

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 103

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Ericka GROSTABUSSIAT

Née le 17/10/1984 à Saint-Pierre de La Réunion

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2015

LES CENTRES DE SANTE:

UNE REPONSE AUX ATTENTES PROFESSIONNELLES DES JEUNES MEDECINS ?

Président: Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Vincent LOUVEAU

COMPOSITION DU JURY

Président:

Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directeur de thèse:

Monsieur le Docteur Vincent LOUVEAU

Membres du jury:

Madame le Docteur Céline BOUTON

Madame le Docteur Dominique DUPAS MERLIVAT

REMERCIEMENTS

Au Professeur Rémy Senand, président du jury

Merci de faire l'honneur de présider ce jury.

Soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur Vincent Louveau, directeur de thèse

Merci de m'avoir inspiré ce travail. Merci pour tes conseils avisés et la confiance que tu m'as accordée. Travailler à tes côtés m'a donné l'envie de me surpasser.

Au Docteur Dupas Merlivat Dominique

Merci de vous être rendue disponible pour juger mon travail.

Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Au Docteur Céline Bouton

Merci d'avoir accepté avec enthousiasme de juger mon travail.

Soyez assurée de mes sincères remerciements.

Aux médecins qui ont accepté de participer à ce travail

Merci pour votre disponibilité. Rien n'aurait été possible sans vous.

A mes maîtres de stage Didier et Armand

Merci de m'avoir transmis des valeurs intactes de la médecine générale.

A Fred, l'amour de ma vie

Notre rencontre a été une évidence. Merci de me faire connaître le grand amour, le vrai.

Merci d'avoir été mon partenaire dans cette aventure. Ton esprit de synthèse et ta rigueur m'ont aidé à finaliser ce travail. Les mots me manquent pour te dire à quel point je t'aime.

A mes parents adorés, mes modèles

Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées et l'amour que vous me portez. Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci d'avoir fait la femme et le médecin que je suis.

Puisse l'avenir nous rapprocher. Je vous aime.

A Ludovic mon frère chéri parti trop tôt

Où que tu sois, je sais que tu es fier de moi, tu l'as toujours été.

Ton sourire et ta générosité sont à jamais gravés en moi.

Continue à faire scintiller les étoiles.

Tu me manques tellement.

A mon frère Cédric, Elisabeth, Thomas et Sacha

J'aurais tellement aimé partager ce bonheur avec vous. Vous me manquez.

A tatie Lucile, ma mascotte

Merci pour tes fous rires. Merci d'être aussi pétillante. Mi aim a ou.

A ma ti Ziboute et son booboo!!

Merci pour ta douce folie. Garde l'étincelle qui te rend si spéciale.

A tatie Laure et mes cousins Kylian et Waren

A Waren, merci de m'avoir mis la pression en me demandant où en était ma thèse du haut de tes 11 ans. A Kylian, merci de m'appeler « grande cousine préférée ! ». A tatie, merci pour la complicité qui nous unit.

A tatie Liliane et son clan

Merci pour le soutien que vous apportez à papa et maman, merci de redonner du sens à notre famille.

A ma chère Elodie

Merci d'avoir été ma filleule et de m'avoir rendue exceptionnelle à tes yeux. Puisses-tu être heureuse. Je t'aime.

A ma belle-famille

Merci pour votre accueil chaleureux et votre présence si précieuse.

A Philippe, merci pour ta justesse et ton humour.

A Nicole, merci pour ta douceur et tes bons petits plats.

A l'équipe des « petits loups »

Merci pour votre présence malgré la distance qui nous sépare.

A Manoue, merci de toujours trouver les mots justes pour me reconforter.

A Daminou, merci pour la finesse de ton humour qui m'a aidé à me « changer les idées »

A Jérôme et Lalie, merci d'étoffer notre trio.

A Valérie la seule et l'unique miss « Los San Joseph »

Merci de m'avoir toujours montré le caractère exceptionnel de mon métier.

A Julie

Merci pour ta joie de vivre et ton optimisme. Tu es un exemple.

A mes amis réunionnais, montpelliérains, luçonnais, nantais, niortais et rochelais

Vous avez été présents à chaque étape de ma vie personnelle et professionnelle.

Merci pour les moments de bonheur partagés, merci pour votre soutien dans les moments plus difficiles. Merci de donner du sens à l'amitié.

A Cloclo, merci d'avoir partagé ton expérience, merci pour ton œil critique et juste.

A Annie et Catherine collaboratrices exceptionnelles

Merci d'être devenues mes amies.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADMR: Aide à Domicile en Milieu Rural
AME: Aide Médicale de l'Etat
ALD: Affection Longue Durée
APA: Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL: Accessibilité Potentielle Localisée
ARS: Agence Régionale de Santé
CDD: Contrat à Durée Déterminée
CDI: Contrat à Durée Indéterminée
CDS: Centres de Santé
CHU: Centre Hospitalier Universitaire
CIF: Congé Individuel de Formation
CLIC: Centre Local d'Information et de Coordination
CME: Commission Médicale d'Etablissement
CMU: Couverture Maladie Universelle
CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNRS: Centre National de la Recherche Scientifique
CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPF: Compte Personnel de Formation
DMG: Département de Médecine Générale
DPC: Développement Professionnel Continu
DREES: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU: Diplôme Universitaire
ECN: Epreuves Classantes Nationales
EHPAD: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENMR: Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
ETP: Equivalent Temps Plein
FEHAP: Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FMC: Formation Médicale Continue

FINESS: Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FNCS: Fédération Nationale des Centres de Santé
HAS: Haute Autorité de Santé
IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM: Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
ISNAR-IMG: Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
Loi HPST: loi portant réforme de L'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
MDPH: Maison Départementale des Personnes Handicapées
MST: Maladie Sexuellement Transmissible
ONDPS: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PACA: Provence-Alpes-Côte d'Azur
PH: Praticien Hospitalier
PMI: Protection Maternelle Infantile
RNOGCS: Regroupement National des Organismes Gestionnaires des Centres de Santé
RTT: Réduction du Temps de Travail
SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS: Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés
SSIAD: Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR: Soins de Suite et de Réadaptation
URSSAF: Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
I. ETAT DES LIEUX DE LA MEDECINE GENERALE	6
A. EVOLUTION DE LA MEDECINE GENERALE	6
1. Démographie médicale.....	6
2. Manque d'attractivité.....	6
3. Allongement de la période de remplacement.....	7
4. Féminisation croissante de la profession.....	7
B. L'EXERCICE SALARIE	8
1. Critères du salariat médical.....	8
2. Formes d'exercice.....	9
3. Statut des médecins.....	9
4. Avantages.....	9
a. Avantages fiscaux.....	9
b. Avantages sociaux.....	9
c. Avantages juridiques.....	10
d. Accès à la formation.....	10
5. Effectifs.....	10
C. SOINS DE PREMIERS RECOURS	11
1. Définition.....	11
2. Démographie.....	12
3. Inégalités de répartition.....	12
4. Organisation.....	12
5. Mode de rémunération.....	13
II. CENTRES DE SANTE	14
A. HISTOIRE	14
1. Le dispensaire: ancêtre du centre de santé.....	14
2. Le centre de santé: un concept innovant.....	14
3. Des entraves à leur développement.....	15
4. Reconnaissance récente.....	16
B. UN CADRE JURIDIQUE TRIPLE	16
1. Code de la Santé Publique.....	16
2. Code de la sécurité sociale.....	16
3. Code général des collectivités territoriales.....	17
C. GEOGRAPHIE DES CENTRES	17
1. Un dénombrement incertain.....	17
2. Une répartition inégale.....	18
D. MODELE ECONOMIQUE	18
1. Gestionnaires.....	18
2. Financement.....	19
3. Statut des médecins.....	19
4. Un déficit structurel.....	20
E. ACTIVITES DES CENTRES	20
1. Actions de santé publique.....	20
2. Rôle universitaire.....	21
3. Participation à la permanence des soins.....	22
F. UN EXERCICE REGROUPE ET COORDONNE	22
1. La coordination des soins.....	22
2. La coopération interprofessionnelle.....	24

G.	DIFFERENCES AVEC LES MAISONS DE SANTE	24
III.	ATTENTES PROFESSIONNELLES DES JEUNES MEDECINS	26
A.	EQUILIBRE ENTRE VIE PRIVEE ET PROFESSIONNELLE	26
B.	CONDITIONS D'EXERCICE SOUHAITEES	27
1.	Une pratique collective	27
2.	Un exercice centré sur la médecine.....	27
3.	Un confort matériel et un exercice technique	28
4.	Un exercice diversifié et évolutif.....	28
5.	Un désir d'indépendance et d'autonomie	29
6.	La permanence des soins: un devoir sous conditions	29
C.	LES REVENUS: UNE PLACE SECONDAIRE	29
D.	QUID DE L'EXERCICE EN CENTRE DE SANTE?	29
	MATERIEL ET METHODES.....	31
I.	CHOIX DE LA METHODE.....	31
II.	L'ECHANTILLON.....	31
A.	IDENTIFICATION DES CENTRES DE SANTE	31
B.	IDENTIFICATION DES MEDECINS GENERALISTES	32
C.	SELECTION DE L'ECHANTILLON	32
III.	ORGANISATION DES ENTRETIENS	33
A.	LIEU ET PERIODE	33
B.	DEROULEMENT.....	33
C.	FIN DES ENTRETIENS	33
IV.	METHODE D'ANALYSE	34
A.	RETRANSCRIPTION	34
B.	ANALYSE	34
	RESULTATS.....	35
I.	GENERALITES.....	35
A.	DEROULEMENT DES ENTRETIENS	35
1.	Difficultés rencontrées	35
2.	Durée	35
B.	CARACTERISTIQUES DU CORPUS	35
1.	Caractéristiques des médecins	35
2.	Caractéristiques des centres.....	37
II.	ANALYSE DES RELEVES THEMATIQUES.....	38
A.	ETRE MEDECIN SALARIE.....	38
1.	Contrat de travail	38
a.	Rôle	38
b.	Contrats dans les centres de santé.....	39
c.	Temps de travail	41
d.	Rémunération	42
e.	Accès à la formation	45
2.	Lien de subordination	46
a.	Intégration dans un service organisé	46
♦	Temps de travail encadré.....	46
♦	Mise à disposition de moyens	49
♦	Décharge des contraintes de gestion.....	50
♦	Appréhender une hiérarchie administrative	51

b.	Des contrôles exercés sur le médecin.....	52
♦	Des directives à suivre.....	52
♦	Des comptes à rendre.....	53
♦	Pouvoir de pression des patients.....	54
c.	Indépendance professionnelle.....	55
B.	L'EXERCICE EN LUI-MEME.....	56
1.	Activité définie par les missions de premier recours.....	56
a.	Activité classique de médecine générale.....	56
b.	Des missions encadrées par le projet de santé.....	58
♦	Actions de santé publique.....	58
♦	Coordination des soins.....	59
♦	Rôle social.....	62
♦	Encadrement des étudiants.....	63
♦	Des conditions requises.....	63
c.	Participation à la permanence des soins.....	64
2.	Activités particulières.....	66
a.	Activité hospitalière.....	66
b.	Médecin directeur.....	66
♦	Ses activités.....	66
♦	Son rôle.....	67
♦	Des compétences requises.....	67
3.	Diversité des équipes.....	68
a.	Une équipe administrative.....	68
b.	Une équipe médicale.....	70
c.	Une équipe pluri-professionnelle.....	71
d.	Une équipe hospitalière.....	73
C.	APPRECIATION QUALITATIVE DE L'EXERCICE.....	74
1.	Qualité de travail.....	74
2.	Qualité des soins.....	75
3.	Conciliation avec la vie privée.....	77
D.	AUTRES THEMES ABORDES.....	80
1.	Le tiers payant dans les centres.....	80
a.	Application.....	80
b.	Impact sur le temps de travail.....	81
c.	Impact financier.....	82
d.	Impact sur l'accès aux soins.....	83
2.	Pérennité des centres.....	84
A.	Une place de choix dans l'offre de soins.....	84
b.	Un avenir sous conditions.....	85
♦	Une structure d'avenir.....	85
♦	Des réserves.....	87
♦	Des conditions.....	87
	DISCUSSION.....	89
I.	LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE.....	89
A.	BIAIS.....	89
1.	Biais de sélection.....	89
2.	Biais d'information.....	89
a.	Liés à l'enquêteur.....	89
b.	Liés à l'enquêté.....	90
3.	Biais d'interprétation des résultats.....	90
B.	LIMITES DE L'ETUDE.....	90
1.	La saturation des données.....	90
2.	L'analyse.....	90
C.	FORCES DE L'ETUDE.....	91

1. Un sujet original	91
2. Un échantillon diversifié	91
3. Le choix des entretiens individuels	91
II. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS	92
A. REpondre aux attentes des jeunes médecins	92
1. Conciliation vie privée-vie personnelle: des avis partagés	92
2. Conditions d'exercice	93
a. Un travail d'équipe coordonné	93
b. Une activité administrative réduite	95
c. Une structure de travail	96
d. Des possibilités de diversification et d'évolution	97
♦ Actions de santé publique	97
♦ Encadrement des étudiants	98
♦ Accès à la formation	98
♦ Activités "originales" au sein des centres	99
♦ Temps partiel	100
e. Indépendance professionnelle préservée mais	100
f. Permanence des soins: des entraves ?	101
3. Rémunération: un atout ?	102
B. AUTRES ELEMENTS DE REponse	104
1. Les contrats: vers une harmonisation ?	104
2. L'avènement du tiers payant généralisé	106
C. THEMES A DEVELOPPER	107
1. Prévention du burn out	107
2. Relations avec le milieu libéral	108
3. Qualité des soins	108
CONCLUSION	109
ANNEXES	111
• ANNEXE 1: PREMIER MAIL ADRESSE AUX CENTRES	111
• ANNEXE 2: SECOND MAIL ADRESSE AUX CENTRES	112
• ANNEXE 3: GUIDE D'ENTRETIEN	113
BIBLIOGRAPHIE	114

INTRODUCTION

Garantir un accès aux soins de premier recours à toute la population est un enjeu majeur de santé publique. En effet, les effectifs de médecins généralistes diminuent progressivement du fait de départs à la retraite, globalement non compensés par les nouveaux inscrits. Le secteur libéral est particulièrement touché, les jeunes médecins privilégiant en premier lieu le remplacement ou le salariat (1). Le déséquilibre risque de s'accroître dans les prochaines années entre d'un côté une demande de soins de premier recours toujours croissante et de l'autre une offre de soins plus restreinte et inégalement répartie (2).

Pour faire face à cette situation, les soins de premier recours sont amenés à connaître de profondes mutations. Les pouvoirs publics encouragent les regroupements notamment pluri-professionnels en direction des maisons, pôles et centres de santé (3). En effet, l'exercice regroupé semble particulièrement attractif pour les jeunes générations de médecins à la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Les centres de santé sont la forme la plus ancienne de regroupement pluri-professionnel, mais aussi la moins connue et la moins développée. Les principaux freins à leur développement ont été une image péjorative de dispensaire-injustifiée le plus souvent- et un déficit économique d'ordre structurel (4). Pourtant, ils pourraient être une des réponses aux inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, ainsi qu'aux aspirations de la nouvelle génération. Dans son ouvrage, Emmanuel Vigneron fait d'ailleurs état de 398 cantons où il serait licite de les implanter (5), et de son côté la ministre de la santé a fait part de sa volonté de « conforter les centres de santé » en leur consacrant le 12^{ème} objectif de son pacte Territoire-Santé (6). De même, dans son rapport, le sénateur Hervé Maurey propose de « développer lorsque cela est nécessaire des formes de médecine salariée » à travers, entre autres, les centres de santé (7). Ils sont donc potentiellement appelés à se développer.

I. ETAT DES LIEUX DE LA MEDECINE GENERALE

A. Evolution de la Médecine Générale

1. Démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2015, le tableau de l'Ordre recensait 89788 médecins généralistes en activité régulière (âgés en moyenne de 52 ans et représentés par 55% d'hommes). Il existe une décroissance progressive des effectifs depuis plusieurs années due à un départ massif de médecins à la retraite, notamment dans le secteur libéral. En effet, le secteur libéral/mixte enregistre une diminution des effectifs de 10,3% depuis 2007 au profit du secteur salarié (1, 8).

L'arrivée des nouveaux diplômés ne suffit pas à compenser ces départs, d'une part à cause des politiques de restriction du numéris clausus dans les années 90, et d'autre part à cause de leur préférence initiale pour le remplacement ou le salariat (respectivement 40,8% et 30,2% des nouveaux inscrits) (1, 2).

Cette tendance risque de s'accroître dans la prochaine décennie, puisque 26,7% des médecins généralistes sont âgés de plus de 60 ans et risquent de partir à la retraite d'ici 2020. Le total des entrées et des sorties se compenserait alors mais compte-tenu de l'accroissement et du vieillissement de la population, le rapport entre les effectifs de médecins en activité et les besoins de la population serait insuffisant (1, 2).

2. Manque d'attractivité

La médecine générale est, après la médecine du travail, la spécialité ayant le plus faible indice d'attractivité avec un contingent de postes non pourvus aux ECN qui restait élevé (18% en 2010, 16% en 2011) jusqu'à la réforme des études médicales en 2011 (9).

Une étude réalisée auprès d'externes français montre que moins d'1/4 des étudiants souhaite exercer cette spécialité alors qu'elle représente la moitié des postes offerts aux candidats passant les ECN (10).

Ce manque d'attractivité est lié à des conditions d'exercice jugées contraignantes (charge de travail, lourdeur des tâches administratives, sentiment de perte d'autonomie), une

méconnaissance du métier, ainsi qu'un manque de perspective et de possibilités d'évolution de carrière (11).

3. Allongement de la période de remplacement

Le nombre de remplaçants ne cesse de croître (+4,8% en un an), et ils sont en majorité représentés par les médecins généralistes (68,3% des remplaçants) (1).

Le remplacement est une phase de transition entre le statut d'étudiant et l'installation. Il permet en effet d'approfondir sa formation, de se faire une idée du métier et de démarrer en parallèle sa vie familiale. Il devient même une forme d'exercice à part entière chez certains (11).

L'installation en libéral est parfois perçue comme une période d'insécurité et une entrave au mouvement, ce pourquoi elle survient de plus en plus tard (vers 37 ans en moyenne). La durée d'exercice s'en trouve ainsi réduite (11, 12).

Les freins à l'installation en libéral le plus souvent évoqués sont les charges administratives et la gestion financière du cabinet (13).

4. Féminisation croissante de la profession

En 2015, 45% des médecins généralistes sont des femmes (1); en 2030, elles seraient majoritaires avec 56,4% de la profession (2). En effet, depuis 2007, 2 internes de médecine générale sur 3 sont des femmes (9).

Elles ont plus souvent une activité à temps partiel et ont une activité médicale moins importante que les hommes (la durée de travail déclarée est inférieure de 10%). Cette activité professionnelle est aussi plus souvent discontinuée, en particulier du fait de la maternité (14, 15).

Enfin elles s'orientent plus souvent vers l'exercice salarié du fait notamment d'une couverture maternité a priori meilleure (1, 12, 16).

B. L'exercice salarié

1. Critères du salariat médical

La qualité de salarié est reconnue au médecin dès qu'il se trouve placé sous la subordination de son employeur. Ce lien de subordination définit le contrat de travail (17, 18).

Cette subordination s'exerce plus sur le plan juridique et administratif qu'intellectuel dans la mesure où le code de déontologie définit qu'« un médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit » (article 5) et « qu'en aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie » (article 95) (19).

Quatre critères sont nécessaires et suffisants pour définir le salariat médical (17):

- Absence de clientèle personnelle. Il n'y a pas de relation contractuelle entre le médecin et son patient. Le contrat de soins est établi avec l'établissement de santé. Intégration dans un service organisé (contraintes matérielles, de lieu et temps d'exercice): le médecin a peu de maîtrise sur son emploi du temps ; le lieu d'exercice est imposé ; le matériel et le personnel sont mis à disposition mais ne lui appartiennent pas.
- Absence de liberté dans la fixation des honoraires: le montant des rémunérations est fixé par l'employeur (bien qu'en médecine libérale, les honoraires soient fixés par convention après débat entre syndicats des médecins et caisse primaire d'assurance maladie, tout médecin a le choix de se déconventionner avec la possibilité d'honoraires libres)
- Contrôles exercés sur le médecin, objectifs à atteindre: les intérêts du service dépassent les intérêts personnels du médecin.

2. Formes d'exercice

La médecine salariée peut s'exercer sous différentes formes (18, 20):

- Médecine de soins: hospitaliers ou non hospitaliers (centres de santé), dans le secteur public ou privé
- Médecine de prévention: médecine du travail, PMI, service de santé scolaire et universitaire, service de prévention dans les administrations publiques
- Médecine de contrôle et d'inspection: médecins conseil
- Médecine de recherche: dans le secteur privé (industries pharmaceutiques) ou public (INSERM, CNRS)
- Autres: médecin de collectivités locales ou de l'administration pénitentiaire

3. Statut des médecins

Les médecins relèvent de différents statuts. Ils sont fonctionnaires de l'État ou des collectivités locales, agents publics, salariés de droit privé ou liés par des contrats d'exercice (20).

4. Avantages

a. Avantages fiscaux

Les médecins salariés peuvent bénéficier d'abattements pour leurs frais professionnels, n'ont pas de taxe professionnelle, et sont dispensés de comptabilité pour les recettes (17).

b. Avantages sociaux

Le médecin salarié se trouve affilié au régime général de la sécurité sociale et rattaché à une caisse primaire d'assurance maladie. Il bénéficie donc des prestations sociales de tout travailleur salarié.

Le niveau de protection sociale est considéré en général plus avantageux dans le cadre du salariat que de l'exercice libéral (17).

c. Avantages juridiques

En cas de litige, une partie des responsabilités peut être assumée par l'employeur (16).

d. Accès à la formation

Tout salarié a la possibilité de se former pendant le temps de travail et ce quelles que soient la forme et la durée de son contrat de travail.

Le Code du travail impose aux entreprises des contributions financières minimales à la formation calculées sur leur masse salariale (21).

L'accès à la formation s'effectue soit à l'initiative de l'employeur dans le cadre d'un plan de formation (formations planifiées à l'avance), soit à l'initiative du salarié dans le cadre du congé individuel de formation (CIF) ou du compte personnel de formation (CPF). Le CPF recense les heures de formation acquises par le salarié (proportionnelles à son temps de travail) et les formations dont il peut bénéficier. Le salarié peut alors mobiliser les heures de son CPF pour pouvoir participer à une formation. Le CIF, quant à lui, permet au salarié de s'absenter de son poste de travail pour suivre sa formation (22, 23).

5. Effectifs

Depuis une dizaine d'années, l'exercice libéral souffre d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié (notamment hospitalier), et ce quelle que soit la spécialité. Ces 8 dernières années, les effectifs de médecins salariés exclusifs ont augmenté de 5,4% contre une baisse de 6,3% des médecins libéraux exclusifs (1).

En médecine générale, entre 1995 et 2009, les effectifs de médecins salariés ont augmenté de 39,1% pour le secteur hospitalier et de 15,4% pour le secteur non hospitalier alors que l'effectif libéral et mixte n'a augmenté que de 0,6% (16).

Au 1^{er} janvier 2015, 57,6% des médecins généralistes en activité régulière exercent en libéral exclusif, 35,2% sont salariés et 7,2% ont une activité mixte (1). En 2030, la proportion de médecins libéraux diminuerait à 55,5% au profit du secteur salarié notamment hospitalier (1/4 des médecins généralistes) (2).

Ce mode d'exercice semble particulièrement attirer la jeune génération (près d'un tiers des nouveaux inscrits) et les femmes (60% des effectifs de médecins généralistes salariés).

Les Pays de la Loire enregistrent une hausse de 17% de leurs effectifs de médecins généralistes salariés depuis 2007 (1).

C. Soins de premiers recours

1. Définition

Les soins de premier recours sont définis par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST). Cette loi réaffirme la place du médecin généraliste en tant qu'acteur central et définit ses missions.

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes:

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- Orienter ses patients selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et 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 dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales » (24).

2. Démographie

Les médecins généralistes ne pratiquent pas tous - ou du moins pas exclusivement - des soins de premier recours soit parce qu'ils détiennent des compétences spécialisées, soit parce qu'ils déclarent un mode d'exercice particulier (25,4% en 2014) (8), soit du fait de leur exercice hospitalier (11).

L'ONDPS estimait en 2007 à 40% la part de médecins généralistes n'exerçant pas d'activité de premier recours (11).

3. Inégalités de répartition

L'offre de soins de premier recours s'évalue par l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Ce nouvel indicateur intègre le temps d'accès aux soins, le niveau d'activité du professionnel et la demande de soins. En effet, la quasi-totalité de la population habite à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste mais ne le consulte pas systématiquement du fait notamment d'un manque de disponibilité (25).

En 2010, l'APL moyenne est de 71 équivalents temps pleins (ETP) de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants. Elle est plus élevée dans les communes urbaines et plus faible dans les communes rurales à la périphérie des moyens et petits pôles (26).

Les Pays de La Loire se classent au 13^{ème} rang des régions françaises avec une offre en soins de premier recours modeste (indicateur APL de 22,7 ETP professionnels libéraux pour 10 000 habitants contre 24,4 au niveau national) et inégalement répartie. La Mayenne et la Sarthe font partie des départements français les moins bien couverts alors que la Loire-Atlantique dépasse la moyenne nationale (27).

4. Organisation

Les soins de premier recours en médecine générale sont dispensés soit en cabinet individuel isolé ou de groupe mono-disciplinaire (plusieurs médecins généralistes), soit dans des structures de regroupement pluridisciplinaire (médecins de différentes spécialités) ou pluri-professionnel (spécialités médicales et paramédicales) (3).

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent les regroupements pluri-professionnels en direction des maisons de santé, pôles de santé et centres de santé mais l'exercice en groupe mono-disciplinaire reste majoritaire (3, 8).

5. Mode de rémunération

Les soins de premier recours en médecine générale sont dispensés majoritairement dans le cadre d'un exercice libéral. Le mode de rémunération privilégié est le paiement à l'acte assorti depuis quelques années de majorations pour la prise en charge de certains patients et de rémunérations forfaitaires (28).

En Pays de La Loire, 42% des médecins généralistes se disent insatisfaits du mode de rémunération actuel, et 2 sur 3 seraient favorables à d'autres modes de rémunérations tels qu'une part plus importantes des rémunérations forfaitaires ou une part salariale (62% et 47% respectivement) (28).

Selon l'ISNAR-IMG, 78% des internes souhaitent également sortir du paiement à l'acte exclusif vers une rémunération par salaire (22%) ou mixte (56%) (29).

Il semble en effet que le paiement à l'acte ne soit plus adapté aux missions définies par la loi HPST et qu'il revêt un caractère anxiogène (11, 30).

Dans ce contexte, des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont été mises en œuvre sur la période 2009-2014 visant à cofinancer les structures pluri-professionnelles. Ces structures passent un contrat avec l'ARS portant sur trois forfaits distincts du paiement à l'acte en contrepartie d'améliorations attendues en termes d'efficience et de qualité des soins. Le premier module vise à rémunérer le temps passé à la coordination, le deuxième les nouveaux services aux patients (éducation thérapeutique) et le troisième la coopération entre professionnels de santé (3).

II. CENTRES DE SANTE

A. Histoire

1. Le dispensaire: ancêtre du centre de santé

L'histoire des centres de santé remonte au XVIIème siècle avec Théophraste Renaudot médecin du roi, nommé commissaire général aux Pauvres qui instaura les consultations charitables aux « pauvres malades », premiers dispensaires accessibles aux patients de toute condition sociale (5, 31).

A la fin de la Révolution française, d'autres dispensaires sont créés dans un concept d'« entraide solidaire » et conduisent au développement de Sociétés de Secours Mutuel en réponse à une situation sanitaire défavorable (5, 31, 32).

Entre 1880 et 1945, sous l'impulsion du courant hygiéniste et du socialisme municipal, les communes créent des dispensaires sous forme de services municipaux et des dispensaires d'hygiène sociale. Ils ont des préoccupations multiples: tuberculose, protection maternelle et infantile, lutte contre le mal vénérien et l'alcoolisme, etc... mais l'ampleur de la tuberculose a conduit à concentrer leur activité sur ce fléau (5, 31, 33).

Parallèlement, des dispensaires sont créés par des associations caritatives telles que la Croix Rouge pour porter des soins aux blessés militaires et aux victimes civiles et par des congrégations religieuses qui ne peuvent plus exercer à l'hôpital par faute de diplôme (5). Les dispensaires sont initialement ouverts à ceux qui bénéficient de l'assistance médicale gratuite mise en place en 1893 mais seront par la suite ouverts à tous (32).

La fin de la première guerre mondiale est marquée par l'augmentation du nombre de dispensaires. Leur mission va rapidement devenir polyvalente (5).

2. Le centre de santé: un concept innovant

Les médecins et scientifiques de l'époque veulent fonder un système de santé qui favorise la médecine sociale, et souhaitent aboutir à la prise en charge par un même ministère de toutes les questions touchant à la santé (5).

En 1936, Robert-Henri Hazemann, médecin hygiéniste et chef du cabinet technique d'Henri Sellier au ministère de la Santé, procède au rapprochement des services d'hygiène, de prophylaxie et du service social de la ville sous le terme de « centres de santé » qu'il définit comme « l'ensemble des différents organismes d'hygiène et d'aide sociale d'un secteur donné » (5, 33).

Le centre de santé est donc un instrument médical et social au service de la santé pour tous. Le médecin prend conscience de sa responsabilité sociale et met l'accent sur la prévention dans son exercice. Le dispensaire originel a vocation à devenir polyvalent avec la nécessité d'une pluridisciplinarité et l'insertion du médecin de premier recours dans un dispositif d'ensemble. Au cours des années 1950, le terme de « centre de santé » se substitue peu à peu à celui de « dispensaire » dans les textes (5).

3. Des entraves à leur développement

D'une part, le modèle d'exercice libéral va entrer en opposition avec le modèle salarié représenté par les centres de santé accusés de concurrence déloyale. A la tête de ce combat, la Confédération des Syndicats Médicaux Français qui conduit une intense action de lutte contre les centres de santé et obtient l'éviction de Sellier et Hazemann du gouvernement (5, 33).

Avant 1960, en l'absence de convention avec les médecins libéraux, la Sécurité sociale a facilité la création de centres de santé pour répondre à la demande de soins des populations qui n'ont pas les moyens de financer les actes médicaux dispensés par les médecins libéraux. Après 1960, avec la signature de la première convention médicale avec les médecins libéraux, les caisses s'engagent à ne pas encourager le développement des centres de santé. La médecine de premier recours est ainsi abandonnée au secteur libéral (5, 32, 33).

D'autre part, l'Etat n'a jamais eu les moyens financiers de conduire sa politique car la France a recouru massivement à l'emprunt pendant et après la guerre. Après 1945, l'hôpital représente plus de la moitié des dépenses du pays. La prévention et la santé publique sont délaissées au profit du traitement curatif (5, 33).

4. Reconnaissance récente

L'appellation « centres de santé » est finalement consacrée dans les décrets du 15 juillet 1991 promulgués après le premier rapport de l'IGAS. Ils redéfinissent leurs conditions d'agrément et leur conventionnement avec la Sécurité Sociale (32, 33).

B. Un cadre juridique triple

1. Code de la Santé Publique

Il définit leurs missions et leur place dans le système de soins ambulatoire (34).

Les centres de santé sont rentrés dans le code de Santé Publique en 1991 et sont définis par l'article L6323-1:

- Ce sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, qui assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.
- Ils pratiquent le tiers payant.
- Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.
- Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, par des collectivités territoriales, ou par des établissements de santé.
- Le projet de santé des centres tend à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.
- Les médecins y exerçant sont salariés (35).

2. Code de la sécurité sociale

Il définit leur conventionnement à l'Assurance Maladie (34, 36).

Les centres de santé sont soumis à deux obligations:

- dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'Assurance maladie (le tiers-payant). Ils pratiquent très fréquemment la dispense d'avance de frais sur la part complémentaire.
- respect des tarifs conventionnels du secteur I.

Les rapports entre les organismes d'Assurance Maladie et les centres de santé ont été initialement définis par un accord national conclu en 2002, pour une durée de 5 ans tacitement reconductible sauf renégociation.

3. Code général des collectivités territoriales

Il définit le régime d'aides dont ils peuvent bénéficier (34).

Il s'agit des aides spécifiques liées à l'incitation à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

C. Géographie des centres

1. Un dénombrement incertain

Il est difficile de dire combien il existe de centres de santé en France, les sources étant multiples et les estimations variant du simple au double. Le ministère lui-même ne dispose pas d'un recensement précis des centres de santé en France. En effet, si leur création est soumise à déclaration, leur fermeture ou leur transformation n'est pas nécessairement enregistrée au fil des années (5).

Ainsi, un projet d'observatoire des centres est actuellement en cours (37).

Dans son ouvrage, Emmanuel Vigneron recensait 1842 centres et antennes de santé en février 2014 (5).

Il existe 3 catégories pour 4 types de centres:

- centres de soins infirmiers: 1/3
- centres de santé dentaires: 1/3
- centres de santé médicaux et centres de santé polyvalents (ces derniers associent une activité médicale à une autre activité le plus souvent dentaire): 1/3

Les centres de santé ne représentent au total que 2 ou 3% de l'offre médicale, dentaire ou infirmière. Cependant sur certains territoires, ils constituent la principale offre de soins disponible (5).

Les centres de santé médicaux et polyvalents représentent 1/3 des centres de santé mais la moitié des ETP de l'ensemble des centres (37).

Au 1^{er} janvier 2013, 2153 médecins généralistes exerçaient en centre de santé (38).

Selon la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), plus de 70 projets seraient en cours dont 50 centres de santé médicaux ou polyvalents (37).

2. Une répartition inégale

Les centres de santé sont très inégalement répartis sur le territoire français (5).

La géographie des centres de santé est très liée à l'histoire de chaque type de centre et à chaque organisme gestionnaire. Notre attention se portera particulièrement sur les centres médicaux et polyvalents.

Les centres médicaux et polyvalents se concentrent majoritairement en Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Est, Rhône-Alpes, PACA.

Les centres de santé médicaux, au nombre de 127, sont présents dans 0,3% des communes françaises. Ils sont localisés au niveau de zones urbaines marquées par leur passé industriel (villes minières, villes du textile, industries variées).

On dénombre 483 centres de santé polyvalents qui sont présents dans moins de 1% des communes françaises. Ils présentent également une répartition très concentrée sur quelques grands foyers industriels et urbains, notamment bassins miniers et foyer parisien.

Les Pays de La Loire font partie des régions ayant la plus forte densité, tous centres de santé confondus (5).

D. Modèle économique

1. Gestionnaires

Les centres de santé sont gérés par des organismes très divers (5, 34, 37):

- Des associations (comme la Croix Rouge)

- Des mutuelles
- Des organismes d'assurance maladie
- Des congrégations
- Des collectivités territoriales (communes)
- Des établissements de santé
- L'université (les centres de médecine universitaire peuvent, depuis le décret 2008-1026, se constituer en centres de santé) (39).

La plupart sont regroupés dans le Regroupement National des Organismes Gestionnaires des Centres de Santé (RNOGCS).

2. Financement

Le financement est principalement basé sur le paiement à l'acte, sur les mêmes tarifs que ceux applicables aux professionnels libéraux. Les centres de santé ne bénéficient pas de tous les éléments de rémunération des libéraux (entre autres: forfaits ALD, personnes âgées, aide à l'installation dans les zones déficitaires, etc...) mais peuvent percevoir le financement de l'option de coordination contrairement aux libéraux (peu utilisée en pratique du fait d'une mise en œuvre complexe).

Ils peuvent parfois bénéficier de subventions extérieures de la part de la ville, du conseil général, ou des ARS.

Enfin les caisses primaires d'Assurance Maladie prennent également en charge une partie des cotisations sociales des professionnels de santé sur la base de 11,5% de la rémunération brute (« Subvention Teulade ») (5, 34, 36, 37).

3. Statut des médecins

Les médecins qui exercent en centres de santé sont salariés.

Ils ont des statuts variés relevant soit de conventions collectives (Régime minier, FEHAP, Mutualité, Croix-Rouge), soit de la fonction publique territoriale ou hospitalière ou d'accords locaux.

Leur mode de rémunération dépend du gestionnaire soit à la fonction pour les temps plein, soit à la vacation, soit à l'activité (part variable ou intégralité de la rémunération).

Les contrats des médecins généralistes font souvent référence à une durée hebdomadaire du travail (35 heures pour un temps plein) et à une rémunération qui évolue avec l'ancienneté (34, 37).

4. Un déficit structurel

Il est évalué entre 10 à 50% selon les centres, et est lié à (4):

- l'importance des charges administratives et de structure (gestion du tiers-payant, rémunération du personnel, équipement)
- des tâches médico-sociales, de prévention, coordination, et de coopération insuffisamment rémunérées
- une faible productivité en actes techniques rémunérateurs

Leur situation financière est donc globalement fragile ; l'équilibre nécessite souvent des subventions extérieures qui se font de plus en plus rares (37).

C'est pourquoi une vingtaine de centres s'est portée volontaire pour participer à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (31).

E. Activités des centres

Outre leur activité principale de soins, les centres de santé mènent des actions de santé publique et constituent des terrains de stage pour la formation des professions de santé. Ils peuvent également participer à la permanence des soins.

1. Actions de santé publique

Par définition, les centres de santé mènent des actions de santé publique (35).

Ces actions se déroulent soit dans l'enceinte du centre soit à l'extérieur dans des lieux publics ou des lieux ciblés sur une population. Les centres de santé travaillent à la fois sur la prévention primaire (par exemple ateliers de prévention des chutes et travail de l'équilibre des personnes âgées...), la prévention secondaire (dépistage des risques cardiovasculaires...), ou tertiaire (prise en charge de sujets contacts de tuberculose

contagieuse...). Ils participent également à divers réseaux (ville-hôpital-sida, toxicomanie, diabète...) (33).

Cependant, l'implication des centres dans ces actions est variable (33, 34, 37). D'un côté, leur nombre et leurs thèmes diffèrent selon l'importance, la diversité et les compétences des équipes. D'un autre côté, le développement de ces actions est soumis à leur financement. En effet, si certaines d'entre elles bénéficient d'un financement spécifique, d'autres dépendent de la capacité du gestionnaire à trouver un financement qui s'avère souvent précaire. Ainsi, selon l'implication des personnels et les capacités de financement du gestionnaire, les actions de santé publique seront plus ou moins développées (37). Selon le rapport de l'IGAS, « ce défaut d'implication dans certains centres s'explique par les faiblesses de la politique de Santé Publique en France » notamment en matière de prévention. Jusqu'en 2005, dans le cadre de l'Accord National, les centres de santé bénéficiaient d'un financement spécifique pour les actions de santé publique ce qui a permis une augmentation des actions de prévention au sein des centres. Ce financement a ensuite été interrompu du fait de la loi de santé publique de 2004 (34, 36).

2. Rôle universitaire

L'encadrement des étudiants stagiaires est aussi une des missions des centres de santé qui constituent « des lieux de stage pour la formation des différentes professions de santé » (35).

Les centres de santé font partie des terrains de stage au choix pour les étudiants en médecine générale sous forme de stage de niveau 1 ou SASPAS. Le nombre de médecins des centres de santé impliqués dans la maîtrise de stage est en revanche inconnu (40).

Par ailleurs, des postes de chefs de clinique en médecine générale ont été créés depuis le développement de la filière universitaire de médecine générale. Ces derniers exercent un rôle universitaire (enseignement et recherche) ainsi qu'une activité de soins ambulatoire. Cette activité de soins ne relève d'aucun cadre réglementaire et peut donc s'exercer sous forme salariée en centre de santé (40). A ce titre, un profil de poste type a été élaboré à l'issue d'une collaboration entre le DMG de Paris 7 Diderot et les centres de santé de la ville de Saint-Ouen (33). En 2010, 2 chefs de clinique en médecine générale étaient salariés d'un centre de santé (12).

3. Participation à la permanence des soins

Le rapport sur les centres de santé signale que l'implication des centres n'est pas systématique dans la permanence des soins mais liée à leur place dans l'offre de soins de proximité et à leur localisation (34).

Par ailleurs, un des principaux freins soulevés pour leur implication était l'absence de reconnaissance du versement de l'astreinte prévue pour la médecine libérale. En effet, la participation à la permanence des soins se faisait ainsi sous forme d'honoraires obligeant le médecin exerçant en centre de santé à avoir un double statut et à verser des cotisations minimales au titre d'une activité libérale (37). Cette règle n'était cependant pas appliquée uniformément à tous les centres puisque certains avaient pu faire reconnaître par la CPAM le droit aux versements de ces astreintes (34).

Depuis janvier 2015, un décret permet désormais d'attribuer aux centres de santé les rémunérations forfaitaires engagées au titre de la permanence des soins (41).

F. Un exercice regroupé et coordonné

Selon l'Accord national, « le travail en équipe entre professionnels de santé et la concertation organisée entre gestionnaires et professionnels de santé constituent le fondement de la pratique des centres » (42).

L'unité de lieu qui regroupe différents professionnels de santé permet ainsi « la cohérence des interventions, la mise en place d'outils communs, l'organisation de la permanence et de la continuité des soins et la possibilité d'échanges permanents entre professionnels » (42).

De plus, les centres de santé élaborent un projet de santé qui tend à favoriser la coordination des soins (35).

1. La coordination des soins

Selon le Dr Anne Moulin, la coordination des soins dans les centres de santé nécessite des moyens et « ne peut reposer uniquement sur les interactions informelles de tous les jours ». Quatre outils en particulier sont nécessaires (33):

- Le projet de santé qui fixe les missions du centre et oriente l'activité des professionnels. Il doit être communiqué à l'ARS dont dépend le centre.
- Les réunions d'équipe qui sont mono-professionnelles pour aborder les aspects spécifiques de chaque métier, et pluri-professionnelles (professionnels de santé et médico-administratif) pour aborder certains aspects du fonctionnement du centre.
- La protocolisation: à l'occasion de ces réunions, sont élaborés des protocoles de prise en charge des patients adaptés à leur pathologie ou leur motif de recours. Ces protocoles prennent en compte le contexte local du centre (projet de santé, diversité de l'équipe, type de patientèle, offre de soins du secteur).
- Le système d'information: un patient pris en charge au sein d'un centre a un dossier commun à l'ensemble des professionnels de santé appelé dossier médical « métier ». Le partage d'informations entre professionnels de santé est possible depuis les modifications de la loi HPST en 2011. Ce droit de partage, soumis au consentement du patient, est réservé aux professionnels de santé qui prennent en charge le patient au sein de la structure ayant adhéré au projet de santé. Les professionnels de santé alimentent ainsi un dossier unique qui peut être sous forme papier ou informatisé. L'informatisation de ce dossier est cependant vivement recommandée pour permettre une meilleure prise en charge (43).

Ces différents outils définissent l'exercice coordonné et protocolé (44).

La coordination des soins en centre de santé s'effectue en interne mais également en externe (travail en réseau avec recherche permanente de partenariats afin de faciliter l'orientation du patient dans le système de soins) (36).

Cette fonction de coordination, dont l'organisation est placée sous la responsabilité du gestionnaire, est financée pour les centres de santé ayant adhéré à l'option conventionnelle de coordination des soins. En effet, l'adhésion à cette option et donc son financement sont facultatifs (42).

Le rapport de l'IGAS, indique qu'en raison de la complexité de mise en œuvre de cette option de coordination, les centres médicaux ou polyvalents y ont peu recours (56% ont adhéré à l'option). De plus, même lorsque le centre y a recours, le patient n'y adhère pas nécessairement (une des conditions de mise en œuvre est en outre l'adhésion de l'assuré). Ainsi le montant versé par l'Assurance Maladie au titre de cette option est très inférieur à ce qu'il pourrait être et ne représente que 0,7% des ressources des centres.

Néanmoins, en pratique, le rapport conclut à une réponse positive de l'évaluation de cette fonction au sein des centres. En effet, la coordination médicale s'effectue sous trois formes principales: soit de façon formelle (réunions sur des questions médicales précises ou des sujets d'intérêt général pour le centre), soit plus informelle (sous forme de discussions qui peut déboucher sur une action collective au sujet de situations individuelles concrètes), soit sous forme de dossier partagé entre tous les professionnels de santé (informatisé ou non). Beaucoup de centres essaient également de développer une coordination médicale avec d'autres intervenants du système de santé. Par ailleurs, certains centres ont mis en place une coordination médicale et administrative sous forme par exemple de comité de direction associant le médecin directeur, le responsable administratif et certains médecins, de comité de pilotage ou de commission (37).

2. La coopération interprofessionnelle

La coopération interprofessionnelle est le fait de participer à une action commune qui repose sur la responsabilité de chacun. Elle s'effectue sous diverses modalités:

- la délégation d'actes: les professionnels qui délèguent gardent la responsabilité de l'acte délégué. Cette délégation doit alors s'effectuer selon un protocole établi localement par les professionnels impliqués.
- Le transfert d'actes déplace totalement l'acte de soin d'un corps professionnel à un autre y compris en terme de responsabilité (33).

Cette pratique, bien qu'inscrite dans l'ère du temps, reste marginale en partie à cause de son financement. Les structures d'exercice regroupé constituent des lieux privilégiés pour le développement de la coopération interprofessionnelle, aussi le module 3 des ENMR lui est consacré (3, 33).

Certains centres de santé travaillent d'ores et déjà à l'élaboration de protocoles de coopération interprofessionnelle qu'ils considèrent comme le prolongement de l'exercice coordonné protocolé (33).

G. Différences avec les maisons de santé

Les maisons de santé sont aussi des structures de proximité qui dispensent des soins de premier recours sans hébergement. Elles accueillent des personnels de catégories variées,

et participent à des actions de santé publique et des actions sociales dans le cadre d'un projet de santé. Elles contribuent à la formation des jeunes professionnels de santé.

Les centres de santé se différencient des maisons de santé par (3, 4, 5):

- Leur nature : les centres de santé ne sont pas uniquement des structures de soins médicales.
- Leur mode de création : la création des maisons de santé relève de la libre association de professionnels libéraux.
- Le mode de rémunération des médecins des centres de santé basé sur le salariat.
- Le conventionnement avec l'Assurance Maladie avec obligation de pratiquer la délégation du paiement à l'acte et le respect des tarifs conventionnels du secteur 1.
- Le pouvoir de contrôle et de sanction des ARS: l'article L6323-1 rappelle qu'« en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ». Ceci ne concerne pas les cabinets médicaux et les maisons de santé qui sont des entreprises privées (5, 35).
- Leur implantation: ils n'ont pas le même rôle territorial. Les maisons de santé sont essentiellement situées en milieu rural. Une maison de santé et un centre de santé ne se retrouvent simultanément que dans 0,1 % des quartiers urbains et des communes rurales (5).
- Leur forte dimension sociale (37, 45, 46): plusieurs études indiquent que la population fréquentée par les centres de santé est plus précaire que la moyenne (selon l'étude Epidaure-CDS, 63,5% des patients des centres de santé sont précaires contre 38% en population générale) Mais, les centres de santé ne s'adressent pas uniquement à une population précaire. En effet, à Paris, bien que le pourcentage de patients bénéficiaires de la CMU (22%) et de l'AME (19%) soit important, il existe une fraction non négligeable (estimée à 50%) de patients issus de catégories socio-professionnelles moyennes voire aisées témoignant de la diversité sociale de ces centres. Certains centres accueillent même peu de patients précaires.

III. ATTENTES PROFESSIONNELLES DES JEUNES MEDECINS

A. Equilibre entre vie privée et professionnelle

La jeune génération, au-delà du genre, accorde une place primordiale à la qualité de vie personnelle et familiale. Elle recherche un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et aspire à une moindre disponibilité temporelle pour le travail (47).

En effet, les principaux critères guidant le choix de carrière professionnelle sont la qualité de vie personnelle et familiale suivie par l'intérêt intellectuel, les conditions de travail et loin derrière la rémunération (48, 49).

Selon l'étude sur les mutations de la médecine générale, 78% des internes privilégieraient leur vie privée à leur vie professionnelle s'ils avaient un choix à faire (49).

Cette volonté de privilégier sa vie personnelle et familiale se retrouve également dans les choix d'installation puisque selon l'étude BVA, les attentes principales dans le choix d'installation professionnelle sont l'épanouissement personnel et familial (81%), une localisation compatible avec la profession ou les attentes du conjoint (58%), la possibilité d'exercer le mieux possible sa discipline (55%), la relation avec les patients (43%) et l'environnement géographique (41%). Le revenu (16%) et l'utilité sociale du métier (14%) apparaissent secondaires (50).

Plus qu'une volonté de réduction drastique du temps de travail, les jeunes générations aspirent à une meilleure organisation et envisagent des stratégies de régulation (diminution de l'amplitude horaire, temps partiel, concentration du temps de travail) pour un temps de travail maîtrisé et des horaires prévisibles (11, 47).

B. Conditions d'exercice souhaitées

1. Une pratique collective

L'exercice solitaire de la médecine est révolu pour les jeunes médecins qui souhaitent plus de collégialité ainsi qu'une dynamique de partage des connaissances et d'informations avec les autres professionnels (11, 12, 29).

Les jeunes médecins ne conçoivent leur future installation qu'en groupe afin de pouvoir mutualiser les moyens humains et techniques, rompre avec l'isolement intellectuel, assurer la continuité des soins et réduire la charge de travail (l'exercice de groupe permet en effet de diminuer le temps de travail de 2 à 4 heures) (11, 12, 13, 51).

Ce type d'installation est en effet plus fréquente chez les jeunes médecins (80% des moins de 40 ans en 2009) (51, 52).

Grâce au travail en équipe, ils souhaitent améliorer la prise en charge des patients et promouvoir des compétences médicales plus spécifiques (53).

Ils sont favorables à plus de coopération avec les autres professionnels de santé voire pour certains à la délégation de tâches pour pouvoir se dégager du temps médical (29, 49, 54).

Le regroupement de médecins avec d'autres professionnels de santé est d'ailleurs plébiscité comme mesure incitative à l'installation (50, 54).

2. Un exercice centré sur la médecine

Le travail administratif du médecin généraliste libéral se compose d'un volet médical (résultats d'examens, courriers aux spécialistes...), un volet administratif qualifié de « paperasse » en lien avec la Sécurité Sociale et les dossiers administratifs des patients (télétransmission, certificats ALD, bons transports, MDPH...), et un volet de gestion du cabinet (55).

L'allègement des contraintes administratives est largement souhaité par les jeunes médecins qui veulent se concentrer sur leur pratique médicale. Les charges administratives et la gestion financière du cabinet sont les principaux freins à l'installation libérale (13). Ils jugent le travail de gestion « pesant », la paperasse administrative « sans intérêt », et voudraient donc en être déchargés (56). Ce souhait semble parfaitement légitime puisque le

temps passé aux activités administratives représente entre 4,5 et 6,5 heures par semaine en libéral (57). Dans l'enquête de l'ISNAR-IMG, ils sont à plus de 90% favorables à ce que la gestion administrative de la structure - y compris la comptabilité et leur rémunération - soit déléguée à une tierce personne. Ils envisagent également des outils pour se décharger du volet administratif, tels que l'emploi d'un personnel spécifique ou la coopération interprofessionnelle (13, 29, 56, 58).

C'est donc logiquement que les jeunes médecins placent le secrétariat comme élément indispensable de la structure où ils exerceront (29, 53, 54, 59).

3. Un confort matériel et un exercice technique

Les jeunes médecins souhaitent exercer dans de bonnes conditions matérielles. Des locaux et du matériel adaptés (notamment un système informatique performant pour la gestion des dossiers ou l'aide à la prescription) sont indispensables à une installation réussie d'autant que les jeunes médecins aspirent à la réalisation d'actes techniques (29, 53, 54, 58).

4. Un exercice diversifié et évolutif

Selon l'ISNAR-IMG, 81,7% des internes sont prêts à changer d'orientation au cours de leur carrière ou avoir un exercice diversifié (29).

Pour cela ils sont prêts à multiplier les lieux d'exercice (hôpital de proximité, interventions en crèche), ou diversifier leurs modes de rémunération (activité mixte).

Ils aspirent à des activités moins curatives (éducation et prévention, enseignement, recherche) et à des formations complémentaires pour pouvoir développer des domaines de compétences ou parfaire leur enseignement (12, 29, 54, 58).

De plus, les jeunes médecins envisagent leur carrière sur un mode évolutif que ce soit par un changement d'orientation professionnelle ou de mode d'exercice.

L'installation n'est ainsi plus perçue comme définitive mais modulable (47, 48, 53, 60).

5. Un désir d'indépendance et d'autonomie

Les jeunes médecins sont attachés aux principes de liberté, que ce soit la liberté d'installation, la liberté d'organiser son emploi du temps et d'adapter son activité médicale à ses goûts, ou l'indépendance professionnelle (53, 58).

La liberté et l'autonomie sont souvent associées à l'exercice libéral et constituent les principales motivations à choisir ce mode d'exercice (11, 13).

6. La permanence des soins: un devoir sous conditions

Les jeunes médecins souhaitent s'impliquer dans la permanence des soins sous réserve qu'elle soit bien organisée sous forme de gardes régulières et que leur participation reste raisonnable (29, 49, 53, 60).

En effet comme le rappelle le rapport de la commission jeunes médecins, « la disponibilité d'un même médecin 24h/24 n'est plus de mise, et les jeunes médecins veulent travailler de façon "non esclavagiste" » (30).

C. Les revenus: une place secondaire

L'aspect financier occupe souvent une place secondaire dans les critères de choix de carrière ou d'installation (48, 49, 50).

L'argent n'est pas un problème dans la mesure où les jeunes médecins sont souvent en couple de « doubles actifs » et peuvent compter sur le revenu de leur conjoint. Ce modèle a affaibli la volonté de maximisation des gains classiquement retrouvée dans le modèle traditionnel de la médecine générale où l'homme médecin était le pourvoyeur principal de revenu du couple (11).

D. Quid de l'exercice en centre de santé?

Selon plusieurs études, les jeunes médecins veulent pour la plupart exercer de la médecine générale ambulatoire (29, 54, 58, 59). A l'heure actuelle, l'exercice libéral est le plus représenté et le plus connu dans la médecine générale de 1^{er} recours, mais les contraintes

liées à l'exercice - avec en tête les charges administratives et la gestion financière du cabinet - effraient et constituent un réel frein à l'installation des jeunes médecins (11, 13). Ainsi, ils sont 30% à s'orienter vers le salariat, notamment dans le milieu hospitalier qui leur est plus familier (1).

Selon la thèse de Thibaut Coliche et Guillaume Noël, le salariat en médecine générale ambulatoire pourrait être un déterminant positif à l'installation (61). Il est plébiscité par 43% des internes angevins et 48,5% des médecins remplaçants dans la thèse d'Alexandre Husson (59, 62). Les médecins salariés interrogés par Hélène Hurier pensent aussi que le salariat en médecine générale rendrait la spécialité plus attractive (63).

De plus, une diversification des modes de rémunération est largement souhaitée chez les jeunes médecins qui souhaitent s'affranchir du paiement à l'acte exclusif et s'orienter pour 22% d'entre eux vers une rémunération exclusivement salariée. En effet la rémunération à l'acte ne leur paraît pas adapté aux missions du médecin généraliste de 1^{er} recours telles que l'éducation, la prévention et la coordination dans lesquelles ils souhaitent s'investir (29, 54).

L'exercice en centre de santé permet d'associer un exercice de médecine générale de premier recours à un statut salarié sous forme regroupée.

Que connaissons-nous des médecins généralistes qui exercent dans ces centres?

Peu d'études s'y sont intéressées.

Notre travail s'est donc porté sur le ressenti des médecins généralistes dans leur exercice en centre de santé afin de savoir si ce mode d'exercice pourrait répondre aux aspirations professionnelles des jeunes médecins.

MATERIEL ET METHODES

Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 12 médecins généralistes exerçant en centres de santé en Pays de La Loire.

I. CHOIX DE LA METHODE

N'ayant retrouvé aucune étude préalable s'intéressant spécifiquement aux médecins généralistes exerçant en centre de santé, une méthode qualitative a été choisie dans un but exploratoire.

Le choix de l'entretien semi-directif apparaissait le plus adapté au sujet de recherche pour plusieurs raisons. D'une part, l'auteur cherchait à comprendre les perceptions et le vécu des médecins généralistes quant à leur exercice en centre de santé et pensait que l'entretien en face à face permettrait de mieux libérer la parole des médecins enquêtés qu'un entretien collectif. D'autre part, l'entretien semi-directif était plus simple et plus rapide à mettre en place sur le plan logistique compte tenu de la petite taille de l'échantillon de départ et de son éclatement dans la région Pays de La Loire.

II. L'ECHANTILLON

Notre étude était centrée sur les médecins généralistes exerçant en centres de santé en Pays de la Loire ; les identifier n'a pas été chose simple.

A. Identification des centres de santé

En novembre 2014 est paru un ouvrage effectuant un recensement récent des centres de santé en France intitulé « les centres de santé: une géographie rétro-prospective » par Emmanuel Vigneron, en partenariat avec la FEHAP. La FEHAP a été contactée par téléphone puis par mail afin d'obtenir la liste des centres de santé des Pays de La Loire mais ces échanges ont été classés sans suite.

Une enquête a donc été nécessaire afin de recenser ces centres. Le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) a été consulté et semblait comporter quelques erreurs concernant l'intitulé des établissements, puisque certains étaient identifiés centres de santé alors qu'ils correspondaient après vérification à des maisons de santé. Pour compléter les recherches, le site de la CPAM « améli-direct.fr » a été consulté mais s'est révélé peu informatif. Afin d'obtenir un recensement le plus précis possible, la CPAM a été contactée directement par mail et par téléphone (sans réponse), tout comme les Conseils de l'Ordre des Médecins de chaque département (peu contributifs car refusant de fournir une quelconque liste des centres de santé ou donnant des informations erronées sur le nombre de centres sans précision de localisation). Finalement seule l'ARS des Pays de La Loire a répondu favorablement en fournissant une information précise sur le nombre et la localisation des centres de santé, ce qui a enrichi nos propres recherches.

B. Identification des médecins généralistes

Les différents Conseils de l'Ordre refusant de communiquer une liste des médecins généralistes exerçant dans ces centres de santé, une liste a finalement été établie à partir de l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins et complétée en contactant directement chaque centre.

Il a ainsi été permis d'identifier 9 centres de santé où exercent 31 médecins généralistes en Pays de La Loire dont 15 exerçant en centres de santé universitaires.

C. Sélection de l'échantillon

Notre échantillon se voulait le plus diversifié possible sur le sexe et l'âge des médecins, leur statut titulaire ou remplaçant, le type de centre (centre municipal, centre universitaire, centre minier, centre géré par l'hôpital, etc.), et la localisation du centre. Devant le petit échantillon de départ et la difficulté à recruter des médecins, la sélection des médecins ne s'est pas faite aléatoirement.

Les centres de santé ont été contactés une première fois par téléphone afin de pouvoir leur adresser un mail bref expliquant l'objet de notre étude (annexe 1). N'ayant qu'une réponse positive à l'issue de ce premier échange, un second mail (annexe 2) leur a été adressé

permettant plusieurs contacts téléphoniques directs avec les médecins concernés. Douze médecins répartis sur 6 centres ont finalement accepté de participer à notre enquête.

III. ORGANISATION DES ENTRETIENS

A. Lieu et période

Le lieu des entretiens était laissé au libre choix des médecins et ont tous été réalisés sur leur lieu d'exercice et aux horaires qui leur convenaient. Ils se sont échelonnés du 18 mai au 25 juin 2015.

B. Déroulement

Les entretiens ont tous été réalisés en face à face selon un guide d'entretien préétabli (annexe 3). Ce guide n'a pu être testé préalablement en conditions réelles compte-tenu du petit échantillon, mais après les 3 premiers entretiens, certaines questions ont été reformulées. Les entretiens ont été enregistrés intégralement sur un support cassette pour les 3 premiers entretiens, puis un support numérique pour les suivants pour améliorer la qualité de la retranscription. Cet enregistrement s'est fait après consentement oral des médecins recueilli avant l'entretien.

C. Fin des entretiens

Le nombre d'entretiens a été limité par l'échantillon de base et la volonté des médecins à participer à notre étude. Ces entretiens n'ont donc pu être conduits jusqu'à saturation des données.

IV. METHODE D'ANALYSE

A. Retranscription

Chaque entretien a été retranscrit intégralement en y ajoutant le plus fidèlement possible les éléments de contexte. Compte-tenu encore une fois du faible échantillon de départ et afin de respecter au mieux l'anonymat des personnes interrogées, le verbatim n'a pas été intégré au travail de thèse.

B. Analyse

Pour des raisons relatives à l'enquêteur et au caractère regroupé de certains entretiens sur le même site, l'analyse du contenu n'a pu être effectuée en parallèle, ce qui a limité l'enrichissement du guide d'entretien. Pour limiter l'interprétation subjective des données, un deuxième lecteur a été sollicité sans toutefois pouvoir réaliser une véritable triangulation des données.

RESULTATS

I. GENERALITES

A. Déroulement des entretiens

1. Difficultés rencontrées

Sur les 12 entretiens, 2 ont été interrompus quelques minutes à la demande du médecin et 2 autres à cause d'interventions extérieures (appel téléphonique, intrusion de personne).

Dans un centre, certains médecins ont été interrogés alors qu'aucun contact direct n'avait pu avoir lieu au préalable avec eux, puisqu'un de leurs collègues s'était chargé d'organiser tous les entretiens du centre. Ces médecins avaient reçu peu d'informations sur l'enquête avant l'entretien et donc peu de temps à y consacrer.

2. Durée

Les entretiens ont duré entre 28 minutes et 72 minutes avec une moyenne de 53 minutes.

B. Caractéristiques du corpus

1. Caractéristiques des médecins

a. Sexe

L'échantillon comptait 5 femmes (42%) et 7 hommes (58%).

b. Age

L'âge des médecins variait entre 28 et 66 ans avec une moyenne d'âge de 45,8 ans.

c. Origine géographique et région d'études

Un seul médecin était originaire de la région Pays de la Loire et y avait fait son internat ; 4 autres médecins n'étaient pas originaires de la région mais y avaient fait leurs études.

d. Situation familiale

Neuf médecins vivaient en couple, et seuls 3 n'avaient pas d'enfants.

e. Expérience antérieure

Tous les médecins avaient eu une expérience en médecine libérale, sous forme de remplacements pour 8 d'entre eux et d'installation pour les 4 autres. Quatre médecins avaient eu une expérience en salariat à temps plein ou temps partiel.

f. Temps de travail

Le temps de travail a été recueilli selon les dires des médecins et non d'après le contrat de travail ; il ne comptabilisait pas les gardes. En moyenne ils travaillaient 33,5 heures par semaine, avec 8,2 semaines de congés par an.

g. Ancienneté dans le centre

Les médecins avaient en moyenne 4 années d'expérience dans le centre de santé. Sur l'ensemble des médecins, 11 étaient titulaires, 1 était remplaçante, 9 exerçaient en centre polyvalent, 3 en centre médical.

h. Tableau descriptif du corpus des médecins

Les médecins enquêtés ont été désignés par la lettre « E » suivie d'un numéro.

Enquêté	Sexe Age (ans)	Situation familiale	Nb d'heures par semaine	Nb de semaines de congés par an	Ancienneté dans le centre	Activités extérieures au centre
E1	H 56	En couple 1 enfant	16 (TP)	7	5 mois	médecin coordonnateur, remplacements libéraux
E2	H 53	En couple 2 enfants	35-40	7	5 mois	Non
E3	H 30	Célibataire Sans enfant	35	5	8 mois	Non
E4	H 50	En couple 3 enfants	45-50	8	5 ans	Non
E5	F 39	Célibataire Sans enfant	44	8	5 ans	Non
E6	H 55	Célibataire 1 enfant	>40	8	3.5 ans	Non
E7	H 66	En couple 2 enfants	28 (TP)	8	1 an	formateur pompiers, gestion de crise à l'aéroport...
E8	H 37	En couple 2 enfants	>40	7	6 ans	Non
E9	F 54	En couple 3 enfants	45-50	7	16 ans	Non
E10	F 28	En couple Sans enfant	20 (TP)	5	7 mois	Non
E11	F 49	En couple 2 enfants	19,5 (TP)	14	5 ans	Non
E12	F 40	En couple 3 enfants	24 (TP)	14	5 ans	Non

Nb= Nombre ; H = Homme ; F = Femme ; TP= Temps Partiel

2. Caractéristiques des centres

a. Type de centre

Sur les 6 centres de l'enquête, il y avait 3 centres municipaux, 1 centre minier, 1 centre universitaire et 1 centre géré par l'hôpital.

b. Localisation

Par souci de simplicité, une ancienne définition de l'INSEE a été utilisée pour définir la localisation des centres : 4 centres étaient situés dans un espace à dominante urbaine et 2 centres dans un espace à dominante rurale (64).

c. Composition des centres

Notre échantillon se composait de 4 centres polyvalents et 2 centres médicaux. Les médecins généralistes travaillaient tous en groupe de 2 à 8 médecins généralistes.

Tous les centres étaient équipés d'un secrétariat.

d. Ancienneté du centre

Deux centres avaient moins d'1 an d'ancienneté, trois entre 1 et 5 ans et le dernier plus de 5 ans.

II. ANALYSE DES RELEVÉS THÉMATIQUES

A. Etre médecin salarié

1. Contrat de travail

Les médecins des centres de santé en tant que salariés sont liés à la structure qui les emploie par un contrat de travail.

a. Rôle

Le contrat définit le cadre de travail en termes de temps de travail, de formation et de rémunération.

E1: « un contrat, si y'a un problème on sait qu'il se passe ça »

E3: « c'est calculé pour 12 jours de formation, 5 semaines de vacances et autrement tu dois travailler »

E4: « on a des contrats à 9 demi-journées par semaine, et globalement 2 mois de vacances, c'est ça après les RTT »

E6: « ils se sont arrangés en faisant des contrats pour avoir le même salaire »

Il confère un statut au médecin.

E4: « On a des contrats de praticiens contractuels en CDI »

Il assure aussi un niveau de protection sociale et juridique.

E9: « J'ai pas trop regardé, je pense qu'on est bien protégé. Euh... mon collègue quand il est arrivé, il a regardé parce que lui a de jeunes enfants, il avait regardé pour savoir si il lui fallait une assurance complémentaire ou non, euh... une protection individuelle et puis il a dit " ah ben non on est bien protégé ", donc je me suis dit qu'on est bien protégé »

E12: « au niveau de l'assurance professionnelle, ben en fin de compte, y'en a bien une, et on a réussi à leur faire préciser un petit peu, voilà, ce sur quoi on était couvert, et la gynéco, c'est bon mais le suivi de grossesse on n'est pas couvert, donc du coup j'en fais pas et j'ai arrêté ma souscription au Sou Médical »

b. Contrats dans les centres de santé

Les contrats sont différents selon l'organisme qui emploie les médecins.

E2: « C'est plus la mairie qui pourra répondre, mais c'est sur le modèle hospitalier »

E3: « c'est pas la grille de la fonction hospitalière, c'est la grille des médecins territoriaux »

Pour certains médecins, le statut est bien défini.

E4: « on est donc des praticiens contractuels, euh...de l'hôpital local attaché au centre de santé »

E8: « On est omnipraticien en centre de santé minier, donc voilà y'a une convention qui existe pour les médecins exerçant en centres de santé miniers »

Pour d'autres, le statut manque de précision.

E1: « alors praticien contractuel, ben c'est là qu'il faut trouver quelque chose parce qu'on n'est pas PH donc euh, mais bon on correspond quand même à une case disons »

E1: « On est à la fois agents territoriaux et praticiens hospitaliers, donc c'est un peu mixte »

E4: « soit poste de PH soit poste... un truc un peu bizarre exceptionnel négocié avec l'ARS »

E11: « c'est pas enseignant, c'est pas administratif, oui, c'est dans le soin donc c'est vraiment très marginal, ce qui fait qu'il y a jamais eu vraiment de statut particulier »

E11: « Je devrais pas le dire mais c'est un peu bâtard, ça correspond pas vraiment, comme avant c'était vacataire, donc en fait quand on a changé de statut, on est resté un peu euh... au sein de l'université, ça représente pas grand-chose quoi »

Certains médecins ont évoqué la précarité de leur contrat notamment au niveau de l'évolution du salaire,...

E1: « c'est un contrat de 3 ans, c'est un CDD, durée déterminée de 3 ans. Ce qui veut dire que le maire comme ça il s'embête pas pendant 3 ans, pas de salaire à renégocier ni rien »

... du cadre juridique,...

E4: « là on a des contrats qui ont été faits, un peu, euh...qui sont pas légaux. On a des contrats de praticiens contractuels en CDI, ce qui par définition, collent pas »

...de la protection sociale,...

E5: « on n'a pas une bonne protection sociale en fait avec les contrats qu'on a actuellement »

...et de la sécurité de l'emploi.

E11: « nos statuts étant assez précaires, euh... on... beaucoup euh... se sont dit que... si elles refusaient, on pouvait ne pas renouveler leur contrat, parce qu'on était sous des contrats à durée déterminée et qu'on pouvait à tout instant, arrêter notre contrat »

E11: « au début quand j'ai commencé, on était vacataire, alors vacataire déjà c'est quand même précaire, donc on avait des contrats qui commençaient de septembre à juin, on n'était pas payé l'été et on pouvait même pointer au chômage en juillet-août »

Cependant ces contrats restent évolutifs,...

E4: « On est en train de revoir les contrats, qui sont en cours d'évolution [...], on va sûrement évoluer vers un poste de PH »

E10: « Quand j'aurai ma thèse, ici je signerai un CDD, un CDD de 3 ans qui sera renouvelable en CDD de 3 ans et ensuite renouvelable en CDI »

E11: « on a pu au niveau de l'université faire évoluer nos contrats en CDI »

... et apportent simplicité et souplesse dans l'engagement des médecins.

E2: « après c'est un contrat mais c'est pas un contrat en CDI. Donc ça, ça me permet de garder aussi une indépendance que, si un jour ou l'autre, je me sens pas bien »

E4: « y'a pas d'installation libérale compliquée à faire, y'a juste un contrat de travail à signer »

E5: « finalement le salariat, nous on propose des... des CDD de 1 an en fait avec une épreuve de, enfin une mise à l'épreuve pendant 3 mois, et au bout de 3 mois, les gens, ils sont libres de repartir si ça leur convient pas »

Dans certains cas, la négociation du contrat permet d'offrir un cadre de travail se rapprochant du modèle libéral.

E4: « Quand on a monté le centre de santé, donc dans les objectifs qu'on s'était fixé, c'est que l'organisation qui nous satisfaisait, la rémunération qu'on avait à titre libéral, soit conservée et l'organisation du temps de travail aussi. Donc c'est pour ça qu'on a eu cette sorte de contrat qui est un peu atypique pour calquer ça »

c. Temps de travail

Pour certains médecins, le temps de travail est défini par le cadre légal des 35 heures ;...

E3: « on est sur une base de 35 h »

E10: « Ce sera 35 h par semaine, mais en fait ce sera pas vraiment 35 h, euh... ce sera des semaines à 33 h et des semaines à 36 h parce qu'on travaille un samedi matin sur 2 »

...pour d'autres, il s'inspire du régime des cadres.

E4: « A ce niveau de responsabilité, c'est un peu comme les cadres, c'était...voilà, on parle en demi-journées de travail et pas en heures de travail »

Les médecins travaillent à temps plein ou temps partiel.

Les médecins à temps plein exercent sous forme de semaine complète ou avec un temps de repos dans la semaine.

E3: « Le jeudi, je travaille pas, ma collègue c'est le mardi qu'elle travaille pas »

E4: « on travaille 4 jours et demi par semaine »

E8: « on travaille par contre tous les jours de la semaine, et un samedi matin sur 2 et dans ce cas-là, quand on travaille le samedi matin, on récupère une demi-journée dans la semaine »

Certains médecins combinent leur temps partiel avec une autre activité salariée ou libérale sous forme de remplacement ou de collaboration.

E1: « à partir du 1^{er} janvier, je suis maintenant à 40% médecin co, 40% ici généraliste salarié de la commune, il reste 20% pour des remplacements libéraux qui me servent à payer mes charges des années d'avant »

E7: « je fais des choses à côté parce qu'ici je suis à 70% donc euh..., je m'occupe d'autres choses, je continue à donner des cours euh... à l'école des officiers de pompiers à Aix-en-Provence, je travaille dans un groupe sur l'arrêt cardiaque avec les Européens »

E12: « ben y'a une jeune médecin là [...] elle vient de signer pour 2 jours de collaboration libérale, et 2 jours [au centre] »

Le temps de travail peut être évolutif selon les besoins personnels et familiaux...

E11: « j'avais pas d'enfant, c'est-à-dire que je travaillais plus et ben après ici j'ai pu réduire mes heures »

E12: « j'y étais à 20h semaine, j'étais passée à 24h depuis 2 ans et puis maintenant, je vais même passer à 27 pour la rentrée prochaine »

d. Rémunération

La rémunération des médecins est hétérogène selon les centres.

E3: « on peut toujours demander plus euh... c'est sûr qu'on pourrait avoir une rémunération comme les praticiens hospitaliers »

E8: « Je trouve que notre rémunération encore une fois par rapport aux collègues exerçant dans les centres de santé municipaux, est plutôt bien, je pense qu'on peut pas trop se plaindre »

Elle est soit fixe,...

E3: « c'est une rémunération fixe quoi. Si tu veux aller voir par-là, elle est indépendante de l'acte »

... soit variable selon l'activité...

E8: « si on fait un petit peu moins de 5500 équivalents C, on gagnera un petit peu moins [...] et si on faisait un petit peu plus que ces 5500 équivalents C, on serait payé un petit peu plus que cette base »

E9: « on est salarié intéressé aux bénéfiques, donc c'est vrai qu'il y a toujours une histoire de rentabilité qui nous, pas qui nous pend au cou, ou qui nous pend au nez ou au porte-monnaie [...], selon qu'on a plus ou moins travaillé, plus ou moins d'ouverture au régime général, notre salaire monte ou baisse »

E9: « c'est un peu la prime de, pas la prime de rendement [rires], mais on se sent un peu commercial »

E12: « les primes qu'on perçoit, c'est un petit peu au prorata du nombre de consult' qu'on voit »

...ou le temps de travail effectif.

E10: « Après par rapport à mes horaires, quand je fais du rab', je compte mes heures sup' [...] Même mon temps administratif, quand je passe une demi-heure à faire de la paperasse, c'est pas de la pause, donc, mais ça voilà c'est au clair avec la mairie »

Elle peut être évolutive.

E8: « y'a une grille, enfin voilà, on évolue au fur et à mesure de notre ancienneté dans cette grille, la rémunération va crescendo, euh... y'a un salaire de base garanti »

E10: « Praticien hospitalier ouais. Avec les échelons en fonction de l'expérience, de l'âge »

E11: « il a réussi à nous faire passer de 2 échelons cette année, mais bon ça veut dire qu'après on ne montera plus d'échelons quoi, notre salaire après il est au maximum quoi, donc même si on a gagné en expérience, même si euh... on va pas, on ne sera plus augmenté »

La rémunération est parfois jugée insuffisante,...

E1: « c'est des salaires plutôt modestes mais qui finalement se rapprochent de plus en plus des salaires de médecine générale actuelle une fois qu'on a tout calculé, déduit et ramené à 35 heures ça revient à peu près au même »

E3: « C'est vrai que par rapport aux médecins libéraux ça fait pas beaucoup quoi. Mais après si tu veux aller voir par-là, la différence, je pense pas qu'elle est si importante »

E8: « Par rapport à des médecins libéraux pour une activité équivalente je pense qu'on est un petit peu moins payé »

E10: « moi j'ai fait le calcul, en voyant le même nombre de patients par jour, [...] on est moins bien payé en salariat »

E12: « c'est vrai qu'ici les gens se plaignent énormément, on n'est pas assez payé, et c'est vrai que oui par rapport à ce que je pouvais gagner en libéral, je me rends compte que c'est pas grand-chose »

...mais les médecins y accordent des concessions au regard des bénéfices de leur exercice.

E1: « on privilégie plus la qualité de vie que... que le salaire, hein, clairement »

E2: « Alors je gagne peut-être un peu moins que ce que je gagnais avant mais j'ai moins d'heures et puis j'ai surtout une certaine liberté le soir »

E3: « si on a une qualité de travail euh... qu'on peut aussi avoir une qualité de vie à côté, enfin moi je trouve que la rémunération elle est... elle est correcte »

E8: « moi je préfère acheter ma tranquillité à un prix assez modeste somme toute »

E10: « La rémunération est moins intéressante. Euh... mais bon voilà y'a quand même un secrétariat qui est présent tout au long de la journée, qui bon, elles gèrent pas mal de choses, on n'a pas à gérer la carte vitale, la compta', tous ces trucs-là. Donc je pense que ça, ça se paie »

E11: « c'est vrai que la rémunération, elle est pas, elle est pas, pour un médecin, elle est pas énorme, hein. Mais moi j'estime qu'en contrepartie on a un confort de travail »

E12: « y'en a beaucoup qui râlent à cause du salaire sachant quand même qu'on a 2 mois de vacances [...] donc c'est vrai qu'on est payé beaucoup en temps puisqu'on est payé sur ces périodes où on travaille pas si tu veux »

Par ailleurs elle reste négociable.

E2: « c'est moi qui avait un peu imposé, à peu près combien je voulais, donc la mairie pouvait dire oui ou non »

E4: « *Quand on a monté le centre de santé, donc dans les objectifs qu'on s'était fixé, c'est que l'organisation qui nous satisfaisait, la rémunération qu'on avait à titre libéral soit conservée* »

E10: « *bon moi j'ai dû négocier un peu dès le début. Au début il voulait me prendre vraiment à un tout petit échelon ; " ben écoute, vous voyez dans le coin il manque quand même de médecins, vous pouvez quand même faire un petit effort" »*

e. Accès à la formation

La formation est intégrée au temps de travail.

E3: « *Ben la formation, euh... moi j'avais été très clair là-dessus, il me fallait 12 jours de formation* »

E8: « *on a aussi droit à 8 jours de formation par an, donc on peut quitter le cabinet pour aller se former, faire des DPC dont on parlait, des formations de la faculté, donc euh... on en profite* »

E12: « *C'est quand même super de pouvoir prendre ce temps sur notre temps de travail, c'est-à-dire on supprime nos rendez-vous, on met la formation, on est payé pareil* »

Les médecins sont encouragés à se former.

E9: « *ils nous obligent pas mais ils nous incitent fortement à faire des formations* »

E11: « *le nouveau directeur cette année nous appuie un petit peu plus pour faire des formations* »

Ils bénéficient d'un financement pour différentes formations.

E3: « *moi j'ai prévu aussi d'aller au congrès de médecine générale, donc euh, ça tu vois ça par exemple c'est possible, ça pose pas de problème c'est entièrement pris en charge* »

E3: « *comme la capacité de gériatrie elle serait prise en charge, euh... par le centre* »

E8: « *on a une direction qui est quand même, qui répond à nos besoins, qui nous paie l'abonnement aux revues médicales, Prescrire ou la Revue du Praticien en ce qui me concerne* »

E9: « *j'avais fait le DU de soins palliatifs, j'avais fait médecine du sport, oui pour ça ils nous paient nos formations et c'est bien* »

Les médecins participent à des FMC spécifiques parfois réalisées au sein du centre.

E8: « je fais quand même régulièrement des FMC ou des DPC notamment à Paris, réservées aux centres de santé »

E11: « ça c'était prévu par le service [...] sur les addictions enfin tout ce qui tourne autour de la prévention quoi, là-dessus on a eu des formations »

E12: « on a développé une FMC ici, au sein du [centre], euh... ben qui se met en place d'ailleurs plus maintenant, euh... voilà mais c'est, c'est autre chose, on a les gens du centre de vaccination qui viennent une fois par an faire une petite mise au point du calendrier vaccinal, avec des cas cliniques c'est super »

...ou à des FMC communes avec les médecins libéraux.

E3: « on a une FMC qui se déroule avec tous les autres médecins du secteur donc c'est intéressant tu vois, ça permet aussi de discuter, et puis d'apprendre, de se former aussi »

E8: « Ce qui nous empêchait pas en plus de participer à des formations médicales organisées par la faculté mais là avec des confrères libéraux »

E12: « Alors je fais un peu de formation continue à la fac en plus, pour pas perdre la médecine générale tout-venant »

2. Lien de subordination

Les médecins des centres de santé ont un rapport de subordination avec l'employeur.

a. Intégration dans un service organisé

◆ Temps de travail encadré

Certains médecins ont un temps de présence imposé.

E3: « on est salarié donc on doit quand même tu vois avoir une présence »

E3: « c'est que nous quand même on a une obligation, tu vois, on a un peu de fixité sur les horaires »

E10: « j'ai pas le choix, mes horaires sont comme ça »

E12: « Des obligations oui, quand même, on a des obligations horaires, des obligations de répartition de travail, de soins, de prévention »

Il existe des possibilités d'aménagement...

E3: « *si je veux terminer plus tôt, je peux terminer plus tôt* »

... en fonction du temps de travail cumulé,...

E1: « *moi chaque jour, je mets mon temps de travail effectif là parce y'a des jours creux où je travaille un peu moins, ça me laisse la liberté de partir plus tôt ou plus tard* »

E6: « *si un jour je dois finir à 5h pour des raisons perso, j'ai un bateau ou un hélico à prendre, je le dis et puis je travaille un peu plus avant, une heure ou je récupère 2h après, on regarde pas le nombre d'heures qu'on fait* »

...de la charge de travail accomplie,...

E8: « *y'a une base théorique après nous notre statut est celui de cadre autonome donc en gros faut que le travail soit fait à la fin de la journée mais on fait ce qu'on veut* »

... ou de l'organisation entre collègues.

E8: « *on est 2 médecins donc on s'arrange toujours voilà pour qu'il y en ait un* »

E10: « *quand je signerai mon CDD, a priori y'aura peut-être moyen d'alterner avec ma collègue, une qui finit à 19h, une qui finit à 18h* »

E11: « *on avait les, les, la flexibilité dans nos emplois du temps, c'est-à-dire que d'année en année, on peut s'arranger entre nous entre médecins, pour savoir quand est-ce qu'on travaille, soit on travaille plus, soit on travaille moins, on a une enveloppe d'heures de travail sur l'année* »

Le cadre horaire assure à certains médecins la limitation du temps de travail et la prévisibilité en fin de journée.

E1: « *c'est quand même bien verrouillé au niveau prise de rendez-vous, etc..., et normalement on a des heures à respecter* »

E2: « *Maintenant y'a les horaires, euh... même si je finis pas encore aux heures... attitrées mais disons que maintenant, je limite le soir* »

E10: « *En salariat on a des horaires, je sais qu'en dehors de ces horaires-là, j'interviendrai pas chez un patient* »

E11: « *le fait que ça soit des horaires fixes, ça permet de savoir, de s'organiser en fait, donc pour les enfants, c'est quand même aussi confortable de savoir quand est-ce qu'on va les chercher* »

Les médecins rencontrent des difficultés à maîtriser les horaires...

E1: « *Théoriquement, théoriquement, on sait à quelle heure on termine. Bon c'est pas toujours le cas en médecine générale, on sait jamais complètement* »

E2: « *comme je disais, je respecte pas toujours mes horaires* »

E3: « *Bon en général je commence à 9h, et puis ben après je termine vers euh... théoriquement c'est 19h mais pff... on déborde tout le temps* »

... liées à la gestion du planning,...

E1: « *C'est les secrétaires qui prennent les rendez-vous, si elles arrivent à verrouiller le planning, ça va très bien* »

E2: « *la dernière personne inscrite est 19h donc souvent ça me fait finir à 19h30-20h, pareil parce que entre ce qui est inscrit tous les quarts d'heure et ce que moi je fais réellement, je dirais plus de 20 min par personne* »

E3: « *moi j'aime mieux, voilà prendre un peu plus de temps avec les patients, quitte à déborder un peu sur... sur les horaires, je trouve que c'est plus confortable* »

... liées la demande de soins,...

E3: « *on est sur une base de 35h, qu'on respecte pas forcément, parce qu'on a de la demande* »

E8: « *maintenant, les gens, en général, y'en a tous les jours qui ont besoin d'être soignés donc il faut quand même qu'on soit là* »

E12: « *c'est très, très rare qu'il y ait un truc de dernière minute quoi, dans ce cas-là je resterais parce que je suis organisée avec mes enfants mais ça n'arrive jamais* »

...liées à la responsabilité sociale du médecin.

E3: « *Parce que malgré tout, voilà on est obligé de voir les patients, ben peut-être de déborder ou alors il faut vraiment s'en tenir pile euh... tu vois au contrat. Euh... dire à 19h j'arrête et je ferme et j'en ai rien à faire, tu vois. Mais bon, c'est pas comme ça, enfin la médecine on est toujours responsable du patient, bon même quand on est à l'hôpital tu vois* »

E8: « *Les horaires je vous disais tout à l'heure sont les horaires, enfin c'est assez logique, on est médecin, si c'est pour rester chez nous à jouer, à jouer aux échecs faut pas, faut changer de boulot* »

◆ *Mise à disposition de moyens*

Les centres de santé mettent des moyens humains et matériels à disposition des médecins.

E1: « *ce genre d'organisation autorise d'avoir une personne en plus parce que les collectivités locales ont des possibilités d'embauche qui sont quand même plus faciles qu'un libéral* »

E4: « *c'est là aussi qu'il y'a eu un impact quand même de l'agrégation du centre de santé, c'est euh... dans les relations...c'est la mairie qui loue ce logement, de louer ça, elle nous l'a gardé si tu veux* »

E9: « *le portable est payé par la caisse, l'ordinateur, le matériel aussi* »

Ces moyens permettent aux médecins d'exercer leur métier.

E3: « *Là en fait t'as toute la structure qui te permet de fonctionner quoi en fait* »

E10: « *Même voilà le matériel, euh enfin, voilà y'a pas besoin de louer les locaux, enfin voilà, je suis salariée de la mairie, donc euh... je fais mon boulot de médecin, point* »

Les moyens alloués dépendent de contraintes budgétaires plus ou moins importantes.

E8: « *on nous a expliqué que c'était un problème financier quoi, qu'il n'y avait pas l'argent pour payer un remplaçant* »

E10: « *y'a toujours aussi l'histoire du budget, faut pas demander trop de choses non plus* »

E12: « *y'a quelques contraintes budgétaires mais quand même ça va, quand on a besoin de quelque chose on l'obtient assez vite* »

Les moyens sont différents selon les centres :

E1: « *les gens savent bien qu'on n'est pas très équipés pour les urgences* »

E4: « *on a 2,5 secrétaires en équivalents temps plein* »

E5: « *j'ai fait une radio pulmonaire, on a... on a appareil d'écho aussi* »

E7: « *l'autre problème ici c'est qu'on est un peu serré au niveau, au niveau espace* »

E8: « *Moi je trouve qu'on est dans un bâtiment qui mériterait peut-être un petit rafraîchissement mais qui reste vraiment très fonctionnel* »

E10: « *on a même un obus d'oxygène, moi je manque de rien* »

E11: « c'est que y'a pas beaucoup de locaux, par exemple, moi j'ai pas de bureau fixe, je suis le seul médecin à pas avoir de bureau fixe »

◆ **Décharge des contraintes de gestion**

Les médecins sont déchargés des contraintes de gestion de la structure, que ce soit gestion administrative et financière,...

E2: « La comptabilité qui prenait beaucoup de temps, euh la gestion de vérifier entre les chèques, les espèces, tout ce qui est en fait les choses comme ça euh... je m'en occupe plus »

E3: « gérer les affaires, payer la facture d'eau, payer la facture d'électricité, payer la responsabilité médicale du cabinet et tout ça, euh... donc c'est des papiers à gérer quoi tu vois. Là on n'a pas ça »

E4: « quand y'a des histoires économiques, comptabilité, ben c'est les comptables qui gèrent ça »

E5: « Ça enlève le poids de gestion financière et de tracasserie administrative »

E8: « le soir j'ai fini ma journée, je n'ai pas de comptabilité à faire, j'ai rien à faire, y'a des personnes qui s'occupent de ça, euh de l'autre côté de la rue dans le bâtiment administratif »

E10: « au niveau de la gestion du cabinet au niveau du, tout ce qui hors médical euh... on gère pas quoi »

E12: « les feuilles de soins, je les signe de temps en temps, je passe pas les cartes vitales, euh... je fais pas de compta' »

... gestion matérielle,...

E1: « si y'a des choses qui vont pas, c'est les services municipaux qui vont venir les réparer »

E3: « Je te donne un exemple, euh... si j'ai un problème technique, y'a toujours quelqu'un pour répondre, tu vois, tu t'occupes pas de ça »

E4: « Quand on a besoin de travaux c'est euh... l'ouvrier qui est employé par l'hôpital qui vient faire les travaux, plus nous-mêmes »

E8: « Si y'a quelque chose qui dysfonctionne, je le signale et c'est remplacé, ça c'est quand même très confortable »

... ou gestion administrative du personnel.

E1: « on lui suggère, enfin on lui dit qui est dispo, ah oui, c'est lui l'employeur, c'est lui qui fait le contrat »

E3: « je gère pas toute la partie administrative avec la secrétaire, les fiches de paie, l'embauche euh... tu vois, c'est pas moi qui ai un comptable »

E4: « Alors ça c'est aussi un des points très...positifs du passage en établissement de soins salarié, c'est qu'on n'a plus à gérer les contrats, les conflits, les histoires d'argent entre médecins »

Ils peuvent être déchargés de la gestion du recrutement mais collaborent en pratique.

E1: « On est aussi, enfin, [silence] déchargé si on peut dire de la recherche des remplaçants mais en fait on aide quand même, parce que un maire a quand même du mal à trouver des remplaçants, c'est plus facile entre collègues »

E3: « ce sera la mairie qui mettra une annonce. Après, c'est évident que... c'est évident que moi je peux en parler à n'importe qui, si je trouve un remplaçant »

E4: « Y'a une partie du recrutement qui vient par les annonces qu'ils mettent dans les sites hospitaliers, euh... qu'ils nous transmettent pour avis »

◆ **Appréhender une hiérarchie administrative**

En cas de besoin, les médecins des centres sont confrontés à une hiérarchie à laquelle ils doivent formuler des demandes,...

E1: « On se retrouve face à une administration qui est plus légère que celle de l'hôpital mais qui est quand même une administration qu'il faut arriver à convaincre »

E1: « c'est le seul bémol, hein, le fait devoir toujours demander la permission pour tout »

E8: « on n'est pas notre propre chef donc on doit quand même en référer à notre administration quand on a des demandes »

E9: « Faut toujours demander une autorisation »

E10: « Mais c'est surtout des fois au niveau, on est quand même un peu obligé de réclamer des choses »

... avec un risque de refus,...

E1: « on n'a plus de frais professionnels, c'est, c'est la mairie qui, qui les assume, donc c'est à elle de faire les frais quoi. Il faut qu'elle veuille bien les faire »

E9: « on avait demandé mon collègue et moi à travailler un petit peu moins, et puis en fait ils ont pas voulu »

... ou d'inertie administrative.

E1: « on retombe dans l'inertie administrative qu'on retrouve dans les hôpitaux ou ailleurs »

E9: « Ils ont mis un temps fou avant de nous instituer un secrétariat téléphonique »

E10: « C'est toujours un petit peu... les blouses, il a fallu je sais pas combien de temps pour avoir des blouses »

E12: « je suis allée dans un centre d'analyse médicale pour chercher des petits tubes pour prélèvements vaginaux, enfin ça me semblait logique de mettre tout ça en place, et je l'ai fait, mais je me rend compte qu'ici ça se fait différemment ou ça se fait, en tout cas que les choses se font beaucoup plus lentement »

b. Des contrôles exercés sur le médecin

◆ Des directives à suivre

Certains médecins sont parfois tenus d'exécuter une charge de travail imposée,...

E9: « Nous on n'a pas forcément envie d'une charge de travail supplémentaire, enfin moi j'ai pas forcément envie »

E9: « j'ai peut-être envie, si j'ai vraiment envie de faire d'autres études, enfin d'autres études, d'autres approfondissements, c'est peut-être pas ça que j'avais envie »

E10: « on nous impose quand même voilà de faire des choses contre notre volonté parce que cette patiente j'avais pas du tout envie de la voir »

E12: « Faut que j'aïlle à quelques réunions, ce genre de trucs, c'est pas ce qui me botte le plus effectivement, à faire des réunions »

E12: « c'est des choses que j'ai pas décidées moi-même mais que je suis un petit peu tenue de faire »

... selon un rythme imposé,...

E10: « *Quand je suis arrivée ici, on, comment dire, euh..., on est... c'était un patient toutes les 20 minutes, voilà, même la mairie était dans l'optique, euh, c'est quand même mieux pour les patients, machin, voilà, donc c'était très bien, enfin moi, je trouvais ça très bien. Et en fait ils sont passés à 1 patient tous les quarts d'heure, je pense pour un problème de rentabilité* »

... pour répondre à un objectif de rentabilité.

E3: « *si t'es à une centaine de patients par semaine sur 43 semaines, sur 4 jours et demi t'arrives à... il est rentable le centre de santé* »

E5: « *après, y'a des centres de santé, enfin j'en ai entendu parler, où y'a des objectifs, effectivement de nombre de patients* »

E9: « *lui est embauché mais est-ce que c'est pas, c'est pas pour faire travailler les nègres ?*»

E11: « *depuis qu'on est centre de soins quoi, comme l'acte médical rapporte de l'argent donc la tendance est de nous faire travailler de plus en plus pour rapporter de plus en plus d'argent* »

◆ **Des comptes à rendre**

Les médecins peuvent avoir des comptes à rendre à l'employeur sur le bon déroulement de leur travail.

E3: « *c'est vrai qu'après t'as aussi un employeur, t'as quand même des comptes à rendre sur ce que tu fais, sur le nombre de patients, enfin faut... voilà, ça paraît logique aussi* »

E8: « *C'est plus sur l'organisation du centre, le fonctionnement du centre où l'employeur, ce qui est bien légitime, a son mot à dire, et donc du coup voilà on doit, on doit lui en référer* »

E9: « *d'avoir une hiérarchie, enfin non c'est pas une hiérarchie, mais peut-être des comptes à rendre, d'avoir des choses à rendre* »

E10: « *Ils aiment bien qu'on les tienne informés quand y'a un souci avec un patient, voilà c'est quand même eux qui tiennent les rennes, donc quand y'a un souci, ils aiment bien être prévenus* »

Ce contrôle s'exerce de façon plus ou moins stricte selon la relation de confiance qui s'est établie.

E3: « après c'est une relation de confiance tu vois aussi avec l'employeur, hein, un peu comme le médecin du travail, bon on n'en est pas au stade du médecin du travail euh... tu vois qui se ferait virer parce que euh... parce qu'il soutient pas la politique de l'entreprise »

E4: « On a de comptes, c'est presque anormal, mais n'on a de comptes à rendre à personne »

E11: « Je pense que dans la mesure où le travail est fait et que ça bouleverse pas l'équipe, j'attends pas qu'ils soient à cheval, sur, sur le, sur le travail »

◆ **Pouvoir de pression des patients**

Les patients ont un pouvoir de pression.

E10: « Juste voilà ce détail que certains patients peuvent faire pression sur la mairie »

Ce pouvoir de pression est envisagé,...

E2: « Pour l'instant, pas de problème particulier, puisque maintenant je pense que tant qu'on fait les consultations, et puis que... qu'il y a pas de problème particulier, que les gens ne se plaignent pas. »

E8: « L'employeur, je ne lui dis même pas, mais il le sait, y'a pas de souci, tant que le travail est fait, et que les patients ne se plaignent pas »

... ou bien réel.

E10: « C'est ça le problème quand même de travailler comme ça sous la coupe de la mairie, c'est que les patients vont facilement aller se plaindre directement à la mairie quand y'a des trucs qui leur conviennent pas, et pour des raisons, je ne sais pas, politiques ou autres, la mairie a quand même tendance à se mettre plutôt du côté des patients et du coup à nous forcer la main un petit peu en tant que médecins »

c. Indépendance professionnelle

Garantir l'indépendance professionnelle du médecin est un enjeu pour les centres et pour les médecins.

E3: « faut quand même que les centres de santé garantissent à la fois l'indépendance des médecins et soient... se, se collent au système de la médecine tel qu'il est défini par euh... par les autorités de santé et puis le... et puis le Conseil de l'Ordre, enfin toute la Médecine »

E3: « faut quand même qu'on garde euh... tu vois notre indépendance [...]. Donc ça, c'est à nous de le défendre aussi et euh... c'est un peu la partie, comment dire, libérale du centre de santé quoi »

Cette indépendance professionnelle est préservée.

E1: « On n'a pas changé nos habitudes de prescriptions »

E4: « Sur le plan du contenu médical, de ce qu'on a à prescrire, de la façon dont on veut travailler, euh... on est en totale autonomie »

E5: « Ça impacte pas votre liberté d'exercice ? Non pas du tout, pas du tout »

E7: « j'ai une responsable administrative qui est responsable administrative, qui s'occupe pas du médical »

E8: « Notre exercice n'est pas du tout regardé par notre employeur, là on n'a jamais aucune remarque là-dessus »

E9: « Et comment ça impacte votre liberté d'exercice ? [Silence] Pff... [silence]. Je sais pas trop. De prescriptions, aucunement »

E10: « Après sur le plan purement médical, je suis totalement libre, hein, j'exerce de la manière dont je veux. Voilà, les patients je les prends en charge de la manière dont je veux, si je veux les reconvoquer le lendemain je peux, par rapport à ça, y'a pas de souci quoi »

Les médecins revendiquent leur liberté. Ce sentiment perdu serait un motif de départ.

E2: « Après, ils peuvent me demander de moins discuter avec les gens peut-être mais alors là c'est pareil, j'ai dit que j'avais du mal à me soumettre à une autorité euh... donc je risque d'avoir du mal [rires] et puis après ce sera la mairie qui perdra le médecin »

E10: « ce qui pourrait me pousser à partir c'est si ils veulent, si déjà ils m'imposent des choses contre ma volonté, hum, hum, ça c'est une 1^{ère} chose, que ce soit au niveau des patients, au niveau du temps de travail, au niveau de tout ça »

E11: « si on me demande quelque chose que j'accepterais pas, je, je peux partir quoi, j'ai d'autres ressources »

B. L'exercice en lui-même

1. Activité définie par les missions de premier recours

a. Activité classique de médecine générale

Les médecins ont une activité de soins délivrés en consultation ou en visite.

E4: « On fait toujours de la médecine générale, des soins primaires ambulatoires de base »

E6: « Ben ici on fait de la médecine générale, enfin de la médecine euh... de la médecine de famille, de la médecine de ville »

E8: « Alors c'est une activité de médecine générale au sens où on l'entend classiquement hein, donc avec comme on le disait tout à l'heure à la fois des consultations, et à la fois des visites à domicile pour des personnes généralement âgées ou handicapées qui ont des difficultés de locomotion »

E9: « c'est de la médecine de, de, enfin de la médecine de soins primaires, médecine générale »

E10: « Mon activité, ben mon activité c'est une activité de médecin généraliste tout venant »

Certains réalisent des actes techniques.

E3: « j'ai fait euh... des sutures... Qu'est-ce que j'ai fait d'autre ? Bon ça c'est pour les petits... les petits extras entre guillemets »

E5: « j'ai fait une écho en fait à la recherche de... de phlébite »

E10: « un monsieur qui s'était fait une plaie de 6-7 cm du genou que je pouvais suturer mais ça m'a pris un peu de temps »

E12: « je pose des stérilets, je retire, je retire et je pose des implants »

D'autres ont développé un domaine de compétence particulier qu'ils exercent de façon majoritaire.

E12: « oui j'ai fait un DU pour faire de la gynéco, et... c'est vrai que les autres l'ont pas donc je me sens peut-être plus à l'aise là-dedans, c'est plus légitime, voilà, chacun a un petit peu son petit domaine »

E12: « le soin c'est le tout-venant, et puis beaucoup de gynéco, et c'est vraiment le gros, je trouve, de la demande, enfin en ce qui me concerne, j'en fais de plus en plus, je pourrais faire que ça même. »

Ils ont également une activité médico-administrative.

E2: « si je reviens plus tôt, là j'en profite pour refaire les prises en charge en ALD, les choses comme ça, toujours des papiers administratifs euh purement médicaux »

E3: « Sauf évidemment les tâches avec la Sécurité Sociale quoi, mais ça, ça relève de notre travail. Enfin je veux dire... tout ce qui est demande d'ALD, tout ce qui est demande d'invalidité, tout ce qui est certificat, tout ça. Tout ça, ça c'est un peu le cœur du métier »

E8: « Déjà en faisant que de la médecine, on a beaucoup de choses à voir tous les jours, la biologie, les comptes-rendus, les demandes de protocoles de soins, répondre au médecin conseil, solliciter les médecins du travail, les maladies professionnelles, les accidents du travail. Bon, ça, ça fait partie de notre boulot »

E10: « C'est surtout voilà je te dis des protocoles de soins, ou des certificats MDPH, euh... ça reste des certificats médicaux au final, c'est pas... ou alors un arrêt de travail euh... qui a mal été rempli, qu'il faut refaire »

E11: « de temps en temps, bon sinon moi j'ai des certificats à remplir, mais de en temps pour certains étudiants qui ont pas leur médecin traitant euh... les, les demandes de prise en charge à la MDPH »

b. Des missions encadrées par le projet de santé

◆ Actions de santé publique

Les médecins sont sollicités pour participer à des actions de santé publique.

E10: « Quand je suis arrivée ici, on m'a dit bon " quand tu seras installée on te demandera de participer voilà aux missions de santé publique, de faire des petites choses, de faire des interventions auprès des enfants, auprès des personnes âgées" »

Ils participent ainsi à des actions de prévention primaire,...

E10: « elle était auprès de la maison de retraite, pour faire une activité de prévention sur les chutes »

E12: « je vois des étudiants en prévention, c'est des étudiants en vétérinaire qui sur leurs 5 années d'études, sont convoqués une fois par an [...], je fais le point sur leur santé en général, euh... donc y'a beaucoup de vérifications de leur sérologie antirabique »

...prévention secondaire,...

E8: « on a quand même fait un travail sur la maladie d'Alzheimer et le dépistage de la maladie d'Alzheimer, euh... on a aussi mis en place des liens avec le réseau diabète »

E9: « là je vais faire mercredi, je fais des dépistages en médecine sportive, hein, des consultations en plus, des consultations annexes »

...prévention tertiaire,...

E11: « moi c'est essentiellement les aménagements pour les étudiants en situation du handicap »

... et d'éducation thérapeutique.

E8: « on faisait de l'éducation thérapeutique, euh... par rapport aux gens en surpoids pour l'exercice physique, par rapport aux vaccinations et notamment chez les enfants »

L'implication est variable selon les médecins.

E4: « on s'est aussi lancés dans des projets d'éducation thérapeutique qui sont déjà bien développés »

E8: « sur la prévention en soi qui est quand même sensée être quelque chose de marquant pour l'exercice d'un médecin exerçant en centre de santé, on n'en fait pas autant qu'il faudrait qu'on en fasse je pense »

E12: « j'ai une activité donc un peu comme tout le monde, mélangée, avec 1/3 de prévention »

Elle constitue parfois un domaine de compétence...

E11: « la spécialité que j'ai un petit peu ici à savoir le public étudiant handicapé »

...voire l'activité principale du médecin.

E11: « alors, y'a 2 ans, je faisais une demi-journée de soins par exemple, le reste c'était prévention et handicap, l'année dernière j'en ai pas fait du tout [...] et en fait comme on a de plus en plus d'étudiants en situation de handicap, finalement je vais plus avoir du tout de temps pour faire du soin »

◆ **Coordination des soins**

La coordination des soins est favorisée par l'élaboration d'un projet de santé commun.

E3: « c'est un vrai projet de groupe euh... et puis même un peu pluri professionnel [...] on a rencontré l'architecte, on a parlé un peu des projets, on s'est réunis à plusieurs... c'est en train d'avancer »

E4: « le fait qu'il y ait un seul cabinet d'infirmières libérales, un seul cabinet de kiné, fait qu'on arrive à bien travailler ensemble, à organiser des choses, à construire des projets que je trouve très satisfaisants, et ça ça a été assez boosté par le contrat local de santé »

E6: « c'est dans notre contrat, on est sensé avoir telles réunions et on les fait »

E7: « Ils sont très impliqués dans le nouveau projet là parce que... Et puis y'a une transversalité qui s'installe, si vous voulez, moi dans mon organisation j'ai donc un comité de pilotage, hum, hum, on se réunit régulièrement, on travaille ensemble »

La coordination médicale s'effectue sous forme d'échanges informels,...

E10: « on se fait nos mini réunions de coordination entre 2 portes »

... ou de réunions régulières à l'image des staffs hospitaliers.

E5: « une fois par semaine, en fait on se réunit pendant une heure pour parler des problèmes d'organisation ou des patients à problème en fait, pour les transmissions »

Elle favorise la planification de l'activité médicale,...

E6: « on fait une fois par semaine une réunion avec euh... entre médecins et les internes pour discuter de patients, de problèmes, de prévisions, de gardes, enfin des choses inhérentes à notre activité »

... et la transmission d'informations-patient quantitatives et qualitatives

E10: « on a souvent des échanges quand même sur des patients avec ma collègue, parce que y'a des patients, on a souvent des patients en commun. Donc euh du coup voilà on se met d'accord mais c'est complètement informel »

E5: « Les transmissions, c'est-à-dire des patients qui risquent d'être vus par les autres, en fait, pendant les gardes, et pour lesquels le sujet est un peu délicat. Donc effectivement, y'a le dossier qui est partagé mais, mais y'a plein de subtilités en fait dans les relations avec la famille évidemment ou dans nos craintes, qui sont pas toujours bien expliquées où du coup, c'est intéressant d'en parler de vive voix, pendant 10 minutes, forcément on dit plus de trucs que, que... que dans l'ordinateur »

La coordination interprofessionnelle s'effectue en interne...

E10: « on fait des réunions de coordination quand même du fait, du fait d'être en salariat, parce qu'on est salariés sous le même, on a le même patron »

... mais également en externe.

E5: « y'a le pharmacien, le kiné, les infirmières, y'a l'infirmière coordinatrice des EHPAD, y'a la cadre de santé de l'hôpital, y'a la dame du CLIC et la dame du SSIAD qui sont là et on parle des patients à domicile qui posent des soucis »

E9: « temps de coordination, ben y'a l'assistante sociale, il peut y avoir les infirmières, alors je sais plus, on en a une qui est prévue avec le CLIC, avec les infirmières à domicile, peut-être avec les aides à domicile qui interviennent à propos d'un couple de patients très âgés que je suis »

E11: « moi je vais avoir d'autres contacts plus avec d'autres structures comme la MDPH qui s'occupe du handicap, ou aussi pas mal avec le CHU qui s'occupe des troubles du

comportement alimentaires parce qu'on est obligés de travailler pas mal en lien quoi pour les étudiants qui sont hospitalisés »

La planification s'effectue à l'initiative ponctuelle du médecin...

E3: « j'ai été amené à faire... à voir euh... à faire intervenir l'équipe de soins palliatifs [...] on s'est réunis, avec les infirmières, l'équipe de soins palliatifs et puis aussi le directeur de la maison de retraite »

...ou de manière programmée.

E5: « lundi y'avait une réunion de coordination, qu'on a une fois par mois en fait avec les infirmières et kinés libéraux et tous les acteurs de santé qui ont fini par se greffer »

E6: « on a des réunions régulières, euh... lundi donc, lundi on avait une réunion de coordination, on fait ça, je crois que c'est pas tout à fait une fois par mois »

E10: « on fait forcément des réunions de coordination avec les autres collègues, c'est-à-dire la collègue dentiste une fois par mois »

La coordination des soins permet la mise en place d'outils communs.

E10: « C'est plutôt du temps de coordination, d'organisation de la structure et de la gestion du centre »

E10: « on se voit tous les jours mais vraiment de se poser une fois par mois pour discuter voilà, si y'a des problèmes, souvent c'est ça, c'est soulever des problèmes, soulever des nouveautés, là notamment on parle éventuellement de changer de logiciel, un logiciel commun à la dentiste et aux médecins »

Elle favorise les échanges sur des situations cliniques complexes,...

E3: « C'était un monsieur qui a une maladie d'Alzheimer, qui a un cancer de la prostate, qui a un problème à la fois d'agitation, à la fois de douleur tu vois donc. A un moment y'a besoin parfois d'avis un peu et puis où y'a un problème social »

E9: « parfois on a, on a des temps de coordination avec l'assistante sociale [...] c'est plus autour d'un patient, autour d'un patient qui pose problème, alors parfois c'est autour d'une tasse à café, on voit l'assistante sociale »

E12: « on a mis au point des groupes d'échange de pratique animés par des psychologues et euh... voilà, euh... avec infirmières, médecins, secrétaires, psycho, où on peut parler des cas qui nous poseraient un petit peu soucis »

... en vue de définir les missions des professionnels impliqués,...

E4: « on fait une réunion mensuelle, une grande réunion mensuelle avec les infirmières, kinés, paramédicaux, pharmacien, où on discute de l'organisation des soins, et on discute dossier par dossier, de patients qui nécessitent des décisions ou des organisations pluridisciplinaires »

...et ainsi améliorer la qualité des soins.

E3: « si j'avais rien fait, c'est tout le monde qui prescrivait n'importe quoi dans son sens et qui changeait tous les 15 jours [...] j'ai joint son oncologue, on s'est mis d'accord sur le projet de soins, [...] on a mis tout ça en place et maintenant voilà c'est... ça fonctionne quand même mieux, c'est ça aussi la qualité de soins pour les patients »

E6: « on parle de patients, on parle de soucis inhérents à l'île, euh... pour améliorer la qualité de soins ou parler des patients quand y'a des soucis, on a le temps, on prend le temps de parler de patients »

◆ **Rôle social**

Les centres de santé favorisent l'accessibilité sociale aux personnes en situation de précarité.

E8: « les centres de santé sont quand même sensés, voilà, ouvrir les soins à des personnes en difficulté souvent sociale, hein en situation de précarité, en situation financière délicate, et sont sensés aussi pouvoir proposer le tiers payant le plus possible voire le tiers payant généralisé »

Les médecins peuvent alors avoir un rôle social marqué...

E8: « On a quand même aussi un rôle social et un rôle de prévention »

...de par le type de population qu'ils accueillent,...

E7: « la précarité c'est pas simplement des étudiants qui ont des problèmes... financiers ou sociaux, c'est les étudiants qui sont loin de chez eux »

E8: « nous c'est vrai qu'on accueille pas mal de population alors que ce soit population des mines qui était des gens, bon qui avaient un statut d'ouvrier donc avec des revenus relativement faibles »

E9: « c'est une clientèle qu'on accompagne peut-être plus, pour prendre les rendez-vous ou parfois quand il y'a des problèmes sociaux »

...et les professionnels de la sphère sociale avec qui ils collaborent.

E8: « on a la chance, voilà ce que je disais tout à l'heure, de travailler avec une assistante sociale, qui est là physiquement présente, et qui peut recevoir nos patients »

◆ **Encadrement des étudiants**

Enfin le projet de santé encourage l'accueil des étudiants stagiaires.

E4: « C'était dans un cadre de projet de santé, contrat local de santé qui a été développé. Dans le contrat, on avait mis l'encadrement des internes »

Les médecins ont ainsi la possibilité d'encadrer des étudiants de même discipline...

E4: « c'est une journée, euh [regarde son écran d'ordinateur], où j'étais avec l'interne, donc qui est actuellement en phase d'observation active, j'étais avec la SASPAS »

E5: « comme y'avait l'interne avec moi, donc du coup, je lui ai appris pour voir comment est-ce qu'on gérait avec le SAMU l'organisation d'une évacuation sanitaire »

E12: « j'avais d'ailleurs une interne de médecine générale avec moi, euh... et on a fait 8 consultations de gynéco de 9h à 13h, euh... avec 2 poses de stérilet, retrait-pose d'implant, de problèmes de MST »

...ou de discipline différente selon leur niveau de compétences.

E12: « il m'a dit " bon ben tu fais de la gynéco, y'a une étudiante sage-femme qui cherche un directeur de mémoire, euh tu veux pas t'en occuper ?" »

◆ **Des conditions requises**

Le développement de ces missions est parfois soumis à des contraintes de temps,...

E4: « Y'a un des collègues là, qui vient de prendre en charge la coordination des EHPAD, donc ça lui prend du temps de travail, donc ça il faut qu'on s'organise »

E8: « Voilà c'est aussi à discuter avec ma collègue, évidemment on est 2 à prendre ces décisions-là, si on organise ces choses-là, il faut aussi qu'on implique les infirmiers qui

travaillent au centre, que notre direction nous suive, nous aide donc ça demande du temps euh qu'on n'a pas trop eu »

...des contraintes d'effectif de médecins,...

E2: « Pour l'instant, la mairie ne m'a pas demandé de missions nouvelles euh... particulières. Pour l'instant, de toute façon, je crois qu'on aurait un petit peu de mal pour le faire. Parce que, soit on est plus nombreux et on a plus de temps pour... passer du temps avec les patients »

E4: « on a de plus en plus de travail qui s'est développé dans ce cadre de contrat local de centre de santé, plus en plus de travail de coordination, euh, de réunions avec les infirmières, avec les différents intervenants, avec le médico-social... donc là aussi, pour assurer tout ce travail il faut être assez nombreux »

...ainsi qu'aux moyens mis à disposition.

E4: « le centre de santé a eu un impact sur... là-dessus, on a pu avoir des internes, 2 internes, un SASPAS, un stage prat'. On peut les loger dans de bonnes conditions donc ça... ça fonctionne bien »

E8: « le versant social il est à double titre, euh sur le plan des moyens dont disposent les gens pour accéder aux soins et puis sur l'aide qui peut y avoir en paramédical je dirais »

c. Participation à la permanence des soins

Si l'implication est une évidence pour certains,...

E1: « je fais partie des médecins installés dans le secteur, il va bien falloir à un moment qu'ils me posent la question, est-ce qu'il y a des gardes à faire ou pas »

E3: « ça me paraît pas logique que les médecins salariés ne fassent pas les gardes, donc on est médecins au même titre que les autres médecins »

... elle n'en reste pas moins variable selon les médecins....

E1: « Alors moi je ne fais pas de garde et euh... mon collègue qui en fait, je crois qu'il les fait »

E9: « Après qu'est-ce que je fais en plus, ben y'a des gardes »

...ou selon les centres.

E7: « y'a pas de permanence des soins ici [...] c'est-à-dire que l'offre de soins elle se fait en journée, et ils sont redirigés en leur demandant d'appeler le 15 ou de voir leur médecin traitant ou SOS médecins »

La participation à la permanence des soins est basée sur le volontariat avec l'accord de l'employeur,...

E8: « on fait aussi avec ma collègue, elle vous parlera de son cas, de la permanence des soins en plus, donc ça c'est à notre demande, hein on n'est pas obligé de le faire »

E8: « je ne peux y participer que sur l'accord de mon employeur »

...ou est obligatoire.

E4: « On est les seuls médecins, donc euh y'a la permanence des soins, 7 jours sur 7, 24h sur 24, y'a toujours un de nous qui est... qui est disponible pour les urgences »

E5: « nous, on fait 24h sur 24 et elles sont pas facultatives, elles font entièrement partie de notre travail »

Pour certains, elle s'intègre dans le cadre de l'activité salariée,...

E8: « Toujours en tant que médecin salarié c'est-à-dire le centre est payé par la CPAM pour les parties forfaitaires, et puis les actes que nous faisons, ne sont pas à notre nom mais au nom de l'agent comptable du centre où on travaille, et donc une partie, pas la totalité, nous est rétrocédée sur notre bulletin de salaire »

... pour d'autres, elle ne peut s'effectuer que sous un statut libéral.

E2: « Parce que la mairie ne prend pas en charge donc la permanence des soins donc je le ferai dans le cadre d'un médecin libéral... mais là j'ai pas bien compris libéral, salarié »

E10: « pour l'instant on participe pas, peut-être un jour que ça se fera un jour mais pour l'instant les médecins en salariat ne participent pas à la permanence des soins ambulatoire ni aux gardes de régulation ou tout autre »

Les médecins y participent sous diverses modalités.

E5: « on est aussi médecin correspondant SAMU donc on gère un peu les urgences »

E8: « je fais plusieurs choses, je fais à la fois de la régulation téléphonique au centre 15 et puis à la fois de la permanence de soins en tant qu'effecteur »

2. Activités particulières

a. Activité hospitalière

La collaboration du centre avec l'hôpital local permet aux médecins d'avoir une activité hospitalière.

E4: « ce centre de santé qui est en quelque sorte un service de l'hôpital local »

E4: « on essaie de garder un suivi très axé médecine générale, donc chaque médecin s'occupe de ses patients en EHPAD et à l'hôpital local. Quand on hospitalise un patient, on va le voir, on fait son suivi à l'hôpital qu'il soit en secteur médecine, SSR ou long séjour »

E5: « on travaille avec l'hôpital local, donc du coup c'est nous qui gérons les personnes hospitalisées »

Cette activité permet d'assurer la coordination ville-hôpital.

E4: « ils viennent à l'hôpital local et nous, avec les acteurs locaux, infirmières, euh, ADMR, euh, on réorganise le retour à domicile »

b. Médecin directeur

Un profil de médecin généraliste s'est démarqué des autres, celui de directeur de centre de santé.

◆ Ses activités

Le médecin directeur a une activité de soins réduite.

E7: « j'ai une tâche ici beaucoup administrative »

E7: « je fais de temps en temps des consultations de centre de santé. J'en ai fait 2 la semaine dernière parce qu'on avait un médecin... mais c'est pas ma priorité aujourd'hui »

E7: « je vous dis que mon activité, elle est peu médicale finalement ici, elle est, elle est vraiment euh... managériale »

Il participe à la coordination médicale et administrative de la structure.

E7: « moi je pilote tout ce qui est médical, bien sûr, je pilote l'administratif aussi comme directeur »

E7: « j'ai eu mon entretien habituel avec ma collaboratrice hein, ma responsable administrative, on parle des, des sujets courants et de leur évolution »

E7: « aussi me tourner vers l'extérieur, prendre contact avec les ARS, avec l'ARS, avec la mairie, avec tout »

◆ **Son rôle**

Il est chargé d'élaborer et de mener un projet de santé.

E7: « ma feuille de route au départ, c'était de, de, d'essayer de planifier un petit peu un projet de, de, de service, pour le centre de santé »

E7: « c'est la réunion où je vais présenter euh... l'ensemble de la nouvelle organisation »

E7: « j'ai constitué un petit peu un comité de pilotage autour de moi, qui comprend pas tout le monde, hein, qui comprend 2 médecins, 2 infirmières, une assistante sociale, une psychologue de façon à ce que on essaie de construire quelque chose, un projet »

Sa présence permet de garantir l'indépendance professionnelle du médecin.

E7: « j'essaie de replacer ça doucement, aussi, c'est aussi ça le, le, les règles du management, c'est-à-dire de confier les responsabilités médicales aux médecins, les responsabilités paramédicales aux paramédicaux et les responsabilités administratives sont des responsabilités administratives, c'est important ça de pas faire de mélange de genres »

E7: « et puis la partie médicale, ben c'est pour ça que le médecin... le, le directeur est médecin d'ailleurs. Ça lui permet de, de gérer cette partie »

◆ **Des compétences requises**

Cette fonction nécessite certaines compétences acquises par expérience ou formation.

E7: « ça demande des connaissances, si ce n'est des compétences en finances, des compétences en management, etc... donc c'est pas très facile »

E7: « ils ont été assez intéressés, ils sont venus me chercher justement parce que j'avais mené un service, un service médical pendant, pendant près de 15 ans »

E7: « Mais c'est vrai que le médecin généraliste qui n'a pas eu, qui n'a pas, soit la formation ou l'expérience, euh... ben c'est pas facile »

3. Diversité des équipes

L'unité de lieu favorise le travail en équipe.

E10: « le département a dû quand même remettre un petit peu en question le non remplacement de ces médecins qui exerçaient seuls et a privilégié justement un travail en équipe, euh... regrouper les médecins et les paramédicaux dans un même lieu »

Le médecin est intégré au sein de diverses équipes.

E4: « on sent plus qu'on a intégré une...une équipe. Alors euh y'a plusieurs niveaux d'équipe »

a. Une équipe administrative

Les médecins et la secrétaire forment une équipe administrative.

E3: « [la secrétaire] le fait comme si c'était vraiment pour nous et j'ai l'impression que... enfin, que ça change de ce côté-là où elle est vraiment impliquée dans le projet un peu comme nous »

E4: « une équipe administrative »

E4: « on fait quand même autorité évidemment sur les... décisionnaires sur les secrétaires mais c'est plus un travail du coup d'équipe qui se crée plutôt qu'un travail hiérarchique comme y'avait avant »

E4: « nous-mêmes on fait un staff hebdomadaire euh, avec les médecins, auquel on convie, euh, bah les secrétaires, quand y'a des problèmes d'organisation avec le secrétariat à voir »

La présence de la secrétaire est capitale pour le médecin.

E1: « Tout repose sur les secrétaires »

E8: « Ils ont un rôle important et sans eux on est quand même handicapé »

Elle joue un rôle de filtre pour le médecin.

E1: « On n'est plus..., on a une espèce de filtre, de barrière grâce à la secrétaire et puis grâce à l'organisation générale qui fait qu'on est, on est moins en première ligne par rapport aux gens aussi »

E10: « les secrétaires elles sont super bien, enfin elles gèrent pas mal de choses, on n'est pas dérangé toutes les 5 minutes au téléphone »

Elle lui permet de se décharger des tâches de secrétariat,...

E8: « Tout le travail de classement des dossiers, de préparer les dossiers, de ranger les courriers, les biologiques »

E9: « c'est eux qui prennent aussi les demandes de rendez-vous »

... de l'accueil des patients,...

E1: « c'est quand même bien pratique d'avoir quelqu'un qui reçoit les gens, qui peut remettre les papiers »

... et parfois de certaines tâches administratives.

E2: « par exemple répondre à la Sécurité Sociale pour me demander, pour quel motif la personne est en arrêt de travail, ou lui renvoyer les derniers documents ou quoi que ce soit, c'est plus moi qui m'en occupe, euh, y'a la secrétaire qui pourra prendre dans le dossier, faire la photocopie et l'envoyer et ça m'évitera de leur répondre »

E3: « c'est la secrétaire qui fait régler les patients »

E4: « C'est toujours nous qui facturons les actes aux patients hein, ça aussi c'est un chantier qui est en cours pour qu'on se décharge de la facturation mais pour l'instant c'est toujours nous qui facturons les actes »

E10: « On n'a pas besoin de passer la carte vitale, euh... et on n'a pas besoin de faire le paiement, donc finalement, on gagne quand même 2-3 minutes sur la consultation »

E11: « toutes les feuilles à envoyer, la carte vitale c'est la secrétaire qui la passe »

Son absence crée des difficultés à tous niveaux.

E8: « on a des gros soucis avec des absences répétées donc on a un secrétariat qui fonctionne en pointillé, avec parfois un secrétaire présent, parfois un secrétaire à distance et parfois on est un peu obligé aussi de faire le secrétaire, c'est un peu pénible »

E8: « Ça impacte d'abord sur le ressenti des patients qui se plaignent de pas avoir de gens à l'accueil pour les accueillir »

E8: « du coup nous on est beaucoup sollicité entre 2 consultations dans le couloir “ eh docteur j'aurais besoin de ceci, de cela... ” alors que d'habitude c'est la secrétaire qui prend ça et au pire nous laisse un post-it, le soir à la fin de la journée »

b. Une équipe médicale

Le travail d'équipe favorise la cohésion entre médecins.

E3: « c'est vrai qu'on a une solidarité entre nous, tu vois et c'est vrai qu'entre médecins libéraux y'a pas forcément ça, parce que finalement on fait nos gardes à 2 »

E11: « là-dessus au niveau de l'équipe médicale, on est, on est assez homogène là-dessus [...] si jamais on nous enlève ça, ce qui est sûr, c'est que on travaillera pas, on restera pas quoi, on fera blocus pour ça »

Il se crée une dynamique d'entraide...

E3: « c'est vrai qu'on a nos salaires et l'objectif c'est aussi pour le centre, donc finalement on s'aide si... y'a aucun souci »

E6: « je peux prendre une journée, j'ai un... j'ai pas... on n'a pas demandé si on s'arrange entre nous quand mon amie est décédée mais c'était évident »

E8: « Si un jour j'ai ma fille qui a un rendez-vous pour je ne sais quoi à 17h, et que ce jour-là j'avais pas de consultation, je demande à ma collègue si elle peut gérer au cas où y'a une demande »

E9: « on s'arrange avec mon collègue quand on veut changer les samedis, comment on s'arrange »

... et de partage de connaissances.

E10: « moi des fois, je lui demande des avis, comme elle a 12 ans d'expérience de plus que moi, ben forcément elle maîtrise plus de choses »

E11: « c'est agréable quand même de savoir qu'on peut demander un avis, un 2^{ème} regard, ou un avis diagnostic, donc on communique facilement avec un système de tchat »

E12: « là on toque à la porte on peut montrer 3 boutons, on échange »

c. Une équipe pluri-professionnelle

Dans certains centres, il existe une équipe pluri-professionnelle et/ou pluridisciplinaire.

E8: « y'a 3 infirmiers, 2 médecins, une podologue »

E10: « y'a 2 postes de médecins, y'a une dentiste »

E12: « y'a des assistantes sociales, des psychologues, des psychiatres, euh... »

Cette présence est un avantage pour les médecins...

E8: « on a aussi la chance d'avoir une assistante sociale, ce qui est un luxe à mon avis euh... énorme »

E12: « c'est très pluridisciplinaire, moi j'adore, vraiment c'est un, un plaisir »

... par la possibilité du travail en binôme,...

E4: « On travaille avec une infirmière toujours. On ne fait plus d'urgences tout seul comme on faisait en libéral avant, on travaille toujours avec une infirmière »

E12: « pour m'assister, les, les poses de stérilet j'ai quand même besoin d'être avec quelqu'un »

... ou par la réalisation de tâches relevant de leur domaine de compétences.

E8: « Pour les demandes de MDPH, APA, tout ça, c'est géré avec elle et pour les patients c'est quand même un plus énorme »

E8: « ils sont vraiment là si on a besoin, si y'a un pansement qui est compliqué, finalement on défait le pansement d'un patient, si on voit que c'est compliqué, on peut tout à fait remettre rapidement le pansement, et leur dire d'aller voir les infirmiers »

E8: « On n'arrive pas à enlever un bouchon de cérumen à quelqu'un, on leur demande de faire le lavage à la poire, juste après ou 3 jours après avoir mis un traitement par Cérulyse[®] »

Elle leur permet ainsi de se dégager du temps...

E8: « on n'a pas à passer 3h au téléphone à trouver des structures, on l'appelle, on lui explique le problème et elle gère »

E8: « ce qui permet de ne pas avoir une consultation qui va s'éterniser trop longtemps et pas être trop en retard dans notre planning »

... et de faire évoluer leurs pratiques.

E12: « j'étais souvent ennuyée avec ces histoires de pansements, et tout, j'y connaissais rien, on apprend sur le tas quoi, et euh... là voilà, c'est bien on les a sous la main, c'est pratique, on échange là-dessus »

Cette équipe représente également un avantage pour le patient...

(E8) « Pour les demandes de MDPH, APA, tout ça, c'est géré avec elle et pour les patients c'est quand même un plus énorme »

... par le gain d'efficience...

E8: « Nous ça nous libère et on sait que le travail est bien fait, en plus mieux fait que si c'était nous qui avons essayé de débrouiller les choses »

... notamment dans la prise en charge de situations urgentes ou précaires.

E8: « ça c'est quand même un luxe extraordinaire pour les maintiens à domicile des personnes âgées, pour mettre en place des hébergements temporaires »

E8: « on leur demande une prise de sang en urgence, elle est faite tout de suite »

E9: « de temps en temps ils nous envoient un petit peu en urgence, oui, ils, ils débrouillent un petit peu »

E10: « Pareil quand j'ai un patient avec une rage de dent, je vais voir la dentiste, " bon Sylvia est-ce que t'aurais pas un petit créneau, je sais pas la semaine prochaine, pour ce patient-là " »

E11: « après des fois, quand elle nous adresse, elles ont déjà pris une tension, une, une, une température enfin un petit peu comme aux urgences, du coup on peut aller plus directement à l'acte médical »

Enfin cette équipe permet selon les compétences de développer la délégation de tâches...

E7: « plus de responsabilités pour les infirmières c'est-à-dire de faire de la délégation de tâches, euh... et peut-être de compétences concernant le déroulement et le suivi, euh... le déroulement des visites de prévention, et le suivi pour aller plus loin »

E7: « cette prévention c'est pareil, je reste persuadé que l'infirmière, à partir du moment où c'est son métier, à partir du moment où elle a été formée pour ça, elle a des compétences »

... qui s'effectue après décision commune...

E7: « on a mis en place en travaillant en commun hein, puisqu'on a travaillé avec des infirmières pour ça, avec les représentants des infirmières, pour dire il faut aller un peu plus loin [...] et en accord avec les médecins, on s'est mis d'accord, bon ça, oui ça, ça peut être fait par l'infirmière, ça ben non il vaut mieux que ce soit un médecin »

... sous supervision médicale,...

E7: « Tout ce qui est prévention c'est du rôle de l'infirmière, sous le contrôle médical bien sûr mais l'infirmière elle peut gérer toute la prévention »

... dans le cadre d'un protocole.

E7: « l'entretien infirmier et puis le, le, l'étudiant est référé aux médecins en fonction d'un certain nombre de critères qu'on est en train de revoir parce que ça fait partie de toute la réorganisation du service que je suis en train de mener »

d. Une équipe hospitalière

Dans certains cas, le médecin est intégré dans une équipe hospitalière.

E4: « on sent qu'on a intégré une équipe un peu plus conséquente d'une communauté hospitalière »

Il se crée alors un sentiment de collégialité entre médecins spécialistes...

E4: « Quand on parle euh... on appelle des collègues, des spécialistes à l'hôpital, on les appelle en tant que collègues d'un autre service »

... qui favorise l'élaboration de projets communs.

E4: « Maintenant on est aussi à la CME, on participe à des travaux... sur l'hygiène, des travaux dommage aux soins, des travaux de pharmacie hospitalière, etc..., livret du médicament »

C. Appréciation qualitative de l'exercice

Les médecins ont donné une appréciation de leur exercice en termes de qualité de travail, de qualité des soins et de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

1. Qualité de travail

L'appréciation des conditions d'exercice est variable selon les médecins.

Plusieurs ont évoqué des conditions de travail agréables,...

E1: « C'est le stress qu'on avait nous, c'est la mairie qui l'a maintenant. Voilà. Nous c'est no stress. On est beaucoup mieux »

E1: « c'est plutôt, un retour au calme on va dire ce mode d'organisation »

E2: « Je suis plus calme. Maintenant quand je rentre à la maison, la moindre euh... anicroche ne me met pas tout de suite en colère, parce que y'a des fois, quand je rentrais, y'en a une qui se prenait... des choses pas toujours très agréables »

E8: « Beaucoup de tranquillité, pas de comptabilité à faire le soir, pas à rappeler les impayés, euh... finir à 18h »

E10: « mais ici c'est vrai qu'on gère que le médical, donc la qualité de vie et la tranquillité de l'esprit est quand même plus importante je pense que, qu'en libéral »

E12: « je dois avouer que c'est pas pareil, c'est le confort, la tranquillité »

... et une satisfaction professionnelle.

E3: « tu me demandes si je suis content de mes conditions d'exercice, mais j'aurais envie de dire que j'ai jamais été aussi content de mes conditions d'exercice »

E8: « Je suis plus heureux maintenant que interne ou jeune remplaçant [...] Ça me plaisait pas, j'étais stressé et là, je suis serein »

D'autres médecins évoquent quant à eux des conditions de travail difficiles,...

E4: « les conditions de travail en fait, sont étroitement liées à la démographie médicale. Plus on est, plus les conditions de travail sont agréables, moins on est, plus on a une pression sur les rendez-vous et sur la charge de travail »

E5: « Il manque 2 médecins, ce qui fait que, du coup, les conditions de travail là, elles sont un peu raides »

E6: « Un nombre de médecins suffisant pour qu'on puisse répondre enfin faire tout ce qu'on a à faire quoi, correctement sans se sentir un peu sous pression »

E11: « mes conditions de travail elles ont été difficiles à une époque, quand on est passé centre de soins et qu'on a eu une personne, une directrice euh... [silence] [soupir] très particulière »

...et une certaine insatisfaction.

E9: « je suis peut-être un petit peu fatiguée de travailler »

E9: « c'est toujours, infini ou répété, jusqu'à ma retraite, je sais pas si ce sera comme ça jusqu'à ma retraite, oui j'arrive peut-être à un âge où je commence peut-être à avoir un peu, un peu marre de, de ça, un peu marre du travail peut-être tout court »

E9: « Je sais pas si c'est moi qui suis sur le long terme, il fallait que j'aie le courage de partir avant, je sais pas depuis quand j'en ai marre »

E9: « Le travail me pèse un peu en ce moment »

E11: « la souffrance au travail, c'était pas et encore une fois, c'était pas lié au centre de soins, c'était vraiment lié à cette personne quoi, qui a divisé l'équipe, qui a fait du tort »

2. Qualité des soins

Travailler en centre de santé permet à certains médecins d'avoir un exercice centré sur la médecine.

E3: « c'est ça qui m'intéresse, c'est de me dire que je fais que de la médecine »

E7: « ils font leurs consultations et puis c'est le personnel administratif qui s'occupe du reste, c'est vraiment une activité uniquement de soins »

E8: « pas être parasité par... faire que de la médecine et c'est tout, faire que de la médecine et puis après repartir chez soi »

E10: « le temps de consultation qui est uniquement du médical du coup, puisque les secrétaires gèrent la carte vitale, le paiement, les problèmes de mutuelles, les machins, euh... c'est 15 minutes de consultation, ce n'est que du médical »

Il leur permet de prendre des distances par rapport à l'acte.

E1: « *Le temps qu'on doit passer pour aller faire des visites et tout ça, on n'est pas non plus au chronomètre de la même façon. Voilà, on prend ses distances par rapport à l'acte, quoi, à la médecine à l'acte* »

E3: « *moi je trouve que c'est peut-être aussi bien peut-être de gagner un peu moins et d'avoir une qualité de travail et une qualité d'exercice et une qualité de formation et une qualité de soins que de, que d'être poussé à l'acte* »

E5: *Tout à l'heure, vous disiez que vous recherchiez du salariat, hum, hum, pour quelles raisons ? J'ai vraiment un problème avec l'argent en fait [rires]. D'accord. Et puis j'avais l'impression à un moment donné euh... en faisant des remplacements libéraux, qu'au bout d'un moment je travaillais pour payer mon URSSAF et que donc du coup la préoccupation financière euh... était là et qu'elle interférait en fait avec ma prise en charge* »

Il leur offre une disponibilité temporelle.

E1: « *On n'a pas la pression chronométrique non plus, si quelqu'un a besoin de plus de temps* »

E6: « *je fais plus la même médecine ici que je faisais, que je faisais. Si je veux passer du temps avec quelqu'un, je passerai du temps avec quelqu'un* »

E11: « *j'ai pu lui offrir le temps en fait, la disponibilité au niveau du temps parce qu'on dit pas ça comme ça, et il m'a dit " ben je vais vous dire pourquoi j'ai mal "* »

Ce temps est consacré à l'amélioration de la prise en charge du patient...

E3: « *on va passer plus de temps pour le diabète, pour euh, pour la tension, pour tous les gros problèmes poly-pathologiques, parce que c'est vrai que de plus en plus on a des patients... enfin là moi je me suis retrouvé avec des gros patients* »

E3: « *c'est vrai que le centre de santé ça peut permettre ça, de passer plus de temps sur certaines situations, par exemple en maisons de retraite ou des fonctions de coordination un peu où on se réunit* »

E11: « *nous on a fait des formations à l'écoute aussi, euh... donc euh... à l'écoute active [...] c'est un outil qu'on peut utiliser que si on a du temps, or ici on a du temps, on nous l'offre ce temps* »

E12: « *là on peut, j'oublie l'heure du coup, je suis vraiment concentrée sur ce qu'ils me disent, je, c'est, c'est agréable et je pense qu'ils le ressentent aussi* »

...ou à l'amélioration de la pratique médicale.

E3: « Moi quand je me dis si je vois 25 patients par jour, entre 20 et 25 et que je fais une journée où ben finalement je me suis dit voilà, j'ai fait attention, euh... j'ai bien réfléchi en terme d'économie de santé euh... tu lis Prescrire, euh... tu fais une médecine de qualité »

Il leur permet ainsi d'exercer une médecine de qualité.

E1: « ça retentit sûrement là aussi sur la qualité des soins, parce qu'on soigne quand même mieux quand on est détendu que quand on est stressé »

E3: « je pense que les élus, ils sont sensibles... enfin ce qu'ils apprécient par rapport au centre de santé c'est la qualité des soins qu'on peut procurer tu vois quoi. Parce que c'est sûr que euh... on va passer du temps pour euh... on va s'impliquer plus enfin au niveau temps de patient on va passer plus de temps »

E3: « les élus sont assez sensibles aussi au fait que ben on fasse de la médecine de qualité »

E6: « Entre un médecin qui va faire 50 actes et un médecin qui va faire 20 actes, celui qui va faire 20 actes aura une meilleure... enfin, je pense qu'il fera une meilleure qualité de médecine, il se posera pas de questions quant au nombre d'actes qu'il doit faire dans sa journée »

E8: « on a plus de temps à leur accorder, on a moins la tête qui explose en fin de journée parce qu'on en a vu que 20 au lieu de 30 donc on est plus disposé, et je pense qu'on est meilleur, on est plus concentré sur chaque patient, y compris en fin de journée »

E10: « c'est encore mieux parce que justement y'a pas ce temps administratif de paiement à la fin de la consultation, ils sont super contents, c'est vraiment un quart d'heure de consultation pure quoi »

E12: « je pense aussi la qualité du travail, enfin de ce qu'on leur apporte, parce qu'on est quand même plus au fait, on prend le temps, comme on n'a pas de stress, on peut les écouter »

3. Conciliation avec la vie privée

La capacité à concilier vie privée-vie professionnelle diffère selon les médecins.

Certains médecins ont trouvé un équilibre...

E1: « ma compagne apprécie beaucoup. Oui ? Oui, savoir à quelle heure j'arrive, savoir que je suis là tous les soirs, euh... non ça améliore la qualité familiale, c'est sûr ! »

E8: « Je vois mes enfants tous les soirs et je mange avec eux ! [rires] »

E11: « ben le fait que ça soit un centre de santé, avec des horaires euh... fixes, ben ça apporte un certain équilibre à la famille dans le sens où on sait qui va chercher les enfants à l'école et y'a pas de surprise »

... grâce à la disponibilité temporelle offerte...

E11: « quand j'ai commencé à travailler, comme j'avais pas mes enfants, je pense pas que j'avais la préoccupation du temps libre, euh... je crois pas qu'au départ c'était une motivation mais rapidement après c'est quand même devenu un confort euh... de vie de famille, dès l'instant qu'on a des vacances scolaires et que les journées ne se terminent pas comme en cabinet de médecine générale »

E12: « ça me rend disponible, voilà, c'est tout, alors du coup je suis très disponible pour mes enfants et puis pour mon conjoint qui peut se permettre, lui, de travailler jusqu'à pas d'heure »

... qui leur permet de s'accorder du temps pour eux,...

E2: « D'avoir un moment de temps libre, de pouvoir refaire des activités physiques que... ben je pouvais plus faire ou quoi que ce soit donc euh... non. Là ce matin, j'ai été faire ma marche à pieds et tout ça, ça, ça me fait... beaucoup plus de bien »

E3: « le fait d'avoir une journée de coupure dans la semaine, bon ben ça c'est bien, tu vois, c'est plus par rapport à ça, où là tu déconnectes vraiment »

...et de s'impliquer dans la vie familiale et domestique.

E2: « Déjà euh... rien que de rentrer le soir et de pouvoir m'occuper de moi, de mon épouse et de mes enfants, ça a déjà un impact. Parce que maintenant, je suis un peu plus présent à la maison, parce que je rentre plus tôt donc je peux au moins avoir mes enfants le soir »

E2: « Et puis d'avoir toute une journée pour pouvoir effectivement être à la maison, de m'occuper un petit peu de la maison, et tout ça, euh... ça, ça me fait du bien aussi »

E8: « Moi mes gamins, ils ont 6 et 7 ans, y'a pas eu un soir sauf quand je suis de garde, ce qui est rare, où je vais pas leur faire la bise, je mange avec eux tous les soirs, je regarde les devoirs de ma fille quand elle est rentrée de l'école »

E8: « je suis chez moi pas trop tard le soir, j'ai le temps de m'occuper de mes enfants, et puis j'ai des vacances pour profiter d'eux pendant les vacances scolaires »

D'autres médecins en revanche évoquent des concessions sur la vie privée...

E5: « en se reposant beaucoup, et en faisant des, des concessions sur la vie privée mais après voilà on a choisi un boulot qui... [soupir] j'ai fait le choix de venir vivre [ici] en sachant qu'il y avait des gardes et qu'effectivement ça prend quand même l'essentiel de mon temps »

E9: « Ce matin j'ai été gardé ma petite fille, j'ai pris des congés parce que je viens d'avoir une petite fille là que j'ai gardé, euh... j'aurais peut-être dû prendre toute la journée de congé, voilà l'impact de ma journée, j'ai dû revenir à 13h »

E10: « mon week-end me suffit à me remettre de ma semaine, à faire ce que j'ai à faire, enfin bon même si on a des travaux à la maison, ça on manque un peu de temps pour ça, mais bon, ça rentre pas vraiment dans la qualité de vie, bon c'est sûr que si j'avais un peu plus de temps, oui »

Pour d'autres encore, atteindre leur équilibre nécessite de se fixer des limites.

E4: « Il faut concilier hein, j'ai des enfants qui sont grands, encore un qui a 11 ans, donc euh... Il faut se partager un peu, des fois restreindre un peu le..., mettre des limites. Y'a une petite négociation de part et d'autre pour arriver à... que la vie professionnelle n'impacte pas trop sur la vie familiale »

E6: « J'ai fait en sorte que, enfin ici je sais que ça pourrait pas me bouffer mais je mets les gardes, les garde-fous, euh... je rajoute pas du temps de travail après, si j'ai des choses à faire pour le boulot je le fais et je... j'ai appris à me protéger un peu quand même »

E7: « j'arrive à couper et, et, y'a pas de conséquences, comment dirais-je, ça déteint pas sur ma vie perso »

D. Autres Thèmes Abordés

1. Le tiers payant dans les centres

Les centres de santé pratiquent le tiers payant mais son application est hétérogène. Il impacte le temps de travail, la rentabilité financière et l'accès aux soins.

a. Application

Selon les centres, l'application du tiers payant est systematique...

E2: « On fait le tiers payant parce que c'est la municipalité. Si on m'avait posé la question, non, j'aurais continué à faire payer 23 euros »

E3: « c'est la limite, c'est qu'on est obligé de faire comme ça parce que ça fait partie de la convention des centres de santé »

E4: « Donc le tiers payant, donc on... on fait le tiers payant sur la part obligatoire, euh, voilà, bah on le fait voilà. C'est dans le cahier des charges du centre de santé »

...ou facultative.

E8: « On ne le fait pas systématiquement à tous les patients. Alors euh... je sais pas exactement ce que disent les textes, notre employeur ne nous l'a pas imposé »

E9: « Tout de même quand les gens nous demandent, on fait attention de le faire, hein, ou de se renseigner assez vite, mais on le fait pas systématiquement »

Le tiers payant s'effectue soit uniquement sur la part obligatoire,...

E3: « nous on pratique le tiers payant en centre de santé mais qui est un tiers payant c'est pas le tiers payant intégral sur la part sécu et sur la part mutuelle »

...soit également sur la part complémentaire.

E9: « ça fait déjà 2 ans, que y'a, enfin tiers payant, pas tiers payant mais dispense d'avance des frais, qu'ils aient rien à payer, qu'on se fasse payer même par les mutuelles »

E10: « Ah ici c'est le tiers payant intégral. Alors moi j'y suis pas confrontée parce que moi justement j'ai pas à gérer tout le côté administratif »

b. Impact sur le temps de travail

La facturation du tiers payant est confrontée à une lourdeur administrative,...

E3: « C'est vrai qu'au niveau compta', c'est plus facile de comptabiliser un chèque que de comptabiliser un tiers payant »

...notamment en cas de tiers payant intégral,...

E9: « il faut que ce soit saisi sur l'ordinateur, il faut qu'on sache si la mutuelle ou non, elle autorise le tiers payant, enfin la dispense d'avance de frais, si une convention a été signée. Non, on le fait pas systématiquement tout de même »

...ce qui limite son application.

E4: « Ben la facturation est finalement plus complexe du fait du tiers-payant. C'est clair que euh... On s'est pas lancé dans le tiers payant mutuel, hein. On a carrément vu que c'était carrément impossible »

Elle a un impact qualitatif et quantitatif sur le temps de soins pour les médecins qui en ont la charge.

E4: « Par exemple pourquoi on fait la facturation ? Moi j'ai calculé, en calculs, la facturation et l'encaissement, ça me prend 40 minutes par jour. Globalement c'est 2 consultations, c'est con... de pas les faire et de faire de la comptabilité »

E9: « les 1ères minutes de la consultation, on en est à discuter tiers payant et dispense d'avance des frais, que rien n'est payé, plutôt que de discuter des soins »

La gestion du tiers payant représente une charge de travail non assumée par les médecins.

E2: « ça prend beaucoup de temps, déjà rien que de vérifier entre les personnes qui sont venues, les règlements qui ont été faits, vérifier là avec le tiers-payant, vérifier que les caisses ont bien payé et tout, ça c'est une charge de travail que je n'ai plus à faire »

E3: « aller contrôler les comptes, aller faire le rapprochement bancaire, aller voir si telle caisse a viré ou pas l'argent. Là c'est pas moi qui le fais, donc c'est la secrétaire qui fait tout ça et qui pointe tout et donc ça, c'est quand même une qualité de travail, quand t'as pas ça à faire »

E7: « en particulier le tiers payant, on disait qu'il y avait une partie administrative, et la charge administrative du médecin généraliste, aujourd'hui elle est, elle est importante, que n'ont pas mes collègues ici, ça c'est important parce que le tiers payant c'est pas eux qui s'en occupent »

E7: « c'est un travail énorme le tiers payant, énorme ! »

E9: « C'est pas uniquement la surcharge, enfin la surcharge de travail, encore c'est pas forcément pour nous euh... si c'est sûr que c'est une surcharge administrative qui est lourde »

E10: « [le tiers payant] c'est un bordel monstrueux, là les secrétaires elles ont vraiment beaucoup de boulot par rapport à ça »

c. Impact financier

Le tiers payant représente un coût humain et technique.

E3: « derrière, ça a quand même un coût parce que la secrétaire passe du temps aussi au tiers payant et c'est ça la limite quoi. Euh... la limite aussi, c'est le coût, le coût du tiers payant qui a été évalué je sais plus, à 3,50 euros par acte »

E7: « ça demande une, une, une, comment dirais-je, une comptabilité et une charge administrative importante, nous c'est un personnel à temps plein qu'on a ici, pour gérer, vérifier »

Il est à l'origine de difficultés de remboursement pour le centre,...

E4: « Mais rien que les caisses déjà, y'a des trucs à revoir, des choses qui buggent, des rejets... Ça va plus être le travail des secrétaires à gérer ça mais on a beaucoup de pertes. Avec le tiers payant, c'est clair qu'on a de la perte. On n'a moins d'impayés mais on a plus de pertes euh... technologiques »

...notamment en cas de tiers payant intégral...

E11: « Soit l'étudiant il connaît sa mutuelle, et je sais pas comment elles font les secrétaires, elles passent la carte vitale et du coup on est bien remboursé, sinon on est remboursé que de la Sécu, voilà. Ça fait quand même un manque à gagner »

...ce qui limite son application.

E12: « pour la part mutuelle, avant on la perdait parce que la plupart des étudiants souscrivent pas à des mutuelles donc ça faisait quand même un déficit, euh... et maintenant, je pense qu'elle leur demande de payer les 6 euros et quelques, je crois que c'est la nouvelle politique qui est passée parce que ces centres de santé sont quand même un peu déficitaires »

Il entraîne également des difficultés de remboursement pour le patient.

E3: « c'est vraiment un handicap et y'a certains patients qui me disent euh... " voilà je préférerais que... ben est-ce que vous pouvez pas me faire payer carrément 23 euros pour pas avoir à récupérer euh... la part complémentaire " »

E9: « Ceux qu'ils veulent payer 6,90, on le fait sans problème après y'en a qui disait " Docteur, je suis pas remboursé de ma part mutuelle " »

E10: « les patients ils doivent revenir parce qu'ils ont pas été remboursés de leurs 6,90 »

d. Impact sur l'accès aux soins

Le tiers payant permet un accès facilité aux soins.

E4: « Je pense que ça favorise l'accès aux soins, ça simplifie certaines choses, ça simplifie l'accès aux soins »

E5: « Ce qui a modifié, c'est qu'il y avait vraiment des gens qui avaient pas la CMU et qui avaient des petits moyens et qui parfois, parce que je l'avais vécu ici, qui parfois venaient pas en consultation parce que, enfin avancer 23 euros ça pouvait être compliqué pour eux. Maintenant comme ils paient 6 euros 90, c'est quand même pas du tout la même chose »

E7: « on dit qu'on n'avance pas les frais, et donc ça c'est bien pris par les étudiants parce que pour beaucoup ça les arrange hein, de, d'avoir le tiers payant »

E8: « Je pense que les gens viennent peut-être plus facilement effectivement. Ce qui peut être bien, hein. Parce que y'a des gens qui vont jamais voir le médecin, donc ça peut les mettre dans le parcours de soins, et peut-être voilà être une bonne chose »

E11: « pour certains, ils disent " ben moi je peux pas avancer l'argent " [...], ils savent qu'ils ont pas d'argent à sortir pour être entendus, examinés »

E12: « les jeunes l'apprécient, ah c'est certain, c'est une des raisons pour lesquelles ils viennent, ouais, le délai d'attente, hein, la disponibilité, euh... le tiers payant beaucoup »

Il n'entraîne pas de réelle surconsommation de soins.

E3: « Ça permet aux patients euh... de venir euh... de venir en consultation. Après c'est vrai que là, moi j'ai pas constaté de, entre guillemets, ce que certains craignent de surconsommation de... médicale »

E4: « Ça n'a pas fait de révolutions dans les comportements »

E5: « Les gens ne viennent pas plus en consultation parce qu'ils paient 6,90 sauf ceux qui ont vraiment des problèmes financiers »

E7: « Moi je reste persuadé que ça va entraîner une surconsommation, mais c'est une position personnelle [...] Alors pas chez, pas dans notre population parce que notre population elle vient consulter quand elle est malade »

E10: « non, non, ils sont pas plus, je trouve pas qu'ils soient plus consommateurs de soins parce que c'est un centre. Non, non, mais par contre y'a quelques patients qui viennent toutes les semaines parce qu'ils sont CMU »

2. Pérennité des centres

a. Une place de choix dans l'offre de soins

Les centres de santé ont une place de choix dans l'offre de soins.

E3: « je pense que euh... je pense que au niveau de l'offre de soins euh... nous dans le canton on est indispensable »

Ils représentent une offre de soins supplémentaire.

E3: « On a plutôt des... des regards positifs, hein, y'en a qui... je veux dire y'en a qui m'ont remercié d'être venu parce qu'autrement ils auraient pas pu tenir, parce qu'on est dans un désert médical »

E7: « on rend service quelque part en offrant le, le, je dirais l'accès au centre de santé, et, et sans pour ça, euh... je dirais pénaliser les médecins généralistes qui, on le sait, sont déjà bien débordés »

E9: « ça offre tout de même une, hein, ça offre tout de même des possibilités de soins »

E10: « en tout cas ici, ce centre a été vraiment le bienvenu quoi, y'avait quand même une demande très importante »

Ils peuvent apporter une offre de soins ciblée.

E7: « Nous on est là pour apporter un service, à des étudiants qui sont dans des conditions particulières c'est-à-dire des conditions qui sont d'étudiants isolés »

Ils représentent parfois le seul recours aux soins.

E6: « enfin on est tout seul ça peut être stressant aussi, on est tout seul, avec des confrères, heureusement, mais on n'est pas livré à nous-mêmes hein, on peut appeler un cardio, le SAMU autre chose mais y'a que nous, voilà, on est le seul.... on est le premier et le dernier recours quoi »

E7: « on voit bien que y'a des étudiants euh... qui n'ont pas d'autres solutions »

b. Un avenir sous conditions

◆ Une structure d'avenir

Certains médecins voient le centre de santé comme une structure d'avenir.

E1: « L'élément qualité de vie et sécurité euh, est devenu prépondérant par rapport à avant quand même. C'est une structure d'avenir, je pense que c'est une structure d'avenir »

E3: « moi je pense qu'il faut plutôt qu'on soit porteur de euh... d'idées pour s'installer, d'idées pour former, tu vois de partage des connaissances et tout ça quoi, que de dire y'a des difficultés et puis on s'arrête là, on n'a pas de solution. Donc peut-être que le centre de santé, ça peut être une solution »

E11: « je pense qu'il y a de plus en plus de médecins qui vont vouloir travailler en mode salarial, en équipe et avec des horaires, euh... enfin avec une organisation de groupe en tout cas, donc je pense que c'est quand même une solution euh... qui me semble pas mal pour le futur »

Il serait une réponse aux attentes des jeunes médecins...

E1: « si ça peut convaincre des jeunes de s'installer dans les campagnes, ça sera un moyen à développer, ça s'est sûr. Je crois que les jeunes maintenant sont convaincus que par du temps partiel en libéral ou du temps comme ça »

E2: « je pense que ça incitera beaucoup de jeunes à peut-être le faire parce que les contraintes sont quand même moins importantes que l'exercice libéral avec les contraintes surtout administratives euh... comme je l'ai dit mais après ça dépendra de l'endroit »

E4: « on voit que notre euh... notre structure aux jeunes médecins, apporte une solution pour certains en tout cas, parce qu'il y a quelque chose qui leur... qui leur convient »

E5: « Aux jeunes médecins ? Euh... ben à certains oui, je pense »

E9: « moi je le recommanderai peut-être, oui. Oui au départ pour faire sa clientèle ou pour arriver comme ça, être tranquille au départ, peut-être, pour commencer »

E10: « je pense que ça peut attirer de jeunes médecins en recherche de travail à plusieurs et de qualité de vie peut-être plus agréable qu'en libéral »

E12: « moi je pense que c'est pas mal attractif pour les jeunes médecins, oui, ben qui ont des enfants, ben qui ont envie d'avoir une vie plus cool »

... un moyen de lutter contre la désertification médicale...

E4: « on voit qu'objectivement c'était une réponse à la désertification médicale [...] alors cette année c'était un peu un creux mais on a quand même eu les 2 années précédentes, à effectifs quasi complets »

E8: « moi quand j'entends un petit peu les demandes des jeunes médecins et des déserts médicaux, je pense que si des, si ce statut-là était développé, y'aurait beaucoup de jeunes médecins qui accepteraient d'aller en campagne »

E10: « pour moi en milieu rural ce genre de structures c'est l'avenir, que ce soit en salariat ou en libéral, des maisons de santé pluridisciplinaires ou centres municipaux de santé »

... ou un moyen de prévention du burn out des médecins.

E2: « j'ai plusieurs médecins qui m'ont contacté et souvent euh... souvent en plus des gens de mon âge donc euh... qui, qui sont intéressés parce que... pareil ils commencent à en avoir un petit peu ras-le-bol, plutôt que d'aller jusqu'au burn out euh... se disent euh... est-ce qu'il faut pas qu'on change un petit peu nos méthodes euh... et puis en plus avec le tiers payant généralisé... »

E8: « J'en suis persuadé, alors intiment convaincu là par contre. Que ça [le burn-out] prévient de travailler en centre de santé, j'en suis intiment persuadé »

◆ *Des réserves*

Certains médecins craignent le déficit budgétaire.

E7: « on est déficitaire, entre les, le fonctionnement et si vous voulez le budget et puis et les rentrées, dépenses-rentées, on n'est pas bon, hein, on n'est pas bon »

E3: « c'est sûr qu'il faut que le centre de santé en fait il marche et qu'il tienne aussi quoi, donc euh... y'a malgré tout, y'a aussi les impératifs financiers derrière aussi »

E9: « c'est vrai que tous les centres de santé sont déficitaires, nous avec les exercices des infirmiers qui sont tout de même très en arrêt et comme ils s'en vont pas en visite ils ramènent pas beaucoup de sous, après comme moi je suis peut-être à la traîne aussi, au niveau nouveaux clients, peut-être que je sais pas aussi quel est l'avenir au niveau du centre »

Un autre médecin redoute l'opposition du monde libéral.

E6: « c'est pas une notion de concurrence, c'est euh... j'ai pas envie de problèmes relationnels avec d'autres confrères parce qu'ils sont en libéral, qu'ils sont à 500m, que des gens viennent me voir, pas eux. Que ce soit des activités tellement différentes, pour moi c'est pas conciliable. Maintenant si euh... si on décidait qu'il n'y a plus de médecins libéraux en France et que ce serait que des centres de santé, pourquoi pas »

◆ *Des conditions*

Assurer la pérennité des centres nécessite un engagement politique,...

E1: « Globalement c'est un bon système mais qui demande un effort de la part des, des pouvoirs publics »

E8: « je me dis si y'a une vraie décision, si y'a une vraie volonté politique, y'a aucune raison que ça ne se développe pas et que ça ne marche pas. Après faut financer ça, et là encore une fois je sais pas si c'est viable ou pas avec les contraintes budgétaires actuelles »

...un engagement financier,...

E7: « les centres de santé ça a un coût quand même. Aujourd'hui, ce coût il est supporté par qui ? [...] Demain si on met des maisons médicales, des maisons, des maisons euh...

des centres de santé, euh... eh bien derrière ça, ça a un coût qui est pas négligeable pour la collectivité »

E8: « Moi je pense que si on offre un salariat à des médecins, euh... euh... salariat raisonnable, hein, qu'on les paie pas au lance-pierres évidemment, qu'on les paie raisonnablement, je suis persuadé que beaucoup de médecins seraient prêts à, quitte à vivre dans une grosse ville et faire un peu de route tous les matins et tous les soirs »

E9: « faut qu'il y ait des employeurs qui nous tiennent, enfin qui tiennent, oui qui acceptent de nous, de, de payer, de voir sur l'avenir »

... ainsi qu'un engagement humain.

E3: « ça se construit avec l'avenir, on verra comment ça marche, si on arrive à recruter de nouveaux médecins »

E5: « Ben ça peut être une solution surtout comme ici, pour faire venir le monde parce que après effectivement, t'es libre de repartir quand tu veux. Après euh... un médecin tout seul en centre de santé, il va pas aller loin non plus »

E9: « Peut-être que les centres de santé peuvent être bien pour la désertification mais faut, il faut, enfin il faut que tout le monde s'engage sur le long terme, oui peut-être que le médecin et la structure en face »

DISCUSSION

I. LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

A. Biais

1. Biais de sélection

N'ayant pas l'adresse mail personnelle des médecins, les échanges se sont faits initialement par téléphone puis par mail avec le secrétariat du centre qui filtrait quelque peu les contacts.

De plus, la nécessité de plusieurs relances a pu sélectionner les médecins les plus motivés. D'autre part, tous les médecins enquêtés n'ont pu être contactés directement. En effet, les difficultés étant telles à les joindre malgré plusieurs tentatives que dans un centre, le contact s'est fait avec un seul médecin qui s'est porté garant de la participation de ses collègues.

Enfin, interroger plusieurs médecins d'un même centre a pu limiter la diversité des réponses mais il semblait intéressant de connaître le ressenti de médecins soumis exactement au même mode d'exercice.

2. Biais d'information

a. Liés à l'enquêteur

Malgré des lectures approfondies sur ce type d'enquête, le manque d'expérience de l'enquêteur en analyse sociologique a pu constituer en soi un biais dans le recueil des données. Lors des entretiens semi-directifs, ce type de biais peut être limité par l'utilisation d'un guide d'entretien préétabli utilisé pour chaque entretien. Ce guide n'avait pu être testé avant de débiter les entretiens. En conditions réelles, les questions ont donc pu être formulées différemment ce qui a pu en modifier partiellement le sens ou entraîner une

mauvaise compréhension. Cependant, la réalisation des différents entretiens par le même enquêteur lui a permis d'acquérir plus d'aisance au fur et à mesure de l'étude.

b. Liés à l'enquête

Notre enquête s'intéressait au ressenti des médecins et pouvait donc toucher leur intimité, ce qui a pu limiter le discours. Chez un médecin notamment, la question du retentissement familial a été particulièrement difficile à aborder, un drame familial s'étant récemment produit. A noter toutefois que ce biais a sûrement pu être limité par le choix de la méthode par entretiens semi-dirigés.

3. Biais d'interprétation des résultats

L'analyse des résultats était soumise à la subjectivité de l'enquêteur, particulièrement concerné par le sujet de recherche. L'enquêteur a essayé de limiter ce biais en soumettant les entretiens à un autre lecteur, sans toutefois pouvoir réaliser une véritable triangulation des données.

B. Limites de l'étude

1. La saturation des données

Compte tenu du faible échantillon de départ, du taux de réponse des médecins sollicités et de la diversité de l'échantillon sélectionné, la saturation des données n'a pu être atteinte.

2. L'analyse

L'analyse n'a pu être effectuée en parallèle des entretiens ce qui a limité l'enrichissement du guide d'entretien.

C. Forces de l'étude

1. Un sujet original

A notre connaissance, aucune étude s'intéressant spécifiquement au ressenti des médecins généralistes en centre de santé n'a été retrouvée. Nous voulions connaître les conditions d'exercice de ces médecins afin de les mettre en parallèle avec d'autres études concernant les attentes professionnelles des jeunes médecins, ce qui nous paraissait un sujet d'actualité.

2. Un échantillon diversifié

Nous avons privilégié un échantillon le plus diversifié possible tant au niveau des médecins que des centres étudiés, pour pouvoir montrer l'étendue des possibilités de l'exercice en centre de santé.

3. Le choix des entretiens individuels

La réalisation d'entretiens en face à face a été privilégiée afin d'établir une relation de confiance et permettre de libérer la parole de l'enquêté ; les entretiens n'en ont été que plus riches.

II. PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

A. Répondre aux attentes des jeunes médecins

1. Conciliation vie privée-vie personnelle: des avis partagés...

Pouvoir équilibrer vie personnelle et vie professionnelle est un enjeu essentiel pour les jeunes médecins en quête de qualité de vie. L'attrait du salariat est en partie dû à l'image qu'ils en ont d'une plus grande disponibilité temporelle et d'une meilleure maîtrise des horaires (11, 61). Les rapports sur les centres de santé font état de « maîtrise du temps de travail » et de « souplesse certaine dans l'emploi du temps » ou d'« horaires normés qui permettent une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle » (34, 37). Dans « Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins », l'exercice salarié permet une régulation du temps de travail par le cadre légal des 35 heures et les possibilités de temps partiel (47).

Qu'en est-il en réalité ?

L'organisation, le temps et la charge de travail diffèrent beaucoup selon les médecins interrogés (temps complet/partiel, possibilité de journée de repos dans la semaine, temps de présence imposé ou modulable, cadre légal des 35 heures ou non, gardes obligatoires pour certains...).

Les « horaires fixes »(E11) permettaient à certains médecins de « limite[r] le soir »(E2) et de « s'organiser »(E11). Cette fixité pouvait cependant être synonyme d'un temps de présence imposé (E3: « c'est que nous quand même on a une obligation, tu vois, on a un peu de fixité sur les horaires »). De plus, leur responsabilité médicale envers la demande de soins pouvait rendre difficile le respect du cadre légal des 35 heures (E3: « on est obligé de voir les patients, ben peut-être de déborder ou alors il faut vraiment s'en tenir pile euh... tu vois au contrat »). Le rapport de l'IGAS précise en effet que « la mission a pu constater que le salariat n'empêchait pas dans certains centres, d'effectuer des heures non rémunérées au-delà de la limite légale » (37).

Les médecins ayant un statut de cadre avaient quant à eux plus de souplesse dans la gestion de leur emploi du temps, mais en contrepartie avaient des amplitudes horaires moins prévisibles puisqu'il « *[fallait] que le travail soit fait à la fin de la journée* »(E8).

En ce qui concerne le retentissement personnel du temps de travail, les avis des médecins sollicités divergeaient quant à leur capacité à concilier vie privée et professionnelle. Si pour certains l'exercice en centre de santé leur offrait une disponibilité temporelle et « *un certain équilibre à la famille* »(E11), pour d'autres le manque de temps les obligeait à « *des concessions sur la vie privée* »(E5). Ce ressenti semble extrêmement subjectif et est probablement influencé par de nombreux autres paramètres inhérents à chaque médecin: situation familiale, conditions de travail antérieures, rapport personnel au travail en général... Dans notre travail, au sein d'un même centre et avec une organisation du travail comparable, le ressenti des médecins s'était d'ailleurs révélé différent. Il est donc bien difficile de véritablement conclure sur ce sujet.

Marc Thiebaut a démontré que l'augmentation du nombre d'heures par semaine est corrélée à une baisse de la qualité de vie (65). Selon une étude de la DREES, un médecin salarié non hospitalier travaillerait 4 heures de moins par semaine qu'un généraliste libéral pour une organisation du temps de travail et une zone géographique comparable (66). L'exercice salarié en centre de santé serait-il donc associé à une meilleure qualité de vie que l'exercice libéral ?

D'autres études quantitatives basées sur des questionnaires ciblés pourraient peut-être nous aider à mieux appréhender cette problématique.

2. Conditions d'exercice

a. Un travail d'équipe coordonné

Les résultats de notre étude sont cohérents avec la littérature.

D'une part, le travail d'équipe semble bien faire partie de la pratique des centres puisque les médecins étaient intégrés dans « *plusieurs niveaux d'équipe* »(E4). L'exercice en centre de santé créait « *une solidarité entre [médecins]* »(E3) ce qui favorisait l'entraide. De plus, la présence d'une équipe pluri-professionnelle était « *une chance* »(E8) pour le médecin

car il pouvait être « *assist[é]* »(E12) dans la réalisation d'actes de soins. Il pouvait également confier certaines tâches du champ de compétences du professionnel ou dans le cadre d'un protocole de « *délégation de tâches* »(E7), ce qui lui permettait de se dégager du temps médical (E8: « *ça nous libère et on sait que le travail est bien fait* »).

Un élément mis par ailleurs en évidence dans notre étude était l'« *équipe administrative* »(E4) formée avec la secrétaire qui était « *vraiment impliquée dans le projet un peu comme [les médecins]* »(E3). Ceci peut s'expliquer en partie par l'absence de lien hiérarchique direct. Enfin, certains médecins avaient intégré une équipe hospitalière « *en tant que collègues d'un autre service* »(E4).

D'autre part, la coordination des soins était retrouvée sous diverses formes. Elle s'effectuait en interne ou en externe puisque certains médecins s'étaient créés un réseau privilégié avec « *d'autres structures comme la MDPH qui s'occupe du handicap* »(E11). La coordination médicale pouvait s'effectuer « *entre 2 portes* »(E10) ou de façon plus formelle à l'instar des staffs hospitaliers afin d'assurer les « *transmissions* »(E5). La coordination des soins s'effectuait également avec les autres professionnels de santé pour mettre en place des outils communs ou planifier « *des organisations pluridisciplinaires* »(E4). Enfin, certains médecins participaient à une coordination plus générale médico-administrative, en particulier le médecin directeur qui « *pilot[ait] tout ce qui est médical [et] l'administratif* »(E7).

Outre les réunions, d'autres outils de la coordination des soins ont été abordés. Ainsi, la coordination des soins avait été « *boosté[e] par le contrat local de santé* »(E4). En revanche, aucun médecin n'a évoqué l'élaboration des protocoles. Quant au système d'information, certains médecins évoquaient le « *dossier qui [était] partagé* »(E5) ou envisageaient la mise en place d'un « *logiciel commun à la dentiste et aux médecins* »(E10) sans plus de précisions. Ce sujet a été peu développé probablement du fait que l'outil "réunion" était jugé plus adapté puisqu'il permettait d'évoquer « *des subtilités* »(E5) et de « *di[re] plus de trucs que, que... que dans l'ordinateur* »(E5).

Pour ce qui est de l'attrait des jeunes médecins pour l'exercice en groupe et le travail en équipe, il semblerait donc que les centres de santé y répondent à différents niveaux. Ils permettent d'un côté de regrouper sur un même lieu différents professionnels ce qui favorise leur coopération. D'un autre côté la mission de coordination dévolue aux centres de santé rassemble différents professionnels autour d'un objectif commun.

Quelques réserves sont cependant émises.

Tout d'abord, un des prérequis au travail de groupe et d'équipe est justement le groupe. Il se trouve que tous les médecins généralistes de notre étude travaillaient en groupe de tailles et de compositions différentes. Est-ce un état de fait ? Une des principales caractéristiques des centres de santé est leur grande diversité qui se retrouve également au niveau de leur effectif. Celui-ci varie de 1 médecin à temps partiel à 323,7 ETP sans précision sur les autres professionnels de santé y exerçant (37). Un recensement précis et suivi des effectifs composant les centres de santé médicaux et polyvalents permettrait d'éclaircir ce point précis.

D'autre part, le travail d'équipe et la coordination des soins semblait favorisée par la polyvalence des centres de notre étude, ce qui paraît logique. En effet, les médecins qui ont surtout abordé ce thème appartenaient à un centre polyvalent. Qu'en est-il pour les centres médicaux ? Les différents rapports à notre disposition ont étudié des centres de santé très diversifiés dans leurs effectifs. Ce sont souvent les notions de travail en équipe, d'exercice collectif ou d'exercice regroupé et coordonné qui sont évoquées, sans aucune distinction par rapport à la nature du centre (médical ou polyvalent). Par ailleurs, selon le Dr Eric May: « tous les centres, quelle que soit leur taille, unité réduite à un professionnel ou une discipline offerte, ou pluridisciplinaire et/ou pluri-professionnel, ont tous en commun de vouloir offrir un service de qualité au plus grand nombre, (...) par un exercice collectif partagé en interne (dossier médical commun) ou en externe (travail en réseau) ». Il semble donc que le travail d'équipe fasse partie de l'essence même des centres de santé tel qu'il est défini dans l'Accord national. Le Dr Eric May souligne d'ailleurs que « les centres de santé ne peuvent se résumer au seul modèle des centres polyvalents. Cette diversité prouve bien que le principe fondateur des centres peut être décliné par des centres de toute taille, de tout mode de gestion et sur tout le territoire » (33).

b. Une activité administrative réduite

Pour rappel, en libéral le travail administratif du médecin généraliste se compose d'un volet médical (résultats d'examens, courriers aux spécialistes...), de "paperasse" administrative (télétransmissions, tiers payant, certificats ALD, MDPH...), et de la gestion du cabinet (55).

Dans les centres de santé de notre étude, les médecins étaient déchargés du « *poids de gestion financière et de tracasserie administrative* »(E5) de la structure puisqu'ils étaient salariés. De plus, le secrétariat permettait à certains de s'affranchir d'autres tâches administratives comme « *répondre à la Sécurité Sociale* »(E3) ou « *faire régler les patients* »(E3). Il restait cependant à leur charge « *des papiers administratifs euh purement médicaux* »(E2). Tout ceci permettait au médecin de se recentrer sur sa pratique et ne « *faire que de la médecine et c'est tout* »(E8).

Les jeunes médecins souhaitent s'affranchir des contraintes de gestion mais également de la "paperasse" administrative pour optimiser leur temps médical. L'exercice en centre de santé est sans nul doute attractif sur ce point mais certaines améliorations sont envisageables. D'une part, comme l'ont évoqué certains médecins, la « *décharge de la facturation* »(E4) par le secrétariat doit être systématique, ce d'autant que dans les centres de santé le tiers payant rendait cette tâche « *plus complexe* »(E4). D'autre part, des tâches administratives supplémentaires (demandes d'ALD et d'APA...) ne pourraient-elles pas être déléguées à un personnel spécifiquement formé, comme cela a déjà été proposé (16, 56)?

c. Une structure de travail

Les médecins de notre étude, en tant que salariés, bénéficient des moyens matériels et humains de la structure dans laquelle ils n'ont pas à investir. Ainsi, « *la structure [leur] permet de fonctionner* »(E3) et d'exercer leur « *boulot de médecin, point* »(E10).

Dans la littérature, les souhaits des jeunes médecins à ce sujet restent ambivalents:

- d'un côté, E.Hubert signale une certaine crainte des jeunes médecins à investir dans leur outil de travail, synonyme d'engagement définitif et d'enracinement prolongé (12). Certains médecins émettent également des inquiétudes quant à leur capacité à rembourser l'investissement nécessaire à l'installation (56). Des aides logistiques telles que la mise à disposition d'un local professionnel ou l'aide à l'informatisation et à l'équipement sont d'ailleurs souhaitées (13). Dans cette population, l'exercice en centre de santé pourrait donc être attractif. Une des recommandations du rapport d'E.Hubert sur la médecine de proximité est d'ailleurs d'inciter les collectivités locales à financer ces investissements (12).

- de l'autre côté, une enquête de l'ISNAR-IMG démontre qu'une majorité de jeunes médecins souhaite investir dans leur futur lieu d'exercice (29). En effet la nouvelle génération aspire à une pratique plus technique de la médecine, et souhaite donc probablement avoir le choix dans le matériel mis à disposition. Cette proportion de médecins pourrait donc être freinée à s'installer en centre de santé.

Les moyens humains, au centre desquels le secrétariat, sont également très importants pour les jeunes médecins (29) comme pour ceux de notre étude qui considéraient que « *tout repose sur les secrétaires* »(E1).

En pratique, les structures se voyaient cependant limitées dans leurs investissements du fait de « *contraintes budgétaires* »(E12) plus ou moins marquées. En effet dans notre étude, certains centres n'étaient « *pas très équipés* »(E1), alors que dans d'autres les médecins « *ne manquaient de rien* »(E10) et pouvaient « *[faire] une écho en fait à la recherche de... de phlébite* »(E5). De même, certains centres n' « *avaient pas l'argent pour payer un remplaçant* »(E8) pour pallier les absences de la secrétaire.

d. Des possibilités de diversification et d'évolution

Plusieurs voies de diversification de l'exercice semblent s'offrir aux médecins exerçant en centres de santé et seraient susceptibles d'intéresser la jeune génération.

◆ Actions de santé publique

Dans notre étude, les actions de santé publique portaient sur tous les champs de la prévention. L'implication des médecins dans les actions de santé publique était très hétérogène, ce qui est cohérent avec la littérature. Certains médecins étaient effectivement très investis dans la prévention puisqu'il s'agissait de leur domaine de compétence spécifique (E11: « *la spécialité que j'ai un petit peu ici à savoir le public étudiant handicapé* »). D'autres participaient à des actions de santé publique sous forme de journées dédiées (E9: « *mercredi, je fais des dépistages en médecine sportive* »). Enfin pour d'autres, ces actions n'étaient pas ou peu réalisables dans l'immédiat par manque de temps et d'effectifs (E8: « *on n'en fait pas autant qu'il faudrait* »). En effet, comme le rappelle Dr Alain Brémaud: « *il faut réunir équipes, compétences, financements et réponses opportunes à des besoins locaux pour que les choses prennent corps*» (33). Les

préconisations du rapport de l'IGAS concernant une aide financière spécifique pour les actions de santé publique et le module 2 des ENMR consacré à l'éducation thérapeutique sont donc des pistes intéressantes pour faciliter la mise en œuvre de ces actions (3, 37). Bien que soumise à certaines contraintes (qui ne sont pas spécifiques aux centres de santé) (4), la possibilité de participer à ces actions constitue un élément attractif pour les jeunes médecins qui souhaitent davantage s'impliquer dans ce genre de missions. En effet, selon E.Hubert « certains jeunes médecins attachent une grande importance à la partie « non curative » de la prise en charge des patients et entendent être fortement présents dans ces volets prévention et éducation thérapeutique » (12).

◆ *Encadrement des étudiants*

L'exercice en centre de santé permettait à certains médecins de notre étude d'encadrer des étudiants de discipline identique (E4: « j'étais avec la SASPAS ») ou d'autres disciplines (E12: « y'a une étudiante sage-femme qui cherche un directeur de mémoire »).

Les jeunes médecins font souvent part de leur volonté de s'impliquer dans l'enseignement, notamment en tant que maîtres de stage (29, 54). Les diverses possibilités qu'offrent les centres de santé dans ce domaine seraient donc susceptibles de les intéresser.

◆ *Accès à la formation*

Les médecins exerçant en centre de santé, en tant que salariés, bénéficient depuis 2004 des dispositifs de formation encadrés par le Code du Travail (36).

L'exercice en centre de santé facilite l'accès à la formation puisque les médecins interrogés étaient « incit[és] fortement à faire des formations »(E9) et « pouv[aient] prendre ce temps sur [leur]temps de travail »(E12). De plus, les centres leur finançaient des « abonnement[s] aux revues médicales »(E8) ainsi que des formations spécifiques « comme la capacité de gériatrie [qui] serait prise en charge »(E3) et des congrès. Certains médecins avaient même « développé une FMC ici, au sein du centre »(E12). Ces sessions de FMC internes sont également retrouvées dans la littérature. Elles « contribuent à instaurer une culture médicale commune à l'ensemble des professionnels ». Elles peuvent concerner l'ensemble ou une partie du personnel. Les thèmes sont choisis localement et

traités par des professionnels du centre ou des intervenants extérieurs ce qui était le cas dans notre étude (33).

Par ailleurs, l'obligation de développement professionnel continu (DPC) auquel sont soumis les médecins des centres s'applique aussi à leur employeur. En effet, selon l'article 59 de la loi HPST, « les employeurs publics et privés sont tenus de prendre les dispositions permettant aux médecins salariés de respecter leur obligation de développement professionnel continu » (67). Leur participation à un programme de DPC ouvre droit à une indemnité compensatrice pour perte de ressources versée au gestionnaire du centre dans les limites du forfait alloué (172,50 euros/ demi-journée pour un médecin) (68).

Ces possibilités paraissent intéressantes pour les jeunes médecins qui aspirent à poursuivre leur formation et à diversifier leur exercice, ce d'autant que ces formations peuvent s'intégrer dans leur temps et lieu de travail.

◆ *Activités “originales” au sein des centres*

L'activité hospitalière de certains médecins de notre étude était intéressante car elle s'intégrait au sein d'une démarche de prise en charge globale du patient (E4: «*on essaie de garder un suivi très axé médecine générale* »), et assurait un continuum entre la médecine de ville et l'hôpital puisque «*chaque médecin s'occup[ait] de ses patients* »(E4). Le médecin généraliste gardait alors son rôle de pivot (E4: «*ils viennent à l'hôpital local et nous, avec les acteurs locaux [...], on réorganise le retour à domicile* »).

Ce type d'activité pourrait certainement satisfaire les jeunes médecins en quête de modes et lieux d'exercices variés. Notamment cela leur permettrait d'exercer des soins de 1^{er} recours tout en conservant en partie l'activité hospitalière qui leur est familière.

Des réserves doivent cependant être émises car ce type d'activité ne semble pas exister dans tous les centres, mais dénote tout de même du champ des possibilités de l'exercice en centre de santé.

L'activité de directeur de centre de santé dévolue à un des médecins généralistes n'intéresserait probablement pas les jeunes médecins dans l'immédiat puisqu'elle était «*beaucoup administrative* »(E7), au détriment du soin (E7: «*mon activité, elle est peu médicale finalement ici* »). Par ailleurs, cette mission requérait «*des compétences en*

finances, des compétences en management, etc... »(E7), mais dans une perspective d'évolution de carrière cette possibilité d'activité apparaît là aussi intéressante.

◆ *Temps partiel*

Dans notre travail, l'exercice à temps partiel permettait d'élargir le champ des activités des médecins. En effet, certains exerçaient d'autres activités salariées ou libérales (E1: « *je suis maintenant à 40% médecin co, 40% ici généraliste salarié de la commune, il reste 20% pour des remplacements libéraux* »).

Il est particulièrement intéressant de noter que selon un des médecins interrogés, une collègue avait combiné une collaboration libérale et un exercice en centre de santé (E12: « *elle vient de signer pour 2 jours de collaboration libérale, et 2 jours [au centre]* »).

Ceci est donc un argument supplémentaire étayant les possibilités de diversification offertes par l'exercice en centre de santé.

Il serait intéressant de connaître la proportion de médecins exerçant en centre de santé à temps partiel (les effectifs déjà peu précis font actuellement référence à des ETP) et leurs différentes activités.

e. Indépendance professionnelle préservée mais...

Les médecins des centres en tant que salariés ont un rapport de subordination avec l'employeur.

L'indépendance professionnelle des médecins étudiés était préservée puisque leur « *exercice n'[était] pas du tout regardé par [leur] employeur* »(E8).

En revanche, certains médecins semblaient soumis à des exigences de la part de leur employeur, notamment en termes de rythme (E10: « *ils sont passés à 1 patient tous les quarts d'heure* ») et d'organisation du temps de travail (E12: « *on a des obligations horaires, des obligations de répartition de travail* »). De plus leur autonomie pouvait être restreinte puisque certains devaient « *demandeur la permission pour tout* »(E1). Par ailleurs, un élément marquant était la nécessité de « *rentabilité* »(E10) ressentie par certains médecins de notre étude et le pouvoir de « *pression* »(E10) que pouvaient exercer les patients. Ces éléments peuvent s'expliquer par les enjeux financiers qui pèsent sur les centres. En effet selon plusieurs rapports, ces derniers sont souvent déficitaires notamment

à cause d'un déséquilibre entre les rentrées d'argent (jusqu'à présent essentiellement basées sur le paiement à l'acte) et les charges de fonctionnement (personnel, équipement et gestion du tiers payant) (4, 34, 37). Cet enjeu de rentabilité est par ailleurs mentionné dans le rapport de l'IGAS qui recommande entre autres une productivité horaire suffisante (4 patients par heure en médecine générale) et une large plage d'ouverture du centre pour atteindre l'équilibre financier (37).

Les jeunes médecins attachent une importance toute particulière à pouvoir organiser leurs journées de travail comme ils l'entendent, certaines restrictions pourraient être donc un élément dissuasif. De plus, ils sont attachés à la relation privilégiée avec le patient. Ce pouvoir de pression ne risque-t-il pas de la déséquilibrer (60)?

f. Permanence des soins: des entraves ?

Les médecins de notre étude ne participaient pas tous de façon similaire à la permanence des soins. Pour certains, la question ne se posait pas puisque « *les gardes [faisaient] partie du contrat* »(E5). Pour d'autres, le centre de santé n'étant pas impliqué dans la permanence des soins, les médecins n'y participaient pas (E7 :« *y'a pas de permanence des soins ici* »). Pour d'autres médecins encore, l'implication dans la permanence des soins devait s'effectuer « *dans le cadre d'un médecin libéral* »(E2). Cette hétérogénéité concorde avec les résultats de la littérature. En revanche, il est plus surprenant de constater que le décret de janvier permettant d'attribuer les rémunérations forfaitaires de la permanence des soins n'était toujours pas appliqué pour certains centres à la période de notre étude.

Aucun élément n'a en revanche été retrouvé quant à l'obligation de participation à la permanence des soins qui concernait certains médecins de notre étude. Cette obligation serait-elle un frein pour les jeunes médecins à exercer en centre de santé ? La permanence des soins ambulatoire a longtemps été assurée par un tour de garde des médecins libéraux et constituait pour eux une obligation déontologique. C'est à la suite d'un mouvement de grève des gardes en 2001 que cette obligation a été abandonnée au profit d'un système basé sur le volontariat. La permanence des soins est désormais organisée par secteur, avec un tour de garde géré par les ARS de chaque département sur lequel les médecins s'inscrivent sur la base du volontariat (69). Lorsque le volontariat ne permet pas de remplir le tour de garde, l'ARS est avertie et doit trouver des solutions pour s'assurer que la

permanence des soins soit effective (70). L'obligation de participer à la permanence des soins tiendrait-elle donc plus du fait de l'offre médicale en place que de l'exercice en centre de santé ? Ces éléments pourraient concorder avec notre étude puisque ces médecins « [étaient] les seuls médecins »(E4).

Pour les jeunes médecins, la permanence des soins est une responsabilité et fait partie de leur métier. Ils sont d'ailleurs plus impliqués que leurs aînés dans cette mission (14). Néanmoins, ils envisagent leur participation de façon modérée et dans un système bien organisé (29, 30, 60). Dans l'étude sur les mutations de la médecine générale, 39% des jeunes médecins ne sont pas opposés à une participation obligatoire au tour de garde (49). L'obligation de participer à la permanence des soins ne serait pas nécessairement un frein en soi. Cependant, le manque de précision dans les possibilités des médecins de s'impliquer dans la permanence des soins peut constituer un frein. L'application du décret relatif au financement de cette mission permettra sans doute de clarifier la situation.

3. Rémunération: un atout ?

Le niveau de la rémunération ne sera pas détaillé puisqu'il est jugé secondaire dans le choix professionnel des jeunes médecins. De plus, tenter une comparaison des revenus des médecins exerçant en centres de santé avec des rémunérations libérales semble hasardeux. En effet, même si le rapport de la DREES fait état de revenus des médecins libéraux supérieurs à ceux des professionnels salariés, il ne tient pas compte du temps de travail effectif (71). Par ailleurs, dans notre étude, certains médecins avaient pu négocier et conserver « *la rémunération qu'[ils] avai[ent] à titre libéral* »(E4), tandis que d'autres avaient accepté d'être « *moins bien payé[s] en salariat* »(E10) « *en contrepartie [d']un confort de travail* »(E11) et d'une qualité de vie.

Aborder les modalités de rémunération en centre de santé semble en revanche plus pertinent.

Dans notre travail, certains médecins avaient une rémunération fixe et appréciaient de ne pas « *être poussé[s] à l'acte* »(E3). Cette rémunération pouvait parfois s'adapter au temps de travail effectif sous forme d'heures supplémentaires. Ce dernier point semble particulièrement intéressant pour les jeunes médecins puisqu'il permettait de revaloriser financièrement le temps passé à « *faire de la paperasse* »(E10).

D'autres en revanche bénéficiaient d'une rémunération variable en fonction de leur activité, qu'ils considéraient parfois comme une « *prime de rendement* »(E9) qui leur « *pend[ait] au nez ou au porte-monnaie* »(E9).

Cette rémunération à l'activité est retrouvée dans d'autres études sur les centres de santé (34, 37, 46). Elles mentionnent ainsi que le salaire fixe a longtemps été la règle mais que de nombreux gestionnaires ont modifié le mode de rémunération pour des raisons d'équilibre financier. Une part variable en fonction du nombre d'actes effectués voire une rémunération intégralement calculée sur le nombre d'actes ont ainsi été instaurées. D'un côté, la rémunération à l'activité permet de répondre aux craintes des jeunes médecins quant aux « dérives paresseuses » potentiellement induites par le salariat (61). Le salariat est en effet souvent associé à un manque d'incitation à l'effort (72). Une rémunération dépendant de l'activité permettrait ainsi de valoriser la charge de travail accomplie. D'un autre côté, cette évolution est décriée par les défenseurs du modèle social des centres par peur de dérives, notamment la limitation du temps consacré aux dossiers complexes et à la coordination. Elle crée ainsi un éloignement des valeurs fondatrices des centres qui sont basées sur une « médecine décommercialisée » « supprimant les rapports d'argent entre le médecin et le malade » (33, 37). L'approche quantitative et la réduction du temps consacré aux patients induites par le paiement à l'acte sont d'ailleurs déplorées par certains médecins libéraux (73).

Selon le rapport de l'IGAS, la rémunération corrélée à l'activité dans les centres de santé risque de devenir la règle. En effet, à partir de différentes études, des critères de bonne gestion des centres ont été établis et la rémunération du personnel soignant en fonction de leur activité a fait l'unanimité. Pour les médecins généralistes, une rémunération égale à 40% des actes a été évoquée (+10% de congés payés et 3% du montant de l'option de coordination) ainsi que d'autres solutions mixtes (rémunération fixe associée à une part variable en fonction de l'activité ou rémunération à l'acte assortie d'un forfait temps de réunion). Cependant, le rapport signale que « si la rémunération à l'activité est légitime, elle risque aussi de conduire à des niveaux de rémunération peu élevés et donc peu incitatifs. Un équilibre doit donc être trouvé » (37).

La diversification des modes de rémunération est largement souhaitée par les jeunes médecins. Faire évoluer les modes de rémunération dans les centres de santé semble donc répondre à leurs attentes, sauf dans le cas d'une rémunération entièrement à l'acte. En effet, ils jugent le paiement à l'acte exclusif inadapté aux missions de coordination et de santé publique dans lesquelles ils souhaitent s'investir (29, 54).

B. Autres éléments de réponse

1. Les contrats: vers une harmonisation ?

En tant que salariés, les médecins sont liés aux centres de santé par un contrat de travail. Les contrats et les statuts diffèrent selon les organismes qui emploient les médecins, ce qui a été confirmé dans notre travail (E8: « *On est omnipraticien en centre de santé minier* » ; E3: « *c'est la grille des médecins territoriaux* »). Certains médecins signalaient le caractère « *un peu bâtard* »(E11) et « *un peu bizarre exceptionnel* »(E5) de leur statut. Apparemment l'exercice en centre de santé ne semble correspondre à aucun cadre consensuel tant les statuts des médecins, leur cadre de travail et leur rémunération diffèrent selon les centres. Une harmonisation des statuts serait probablement souhaitable pour rendre ce mode d'exercice plus facile à appréhender, notamment par les jeunes médecins habitués au statut hospitalier bien défini. C'est ce que semble suggérer le Dr Eric May dans cette interrogation: « comment "séduire" les professionnels de santé, les convaincre de rejoindre les centres, à venir y exercer, et à en faire les (pro)moteurs des centres de santé d'aujourd'hui et de demain ? En quoi le contrat peut intervenir dans la motivation du professionnel au moment du choix ? ». Il propose ainsi l'élaboration d'un contrat type commun à l'ensemble des structures mais souligne que « ce n'est pas sans poser des problèmes pour tenter de faire avancer auprès des gestionnaires l'idée de construire en concertation avec les professionnels soignants un statut des praticiens ambulatoires salariés commun » (33).

Un autre point important soulevé par certains médecins de notre enquête était la précarité de certains contrats notamment en termes de sécurité de l'emploi et de protection sociale (E11: « *nos statuts étant assez précaires* »).

Pour exemple, dans la fonction publique territoriale, les médecins exerçant en centre de santé sont recrutés au titre d'agents non titulaires car il n'existe aucun cadre d'emploi correspondant. Contrairement aux agents titulaires recrutés sur concours, la garantie de leur emploi n'est assurée qu'avec un contrat à durée indéterminée (CDI). Ce dernier autorise une réévaluation de la rémunération mais les modalités d'évolution salariale sont soumises à la décision de l'employeur. De plus, le passage en CDI (qui n'est pas systématique) ne peut s'effectuer qu'après 2 contrats à durée déterminée de 3 ans (33).

La précarité de l'emploi potentiellement induite par ce type de contrat représenterait-elle un frein à l'exercice en centre de santé pour les jeunes médecins ? A l'ère où la balance entre demande et offre de soins est clairement à leur avantage, la sécurité de l'emploi ne se discute pas vraiment. D'un autre côté, ce type de contrat conférerait une certaine souplesse dans l'engagement du médecin qui était « *libre[s] de repartir si ça [ne convenait] pas* »(E5). Plusieurs études évoquent la peur de l'engagement définitif des jeunes médecins qui ont une vision négative de la stabilisation sociale ou professionnelle définitive (61, 74). L'installation est une étape difficile à franchir et parfois perçue comme « une aliénation aux patients pour plusieurs décennies » (73). En ce sens, ce type de contrat serait donc attractif pour ces jeunes médecins mais cette absence de réel engagement n'est-elle pas un risque pour la pérennité de la structure puisqu'« *il faut que tout le monde s'engage sur le long terme* »(E9)?

La précarité sociale des contrats a par ailleurs été évoquée par un médecin tandis qu'une autre pensait être « *bien protégé[e]* »(E9). Les garanties sociales semblent donc liées au type de contrat. Pourtant un des principaux éléments qui rend le salariat attractif auprès des jeunes médecins est la meilleure protection sociale que ce mode d'exercice est censé garantir. En effet avec la féminisation croissante de la médecine, une bonne couverture sociale - notamment en terme de maternité - est essentielle. La couverture maternité n'a pas été évoquée par nos femmes médecins. Dans son rapport, E.Hubert juge la couverture maternité du régime salarié plus avantageuse que celle du régime libéral. En effet, l'allocation forfaitaire de repos maternel et les indemnités journalières versées dans le cadre de l'exercice libéral, n'étant pas indexées sur les revenus, couvrent insuffisamment les charges des médecins installés ayant une forte activité (12, 75). En ce qui concerne la couverture maladie, un médecin salarié perçoit des indemnités journalières de l'Assurance Maladie après un délai de carence de 3 jours. Un médecin libéral reçoit ces indemnités de la CARMF à partir du 91^{ème} jour, ce qui nécessite souvent de recourir à une assurance complémentaire. Le CNOM précise qu'en cas de « *modèle hospitalier* »(E10), les montants et délais d'indemnisation en cas de maladie varient selon le statut (assistant, praticien contractuel ou titulaire...) et nécessitent souvent de recourir à une assurance complémentaire pour garantir le revenu (76, 77).

Le niveau de protection sociale notamment en cas de maladie semble donc lié au statut du médecin.

En conclusion, les statuts et contrats actuellement très hétérogènes selon les centres de santé doivent être harmonisés pour être plus attractifs auprès des jeunes médecins.

2. L'avènement du tiers payant généralisé

Le tiers payant généralisé est un sujet d'actualité puisque le 15 avril 2015 a été adopté par l'Assemblée Nationale le projet de loi de modernisation du système de santé français. L'article 18 vise à généraliser le tiers payant à tous les patients et le rendre obligatoire pour les professionnels de santé. Ce tiers payant s'effectuera sur la part obligatoire et complémentaire (tiers payant intégral) (78).

Cette généralisation future est source d'opposition chez les médecins libéraux qui craignent une surcharge de travail voire un surcoût liés aux difficultés de gestion du paiement notamment en cas de tiers payant intégral (78, 79, 80). Ces difficultés sont d'ailleurs pointées du doigt par les différents syndicats de médecins qui craignent par ailleurs une perte d'autonomie vis-à-vis de l'Assurance Maladie (78).

Dans la thèse de Julien Amar, les médecins voient ces difficultés logistiques et techniques comme un réel frein à la généralisation et à l'application du tiers payant. Ils envisagent comme seule possibilité pour y faire face de devoir faire l'impasse sur les impayés ou de déléguer cette tâche (à l'origine d'un surcoût) (79).

A l'heure actuelle, le tiers payant représente 34,9% des actes de médecine libérale (81).

Le rapport de l'IGAS met en évidence que le surcoût lié au tiers payant ne concernerait que l'étape du paiement. Les risques pour les professionnels concerneraient alors leur trésorerie en cas de retard de paiement, la perte financière en cas d'absence de droits, et une charge administrative supplémentaire. Il ressort par ailleurs de ce rapport que ces risques sont surtout présents en cas de tiers payant intégral dont la pratique demeure « fastidieuse » et « marginale » (81). En effet, le fonctionnement du tiers payant sur la part obligatoire semble désormais stabilisé et génère peu de craintes chez les professionnels (78, 79, 81). Les centres de santé, par la convention signée avec l'Assurance Maladie, sont soumis à l'obligation de tiers payant au moins sur la part obligatoire. Certains centres pratiquent le tiers payant intégral en fonction des conventions signées avec les organismes de mutuelles. Dans l'étude RBC, le coût moyen du tiers payant dans 18 centres de santé parisiens a été évalué à 4,38 euros par acte, et le taux de rejets à 10,11% dont 2% d'impayés. Ce taux de rejet est responsable d'une charge administrative supplémentaire et le pourcentage d'impayés participe au déséquilibre financier des centres (46). L'observatoire du tiers payant estime à partir de l'étude Réfêris un coût du tiers payant à 28,51% des actes (82).

Le tiers payant ayant été spontanément abordé lors des premiers entretiens, ce sujet a été exploré pour essayer d'en apprécier l'impact. Dans notre étude, sa « *facturation [...] plus complexe* »(E4) empêchait de se « *lanc[er] dans le tiers payant mutuel* »(E4), et impactait le temps de soin des médecins qui en avaient la charge (E4: « *la facturation et l'encaissement, ça me prend 40 minutes par jour* »). La gestion du tiers payant représentait par ailleurs « *[un] bordel monstrueux* »(E10) et « *un travail énorme* »(E7) alors même qu'elle n'était pas assumée par les médecins. Les « *pertes euh... technologiques* »(E4) majorées en cas de tiers payant intégral représentaient « *un manque à gagner* »(E11) pour les centres. Ces éléments peuvent en partie expliquer pourquoi certains centres dérogeaient à l'obligation du tiers payant et « *ne le fai[saient] pas systématiquement à tous les patients* »(E8). Nos résultats semblent donc concorder avec la littérature et semblent justifier les craintes émises par les médecins libéraux. Les difficultés du tiers payant en particulier intégral semblent bien réelles et des évolutions pour en limiter l'impact sont à prévoir (81). Se pourrait-il que sa généralisation constitue un frein supplémentaire à l'installation libérale, notamment pour les jeunes médecins soucieux de se libérer des contraintes administratives et financières ? L'exercice en centre de santé permettant de s'en décharger semble à ce sujet attractif.

C. Thèmes à développer

1. Prévention du burn out

Certains médecins étaient « *intiment convaincu[s] là par contre que ça le [prévenait] de travailler en centre de santé* »(E8). Nos résultats ne nous permettent pas de répondre à cette question. En effet, certains médecins n'« *[avaient] jamais été aussi content de [leurs] conditions d'exercice* »(E3) alors que d'autres ne « *[savaient] pas depuis quand [ils] en [avaient] marre* »(E9). Une recherche exhaustive de la littérature n'a pas été réalisée mais dans sa thèse, Sandie Cotard démontre que l'exercice salarié est associé à une meilleure qualité de vie sur le plan de la santé mais un plus grand risque d'épuisement professionnel par manque de liberté de décision (83). Son échantillon étant constitué d'un nombre important de médecins urgentistes et de praticiens hospitaliers, des nuances doivent être apportées à ces résultats. Il serait intéressant d'effectuer des études complémentaires à ce sujet.

2. Relations avec le milieu libéral

Le risque de « *problèmes relationnels avec d'autres confrères [libéraux]* »(E6) constituait un frein potentiel au développement des centres de santé. Cependant, dans notre étude, « *[le] centre [avait] été vraiment le bienvenu* »(E10) et certains médecins « *remercié[s] d'être venu* »(E3). Interroger des médecins généralistes libéraux à ce sujet paraît également intéressant.

3. Qualité des soins

Certains médecins de notre étude appréciaient « *la qualité des soins qu'[ils] [pouvaient] procurer* »(E3). L'exercice en centre de santé leur permettait de « *[prendre] [leurs] distances par rapport à l'acte* »(E1). De plus, ils n'avaient pas la « *pression chronométrique* »(E1) et pouvaient « *passer plus de temps sur certaines situations* »(E3). Comme il a déjà été souligné précédemment, la prise de distance à l'acte ne concernait pas tous les médecins. De même, certains médecins se voyaient imposer un rythme de travail. La « *médecine de qualité* »(E6) ainsi évoquée doit-elle être remise en cause ? D'autres études pourraient permettre d'appréhender cette problématique.

CONCLUSION

Les pouvoirs publics encouragent l'exercice regroupé concernant les soins de premier recours. Notre travail a donc voulu s'intéresser aux médecins généralistes exerçant en centre de santé afin de faire découvrir ce mode d'exercice peu connu et le mettre en perspective avec les attentes professionnelles des jeunes médecins.

Un premier élément qui ressort de notre étude est la grande hétérogénéité de l'exercice en centre de santé. Cette diversité fait sa force, chacun pouvant y trouver un élément de satisfaction, mais aussi sa faiblesse car elle empêche de répondre fermement à la problématique posée.

Dans les centres de santé, les possibilités de travail en équipe coordonnée et de diversification de l'exercice sont une réponse aux attentes des jeunes médecins.

De plus, le salariat offre certains avantages. Il met à disposition une structure de travail. Il permet également aux médecins de se recentrer sur leur pratique médicale en réduisant l'activité administrative, même si ce point peut être encore amélioré. La décharge des contraintes de gestion sera en particulier un atout majeur à l'ère du tiers payant généralisé.

Néanmoins, le statut de salarié peut restreindre le degré d'autonomie des médecins en ce qui concerne l'organisation globale de leur travail. Il peut avoir un impact sur l'implication dans la permanence des soins même si sur ce point des évolutions prochaines sont attendues. Enfin, il ne semble pas non plus toujours garantir la maîtrise du temps de travail ni l'équilibre avec la vie privée.

Par ailleurs, les enjeux financiers qui pèsent sur les centres semblent également retentir sur l'attractivité de ce mode d'exercice. En effet, ils peuvent limiter l'équipement de la structure et conditionner le mode de rémunération des médecins qui tend parfois vers la rémunération à l'acte pourtant décriée. Enfin, ces enjeux peuvent exercer une certaine pression sur les médecins notamment en leur fixant des objectifs de rentabilité.

La restructuration du modèle économique des centres semble donc capitale pour le rendre plus attractif auprès des jeunes médecins. La renégociation de l'accord national survenue le 8 juillet dernier apportera probablement des éléments de réponse.

Enfin, créer un statut spécifique de médecin de centre de santé permettrait probablement de rendre ce mode d'exercice plus facile à appréhender pour les jeunes médecins parmi les différentes opportunités qui s'offrent à eux.

Finalement, si l'exercice en centre de santé semble attractif par certains côtés, il ne constitue pas non plus un modèle parfait, mais ce modèle existe-t-il réellement ?

Deux solutions peuvent être envisagées pour l'avenir :

- Soutenir la diversification de l'offre de soins en direction des centres de santé qui, malgré leurs imperfections, apportent certaines réponses aux attentes des jeunes médecins.
- Poursuivre les efforts engagés pour redéfinir l'exercice libéral de la médecine générale.

ANNEXES

- **ANNEXE 1: Premier mail adressé aux centres**

Ericka Grostabussiat
125 avenue de Paris 79000 Niort
06 88 06 31 12
erickats@hotmail.fr

Niort, le 15/04/15

Chers confrères,

Médecin généraliste remplaçante, je me permets de vous solliciter dans le cadre de mon travail de thèse.

Celui-ci porte sur les médecins généralistes exerçant en centre de santé: l'objectif est d'apprécier leurs conditions d'exercice et leur ressenti, et en quoi ce mode de travail pourrait être une solution d'avenir dans l'offre de soins de premiers recours.

Je serais ravie de pouvoir discuter de mon projet avec vous: à cette fin, pourrions-nous convenir en premier lieu d'un échange téléphonique, à un moment qui vous convient?

Bien confraternellement.

Mlle Grostabussiat Ericka.

- **ANNEXE 2: Second mail adressé aux centres**

Ericka Grostabussiat
125 avenue de Paris 79000 Niort
06 88 06 31 12
erickats@hotmail.fr

Niort, le 30/04/15

Chers confrères,

Je me permets de vous réécrire pour vous parler un peu plus en détail de ma thèse. Celle-ci, comme je vous l'ai signalé, s'intéresse exclusivement aux médecins généralistes exerçant en centres de santé. En effet, au cours de mes recherches, je me suis aperçue que cette population de médecins était très peu (voire jamais) étudiée en tant que telle, souvent noyée dans un groupe inhomogène de médecins généralistes "salariés non hospitaliers". De même, les centres de santé sont peu connus, y compris parmi les médecins (notamment la jeune génération). Pourtant, dans une parution de novembre 2014, il est fait état de 398 cantons où il serait licite de les implanter, et Marisol Touraine a fait part de sa volonté de "conforter les centres de santé" dans son pacte territoire-santé. Avec la tendance actuelle au regroupement des médecins, il me paraissait intéressant de "faire entendre la voix" des médecins généralistes des centres de santé, connaître leur mode d'exercice et leur ressenti. Pour cela, je réalise une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Ces entretiens durent environ 30 à 45min et sont enregistrés afin de pouvoir être retranscrits intégralement. Ils sont rendus anonymes, analysés puis détruits. Je ne vous cache pas que mon échantillon étant restreint (que ce soit en Pays de La Loire ou même l'Ouest de la France), chacune de vos participations compte énormément pour moi. Je suis motivée et prête à me déplacer dans toute la région pour réaliser mes entretiens, à l'endroit et aux horaires qui vous conviennent. Bien sûr, sans vous, ce projet ne peut aboutir.

Merci pour votre réponse.

Bien confraternellement.

Mlle Grostabussiat Ericka.

• **ANNEXE 3: Guide d'entretien**

1) Choix de carrière

Pouvez-vous me raconter comment vous en êtes venu à exercer ici ?

Quels facteurs ont influencé votre choix ?

Quelles ont été vos motivations ? Vos craintes ?

2) Conditions de travail et pratiques professionnelles

Pouvez-vous me raconter votre dernière journée de travail ? Comment se déroule le reste de la semaine ?

En quoi consiste exactement votre exercice en centre de santé ?

Pouvez-vous me parler de vos conditions de travail ?

Qu'est-ce que ça change en pratique d'exercer en centre de santé ?

3) Vie personnelle et familiale

Pouvez-vous me dire quel est l'impact de votre exercice en centre de santé sur votre vie personnelle et familiale ?

Comment conciliez-vous vie privée et vie professionnelle ?

Que pense votre famille de votre exercice en centre de santé ?

4) Avenir

Comment envisagez-vous votre exercice dans l'avenir ?

Que pensez-vous de ce mode d'exercice dans l'offre de soins de premier recours ?

Pensez-vous que ce mode d'exercice peut répondre à la désertification médicale? Aux attentes des jeunes médecins ?

Avez-vous des choses à ajouter ?

5) Présentation de l'enquête

- Sexe, âge
- Situation familiale
- Origine géographique, région d'études
- Temps de travail=temps plein, partiel. Nombre d'heures travaillées par semaines, nombre de congés par an.
- Années travaillées en centre de santé

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Breton-Lerouillois G, Ordre national des médecins. Conseil national. **Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2015**. Rault J-F, éditeur. Paris, France: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2015.
2. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. **La démographie à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales**. Etudes et Résultats [Internet]. 2009 [cité 28 jan 2015];(679):1-8. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
3. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J. **L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération**. Questions d'économie de la santé [Internet]. 2013 [cité 28 jan 2015]; (189):1-6. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/189-l-impact-du-regroupement-pluriprofessionnel-sur-l-offre-de-soins.pdf>
4. Juilhard JM, Crochemore B, Touba A, Vallancien G. **Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement** [Internet]. 2009 [cité 25 jan 2015] p.52. Disponible sur: http://www.territoires-haute-normandie.net/iso_album/rapport_maison_de_sante_01_2010.pdf
5. Vignerot E. **Les Centres de Santé. Une géographie rétro-prospective**. Paris: FEHAP; 2014.
6. **Lancement du « Pacte Territoire-Santé » Discours de Marisol Touraine**. déc 2012 [Internet]. [cité 14 avril 2015]. Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/lancement-du-pacte-territoire,15465.html>
7. Maurey H. **Déserts médicaux: agir vraiment** [Internet]. Sénat; 2013 [cité 14 avril 2015] p.133. Report No 335. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>
8. Le Breton-Lerouillois G. **Atlas de la Démographie Médicale en France. Situation au 1er janvier 2014** [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; [cité 16 jan 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

9. Bachelet M, avec la collaboration du Centre national de gestion. **Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales.** Etudes et Résultats [Internet]. 2014 [cité 19 jan 2015]; (894):1-6. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/24799>
10. Lefèvre JH, Karila L, Kernéis S, Fiessinger J-N, Rouprêt M. **Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1 870 externes français.** La Presse Médicale. 2010;39(3):e58-65.
11. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). **Le rapport 2006-2007, Tome 1: la Médecine Générale.** Paris: La Documentation française; 2008.
12. Hubert E, Picard S, Imbaud D. **Mission de concertation sur la médecine de proximité.** Paris: Présidence de la République [Internet]. 2010 [cité 19 jan 2015]; Disponible sur: http://www.fregif.org/docs/institutions/rapport_hubert_medecine-de-proximite-170-298.pdf
13. ORS Aquitaine. **Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux: synthèse de la littérature** [Internet]. Conseil régional d'Aquitaine; déc 2011 [cité 14 avril 2015] p.8. Disponible sur: http://ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa?task=callelement&format=raw&item_id=892&element=afc34fd5-98af-4f44-9404-6169de4221c5&method=download
14. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. **Les emplois du temps des médecins généralistes.** Études et Résultats. 2012;797:1-8.
15. CAREPS. **Trois études sur la féminisation de la profession médicale. Synthèse** [Internet]. URML Rhône-Alpes; jan 2005 [cité 14 avril 2015]. Disponible sur: http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/ETUDES_FEMINISATION.pdf
16. Legmann M. **Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale** [Internet]. avril 2010 [cité 14 avril 2015]. Disponible sur: <http://www.aeeibo.com/Rapportunnouveaumodelemedecineliberalevril2010.html?dl=1>
17. Mélenec L. **Le Médecin salarié.** Paris: Masson; 1998.
18. PAPS Ile de France: **La médecine salariée - Généralités** [Internet]. [cité 16 fév 2015]. Disponible sur: <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/La-medecine-salariee-General.146411.0.html>

19. CNOM. **Code de déontologie médicale** [Internet]. 2012 [cité 16 fév 2015]. Disponible sur:
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
20. Haehnel P. **Lieux et modes d'exercice**. Actualité et dossier en santé publique. 2000;(32):33-47.
21. **La formation des salariés : principes généraux** [Internet]. [cité 21 avril 2015]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/formation-professionnelle,118/la-formation-des-salaries,1068.html>
22. **Le congé individuel de formation** [Internet]. [cité 21 avril 2015]. Disponible sur: <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/formation-professionnelle,118/le-conge-individuel-de-formation,1070.html>
23. **Compte personnel de formation (CPF)** [Internet]. [cité 21 avril 2015]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10705.xhtml>
24. **Code de la santé publique - Article L4130-1**. Code de la santé publique.
25. Collin C, Barlet M, Bigard M, Lévy D. **Offre de soins de premier recours: proximité ne rime pas toujours avec accessibilité**. Etudes et Résultats [Internet]. 2012 [cité 19 jan 2015];(817):1-4. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/14682>
26. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. **L'accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux**. Études et résultats [Internet]. 2012 [cité 19 jan 2015];(795):1-8. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er795.pdf>
27. Bonnefoy V, Gicquaud N, Poupon M, Sémécurbe F. **Accès aux soins de premier recours dans les Pays de la Loire: renforcer l'offre dans les territoires fragiles**. Etude [Internet]. 2013 [cité 15 fév 2015];(124):1-4. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/etudes/etude124/etude124.pdf
28. ORS Pays de la Loire, URML Pays de la Loire. **Les médecins généralistes face au défi de l'actualisation des connaissances et des pratiques et à la question des modes de rémunération. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 3 Pays de la Loire**. [Internet]. oct 2009 [cité 16 fév 2015] p.20. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2009panel1_v3_rapport.pdf

29. ISNAR-IMG. **Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale** [Internet]. avril 2011 [cité 13 avril 2015] p.30. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf
30. CNOM. **Rapport de la commission jeunes médecins** [Internet]. juin 2007 [cité 13 avril 2015] p.25. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/commissionjeunesmedecins2007.pdf>
31. Colin MP, Acker D. **Les centres de santé : une histoire, un avenir**. Santé Publique. 2009;21:57-65.
32. Lesiour A. **Les centres de santé municipaux. Passé, présent, perspectives** [Internet]. CNLCS; 2003 [cité 1 fév 2015]. Disponible sur: <http://www.formationcitoyennete.org/IMG/pdf/A.Lesiour.pdf>
33. Sous la direction de Michel Limousin. **Les centres de santé en mouvement**. Nouvelle édition augmentée. Pantin: Le Temps des Cerises; 2012.
34. Acker D. **Rapport sur les centres de santé** [Internet]. Paris: Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007 [cité 11 fév 2015];57. Disponible sur: http://fncs.org/medias/pdfs/Rapport_Acker_Lien5.pdf
35. **Code de la santé publique - Article L6323-1**. Code de la santé publique.
36. RNOGCS. **Les centres de santé. Place et avenir dans le système de santé français** [Internet]. 2006 [cité 25 jan 2015]. Disponible sur: <http://www.uriopss-picardie.asso.fr/resources/trco/documents/reprise/D8355.pdf>
37. Georges P, Waquet C, Part J. **Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain** [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; juil 2013 [cité 1 fév 2015]. Report No: RM2013-119P. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf
38. Sicart D. **Les médecins au 1er janvier 2013** [Internet]. DREES; avril 2013 [cité 18 fév 2015] p.150. Report No: 179. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat179.pdf>
39. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. **Instruction N° DGOS/PF3/DREES/DMSI/2013/402 du 19 décembre 2013 relative à l'enregistrement des centres de santé dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS)** [Internet]. [cité 31 mars 2015]. Disponible sur: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/12/cir_37774.pdf

40. Lerouge J, Taha A, Renard V. **Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2013** [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants; juin 2014 [cité 16 avril 2015]. Disponible sur:
http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf
41. **Décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins dans les centres de santé** | Legifrance [Internet]. [cité 14 avril 2015]. Disponible sur:
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/1/27/AFSH1421678D/jo>
42. Ministère de la santé de la, de la famille et des personnes handicapées. **Avis portant approbation de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie** [Internet]. 2003 [cité 1 fév 2015]. Disponible sur:
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Conv_centres_sante.pdf
43. Direction générale de l'offre de soins. **Guide méthodologique relatif à la circulation au sein des centres et des maisons de santé, des informations concernant la santé des patients** [Internet]. Ministère chargé de la santé; 2012 [cité 26 mars 2015]. Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodo_circulation_infos_22_11_12.pdf
44. Haute Autorité de Santé. **Une démarche d'amélioration de la qualité. L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé** [Internet]. 2007 [cité 26 mars 2015]. Disponible sur:
<http://www.lescentresdesante.com/IMG/pdf/exocoord.pdf>
45. Afrite A, Bourgueil Y, Dufournet M, Mousquès J. **Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires?** Questions d'économie de la santé [Internet]. 2011 [cité 26 mars 2015];(165):1-8. Disponible sur:
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>
46. Richard Bouton Consultants, Alain Coulomb Consultant. **La place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne. Etude portant sur 18 centres de santé.** [Internet]. Paris: Ville de Paris et CPAM de Paris; fév 2010 [cité 2 avril 2015] p.57. Disponible sur:
http://www.apima.org/img_bronner/Synthese_Offre_de_soins_Parisienne.pdf
47. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. **Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans.** [Internet]. CNOM; 2006 [cité 14 avril 2015]. Disponible sur:
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisationsociologie.pdf>

48. Milliasseau E. **Conditions d'exercice et degré de satisfaction à l'installation libérale des jeunes médecins généralistes: à propos d'une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes installés depuis moins de 5 ans en région Rhône-Alpes** [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010.
49. CAREPS. **Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes** [Internet]. URML Rhône-Alpes; fév 2005 [cité 14 avril 2015]. Report No: 488. Disponible sur: http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/MUTATIONS_MED_GENE1199268760529.pdf
50. BVA. **Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel** [Internet]. CNOM; mars 2007 [cité 13 avril 2015] p.37. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf>
51. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Guillaumat-Tailliet F. **L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises.** *Etudes et Résultats*. [Internet]. 2007 [cité le 14 avril 2015];(610):1-8. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2007panel_v1_er610.pdf
52. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. **La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé** [Internet]. 2010 [cité 14 avril 2015];(157):1-6. Disponible sur: <http://www.egora.com/sites/default/files/Qes157.pdf>
53. Monfort A. **Satisfaction des internes de Médecine Générale: étude qualitative par entretiens semi-dirigés** [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2013.
54. Aubertin B. **Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes: enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse** [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2008.
55. Micheau J, Molière E, Plein Sens. **L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail.** *Dossiers Solidarité et Santé* [Internet]. 2010 [cité 26 jan 2015];(15):1-15. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13387/1/article201015.pdf>
56. Levasseur G, Mari C, Schweyer F-X. **L'installation des jeunes médecins généralistes. Un accompagnement est-il possible?** *Les Dossiers de l'URCAM Bretagne* [Internet]. 2006 [cité 14 avril 2015];(25):1-6. Disponible sur: http://www.bretagne.paps.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/PAPS/Exercice_coordonne_ou_regroupe/La_demarche/Dossier_Urcam_n_25_relookee.pdf

57. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. **Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles.** Questions d'économie de la santé [Internet]. 2009 [cité 14 avril 2015];(144):1-8. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
58. Augros S. **Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes: étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011** [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
59. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. **Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012.** Santé Publique. 2014; 26:65-74.
60. Dory V, Pouchain D, Beaulieu MD, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, et al. **La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes.** Exercer. 2009;20(85):4-7.
61. Coliche T, Noel G. **Quels sont les déterminants à la 1ère installation en médecine générale?: étude qualitative de médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du Nord-Pas-de-Calais** [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
62. Husson A. **Le jeune médecin généraliste remplaçant en France: éternellement nomade?: Enquête nationale descriptive réalisée en novembre 2011 par questionnaire en ligne** [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2012.
63. Hurier H. **Déclin de l'exercice libéral de la médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes salariés picards** [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
64. Insee - **Définitions et méthodes - Espace rural** [Internet]. [cité 7 juil 2015]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-rural.htm>
65. Thiebaut M. **Médecine générale et rythme de travail: impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural** [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2003.
66. Niel X, Vilain A. **Le temps de travail des médecins: l'impact des évolutions sociodémographiques.** Etudes et Résultats [Internet]. 2001 [cité 14 avril 2015];(114):1-8. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er114.pdf>

67. **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 59.** 2009-879 juill 21, 2009.
68. **Le Développement Professionnel Continu et les centres de santé** - Les Centres de Santé [Internet]. [cité 16 août 2015]. Disponible sur:
<http://www.lescentresdesante.com/article244.html>
69. Cour des comptes. **Chapitre XII. La permanence des soins.** [Internet]. Sécurité sociale; sept 2013 [cité 16 août 2015] p.29. Disponible sur:
https://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/file/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf
70. CNOM. **La permanence des soins. Etat des lieux au 1er janvier 2015** [Internet]. 2015 [cité 16 août 2015]. Disponible sur:
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>
71. Attal-Toubert K, Legendre N. **Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres.** Etudes et Résultats [Internet]. 2007 [cité 20 jan 2015];(578):1-8. Disponible sur:
http://urpsmla.org/IMG/pdf/Site_No186_er578.pdf
72. Albouy V, Déprez M. **Mode de rémunération des médecins.** Economie et prévision. 2009;2(188):131-9.
73. BVA. **Le rôle et la place du médecin généraliste en France.** Académie nationale de médecine, Sénat; fév 2008 p.81.
74. Bloy G. **Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste ... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010).** [Internet]. DREES; fév 2011 [cité 26 jan 2015]. Report No: 104. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf>
75. Geffroy M, Baron C, Moulévrier P, Bouquet É, Fanello S. **Les femmes médecins généralistes et leur grossesse Une enquête qualitative en Pays-de-la-Loire.** Médecine. [Internet]. 2010 [cité le 7 déc 2014];6(5):236-40. Disponible sur:
http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/les_femmes_medecins_generalistes_et_leur_grossesse_une_enquete_qualitative_en_pays_de_la_loire_284880/article.phtml?tab=texte
76. ameli.fr - **Vous êtes en arrêt de travail pour maladie** [Internet]. [cité 18 août 2015]. Disponible sur:
<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/vous-etes-en-arret-de-travail-pour-maladie/salarie-vos-indemnites-journalieres.php>

77. **Maladie** | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 18 août 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/arret-de-travail-1246>
78. Raginel T, Ruelle Y, Saint-Lary O, Cartier T. **Perspectives sur le tiers payant en médecine générale**. Exercer. 2015;26(120):166-75.
79. Amar J. **Tiers payant: État des lieux sur son application et avis sur sa généralisation. A partir d'une enquête informatique auprès de 4 208 médecins** [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg. Faculté de médecine; 2014.
80. Chauvin B. **Représentations des médecins généralistes libéraux sur la généralisation du tiers payant: étude qualitative** [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2014.
81. Marie E, Roger J. **Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville** [Internet]. Inspection Générale des Affaires Sociales; juil 2013 [cité 18 août 2015]. Report No: RM2013-143P. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-143P_Tiers_payant_DEF.pdf
82. **Combien coûte le tiers payant généralisé ?** [Internet]. Observatoire du tiers payant. [cité 27 août 2015]. Disponible sur: <http://tiers-payant.org/blog/2014/11/combien-coute-tiers-payant-generalise>
83. Cotard S. **L'exercice salarié est-il associé à une meilleure qualité de vie que l'exercice libéral?: Etude auprès d'un échantillon de médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine** [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Titre de Thèse**Les Centres de Santé:****Une réponse aux attentes professionnelles des jeunes médecins ?**

RESUME

Introduction: Les centres de santé sont des structures d'exercice regroupé et salarié qui dispensent des soins de premier recours. Dans un contexte de pénurie de l'offre de soins, ces structures sont potentiellement appelées à se développer. Notre travail s'intéresse à ce mode d'exercice afin de savoir s'il peut répondre aux attentes professionnelles des jeunes médecins généralistes.

Matériel et méthodes: Une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 12 médecins généralistes exerçant en centre de santé en Pays de la Loire.

Résultats: Qu'ils soient soumis aux 35 heures ou au régime des cadres, les médecins salariés ne maîtrisaient pas toujours leur temps de travail, d'où une conciliation avec leur vie privée très variable. Le salariat proposait divers modes de rémunération, fixe ou liée à l'activité. Les médecins avaient à leur disposition une structure de travail mais les moyens alloués dépendaient de restrictions budgétaires plus ou moins importantes. La décharge des contraintes de gestion et dans certains cas de tâches administratives leur permettait de se recentrer sur leur pratique médicale. Soumis à une hiérarchie, ils pouvaient avoir des directives à suivre et des objectifs de rentabilité sans toutefois d'impact sur leur indépendance professionnelle. Les médecins étaient intégrés au sein de différentes équipes et exerçaient de manière coordonnée. Enfin, ils pouvaient diversifier leur exercice entre autres par des actions de santé publique, l'encadrement d'étudiants, ou l'accès facilité à des formations.

Conclusion: L'exercice en centre de santé est marqué par son hétérogénéité. Cette diversité est un atout fort car elle apporte des éléments de réponse aux jeunes médecins sans toutefois satisfaire toutes leurs attentes.

MOTS-CLES

Centre de santé, médecin salarié, médecine générale, soins de premier recours, exercice regroupé, coordination des soins, jeunes médecins