



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Guillaume LÉONARD
le 12 janvier 2010

TITRE :

**Etude démographique de la médecine générale dans le
département des Vosges : enquête auprès des médecins
généralistes libéraux vosgiens et perspectives d'avenir**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur J-D. de KORWIN
M. le Professeur H. COUDANE
M. le Professeur S. BRIANCON
M. le Docteur X. DEAU
Mme. le Docteur C. LATARCHE

Président

Juges

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice-Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUX

Vice-Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseseurs :

du 1^{er} Cycle :

Mr Christophe NEMOS

du 2^{ème} Cycle :

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

du 3^{ème} Cycle :

Mr le Professeur Pierre Edouard BOLLAERT

Filières professionnalisées :

Mr le Professeur Christophe CHOSEROT

FMC/EPP :

Mr le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE – Daniel ANTHOINE – Alain BERTRAND – Pierre BEY
Jean BEUREY – Jacques BORRELY – Michel BOULANGE – Jean-Claude BURDIN – Claude BURLET
Daniel BURNEL – Claude CHARDOT – Jean-Pierre CRANCE – Gérard DEBRY
Jean-Pierre DELAGOUTTE – Emile de LAVERGNE – Jean-Pierre DESCHAMPS – Michel DUC
Jean DUHEILLE – Adrien DUPREZ – Jean-Bernard DUREUX – Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE
Jean FLOQUET – Robert FRISCH – Alain GAUCHER – Pierre GAUCHER – Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ – Oliéro GUERCI – Pierre HARTEMANN
Claude HURIET – Christian JANOT – Jacques LACOSTE – Henri LAMBERT – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Marie-Claire LAXENAIRE – Michel LAXENAIRE – Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN – Bernard LEGRAS – Michel MANCIAUX – Jean-Pierre MALLIÉ – Pierre MATHIEU
Denise MONORET-VAUTRIN – Pierre NABET – Jean-Pierre NICOLAS – Pierre PAYSANT – Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Guy PETIET – Luc PICARD – Michel PIERSON
Jean-Marie POLU – Jacques POUREL – Jean PREVOT – Antoine RASPILLER – Michel RENARD
Jacques ROLAND – René-Jean ROYER – Paul SADOUL – Daniel SCHMITT – Jean SOMMELET
Danièle SOMMELET – Michel STRICKER – Gilbert THIBAUT – Augusta TREHEUX – Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT – Colette VIDAILHET – Michel VIDAILHET – Michel WAYOFF
Michel WEBER

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI
Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY
Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ
Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE
et CHIRURGIE PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE – Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergeï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET – Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGÉ
Professeur associé Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Pierre BEY – Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean FLOQUET – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONORET-VAUTRIN – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD – Professeur Michel PIERSON – Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER – Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT – Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (BELGIQUE)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (CANADA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (ROYAUME-UNI)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN,

Professeur de médecine interne,

Vous avez accepté de nous aider pour mener à bien ce travail et vous avez su nous guider par vos conseils avisés et pertinents. Vous nous avez gratifié de votre expérience concernant ce sujet.

Votre implication dans la formation des futurs médecins généralistes vous honore.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Henry COUDANE,

Professeur de médecine légale,

Doyen de la faculté de médecine de Nancy,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Officier dans l'ordre des Palmes académiques,

Vous nous avez dispensé des enseignements d'une grande qualité.

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON,

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention,

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger cette thèse.

Puisse ce travail ne pas vous décevoir.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE,

Monsieur le Docteur Xavier DEAU,

Vice-Président du Conseil national de l'Ordre des médecins,
Président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Vosges,
Médecin généraliste à Golbey (Vosges),

Vous nous avez permis de réaliser ce travail et vous nous avez dirigé et conseillé tout au long de cette fabuleuse odyssée. Nous vous remercions sincèrement de votre disponibilité, votre grande sagesse et votre implication qui nous ont touché.

Soyez assuré de notre plus grand respect.

À NOTRE JUGE,

Madame le Docteur Clotilde LATARCHE,

Assistante hospitalo-universitaire, service d'épidémiologie et évaluation cliniques,

Vous avez largement contribué à l'élaboration de ce travail. Vous nous avez guidé dans le traitement et l'exploitation des résultats statistiques. Votre disponibilité et votre gentillesse vous honorent.

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger cette thèse.

Soyez assurée de notre reconnaissance la plus sincère.

A Laure, mon épouse,

Tu m'as soutenu tout au long de ce travail comme tu l'as toujours fait depuis notre rencontre. *Ton âme vit en moi, ta force me soutient, ton amour me sublime.* Puisse mon amour te plaire à jamais.

A mes enfants Paul, Lucie et Jeanne,

Vous m'avez encouragé par vos éclats de rire, ce sont des moments d'éternité. Jeanne, tu m'as aidé à tenir les dernières nuits de travail ! Lucie, tes rires ne sont que du bonheur ! Paul, mon grand, ta joie de vivre est une pure merveille ! Je vous aime tant.

A mes parents,

Ne croyez pas que je prépare ma thèse depuis la période **Paléolithique**, mais je voulais que ce travail soit « **clean** », **net** et précis. J'espère ne pas vous décevoir aujourd'hui. Merci pour tout ce que vous m'avez transmis, recevez ici l'expression de mon amour.

A mes frères Matthieu, François-Xavier, Jean-Baptiste, Emmanuel, Grégoire,

En vous remerciant...

A mes beaux-parents Annette et Jean-Pierre,

Votre gentillesse et votre dévouement m'impressionnent. L'accueil et la place que vous m'avez faits au sein de votre famille sont le reflet de votre grande générosité. Vous êtes ma deuxième famille.

A mes belles-sœurs et mes beaux-frères,

Rien ne sert de courir, il faut partir à point. Vous voyez bien que ce jour est enfin arrivé, ... non ce n'est pas une blague !

A mes neveux et nièces,

J'espère ne jamais vous désespérer de mes galéjades... !

A mes filleuls Victor, Zoé et Jacques,

C'est une grande fierté de vous avoir comme filleuls. J'espère vous accompagner le mieux possible tout au long de notre vie. Trouvez ici l'expression de toute mon affection.

A ma famille,

Vous êtes tellement importants pour moi.

A mes amis,

De la Fac, du lycée, du collège et de l'école... Vous m'avez accompagné tout au long de mon parcours. L'amitié est une valeur tellement précieuse. Merci à tous ceux qui me supportent et qui m'ont supporté ! Recevez mon amitié la plus sincère.

A mes Maîtres,

Qui m'ont appris tout ce que je sais aujourd'hui. Vous m'avez fait découvrir la fabuleuse aventure de la médecine générale. Votre dévouement et votre patience vous honorent. Recevez ici l'expression de ma plus profonde gratitude.

A Marie-Hélène et Dorothee,

Pour votre aide précieuse lors de l'envoi et de la réception des résultats de l'enquête, recevez ici mes remerciements les plus sincères.

A Olivier,

Tu m'as souvent conseillé et tu m'as donné de nombreuses informations pertinentes. Ton implication sur le sujet au sein du département meusien est remarquable. Merci à toi.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque "

Introduction	20
---------------------------	-----------

Etude démographique du département des Vosges	22
--	-----------

1. Situation démographique du département des Vosges.....	23
--	-----------

1.1. Les chiffres clés	24
------------------------------	----

1.2. Perspectives démographiques du département	25
---	----

2. La démographie médicale vosgienne	27
---	-----------

2.1. Généralités	27
------------------------	----

2.1.1. Préambule.....	27
-----------------------	----

2.1.2. Situation nationale.....	29
---------------------------------	----

2.1.3. Situation départementale.....	29
--------------------------------------	----

2.2. Les évolutions démographiques récentes.....	32
--	----

2.2.1. Généralités	32
--------------------------	----

2.2.2. Les grandes tendances démographiques	33
---	----

2.3. Les perspectives de la démographie médicale	36
--	----

2.3.1. Projections nationales	36
-------------------------------------	----

2.3.2. Projections départementales.....	38
---	----

3. Structure sanitaire du département des Vosges	40
---	-----------

3.1. Le Schéma régional d'organisation sanitaire	40
--	----

3.2. Maillage des hôpitaux : CHG, hôpitaux locaux, maisons de retraite	43
--	----

3.3. Territoires éligibles aux aides à l'installation, Zones de revitalisation rurale, Zones franches urbaines	45
--	----

3.3.1. Définitions.....	45
-------------------------	----

3.3.2. Zones concernées dans le département des Vosges	47
--	----

Enquête auprès des médecins généralistes libéraux du département des Vosges.....	50
---	-----------

1. Méthodologie	51
------------------------------	-----------

1.1. Construction du questionnaire.....	51
---	----

1.2. Le recrutement des médecins généralistes interrogés.....	52
---	----

1.3. Modalités d'envoi	52
------------------------------	----

1.4. L'exploitation statistique des résultats	53
---	----

2. Résultats de l'enquête	54
2.1. La participation	54
2.1.1. Le taux de réponse	54
2.1.2. Les médecins non répondants	55
2.2. Données générales et sociodémographiques	56
2.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des médecins	56
2.2.2. Le lieu d'exercice	59
2.3. A propos de l'exercice médical des médecins vosgiens	62
2.3.1. Mode d'exercice : exercice en groupe, exercice seul	62
2.3.2. Temps de travail, temps de congés	63
2.3.3. Confort de travail	64
2.4. La permanence des soins	65
2.5. Organisation actuelle des cabinets médicaux	66
2.5.1. A propos du secrétariat du cabinet médical	66
2.5.2. Charge de travail, travail administratif	66
2.5.3. A propos des remplacements	67
2.5.4. Temps social, familial et de loisirs	68
2.5.5. Honoraires	68
2.6. Intentions, projets, flexibilité des médecins généralistes	69
2.6.1. L'âge de la retraite	69
2.6.2. Question : « A propos de l'avenir de votre cabinet médical et de sa pérennité »	69
2.6.3. Question : « Seriez-vous prêt à modifier votre mode d'exercice ? »	70
2.6.4. Question : « Si vous exercez seul, quels sont les éléments qui pourraient vous persuader de créer un regroupement ? »	73
2.6.5. Question : « Selon vous, quels sont les principaux avantages d'une maison médicale pluridisciplinaire ? »	74
2.6.6. Question : « Selon vous, quels seraient les éléments pertinents pour inciter les jeunes médecins à s'installer en cabinet de groupe dans les zones rurales désertifiées ? »	75
2.6.7. Question : « Selon vous, quels sont les éléments attractifs d'un lieu d'installation ? »	76
2.7. Etude comparative des médecins généralistes libéraux répondants	78
2.7.1. Comparaison entre les hommes et les femmes	78
2.7.2. Comparaison entre les médecins de moins de 45 ans et les plus de 45 ans	81
2.7.3. Comparaison en fonction du lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain)	84
2.7.4. Comparaison entre les médecins installés seuls et les autres	87
2.8. Facteurs explicatifs d'un changement du mode d'exercice	90
2.8.1. Résultats	91
2.8.2. Commentaires	92

DISCUSSION	94
1. Impact des mesures incitatives d'installation	96
2. La formation universitaire : des enjeux dans le choix d'installation des jeunes médecins.....	97
3. L'équilibre familial	99
4. La valorisation du temps médical	101
4.1. La délégation de tâches	102
4.2. La rémunération des médecins généralistes.....	104
5. Le financement des cabinets médicaux.....	104
6. La permanence des soins	106
7. L'organisation des cabinets médicaux : de nombreux modes d'exercice possibles	107
7.1. Généralités	107
7.2. Le cabinet pluridisciplinaire... ou pluriprofessionnel	109
7.3. Les cabinets multisites.....	110
7.4. Le contrat collaborateur libéral et salarié.....	110
7.5. Les limites de l'exercice en groupe.....	111
8. L'aménagement du territoire médical : l'objectif de tous.....	113
Conclusion.....	114
Bibliographie	117
Annexes	122

Liste des figures

Figure 1 : Pyramide des âges de la population du département des Vosges	24
Figure 2 : Population des Vosges par sexe et par âge en 2005 et projection en 2030.....	26
Figure 3 : Evolution du <i>numerus clausus</i> depuis 1971	27
Figure 4 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux vosgiens en 2007	30
Figure 5 : Répartition du nombre de médecins généralistes libéraux dans le département des Vosges en 2007	31
Figure 6 : Répartition de la densité médicale des médecins généralistes libéraux dans le département des Vosges	31
Figure 7 : Nombre de médecins généralistes libéraux installés dans le département des Vosges depuis l'année 2000.....	33
Figure 8 : Comparaison du profil démographique des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre des médecins en 2008 et ceux partis à la retraite en 2008 (statistiques nationales).....	33
Figure 9 : Comparaison du mode d'exercice chez les médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre en 2009 et les médecins partis à la retraite en 2008.....	35
Figure 10 : Carte des territoires de santé et de proximité en Lorraine	42
Figure 11 : Carte des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux du département	44
Figure 12 : Carte des Zones rurales (ZR) définies par la MRS et éligibles aux aides à l'installation dans les Vosges	48
Figure 13 : Pyramide des âges des médecins répondeurs	56
Figure 14 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice.....	60
Figure 15 : Effectif des médecins (exprimé en %) selon la distance séparant le domicile du lieu d'exercice.....	61
Figure 16 : Répartition des médecins généralistes libéraux par mode d'exercice	62
Figure 17 : Répartition des réponses à la question : « Seriez-vous prêt à modifier votre mode d'exercice ? », (n=248)	70
Figure 18 : Arguments avancés par les médecins généralistes qui ne veulent pas modifier leur mode d'exercice (n=96).....	72

Liste des tableaux

Tableau 1 : Réponses des médecins généralistes libéraux vosgiens interrogés à propos de la permanence des soins (n = 248, résultats exprimés en pourcentage).....	65
Tableau 2 : Réponses des médecins généralistes interrogés à propos de leurs remplacements (n= 248, résultats exprimés en pourcentage)	67
Tableau 3 : Sentiments des médecins généralistes vosgiens à propos de l'avenir de leur cabinet médical (n = 248, résultats exprimés en pourcentage)	70
Tableau 4 : Motivations des médecins prêts à modifier leur mode d'exercice (n = 118, résultats exprimés en pourcentage)	71
Tableau 5 : Eléments qui pourraient persuader les médecins exerçant seuls de créer un regroupement (n = 118, résultats exprimés en pourcentage)	73
Tableau 6 : Avantages d'une maison médicale pluridisciplinaire selon les médecins interrogés (cotation de 0 à 10 selon l'importance du critère).....	74
Tableau 7 : Les éléments pertinents pour inciter les jeunes médecins à s'installer en cabinet de groupe dans les territoires ruraux désertifiés (cotation de 0 à 10 selon la pertinence du critère proposé).....	75
Tableau 8 : Eléments d'attractivité d'un lieu d'installation (cotation de 0 à 10 selon le degré d'attractivité perçu)	76
Tableau 9 : Comparaison des caractères sociodémographiques et du type d'exercice selon le sexe des médecins.....	78
Tableau 10 : Comparaison du temps de travail des femmes célibataires et celui des femmes en couple	79
Tableau 11 : Comparaison de l'organisation des cabinets médicaux selon le sexe des médecins.....	80
Tableau 12 : Comparaison des critères sociodémographiques entre les médecins de moins de 45 ans et ceux de plus de 45 ans.....	82
Tableau 13 : Comparaison des critères organisationnels des cabinets médicaux entre les médecins de moins de 45 ans et ceux de plus de 45 ans	82
Tableau 14 : Comparaison du temps de travail entre les médecins travaillant en zone rurale, semi-rurale ou urbaine.....	85
Tableau 15 : Comparaison des différentes variables entre les médecins installés seuls et ceux installés en groupe	87
Tableau 16 : Facteurs associés à une volonté de modification du mode d'exercice	91

Introduction

La démographie médicale demeure un problème dans tous les pays développés. En effet, la diminution de la densité médicale¹, le vieillissement de la population, le vieillissement des professionnels de santé et l'inégalité de répartition géographique de ces derniers sur le territoire amènent régulièrement les pouvoirs publics, les autorités de santé et les professionnels à s'interroger sur l'optimisation de notre système de soins. Ils cherchent à mettre en œuvre les moyens permettant de gérer au mieux l'offre de soins afin de tendre vers l'égalité d'accès aux soins pour tous.

L'Université, les médecins du département des Vosges, le Conseil général des Vosges et les autorités de tutelles se sont penchés sur la problématique de la mise en œuvre des réponses adaptées aux besoins de santé de la population des Vosges. Ces réponses passent inévitablement par l'étude de chaque partenaire de santé du département.

Afin de mieux apprécier ces besoins, il nous est paru indispensable d'étudier le maillage existant des principaux acteurs de soins primaires, c'est-à-dire les médecins généralistes. Nous nous sommes donc tournés vers l'instance la plus représentative des médecins généralistes : le Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) qui nous a aidé et soutenu dans notre travail, et principalement dans l'enquête que nous avons menée et qui est la pierre angulaire de ce travail.

Nous étudierons en préambule la situation démographique du département : caractéristiques de la population générale et de la démographie médicale en particulier. Nous développerons ensuite les résultats de notre enquête. Nous avons en effet interrogé les médecins généralistes libéraux du département des Vosges afin de mieux connaître leur situation et leurs projets d'évolution à moyen terme. Nous avons ensuite dégagé de ces résultats statistiques des propositions d'organisation et de structuration de notre système de soins primaires pour un avenir proche. Nous pensons que ces propositions peuvent permettre une amélioration des perspectives d'avenir de la pratique de la médecine générale qui peut sembler pessimiste étant donné les prévisions démographiques actuelles.

¹ La densité médicale est le nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Etude démographique du département des Vosges

1. Situation démographique du département des Vosges

Les détails de l'étude démographique de la population du département que nous avons faite sont repris en *annexe 1* de ce travail, page 123.

Du point de vue géographique, le département des Vosges est un territoire complexe qu'il convient de décrire pour mieux appréhender les difficultés qui caractérisent la singularité du travail des professionnels de santé dans ce département.

Le département des Vosges est un territoire **montagneux**, notamment dans sa partie Est. Ce relief est une des principales caractéristiques du département. Les multiples vallées qui le découpent contribuent à la complexité géographique du département, à l'isolement de sa population et donc à la difficulté d'accès aux soins de ses habitants. La partie Ouest est formée d'une zone de plaine agricole frappée de plein fouet par la désertification rurale.

Le deuxième aspect important qui qualifie ce territoire est son caractère **rural**. En effet, selon l'Insee², la densité de population du département en 2006 est nettement inférieure à la moyenne nationale (65 habitants/km², contre 112 au niveau national), soit quasiment moitié moins (1). On compte quatre villes de taille moyenne définissant les quatre bassins urbains du territoire : Epinal, Remiremont, Saint-Dié et Neufchâteau. Epinal, la plus importante de ces villes, ne compte que 34 015 habitants !

On comprend donc que le territoire des Vosges risque d'être **largement touché par le phénomène de la désertification médicale**.

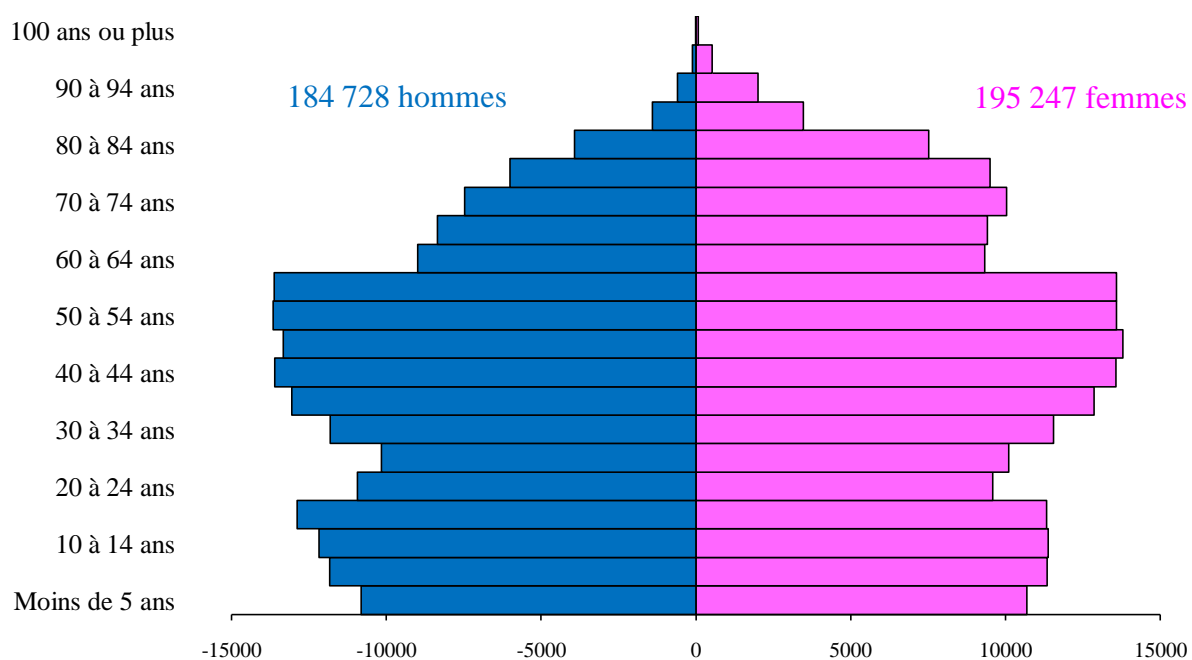
Le département des Vosges développe une activité industrielle et agricole importante, mais en plein déclin. Cette baisse d'activité, accentuée par la crise économique que nous traversons, génère une certaine précarité sociale contribuant à la **vulnérabilité médicale de la population**.

² Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

1.1. Les chiffres clés

D'après le dernier recensement de la population de l'Insee en 2006, les Vosges comptent **379 975 habitants** (population municipale). La moyenne d'âge est sensiblement plus importante que la moyenne nationale, la proportion des plus de 75 ans y est notamment plus élevée qu'en France métropolitaine. C'est donc une population nécessitant plus de soins que la moyenne.

Figure 1 : Pyramide des âges de la population du département des Vosges



Source : Insee, recensement de la population 2006

Les indices démographiques du département publiés par l'Insee (2) montrent bien la nécessité de développer et d'améliorer la qualité des soins au niveau départemental. En effet, certains marqueurs sont probants :

- **le taux de la mortalité infantile**³ de 4,4 en 2007 est nettement supérieur à la moyenne nationale. Bien qu'il se soit récemment amélioré, il est resté longtemps un des plus élevés de France ;
- **le taux de mortalité globale**⁴, bien qu'en amélioration constante, est également significativement supérieur à la moyenne nationale. L'analyse détaillée de la mortalité est reprise en annexe. L'étude des facteurs de mortalité, réalisée par l'Orsas⁵ en 2006, démontre que le département des Vosges est particulièrement concerné par un taux plus élevé de mortalité dû aux comportements de ses habitants. Selon l'Orsas, l'amélioration du système de soins dans le département pourrait faire diminuer nettement ce taux (3) ;
- **l'espérance de vie à la naissance** (75,3 ans pour les hommes et 83,2 ans pour les femmes) demeure nettement inférieure à la moyenne française.

Les enjeux de l'amélioration du système de soins dans le département des Vosges sont donc évidents : le développement de l'accès aux soins primaires et des actes de prévention auprès de la population est primordial.

1.2. Perspectives démographiques du département

Les scénarii de projections effectués par l'Insee, et reposant sur les tendances observées ces dernières années, prévoient tous une **baisse de la population** du département d'environ 20 000 habitants d'ici 2030. Le **vieillissement de la population** est un aspect important à prendre en compte dans l'analyse des besoins de

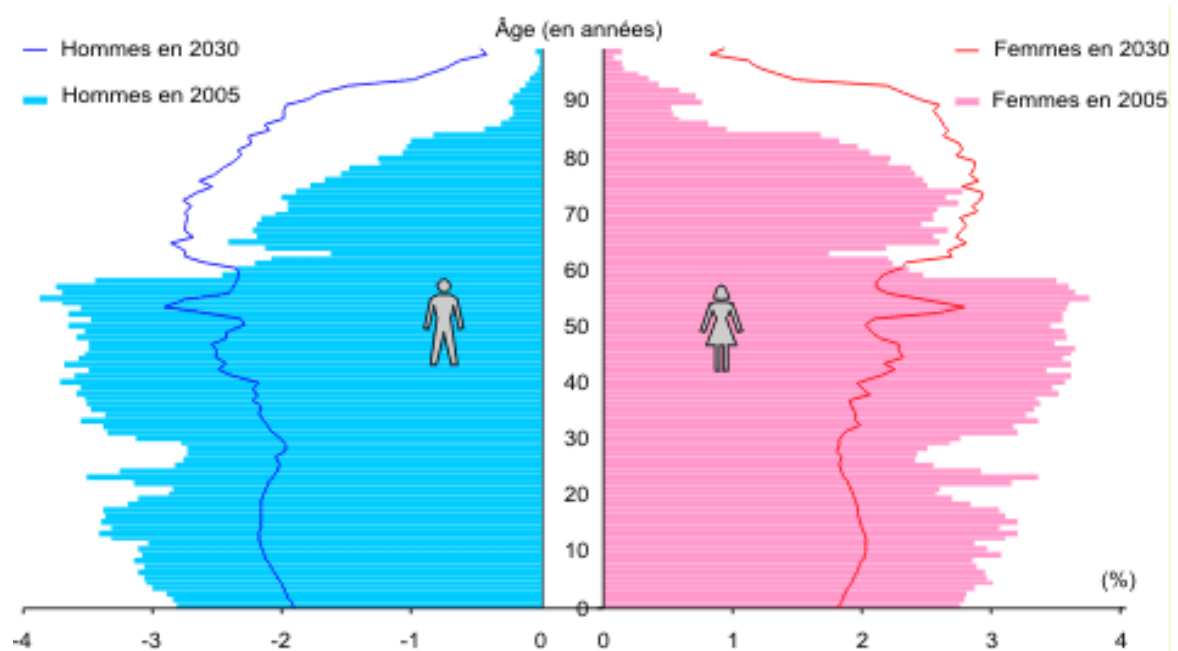
³ Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins de un an pour 1000 naissances.

⁴ Le taux de mortalité globale est le nombre de décès dans l'année pour 1000 habitants.

⁵ Orsas : Observatoire régional de la santé et des affaires sociales

santé d'un territoire. Le nombre de personnes de plus de 85 ans aura doublé en 2030, et la part des plus de 60 ans sera passée de 22 à 35 % de l'effectif (4).

Figure 2 : Population des Vosges par sexe et par âge en 2005 et projection en 2030



Source : Insee, projections de population Omphale scénario central, 2006

Or, on sait que plus une population est âgée, plus elle est consommatrice de soins. La population demandeuse de soins va donc augmenter. Le territoire vosgien, déjà fortement concerné par une population âgée, sera donc d'autant plus touché par ce phénomène. C'est pourquoi l'étude parallèle de la démographie médicale est primordiale, afin de préparer au mieux notre population et les professionnels de santé à l'avenir sanitaire du territoire.

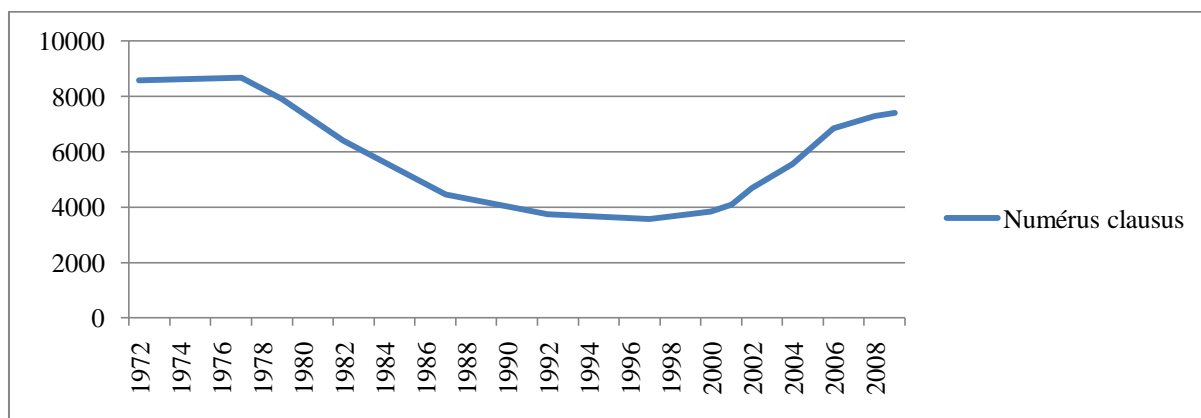
2. La démographie médicale vosgienne

2.1. Généralités

2.1.1. *Préambule*

La régulation de la démographie médicale en France s'effectue essentiellement via le *numerus clausus* qui est le nombre d'étudiants admis en deuxième année de faculté de médecine. Il conditionne le nombre de médecins en exercice une dizaine d'années plus tard. Créé en 1971 et fixé chaque année par arrêté ministériel, ce *numerus* a diminué pendant les vingt premières années pour ensuite stagner jusqu'en 1997. Depuis cette date il a doublé.

Figure 3 : Evolution du numerus clausus depuis 1971



Source : ministère de l'Éducation nationale

Le *numerus clausus* permet d'établir un plan d'évolution du nombre des médecins, en fonction de la démographie et des prévisions des départs en retraite. Mais il a longtemps été décrié comme étant un moyen de restriction des dépenses de santé par le biais d'une diminution des prescripteurs.

Ce système soulève néanmoins de nombreuses problématiques :

- système d'une **insuffisante vitesse d'adaptation**, puisqu'il faut plus de dix ans pour former un professionnel de santé ; l'inertie est trop importante, on alterne donc des périodes de pénuries et des périodes fastes ;
- il n'y a pas d'adéquation entre un concours peu pertinent et les qualités requises pour exercer le métier de médecin ;
- s'il a l'avantage de réguler le nombre de médecins à sa source, **il n'intervient en aucun cas sur leur répartition géographique, sujet central de la problématique de la démographie médicale** ;
- les relations entre l'offre de soins et le nombre de praticiens ou encore entre les dépenses de santé et le nombre de praticiens ne sont pas linéaires, voire non déterministes ;
- bien sûr, un tel système de régulation ne suffit pas puisqu'il ne peut tenir compte des remaniements sociodémographiques des médecins, ainsi que des évolutions des pratiques médicales qui s'opèreront 10 ans après ;
- on note cependant des variations d'augmentation importantes entre les régions ces dernières années pour essayer de corriger les déséquilibres démographiques. Mais cela ne garantit pas que les jeunes médecins diplômés s'installeront dans la région où ils ont fait leurs études.

La deuxième régulation démographique intervient au moment de la **répartition des postes de spécialités** suite aux ECN⁶. Ce système souffre certainement de l'adéquation entre le nombre d'étudiants et le nombre de postes offerts. En effet, le nombre de postes offerts est largement supérieur au nombre d'étudiants à répartir. De nombreux postes ne sont donc pas pourvus, malheureusement au détriment de la spécialité de médecine générale (5).

⁶ ECN : Epreuves classantes nationales

2.1.2. Situation nationale

L'année 2008 a marqué un tournant dans l'évolution de l'effectif médical en France. C'est la première fois que l'on note une **diminution de la densité** médicale, toutes spécialités confondues (bien que l'effectif des médecins actifs soit légèrement en hausse). D'après les données du CNOM⁷, la densité médicale⁸ s'établit à 290,3 en 2009 (contre 315,5 en 2007 et 300,2 en 2008).

L'inégalité de répartition géographique des praticiens reste omniprésente en France avec des pôles attractifs tels que les régions du Sud du pays et l'Ile-de-France. La Lorraine est classée en douzième position avec une densité de 276, légèrement inférieure à la moyenne (6).

2.1.3. Situation départementale

Le département des Vosges compte 511 médecins généralistes au 1^{er} janvier 2009 (spécialistes de médecine générale et médecins généralistes non spécialistes). Ce qui donne une densité de 134,5. Ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale qui se situe autour de 144.

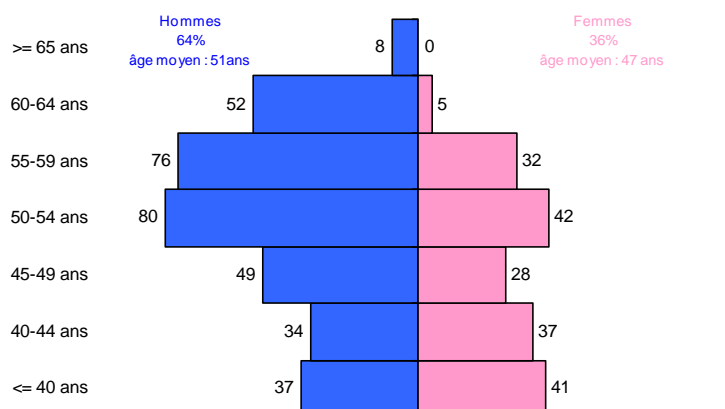
Toutefois, il convient de pondérer ces chiffres puisque tous les médecins généralistes recensés n'exercent pas à titre libéral. En effet, certains médecins généralistes sont salariés d'établissements hospitaliers ou d'entreprises privées. Ainsi, selon les estimations du Conseil départemental de l'Ordre des médecins en 2009, nous comptons 335 médecins généralistes libéraux dans le département. Ce qui pondère la densité à 88 ! Cela entraîne effectivement un biais important dans l'interprétation des chiffres habituels. Pour analyser, de façon la plus juste, la situation de l'offre de soins primaires du département, il est important de prendre en compte ces nuances.

⁷ CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

⁸ La densité médicale est le nombre de médecins pour 100 000 habitants. On considère ici les médecins en activité régulière.

La moyenne d'âge des médecins généralistes du département est de 50,5 ans. Leur répartition par tranche d'âge est la suivante :

Figure 4 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux vosgiens en 2007



Cette pyramide des âges illustre bien le vieillissement des professionnels actuellement en exercice. L'âge moyen d'inscription au Conseil de l'Ordre est de 32 ans (à Paris, il est de 39 ans).

Source : Conseil national de l'Ordre des médecins

Ces médecins actuellement en exercice sont répartis autour des 4 pôles urbains du département, dotés chacun d'un centre hospitalier : Epinal, Remiremont, Saint-Dié et Neufchâteau.

La densité médicale, représentée par la carte qui suit, est forte dans le territoire des Hautes-Vosges (cantons de Gérardmer, La Bresse, Cornimont...), dans le secteur de Remiremont, ainsi que celui de Saint-Dié et d'Epinal. En revanche, elle est nettement plus faible dans l'Ouest du département, notamment autour du canton de Neufchâteau, ce qui confère un contraste Est/Ouest important, le territoire Ouest du département étant plus « sous-doté » par rapport à la zone Est. C'est le reflet de l'attractivité d'une zone par rapport à l'autre.

Figure 5 : Répartition du nombre de médecins généralistes libéraux dans le département des Vosges en 2007

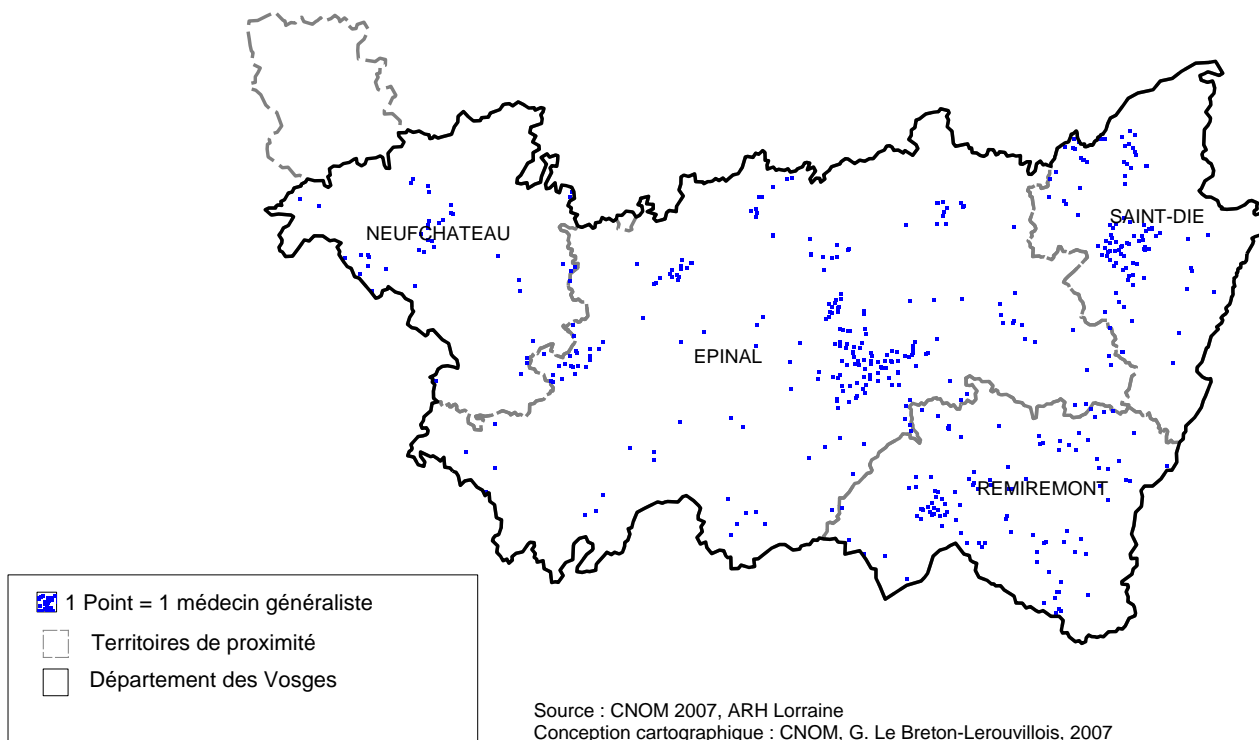
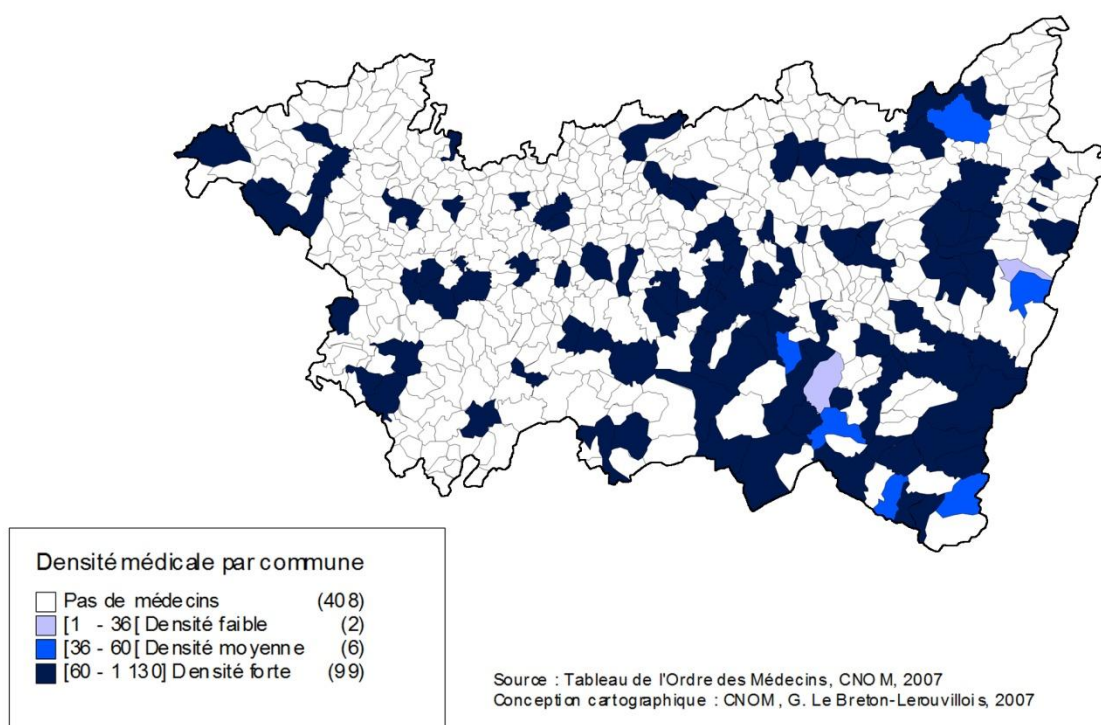


Figure 6 : Répartition de la densité médicale des médecins généralistes libéraux dans le département des Vosges



2.2. Les évolutions démographiques récentes

2.2.1. Généralités

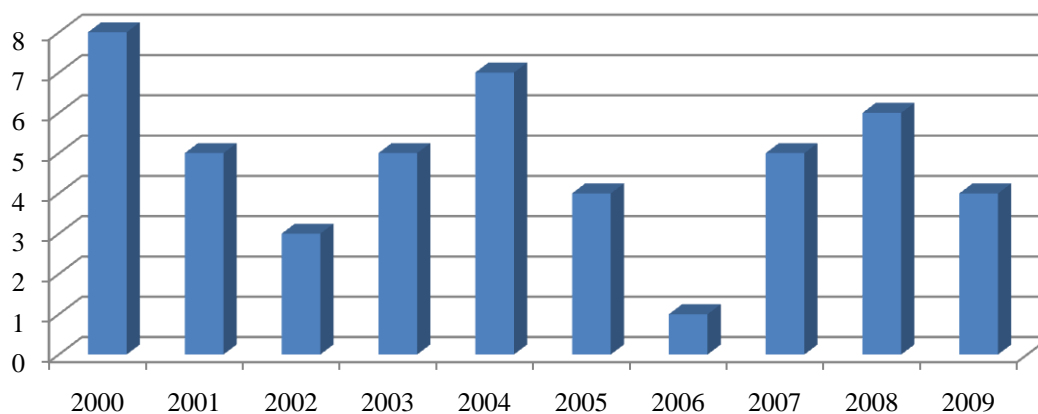
Le bilan des entrées/sorties (7) des inscriptions au tableau de l'Ordre des médecins des dernières années démontre une diminution des effectifs des médecins généralistes dans tous les départements lorrains. La Meurthe-et-Moselle est le département de France qui enregistre la plus forte baisse d'effectif. Toutefois, pour l'année 2008, le bilan national recense plus de médecins généralistes entrants que sortants (2434 contre 2272). Mais au niveau local, on ne constate pas d'augmentation des effectifs, notamment en Lorraine. Ceci confirme les grandes variations de répartition des professionnels à travers le pays, malheureusement souvent aux dépens de régions peu attractives. Les médecins généralistes représentent 46 % des nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

Dans le département des Vosges, on note une stabilité du nombre de médecins généralistes entre 2008 et 2009. Mais la tendance est à la baisse ces dernières années puisqu'entre 2006 et 2007, on enregistrait une diminution de 3 %, puis encore de 2 % entre 2007 et 2008.

Selon le CDOM⁹ des Vosges, **depuis l'année 2000**, on comptabilise 48 installations de médecins généralistes libéraux dans le département. Selon une parité quasi parfaite puisque 23 praticiens sont des femmes et 25 sont des hommes. Mais en 2008 et en 2009, on note deux fois plus de femmes que d'hommes qui s'installent, alors que c'était l'inverse auparavant.

⁹ CDOM : Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Figure 7 : Nombre de médecins généralistes libéraux installés dans le département des Vosges depuis l'année 2000



Source : Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Vosges

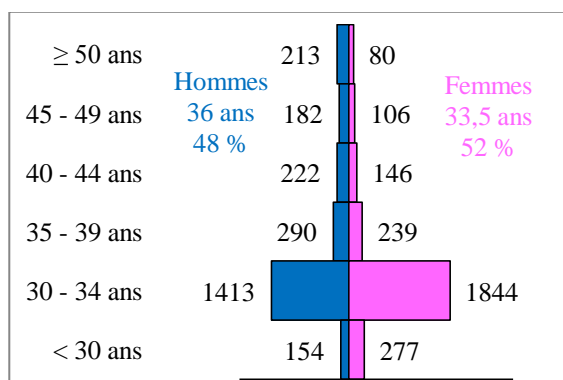
2.2.2. Les grandes tendances démographiques

Des « grandes tendances » démographiques se dégagent du bilan annuel effectué par le CNOM.

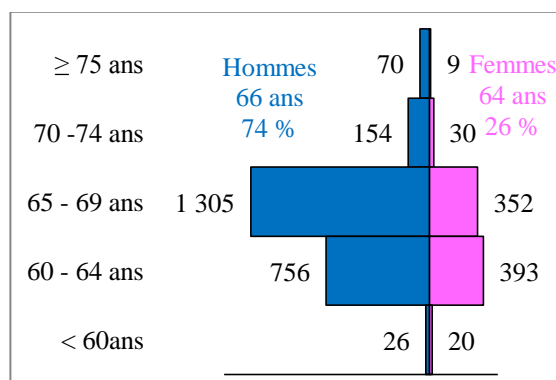
La féminisation de la profession se confirme et se pérennise. Il suffit de comparer la pyramide des âges des médecins entrants et sortants du tableau de l'Ordre des médecins pour s'en rendre compte.

Figure 8 : Comparaison du profil démographique des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre des médecins en 2008 et ceux partis à la retraite en 2008 (statistiques nationales)

Médecins nouvellement inscrits à l'Ordre en 2008



Médecins partis en retraite en 2008



Source : CNOM, atlas de la démographie médicale 2009

Ce phénomène démographique entraîne une profonde mutation de l'organisation professionnelle puisque l'on constate que **l'exercice salarié** est préféré par les femmes (plus d'une femme sur deux contre un homme sur trois, alors qu'une femme sur trois travaille en libéral contre un homme sur deux).

De nombreuses études montrent un **temps de travail différent** entre les femmes et les hommes. D'après une étude de la Drees¹⁰ (8), toutes choses égales par ailleurs, les femmes travaillent en moyenne 6 heures de moins par semaine que les hommes. De plus, les femmes privilégient plus que les hommes l'activité à temps partiel, ce qui diminue d'autant plus leur durée moyenne de travail hebdomadaire puisque ces facteurs se cumulent. Toutes ces tendances sociodémographiques sont donc à prendre en compte pour établir les perspectives d'avenir de la démographie médicale.

Le salariat est le mode d'exercice le plus apprécié par les nouvelles générations de médecins (7). Cette tendance, comme nous venons de le voir, est naturellement portée par le phénomène de la féminisation de la profession, mais pas seulement. En effet, les jeunes praticiens hommes nouvellement inscrits à l'Ordre des médecins se portent également en majorité vers ce mode d'exercice (à 30 % contre 5 % pour le libéral en 2009). Le salariat est une sécurité pour le praticien, d'autant plus pour les femmes qui peuvent bénéficier des avantages sociaux (horaires fixes, semaine de 35 heures, congés de maternité...).

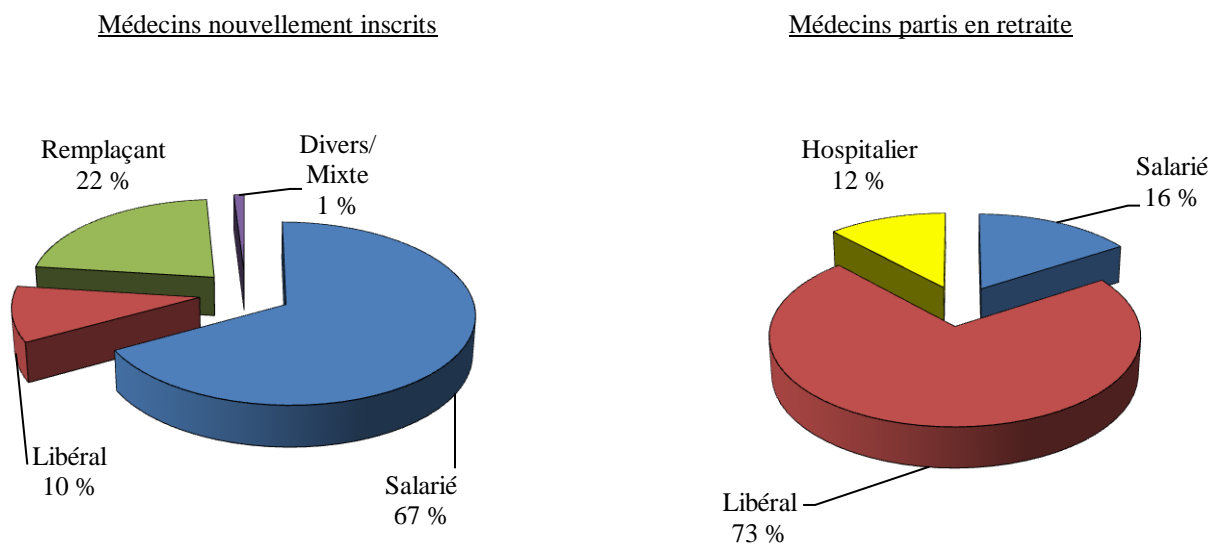
Le salariat a également une répercussion sur le temps de travail. D'après l'étude réalisée par la Drees (8), le temps de travail moyen des médecins libéraux est plus important que celui de leurs homologues salariés (de 4 heures par semaine environ). Le travail salarié peut également procurer une certaine confiance dans la régulation et l'aménagement du temps de travail des médecins s'engageant dans ce mode d'exercice (bénéfice des journées de récupération, des semaines de vacances,...). C'est un mode d'exercice compatible avec un travail d'équipe

¹⁰ Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

permettant un soutien entre professionnels, notamment pour l'aménagement des horaires de chacun.

Tout cela peut en effet contribuer à l'attrait des jeunes praticiens pour ce mode d'exercice. Il faut impérativement en tenir compte pour envisager des solutions adaptées à la problématique de la démographie médicale.

Figure 9 : Comparaison du mode d'exercice chez les médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre en 2009 et les médecins partis à la retraite en 2008



Source CNOM, atlas de la démographie au 1^{er} janvier 2009

Il est intéressant de noter que selon une étude réalisée par I. KAHN-BENSAUDE, ce sont ces modes d'exercice (travail à temps partiel et salariat) qui sont le plus souvent envisagés par les étudiantes en faculté de médecine (9).

Les **remplaçants** sont de plus en plus nombreux. En 2008, le CNOM a comptabilisé plus de 10 000 remplaçants, ce qui représente une augmentation de 5,5 % en un an. L'âge moyen des remplaçants est de 46 ans et cet effectif n'échappe pas au phénomène de vieillissement des professionnels.

Il nous est paru important de prendre en considération cette tendance à la hausse du nombre de remplaçants. En effet, alors que la densité médicale diminue nettement, les médecins peinent à s'installer définitivement. Cela ne peut que contribuer à déstabiliser une démographie médicale déjà en équilibre incertain.

Pour pallier cette pénurie médicale, les autorités publiques ont fait appel à des **médecins de nationalité européenne et extra-européenne**. Longtemps considérés comme une solution temporaire, ils n'en sont pourtant pas une, au contraire. Lorsqu'on analyse le lieu d'exercice de ces médecins, on s'aperçoit qu'ils exercent en majorité dans les régions du Sud de la France et en Ile-de-France ! Des régions déjà considérées comme « surmédicalisées ». La répartition de ces médecins sur le territoire métropolitain suit les mêmes règles que pour leurs homologues français. Ce phénomène ne peut qu'accentuer l'inégalité de répartition des professionnels sur le territoire.

A noter que la répartition de ces médecins est aussi inégale en Lorraine. Bien que l'effectif de ces praticiens étrangers soit supérieur à la moyenne nationale dans notre région, ce sont les départements des Vosges et de la Meuse qui sont laissés pour compte, avec un effectif inférieur à la moyenne. Cette répartition ne peut que pérenniser les inégalités locales déjà en place.

2.3. Les perspectives de la démographie médicale

2.3.1. Projections nationales

La tendance générale des prochaines années sera marquée par le vieillissement des professionnels de santé. Les praticiens ont une moyenne d'âge de 51 ans. **La part des plus de 60 ans a augmenté de 52,5 % entre 2008 et 2009.**

Selon les projections démographiques effectuées par la Drees (10), différents scénarii sont envisageables. On sait déjà que, dans 10 ans, l'effectif des médecins

devrait diminuer de près de 10 %. Cela est inéluctable, puisque lié directement au *numerus clausus* fixé actuellement (l'impact lié au *numerus clausus* est très long puisqu'il intervient au tout début de la formation des étudiants). **Au-delà de cette période, l'évolution dépendra autant des facteurs individuels que collectifs** (décisions politiques et des autorités sanitaires).

Le scénario dit tendanciel évalue la variation démographique en gardant les mêmes tendances observées actuellement, et en admettant que le *numerus clausus* (actuellement à 7300) augmente jusqu'à 8000 en 2011, puis diminue progressivement jusqu'en 2030. Le nombre de médecins en 2030 serait de 206000, soit à peine 1 % inférieur au chiffre actuel. En revanche, la **densité médicale diminuerait de plus de 10 %**, passant de 327 à 292 en 2030 (ceci dû à l'augmentation de la population française de 10 %). Et cela est d'autant plus inquiétant si l'on analyse le nombre de médecins par rapport à la population âgée (de plus de 60 ans), la baisse du rapport serait de 36 %.

Les sorties des médecins ne seraient compensées par les entrées qu'à partir de 2020, phénomène lié au haut niveau du *numerus clausus* fixé à plus de 8000 dans les années 1970 (génération qui partira en retraite aux alentours de 2020). La population des médecins rajeunirait. La part des moins de 45 ans serait majoritaire en 2030, avec une moyenne d'âge des médecins de 44,5 ans. La part des médecins de 60 ans ou plus aura été maximale (plus de 20 %) en 2015, puis diminuerait par la suite. La féminisation se confirmerait : 56,4 % de médecins généralistes seraient des femmes en 2030. En tenant compte des aspirations actuelles des praticiens pour leur mode d'exercice, **le nombre de médecins généralistes libéraux chuterait de 60,2 % (en 2006) à 55,5 % (en 2030)**.

2.3.2. Projections départementales

L'Insee a établi des projections départementales afin d'évaluer au mieux les chiffres démographiques des dix prochaines années (11).

Dans les Vosges, plus de 4 médecins sur 10 vont partir d'ici 2015.

Parallèlement, la population vieillit. 9 % de la population vosgienne a aujourd'hui 75 ans ou plus, une proportion supérieure d'un tiers à ce qu'elle était en 1995. Cette tendance au vieillissement va se confirmer sous l'effet de l'allongement de l'espérance de vie, combiné à l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses nées après la Seconde Guerre mondiale. Les personnes de plus de 75 ans constitueraient plus de 10 % de la population en 2015, alors que la population vosgienne est appelée à encore diminuer si les tendances démographiques actuellement observées se prolongent. Qui dit vieillissement, dit accroissement de la demande de soins. Le Comité régional d'observation des professions de santé (CR-ONDPS) **estime qu'en l'absence de nouvelles installations, le nombre de généralistes en exercice tombera autour de 215 en 2015, soit 44 % de l'effectif actuel en moins.**

Actuellement, **32 % des généralistes vosgiens exerçant à titre libéral sont âgés de 55 ans ou plus.** C'est la plus forte proportion régionale derrière la Meuse (38 %). La pyramide des âges du corps médical vosgien présente une proportion de médecins proches de la retraite beaucoup plus élevée qu'en moyenne régionale. Sur la Lorraine, ce pourcentage est de 26 %, avec 24 % en Meurthe-et-Moselle et 25 % en Moselle.

Face à la nécessité de prévoir ces remplacements nombreux à venir, la Lorraine, plus que d'autres régions, a le handicap des nombreux postes de médecine générale restés vacants à l'issue des ECN, bien que depuis deux ans on note une amélioration du nombre d'internes affectés dans cette discipline (12).

Comme beaucoup d'autres départements français, la situation de la démographie médicale du département des Vosges est préoccupante. C'est à la fois la fragilité démographique de la population et la précarité de la démographie médicale du département qui forment un équilibre instable.

L'avenir proche est inquiétant, alors que les perspectives à long terme sont incertaines et dépendent beaucoup plus des mesures politiques et des choix individuels des futurs praticiens que de la situation actuelle. C'est dans cet esprit qu'il faut envisager des propositions permettant de concilier les évolutions sociodémographiques aux aspirations des jeunes générations de médecins, afin de permettre une offre de soins optimale pour la population.

3. Structure sanitaire du département des Vosges

L'étude de la structure sanitaire du département permet d'évaluer les capacités de soins et de développer l'articulation des différentes structures de soins disponibles dans le département (notamment entre la médecine libérale de soins primaires et le milieu hospitalier). C'est par cette étude que la MRS¹¹ détermine les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux. Elle définit en particulier les territoires éligibles aux aides à l'installation.

La loi HPST¹², récemment promulguée, développe d'ailleurs cette notion d'organisation sanitaire du territoire en créant les ARS¹³, qui sont chargées de faciliter l'organisation locale des soins en décloisonnant les soins de ville et les soins hospitaliers afin de simplifier l'accès aux soins des patients.

3.1. Le Schéma régional d'organisation sanitaire

Arrêté par le directeur de l'ARH¹⁴, le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) fixe les objectifs et les grandes orientations stratégiques de l'évolution de l'offre de soins hospitalière. Il évalue l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé de la population. C'est une démarche d'aménagement du territoire, s'inscrivant dans la logique de la loi HPST. Cette démarche doit garantir l'égalité des patients devant les soins ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre. Le SROS doit tenir compte de **l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville** (13).

¹¹ MRS : Mission régionale de santé

¹² HPST : Hôpital, patients, santé et territoire

¹³ ARS : Agence régionale de santé

¹⁴ ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

Le département des Vosges est ainsi divisé en quatre territoires de santé et de proximité :

- le Pays de l'Ouest Vosgien ;
- le Pays des Vosges Centrales ;
- le Pays de la Déodatie ;
- le Pays de Remiremont et de ses vallées.

Ces territoires sont centrés autour des centres hospitaliers du département : Neufchâteau, Epinal, Saint-Dié et Remiremont. Cette carte est la base organisationnelle sanitaire de la région, au sein de laquelle s'articulent la médecine libérale de ville et les établissements de soins.

Figure 10 : Carte des territoires de santé et de proximité en Lorraine



Source : SROS 3^{ème} génération, ARH de Lorraine, mars 2006

3.2. Maillage des hôpitaux : CHG, hôpitaux locaux, maisons de retraite

Le département des Vosges dispose d'un parc hospitalier de 26 établissements publics et privés représentant près de 2 800 lits en secteur hospitalier auxquels s'ajoutent 2 000 lits dans les Etablissements d'hébergement à destination des personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le secteur de l'hospitalisation psychiatrique dispose de 445 lits et places.

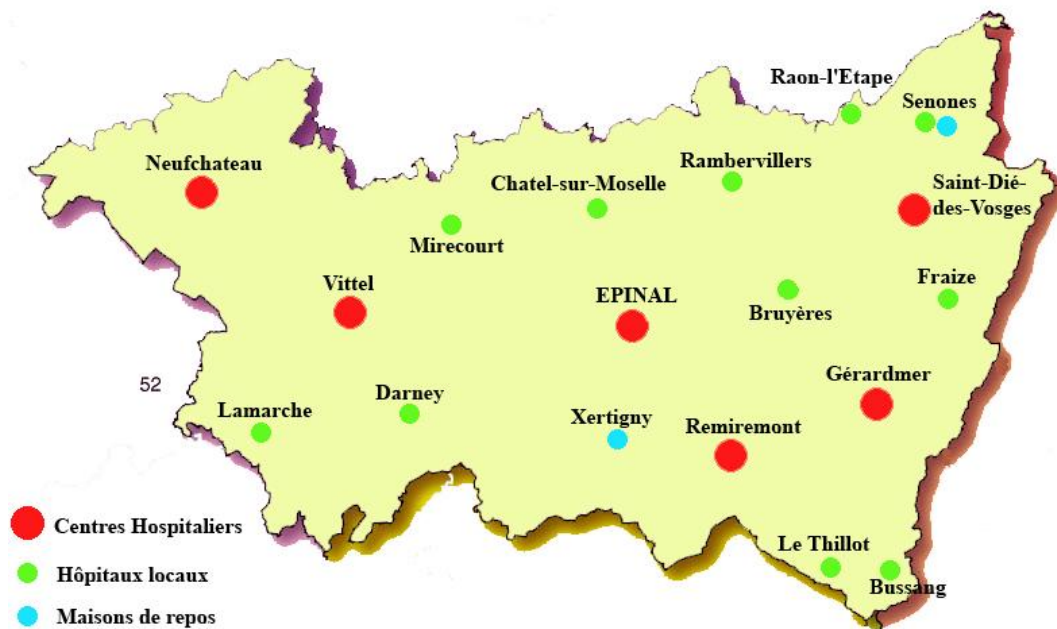
Les dernières informations concernant les **structures hospitalières** font état de la finalisation du regroupement du centre hospitalier d'Epinal et de la clinique privée « La Ligne Bleue ». Un plateau technique sera organisé sous forme d'un Groupement de centres de soins (GCS). Pour le centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, la coopération public-privé est en cours d'examen. Le service de chirurgie du centre hospitalier de Gérardmer a été fermé début 2007 ainsi que les services de chirurgie et de cardiologie de Vittel. Une reconversion des activités est en cours entre Vittel et Neufchâteau et le service de dialyse a été transféré sur le site d'Epinal.

Il existe un réseau bien maillé **d'hôpitaux locaux** : de Lamarche à Bussang, de Darney à Senones, l'ensemble du département des Vosges est couvert. Ces hôpitaux locaux à la faveur de quelques lits d'hospitalisation, de soins de suite et de réadaptation assurent une présence hospitalière permanente au bénéfice notamment de la population âgée. L'hôpital local est une organisation originale qui est un **exemple unique de coopération entre secteur hospitalier et secteur libéral**. 95 % du personnel médical exerçant dans les hôpitaux locaux sont des médecins libéraux qui trouvent dans l'hôpital local un moyen de servir l'intérêt général tout en préservant, dans leur pratique quotidienne, les marges de liberté qu'ils désirent conserver.

Au 1^{er} janvier 2008, 65 **maisons de retraite** offrent environ 4 900 places. **Des quatre départements lorrains, le département des Vosges est celui dont l'équipement pour l'accueil des personnes âgées est le plus conséquent**. Son équipement en structures d'hébergement complet pour personnes âgées est de loin le plus fourni puisqu'il dispose de 155 lits ou logements pour 1 000 habitants de 75 ans

ou plus, quand la moyenne lorraine est de 127 ; en outre, il dispose de 127 lits médicalisés pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, pour une moyenne lorraine de 99 (14). À destination de cette tranche d'âge, il n'y a guère que son taux d'équipement en places de services de soins à domicile qui soit proche de la moyenne régionale : 16,4 places pour 1 000 habitants dans les Vosges, contre 16,3 pour la Lorraine. Pour compléter l'offre de services à destination des personnes âgées, une dizaine d'antennes « Aide à domicile en milieu rural » (ADMR) sont présentes sur le territoire vosgien. Les activités s'étendent au portage de repas à domicile, à la garde à domicile de jour comme de nuit, répondant parfaitement à la problématique du maintien à domicile des seniors.

Figure 11 : Carte des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux du département



Source : ARH de Lorraine

3.3. Territoires éligibles aux aides à l'installation, Zones de revitalisation rurale, Zones franches urbaines

3.3.1. Définitions

3.3.1.1. Les territoires définis par la Mission régionale de santé

La Mission régionale de santé détermine les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, en tenant compte du SROS. Ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution de dispositifs **d'aides à l'installation**.

La détermination de ces zones repose sur des indicateurs relatifs à l'offre de soins et à l'environnement sociodémographique, à savoir :

- **des critères de base** (circulaire DHOS/DSS/UNCAM du 14 janvier 2005) tels qu'ils ont été considérés par la MRS (une densité inférieure à 3 médecins pour 5000 habitants et une activité médiane supérieure d'au moins 30 % à la moyenne métropolitaine) ;
- **des critères complémentaires** prenant en compte les difficultés particulières des territoires (part des personnes âgées de plus de 75 ans relativement élevée,...) ;
- **un critère d'éloignement** du cabinet médical par rapport aux services de prise en charge des urgences pré-hospitalières les plus proches (éloignement supérieur à 20 minutes).

Ces zones correspondent à des territoires peuplés d'au moins 1500 habitants et respectent les flux de patients dans leur recours au médecin généraliste.

Les aides à l'installation concernant ces territoires donnent la priorité aux aides financières :

- **aides financières de l'Etat aux étudiants de 3^{ème} cycle de médecine ou à l'installation et au maintien des médecins** (indemnités, exonérations d'impôts, prise en charge d'investissements, prime à l'installation...);
- **indemnité de remplacement** de 300 euros versée par l'assurance maladie (dans la limite de 10 jours par an) en contrepartie d'un engagement de trois ans d'exercice dans ces zones ;
- les soins d'un médecin généraliste installé pour la première fois en libéral dans ces zones sont **dispensés de pénalités liées au parcours de soins** pour une durée de cinq ans ;
- **le montant des consultations et des visites** réalisées par les généralistes exerçant en groupe ou en cabinet pluridisciplinaire dans ces zones est **majoré de 20 %** ;
- **exonération de l'impôt sur le revenu** pour la rémunération au titre de la permanence des soins, dans la limite de 60 jours par an.

Quelques mesures d'ordre administratif sont développées, à savoir la mise à disposition par l'Assurance maladie d'outils d'information complémentaires :

- **C@rtoSanté** (15) qui est un outil cartographique permettant de visualiser l'offre et l'activité des professionnels sur un territoire donné ;
- **inst@LSanté** (16) qui recense et informe de la nature des aides apportées par les collectivités territoriales aux médecins souhaitant s'installer dans les zones prioritaires définies par la MRS ;
- **un accompagnement par la caisse locale d'Assurance maladie** en ce qui concerne les démarches individuelles et administratives, la recherche de remplaçants lors des congés, etc...

3.3.1.2. *Les ZRR et les ZFU*

D'autres territoires peuvent prétendre à des aides fiscales de l'Etat. Ces territoires sont les ZRR¹⁵ et les ZFU¹⁶. Ces zones sont définies par arrêté, révisable annuellement.

Les mesures financières de l'Etat sont issues de la loi relative au développement des territoires ruraux (13) et permettent aux collectivités locales d'octroyer des aides :

- **exonération de la taxe professionnelle** pendant 2 à 5 ans à compter de l'année suivant la première installation à titre libéral dans les communes de moins de 2000 habitants ou dans les ZRR ;
- dans les ZRR : **exonération totale de l'impôt sur le revenu** pendant 5 ans et dégressive durant les neuf ans qui suivent.

L'Assurance maladie a mis en œuvre des mesures financières à travers les contrats de bonnes pratiques :

- **indemnité de remplacement** de 300 euros (dans la limite de 10 jours par an) en contrepartie d'un engagement de trois ans à l'exercice dans les Zones franches urbaines ;
- 240 euros par **vacation d'une demi-journée** (dans la limite de 10 jours par an) consacrée à la prévention, l'éducation à la santé ou la coordination médico-sociale dans les Zones franches urbaines.

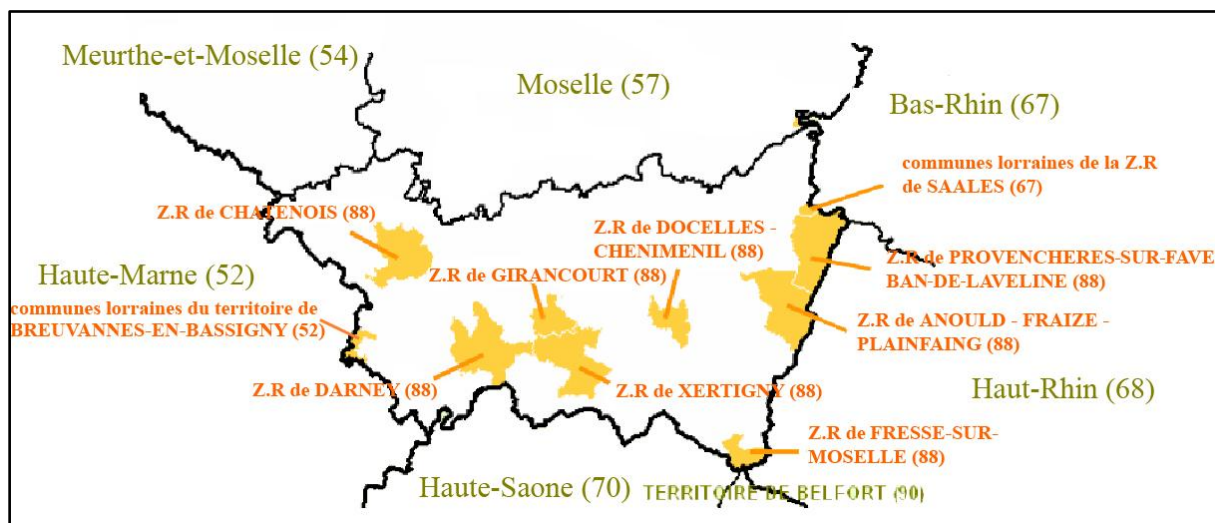
3.3.2. *Zones concernées dans le département des Vosges*

Selon l'avenant A de l'arrêté N° 22/5 du 12 décembre 2005, on compte **10 zones éligibles aux aides à l'installation** dans le département vosgien : les zones de recours des communes de Châtenois, Docelles-Chéniménil, Girancourt, Xertigny, Provenchères-sur-Fave, Fraize, Fresse-sur-Moselle, Darney, ainsi que les communes vosgiennes des zones de recours de Saales (département 67) et de Breuvannes-en-Bassigny (département 52).

¹⁵ ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

¹⁶ ZFU : Zone Franche Urbaine

Figure 12 : Carte des Zones rurales (ZR) définies par la MRS et éligibles aux aides à l'installation dans les Vosges



Source : ARH de Lorraine

Les **Zones de revitalisation rurale** sont représentées par l'ensemble des communes des cantons de Bains-les-Bains, Brouvelieures, Bulgnéville, Coussey, Darney, Dompaire, Lamarche, Monthureux-sur-Saône, ainsi que les communes de Biécourt, Blémerey, Boulaincourt, Chef-Haut, Destord, Dombrot-le-Sec, Domjulien, Dompierre, Fontenay, Frenelle-la-Grande, Frenelle-la-Petite, Girecourt-sur-Durbion, Grandvillers, Gugnécourt, Houécourt, Méménil, Nonzeville, Oëlleville, Offroicourt, Padoux, Pierrepont-sur-l'Arentèle, Remoncourt, Repel, Saint-Prancher, Sandaucourt, Sercoeur, Totainville et Viménil.

Il n'y a pas de **Zone franche urbaine** dans le département des Vosges.

Malgré une densité médicale inférieure à la moyenne nationale, le département des Vosges possède une offre de soins dont la disposition géographique présente des avantages considérables. Le développement important et la répartition homogène de ses hôpitaux locaux doivent devenir des atouts primordiaux dans l'amélioration et le développement de l'accès aux soins des patients. Cela s'inscrit inévitablement dans l'application de la loi HPST. La collaboration entre la médecine de soins primaires et les établissements de soins doit être optimisée afin d'utiliser les ressources sanitaires au mieux. Cela doit aider et soutenir les professionnels face aux difficultés démographiques actuellement rencontrées.

C'est pourquoi il nous est paru important d'étudier, à travers l'enquête que nous avons menée, la première profession représentative des soins primaires : **les médecins généralistes libéraux** du département des Vosges.

Enquête auprès des médecins
généralistes libéraux du
département des Vosges

1. Méthodologie

1.1. Construction du questionnaire

Nous avons élaboré cette enquête en collaboration étroite avec le Conseil départemental de l'Ordre des médecins des Vosges et son président le docteur Xavier DEAU. Cette initiative correspond effectivement à un besoin des médecins et du CDOM face à des interrogations suscitées par l'avenir démographique du département. Le questionnaire est composé de trois grandes parties : le recueil des **données sociodémographiques** des médecins, leur **organisation de travail et leur mode d'exercice actuel** et pour finir la description de leurs **projets et de leurs intentions** (modification éventuelle de leur exercice, sentiments face aux mesures incitatives mises en place par les pouvoirs publics,...).

La durée totale pour satisfaire le questionnaire était de dix minutes environ, sur 4 pages de format A4.

Les réponses étaient soit des données quantitatives (âge, nombres d'heures travaillées, nombre de semaines de congés annuels,...) soit des données qualitatives. Nous avons privilégié les questions à réponses fermées (soit réponse « oui », soit réponse « non ») afin de faciliter l'exploitation des résultats statistiques. Nous avons également utilisé des réponses avec échelle de préférence cotées de 0 à 10 pour 3 questions terminant le questionnaire.

Ce questionnaire est présenté en *annexe 2* à la page 136.

1.2. Le recrutement des médecins généralistes interrogés

L'enquête s'adresse aux médecins généralistes libéraux installés dans le département des Vosges. Il n'existait pas, au moment de notre évaluation, de recensement très précis de ces médecins. En effet, la Drass et le fichier Adeli de la Sécurité sociale ne distinguaient les praticiens que par leur spécialité et non pas par leur mode d'exercice. Les médecins à exercice particulier (médecins d'Assurance maladie, médecins scolaires,...), qui ne sont pas des médecins de soins primaires, sont identifiés comme des médecins généralistes, c'est là une véritable difficulté. Nous nous sommes donc appuyé sur le listing produit par le CDOM qui différencie ces différents types d'exercice. Soit un recensement de **335** médecins généralistes en exercice (médecine de soins) et donc autant de questionnaires envoyés.

Notons que depuis le décret du 6 février 2009, les professionnels de santé sont recensés par le **numéro RPPS**¹⁷ qui tient compte dorénavant des différents types d'exercice des praticiens. Tous les médecins généralistes libéraux peuvent être désormais facilement recensés.

Après sélection des médecins concernés, le CDOM nous a fourni les coordonnées de chacun d'entre eux.

1.3. Modalités d'envoi

Il nous a paru pertinent d'inclure dans ce questionnaire des items sensibilisant l'attention des médecins interrogés (nous avons par exemple interrogé les médecins à propos du fonctionnement et du devenir de la permanence des soins à l'aube d'une restructuration des secteurs de soins par le ministère de la Santé).

¹⁷ RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

Nous avons joint un courrier du président du CDOM (*annexe 3*, page 141) expliquant le but de cette enquête et rappelant les enjeux démographiques à venir dans le département.

Avec l'aide du CDOM des Vosges, et notamment de ses secrétaires, nous avons effectué un **envoi postal avec enveloppe-réponse timbrée** jointe pour faciliter le renvoi des réponses et améliorer ainsi le taux de participation. L'envoi a eu lieu durant le mois d'avril 2008.

1.4. L'exploitation statistique des résultats

Nous avons ensuite procédé au dépouillement des questionnaires et à l'exploitation des résultats obtenus avec l'aide précieuse et éclairée du service d'Epidémiologie du CHU, et notamment du Docteur C. LATARCHE qui nous a guidé tout au long de notre travail.

Nous avons étudié les **résultats généraux** obtenus, pour ensuite les approfondir en effectuant des **tests statistiques de comparaison entre groupes** (entre hommes et femmes, médecins ruraux et urbains, médecins installés seuls ou en groupe).

Pour finir, nous avons tenté de faire ressortir les **facteurs explicatifs** d'un éventuel changement d'exercice chez les médecins concernés, afin d'essayer de déterminer les attentes et les souhaits des médecins généralistes face aux contraintes démographiques du département des Vosges et d'en tirer les meilleures options possibles pour une organisation optimale de cette profession sur notre territoire.

2. Résultats de l'enquête

Tous les résultats de cette enquête tiennent compte de la situation des praticiens au cours de l'année 2008.

2.1. La participation

2.1.1. Le taux de réponse

Le recueil des questionnaires s'est déroulé sur environ trois semaines. Quelques réponses ont été reçues au-delà de cette période, elles ont été prises en compte pour l'exploitation de nos résultats.

Nous avons effectué un début de relance pour les médecins qui n'avaient pas encore répondu. La plupart de ces médecins étaient absents lors de l'envoi initial, ou avaient perdu le questionnaire. Cela nécessitait donc un nouvel envoi de questionnaire, ce que nous n'avons pas voulu réaliser en raison de l'excellente participation déjà obtenue. Enfin, quelques médecins relancés ont clairement signifié leur refus de participer à cette enquête.

Nous avons reçu 248 réponses sur 335 envois, soit un **taux de participation de 74 %**. Dans une très grande majorité des cas, les questionnaires ont été correctement remplis. Nous avons reçu moins de 5 questionnaires peu exploitables.

Ce taux de réponse, avoisinant les 75 %, est excellent. Concernant la profession médicale, le taux de réponse à des enquêtes est généralement en dessous des 50 %. Cette satisfaction soulève trois éléments :

- l'importance de **sensibiliser les destinataires** de l'enquête, afin d'obtenir le meilleur taux de réponse possible (ce que nous avons fait en intégrant à l'enquête des questions d'actualité) ;

- **l'implication réelle des médecins généralistes libéraux** dans l'organisation du système de soins et l'intérêt qu'ils portent aux problèmes démographiques actuels ;
- **le respect et la bonne image émanant du CDOM des Vosges** auprès des praticiens participant à l'enquête.

2.1.2. Les médecins non répondants

87 médecins n'ont pas renvoyé leur questionnaire. Nous avons pu les recenser, et définir leur âge et leur lieu d'exercice. Toutefois, 2 questionnaires ayant été rendus de façon complètement anonyme, nous n'avons qu'une bonne approximation des chiffres qui suivent :

- les médecins non répondants avaient une **moyenne d'âge** de 53,52 ans en 2008 ;
- on dénombre **16 % de femmes et 84 % d'hommes**. La proportion de femmes qui n'ont pas répondu par rapport à l'échantillon total des médecins enquêtés est moins importante, ce qui signifie qu'elles sont plus répondantes... Cela s'explique peut-être parce qu'elles ont en moyenne plus le temps de répondre à des enquêtes ou tout simplement parce qu'elles sont plus consciencieuses que les hommes... ;
- la répartition de ces médecins par **zone d'exercice** est la suivante : 39,1 % exercent en milieu urbain, 25,3 % en milieu rural et 33,3 % sont considérés en zone semi-urbaine (ces zones d'exercice seront définies ci-après).

Nous savons qu'une proportion non quantifiable de ces praticiens n'a pu répondre à cette enquête : ce sont les médecins partis en vacances au moment de l'enquête, les médecins en arrêt maladie ou encore en interruption d'exercice pour d'autres raisons.

Nous présentons maintenant les résultats des 248 médecins répondants.

Nous allons étudier ces résultats en nous calquant sur la structure du questionnaire. Les grands thèmes abordés seront donc :

- les données générales et sociodémographiques ;
- l'exercice médical des médecins généralistes vosgiens ;
- la permanence des soins ;
- les projets et la flexibilité des médecins.

2.2. Données générales et sociodémographiques

2.2.1. Caractéristiques sociodémographiques des médecins

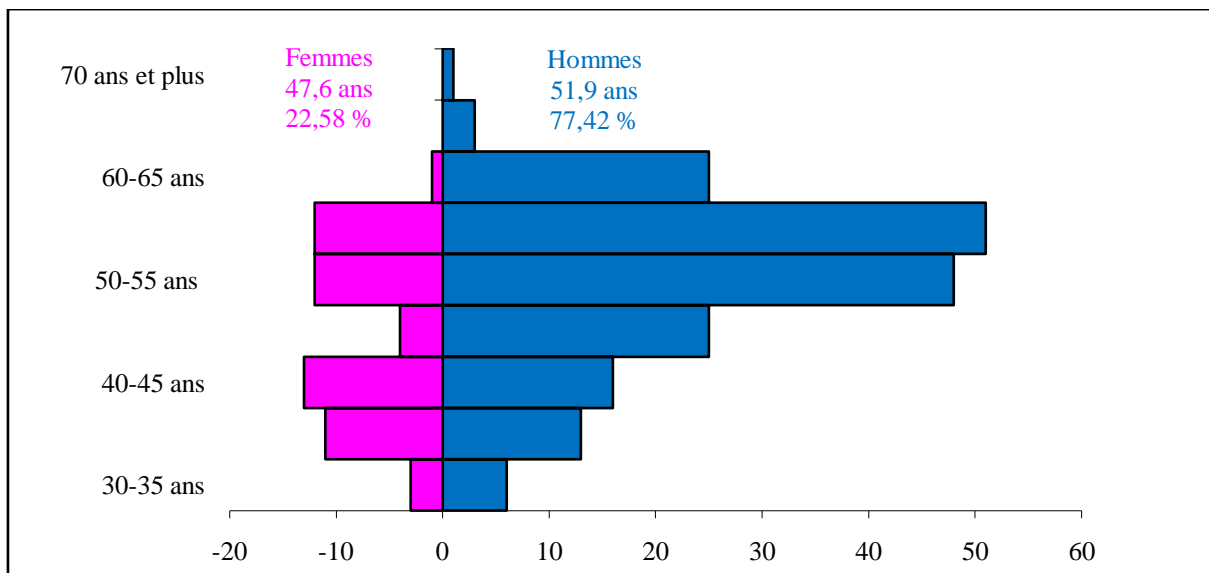
2.2.1.1. Résultats

La **moyenne d'âge** des médecins interrogés est de **51,9 ans**.

Les femmes représentent 22,58 % et ont en moyenne 47,6 ans.

Les hommes ont en moyenne 52,6 ans et sont donc plus âgés. **La différence d'âge est d'ailleurs significative entre ces deux groupes.**

Figure 13 : Pyramide des âges des médecins répondants



L'âge moyen pour :

- la **soutenance de la thèse** est de 29,2 ans ;
- l'**installation** est de 30,6 ans.

La structure familiale :

- 88,6 % des médecins vosgiens sont **mariés** ;
- 93,15 % ont un ou plusieurs enfants ;
- les familles de 2 ou 3 enfants représentent 77,7 %.

Activité du conjoint :

- 57,7 % des médecins ont un conjoint qui travaille ;
- 50,81 % des médecins ont un conjoint qui a une activité indépendante du cabinet médical ;
- dans 44,8 % des cas, l'activité du conjoint participe au fonctionnement du cabinet médical.

2.2.1.2. Commentaires

Nous pouvons noter une bonne adéquation entre les chiffres issus de l'enquête et ceux issus notamment des données statistiques officielles de l'Insee ou du CNOM. Pour exemple, la moyenne d'âge des praticiens qui se situe autour de 51 ans est quasiment similaire. Cette constatation n'est pas très surprenante étant donné le bon taux de réponse dont nous avons bénéficié pour l'enquête. **Dès ces premiers résultats, cette enquête nous paraît statistiquement représentative.**

La médiane d'âge des médecins ayant participé à l'enquête est de 53 ans.

D'un point de vue purement démographique, cela signifie que dans 10 ans la moitié des généralistes libéraux exerçant actuellement sera en retraite (la moyenne d'âge de départ en retraite étant d'environ 63 ans). Prenant en compte le nombre actuel d'installation dans le département (en moyenne 4,8 par an au cours des 10 dernières années), il faudrait **multiplier ce chiffre par 3,5** (soit 16,8 installations par an) pour espérer maintenir un nombre constant de praticiens libéraux dans 10 ans. La situation démographique future dépendra surtout de l'investissement des jeunes médecins dans leur installation dans le département.

La féminisation de la profession médicale est un autre aspect bien ressenti dans les résultats de notre enquête. La moyenne d'âge des femmes étant plus basse que celle des hommes, la tendance de la féminisation des jeunes générations de praticiens se confirme. Il est intéressant de noter que pour les médecins de moins de 45 ans, la proportion des femmes et celle des hommes sont quasiment égales, ce qui n'est pas du tout le cas pour les médecins de plus de 45 ans.

La stabilité familiale est aussi à souligner. En effet, on note 4 % de médecins divorcés ou séparés, ce qui est peu, compte tenu de la moyenne nationale française (17 %). De plus, la moyenne d'enfants par médecin se situe à 2,4, ce qui est supérieur aux chiffres nationaux. Malgré une profession exigeante et prenante, les médecins généralistes libéraux vosgiens réussissent apparemment bien à préserver une vie familiale stable et épanouie.

2.2.2. Le lieu d'exercice

2.2.2.1. Préambule : définition de la « ruralité » dans notre enquête

Avant de donner les résultats obtenus aux questions concernant le lieu d'exercice des médecins (« *Quelle est la distance qui sépare votre domicile de votre cabinet médical ?* » et « *Quel est le nom de votre commune d'exercice ?* »), il nous est apparu indispensable de définir ce que nous avons appelé **l'exercice médical rural, semi-rural ou urbain** dans les résultats de notre enquête.

Dans les pays développés, **la ruralité**, ou espace rural, peut être définie par un espace géographique ayant une densité de population faible (moins de 20 à 25 habitants/km²), et concerne les agglomérations comptant moins de 2000 habitants (17).

Pour l'Insee, le **Zonage des aires urbaines** (ZAU) définit les espaces géographiques selon leur activité : « *L'espace à dominante rurale, ou espace rural, regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées). Cet espace est très vaste, il représente 70 % de la superficie totale et les deux tiers des communes de la France métropolitaine.* ».

Mais cette définition ne nous a pas paru très pertinente pour le classement des différentes communes du département dans le cadre de l'activité médicale.

Le rapport LARCHER (18) et la loi HPST essaient de définir l'activité médicale en fonction d'un territoire de santé et des besoins de la population s'y référant. Ainsi, sur nos territoires ruraux, nous pourrions étudier un territoire de référence structuré autour du **centre hospitalier** muni des principaux services essentiels pour une population. Ce sont, par exemple, les services des urgences, la pédiatrie, la maternité, la cardiologie, la chirurgie générale sans oublier bien sûr les services de médecine

polyvalente (neurologie, pneumologie, allergologie,...). Cet ensemble constitue un noyau autour duquel le système de soins s'articule et s'organise.

C'est pourquoi nous avons voulu établir une classification, certes arbitraire, mais que nous pensons fidèle à ces prérogatives et qui s'appuie finalement sur le SROS. Cette classification témoigne d'un type d'activité médicale différente selon l'importance de l'éloignement d'un centre de soins. Nous avons dans les Vosges quatre centres de soins importants, capables d'accueillir quasiment tous les patients : il s'agit des centres hospitaliers d'**Epinal**, de **Neufchâteau**, de **Remiremont** et de **Saint-Dié**. Nous avons donc établi notre classement autour de ces quatre pôles. Ainsi, pour notre enquête, toutes les communes de ces agglomérations sont classées en **communes urbaines**. Les communes situées dans un rayon de 15 kilomètres sont des communes dites **semi-rurales**. Les communes éloignées de plus de 15 kilomètres et/ou de plus de 15 minutes de trajet sont considérées comme des communes **rurales**.

Les communes de **Vittel** et **Gérardmer**, bien que devant être considérées comme des communes rurales, ont été classées en communes semi-rurales en raison de la présence d'un centre hospitalier avec un service de SMUR dans chacune de ces villes. Cependant, ces centres hospitaliers ne possèdent plus de service de chirurgie, d'obstétrique ou de pédiatrie et le service des urgences est fermé la nuit. Les soins y sont donc limités, c'est pourquoi nous avons choisi une telle classification.

2.2.2.2. Résultats généraux

La répartition des praticiens selon leur lieu d'exercice est donc la suivante :

- **119 praticiens ruraux ;**
- **59 praticiens semi-ruraux ;**
- **68 praticiens urbains.**

Figure 14 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

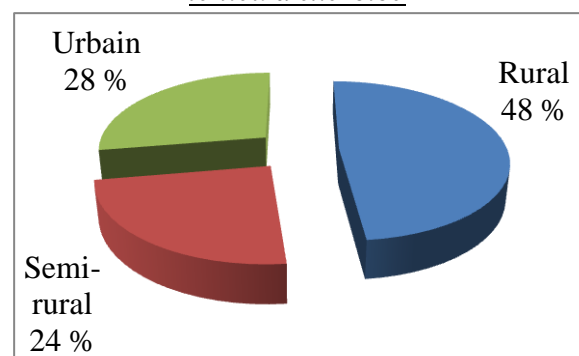
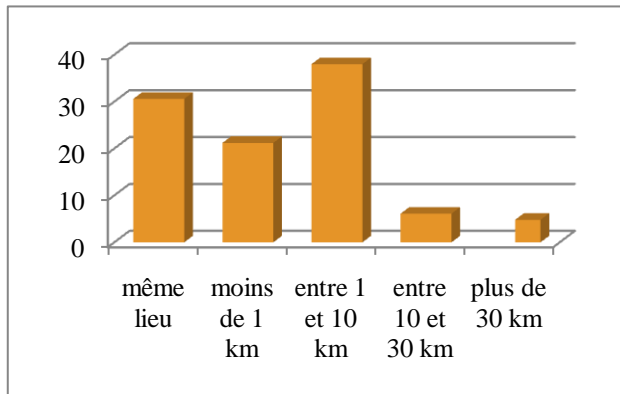


Figure 15 : Effectif des médecins (exprimé en %) selon la distance séparant le domicile du lieu d'exercice



La plupart des médecins habite à moins de 10 km de leur cabinet médical (89,8 %) :

- 30,6 % sur le même lieu ;
- 21,2 % à moins de 1 km ;
- 38 % entre 1 et 10 km.

10,2 % ont leur lieu d'exercice à plus de 10 km.

2.2.2.3. Commentaires

Pour la plupart des praticiens, leur lieu d'habitation est très proche de leur lieu de travail. Ceci confirme l'importance de l'attractivité que dégagent ces lieux d'investissement professionnel pour eux. En effet, cela conditionne leur lieu d'investissement social ; il sera donc difficile d'inciter un médecin à s'installer dans une zone déserte, dépourvue de structures sociales propices à son plein épanouissement et à celui de sa famille.

D'après cette étude, pratiquement **la moitié** de l'effectif des praticiens du département exerce en **milieu « rural »**. Cette ruralité est un déficit supplémentaire pour le département s'il veut assurer un service de soins primaires performant à sa population.

2.3. A propos de l'exercice médical des médecins vosgiens

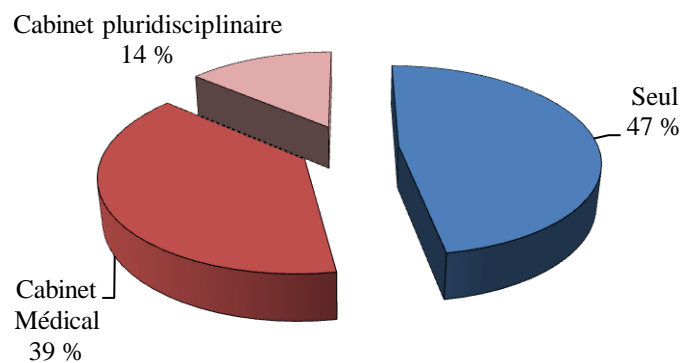
2.3.1. *Mode d'exercice : exercice en groupe, exercice seul...*

2.3.1.1. *Résultats généraux*

Le mode d'exercice suit la répartition suivante :

- **116 des médecins** interrogés travaillent **seuls** dans leur cabinet médical **soit 46,8 %** ;
- **95** exercent au sein d'un **cabinet médical**, soit 38 % ;
- **36 praticiens** font partie d'un **cabinet médical pluridisciplinaire** (associant plusieurs professions de santé), **2** de ces praticiens sont seul médecin au sein de leur structure pluridisciplinaire ;
- seulement **4 médecins** ont un statut de médecins **collaborateurs**.

Figure 16 : Répartition des médecins généralistes libéraux par mode d'exercice



2.3.1.2. *Commentaires*

Une majorité de praticiens (53 %) exerce en **cabinet médical de groupe** (cabinets médicaux et cabinets pluridisciplinaires). Parmi ces praticiens, 26,4 % exercent en cabinet pluridisciplinaire. Il reste encore beaucoup de potentiel. Mais dans un département aussi rural que le nôtre, le regroupement géographique des médecins n'est pas forcément aisé.

Les professionnels installés seuls pourraient s'investir dans un regroupement avec d'autres professionnels de santé, comme les professions paramédicales par exemple. Effectivement, il n'est pas nécessaire d'être plusieurs médecins pour créer une maison de santé pluridisciplinaire. Mais on remarque qu'ils ne sont que 2 à avoir adopté ce mode d'association.

Le statut de collaborateur ne semble pas encore très développé au sein du département. C'est une mesure encore récente, mais qui peut permettre aux professionnels de s'implanter dans un cabinet sans pour autant engager des investissements financiers à long terme.

2.3.2. Temps de travail, temps de congés

2.3.2.1. Résultats

Les médecins **travaillent en moyenne 51,9 heures par semaine.**

Les professionnels s'octroient en moyenne **2 jours de congés par semaine** (dimanche compris).

Ils prennent **5,9 semaines de vacances par an.**

2.3.2.2. Commentaires

Le temps de travail des médecins répondus semble correspondre au temps de travail moyen des médecins généralistes étudié dans plusieurs autres enquêtes (19). Ce temps de travail moyen se situe effectivement entre 52 et 60 heures hebdomadaires selon les sources.

Nous verrons également que nos résultats concernant le temps de travail des médecins corroborent les différences déjà observées entre le travail des femmes et le travail des hommes.

2.3.3. Confort de travail

- **67,3 %** des professionnels **se considèrent heureux** de l'exercice de leur profession ;
- **mais seulement 42,7 % sont satisfaits** de leurs conditions de travail et 48,4 % ne le sont pas ;
- **un tiers** des médecins interrogés ont déjà vécu un « **burn out** ».

Le syndrome d'épuisement professionnel (qualifié de « burn-out syndrome » par les anglo-saxons) est un phénomène qui a été décrit dès les années 1970 par l'Américain Herbert J. FREUDENBERGER. Mais c'est seulement depuis quelques années que les médecins s'interrogent sur les effets de leur métier sur leur santé. L'incidence du « burn-out syndrome » est variable selon les régions. On retrouve entre 20 et 45 % des médecins touchés par ce syndrome. Les chiffres retrouvés dans notre enquête sont concordants. 33 % des médecins vosgiens déclarent avoir déjà présenté un syndrome d'épuisement professionnel. On sait que les principaux facteurs de risque sont la surcharge de travail, l'isolement des médecins et le changement de mentalité des patients (20).

Notre enquête fait apparaître ces facteurs de risque : la surcharge de travail et des tâches administratives est évoquée par de nombreux médecins. Le contexte démographique plutôt défavorable ne fera qu'accentuer ce risque.

D'après une enquête menée dans 26 départements français par le Dr Yves LEOPOLD (21), l'incidence du suicide chez les médecins serait de 14 % contre 5,4 % dans la population générale pour la même tranche d'âge. Profession à risque, les médecins sont confrontés fréquemment à l'épuisement relationnel pouvant mener à la dépression puis au suicide. L'amélioration des conditions de travail et du bien-être des médecins est donc essentielle.

2.4. La permanence des soins

Tableau 1 : Réponses des médecins généralistes libéraux vosgiens interrogés à propos de la permanence des soins (n = 248, résultats exprimés en pourcentage)

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>N.S.P¹⁸</i>
Participez-vous à la permanence des soins ?	88,31	11,29	0,40
Lors de vos gardes, vous faites-vous réguler ?	90,32	2,42	7,26
Participez-vous à la régulation téléphonique au Centre 15 ?	14,52	79,44	6,05
Trouvez-vous ce système efficace et efficient ?	85,89	4,84	9,27
Etes-vous prêt à abandonner la partie « nuit profonde » ?	66,13	20,56	13,31
Etes-vous prêt à élargir votre secteur de garde... ?	35,08	54,44	10,48
Le numéro MEDIGARDE est-il un obstacle au bon fonctionnement du système, car méconnu des patients ?	25,40	67,74	6,85

Dans le département des Vosges, la grande majorité des médecins participe à la permanence des soins. Nous pouvons noter que 11,3 % n'y participent pas. Ces 25 médecins sont en fait exemptés pour des raisons de santé. En effet, le département des Vosges est le seul département où **100 % des médecins généralistes sont volontaires** pour participer à la permanence des soins, ce qui dénote un civisme exemplaire des médecins du département.

Ce système rencontre un franc succès depuis sa mise en place et satisfait grandement les professionnels qui sont tout de même prêts à en modifier quelques points. Les praticiens ne sont pas farouchement opposés à l'agrandissement des secteurs de garde. Néanmoins, ils désireraient, en contrepartie, que les patients soient véhiculés directement jusqu'au cabinet médical du médecin d'astreinte (par des ambulances, taxis ou VSL par exemple).

Cette possibilité d'évolution de la permanence des soins est d'actualité puisque des expérimentations sont mises en œuvre dans les départements lorrains depuis la

¹⁸ N.S.P : Ne se prononce pas

définition des ARS. Ces futures ARS gèreraient d'une manière totalement autonome le financement de cette permanence des soins ainsi que le mode de rémunération des médecins. Le projet vosgien serait bâti sur cinq ou six centres de permanence de soins de référence, aux portes des hôpitaux publics (Neufchâteau, Epinal, Remiremont, Gérardmer, Saint-Dié,...). Cela sera possible si la régulation téléphonique est effectuée sur tous les appels et si la majorité des patients est véhiculée directement jusqu'à ces centres.

2.5. Organisation actuelle des cabinets médicaux

2.5.1. A propos du secrétariat du cabinet médical

2.5.1.1. Résultats

- **61,3 %** des praticiens ont recours à **un secrétariat** :
 - 43,1 % possède un secrétariat au sein du cabinet médical ;
 - 18,2 % utilise un secrétariat à distance.

- **47 %** des médecins travaillent exclusivement sur **rendez-vous**.

2.5.2. Charge de travail, travail administratif

- **78,6 %** des médecins pensent que la charge de **travail administrative** est trop lourde ;
- 40,7 % déclarent qu'elle peut être déléguée ;
- **43,6 %** des praticiens trouvent **leur charge de travail** trop importante.

Ceci pourrait expliquer en partie les réserves émises par les praticiens à propos de leurs conditions de travail ; presque la moitié de ces derniers n'en sont pas satisfaits. La surcharge de travail et l'importance du temps consacré au travail

administratif peuvent être à l'origine de cette insatisfaction. Ce sont deux éléments qui peuvent néanmoins être améliorés pour répondre aux attentes de tous. C'est d'ailleurs une des revendications notoires des médecins généralistes qui demandent que leur temps médical ne soit pas occulté par des tâches administratives qui leur paraissent quelque peu stériles.

2.5.3. A propos des remplacements

*Tableau 2 : Réponses des médecins généralistes interrogés à propos de leurs remplacements
(n= 248, résultats exprimés en pourcentage)*

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>N.S.P</i>
Lors de vos absences, faites-vous appel à un remplaçant ?	64,52	33,87	1,61
Avez-vous des difficultés pour trouver un remplaçant ?	57,26	22,98	19,76
Etes-vous satisfait du travail de votre remplaçant ?	64,92	5,65	29,44
Un pourcentage trop élevé de rétrocession d'honoraires est-il un frein pour prendre un remplaçant ?	36,29	37,90	25,81

On remarque une difficulté notable pour les médecins de se faire remplacer puisque 57,3 % d'entre eux ont des difficultés pour trouver un remplaçant lors de leurs absences. Cette difficulté serait peut-être à l'origine du découragement de nombreux praticiens. En effet, un tiers des praticiens ne prennent pas de remplaçant lors de leurs absences...

Le pourcentage moyen de rétrocession d'honoraires (hors garde) est de **73,8 %**.

Ce chiffre relance le débat sur la réglementation des modalités de remplacement. En effet, ce pourcentage important de rétrocession n'est plus proportionnel aux charges fixes du médecin remplacé, qui se fait remplacer « à perte ». De plus, nous l'avons soulevé auparavant, le nombre de remplaçants ne cesse

d'augmenter et les jeunes médecins tardent de plus en plus à s'installer. Ces remplacements très (trop ?) rémunérateurs peuvent contribuer à cela.

Un temps de remplacement limité à quelques années et des honoraires rétrocedés uniformisés et plafonnés pourraient inciter les jeunes praticiens à s'installer plus rapidement et éviter de tomber dans le « remplacement à vie ».

2.5.4. Temps social, familial et de loisirs

- **68,2 %** des médecins considèrent qu'ils n'ont pas assez de **temps social, familial et de loisirs** ;
- **85,1 %** ont une « **passion** » en dehors de leur activité professionnelle ;
- **57,3 %** pratiquent un **sport régulièrement**.

Nous pouvons noter un paradoxe intéressant : les professionnels n'ont pas assez de temps libre, et pourtant plus de 8 praticiens sur 10 ont une passion, et presque 6 sur 10 pratiquent un sport régulièrement. Les médecins sont accaparés par leur profession, mais ils ont des facteurs d'équilibre personnel qu'ils aimeraient développer. Cet équilibre peut notamment contribuer à éviter le « burn-out ».

2.5.5. Honoraires

Seulement 39,9 % des praticiens pensent être correctement rétribués par leur activité professionnelle, près de **50 %** ne le pensent pas.

La valorisation du travail du médecin est un éternel débat. Ce thème est actuellement repris dans les discussions conventionnelles afin de revaloriser la qualité du travail par une rémunération supplémentaire. Cette notion de contrat d'objectif est apparue dans les Capi¹⁹ mis en œuvre par l'Assurance maladie.

¹⁹ Capi : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles

2.6. Intentions, projets, flexibilité des médecins généralistes

2.6.1. L'âge de la retraite

- **59,3 %** des praticiens **ne savent pas à quel âge** ils prendront leur **retraite** ;
- pour les autres, c'est **en moyenne à 63,6 ans** qu'ils pensent la prendre ;
- 71,4 % cotisent à une caisse de retraite complémentaire.

Dans le contexte démographique actuel, c'est assez surprenant de voir que les médecins pensent prendre leur retraite avant 65 ans. Même si l'âge légal du départ en retraite est de 60 ans, on peut se demander si l'intensité de travail à laquelle les médecins sont soumis n'est pas un facteur de départ à la retraite anticipée.

2.6.2. Question : « A propos de l'avenir de votre cabinet médical et de sa pérennité »

2.6.2.1. Résultats

Les résultats de l'enquête sur l'avenir des cabinets médicaux existants sont assez inquiétants. Les résultats qui suivent montrent des professionnels pessimistes, n'ayant pas beaucoup d'espoir de reprise de leur cabinet. La plupart pense ne pas trouver de successeur ou que leur outil de travail disparaîtra. Cette perspective est très démobilisante dans les dernières années d'exercice car les médecins développent un sentiment d'abandon de leur patientelle.

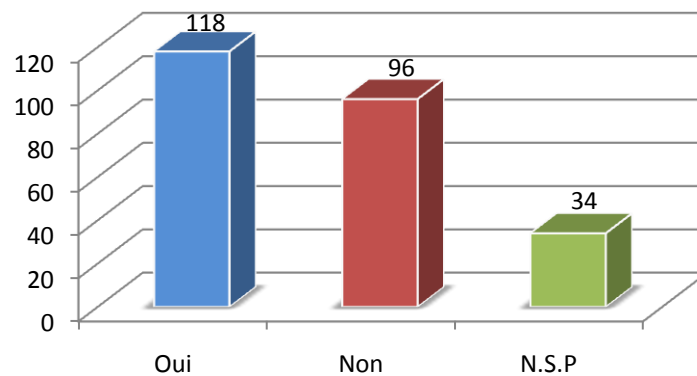
Tableau 3 : Sentiments des médecins généralistes vosgiens à propos de l'avenir de leur cabinet médical (n = 248, résultats exprimés en pourcentage)

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>N.S.P</i>
Pensez-vous qu'il disparaîtra ?	53,23	33,47	13,31
Avez-vous déjà eu des projets d'association ?	36,29	50,40	13,31
Réflexion sur une modification de structure prochainement	24,60	69,76	5,65
Pensez-vous pouvoir trouver un successeur ?	23,79	60,08	16,13
Recherche actuelle d'association	21,37	67,34	11,29

2.6.3. Question : « Seriez-vous prêt à modifier votre mode d'exercice ? »

2.6.3.1. Résultats

Figure 17 : Répartition des réponses à la question : « Seriez-vous prêt à modifier votre mode d'exercice ? », (n=248)



2.6.3.1.1. Les médecins qui seraient prêts à modifier leur mode d'exercice

Les médecins interrogés ne sont pas forcément réfractaires à une modification de leur mode d'exercice. **47,6 % d'entre eux seraient prêts à le modifier.**

Tableau 4 : Motivations des médecins prêts à modifier leur mode d'exercice (n = 118, résultats exprimés en pourcentage)

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>N.S.P</i>
En créant un cabinet de groupe ?	46,61	47,46	5,93
En regroupant les professionnels de santé géographiquement proches ?	66,95	33,05	0,00
En accueillant un nouvel associé ?	68,64	31,36	0,00
En vous associant à une structure existante ?	24,58	70,34	5,08
En arrêtant la médecine générale ?	27,12	72,88	0,00

A noter que **7,6 %** de ces médecins ont un projet d'association ou de **création d'une maison de santé en cours**.

Nous pouvons percevoir que les médecins ont la volonté de se regrouper. Presque la moitié est favorable à une modification de leur mode d'exercice, et pour plus des deux tiers de ceux-ci, c'est en favorisant l'arrivée de nouveaux associés au sein de leur cabinet. Nous pouvons également remarquer que la moitié des médecins désirant modifier leur mode d'exercice veut créer un cabinet de groupe.

Ces résultats sont prometteurs, ils reflètent la volonté de beaucoup de professionnels de vouloir évoluer en créant des regroupements ou en développant des regroupements déjà existants. Ils sont plutôt favorables à l'aménagement sanitaire de leur territoire autour de projets fédérateurs.

Néanmoins, **un quart** de ces praticiens pense arrêter la médecine générale s'il devait modifier leur mode d'exercice. Ce constat inquiétant reflète certainement les critiques observées auparavant à propos des conditions d'exercice et traduit bien le pourcentage de « burn-out » déjà vécu.

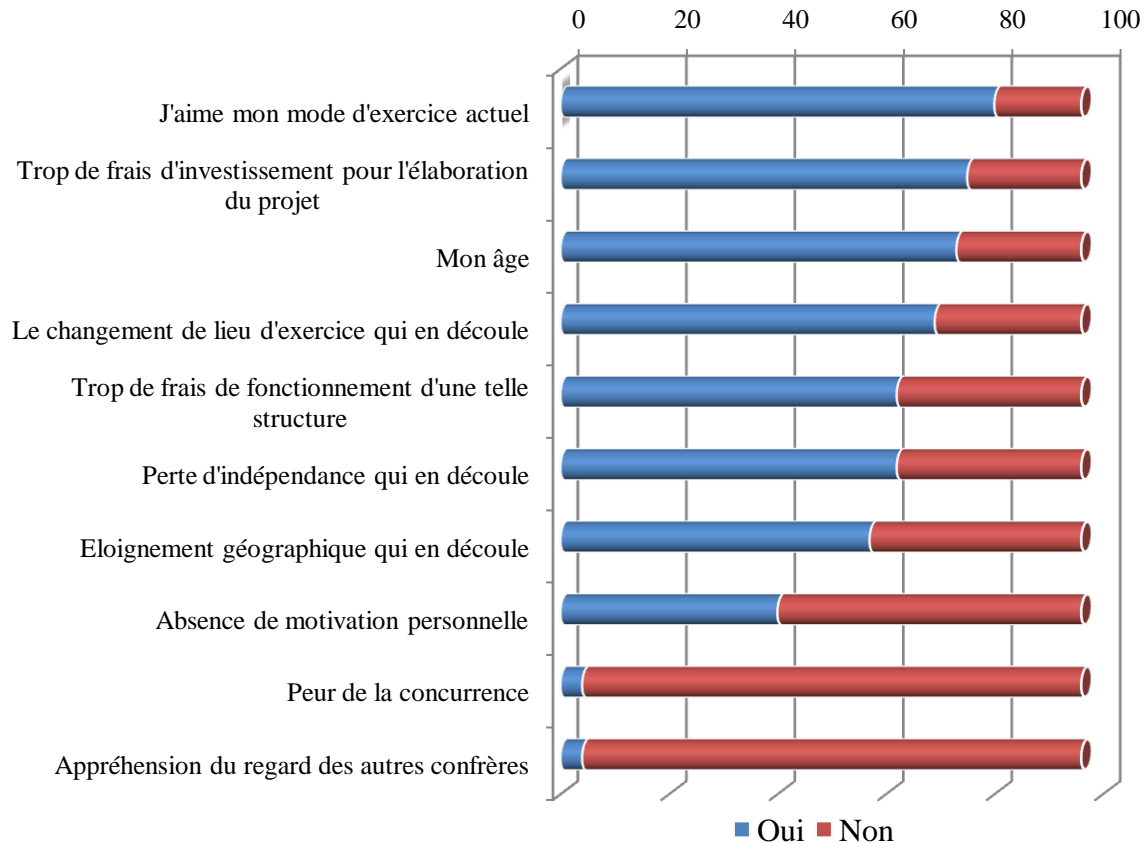
2.6.3.1.2. Les médecins qui ne souhaitent pas modifier leur mode d'exercice

38,71 % des médecins **ne veulent pas modifier leur mode d'exercice** (n = 96), les raisons principales sont :

- **l'appréciation du mode d'exercice actuel** (pour 83,3 % d'entre eux) ;
- les **frais d'investissement** trop lourds (pour 78,13 % d'entre eux), ainsi que les frais de fonctionnement (64,58 %) que cela engendrerait ;
- leur **âge** (76 %) ;
- le **changement de lieu** d'exercice que cela engendrerait (71,88 %) ;
- la peur de la **perte d'indépendance** est évoquée chez 64,52 % de ces médecins.

En revanche, la peur de la concurrence ou le regard des autres confrères au sein d'un futur regroupement de professionnels n'est pas un frein en soi.

Figure 18 : Arguments avancés par les médecins généralistes qui ne veulent pas modifier leur mode d'exercice (n=96)



2.6.4. Question : « Si vous exercez seul, quels sont les éléments qui pourraient vous persuader de créer un regroupement ? »

2.6.4.1. Résultats

Tableau 5 : Eléments qui pourraient persuader les médecins exerçant seuls de créer un regroupement (n = 118, résultats exprimés en pourcentage)

	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>N.S.P</i>
Augmenter le temps médical en diminuant le temps administratif	79,66	15,25	5,09
Diminution de la charge de travail	68,64	24,58	6,78
Investissements pris en charge par un tiers	61,86	28,81	9,33
Implanter la structure sur leur lieu de travail actuel	31,36	55,08	13,56

2.6.4.2. Commentaires

Nous percevons le souci qu'ont les professionnels de recentrer leur activité autour de l'exercice médical proprement dit. L'importance pour la plupart est de privilégier le temps médical aux tâches administratives pour éventuellement se dégager du temps libre. Ce constat a déjà été largement observé, notamment dans un travail de thèse réalisé auprès des médecins généralistes vosgiens par Marc THIEBAUT (22). Il montre à travers son enquête que la tâche qui altère le plus les conditions de travail des médecins généralistes est l'excès de charges administratives. De même, il observe qu'une réduction du temps de travail améliore la qualité de vie des médecins.

A noter que des subventions octroyées par les collectivités locales ou par d'autres organismes (organismes payeurs par exemple) peuvent inciter des praticiens à se regrouper dans des maisons médicales.

2.6.5. Question : « Selon vous, quels sont les principaux avantages d'une maison médicale pluridisciplinaire ? »

2.6.5.1. Résultats

Tableau 6 : Avantages d'une maison médicale pluridisciplinaire selon les médecins interrogés (cotation de 0 à 10 selon l'importance du critère)

	<i>n</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Mini</i>	<i>Maxi</i>
Avoir un secrétariat	228	7,6	2,5	0	10
Organiser au mieux son travail et son temps	227	7,4	2,6	0	10
Travailler en collaboration avec des confrères	231	7,1	2,6	0	10
Répondre aux besoins de santé de la population	222	7,1	2,6	0	10
Echanges de pratiques entre collègues	228	7,0	2,6	0	10
Avoir des locaux spacieux et fonctionnels	227	6,7	2,9	0	10

2.6.5.2. Commentaires

Le principal avantage pour les médecins interrogés, d'une maison médicale pluridisciplinaire semble être la possibilité d'avoir un secrétariat. C'est la preuve que les professionnels désirent absolument abandonner les tâches non médicales au profit du temps consacré à la pratique. Ils avancent également une meilleure organisation de leur travail et de leur temps.

Optimiser son temps médical et son outil de travail pour une meilleure réponse aux besoins de santé de la population semble être l'objectif de tous.

2.6.6. Question : « Selon vous, quels seraient les éléments pertinents pour inciter les jeunes médecins à s'installer en cabinet de groupe dans les zones rurales désertifiées ? »

2.6.6.1. Résultats

Tableau 7 : Les éléments pertinents pour inciter les jeunes médecins à s'installer en cabinet de groupe dans les territoires ruraux désertifiés (cotation de 0 à 10 selon la pertinence du critère proposé)

	<i>n</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Mini</i>	<i>Maxi</i>
Le nombre d'associés	225	6,9	2,5	0	10
Les avantages financiers	224	6,8	2,8	0	10
Financement de la création par un tiers	224	6,7	3,0	0	10
Intérêt du travail en zone rurale	227	6,3	2,8	0	10
Gestion financière de la structure par un organisme public	223	5,5	3,5	0	10

2.6.6.2. Commentaires

Nous notons que le nombre des associés au sein d'un cabinet médical, ainsi que les avantages financiers, semblent avoir une importance pour inciter les jeunes médecins à s'installer dans les zones désertifiées. Il est intéressant de comprendre que les médecins ne sont pas hostiles à un financement de la création des structures par un tiers, mais qu'ils préfèrent en conserver la gestion.

L'étude des aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes réalisée par B. AUBERTIN dans son travail de thèse (23) montre que les internes ne veulent pas s'installer en priorité dans les zones défavorisées, mais que l'intérêt pour l'exercice en milieu rural est réel (59 % des internes répondants). Au terme de son

enquête, il définit les attentes des futurs médecins vis-à-vis de leur lieu d'installation. Celles-ci peuvent être :

- un plein épanouissement personnel et familial ;
- un lieu d'installation compatible avec la profession du conjoint ;
- la possibilité d'exercer au mieux son métier dans ce lieu.

Nous pouvons donc insister sur le fait que les jeunes médecins choisissent leur lieu d'installation sur des critères majoritairement personnels. Les aides à l'installation, quelle que soit leur nature, ne suffiraient donc pas à modifier les comportements des futurs médecins généralistes pour le choix de leur lieu d'installation.

2.6.7. Question : « Selon vous, quels sont les éléments attractifs d'un lieu d'installation ? »

2.6.7.1. Résultats

Tableau 8 : Eléments d'attractivité d'un lieu d'installation (cotation de 0 à 10 selon le degré d'attractivité perçu)

	<i>n</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Mini</i>	<i>Maxi</i>
La proximité des structures éducatives	232	8,3	1,9	0	10
La proximité d'une ville	234	7,6	2,1	0	10
La proximité d'une structure hospitalière	230	7,5	2,1	0	10
La vie culturelle et sociale	231	7,3	2,0	1	10
La stabilité de la situation professionnelle du conjoint	227	7,3	2,3	0	10
Le type d'exercice (rural, urbain)	228	7,2	2,1	0	10
La présence de la famille à proximité	230	7,1	2,6	0	10

2.6.7.2. *Commentaires*

Bien que ces éléments paraissent tous importants (moyenne > 7 pour tous), il se dégage tout de même de cette question l'importance de l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle. En effet, s'établir dans un territoire pouvant fournir le confort nécessaire à une vie familiale épanouie est une priorité. **La proximité des structures éducatives** est le premier élément d'attractivité soulevé par les praticiens. C'est la preuve du souci de la bonne évolution des enfants au sein de la structure familiale. De même, la prise en compte de l'activité de son conjoint témoigne de l'importance de l'unité familiale. Finalement, nous retrouvons ici les éléments de la thèse de B. AUBERTIN détaillés précédemment.

Le recours plus aisé aux hôpitaux et donc aux spécialistes semble également être un élément attractif.

En revanche, le type d'exercice pratiqué n'est pas un des critères prioritaires pour le choix d'installation. Mais il y est intimement lié puisque les éléments d'attractivité avancés sont majoritairement liés à la vie urbaine (présence d'un hôpital, proximité d'une ville,...). Nous comprenons donc mieux la difficulté rencontrée pour inciter les praticiens à s'installer en zone rurale désertifiée : les éléments d'attractivité d'un lieu d'installation avancés par les médecins sont pour la plupart des critères inhérents à la vie citadine...

2.7. Etude comparative des médecins généralistes libéraux répondeurs

2.7.1. Comparaison entre les hommes et les femmes

2.7.1.1. Comparaison des caractères sociodémographiques selon le sexe

Tableau 9 : Comparaison des caractères sociodémographiques et du type d'exercice selon le sexe des médecins

	<i>Homme</i> <i>n = 192</i>	<i>Femme</i> <i>n = 56</i>	<i>p</i>
Statut marital :			0,0037*
- Célibataire	2 %	9 %	
- Marié(e)/concubinage	92 %	76 %	
Médecins qui ont des enfants	95 %	86 %	0,0124*
Le conjoint travaille	59 %	90 %	0,0001*
Lieu d'exercice :			0,336*
- Rural	48 %	48 %	
- Semi-rural	26 %	18 %	
- Urbain	26 %	34 %	
Temps moyen de travail hebdomadaire (en heures)	53,37	46,34	< 0,001**
Nombre de jours de congés par semaine	1,9	2,4	< 0,001**
Vous êtes heureux de l'exercice de votre profession.	69 %	86 %	0,0164*

*Test de Fisher (X2) ou test exact de Fisher

**Test t de Student

Les femmes sont moins souvent en couple que les hommes, mais lorsqu'elles le sont, leur conjoint travaille dans 90 % des cas, contre seulement 59 % pour le groupe des hommes. Cela pourrait expliquer que les femmes prennent significativement **plus de journées de congés par semaine** que leurs homologues masculins, et **qu'elles travaillent en moyenne moins d'heures par semaine**. Cette tendance, que l'on retrouve dans les études observant le temps de travail des médecins sur le plan national (8), serait la conséquence de l'implication des femmes médecins dans leur vie familiale. En effet, l'étude des femmes non mariées montre qu'elles ont un temps de

travail significativement plus important que les femmes mariées. Le statut marital intervient donc également dans la durée de travail des médecins.

Tableau 10 : Comparaison du temps de travail des femmes célibataires et celui des femmes en couple

	<i>Femmes célibataires</i>	<i>Femmes vivant en couple</i>	<i>p</i>
	<i>n = 12</i>	<i>n = 38</i>	
Temps de travail hebdo (heures)	51,4 ± 12,7	44,7 ± 11,5	0,049*

*Test de Mann et Whitney

En revanche, **le lieu d'exercice ne diffère pas selon le sexe** La répartition des médecins en milieu rural, semi-rural ou urbain n'est pas significativement différente, **de même que le type d'exercice médical** (seul ou en association).

Les **femmes sont plus heureuses** de l'exercice de leur profession que les hommes...

La différence observée entre le groupe des hommes et celui des femmes peut être analysée de la façon suivante. La majorité des femmes mariées a un conjoint qui travaille, la rémunération du foyer tient compte de ces deux sources de revenus. Une femme médecin qui est mariée a donc besoin de moins travailler pour assurer les mêmes conditions de vie qu'un homme médecin (dont la conjointe ne travaille pas, dans 40 % des cas) ou qu'une femme non mariée. De plus, les femmes (dont le conjoint travaille dans la majorité des cas) ont peut-être besoin de plus de temps libre pour s'occuper de leur(s) enfant(s).

2.7.1.2. Comparaison de l'organisation des cabinets médicaux

On note des différences significatives dans l'organisation des cabinets médicaux selon le sexe des praticiens. Ces différences touchent essentiellement l'organisation structurelle du cabinet médical. Les femmes sont **moins souvent propriétaires des locaux** mais investissent dans la présence d'un secrétariat de façon plus fréquente. De même, elles consultent **plus souvent sur rendez-vous** que les hommes.

La moyenne d'âge des femmes étant significativement plus basse que celle des hommes, ces constatations sont peut-être expliquées par les modifications des comportements liées à l'âge et non pas au sexe, puisque les jeunes générations préfèrent effectivement travailler de façon plus « programmée » et se dégager du temps libre (ces générations ont des enfants plus jeunes, ce qui peut expliquer la nécessité de travailler de façon très organisée).

Tableau 11 : Comparaison de l'organisation des cabinets médicaux selon le sexe des médecins

	<i>Homme</i> <i>n = 192</i>	<i>Femme</i> <i>n = 56</i>	<i>p</i>
Je suis propriétaire des locaux	76,44 %	50,91 %	0,0002*
Secrétariat au cabinet médical	55,03 %	76,36 %	0,0045*
Travail sur rendez-vous	41,58 %	66,07 %	0,0013*

*Test de Fisher (X2) ou test exact de Fisher

2.7.1.3. Comparaison des projets et des intentions des médecins selon le sexe

Nous n'avons pas relevé de différence significative entre les réponses des hommes et celles des femmes concernant leur avenir. Les deux groupes répondent de façon assez similaire concernant l'avenir de leur cabinet médical et leur attitude face à une éventuelle modification d'exercice.

2.7.1.4. Enseignements

Les enseignements que l'on peut tirer de l'étude comparative entre le groupe des hommes et celui des femmes sont les suivants :

- **Le temps de travail** observé dans notre enquête suit les tendances nationales : les femmes médecins ont des amplitudes horaires hebdomadaires moindres que leurs homologues masculins. Ce phénomène connu aura certainement un retentissement de plus en plus important sur l'impact de la charge de travail des médecins généralistes étant donné la féminisation récente de la profession.
- Les femmes médecins, en moyenne plus jeunes, **préfèrent travailler sur un mode programmé**, et semblent se donner les moyens pour cela (investissement dans un secrétariat).
- Les femmes et les hommes médecins **présentent les mêmes appréhensions concernant l'avenir de leur profession**. Ils ont d'ailleurs les mêmes attitudes concernant l'évolution de leur mode d'exercice.

2.7.2. Comparaison entre les médecins de moins de 45 ans et les plus de 45 ans

La médiane d'âge des médecins est de 53 ans en 2008. **Dans 12 ans, plus de la moitié des médecins vosgiens interrogés auront plus de 65 ans...**

Nous avons donc étudié les médecins de moins de 45 ans, généralement installés depuis une quinzaine d'années. Nous avons effectué une comparaison avec leurs aînés.

2.7.2.1. Résultats

Les « jeunes » médecins **se sont installés** en moyenne 1,3 an **plus tard** que ceux de plus de 45 ans. Cette différence est significative. De même la **proportion des femmes** dans le groupe des médecins de moins de 45 ans est **largement supérieure** à

celle des médecins plus âgés, ce qui explique un grand nombre de différences observées entre les deux groupes, notamment à propos du temps de travail.

Tableau 12 : Comparaison des critères sociodémographiques entre les médecins de moins de 45 ans et ceux de plus de 45 ans

	<i>Moins de 45ans (n=62)</i>	<i>Plus de 45 ans (n=182)</i>	<i>p</i>
Age à l'installation	31,6	30,3	0,009*
Temps de travail hebdomadaire	48,9	53,0	0,015*
Nombre hebdomadaire de jours de congés	2,3	1,9	<0,001*
Proportion du nombre de femmes	43,55 %	15,93 %	<0,001**

*Test t de Student

**Test de Fisher (X2) ou test exact de Fisher

En effet, **le temps de travail** hebdomadaire des médecins de moins de 45 ans est significativement moins élevé que celui de leurs aînés. De plus, ces derniers prennent moins de jours de repos que les plus jeunes.

Les « jeunes » médecins travaillent **plus fréquemment avec un secrétariat** et sur rendez-vous.

Tableau 13 : Comparaison des critères organisationnels des cabinets médicaux entre les médecins de moins de 45 ans et ceux de plus de 45 ans

	<i>Moins de 45ans (n=62)</i>	<i>Plus de 45 ans (n=182)</i>	<i>p</i>
Propriétaires des locaux	43,55 %	79,67 %	<0,001*
Présence d'un secrétariat	80,65 %	51,10 %	<0,001*
Travail sur rendez-vous	69,35 %	38,46 %	<0,001*
Travail au sein d'un cabinet médical	66,13 %	32,42 %	<0,001*
Prêt à une modification d'exercice	64,52 %	41,76 %	0,007*

*Test de Fisher (X2) ou test exact de Fisher

Les médecins de moins de 45 ans travaillent beaucoup plus souvent en groupe que les médecins plus âgés. L'exercice en association semble être le plus envisagé par les jeunes générations. Nous retrouvons encore cette constatation dans l'étude réalisée par B. AUBERTIN (23). En effet, dans cette enquête portant sur les aspirations des futurs médecins généralistes, **100 % des répondants sont favorables à l'exercice en maison de santé pluridisciplinaire.**

Les médecins de plus de 45 ans exercent plus souvent seuls. Cela explique certainement qu'ils sont plus souvent propriétaires de leurs locaux que les autres : un médecin qui exerce seul travaille souvent à son domicile ou bien dans un local qui lui appartient.

Les « jeunes » médecins sont significativement **moins nombreux à penser que leur outil de travail disparaîtra.** En revanche, comme leurs aînés, ils sont une minorité à penser pouvoir trouver un successeur.

Les médecins de moins de 45 ans **sont plus à même d'accepter de modifier leur exercice actuel que les plus de 45 ans.** On comprend qu'il est plus difficile de se projeter dans une modification d'exercice pour un médecin à qui il reste moins de 10 ans à travailler.

2.7.2.2. Enseignements

- Concernant les différences organisationnelles, nous retrouvons des similitudes observées au cours de la comparaison entre le groupe des hommes et celui des femmes. C'est **l'impact de la féminisation** qui se traduit ainsi. Il est évident que le groupe des femmes et le groupe des jeunes médecins sont statistiquement liés.
- **Les « jeunes » médecins travaillent plus souvent en groupe.** Ce mode d'exercice semble donc préféré par les jeunes générations. Cela a vraisemblablement un impact sur leur optimisme quant à la pérennité de leur outil de travail.
- Les jeunes médecins **se projettent naturellement plus facilement dans leur évolution de carrière.** Nous avons évoqué que l'âge était un frein pour les médecins qui ne désiraient pas modifier leur mode d'exercice. Ceci se confirme à travers cette observation.

2.7.3. Comparaison en fonction du lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain)

2.7.3.1. Résultats

Rappelons les effectifs de chaque groupe : 119 médecins en zone rurale, 59 exerçant en milieu semi-rural et 68 en milieu urbain.

La structure familiale (nombre d'enfants, travail du conjoint,...) ne diffère pas d'un groupe à l'autre. La proportion du nombre de femmes est équivalente dans les trois groupes.

Les médecins **ruraux exercent plus souvent seuls** (54,62 %) que leurs confrères installés en ville (33,82 %). Ce qui est assez évident, puisqu'un médecin de zone rurale est plus isolé de ses confrères, et peut être amené à couvrir seul un territoire assez important, ce qui rend les regroupements de professionnels géographiquement plus difficiles.

Les **médecins ruraux travaillent en moyenne 5 heures de plus** que leurs confrères exerçant en milieu urbain. Le nombre de jours de congés hebdomadaires, bien que statistiquement différent, est proche de 2 dans les trois groupes.

Concernant les semaines de vacances, on note une différence entre les médecins exerçant en zone semi-rurale qui prennent plus de congés que ceux qui travaillent en milieu rural.

Tableau 14 : Comparaison du temps de travail entre les médecins travaillant en zone rurale, semi-rurale ou urbaine

	<i>Rurale</i> (n = 119)	<i>Semi-rurale</i> (n = 59)	<i>Urbaine</i> (n = 68)	<i>p</i>
Temps de travail hebdomadaire (en heures)	53,5	52,2	48,9	0,036*
Nombre de jours de congés hebdomadaires	1,9	2,1	2,1	0,018*
Nombre de semaines de vacances annuelles	5,5	6,5	5,9	0,006*

*Test t de Student

**Test de Fisher (X2) ou test exact de Fisher

Les médecins exerçant en **milieu urbain sont dotés d'un secrétariat plus souvent que les autres** et travaillent ainsi plus souvent sur rendez-vous (la relation entre secrétariat et travail sur rendez-vous est assez évidente). On peut tout de même se demander si la différence de temps de travail observée entre ces groupes n'est pas corrélée au fait d'avoir un secrétariat. Les médecins ayant moins souvent un secrétariat auraient plus de travail administratif à effectuer, ce qui augmenterait leur temps de travail hebdomadaire.

Une majorité de médecins ruraux pense que leur cabinet médical disparaîtra tandis que les **praticiens exerçant en milieu semi-rural ou urbain sont un peu plus optimistes pour l'avenir de leur outil de travail**. Mais nous ne retrouvons pas de différence entre ces groupes quant au ressenti de leur travail : ils sont tout aussi

heureux et satisfaits de leur travail, les médecins n'ont **pas vécu plus de « burn-out » d'un groupe à l'autre.**

2.7.3.2. Enseignements

- Les caractères sociodémographiques ne diffèrent pas selon le lieu d'exercice des médecins généralistes.
- Les **médecins ruraux** font moins souvent partie d'un cabinet de groupe et **travaillent plus d'heures** que leurs confrères. Cette différence d'activité a déjà été étudiée. Notre enquête corrobore l'analyse effectuée par FIVAZ et LE LAIDIER dans leur étude sur le temps de travail (24) : ils avaient effectivement remarqué que les médecins ruraux avaient un indice d'activité plus important que leurs confrères exerçant en milieu urbain.
- **Le lieu d'exercice ne semble pas influencer la qualité de vie des médecins vosgiens.** Les médecins ruraux sont tout aussi heureux et satisfaits de leur profession que leurs homologues urbains, malgré une charge de travail plus importante. Ce constat a également été observé par M. THIEBAUT dans son travail de thèse en comparant des médecins urbains du bassin nancéen à des médecins ruraux du département de la Meuse et des Vosges (22). De même, comme l'avait déjà montrée une étude menée par l'URML de Bourgogne en 2002, le syndrome d'épuisement professionnel n'intervient pas plus d'un groupe à l'autre (25).
- Les médecins ruraux semblent **traduire le phénomène de la désertification médicale rurale par un pessimisme concernant la pérennité de leur cabinet médical.**

L'influence du lieu d'exercice des médecins généralistes vosgiens suit la même logique que celle observée dans d'autres travaux.

Le bonheur du médecin est sans doute lié à son vécu professionnel et familial, quelque soit son lieu d'exercice. Ce bonheur se définit en fonction de l'équilibre des aspirations de chaque médecin.

2.7.4. Comparaison entre les médecins installés seuls et les autres

2.7.4.1. Résultats

Tableau 15 : Comparaison des différentes variables entre les médecins installés seuls et ceux installés en groupe

	<i>Seul</i> <i>n = 118</i>	<i>En groupe</i> <i>n = 130</i>	<i>p</i>
Nombre de jours hebdomadaires de congés	1,8 +/- 0,5	2,2 +/- 0,5	<0,001**
Nombre de semaines de vacances annuelles	5,5 +/- 2,6	6,2 +/- 2,4	0,0184**
Médecins pensant que leur cabinet disparaîtra	77,97 %	30,77 %	<0,001*
Médecins pensant pouvoir trouver un successeur	11,86 %	34,62 %	<0,001*
Selon vous, quels sont les principaux avantages d'une maison de santé :			
- Organiser son temps et son travail	6,9 +/- 2,7	7,8 +/- 2,4	0,012**
- Avoir des locaux fonctionnels	5,7 +/- 3,1	7,5 +/- 2,3	<0,001**
- Avoir un secrétariat	6,8 +/- 2,8	8,3 +/- 2,0	<0,001**
- Travailler en collaboration	6,5 +/- 2,7	7,6 +/- 2,3	<0,001**
- Répondre aux besoins de santé de la population	6,8 +/- 2,6	7,4 +/- 2,6	0,076**
- Echange de pratiques	6,6 +/- 2,8	7,3 +/- 2,4	0,026**

*Test de Fisher (X2) ou test exact de fisher

**Test t de Student

Tout d'abord, il est important de noter que le groupe des **médecins travaillant seuls compte proportionnellement moins de femmes** que celui des médecins travaillant en regroupement.

La comparaison entre les médecins installés seuls (n=118) et ceux installés en groupe (n=130) montre des différences notables en termes d'organisation de travail. **Les médecins installés seuls consultent moins souvent sur rendez-vous** et ont moins

souvent un secrétariat (il existe évidemment une corrélation entre le fait d'avoir un secrétariat et de travailler sur rendez-vous).

Les **médecins installés seuls** prennent significativement **moins de jours de congés hebdomadaires et moins de semaines de vacances** que les autres praticiens, installés à plusieurs.

Ce qui est curieux, c'est que les **médecins exerçant seuls font moins souvent appel à un remplaçant** lors de leurs absences que ceux installés en groupe, alors que l'on pourrait penser que ces derniers ont moins besoin d'un remplaçant lors de leurs congés (ils pourraient déléguer leur travail au(x) confrère(s) du même cabinet). Mais les médecins installés seuls sont significativement moins satisfaits (55,93 %) du travail de leur remplaçant que les autres médecins (73,08 %).

Ce phénomène est peut-être lié à la difficulté logistique d'effectuer ces remplacements. En effet, remplacer un médecin installé seul est plus compliqué pour un remplaçant car il doit tout connaître du cabinet médical. Remplacer dans un cabinet de groupe serait plus rassurant, il y a toujours la présence d'un confrère en cas de difficulté.

Les **médecins appartenant à un groupe médical sont plus optimistes que les praticiens installés seuls quant à l'avenir de leur outil de travail**, mais ils restent une minorité à penser pouvoir trouver un successeur.

Concernant les avantages d'une maison de santé, nous remarquons que les **professionnels travaillant en groupe accordent significativement plus d'importance à quasiment tous les items proposés** (sauf pour l'item « *Répondre aux besoins de la population* »). C'est sans doute pour toutes ces raisons qu'ils ont fait le choix de l'association, ou alors, c'est grâce à leur expérience d'exercice en groupe

qu'ils valorisent plus tous ces items. Le raisonnement inverse est également valable : les médecins exerçant seuls sont certainement moins informés que les autres sur les avantages générés par le travail en groupe au sein d'une maison de santé.

Les autres questions posées n'ont pas dévoilé d'autres différences significatives entre ces deux groupes.

2.7.4.2. Enseignements

- Les médecins exerçant seuls semblent avoir **plus de difficultés à se dégager du temps libre**. La difficulté pour eux de trouver des remplaçants doit contribuer à cela. Le choix de la majorité des femmes d'exercer en cabinet de groupe peut être la conséquence de ce manque de souplesse d'emploi du temps.
- **L'exercice de groupe** serait perçu comme un **avantage pour assurer la succession d'un médecin généraliste**. Cela explique que les médecins ruraux (qui exercent plus souvent seuls) sont plus pessimistes face à l'avenir de leur outil de travail que leurs confrères.
- **Les avantages que peut dégager la médecine de groupe sont plus valorisés par ceux qui pratiquent ce mode d'exercice**. Est-ce la conséquence de leur expérience ou les critères de choix de leur mode d'exercice ? Les médecins choisissant un mode d'exercice isolé semblent le faire par conviction et non pas par dépit, accordant moins d'importance à ces avantages.

2.8. Facteurs explicatifs d'un changement du mode d'exercice

Nous avons voulu enfin savoir quels étaient les principaux **facteurs prédictifs et explicatifs** d'une éventuelle modification du mode d'exercice pour les médecins interrogés.

L'intérêt d'étudier ces facteurs est de déterminer quelles sont les caractéristiques sociodémographiques et les motivations des médecins favorables à une modification de leur mode d'exercice. Nous avons volontairement étudié les médecins qui souhaitaient **modifier leur mode d'exercice dans un sens positif** (soit en s'associant, soit en accueillant un nouvel associé, soit en créant un regroupement avec d'autres professionnels). Nous avons écarté ceux qui ne voulaient pas modifier leur mode d'exercice ou qui voulaient le faire d'une façon « négative » (par exemple arrêter la médecine générale).

Nous avons donc effectué une analyse multi-variée sur toutes les variables du questionnaire. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau qui suit. Volontairement, nous avons présenté dans ce tableau uniquement les variables qui présentaient une régression bi-variée significative. Il a fallu ensuite réaliser la régression multi-variée sur ces variables pour obtenir le résultat final.

Seules les variables ayant une régression multi-variée significative représentent des facteurs prédictifs d'une volonté de modification d'exercice.

2.8.1. Résultats

Tableau 16 : Facteurs associés à une volonté de modification du mode d'exercice

	N	Modification		Régression bi-variée			Régression multi-variée**		
		n	%	Odds ratio	IC* 95%		Odds ratio	IC* 95%	
					Inf*	Sup*		Inf*	Sup*
sexe									
Homme	192	79	41	1			0,2202		
Femme	56	18	32	0,7	0	1			
Type d'exercice :									
Rural	119	56	47	1			0,0181	1	
Semi-rural	59	15	25	0,4	0	1		0,3	0,1 - 0,6
Urbain	68	26	38	0,7	0	1		0,7	0,3 - 1,4
Avez-vous une activité annexe en dehors de votre cabinet médical ?									
Non	215	84	39	1			0,1647	1	
Oui	25	12	48	1,4	1	3		1,7	0,7 - 4,5
N.S.P	8	1	13	0,2	0	2		0,4	0 - 3,8
Êtes-vous satisfait de vos conditions de travail ?									
Non	120	57	48	1			0,0199	1	
Oui	106	35	33	0,5	0	1		0,5	0,3 - 0,9
N.S.P	22	5	23	0,3	0	1		0,3	0,1 - 1
Etes-vous prêt à élargir votre secteur de garde... ?									
Non	135	47	35	1			0,0376	1	
Oui	87	43	49	1,8	1	3		1,6	0,9 - 3
N.S.P	26	7	27	0,7	0	2		1,1	0,4 - 3,4
Avez-vous un secrétariat sur place ?									
Oui	107	50	47	1			0,0324	1	
Non	141	47	33	0,6	0	1		0,6	0,3 - 1,1
Pensez-vous que les tâches administratives peuvent être déléguées ?									
Non	118	35	30	1			0,0104	1	
Oui	101	50	50	2,3	1	4		2	1,1 - 3,6
NSP	29	12	41	1,7	1	4		2,3	0,9 - 6
Un pourcentage trop élevé est-il un frein pour prendre un remplaçant ?									
0	94	38	40	1			0,0014	1	
1	90	45	50	1,5	1	3		1,2	0,6 - 2,3
9	64	14	22	0,4	0	1		0,4	0,2 - 0,9

* IC : Intervalle de Confiance - Inf : Borne inférieure - Sup : Borne supérieure

** Seules les variables présentant une association significative au seuil 0,2 en modèle bi-varié ont été candidates dans le modèle multi-varié (n=243). Par conséquent, les variables qui n'apparaissent pas dans le modèle multi-varié ne répondent pas à ce critère de sélection.

D'après ces résultats, on relève trois facteurs associés à la volonté d'une modification de mode d'exercice :

- le fait d'être en **zone semi-rurale** est inversement associé à la volonté de modifier son exercice par rapport à quelqu'un qui exerce en zone rurale ;

- le fait d'être **satisfait de ses conditions de travail** est évidemment inversement associé à la volonté de modifier son exercice ;
- le fait de penser que le **temps administratif peut être délégué** est associé à la volonté de modifier son exercice.

2.8.2. Commentaires

Il est logique que les médecins satisfaits de leurs conditions de travail aient moins envie de modifier leur mode de fonctionnement que ceux qui ne sont pas satisfaits.

En revanche, il est intéressant de noter la différence entre les médecins exerçant en zone semi-rurale et ceux exerçant en milieu rural. Ceci est difficilement explicable. Nous pouvons penser que les médecins travaillant en milieu semi-rural souffriraient moins de l'isolement que les autres, et donc éprouveraient moins le besoin de créer des associations ou des regroupements de professionnels (à noter que la proportion des médecins exerçant seuls dans ces deux groupes est identique).

Les médecins pensant que le temps administratif peut-être délégué, ont plus envie que les autres de modifier leur mode d'exercice. Ce sont des médecins qui sont prêts à déléguer une partie de leur travail. Ils sont donc réceptifs à un moyen de mutualiser leur outil de travail. La création d'un cabinet de groupe permet de mutualiser ces moyens plus facilement (réduction du coût du personnel par associé). C'est peut-être dans ce sens que ces médecins sont plus réceptifs à une modification de leur mode d'exercice : créer une association ou augmenter le nombre d'associés permet d'investir dans des moyens importants et pertinents pour permettre la délégation de tâches.

Enfin, nous pouvons observer que le fait **d’être installé seul n’est pas associé** à la volonté de modifier son mode d’exercice en créant un regroupement. Comme nous l’avons évoqué auparavant, l’installation seule est un vrai choix dans la plupart des cas et les praticiens qui ont fait ce choix ne le regrettent a priori pas (puisqu’ils n’éprouvent pas plus le besoin que les autres, de modifier leur mode de fonctionnement).

Au terme de cette étude, nous allons essayer de traiter les solutions qui seraient adaptées aux problèmes démographiques du département des Vosges.

DISCUSSION

Cette enquête nous a permis de souligner les motivations et les aspirations des médecins généralistes vosgiens. De ces sentiments, nous pouvons désormais développer les grands thèmes susceptibles d'apporter des propositions permettant aux professionnels de faire face aux douloureuses perspectives de la démographie médicale.

La bonne articulation entre vie familiale et vie professionnelle, la valorisation et l'optimisation du temps médical sont des éléments revendiqués par de nombreux praticiens interrogés. La restructuration à venir de la permanence des soins doit être également évoquée, car elle est une des missions essentielles du médecin généraliste. Le développement de nouveaux modes de financement et de gestion des cabinets médicaux pouvant alléger les charges administratives et financières des professionnels concernés n'est pas à négliger.

Tous ces éléments doivent s'inscrire dans une logique d'aménagement sanitaire du territoire. C'est pourquoi nous développerons également les moyens possibles à mettre en œuvre pour optimiser la coordination des soins. C'est notamment à travers les différents modes d'exercice que nous trouverons des propositions à privilégier.

L'étude préalable de l'impact des mesures incitatives mises en œuvre par les différentes autorités de tutelle permet de comprendre la complexité du choix d'installation des praticiens. En effet, il semble évident que ce choix ne s'arrête pas aux seuls avantages financiers proposés. Il est avant tout conditionné par des facteurs individuels difficilement modifiables. Toutefois, l'importance de la formation universitaire dans ce choix n'est pas à négliger.

1. Impact des mesures incitatives d'installation

Comme nous l'avons évoqué, un nombre suffisant de praticiens ne garantit pas qu'ils soient répartis de façon homogène sur tout le territoire, surtout lorsque le mode d'installation n'est aucunement régulé. C'est pourquoi des modes d'incitations ont été développés afin d'essayer de couvrir les zones désertées par les professionnels.

Même si certains résultats peuvent être soulignés, très peu de mesures incitatives ont été évaluées en France (26). Il faut se pencher sur la littérature internationale pour trouver des études évaluant les différents leviers d'action incitant l'installation des professionnels en milieu déficitaire. Les anglo-saxons ont le plus publié à ce sujet. Une synthèse de la littérature étrangère (27) a ainsi été réalisée et tend à montrer que :

- il ne semble pas exister de remède miracle pour améliorer la répartition géographique des médecins ;
- **la réforme du mode de sélection** des étudiants en un recrutement plus sélectif afin de mieux cibler les étudiants les plus capables d'exercer dans les zones déficitaires, associée à une **adaptation de la formation** de ces étudiants, semble être une des mesures les plus efficaces à long terme pour favoriser les zones délaissées par les jeunes médecins ;
- **les bourses d'études** (mesure financière lors de la formation) ont un impact à court terme, mais pas au-delà. Elles peuvent générer un effet pervers de compétition entre régions « les plus offrantes » ;
- **les limitations d'installations** en zones excédentaires n'ont pas permis d'améliorer la redistribution. En Allemagne, on note même un détournement des étudiants des filières médicales depuis que ces mesures ont été adoptées ;
- **les incitations financières** à l'installation ou au maintien **n'ont qu'une influence modérée à court terme et très faible à long terme** et peuvent avoir des effets pervers en termes de productivité. Pourtant, ce sont ces

mesures qui ont été les plus mises en œuvre. A noter que ces mesures ont été jugées inefficaces par le CNOM.

La réforme du mode de sélection paraît difficile en France. La force du système actuel est le respect total de l'anonymat lors du concours d'entrée en deuxième année de médecine. Il est impossible d'effectuer une présélection des étudiants « les plus capables » d'exercer en zones rurales, sous peine d'apporter une discrimination dans la sélection des futurs médecins.

Il semble que la solution résiderait dans **l'association de différents types de mesures**, avec une bonne articulation des actions locales, régionales et nationales. Au vu des conclusions de cette synthèse, on peut s'interroger quant à la pertinence des mesures axées principalement sur les incitations financières et de la logique de la saturation de l'offre de soins. Ce sont pourtant les mesures les plus adoptées en France... Il faudrait que ces mesures financières soient largement plus significatives pour permettre aux médecins qui font le choix de l'installation en zones déficitaires d'avoir des revenus très supérieurs à ce qu'ils pourraient obtenir s'ils ne faisaient pas ce choix. Il faut se donner les moyens financiers suffisants pour séduire les médecins.

Les **facteurs déterminants de l'installation** des médecins généralistes semblent essentiellement fondés sur des critères individuels (vécu, impératifs familiaux,...).

2. La formation universitaire : des enjeux dans le choix d'installation des jeunes médecins

Une revue documentaire réalisée par le Gris²⁰ démontre qu'effectuer des **stages en milieu rural et établir des maquettes de formation spécifique** sont des facteurs qui favoriseraient l'installation des jeunes médecins dans ces territoires (28). Bien que cette étude soit réalisée au Québec et non en France, elle soulève tout de même l'importance de l'impact de la formation médicale sur le choix d'installation des futurs

²⁰ Gris : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, université de Montréal

praticiens. Les réformes récentes de l'enseignement des études médicales françaises vont dans ce sens.

L'Arrêté du 23 novembre 2006 confirme et soutient la volonté d'ouvrir la formation des étudiants à la médecine générale ambulatoire. En effet, la formation médicale est centrée depuis longtemps autour du CHU et de ces services spécialisés. Les étudiants n'étaient pas confrontés à la médecine générale de terrain avant d'effectuer leur stage chez le praticien au cours de leur troisième cycle (à partir de la 7^{ème} année d'études). C'était une situation paradoxale pour des élèves formés depuis 6 ans à un métier qu'ils connaissaient peu.

Depuis 2 ans, ces stages ont été mis en place à l'Université de Nancy. Grâce aux 64 maîtres de stage, les 210 étudiants de DCEM 3 ont été accueillis dans les cabinets de médecine générale à travers toute la Lorraine, pour une durée de 6 semaines. Encore un peu trop récente pour évaluer les conséquences de ce changement, cette expérience est à priori enrichissante et convaincante, d'après les maîtres de stage et leurs étudiants.

La reconnaissance de la filière universitaire de médecine générale, c'est aussi la nomination de professeurs titulaires de médecine générale en 2009 et la **création de 16 postes de chefs de clinique en France** en novembre 2007. Ces créations ont pour objectifs de créer un corps universitaire de la médecine générale, compétent et développant la recherche et l'enseignement dans cette discipline. Le premier chef de clinique lorrain a pris ses fonctions le 3 novembre 2008. Outre ses fonctions d'enseignement et de recherche, ce médecin pratique la médecine générale exclusivement dans un cabinet ambulatoire, et non pas à l'hôpital.

L'intérêt principal de ces évolutions est de décentraliser la formation afin de générer plus facilement des vocations pour la médecine de famille. La médecine générale, qui était auparavant le constat de l'échec du concours de l'internat, devient

un choix à l'issue des ECN. On rapproche la médecine générale ambulatoire de la formation des étudiants pour lutter contre la désaffection de cette spécialité. L'importance de confronter le plus tôt possible les étudiants à ces modes d'exercice est primordiale afin de susciter des vocations ou tout du moins de ne pas les omettre.

Ainsi, au terme d'une enquête nationale réalisée par C. MARI en 2006 à propos des premiers Saspas²¹, il est démontré que ces stages ambulatoires ont un effet réellement positif sur les projets professionnels des internes (29).

La formation universitaire devrait donc s'attacher à :

- **définir l'enseignement universitaire en concertation avec les médecins généralistes** en activité et servir d'interface avec l'URML²² ;
- **multiplier les stages de médecine générale ambulatoire**, créant un véritable compagnonnage cher au serment d'Hippocrate ;
- **sensibiliser les étudiants aux impératifs de santé publique** qui deviendront des critères incontournables de la sélection des étudiants en médecine.

Ainsi, de la première année à la fin de ses études, l'étudiant sera **naturellement et sans contrainte** orienté vers l'exercice de la médecine générale.

3. L'équilibre familial

Comme nous avons pu le constater à travers les résultats de l'enquête, la **structure familiale et sa stabilité sont des éléments essentiels** de vie pour les médecins généralistes. L'articulation de la vie professionnelle et de la vie personnelle semble primordiale et semble conditionner le choix d'installation des médecins généralistes. L'investissement des conjoints dans leur propre vie professionnelle et la

²¹ Saspas : Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé

²² URML : Union régionale des médecins libéraux

féminisation de la profession sont autant d'éléments accentuant l'investissement personnel nécessaire au bon fonctionnement de la vie familiale des praticiens (30).

Dans notre enquête, la **proximité des structures éducatives** est l'élément apparaissant comme le plus important pour le choix du lieu d'installation des praticiens. Au temps où les médecins étaient nombreux, le lieu d'installation se décidait en fonction du potentiel professionnel, et la vie familiale se greffait sur cette décision. Actuellement, c'est l'inverse. La vie professionnelle des médecins s'articule autour de leur vie familiale et de l'activité professionnelle du conjoint.

Devant cette évolution, nous sommes confrontés à un problème cornélien : comment investir dans des secteurs démographiques peu développés, où les services socioculturels se font rares ? Le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, Michel LEGMANN, souligne d'ailleurs ce point dans une interview consacrée à la démographie médicale (31) : *« Comment l'Etat peut-il prétendre obliger un médecin à s'installer dans une zone où ne vit quasiment plus personne et d'où il s'est complètement désinvesti ? Il n'y a plus de Poste, plus d'école...bref, où il n'y a plus aucun service... »*.

En Lorraine, les collectivités territoriales et les associations (notamment l'association *Renouveau Villages*) essaient de lutter contre cette désertification rurale. Elles proposent notamment d'organiser une territorialisation de notre système de soins dans laquelle les maisons de santé ont toute leur place. La thèse de J.C.VAUTHIER détaille d'ailleurs les caractéristiques de la médecine générale en milieu rural et établit un cahier des charges précis pour ces futures maisons de santé rurales (32).

Mais de cette argumentation surgit le débat délicat de la **liberté d'installation**. Actuellement remise en cause, elle doit être effectivement rediscutée, car elle contribue à accentuer le déséquilibre démographique actuel. Les instances politiques mais aussi l'opinion publique pensent qu'il faudrait contraindre les médecins à l'installation dans les zones qui en ont le plus besoin (33). L'idée d'une installation forcée est pourtant à bannir. En effet, en appliquant cette méthode, on risquerait de

voir de nombreux praticiens se détourner de la médecine de soins, car elle serait jugée encore plus contraignante et incompatible avec les impératifs familiaux de chacun. Une réflexion sur un mode d'**installation contrôlée** serait plus pertinente. Interdire toute installation dans les territoires pléthoriques, tout en laissant un large choix pour d'autres possibilités d'installation, paraît être une solution intéressante.

Ces possibilités d'installation pourraient être à la fois des choix géographiques variés mais aussi des choix de modes d'exercice variés. C'est donc dans la modification et la diversification des modes d'exercice que nous pourrions trouver des éléments de réponse à l'adéquation entre vie familiale épanouie et contrainte professionnelle.

Il faut tout de même rappeler qu'en Allemagne, les mesures coercitives prises pour améliorer la répartition géographique des médecins généralistes dans les zones désertifiées n'ont pas porté leurs fruits, elles ont plutôt poussé les professionnels à se détourner de la médecine générale libérale et à s'écarter de la médecine de soins (34)...

4. La valorisation du temps médical

Notre enquête révèle un autre aspect important à évoquer : la volonté pour les médecins d'**optimiser le temps médical** au détriment des tâches administratives qu'ils jugent trop importantes. Cette revendication est connue depuis longtemps. La lourdeur des tâches non médicales qui incombent aux médecins contribue grandement à leur surcharge de travail et au désintérêt qu'éprouvent certains à l'encontre de leur profession. Tout cela contribuant à les mener jusqu'au « burn out » ou même à vouloir arrêter leur activité.

Il convient donc de **valoriser le temps médical** afin de soulager la charge de travail des professionnels mais aussi de réorienter le travail des médecins vers sa fonction essentielle : soigner.

Une grande partie des médecins interrogés n'est pas opposée à une modification d'exercice afin de faire évoluer la structure dans laquelle ils travaillent. Nous avons pu relever à travers cette enquête deux arguments à améliorer pour satisfaire au mieux les conditions de travail des médecins : la **délégation des tâches non médicales** et une **meilleure valorisation financière** de leur travail.

4.1. La délégation de tâches

La nécessité dans un avenir proche de promouvoir la **délégation de tâches**, tant sur le plan administratif que sanitaire, semble essentielle.

Un suivi conjoint des patients dit « chroniques » par des professionnels paramédicaux avec un recours au médecin en cas de nécessité peut être une hypothèse. L'augmentation des responsabilités et des droits de prescriptions octroyés aux professions paramédicales va dans ce sens (les infirmiers peuvent maintenant renouveler les prescriptions concernant les pansements par exemple). Mais il faut aller plus loin. Le projet Asalee²³, actuellement en essai dans le département des Vosges, est un bon exemple de la complémentarité des professionnels entre eux. Ce projet, centré exclusivement sur les patients diabétiques, est fondé sur la coopération interprofessionnelle entre les médecins généralistes et les infirmiers délégués à la santé publique. Ces derniers vérifient le bon suivi de ces patients selon les recommandations de l'HAS²⁴. Cet infirmier, formé spécifiquement auparavant, s'efforce de reprendre l'éducation thérapeutique et les règles hygiéno-diététiques fondamentales avec les patients. Une des conséquences de ce système est de **dégager du temps aux médecins**. Les premières évaluations d'Asalee démontrent une augmentation de la qualité du suivi des patients entrant dans le programme pour un coût comparable (35). Ce type de projet peut être aisément étendu à d'autres pathologies chroniques (patients hypertendus, à risques cardio-vasculaires, etc...).

²³ Asalee : Action santé libérale en équipe

²⁴ HAS : Haute autorité de santé

Le projet de réforme des études médicales ayant pour objectif d'intégrer celles-ci dans le système européen dit « **LMD** » (Licence, master, doctorat) va dans ce sens (36). L'intérêt d'une telle réforme est de permettre de décloisonner les professions médicales et paramédicales et faciliter ainsi la réorientation éventuelle des étudiants en validant des Unités d'Enseignements communes à chaque cursus. On se dirigerait vers des professions « remédicalisées », ce qui faciliterait la **complémentarité des compétences** et la délégation de tâches, en prenant bien en compte les avantages (sur le plan démographique) et les inconvénients (maîtrise des prescriptions, rémunération et statuts des collaborateurs, entité du patient, risque de fractionnement des pathologies). Mais attention, comme le souligne un rapport de mission sur le transfert de tâches et de compétences : **le médecin généraliste doit rester le coordonnateur de tous les acteurs de santé gravitant autour de ses patients et doit garder la responsabilité de toutes les décisions concernant leur santé. Il convient de revaloriser l'investissement intellectuel du médecin aux dépens de l'acte médico-technique et de développer la formation continue de tous les acteurs collaborant avec le médecin** (37).

Véritable demande des praticiens, **les tâches administratives doivent être également déléguées**. C'est par l'emploi de secrétaires formées à de telles missions que cela sera possible. Pour les cabinets de groupe, la mutualisation des moyens pourrait facilement le permettre.

La mise en place d'un **service d'aide administrative par les organismes de tutelles** peut également être étudiée. En effet, plutôt que de privilégier des valorisations financières individuelles, pourquoi ne pas offrir un tel service aux praticiens ? Le médecin pourrait s'appuyer sur cette offre afin de déléguer une partie de son travail, qui serait effectuée par des personnes spécialement formées et affectées à cela.

4.2. La rémunération des médecins généralistes

Nous l'avons constaté au cours de notre enquête, les praticiens ne sont pas vraiment satisfaits du montant de leur rétribution.

La rémunération « à l'acte », actuellement en vigueur, ne peut contribuer sainement au développement d'autres missions que le médecin généraliste se doit de mener. La prévention et l'éducation thérapeutique ne sont actuellement pas valorisées et non rémunératrices. Elles ne sont donc pas déployées par les professionnels à leur juste valeur. Une rémunération mixte, alliant la rémunération à l'acte et la **rémunération au forfait** pourrait permettre de tirer profit d'actes jusqu'alors peu rémunérateurs mais essentiels à la bonne santé de nos concitoyens. Le paiement à « l'efficience » et non pas à la « performance annoncée » doit être mise en œuvre.

5. Le financement des cabinets médicaux

Autre point essentiel soulevé au cours de notre travail : le mode de financement des cabinets médicaux. Nous pensons que les praticiens ne sont pas forcément réfractaires à l'intervention d'un tiers dans l'investissement et le financement initial de leur outil de travail. Ils veulent néanmoins conserver une indépendance d'exercice et de gestion de leur outil de travail.

Une gestion mixte, alliant les investissements d'organismes publics ou privés et les compétences des professionnels médicaux, peut s'avérer intéressante. Tout cela doit s'inscrire dans un objectif non commercial pour éviter toute dérive financière (restriction, rentabilité permanente...) et doit respecter les décisions émanant des praticiens présents. Une grande partie de la gestion de la structure serait effectuée par des cadres administratifs ou les collectivités locales. Les professionnels de santé seraient ainsi déchargés de ces tâches fastidieuses, et pourraient se consacrer pleinement à leur travail.

Nous pouvons citer l'exemple du fonctionnement de certains cabinets médicaux pluridisciplinaires construits récemment en Meuse (*C. LEONARD, conseiller général du département de la Meuse, communication personnelle, novembre 2009*). Ces structures ont été entièrement financées par les collectivités locales et sont mis à disposition aux professionnels qui les louent. Ces projets présentent des avantages intéressants :

- **pas d'investissement dans une SCI²⁵** pour les jeunes professionnels recrutés ;
- **intégration facile des professionnels de santé déjà installés** sur le territoire : il n'y a quasiment aucun investissement à faire pour intégrer la structure. C'est un avantage certain pour les praticiens proches de la retraite, qui n'ont pas envie d'investir trop en fin de carrière ;
- **recrutement plus facile des jeunes praticiens** qui trouvent dans ces structures les avantages du travail pluridisciplinaire ;
- **maîtrise totale du mode de fonctionnement** puisque la gestion du personnel (secrétaire, femme de ménage,...), le mode d'exercice, les plannings, les horaires, peuvent être laissés à l'appréciation des occupants ;
- **une continuité des soins facilitée.**

Ainsi, le renouvellement des médecins serait plus facile : il est plus aisé de recruter un successeur dans une telle structure que de succéder à un médecin installé seul et qui a souvent son cabinet médical attenant à son habitation.

Il a été également remarqué que les collectivités locales souhaitaient mettre à disposition ces structures pour recruter les compétences des professionnels et non plus des individus. En effet, la distance séparant le lieu de travail du domicile n'est plus un frein pour un lieu d'installation. La permanence des soins étant mieux organisée depuis quelques années, un médecin peut habiter loin de son lieu de travail. Ainsi, le recrutement s'élargit et les médecins peuvent habiter dans les agglomérations permettant le compromis familial (lieu du travail du conjoint, structures socio-éducatives des enfants) et travailler à la campagne.

²⁵ SCI : Société civile immobilière

6. La permanence des soins

Système jugé efficace et efficient par la plupart des médecins interrogés, une restructuration de la permanence des soins est en pleine réflexion actuellement. Elle a en fait les inconvénients de ses avantages. En effet, le recours au médecin d'astreinte est de plus en plus régulé, peut-être trop. De nombreux secteurs ont très peu d'activité de nuit ce qui persuade les autorités de tutelles à restreindre encore plus le nombre de secteurs de garde dans le département. Mais cette évolution est peu envisageable étant donné les impératifs et les contraintes géographiques du département. Elargir les secteurs rendrait le travail des praticiens quasiment impossible en termes d'efficacité.

Comme nous l'avons évoqué auparavant, la réflexion actuelle propose d'organiser cinq pôles péri-hospitaliers de gardes libérales. On consacrerait cinq maisons médicales de garde aux portes des hôpitaux. Les patients y seraient acheminés après régulation téléphonique de la permanence des soins libérale et y recevraient les premiers soins. Les urgences vitales seraient directement admises au service des urgences de l'hôpital le plus proche. Ce projet, bien que plus astreignant pour les médecins généralistes libéraux, aurait de nombreux avantages :

- **redonner aux services d'urgences des hôpitaux sa fonction première**, qui est la prise en charge des urgences vitales, sans être « polluée » par les cas de médecine générale usuels ;
- **diminuer le nombre de gardes par médecins généralistes**, qui seraient d'astreinte moins fréquemment qu'actuellement ;
- **retrouver un travail d'astreinte intéressant et attractif** intellectuellement et financièrement. Les astreintes actuelles sont trop peu exploitées par les professionnels qui sont souvent mis à contribution pour des tâches peu valorisantes (examen de garde à vue par exemple).

L'objectif de cette réforme serait d'encrenner encore plus les astreintes dans le cadre d'un travail et d'un service d'intérêt civique, critère essentiel de notre profession, l'essentiel étant de répondre aux besoins de santé de la population dans un contexte de soins primaires d'orientation et de réponses adaptées aux problèmes de santé de nos concitoyens.

Il conviendrait toutefois d'évaluer le rapport coût/efficacité d'un tel système.

7. L'organisation des cabinets médicaux : de nombreux modes d'exercice possibles

7.1. Généralités

Ce travail est également l'occasion de réfléchir à de nouveaux modes d'exercice de la médecine ainsi qu'à de nouveaux modèles d'organisation de l'offre de soins. Les cabinets de groupe existent en France depuis longtemps, puisqu'ils ont été créés à partir des années 1920. Mais l'intérêt des pouvoirs publics pour ce mode d'exercice n'a été valorisé que récemment. C'est devant l'augmentation récente et constante du nombre de cabinets de groupe que les organismes publics se sont penchés sur ce mode d'exercice et ses avantages, y trouvant une possible solution aux problèmes de la démographie médicale.

Selon une enquête de la Cnam réalisée en 2002, l'augmentation du nombre de médecins libéraux exerçant en société ou en cabinet de groupe a augmenté de 18 % entre 2000 et 2003, alors que l'exercice individuel est en diminution (38). L'attrait des professionnels pour ce mode d'exercice est donc indéniable. De plus, ce mode d'exercice semble pouvoir répondre aux problématiques d'aménagement du territoire tout en satisfaisant les contraintes d'organisation des professionnels (39).

Les principaux avantages de l'exercice en groupe peuvent être :

- **améliorer la continuité des soins** ;
- **mettre en commun des moyens** ;
- **diminuer le coût de fonctionnement individuel** ;
- investir dans des **équipements performants** et les amortir ;
- **augmenter la souplesse dans les conditions de travail** et dans l'accueil des patients ;
- **permettre la délégation** des tâches administratives ;
- améliorer la **permanence des soins** ;
- **développer les échanges de pratiques professionnelles** et la formation continue dans le souci du futur Développement professionnel continu (DPC) prévu par la loi HPST.

Mais la complexité de cette forme d'exercice, à travers les nombreuses possibilités juridiques qu'elle offre, peut constituer un frein ou du moins une inquiétude pour les jeunes médecins. Pourtant, cette pluralité existe pour proposer toutes les solutions d'associations envisageables, et non pas pour rester enfermé dans une structure juridique unique.

Toujours est-il que l'attraction des jeunes générations de praticiens pour le mode d'exercice en groupe mérite d'être soulignée. D'après l'étude de la Cnam effectuée en 2002 (38), les médecins exerçant en cabinet de groupe sont en moyenne statistiquement **moins âgés** que les médecins exerçant seuls. Au niveau national, l'activité de groupe représente 39 % des modes d'exercice, dans l'Est, cette proportion **est de 32 %**. Il n'y a **pas de différence** significative dans l'exercice de groupe entre les **zones rurales et urbaines**.

Notre enquête départementale note une proportion plus importante de cabinet de groupe (plus de 50 %). Mais cette observation est faite 6 ans après l'étude de la Cnam. Elle confirme notamment l'effet d'âge, les médecins installés en groupe étant en

moyenne plus jeunes que les autres. De même nous n'avons pas relevé de différence entre les modes d'exercice selon le lieu d'exercice (rural, semi-rural ou urbain).

Phénomène traduisant une volonté des jeunes générations de s'investir dans la médecine de soins primaires organisée, le travail de groupe, et plus largement le concept de maison de santé, semble être une des solutions pour motiver l'installation de jeunes praticiens en milieu libéral et répond entièrement à un souci civique de santé publique. Développons les différentes possibilités qui s'offrent au département afin de proposer les meilleures réponses possibles aux singularités démographiques de notre territoire.

7.2. Le cabinet pluridisciplinaire... ou pluriprofessionnel

Le cabinet pluridisciplinaire regroupe, sur un même lieu, des professionnels médicaux, paramédicaux et non médicaux : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, podologues, diététiciens, assistants sociaux,...

Cette structure permet d'offrir à la population une offre de soins complète, dynamique et centrée sur un lieu géographique facilement identifiable. Elle permet aux professionnels une activité en collaboration étroite. Elle permettrait de rendre plus attractif la pratique de la médecine dans les zones rurales en difficulté.

D'après l'enquête, 15 % des médecins font partie de telles structures. Le véritable intérêt serait de développer les maisons pluridisciplinaires en milieu rural. Il convient donc de lancer une dynamique dans ce sens.

7.3. Les cabinets multisites

L'Ordre des médecins autorise désormais l'exercice médical sur plusieurs sites en fonction des besoins de santé de la population. Longtemps réservé aux spécialités, l'exercice médical multisite permet au praticien d'exercer à temps partiel sur un lieu géographique différent de son cabinet principal. Généralement ce mode d'exercice s'applique à des spécialités difficiles d'accès pour la population (pour exemple, un ophtalmologue spinalien exerce dans un cabinet médical secondaire à Rambervillers en faisant des vacations hebdomadaires).

Même si cela est encore peu développé, nous pourrions imaginer un mode d'exercice similaire en médecine générale. Des praticiens pourraient offrir leurs compétences sur des territoires isolés de façon ponctuelle.

Mais il faut garder à l'esprit que cette possibilité ne résout pas le problème de l'inégale accessibilité aux soins pour la population. C'est une proposition possible pour réduire la disproportion de répartition géographique des professionnels.

De plus, cette option doit être élaborée sur la base du volontariat. Des mesures contraignantes ont été et continuent d'être évoquées : l'obligation pour les praticiens voulant s'installer dans des zones surmédicalisées de faire des vacations dans les zones sous médicalisées de leur circonscription. Mais de telles mesures coercitives sont peu applicables ; que faire en cas de refus ou face aux demandes, inévitablement nombreuses, d'exemption pour diverses raisons ? De plus, en cas d'obligations trop astreignantes en matière d'installation, nous risquerions de voir de nombreux professionnels se détourner de la médecine générale.

7.4. Le contrat collaborateur libéral et salarié

Le contrat collaborateur permet à un médecin d'intégrer un cabinet médical et d'y exercer de façon complètement libre, sans pour autant avoir d'engagement à long terme. Le collaborateur n'est ni un remplaçant, ni un associé. Il peut constituer sa

propre clientèle, et perçoit directement ses honoraires dont une partie sera reversée à la SCM²⁶ dans laquelle il évolue.

Ce mode d'exercice, récemment développé par le Conseil de l'Ordre des médecins, permet aux praticiens, dans l'attente d'une situation familiale stabilisée (travail du conjoint, âge des enfants,...), de travailler dans un cabinet médical sans engagement financier à long terme.

Dans le département des Vosges, peu de praticiens observent ce mode d'exercice (4 médecins seulement d'après notre enquête). Pourtant, il peut tout à fait correspondre aux attentes des jeunes médecins : c'est une solution intermédiaire, qui permet, en cas d'incertitude professionnelle, d'acquérir une bonne expérience de ce qu'est la médecine générale.

Ce statut peut limiter la réticence des jeunes professionnels pour une installation immédiatement effective et scellée à moyen terme, tout en limitant l'activité de remplacement. L'activité de remplacement devient en effet problématique. De trop nombreux médecins perdurent dans cette activité et tardent à s'installer, au détriment de la stabilité de l'activité médicale dont la population a besoin.

7.5. Les limites de l'exercice en groupe

Toutefois, cette organisation de la médecine libérale a des limites. En effet, il est apparu, lors des résultats de notre enquête, que de nombreux praticiens revendiquent le choix de l'exercice isolé. En effet, l'exercice en groupe nécessite une bonne collaboration et une bonne entente entre les différents protagonistes. C'est donc un choix avant tout individuel...et pour certains un vrai mariage ! La souplesse dans les contrats d'association est plus que nécessaire pour pouvoir séduire la majorité des praticiens.

Les dissociations entre professionnels ne sont pas rares. Les incompatibilités d'humeur, d'objectifs, d'aspirations professionnelles peuvent être la source de mésententes entre les professionnels. C'est pourquoi certains d'entre eux choisissent

²⁶ SCM : Société civile de moyens

un mode d'exercice isolé qui limite les contraintes humaines de l'association. On entend souvent dire : « *Je préfère être seul plutôt que mal accompagné...* ». Cela justifie souvent la volonté de maintenir une indépendance vis-à-vis des autres confrères.

Une autre limite à ne pas négliger est **l'éloignement géographique** des professionnels entre eux. Cela peut être un frein au regroupement de professionnels. Il n'est pas toujours facile de réunir physiquement tous les professionnels d'un territoire. D'où l'intérêt des cabinets multisites que nous venons de détailler.

Enfin, finalement tous ces modes d'exercices peuvent s'imbriquer les uns aux autres. Ils forment un panel de propositions pour les jeunes médecins généralistes, pour que chacun puisse trouver le mode d'exercice qui lui convient le mieux. Cela contribue à faciliter l'exercice de la médecine générale libérale dans divers cadres juridiques qui se sont progressivement simplifiés, et donc à limiter les détournements de vocations vers d'autres types d'exercice (médecine salariale hospitalière, médecine salariale privée,...). Cela participe également à améliorer la qualité et l'accessibilité aux soins pour la population.

Néanmoins, même si le mode d'exercice en groupe est en vogue, de nombreux médecins généralistes font le choix de l'exercice isolé, et le revendique. Il convient de respecter ce choix car c'est l'essence même de notre profession libérale. Il faut prendre en compte ce choix et ne pas vouloir standardiser un mode d'exercice idéal.

8. L'aménagement du territoire médical : l'objectif de tous

Toutes ces propositions, fondées sur la pluralité des modes d'exercice, la valorisation du travail médical et le bon fonctionnement de la permanence des soins, ne répondent qu'à un seul et même objectif : un **aménagement du territoire médical efficace et optimal pour la population concernée**.

N'est-ce pas là une partie du travail dédié à nos futures ARS²⁷ ? Définir les critères d'installation des médecins pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population. Ce fut d'ailleurs l'un des sujets d'une séance plénière lors des deuxièmes Rencontres nationales de la HAS en décembre 2008 : « *En quoi une logique de qualité peut-elle s'intégrer dans une logique de territoire ?* » (40). Mais cet objectif doit s'élaborer en collaboration étroite avec tous les acteurs du monde de la santé (l'Université, l'Ordre des médecins, les collectivités locales, les syndicats des médecins, les caisses d'Assurance maladie...) sous peine de voir ces mesures caduques car non acceptées de tous.

« Il n'y a pas de liberté sans contrainte. »

Cette notion sera certainement la clef de la régulation médicale dans les futures décennies. Une liberté d'installation dirigée par tous les acteurs précédemment cités, pourrait aider à une meilleure homogénéité de la répartition géographique des professionnels. Mais au-delà des considérations géographiques, les contraintes d'exercice sont et seront toujours présentes. Les médecins généralistes se doivent de remplir une mission d'intérêt général dans leur choix d'installation. Prendre en compte ses intérêts personnels ne suffit plus. C'est peut-être en sensibilisant les médecins sur ce point que la raison collective prendra le dessus de la raison individuelle qui prévaut trop largement dans notre société actuellement. **Le civisme**, valeur essentielle du serment d'Hippocrate, ne doit pas être délaissé et doit accompagner chacune de nos décisions d'avenir.

²⁷ ARS : Agence régionale de santé

Conclusion

Notre enquête menée auprès des médecins généralistes libéraux du département des Vosges a été très bien accueillie par la profession médicale. Le taux de réponse avoisinant les 75 % est la preuve de l'intérêt suscité par l'avenir de la démographie médicale dans le département. Ce sujet demeure sensible et sensibilisant. Il suffit d'éplucher chaque semaine la presse pour s'en rendre compte.

Les résultats de cette enquête nous ont apporté des informations sociodémographiques pertinentes et des éléments nous permettant de mieux cerner les attentes et les ambitions des médecins généralistes vosgiens.

Les critères sociodémographiques des médecins répondants du département concordent avec les chiffres nationaux et suivent les grandes tendances actuelles : la féminisation et les aspirations des jeunes générations de médecins entraînent une véritable mutation structurelle de la profession. Le temps de travail et l'aspect organisationnel des cabinets médicaux se modifient. Cette modification au sein de notre profession n'est que le reflet de l'évolution récente de notre société.

Les médecins généralistes vosgiens ne sont pas farouchement opposés à une modification de leur mode d'exercice dans l'objectif de fédérer la profession et créer une dynamique de restructuration territoriale de la santé. Néanmoins, ces utopies se heurtent aux impératifs personnels de chaque médecin. La vie familiale, les contraintes professionnelles du conjoint et la recherche d'une qualité de vie optimale sont tant d'éléments orientant le choix de chacun de nous. Pourtant, les revendications principales des médecins répondants sont la valorisation et l'optimisation de leur temps de travail médical tout en diminuant la charge de travail administrative. Il semble que l'exercice en maison de santé puisse permettre une telle évolution en mutualisant les moyens matériels et humains. Ces structures permettent de fédérer les professions de santé, de rompre l'isolement, d'améliorer l'accès et la coordination des soins pour les patients.

L'exemple de la permanence des soins est probant. L'organisation et la coordination de tous les médecins généralistes dans les secteurs de garde font

actuellement l'unanimité. Ce système est approuvé par tous, preuve que le travail en équipe est efficace et apprécié.

L'enjeu est donc de développer les maisons pluridisciplinaires en y intégrant le plus de professionnels possibles. Dans notre enquête, il est apparu que l'âge et les frais d'investissements sont les principaux freins à la modification du mode d'exercice des médecins. Il faut donc inciter et aider les médecins à se fédérer, sans frais, pour pouvoir assurer une pérennisation de leur exercice médical. Les incitations financières actuelles ne semblent pas suffire. Il faut donc se donner les moyens financiers de ses ambitions et donner de réels avantages aux structures d'exercice qui font le choix de travailler en zones défavorisées.

Les principales propositions émanant de ce travail et permettant d'optimiser la démographie médicale dans le département des Vosges, notamment dans les zones en difficulté, peuvent être les suivantes :

- **ne pas s'investir dans des mesures coercitives d'installation qui peuvent accentuer la pénurie de médecins généralistes ;**
- **développer le plus possible la fédération de la profession et permettre ainsi la pérennisation de la médecine générale, notamment en milieu rural ;**
- **développer la promotion des maisons de santé au sein de la profession puisque c'est le mode d'exercice répondant le mieux aux objectifs de tous (médecins, patients, pouvoirs publics...) ;**
- **donner aux médecins les moyens financiers suffisants pour qu'ils s'investissent dans les zones en difficulté et que l'évolution de leur mode d'exercice ne soit pas pénalisant ;**
- **limiter les niches de spécificité d'exercice en médecine polyvalente hospitalière où préfèrent se réfugier les médecins généralistes au lieu d'exercer en cabinet médical ;**
- **respecter le choix des confrères qui ne souhaitent pas intégrer ces structures de regroupement (puisque la liberté d'installation doit être respectée), mais les sensibiliser aux avantages de l'exercice en groupe.**

Bibliographie

1. Insee

Statistiques locales. Chiffres clés - Résumé statistique [en ligne]. Octobre 2009.

Disponible sur : <http://www.statistiques-locales.insee.fr/Fiches/RS/DEP/RS_DEP88.pdf>.

2. Insee

Thème : Population [en ligne].

Disponible sur :

<http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&sous_theme=0&type=2&nivgeo=17&sbmit=Ok>.

3. Orsas de Lorraine

La mortalité en Lorraine : ses causes principales et ses causes associées 1998-2000.

Orsas Lorraine, 2004.

4. GUILLAUME Thierry

Ecoscopie des Vosges. Population : projections [en ligne].

Insee, Economie Lorraine, 158-159, février 2009. Disponible sur :

<http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=14399&page=EL/EL158-159/projections.htm>.

5. DELL'ERA Danielle, BADOINOT Michèle

Médecine Générale : deux fois moins d'internes depuis deux ans.

Insee, Economie Lorraine, 2005, 58-59, 2p.

6. KAHN-BENSAUDE Irène, LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle

Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2007. Etude n°40.

Paris : Ordre national des médecins, 2007, 103 p.

7. LEGMANN Michel, KAHN-BENSAUDE Irène, ROMESTAING Patrick, LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle

Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2009.

Paris : Ordre national des médecins, 2009, 143 p.

8. NIEL Xavier, VILAIN Annick

Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques.

Drees, Etudes et résultats, 2001, 114, 6 p.

9. KAHN-BENSAUDE Irène

Féminisation : une chance à saisir.

Paris : Ordre national des médecins, 2005, 38 p.

10. VANDERSCHULDEN Mélanie, ATTAL-TOUBERT Ketty

La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales.

Drees, Etudes et Résultats, février 2009, 679, 8 p.

11. SERVRANCKX Pascal

Ecoscopie des Vosges. Santé [en ligne].

Insee, Economie Lorraine, février 2009, 158-159. Disponible sur :

<http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=14399&page=EL/EL158-159/Sante.htm>.

12. VANDERSCHULDEN Mélanie

Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008.
Drees, Etudes et Résultats, janvier 2009, 676, 8 p.

13. JOBARD Ludovic, MILLET Christiane

Territoires de santé en Lorraine : pour une nouvelle organisation sanitaire.
Insee, Economie Lorraine. mars 2005, 22, 4 p.

14. DELL'ERA Danielle

La prise en charge des personnes âgées en Lorraine : un enjeu important dans les prochaines années.
Drass de Lorraine, Statiss infos, novembre 2008, 9 p.

15. Urcam

C@rtoSanté [en ligne].

Disponible sur : <http://www.urcam.assurance-maladie.fr/C-rtosante.carto_portail.0.html>.

16. Urcam

Inst@LSanté [en ligne].

Disponible sur : <<http://www.urcam.assurance-maladie.fr/instaLSante.instalsante.0.html>>.

17. DIRY Jean-Paul

Les espaces Ruraux (2^{ème} édition).
Paris : Arnaud Colin, 2004, 191 p.

18. LARCHER Gérard

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital [en ligne].
2008, 102 p.
Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf>.

19. LE FUR Philippe

Le temps de travail moyen des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles.
Questions d'économie de la santé, juillet 2009, 144, p 2.

20. BERGOGNE Anne

Médecins au bord de l'épuisement.
Le Concours médical, 16 mars 2002, p 672.

21. LEOPOLD Yves

Les médecins se suicideraient-ils plus que les autres ?
Info ordinales, janvier/février 2003.

22. THIEBAUT Marc

Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural.
Th : Méd. : Nancy I : 2003, 180 p.

23. AUBERTIN Brice

Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes. Enquête auprès des internes du D.E.S de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse.

Th : Méd. : Nancy I : 2008, 128 p.

24. FIVAZ Caroline, LE LAIDIER Sylvie

Une semaine d'activité des médecins généralistes libéraux.

CNAMTS, Point Stat, 2001, 33, 8 p.

25. TRUCHOT Didier

Le Burn Out des médecins libéraux de Bourgogne.

URML de Bourgogne, 2002, 48 p.

26. BOURGUEIL Yann, MOUSQUES Julien, MAREK Anna, TAJAHMADI Ayden

Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France.

IRDES, Questions d'Economie de la santé, 2007, 122, 6 p.

27. BOURGUEIL Yann, MOUSQUES Julien, TAJAHMADI Ayden

Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature.

IRDES, Questions d'économie de la santé, 2006, 116, 6 p.

28. BILODEAU Henriette, LEDUC Nicole, VAN SCHENDEL Nicolas

Analyse des facteurs d'attraction, d'installation et de maintien de la pratique médicale dans les régions éloignées du Québec.

Gris, université de Montréal, 2006, 285 p.

29. MARI Cécile, BAIL Philippe, LE RESTE Jean-Yves

Etude Originale. Premiers Saspas. Enquête nationale sur la perception des internes à propos de la supervision mise en place.

Rev. Prat. Med. Gen., 2006, 20, 722/723, pp. 252-256.

30. ROBELET Magali, LAPEYRE Nathalie, ZOLELIO Emmanuelle

Les Pratiques Professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans.

Paris : Ordre national des médecins, Février 2006, 85 p.

31. DE SAINT ROMAIN Henri

L'ordre publie son "Atlas de la démographie".

Le Quotidien du médecin, 9 septembre 2009, 8610.

32. VAUTHIER Jean-Charles

L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine. Etat des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures. Proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural.

Th : Méd. : Nancy I : 2006 , 230 p.

33. WARMUTH Clara

Crise de la démographie. Quand les déserts médicaux avancent.
Tout Prévoir, 2008/9, 397, pp. 38-41.

34. KOPETSCH Thomas

L'expérience allemande de planification des installations médicales.
Cahiers de sociologie et de démographie médicales, 2003, 43, 3, pp. 529-542.

35. BOURGUEIL Yann, LE FUR Philippe, MOUSQUES Julien, YIMAZ Engin

L'intervention d'une infirmière de santé publique en cabinet de médecine générale pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Évaluation médico-économique de l'expérimentation Asaléé (Action santé libérale en équipe).
IRDES, 2008, 142 p.

36. THULLIEZ Christian

Commission sur l'intégration des professions médicales et pharmaceutiques au cursus LMD.
2006, 25 p.

37. BERLAND Yvon

Rapport de la commission sur la démographie médicale [en ligne].
2005, 64 p.
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland_demomed/rapport.pdf>.

38. AUDRIC Sophie

L'exercice en groupe des médecins libéraux.
Drees, Etudes et Résultats, 2004, 314, 12 p.

39. JULHARD Jean-Marc

Rapport d'information sur la démographie médicale. N°14 [en ligne].
Sénat, 2007, p 31.
Disponible sur : <<http://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0141.pdf>>.

40. RENCONTRES NATIONALES DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Qualité des soins et territoires de santé : En quoi une logique de qualité peut-elle s'intégrer dans une logique de territoire ? , 18 et 19 décembre 2008, Paris.
HAS, 2008, 4 p.

Annexes

Annexe 1

Etude démographique détaillée du département des Vosges

Structure de la population

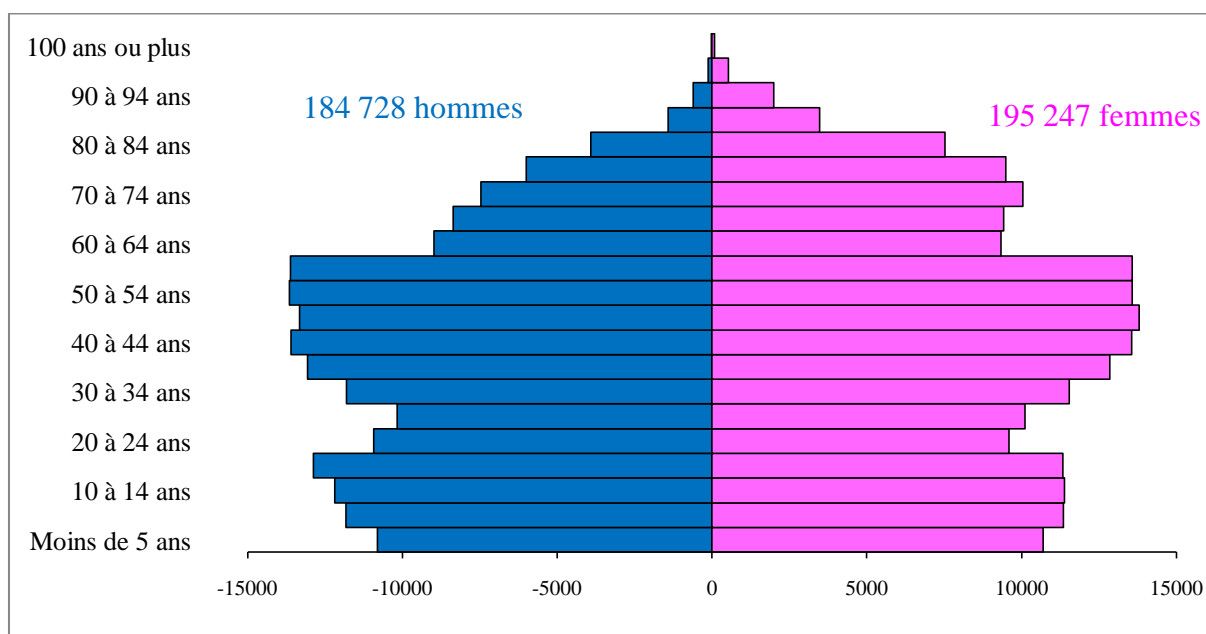
Données générales

Le département des Vosges compte environ 379 975 habitants. Ce chiffre est sensiblement le même que dans les années soixante. La densité de la population est de 65 habitants/km², ce qui est nettement inférieur à la moyenne nationale et même régionale puisque les densités respectives sont de 112 et 99 habitants/km².

La population a connu tout de même des variations assez importantes depuis les trente dernières années. Une baisse continue entre 1975 et 1990 et 600 habitants perdus annuellement lors de la décennie 1990. On enregistre une perte annuelle d'environ 150 habitants depuis le recensement de 1999 (contrairement aux 3 autres départements lorrains qui voient leur population progresser). Ces variations sont la conséquence des difficultés économiques spécifiques à notre département.

C'est une population caractérisée par un vieillissement important qui va s'accroître dans les vingt prochaines années.

Pyramide des âges de la population vosgienne



Source : Insee, recensement de la population 2006

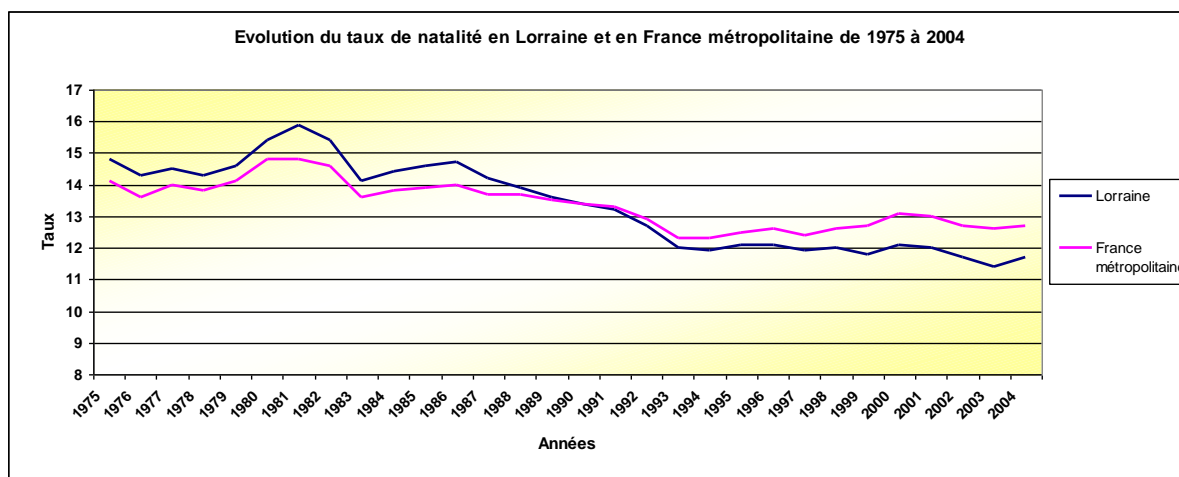
La pyramide des âges de la population vosgienne est quasiment superposable à celle de la métropole. Mais elle se caractérise néanmoins par une moyenne d'âge plus élevée que la moyenne nationale. Les plus de 75 ans représentent 8,86 % des habitants contre 8,05 % sur le plan national.

L'indice de vieillissement²⁸ est largement supérieur à la moyenne française puisqu'il est de 75,1 contre 65,7 (65,9 pour la Lorraine).

Taux de natalité, fécondité

Après avoir été longtemps supérieur au taux métropolitain, le taux de natalité²⁹ lorrain est désormais inférieur à celui de la France depuis 1990. Il a une tendance à la baisse alors que le taux national augmente depuis 1998. C'est le témoin du déclin économique de la région et donc de la faible attractivité en matière d'emploi pour les jeunes. Ce taux se situe en 2005 à 11,3 pour les Vosges contre 11,6 pour la Lorraine et 12,7 pour la France.

Le taux de fécondité (nombre de naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans) suit la même tendance et est actuellement de 50,9 pour le département des Vosges (53,5 pour la France).



Source : Insee

En revanche, l'indice conjoncturel de fécondité dans le département est légèrement supérieur à celui de la France (respectivement 1,92 et 1,88). Ceci étant dû essentiellement à l'augmentation du taux des naissances depuis 3 ans. En 2004, les Vosgiennes mettent au monde 1,9 enfants contre 1,8 pour l'ensemble des Lorraines.

²⁸ L'indice de vieillissement est le nombre d'habitants de 65 ans et plus pour 100 personnes de 20 ans.

²⁹ Le taux de natalité est le nombre de naissances domiciliées pour 1000 habitants.

Mortalité infantile

Le taux de mortalité infantile³⁰ est depuis longtemps supérieur à la moyenne nationale. La moyenne des taux entre 2002 et 2004 est de 5,7 contre 4 pour la France.

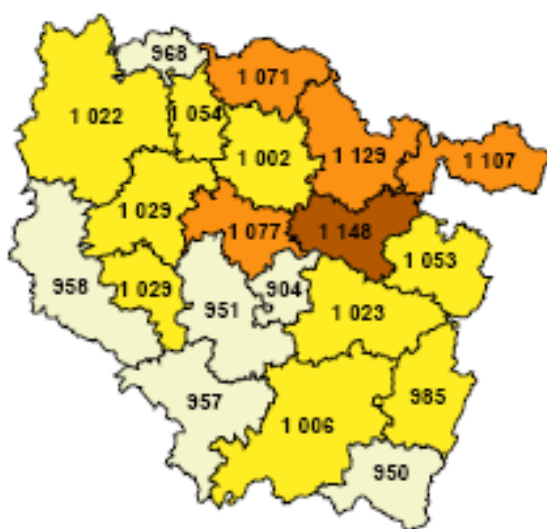
La mortalité infantile (qui est faible en France) diminue d'année en année et le département des Vosges n'échappe pas à cette règle, mais enregistre un des taux les plus forts de France.

Taux de mortalité, taux comparatif de mortalité

Le taux de mortalité³¹ est de 10,5 dans les Vosges contre 8,6 dans la métropole. On le sait depuis longtemps, les Lorrains sont en moins bonne santé que la moyenne des Français. Même si l'état de santé des Vosgiens s'est considérablement amélioré depuis les 20 dernières années, cela n'a pas suffi à réduire l'écart avec la France métropolitaine.

Lors du rapport du diagnostic sur la santé en Lorraine, l'Orsas a étudié la mortalité en divisant la région en territoires de santé de proximité. Elle analyse notamment les **Taux comparatifs de mortalité**³² (TCM). Les Vosges ont un TCM moyen de 979 pour 100 000 habitants contre 909 pour la France.

Figure : Taux comparatifs de mortalité en région Lorraine. Source Orsas



Même si le département des Vosges est en deçà de la moyenne régionale, le taux comparatif de mortalité est de 7,2 % supérieur au taux national. L'évolution à la baisse est indiscutable, mais elle est calquée sur l'évolution globale du taux de la France et peine à se rapprocher de la moyenne nationale.

En ce qui concerne la **mortalité prématurée** (avant 65 ans), elle est également supérieure à la moyenne nationale.

³⁰ Le taux de mortalité infantile est le nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances.

³¹ Le taux de mortalité est le nombre de décès dans l'année pour 1000 habitants.

³² Taux comparatif de mortalité : c'est une standardisation du taux de mortalité avec la structure de la population concernée.

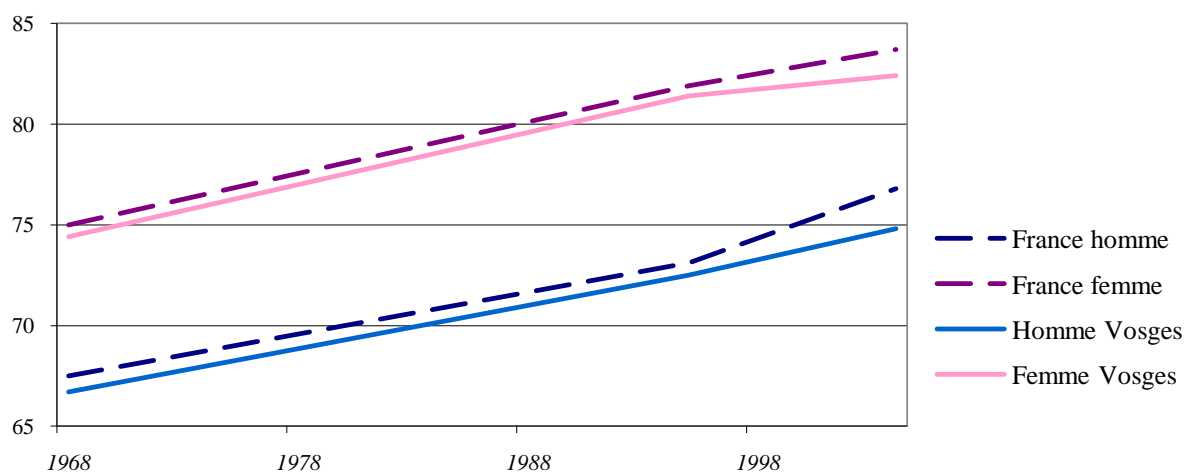
Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance du département est plus basse que la moyenne régionale et bien en dessous de la moyenne française. Elle suit tout de même la tendance nationale à la hausse de l'espérance de vie, mais la différence avec la moyenne du pays ne se résorbe que lentement. Cette augmentation est le témoin de l'amélioration de l'état de santé des Vosgiens : lente diminution de la mortalité infantile et recul de la mortalité.

Avec une espérance de vie de 74,8 ans pour les hommes, les habitants du département ont en moyenne 2 ans de vie en moins que la moyenne des Français. De même l'espérance de vie des femmes vosgiennes est de 82,4 ans contre 83,7 pour la moyenne française.

L'espérance de vie à 60 ans est également inférieure aux moyennes françaises, respectivement 20,2 et 21,5 pour les hommes, 25,5 et 26,3 pour les femmes. On note tout de même une réduction de l'écart par rapport à l'espérance de vie globale. Cela s'explique par un nombre de décès avant 65 ans élevé dans le département.

Figure : Evolution de l'espérance de vie à la naissance de 1968 à 2004



Source : Insee

Ces caractéristiques démographiques du département des Vosges expliquent la stagnation ou plutôt la légère diminution de la population vosgienne depuis quelques années. Car, bien que le solde naturel³³ soit positif grâce à l'allongement de l'espérance de vie, à la baisse de la mortalité et au bon indice de fécondité, il ne suffit pas à compenser le déficit de population lié au solde migratoire³⁴, qui, même s'il a été réduit ces dernières années, est le témoin des difficultés économiques industrielles du département.

L'indice de vieillissement, bien supérieur aux moyennes régionale et nationale, est le témoin d'une population très âgée et donc plus vulnérable.

³³ Le solde naturel est la différence entre le nombre de décès et le nombre de naissances.

³⁴ Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes entrées sur le territoire et le nombre de personnes parties, indépendamment de la nationalité.

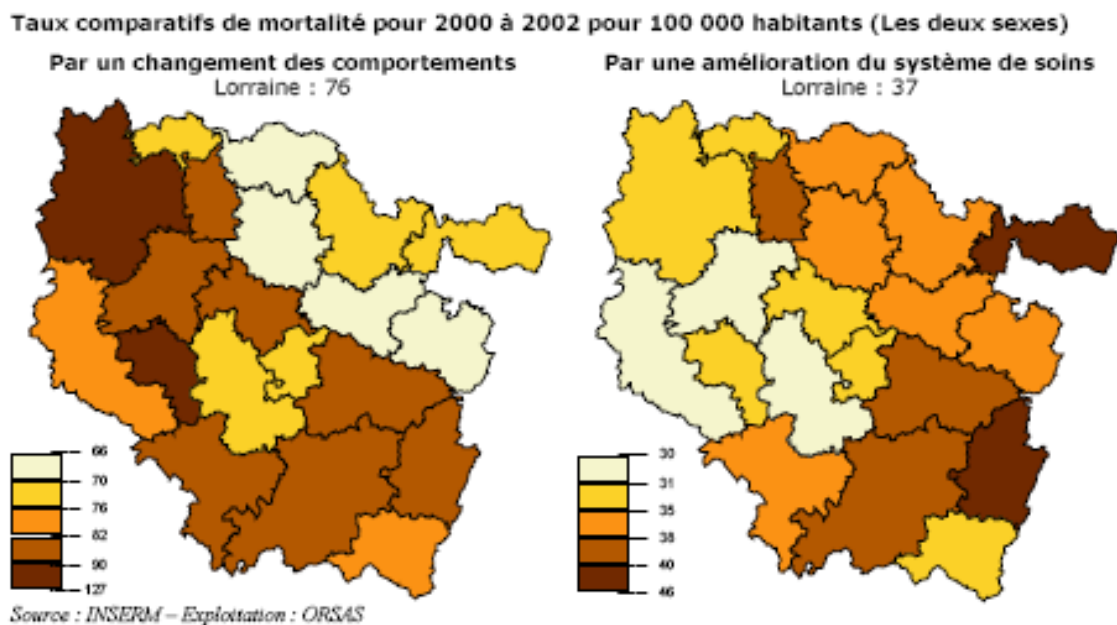
Etude particulière de la mortalité : spécificités des facteurs de risque de la population locale

L'Observatoire régional de la santé et des affaires sociales (Orsas) a publié en 2006 un rapport sur la santé des Lorrains.

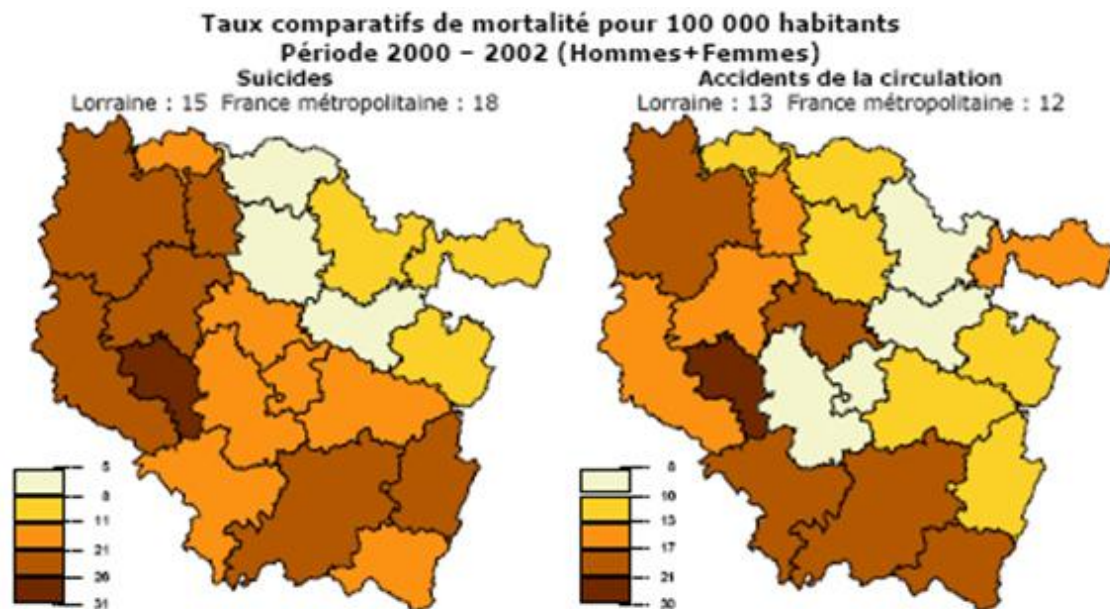
Mortalité évitable

On peut diviser la mortalité prématurée (avant 65 ans) en deux groupes selon que les causes de décès peuvent être considérées comme évitables ou non (c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès à ces âges).

Ces causes de décès évitables sont de deux types : soit évitables par une modification des comportements, soit évitables par modification du système de soins.



On constate alors que le département des Vosges se distingue malheureusement par un taux supérieur aux autres départements lorrains, et notamment en ce qui concerne les décès évitables par un changement des comportements. Les accidents de la route et les suicides en sont les deux principaux acteurs. On remarque que ces deux causes de décès évitables touchent essentiellement les territoires ruraux de Lorraine : la Meuse et les Vosges.



Source : Inserm, exploitation Orsas

Morbidité, causes de mortalité

Contrairement à la situation globale en France et en Lorraine depuis 2004, **la mortalité par cancer** dans le département des Vosges n'est pas encore supérieure à celle due aux maladies cardio-vasculaires. La mortalité due aux causes cardio-vasculaires est supérieure de 10 à 25 % à la moyenne française (selon les différents territoires considérés).

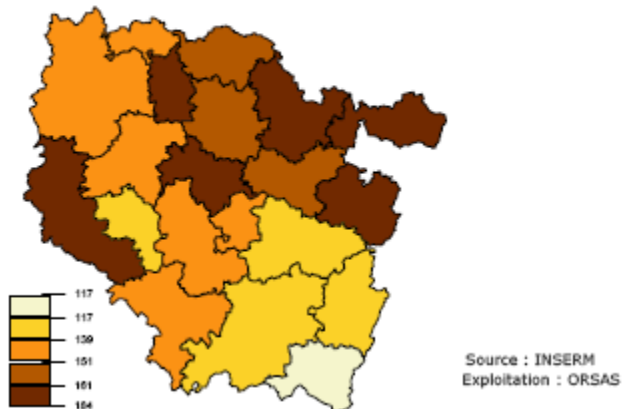
La parité n'est pas respectée, puisque chez les femmes, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui dominent les causes de décès, tandis que ce sont les tumeurs chez les hommes.

Une différence significative concerne également la **mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire** qui dépasse parfois, selon les secteurs vosgiens, de 25 % la moyenne nationale.

Facteurs déterminants de la santé

Les maladies chroniques sont attribuables à de multiples facteurs modifiables ou non. Parmi ces facteurs modifiables, on trouve les facteurs liés aux habitudes de vie. Trois de ces facteurs d'habitudes de vie (le tabac, l'alimentation inadéquate et la sédentarité) sont en cause dans 80 % des décès dus aux maladies cardio-vasculaires, dans 90 % des décès liés au diabète et dans 30 % des décès liés aux tumeurs.

Taux comparatifs de mortalité associée à la consommation de tabac entre 2000 et 2002 pour 100 000 habitants (Hommes+Femmes)
Lorraine : 153 France métropolitaine : 129



Tous les *territoires de santé et de proximité* lorrains dépassent la moyenne nationale des **décès liés au tabac**³⁵, hormis le territoire de Gérardmer. Ceci explique en partie la prévalence importante des maladies respiratoires dans le département.

La tendance du tabagisme est à la baisse et cette diminution est plus importante sur le plan régional que national, ce qui diminue légèrement la

surmortalité de ces territoires. A noter cependant que la moyenne vosgienne des décès liés au tabac est inférieure à la moyenne régionale.

Un indicateur intéressant pour observer la **pratique sportive** régulière d'un territoire (qui est source d'un meilleur état de santé) est le nombre de licenciés. On compte dans les Vosges 21,2 % de licenciés sportifs ce qui est inférieur à la moyenne nationale (22,8 %). Le département des Vosges a d'ailleurs le taux le plus bas de Lorraine.

Un autre indicateur modifiable de l'état de santé d'une population est **l'obésité**. En effet, toutes les études démontrent que l'obésité entraîne de nombreuses complications telles que le diabète, l'hypertension artérielle, les problèmes ostéo-articulaires et respiratoires. Trois enquêtes ObÉpi ont été réalisées en France entre 1997 et 2003 afin d'étudier la prévalence de l'obésité dans les différentes régions (l'obésité étant définie par l'Indice de masse corporelle (IMC)). Le recoupement de ces enquêtes montre l'augmentation importante de l'obésité dans toutes les régions de France, en relation avec l'augmentation générale de l'obésité dans les pays industrialisés. Néanmoins, l'augmentation de l'obésité serait moins rapide en Lorraine, passant de 10,1 % à 11,6 % d'obèses.

La région se classe sixième des régions françaises, pour une moyenne nationale estimée à 9,7 % en recoupant les trois enquêtes effectuées.

Sur le plan départemental, les mesures de l'obésité effectuées dans les centres de santé, bien qu'influencées par leur mode de sélection de la population, confirment la tendance générale à la hausse de la prévalence. Le département des Vosges serait le moins touché des départements lorrains.

³⁵ Les décès liés à la consommation de tabac retenus ici sont les suivants : tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon, les cardiopathies ischémiques, les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives.

Un exemple parmi d'autres est la proportion d'obèses se présentant aux centres d'exams de santé.

Tableau : Proportion de consultants des centres d'exams de santé présentant un IMC supérieur à 30 (taux standardisés sur la pyramide des âges et la catégorie socioprofessionnelle)

	Hommes		Femmes	
	1993-1997	1996-2000	1993-1997	1996-2000
Meurthe et Moselle	11,9 %	13,6 %	13,9 %	15,9 %
Meuse	14,6 %	16,0 %	16,0 %	18,3 %
Moselle	13,4 %	12,8 %	15,2 %	18,9 %
Vosges	10,9 %	11,9 %	13,5 %	15,1 %

Source : Centre de médecine préventive de Nancy-Vandoeuvre

Morbidité liée à l'environnement

Pour ce qui est des **facteurs liés à l'environnement**, la particularité du relief du département favorise la stagnation des masses d'air dans une région les plus polluées de France (conséquence de la concentration industrielle, d'un taux d'urbanisation important et d'un réseau routier dense sur l'axe du sillon lorrain).

La concentration en radon (gaz naturel radioactif issu de la désintégration de l'uranium et du radium, contenu dans la croûte terrestre, qui aurait une incidence sur les cancers, notamment pulmonaires) confère une particularité au département vosgien puisqu'il enregistre la concentration la plus forte de la région (135 Bq/M3 contre 83 Bq/M3 au niveau français).

Une autre particularité du risque sanitaire du département, n'ayant pas entraîné jusqu'alors de surmortalité, est liée aux **zones sismiques**. La totalité des 124 communes lorraines ayant un risque de séisme avec enjeu humain se situe dans le Sud-Est du département.

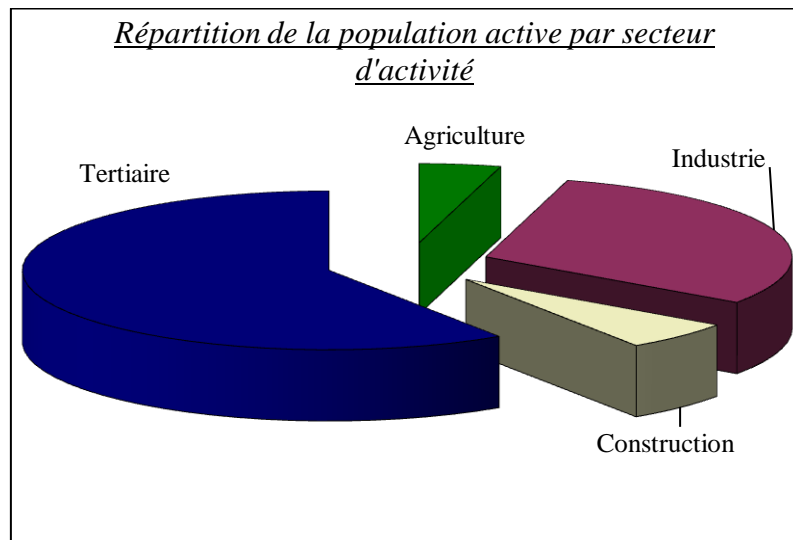
Secteurs d'activités

L'économie du département des Vosges est directement liée à son activité industrielle. Le territoire Est (structuré autour des villes d'Epinal, Remiremont et Saint-Dié) est caractérisé par une forte concentration industrielle, mais il subit les restructurations du textile. C'est un secteur qui subsiste néanmoins grâce à sa cohésion et à l'évolution résistante de l'emploi sur les dix dernières années.

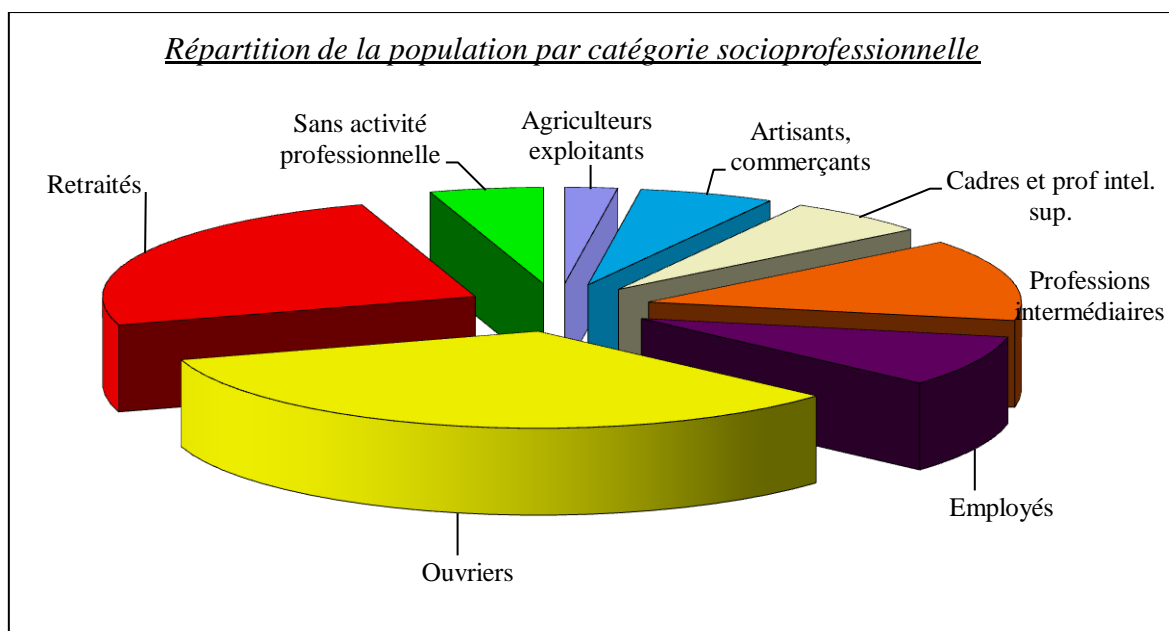
Le secteur Ouest du département est un espace caractérisé par un déclin démographique qui prolonge les espaces ruraux peu dynamiques. Le développement de ces

secteurs est directement lié à celui de leur ville. Ils ne peuvent bénéficier de la dynamique des flux migratoires résidentiels car ils sont trop éloignés du sillon lorrain (secteurs d'activités liés à l'axe Metz-Nancy).

Répartition de la population vosgienne par secteur d'activité et catégories socioprofessionnelles



Source : Insee, RP 1999, exploitation complémentaire lieu de travail



Source : Insee, RP 1999, exploitation complémentaire lieu de résidence

Le secteur industriel, développé à partir des ressources naturelles du département, est à l'origine d'activités économiques fortes. L'effectif total employé par l'industrie s'élève à 36 400 personnes au début de l'année 2007 (27 % de l'emploi salarié total). Se situe en première place l'industrie de la mécanique et du travail des métaux avec près de 10 550 emplois. C'est notamment l'industrie automobile qui est très présente. L'industrie agro-alimentaire est également non négligeable, elle découle directement de la force de l'agriculture locale et représente le second employeur avec 6 400 salariés.

En 2007, les Vosges comptent 3 000 **exploitations agricoles**. Mais en sept ans le nombre a été réduit de 19 %. La moyenne d'âge des exploitants est de 45 ans. Il se pose ainsi le problème de la relève et l'installation de jeunes agriculteurs est une préoccupation. C'est le lait et la viande qui demeurent les filières prédominantes grâce à la surface considérable de prés qui représentent 62 % de la superficie agricole utilisée (218 000 hectares au total). Il en découle une industrie agro-alimentaire puissante et dynamique. L'agriculture reste tout de même fragile, comme partout en France. Un vrai défi à relever pour les agriculteurs vosgiens réside dans le développement de la production d'énergies renouvelables et de l'agrotourisme.

L'exploitation du bois est une autre ressource naturelle sûre pour le département. Les Vosges sont boisées à 48 % du territoire, ce qui en fait le troisième département le plus boisé de France (après les Landes et le Var). Production de bois d'œuvre et papeteries sont le pilier d'un domaine qui assure plus de 13 000 emplois. Dans le contexte actuel de développement durable, il est certain que cette ressource doit être encore valorisée tout en s'attachant à préserver ce milieu naturel au mieux, à limiter les impacts de l'urbanisation et de l'artificialisation des sols. La forêt a également un rôle à jouer dans le développement des activités de loisirs et de pleine nature.

Enfin **l'industrie textile** reste une spécificité vosgienne et fournit du travail à plus de 3 000 personnes malgré les crises successives.

Toutefois on ne peut nier le déclin industriel puisque ce secteur a perdu plus de 10 000 emplois depuis l'an 2000. L'industrie textile est la première touchée, mais tous les secteurs paient un lourd tribut de la mondialisation et de la crise économique. Récemment, c'est l'industrie automobile qui subit les conséquences d'une crise dont on ne sait pas encore les véritables répercussions à venir.

Il faut donc s'appuyer sur d'autres secteurs d'activité afin de pérenniser l'économie du département.

Le tourisme assure à lui seul plus de 12 000 emplois. Grâce à ses paysages, le département a un intérêt touristique certain pour les vacanciers qui y trouvent les stations de sports d'hiver et les joies de la randonnée et du cyclotourisme en été... On a su valoriser les atouts naturels du département et en développer d'autres tels que diverses manifestations festives, populaires, sportives, culturelles et gastronomiques. Le tourisme, facteur économique non négligeable, n'en reste pas moins fragile car dépendant des conditions météorologiques...

Les services sont un bon moteur de la croissance dans le département. Après le déclin de l'industrie, c'est une bonne alternative. Ils pèsent plus de 61 700 salariés, mais leur poids (47 %) reste bien en dessous de la moyenne nationale (62 %). Compte tenu de l'évolution démographique et du vieillissement de la population, le développement des services à la personne devrait répondre à des besoins accrus et fournir une opportunité d'emplois.

Vulnérabilité sociale et répercussion sanitaire

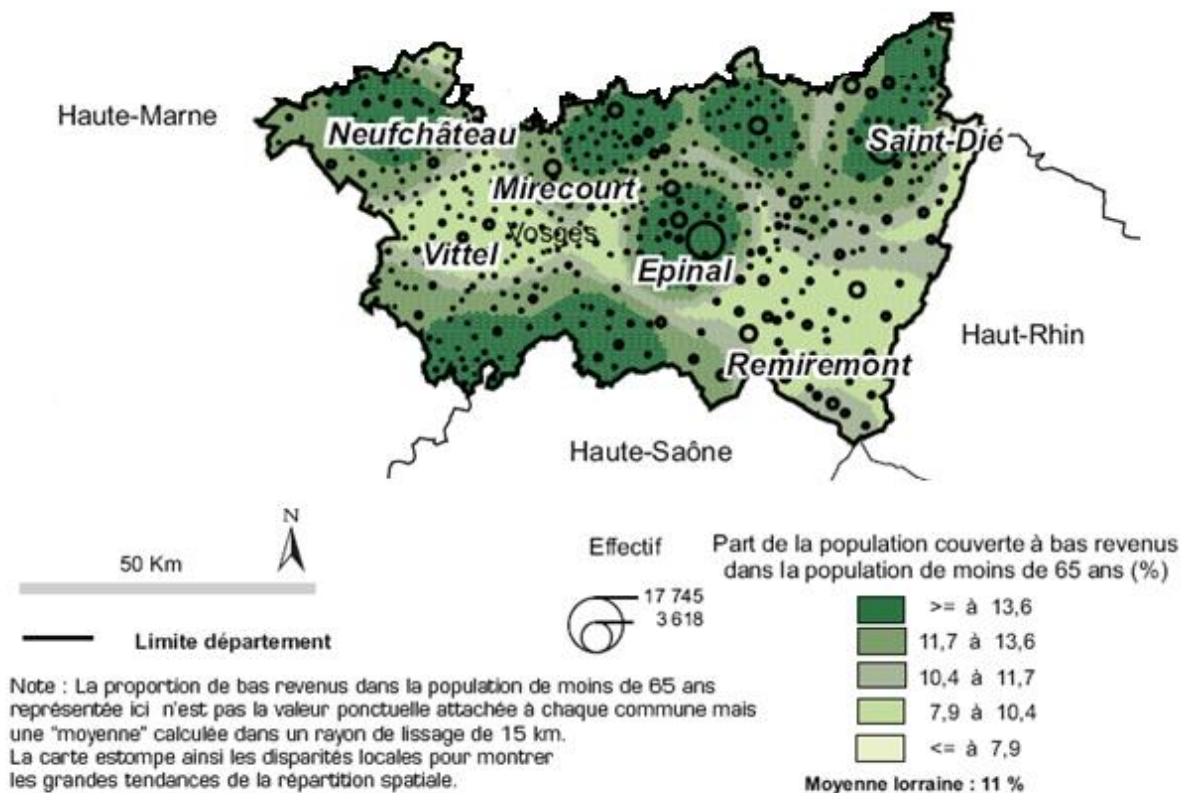
L'activité économique d'un lieu définit généralement son mode de vie et également son niveau de vie. La forte prédominance de l'industrie dans le département lui confère certes un confort économique, mais également une **vulnérabilité sociale** liée à une forte proportion d'emplois à bas salaires et précaires, au développement d'emplois intérimaires instables et aux risques du contexte économique dont on commence à prendre conscience actuellement...

Le revenu médian des ménages vosgiens en 2006 est inférieur de 800 euros à celui des Français de province. 44 % des ménages ayant déclarés des revenus sont non imposables (contre 40 % à l'échelle nationale). 16 % des Vosgiens âgés de moins de 65 ans vivent sous le seuil de bas revenus (moins de 845 euros par mois). Fin 2006, 11 600 personnes bénéficiaient du RMI. Tous ces chiffres sont des indices inquiétants de la persistance de la pauvreté dans le département.

Le taux de chômage est également un indicateur intéressant de précarité de l'emploi. Le département des Vosges enregistre un taux de chômage supérieur de 1,4 % à la moyenne nationale en juin 2009 (soit environ 10,5 % de la population active) et ce taux est le plus élevé des départements de la région Lorraine. On note une nette aggravation depuis un an et demi, cette dégradation du marché du travail est consécutive à la crise économique mondiale.

Dans le département, la pauvreté se concentre dans les pôles urbains (ceci étant conditionné par l'offre de logements sociaux abordables qui y est plus importante qu'ailleurs) et en milieu rural où l'on trouve des familles de travailleurs pauvres qui ne touchent pas de prestations sociales, mais qui ont des bas revenus.

Population à bas revenus couverte par les CAF et MSA



Source : CAF 1999 – MSA 2000 – Insee recensement 1999

Or, on sait que plusieurs déterminants sociaux ont une influence sur les inégalités sociales de la santé. Ces facteurs sont : le revenu, l'emploi, le niveau d'éducation, mais aussi le logement, le mode de vie... L'état de santé d'une population est directement lié à son niveau socio-économique, d'où un enjeu de santé publique majeur au sein du département : la lutte contre la précarité améliore l'état de santé des habitants.

Annexe 2

**Questionnaire envoyé aux 335 médecins généralistes
libéraux du département des Vosges**

I) IDENTITÉ**Nom (facultatif) :****N° inscription à l'Ordre:****Année de naissance :****Année de thèse :****Année d'installation :****Sexe :** Femme Homme**Vous êtes :** Célibataire Marié ou en concubinage Autre. précisez :**Avez-vous des enfants ?** Oui Non**Si oui, combien ?****Votre conjoint(e) travaille-t-il (elle)?**

Son activité est indépendante de la vôtre.

Son activité participe au fonctionnement du cabinet médical.

 Oui Non Oui Non Oui Non**Quelle est la distance qui sépare votre domicile de votre cabinet médical ?** 0 (même lieu) moins de 1 km entre 1 et 10 km entre 10 et 30 km plus de 30 km**Quel est le nom de votre commune d'exercice ?****II) A PROPOS DE VOTRE EXERCICE MÉDICAL****Actuellement, vous exercez :** (plusieurs réponses possibles) Seul médecin En cabinet médical (plusieurs médecins) En cabinet pluridisciplinaire (dentiste, kiné, IDE...) En collaboration libérale ou salariée**Quel est votre temps moyen de travail hebdomadaire ?**

heures

Nombre de jours de congés par semaine, y compris le dimanche : 1 1,5 2 2,5 3 3,5 4 plus de 4**Combien de semaine(s) de vacances prenez-vous par an ?**

semaine(s)

Avez-vous une activité médicale (salariée ou non) indépendante de votre cabinet médical ? Oui Non**Avez-vous une activité non médicale annexe ?** Oui Non**Actuellement :**

- Etes-vous heureux de l'exercice de votre profession ?

 Oui Non

- Etes-vous satisfait de vos conditions de travail ?

 Oui Non

- Avez-vous déjà vécu un « burn out » ?

 Oui Non

III) A PROPOS DE LA PERMANENCE DES SOINS

Récemment, le Ministère de la Santé a émis le souhait de réduire le nombre de secteurs de garde de 32 à 18 dans le département des Vosges, la garde « nuit profonde » (minuit/6 heures) serait assurée par l'hôpital.

- Participez-vous à la permanence des soins ? Oui Non
- Lors de vos gardes, vous faites-vous systématiquement réguler ? Oui Non
- Participez-vous à la régulation téléphonique au centre 15 ? Oui Non
- Trouvez-vous ce système efficace et efficient ? Oui Non
- Etes-vous prêt à abandonner la partie « nuit profonde » ? Oui Non
- Etes-vous prêt à élargir votre secteur de garde, en pratiquant des gardes moins fréquentes, mais sur un lieu fixe dédié à la garde libérale (différent de votre lieu d'exercice) et de 19 heures à minuit ? Oui Non
- Le numéro MEDIGARDE 0820 33 20 20 semble méconnu des patients. Selon vous, est-ce un obstacle au bon fonctionnement du système ? Oui Non

IV) ORGANISATION ACTUELLE DE VOTRE CABINET MÉDICAL

- Etes-vous propriétaire des locaux de votre cabinet médical (soit en pleine propriété, soit par l'intermédiaire d'une SCI) ? Oui Non
- Etes-vous doté d'un secrétariat ? Oui Non
 - Si oui : Secrétaire sur place secrétariat à distance
 - à temps partiel à temps plein
- Consultez-vous exclusivement sur RDV ? Oui Non
- La charge administrative vous semble-t-elle trop lourde ? Oui Non
- Combien de temps par jour consacrez-vous à ce travail administratif ? %
- Pensez-vous que ce temps puisse être délégué ? Oui Non
- Actuellement, votre charge de travail médical est-elle trop importante ? Oui Non

A propos de vos remplacements :

- Lors de vos absences, faites-vous appel à un remplaçant ? Oui Non
- Avez-vous des difficultés à trouver un remplaçant ? Oui Non
- Etes-vous satisfait du travail de votre remplaçant ? Oui Non
- Un pourcentage trop élevé est-il un frein pour prendre un remplaçant ? Oui Non
- Quel pourcentage d'honoraires rétrocédez-vous généralement (hors garde) ? %

A propos de votre temps libre :

- Pensez-vous avoir assez de temps social, familial et de loisirs ? Oui Non
- Avez-vous une passion en dehors de votre activité professionnelle ? Oui Non
- Faîtes-vous du sport régulièrement (au moins 1 fois par semaine) ? Oui Non

A propos de vos revenus :

- Les efforts de votre activité professionnelle vous semblent-ils correctement rétribués ? Oui Non
- Cotisez-vous pour une caisse de retraite complémentaire ? Oui Non
- Vos charges professionnelles représentent quel pourcentage de votre chiffre d'affaires ? %

V) VOS PROJETS ET VOS INTENTIONS

Savez-vous à quel âge vous prendrez votre retraite ?

Oui Non

Si oui, précisez :

ans

A propos de l'avenir de votre cabinet médical et de sa pérennité :

- Pensez-vous qu'il disparaîtra ? Oui Non
- Pensez-vous pouvoir trouver un successeur ? Oui Non
- Avez-vous songé à une modification de structure prochainement ? Oui Non
- Auparavant, avez-vous déjà eu des projets d'association ? Oui Non
- Cherchez-vous actuellement à vous associer ? Oui Non
- Dans l'optique d'une succession éventuelle, pensez-vous devoir modifier votre exercice ? Oui Non

Seriez-vous prêt à modifier votre mode d'exercice ?

Oui Non

Si oui, vous voudriez le modifier de quelle façon ?

- En créant un cabinet de groupe Oui Non
- En regroupant les professionnels de santé géographiquement proches Oui Non
- En vous associant à une structure existante Oui Non
- En accueillant un nouvel associé Oui Non
- En arrêtant la médecine générale Oui Non
- Autre, précisez :

Si vous ne voulez pas modifier votre mode d'exercice, quelles en seraient les raisons ?

- Trop de frais d'investissement pour l'élaboration du projet Oui Non
- Trop de frais de fonctionnement : secrétaire, chauffage, etc... Oui Non
- Votre âge Oui Non
- Un changement du lieu d'exercice Oui Non
- L'éloignement du domicile qui en découlerait Oui Non
- La peur de la concurrence Oui Non
- L'appréhension du regard des autres confrères Oui Non
- Une perte d'indépendance Oui Non
- Vous aimez votre mode d'exercice actuel Oui Non
- Aucune motivation personnelle Oui Non

Si vous exercez seul, quels sont les éléments qui pourraient vous persuader de créer un regroupement ?

- Implanter la structure sur votre lieu de travail actuel Oui Non
- Diminuer votre charge de travail Oui Non
- Frais d'investissement pris en charge par un tiers Oui Non
- Augmenter le « temps médical » en diminuant les charges administratives Oui Non

Selon vous, quels sont les principaux avantages d'une maison médicale pluridisciplinaire ?

(Cotez de 0 : pas important, à 10 : très important)

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Organiser au mieux son travail et son temps | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avoir des locaux spacieux et fonctionnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avoir un secrétariat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Travailler en collaboration avec des confrères | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Répondre aux besoins de santé de la population | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Echange de pratiques, création d'un compagnonnage et d'une formation médicale au sein même du cabinet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Selon vous, quels seraient les éléments pertinents pour inciter les jeunes médecins à s'installer en cabinet de groupe dans les zones rurales désertifiées ?

(Cotez de 0 : pas du tout pertinent, à 10 : très pertinent)

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Financement de la création de la maison médicale par un tiers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Intérêt du travail en zone rurale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Avantages financiers (exonération de charges,...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Nombre d'associés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Gestion financière de la structure assurée par un organisme public | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Selon vous, quels sont les éléments attractifs d'un lieu d'installation ?

(Cotez de 0 : pas attractif, à 10 : très attractif)

- | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - La proximité d'une ville | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La proximité des structures éducatives (collège, lycée...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Le type d'exercice (urbain, rural) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La présence de la famille à proximité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La vie culturelle et sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - La proximité d'une structure hospitalière | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A votre avis quel est le nombre idéal d'associés médecins généralistes dans un cabinet médical (vous inclus) ?

- 2 3 4 5 6 plus de 6

Commentaires libres :

Annexe 3

**Lettre du Conseil départemental de l'Ordre des médecins
du département des Vosges accompagnant l'envoi du
questionnaire**

Épinal, le 17 mars 2008

Chère Consoeur, Cher Confrère,

Urgence, urgence... !!! Oui, il y a urgence à recueillir l'avis des Médecins Généralistes Vosgiens sur le questionnaire ci-joint (enveloppe réponse pré-timbrée jointe), et ce, pour plusieurs raisons :

- Notre âge moyen est de 52 ans – très peu d'inscriptions de Médecins Généralistes libéraux – Quel devenir pour notre patientèle ? – Quel devenir pour notre patrimoine professionnel ? – Quel devenir pour la médecine générale, la médecine de proximité dans notre département ?
- Le « burn-out », l'abnégation..., l'esclavage nous guettent par la surcharge continue de travail que nous connaissons. Nos structures d'exercice sont-elles vraiment adaptées ?
- L'avenant 27 de la convention médicale (PDS) a été signé prévoyant la rémunération des régulateurs et l'application des tarifs majorés pour les actes samedi 12h – 20h et jours fériés. Or, une lettre comminatoire de la Ministre de la Santé nous impose en préalable de réduire nos secteurs de garde de 32 à 18 secteurs. ARH, DASS, Assurance Maladie, Ordre des Médecins n'ont pas été consultés...

Une première réunion de concertation a eu lieu le 6 mars dernier et la Directrice de la CPAM des Vosges a fort judicieusement d'ores et déjà demandé une dérogation à la CNAM afin d'obtenir dès à présent un financement de l'avenant 27 compte tenu du particularisme géographique et historique de la permanence des soins dans notre département (aucune zone blanche, appels régulés, 100 % des Médecins volontaires).

En sa séance du 10 mars 2008, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Vosges a décidé de prendre votre avis avant toute négociation.

Aussi, il est urgent et indispensable de nous aider dans ces négociations en nous renvoyant rapidement ce questionnaire (enveloppe timbrée jointe).

L'analyse de vos réponses permettra au Conseil Départemental de mener à bien ses missions dans les jours et années à venir.

Merci de votre étroite collaboration.

Nous vous tiendrons bien sûr au courant des résultats de cette enquête.

Confraternellement et amicalement.

Le Secrétaire Général,
Dr Francis DURUPT

Les membres du CD 88

Le Président,
Dr Xavier DEAU

VU

NANCY, le 7 décembre 2009

Le Président de Thèse

Professeur J.D. de KORWIN

NANCY, le 11 décembre 2009

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 17 décembre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Le département des Vosges est un territoire traduisant bien les problèmes de la démographie médicale française. Ce département rural dont la densité médicale est bien inférieure aux moyennes nationale et régionale présente des indicateurs sociodémographiques peu favorables à sa redynamisation.

Face à cette crise démographique locale, nous avons effectué une enquête auprès des 335 médecins généralistes libéraux du département. Les caractéristiques sociodémographiques des médecins suivent les tendances nationales : la féminisation de la profession a une répercussion sur le temps de travail et les aspirations des jeunes médecins changent l'organisation des modes d'exercice. Les médecins vosgiens ne sont d'ailleurs pas opposés à une modification de leur mode d'exercice, notamment en créant ou en confortant des regroupements. Néanmoins on se heurte à des facteurs ne favorisant pas cette évolution comme l'âge des praticiens, les frais d'investissement nécessaires ou tout simplement le désintérêt des praticiens pour de tels projets.

Les propositions émanant de cette enquête et permettant d'améliorer la répartition géographique des médecins généralistes du département doivent s'attacher à :

- optimiser le temps médical au dépens des tâches administratives, grâce à la complémentarité des compétences entre professionnels de santé ;
- favoriser la création des maisons de santé, notamment en milieu rural, et développer la pluralité des modes d'exercice ;
- limiter les mesures coercitives qui ne font qu'accentuer la désaffection de la profession pour les futurs praticiens ;
- développer davantage la découverte et la pratique de la médecine générale durant la formation universitaire.

TITRE EN ANGLAIS :

Demographic survey on general medicine in the Vosges district : investigation through vosgiens General Practitioners and prospects for the future.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2010

MOTS CLEFS :

- Démographie médicale
- Médecins généralistes
- Maison de santé
- Mode d'exercice

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex