

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2016

N° 089

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Pauline WEISS

Née le 16 juillet 1984 à Strasbourg

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2016

**À partir du cas de l'Île d'Yeu, exemple d'évolution de l'offre de soins :
de la médecine libérale à la création d'un centre de santé.**

Président du jury : M. SENAND Rémy

Directeur de thèse : Dr. FLEURENCE José

Membres du jury : Dr. GORONFLOT Lionel, Dr. BONNAUD Christian

REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer ma gratitude à Monsieur Rémy SENAND pour m'avoir prodigué, en tant qu'émérite universitaire, de précieux conseils quant à l'orientation de mes recherches de thèse.

Je souhaite adresser ma profonde reconnaissance au Docteur José FLEURENCE pour avoir dirigé mon travail de thèse sur le terrain, avec toute l'écoute et la finesse de jugement d'un médecin expérimenté.

Je remercie vivement toutes les personnes qui ont consacré un peu de leur temps à mes enquêtes de terrain, pour leur participation à un entretien oral ou à un questionnaire écrit :

M. Le Maire Bruno NOURY
Dr Elodie VANDOEREN
Dr Emmanuel GRAVIER
Dr Isabelle ALIX
Dr José FLEURENCE
Dr Anne GRIFFOULIERE
Dr Aimée CARRIER
M. Youen CARPO
Mme SALAUD
Mme RAMBAUD
Mme AUDOUIN

Je remercie toute l'équipe du centre de santé et de l'hôpital local de l'île d'Yeu, notamment Frédérique, Karine et Fabienne avec qui travailler était un plaisir.

Merci Popo pour tes archives sorties du grenier qui m'ont bien aidée, et aux autres habitants de l'île d'Yeu qui m'ont toujours accueillie chaleureusement.

Je remercie Léa, ma sœur, pour ses encouragements, son regard critique constructif et ses conseils avisés.

Je remercie Yann pour sa relecture et son soutien quotidien. Et Lou pour l'énergie qu'elle me donne !

Je remercie mes parents pour leur soutien affectueux tout au long de mes études.

Enfin, je remercie tous les membres du jury, et M. SENAND qui y préside, pour l'attention qu'ils portent à l'achèvement de mon travail et pour les critiques constructives qu'ils sauront y apporter.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	5
I. LES CENTRES DE SANTE AU NIVEAU NATIONAL	8
A. <i>Historique</i>	8
1. Différentes structures en prélude aux centres de santé	8
2. L'institutionnalisation des centres de santé	9
3. Les centres de santé aujourd'hui : une légitimité encore en question ?	11
B. <i>Fonctionnement administratif</i>	12
1. Cadre juridique	12
2. Epidémiologie des CDS	14
3. Activités des centres	15
4. Un exercice regroupé et coordonné	18
C. <i>Fonctionnement économique</i>	20
1. Créateurs et gestionnaires	20
2. Financeurs	20
II. LE CENTRE DE SANTE DE L'ILE D'YEU	26
A. <i>Historique médical</i>	26
1. Les débuts de la médecine	26
2. Le Docteur Robuchon	28
3. Les successeurs du Docteur Robuchon	36
4. La médecine dans les années 60-80 :	36
5. Le cabinet médical de la rue calypso. Société Civile Professionnelle	38
6. Bascule vers le salariat / les conditions d'urgence	40
7. L'offre de soins actuelle	44
B. <i>Fonctionnement administratif</i>	47
1. Les activités du centre de santé	48
2. Contrat Local de Santé	53
C. <i>Fonctionnement économique</i>	54
1. Généralités	54
2. Budget du centre de santé	56
III. SYNTHÈSE	60
A. <i>Bilan du centre de santé de l'île d'Yeu</i>	60
1. Témoignages de médecins du centre de santé	60
2. Analyse SWOT	62
3. Rapports d'audit	64
4. Analyse de la psychologue du travail	64
5. Vision de la direction	66
B. <i>Principales problématiques</i>	68
1. Manque d'effectif	68
2. Problèmes inhérents au travail en collectif	69
3. Menaces	71
4. Perspectives	72
CONCLUSION	74
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXES	77
LISTE DES ABREVIATIONS	86

INTRODUCTION

C'est à l'Ile d'Yeu, une petite île au large des côtes vendéennes, que j'ai été initiée à la pratique du métier de médecin généraliste. Affectée pour six mois au centre de santé de l'Ile d'Yeu, je réalisai mon premier « stage-praticien » en 2011, dans des conditions tout à fait intéressantes : en milieu insulaire, et dans un centre de santé, mode d'exercice dont je ne connaissais encore que le nom. Ce fut un semestre très riche et déterminant pour la suite de mon parcours professionnel.

À mon arrivée, je découvris tout d'abord une île charmante, aux paysages variés, peuplée de gens accueillants et très attachants. Je discernais aussi progressivement les particularités d'une vie insulaire : l'isolement géographique impliquant une certaine tranquillité, l'afflux touristique des mois de juillet et août et donc, une population dont les caractéristiques sociologiques (densité, âges, activités...) sont soumises à de fortes variations saisonnières.

Quant à mon expérience professionnelle, elle fut tout à fait particulière et enrichissante. Je travaillais avec plusieurs médecins, salariés du centre hospitalier le plus proche (CHLVO), et regroupés dans un centre de santé situé à Port-Joinville. Leur activité doit s'adapter à une demande de soins qui est très variable en fonction de la saison, et son exercice présente différents aspects : consultations au sein du centre de santé, visites dans les deux maisons de retraite ainsi qu'à l'hôpital local (le plus petit hôpital de France), médecin de crèche, gestion des soins d'urgence selon un roulement permettant une couverture médicale 24 heures sur 24.

En plus d'être diversifié, ce mode d'exercice présente l'avantage d'être libéré à la fois d'un bon nombre des tâches administratives, et du paiement à l'acte. On peut donc rapidement supposer que le regroupement des moyens et leur financiarisation par un organisme public libèrent dans une large mesure les praticiens de la pression économique : le salaire mensuel reste en effet le même quelque soit le nombre de patients vus dans la journée. Ces prémices ont piqué ma curiosité et m'ont menée à entamer des recherches sur les centres de santé.

En effet, plusieurs études dressent le constat que les jeunes médecins voudraient pour la plupart exercer de la médecine générale ambulatoire sans les contraintes liées à l'exercice libéral, en particulier celles des charges administratives et de la gestion financière du cabinet, principaux freins à l'installation. Le salariat en médecine générale semble donc être une réelle alternative au mode d'exercice le plus représenté actuellement. Il permet de répondre aux missions de prévention, d'éducation thérapeutique et de coordination de soins, lesquelles exigent du temps, composante qui n'est que très peu prise en compte dans le modèle économique libéral.

Or l'accord national promulgué le 19 avril 2003 définit les centres de santé comme des « *structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, ils participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers*

payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels. En lien avec la démarche curative, les centres de santé participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes » (26).

Les centres de santé, tout comme les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, offrent à la population un ensemble de services de santé de proximité en un même lieu, tant en matière de soins que de prévention. Mais les professionnels y sont salariés, et non pas libéraux comme en Maison de Santé. De plus, le tiers-payant y est obligatoire et non facultatif, ce qui facilite l'accès aux soins dans tout centre de santé.

Du temps, du travail collectif et des moyens : trois atouts qui font la spécificité des Centres de santé, créés pour offrir à tous une médecine de qualité. En ce sens, le centre de santé de l'Ile d'Yeu a été pour moi un modèle idéal d'exercice, alliant une activité médicale très diversifiée, une organisation permettant à chaque médecin de gérer sa façon de pratiquer la médecine, et de façon plus indépendante de la contrainte horaire. Il m'importe aujourd'hui de confronter mon ressenti à une analyse plus objective, afin de le conforter ou de le nuancer, de l'enrichir en tous cas d'informations qui pourront être utiles à d'autres médecins souhaitant s'inspirer d'un tel projet pour s'associer.

Plusieurs questions techniques méritent en effet d'être approfondies. Depuis sa création en 2010, comment le centre de santé de l'Ile d'Yeu est-il réellement financé ? Qu'est ce qui a motivé « la bascule » du libéral au salariat ? Quel montage juridique et financier a-t-on réalisé pour cela ?

Pour réfléchir à ces questions, j'ai dans un premier temps brossé le tableau des CDS en France, en retraçant l'histoire de leur création jusqu'aux mécanismes de fonctionnement administratif et financier actuels. Dans un second temps, suite à un historique local de la pratique médicale, c'est en interrogeant différents acteurs ayant participé de loin ou de près à la création du centre de santé de l'Ile d'Yeu, et en m'appuyant sur plusieurs rapports, que j'ai pu ensuite décrire le pourquoi et le comment de sa mise en place. Enfin, les enquêtes de terrain auprès des médecins y travaillant, réalisées par moi-même et par une interne de médecine générale (Noémie Keravec étudie l'offre de soins sur les différentes îles du Ponant, dont l'Ile d'Yeu), m'ont permis de dresser dans un troisième temps un bilan des cinq années de fonctionnement de ce centre de santé, avec les avantages, les inconvénients, les menaces et les perspectives qu'il présente.



Vue aérienne de l'île (collection Compagnie-Yeu-Continent)

I. LES CENTRES DE SANTE AU NIVEAU NATIONAL

Nous parlons bien des Centres de Santé au pluriel, puisque chaque projet est unique, tant sur le plan des motivations et objectifs de ces projets que sur celui des conditions géo-socio-économiques d'émergence. Dans un premier temps, un bref historique des centres de santé (ci-après « CDS ») permettra d'expliquer les fondements de leurs objectifs et missions. Nous aborderons ensuite les fonctionnements administratifs puis économiques des CDS.

A. HISTORIQUE

1. Différentes structures en prélude aux centres de santé

Certaines recherches font remonter l'histoire des centres de santé aux *consultations charitables* instituées au XVII^e siècle par Théophraste Renaudot, médecin et commissaire aux pauvres sous Richelieu et fréquentées par des patients de toutes conditions sociales. Ces structures étaient financées par des legs de grandes familles bourgeoises, et gérées par des associations caritatives ou des congrégations religieuses.

D'autres recherches soulignent, dès les lendemains de la Révolution française, la naissance des *dispensaires*, petites structures sanitaires de proximité créées en réponse à une situation sanitaire déplorable.

À cette époque, des *agences de secours* sont également créées afin de prodiguer des soins de premier recours aux « citoyens malheureux », en vertu de l'article 21 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1793. Par l'obligation constitutionnelle des secours publics, cette création à ambition sociale, planificatrice, fonde les prémices d'une organisation territoriale du système de santé. Mais l'agrément des officiers de santé qui y furent établis engendra des remous au sein de la profession. En effet, ces officiers, qui n'étaient pas formés comme les docteurs en médecine, n'étaient pas aptes à pratiquer des soins de chirurgie, mais proposaient aussi des tarifs moins chers. La médecine libérale y vit une concurrence déloyale favorisée par les pouvoirs publics. Des syndicats médicaux s'organisèrent alors et proposèrent un tarif minimum à l'acte pour pallier la menace ; d'autres médecins s'y opposèrent farouchement, craignant une baisse générale des tarifs et une dégradation de leur statut.

Depuis lors, la question de la concurrence entre services médicaux sera constamment alimentée par une défiance générale des médecins vis à vis des autres professionnels de santé et des pouvoirs publics. Cette question prend d'ailleurs de l'ampleur au milieu du XIX^{ème} siècle. Les officiers de santé représentent alors 40% du corps médical, ils seront supprimés par la Loi Chevandier en 1892. Et parallèlement aux structures municipales, d'autres types de dispensaires fondés non plus sur la charité mais sur la solidarité se développent, dans l'optique d'un moindre coût par rapport au système hospitalier. Dans les faubourgs, des

dispensaires d'« entraide solidaire » sont créés à l'initiative d'organisations ouvrières désireuses de construire une « médecine ouvrière » gérée par ceux qui se soignent. À la fin du XIX^{ème} siècle, ce sont aussi les *sociétés de secours mutuel* à l'origine des mutuelles qui promeuvent des dispensaires dans les grandes villes comme Paris, Lyon, Grenoble, Marseille, Bordeaux. Puis c'est au tour des *associations caritatives* de se développer sur la base de la fameuse Loi de 1901.

Votée sous la III^e République, la Loi du 15 juillet 1893 établit l'assistance médicale gratuite, on voit ainsi naître à la fin du XIX^e siècle cet idéal d'une santé gratuite accessible à tous. Cette loi autorise et donc légitime les communes à créer des *dispensaires municipaux*. Marquée par l'hygiénisme qui caractérise le renforcement des prérogatives communales au début du XX^{ème} siècle, une Loi de 1916 rend leur création obligatoire dans les territoires ravagés par la tuberculose.

Face aux désastres de la Première Guerre mondiale, sous l'impulsion de Robert-Henri Hazemann, médecin hygiéniste puis Directeur du cabinet du Ministre de la Santé Publique, Henri Sellier, ces dispensaires municipaux seront généralisés à tous, en particulier dans les villes ouvrières et leurs « banlieues rouges » où les médecins sont peu nombreux à s'installer en libéral. C'est aussi l'époque où se pose pour la première fois la question de créer une assurance maladie générale et obligatoire, d'après le modèle d'Alsace Moselle hérité du système bismarckien. Dès les années 1930, un premier pas sera réalisé en ce sens, en conventionnant les dispensaires municipaux avec les Caisses d'assurance sociale et en mettant en pratique le tiers payant. La Circulaire du 26 août 1936 définit alors le futur centre de santé comme « l'ensemble des différents organismes d'hygiène et d'aide sociale d'un secteur donné. »

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, le *centre de santé* naîtra ainsi dans une tension grandissante dans son rapport à la médecine libérale, mais avec des missions de service public progressivement clarifiées : un objectif de solidarité et d'entraide sociale, un principe d'accessibilité à toute la population et non plus aux seuls démunis, une politique tarifaire régulée, des compétences de soin et de prévention.

2. L'institutionnalisation des centres de santé

Certains affirment que les dispensaires municipaux prennent officiellement le nom de « Centres de Santé » avec les Décrets du 15 juillet 1991. Pour autant, il ne s'agit pas simplement d'un changement de terminologie, puisque la formalisation de leurs statuts s'assoit sur une politique développée par l'État dès 1945. C'est en effet l'époque où le municipalisme cède la place à l'État-Providence et à la réorganisation territoriale des services publics. La gestion centralisée des services publics est aussi l'occasion de réguler le conflit latent avec le secteur libéral de la médecine.

Dès les années 1920, la Confédération des Syndicats Médicaux Français avait en effet conduit une intense action de lutte contre les Centres de Santé naissants, accusés de concurrence

déloyale, et obtenu l'éviction de MM. Sellier et Hazemann du gouvernement. Cette lutte avait abouti à la signature de la Charte libérale en 1927 par les syndicats de médecins, qui posait les principes de la liberté totale d'installation, la liberté de prescription, le secret professionnel et la liberté de fixation des tarifs par entente directe entre le médecin et le patient. Cette charte devient effective en 1945.

Mais par ailleurs, la protection de la santé est désormais inscrite dans le Préambule de la Constitution de 1946 comme une obligation incombant à l'État. Et les Ordonnances de 1945 mettent en place l'assurance-maladie obligatoire. Or depuis les années 1920, les municipalités avaient continuellement essuyé le refus de conventionnement des syndicats médicaux. Pour répondre à la demande des assurés qui n'ont pas les moyens de financer les actes médicaux dispensés par les médecins libéraux, les Caisses de Sécurité Sociale nouvellement créées vont donc impulser l'extension des dispensaires municipaux existants, voire la création de nouvelles structures. Les ordonnances jettent aussi les bases d'un tarif encadré dans chaque département, ce qui divise la Confédération des Syndicats Médicaux de France entre les tenants de la liberté tarifaire (qui créent un syndicat concurrent, la FMF) et les « conventionnistes » alors majoritaires, partisans d'un consensus.

En 1960, l'adoption d'une première Convention nationale réglant les relations entre Caisses et médecins libéraux vise à apaiser les tensions : les Caisses s'engagent à ne pas développer ces structures. Mais la question de l'extension du tiers payant à l'ensemble des assurés reste entière. Au cours des années 1960, l'extension progressive du conventionnement à l'ensemble du corps médical permettra le remboursement partiel des assurés sociaux et, donc, le développement de l'accès aux soins auprès du secteur libéral.

Puis, la signature en 1971 de la première Convention médicale avec les médecins libéraux marquera un tournant important : elle oppose au secteur libéral des tarifs d'application stricte, en contrepartie desquels les Caisses participent financièrement à un nouveau système de retraite nommé ASV. La nécessité de structures publiques de proximité rendant la prévention et les soins accessibles à l'ensemble de la population devenant moindre, les Centres dont le tiers payant résume l'activité vont, de fait, périr ou disparaître. La médecine de premier recours est en quelque sorte abandonnée au secteur libéral.

Pourtant, la Loi du 18 janvier 1991 *portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales* institutionnalise les Centres de Santé. Dans une perspective d'harmonisation des services et de réduction de la concurrence, la loi de 1991 organise ainsi les rapports entre CDS et Caisses Primaires d'Assurance Maladie sur le mode d'un agrément conventionné entre chaque CDS et la CPAM dont celui-ci relève, et pose le principe des tarifs honoraires fixés par décret à défaut de conventionnement (4). Concrètement, les trois Décrets de 1991 unifient leurs statuts par une Convention de portée nationale avec les Caisses, à valeur désormais réglementaire, tout en actualisant les conditions de l'agrément. Tout comme les praticiens libéraux conventionnés secteur 1, les CDS obtiennent par ailleurs le remboursement d'une partie des charges sociales de leur personnel soignant.

3. Les centres de santé aujourd'hui : une légitimité encore en question ?

Dans l'ensemble, le système public d'assurance maladie a été extrêmement favorable au corps médical : le nombre de médecins est passé de 40 000 médecins au milieu du XXe siècle à 210 000 aujourd'hui pour une population passant de 42 millions à 65 millions d'habitants. L'histoire des CDS s'est bâtie dans cette tension, à la fois philosophique et statutaire. Emmanuel Vigneron, professeur d'aménagement sanitaire, la résume ainsi : « Les centres de santé ont, au cours de l'histoire, répondu à des besoins qui n'étaient pas couverts par l'offre libérale. Les initiatives caritatives ou hygiénistes de la fin du XIXe et du début du XXe siècles ainsi que l'esprit planificateur né de la Résistance et de la Libération se sont heurtés au schéma d'exercice libéral, qui a pris le dessus sans qu'un débat sur la politique de santé publique et, par voie de conséquence, sur l'organisation du premier recours ne soit jamais mené, à la différence de celui sur l'instruction, l'énergie ou les transports collectifs par exemple ».

La Loi du 29 décembre 1999 *de financement de la sécurité sociale pour 2000* finit cependant par donner une première définition du CDS. L'article L. 765-1 du Code de la Santé Publique stipule que « les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales ». L'objectif de solidarité et le principe d'accessibilité universelle sont ainsi confirmés, et les missions de service public des CDS étendues aux actions sociales et d'éducation. La loi prévoit par ailleurs la possibilité pour les CDS de bénéficier des crédits du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville), ce qui conforte leur ancrage dans des missions de proximité.

Cependant, cette même loi pose le principe du conventionnement national des CDS dans leurs relations avec les CPAM. Autrement dit, la gestion des agréments, conventionnements et versements de subventions doit désormais être centralisée par l'État. C'est seulement en 2003, après de deux ans de négociation entre CPAM et organisations représentatives des CDS, qu'un Accord national sera adopté. Cet accord confirme les missions de service public précitées et ajoute, d'une part, l'engagement des CDS à « respecter les tarifs conventionnels » et, d'autre part, l'objectif d'une « prise en charge globale de la santé des personnes ». Son préambule donne en outre compétence à une autorité administrative indépendante, l'ANAES (aujourd'hui la HAS), pour évaluer les pratiques organisationnelles des CDS.

La publication en 2009 de la Loi *Hôpital, Patients, Santé et Territoires* a confirmé la pertinence des CDS dans l'organisation du système de santé. Cette loi stipule que les Centres de Santé et les Maisons de Santé doivent se doter d'un « projet de santé », les distinguant ainsi de simples regroupements de professionnels en un même lieu. La transmission obligatoire de ce projet de santé aux ARS doit permettre de donner de la visibilité à ces structures. Par ailleurs, leur déploiement est facilité par la suppression de l'obligation d'obtention d'un agrément préalablement à leur ouverture, et par l'extension du mode de

gestion des CDS aux Etablissements de Santé. Le législateur de la Loi HPST témoigne là d'une volonté de décloisonnement des secteurs hospitaliers et de ville. L'Etablissement de Santé peut ainsi devenir un acteur à part entière de l'offre de soins de premier recours sur le territoire de santé.

B. FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF

1. Cadre juridique

a. Le code de la santé publique

Le législateur français reconnaît les CDS à partir de 1999. Il définit leurs missions et leurs places dans le système de soins ambulatoires.

La Loi HPST du 21 juillet 2009 définit les centres de santé, comme des « structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours » (codifié à l'article L6323-1 du Code de Santé Publique).

Les soins de premier recours comprennent :

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

« Les CDS 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 et pratiquent la délégation du paiement du tiers » (soit le tiers payant).

« Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code. »

« 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, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif. »

« Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. »

« Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement. »

« Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés. »

« Les CDS sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de

santé.»

« Les CDS peuvent mener des activités de coopération avec d'autres acteurs de la santé, notamment dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (art. L. 6133-1 du CSP), d'un pôle de santé (art. L. 6323-4 du CSP) ou d'un réseau de santé (art. L. 6321-1 du CSP) »

« Les CDS sont donc placés sous un certain pouvoir de sanction de l'Agence Régionale de Santé en cas de manquement à leur objet. Leur création n'est soumise à aucune autorisation, mais à un régime de déclaration à l'ARS (avec toutefois contrôle du directeur général de l'ARS sur le fonctionnement du centre). »

Un an après la redéfinition des CDS dans le code de santé publique, un Décret et un Arrêté en date du 30 juillet 2010 ont permis de cadrer les conditions de fonctionnement, le projet de santé et le règlement intérieur auquel doivent répondre tous les CDS. Concrètement, voici les grandes lignes de leur fonctionnement :

- Les CDS sont ouverts à tous.
- Ils ont la possibilité d'organiser des visites au domicile des patients.
- Ils proposent des activités ambulatoires hors chirurgie.
- Ils assurent la continuité des soins et l'information du public.
- Ils disposent, pour chaque patient, d'un dossier médical unique et partagé.
- Ils garantissent la confidentialité des données de santé.
- Ils sont en conformité avec les règles de sécurité et d'hygiène.
- Ils sont tenus d'élaborer un règlement intérieur.

b. Le code de la sécurité sociale

Le premier Accord national, datant de 2003, définit le conventionnement des CDS avec l'assurance maladie. Il est reconduit à l'identique en 2008 (car il s'agit d'un accord conclu pour une durée de 5 ans, tacitement reconductible sauf renégociation) puis réactualisé en 2015.

Deux obligations s'imposent aux CDS dans leurs relations économiques aux patients :

- la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie (le tiers-payant) : Les CDS pratiquent très fréquemment la dispense d'avance de frais sur la part obligatoire.
- le respect des tarifs conventionnels du secteur I.

c. Le code général des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales peuvent octroyer des aides spécifiques incitant à l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires.

2. Epidémiologie des CDS

a. Un dénombrement approximatif

Il faut préciser que les informations quantitatives et qualitatives fiables sur les CDS manquent cruellement, faute de méthode rigoureuse de recueil et d'information exhaustive. En effet, si la création d'un centre de santé est soumise à déclaration, sa fermeture ou transformation n'est pas nécessairement enregistrée, il est donc difficile de comptabiliser de manière précise les CDS en France. Afin de « recenser ces structures le plus précisément possible » et plus de quatre ans après la loi HPST, une instruction ministérielle du 19 décembre 2013 précise les modalités d'enregistrement de ces structures dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (FINESS). Cet enregistrement de qualité devrait clarifier la situation actuelle, qui pour l'instant voit certains CDS enregistrés dans FINESS sous l'intitulé de dispensaires et d'autres sous l'intitulé de centres de soins, et constituer une reconnaissance statistique du rôle de ces structures.

En 2006, on recense 1439 CDS.

En 2007, un recensement national répertorie 1457 CDS, répartis sur le territoire français comme suit : 507 CDS dentaires, 518 CDS infirmiers, 168 CDS médicaux et 264 CDS polyvalents.

En 2014, dans son ouvrage, E. Vigneron recense 1842 centres ou antennes de santé (25), de trois types différents :

- 643 centres de santé dentaires, soit un tiers des CDS,
- 589 centres de santé infirmiers, soit un tiers des CDS,
- 127 centres de santé médicaux et 438 centres de santé polyvalents (exerçant d'autres activités en plus des activités médicales), soit 565 donc un tiers des CDS.

Il faut noter que, compte tenu du grand nombre de professionnels qui y exercent à temps partiel, les centres de santé emploient au moins 20 000 professionnels de santé au plan national, dont 2153 médecins généralistes (au 1^{er} janvier 2013).

Malgré tout, le poids relatif des centres de santé dans les soins primaires reste faible puisque :

- Les CDS médicaux correspondent à 1 % de l'offre de soins en médecine libérale ;
- Les CDS dentaires, à 3,7 % de l'offre de soins en chirurgie dentaire libérale ;
- Les CDS infirmiers, à 8,25 % de l'offre de soins des infirmiers libéraux.

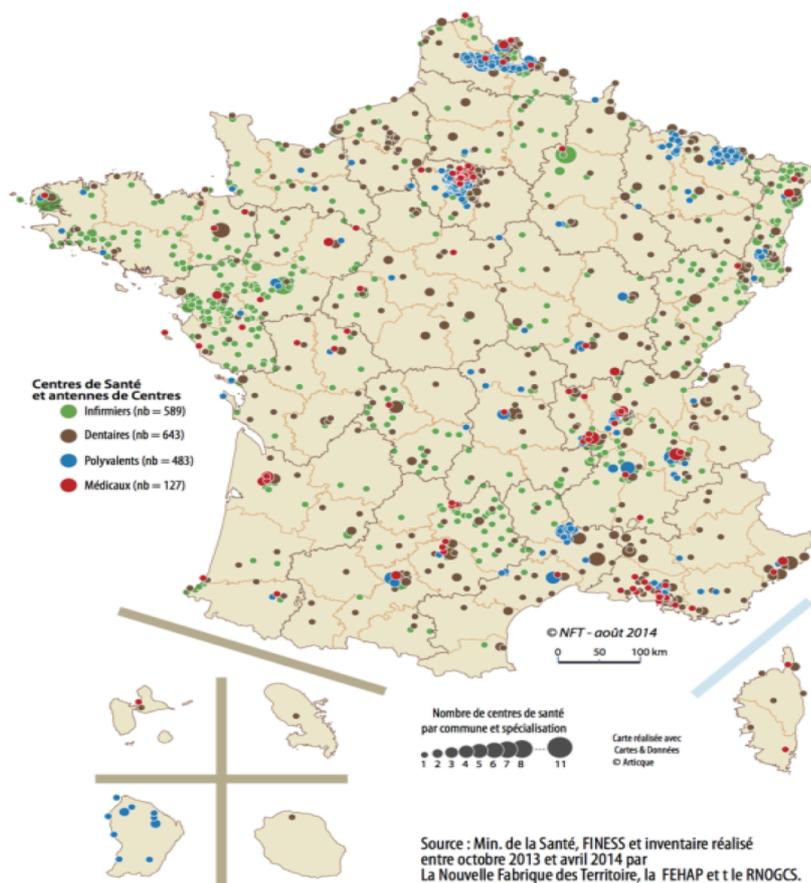
b. Répartition territoriale des CDS

Si les centres dentaires et de soins infirmiers sont en général de petite taille (moins de dix équivalents temps plein) et répartis de manière assez homogène sur le territoire, les centres médicaux et polyvalents sont en général beaucoup plus grands et concentrés en Ile-de-France,

ainsi qu' autour de Lyon, Marseille et dans le bassin minier du Nord-Pas-de-Calais.

Les centres de santé médicaux, au nombre de 127, sont présents dans 0,3% des communes françaises. Ils sont localisés au niveau des zones urbaines marquées par leur passé industriel. Les 483 centres de santé polyvalents dénombrés sont présents dans moins de 1% des communes françaises.

Les 1842 Centres de Santé et Antennes de Centres de Santé aujourd'hui en France



3. Activités des centres

a. Un projet commun

Comme nous l'avons vu dans l'historique, les centres de santé revendiquent dès leur origine la pratique d'une médecine sociale. Leurs promoteurs désiraient alors construire un modèle de soins politiquement engagé, dans une logique de transformation sociale et d'émancipation collective. Cet héritage de l'histoire se traduit aujourd'hui dans le projet commun défini par chaque CDS, lequel se décline en deux volets.

Le *projet de santé* est élaboré en collectif par les professionnels, qui s'attachent à répondre à un objectif commun : celui d'une médecine de qualité pour tous, prenant en compte le patient dans sa globalité et son milieu de vie, l'objectif principal étant de réduire les inégalités de santé. Les textes prévoient que ce projet doit comporter les modalités de réponse aux demandes de soins programmés et non programmés, le mode de prise en charge des maladies chroniques, et les modalités d'organisation de la prévention. Il indique la participation à des réseaux, des liens éventuels avec des établissements de santé. Il inclut enfin des dispositions favorisant l'accès et la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le *projet professionnel d'établissement* définit, quant à lui, l'organisation du travail : gestion des données, protocoles de soins, éducation thérapeutique, formation et coordination. Il est remis aux organismes de tutelles, et notamment à l'ARS, pour la demande d'obtention des Nouveaux Modes de Rémunérations. (cf infra).

En réalité, les projets de santé et/ou d'établissement diffèrent selon la nature de l'engagement et l'investissement des professionnels de santé et des collectivités : certains centres de santé implantés dans des quartiers pauvres sont attachés à travailler en partenariat avec des acteurs sociaux, soucieux d'une prise en charge globale de la personne, à la fois dans sa dimension sanitaire et sociale, et s'intégrant la plupart du temps dans le cadre de la politique de la ville ; tandis que d'autres développent, sur la base de l'attrait du tiers payant, une pratique de « niche » sur des activités dégageant de larges marges financières (par exemple, la prothèse dentaire). D'autres enfin préfèrent se fondre dans l'offre de soins pour tous.

Malgré la diversité des choix qui animent les CDS, l'on peut tenter de synthétiser ainsi certaines tendances générales ou pratiques communes :

- Les CDS font de la qualité des soins un de leurs axes forts.
- La dimension sociale occupe une place importante : plusieurs études indiquent que la population fréquentée par les centres de santé est plus précaire que la moyenne.

L'étude *Epidaure-CDS*, conduite par l'IRDES et la FNCS entre 2008 et 2010, dans 21 CDS volontaires répartis dans 11 communes différentes sur le territoire national et correspondant à 750 000 habitants a permis d'enquêter sur l'impact des CDS en termes de réduction des inégalités de santé. Il en ressort que 63,5% des patients des centres de santé sont précaires

contre 38% en population générale. Les patients recourant au CDS sont moins nombreux à bénéficier d'une assurance-maladie complémentaire (77% contre 95%), et lorsque tel est le cas, plus nombreux à en bénéficier au titre de la CMU-c (16% contre 6%) et inversement moins nombreux à bénéficier d'une assurance maladie complémentaire autre que la CMU-c (84% vs 94%). Enfin, 46% des enquêtés dans les CDS déclarent un état de santé moyen voire très mauvais contre 29% en population générale.

- L'exercice coordonné et protocolé permet la coordination des soins grâce au dossier partagé, aux réunions de coordination, à la rédaction de protocoles de soins.
- L'évaluation des pratiques professionnelles passe par la rédaction d'un référentiel d'évaluation, établie avec la HAS.

b. Actions de santé publique

On rappelle le texte de l'accord national de 2003: « *En lien avec la démarche curative, les centres de santé participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes* » (2).

Il s'agit d'actions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Le nombre et le thème des actions diffèrent selon l'importance, la diversité et les compétences des équipes. Elles se déroulent soit dans l'enceinte du CDS, soit à l'extérieur dans des lieux publics s'adressant à la population générale ou à une population en particulier.

Les CDS peuvent aussi participer à différents réseaux (ville-hôpital-sida, toxicomanie, diabète...).

L'implication des CDS dans ces actions de santé publique est variable selon l'investissement du personnel et les capacités de financement du gestionnaire. Selon un rapport de l'IGAS, « ce défaut d'implication de certains CDS s'explique par les faiblesses de la politique de santé publique en France, notamment en matière de prévention. »

L'Accord national des CDS, en vigueur, datant de 2015, reprend l'ensemble des actions de prévention prévues par les conventions des autres professionnels de santé libéraux et déjà mises en œuvre (2). Il s'agit des actions suivantes :

- le dépistage du cancer du sein ;
- le dépistage du cancer colo-rectal ;
- le programme de prévention dentaire « M'T dents » et le dispositif de prévention bucco-dentaire destiné aux femmes enceintes ;
- le dépistage de la rétinopathie diabétique ;

- la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière reconduite chaque année dans tous les groupes à risque, et particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans ;
- la vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) prise en charge à 100% pour les enfants de leur naissance à l'âge de 17 ans révolus ;
- la mise à disposition gratuite des tests de diagnostic rapide de l'angine ou « TDR » aux médecins généralistes, pédiatres et ORL, pour limiter la prescription d'antibiotiques ;
- la mise à disposition des appareils d'auto-mesure tensionnelle ou « AMT » pour lutter contre l'hypertension artérielle.

De même, l'accord prévoit un engagement des médecins des centres de santé à accompagner leurs patients souffrant de pathologies chroniques, notamment en les sensibilisant à l'intérêt du programme « SOPHIA » (article 22.1.8) et en les incitant à s'y inscrire.

c. Rôle universitaire

La loi prévoit que les CDS sont des lieux de stage pour la formation des différentes professions de santé, notamment pour les étudiants en médecine générale sous forme de « stage-praticien » de niveau 1 ou SASPAS. Le nombre de médecins « maître de stage » est inconnu.

d. Participation à la permanence des soins

A l'instar des médecins libéraux, les Centres de Santé participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon les mêmes modalités. Ces dernières sont précisées par les articles R. 6315- 1 et suivants du CSP.

Depuis janvier 2015, un Décret permet d'attribuer à tous les Centres de Santé les rémunérations forfaitaires engagées au titre de la permanence des soins car, jusque là, seuls certains centres avaient obtenu ce droit aux versements des astreintes par la CPAM. Les médecins étaient alors obligés d'avoir un double statut, et donc de verser des cotisations minimales au titre d'une activité libérale pour percevoir les honoraires. Dorénavant, les rémunérations peuvent être attribuées au centre de santé employant le médecin qui participe à la permanence des soins en qualité de salarié.

4. Un exercice regroupé et coordonné

Selon l'Accord national, « les centres de santé, par la spécificité de leur exercice regroupé,

contribuent à améliorer l'accès aux soins, à développer le travail en équipe et à favoriser les échanges d'informations. »

a. La coordination des soins

Quatre outils sont nécessaires :

- *le projet de santé*, qui fixe les missions du centre et oriente l'activité des professionnels, 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-administratifs) pour aborder certains aspects du fonctionnement du centre ;
- *la protocolisation* : élaborés à l'occasion de ces réunions, des protocoles de prise en charge des patients, adaptés à leur pathologie ou leur motif de recours, prennent également 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.

b. La coopération interprofessionnelle

Elle est considérée comme le prolongement de l'exercice coordonné protocolé. 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 responsabilités.

Cette dernière 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 professionnelle, le module 3 des NMR lui est consacré.

C. FONCTIONNEMENT ECONOMIQUE

1. Createurs et gestionnaires

Les CDS peuvent être créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé (art L-6323-1 du CSP).

En pratique, les statuts de leurs créateurs et gestionnaires se répartissent comme tel :

- environ un tiers des CDS ont le statut d'association « Loi 1901 » ;
- environ un tiers des CDS ont le statut d'organisme mutualiste ;
- le dernier tiers des CDS regroupe des structures variées comme les caisses de sécurité sociale, les établissements de santé, les collectivités territoriales (communes), les universités, ou les congrégations religieuses.

Les gestionnaires de la grande majorité des Centres de Santé se sont rassemblés au début des années 1990 au sein d'un collectif : le Regroupement National des Organismes Gestionnaires des Centres de Santé (RNOGCS) pour tendre vers un objectif commun, celui de la reconnaissance du rôle et de la place des CDS. Ce Regroupement coordonne la représentation des CDS et, à ce titre, est reconnu comme l'interlocuteur des institutions publiques (Ministère de la santé, Assurance Maladie).

2. Financeurs

Concernant la construction du projet, différents financements sont accessibles, que ce soit pour les études préalables ou pour l'investissement immobilier et mobilier. Ces financements sont variés, aléatoires, et dépendent des politiques locales et du montage juridique choisi avec différents partenaires : Conseils Généraux, Régionaux, Communes et Communautés de Commune, fonds Européens, agences d'Etat, ARS. Ces financeurs peuvent aider ensuite au bon déroulement du fonctionnement des centres de santé de façon pérenne. Nous allons décrire les principaux financements accessibles :

- Le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) a été créé par la *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007*. Il est notamment chargé de participer au financement des études de faisabilité, de l'ingénierie du projet, de l'aide au démarrage ou au fonctionnement.

Dans le cas où le centre de santé bénéficie d'une subvention ou d'une aide financière versée par l'ARS, il doit conclure avec l'agence un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) (art. L.1435-3 du CSP). Depuis la Loi HPST, le FIQCS est chargé du versement des contreparties financières accordées dans le cadre des CPOM passés entre les ARS et les Etablissements de Santé. Le CPOM est un contrat administratif par lequel le CDS (dans ce cas là) s'engage sur une période pluriannuelle à réaliser des objectifs définis pour bénéficier d'allocations budgétaires.

Les CPOM s'inscrivent dans un contexte d'incitation politique forte à la « recomposition » du secteur, afin de maîtriser les dépenses budgétaires. On observe ainsi le passage de 35 000 à environ 5 000 interlocuteurs budgétaires (gestionnaires d'établissements).

- **La Caisse Primaire d'Assurance Maladie** est bien le principal financeur, avec le paiement à l'acte basé sur les mêmes tarifs que ceux applicables aux médecins libéraux. Elle prend en charge également une partie des cotisations sociales des professionnels de santé sur la base de 11,5% de la rémunération brute, dues par les Centres de Santé au titre des professionnels de santé qu'ils salarient (« subvention Teulade »). Ce remboursement est versé par les CPAM, à l'instar de ce que les Caisses consentent en faveur des praticiens libéraux conventionnés secteur 1.

Jusqu'en 2004, dans le cadre de l'accord national, les Centres de Santé bénéficiaient d'un financement spécifique pour les actions de santé publique (prévention et éducation autour des thèmes santé et travail, nutrition, asthme...), ce qui a permis une augmentation des actions de prévention dans les centres. Suite à la Loi *de Santé Publique* du 9 août 2004, la dotation nationale de 2 millions d'euros versée par les fonds nationaux de prévention des différents régimes a été interrompue. Elle a été remplacée par de nouveaux modes de rémunérations.

- **L'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération** (ENMR) a été introduite dans la Loi *de financement de la Sécurité sociale* de 2008 visant à cofinancer (grâce à un mode de rémunération par forfaits) le fonctionnement de Maisons, Pôles et Centres de Santé sur la période 2009-2013. Ces Nouveaux Modes de Rémunération ont ensuite été prorogés jusqu'à fin 2014 et étendus à 150 nouveaux sites. Ses objectifs étaient :

- d'encourager une meilleure coopération entre professionnels de santé, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques ;
- de développer des services innovants pour les patients.

Depuis février 2015, les ENMR n'existent plus. Pour les structures dites « ex-ENMR », tout a été fait pour qu'il n'y ait pas de rupture dans la mise en œuvre du dispositif. Le règlement arbitral paru en avril 2015 prévoit la généralisation des **Nouveaux Modes de Rémunération**, mis en place pour une durée maximale de 5 ans, dans l'attente de la négociation d'un accord conventionnel interprofessionnel. Il permet une rémunération spécifique aux structures pluri professionnelles en contrepartie d'un certain nombre d'engagements reposant sur 3 axes : l'accès aux soins (horaires élargis), le travail en équipe (concertation, protocoles, formation), le développement et le partage du système d'information. Le premier module vise à rémunérer le temps passé à la coordination, le second, les nouveaux services aux patients (l'éducation thérapeutique principalement), et le troisième renvoie à la coopération sous la forme de transfert d'actes à des para-médicaux.

Dans le cas des Centres de Santé, une contractualisation est possible pour l'année 2015 dans l'attente de l'entrée en vigueur de l'Accord national des centres de santé (1^{er} octobre 2015).

En moyenne, chaque structure peut prétendre à 50 000 euros annuels. De plus, les CDS peuvent répondre à des critères optionnels propres à leurs spécificités : engagement dans une

démarche qualité (auto-évaluation de la pratique organisationnelle), prise en charge du public vulnérable, télé-service.

Avec le nouvel Accord national des Centres de Santé, les valorisations tarifaires entrent en vigueur à l'issue d'un délai de 6 mois à compter de la publication de l'accord au Journal Officiel, soit à compter du 1^{er} avril 2016. L'option de coordination ne peut plus être perçue par les CDS, mais l'expérimentation est intégrée dans le cadre d'un dispositif plus global appelé « AOC » (Accessibilité-Organisation des Centres de santé). L'AOC définit des engagements socles et des engagements optionnels ouvrant droit à des rémunérations nouvelles pour les Centres de Santé.

Certains engagements socles doivent *obligatoirement* être remplis :

- l'accès aux soins, incluant une certaine amplitude horaire, des soins non programmés tous les jours, une coordination interne identifiée ;
- le travail en équipe, incluant la formalisation de concertations professionnelles et des protocoles pluri-professionnels ;
- le système d'information incluant un dossier informatisé ;

D'autres actions ne sont pas obligatoires mais sont susceptibles de faire l'objet d'une rémunération :

- les missions de santé publique, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) ;
- la présence de spécialistes ;
- l'accueil de jeunes professionnels en stage ;
- la convention avec des établissements médico-sociaux ;
- la démarche qualité basée sur le référentiel d'évaluation de la Haute Autorité de Santé ;
- l'accompagnement des publics vulnérables.

Ainsi, les Centres de Santé peuvent bénéficier de financements complémentaires en fonction de leur organisation et de leurs activités.

Des outils de prévention sont officiellement mis à la disposition des Centres de Santé : tests de diagnostic rapide de l'angine, appareils d'auto-mesure tensionnelle...

La transposition au médecin traitant de forfaits et majorations jusqu'à présent réservés au secteur libéral a été établie :

- forfait médecin traitant (FMT) (5€ par patient et par an) ;
- rémunération médecin traitant (RMT) pour les patients en affection longue durée (40€ par patient et par an) ;
- rémunération forfaitaire annuelle (RST) pour le suivi des patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L. 322-3 10° CSS calculée sur la base de 40€ par an par patient ;

- majoration pour personnes âgées de plus de 80 ans (MPA) (5€par consultation ou visite)
- rémunération sur des objectifs de santé publique : Introduite par la Convention médicale signée en juillet 2011, la ROSP, élément socle de la diversification des modes de rémunération des médecins fondée sur des objectifs de santé publique, s'organise autour de 3 axes :

1/ faire progresser la prévention et la qualité des soins aux patients chroniques ;

2/ renforcer l'efficacité des prescriptions ;

3/ moderniser et simplifier les conditions d'exercice.

Le dispositif est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Il comprend 24 indicateurs relatifs à la qualité de la pratique médicale. Un taux de réalisation annuel est calculé pour chaque indicateur, correspondant à un nombre de points. Chaque point vaut 7 euros, le dispositif étant fondé sur un total maximum de 900 points.

- La formation professionnelle continue :

Depuis la parution de la Loi *de Modernisation du système Santé* au Journal Officiel le 27 janvier 2016, l'obligation de Développement Professionnel Continu (DPC) est devenue triennale.

Les salariés des Centres de Santé conventionnés peuvent bénéficier de la prise en charge de l'OGDPC jusqu'à 7 demi-journées par an, soit un plafond de 3700€ par médecin par an (qui comprend le paiement du programme de DPC et l'indemnisation).

- L'informatisation : les CDS bénéficient d'une aide forfaitaire à l'équipement et à la réalisation des feuilles de soins électroniques via le nouvel Accord national datant de 2015.

c. Le statut du médecin

Le praticien possède la qualité juridique de salarié. Il y a donc existence d'un lien de subordination avec l'employeur.

Les statuts relèvent soit de conventions collectives (régime minier, FEHAP, Mutualité, Croix-rouge), soit de la fonction publique territoriale ou hospitalière, soit d'accords locaux.

Les médecins ne sont pas rémunérés à l'acte, comme dans le système libéral classique, mais à la fonction, comme à l'hôpital pour les temps pleins, ou à la vacation, ou encore à l'activité (part variable ou intégralité de la rémunération).

Les contrats des médecins font souvent référence à une durée hebdomadaire de travail (35h pour un temps-plein) et à une rémunération qui évolue avec l'ancienneté.

d. Un déficit d'ordre structurel

Malgré tous les efforts de rationalisation de la gestion, le financement basé sur le remboursement des actes, principale source de financement, ne suffit pas à couvrir le coût des obligations et des missions des centres de santé :

- les charges administratives et de structure : gestion du tiers-payant (10 à 15% de charges supplémentaires), équipement, rémunération du personnel ;
- l'accueil et le suivi de populations spécifiques, la prise en charge de patients polypathologiques et chroniques impliquant des tâches médico-sociales, de prévention et de coordination dont la rémunération est antinomique avec le paiement à l'acte ;
- une faible productivité en terme d'actes techniques rémunérateurs.

L'idée que le paiement à l'acte est inadapté pour rémunérer un certain nombre de fonctions est partagée par de nombreux médecins. En centre de santé, l'accent est mis sur l'accueil médico-social, le travail en équipe pluridisciplinaire : ces surcoûts structurels et sociaux sont à prendre en compte car ils ont un coût supérieur à la somme des coûts des exercices individuels tant en matière de frais de structure (gestion des personnels, planifications diverses) qu'en termes de coordination purement médicale (4).

L'équilibre nécessite toujours des subventions extérieures qui se font de plus en plus rares, et ce d'autant plus si l'on se trouve en tissu rural plutôt qu'en tissu urbain dense, l'assurance maladie se cantonnant dans un strict rôle d'offres de soins réfutant toute responsabilité en matière d'accès aux soins. La situation financière des CDS est donc globalement fragile. Dans un contexte où moyens financiers et praticiens manquent, où les structures libérales pluridisciplinaires sont mises en avant, on mesure combien cette situation est dangereuse pour les Centres de Santé.

e. Maîtrise médicalisée des dépenses

La maîtrise des dépenses de santé est une préoccupation constante depuis la fin des Trente Glorieuses, et particulièrement ces dernières années. Les pouvoirs publics ont la volonté d'organiser l'offre de soins sur le territoire : naissance des ARS en 2010, apparition en 2007 des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) dans le champ politique, projet de loi de santé 2015.

Avec l'adhésion à l'Accord national, le CDS (article 26) s'engage dans cette politique de maîtrise des dépenses de santé :

- des actions d'accompagnement des CDS par l'assurance-maladie pour diffuser des outils de bonne pratique et d'efficience (protocoles et référentiels de la HAS ou de l'ANSM, référentiels élaborés par l'assurance-maladie dans le cadre de l'article L.162-39 du CSS) ou des mesures innovantes de gestion du risque via les campagnes des délégués de l'assurance-maladie ;

- l'intégration par l'assurance-maladie des CDS dans les programmes « PRADO » (cf. LR-DDGOS-54-2015 du 19 juin 2015);
- l'information des personnels sur les règles de prise en charge et les outils de bonne pratique, notamment sur les actes, prestations ou prescriptions tels que ceux listés par l'accord (médicaments génériques, masso-kinésithérapie, biologie, radiologie et arrêts de travail).

II. LE CENTRE DE SANTE DE L'ILE D'YEU

Dans une première partie, l'historique de la médecine à partir du XVII^{ème} siècle sur l'Ile d'Yeu s'attachera tout particulièrement à étudier le pourquoi et le comment de la transition vers la création du centre de santé avec ses médecins salariés. Nous étudierons ensuite le fonctionnement administratif du centre de santé, puis son fonctionnement économique.

A. HISTORIQUE MEDICAL

1. Les débuts de la médecine

L'offre de soins du corps médical évolua tout au long des XVII et XVIII^{èmes} siècles. En particulier, la rivalité entre médecins et chirurgiens disparut au cours du XVII^{ème} siècle : le fait de soigner avec ses mains n'était plus une tâche déshonorante, la chirurgie devint l'égal de la médecine et le « domaine réservé » d'une partie très spécialisée du corps médical.

Liste des médecins ou chirurgiens ayant exercé à l'Ile d'Yeu :

MAZURIE Pierre, chirurgien cabaretier exerça de 1685 à 1714

LEROUX, chirurgien apothicaire exerça avant 1695 (date de son décès)

AMORE Bernard, maître chirurgien, exerça vers 1698

CORBINEAU René, chirurgien à Port-Breton, exerça vers 1703

VIAUD Jean, médecin, exerça avant 1698 (date de son décès)

DUROS Antoine, chirurgien à Port-Breton, exerça vers 1742

BARDET René-Germain, chirurgien, exerçait encore en 1782

BLANC L'ŒIL, chirurgien, exerça de 1713 à 1793

LAURENT Jean –Nicolas...

Les chirurgiens de l'Ile d'Yeu avaient probablement tous une échoppe à Port-Breton. Ils maniaient le trépan, le couteau, les scies à amputation, les aiguilles à suture, les feuilles de myrte, les scalpels, les poêlettes pour recueillir le sang, les cornets et flammettes pour ventouser, sans oublier les nombreuses drogues qu'ils avaient le droit de vendre.

A la veille de la révolution de 1789, un inventaire des structures médico-pharmaceutiques de

la Vendée (ou Bas-Poitou) fait ainsi état d'une offre croissante de soins par le corps médical:

-A Fontenay le comte, en 1777, 7 postes (4médecins, 2 chirurgiens)

-Aux Sables d'Olonne, en 1785, 6 postes (2médecins 4 chirurgiens) pour 4626 habitants

-A l'Ile d'Yeu, en 1778, on comptait deux chirurgiens pour 2570 habitants (M. Antoine BLANC L'ŒIL, né en 1750, installé en 1773 et M. Jean-Nicolas LAURENT, né en 1764, installée en 1789).

Comme dans toutes les îles, les « ogiens » se mariaient entre eux. Cette endogamie favorisait la consanguinité et donc l'apparition de maladies héréditaires ou de tares congénitales : En 1778, le recensement indiquait : Boiteuses 4, Boiteux 4, Bossu 1, Sourdes 2, Sourds 1, Muette 1, Muet1, Aveugles 2, Folles 4, Fol 1, Imbéciles 2. À titre anecdotique, cette endogamie qui s'est prolongée pendant plusieurs siècles a favorisé la raréfaction des patronymes dont les plus courants sont : Taraud, Viaud, Turbé, Groisard...Pour distinguer les homonymes, les islais se sont attribués des surnoms (satanite, le p'tit tambour, séraphin...) que l'on retrouvait parfois sur les prescriptions des médecins.

Il faut remonter au milieu du XVII^{ème} siècle pour trouver un début d'assistance aux indigents de l'île.

C'est tout d'abord à Louis Angot, curé de la paroisse de Saint-Sauveur nommé en 1663, que l'on doit les premières initiatives. Sensible à l'infinie détresse dans laquelle vivait alors une partie de la population, il créa en 1668 la « confrérie de la charité des pauvres honteux », dans l'objectif d'assistance corporelle et spirituelle des pauvres et des malades.

Louis Angot créa également la « communauté des filles de la charité » de l'Ile d'Yeu. Bonnes filles de la campagne, libres de tout engagement, elles auraient été aptes à « doubler les dames de la charité » et se seraient totalement dévouées auprès des pauvres malades pour les soigner et les aider dans leurs besoins. Elles priaient, distribuaient du pain et de la nourriture aux indigents, visitaient et soignaient les malades. Cette communauté persista jusqu'au milieu de la Révolution avant de disparaître totalement. Enfin, Louis Angot institua en 1670 une propriété foncière collective en acquérant des terres au nom des pauvres. Les produits agricoles récoltés étaient soit distribués aux pauvres, soit vendus à leur bénéfice.

L'hospice de la charité fut construit grâce à une noble dame de l'Ile d'Yeu, Mme Mangot, suite aux démarches de François Guillon, Sénéchal de 1680 à 1693. Cet hospice accueillit beaucoup de malades soignés par les sœurs, quelques années plus tard il fut transformé en caserne, puis sera démoli en 1818.

L'autorité seigneuriale et le curé de la paroisse encouragèrent la fondation d'un établissement hospitalier, sans succès pendant de nombreuses années. Ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle que l'hôpital DUMONTE vit le jour.

Cette réticence peut s'expliquer en partie par le relai jusqu'alors omnipotent de la dévotion à Sainte-Anne : Lorsqu'il n'y avait plus d'espoir, lorsque les médecins impuissants

abandonnaient leurs malades, les proches n'avaient plus qu'un recours, celui d'invoquer les saints guérisseurs. Les ogiens manifestaient une vénération particulière pour Sainte-Anne, mère de la Bretagne, symbole de la fertilité. On compte 9 miracles de Sainte-Anne qui sauva notamment des marins de l'Ile d'Yeu. Cette dévotion persista jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle.

C'est finalement au milieu du XIX^{ème} siècle que les grandes découvertes vont bouleverser les connaissances médicales acquises et donneront naissance à la médecine moderne. A cette époque, l'Ile d'Yeu comptait un médecin, un officier de santé et une sage-femme.

2. Le Docteur Robuchon

Diplômé du Doctorat en médecine de l'école de santé militaire du val de Grâce en 1872, ce jeune médecin est d'abord envoyé en Algérie, puis en 1875, il est muté un an dans une première île : Belle-Ile. Il exerça ensuite sur l'Ile d'Yeu de 1876 (année de son affectation en tant que médecin aide-major de première classe, détaché au 137^e régiment de ligne de Nantes) à 1901 (année où il tomba malade).

Il se confiera tous les soirs, pendant 25 ans, à son journal. La famille Henry, parente du médecin, a fait publier trois années de son journal qu'elle a réussi à sauver de l'humidité. Celui-ci rend compte de ce qu'étaient les conditions d'exercice à l'époque et des épidémies qu'il pouvait rencontrer. En voici un extrait :

Juillet 1884

Mardi 1er

Beau temps-Belle pêche-Sardines: 8 F le mille. *Enfants Perdus*: 8.400.

Je vais au Bourg puis à Ker Châlon pour mon hydarthrose du genou traité par vésicatoire.

Je fais visite à M. Robert, touriste angevin pêcheur de loubars.. C'est un bien charmant homme, fort racé. M. Dupuis, son neveu, est avec sa femme. Ce dernier est un artiste peintre émérite.

Je vaccine à Ker Bossy 3 enfants.

Mercredi 2

Belle journée. J'ai été appelé à Ker Bossy pour la petite Montholieu. Elle est en pleine éruption de rougeole. Cette maladie aurait été importée dans le pays par une petite fille de Rochefort, il y a un mois environ.

Jeudi 3

Temps orageux et couvert. J'ai reçu ma montre que le voyageur de la maison Redoux avait emportée pour la faire réparer. Celle d'Etienne a été également réparée.

Vendredi 4

Belle journée. J'ai extrait de la cornée transparente chez un enfant indocile de 7 ans, une élytre d'insecte qui s'y était incrustée je ne sais comment. La présence de ce corps étranger a déjà produit une légère inflammation. Il est probable qu'il y aura, après guérison, taie de la cornée.

Etiennette se remet un peu d'une indisposition datant de lundi et résultant d'un séjour prolongé sans être bien couverte, dans le jardin dans la soirée.

Samedi 5

Grande pluie dans la nuit. Elle est bien désirée.

Dimanche 6

Belle journée. Je vaccine 5 à 6 petits enfants. "Le Quatuor Bittermanique" (Bouvais, Luco, Gelin et Cie) fait de l'usine "la Fraternité" le siège de ses agapes. La fanfare installée par le neveu de Rastouer fait tous ses efforts pour jouer son rôle au 14 juillet.

Lundi 7

Beau temps. Je prends mon 1er bain.

Meilleure pêche. Les *Enfants Perdus* : 7000 à 8 F le 1000.

Mardi 8

J'écris à mon camarade Treille pour l'inviter à venir passer quelques jours à l'île d'Yeu.

Mercredi 9

Pluie bienfaisante.

MM. Bouvais et Gelin se présentent courtoisement chez moi pour recevoir ma cotisation à la Fête Nationale.

Jeudi 10

Beau temps. Nous recevons la visite de ces MM Robert et Dupuis qui partent demain enchantés de leur séjour dans l'île.

Je suis appelé à 4 heures du soir au Caillou Blanc chez la Veuve Dugat qui n'a pris aucune précaution pendant la maladie de son fils et après sa mort. Les linges souillés du malade ont été lavés par la jeune fille auprès du puits situé devant la maison. L'eau croupissante a pu parfaitement s'infiltrer. Une petite fille de 4 ans est malade depuis dimanche - lundi. Température 40° Pas encore beaucoup d'abattement.

Vendredi 11

Assez beau temps. Les *Enfants Perdus* se sont échoués sur un rocher. Pas trop d'avaries. Pas de pêche.

Je vais au Caillou Blanc vers 9 h du matin. La petite malade a 40°. Sirop de quinquina à hautes doses. Je crains que la fille aînée ne soit également prise. Depuis lundi, mal de tête persistant. La mère également me semble influencée.

Nous nous sommes réunis chez Cadou pour notre déjeuner du 14 juillet.

Samedi 12

Je suis allé au Caillou Blanc chez la femme Dugat. La situation s'aggrave chez la petite fille : fièvre intense, accidents cérébraux, très mal soignée. Cris répétés de la mère.

La jeune fille s'est alitée depuis la veille...

Je me sens très fatigué. Aussi je songe à recourir à la carriole de Turbé "le Coq" pour mes visites du soir au Caillou Blanc. Nous convenons de 1 franc par voyage et commencerons demain.

Dimanche 13

Le pauvre Emile de l'hôpital est allé dès le matin au Caillou Blanc pour apporter quelques améliorations aux conditions hygiéniques de cette maison infectée. État grave de la petite fille.

Nuit plus tranquille chez la grande fille.

Je vaccine dans la soirée

Lundi 14 Fête Nationale

La Retraite de la veille a été quelque peu rehaussée par une fanfare improvisée par un neveu du père Rastouer.

Bouvais de son côté a payé de sa personne pour diriger le cortège où figurait la statue de la République et le gros "Chat Tigre" avec son "nombourel" sur lequel reposait le drapeau national. -

On me fait l'honneur d'une aubade ainsi qu'à ceux des notables qui ont donné leur offrande pour la Fête.

La « bande noire » (17 à 18) se réunit chez Mme Dugoux, à midi, pour demander raison à un pantagruélique déjeuner qui nous retient fort gaiement jusqu'à 6 h. Mille remerciements à MM Fournier et Cadou qui ont parfaitement préparé cette fête d'amis.

Le feu d'artifice n'a pas bien réussi ! Les illuminations ont été convenables.

Je vais au Caillou Blanc le matin et le soir.

Mme Sorin arrive dès le matin s'occuper des malades.

Mardi 15

Beau temps. Peu de pêche.

Situation toujours grave au Caillou Blanc. Délire loquace chez la fille aînée. Elle demande à manger. Peu de toux. La petite, très déprimée, a toujours des aphtes.

Nous nous réunissons à midi pour un deuxième déjeuner qui se prolonge jusqu'à 4 h.

Un autre cas de rougeole au port chez Maurin Cadou.

Mercredi 16

Temps orageux

J'ai écrit à mon ami Lacombe pour le prier de m'apporter une caisse de vins de Tarbes, en venant à l'Ile d'Yeu.

Je vais toujours au Caillou Blanc.

Entrevue avec l'ingénieur des Sables d'Olonne au sujet de la palissade. Il me fait espérer une modification à apporter à la hauteur de la palissade.

Jeudi 17

Pas de pêche depuis le début de la semaine.

Je vais au Caillou Blanc dès 9 h du matin. Amélioration chez la grande fille, même état chez la petite fille.

Je suis appelé chez Melle Taraud du Bourg à 2 heures. Je lui trouve les symptômes du croup. La voix était voilée depuis quelques jours. Elle suffoque. J'applique des sangsues.

Je fais des cautérisations au nitrate d'argent.

Je retourne à 6 h du soir. Même état, l'asphyxie est imminente.

État grave, je redoute aussi les effets de l'empoisonnement diphtériques. Dans la nuit, je fais un accouchement et je retourne chez Melle Taraud vers 3 heures de la nuit. État désespéré. La malade a pleine connaissance. J'essaie le vomitif. Effet inutile. Je me retire à 5 heures pour revenir à 10 heures.

Vendredi 18

Belle journée d'été.

Melle Taraud a succombé des suites de la diphtérie. Elle meurt sans agonie. Elle s'est éteinte comme dans la fièvre puerpérale.

Visites au Caillou Blanc chez la Vve Dugat.

Un cas d'angine tonsillaire chez Girard entrepreneur.

Samedi 19

Temps orageux. Nous avons une épidémie de rougeole sans gravité. Au Caillou Blanc, même état que la veille.

Je fais la connaissance d'un officier de santé de la Mothe Achard et de sa charmante femme.

Dimanche 20

Un peu de pluie. Je suis appelé chez la "Mère Pêle-Mêle" qui a fait une chute. Je ne crois pas à une fracture du col du fémur. Il n'y aurait peut-être que de la contusion. Nouveaux cas de rougeole.

Lundi 21

Un peu de pluie. Brume et grains empêchent la pêche à la sardine. Pour ma visite au Caillou Blanc je suis mécontent de l'écart de régime commis chez la petite fille dont la fièvre a reparu: 39°6 Elle prendra de l'huile de Ricin. Chez la grande, l'amélioration de l'état général s'accuse.

La moisson se fait dans de mauvaises conditions.

J'écris à Treille et à l'ingénieur des Sables à cause de la palissade.

Mardi 22

Temps à grains Mer assez grosse Peu de pêche

J'espère que l'accident d'indigestion n'aura pas de suite chez la petite Dugat

Mercredi 23

Temps variable. Brume. La pauvre femme "Pêle-Mêle" a bien une fracture du col du fémur à la suite d'une chute de sa hauteur.

J'ai fait la connaissance du Missionnaire. Il serait à désirer que tous les prêtres fussent aussi agréables que lui.

On annonce le retour de M. Robert d'Angers.

Jeudi 24

Belle journée. Après mes visites, je vais écouter le sermon du missionnaire qui est fort bien.

Arrivée par *La Vendée* de M. Robert d'Angers, de son neveu et des jeunes époux Dugas de Machecoul.

Je reçois une lettre de l'ingénieur des Sables qui met fin à toutes mes espérances au sujet de la palissade.

Vendredi 25

Temps orageux . Pluie.

Un cas de phlegmon de la main chez un ferblantier. J'incise à la région palmaire. La collection purulente date de plusieurs jours. Je lis un discours de Treille à la Chambre des Députés au sujet de la pension à accorder aux fils d'Abd-El-Kader. Il est contraire à cette proposition faite par le Gouvernement qui l'emporte d'ailleurs...

Samedi 26

Je fais un voyage au Caillou Blanc. Je recommande le plus grand sérieux dans le régime alimentaire.

Dimanche 27

Je vais entendre un sermon fort savant et très bien dit du missionnaire le R.P. Allan.

Nous recevons à déjeuner M. et Mme Launier et une dépêche nous annonce l'arrivée de nos amis Lacombe pour demain matin.

Amélioration du phlegmon de la main.

On projette une promenade aux grottes pour mardi prochain.

Lundi 28

Nous assistons au débarquement de nos amis Lacombe avec toute la famille.

Il est question, en causant sur le quai, avec le R.P. Allan, d'une messe à la Meule suivie d'un déjeuner sur l'herbe.

Mardi 29

Belle journée

Encore un accident de *La Vendée*.

Le R.P. Allan s'est excusé au dernier moment et n'a pas voulu gêner notre partie de plaisir.

Il a parfaitement pensé; car en effet, Cadou, après avoir accepté l'invitation avec enthousiasme, avait cru devoir se retirer de crainte qu'il fût rapporté à la Préfecture qu'un Républicain bon teint avait trinqué avec un prêtre. Ô petitesse des hommes, voilà de tes coups !...

Nous avons passé pourtant une délicieuse journée. Déjeuner dans la Belle Maison, précédé de la photographie de tout le charmant

groupe où MM. Robert, Launier, Bernard Prudent, Lanco, Rouet et moi se sont efforcés de divertir les dames et les demoiselles de la société.

Mercredi 30

Chaude journée. Pas de sardines mais beaucoup d'anchois.

Je vais le matin en compagnie de Robert d'Angers et son neveu au Caillou Blanc dans la carriole du "Coq".

Scène scandaleuse offerte au public de la place La Pylaie par le marié d'hier. En état de complète ivresse, il invective ses invités îlais sur le point de se mettre à table, et veut de force entraîner sa femme qu'il invective en termes de goujat. Pauvre lune de miel, tu risques déjà de devenir rousse !...

Jeudi 31

Très chaude journée. Je fais 5 à 6 visites. Je crois remarquer que M. et Mme Lacombe recherchent l'isolement. C'est mon devoir de le respecter.

Résumé du mois de Juillet

La moisson est commencée, mais les laboureurs ne sont qu'à moitié satisfaits du rendement. Les épis ont été brûlés par les chaleurs.

La pêche à la sardine est suspendue mais celle du thon se comporte bien à cause du prix de vente très élevé (jusqu'à 60 F la douzaine).

Nous sommes en pleine épidémie de rougeole, elle évolue sans accident. Les maux de gorge sont fréquents.

Mes vaccinations ont parfaitement réussi, sans accident

Je crois remarquer une baisse notable dans les actions du jeune carabin V. Par contre, j'ai été beaucoup dérangé durant ce mois.

À travers ce journal, on constate donc que le nombre d'actes journaliers était très fluctuant et que les jours de congé n'existaient pas. Les déplacements du médecin se faisaient exclusivement à pied, il ne pouvait se rendre d'urgence au chevet d'un patient gravement atteint, de plus le médecin ne pratiquait pas d'évacuations sanitaires.

Les principales infections auxquelles il était confronté étaient : la typhoïde, la diphtérie, la rougeole, les angines couenneuses, le croup, les laryngites, le choléra infantile, les fistules... Il profitera de temps en temps de l'hôpital Dumonté pour le suivi de certains patients. Il se trouvait aussi confronté à des cas de traumatologie nécessitant parfois une intervention ou un geste chirurgical : fracture du col du fémur, entorses, plaie de pouce, chute de cheval, corps étranger dans l'œil... Sans compter les accouchements pour lesquels il se faisait aider d'une sage-femme. À domicile, il pratiquait l'application de sangsues, de vésicatoires, des badigeonnages à la teinture d'iode, des cautérisations au nitrate d'argent.

Jusqu'en 1903, date à laquelle s'installa le premier pharmacien, les médecins occupaient le rôle de pré-pharmacien. Les médicaments de l'époque étaient : la teinture d'iode, la solution de papaine, l'acide salicylique, le sirop de quinquina, le nitrate d'argent, l'huile de ricin, la teinture de digitale, le sulfate de quinine, les eaux sulfureuses ou « eaux bonnes », le bromure de potassium, le chloral, la morphine, la solution de Pautauberge.

Le Docteur Robuchon se plaint à plusieurs reprises du manque d'hygiène des habitants. A ce sujet, il effectue pour le compte du préfet un rapport concernant l'épidémie de variole qui sévit à l'Ile d'Yeu durant l'hiver 1881-1882, faisant mention des personnes entrées en contact ainsi que les mesures prophylactiques et d'hygiène prises. De même en 1884, aidé du sous-préfet, il oblige M. le Maire à faire le nettoyage prescrit pour curer les puits, source de l'empoisonnement de 16 personnes.

3. Les successeurs du Docteur Robuchon

Le Docteur Dubois, chirurgien et ancien interne des Hôpitaux de Paris exerça sur l'Ile d'Yeu au début du XX^{ème} siècle, avant la première guerre mondiale. En 1914, alors en convalescence, il fut remplacé par Monsieur Lésiré, médecin auxiliaire.

Le Docteur Courtois, lui, arriva en 1915. Tout comme le Docteur Robuchon, il fut confronté à des épidémies : la hiérarchie fait part en 1917 de cas de diphtérie dans les écoles, puis en 1918 de cas de grippe espagnole, manifestement cela n'inquiète pas le médecin qui ne prendra aucune mesure pour empêcher les gens en contact d'entrer ou de sortir de l'île...

Le 31 janvier 1919, le médecin aide-major de 1^{ère} classe de l'hôpital des Sables d'Olonne fut nommé à son tour à ce poste.

Plusieurs médecins se succédèrent ensuite avec parmi eux le Docteur Imbert, qui exerça 20 ans sur l'île (de 1928 à 1948). Entre 1942 et 1944, il partait faire des campagnes de pêche au thon laissant la population sans médecin... C'est le médecin militaire de la garnison allemande qui était alors appelé. Le Docteur Imbert eut comme patient imprévu le Maréchal Pétain, emprisonné le 16 novembre 1945 au Fort de Pierre Levée durant 2052 jours. Celui-ci mourra quelques mois plus tard, en 1951, des suites d'une pneumonie, il était alors soigné par le Docteur Potereau, successeur du Docteur Imbert.

4. La médecine dans les années 60-80 :

Pour étayer l'historique de témoignages, nous avons rencontré le Docteur Carrier Aimée qui vit toujours sur l'Ile d'Yeu. À 90 ans, ses souvenirs restent toujours très vivaces, la rencontre fut fort agréable.

En 1955, le docteur Carrier vient remplacer momentanément le docteur Ringard (en activité depuis 1949), en tant que première femme médecin sur l'Ile d'Yeu. Elle rachète finalement en 1966 la patientèle du Dr. Ringard qui, pour raison de santé, ne pouvait plus assurer ses consultations.

« En 1955, l'Ile d'Yeu était divisée en deux parties : d'un côté, la clientèle du docteur

Ringeard et de l'autre celle du docteur Potereau, surtout pas de mélange, Grand Dieu ! Plutôt souffrir que d'aller chez « l'autre ». » Malgré les dires du Docteur P. « Je lui en donne pour trois mois, elle ne tiendra pas ! », le Docteur Carrier a « tenu la barre » ! Deux médecins donc pour une population de 5000 habitants qui passait à 18000 l'été. « Les pauses étaient courtes et rares dans ce milieu à cette époque. Les médecins étaient de garde le jour, la nuit, les dimanches et fêtes ! L'été notamment, quand on avait besoin de moi, on venait me chercher à la plage des vieilles, à un endroit déterminé. Tout le monde savait très vite où me trouver. Si je n'étais pas à mon cabinet, j'étais aux « vieilles » ! Tout se passait bien d'ailleurs, j'avais ma sacoche dans mon antique voiture et je partais sur-le-champ là où on avait besoin de moi, tout simplement. Pour les urgences nécessitant une évacuation, ça se compliquait certes un peu à cette époque : pas d'hélicoptère, juste un bateau régulier et un canot de sauvetage sur le port... mais qui était monté sur des rails et ne pouvait partir qu'à marée haute ! A cette époque, il y avait au moins un naufrage par an, tous les 4 ans, 4 à 6 marins disparaissaient. » Elle s'insurge, écrit une lettre à l'amiral et obtient un canot tout neuf, plus confortable et pouvant partir par toutes les marées. Mais les évacuations sanitaires se faisaient le plus souvent par bateaux réguliers, la gare maritime, prévenue par téléphone, retardait le départ en cas d'évacuation urgente diagnostiquée au dernier moment. « J'ai bien sûr pratiqué beaucoup d'accouchements à domicile. Comme dans la plupart des cas, la nature faisait bien les choses, l'ambiance était détendue. Le café ronronnait dans la cuisine, l'eau bouillante sur le feu, la famille à côté bavardait, les amis festoyaient... rien à voir avec l'hôpital ! »

En plus des consultations, il y avait donc la petite chirurgie à effectuer (sutures, réductions de fractures, extractions d'hameçons...), les accouchements, les radiographies, mais il fallait aussi soigner les petits animaux car il n'y avait pas de vétérinaire sur l'île (sutures, mises-bas...)

Les marins, beaucoup plus nombreux sur l'île à cette période qu'actuellement, constituaient une grande part de la patientèle. Ils étaient sujets en plus des pathologies non spécifiques, à l'arthrose des membres supérieurs, aux douleurs lombaires, aux accidents de la main. Beaucoup étaient en surpoids du fait des horaires décalés et des casses-croûtes copieux, entraînant diabète et hypertension. L'alcool y participait aussi, on en consomme facilement sur les îles, pour fêter le retour des campagnes de pêche mais aussi pour affronter la dureté du travail sur les bateaux. On vit petit à petit apparaître des problèmes d'addictions. A ce moment-là, les marins partaient pêcher jusqu'aux Açores, le médecin devait garder cela en tête car devant un cas clinique plus complexe une pathologie parasitaire tropicale était tout à fait envisageable.

Pour ce qui est des évacuations sanitaires, les médecins à cette époque ne disposaient que du canot de sauvetage (l'unique canot qui pouvait donc déjà être en mer suite à la demande de l'autre médecin) ou bien dépendaient de l'horaire des bateaux de la compagnie Yeu-Continent. Lors d'une évacuation par canot de sauvetage, celle-ci s'effectuait préférentiellement à mi-marée et le débarquement se faisait à Saint-Gilles-Croix-de-vie, le chenal étant plus accessible que celui de Fromentine. Dès les années 70, les évacuations

hélicoptées ont été mises en place, grâce à l'hélicoptère de la protection civile de la Rochelle ou à celui de la gendarmerie basée à Saint-Nazaire. L'hélicoptère dépend lui aussi des conditions météorologiques. Le Dr Carrier se souvient d'un patient présentant un ulcère perforé à l'estomac, qui ne pouvait ni être évacué par canot de sauvetage, alors en réparation, ni par l'hélicoptère en raison de la brume épaisse. Elle et le malade rejoignirent le continent grâce au bateau d'un marin professionnel.

Le Docteur Carrier s'est associée pendant deux ans avec le Docteur Rasoanaivo pour finalement lui céder sa patientèle en 1982. Après 6 mois de médecine tropicale en Afrique, elle a exercé ensuite en tant que médecin du travail.

Le Docteur Sauteron, lui, succéda au Docteur Potereau, il exerça sur l'île de 1968 à 1983. Il avait 27 ans à son arrivée. Passionné de mer et ayant remplacé sur la commune de Noirmoutier, l'aventure le tenta et manifestement lui plut puisqu'il y exerça pendant 15 ans. Il fini par échanger sa patientèle avec le Docteur Le Gall installé à Nantes, où il exercera durant 14 ans.

En parallèle de cette médecine, on trouvait dans certains coins de l'île, des guérisseurs se disant doués de pouvoirs curatifs (la 7^e personne d'une famille selon la tradition légendaire) : les conjureurs de verrues par l'apposition des mains qui ont fait leurs preuves sur quelques personnes, les guérisseurs capables de résorber les douleurs de zona et de brûlure.

5. Le cabinet médical de la rue calypso. Société Civile Professionnelle

A son arrivée sur l'île au début des années 80, arrivant de Guyane, le Docteur P. Andrieux, accompagné du Docteur J-M. Leyris, fait construire le cabinet médical de la rue calypso (locaux actuels du centre de santé). Les locaux appartiennent à la SCI (constituée des médecins et du dentiste) ; les médecins quant à eux sont regroupés au sein d'une SCP. Ils sont rapidement rejoints par différents médecins qui vinrent augmenter l'effectif du cabinet médical : les Docteurs J-Y. Breton et O. Clerc puis, en 2000, le Docteur E. Gravier. Deux femmes médecins, C. Clerc et N. Breton, travaillant à tiers-temps, venaient remplacer les médecins pendant leurs jours de congé.

A l'époque, le cabinet était composé (sans compter les bureaux des médecins) :

- d'une salle pour les consultations de gynécologie
- d'une salle pour les sutures, plâtres, petites et grosses urgences
- d'une salle de radiographie équipée d'un atelier de développement

Lorsqu'un médecin prenait des vacances, ses collaborateurs prenaient en charge ses patients ; si deux médecins étaient absents, ils faisaient alors appel à un remplaçant.

Le Docteur Gravier, à l'instar des autres médecins, a débarqué sur l'île par hasard. Exerçant auparavant dans le Vercors, il souhaitait avec son épouse s'installer en Bretagne. C'est au détour d'une petite annonce de médecins qui recherchaient un quatrième associé, qu'il est venu effectuer un remplacement en 2000, puis s'est installé définitivement au courant de cette même année.

Il y travaille toujours et témoigne :

« Avant le CDS nous étions en SCP Société Civile Professionnelle. C'est un statut juridique où les médecins libéraux mettent tout en commun : charges et revenus. Nous nous partageons équitablement les bénéfices en fin de mois. Le passage du libéral au salariat n'a strictement rien changé à l'organisation des soins : horaires, gardes, volume d'activité et rythme des consultations, passages en EHPAD et à l'hôpital, vacances et revenus. Cette organisation nous convenait et était efficace. C'est toujours, dans ses grandes lignes, la même actuellement. »

Les revenus étaient mis en commun quelque soit le nombre de patients vus par chaque médecin, ce qui permettait de dégager un revenu identique pour chaque professionnel avec tout de même un petit réajustement annuel en fin d'année, s'il y avait une différence de consultations de plus de 20%. Ce mode de fonctionnement était et est toujours assez rare dans les cabinets libéraux, l'initiative venait du Docteur Andrieux qui a voulu insuffler l'idée de collectif.

L'article 2 de l'article R 4113-26 du Code de la Santé Publique stipule :

« La Société Civile Professionnelle a pour objet l'exercice en commun par ses membres de la profession médicale, avec mise en commun des honoraires perçus en raison de cette activité ».

« Avant la création du CDS nous gérons les urgences et les radiologies au sein du cabinet médical. La création du CDS n'a modifié ni les horaires de travail, ni la gestion de la patientèle, mais après sa création la gestion des urgences et de la radiologie s'est faite au sein de l'hôpital local. La création du CDS nous a permis d'acquérir un appareil de radio neuf, le nôtre étant défectueux. »

« Nous étions très bien organisés avant la création du CDS avec recrutement de médecins supplémentaires pour la périodes estivale, accueil d'internes de médecine générale, organisation de tableaux de garde afin de pouvoir répondre à la surcharge de travail induite par l'afflux touristique. Cette organisation est restée la même à la création du CDS avec ses mêmes limites : recruter des médecins. »

Jusque dans les années 80, les prélèvements étaient acheminés par le bateau régulier, le laboratoire de Noirmoutier venait les chercher à Fromentine. Lorsque la ligne aérienne fut mise en place, les impératifs de transport aérien, le coût et les délais à respecter (pour la calciparine par exemple) obligeaient les médecins à regrouper les prélèvements en un lot hebdomadaire le jeudi matin. Pour un examen sanguin urgent, il fallait recourir à une évacuation sanitaire coûteuse.

En 1987, le Docteur Andrieux, aidé du Docteur Leyris, a également mis en place un système ingénieux d'acheminement des prélèvements biologiques par pigeons voyageurs ! L'expérience avait commencé deux ans plus tôt dans la Manche entre Granville et Avranches. Ce système s'est révélé être un excellent moyen pour établir un diagnostic en cas de crise d'appendicite par exemple. Le principe est le suivant : des colombophiles éduquent petit à petit des pigeons, les lâchent de plus en plus loin, d'abord sans rien, puis avec une nacelle ventrale vide, ensuite avec un tube rempli d'eau et enfin avec un tube de prélèvement. L'apprentissage dure 5 mois. Les deux pigeonniers se trouvaient au laboratoire d'analyses médicales de Noirmoutier et à l'hôpital des Sables d'Olonne. On transporte les oiseaux par

bateau vers l'Île d'Yeu jusqu'à leur pigeonnier d'accueil où ils restent pendant trois jours. Ils sont nourris au minimum et chaque fois qu'une analyse urgente de sang ou d'urine est nécessaire, on installe le prélèvement dans une petite camisole placée sous le jabot de l'animal et on le lâche. Par sécurité tous les prélèvements étaient envoyés en double. L'arrivée du prélèvement était confirmé par téléphone. Affamé et désireux de retrouver son pigeonnier d'origine, selon les conditions météorologiques et le vent, le pigeon met entre 30 minutes (pour le laboratoire de Noirmoutier à 22 km) et 1 heure (pour l'hôpital des Sables d'Olonne à 50 km) pour effectuer le trajet. Les pigeons étaient systématiquement renvoyés au bout de 4 jours, qu'il y ait un prélèvement ou non pour éviter toute acclimatation. Néanmoins, deux éléments étaient à craindre : le brouillard, capable de « déboussole » ces animaux, l'un d'eux s'est retrouvé un jour d'épais brouillard dans les Landes... et les chasseurs : pour qu'ils ne soient pas abattus, ils portaient une bande rouge fluo sur le thorax.

L'expérience s'est révélée positive aux niveaux de l'économie, de la vitesse d'acheminement et de la conservation des prélèvements. Mais le temps consacré à l'éducation et à l'entretien des pigeons ainsi que le faible nombre de colombophiles ont eu raison de cette expérience qui s'est achevée en 1993.

6. Bascule vers le salariat / les conditions d'émergence

L'isolement, le vieillissement de la population, l'augmentation de la charge de travail combinée à des flux irréguliers de la patientèle (impact de la saison estivale) induisent un exercice professionnel à risque et une possible rupture d'égalité de prise en charge des patients. L'insularité et la pratique médicale qu'elle engendre, notamment la permanence des soins tout au long de l'année 24h/24 avec des gardes régulières mettant les médecins de l'île en première position dans la gestion des soins de premier recours (médecins correspondant SAMU), freine l'arrivée de nouveaux médecins.

Je me suis appuyée sur le témoignage de deux médecins sur les trois à l'initiative de la transition médecine libérale - centre de santé. Je leur ai soumis le questionnaire suivant :

- Quand avez-vous commencé à exercer sur L'Île-d'Yeu ?
- Quels éléments ont participé à votre choix d'y exercer?
- Quelles étaient vos conditions d'exercice avant la création du CDS (horaires, local de travail, mode d'exercice, patientèle, gestion des urgences, gestion des examens complémentaires, entente avec d'autres confrères sur l'île) ?
- Par rapport aux particularités insulaires, y'a t'il eu des changements de pratiques (rythme...) ? des difficultés face à l'afflux touristique ?
- Vous avez été à l'origine de la création du CDS. Qu'est ce qui a motivé le changement ? Pourquoi avoir choisi le fonctionnement en CDS ? Vous l'avait-on conseillé ? Quels étaient vos objectifs ?
- Par qui avez-vous été orienté ? soutenu ? (confrères / administrations etc...)? Combien de temps a pris la mise en place ? Quelles ont été les aides financières, assistance juridique,

fiscale, et autres soutiens, difficultés voire embûches...Quel rapport avec l'ordre des médecins, et les hôpitaux ?

- Avec le recul, quels sont les avantages et les inconvénients du CDS ? Quelles modifications proposeriez-vous ? Que conseillerez-vous à de jeunes médecins souhaitant monter un tel projet ?

L'histoire reconstituée est la suivante :

- ❖ En 2008, les médecins de l'île signalent au conseil de l'ordre départemental, à la DDASS (actuelle ARS), à la mairie et au directeur du CHLVO leur situation critique : une offre de soins en péril et des médecins épuisés.

Les professionnels de santé sont touchés par plusieurs types de difficultés :

- Départ de plusieurs médecins non remplacés depuis 2007. Au lieu de 6 ETP, ils ne sont plus que 4,5 ETP en 2007. Puis en 2008 plus que 3 ETP. Cette période a été très difficile, un des médecins à temps-plein a fait à ce moment là un burn-out et a été arrêté pendant deux mois. Les deux médecins restant ont donc assurés à eux seuls la médecine sur l'île, chacun étant donc de garde un jour sur deux. C'est dans ce contexte d'urgence que les autorités ont été averties.

- Difficulté de recrutement de nouveaux médecins, due en partie à la forte charge de travail estivale, et aux compétences requises en traumatologie et urgences médicales, chirurgicales, obstétricales et psychiatriques.

Le CHLVO répond à l'alerte.

La capacité à garantir l'accessibilité aux soins se posant de manière urgente, les professionnels, les élus et les tutelles se sont mobilisés avec la DDASS pour réaliser un diagnostic de faisabilité d'un projet de santé visant à créer un regroupement de type pôle de santé pluri-professionnel incluant d'autres modes organisationnels des soins de premier recours.

Le Maire de l'île d'Yeu de l'époque, toujours en poste aujourd'hui, témoigne également : *« Les médecins ne voulaient plus gérer l'administratif, ils ne voulaient plus que faire du médical. Le CHLVO a bien suivi, a bien accompagné le projet. L'ARS a suivi également, ils étaient intéressés car c'était une sorte d'expérimentation. La Mairie a aidé dans le sens où elle a soutenu politiquement le projet, elle a joué le rôle d'interlocuteur auprès des instances politiques. Aujourd'hui on n'apporte aucun support financier mais dès qu'un médecin a le projet de s'installer sur l'île on l'aide à trouver un logement, parce que la Commune a un parc de logements locatifs. On apporte ce soutien là, et ce n'est pas rien. »*

- ❖ En 2009, une mission d'ingénierie dirigée par le Dr Dominique Dépinoy, médecin consultant d'Acsantis, société permettant l'accompagnement dans le diagnostic de faisabilité et l'élaboration de projets de santé en lien avec les partenaires et tutelles, est réalisée. La

démarche globale pour la réalisation du diagnostic local a été la suivante :

1. Analyse des besoins de la population, via une documentation de santé et de démographie communautaire et départementale, ORS, Assurance maladie
2. Diagnostic de l'offre existante, entretiens individuels avec tous les professionnels de santé exerçant sur l'île en continu ou par intermittence, entretien avec les élus à Port-Joinville, entretiens avec des responsables d'associations et quelques usagers, réunions de travail avec la direction du CHLVO, de la DDASS, de l'URCAM, de l'ARH puis de l'ARS en 2010.
3. Détermination d'objectifs prioritaires, en lien avec le Plan Régional de Santé publique.
4. Proposition d'organisation territoriale, en lien avec les orientations nationales et régionales.
5. Actions et suivi des objectifs.

« Lors de la recherche de solutions à la grave crise démographique médicale de l'Île en 2008, nous avons fait pression pour du salariat. Nous ne connaissions pas les CDS au sens juridique du terme. Nous demandions à être salariés par l'hôpital, basiquement. Le fonctionnement des structures des TOM a été évoqué. Mais c'est bien D. Dépinoy qui a proposé la structure juridique d'un centre de santé. J'ai émis un ultimatum lors d'une réunion avec la DDASS, la mairie, l'ODM et le CHLVO en 2008 : soit un travail s'engageait pour trouver des solutions autres que le libéral, soit je partais en fin d'année. Elodie suivait mais Philippe restait plus évasif. C'est la seule fois de ma vie que j'ai été virulent en réunion! Grosse surprise de ceux qui me connaissent!... C'est là que le Comité d'organisation a expliqué aux administratifs DDASS et hôpital que peu de jeunes médecins choisissaient l'exercice libéral (vers 12%). Les administrations publiques de la santé avaient une méconnaissance totale de la médecine de ville ambulatoire. Ils nous proposaient de nous aider à chercher des remplaçants. Nous répondions que cette solution était épuisée, inefficace et qu'ils ne feraient pas mieux que nous, qui cherchons régulièrement des remplaçants depuis 20 à 30 ans d'exercice libéral. »

Lors de cette période, où les médecins étaient cruellement manquants, une négociation avec la DDASS avait permis de salarier deux médecins temps-plein par l'hôpital de Challans, pour une durée d'un an, renouvelable une fois.

- ❖ En 2010, le projet de santé a été précisé sous la forme d'une proposition de CPOM avec l'ARS. Le passage en centre de santé se concrétise :

Un premier travail de concertation avec tous les acteurs islais et du continent (soignants : libéraux et hospitaliers, ainsi que les secrétaires du cabinet médical, Usagers : population et associations, Tutelles : ARS et Direction Départementale de la Cohésion Sociale, Élus locaux : Municipalité, autres collectivités) a permis de transformer - sur leur demande - leur organisation libérale en salariat dans le cadre d'un centre de santé porté par l'hôpital. Disposition inscrite dans la loi HPST.

« Nous nous sommes inspirés de ce qui est proposé dans les Territoires d'outre-mer où le recrutement est plus facile et attire de jeunes médecins : un exercice salarié, sur des périodes courtes de quelques mois. »

Un second travail a permis de finaliser le projet de santé du territoire. Celui-ci témoigne d'un exercice coordonné :

- projet professionnel (organisation du travail, partage de l'information, coopération)
- projet de soins (permanence et continuité des soins, coopération externe, activités innovantes)

6 priorités :

- Maintenir la permanence et la continuité des soins
- Organiser la coordination et la concertation entre les professions de santé et développer la formation pluridisciplinaire liée aux besoins de la population
- Optimiser la prise en charge des patients par la mise en place d'actions de coordination spécifiques visant les pathologies chroniques les plus fréquentes
- Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en développant des actions de prévention et d'éducation thérapeutique
- Connaître et mettre à jour les connaissances sur les besoins de la population dans le cadre d'une démarche participative
- Création de l'association pour la promotion de la santé sur l'île d'Yeu, permettant des actions de santé publique et de prévention.

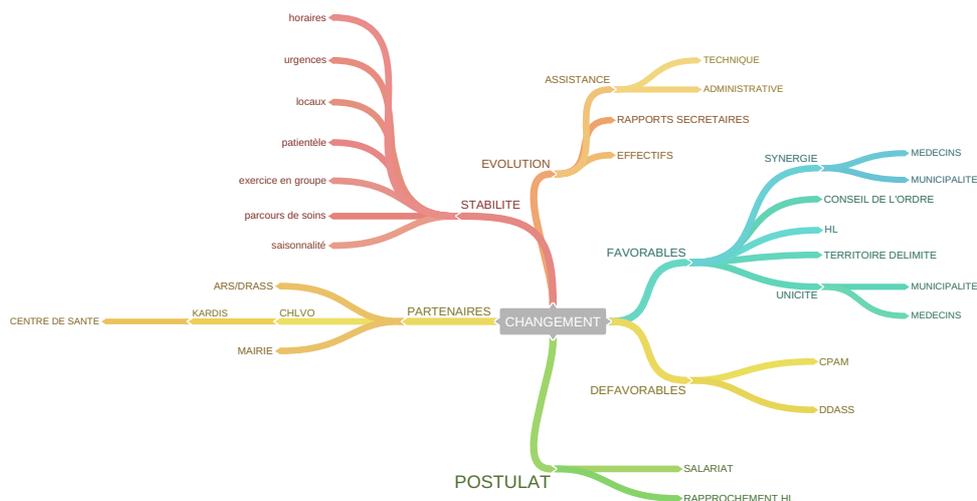
La dernière étape a été celle de la mise en place d'un contrat local de santé, indispensable à la réorganisation de la santé pour répondre au mieux aux besoins de la population islaïse, et par extrapolation aux vacanciers.

« Le montage d'un tel projet a été facilité par une forte cohésion entre médicaux et paramédicaux et par une bonne dynamique au niveau de la collectivité locale. »

Selon un des médecins à l'origine de la transition libéral-centre de santé, l'objectif principal des médecins en place était d'obtenir du renfort au niveau médical. En se salariant et en se rapprochant de l'hôpital local, la réalisation de contrats courts et de contrats à temps partiel sera plus aisée et permettra ainsi de faciliter le recrutement de médecins.

Le second objectif était d'obtenir une aide à la gestion de la santé sur l'île d'Yeu, les responsabilités devenant trop nombreuses et trop importantes, les médecins se sentaient dépassés.

Cette transition a permis de réorganiser de façon globale la santé sur l'île, ainsi la prise en charge est centrée sur l'ambulatoire, avec un changement pour le modèle du tout curatif au préventif. Autre point important : la priorité est donnée à la population et à ses besoins plutôt qu'aux besoins des structures.



7. L'offre de soins actuelle

A ce jour, l'offre de soins sur l'Ile d'Yeu est organisée de la manière suivante :

- 1 Hôpital local de 25 lits, à Port-Joinville (sous la responsabilité de L'Hôpital de Challans) certifié en 2009, qui comporte :
 - 4 lits de médecine
 - 6 lits de SSR, moyen séjour
 - 15 lits d'EHPAD
 - ➔ couverture médicale et infirmière 24h/24
 - ➔ une activité de consultations spécialisées par des professionnels venant de Challans, sous forme de permanence :
 - 2 cardiologues se partagent 2 à 3 permanences par mois (258 patients vus en 2015)
 - une gynécologue consulte une journée par mois (327 patients vus en 2015)
 - un ophtalmologue consulte une à deux fois par mois (522 patients vus en 2015)
 - une infirmière spécialisée en psychiatrie consulte trois fois par mois (122 patients vus en 2015)
 - un psychiatre a vu 25 patients en 2015
 - un radiologue a une permanence d'échographie une fois par mois (39 patients vus en 2015)
 - un géronto-psychiatre et spécialiste de la douleur consulte une fois par mois (respectivement 55 et 81 patients vus en 2015)
 - une diététicienne consulte une fois par mois et réalise en plus quelques téléconsultations (89 patients vus en 2015)
 - le médecin du travail du CHLVO intervient une fois tous les deux mois (31 journées

de consultation en 2015)

- une à deux fois par mois des cours de préparation à la naissance sont animés par une sage-femme
- le réseau « Vendée-diabète » anime deux jours de prévention en moyenne un mois sur deux

L'hôpital dispose d'un échographe pour la radiologie, d'un audiomètre/tympanomètre pour l'ORL et d'un holter tensionnel pour la cardiologie.

- ➔ une salle de dialyse
- ➔ des compétences spécifiques parmi le personnel soignant (gérontologie, soins palliatifs, hypnose)

➔ une offre gériatrique complète :

des liens avec le pôle de référence gériatrique du CHLVO (évaluation gériatrique, consultation mémoire, intervention de l'équipe mobile géronto-psychiatrique, intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs, 6 lits « Alzheimer » identifiés et 2 places d'accueil de jour. CLIC étendu à l'Ile d'Yeu.

➔ une offre ambulatoire complète grâce à une dynamique de coopération :

- avec tous les professionnels de l'Ile d'Yeu
- avec le CHLVO : direction « commune », recours à l'expertise métier (cardiologie, gériatrie, psychiatrie, gynécologie), recours à l'expertise du CHLVO (qualité, informatique, financière)
- avec le groupement de coopération sanitaire : services communs (hygiène hospitalière, service social, médecine du travail), pharmacie commune, projet gérontologique commun, réorganisation de l'offre SSR sur le territoire de santé de proximité. Par contre pas de dossier patient et de soins informatisé commun.

Activité des consultations de l'hôpital de l'Île d'Yeu :

Venues	2012	2013	2014	2015	Variation 2014/2015	
Pédicure Mme GIANETTI	802	720	798	798	0%	↔
Cardiologie ⁽¹⁾ Dr MERLE - Dr RIOU	161	-	63	258	310%	↑
Gynéco-obstétrique ⁽²⁾ Dr FALQUE	233	388	343	260	-24%	↔
Cours d'accouchement Mme HERMANN	109	76	80	67	-16%	↔
Ophtalmologie ⁽³⁾ Dr MIGNON	360	180	335	522	56%	↑
Gérontologie - mémoire - douleur Dr TADDEI	126	72	85	81	-5%	↔
Diététicienne Mme BANOUN	62	76	47	89	89%	↑
Ostéopathe ⁽⁴⁾ M. LASSALAS - Mme GRAVIER	335	662	704	864	23%	↑
Psychiatrie						
<i>Psychiatre</i>	66	61	83	25	-69,88%	↔
<i>Psychologue</i>	61	24	4	-	-100,00%	↔
<i>Infirmier</i>	113	67	149	122	-18,12%	↔
Sous-total	240	152	236	147	-37,71%	↔
Échographie ⁽⁵⁾ Dr BENHADDOU	-	47	139	39	100%	↑
TOTAL	2 428	2 373	2 830	3 125	10,42%	↑

⁽¹⁾ Arrêt de l'activité de cardiologie en juillet 2012, puis reprise en septembre 2014

⁽²⁾ Baisse de l'activité (absence du praticien pour congés de maternité)

⁽³⁾ Arrêt de l'activité ophtalmo en août 2013, puis reprise de l'activité par un nouveau médecin en février 2014

⁽⁴⁾ Début de l'activité en avril 2012

⁽⁵⁾ Peu de consultations en 2015, reprise de l'activité de radiologie régulière mensuelle depuis février 2016

- 1 centre de santé
avec 5 médecins généralistes salariés :
Dr Coudeyras à 90% depuis 2011
Dr Griffoulière à 90% depuis la création du CDS
Dr Alix à 80% depuis 2015
Dr Gravier à 70% depuis la création du CDS
Dr Fleurence à 66% depuis 2011
+ 2 renforts en fonction des besoins dans l'année ou 3-4 renforts en période estivale.
(Il faut 6,2 ETP pour couvrir les besoins (actuellement budgétisés))
Avec 2,5 ETP de secrétaires
Effectif physique de 6 médecins généralistes permanents pour 3,66 ETP
Effectif physique de 12 médecin généralistes remplaçants pour 1,31 ETP

Soit 4, 97 ETP sur l'année 2015 + Effectif physique de 4 internes

- 1 cabinet d'infirmiers libéraux situé à Port-Joinville qui effectuent les prélèvements sur place le matin et les soins à domicile. Les prélèvements sont collectés en fin de matinée et sont acheminés sur le continent via le vol régulier d'Oya-Hélicoptères à 12h30. Ils sont récupérés un quart d'heure plus tard par le laboratoire de Challans où ils sont analysés. Quant aux biopsies et frottis, ils sont envoyés par voie postale à un laboratoire d'anatomo-pathologie de Nantes.
- 2 cabinets dentaires dont un dans les locaux du centre de santé
- 1 cabinet de 2 kinésithérapeutes
- 1 cabinet d'ostéopathie
- 1 pharmacie située à port-Joinville (fusion de deux pharmacies existant sur l'île jusqu'à 2010), qui assure les gardes 24h/24, le pharmacien étant joignable par téléphone.
- 1 Centre Médico-Social avec une consultation de PMI
- 1 permanence de l'association régionale du Pays de Loire pour la dialyse
- 1 HAD disponible sur le continent
- 1 SSIAD organisé par l'ADMR
- Deux foyers assurent la prise en charge des personnes âgées sur l'île :
 - La résidence Calypso, située en face du centre de santé, peut accueillir 37 personnes. Elle est gérée administrativement par le CCAS de l'Ile d'Yeu.
 - Le foyer logement des chênes verts, qui communique avec l'hôpital, est géré par le CCAS également, il peut accueillir 67 personnes.
Par ailleurs le CCAS a mis en place un système de portage des repas à domicile.
- 1 vétérinaire
- Les sapeurs-pompiers disposent d'une caserne au centre de l'île, comptant 3 pompiers professionnels et plus d'une vingtaine de pompiers volontaires. Le centre de secours effectue en moyenne 700 interventions par an dont les transports sanitaires et les évacuations sanitaires grâce à leurs trois V.S.A.B (véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés). L'île ne disposant pas de sociétés d'ambulances privées. Les interventions sont plus nombreuses en période estivale, notamment pour des Accidents de la Voie Publique entre automobilistes et vélos, favorisés par l'affluence touristique.

B. FONCTIONNEMENT ADMINISTRATIF

L'hôpital local de l'Ile d'Yeu, « hôpital Dumonté », est dirigé par la directrice du Centre hospitalier de Challans, le CHLVO, par Mme Labro-Gouby. La direction est donc commune, mais pour davantage de suivi, un directeur de site a été nommé fin 2015. M. Carpo, directeur adjoint, est donc responsable de l'hôpital local Dumonté ainsi que de l'hôpital local de Noirmoutier. Depuis sa création en 2010, le centre de santé est rattaché administrativement à l'hôpital Dumonté. En effet, la loi HPST de 2009 a permis aux hôpitaux locaux de gérer des consultations externes, donc possiblement des CDS.

« Le CDS de l'île d'Yeu, comme l'hôpital local est un peu en autogestion car jusqu'à mon arrivée, c'est le directeur général qui s'en occupait donc on imagine bien qu'il n'avait pas beaucoup de temps à consacrer à l'île d'Yeu. C'est pourquoi Mme Labro-Gouby a souhaité nommer un directeur de site pour qu'il y ait un suivi un peu plus précis des dossiers et des sujets. Donc jusqu'à présent, les médecins un peu contraints et forcés, se retrouvaient aussi dans le fait de ne pas avoir trop de comptes à rendre. Ce qui choque un peu les médecins aujourd'hui, c'est d'avoir une lisibilité sur l'activité et le planning. »

L'hôpital Dumonté est donc gestionnaire de trois structures :

- les lits d'hôpitaux à proprement parler, de SSR et de médecine
- l'EHPAD
- le centre de santé.

M. Carpo se rend sur l'île une fois par semaine pour collaborer avec différents acteurs, notamment avec le Dr Gravier qui est président de la CME de l'hôpital local et interlocuteur du CDS.

1. Les activités du centre de santé

L'organisation en CDS est effective depuis le 1^{er} janvier 2010.

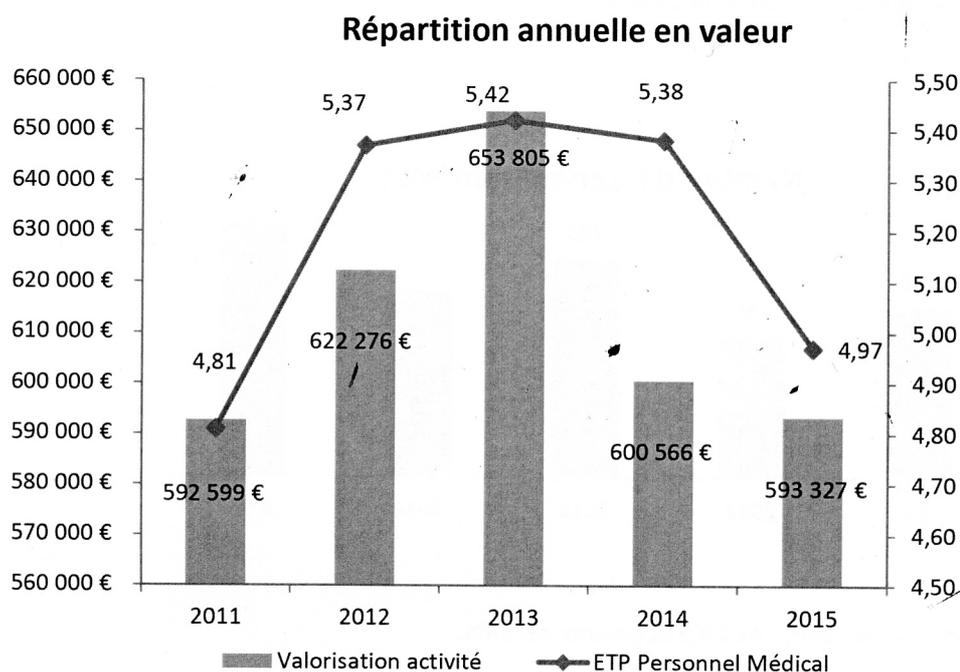
Les médecins se sont engagés à remplir les missions de continuité et de coordination de soins tout en appliquant deux impératifs :

- Application du tiers payant pour tous les actes pratiqués avec le respect des tarifs conventionnels (secteur 1).
- Usage d'un dossier informatique commun, la sécurité et la confidentialité étant assurées par des droits d'accès.

- **Activités de soins sans hébergement :**

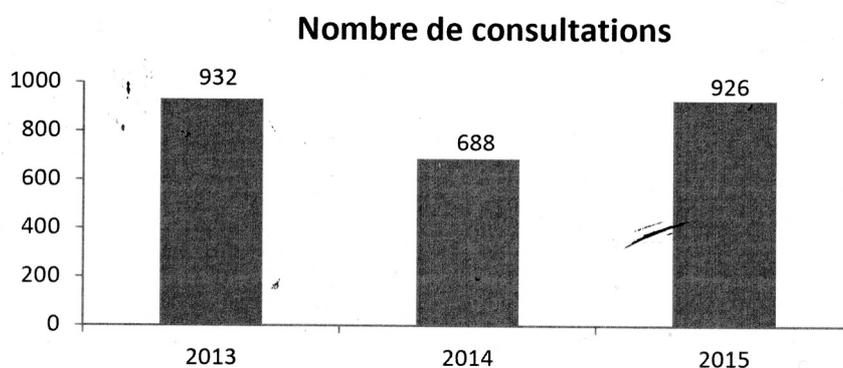
Consultations au cabinet 45 rue calypso et au domicile des patients si ceux-ci sont dans l'incapacité de se déplacer pour des raisons médicales, pendant les horaires d'ouverture. Le secrétariat est ouvert de 8h à 18h30 avec une interruption entre 12h30 et 14h, le samedi matin de 8h30 à 12h30, sans semaine de fermeture sur l'année. Les secrétaires jouent un rôle central à la fois d'accueil, d'écoute, d'évaluation et d'orientation. Le médecin lui consulte typiquement de 8h30 à 12h30 et de 16h à 19h, la plage-horaire de 14h à 16h étant réservée aux visites à domicile, aux consultations en EHPAD et au suivi des patients de l'hôpital local. Le temps de travail hebdomadaire pour un généraliste à temps plein est de 10 demi-journées par semaine.

Activité au cabinet et au plateau technique de l'hôpital Dumonté :



En 2015, la valorisation de l'activité a diminué de 1,21%.

Consultations auprès des patients hospitalisés de l'hôpital Dumonté :



Le nombre des consultations auprès des patients hospitalisés augmente de 35%. Cette évolution s'explique en partie par la hausse de l'activité sur des secteurs Médecine et SSR.

- La permanence des soins :

Elle est organisée par le CODAMUPS 85. Elle est assurée par les médecins du centre de santé 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 au cabinet médical, à domicile ou dans la salle d'accueil de l'hôpital local. De 20h à 8h, les appels d'urgence sont dirigés vers le Centre 15 de la Roche-sur-Yon, ils sont transmis au médecin régulateur SAMU ou au médecin régulateur PDSA qui fera suivre l'appel au médecin de garde de l'Ile d'Yeu s'il estime que le patient doit être vu en consultation. Sinon il prodiguera des conseils de premier recours. De 8h à 20h, le médecin de

garde sur l'île régule directement les appels d'urgence. Chaque médecin est de garde un jour par semaine et un week-end toutes les six semaines en moyenne. L'été le fonctionnement diffère en raison du nombre accru d'urgences : un médecin est d'astreinte toutes les nuits pendant une semaine et de repos le jour, les gardes de nuit sont doublées par un autre médecin (s'il arrivait qu'il y ait deux urgences en même temps). Un médecin est responsable des urgences du jour à tour de rôle, en cas d'urgences rapprochées, on fait appel au médecin d'astreinte de nuit.

L'hôpital local dispose d'un Service d'Accueil et de Soins comprenant le matériel d'urgence et une salle de radiologie pour les actes simples de radiologies des patients vus en consultation. Durant les deux mois d'été, un infirmier y accueille les patients de 10h à 22h, en collaboration avec le médecin de garde.

Pour donner une idée du rythme, du 01/01/2015 au 31/10/2015, il y a eu 1350 passages au SAS dont 160 évacuations sanitaires (118 le jour et 42 la nuit) et 965 radiographies ont été réalisées.

Dans les cas d'urgences vitales, l'évacuation hélicoptérée du patient sur le continent se fait dès que le patient est stabilisé, sur décision du SAMU. Elle peut se faire via le SMUR de Nantes qui vient avec son hélicoptère et son équipe, selon la disponibilité de l'appareil, la destination finale (pour les urgences neurologiques, le patient est couramment envoyé sur Nantes) et le degré de gravité.

Dans les situations moins graves, la compagnie locale Oya-Hélicoptère, qui possède deux hélicoptères, assure les évacuations sanitaires de jour comme de nuit vers les hôpitaux de Challans, La Roche-sur-Yon ou Nantes. La traversée à 220km/h dure une dizaine de minutes, mais ce genre d'intervention varie de 1h30 à 2h30 au total. En tant que médecins correspondants du SAMU 85, les médecins du centre de santé assurent la médicalisation des transports sanitaires hélicoptérés urgents (vols SMUH). Encore une fois, c'est le SAMU qui décide si c'est Oya-Hélicoptère ou l'héliSMUR qui réalise l'évacuation.

Par temps de brouillard, les traversées en hélicoptère sont rendues impossibles.

La SNSM réalise l'évacuation lorsque le patient est agité ou lorsque la météo ne permet pas un autre mode d'évacuation.

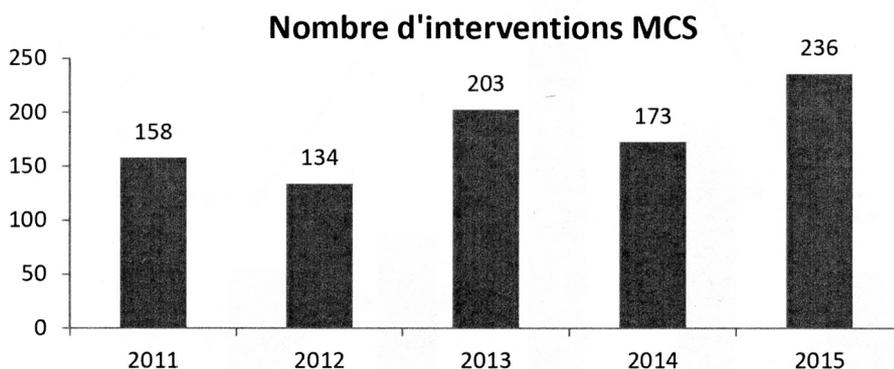
Les patients nécessitant un transfert sur le continent de façon moins urgente peuvent faire la traversée en position allongée en une demi-heure avec la compagnie maritime Yeu-continent qui dispose d'une « infirmerie ». Le patient ne doit pas avoir de soins techniques et ne doit pas nécessiter de surveillance médicale. Dans la cabine d'infirmerie, à l'abris des regards, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

En ce qui concerne les accouchements, les parturientes sont maintenant systématiquement envoyées sur le continent une semaine avant le terme, mais en moyenne un accouchement a lieu chaque année sur l'île.

Interventions Médecins Correspondants SAMU (MCS) :

Les médecins du Centre de Santé constituent un relais pour le Service d'Aide Médicale Urgente. Ils assurent la prise en charge de l'urgence vitale.

(Convention avec l'ARS Pays de la Loire à compter du 01/06/2015)



En 2015 , le nombre d'interventions MCS augmente de 36%.

- **Activités de soins et de coordination au sein des structures de soins avec hébergement :**
Les patients hospitalisés à l'hôpital local sont pris en charge par le médecin responsable de l'hospitalisation puis par son médecin traitant. La continuité des soins à l'hôpital est assurée par les médecins du centre de santé 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les médecins participent également aux activités administratives et de formation au sein de l'hôpital local avec participation aux réunions d'établissement, démarche qualité... et participent aux transmissions avec l'équipe médicale et paramédicale (IDE, kiné, psychologue et médecins de l'équipe mobile de soins palliatifs).
Les patients des deux EHPAD sont suivis régulièrement par leur médecin traitant, sauf en situation d'urgence où c'est le médecin de garde qui interviendra.
Un des médecins du CDS assure la fonction de médecin coordonateur pour les EHPAD (convention avec la collectivité territoriale pour 0,2 ETP).
- **Activité de formation :** Interne en médecine générale (stage « praticien » niveau 1 et SASPAS) soit 2 internes en stage tous les 6 mois. Le CDS paie un loyer à la mairie pour le logement des internes.
- **Activité de collaboration avec la commune :** réunions sanitaires, point info familles, sécurité

sanitaire, plan grippe, CLIC, médecin coordinateur des deux EHPAD territoriaux, et médecin de crèche (convention pour un financement à la prestation)... (tous deux financés par la mairie : attribution d'une enveloppe au CDS).

- Activité d'éducation à la santé et de prévention : Actuellement, les centres de ressources utilisés sont l'IREPS Pays de Loire et le réseau « Vendée-diabète » : formation, documentation, interventions humaines. Un médecin et une IDE de l'hôpital local ont eu une formation validante à l'Education Thérapeutique du Patient. Le temps dédié à l'ETP pour l'IDE est en cours de formalisation. L'ensemble des professionnels de santé de l'île a reçu une sensibilisation à l'ETP.

Au niveau collectif, un des quatre grands projets du Contrat Local de Santé est de développer un projet de prévention islais et d'organiser une action d'éducation thérapeutique de premier recours en lien avec les acteurs spécialisés.

Plusieurs objectifs ont été définis :

- Risque cardio-vasculaire : projet de séances collectives d'ETP en attente.
- Diabète : en lien avec le réseau « Vendée-diabète », diagnostics éducatifs réalisés par l'IDE de l'hôpital local, séances collectives d'ETP animées par le réseau, l'IDE et un médecin islais. Plus de 50% des patients diabétiques islais ont participé à ces séances (cf poster AFDET 2015).
- Conduites addictives : poursuite et développement d'un programme de prévention en lien avec les dynamiques existantes (dire, grandir, devenir) en direction :
 - des jeunes scolaires et extrascolaires
 - des adultes par la systématisation du RPIB (Repérage et Interventions Brèves en Alcoologie).
- Santé mentale : développement d'un programme de prévention en santé mentale et de lutte contre l'isolement (notamment prévention du suicide).

- Activités de coordination

Les activités du CDS sont coordonnées avec :

- l'ADMR, le SSIAD et l'EHPAD
- L'hôpital local et le CHLVO
- Les acteurs libéraux, projet de pôle de santé (réunions de coordination, logiciel commun, évaluation des Nouveaux Modes de Rémunération)
- Avec les services sociaux : le CCAS et la mairie, dialogue avec Mme Mélanie Salaud qui travaille à mi-temps sur le CLIC (personnes âgées dépendantes, favoriser le maintien à domicile) et à mi-temps sur le CLS
- SAMU, médecins correspondant SAMU

Pour aborder les questions d'organisation au sein du centre de santé mais aussi pour permettre un travail de coordination, une réunion d'équipe et de fonctionnement (médecins + secrétaires) de 2 heures a lieu tous les 15 jours.

Une réunion de CME (Comité Médical d'Etablissement) a lieu une fois par an.

Une réunion de CTE (Comité Technique d'Etablissement) a lieu une fois par an.

Une réunion avec l'Equipe Mobile de Soins palliatifs a lieu tous les deux mois.

Les médecins se réunissent tous les lundis de 14 à 15h avec les IDE de l'hôpital local pour réaliser les transmissions de la semaine.

Une réunion de coordination avec les professionnels libéraux a lieu une fois par mois.

- Utilisation de la télémédecine

La télémédecine implique un matériel spécifique et un protocole d'utilisation : matériel audiovisuel installé à l'hôpital local. A ce jour sont fonctionnels des consultations de gériatrie et des consultations de diététicienne.

Système de télétransmissions des radiographies en lien avec le CHLVO.

Présence d'un appareil de monitoring CORPULSE pour les détresses vitales avec possibilité de transmettre par son modem intégré les données médicales au SAMU ou autre correspondant de soins urgents.

- Responsabilités respectives

Emmanuel Gravier est en charge de la Commission Médicale d'Etablissement.

Patrice Coudeyras est responsable des plannings des médecins, référent pour les évaluations qualité à l'hôpital local.

José Fleurence est médecin coordonateur des EHPAD, médecin de la crèche et référent ETP.

Anne Griffoulière détient une capacité d'addictologie et est donc le référent dans ce domaine. Elle est aussi responsable de la gestion du stock de matériel médical.

Isabelle Alix est coordinatrice du CDS.

Le sac d'urgence (médecin correspondant SAMU) est vérifié régulièrement par chaque médecin à tour de rôle.

Tous les médecins sont maîtres de stage universitaire.

2. Contrat Local de Santé

L'Association pour la Promotion de la Santé sur l'île (APS-Yeu) a été créée en 2010 avec l'accompagnement d'*Acsantis*. Elle s'était donnée pour but de contribuer à l'amélioration de la santé publique et à la qualité des soins sur l'île d'Yeu via le projet de santé islais, en créant une « dynamique santé ». L'idée était de mettre en œuvre des actions de santé publique et de prévention, de lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

Elle a été transformée en SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires), entité juridique qui regroupait tous les professionnels de santé (salariés et libéraux) afin que l'ARS octroie les financements pour être ensuite répartis selon les actions des professionnels.

Le contrat Local de Santé, codifié dans la loi HPST de 2009, est venu remplacer la SISA en 2013 : « La mise en œuvre du Projet Régional de Santé peut faire l'objet de Contrats Locaux de Santé conclus par l'ARS, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. » La mairie a choisi de signer ce contrat local de santé,

effectif depuis juin 2013, l'ARS finance depuis lors le poste d'animateur de contrat local de santé (0,5ETP).

Ce nouvel instrument doit permettre d'agir sur des problèmes ciblés par territoire, dans un cadre fixé par le Projet Régional de Santé, avec des acteurs volontaires pour contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. Les actions peuvent porter sur un ou plusieurs déterminants de santé, qu'il s'agisse de comportements, d'environnement ou d'organisation des réponses de santé.

D : « Ce contrat a apporté quelque chose de très positif, il a permis une vision d'ensemble pour un territoire, celui de l'île, il a permis d'ouvrir les perspectives, d'ouvrir le regard des professionnels de santé et des professionnels du social, sur le travailler ensemble. Il y a des choses à modifier probablement mais c'est déjà un outil très intéressant. »

E : « Il a permis de financer les réunions de coordination, multidisciplinaires qui se font au sein de l'hôpital local, où toutes les équipes du médico-social se retrouvent une fois par mois. Du coup on se connaît, on a tous les portables des uns et des autres, les échanges informels se font très facilement. Moi je suis aussi en rapport avec la mairie au niveau du groupe de prévention qu'on est en train de mettre en place. C'est vrai que ça facilite le maillage. »

C. FONCTIONNEMENT ECONOMIQUE

1. Généralités

L'île d'Yeu, dont la devise est « in altum lumen et per fugium », au large la lumière et le repos, appartient aux îles du Ponant. Vraisemblablement rattachée au continent dans les temps plus reculés, l'île d'Yeu faisait partie d'une bande côtière allant de la pointe de Penmarch à Yeu et englobant les Glénans, Groix et Belle-Ile. Avec une superficie de 23 km², elle est longue de 9,5 km de la pointe des corbeaux à la pointe du but et large de 4 km, elle ressemble par analogie à une coquille de moule dont l'axe serait orienté Nord-Ouest. Ses habitants sont les islais ou les ogiens. L'île possède deux ports : Port-Joinville (dont le nom était Port-Breton jusqu'en 1846), le port principal situé au Nord-Ouest de l'île où a lieu toute l'activité maritime ; l'autre étant celui de la Meule, petit port naturel au sud de Yeu.

Elle est située au large de la côte vendéenne à 21 km de Saint-Gilles-Croix-de-vie et à 17 km de Fromentine, agglomération côtière située « au pied » du pont de Noirmoutier, ce qui en fait l'île métropolitaine la plus éloignée après la Corse. L'île d'Yeu est desservie quotidiennement par les bateaux de la compagnie publique Yeu-Continent qui permettent une traversée en 30 minutes ; subventionnée par le Conseil Général, elle assure le transport des passagers mais également du fret. La Compagnie Vendéenne vient renforcer la liaison en période estivale. La compagnie privée Oya-hélicoptère, assure quant à elle, le transport de passagers, du courrier, de certains produits frais pour les restaurateurs, des médicaments pour la pharmacie ainsi que les évacuations sanitaires.

La population remonte aux temps préhistoriques comme en témoignent les nombreux monuments néolithiques et mégalithiques : dolmens, menhirs, lechs, tumulus qui sont

disséminés dans l'île.

Le premier recensement date de 1778, l'île comptait alors 2563 habitants, puis la population sera en constante augmentation jusqu'à atteindre un pic en 1990 avec 4955 habitants. Contrairement aux autres îles du Ponant qui se dépeuplent petit à petit, la population résidant sur l'île reste stable depuis les années 1960, avec un peu moins de 5000 habitants. En saison, la population compte environ 25.000 personnes, avec des pics journaliers pouvant atteindre jusqu'à 40 000 personnes (pic estival du 15 juillet au 15 août).

De part son microclimat qui lui assure un grand ensoleillement et des hivers généralement doux, de la diversité et de la beauté des paysages, les résidents secondaires et touristes sont affluents au moment des vacances scolaires. Beaucoup de retraités viennent passer 6 mois de l'année sur l'île, d'avril à septembre, certains ont choisi leur médecin traitant sur l'île, d'autres ont gardé leur médecin proche de leur résidence principale. Plus d'un logement sur deux (exactement 59%) est une résidence secondaire comme sur l'ensemble du littoral vendéen.

Au dernier recensement par l'Insee en 2012, la population est estimée à 4738 habitants. 28% de la population islaise a moins de 30 ans, elle est donc encore plutôt jeune avec un âge moyen qui progresse plus lentement par rapport aux autres îles du Ponant mais la part des moins de 45 ans diminue.

-11% des Islais ont plus de 75 ans en 2014

-46% des Islais auront plus de 60 ans en 2020

L'activité islaise est structurée autour de 4 secteurs : la pêche, l'agriculture, le bâtiment et les commerces et services. L'afflux de touristes est de plus en plus marqué et tend à devenir la principale source de revenu pour l'île. Le revenu médian annuel des habitants de L'Ile d'Yeu est évalué à 19 848 euros (2012). Ce chiffre équivaut au revenu médian national par an (19 785 euros). Le taux de chômage est de 14,2% contre 10,2% au niveau national (en 2012).

Pour établir le profil de santé, nous ne pouvons que nous appuyer sur les données concernant le territoire de Challans et donc nourrir des projections de la réalité islaise, le logiciel de santé ne permettant pas actuellement la réalisation de statistiques.

Les besoins de la population en matière de santé :

Les pathologies rencontrées sur l'île sont celles qui sont classiquement représentées sur le continent :

- Maladies chroniques (diabète et risques cardio-vasculaires, poly-pathologie liée à l'âge...)
- Cancers (poumon, colon-rectum, sein)
- Troubles de la santé mentale

On note tout particulièrement des conduites addictives que se soit à l'alcool ou à d'autres

substances psychoactives comme l'héroïne, la cocaïne. Beaucoup de marins-pêcheurs, du fait de la dureté du métier et d'un accès plus facile à ces substances dans ce milieu en ont consommé. Le plus grand nombre de ces personnes suit maintenant un traitement de substitution aux opiacés.

Certaines questions préoccupent davantage les islais : la continuité des soins, le maintien à domicile et les contraintes des transports pour le recours aux spécialistes, la prise en charge du handicap, des pathologies complexes, du grand âge...

La mortalité est fortement liée à l'âge, on observe tout de même une mortalité prématurée supérieure de 9% à la moyenne nationale. Les cancers constituent la principale cause de décès prématuré (40% des décès avant 65ans), viennent ensuite les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnement (accidents de la circulation, suicides, accidents de la vie courante) (25%).

2. Budget du centre de santé

Le service des finances de Challans fait tout le suivi et le travail financier, mais le budget reste propre à l'hôpital de l'Ile d'Yeu.

-Dépenses :

Charges du personnel : le contrat des médecins salariés appliqué n'a rien à voir avec le code de la santé. Il y a une part fixe, et une part variable qui n'est pas modulée aujourd'hui (chaque médecin touche 100% de la part variable or c'est une part qui pourrait être différente pour chaque médecin selon leur activité).

« Le problème est que en règle générale, les actes ne viennent pas couvrir les charges d'un CDS. Très peu de CDS sont équilibrés au niveau financier, ceux qui le sont ont mis en place la part variable. »

Selon le Code de la Santé Publique, les salariés devraient avoir le statut de Praticien Hospitalier Contractuel, échelon 4 + 10%.

Salaires approximatifs des médecins au 1^{er} janvier 2012 :

100% : 208,5 jours/an, 6589 bruts, 5561,11 nets

90% : 187,5 jours/an, 5930 bruts, 5004,92 nets

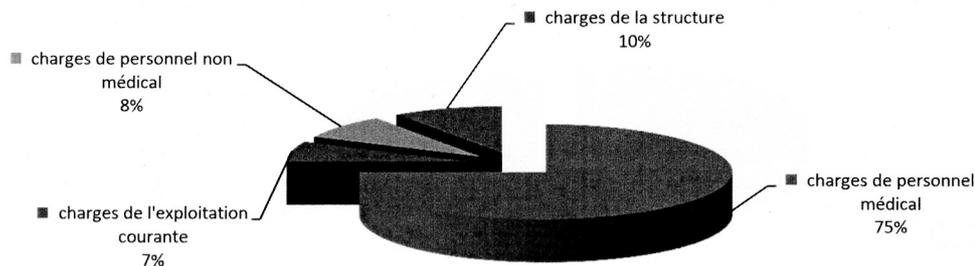
70% : 146 jours, 4612,30 bruts, 3892,78 nets

60% : 125 jours, 3953,32 bruts, 3336,60 nets

Charges de la structure : location des locaux à la SCI, frais de gestion, assurances, entretien des locaux.

Charges de l'exploitation courante : informatique, chauffage, électricité, téléphonie, fournitures médicales et autres, gestion des déchets...

Dépenses par postes :



Détail des dépenses :

INTITULES	2014	EPRD 2015	2015	Variation 2014/2015
TITRE 1 - CHARGES DE L'EXPLOITATION COURANTE				
Informatique (honoraires et hébergement réseau)	16 356		16 244	-0,7%
Entretien locaux, chauffage, électricité, eau ...	28 143		29 695	5,5%
Redevance (utilisation du plateau technique à Hôpital Dumonté) ⁽¹⁾	1 612		2 114	31,1%
Achats de matières, fournitures médicales et autres achats	18 277		16 244	-11,1%
Prestations médicales (suivi dosimètres)	816		753	-7,7%
Affranchissements & téléphonie & gestion des déchets	9 056		9 854	8,8%
Sous-total titre 1	74 260	75 845	74 903	0,9%
TITRE 2 - CHARGES DE PERSONNEL				
Rémunérations Personnel Médical (traitement et charges)	793 110		792 831	0,0%
Rémunérations Personnel Non Médical (traitement et charges) ⁽²⁾	80 875		88 307	9,2%
Sous-total titre 2	873 984	883 415	881 138	0,8%
TITRE 3 - CHARGES DE LA STRUCTURE				
Locations immobilières	54 940		56 447	2,7%
Frais de gestion	12 495		13 180	5,5%
Autres frais (assurance, divers ...)	3 528		4 030	14,2%
Entretien et réparations	18 569		20 660	11,3%
Amortissements	5 857		6 164	5,3%
Charges exceptionnelles (titres annulés) ⁽³⁾	12 655		1 815	-85,7%
Sous-total titre 3	108 043	100 162	102 296	-5,3%
TOTAL GENERAL	1 056 287	1 059 422	1 058 337	0,2%

⁽¹⁾ En 2015, redevance due uniquement sur les consultations des patients hospitalisés en hausse en lien avec l'activité Médecine et SSR

⁽²⁾ Remplacement d'une personne du secrétariat médical pendant 6 mois

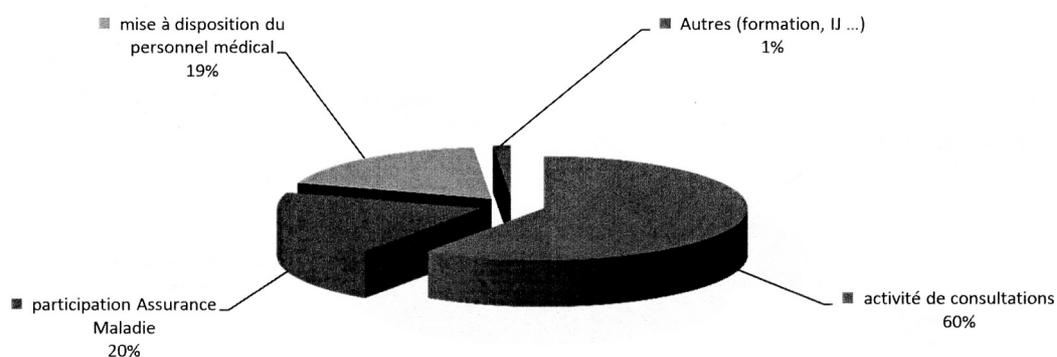
⁽³⁾ En 2014, annulation du titre relatif aux interventions du médecin coordonnateur en EHPAD pour l'année 2013 pour une facturation au nombre réel d'heures d'interventions

-Recettes :

Le financement du centre de santé se fait en deux parties : une partie « soins » et une partie considérée comme « hors soins » par les financeurs.

La partie « soin » est financée par les caisses de sécurité sociale et les mutuelles. Les sommes versées correspondent aux nombres d'actes nomenclaturés dans l'année qui est égal au produit de la tarification sur un an (T2A).

Recettes par postes :



Détail des recettes :

INTITULES	2014	EPRD 2015	2015	Variation 2014/2015
TITRE 1 - PRODUITS DE LA TARIFICATION				
Activité au Centre de Santé (consultations et visites) ⁽¹⁾	600 566		593 327	-1,2%
Adhésion au Centre de Santé (option conventionnelle)	90 942		88 826	-2,3%
Subvention (financement d'une partie du contrat local de santé)	20 000		20 000	0%
Expérimentation nouveaux modes de rémunération	35 200		44 650	26,8%
Sous total titre 1	746 708	761 342	746 803	0,0%
TITRE 2 - AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION				
Permanence des soins	81 150		80 900	-0,3%
Participation Assurance Maladie (charges sociales, télétransmission)	62 164		60 010	-3,5%
Activité à l'Hôpital Dumonté (consultations sur patients hospitalisés) ⁽²⁾	20 845		28 711	37,7%
Interventions MCS ⁽³⁾	56 485		89 850	59,1%
Indemnités médecin coordonnateur (Hôpital, Foyer Logement ...) ⁽⁴⁾	14 457		23 030	59,3%
Formation professionnelle	-		9 200	100,0%
Indemnités journalières	300		5 560	1753,3%
Produits exceptionnels ⁽⁵⁾	2 599		117	-95,5%
Sous-total titre 2	237 999	298 080	297 379	24,9%
TOTAL GENERAL	984 707	1 059 422	1 044 181	6,0%
5 - RESULTAT D'EXPLOITATION :	- 71 580 €	- €	14 156 €	

⁽¹⁾ Baisse de l'activité de 1,2%

⁽²⁾ En corrélation avec l'activité de l'hôpital

⁽³⁾ Nouveau mode de financement mise en place en juin 2014

⁽⁴⁾ Hausse de l'activité des patients hospitalisés

⁽⁵⁾ En 2014, émission du titre relatif aux interventions du médecin coordonnateur en EHPAD pour l'année 2013 pour une facturation au nombre réel d'heures d'interventions

La 6^{ème} année d'activité du Centre de Santé se solde par un déficit de 14 156 €.

Ce résultat accentue le déficit constaté depuis l'ouverture du centre de Santé en 2010.

En intégrant le déficit de cette année, le report à nouveau déficitaire est de 151 638 €.

Le budget « hors soins » permet de réaliser les programmes de prévention, coordination, évaluation. En règle générale, en moyenne les subventions correspondent à un tiers des recettes des centres de santé.

- L'ENMR a permis un apport non négligeable : 35000 euros en 2014, 45000 euros en 2015 (qui correspond en fait aux NMR pour l'année 2015).

« *Le nouvel accord national des CDS est moins favorable que les ENMR car le financement est généralisé à toutes les structures, par exemple l'éducation thérapeutique est financé à 1200 euros par action, à hauteur de 2 maximum. Cela reste évidemment non négligeable et en général ce nouvel accord est une bonne chose.* » Mais 1200 euros pour une action d'ETP ne permet pas de financer le temps dédié pour celle-ci (élaboration, déclinaison, évaluation).

- L'ARS : Prise en charge de l'étude réalisée par le consultant *Acsantis* (Projet de Santé de l' et projet de Contrat Local de Santé) sur des crédits FAQSV : 58 783,40€ en 2009

« Forfait Missions coordonnées » se rapportant à la convention n° ENMR/2011/09, signé par la structure Maison de Santé pluri professionnelle de l'Ile d'Yeu : 26 640€

Moyens hospitaliers : aide à l'équipement de locaux pour la prise en charge des Urgences (table de radiologie + divers matériels) : 60 434€ en 2008

Prévention et promotion de la santé : l'action « dire, grandir et devenir » développée au collège des Sicardières à l'Ile d'Yeu depuis 2008, soutenue financièrement par le GRPS puis l'ARS.

La commune de l'île d'Yeu s'est engagé à recruter un animateur local en santé à partir du 1^{er} janvier 2013 à mi-temps. L'ARS apportera son concours financier à hauteur de 25 000 € par an pendant 5 ans.

- Prime à Médecins Correspondants SAMU : pour l'instant, un forfait par astreinte et un forfait par intervention est payé au CDS. La situation devrait évoluer vers un forfait supplémentaire (astreinte et intervention) payé directement au médecin en vertu de son contrat individuel MCS avec l'ARS.

- Formation médicale continue : la formation continue est choisie par les médecins en cohérence avec leurs besoins et les besoins du CDS, quel que soit l'organisme de formation. La direction valide ou non le choix et finance les frais de formation. Actuellement, le CHLVO n'a pas de conventionnement avec les organismes de financement de la formation (OGDPC, CNFPT...) pour le CDS. La formation n'entre donc pas dans le cadre du DPC.

- La ROSP va se mettre en place cette année.

III. SYNTHÈSE

Le fonctionnement du centre de santé de l'île d'Yeu soulève de nombreuses questions qui font écho aux problématiques de l'organisation des soins sur le territoire français. Comment, notamment en tant que médecin généraliste, travailler en collectif ?

La pratique de la médecine au sein de diverses structures de regroupement se développe de plus en plus en France (cabinets de groupe, maisons de santé, centres de santé) et si le centre de santé de l'île est l'un des premiers en milieu rural, il cherche encore son équilibre.

Nous allons dresser un bilan à partir des données récoltées, et tenter d'ouvrir le débat.

A. BILAN DU CENTRE DE SANTE DE L'ILE D'YEU

1. Témoignages de médecins du centre de santé

Pour réaliser cette partie je me suis appuyée sur le travail en cours de Noémie Keravec qui étudie à travers sa thèse de médecine générale l'offre médicale sur les différentes îles du Ponant. J'ai donc utilisée les données de ses témoignages recueillis en mai 2016 auprès de trois médecins sur les cinq médecins permanents du CDS de l'île d'Yeu.

A la question : **Quelles sont, s'il y en a, les difficultés auxquelles vous êtes confrontés dans votre pratique ?** voici une partie des réponses :

Entretien 3 : « *La notion de travail d'équipe nécessite d'être organisé, on a encore des difficultés à avoir une organisation qui permette d'avancer sur le terrain, ce n'est pas forcément le fait de personnes mais le fait d'être en sous-effectif donc on se retrouve un peu le nez dans le guidon et chacun fait comme il peut. (...) La notion de « culture médicale » diffère aussi, l'approche en équipe n'est pas forcément évidente pour chaque médecin, c'est un peu caricatural mais on est formaté à travailler seuls depuis le début, et là on se retrouve à découvrir des outils pour travailler ensemble, qui ne sont pas forcément compris ou pas forcément ressentis donc on ne les utilise pas, on ne les optimise pas. (...) on a un bon terreau, des matériaux, il y a beaucoup d'outils qui ont été mis en place, beaucoup de travaux, de réunions avec les autres professionnels de santé, beaucoup d'échanges, il y a eu tout un élan, toute une dynamique qui a été mise en place, et là on se retrouve depuis 2-3 ans à stagner à cause probablement du sous-effectif, et puis deuxièmement à cause d'une incompréhension, peut-être liée à la souffrance, on peut dire souffrance, parce qu'il y a eu des moments, pour certains très difficiles je crois, liés à ce sous-effectif là. »*

Entretien 1 : « *Pour moi c'est vraiment la pénurie de médecins et du coup une charge de travail plus importante avec les patients et les gardes, qui fait que ça devient très vite exponentiel et explosif... voilà, après, quand on travaille ensemble forcément y'a des points de désaccord, on s'engueule de temps en temps, normal quoi [rire]. »*

Entretien 4 : « Pour moi, c'est la polyvalence de l'exercice et la difficulté d'avoir au moins un petit avis initial sur tel ou tel cas. Au début je me sentais obligée de dire des choses au patient, maintenant j'ai appris à dire « écoutez, je ne sais pas, je vais me renseigner, je vais prendre un avis et je vous rappelle ». Mais c'est à la fois aussi notre rôle de médecin correspondant SAMU, avec le stress des gardes, où tout peut nous tomber dessus à n'importe quelle heure, les arrêts, les urgences vitales, enfin tout quoi ! Et puis finalement, on fait beaucoup de logistique ici, passer un coup de fil aux spé, avoir un avis, organiser les transferts... finalement on organise presque plus les soins qu'on ne les fait directement (...) Autre chose que je ne trouve pas évident, c'est de potentiellement soigner tout le monde donc y compris les secrétaires du CDS, mes propres parents quand ils sont en vacances sur l'île, mes enfants, mon conjoint, mes amis si c'est moi qui suis de garde... Par ailleurs, on peut s'organiser beaucoup mieux je pense et différemment, et surtout travailler plus ensemble, parce qu'on est un centre de santé, voilà. Moi ce qui m'a beaucoup marqué au début c'était le côté individuel, en plus j'ai pas eu de véritable accueil, on m'a en gros rien expliqué, j'ai débarqué et j'ai commencé, ça j'ai eu du mal à le vivre. J'ai sollicité un peu mes collègues mais j'ai eu en réponse « j'ai pas le temps », donc je me suis débrouillée toute seule pour faire mon trou, ce que je trouve dommageable... et un peu plus d'esprit d'équipe, parce qu'on travaille pas vraiment ensemble, enfin un peu mais pas assez.

Je pense qu'il y a une réorganisation nécessaire, il y a plein de choses qui ne sont pas claires comme : « à qui sont les patients ? », est-ce qu'on a une vraie attitude de centre de santé où personne n'est à personne et on suit tous les gens ou est-ce que ça reste quand même mon médecin c'est untel, ça c'est source de problèmes aussi. »

Enquête 2 : « La difficulté actuelle se situe au niveau de la gouvernance, la coordination est plus délicate vue la complexité organisationnelle. Cette année, un directeur propre à l'hôpital local de Noirmoutier et de l'île d'Yeu a été nommé. »

Le centre de santé n'a pas modifié ses pratiques ni son organisation par rapport à l'organisation libérale, par contre je constate un élargissement des champs de la santé publique avec les ENMR. »

Enquête 1 : « Je n'y ai vu que les avantages mais je n'ai pas de recul suffisant car j'ai quitté l'île d'Yeu environ 18 mois après la création du CDS.

Ce sont les avantages du mode salarial surtout pour une femme (grossesses, congés payés...) L'impression d'être plus libre pour quitter l'exercice. Les inconvénients sont ceux du fonctionnement sous tutelle, avec des obligations et des comptes à rendre. »

2. Analyse SWOT

J'ai ensuite interrogé les médecins permanents du centre de santé en m'appuyant sur la matrice SWOT, acronyme anglophone de Strengths, Weaknesses, Opportunites et Threats, qui permet d'obtenir une vision synthétique d'une situation en présentant les Forces et les Faiblesses de l'entreprise (facteurs internes sur lesquels on peut agir) ainsi que les Opportunités et les Menaces potentielles (facteurs externes sur lesquels on a pratiquement aucun contrôle) (en français, on parle d'analyse FFOM). L'intérêt de la matrice SWOT est de permettre de rassembler et de croiser les analyses.

Les forces : Ce sont les points positifs internes à l'entreprise qui lui procurent un avantage durable.

Les faiblesses : Par opposition aux forces, ce sont les points négatifs internes à l'entreprise avec une marge d'amélioration substantielle.

Les opportunités : Ce sont les facteurs extérieurs ou les situations dont l'entreprise peut tirer parti.

Les menaces : Elles regroupent les problèmes, obstacles ou freins extérieurs qui peuvent nuire au développement du projet.

	<i>Médecin 1</i>	<i>Médecin 2</i>	<i>Médecin 3</i>
Points forts	<p>Salariat Travail d'équipe Dynamique de formation Bon équilibre travail/vie privée Partage de compétences Installation facilitée</p>	<p>Salariat Travail d'équipe Temps partiel Valorisation du MG Portage par l'hôpital local Assistance administrative et technique</p>	<p>Salariat Travail d'équipe Autoformation Compétences de chacun développées Bon équilibre travail / vie privée Soins de qualité Partage de compétences</p>
Points faibles	<p>Dépendance à une direction peu réactive Formations DPC non accessibles</p>	<p>Procédures de prises de décision Démographie médicale Permanence des soins</p>	<p>Financement à l'acte majoritaire</p>
Opportunités	<p>Développement du CLS = développement de la Prévention</p>	<p>Modèle expérimental Projets de santé publique soutenus par l'ARS</p>	<p>Développer une pratique de santé publique et une offre de soins adaptée à un territoire Améliorer les pratiques Développer la pluri-professionnalité Proposer une formation aux étudiants Optimiser la visibilité et cohérence de l'offre pour les usagers</p>
Menaces	<p>Sous-effectif médical Médecins généralistes plus formés aux urgences</p>	<p>Sous-effectif médical Budget Crises humaines internes</p>	<p>Sous-effectif médical Immobilisme sur évolution, amélioration Absence de culture du travail en équipe Crises humaines internes Changement de politique de la tutelle (beaucoup moins bienveillante)</p>

3. Rapports d'audit

En 2012, deux ans après la création de la structure juridique centre de santé, une mission d'audit a été menée pour évaluer le fonctionnement par rapport à l'organisation libérale antérieure. Le rapport amène à plusieurs constatations :

- Le recrutement est facilité.
- Le salariat correspond aux attentes des nouveaux professionnels.
- La relation médecins-secrétaires est améliorée.
- Les échanges et le travail en équipe sont développés. Une fois par mois sont organisés :
 - une réunion de pôle de santé avec les paramédicaux : la coordination entre médecins généralistes et IDE libérales permet une meilleure prise en charge des patients ;
 - un groupe de pairs pour échanger sur les pratiques des différents médecins ;
 - une réunion de service pour le bon fonctionnement du centre de santé.
- Les stages des internes en médecine générale sont réguliers et appréciés par tous, ils aident aussi au recrutement de nouveaux remplaçants.
- La permanence des soins et les formations SAMU sont mieux suivies.

Par contre, il en ressort que :

- La gestion des temps partiels est plus difficile.
- La charge de secrétariat est plus importante en raison du tiers-payant.
- La facturation et notamment le codage des actes sont compliqués surtout lors des gardes.
- Le planning des congés est difficile à établir.
- Le fait de travailler sur deux sites différents (CDS et hôpital) rend l'exercice compliqué.
- Le système informatique est à améliorer.
- Selon des usagers et des professionnels hors CDS, certains patients n'obtiennent pas de réponse en s'adressant à l'accueil téléphonique du centre.

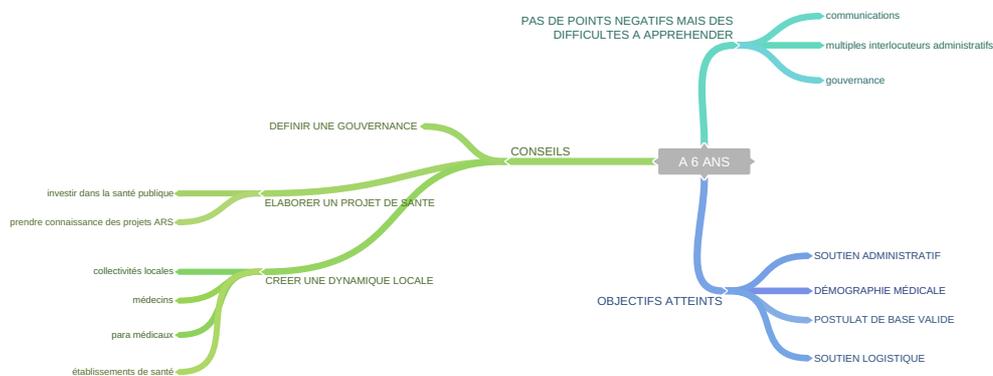
4. Analyse de la psychologue du travail

Trois ans plus tard, en 2015, le Service de Santé au Travail du CHLVO a été mobilisé, notamment la psychologue du travail Emilie Grabowski, qui a réalisé une analyse neutre de la situation et a proposé des pistes d'amélioration des conditions de travail. L'équipe était effectivement demandeuse de voir évoluer la situation. L'audit psychologique a été mené au courant de l'année 2015, par la réalisation d'entretiens individuels et collectifs, il rapporte plusieurs points positifs :

- une attente partagée de l'accentuation de la culture du collectif ;

- une solidarité de pratique perçue autour du patient ;
- un lieu de travail perçu comme favorable (atypique, convivialité et solidarité) ;
- la diversité et la complexité de la tâche perçues comme stimulantes et valorisantes, à condition de disposer de moyens adaptés et d'accompagnement ;
- un collectif de travail perçu comme fonctionnel avec l'Hôpital local et les IDE/AS ;
- une motivation forte et partagée pour faire évoluer un outil de travail perçu comme riche et adapté.

coggle



À travers ces différents rapports, et concernant spécifiquement la structure juridique centre de santé, on peut conclure que les médecins sont unanimes sur certains points positifs :

- Le salariat leur convient à tous, leur permet d'avoir un bon équilibre travail/vie privée.
- Tous souhaitent travailler en équipe et voir celui-ci se développer. Une réorganisation s'impose à l'aide des outils de travail mis à disposition.
- Certains points négatifs rassemblent également tous les médecins :
- Le sous-effectif médical semblerait responsable d'une surcharge de travail et donc de tensions au sein de l'équipe.
- La gouvernance est controversée, trop peu réactive, les prises de décisions sont longues.
- Ils se sont sentis peu soutenus pendant les premières années. La nomination d'un directeur de site en 2016 améliorera probablement la situation, les médecins y semblent favorables.
- Enfin, tous les médecins mettent en avant l'opportunité de développer des actions de santé publique de prévention.

Le Centre de Santé de l'Île d'Yeu fonctionne bien de manière générale. Soulignons avant tout le fait qu'ils se remettent en question régulièrement ; en dehors des réunions internes de fonctionnement, un audit puis une intervention d'une psychologue du travail ont été réalisés, ce qui est plutôt signe de « bonne santé ».

Plus concrètement, les médecins, malgré les revendications quant aux améliorations possibles et nécessaires, semblent être satisfaits de leur mode d'exercice. L'offre de soins comble les besoins de la population islaïse, et en été les médecins arrivent à faire face à l'afflux de touristes et donc de potentiels patients grâce notamment aux contrats courts des médecins venus en renfort. Chose qui aurait été plus difficile à mettre en place dans un cadre libéral. Enfin, le déficit annuel s'amenuise.

5. Vision de la direction

« Les médecins qui interviennent au CDS de l'Île d'Yeu actuellement sont tous d'anciens libéraux ou presque et ont un schéma de fonctionnement libéral. Actuellement on est en train de discuter la nomination d'un médecin coordonnateur et de ses missions mais c'est tout de suite compliqué, parce que c'est pris comme un flicage, et pourquoi ça serait lui le chef?... »

« Le problème découlant du fait que le CDS soit rattaché à un hôpital, c'est qu'il n'y a pas de duo administratif-médecin pour gérer le CDS, par exemple le logiciel médical et donc le dossier médical du CDS n'est pas le même qu'à l'hôpital. »

« Pour moi, un hôpital local ne doit pas s'aventurer dans les CDS car techniquement et administrativement il y a des contraintes trop lourdes. Dans la mesure où il y a un hôpital, que les médecins interviennent à l'hôpital, c'est cohérent que le CDS y soit rattaché plutôt qu'à une collectivité locale car ça rajouterait un acteur en plus et donc de la complexité (d'ailleurs on le voit avec l'exemple du CLS qui est signé entre la mairie et l'ARS ce qui est complètement aberrant.)

« Il faudrait que les médecins s'organisent davantage. Il faudrait passer à l'étape d'après : Est-ce que tous les médecins doivent travailler de la même façon ? Avoir le même planning dans la journée ? Par exemple, tous les médecins se retrouvent en même temps entre 14 et 16 heures dans le poste infirmier de l'hôpital, pour un poste informatique et une infirmière qui doit faire les transmissions à chaque médecin. Tout comme pour la maison de retraite, il serait plus facile si un médecin avait une aile en charge et venait une demi-journée par semaine pour les consultations, chacun à leur tour.

Est-ce que ça ne serait pas plus logique de développer les consultations non programmées ? Est-ce que ça ne serait pas plus intéressant d'identifier la SAS et le rôle du médecin de garde ?

Ils se plaignent d'être débordés mais c'est généré par leur mode de fonctionnement car ils fonctionnent de façon individuelle alors qu'ils pourraient se réorganiser. »

Autre question : que demande-t-on à un médecin remplaçant quand il vient au CDS ? On ne va pas lui demander la même chose qu'à un médecin permanent... »

Conflit autour du nombre de patients vus par chaque médecin :

« C'est l'intérêt de la part variable, de pouvoir déterminer les critères : il y a un plafond et un

plancher et dans la rémunération variable on fait rentrer les rémunérations autres et le nombre de consultation. Et puis, on retrouve ce problème dans tous les établissements « il y a un tel qui travaille, un autre qui travaille pas oui mais lui il fait de l'abattage, oui mais moi je fais de la médecine holistique... » On sait aujourd'hui que la moyenne d'un généraliste c'est de voir 4 à 5 patients par heure. C'est l'intérêt de réorganiser la consultation : consultations non programmées pour les problèmes ponctuels et les consultations pour les chroniques qui peuvent être réalisées par les médecins ad hoc. »

« Pour moi, le concept et la philosophie du concept de CDS n'empêche pas de travailler avec des libéraux. Certains médecins ne veulent pas être salariés car la rémunération qu'on leur propose ne les intéresse pas (PHC 4^e échelon +10%, pour 20% (une journée par semaine) ça fait 1000 euros par mois, comparé à une journée dans son cabinet, c'est peu. Ce qui est intéressant dans les CDS c'est la démarche projet de santé donc le côté politique de santé, la collaboration avec les collectivités, l'éducation thérapeutique, la prévention mais un des freins à mon avis est d'exclure les médecins libéraux. »

B. PRINCIPALES PROBLEMATIQUES

1. Manque d'effectif

Malgré un recrutement facilité depuis la mise en place du Centre de Santé, peu de médecins s'installent de façon prolongée dans le CDS. Beaucoup de « renforts » ou « remplaçants » viennent combler les besoins mais par conséquent, l'implication dans le collectif du CDS n'est pas la même.

Les trois médecins interrogés rapportent être venus sur l'île par curiosité, attirés par l'originalité d'une médecine insulaire.

Avant tout, ils mettent en avant la recherche d'une médecine polyvalente et variée ; les urgences font partie de cette diversité mais elles font peur... La répétition des gardes, les compétences qu'elles demandent et les responsabilités qu'elles entraînent créent une appréhension voire une volonté de les éviter.

Le salariat reste l'autre motif principal de leur installation (et par conséquent en CDS, puisque c'est le seul montage juridique qui permette le salariat en médecine ambulatoire de premier recours) :

Entretien 3 : « *Je travaillais avant sur l'île de la Réunion, en libéral, en arrivant ici, je n'avais pas envie de reprendre une activité de médecin libéral. C'est donc vraiment l'aspect salarié, travailler en équipe en tant que salarié qui m'a décidé à venir m'installer ici.* »

Entretien 1 : « *Moi je voulais aussi être salariée parce que j'estimais depuis mes remplacements que c'était difficile d'être à la fois chef d'entreprise (parce que gérer un cabinet c'est comme une entreprise: l'URSSAF, la comptabilité), et avoir cette mission de soins. Pour moi ce sont deux choses qui ne sont pas compatibles et je ne voulais pas rentrer là-dedans, donc du coup je voulais être salariée ; les postes salariés en France il n'y en a quand- même pas énormément.* »

Entretien 4 : « *Si les médecins avaient été installés en libéral je ne serais pas venue. De toute façon, j'ai toujours été salariée ou presque, sauf à mes premiers remplacements il y a plus de 10 ans maintenant, et je cherche plus ça maintenant, à tout prix, pas de libéral.* »

Le salariat serait « un élément fondateur des centres de santé et identitaire d'une pratique innovante et pertinente de la médecine ambulatoire de proximité, qui est née avec les centres et qui a été un des facteurs de leur développement : la pratique d'équipe, globale et coordonnée. »

En 2015 on compte 12 médecins remplaçants pour l'équivalent d'1,31 ETP et 6 médecins permanents.

On constate donc que l'insularité et tout ce qu'elle entraîne attire un profil particulier de médecins à la recherche d'une médecine globale et variée, séduits également par l'environnement de vie. Beaucoup de médecins exerçant ou ayant exercé sur l'île d'Yeu ont d'ailleurs une expérience de médecin salarié dans un dispensaire des DOM-TOM ou dans l'humanitaire.

Le travail salarié, comme nous l'avons vu plus haut, est une condition *sine qua non* pour

beaucoup de médecins s'installant.

À l'inverse, ces mêmes raisons font que beaucoup de médecins sont réticents à l'idée de s'installer à long terme sur l'Ile d'Yeu ; les contrats courts permettent la venue de renforts, les engagements étant moindres voire nuls.

D'autres, par contre, engagés et motivés au début, abandonnent pour les raisons citées plus haut mais aussi pour des raisons de mésentente au sein de l'équipe, liée en partie au sous-effectif et à la pression qu'il engendre.

2. Problèmes inhérents au travail en collectif

Comme le soulignent les médecins interrogés, des difficultés relationnelles entre membres de l'équipe (médecins, secrétaires) nuisent au travail en collectif. Certains ont été en situation de grande difficulté au travail (plusieurs arrêts maladies en rapport avec cette souffrance au moment de périodes très conflictuelles).

À partir de l'analyse de la psychologue du travail, des positionnements différents ont été mis en relief :

- Des relations basées sur le non-dit et le conflit ouvert :

Trois postures se sont profilées :

- posture relationnelle centrée sur le problème et la recherche de règles
- posture relationnelle centrée sur la recherche d'unanimité
- posture neutre n'osant pas affirmer son point de vue

Ces différentes postures entraînent une difficulté à la prise de décision lorsqu'elles ne sont pas urgentes ou unanimes.

- Un sentiment d'iniquité des contributions et rétributions :

Deux manières d'envisager cette rétribution se distinguent :

- une vision basée sur des règles favorisant l'égalité de traitement, pour éviter que rétribution des uns devienne contribution des autres de manière systématique ;
- une logique basée sur une rétribution individuelle en fonction des contraintes spécifiques de chacun.

- Coexistence de deux cultures de soins :

La coexistence des cultures libérale et hospitalière ne favorise pas la prise de position commune car des injonctions contradictoires peuvent émerger. La psychologue a bien mis en relief deux modes de pensées différents.

On constate en effet que la majorité des médecins généralistes en France travaillent en libéral

même si l'on voit actuellement un désir de changement des jeunes médecins, qui sont davantage attirés par l'exercice salarié ou du moins l'exercice groupé. Dans le CDS, la plupart des médecins ont une expérience de travail en libéral. La culture libérale prévaut donc aujourd'hui par habitude, et parce qu'au cours des études médicales, le travail d'équipe n'est pas valorisé.

La culture libérale est sous-tendue par certaines idées :

- un médecin attitré pour chaque patient ;
- un temps de travail peu rigide, en fonction des besoins ;
- une nécessité de facturer de façon juste et d'assurer une rentabilité du système ;
- un nombre de consultations variable, selon le souhait de chaque médecin ;
- des échanges autour du patient au besoin, des échanges de pratiques, une solidarité organisationnelle ;
- une expérience individuelle et une initiative individuelle favorisée.

Après presque 6 ans de fonctionnement, le CDS est toujours mono-professionnel.

Or, dans le projet de santé du territoire de l'Ile d'Yeu réalisé par Dominique Dépinoy d'Acsantis en 2010, il était déjà proposé de renforcer l'équipe du centre par au moins deux infirmiers salariés. Trois avantages avaient été mis en avant :

- amorcer de nouvelles activités contenues dans le projet de santé : les IDE seraient susceptibles de prendre en charge des activités nouvelles rémunérées comme des actions de prévention, d'éducation thérapeutique ;
- renforcer l'offre de soins par des délégations de tâches organisées ;
- renforcer l'équilibre financier du CDS.

De même, la question de l'instauration d'un médecin coordonnateur a divisé les médecins, certains craignant qu'il devienne « le chef de service ». La hiérarchie administrative semble également perçue comme un soutien pour certains aspects, mais aussi comme menaçante vis à vis de leurs libertés de pratique et de fonctionnement.

La culture de médecine hospitalière est en revanche plutôt favorable à :

- une prise en charge collective des patients ;
- un temps de travail repéré et basé sur la récupération ;
- un aspect financier du travail moins pris en compte ;
- un nombre et un temps de consultations déterminés pour permettre une équité ;
- des échanges systématisés autour du patient, des échanges de pratiques, une organisation repérée, stable et équitable ;
- une volonté d'instaurer un médecin coordonnateur et de travailler de façon pluri-professionnelle.

Les médecins actuellement en place se situent donc au carrefour de ces deux cultures, avec plus ou moins de penchants pour l'une ou l'autre d'entre elles.

3. Menaces

Certaines menaces planent sur le centre de santé de l'île d'Yeu.

Tout d'abord, comme pour tout centre de santé, l'équilibre financier est toujours fragile. Dans notre cas, il s'accumule avec les années :

En année 1, le centre enregistre un déficit de 70 000 euros, en année 5 il est de 14 000 euros. Déficit moindre, mais la dette cumulée s'élève aux alentours de 150 000 euros, dette portée uniquement par l'hôpital local et donc par extrapolation par la direction du CHLVO, qui pour le moment la tolère, mais jusque quand ?

Ensuite, les difficultés relationnelles, propres évidemment à tout travail en équipe, sont ici accentuées par le fait que les médecins se soient un à un rattachés au centre de santé au fil des années, ce n'est donc pas un projet commun, réfléchi ensemble avec une vision commune. Les médecins ayant souvent un passé de praticien libéral ont des attitudes qui peuvent mettre à mal le collectif, ce qui donne lieu à des conflits. Ceux-ci peuvent influencer sur la qualité du travail effectué, voire mener à une explosion de l'équipe.

Enfin, la menace du sous-effectif médical est toujours présente, bien plus en rapport avec l'isolement géographique qu'avec le centre de santé lui-même qui, malgré tout, a facilité le recrutement.

De manière plus générale, on peut se poser la question suivante : Est-ce que les CDS peuvent survivre, sachant que de façon caricaturale, les médecins ont un mode de fonctionnement basé sur une culture libérale? Celle-ci est-elle un invariant ?

L'avenir des centres de santé passe aussi, et surtout, par la formation des jeunes médecins, que ce soit au cours des études de médecine ou durant leur internat. En effet, même si les autorités publiques aident ces structures, il est primordial pour les médecins d'avoir conscience des missions de service public.

Dans la plupart des témoignages recueillis auprès des médecins de l'île d'Yeu, revient cette idée de développer ces actions. Beaucoup de choses restent à faire mais la structure de CDS permet d'imaginer une médecine publique de proximité, une idée de la médecine qui les anime.

Cette idée d'une médecine comme service public est actuellement très peu mise en avant lors des études. De même la prévention n'est que très peu enseignée par rapport au curatif.

Avant tout, l'important est que les médecins renouent avec un sens du collectif. L'idée n'étant pas d'opposer les médecins libéraux et salariés mais de réorienter la médecine vers plus d'humanité. Notons au passage que les IDE, au cours de leurs études, ont davantage l'habitude du travail d'équipe. Se former au travail collaboratif est toujours possible, des formations courtes existent...

4. Perspectives

A la question : « **Comment est-ce que vous voyez l'avenir de la médecine générale sur l'île, est-ce que vous avez une vision optimiste ou plutôt pessimiste ?** » voici une partie des réponses des médecins :

Entretien 3 : « *Pour moi, l'avenir de la médecine générale sur l'île, c'est une équipe qui travaille de façon coordonnée avec d'autres professionnels de santé, notamment du secteur social, qui va vers la délégation de tâches auprès d'autres professionnels, et qui intègre aussi mieux le secrétariat dans nos actions. C'est en cours effectivement avec ce nouveau directeur qui nous aide à manager tout ça, donc c'est plus qu'une équipe de médecins c'est une équipe d'un territoire global. (...)*

On arrive finalement à faire un peu ce qu'on veut et à obtenir ce qu'on veut, je dis bien « entre guillemets » ; ce n'est pas aussi simple que ça mais ça laisse des perspectives assez positives sur une action, l'insularité avec les répercussions médiatico-politiques qu'il peut y avoir etc. ... Laisser tomber un territoire insulaire probablement a une influence, enfin, c'est mon interprétation. (...) Pour la permanence des soins, actuellement, on a un statut d'astreinte, payé 150 € net par garde donc pas grand-chose, sans récupération suite à ça, donc quelque chose qui n'est pas forcément suffisamment valorisé pour cette activité-là.

Et donc proposition de formations régulières, c'est indispensable à mon sens pour que les médecins se sentent à l'aise dans leurs baskets, si on nous demande de faire des trucs qu'on sait pas faire ou qu'on sait mal faire, il y a un moment où on lâche prise.

On peut aussi penser à regrouper sur un même lieu l'offre de soins, l'offre de santé, plutôt que d'avoir un bâtiment ici, le bâtiment de l'hôpital local, ce qui permettrait plus de confort pour le travail, une qualité bien meilleure qui fait que si ces éléments se mettent en place, les professionnels de santé seront aussi plus attirés.

Autre option que je voyais et qui pourrait être intéressante c'est de faire du travail déporté, dans le sens où certaines missions, par exemple ce qu'on me demande de faire au niveau des EHPAD : cotation, écriture de protocole, formation du personnel etc... donc du temps de préparation où il n'y a pas forcément besoin d'être sur place, et donc, qui peut être fait en déporté. »

Entretien 1 : « *Ah ben pareil avec le centre de santé, cordonné, salarié. J'espère avec une équipe de médecins pérenne en fait parce que pour l'instant on a beaucoup de remplaçants, ça tourne beaucoup, mais c'est vrai que pour ceux qui sont là tout le temps et qui portent les missions de coordination, si on pouvait avoir de nouveaux médecins qui restent, ce serait vraiment bien. »*

Entretien 4 : « *Il faut que l'ambiance d'équipe s'améliore, et que l'organisation s'améliore. Après je suis plutôt optimiste parce que là on a un directeur, ce qu'on avait pas avant, qui est plutôt présent et qui a, je pense, assez bien senti les choses donc j'espère que ça va s'améliorer, après ça fonctionne comme ça depuis un moment et ça fonctionne pas si mal mais, y'a quand même beaucoup de choses à améliorer. Et puis je pense que ce qu'il y a c'est qu'avant c'était un cabinet de libéraux, qui est passé centre de santé, et que ce switch s'est*

pas vraiment fait, c'est-à-dire que c'est un centre de santé, on est salariés, on est tous pareils mais il n'y a pas cet esprit de travailler tous ensemble, ils ont plus gardé leurs habitudes du libéral un peu chacun dans son coin, enfin moi j'étais surprise au début, il y a des journées entières où on ne croise pas le collègue d'à côté, quand même c'est un peu surprenant ! »

Les médecins et les secrétaires se sont prononcés sur des pistes de réorganisation, en réflexion avec la psychologue du travail :

- des temps collectifs plus structurés avec un maximum de médecins présents pour penser et débattre de l'organisation du travail ;
- l'optimisation du temps de travail (désigner un référent qui serait seul à intervenir pour l'Hôpital local et l'EHPAD par semaine, gestion collective des patients en consultation) ;
- la répartition de la tâche de facturation entre médecins et secrétaires ;
- l'institution de référents pour chaque mission avec un pouvoir décisionnel à déterminer, tout en passant par la prise de décision collective.

Quand à la direction, il s'agit surtout pour elle de simplifier le fonctionnement administratif du CDS. En effet celui-ci est une entité juridique autonome par rapport au CHLVO : « *Peut-être tout simplement supprimer la structure juridique Centre de Santé afin de rassembler tous les médecins intervenant sous un même statut et ne plus avoir des médecins salariés du CHLVO et des médecins salariés du CDS.* » Cette solution reste en phase de réflexion.

L'idée de créer un pôle de santé qui regrouperait sur le site de l'hôpital le centre de santé, le cabinet de kinésithérapie, le cabinet infirmier, a été étudiée. Finalement, les coûts de restructuration des locaux évalués étaient trop importants et donc le projet ne s'est pas concrétisé. L'introduction d'autres disciplines au sein du centre de santé, comme prévue à son origine, reste toujours envisageable et d'actualité. Les cultures de soins différentes, la pluri-professionnalité, apporteront de la diversité.

Enfin, la question de la création d'une association des médecins des îles du Ponant a été abordée. Elle permettrait le partage d'expériences, de pratiques, d'organisations, de données de santé publique afin de s'adapter au mieux aux besoins des populations insulaires, et éventuellement de porter des projets communs face aux financeurs.

La thèse de Noémie Keravec apporte des précisions à ce sujet. Son travail descriptif de la médecine sur les îles du Ponant permet également de comparer l'offre de soins en fonction des différentes organisations, car l'île d'Yeu est la seule île à posséder un centre de santé.

L'avenir des CDS dépend avant tout des pouvoirs publics et de la politique de santé territoriale. Le 13 décembre 2012, la Ministre des Affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, présentait le « pacte territoire-santé ». Constatant que « depuis 5 ans, 2 millions de Français supplémentaires sont touchés par la désertification médicale. Les inégalités entre les territoires ne cessent d'augmenter. Les délais pour accéder à un médecin spécialiste sont de plus en plus longs », la Ministre a présenté 12 mesures décrites comme « volontaristes » afin de lutter contre les déserts médicaux dont la douzième s'intitule « Conforter les centres de

santé ». On y apprend que « Dans certains territoires, notamment dans les zones urbaines sensibles, l'offre libérale à elle seule ne peut répondre à l'ensemble des besoins. Il n'est pas envisageable de laisser nos concitoyens sans aucune réponse médicale de proximité. [...] Dans ces zones, le recours aux centres de santé doit être envisagé, en assurant un fonctionnement pérenne ».

Dans un rapport de juillet 2013, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) avait insisté sur la « réelle utilité sanitaire et sociale » des centres de santé, mais préconisé 20 mesures pour remédier à leur extrême fragilité financière. Deux avancées ont été obtenues après négociations avec l'assurance-maladie :

- La mise à disposition des centres de santé de l'outil de Consultation des droits en réel (CDR) des assurés. La mesure peut paraître uniquement technique, mais elle va faciliter la gestion du tiers-payant généralisé qu'ils pratiquent et dont les coûts sont estimés entre 2 et 3,5 euros par acte.

- La généralisation de la rémunération collective des équipes qui s'est concrétisée avec la signature de l'accord national des centres de santé en 2015.

Le Centre de Santé, tel qu'il existe aujourd'hui, est une « jeune » structure qui se cherche encore et qui mérite certainement une plus grande visibilité. Aujourd'hui, ils sont estimés à environ 1800, communaux, associatifs ou mutualistes, mais surtout, il s'en ouvre depuis cinq ou six ans, et pas seulement en banlieue de grande villes. Eric May, président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé et directeur du CDS de Malakoff souligne le fait qu'« un vrai dynamisme est insufflé par les collectivités locales ». La Fédération Nationale des Centres de Santé décompte 150 projets de création de CDS en 2015 ; et particulièrement des CDS communautaires, réfléchis, élaborés à plusieurs, jusqu'à la création par de jeunes médecins engagés, revendiquant des pratiques radicalement alternatives. Citons le cas de « la Case de Santé » à Toulouse, centre associatif, communautaire et autogéré qui a ouvert ses portes en 2006, et qui a donc dix ans aujourd'hui, et le Centre de Santé communautaire d'Echirolles qui, lui, ouvrira ses portes en septembre 2016 (**cf annexes**).

CONCLUSION

L'histoire des Centres de Santé est forte et engagée. Elle plonge ses racines dans le contexte d'une montée en puissance des communes, des associations (loi 1901), des syndicats et du mouvement ouvrier.

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, les Ordonnances de 1945 mettent en place l'assurance-maladie obligatoire. Le système de santé français commence à s'organiser et le « dispensaire » apparaît dans le paysage sanitaire. Le terme « Centre de Santé » apparaît pour la première fois dans le texte de Loi du 18 janvier 1991 et trouve sa première définition dans la *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000*. Puis, en 2003, est publié le premier Accord national destiné à organiser les rapports entre les Centres de Santé et les Caisses Nationales d'Assurance Maladie, qui ne cessera d'évoluer en faveur de leur développement, la dernière mise à jour datant de 2015.

Le Centre de Santé de l'Ile d'Yeu, adossé à l'hôpital local, s'inscrit activement dans ce cadre. Il fonctionne depuis début janvier 2010 et, grâce à la volonté des médecins islais, à la mobilisation des élus locaux, au soutien actif des tutelles et du Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan, la transition du libéral vers la création du Centre de Santé a pu se faire deux ans à peine après l'appel à l'aide de médecins épuisés, car en sous-effectif. L'Hôpital de l'Ile d'Yeu est ainsi le premier établissement hospitalier français à gérer un Centre de Santé depuis que la Loi HPST, publiée en juillet 2009, le permet.

Afin d'étudier cette transition, unique en milieu insulaire, j'ai mené une enquête quasi journalistique. J'ai interrogé, par écrit ou par oral, différents acteurs liés de près ou de loin au CDS de l'Ile d'Yeu, et je me suis également documentée sur place. À ce propos, je précise que j'ai tenu à retranscrire les propos recueillis avec toute leur spontanéité, telle une photographie sociologique de son milieu professionnel et institutionnel. Je n'ai pu que faire un constat incomplet du Centre de Santé de l'Ile d'Yeu : le ressenti des usagers et les apports globaux en matière de santé publique du Centre de Santé pourraient venir compléter cette étude. Il reste que l'exploration de ces champs est difficile.

Et mes conclusions sont assez univoques. Après six années d'expérience, le résultat s'avère dans l'ensemble positif. La création d'un CDS a facilité le recrutement des médecins, notamment en contrat court en saison touristique, pour pallier à la forte augmentation de la charge de travail. J'y ai d'ailleurs moi-même travaillé en tant que renfort, j'ai pu constater la bonne organisation des soins, le bon roulement des gardes, et apprécié le confort des conditions de travail. Par ailleurs, les médecins disent être satisfaits d'être salariés, de travailler en collectif et de développer des missions de santé publique et de prévention. La collaboration avec les autres professionnels de santé s'organise de mieux en mieux.

Malgré tout, des difficultés persistent, et notamment des tensions au sein de l'équipe en partie dues au manque d'esprit collectif de certains médecins, devenant un obstacle aux objectifs et perspectives dégagés. Un directeur administratif vient d'être nommé, ainsi qu'un médecin coordonnateur, dans l'idée de faire évoluer l'organisation des soins pour un meilleur

fonctionnement. Le recrutement de médecins s'engageant sur le long terme reste difficile, ce qui ne décharge pas l'équipe en place de tâches organisationnelles.

Le CDS reste également déficitaire, même si la dette se creuse moins rapidement qu'au début. Espérons qu'avec les financements accordés par le nouvel Accord national de 2015, la situation changera. Pour le moment, les perspectives restent faibles. Deux médecins ont été recrutés, l'un en 2015, l'autre en 2016, et ils ont bien l'intention de rester sur l'île. L'équipe du CDS se remet régulièrement en question, il y a eu des évaluations, ils ont fait appel à un psychologue du travail, ce qui montre bien leur envie de faire évoluer les choses dans le bon sens.

Des pistes sont envisagées. Peut-être intégrer d'autres professions dans le CDS ? Et se former au travail collaboratif ?

Dans une tentative de généralisation, gardons à l'esprit le paradoxe français, peu connu, selon lequel notre système de santé est considéré par l'Organisation Mondiale de la Santé comme le plus performant au monde, mais les disparités devant la mort en fonction des catégories socio-professionnelles sont parmi les plus élevées des pays occidentaux.

Le constat d'une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins de santé amène à s'interroger sur le renforcement de la place des centres de santé. Ceux-ci peuvent répondre à certains profils ou désirs de futurs médecins tels que le salariat, l'exercice de groupe et pluri-professionnel, la délégation des tâches administratives, des pratiques de prévention et de santé publique valorisées tout en répondant aux préoccupations sanitaires actuelles. Les CDS sont d'ailleurs soutenus depuis peu par le Ministère de la Santé, qui a facilité leur création et octroyé des financements jusqu'alors réservés aux libéraux. Et ils auraient aujourd'hui le vent en poupe, avec plus de 150 créations en 2015. Selon l'étude Epidaure-CDS, il est avéré que les CDS ont une action cohérente avec leur positionnement, et qu'ils sont donc une réponse possible en vue de la réduction des inégalités de santé.

Mais comme nous l'avons vu, les fonctionnements des CDS sont multiples et variés.

Certains CDS sont montrés du doigt du fait de pratiques très lucratives : il s'agit surtout de CDS dentaires.

D'autres, à l'opposé, ont des pratiques radicalement engagées conjuguant le médical, le social, la prévention, l'éducation, et sont portés par un projet de santé territorial fort, comme en attestent les deux CDS joints en annexe.

Celui de l'île d'Yeu reste unique en son genre, du fait de l'insularité et de son rattachement à un hôpital local, bon exemple pouvant inspirer notamment d'autres îles. La thèse de Noémie Keravec est riche d'enseignements sur ce point.

Aujourd'hui, mes convictions restent vives : je travaille dans un CDS associatif à Brest, dédié aux plus précaires et aux migrants, et pourquoi pas plus tard monter une telle structure dans un désert médical en ruralité ?

BIBLIOGRAPHIE

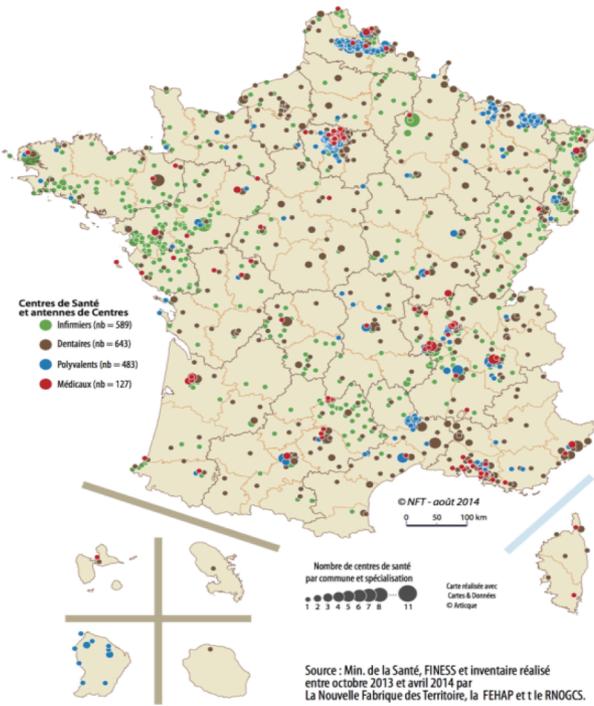
1. May E. Accord national acte 2, Loi de Santé suite et solidarité: agir! Blog de l'unin syndical des médecins de centres de santé. 2015.
2. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie. internet; 2015.
3. INSEE. Aire urbaine de l'île d'Yeu-Dossier complet.
4. Grabowski E. Analyse des conditions de travail, Centre médical Ile d'Yeu-Présentation de l'intervention SST-.
5. Le Bretin-Lerouillois. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015. Conseil national de l'ordre des médecins.
6. Cherubin A. Atouts et limites de la gestion d'un centre de santé pour un centre hospitalier de proximité. L'exemple de Houdan. Ecole des hautes études en santé publique; 2013.
7. ARS Pays de Loire, Mairie de l'île d'Yeu. Avenant 1 au contrat local de santé de l'île d'Yeu. 2015.
8. Dépinoy dominique. Centre de santé de l'île d'Yeu-note stratégique-.
9. Code de la santé publique. Code de la santé publique. Article L6323-1 LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
10. Hôpital Dumonté de l'île d'Yeu. Compte financier et rapport d'activité 2015.
11. ARS, Mairie de l'île d'Yeu. Contrat local de Santé entre la commune de l'île d'Yeu et l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. 2013.
12. Getz G. Des unités sanitaires de base aux maisons de santé pluriprofessionnelles: quelle filiation? A partir d'entretiens réalisés auprès de généralistes en maisons de santé en Pays de la Loire. Nantes; 2015.
13. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2011. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf
14. Le Forestier J. Evolution de la prise en charge médicale au cours du XX^e siècle à l'île d'Yeu. [Faculté de pharmacie de Nantes]; 2005.
15. Carrier A. Femme médecin à l'île d'Yeu. transversales éditions; 2008.

16. Tanqueray S, Fédération nationale des centres de santé. Gestionnaires des centres de santé [Internet]. Disponible sur:
<http://www.acpvilliers.com/download/f%C3%A9d%C3%A9ration%20nationale%20des%20centres%20de%20sant%C3%A9.pdf>
17. La Case de Santé-centre de santé communautaire-.
18. Ministère de la santé et des sports. La loi HPST à l'hôpital-les clés pour comprendre-.
19. Lyon-Caen O. La médecine libérale en France sous un angle historique et social. Avec ou sans RDV. 2009.
20. Mélenec L. Le médecin salarié. Paris: Masson; 1998.
21. Limousin M. Les centres de santé en mouvement. Le temps des cerises. Paris; 2012.
22. Lesieur A. Les centres de santé municipaux. Passé, présent, perspectives. [Internet]. CNLCS; 2003. Disponible sur:
<http://www.formationcitoyennete.org/IMG/pdf/A.Lesieur.pdf>
23. RNOGCS. Les centres de santé. Place et avenir dans le système de santé français. RNOGCS; 2006.
24. Georges P, Waquet C, Part Juliette. Les centres de santé: Situation économique et place dans l'offre de soins de demain. Inspection générale des affaires sociales; 2013.
25. Vigneron E. les centres de santé, une géographie rétrospective. FEHAP. 2014.
26. Acker D, Colin M-P. Les centres de santé, une histoire, un avenir. 2009;21:57-65.
27. Grostabussiat E. Les centres de santé: une réponse aux attentes professionnelles des jeunes médecins? Nantes; 2015.
28. ONDPS. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens [Internet]. internet; 2015. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf
29. Frechani-Maujore P. Les municipalités laissent mourir les centres de santé. Le Monde Diplomatique. avril 2014;
30. HAS. L'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé [Internet]. internet; 2007. Disponible sur:
<http://www.lescentresdesante.com/wp-content/uploads/2015/03/exocoord.pdf?PHPSESSID=vtpidj2ui2i5s0nfki53iekou7>
31. Afrite A, Bourgeuil Ya, Daniel F, Mousquès J. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins-Objectifs et méthodes de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. IRDES. août 2013;(189).
32. GIMENEZ L. Mais qu'est ce qu'un centre de santé? ISNAR-IMG. 2013;4.

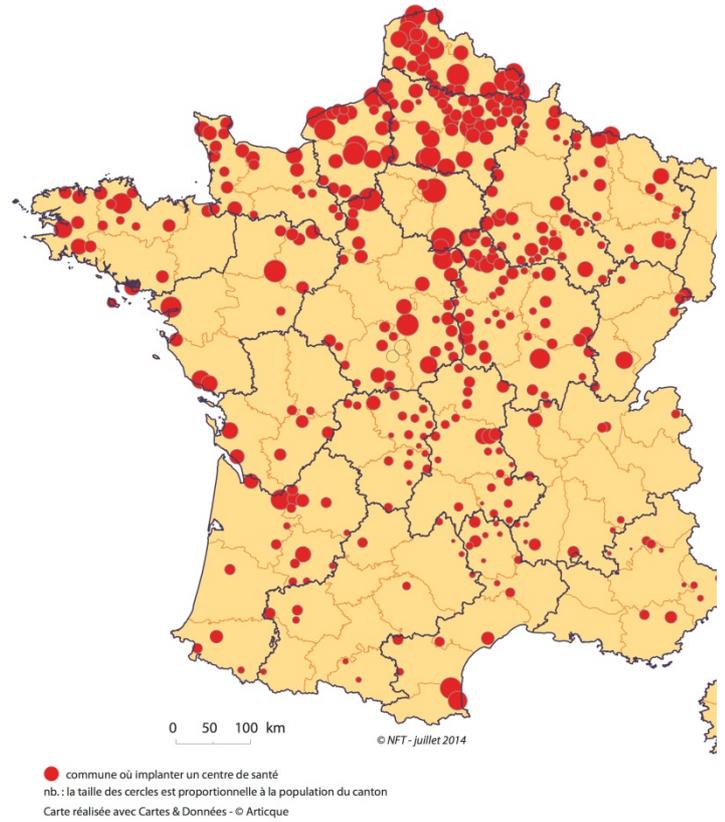
33. ORS Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux: synthèse de la littérature [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/motivations-et-freins-a-linstallation-des-medecins-generalistes-liberaux%C2%A0-synthese-de-la-litterature>
34. ministère des affaires sociales et de la santé. Pacte territoire santé. 2014.
35. Motta J-M. Pour une approche du travail en équipe.
36. Jegou J-J. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. nov, 2010.
37. Noury B, Andrieux P, Pierre, Dépinoy D. Projet de santé de l'île d'Yeu. 2010.
38. Dépinoy D. Projet de Santé de l'île d'Yeu-Diagnostic support du premier contrat local de santé du territoire de l'île-. acsantis; 2010.
39. Bourgeuil Ya, Mousquès J. Projet EPIDAURE-CDS-Evaluation de l'apport des centres de santé en terme d'accès aux soins et de réduction des inégalités de santé-. 2011 avril.
40. Frechani-Maujore. Quand les municipalités laissent mourir les centres de santé. avril 2014;
41. Contrat Local de Santé de l'Ile d'Yeu. Rapport d'activité.
42. Dépinoy D. Rapport d'audit. 2012.
43. Acker D. Rapport sur les centres de santé. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports; 2007.
44. Mairie de l'île d'Yeu. Réalisation d'une maison de santé pluridisciplinaire. 2012.
45. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP. 2010.
46. Escudié J-N. Un observatoire et un nouveau classement dans Finess pour les centres de santé. 2014.

ANNEXES

Les 1842 Centres de Santé et Antennes de Centres de Santé aujourd'hui en France



398 cantons où implanter en priorité un Centre de Santé



Guide d'enquête remplie par médecin 1 :

- Quand avez-vous commencé à exercer sur L'Île-d'Yeu ?
de juillet 2007 à juillet 2011

- Quels éléments ont participé à votre choix d'y exercer?
la médecine polyvalente avec consultations, interventions à l'hôpital local, EHPAD. Prise en charge des urgences. Sont intervenus également la qualité de vie et l'envie de connaître la vie insulaire

- Quelles étaient vos conditions d'exercice avant la création du CDS (horaires, local de travail, mode d'exercice, patientèle, gestion des urgences, gestion des examens complémentaires, entente avec d'autres confrères sur l'île) ?

Les conditions étaient sensiblement les mêmes au début de mon exercice. Avant mon arrivée à l'Île d'Yeu, l'effectif médical était de 6 équivalent temps plein (ETP). A mon arrivée nous étions 4,5 ETP. La création du CDS a été motivée par le départ de 1,5 médecins 1 an après mon arrivée et la difficulté de trouver de nouveaux praticiens. Nous avons souffert d'un sous effectif en médecins important, nous retrouvant à 3 médecins. Nous avons alors vécu des moments difficiles me conduisant à un burn out.

Avant la création du CDS nous gérons les urgences et les radiologies au sein du cabinet médical. La création du CDS n'a pas modifié les horaires de travail ni la gestion de la patientèle mais après sa création la gestion des urgences et de la radiologie s'est fait au sein de l'hôpital local. La création du CDS nous a permis d'acquérir un appareil de radio neuf, le notre étant HS.

L'entente avec les collègues a toujours été bonne de mon point de vue, en lien avec son fonctionnement particulier mis en place par le Dr ANDRIEUX à la création du cabinet médical

- Par rapport aux particularités insulaires, y'a t'il eu des changements de pratiques (rythme...) ? des difficultés face à l'afflux touristique ?

Avant ou après la création ?

Nous étions très bien organisés avant la création du CDS avec recrutement de médecins supplémentaires pour la période estivale, accueil d'internes de médecine générale, organisation de tableaux de garde afin de pouvoir répondre à la surcharge de travail induite par l'afflux touristique. Cette organisation est restée la même à la création du CDS avec ses mêmes limites: recruter des médecins.

- Vous avez été à l'origine de la création du CDS. Qu'est ce qui a motivé le changement ?
Les difficultés à trouver des médecins acceptant de venir s'installer sur l'Île d'Yeu et l'urgence de la situation au moment où nous étions 3 puis 2 quand j'ai été arrêté (2 mois de mémoire)

- Pourquoi avoir choisi le fonctionnement en CDS ? Vous l'avait-on conseillé ?

Nous nous sommes inspirés de ce qui est proposé dans les TOM où le recrutement est plus facile et attire de jeunes médecins. Un exercice salarié, sur des périodes courtes de quelques mois

- Par qui avez-vous été orienté ? soutenu ? (confrères / administrations etc...)? Combien de temps a pris la mise en place ? Quelles ont été les aides financières, assistance juridique, fiscale, et autres soutiens, difficultés voire embûches...Quel rapport avec l'ordre des médecins, et les hôpitaux ?
- J'ai peu de souvenirs de cette période là, puisque tout à été fait rapidement, le projet rapidement soutenu par le maire de l'Ile d'Yeu et l'hôpital de Challans, l'ARS. Je n'ai pas eu l'impression de faire grand chose d'un point de vue administratif
- Avec le recul, quels sont les avantages et les inconvénients du CDS ? Quelles modifications proposeriez-vous ? Que conseilleriez-vous à de jeunes médecins souhaitant monter un tel projet ?

Je n'y ai vu que les avantages mais je n'ai pas de recul suffisant car j'ai quitté l'Ile d'Yeu environ 18 mois après la création du CDS

Ce sont les avantages du mode salarial surtout pour une femme (grossesses, congés payés...)

L'impression d'être plus libre pour quitter l'exercice

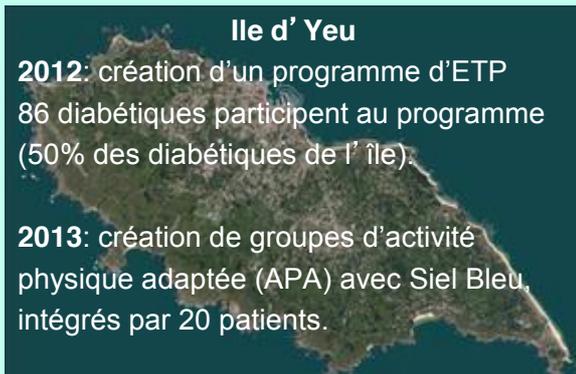
Les inconvénients sont ceux du fonctionnement sous tutelle, avec des obligations et des compte à rendre.



Impact de l'activité physique adaptée (APA) sur la gestion du diabète chez des diabétiques de l'île d'Yeu.

G.Fradet¹, A. Le Roux¹, A. Bourabier¹, A. Jaulin¹, J. Fleurence², M. Robert¹, M. Miot³
¹ Réseau Vendée Diabète Nutrition, ² Centre de santé Ile d'Yeu, ³ Siel Bleu

L'activité physique est un pilier du traitement du diabète de type 2. Les bénéfices d'une pratique régulière sont bien établis sur de nombreux paramètres. Dans le cadre d'un programme d'ETP, la démarche volontaire d'intégrer un groupe d'APA influence-t-elle l'implication globale du patient dans la gestion de sa maladie ?



86 diabétiques de type 2
 Age moyen: 67 ans,
 Ancienneté du diabète: 10 ans
 IMC moyen: 32,5
 Sexe ratio H/F: 0,68

51 patients évalués à 1 an
 33 sans participation à l'APA (G1)
 18 avec pratique de l'APA (G2)

Dans l'ensemble diriez vous que votre état de santé est...?			Votre diabète vous empêche de réaliser vos projets			Estimez vous avoir amélioré le suivi de votre diabète ?		
	G1 (sans APA)	G2 (avec APA)		G1 (sans APA)	G2 (avec APA)		G1 (sans APA)	G2 (avec APA)
Bon ou Très bon	57,56 %	77,77 %	Souvent	12,12 %	5,55 %	Assez ou Beaucoup	72,72 %	94,44 %
Moyen	39,39 %	22,22 %	Jamais	45,45 %	55,55 %	Peu ou Pas du tout	27,27 %	5,55 %
Estimez vous avoir amélioré la prise régulière du traitement ?			Pensez vous avoir amélioré la pratique de l'activité physique ?			Depuis 1 an diriez vous que vous avez amélioré vos habitudes alimentaires		
	G1 (sans APA)	G2 (avec APA)		G1 (sans APA)	G2 (avec APA)		G1 (sans APA)	G2 (avec APA)
Assez ou Beaucoup	57,60 %	77,77 %	Assez ou Beaucoup	57,50 %	100 %	Assez ou Beaucoup	72,70 %	77,77 %
Peu ou Pas du tout	42,40 %	16,66 %	Peu ou Pas du tout	39,39 %	0 %	Peu ou Pas du tout	27,30 %	22,22 %

La reprise d'une activité physique encadrée, hebdomadaire semble favoriser la remotivation du patient à mieux gérer globalement sa maladie, à améliorer son observance thérapeutique, et à s'impliquer dans le suivi. Cette activité physique a également un impact positif sur l'estime de soi (perception de l'état de santé, projet).

- La « Case de santé » à Toulouse

« Il y a dix ans, un jeune interne, refusant le modèle libéral et les hiérarchies du système public de santé, décide d'ouvrir dans le quartier un « centre de santé communautaire ». Aucun financement public n'étant prévu pour ce type de structure, Charles Hambourg sollicite les banques, qui prêtent sans trop se poser de questions à ce futur médecin généraliste... Associative et autogérée, cette structure va défendre une conception globale de la santé, telle que définie par la charte d'Ottawa. La santé, selon ce texte adopté en 1986 sous l'égide des Nations unies, n'est pas uniquement l'absence de maladie : il s'agit d'un bien-être physique, mental et social. Parce que les cancers, diabète, obésité, dépressions, et la plupart des maladies sont directement liés aux conditions sociales, il faut s'attaquer non seulement à la pathologie, mais aussi aux déterminants sociaux qui aggravent les fragilités. Un médecin ne pouvant pas, seul, y parvenir, les praticiens de la Case de santé ont décidé de faire front commun avec les travailleurs sociaux, une infirmière, une psychologue et les usagers eux-mêmes. La Case de la santé renouvelle complètement la relation médecin-patient. « Ici, ils prennent le temps, ils sont à l'écoute », confie Rahali, un usager d'une soixantaine d'années. Les consultations, en tiers payant et ouvertes à tous, sont rarement inférieures à trente minutes. « On se laisse le temps d'aller le plus loin possible dans le soin de premier recours », explique Bénédicte Gaudillière, une des trois généralistes de la Case.

Une mission d'utilité publique reconnue par tous, y compris par le président de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Garonne, Bernard Giusti : « Remarquable, cette structure de santé parvient à toucher des publics que d'autres établissements n'arrivent pas à prendre en charge. » Par le passé, la faculté de médecine a même confié à la Case le soin d'assurer un module de formation à la santé des personnes étrangères...

Seulement voilà, ni la Sécurité sociale, ni l'agence régionale de santé (ARS), ni les collectivités locales n'assurent un financement pérenne de ce modèle précurseur. Ils sont condamnés à répondre, chaque année, à des appels à projet qui ne leur assurent aucun financement régulier. La subvention de 100 000 euros que verse l'ARS pour les actions de préventions a diminué de 14 % en 2014... L'équipe de la Case de santé a fait ses calculs : il lui faudrait au minimum 500 000 euros par an pour continuer sans remettre en question l'essence même de leur projet. Une peccadille, comparé aux 9 millions d'euros de remboursements versés chaque jour dans le département par la Sécurité sociale. « Et notre modèle est reproductible partout, y compris au fin fond de l'Ariège », assure Jérôme Host, dégoûté du double discours de l'État. « Le gouvernement, dans sa stratégie nationale, dit vouloir faire une priorité de la lutte contre les inégalités de santé, rappelle Fabien Maguin. Et pourtant, nous qui menons cette bataille au quotidien n'avons pas les moyens de fonctionner. »

Finalement, l'ARS a débloqué une première enveloppe de 37 000 euros, de quoi offrir un sursis à ce centre de soins au départ menacé de fermeture début novembre puis fin décembre 2014, la dernière partie du financement nécessaire à sa survie. »

Extrait de l'article *la Case de santé, une innovation médicale en danger*, par Pierre Duquesne, 7 octobre 2014, l'humanité.

- Le centre de santé communautaire d'Échirolles, en Isère

« Le village 2 santé est un lieu de soin et un lieu de vie organisé autour de services et d'activités à destination des habitant-e-s des quartiers de Village 2 à Échirolles, de Grand Galet à Pont-de-claix et des alentours. Il cherche à permettre un meilleur accès à une bonne santé par la mise en place d'un accueil inconditionnel, de soins primaires médicaux et paramédicaux de qualité, d'activités de promotion de la santé, de soutien à l'accès aux droits, et de lutte contre les inégalités sociales, contre les discriminations, contre le racisme et le sexisme, qui tuent plus que les maladies. Nous sommes un groupe de professionnel-le-s souhaitant ainsi nous inscrire dans une démarche qui vise à travailler avec les habitant-e-s du quartier sur la santé, les obstacles et les contributions à une bonne santé, les éléments individuels, collectifs et sociaux qui impactent la santé, la collectivisation des savoirs et des savoir-faire en matière de santé. Nous voulons ainsi permettre l'accès à la santé de toutes et tous, par une vision transdisciplinaire au carrefour notamment des disciplines sanitaires, sociales et de l'éducation populaire, avec un salaire égalitaire pour tout-e-s les salarié-e-s dans une fourchette de 1600 à 1900 euros/net par mois. »

Extrait du mail pour un recrutement d'un ou d'une médecin généraliste, par l'association santé communautaire en chantier.

<http://www.levillage2sante.fr/>

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé
ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ALD : Affection Longue Durée
ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDS : Centre de Santé
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHLVO : Centre Hospitalier Loire Vendée Océan
CLIC : Centre Local d'information et de Coordination
CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSP : Code de Santé Publique
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Social
DPC : Développement Professionnel Continu
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENMR : Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
EPS : Etablissement Public de Santé
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FEHAP : Fédération des Etablissement Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FIQCS : Fond d'Intervention pour la qualité et la Coordination des Soins
FINESS : Ficher National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
FNASS : Fond National d'Action Sanitaire et Sociale
FNCS : Fédération Nationale des Centres de Santé
FMF : Fédération des Médecins de France
FMT : Forfait Médecin Traitant
GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAD : Hôpital A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IRDES : Institut de Recherche en Documentation et Economie de la Santé
IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
MCS : Médecin Correspondant Samu
MPA : Majoration Personne Agée
MRS : Maison Régionale de Santé
NMR : Nouveaux Modes de Rémunération
OGDPC : Organisme Gestionnaire de Développement Professionnel Continu
ORS : Observatoire Régional de Santé
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS : Projet Régional de Santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RNOGCS : Regroupement National des Organisations Gestionnaires des Centres de Santé
RMT : Rémunération Médecin Traitant
RST : Rémunération Forfaitaire Annuelle
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
SLD : Soins de Longue Durée
SMUH : Service Médical d'Urgence par Hélicoptère
SMUR : Servie Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

NOM : WEISS

PRENOM : Pauline

Titre de Thèse : A partir du cas de l'île d'Yeu, exemple d'évolution de l'offre de soins : de la médecine libérale à la création d'un centre de santé

RESUME

La prise en charge médicale sur l'île d'Yeu a considérablement évoluée ces cents dernières années. Les médecins ont dû s'adapter aux contraintes liées à l'insularité mais aussi à l'afflux de touristes en été, phénomène relativement récent.

Devant la difficulté de recrutement des médecins et la surcharge de travail, les médecins islais se sont mobilisés avec le soutien des élus locaux et des tutelles (notamment le CHLVO). Ils ont ainsi obtenu en 2010, le passage d'un fonctionnement libéral à un modèle salarial en créant un centre de santé, rattaché à l'hôpital local de l'île d'Yeu, lui-même sous la direction du Centre Hospitalier de Challans. Les centres de santé, peu nombreux mais en expansion (1800 en 2014 en France) ont trois obligations : le salariat des professionnels, la pratique du tiers-payant et le respect du tarif opposable. L'étude de ce cas a permis de conclure qu'après six années d'expérience, le constat est plutôt positif : ils recrutent des renforts en haute saison, le budget est pratiquement à l'équilibre et les conditions de travail sont bonnes. Quelques problématiques persistent en particulier autour du travail en collectif mais plusieurs pistes d'amélioration sont envisagées au sein de l'équipe.

MOTS-CLES

Centre de Santé, Ile d'Yeu, offre de soins, salariat, médecine de premier recours, système de santé