaire réalisée sur une base de données du SNDS en accès libre, nommée OpenDamir et qui partage un certain nombre de variables avec DCIR, a permis de rassembler suffisamment d'informations pour l'élaboration de cette méthodologie d'analyse.

Ont été demandées au service d'extraction de la CNAM, les informations suivantes et nécessaires à la réalisation de cette étude dans le périmètre autorisé par la CNIL :

- L'ensemble des prestations effectuées par des médecins généralistes libéraux ou mixtes
 - Sur la période 01 janvier 2009 à 31 décembre 2018
 - Sur un périmètre géographique de la région Auvergne-Rhône-Alpes
- La date d'exécution avec une précision mensuelle
- Le régime de remboursement
- Le numéro ADELI pseudonymisé⁸ du praticien exécutant
- La nature de la prestation

Avec ces informations issues de l'extraction de DCIR, il est possible d'effectuer une analyse temporelle mensuelle de l'activité de soins primaires. Il est alors nécessaire de croiser ces informations avec des données spatiales afin de géolocaliser ces données d'activité.

3.1.4. Sélection des données à extraire de DAPRAR

Le référentiel DAPRAR est une base de données qui contient les données historiques et administratives des professionnels de santé libéraux, mis à jour à régulièrement. Il fait partie des bases de données du SNDS. L'extraction d'une partie de ces données dans le périmètre autorisée par la CNIL a également été demandée.

Ont été fournis par le service d'extraction de la CNAM, les informations de DAPRAR concernant :

⁸ Selon un procédé de recodage qui rend anonyme le numéro ADELI du praticien.

- Le numéro ADELI pseudonymisé sur le même procédé que celui dans DCIR
- La commune d'exercice et le code postal
- La spécialité et le mode d'exercice
- Le sexe et l'âge
- Le statut d'exercice particulier (MEP)

3.2. De l'extraction des données brutes aux variables

3.2.1. Logiciel d'analyse répondant au référentiel de sécurité de la CNAM

La CNAM met à disposition sur son portail, un espace projet distant sécurisé dans lequel sont installés les logiciels de traitement des bases de données SAS Enterprise Guide et Microsoft Office, avec lesquels ont été réalisés l'analyse de cette étude.

3.2.2. Filtre sur la nature des prestations de soins primaires

La quantification de l'activité de soins primaires des médecins généralistes, nécessite d'effectuer une sélection sur la nature des prestations remboursées dans DCIR.

L'activité quantifiable de soins primaires d'un médecin généraliste fait référence aux actes de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour lesquels l'Assurance Maladie prend en charge le remboursement (44). Les actes les plus fréquents sont les consultations et les visites, dont voici les valeurs pertinentes pour la variable DCIR :

	Variable DCIR	Valeur	Libellé
Consultation	BSE_PRS_NAT	= 1111	Consultation cotée C
		= 1112	Consultation cotée CS
		= 1109	Consultation cotée GS (> mai 2017)
		= 1110	Consultation cotée G (> mai 2017)
Visite	BSE_PRS_NAT	= 1211	Visite cotée V
		= 1212	Visite cotée VS
		= 1209	Visite cotée VGS (> mai 2017)
		= 1210	Visite cotée VG (> mai 2017)
		= 1221	Visite d'urgence cotée VU (< avril 2014)
		= 1222	Visite urgence cotée VU/MU

Certains médecins généralistes choisissent de diversifier leur activité de soins primaires avec un certain nombre d'actes techniques faisant référence à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et qui donnent lieu également à un remboursement par l'Assurance Maladie (45). Parmi les plus fréquents en médecine générale, on retrouve par exemple (46) :

- des actes de chirurgie (sutures cutanées, pose/ablation/changement d'implant contraceptif sous cutané)

- des actes médicaux (électrocardiographie, ablation de bouchon de cérumen, séance d'injection pour désensibilisation, infiltration intra-articulaire ou d'une bourse séreuse)
- des actes de gynécologie-obstétrique (prélèvement cervico-vaginal, pose/changement de dispositif contraceptif intra-utérin)

Voici les groupes d'actes CCAM retenus et pertinents pour la pratique de la médecine générale de soins primaires :

	Variable DCIR	Valeur	Libellé
Actes techniques CCAM	BSE_PRS_NAT	= 1321	Actes de chirurgie CCAM
		= 1322	Actes d'obstétrique CCAM
		= 1352	Actes techniques médicaux CCAM

Une des missions de l'ARS est d'organiser la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) afin de maintenir l'offre de soins de premiers recours aux horaires habituelles de fermeture des cabinets libéraux, centres et maisons de santé. Les médecins généralistes sont donc tenus de s'organiser pour assurer une garde toutes les nuits (de 20h à minuit) voire étendue aux milieux de nuit (jusqu'à 8h le lendemain) ainsi que les samedis après-midi jusqu'à 20h et les dimanches et les jours fériés de 8h à 20h (47). Il est du devoir du médecin généraliste de participer à la PDSA d'un territoire, mais les calendriers des créneaux de garde sont remplis sur la base du volontariat (48).

Le fonctionnement de la PDSA implique que les demandes de soins des patients soient régulées au sein des Centres 15 puis orientées le cas échéant vers le lieu le plus adapté où un praticien de garde pourra répondre à cette demande. Les honoraires des médecins sont majorés en conséquence en fonction de la période de garde des soins.

Il était alors possible de savoir quelle partie des prestations parmi les consultations et les visites avaient été réalisées sur un créneau de PDSA, en recherchant les majorations d'honoraires prévues par la NGAP et appliquées aux actes et en les comptabilisant de manière séparée. Les actes de la CCAM ne sont pas majorés sur le même principe, ce qui empêche de connaître la part d'actes techniques effectués sur les créneaux de PDSA.

	Variable DCIR	Valeur	Libellé
PDSA	CPL_NAT_REF	= 1933	Majoration Consultation Régulée de Nuit = CRN
		= 1934	Majoration Consultation Régulée de Milieu de nuit = CRM
		= 1941	Majoration Consultation Régulée de Samedi après-midi = CRS
		= 1935	Majoration Consultation Régulée de Dimanche et férié = CRD
		= 1936	Majoration Visite Régulée de Nuit = VRN
		= 1937	Majoration Visite Régulée de Milieu de nuit = VRM
		= 1942	Majoration Visite Régulée de Samedi après-midi = VRS
		= 1938	Majoration Visite Régulée de Dimanche et férié = VRD

Les prestations ont également besoin d'être filtrées sur la variable DPN_QLF ≠ 71, ce qui élimine les prestations du DCIR qui correspondent à des actes à titre indicatif et ne donnant pas lieu à un remboursement.

3.2.3. Filtre sur les régimes de remboursement de l'Assurance Maladie

Parmi ces prestations sélectionnées, une analyse intermédiaire a révélé que le volume de prestations était influencé par le régime de liquidation du remboursement (RGM_GRG_COD). En effet, la restitution des données de DCIR n'est pas exhaustive pour tous les régimes sur la période 2009-2018 (49).

Voici un aperçu des différents régimes présents, leur proportion dans l'extraction et leur période d'exhaustivité sur la période d'observation :

Régimes présents dans l'extraction DCIR	Code de régime	Proportion pour la période 2009-2018	Exhaustivité des données
Régime Général (RG)	01	88,5%	A partir de 2006
Mutualité Sociale Agricole (MSA)	02	4,7%	A partir de 2009
Régime Social des Indépendants (RSI)	03	5,4%	2009-2019
Société Nationale des Chemins de fer Français (SNCF)	04	0,5%	A partir de 2012
Régie Autonome des transports Parisiens (RATP)	05	0,01%	A partir de 2012
Etablissement National des Invalides de la Marine (ENIM)	06	0,005%	A partir de 2012
Mineurs et assimilés(CANSSM)	07	0,06%	A partir de 2012
Militaires de carrière (CNMSS)	08	0,6%	A partir de 2009
Clercs et employés de notaire (CRPCEN)	10	0,16%	A partir de 2010
Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris (CCIP)	12	0,0002%	2012-2013
Port Autonome de Bordeaux (CPPAB)	16	0,000004%	2012-2018
Caisse d'Assurance Maladie des Cultes (CAVIMAC)	90	0,06%%	A partir de 2010

N'ont été retenus que les régimes qui sont exhaustifs sur toute la période d'observation afin que les variations d'activité observées ne soient pas influencées par ces fluctuations de restitution, ce qui correspond aux régimes majoritaires : Régime Général, MSA, RSI et Régime des militaires. Les autres sont exclus.

3.2.4. Filtre sur les médecins généralistes de la région AURA

Une fois, les données filtrées sur les régimes d'Assurance Maladie, il fallait isoler les prestations réalisées par les professionnels de santé qui correspondent bien aux médecins généralistes de soins primaires ou de premier recours de la région AURA.

Les données de l'extraction ont été au préalable filtrées sur les médecins généralistes dans DCIR, manière à réduire le volume de l'extraction. Ces filtres étaient :

	Variable DCIR	Valeur	Libellé
Nature d'activité	PSE_ACT_NAT	= 0	Médecin
Spécialité	PSE_SPE_COD	= 1	Généraliste
		= 22	Spécialiste en MG avec diplôme
		= 23	Spécialiste en MG reconnu par l'Ordre

Ont été exclus les prestations qui n'étaient pas réalisées par des médecins généralistes remplissant ces conditions.

Les données issues de l'extraction de DCIR ont normalement été limitées au périmètre géographique autorisé par la CNIL : la région AURA. La géolocalisation des prestations passe par le croisement avec la table DAPRAR qui contient une variable avec le code commune INSEE de l'exercice du praticien et ainsi consolider le filtrage du périmètre de la région AURA. Le croisement des données de prestations DCIR et des données des praticiens DAPRAR a été réalisé sur la variable du numéro ADELI présente dans les deux bases de données et anonymisée selon le même cryptage (PFS_EXE_NUM = PFS_PFS_NUM).

3.2.5. Filtre sur le mode d'exercice des praticiens

Ensuite, parmi tous ces médecins généralistes, il fallait sélectionner les médecins en activité pendant la période d'observation. A priori, si leurs actes sont remboursés et donc présent dans le DCIR, c'est qu'ils sont actifs. Dans DAPRAR, la variable EXC_EXC_NAT a été demandée dans le but de produire des résultats en fonction du mode d'exercice des praticiens, qu'il soit libéral stricte (=01), mixte libérale/salariée (= 02, 03, 04), ou salarié d'un centre de santé (=08). Ces résultats ne sont pas disponibles du fait d'un fichier DAPRAR qui est remis à jour régulièrement et qui ne conserve pas certaines informations antérieures. Ainsi pour les praticiens désignés comme étant en fin d'activité (= 07) au moment de l'extraction, et qui ont bien eu une activité entre 2009 et 2018, la mise à jour rend indisponible l'information sur leur mode d'exercice antérieure. Cette perte d'information représente 3749 des 11140 praticiens (33%) et rendent impossible la production de résultats sur le mode d'exercice.

A noter que les prestations des médecins remplaçants sont bien comptabilisées mais de façon agrégée et indifférenciée de celles des médecins qu'ils ont remplacé.

Ce filtre a tout de même permis d'identifier 66 praticiens fictifs (=11) et de les exclure ainsi que leurs prestations.

3.2.6. Filtre sur le statut d'exercice particulier (MEP)

A ce stade, nous disposons d'un effectif de médecins généralistes en activité (qui ont réalisé au moins un acte soumis à remboursement sur la période 2009-2018) et localisés en région AURA. Il faut alors les filtrer sur le statut d'exercice particulier qu'ils ont pu déclarer à l'Assurance Maladie, pour ne garder que les médecins de soins primaires :

	Variable DAPRAR	Valeur	Libellé
Statut d'exercice particulier	PRA_MEP_COD	= 00	Sans objet
		= [01-10]	MEP exclusifs
		= [11-93]	MEP non exclusifs

Les MEP exclusifs ont été exclus car ils sont positionnés dans le parcours de soins comme des médecins de soins secondaires.

Pour les MEP non exclusifs, la part d'activité de soins primaires et d'activité spécialisée n'est pas déterminable à partir des données disponibles dans le SNDS. Les MEP non exclusifs sont donc souvent exclus des études statistiques sur les soins primaires en raison de ce manque d'information. Les exclure revient à exclure une partie de l'activité de soins primaires et donc la sous-estimer, de même que les inclure tous reviendrait à surestimer légèrement l'activité de soins primaires, dans la mesure où une partie de leur activité relève de la spécialisation.

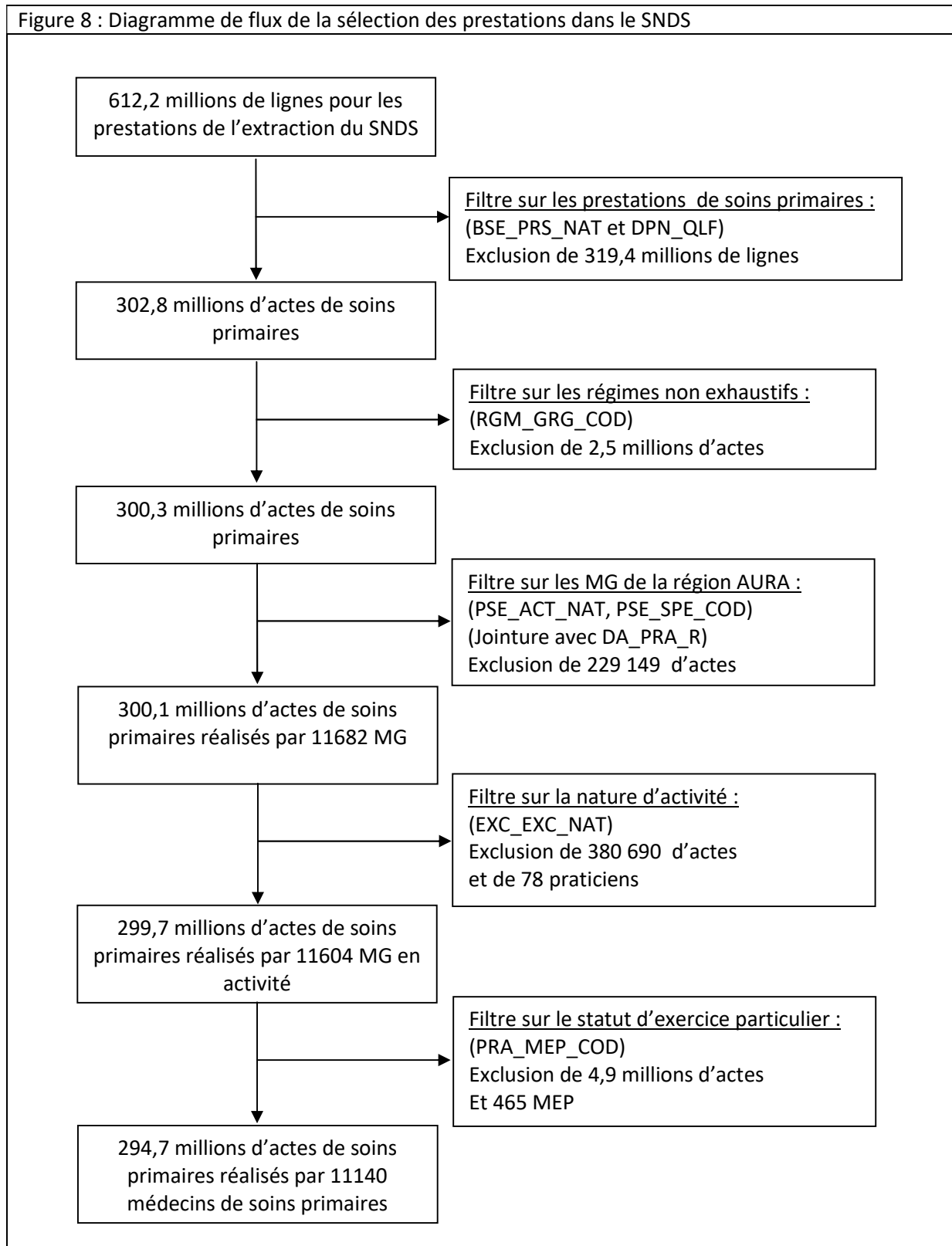
Une méthode de sélection indirecte des MEP non exclusifs a été élaborée dans cette méthode afin d'inclure une partie de ces MEP non exclusifs, pour lesquels l'activité de soins primaires est majoritaire.

Si on part du postulat que l'activité technique CCAM équivaut à l'activité spécialisée d'un MEP (cotation d'un écho-doppler pour un angiologue par exemple), on peut filtrer les MEP sur leur part d'activité CCAM. Ainsi pour la période 2009-2018, cette part technique par médecin était de 58,62% chez les 241 MEP exclusifs, de 19,17% chez les 939 MEP non exclusifs, et de 4,94% chez les 10424 médecins non MEP de la période et du périmètre de l'étude.

Il est choisi d'exclure parmi les MEP non exclusifs ceux qui ont une part d'activité technique au dessus de la moyenne de 19,17%, ce qui correspond à l'exclusion de 224 MEP parmi les 939 de l'étude.

On peut résumer la sélection des prestations remboursées dans le SNDS par un diagramme de flux tel que (Figure 8):

Figure 8 : Diagramme de flux de la sélection des prestations dans le SNDS



3.2.7. Sélection de l'échantillon de communes avec implantation d'une MSP

Le recrutement des communes est rétrospectif et il est basé sur la liste des MSP en fonctionnement téléchargeable sur le site des ARS. La liste des MSP qui ont été incluses dans cette étude est basée sur la liste arrêtée en février 2017 par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

Cette liste recense tous les projets de santé qui ont été déposés à la date de publication, leur appellation, l'adresse de référence du projet (Association loi 1901, domiciliation SISA, SCM, bâtiment socle de la MSP, ...), le code postal, le code commune INSEE, le type d'implantation géographique (monosite / multisites), le zonage défini selon le SROS ambulatoire et le zonage selon la typologie (urbaine / rurale) du territoire. Certaines données sont parfois manquantes.

3.2.7.1. Critères d'inclusion

- Communes sur lesquelles figure une structure de la liste ARS Février 2017
- Communes des cabinets de médecins généralistes pour les structures multisites

3.2.7.2. Critères d'exclusion

- Communes de plus de 50 000 habitants (maille communale trop grande et non adaptée pour ces communes)
- Commune où une des structures de la liste 2017 n'est plus référencée dans les listes suivantes de l'ARS en 2019 (n'existe plus)
- Commune dépourvue d'activité médicale sur toute la période 2009-2018 (Aucun médecin = pas de MSP ou adresse de correspondance pour le projet de santé)
- Date de mise en fonctionnement de la structure (date de validation du projet de santé ou d'ouverture du bâtiment) qui n'est pas comprise entre 2009 et 2017.

3.2.8. Recueil de données complémentaires

Un élément primordial et nécessaire pour constituer la cohorte des communes où s'est implantée une MSP, est la date de mise en fonctionnement de la structure, qui correspond soit à la date de validation du projet de santé par l'ARS soit à la date d'ouverture de la structure. Cette donnée n'est pas disponible du document téléchargeable de l'ARS et semble non consensuelle d'une source à l'autre pour deux structures. La variabilité de cette information réside dans le fait que certains médecins considèrent leur fonctionnement coordonné dès la validation de leur projet de santé et d'autres uniquement à l'ouverture du bâtiment « socle » de la MSP. Cette information a dû être obtenue par croisement de plusieurs sources d'informations :

- Documents relatifs aux projets de santé déposés à l'ARS (Internet)
- Sources Internet (Sites Internet des structures)

- Communication téléphonique avec les coordinatrices des structures, via le secrétariat ou via un des médecins de la structure
- Croisement avec des listes précédentes (ARS Rhône-Alpes 09/2013 et 12/2015)
- Croisement avec des listes des structures ayant bénéficié des ENMR en 2010
- Croisement avec des adresses issues de l'annuaire AMELI ou du CNOM.

En cas de date non consensuelle, la date la plus antérieure de celles obtenues par croisement à été retenue afin d'être sûr de bien prendre dans l'analyse la date de mise en fonctionnement, au risque d'être moins précis.

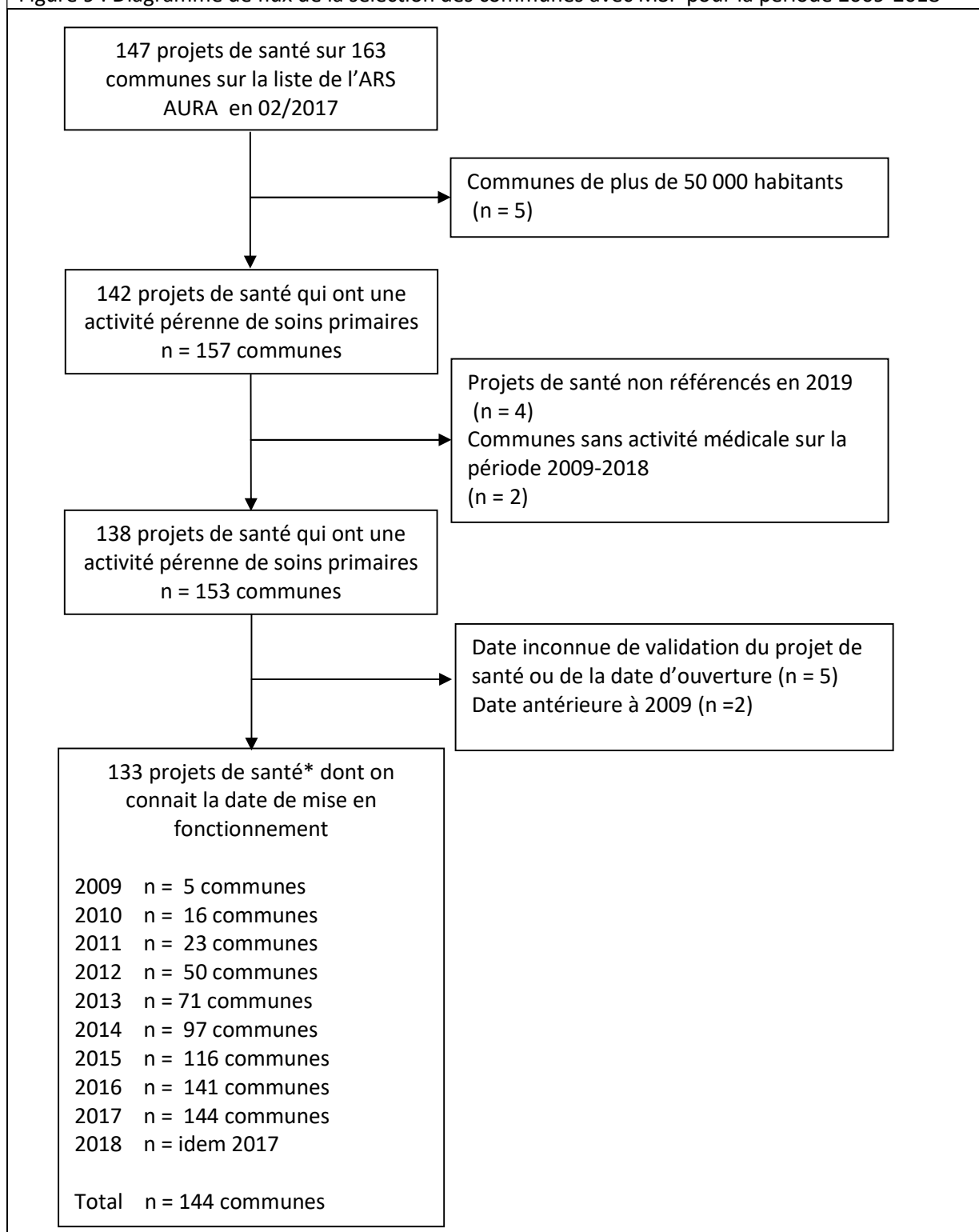
La liste des projets de santé 2018 n'était pas disponible au moment de l'inclusion. Afin d'étendre la période d'analyse à l'année 2018, l'effectif 2018 est celui valable pour 2017, bien qu'il soit sous-estimé.

Les communes de Bourg-en-Bresse et Le Cheylard ont deux projets de santé distincts, les communes ne sont comptabilisées qu'une fois à partir de la date de validation et/ou ouverture de la première.

La liste des projets de santé et les communes sélectionnées, ainsi que leurs caractéristiques sont présentées en Annexe 1.

On peut résumer la sélection des communes avec MSP de l'étude à l'aide d'un diagramme de flux (Figure 9) :

Figure 9 : Diagramme de flux de la sélection des communes avec MSP pour la période 2009-2018



3.3. Des variables aux données d'analyse

Les comptabilisations d'actes pour chaque commune de la région AURA sont des données brutes d'activité communale que l'on peut agréger de manière annuelle. Ces données doivent ensuite être uniformisées dans le temps et dans l'espace pour les rendre pertinentes à l'interprétation.

3.3.1. Uniformisation des codes géographiques communaux INSEE

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) produit et remet à jour tous les ans un découpage communal du territoire national, ce qui permet de prendre en compte les modifications territoriales des communes (fusion, lègue de parcelles, scission). L'INSEE produit des tables d'appartenance géographiques millésimées, et également des tables de passage qui permettent de faire correspondre les codes géographiques des différents millésimes.

Les données liées aux lieux d'exercice des praticiens disponibles dans DAPRAR sont répertoriées selon un découpage géographique communal datant de 2012. Les données spatiales de DA_PRA_R ainsi que les autres jeux de données ont été passées en code géographique en vigueur au 1^{er} janvier 2019 dans un souci d'uniformisation spatiale avec les autres jeux de données de l'analyse et tous les résultats de cette étude sont donc toujours exprimés sur un découpage géographique 2019.

3.3.2. Prise en compte de l'évolution des populations communales

La construction d'une unité ubiquitaire pour le critère de jugement principal à nécessité de connaître les populations légales des communes et de la région AURA, et par agrégation des populations communales.

Les populations légales des communes sont issues des fichiers d'ensembles communaux des recensements produits par l'INSEE. Depuis 2008, le recensement est basé sur des données statistiques issues d'enquêtes annuelles et permettant de calculer les populations légales actualisées. Le recensement entre en vigueur à l'année N+3, ce qui explique que les données de populations légales 2018 ne soient pas encore disponibles. Le code géographique utilisé est généralement celui en vigueur à l'année N+2. Pour obtenir les populations légales des années 2009 à 2017 sur un découpage géographique constant de 2019, il faut effectuer pour chaque fichier d'ensembles des opérations de passage des communes de l'année N+2 vers 2019.

Chaque fichier d'ensemble des populations légales de l'INSEE, donne plusieurs niveaux d'information concernant le recensement. Depuis le décret du 5 juin 2003 relatif au recensement de la population, on retrouve pour chaque millésime les données de

population légale classées en « *population municipale et en population comptée à part, ainsi que la population totale qui est la somme des deux précédentes* » (50).

La population municipale comprend les personnes ayant leur résidence habituelle sur la commune, ce qui comprend :

- les personnes dont le domicile familial est situé sur la commune y compris les conjoints éloignés pour raisons professionnelles
- les personnes résidentes d'EHPAD, des casernes ou des internats
- les personnes détenues des établissements pénitentiaires
- les personnes résidant dans des habitations mobiles recensées sur la commune
- les personnes sans abris recensées sur la commune.

La population comptée à part comprend les personnes qui conservent un lien avec la commune malgré une résidence habituelle située dans une autre commune :

- les étudiants majeurs qui conservent une adresse au domicile familial sur une autre commune mais qui logent sur la commune proche de leur lieu d'études.
- et jusqu'aux millésimes 2016, les personnes rattachées administrativement à la commune.

Cette population comptée à part d'une commune représente souvent 1 à 2% de la population totale et n'excède 5% que de façon exceptionnelle (51).

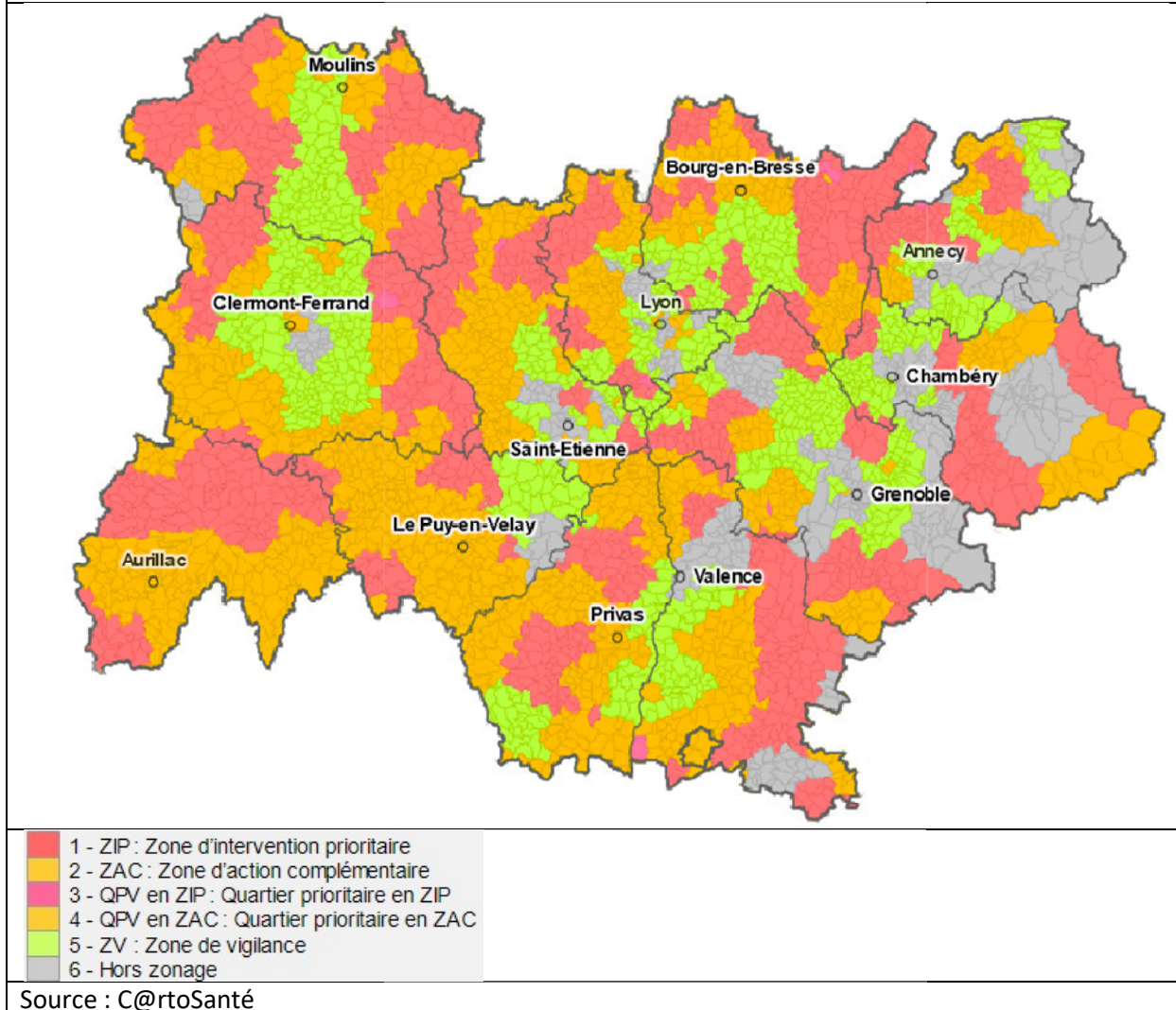
Concernant cette étude, il a été choisi d'utiliser comme population légale d'une commune sa population totale pour le calcul de l'activité de soins primaires par habitants et par an. Cela se justifie dans le contexte des soins primaires et dans une réalité de terrain de l'activité de médecine générale libérale puisque les étudiants majeurs continuent de consulter leur médecin traitant déclaré à 16 ans et qui est souvent proche du domicile familial.

La population légale de 2018, n'était pas disponible lors de l'analyse en code géographique 2019. Les données de population légale 2018 des communes 2019 ont alors été estimées et calculées par extrapolation linéaire pour chaque commune, avec les données de population légale de 2016 et 2017. Ces données estimées postulent que l'évolution entre 2016 et 2017 s'est poursuivie dans les mêmes proportions en 2018.

3.3.3. Compatibilité avec les zones déficitaires de la région AURA

Le zonage des territoires déficitaires est produit pour chaque région par l'ARS en 2018. Il est basé en partie sur l'indicateur APL 2015 qui utilise un découpage géographique basé sur les Territoire-Vie-Santé (Bassins de vie) de 2015. Une table référençant ce zonage par commune et TVS est disponible sur le site de l'ARS. Le logiciel C@rtoSanté permet de visualiser simplement ces données (Figure 10).

Figure 10 : Cartographie des zones déficitaires en médecins généralistes en Auvergne-Rhône-Alpes



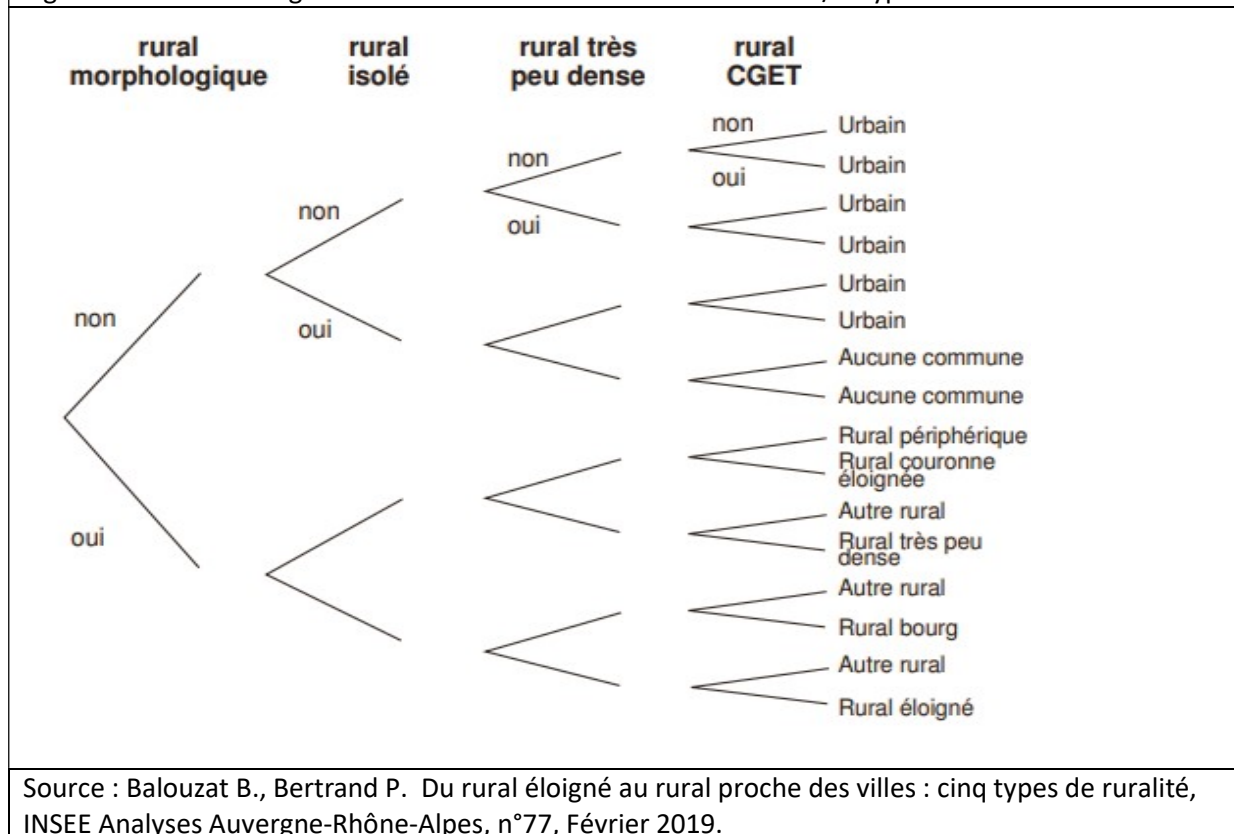
Une opération de passage des territoires de vie-santé vers un code géographique 2019 a été nécessaire pour obtenir des informations exploitables avec les autres données.

3.3.4. Choix d'une typologie géographique urbaine/rurale

La typologie urbaine et rurale des territoires géographiques ne repose pas sur une définition consensuelle, tout dépend de la méthodologie de classification employée. Les territoires ruraux sont beaucoup plus étendus et moins densément peuplés que les territoires urbains. De plus, ils sont majoritaires en superficie sur le territoire français et de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Il semblait alors intéressant d'utiliser une typologie plus complète que la simple dichotomie territoire urbain/rural. En particulier, dans une publication de l'INSEE de 2019, il est proposé par les auteurs une méthodologie innovante de classification des communes appliquée à la région Auvergne-Rhône-Alpes. Elle classe les communes, selon une typologie urbaine et rurale à 5 sous-ensembles (52). La méthode consiste à décrire

chaque commune en appliquant des critères morphologiques, des critères fonctionnels, des critères de densité et des critères issus de travaux du Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET).

Figure 11 : Méthodologie de classification des communes urbaines / 6 types de ruralité.

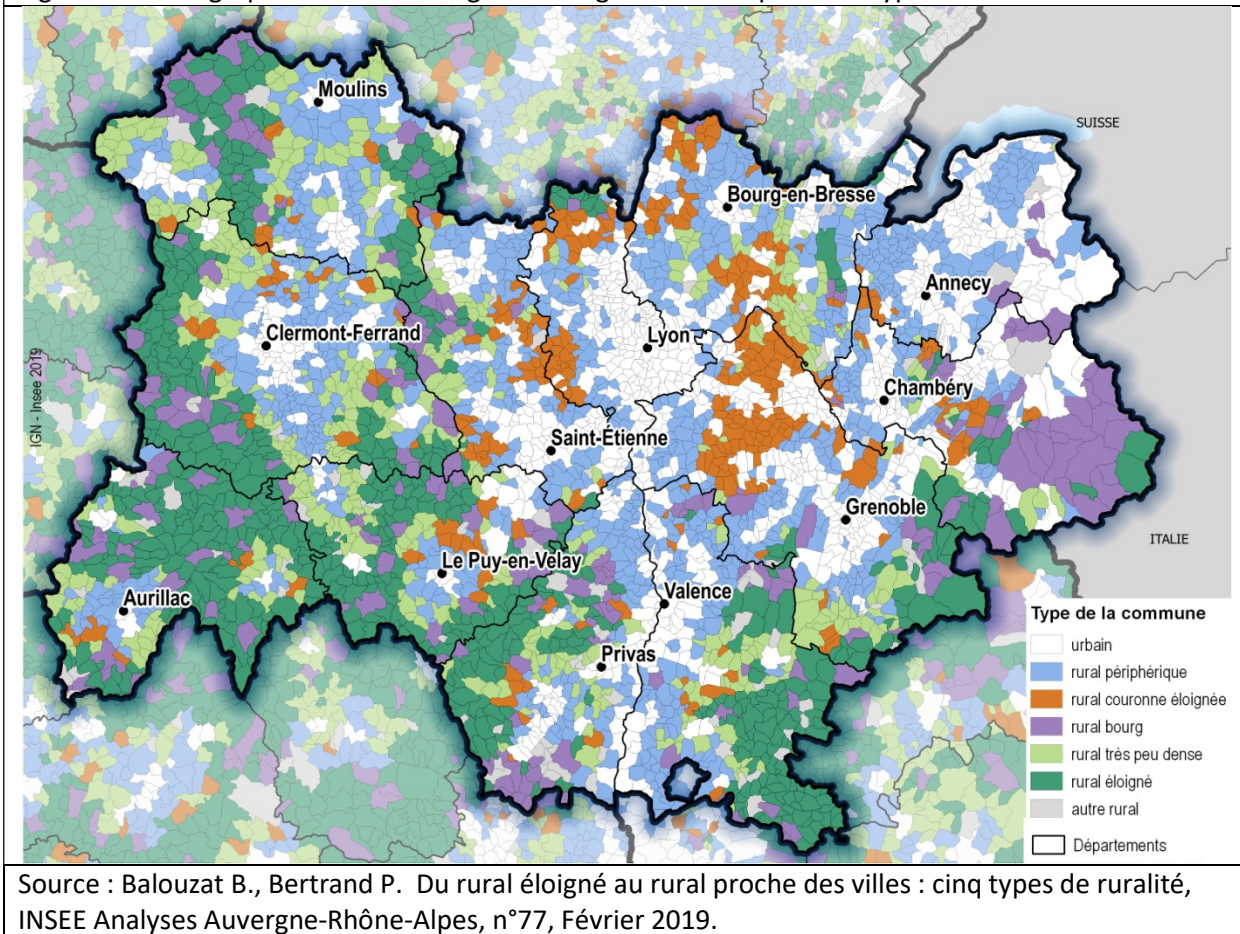


Après regroupement des plus petits ensembles, cette méthodologie aboutit à une classification des communes sur 6 sous-ensembles :

- Territoire urbain
- Territoire rural « éloigné »
- Territoire rural « très peu dense »
- Territoire rural « bourg »
- Territoire rural « couronne éloignée »
- Territoire rural « périphérique »
- Territoire rural « autre »

Cette typologie est basée sur un découpage géographique 2016, et elle n'a pas été remise à jour selon les codes géographiques 2019. Afin de conserver cette typologie comme axe d'analyse, il a fallu réviser cette typologie pour l'adapter à 2019. Ainsi, pour les 164 communes de 2016 qui ont progressivement fusionnées en nouvelles 61 communes 2019, il a été décidé d'appliquer à la nouvelle commune 2019 la typologie du chef-lieu avec lequel ont fusionné les communes déléguées.

Figure 12: Cartographie 2016 de la région Auvergne-Rhône-Alpes sur 5 types de ruralité.



3.4. De l'analyse aux résultats

La méthodologie choisie pour répondre à la problématique posée d'analyser l'impact de l'implantation d'une MSP sur l'activité communale de soins primaires, fait appel à une étude observationnelle descriptive longitudinale de type « Avant-Après » et « Ici-Ailleurs ».

3.4.1. Construction du critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de cette étude repose sur le taux d'évolution de l'activité de soins primaires d'un ensemble territorial par rapport à une année de référence.

L'activité de soins primaires est exprimée en nombre d'actes de soins primaires par an et par habitant. Cette unité s'obtient en prenant l'activité brute comptabilisée dans le SNDS à l'échelle communale et en la divisant par la population légale de cette commune à la même année. A la manière de l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), cette unité donne une information d'un même ordre de grandeur sur l'offre de soins disponible sur un territoire donné.

Par rapport à l'APL, cette activité calculée qui présente la même unité, ne donne pas en réalité la même information. Cela s'explique premièrement par le fait que le nombre d'actes comptabilisés est plus exhaustif que dans la méthodologie de l'APL et surtout par le fait que la population de référence est la population légale communale et non une population potentielle standardisée d'une zone de recours.

Les valeurs d'activité mesurée ici sont la plupart du temps surestimées par rapport à celles de l'APL dans la mesure où la zone de recours des médecins d'une commune dépasse souvent ses limites administratives. Néanmoins, cette surestimation est considérée comme constante dans le temps du fait de la prise en compte des populations dans sa construction. On peut alors s'intéresser aux variations dans le temps de cette activité afin de savoir si certaines communes ont une évolution plus favorable en termes d'activité de soins primaires.

Il est alors nécessaire de calculer un taux d'évolution de l'activité de soins primaires pour chaque commune sur une période considérée, soit en prenant comme année de référence le début de la période d'analyse (année 2009) soit en prenant l'année de mise en fonctionnement de la MSP. Le calcul d'un taux d'évolution s'effectue tel que :

$$\text{Taux d'évolution 2018-2009} = \frac{\text{Activité 2018 (en actes/habitant/an)}}{\text{Activité 2009 (en actes/habitant/an)}}$$

3.4.2. Analyse globale pour la région AURA

L'analyse à l'échelle de la région Auvergne Rhône Alpes dans sa globalité, permet de connaître la tendance générale sur la période 2009-2018. L'activité en actes/habitant/an pour la région est calculée en tenant compte de la taille de chaque commune et non par moyenne arithmétique des activités de chaque commune, car cela laisse supposer que toutes communes ont la même taille.

Il s'agit d'une moyenne pondérée d'activité de la région qui se calcule telle que :

$$\text{Activité de SP exprimée en actes par an et par habitant de l'ensemble A + B} = \frac{\frac{\text{Activité brute (A)} \times \cancel{\text{Pop (A)}}}{\cancel{\text{Pop (A)}}} + \frac{\text{Activité brute (B)} \times \cancel{\text{Pop (B)}}}{\cancel{\text{Pop (B)}}}}{\text{Population (A + B)}}$$

Cela revient à faire la somme des activités brutes communales de la région Auvergne-Rhône-Alpes et la diviser par la somme des populations de toute la région.

Cette méthode des moyennes pondérées peut être conservée tant que l'on caractérise de grands ensembles de communes comme les différents territoires ou les différentes zones déficitaires de la région.

3.4.3. Analyse pour l'échantillon des communes avec MSP

3.4.3.1. Analyse « Ici-Ailleurs »

L'analyse de l'évolution de plus petits ensembles de communes fait cependant appel à un autre indicateur de tendance.

Contrairement à l'analyse de l'évolution de grands ensembles de communes, il faut privilégier l'utilisation de la médiane à celle de la moyenne dans la mesure où cette moyenne, même si elle est pondérée, est automatiquement perturbée par les extrêmes d'un petit échantillon. Prenons l'exemple d'une commune sans activité où un nouveau médecin s'installe en fin d'année 2009, cela donne une activité initiale très basse pour l'année d'installation. S'il exerce une activité régulière les années suivantes, cela engendre un taux d'évolution par rapport à 2009 très important pour la suite. Une telle commune va fortement influencer la moyenne d'un petit ensemble et perturber la comparaison avec d'autres sous-ensembles. La médiane, tout en donnant une information de tendance centrale, est moins perturbée par les extrêmes de chaque échantillon.

La médiane du taux d'activité est calculée pour la sélection des communes avec MSP, en totalité et en sous-groupes pour les différents territoires et zones du zonage ARS 2018. Elle permet ainsi de comparer l'évolution de ces différents échantillons entre eux et avec la tendance générale des grands ensembles.

Cette analyse repose donc sur l'évolution de la médiane des taux d'activité pour chaque échantillon et par rapport à l'année de référence de 2009, sans prendre en compte à ce stade l'année de mise en fonctionnement des MSP.

3.4.3.2. Analyse « Avant-Après »

Pour l'échantillon de communes avec MSP, l'année de référence du calcul des taux d'évolution n'est plus 2009 mais l'année N de mise en fonctionnement de la structure, qui est défini comme l'année de validation du projet de santé ou l'année d'ouverture du bâtiment quand un projet immobilier a été associé au projet de santé.

L'analyse « avant – après » consiste dans un premier temps à analyser la tendance dans laquelle se trouve la commune avant la mise en fonctionnement de la MSP. Il est défini deux groupes de communes, celles qui sont dans une dynamique décroissante d'offre de soins et inversement celles qui sont dans une dynamique croissante. Pour les classer, la moyenne des activités des années N-3 à N-1 est comparée à l'activité de l'année N, et celles dont cette

moyenne (N-3 à N-1) est supérieure à celle de N, sont classées comme des communes en décroissance d'activité, et inversement. Pour les 5 communes qui ont fait l'objet d'une mise en fonctionnement en 2009, il n'est pas possible de connaître l'antériorité de la tendance, leur maintien dans l'analyse permet de donner en revanche des informations avec le plus de recul possible sur la période d'observation.

Une fois ces deux groupes constitués, il est analysé dans un deuxième temps l'évolution après la mise en fonctionnement pour les années N+1 à N+9 tant que les données sont disponibles. On peut alors calculer la tendance d'évolution de l'activité par rapport à l'année N de chaque commune de l'échantillon. En faisant la moyenne des taux N+1 à N+9, on obtient la tendance moyenne pour les années post-mise en fonctionnement. La valeur de ce taux moyen définit trois issues :

- Un taux moyen d'activité inférieur à 0,97 correspondant à une décroissance de l'activité
- Un taux moyen d'activité compris entre 0,97 et 1,03 correspondant à une stabilisation
- Un taux moyen d'activité supérieur à 1,03, correspondant à une croissance

Les résultats sont rendus pour chaque commune de l'échantillon, complétés par des résultats en sous-groupes établis en fonction des caractéristiques des communes.

4. Résultats

4.1. Evolution de l'offre de soins primaires en région Auvergne-Rhône-Alpes

L'offre de soins primaires de la région AURA a baissé entre 2009 et 2018. Sa population pouvait consulter pour des soins primaires en moyenne 3,92 fois par habitant et par an en 2009 contre 3,59, soit une baisse relative de - 8,28% (Figure 13). Cette baisse globale sur la région s'explique principalement par la baisse de l'activité brute passant de 30,2 millions d'actes en 2009 à 29,2 millions d'actes en 2018 (-3,22% en 10 ans), mais aussi par la hausse de la population (+5,52%) sur la même période (Figure 13).

Cette baisse n'est pas constante dans le temps, et les fluctuations relèvent surtout des fluctuations de la demande de soins. Ainsi, on observe parfois une baisse plus marquée comme en 2010, qui s'explique par l'absence d'épidémie de grippe saisonnière en début d'hiver (53) et un transfert d'activité sur le début 2011. A contrario, l'année 2016 était une année marquée par une activité de soins primaires plus importante expliquée par deux pics d'épidémie grippale (54).

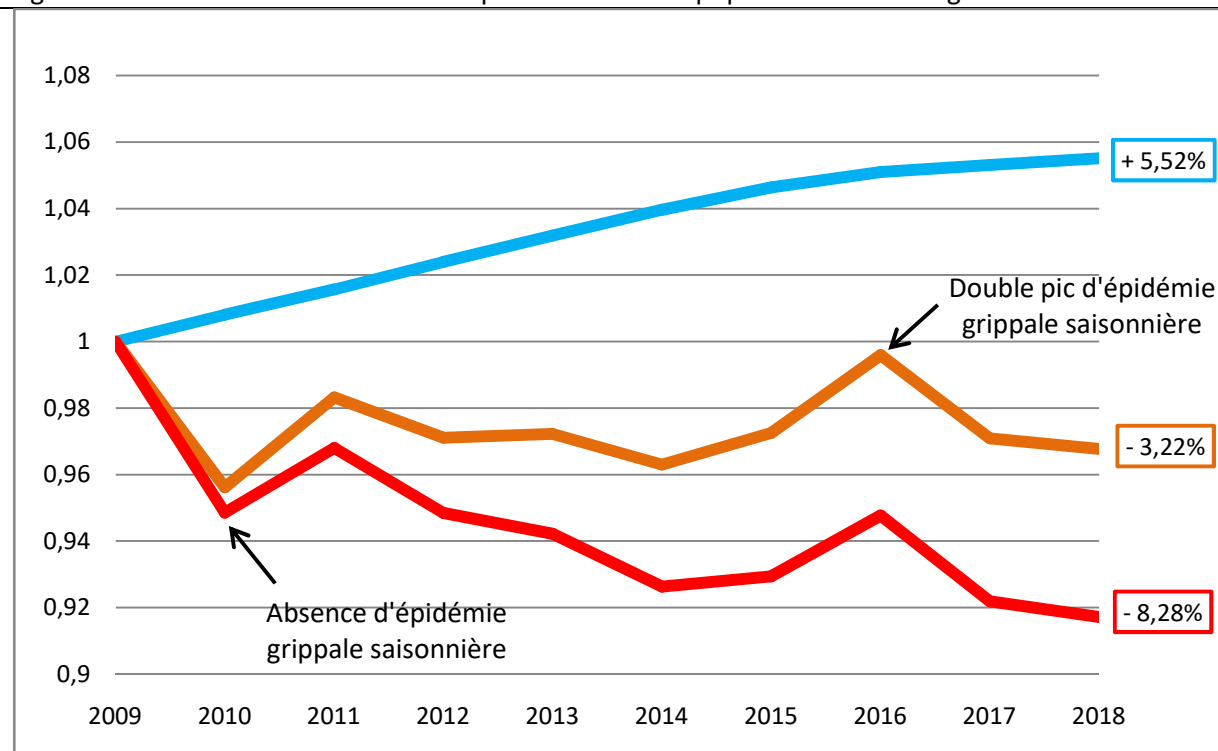
La région AURA est pourtant une région attractive pour les médecins de soins primaires, puisque leur effectif « en activité » (≥ 1 acte remboursé par an) a augmenté +4% entre 2009 et 2018. Ces chiffres sont à confronter avec ceux de la DREES sur la même période : +3,8% d'évolution pour les médecins généralistes libéraux ou mixtes en région Auvergne-Rhône-Alpes et -3,2% pour la France Métropolitaine sur la même période.

Néanmoins, si on ajuste la définition d'activité avec la notion d'activité régulière (≥ 250 actes remboursés par an), cet effectif croît mais plus modestement (+1,9%).

Cet ajustement permet de calculer un nombre d'actes moyen par médecin en activité régulière, pour se rendre compte de leur charge de travail moyenne, du moins pour la seule partie des soins remboursés. Or ces médecins réalisaient en 2018, 257 actes de moins que leurs pairs en 2009, soit une baisse de 5%.

Cette baisse d'activité peut aussi s'expliquer par l'évolution dans les caractéristiques des effectifs de médecins de soins primaires en activité (Figure 13). Les effectifs augmentent sur la période 2009-2018 et ceci est principalement dû à l'arrivée importante de femmes médecins plus jeunes (+ 1103) et au recul de l'âge de départ en retraite des hommes médecins (+ 1,9 an d'âge moyen chez les hommes). Le conventionnement en secteur 1 devient encore un peu plus majoritaire (+6%) au détriment du secteur 2 et des médecins non conventionnés.

Figure 13 : Evolution de l'offre de soins primaires et de la population dans la région AURA

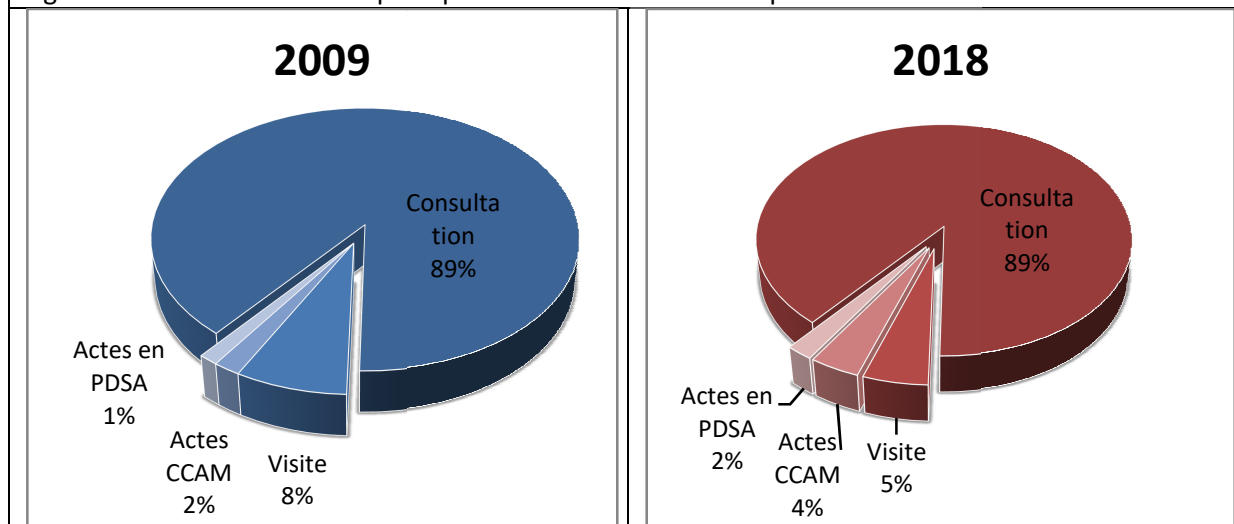


Année		2009	2018
Activité brute de soins primaires		30,2 millions	29,2 millions (- 3,22%)
Population		7,71 M	8,14 M (+ 5,52%)
Activité moyenne en AURA en actes/habitant/an		3,92	3,59 (-8,28%)
Effectif de praticiens en activité		7239	7531 (+4%)
Effectif praticiens en activité régulière		6959	7088 (+1,9%)
Nombre d'actes moyen par an par médecin en activité régulière		4343 actes par an	4126 actes par an (-5%)
Effectif par sexe ⁹	Hommes	4944 (68%)	4126 (55%)
	Femmes	2292 (32%)	3395 (45%)
Age moyen		51 ans	50,8 ans
Age moyen par sexe	Hommes	52,9 ans	54,8 ans
	Femmes	47 ans	46 ans
Convention CNAM	Secteur 1	6197 (85%)	6866 (91%)
	Secteur 2	871 (12%)	552 (7%)
	Non conventionnés	171 (2%)	113 (1,5%)

Si on s'intéresse aux pratiques de ces médecins, on note également que la baisse d'activité en volume affecte les types d'actes dans des proportions différentes. Les visites à domiciles sont délaissées au profit de plus d'actes techniques CCAM. La part d'actes réalisée en permanence des soins ambulatoire a également augmentée (Figure 14).

⁹ Parfois l'information liée au sexe était manquante de la table DAPRAR (< 0,2%)

Figure 14 : Evolution dans les pratiques des médecins de soins primaires entre 2009 et 2018



4.2. Approche territoriale

Cette baisse moyenne de 8,28% donne une information globale, valable en moyenne pour tous les habitants de la région quel que soit le type de territoire sur lequel ils résident et quel que soit la catégorie du zonage ARS 2018.

En somme, cette baisse moyenne ne donne qu'une tendance générale qui varie en fonction des spécificités territoriales propres des communes.

Le géocodage communal INSEE dénombre 4038 communes en 2019 dans la région AURA (administrativement le géocodage 2009 en dénombrait 4189 et ce nombre s'est réduit du fait des fusions dans le temps, ramenant ce nombre à 4038 en 2019). Pour garder un suivi cohérent des évolutions communales et un découpage fixe des limites géographiques dans le temps, ce nombre de 4038 communes a été transposé dans le passé.

D'après la typographie territoriale de B. Balouzat et P. Bertrand, adaptée au géocodage de 2019, le territoire régional était composé, d'un point de vue administratif, à 73% de communes rurales (2960 communes) et 27% urbaines (1078 communes). Les territoires ruraux prédominants sont :

- les communes rurales « périphériques » (28% ou 1145 communes)
- les rurales éloignées (16% ou 633 communes)
- les rurales très peu denses (13% ou 507 communes)
- les rurales « couronnes éloignées » (9% ou 346 communes)
- les communes rurales « bourgs » (5% ou 226 communes)
- les rurales « autres » restantes (2% ou 103 communes).

Selon une approche démographique, en considérant la population légale totale communale de 2009, les 27% de territoires urbains sont logiquement les plus denses en étant

représentés par 77% de la population régionale. En moyenne une commune urbaine regroupait 5485 habitants. Cette densité diminue au fur et à mesure que l'on s'éloigne des zones urbaines, avec :

- 13% de la population régionale en zone « périphérique » (moyenne à 858 hab)
- 4% dans les communes « couronnes éloignées » (moy. à 792 hab)
- 2% dans les « bourgs » (moy. à 891 hab)
- 4% des zones rurales « éloignées », « très peu denses » et « autres » (moy. à 274 hab)

La croissance démographique régionale a été de +5,5% en 9 ans répartie comme suit (Tableau 3) :

- les territoires ruraux périphériques (+8,6%)
- les « couronnes éloignées » (+7,9%)
- les communes urbaines (+5,4%)
- les communes « très peu denses » (+3,5%)
- les communes rurales « éloignées » (-3,3%)
- les « bourgs » (-2,4%).

Territoire	Population		Médecins de SP en activité régulière	
	2009	2018	2009	2018
Région AURA	7,71 M	+5,52%	6959	7088 (+1,9%)
Urbain	5,91 M	+5,4%	5887	5988 (+1,7%)
Rural	1,80M	+5,6%	1072	1100 (+2,6%)
- Périphérique	983K	+8,6%	461	516 (+11,9%)
- Couronne Eloignée	274K	+7,9%	173	177 (+2,3%)
- Bourg	201K	-2,4%	303	287 (-5,2%)
- Eloigné	130K	-3,3%	39	34 (-12%)
- Très peu dense	135K	+3,5%	15	10 (-33%)
- Autre	75K	-1,3%	81	76 (-6,1%)

On constate que le nombre de médecins de soins primaires en activité régulière (> 250 actes par an) a connu une croissance inférieure sur la même période et dans des proportions différentes selon les territoires (+1,9%) aggravant ainsi les disparités. Cependant, au vu du contexte national, cette augmentation même modeste est un réel indicateur d'attractivité.

Les effectifs de médecins, qui sont soumis au solde annuel des installations et des départs, et à moindre mesure des déménagements n'ont augmenté, en plus grande proportion que la population, que dans les territoires ruraux « périphériques ». Dans les autres territoires, cette hausse des effectifs ne compense souvent pas totalement la hausse démographique.

En termes d'activité de soins primaires d'un point de vue strictement communal, seulement 1354 communes enregistraient une activité médicale de soins primaires (au moins un

médecin effectuant un acte dans l'année) soit 33% des 4038 en 2009, obligeant alors 1,3 millions d'habitants des autres 2684 communes sans médecin de soins primaires, à consulter sur les communes voisines. Ces espaces que l'on peut aisément qualifier de déserts médicaux étaient à 88% des communes rurales et par ordre de fréquence des communes :

- rurales périphériques (871)
- rurales éloignées (595)
- rurales très peu denses (494)
- urbaines (305)
- rurales couronnes éloignées (250)
- rurales bourgs (91)
- rurales autres (78)

Tandis que les effectifs de médecins ont augmenté, le nombre de communes sans médecin de soins primaires a malheureusement progressé en 2018, portant ce nombre à 2738. Ce qui concorde bien avec la tendance au regroupement des médecins.

Ainsi, 98 communes comptant sur une activité médicale en 2009, ont vu partir définitivement leurs médecins sans aucune reprise dans les 9 ans qui ont suivi. A contrario, 46 autres communes ont vu des médecins s'installer de façon pérenne sur des communes qui n'avaient pas d'activité en 2009. Ces fluctuations aboutissent à une perte totale d'activité dans :

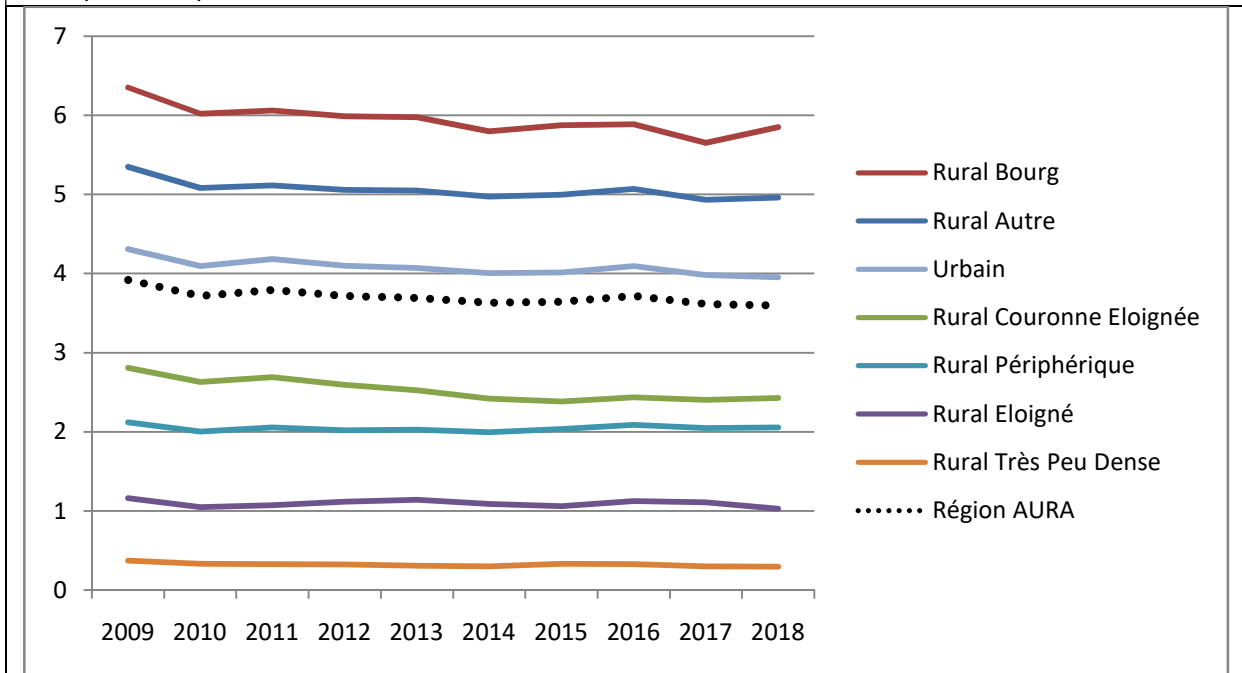
- 24 communes urbaines
- 12 rurales « périphériques »
- 6 rurales « couronnes éloignées »
- 5 rurales « éloignées »
- 4 rurales « très peu denses »

Les espaces ruraux « bourgs » semblent résister un peu mieux que les autres territoires avec seulement une perte totale d'activité dans 2 communes en 9 ans.

Après avoir intégré toutes ces informations, on comprend mieux les différences d'évolutions concernant les différents types de territoires (Figure 15).

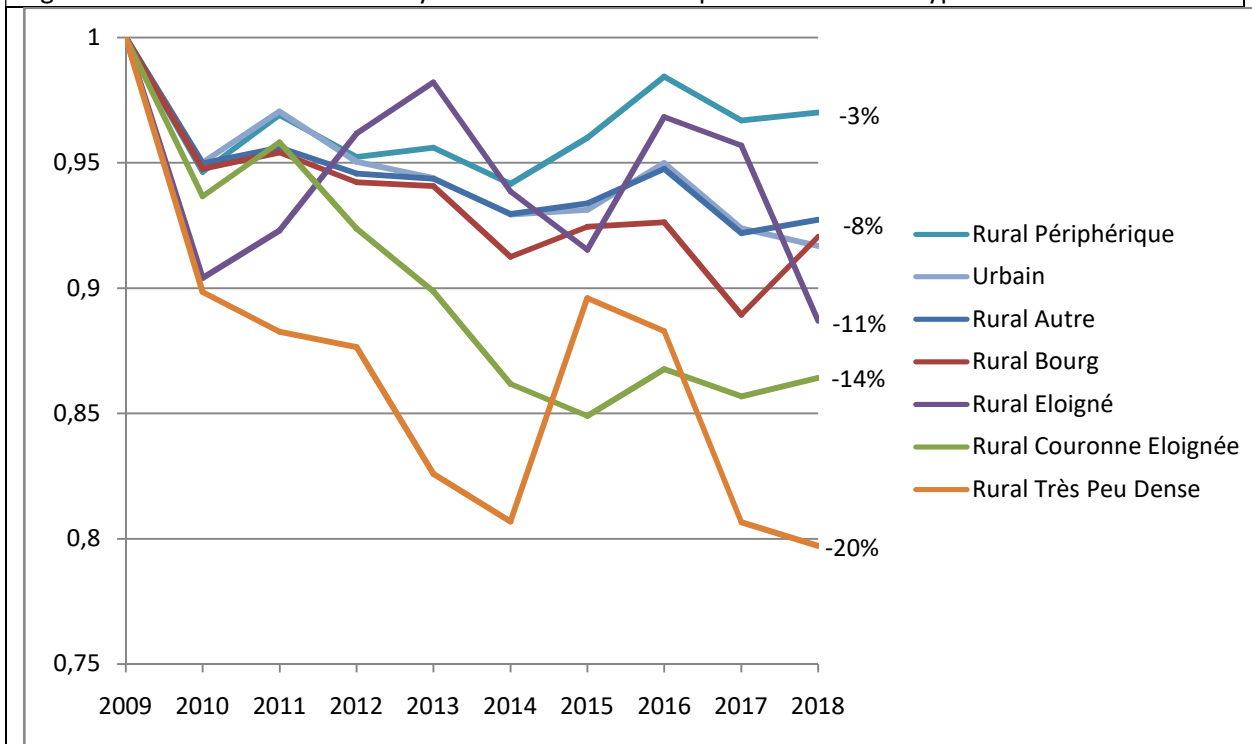
Quand on regarde l'activité exprimée en actes/habitant/an de ces territoires, on se rend compte que le niveau d'activité est bien plus haut dans les territoires ruraux « bourgs » que dans les autres territoires et du niveau moyen régional. Ceci s'explique facilement dans la construction de l'indicateur qui sous-estime la zone de recours potentielle des territoires isolés comme les « bourgs » en réduisant artificiellement la zone de recours à son périmètre communal. En pratique, il faut relativiser ce niveau d'activité avec l'importance de l'affluence des communes voisines.

Figure 15 : Evolution de l'activité de soins primaires selon le type de territoire, exprimée en Actes/habitant/an.



Pour s'affranchir de la valeur du niveau d'activité, l'analyse des évolutions de chaque territoire fait appel à l'utilisation de taux moyen d'évolution de l'activité par rapport au niveau de 2009 et donne une meilleure idée de la situation (Figure 16).

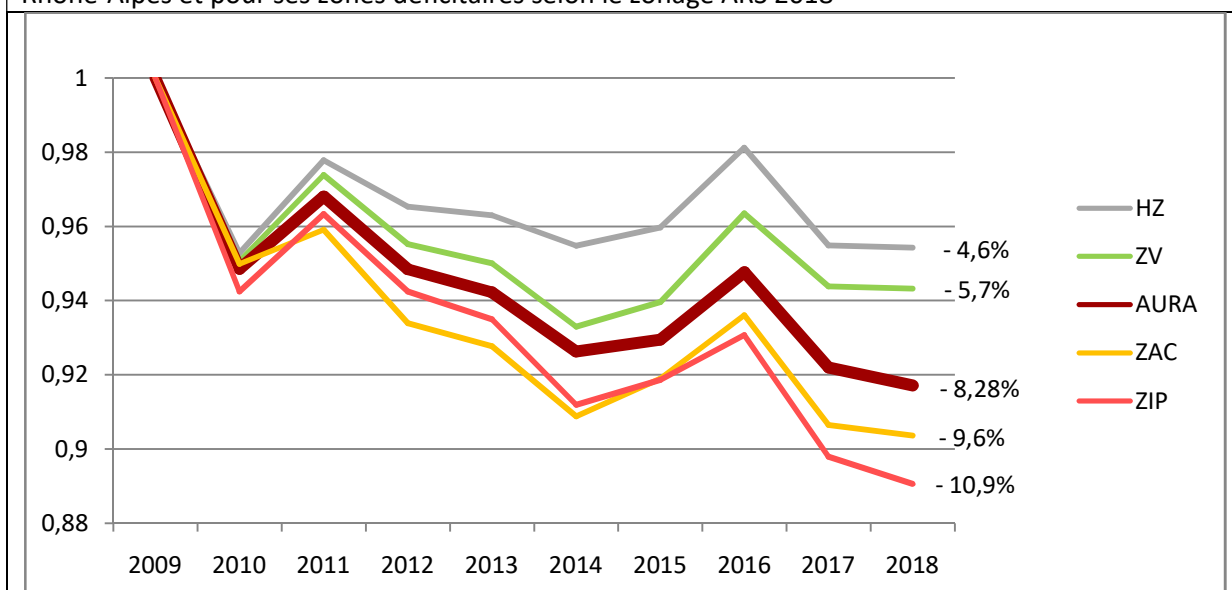
Figure 16 : Evolution des taux moyens d'activité de soins primaires selon le type de territoire



L'activité régionale de soins primaires baisse en moyenne de 8,28%, et logiquement cette baisse est relativement liée à la baisse de l'espace majoritaire en termes de population : les communes urbaines (-8,32%). Les communes rurales périphériques semblent connaître un meilleur dynamisme depuis 2014 avec une relative stabilisation de l'offre de soins (-2,99%). Les communes rurales « bourgs » résistent presque aussi bien que dans les communes urbaines (-7,95%) grâce à un ralentissement de la baisse entre 2017 et 2018. L'interprétation est plus délicate dans les autres territoires du fait de leur petite taille en termes de population, mais les territoires qui comptaient déjà l'activité de soins primaires la plus fragile, continuent d'être délaissés, comme les communes rurales « couronnes éloignées » (-13,58%) et les communes rurales « très peu denses » (-20,28%).

Si on analyse à posteriori l'évolution des territoires classés selon le zonage appliqué à la médecine générale des ARS 2018 et utilisant les données d'activité potentielle localisée de 2015, on s'aperçoit que ce zonage a bien ciblé de manière discriminante et graduée les zones déficitaires où la baisse à été la plus marquée entre 2009 et 2018 (Figure 17).

Figure 17 : Evolution dans le temps du taux d'activité de soins primaires pour la région Auvergne-Rhône-Alpes et pour ses zones déficitaires selon le zonage ARS 2018



4.3. Evolution de l'offre de soins primaires dans les communes où s'est implantée une MSP

L'analyse du groupe de 144¹⁰ communes avec MSP doit impérativement être faite par comparaison des médianes de leurs taux d'évolution afin de limiter l'effet des extrêmes.

Les caractéristiques de ces 144 communes sont détaillées en Annexe 1.

Les communes de l'échantillon sont réparties majoritairement sur des zones déficitaires du zonage de l'ARS en 2018, ce qui paraît cohérent avec la politique de soutien des initiatives d'exercice coordonné. Ainsi, une majorité (123 ou 85%) de ces communes se retrouve classée en zone déficitaire (respectivement 45 en ZIP, 42 en ZAC, 36 en ZV). Seulement 21 communes avec un projet de Santé/MSP étaient des zones considérées comme non déficitaires.

Les communes où un Projet de santé/MSP a vu le jour étaient majoritairement urbaines (79/144 ou 55%), puis par ordre de fréquence :

- rurales « bourgs » (24 ou 16%)
- rurales « périphériques » (22 ou 12%)
- rurales « couronnes éloignées » (9 ou 10%)
- rurales « autres » (7 ou 5%)

Les communes rurales les plus délaissées par les médecins sont celles qui sont également les moins attractives pour les MSP. Seulement 3 communes rurales « éloignées » ont vu naître un Projet de Santé/MSP et aucune en territoire « très peu denses ».

4.3.1. Analyse « Ici – Ailleurs »

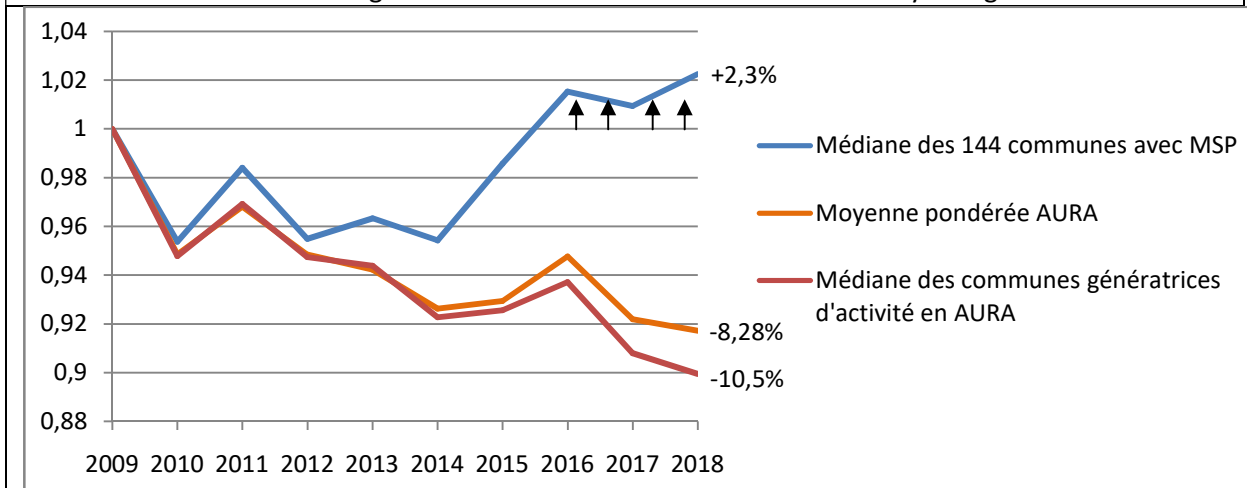
L'activité de soins primaires pour ces communes connaît une évolution favorable dans le temps si on analyse leurs données sur la période 2009-2018 et sans prendre en considération la date d'implantation.

Alors que l'activité de soins primaires est en baisse constante (taux < 1) pour la région AURA (baisse moyenne de -8,28% et baisse médiane de -10,5% des 1354 communes génératrices d'activité en 2009), l'activité des communes avec MSP semblent connaître une différence notable d'évolution.

La tendance est à la baisse jusqu'en 2016 même si elle est moins marquée que l'évolution de la région (taux plus proche de 1). Puis la tendance s'inverse (taux > 1) en rattrapant le niveau d'activité de 2009 en 2016 et même jusqu'à produire un gain d'activité de +2,3% en 2 ans (Figure 18).

¹⁰ Deux communes ont vu s'implanter deux MSP distinctes sur leur territoire (Bourg-en-Bresse et Le Cheylard) pour lesquelles l'inclusion dans l'échantillon commence à la date de mise en fonctionnement/ouverture de la première.

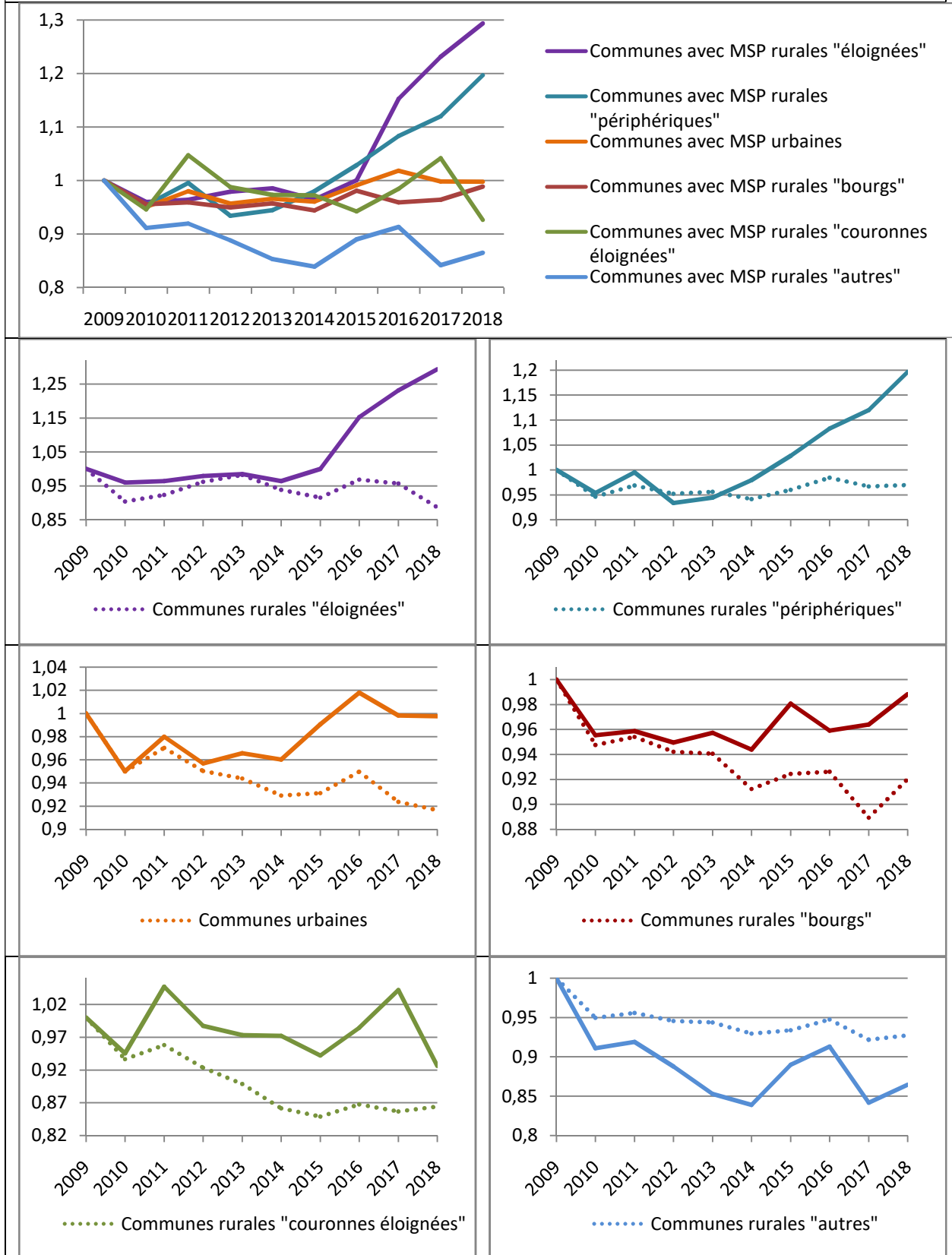
Figure 18 : Comparaison du taux médian d'évolution pour les 144 communes avec MSP, du taux médian des 1354 communes génératrices d'activité en 2009 et du taux moyen régional d'évolution



Ce changement de tendance, visualisable dès l'amorce de stabilisation de 2014-2015 (taux aux alentours de 0,97), laisse penser qu'il a fallu attendre un effectif de MSP suffisamment important pour visualiser un effet (97 MSP mise en fonctionnement en 2014).

Cette évolution peut s'expliquer en partie par une meilleure capacité à maintenir un effectif de praticiens en activité régulière (> 250 actes par an) sur ces communes. Les effectifs augmentent plus vite en globalité (+4,6%) qu'en région AURA (+1,6%) passant de 838 en 2009 à 977 en 2018.

Figure 19 : Evolution des groupes de communes avec MSP en fonction des types de territoires



Pour pouvoir mettre en lumière la tendance d'évolution sensiblement différente des communes avec MSP par sous-groupe de territoires, les médianes de chaque groupe territorial sont comparées par sous-groupe à l'évolution moyenne du groupe territorial.

Ainsi, sur la période 2009 à 2018, la tendance d'évolution est presque toujours plus favorable pour les communes avec MSP que l'évolution moyenne du même groupe hormis les communes rurales « autres » (-13,52%).

A noter que l'activité tend à augmenter pour les communes avec MSP dans les territoires ruraux « éloignés » (+29,36%) et dans les territoires ruraux « périphériques » (+19,17%) surtout à partir de 2015. Dans les territoires urbains, l'évolution tend plutôt à la stabilisation (taux entre 0,97 et 1,03) entre 2014 et 2018, avec une hausse d'activité transitoire en 2016 (-0,23%). Les territoires ruraux « bourgs » parviennent à stabiliser également l'activité entre 2015 et 2018 (-1,16%) comme les territoires ruraux « couronnes éloignées » entre 2011 et 2017 avant de voir diminuer leur activité en 2018 (-7,37%).

Ces évolutions par sous-groupes sont résumées sous la forme d'un graphique combiné et de graphiques par territoires (Figure 19). Il n'y avait pas de communes rurales « très peu denses » avec MSP dans les communes sélectionnées dans l'étude.

Pour pouvoir imputer plus précisément l'effet de l'implantation d'une MSP sur l'évolution d'activité de sa commune, il convient de se détacher d'un repère temporel fixe et de procéder à une analyse temporellement centrée sur l'implantation d'une MSP.

4.3.1.1. Analyse « avant-après »

La quantification de l'activité de soins primaires des communes avec MSP, avant leur date charnière de mise en fonctionnement N, a mis en évidence une hétérogénéité face au contexte global de baisse dans la région.

Ainsi, en s'intéressant au contexte d'évolution des années N-3 à N-1 avant la mise en fonctionnement de la MSP pour chaque commune, on constate que 71 d'entre elles sont dans une dynamique comparable à la situation générale en AURA, c'est-à-dire dans une décroissance d'activité. Pour les 5 communes qui ont vu s'implanter une MSP en 2009, l'antériorité était inconnue. 68 communes avaient malgré tout un contexte d'augmentation d'activité avant la mise en fonctionnement de la MSP.

Ces 71 communes en dynamique de décroissance d'activité représentent 49% de communes de l'ensemble, et les communes déficitaires y sont un peu plus représentées (87%) que dans l'échantillon complet (85%).

Sur les 71 communes dans un contexte défavorable en termes de dynamique d'évolution de son activité de soins primaires, 37 ont inversé la tendance dont 10 communes qui ont stabilisé l'activité de soins primaires sur leur périmètre (taux d'évolution moyen compris entre 0,97 et 1,03) et 27 qui sont passés dans une phase d'augmentation (taux > 1,03). 34 communes n'ont en revanche pas réussi à se défaire de cette mauvaise dynamique et ont accompagné la tendance à la baisse régionale.

Sur les 5 communes au contexte inconnu, une seule a réussi à stabiliser son activité, une autre à l'augmenter et les 3 restantes ont vu leur activité baisser malgré une tendance à la reprise aux années N+8 et N+9 pour deux d'entre elles.

Parmi les 68 communes dans une dynamique favorable avant la mise en fonctionnement, 18 ont réussi à stabiliser leur activité de soins primaires, 35 ont maintenu une évolution croissante et 15 n'ont pas, malheureusement, réussi à maintenir cette croissance et sont entrées dans une dynamique de décroissance.

Ces résultats sont présentés de manière synthétique dans le Tableau 4 et de manière détaillée en Annexe 2.

On peut souligner le fait que sur les 144 communes qui ont vu s'implanter une MSP entre 2009 et 2017, 92 d'entre elles (64%) ont au moins stabilisé leur niveau d'activité de soins primaires là où la tendance générale est à la baisse. Les 52 autres communes n'ont pas réussi à résister à la tendance générale de baisse d'activité.

En extrapolant à partir des observations faites sur cet échantillon, ces résultats suggèrent que le taux de réussite dans la stabilisation et/ou la croissance de l'activité communale de soins primaires est de :

- 61% (75/123 ZIP, ZAC, ZV) lorsqu'une MSP s'implante sur une zone déficitaire.
- 81% (17/21 en HZ) dans les zones non déficitaires

- 78% pour la mise en fonctionnement d'une MSP dans un contexte favorable de hausse de l'activité communale (53/68)
- 52% pour la mise en fonctionnement d'une MSP dans un contexte de baisse d'activité communale (37/71)

- 62% pour une MSP implantée sur une commune urbaine (49/79)
- 63% pour une MSP implantée sur une commune rurale « bourg » (15/24)
- 68% pour une MSP implantée sur une commune rurale « périphérique » (15/22)
- 67% pour une MSP implantée sur une commune rurale « couronne éloignée » (6/9)
- 57% pour une MSP implantée sur une commune rurale « autre » (4/7)
- 100% pour une MSP implantée sur une commune rurale « éloignée » (3/3)

Tableau 4 : Synthèse des résultats de l'analyse « avant-après » pour les 144 communes

Territoire	Zonage	Contexte préalable	Evolution après mise en fonctionnement		
			Croissance	Stabilisation	Décroissance
Urbaine (n = 79)	ZIP (n = 19)	Décroissance (n = 12)	5	1	6
		Croissance (n = 7)	2	4	1
	ZAC (n = 21)	Décroissance (n = 13)	3	1	9
		Croissance (n = 8)	2	3	3
	ZV (n = 23)	Décroissance (n = 9)	3	2	4
		Croissance (n = 10)	7	2	1
		Inconnu (n = 4)	1	1	2
	HZ (n = 16)	Décroissance (n = 7)	4	1	2
Croissance (n = 9)		3	4	2	
Rural Périphérique (n = 22)	ZIP (n = 9)	Décroissance (n = 2)	0	0	2
		Croissance (n = 7)	5	1	1
	ZAC (n = 7)	Décroissance (n = 4)	2	1	1
		Croissance (n = 3)	2	0	1
	ZV (n = 4)	Décroissance (n = 1)	0	0	1
		Croissance (n = 3)	2	0	1
	HZ (n = 2)	Croissance (n = 2)	2	0	0
	Rural Bourg (n = 24)	ZIP (n = 11)	Décroissance (n = 3)	2	0
Croissance (n = 7)			3	1	3
Inconnu (n = 1)			0	0	1
ZAC (n = 9)		Décroissance (n = 7)	4	0	3
		Croissance (n = 2)	1	1	0
ZV (n = 3)		Décroissance (n = 2)	0	1	1
		Croissance (n = 1)	0	1	0
HZ (n = 1)		Croissance (n = 1)	1	0	0
Rural Couronne Eloignée (n = 9)	ZIP (n = 3)	Décroissance (n = 2)	2	0	0
		Croissance (n = 1)	0	0	1
	ZAC (n = 2)	Croissance (n = 2)	1	1	0
		ZV (n = 4)	Décroissance (n = 3)	0	1
Rural Autre (n = 7)	ZIP (n = 2)	Décroissance (n = 1)	0	0	1
		Croissance (n = 1)	1	0	0
	ZAC (n = 1)	Décroissance (n = 1)	1	0	0
		ZV (n = 2)	Décroissance (n = 1)	0	0
	HZ (n = 2)	Croissance (n = 1)	0	0	1
		Décroissance (n = 2)	0	2	0
Rural Eloigné (n = 3)	ZIP	Croissance (n = 1)	1	0	0
		ZAC (n = 2)	Décroissance (n = 1)	1	0
	Croissance (n = 1)	1	0	0	

5. Discussion

5.1. Concernant la méthode

Le choix de la base de données du SNDS, fut une décision posée suite à la recherche de données quantitatives d'activité en soins primaires accessibles. Dans un premier temps, une préparation préliminaire a été entreprise sur des données en accès libre de type OpenDAMIR. Ce travail a permis de se familiariser avec les variables du SNDS parfois communes avec l'extraction DCIR.

L'utilisation et la manipulation des données du DCIR avec les outils mis à disposition sur le serveur de la CNAM, ont été possibles grâce aux formations spécifiques demandées en amont par la CNAM.

Concernant les critères d'inclusion et d'exclusion des communes à sélectionner dans l'échantillon de l'étude, le choix d'exclure les communes de plus de 50 000 habitants s'est imposé rapidement. Il paraissait objectivement peu probable de pouvoir observer l'effet de l'implantation d'une MSP qui regroupe en moyenne un peu moins de 5 médecins par structure sur une commune de plus de 50000 habitants.

L'exclusion des communes avec une mise en fonctionnement d'un projet de santé ou l'ouverture du bâtiment de leur structure entre mars 2017 et 2018, tend à sous-estimer la population étudiée. Cependant, en l'absence de données d'activité à posteriori de la date de mise en fonctionnement sur la période d'extraction allant de 2009 à 2018, l'inclusion de ces communes n'aurait pas été d'une grande information et aurait constitué un bruit de fond inutile.

Les communes équipées de centres de santé pluriprofessionnels n'ont pas été intégrées dans la sélection des communes à étudier compte tenu de la difficulté à identifier les centres pluriprofessionnels en exercice coordonné formalisé et à retracer leurs prestations dans les variables du SNDS.

D'autres mailles géographiques ont été envisagées comme les Territoires-Vie-Santé ou les Etablissements Publics de Coopération Intercommunale, mais les limites de ces deux mailles n'étaient pas superposables aux limites administratives strictement régionales de l'extraction DCIR. Ces mailles n'ont donc pas pu être employées (48 TVS et 8 EPCI à cheval sur les limites de la région AURA) dans la mesure où les comptes de population auraient été incomplets sur ces espaces.

Pour le choix du critère de jugement principal, l'APL existant semblait être le meilleur indicateur en soins primaires pour mesurer les inégalités d'accès aux soins. Néanmoins, l'analyse préliminaire des données d'APL disponibles pour les années 2015, 2016, 2017 et 2018 ont montré une évolution à la baisse dans des territoires où l'activité brute de soins primaires augmente. Une raison peut expliquer ce phénomène, il s'agit de l'effet du

regroupement des professionnels qui augmente les distances d'accès des populations et donc minore le niveau d'APL. De plus, les données disponibles avant 2015 ne présentent pas la même méthodologie ni la même unité, ce qui aurait rendu compliquée l'analyse sur la période 2009 à 2018.

L'idée de créer un indicateur alternatif de suivi de l'activité de soins primaires au niveau local a donc germé. Celui utilisé dans cette étude présente aussi ses limites, en particulier avec la surestimation de la valeur de l'activité exprimée en actes/habitant/an par rapport à l'APL. Cela est dû à deux raisons. La première est le décompte des actes techniques comme activité de soins primaires, qui ne sont pas pris en compte dans l'APL. La deuxième est l'utilisation de la population légale communale, qui contrairement à la population potentielle d'une zone de recours de l'APL, est restreinte aux limites administratives de la commune. Cette erreur systématique est surtout présente dans les espaces peu denses où la patientèle d'un médecin s'étend au-delà de la commune.

La valeur ainsi mesurée en actes/habitant/an n'était alors pas toujours en accord avec celle de l'APL pour la même commune. Néanmoins, cette surestimation a été considérée comme constante dans le temps pour chaque commune dans la mesure où le solde migratoire intercommunal a été pris en compte en utilisant la population légale de l'année du calcul.

L'utilisation du taux d'évolution a permis de pouvoir suivre l'évolution des communes sans se soucier de la valeur de l'activité mesurée.

5.2. Concernant les résultats

Les résultats de cette étude tendent à montrer un effet de stabilisation voire d'augmentation de l'activité de soins primaires au niveau communal quand une MSP s'implante sur son territoire.

Ces résultats sont à relativiser en fonction du contexte d'évolution des communes au moment de la mise en fonctionnement de la MSP. En effet, le dynamisme « naturel » de la commune participe également à l'évolution observée et constitue un facteur de confusion.

La taille de la commune a également un impact non négligeable sur l'interprétation des résultats. En effet, même si les communes de plus de 50000 habitants ont été exclues pour limiter ce phénomène, l'effet de la taille ne reste pas moins important dans la mesure où une commune dense en population compte un nombre de médecins en activité important et diminue donc la part de médecins exerçant dans la MSP sur le total des médecins de la commune.

Une autre raison qui peut expliquer les résultats observés est l'effet que peut avoir la MSP sur la densité de médecins de la commune. En effet l'angle d'analyse de cette étude a été choisi pour être territorial et d'ordre communal et non pas centré sur l'activité générée par

médecin. Ce choix tient principalement de la volonté d'observer de manière globale l'apport d'une MSP pour la commune où elle s'implante en termes d'activité de soins primaires. La hausse d'activité peut facilement se justifier par l'attractivité que représentent les MSP sur les jeunes générations de médecins généralistes. La mesure de la densité de médecins peut permettre de répondre en partie à cette question même si elle ne prend pas en compte les remplaçants dans son calcul. Or les jeunes générations de médecins sont souvent formées, pour une partie au moins, dans les MSP et cela aboutit à un recrutement plus important de candidats aux remplacements et/ou à l'installation sur ces communes. Des récents travaux de G. Chevillard et J. Mousquès suggèrent également que les MSP participent à conserver une densité de médecins plus importante dans les territoires à faible accessibilité aux soins (41).

Par ailleurs, sans s'aventurer sur le terrain de la performance, de l'efficacité ou de l'efficience des médecins qui exercent en MSP, des travaux de F. Baudier avaient déjà montré que les médecins généralistes exerçant en MSP, produisaient un surcroît d'activité par rapport à leurs confrères en cabinet de groupe ou individuel. Cela était basé sur une enquête réalisée auprès de 2083 médecins, où il y est mentionné que les médecins exerçant en groupe réalisaient plus d'actes quotidiennement que les médecins en exercice isolé mais cela s'équilibrait hebdomadairement avec un nombre de jour travaillé moindre. En revanche, les médecins qui exerçaient en MSP, déclaraient effectuer plus d'actes quotidiennement que leurs confrères en exercice regroupé. 52% d'entre eux déclaraient ainsi effectuer au moins 25 actes par jour contre 38% pour les autres. Cela se vérifiait également hebdomadairement avec 41% de ceux exerçant en MSP qui déclaraient effectuer plus de 135 actes par semaine contre 27% en exercice de groupe (55).

6. Conclusion

La vague d'implantation des MSP en région Auvergne-Rhône-Alpes sur la dernière décennie semble être bénéfique pour lutter contre la baisse d'activité médicale de soins primaires au niveau communal. Les communes avec MSP ont dans 65% des cas, pu voir se stabiliser ou même croître leur l'activité de soins primaires après la mise en fonctionnement de leur projet de santé. Néanmoins, on ne peut résumer l'apport d'une maison de santé seulement à l'activité qu'elle génère pour son territoire. La construction de nouveaux indicateurs de santé en soins primaires pour mesurer cet apport reste le défi des prochaines années.

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : Liste des communes avec MSP de l'étude.

Dép.	Projets de santé / MSP	MSP Mono ou Multisites	Code commune 2019	Année d'ouverture (date de validation du projet de santé)	Zonage ARS 2018	Type de Territoire
01	AMBERIEU EN BUGEY	Multi	01004	2009	ZV	urbain
	ARTEMARE	Multi	01022	2012	ZAC	rural périphérique
	BAGE-LE-CHATEL	Mono	01026	2010	ZAC	urbain
	BEYNOST	Mono	01043	2012	ZV	urbain
	BOURG-EN-BRESSE (Les Arbelles)	Mono	01053	2011	QPV ZAC	urbain
	BOURG-EN-BRESSE (Norelan)	Multi	01053	2015	QPV ZAC	urbain
	CHATILLON S/ CHALARONNE	Multi	01093	2012	ZAC	urbain
	NEUVILLE LES DAMES	Multi	01272	2012	ZAC	rural couronne éloigné
	COLLONGES	Mono	01109	2012	ZIP	rural périphérique
	HAUTEVILLE	Mono	01185	2010	ZIP	urbain
	LAGNIEU	Multi	01202	2014	ZV	urbain
	MARBOZ	Mono	01232	2014	ZAC	rural périphérique
	MEZERIAT	Mono	01246	2015	ZIP	rural couronne éloigné
	MIRIBEL	Multi	01249	2014	ZIP	urbain
	SAINT MARTIN DU FRESNE	Multi	01373	2012	ZIP	urbain
	NANTUA	Multi	01269	2012	ZIP	urbain
	PONT D'AIN	Mono	01304	2009	ZV	urbain
	ST ETIENNE DU BOIS	Mono	01350	2014	ZAC	rural périphérique
	ST RAMBERT en BUGEY	Multi	01384	2012	ZV	rural couronne éloigné
	TENAY	Multi	01416	2012	ZIP	rural couronne éloigné
	OYONNAX	Mono	01283	2015	QPV ZIP	urbain
CEYZERIAT	Mono	01072	2014	ZAC	urbain	
TOSSIAT	Mono	01422	2012	ZV	rural périphérique	
BELLEY	Multi	01034	2016	QPV ZAC	urbain	
total	21		23			
3	LE DONJON	Mono	03103	2012	ZAC	rural bourg
	AYNAY-LE-CHÂTEAU (Cérilly)	Mono	03003	2013	ZIP	rural bourg
	MONTMARULT	Mono	03186	2012	ZIP	rural bourg
	CHEVAGNES	Mono	03074	2011	ZIP	rural périphérique
	LAPALISSE	Mono	03138	2012	ZAC	urbain
	BELLENAVES (Ebreuil)	Mono	03022	2013	ZV	rural bourg
	CHANTELLE	Multi	03053	2010	ZV	rural bourg
	SAINT-POURÇAIN-SUR-SIOULE	Multi	03254	2010	ZV	urbain
	GANNAT	Mono	03118	2016	ZV	urbain
	NEUILLY LE REAL	Mono	03197	2016	ZAC	rural périphérique
	AVERMES	Multi	03013	2014	ZV	urbain

	VILLENEUVE SUR ALLIER	Multi	03316	2014	ZV	rural périphérique
total	10		12			
7	AUBENAS	Mono	07019	2015	QPV ZAC	urbain
	JOYEUSE	Mono	07110	2013	ZV	urbain
	LABEGUDE	Mono	07116	2013	ZIP	urbain
	LARGENTIERE	Mono	07132	2013	ZIP	urbain
	LE CHEYLARD CHANTELAUVE	Multi	07064	2013	ZAC	urbain
	LE CHEYLARD ESPACE SANTE	Mono	07064	2014	ZAC	urbain
	LE TEIL	Multi	07319	2016	ZV	urbain
	VILLENEUVE DE BERG	Mono	07341	2014	ZAC	urbain
	VALS LES BAINS	Mono	07331	2016	ZIP	urbain
	QUINTENAS	Mono	07188	2016	ZAC	rural périphérique
total	10		9			
15	CONDAT	Mono	15054	2012	ZIP	rural bourg
	NEUVEGLISE	Mono	15142	2014	ZAC	rural éloigné
	SAINT-MARTIN-VALMEROUX	Mono	15202	2014	ZIP	rural bourg
	RIOM-ES-MONTAGNES	Mono	15162	2012	ZIP	autre rural
	CHAUDES AIGUES	Multi	15045	2012	ZAC	rural bourg
	SAINTE URCIZE	Multi	15216	2012	ZAC	rural éloigné
	VIC SUR CERE	Multi	15258	2017	ZAC	rural bourg
total	6		7			
26	ANNEYRON	NC	26010	2012	ZAC	urbain
	AOUSTE-SUR-SYE	NC	26011	2010	ZAC	urbain
	CHATEAUNEUF-DE-GALAURE	NC	26083	2013	ZAC	rural bourg
	ETOILE-SUR-RHONE	NC	26124	2013	ZV	urbain
	SAINT VALLIER	NC	26333	2014	ZAC	urbain
	TAULIGNAN	NC	26348	2014	ZAC	rural périphérique
	LE GRAND SERRE	NC	26143	2015	ZIP	rural bourg
	NYONS	NC	26220	2015	ZIP	urbain
	BUIS LES BARONNIES	Mono	26063	2013	HZ	autre rural
total	9		9			
38	BIOL	Mono	38044	2013	ZV	rural couronne éloignée
	CORPS	Mono	38128	2009	ZIP	rural bourg
	DOMENE	Mono	38150	2013	ZV	urbain
	IZEAUX (BIEVRE)	Multi	38194	2010	ZV	urbain
	LA MURE	Multi	38269	2010	ZIP	urbain
	COUBLEVIE	Multi	38239	2011	HZ	urbain
	VOUREY	Multi	38133	2011	ZV	urbain
	MOIRANS	Multi	38566	2016	HZ	urbain
	LANS-EN-VERCORS	Multi	38205	2013	HZ	rural périphérique
	SAINT-NIZIER-DU-MOUCHEROTTE	Multi	38433	2015	HZ	rural périphérique
	VILLARD DE LANS	Multi	38548	2015	HZ	urbain
	AUTRANS-MEAUDRE	Multi	38225	2014	HZ	rural bourg
	SAINT MARTIN D'HERES	Multi	38421	2011	HZ	urbain
TREPT	Mono	38515	2015	ZIP	rural couronne éloigné	

	MONESTIER DE CLERMONT	Mono	38242	2016	ZIP	rural périphérique
	SAINT-VICTOR-DE-CESSIEU	Mono	38464	2013	ZV	urbain
	ECHIROLLES	Mono	38151	2016	HZ	urbain
	BEAUREPAIRE	Mono	38034	2014	ZIP	urbain
	TIGNIEU JAMEYZIEU	Multi	38507	2015	ZV	urbain
	SAINT MARCELLIN	Multi	38416	2015	ZIP	urbain
total	18		20			
42	NOIRETABLE	Mono	42159	2014	ZIP	rural bourg
	SAINT JUST EN CHEVALET	Multi	42248	2015	ZIP	rural bourg
	CREMEAUX	Multi	42076	2014	ZIP	rural bourg
	MARLHES	Mono	42139	2016	ZV	rural périphérique
	PANISSIERES	Multi	42165	2016	ZIP	autre rural
	ROZIER EN DONZY	Multi	42193	2016	ZV	rural couronne éloigné
	MABLY	Mono	42127	2017	ZAC	urbain
	ROANNE	Multi	42187	2013	QPV ZIP	urbain
	VILLEREST	Multi	42332	2016	ZAC	urbain
	ST GERMAIN LESPINASSE	Mono	42231	2017	ZIP	rural périphérique
	SAINT SYMPHORIEN DE LAY	Multi	42289	2010	ZIP	rural périphérique
REGNY	Multi	42181	2010	ZIP	rural périphérique	
total	8		12			
43	ALLEGRE	Mono	43003	2014	ZAC	rural bourg
	BAS-EN-BASSET	Mono	43020	2014	ZV	urbain
	SAINTE-SIGOLENE	Mono	43224	2014	ZV	urbain
	LA-CHAISE-DIEU	Mono	43048	2015	ZAC	rural bourg
	TENCE	Mono	43244	2015	HZ	autre rural
	PONT SALOMON	Mono	43153	2016	ZAC	urbain
	DUNIERE	Multi	43087	2016	ZV	autre rural
total	7		7			
63	SAYAT	Mono	63417	2011	ZAC	rural périphérique
	LE VERNET-LA-VARENNE	Mono	63448	2013	ZAC	rural couronne éloigné
	PIONSAT	Mono	63281	2011	ZIP	rural bourg
	MUROL	Mono	63247	2012	ZAC	rural bourg
	GIAT	Multi	63165	2012	ZAC	rural bourg
	LE MONTEL-DE-GELAT	Multi	63237	2012	ZIP	rural éloigné
	PONTAUMUR	Multi	63283	2012	ZIP	rural bourg
	LES MARTRES DE VEYRE	Mono	63214	2016	HZ	urbain
	JOZE	Mono	63180	2016	ZV	rural périphérique
total	7		9			
69	BEAUJEU	Mono	69018	2014	ZIP	urbain
	COURS-LA-VILLE	Mono	69066	2014	ZIP	urbain
	SAINT MARTIN EN HAUT	Mono	69227	2012	ZV	urbain
	TASSIN-LA-DEMI-LUNE	Mono	69244	2015	HZ	urbain
	THURINS	Mono	69249	2014	ZAC	urbain
	PONTCHARRA SUR TURDINE	Mono	69157	2015	ZAC	urbain
	VILLEFRANCHE-SUR-SAONE	Mono	69264	2009	QPV ZAC	urbain

total	7		7			
73	AIGUEBLANCHE	Mono	73003	2013	HZ	urbain
	AIME	Mono	73006	2013	HZ	urbain
	AIX-LES-BAINS	Multi	73008	2013	ZV	urbain
	BEAUFORT	Mutli	73034	2014	ZAC	autre rural
	FLUMET	Multi	73114	2012	HZ	urbain
	LES ECHELLES	Mono	73105	2010	ZIP	urbain
	LES MARCHES	Mono	73151	2012	HZ	urbain
	LESCHERAINES	Mono	73146	2010	ZV	rural couronne éloigné
	SAINT MICHEL DE MAURIENNE	Multi	73261	2013	ZIP	urbain
	SAINT-GENIX-SUR-GUIERS	Mono	73236	2009	ZV	urbain
	SAINT-PIERRE-D'ALBIGNY	Multi	73270	2012	ZIP	urbain
	VAL COISIN	Mono	73089	2015	ZIP	rural périphérique
	UGINE	Mono	73303	2013	ZV	urbain
	BOURG SAINT MAURICE	Mono	73054	2016	ZIP	urbain
	LA BATHIE	Mono	73032	2016	ZAC	urbain
total	15		15			
74	ARACHES LA FRASSE / FLAINE - LES CARROZ	Mono	74014	2014	ZAC	rural bourg
	CHAMONIX	Mono	74056	2012	HZ	urbain
	LES GETS	Multi	74134	2014	ZV	rural bourg
	SAINT JEAND'AULPS	Multi	74238	2014	ZV	autre rural
	MEGEVE	Mono	74173	2015	HZ	urbain
	PUBLIER	Mono	74218	2016	HZ	urbain
	THORENS -GLIERES	Mono	74282	2016	ZIP	rural périphérique
	SAINT- FELIX	Mono	74233	2013	ZV	urbain
	MARIGNIER	Mono	74164	2015	ZAC	urbain
	VALLEE DU BREVON	Multi	74155	2016	ZIP	rural périphérique
	CRUSEILLES	Mono	74096	2016	ZIP	urbain
	GAILLARD	Mono	74133	2016	HZ	urbain
	MARNAZ	Multi	74169	2016	ZAC	urbain
	LES HOUCHES	Mono	74143	2016	HZ	urbain
total	13		14			
Total	131		146			

* En gris, sont représentées les communes qui sont coordonnées au sein d'un projet de santé multisites avec une activité médicale réparties sur plusieurs communes.

7.2. Annexe 2 : Résultats détaillés pour l'échantillon des 144 communes de l'étude

Annexe 2 : Résultats et synthèse d'évolution pour les 144 communes qui ont mis en fonctionnement une MSP entre 2009 et 2017.

Commune	Territoire	Zonage	Dynamique de l'activité avant la mise en fonctionnement	Taux d'évolution par de l'activité communale (en actes/hab/an)									Dynamique de l'activité après mise en fonctionnement
				N+1	N+2	N+3	N+4	N+5	N+6	N+7	N+8	N+9	
2009 (n = 5)													
01004	UR	ZV	NC	0,945	0,948	0,943	0,903	0,933	0,926	0,930	1,043	1,074	décroissance
01304	UR	ZV	NC	0,806	0,940	0,859	0,937	0,952	0,947	0,944	0,936	0,996	décroissance
38128	RB	ZIP	NC	0,953	0,863	0,850	0,861	0,806	0,904	0,965	1,121	1,180	décroissance
69264	UR	ZV	NC	0,912	0,956	0,939	0,962	1,013	1,028	1,013	0,998	1,044	stabilisation
73236	UR	ZV	NC	0,999	1,075	1,077	1,208	1,356	1,474	1,490	1,449	1,416	croissance
2010 (n = 11)													
01026	UR	ZAC	décroissance	1,075	1,016	0,960	1,020	1,282	1,422	1,348	1,309	NC	croissance
01185	UR	ZIP	décroissance	1,041	0,938	0,894	0,927	0,996	1,032	0,983	0,976	NC	stabilisation
03053	RB	ZV	décroissance	1,006	0,974	0,924	0,814	0,666	0,694	0,724	0,933	NC	décroissance
03254	UR	ZV	décroissance	1,023	0,991	1,039	1,043	1,003	1,042	1,022	1,001	NC	stabilisation
26011	UR	ZAC	croissance	1,078	1,089	1,088	1,096	1,094	1,092	1,049	0,947	NC	croissance
38194	UR	ZV	croissance	1,136	1,109	1,181	1,177	1,277	1,394	1,437	1,510	NC	croissance
38269	UR	ZIP	décroissance	1,051	0,997	1,027	1,151	1,135	1,096	1,033	0,984	NC	croissance
42181	RP	ZIP	décroissance	1,061	0,979	0,442	0,000	0,782	0,751	0,941	1,038	NC	décroissance
42289	RP	ZIP	croissance	1,191	1,206	1,148	1,160	1,149	1,278	1,619	1,727	NC	croissance
73105	UR	ZIP	décroissance	1,082	1,113	1,159	1,093	1,118	1,137	0,869	0,908	NC	croissance
73146	RCE	ZV	croissance	1,115	0,768	0,841	1,008	1,122	1,225	1,307	1,368	NC	croissance
2011 (n = 7)													
01053	UR	ZAC	décroissance	0,956	0,903	0,895	0,915	0,894	0,869	0,831	NC	NC	décroissance
03074	RP	ZIP	croissance	0,939	0,980	0,977	1,035	1,055	1,161	1,304	NC	NC	croissance
38133	UR	ZV	décroissance	0,945	0,877	0,819	0,780	0,800	0,781	0,774	NC	NC	décroissance
38239	UR	HZ	décroissance	1,038	1,132	1,228	1,224	1,211	1,224	1,292	NC	NC	croissance
38421	UR	HZ	décroissance	0,926	0,893	0,852	0,861	0,872	0,840	0,906	NC	NC	décroissance
63281	RB	ZIP	croissance	0,942	1,022	0,955	1,036	0,960	0,732	0,594	NC	NC	décroissance

63417	RP	ZAC	croissance	1,039	1,051	1,055	1,066	1,090	1,045	1,030	NC	NC	croissance
2012 (n = 27)													
01022	RP	ZAC	décroissance	1,004	0,944	0,940	0,917	0,942	0,977	NC	NC	NC	décroissance
01043	UR	ZV	décroissance	0,998	0,985	0,967	0,988	0,936	0,941	NC	NC	NC	décroissance
01093	UR	ZAC	décroissance	0,988	0,945	0,931	0,937	0,911	0,902	NC	NC	NC	décroissance
01109	RP	ZIP	croissance	1,041	0,993	1,356	1,413	1,348	1,335	NC	NC	NC	croissance
01269	UR	ZIP	croissance	0,976	0,898	1,005	0,973	0,927	1,043	NC	NC	NC	stabilisation
01272	RCE	ZAC	croissance	0,988	1,001	1,025	1,033	0,967	0,818	NC	NC	NC	stabilisation
01373	UR	ZIP	croissance	1,075	1,030	1,051	1,094	1,047	1,075	NC	NC	NC	croissance
01384	RCE	ZV	décroissance	1,014	1,049	1,036	1,010	0,935	0,934	NC	NC	NC	stabilisation
01416	RCE	ZIP	croissance	0,979	0,928	0,748	0,885	1,076	1,035	NC	NC	NC	décroissance
01422	RP	ZV	croissance	0,987	1,045	1,142	1,230	1,208	1,091	NC	NC	NC	croissance
03103	RB	ZAC	croissance	1,015	1,018	0,998	1,020	1,076	1,027	NC	NC	NC	stabilisation
03138	UR	ZAC	décroissance	1,021	1,122	1,243	1,305	1,324	1,298	NC	NC	NC	croissance
03186	RB	ZIP	croissance	0,907	0,890	0,932	1,050	1,078	0,962	NC	NC	NC	décroissance
15045	RB	ZAC	décroissance	0,974	0,942	0,931	0,668	0,445	0,353	NC	NC	NC	décroissance
15054	RB	ZIP	croissance	1,277	1,566	1,994	1,044	0,242	0,713	NC	NC	NC	croissance
15162	RA	ZIP	décroissance	0,931	0,874	0,862	0,903	0,893	0,848	NC	NC	NC	décroissance
15216	RE	ZAC	croissance	0,905	0,950	0,999	1,135	1,212	1,274	NC	NC	NC	croissance
26010	UR	ZAC	croissance	0,938	0,902	0,793	0,825	0,931	0,965	NC	NC	NC	décroissance
63165	RB	ZAC	décroissance	0,996	1,208	1,309	1,423	1,397	1,498	NC	NC	NC	croissance
63237	RE	ZIP	croissance	1,021	1,066	1,022	1,064	1,089	1,185	NC	NC	NC	croissance
63247	RB	ZAC	décroissance	1,069	1,108	1,314	1,325	1,332	1,229	NC	NC	NC	croissance
63283	RB	ZIP	décroissance	0,724	0,675	0,650	0,661	0,678	0,688	NC	NC	NC	décroissance
69227	UR	ZV	croissance	1,050	1,054	1,025	1,080	1,034	1,004	NC	NC	NC	croissance
73114	UR	HZ	croissance	1,056	0,998	1,063	1,100	1,094	1,098	NC	NC	NC	croissance
73151	UR	HZ	croissance	0,822	0,765	0,743	0,946	0,933	1,119	NC	NC	NC	décroissance
73270	UR	ZIP	croissance	0,986	0,981	0,959	1,014	1,020	1,103	NC	NC	NC	stabilisation
74056	UR	HZ	décroissance	1,038	1,101	1,103	1,154	1,115	1,141	NC	NC	NC	croissance
2013 (n = 21)													

03003	RB	ZIP	croissance	2,299	2,717	2,869	2,717	2,934	NC	NC	NC	NC	croissance
03022	RB	ZV	croissance	0,984	1,027	1,004	0,998	1,008	NC	NC	NC	NC	stabilisation
07064	UR	ZAC	croissance	0,990	0,986	1,050	1,012	0,993	NC	NC	NC	NC	stabilisation
07110	UR	ZV	croissance	1,046	1,153	1,214	1,272	1,281	NC	NC	NC	NC	croissance
07116	UR	ZIP	croissance	1,071	1,168	1,213	1,168	1,198	NC	NC	NC	NC	croissance
07132	UR	ZIP	croissance	1,005	1,012	1,025	0,997	0,869	NC	NC	NC	NC	stabilisation
26063	RA	HZ	décroissance	0,961	1,034	1,077	1,004	0,877	NC	NC	NC	NC	stabilisation
26083	RB	ZAC	décroissance	0,965	0,958	0,950	0,947	0,955	NC	NC	NC	NC	décroissance
26124	UR	ZV	décroissance	1,007	0,998	1,071	1,088	1,202	NC	NC	NC	NC	croissance
38044	RCE	ZV	décroissance	0,901	0,871	0,947	0,868	1,004	NC	NC	NC	NC	décroissance
38150	UR	ZV	croissance	0,984	0,956	1,075	1,048	1,049	NC	NC	NC	NC	stabilisation
38205	RP	HZ	croissance	1,025	1,068	1,133	1,125	1,165	NC	NC	NC	NC	croissance
38464	UR	ZV	croissance	0,792	0,867	1,208	1,231	1,362	NC	NC	NC	NC	croissance
42187	UR	ZIP	décroissance	0,940	0,900	0,915	0,834	0,821	NC	NC	NC	NC	décroissance
63448	RCE	ZAC	croissance	1,014	1,105	1,167	1,387	1,854	NC	NC	NC	NC	croissance
73003	UR	HZ	décroissance	1,005	0,992	1,306	1,429	1,421	NC	NC	NC	NC	croissance
73006	UR	HZ	croissance	1,029	1,040	1,034	0,989	0,981	NC	NC	NC	NC	stabilisation
73008	UR	ZV	décroissance	0,959	0,948	0,929	0,889	0,872	NC	NC	NC	NC	décroissance
73261	UR	ZIP	décroissance	0,953	0,944	0,974	0,919	0,971	NC	NC	NC	NC	décroissance
73303	UR	ZV	croissance	0,960	1,198	1,268	1,185	1,092	NC	NC	NC	NC	croissance
74233	UR	ZV	croissance	1,296	1,689	1,873	1,879	1,815	NC	NC	NC	NC	croissance
2014 (n = 26)													
01072	UR	ZAC	décroissance	0,961	1,030	0,897	0,756	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
01202	UR	ZV	croissance	0,966	0,964	0,974	1,029	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
01232	RP	ZAC	décroissance	1,022	1,095	1,011	0,984	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
01249	UR	ZIP	décroissance	1,019	0,903	0,827	0,811	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
01350	RP	ZAC	décroissance	1,086	1,283	1,278	1,486	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
03013	UR	ZV	décroissance	0,960	0,991	0,923	0,849	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
03316	RP	ZV	décroissance	0,961	0,830	0,785	0,793	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
07341	UR	ZAC	croissance	1,020	1,046	1,005	0,999	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation

15142	RE	ZAC	décroissance	1,021	1,462	1,649	1,921	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
15202	RB	ZIP	croissance	1,117	1,192	1,280	1,619	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
26333	UR	ZAC	décroissance	0,808	0,800	0,831	0,783	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
26348	RP	ZAC	décroissance	1,406	1,451	1,797	1,884	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
38034	UR	ZIP	décroissance	0,979	0,977	0,913	0,916	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
38225	RB	HZ	croissance	1,092	1,159	1,204	1,336	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
42076	RB	ZIP	croissance	0,955	0,864	0,854	0,794	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
42159	RB	ZIP	décroissance	1,013	1,031	1,046	1,063	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
43003	RB	ZAC	décroissance	1,031	0,782	0,741	0,978	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
43020	UR	ZV	décroissance	1,341	1,398	1,222	1,243	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
43224	UR	ZV	croissance	1,070	1,160	1,170	1,172	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
69018	UR	ZIP	décroissance	1,103	1,111	1,052	1,013	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
69066	UR	ZIP	décroissance	1,039	1,051	1,086	1,071	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
69249	UR	ZAC	décroissance	0,955	1,967	3,415	3,826	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
73034	RA	ZAC	décroissance	1,061	1,176	0,963	0,969	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
74014	RB	ZAC	décroissance	1,066	1,097	1,129	1,327	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
74134	RB	ZV	décroissance	1,005	1,001	0,990	1,042	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
74238	RA	ZV	croissance	0,924	0,818	0,834	0,874	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
2015 (n = 18)													
01246	RCE	ZIP	décroissance	1,069	1,043	1,007	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
01283	UR	ZIP	décroissance	1,026	0,978	0,865	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
07019	UR	ZAC	décroissance	0,927	0,912	0,804	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
26143	RB	ZIP	croissance	0,948	1,024	1,106	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
26220	UR	ZIP	décroissance	0,918	0,869	0,850	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
38416	UR	ZAC	décroissance	0,886	0,854	0,781	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
38433	RP	HZ	croissance	1,894	1,929	1,908	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
38507	UR	ZV	décroissance	1,002	0,949	1,439	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
38515	RCE	ZIP	décroissance	1,285	1,318	1,465	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
38548	UR	HZ	décroissance	1,037	0,986	1,004	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
42248	RB	ZIP	décroissance	0,998	1,105	1,200	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance

43048	RB	ZAC	croissance	1,084	1,081	1,037	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
43244	RA	HZ	décroissance	0,980	0,954	0,999	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
69157	UR	ZAC	décroissance	1,025	0,979	1,019	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
69244	UR	HZ	croissance	1,012	0,991	0,978	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
73089	RP	ZIP	croissance	1,264	1,607	1,576	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
74164	UR	ZAC	croissance	1,059	1,009	0,995	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
74173	UR	HZ	croissance	1,185	1,173	1,274	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
2016 (n = 26)													
01034	UR	ZAC	décroissance	0,937	0,960	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
03118	UR	ZV	croissance	0,955	0,921	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
03197	RP	ZAC	croissance	1,080	1,122	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
07188	RP	ZAC	croissance	0,938	0,894	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
07319	UR	ZV	décroissance	0,971	0,969	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
07331	UR	ZIP	décroissance	1,069	1,013	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
38151	UR	HZ	croissance	0,923	0,846	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
38242	RP	ZIP	décroissance	0,957	0,874	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
38566	UR	HZ	croissance	0,983	1,032	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
42139	RP	ZV	croissance	1,039	1,083	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
42165	RA	ZIP	croissance	1,460	1,594	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
42193	RCE	ZV	décroissance	0,505	0,479	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
42332	UR	ZAC	décroissance	0,855	0,774	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
43087	RA	ZV	décroissance	0,931	0,937	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
43153	UR	ZAC	croissance	0,862	0,970	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
63180	RP	ZV	croissance	0,965	0,831	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
63214	UR	HZ	croissance	1,086	1,221	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
73032	UR	ZAC	croissance	1,131	1,157	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
73054	UR	ZIP	croissance	0,876	0,863	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
74096	UR	ZIP	croissance	1,028	0,957	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
74133	UR	HZ	décroissance	0,841	1,072	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
74143	UR	HZ	croissance	0,962	0,982	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation

74155	RP	ZIP	croissance	0,922	0,896	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
74169	UR	ZAC	croissance	0,940	0,847	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
74218	UR	HZ	décroissance	0,991	1,087	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
74282	RP	ZIP	croissance	0,971	0,969	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	stabilisation
2017 (n= 3)													
15258	RB	ZAC	décroissance	1,261	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance
42127	UR	ZAC	décroissance	0,922	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	décroissance
42231	RP	ZIP	croissance	1,150	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	croissance

THÈSE SOUTENUE PAR : FABIEN MALGOUIRES

TITRE : ENQUÊTE SUR L'ACTIVITÉ DE SOINS PRIMAIRES RÉALISÉE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES DANS LES COMMUNES OÙ S'EST IMPLANTÉE UNE MAISON DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLE.

CONCLUSION :

La région Auvergne-Rhône-Alpes est la région qui compte le plus de maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement depuis la vague des années 2010. Cette enquête descriptive longitudinale sur la période 2009 à 2018 est basée sur les données de remboursement de la caisse nationale d'assurance maladie. Elle dresse un bilan de l'offre de soins primaires de la région Auvergne-Rhône-Alpes et analyse l'impact sur l'activité de soins primaires de l'implantation d'une maison de santé pluriprofessionnelle sur 144 de ses communes. Le critère de jugement principal était le taux d'évolution de l'activité de soins primaires exprimée en actes par an et par habitant au niveau communal. L'activité de soins primaires a baissé en moyenne de 8,28% dans la région Auvergne-Rhône-Alpes entre 2009 et 2018. Parmi les 144 communes de cette région qui ont vu s'implanter une maison de santé pluriprofessionnelle entre 2009 et 2017, 92 d'entre elles ont réussi à stabiliser voire à faire croître l'activité de soins primaires sur leur territoire. Pour les 52 autres, l'implantation d'une maison de santé n'a pas permis de lutter contre la tendance générale de baisse d'activité. Ces résultats sont à interpréter en considérant l'antériorité d'évolution des communes ainsi que leur taille. Néanmoins, on ne peut résumer l'apport d'une maison de santé seulement à l'activité qu'elle génère pour son territoire. La construction de nouveaux indicateurs de santé en soins primaires pour mesurer cet apport reste le défi des prochaines années.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

18/06/2020

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE



Pr. Philippe GAUDIN

8. Bibliographie

1. OMS, Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, 1978 [Internet]. WHO. Disponible sur:
http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879 juill 21, 2009.
3. OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2003 [Internet]. Disponible sur:
http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf?ua=1
4. Code de la santé publique - Article L4111-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688646&dateTexte=&categorieLien=cid>
5. La définition européenne de la médecine générale et médecine de famille, WONCA Europe, 2002 [Internet]. Disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
6. Réforme de L'Assurance Maladie en pratique n°1, 8 décembre 2004. [Internet]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cp08122004.pdf
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis: INPES éd.; 2011.
8. DREES, Plus de 80% des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe, Mai 2019, Etudes et Résultats n° 1114 [Internet]. Disponible sur:
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>
9. Circulaire du 27 juillet 2010 relative au lancement plan d'équipement en maisons de sante en milieu rural [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf
10. Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y., Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux, QES, n° 190, Septembre 2013.
11. Exercice coordonné et protocole d'une équipe pluriprofessionnelle [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-06/exercice_coordonne_et_protocole_dune_equipe_pluriprofessionnelle.pdf
12. Contrat type ACI relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, Ameli.fr [Internet]. Disponible sur:
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/400351/document/annexe_3_contrat_type_aci.pdf

13. Maisons de santé pluriprofessionnelles : des rémunérations en hausse de 30 % [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-des-remunerations-en-hausse-de-30>
14. Code de la santé publique - Article L6323-3 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000017744182&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
15. Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins, Octobre 2018. [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_delegues_acces_aux_soins_15102018.pdf
16. Rapport d'information de MM., Cardoux JN., Daudigny Y., fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, n°686, 26 juillet 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>
17. Rapport Data-DREES, Web Data Server, Beyond 20/20 [Internet]. 2016. Disponible sur: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.data.drees.sante.gouv.fr/&gws_rd=cr&ei=Y4FFWIGzBcSF6QSav5q4AQ
18. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé. [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_12.pdf
19. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo>
20. Créer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) [Internet]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/guide-creer-une-communaute-professionnelle-territoriale-de-sante-cpts>
21. Les chiffres clés de l'offre de soins, DGOS, 2018 [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
22. Santé M des S et de la. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>
23. CAB Solidarités. Discours Olivier Véran [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-olivier-veran>
24. Centres de santé [Internet]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
25. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation [Internet]. Disponible sur:

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&cat
egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000429878&categorieLien=id)

26. Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 [Internet]. Disponible sur:
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_21695.pdf
27. Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification, IRDES, DT 10, Mai 2008. Pratiques et Organisation des Soins [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-1-page-73.htm>
28. Arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur:
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025055418&cat
egorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025055418&categorieLien=id)
29. Debyser A., La ruralité au sein de l'Union Européenne, Bibliothèque du Parlement européen, 14 février 2003. [Internet]. Disponible sur:
[http://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2013/130449/LDM_BR I\(2013\)130449_REV1_FR.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/bibliotheque/briefing/2013/130449/LDM_BR I(2013)130449_REV1_FR.pdf)
30. Barlet M., Collin C., Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité, DREES, Etudes et Résultats, n° 817, Octobre 2012.
31. Brutel C., Levy D., Le nouveau zonage en bassins de vie de 2012, INSEE Première, n° 1425, décembre 2012. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1281020/ip1425.pdf>
32. Barlet M., Coldefy M., Collin C., Lucas-Gabrielli V., L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux, QES, n°174, Mars 2012.
33. DREES, Accessibilité aux soins : les zones de vigilance, 2016 [Internet]. Disponible sur:
<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche21-2.pdf>
34. Vergier N., Chaput H., Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?, Les dossiers de la DREES, n°17, Mai 2017 [Internet]. Disponible sur:
http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/62913/1/dossiers_17.pdf
35. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/11/13/SSAH1731778A/jo/texte>
36. DREES, En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population, Février 2020, Etudes et Résultats n° 1144 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1144.pdf>
37. Chiffres Clés 2017-2018 Auvergne Rhône Alpes, Chambre du commerce et d'industrie Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. Disponible sur: <http://www.auvergne-rhone->

alpes.cci.fr/sites/default/files/fichier_telechargement/economie-2018-cc-auvergne-rhone-alpes-fr.pdf

38. 7,7 millions d'habitants en Auvergne Rhône-Alpes, Insee Flash Auvergne, n°12, 19 octobre 2015 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1300742>
39. Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes, URPS AURA, Avril 2018 [Internet]. Disponible sur: http://www.urps-med-aura.fr/medias/content/files/organisation_offre_soins/demographie/URPS_ML_AuRa_MG_rapport_2018.pdf
40. DREES, Les médecins d'ici à 2040 : Une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée, Mai 2017, Etudes et Résultats n° 1011 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>
41. Chevillard G., Mousquès J., Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ?, QES n° 247, Mars 2020.
42. Histoire du système national des données de santé (SNDS) | Plateforme des Données de Santé [Internet]. Disponible sur: <https://www.indsante.fr/fr/histoire-du-systeme-national-des-donnees-de-sante-snds>
43. Composantes du SNDS | SNDS [Internet]. Disponible sur: <https://www.snds.gouv.fr/SNDS/Composantes-du-SNDS>
44. NGAP [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/nomenclatures-codage/ngap>
45. Codage des actes médicaux - CCAM [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/nomenclatures-codage/codage-actes-medicaux-ccam>
46. Actes CCAM les plus fréquents pour la médecine générale, AMELI, Aout 2018. [Internet]. Disponible sur: http://www.cps.pf/files/4_medecine_generale_-_liste_des_codes_les_plus_frequents.pdf
47. La Permanence des soins ambulatoires (PDSA) [Internet]. Disponible sur: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/la-permanence-des-soins-ambulatoires-pdsa-0>
48. PDSA Cahier des charges [Internet]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0046915087f5bb8d631dd>
49. Historique des données du SNDS | Documentation du SNDS [Internet]. Disponible sur: https://documentation-snds.health-data-hub.fr/fiches/historique_donnees.html#historique-de-l-information-et-des-regimes-dans-les-bases-du-snds
50. Définition - Populations légales | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1999>

51. Comprendre la population légale de votre commune, CNIS, Novembre 2010 [Internet]. Disponible sur: https://www.cnis.fr/wp-content/uploads/2018/01/DC_2011_15e_reunion_CNERP_comprendre_population.pdf
52. Du rural éloigné au rural proche des villes : cinq types de ruralité - Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes - 77 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3715314>
53. Consommation de soins et de biens médicaux, Les dépenses de la santé 2014, DREES [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichea.pdf>
54. Les dépenses de santé en 2018, Résultats des comptes de la santé, DREES, 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2019.pdf>
55. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Fur PL, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 2010