



HAL
open science

Dynamisme (en termes d'activité médicale) des investissements publics immobiliers pluridisciplinaires, en soins primaires, des zones déficitaires d'Ille-et-Vilaine

Antoine Michel

► To cite this version:

Antoine Michel. Dynamisme (en termes d'activité médicale) des investissements publics immobiliers pluridisciplinaires, en soins primaires, des zones déficitaires d'Ille-et-Vilaine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03243041

HAL Id: dumas-03243041

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03243041>

Submitted on 31 May 2021

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

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



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Antoine MICHEL

Né le 04/09/1989 à Angers

Intitulé de la thèse

Dynamisme (en termes d'activité médicale) des investissements publics immobiliers pluridisciplinaires, en soins primaires, des zones déficitaires d'Ille-et-Vilaine

**Thèse soutenue à Rennes
le 29/09/2020**

devant le jury composé de :

Pr Ronan GARLANTEZEC

Epidémiologie, économie de la santé et prévention
– CHU Rennes / *Président du jury*

Dr Béatrice ALLARD COUALAN

Médecin généraliste / *directeur de thèse*

Pr Christophe PARIS

Médecine et santé au travail / *examinateur*

Dr Emmanuel ALLORY

Médecin généraliste / *examinateur*



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Antoine MICHEL

Né le 04/09/1989 à Angers

Intitulé de la thèse

Dynamisme (en termes d'activité médicale) des investissements publics immobiliers pluridisciplinaires, en soins primaires, des zones déficitaires d'Ille-et-Vilaine

**Thèse soutenue à Rennes
le 29/09/2020**

devant le jury composé de :

Pr Ronan GARLANTEZEC

Epidémiologie, économie de la santé et prévention
– CHU Rennes / *Président du jury*

Dr Béatrice ALLARD COULAN

Médecin généraliste / *directeur de thèse*

Pr Christophe PARIS

Médecine et santé au travail / *examineur*

Dr Emmanuel ALLORY

Médecin généraliste / *examineur*

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM	PRENOM	SOUS-SECTION CNU
GANDON	Yves	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC	Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT	Jean-Yves	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	Rhumatologie
GUILLE	François	Urologie
GUYADER	Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	Anatomie
HOUOT	Roch	Hématologie ; transfusion
HUSSON	Jean Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN	Denis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO	Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	Pneumologie ; addictologie
KAYAL	Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	Cardiologie
LE TULZO	Yves	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	Cardiologie
MAHE	Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MATHIEU-SANQUER	Romain	Urologie
MENER	Eric	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	Chirurgie viscérale et digestive
MICHELET	Christian	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	Anatomie
MOREL	Vincent	Médecine palliative
MOSSER	Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE	Didier	Médecine générale

NAUDET	Florian	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
ODENT	Sylvie	Génétique
OGER	Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	Pédiatrie
RAVEL	Célia	Histologie, embryologie et cytogénétique
RENAUT	Pierric	Médecine générale
REVEST	Matthieu	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD	Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	Physiologie
SEGUIN	Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SEMANA	Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	Chirurgie viscérale et digestive
TADIE	Jean Marc	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
THIBAUT	Ronan	Nutrition
THIBAUT	Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	Neurologie
VIEL	Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

NOM	PRENOM	SOUS-SECTION CNU
ALLORY	Emmanuel	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	Immunologie
AMIOT	Laurence	Hématologie ; Transfusion
ANSEMI	Amédéo	Chirurgie thoracique et Cardio vasculaire
BANATRE	Agnès	Médecine générale
BEGUE	Jean Marc	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	Dermato-vénérologie
BROCHARD	Charlène	Physiologie
CABILLIC	Florian	Biologie Cellulaire
CASTELLI	Joël	Cancérologie ; Radiothérapie
CAUBET	Alain	Médecine et santé au travail
CHAPRON	Anthony	Médecine générale
CHHOR-QUENIART	Sidonie	Médecine Générale
CORVOL	Aline	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DAMERON	Olivier	Informatique
DE TAYRAC	Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	Parasitologie et Mycologie
DROITCOURT	Catherine	Dermato-vénérologie
DUBOURG	Christelle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	Cancérologie, radiothérapie
FIQUET	Laure	Médecine Générale
GANGLOFF	Cédric	Médecine d'urgence
GOUIN épouse THIBAUT	Isabelle	Hématologie, transfusion
GUILLET	Benoit	Hématologie, Transfusion
JAILLARD	Sylvie	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
KAMMERER- JAQUET	Solène-florence	Anatomie et cytologies pathologiques
LAVENU	Audrey	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LEGALL	François	Anatomie et cytologies pathologiques
LEMAITRE	Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie Clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	Cardiologie
MENARD	Cédric	Immunologie
MICHEL	Laure	Neurologie
MOREAU	Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSONI	Fouzia	Informatique
PANGAULT	Céline	Hématologie ; transfusion
ROBERT	Gabriel	Psychiatrie d'adulte ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	Neurologie
TURLIN	Bruno	Anatomie et cytologies pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie-Clémence	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie Clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	Philosophie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Ronan GARLANTEZEC,

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

A Monsieur le Professeur Christophe PARIS,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur Emmanuel ALLORY,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez croire en l'expression de mes sincères remerciements.

A toi Béatrice,

Tu m'as soutenu et accompagné dans ce travail, mais aussi dans mon parcours d'internat passé et dans mes projets professionnels à venir. Ta sensibilité et ton énergie m'ont été précieux et je t'en remercie sincèrement.

Aux personnes ayant participé au recueil d'informations pour cette étude,

Merci pour le temps professionnel investi et pour votre implication dans cette problématique de santé publique.

A Lydie, Céleste et...

Puisque ma vie sans vous n'est pas, puisque la suite c'est nous.

« *Le temps est bon, le ciel est bleu* »

A ma mère et à mon père,

Je sais d'où je viens et j'estime votre amour et votre don pour la voie qu'ils m'ont ouverte. Reconnaissance et amour.

A mon frère et à ma sœur,

De notre amour inconditionnel naît l'évidence de notre fratrie.

« *Comme le disait Timothée Gustave...* »

A Jennifer et Cléo,

Vous faites partie de sa vie, de la mienne, de la nôtre, tous liés d'amour et de tendresse.

A ma famille, toutes âmes réunies,

Nos racines sont notre histoire qui nous élèvent chacun dans nos singularités. Un lien d'affection nous tient à jamais.

A ma belle-famille,

Merci pour votre soutien, et votre accueil rempli d'amour.

A la DREAM'S & Cie, à l'équipe à Jojo,

Pour avoir côtoyé, vécu ou partagé ces années de joies et de galères, merci ! Vous êtes de ce qu'il me reste le plus cher de ces années d'étude.

« *On allumait une cigarette et tout s'allumait...* »

A mes amis,

Qui se reconnaîtront dans le lien sincère que nous tissons chaque instant ensemble. Joies, tristesses, rires et réflexions, votre présence m'est indispensable.

A la MSP de Martigné-Ferchaud,

Vous nous accueillez chaleureusement dans une ambiance qui rend le travail si complet et agréable, merci à tous.

A la Nature,

Qui nous embrasse dans sa perfection...

RESUME

Contexte : Dans le contexte actuel de désertification médicale, notamment en zone rurale, le regroupement pluri disciplinaire prend une place de plus en plus importante dans le mode d'exercice des professionnels de santé libéraux. De même, les collectivités locales s'impliquent dans cette problématique en investissant dans des projet immobiliers destinés à accueillir des équipes de soins primaires.

Objectif : Étude exploratoire cherchant à évaluer le dynamisme des constructions immobilières établies à l'initiative des collectivités locales entre Novembre 2005 et Décembre 2016 dans les zones prioritaires d'Ille-et-Vilaine, à destination d'équipes de soins primaires. Cette évaluation est réalisée au moins 2 ans après leur inauguration, au travers de la présence et de l'activité des médecins généralistes dans ces locaux. Ceci afin de déterminer d'une manière pragmatique l'efficacité de ce type d'action territoriale dans la problématique ambiante d'accès réduit aux soins primaires en zones sous dotées.

Méthodologie : Après recensement systématique des structures à inclure, des informations ont été obtenues auprès de leur collectivité locale, des médecins y étant installés et de la faculté de médecine de Rennes 1. Le critère de jugement principal choisi était le taux d'occupation médical des structures. Le critère de jugement secondaire choisi était le nombre total d'actes remboursés sur l'année 2018 des médecins installés dans ces structures.

Résultats : 87 communes ont été contactées, 9 structures ont été incluses. Ces structures ont été décrites. La médiane du taux d'occupation médical était de 50%. L'activité pouvait varier entre 1664 et 13057 actes annuels avec une médiane à 6584 actes annuels. 2 groupes d'analyse ont été effectués : les structures ayant atteint 100% ou plus du taux d'occupation médical versus celles non remplies.

Conclusion : Plus de questionnements que de réponses resurgissent à la lueur de ces résultats. La faible puissance de l'étude et la pertinence discutable des critères de jugements invitant à la plus grande prudence dans l'interprétation des données. Néanmoins, l'étude ouvre la possibilité de poursuivre les recherches dans de nombreux axes concernant ce sujet encore peu exploré dans la littérature

ABSTRACT

Background : In the current context of medical desertification, especially in rural areas, multidisciplinary grouping is playing an increasingly important role in the practice of liberal health professionals. Likewise, local communities are getting involved in this issue by investing in real estate projects intended to accommodate primary care teams.

Aim : Exploratory study seeking to assess the dynamism of real estate constructions established at the initiative of local communities between November 2005 and December 2016 in priority areas of Ille-et-Vilaine, intended for primary care teams. This assessment is carried out at least 2 years after their inauguration, through the presence and activity of general practitioners present in these premises. This in order to determine in a pragmatic way the effectiveness of this type of territorial action in the ambient problem of reduced access to primary care in under-endowed areas.

Methodology : After a systematic inventory of the structures to be included, information was obtained from their local authority, the doctors installed there and the Rennes 1 medical school. The primary endpoint chosen was the medical occupancy rate of the structures. The secondary endpoint chosen was the total number of procedures reimbursed in 2018 for doctors installed in these structures.

Results : 87 municipalities were contacted; 9 structures were included. These structures have been described. The median medical occupancy rate was 50%. The activity could vary between 1664 and 13,057 annual acts with a median of 6,584 annual acts. 2 analysis groups were carried out: structures having reached 100% or more of the medical occupancy rate versus those not filled.

Conclusion : More questions than answers resurface in the light of these results. The low power of the study and the questionable relevance of the endpoint attend for the greatest caution in interpreting the data. Nevertheless, the study opens up the possibility of continuing research in many areas concerning this new subject which has not yet been explored in the literature.

MOTS-CLES MeSH

Conception et construction d'établissement
Bâtiment médical
Cabinet médical
Médecin généraliste
Investissement
Recherche sur les services de santé publique

MOTS-CLES anglais MeSH

Construction, Facility
Medical Office Buildings
Physician's Offices
General practitioners
Investment
Public Health Systems Research

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé
MRS : Mission Régionale de Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
ESP : Équipes de Soins Primaires
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
ZP : Zone Prioritaire
ZD : Zone Déficitaire
RIAP : Relevé Individuel d'Activité et de Prescription
SNIR : Système National Inter Régime
MSU : Maître de Stage Universitaire
MG : Médecin Généraliste
CJP : Critère de Jugement Principal
CJS : Critère de Jugement Secondaire
NTAR : Nombre total d'Actes Remboursés
TOM : Taux d'occupation médical
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

Table des matières

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS	2
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS	4
REMERCIEMENTS	5
RESUME	7
ABSTRACT	8
MOTS-CLES MeSH	9
MOTS-CLES anglais MeSH	9
ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	13
MATERIEL ET METHODE	15
1. Design.....	15
2. Type d'étude.....	15
3. Recueil des données.....	15
4. Analyse des données.....	16
5. Tests statistiques.....	16
RESULTATS	17
1. Description de l'échantillon.....	17
i. Figure I Diagramme de flux.....	17
ii. Figure II Cartographie des communes concernées (bleu) et des structures incluses (rouge).....	17
iii. Tableau I Caractéristiques des structures immobilières incluses.....	18
iv. Tableau II Médecins généralistes installés au sein des structures immobilières.....	18
v. Tableau III Autres caractéristiques des structures.....	19
1. Critère de Jugement Principal.....	20
2. Critère de jugement secondaire.....	20
ANALYSE	21
i. Tableau IV Analyse croisée TOM100% vs TOM<100%.....	22
DISCUSSION	23
1. Pertinence du Critère de jugement principal.....	23
2. Taux d'occupation médical – CJP.....	24
a. Délai d'installation.....	24
b. Nombre Total d'Actes Remboursés (NTAR).....	24
c. Stabilité des installations.....	25
d. Taille des structures.....	25
e. Autres professionnels de santé et non conventionnés.....	25
3. Nombre Total d'Actes Remboursés (NTAR) – CJS.....	25
4. Initiative des projets immobiliers.....	25
5. Limites et avantages de l'étude.....	26
i. Figure III Questionnements autour du sujet d'étude.....	26
CONCLUSION	28
DECLARATION DES CONFLITS D'INTERETS	29

BIBLIOGRAPHIE.....	30
LISTE DES TABLEAUX.....	31
LISTE DES FIGURES.....	31
ANNEXES.....	32
Annexe 1 Fiche de recueil de données – Entretiens semi dirigés	32

INTRODUCTION

Dans le contexte problématique actuel de répartition de l'offre de soins primaires qui définit des zones sensibles et sous-dotées en médecins, de nombreuses mesures sont mises en place à différents échelons : aides financières et logistiques des Agences Régionales de Santé (ARS), aides conventionnelles de l'assurance maladie, aides fiscales et sur les taxes sociales, cadre législatif favorisant une restructuration de l'offre territoriale de soins, contrats d'engagement au service public auprès des étudiants en médecine, mesures au cours de la formation visant à promouvoir l'exercice libéral en zones rurales, aides diverses au maintien de l'offre de soins de premier recours par les collectivités territoriales... En Bretagne comme en France, ces zones concernent majoritairement les zones rurales. Les zones rurales concentrent la plus faible densité de nouveaux médecins généralistes (MG) installés. Ce constat est d'autant plus inquiétant que les zones rurales affichent déjà les densités médicales les plus faibles (1).

L'installation des médecins en zone rurale semble être conditionnée par des facteurs intrinsèques : les origines rurales du médecin, son souhait d'exercer la médecine générale ainsi que celui d'exercer en milieu rural avant le début de ses études, choix de vie pour le milieu rural. Elle dépend également de facteurs liés à la formation médicale avec notamment la réalisation d'un stage d'internat en zone rurale, et de facteurs professionnels avec l'opportunité d'un exercice groupé (2). D'ailleurs, dans une enquête réalisée auprès des diplômés de médecine générale de la faculté de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008) en 2014, à la question sur les mesures permettant selon eux d'augmenter le nombre d'installations, les médecins généralistes ont évoqué assez unanimement l'ouverture des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et pôles de santé (3). Quant à elles, les mesures incitatives financières étaient identifiées comme facteur d'installation mais avec une significativité discutable (2). Enfin, il semblerait que l'investissement financier immobilier que représente l'installation représente un frein à l'installation des jeunes médecins généralistes, et dans une étude réalisée auprès de 91 médecins généralistes remplaçants thésés de Haute Garonne, 58% d'entre eux s'avéraient valider ces propos (8).

Ce nouveau mode d'exercice que représente le regroupement pluri professionnel apparaît attractif et semble convenir aux jeunes médecins qui s'installent en zone rurale en suggérant un perfectionnement des prises en charge médicales et paramédicales, tout en améliorant les conditions de travail. Il correspond ainsi à un exercice de groupe et coordonné entre différents professionnels de santé. L'organisation des professionnels de santé en Maison de Santé pluri disciplinaire (définie à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique) consiste en la fédération entre différents professionnels de Santé ayant élaboré un projet professionnel commun nommé « projet de santé », exerçant au sein d'un même bâtiment ou non, à l'échelle d'une même commune ou à une échelle intercommunale (à noter que le terme de pôle de santé a disparu pour ne laisser place qu'au titre de MSP). Les acteurs de ce type de projet sont réunis autour d'un projet de soin commun validé et labellisé « MSP » par l'ARS. Ainsi, le regroupement pluri professionnel et la pratique coordonnée prennent différents aspects sur le terrain avec des professionnels de santé qui peuvent être isolés physiquement et/ou en structure de groupe mono et/ou pluridisciplinaire. Un simple regroupement de plusieurs professionnels de santé de disciplines distinctes ne constitue donc pas en soi une MSP, puisqu'elle implique également un travail de groupe, le « projet de santé ». Il est donc important de distinguer le bâti qui vise à regrouper les professionnels sous le même toit, que nous appellerons les structures immobilières pluridisciplinaires, d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire qui constitue une structure ayant un cadre légal bien défini.

Le regroupement pluri professionnel s'est développé et connaît un véritable essor depuis 2008 puisque l'Observatoire des recompositions de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) dénombrait 291 MSP et Pôles de santé en janvier 2013 contre 20 en 2008 (4). En Bretagne, on en dénombrait 7 en 2008 et presque 100 fin 2018 selon l'ARS. Ces organisations semblent représenter, au niveau locorégional comme national, un levier de taille pour faire face à la désertification médicale dans les zones rurales. Ainsi, près des trois quarts des maisons de santé se trouvent dans l'espace à dominante rurale, alors que seul un tiers des médecins généralistes s'y trouvent (5) suggérant une logique de rééquilibrage et de maintien de l'offre de

soin de premier recours. Dans ces mêmes zones, la présence d'une maison de santé pourrait influencer de manière favorable la densité de médecin généraliste dans un contexte général pourtant opposé (6)(7). Cette démarche d'exercice coordonné est déjà largement soutenue à différents niveaux et l'ARS encourage et accompagne la rédaction du projet de santé et sa mise en œuvre pour les professionnels formalisant un exercice coordonné en Équipes de Soins Primaires (ESP).

Si la proximité physique des différentes disciplines de santé au sein du secteur hospitalier soutient un travail d'équipe centré sur le patient, le cloisonnement des professionnels de santé libéraux étaient constaté historiquement.

Depuis plusieurs années, les collectivités locales, et notamment les municipalités, investissent de nouveaux projets immobiliers à destination -entre autres- de médecins généralistes libéraux dans le but de les attirer et pallier à la désertification médicale. C'est ainsi que des cabinets médicaux isolés, des cabinets de groupes à visée mono et pluri disciplinaires sont créés à destination des médecins généralistes et d'autres professionnels médicaux comme paramédicaux. En tant que gestionnaire et coordinateur local de ce type de projet d'envergure et d'intérêt public, les mairies tiennent une place stratégique et intéressante malgré leur méconnaissance de l'organisation de travail des professionnels de santé. La collectivité territoriale endosse ainsi l'investissement financier et logistique à réaliser sur le bâti des professionnels de santé. Jusqu'à récemment, les collectivités territoriales n'ont guère eu à s'occuper de l'offre de soins de proximité, et l'idée d'une mise en jeu de fonds publics à l'échelle locale pour une profession libérale n'était pas envisagée. Mais la progression de la précarité de l'offre de soins primaires dans le milieu rural portée à la conscience collective a poussé -entre autres- à l'innovation dans le domaine en consacrant budget et temps organisationnel des collectivités locales à la recherche de solutions pour pérenniser cette activité. En Bretagne, L'ARS n'octroie aucune subvention pour les projets immobiliers. Des subventions pour les projets immobiliers peuvent être octroyées aux collectivités territoriales par les préfetures de département et de région, le Conseil Régional, voire les conseils départementaux en fonction de leur politique, à la condition que les projets soient situés dans les zones déficitaires en médecins définies dans le cadre du zonage médecin arrêté par l'ARS et qu'il s'agisse d'un projet de maison de santé « labellisé » par l'ARS.

La mise, effectuée par les collectivités locales dans ces investissements immobiliers, fait courir le risque de ne voir personne investir les lieux en portant la responsabilité d'une dépense non efficiente de fonds publics. Ce risque de coquille vide est pressenti d'autant plus important s'il le projet immobilier n'est ni précédé d'un projet professionnel de soin commun (par ceux qui préexistent ou qui prétendent leur installation à la naissance du bâti), ni précédé d'une prise en considération de la singularité territoriale de l'offre de soin locale au préalable.

Si ce genre d'investissement public est de pratique courante dans les pays anglo saxons comme la Grande Bretagne ou l'Australie, il fait peu l'objet d'évaluation (9). A ce jour et à notre connaissance, il n'existe aucune étude évaluant, sur le territoire français et breton, l'efficacité de ce genre de pratique en termes d'activité médicale implantée dans ces structures.

MATERIEL ET METHODE

1. Design

Un recensement systématique des structures immobilières à destination de médecins généralistes libéraux financées par les collectivités locales a été effectué au sein des zones déficitaires en médecins d'Ille et Vilaine sur la période de Novembre 2005 à Décembre 2016. Seules les structures pluridisciplinaires en soins primaires ont été incluses. Des données ont été récupérées auprès des collectivités locales concernées. Par ailleurs, des données ont été recueillies auprès des médecins généralistes installés dans ces structures au 31 décembre 2018.

2. Type d'étude

L'étude correspondait à une analyse de l'organisation de soins primaires en médecine générale. La méthodologie choisie était quantitative et il a été décidé la collecte de données primaires. Cette étude isolée est rétrospective.

Le Critère de Jugement Principal (CJP) était le taux d'occupation des bureaux construits à destination des médecins généralistes, appelé Taux d'Occupation Médical (TOM), correspondant au nombre de médecins généralistes installés (au 31/12/2018) rapporté au nombre de médecins attendus lors de la construction du bâti dans les structures incluses.

Le Critère de Jugement Secondaire (CJS) était le nombre total d'actes remboursés en 2018 médian par médecin.

3. Recueil des données

Dans un premier temps, il a été recensé toutes les communes d'Ille et Vilaine ayant été classées en Zone Déficitaires (ZD) ou Zones Prioritaires (ZP) (selon le « zonage médecin généraliste ») entre Novembre 2005 et Décembre 2016.

- Novembre 2005, date à laquelle la décision de la Mission Régionale de Santé (MRS) portant désignation des Zones Déficitaires en médecins généralistes a été rendue officielle, et la fin d'année 2016 ayant été choisie afin d'avoir au moins 2 années de recul après inauguration). Notons qu'avant 2005, ce genre de pratique reste assez rare.
- Précisons également que,
 - de Novembre 2005 à Février 2012, c'est le zonage arrêté par la MRS qui définit des « zones déficitaires » éligibles aux aides financières diverses et nous avons retenu les communes des cantons définis comme tels.
 - De Mars 2012 à Janvier 2014, c'est le zonage 2012 de l'ARS Bretagne qui définit des « zones prioritaires » au sein desquelles les communes ont été intéressées pour cette étude.
 - De février 2014 à Mai 2018, c'est le zonage 2014 de l'ARS Bretagne qui définit des « zones prioritaires » au sein desquelles les communes ont été intéressées pour cette étude.

L'ensemble des communes concernées ont été contactées par téléphone, afin de savoir si, pendant la période pendant laquelle la commune a été classée en ZP/ZD, un investissement immobilier a été réalisé à destination de médecins généralistes au sein de leur commune par la collectivité locale (initiative de mairie, communauté de commune). Ainsi, un travail systématique de recensement des constructions immobilières à destination de médecins généralistes libéraux investies par les collectivités locales sur la période concernée a été effectué.

N'ont été inclus, que les projets pluridisciplinaires (excluant ainsi les cabinets uniques ou de groupe monodisciplinaire).

Des entretiens physiques, téléphoniques et questionnaires mail ont permis de répondre à un questionnaire semi dirigé (cf annexe 1) concernant chaque structure incluse dans l'étude. Ainsi, étaient recueillis le promoteur du projet immobilier (demande des professionnels de santé, initiative de la collectivité, initiative partagée), la date d'inauguration ou de mise en service des locaux, le nombre total de bureaux construits à destination de médecins généralistes, le nombre total de bureaux construits, l'historique des installations et départs de médecins généralistes, le nombre de bureaux de médecins généralistes vacants au 31/12/2018, et les autres professionnels de santé installés au 31/12/2018. Il a également été demandé si des aides à l'installation supplémentaires avaient été proposées par la collectivité et si une politique de recrutement spécifique, outre la construction des locaux, avait été entreprise.

Les médecins généralistes installés dans les structures incluses ont été contactés afin d'obtenir le nombre total d'actes remboursés (NTAR) sur l'année 2018 figurant sur le Relevé Individuel d'Activité et de Prescription (RIAP) de 2018 ou le Système National Inter Régime (SNIR) de 2018. Ces données déclaratives ont été anonymisées.

Enfin, le département de médecine générale de la faculté de médecine de l'université Rennes 1 a été sollicité afin d'identifier les médecins Maitres de Stage Universitaires (MSU) parmi les structures incluses.

4. Analyse des données

Après inclusion, l'ensemble des données ont été retranscrites dans un tableau Excel unique.

Dans un premier temps, les structures incluses ont été décrites.

Ensuite, le critère de jugement principal a été calculé et une analyse descriptive puis croisée ont été effectuées. Dans l'analyse croisée, deux groupes d'analyses ont été opposés : les structures ayant atteint le nombre de médecins attendus, et celles n'ayant pas atteint le nombre de médecins attendus. Parmi ces deux groupes, les médianes des NTAR 2018, du nombre d'autres professionnels de santé, du nombre de bureaux vides, du taux d'occupation global des structures, de la labellisation MSP ont été décrits.

Le critère de jugement secondaire a été défini et une analyse comparative a été effectuée entre la médiane du nombre total d'actes remboursés en 2018 par médecin et la Moyenne bretonne du NTAR par médecin en 2018 au sein des zones prioritaires.

Compte tenu de la taille de l'échantillon, les médianes ont été calculées, jugées plus représentatives que les moyennes.

A noter qu'un changement a été effectué en cours d'étude dans le mode d'analyse : En effet, le CJP initialement choisi était le NTAR 2018 de l'ensemble des médecins généralistes installés au sein des structures incluses. Ce CJP n'a finalement pas été validé devant le faible échantillon représenté, ainsi que l'absence de données pour une partie des médecins généralistes concernés, rendant sa pertinence limitée au regard de la question posée.

5. Tests statistiques

Compte tenu de la faible taille de l'échantillon, il a été décidé de ne pas utiliser de test statistique pour l'analyse des données.

RESULTATS

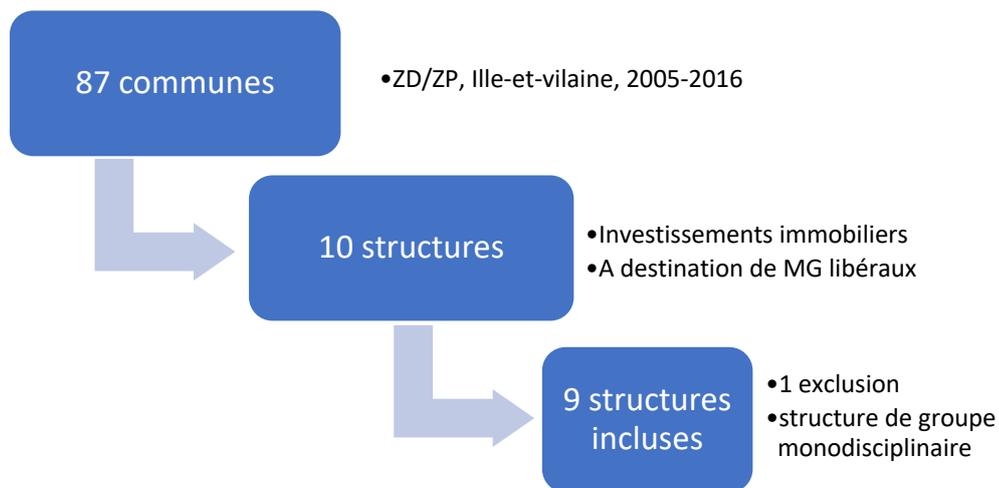
1. Description de l'échantillon

Au total, 87 communes d'Ille et Vilaine étaient concernées par les zonages médecins de la MRS en 2005 (48 communes), de l'ARS en 2012 (59 communes) et en 2014 (18 communes).

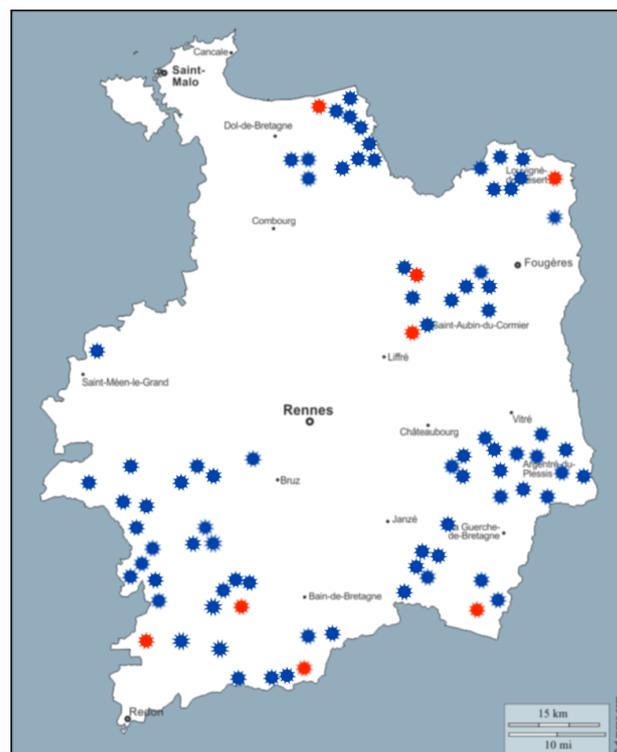
Parmi ces communes, 10 investissements immobiliers ont été effectués par des communes ou des communautés de communes à destination de médecins généralistes libéraux (entre autres) pendant la période d'inclusion et au cours de leur période de classement zone prioritaire ou zone déficitaire.

Un projet immobilier a été exclu, compte tenu de son caractère mono disciplinaire et non pluridisciplinaire.

i. Figure I Diagramme de flux



ii. Figure II Cartographie des communes concernées (bleu) et des structures incluses (rouge)



iii. Tableau I Caractéristiques des structures immobilières incluses

Structures incluses	Zonage Commune ZD/ZP	Date d'inauguration ou mise en service	Age de la structure	Nombre total de Bureaux	Nombre de bureau de médecin	Nombre MG installés	Taux d'occupation médical
Structure 1	ARS 2012	20/04/2013	69 mois	6	3	1	33,30%
Structure 2	MRS 2005	01/01/2009	120 mois	12	4	3	75%
Structure 3	ARS 2012	01/03/2013	70 mois	3	2	1	50%
Structure 4	ARS 2012	01/12/2013	61 mois	8	3	3	100%
Structure 5	MRS 2005 + ARS 2014	01/10/2015	39 mois	12	3	1	33,30%
Structure 6	MRS 2005	01/09/2015	40 mois	7	3	1	33,30%
Structure 7	MRS 2005	01/12/2010	97 mois	3	2	0	0%
Structure 8	ARS 2012 + ARS 2014	01/11/2014	50 mois	4	2	2	100%
Structure 9	MRS 2005	17/11/2011	86 mois	4	2	3	150%

iv. Tableau II Médecins généralistes installés au sein des structures immobilières

Structures incluses	Date d'installation MG	Age d'installation MG	Nb total d'installations MG	Nb total Départs MG	Nb bureaux médicaux vacants	MSU
Structure 1	Médecin 1 : 01/01/2013	Médecin 1 : 72 mois	2	1	0	Médecin 1 : OUI
Structure 2	Médecin 1 : 01/01/2009 Médecin 2 : 01/01/2012 Médecin 3 : 01/01/2017	Médecin 1 : 120 mois Médecin 2 : 84 mois Médecin 3 : 24 mois	5	2	1	Médecin 1 : NON Médecin 2 : NON Médecin 3 : OUI
Structure 3	Médecin 1 : 01/12/2017	Médecin 1 : 13 mois	1	0	1	Médecin 1 : NON
Structure 4	Médecin 1 : 01/12/2013 Médecin 2 : 01/12/2013 Médecin 3 : 01/07/2016	Médecin 1 : 61 mois Médecin 2 : 61 mois Médecin 3 : 30 mois	4	1	0	Médecin 1 : OUI Médecin 2 : OUI Médecin 3 : NON
Structure 5	Médecin 1 : 01/01/2016	Médecin 1 : 36 mois	1	0	2	Médecin 1 : NON
Structure 6	Médecin 1 : 01/09/2015	Médecin 1 : 40 mois	1	0	2	Médecin 1 : NON
Structure 7	/	/	0	0	1	/
Structure 8	Médecin 1 : 01/11/2014 Médecin 2 : 01/11/2015	Médecin 1 : 50 mois Médecin 2 : 38 mois	2	0	0	Médecin 1 : OUI Médecin 2 : NON
Structure 9	Médecin 1 : 01/01/2016 Médecin 2 : 01/01/2016 Médecin 3 : 01/03/2018	Médecin 1 : 36 mois Médecin 2 : 36 mois Médecin 3 : 10 mois	3	0	0	Médecin 1 : NON Médecin 2 : NON Médecin 3 : NON

v. Tableau III Autres caractéristiques des structures

Structures incluses	Nb autres professionnels de santé	Nombre Professionnels Autres	Nombre total de bureaux vacants	Taux d'occupation global	Initiateur du projet immobilier	Label MSP	Aide à l'installation médecins	politique de recrutement
Structure 1	5	1	0	100%	partagée	OUI	NON	NON
Structure 2	16	1	0	100%	partagée	OUI	OUI	OUI
Structure 3	1	0	1	66,70%	Professionnels de Santé	NON	OUI	OUI
Structure 4	4	0	3	62,50%	professionnels de santé	OUI	OUI	NON
Structure 5	10	2	2	83,30%	partagée	OUI	OUI	OUI
Structure 6	9	0	2	71,40%	partagée	OUI	OUI	OUI
Structure 7	0	2	1	66,7	commune seule	NON	NON	NON
Structure 8	2	0	1	75%	partagée	NON	OUI	NON
Structure 9	4	0	0	125%	partagée	NON	OUI	NON

L'âge médian des structures au 31/12/2018 était de 5 ans et 9 mois, la première ayant été inaugurée en Janvier 2009 (120 mois soit 10 ans) et la dernière en Octobre 2015 (39 mois, soit 3 ans et 3 mois).

Les structures comptaient entre 3 et 12 bureaux (médiane : 6) dont 2 à 4 bureaux dédiés à des médecins généralistes (médiane : 3).

On recensait 15 médecins généralistes libéraux en activité installés au 31/12/2018, avec une médiane de 1 médecin par structure, et une étendue de 0 à 3.

Parmi eux, 5 étaient maîtres de stage universitaires.

Le délai d'installation médian après inauguration correspondant au temps écoulé entre l'inauguration de la structure et l'arrivée des médecins était de 12 mois (moyenne : 2 ans et 3 mois).

L'âge médian d'installation correspondant à l'âge d'installation dans la structure au 31/12/2018 était de 3 ans et 2 mois (moyenne : 3 ans et 11 mois).

La médiane du nombre d'autres professionnels de santé installés au 31/12/2018 était de 4 par structure, étendue 0-16.

On notait un nombre médian de bureaux vides sur l'ensemble de chaque structure égal à 1 et un taux d'occupation médian à 75%.

Pour une seule des structures, il s'agissait d'une initiative portée par la commune seule. Pour 2 autres, c'était une demande formulée par des professionnels de santé d'un investissement public porté par la collectivité locale. Les 6 dernières avaient fait l'objet d'une initiative partagée entre professionnels de santé préexistants à la structure et la collectivité locale.

5 structures sur 9 étaient labellisées MSP par l'ARS Bretagne.

Enfin, dans 7 structures sur 9, la collectivité locale mettait en place des aides à l'installation à destination des médecins généralistes. Cela pouvait être la mise à disposition des locaux pour un loyer estimé modéré, l'exonération temporaire du loyer, l'exonération du loyer sur les parties communes, l'exonération des charges, l'achat de mobilier pour les parties communes. De même, pour 4 structures, la collectivité locale avaient fait appel à des services payants faisant l'objet d'une politique de recrutement spécifique. Cela pouvait avoir la forme d'un contrat de prestation de recrutement avec des entreprises spécialisées, d'une réalisation de clip promotionnel, d'une promotion publicitaire au sein de revues spécialisées, ou d'une demi-journée de communication au sein de la faculté de médecine de Rennes.

1. Critère de Jugement Principal

Parmi les 9 structures, le taux d'occupation médical (nombre de médecins généralistes installés rapportés au nombre de bureaux construits à destination de médecins généralistes) variait entre 0% et 150% avec une médiane de 50%.

Une structure était sans médecin (0%), 3 étaient au 1/3 de leur capacité d'accueil en médecin (33,3%), une était à la moitié (50%), une au $\frac{3}{4}$ (75%), 2 structures avaient leurs bureaux médicaux pleins (100%) et une dernière accueillait plus de médecin qu'elle n'en attendait à la construction du bâtiment (150%).

On retrouvait un nombre total d'installations de médecin généraliste oscillant de 0 à 5, médiane 2. Le nombre total de départs de médecin généraliste variait entre 0 et 2 avec une médiane à 0.

2. Critère de jugement secondaire

Parmi les 15 médecins généralistes installés dans les structures incluses, 10 ont accepté de communiquer leur nombre total d'actes remboursés sur l'année 2018. 5 ont refusé soit par refus clairement exprimé soit par absence de réponse aux sollicitations.

L'activité pouvait varier entre 1664 et 13057 actes annuels avec une médiane à 6584 actes annuels. La moyenne d'activité sur les 10 médecins était de 6252,7 actes annuels.

ANALYSE

Sur les 9 structures incluses, le taux d'occupation médical médian était de 50%.

Il a été défini 2 groupes pour une analyse croisée : les structures ayant atteint le nombre de médecin attendus lors de la construction (taux d'occupation médical \geq 100% soit 3 structures sur 9) et celles n'ayant pas atteint le nombre de médecins attendus (taux $<$ 100% soit 6 structures sur 9) (cf Tableau IV).

Dans le premier groupe l'âge médian des structures était de 61 mois versus 69,5 mois. Le délai d'installation des médecins était de 21,5 mois versus 0 mois. Le nombre médian de médecins installés était plus élevé à 3 contre 1. La médiane de départs de MG était à 0 dans les 2 groupes.

Le nombre total d'actes remboursés était nettement différent avec 2686 actes dans le groupe ayant atteint un taux d'occupation médical à 100% versus 8171 pour l'autre. Il est important de noter que 4 médecins sur 8 n'avaient pas transmis leur donnée dans le premier groupe contre seulement 1 médecin sur 7 dans l'autre. Les structures étaient dans l'ensemble plus grosses dans le groupe n'ayant pas atteint la capacité complète de médecins généralistes avec une médiane de 3 bureaux médicaux et 6,5 bureaux tous confondus versus 4 et 4 bureaux respectivement. Il y avait également plus d'autres professionnels de santé dans ces structures (7 contre 4).

Nous constatons que certains bureaux étaient occupés par des professionnels non considérés comme professionnels de santé au code de santé publique (ostéopathe, praticien énergétique de médecine chinoise, rebouteux magnétiseur, naturopathe).

Au total, la médiane des taux d'occupation globaux des structures étaient relativement similaire dans un groupe comme dans l'autre (75% pour le groupe ayant atteint 100% du TOM vs 77,4%) tout comme celle du nombre total de bureaux vides.

Des aides à l'installation à destination des médecins généralistes avaient été mises en place dans 3 structures sur 3 dans le premier groupe versus 4 structures sur 6 dans le second. De même une politique de recrutement a concerné 0 structure sur 3 dans le premier groupe et 4 structures sur 6 dans le second.

Enfin, la labellisation MSP concernait 1 structure sur les 3 du groupe ayant atteint le taux d'occupation médical à 100% (TOM 100%) contre 4 structures sur 6 dans l'autre (TOM $<$ 100%).

i. Tableau IV Analyse croisée TOM100% vs TOM<100%

	TOM 100% = 3	TOM<100% = 6
AGE STRUCTURE (MOIS)	61	69,5
DELAI INSTALLATION MEDECIN (MOIS)	21,5	0
NB MEDECINS INSTALLES	3	1
NB TOTAL DEPARTS MG	0	0
NTAR	2686	8171
REFUS MG DECLARATION NTAR	4/8 médecins	1/7 médecins
NOMBRE DE MSU	3/8 médecins	2/7 médecins
NB BUREAUX MEDICAUX	2	3
NB TOTAL BUREAUX	4	6,5
NB AUTRES PRO DE SANTE	4	7
NB PRO NON CONVENTIONNES	0	1
NB TOTAL BUREAUX VIDES	1	1
TAUX OCCUPATION GLOBAL	75%	77,4%
AIDES A L'INSTALLATION MG	3/3 structures	4/6 structures
POLITIQUE DE RECRUTEMENT	0/3 structures	4/6 structures
LABEL MSP	1/3 structures	4/6 structures

La médiane du NTAR 2018 des médecins généralistes installés était de 6584 actes annuels. En Bretagne, la moyenne du NTAR par médecin en 2018 au sein des zones prioritaires était de 4 441 actes (*Source : Système National des Données de Santé*).

DISCUSSION

Le regroupement pluri professionnel s'avère quasi inexistant avant 2005 mais on observe une véritable transformation dans le mode d'exercice cette dernière décennie. Par ailleurs, l'investissement public destiné à l'usage de professions libérales dans le domaine de la santé relève d'un véritable changement des attitudes puisque la question de la santé devient une question électorale incontournable au regard de la désertification médicale. Cette nouveauté renverse l'attitude indépendantiste des professionnels de santé libéraux que ce soit entre eux mais également vis à vis des collectivités locales.

On voit ainsi naître une interaction et une collaboration nouvelle qui laisse supposer des carences respectives de connaissance du milieu administratif sur la question de l'organisation en soins primaires, et inversement. Face à ce sujet d'étude nouveau, la littérature s'avère particulièrement pauvre voire inexistante et un véritable travail de défrichage scientifique s'impose.

D'une manière générale, la constatation d'une faible taille d'échantillon pour cette étude s'est accompagnée de la surgescence de beaucoup de questionnements face à un sujet nouveau faisant intervenir autant de visions différentes que d'acteurs, à la croisée de problématiques de santé publique, d'organisation de soins, de financements publics, d'évolution des mentalités autour de la conception même des professions dans le domaine de la santé... L'axe de travail s'est donc d'avantage porté sur la discussion explorant les questionnements autour d'une pratique nouvelle dans une étude qui sonde un terrain inconnu plus que sur l'analyse de résultats compte tenu de la faiblesse de leur puissance et d'une pertinence discutable des critères jugements employés.

1. Pertinence du Critère de jugement principal

Définir le dynamisme en termes d'activité médicale des structures concernées pose la question du ou des critères d'évaluation.

La notion de dynamisme est de définition relativement complexe puisqu'elle implique un nombre important, variable et évolutif de facteurs selon le sujet d'étude et son contexte.

En 2018, comment évaluer le dynamisme de ces structures destinées à l'usage d'équipes pluridisciplinaires en soins primaires construites à l'initiative des collectivités locales ? A la construction du bâti, quels objectifs pour quels acteurs ? Patients ? Médecins ? Autres professionnels de santé ? Élus ?

Certains parleront du nombre de médecins à s'être installé répondant alors à une certaine priorité dans ce contexte de pénurie, d'autres au nombre total de bureaux occupés correspondant à un nombre de loyer versés (retour sur investissement), ou au nombre d'actes annuels réalisés, à la patientèle médecin traitant, à la diversité des professionnels représentés, à l'investissement global dans les aspects de pluridisciplinarité etc. Des visions qualitatives qui se fondent aux autres, quantitatives. La caractérisation de l'activité médicale relèvera du même défi de subtilité.

Le choix du critère de jugement principal s'est inscrit dans la recherche d'un élément quantifié le plus pertinent possible dont le caractère objectif permettrait l'intégration du maximum de variables influençant le sujet d'étude.

Le nombre total d'actes remboursés (NTAR), valeur renseignée annuellement par la sécurité sociale au sein des documents comptables du RIAP ou du SNIR, bien que largement réducteur sur la question de l'activité d'un médecin généraliste (vision particulièrement quantitative, réduisant une activité à un volume d'actes), permettrait d'intégrer l'activité médicale quantifiée. Utiliser l'acte médical comme unité propre à l'activité médicale.

Pour mettre en relation l'activité médicale évaluée par le NTAR et le dynamisme des structures à inclure, il a été envisagé de rapporter le NTAR au nombre potentiel d'actes remboursés au sein d'une structure (en connaissance du nombre de bureaux médicaux disponibles et du nombre moyen d'actes annuels des médecins généralistes au sein de ce secteur). A noter que ce critère de jugement n'est ni retrouvé ni validé dans la littérature à l'instar de la faible représentation bibliographique de ce sujet.

Pour cette étude, le faible nombre de structures incluses et les manquants sur le NTAR (1/3 de médecins généralistes ayant refusé de transmettre leur RIAP/SNIR) ont rendu ce critère de jugement inexploitable.

C'est ainsi qu'il a été choisi le taux d'occupation médical comme critère de jugement principal.

Dans ce CJP, on utilise deux données, le *nombre de médecins installés* et le *nombre de bureaux médicaux construits*.

Le *nombre de médecins installés* reflète d'un trait grossier l'activité médicale puisqu'il n'intègre pas certaines variabilités interindividuelles dans le mode d'exercice. La présence médicale ainsi représentée au travers du nombre de médecins généralistes installés peut être qualifiée de discutable puisqu'il n'y a pas d'homogénéité sur le temps de travail d'un médecin généraliste (le nombre d'heure et de demi-journée par semaine variant énormément d'un MG à l'autre) et que l'on constate de grandes disparités également dans le nombre d'actes réalisés au sein d'une même journée de travail. Par ailleurs, dans un cadre plutôt qualitatif, on note également des disparités d'un médecin généraliste à l'autre dans l'implication sur des aspects d'organisation et de coordination de soin, d'investissement au sein d'équipes de soins coordonnées (MSP, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, associations), de maîtrise de stage, de structures d'hébergement ou d'hospitalisation, de participation à la permanence des soins etc.

A noter qu'un médecin installé occupe généralement un bureau entier, indépendamment du nombre d'heures ou de jours travaillés révélant certains aspects symboliques autour de ce lieu de travail. Lieu personnel, lieu de vie, lieu identitaire, chaque médecin cristallisant dans son bureau une certaine représentation de son lieu d'exercice, il apparaît compréhensible que le partage de bureau soit peu envisagé.

Quant à lui, le *nombre de bureaux médicaux construits* par la collectivité locale s'avère être le compromis entre le nombre de médecins généralistes espéré, estimé au travers de la situation loco régionale et même globale (problématique nationale de répartition des médecins généralistes, et de pénurie), mais également un compromis intégrant le pari financier qu'un tel investissement représente pour la collectivité locale. On peut donc supposer qu'il serait l'estimation plus ou moins juste, corrélée à la réalité de nombreux facteurs locaux et contemporains, du nombre de médecins nécessaires.

Le taux d'occupation médical n'est, lui non plus, pas retrouvé au sein de la littérature scientifique.

2. Taux d'occupation médical – CJP

a. Délai d'installation

On peut voir qu'au sein des structures non remplies en médecins (TOM<100%), le délai médian entre mise en service des locaux et installation des médecins généralistes était de 0 mois, suggérant des installations dont l'implication locale préexistait à la construction, sans autre installation par la suite. Cette suggestion suppose une faible attractivité de MG pour ce groupe.

A l'inverse le groupe de structures pleines sur le plan médical montre un délai médian d'un peu moins de 2 ans, supposant une attractivité meilleure. Ainsi, on peut se poser la question d'une certaine corrélation entre le taux d'occupation médical, délai d'installation et attractivité médicale.

Par ailleurs, la construction d'un bâtiment ayant vocation à accueillir une équipe de soin primaire permet-elle l'attraction de nouveaux professionnels sur un territoire ou envisage-t-elle plutôt une évolution du mode d'exercice en drainant, dans un premier temps, des professionnels préexistants à la structure sur le territoire ? Enfin, nous restons interrogatifs sur les facteurs d'attractivité médicale qui feraient varier le taux d'occupation médical d'une structure à l'autre.

b. Nombre Total d'Actes Remboursés (NTAR)

Le NTAR est difficilement exploitable compte tenu du nombre important de MG ayant refusé de transmettre l'information dans le groupe « TOM 100% » quand bien même il existe une nette différence entre les 2 groupes. Y-aurait-il un phénomène de compensation dans lequel les médecins généralistes installés dans des structures proposant des places vacantes, travaillent plus en volume ? Si tel est le cas, ces structures ne s'intégreraient-elles pas dans le cercle vicieux suggérant un surcroît de travail pour les médecins installés dans

les structures insuffisamment pourvues, renvoyant une image péjorative et divergente avec les attentes des jeunes MG et les rendant alors moins attractives ?

c. Stabilité des installations

On constate une certaine stabilité des installations au regard du nombre total de départ (médiane = 0). La courte période d'évaluation et l'âge relativement jeune des structures appelant bien entendu à une certaine prudence vis à vis de ce résultat.

d. Taille des structures

La taille des structures semble plus importante dans le groupe des structures non pleines (TOM <100%) autant pour ce qui concerne le nombre de bureaux médicaux que pour le nombre total de bureaux. On peut se questionner sur un éventuel surdimensionnement de ces structures.

Comment dimensionner et concevoir ces structures au plus proche des besoins de la population et de l'ESP, pour aujourd'hui et pour demain ? Pourrait-on envisager un protocole guidant les ESP et les collectivités locales pour viser au plus juste dès la conception du bâti afin d'éviter l'effet « coquille vide » pour les structures surdimensionnées, ou, à l'inverse la nécessité d'étendre les locaux dans un second temps pour les bâtis sous dimensionnés?

e. Autres professionnels de santé et non conventionnés

Quand le taux d'occupation médical baisse, on remarque un taux d'occupation global similaire entre les 2 groupes suggérant une dynamique inverse pour ce qui concerne les autres professionnels de santé et non conventionnés. On peut donc imaginer que, là où le dynamisme en termes d'activité médicale est moindre, le reste de l'équipe pluridisciplinaire, s'étoffant, viendrait apporter une autre forme de dynamisme à la structure. La différence observée sur la labellisation MSP vient appuyer ces propos (1 label sur 3 structures dans le groupe TOM 100% versus 4/6 dans l'autre).

Pour aller plus loin, on pourrait questionner l'idée du dynamisme d'une ESP comme terreau d'accueil à de futurs MG ?

3. Nombre Total d'Actes Remboursés (NTAR) – CJS

Bien que l'échantillon soit faible et qu'un tiers des données soient manquantes sur le NTAR 2018, on note une différence notable avec la moyenne bretonne 2018 du NTAR par médecin au sein des zones prioritaires. On rappelle qu'aucune analyse comparative statistique n'a été employée.

Encore une fois, ce résultat laisse supposer d'une logique de rééquilibrage dans laquelle la pénurie médicale s'accompagne d'un surcroît de travail en volume d'acte. On peut également penser que l'activité en structure pluridisciplinaire soit plus importante que dans d'autres modes d'exercice comme le suggérait une étude évaluant les MSP de Franche Comté et Bourgogne en 2008 (10). Cette plus grande activité pouvant s'expliquer par un recours préférentiel des patients auprès de la structure pluridisciplinaire lorsque leur médecin traitant appartient à la structure même quand ce dernier n'est pas disponible.

4. Initiative des projets immobiliers

Dans cette étude, on note que la tendance globale s'oriente plutôt vers une initiative partagée entre la collectivité locale et les professionnels de santé.

La démarche suivant l'ordre le plus logique, consistant à l'élaboration d'un esprit d'équipe et d'un projet commun avant d'envisager le bâti s'avère néanmoins parfois mise à mal par le désir d'offrir des conditions d'accueil attractives. En effet, quand la pénurie de l'offre de soins primaires se fait sentir et l'absence d'équipe de soin préexiste ou quand les professionnels de santé préexistants sur le territoire ne semblent pas investis dans cette question, certaines communes prennent les devants initiant alors dangereusement un projet mal

maîtrisé. Quelles autres alternatives pourrait-on proposer à ces communes dans de telles situations ? Existe-t-il des formations à destination des administratifs concernant le mode de fonctionnement et l'organisation des équipes de soins primaires ?

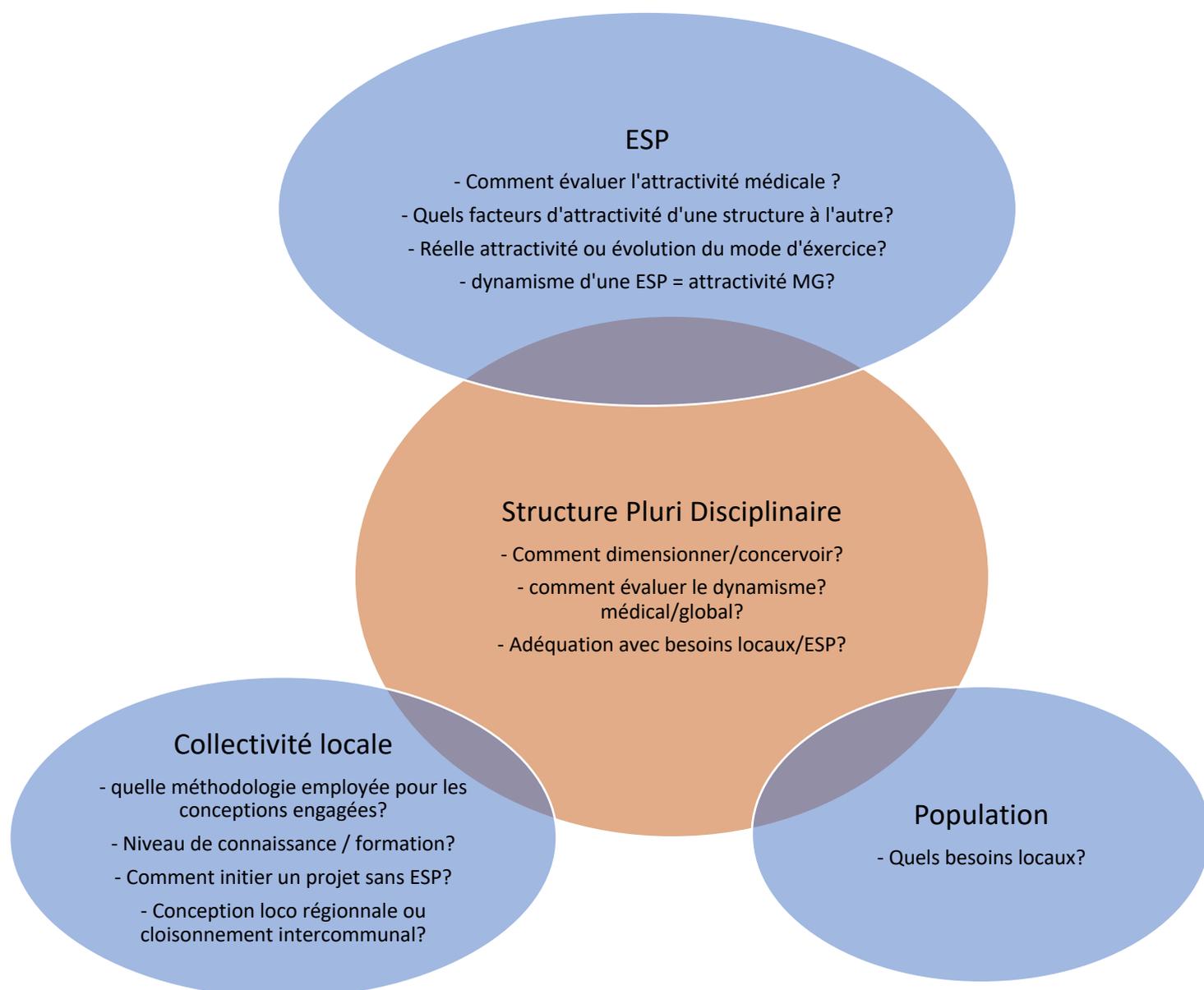
Par ailleurs, face à ces projets d'envergure dépassant le cadre communal et s'étendant à la notion de bassin de vie (territoire correspondant à l'étendue soignée par l'ESP de la structure), la conception s'établit-elle dans cette dynamique loco régionale ou dans une certaine forme de cloisonnement intercommunal ?

Il serait intéressant de voir quelles méthodologies ont été employées par les administratifs à l'abord de cette nouvelle thématique électorale.

5. Limites et avantages de l'étude

L'ensemble des questions laissées en suspens laissent d'ores et déjà entrevoir les limites d'une telle étude quant au caractère inachevé de la réponse à la question posée. A ce sujet d'étude naissant, relayant l'initiative nouvelle des collectivités locales à l'accompagnement d'équipes de soins primaires dans un mode d'exercice nouveau, sont soulevées autant de questions qui ouvrent le champ de futures investigations.

i. Figure III Questionnements autour du sujet d'étude



Il est à penser que le design de l'étude, visant à la collecte de nombreuses données quantifiées, sur un aussi faible échantillon, et dans ce contexte de sujet peu exploré par la littérature scientifique, puisse apparaître peu adapté. La multitude des résultats obtenus contrastant avec la faiblesse de leur puissance, il convient d'en faire l'analyse la plus prudente possible, en évitant les conclusions hâtives. C'est ainsi que le choix porté sur l'ouverture aux questionnements, suggérés par les résultats, apparaît plus pertinent, en refondant ainsi l'objectif exploratoire de l'étude.

Une étude qualitative, plus adaptée, aurait permis une plus grande liberté et plus de complétude dans ce travail de défrichage.

Notons également les difficultés rencontrées à la récupération de données auprès des médecins généralistes concernés par l'étude.

CONCLUSION

La question du dynamisme médical des structures pluridisciplinaires en soins primaires construites par les collectivités locales sous-tend celle de sa pertinence et de son utilité publique. Cette pratique ne serait-elle pas un levier sur lequel s'appuyer pour les situations critiques de désertification médicales et paramédicales ? A l'inverse, n'est-elle pas empreinte de défaillances, d'impasses ou d'erreurs la conduisant au rang des inefficients gâchis sociaux ?

Y-a-t-il adéquation entre le projet immobilier faisant intervenir la collectivité locale, et les besoins de la population ainsi que le projet de santé de l'équipe de soins primaires.

De nombreuses questions sont révélées à l'exploration de ce sujet d'étude nouveau tenues suspendues aux recherches à venir.

DECLARATION DES CONFLITS D'INTERETS

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt concernant le contenu de cette thèse.

BIBLIOGRAPHIE

- 1. Dumontet M, Samson A-L, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ?, How do Physicians Choose their Place of Practice? *Revue française d'économie*. 2016;XXXI(4):221-67.
- 2. Pimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
- 3. Lemoine P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives: enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008) [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
- 4. Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Rapport d'activité de 2008. [Internet]. 2008. Disponible sur: www.pds78.org/Pdf/fiqcs-rapport-activite-2008.pdf
- 5. Chevillard et al. - 2015 - Mesure de l'impact d'une politique publique visant.pdf.
- 6. Chevillard G, Mousques J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : l'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France. *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*. 2015;Octobr(4):657.
- 7. ARS Bretagne - Direction adjointe de l'offre ambulatoire et de la coordination des acteurs - Pôle organisation des soins. Evaluation de l'impact des pôles et maisons de santé pluri-professionnels sur l'offre et le recours aux soins - Premiers éléments d'analyse. 2015.
- 8. COPPOLANI E. JE PEUX M'INSTALLER, MAIS JE NE LE FAIS PAS, POURQUOI ? Enquête auprès des Médecins Généralistes Remplaçants Thésés de Haute Garonne.
- 9. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. 2006.
- 10. Marie-Caroline Clément *et al.*, « Les maisons de santé : un nouvel équilibre entre accessibilité, continuité des soins et organisation des médecins libéraux. Premiers résultats de l'évaluation exploratoire des Maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne », *Santé Publique* 2009/hs1 (Vol. 21), p. 79-90.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I Caractéristique des structures immobilières incluses.....	Page 18
Tableau II Médecins généralistes installés au sein des structures immobilières.....	Page 18
Tableau III Autres caractéristiques des structures.....	Page 19
Tableau IV Analyse croisée TOM100% vs TOM<100%.....	Page 22

LISTE DES FIGURES

Figure I Diagramme de Flux.....	Page 17
Figure II Cartographie des communes concernées (bleu) et des structures incluses (rouge)	Page 17
Figure III Questionnements autour du sujet d'étude.....	Page 26

ANNEXES

Annexe 1 Fiche de recueil de données – Entretiens semi dirigés

Entretien MAIRIE
Avec MICHEL Antoine, Le

- De quel type de construction s'agit-il ?
 - o Bureau unique pour un cabinet seul de MG
 - o Cabinet de groupe mono disciplinaire
 - o Cabinet de groupe Pluridisciplinaire
- Date d'inauguration/mise en service des locaux :
- Qui est à l'origine du projet immobilier ?
 - o professionnels de santé
 - o Initiative de la collectivité
 - o Initiative partagé collectivité / professionnels de santé
- Nombre total de bureaux construits à destination de médecins généralistes :
- Nombre total de bureaux tout types confondus :
- Nombre de bureaux à destination des MG vacants au 31/12/2018 :
- Nombre de bureaux tout types confondus vacants au 31/12/2018
- Historique des installations et des départs de médecins généralistes depuis la création jusqu'à aujourd'hui
 - o
 - o
 - o
 - o
- Y-a-t-il eu des aides à l'installation par la collectivité? Si oui, de quel type ?
- Y-a-t-il eu une politique de recrutement spécifique outre la construction des locaux ? Si oui, de quel type ?
- Autres professionnels de santé installés à ce jour ?

MICHEL, Antoine - Dynamisme (en termes d'activité médicale) des investissements publics immobiliers pluridisciplinaires, en soins primaires, des zones déficitaires d'Ille-et-Vilaine

32 feuilles, 3 figures, 4 tableaux, 30 cm. Thèse : Médecine Générale; Rennes 1; 2020

Contexte : Dans le contexte actuel de désertification médicale, notamment en zone rurale, le regroupement pluri disciplinaire prend une place de plus en plus importante dans le mode d'exercice des professionnels de santé libéraux. De même, les collectivités locales s'impliquent dans cette problématique en investissant des projet immobiliers destinés à accueillir des équipes de soins primaires.

Objectif : Étude exploratoire cherchant à évaluer le dynamisme des constructions immobilières établies à l'initiative des collectivités locales entre Novembre 2005 et Décembre 2016 dans les zones prioritaires d'Ille-et-Vilaine, à destination d'équipes de soins primaires. Cette évaluation est réalisée au moins 2 ans après leur inauguration, au travers de la présence et de l'activité des médecins généralistes dans ces locaux. Ceci afin de déterminer d'une manière pragmatique l'efficacité de ce type d'action territoriale dans la problématique ambiante d'accès réduit aux soins primaires en zones sous dotées.

Méthodologie : Après recensement systématique des structures à inclure, des informations ont été obtenues auprès de leur collectivité locale, des médecins y étant installés et de la faculté de médecine de Rennes 1. Le critère de jugement principal choisi était le taux d'occupation médical des structures. Le critère de jugement secondaire choisi était le nombre total d'actes remboursés sur l'année 2018 des médecins installés dans ces structures.

Résultats : 87 communes ont été contactées, 9 structures ont été incluses. Ces structures ont été décrites. La médiane du taux d'occupation médical était de 50%. L'activité pouvait varier entre 1664 et 13057 actes annuels avec une médiane à 6584 actes annuels. 2 groupes d'analyse ont été effectués afin d'envisager une analyse croisée : les structures ayant atteint 100% ou plus du taux d'occupation médical versus celles non remplies.

Conclusion : Plus de questionnements que de réponses resurgissent à la lueur de ces résultats. La faible puissance de l'étude et la pertinence discutable des critères de jugements invitant à la plus grande prudence dans l'interprétation des données. Néanmoins, l'étude ouvre la possibilité de poursuivre les recherches dans de nombreux axes concernant ce sujet encore peu exploré dans la littérature.

Rubrique
de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Investissements publics immobiliers, Structures immobilières pluridisciplinaires, Dynamisme, Activité médicale, Zones Prioritaires, Ille et Vilaine

Mots-clés anglais MeSH : Public real estate investments, Multidisciplinary real estate Structures, Dynamism, Medical activity, Priority areas, Ille et Vilaine

Président : Monsieur le Professeur Ronan GARLANTEZEC

JURY :
Asseseurs : Madame le Docteur Béatrice ALLARD COUALAN [directeur de thèse]
Monsieur le Professeur Christophe PARIS
Monsieur le Docteur ALLORY Emmanuel