

**UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7**  
**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2013

N°

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

**Benjamin BRABANT**  
**Né le 03 aout 1981 à Abbeville**

Présentée et soutenue publiquement le

**Influence des aides incitatives sur l'installation de  
médecins généralistes en zones sous-dotées**

Président de thèse : Professeur Michel NOUGAIREDE

Directeur de thèse : Professeur Maxime BUDOWSKI

**D.E.S. de médecine générale**

**UNIVERSITE PARIS DIDEROT – PARIS 7**  
**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2013

N°

**THESE**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT**  
**DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

**Benjamin BRABANT**  
**Né le 03 aout 1981 à Abbeville**

Présentée et soutenue publiquement le

**Influence des aides incitatives sur l'installation de  
médecins généralistes en zones sous-dotées**

Président de thèse : Professeur Michel NOUGAIREDE

Directeur de thèse : Professeur Maxime BUDOWSKI

**D.E.S. de médecine générale**

## **REMERCIEMENTS**

---

Au Professeur Michel Nougairède,  
Merci d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Au Professeur Maxime Budowski,  
Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Aux Présidents des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, et spécialement le Dr Foulques, Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Somme,  
Merci d'avoir accepté de m'aider dans la réalisation de ma thèse.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer aux entretiens et que je ne peux malheureusement pas nommer pour respecter leur anonymat.  
Merci de m'avoir accordé du temps malgré votre charge de travail importante.

Au Docteur Laurence Baumann,  
Merci pour votre soutien et vos conseils très appréciés.

Au Docteur Corinne Pauchet-Lartisien,  
Merci pour ton aide précieuse à un moment crucial.

Au Professeur Hervé Maisonneuve,  
Merci pour votre « Guide du thésard ».

A Joël Lannes, des Laboratoires Boehringer Ingelheim,  
Merci pour votre participation.

A toute ma famille et mes proches pour leur soutien au cours de ses longues années d'études et spécialement :

A mes parents,  
Merci d'avoir toujours été disponibles, pour votre soutien inconditionnel, vos encouragements, je n'en serais pas là sans vous.

A mon frère, Maxime,  
Merci également pour ton soutien depuis le début, pour la correction de cette thèse.

A mes oncle et tante : Jean-Pierre, Sylvie  
A mes cousins, cousines : Charles, Claire et Marie,  
Merci pour vos encouragements.  
A ma grand-mère qui aurait aimé être parmi nous.

A Caroline,  
Merci de m'avoir supporté.

A mes consultantes informatiques : Marie et Nelly.

A Kako, toujours présente pendant mes révisions.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

---

ARS : Agence Régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement du Service Public

CFE : Cotisation Foncière des Entreprises

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

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

ECN : Examen National Classant

Loi HPST : loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires »

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires

MRS : Mission Régionale de Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

# **TABLE DES MATIERES**

---

LISTE DES ABREVIATIONS	p3
CARTES, GRAPHIQUES, TABLEAUX	p8
INTRODUCTION : Objet, Contexte, Enjeux, Hypothèse, Objectif, Méthodologie, Plan	p9
PREMIERE PARTIE : PRESENTATION	p14
<b>1. Démographie actuelle</b>	p15
1.1 <u>Inégalité de répartition des médecins généralistes : le constat</u>	p15
1.1.1 <i>Evaluation de la répartition des médecins généralistes par la densité</i>	p15
1.1.2 <i>Densité à l'échelle régionale</i>	p17
1.1.3 <i>Densité à l'échelle départementale</i>	p18
1.1.4 <i>Densité à l'échelle du bassin de vie ou canton</i>	p19
1.1.5 <i>Zones déficitaires en 2005</i>	p20
1.1.6 <i>Zones de revitalisation rurale</i>	p21
1.2 <u>Acteurs de la gestion de la démographie</u>	p23
1.2.1 <i>Loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires »</i>	p23
1.2.2 <i>Agences Régionales de Santé</i>	p24
1.2.3 <i>Nouveaux Schémas Régionaux d'Organisation des Soins</i>	p25
1.2.4 <i>Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé</i>	p27
1.2.5 <i>Direction Générale de l'Offre de Soins</i>	p29
1.2.6 <i>Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques</i>	p30
<b>2. Méthodes de régulation de la démographie</b>	p32
2.1 <u>Régulation des effectifs</u>	p32
2.1.1 <i>Numerus clausus</i>	p32
2.1.2 <i>Postes ouverts à la médecine générale au décours de l'ECN</i>	p34
2.1.3 <i>Promotion de la médecine générale</i>	p37
2.2 <u>Régulation de la répartition</u>	p39
2.2.1 <i>Aides financières aux étudiants</i>	p39
2.2.1.1 <i>Contrat d'Engagement du Service Public</i>	p39
2.2.1.2 <i>Indemnités de logement et de déplacement</i>	p40
2.2.1.3 <i>Indemnités d'étude et de projet professionnel</i>	p41
2.2.2 <i>Aides à l'installation et au maintien d'activité</i>	p41
2.2.2.1 <i>Option conventionnelle</i>	p41
<i>Les évolutions : A : option démographie</i>	p43
<i>B : option santé solidarité territoriale</i>	p44
2.2.2.2 <i>Aide au remplacement</i>	p45
2.2.2.3 <i>Aides fiscales</i>	p45
2.2.2.4 <i>Aides des collectivités territoriales</i>	p47

<b>3. Projections démographiques</b>	p48
3.1 <u>Projections de la DREES à l'horizon 2025</u>	p48
3.1.1 <i>Projection centrale</i>	p49
3.1.2 <i>Variante 1</i>	p50
3.1.3 <i>Variante 2</i>	p52
3.1.4 <i>Variante 3</i>	p52
3.2 <u>Projections de 2009 de la DREES à l'horizon 2030</u>	p52
3.2.1 <i>Scénario tendanciel</i>	p52
3.2.2 <i>Variante 1</i>	p55
3.3 <u>Conclusion</u>	p56
<b>4. Mesures envisagées</b>	p57
4.1 <u>Rapport Hubert 2010</u>	p57
4.1.1 <i>Mesures structurelles</i>	p57
4.1.2 <i>Mesures conjoncturelles</i>	p58
4.2 <u>Mesures du Ministre de la santé</u>	p59
4.2.1 <i>Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins</i>	p60
4.2.2 <i>Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé</i>	p60
4.2.3 <i>Investir dans les territoires isolés</i>	p61
<b>5. L'expérience internationale</b>	p62
5.1 <u>Mesures concernant la formation initiale</u>	p62
5.1.1 <i>Augmentation des effectifs globaux</i>	p62
5.1.2 <i>Formations spécifiques</i>	p62
5.1.3 <i>Aides financières aux étudiants</i>	p63
5.2 <u>Mesures de limitation ou de contrainte à l'installation</u>	p63
5.2.1 <i>Limitation d'installation en zone excédentaire</i>	p63
5.2.2 <i>Contrainte à l'installation pour les médecins étrangers</i>	p64
5.3 <u>Mesures d'aides à l'installation ou au maintien de l'exercice en zones prioritaires</u>	
5.3.1 <i>Aides financières</i>	p64
5.3.2 <i>Aides en nature</i>	p65
5.4 <u>Le « GRIS »</u>	p65
DEUXIEME PARTIE : l'ETUDE	p67
METHODOLOGIE	p68
<b>1. Analyse de la littérature</b>	p69
<b>2. Choix de la méthode</b>	p69
<b>3. Choix de la population</b>	p70

RESULTATS	p73
<b>1. Caractéristique de la population</b>	p74
<b>2. Les différents parcours</b>	p75
2.1 <u>Parcours résumés</u>	p75
2.2 <u>Parcours détaillés</u>	p75
2.2.1 <i>Parcours guidés par les aides</i>	p75
2.2.2 <i>Parcours indépendants des aides</i>	p77
2.2.3 <i>Cas particulier</i>	p78
<b>3. Mesures semblant adaptées pour favoriser l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées</b>	p79
<b>4. Aides reçues par les médecins interrogés</b>	p84
<b>5. Information concernant les aides</b>	p86
5.1 <u>Source d'information</u>	p86
5.2 <u>Temps d'information</u>	p86
5.3 <u>Obstacles à l'obtention des aides</u>	p86
<b>6. Influence des aides sur le choix du lieu d'installation</b>	p88
<b>7. Influence des aides sur les conditions d'exercice</b>	p92
<b>8. Motifs d'installation dans les zones sous-dotées</b>	p94
DISCUSSION	p96
<b>1. Résultat principal</b>	p97
1.1 <u>Rôle des aides</u>	p98
1.2 <u>Effets sur les conditions d'exercice</u>	p99
1.3 <u>Manque d'efficacité des aides</u>	p100
<b>2. Résultats secondaires</b>	p102
<b>3. Forces et faiblesses du travail</b>	p106
3.1 <u>Forces</u>	p106
3.2 <u>Faiblesses</u>	p108
3.3 <u>Biais</u>	p110

<b>4. Evaluation des mesures incitatives dans la littérature</b>	p111
<b>5. Changements proposés</b>	p112
<b>6. Ouverture</b>	p114
CONCLUSION	p116
ANNEXES	p118
- Tableau récapitulatif des aides étudiées	p119
- Guide d'entretien	p121
- Tableau des caractéristiques de la population étudiée	p124
BIBLIOGRAPHIE	p129
SUMMARY	p131
RESUME	p132
PERMIS D'IMPRIMER	p133



## **CARTES, GRAPHIQUES, TABLEAUX**

<b>Carte 1</b> : Densité de généralistes libéraux et mixtes par région au 1 <sup>er</sup> janvier 2012	p17
<b>Carte 2</b> : Densité de généralistes libéraux et mixtes par département au 1 <sup>er</sup> janvier 2012	p18
<b>Carte 3</b> : Niveau de dotation des bassins de vie ou pseudo-canton en médecins généralistes libéraux en Picardie (18 décembre 2008)	p19
<b>Carte 4</b> : Zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes en Picardie (2005)	p20
<b>Carte 5</b> : Zones de revitalisation rurale au 1 <sup>er</sup> janvier 2010	p23
<b>Carte 6</b> : Taux de postes affectés par rapport aux postes ouverts par région en 2011	p36
<b>Carte 7</b> : Scénario central : densités régionales en 2002 et 2025	p50
<b>Carte 8</b> : Variante 1 : densités régionales en 2002 et en 2025	p51
<b>Carte 9</b> : Densité de médecins par rapport à la moyenne en France métropolitaine d'après le scénario tendanciel en 2006 et 2030	p54
<b>Graphique 1</b> : L'évolution du numerus clausus des études médicales	p33
<b>Graphique 2</b> : Postes ouverts en médecine générale de 2004 à 2012	p34
<b>Graphique 3</b> : Nombre de postes d'internes de médecine générale proposés et pourvus pour 10 000 habitants aux ECN 2007	p35
<b>Graphique 4</b> : Influence des aides reçues sur le choix du lieu d'installation notée entre 0 et 10	p89
<b>Graphique 5</b> : Répartition des motifs d'installation	p94
<b>Tableau 1</b> : Scénario central : répartition régionale du numérus clausus, des effectifs et des densités en 2002 et 2025	p49
<b>Tableau 2</b> : Numerus clausus et nombre de diplômés dans le scénario central et une variante de modulation des numerus clausus (variante1)	p51
<b>Tableau 3</b> : Nombre et densité de médecins actifs par région en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel	p54

# **INTRODUCTION**

## **OBJET**

L'un des enjeux des politiques de santé consiste à garantir à la population un égal accès aux soins sur tout le territoire. Il faut dans un premier temps assurer une répartition équilibrée entre médecins généralistes et spécialistes, entre professions médicales et paramédicales. La plus grande difficulté réside ensuite dans la répartition géographique de tous ces professionnels afin de permettre un niveau de soins de proximité satisfaisant concernant distance et temps d'accès.

Dans cette optique les politiques de santé cherchent à influencer sur les choix des professionnels en termes d'installation et/ou de maintien dans l'activité. Elles s'appuient sur des études et recherches analysant les déterminants et les motivations du choix du lieu d'installation et du maintien en zone sous-dotée (exemple : le rapport d'étude de la direction de la Sécurité Sociale, réalisé par Eurostaf Kaliopé en 2006 : Enquête auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale, les déterminants du lieu d'installation et la perception des aides à l'installation en zones sous-médicalisées).

Notre travail étudie les mesures incitatives financières visant à lutter contre les inégalités de répartition des médecins généralistes en France métropolitaine.

## **CONTEXTE**

Depuis quelques années, le constat d'une inégalité de répartition des ressources médicales et notamment des médecins généralistes est indiscutable. Ce phénomène risque de s'amplifier dans les années à venir par les départs massifs en retraite, la féminisation de la médecine, le vieillissement de la population, la volonté des jeunes médecins de privilégier leur qualité de vie... Ce problème se retrouve à l'échelle régionale, départementale et à l'échelle du bassin de vie ou canton. Cette dernière dimension est la plus intéressante à suivre car elle reflète la réalité des difficultés d'accès aux soins pour de nombreux français.

Face à cette réalité les pouvoirs publics tentent d'intervenir par le biais de mesures d'incitations à l'installation dans les zones sous-dotées. La mise en place de mesures coercitives est même régulièrement évoquée.

Les moyens de régulation de la démographie médicale sont nombreux. Ils commencent dès la 1<sup>ère</sup> année des études médicales par la fixation du numérus clausus (nombre d'étudiants admis en 2<sup>ème</sup> année des études médicales), puis par la détermination du nombre de postes ouverts pour chaque spécialité et chaque région au décours de l'ECN (examen classant national). Lors de la formation, il existe des mesures pour favoriser le « recrutement » des médecins généralistes, les plus concernés par le problème de répartition des ressources soignantes. Des stages chez les omnipraticiens sont organisés depuis peu de temps, dès le 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales. Les stages ambulatoires réalisés au cours du 3<sup>ème</sup> cycle sont également un moyen de mieux préparer les futurs médecins généralistes et de les sensibiliser à l'exercice professionnel dans les zones sous-dotées. On retrouve également des incitations financières durant les études pour favoriser un exercice futur dans les zones déficitaires (indemnités de logement, de déplacement, d'étude et de projet professionnel, contrat d'engagement du service public). Une fois diplômé, d'autres mesures d'incitation à l'installation en zone sous-dotée existent. La principale aide est la prime à l'activité en adhérant à l'option conventionnelle (avenant n°20 à la convention nationale). Elle sera remplacée prochainement par l'option démographie et l'option santé, solidarité, territoire dès la mise en place du SROS-PRS (schémas régionaux d'organisation des soins-projets régionaux de santé). Des avantages fiscaux sont également accordés aux médecins s'installant dans les zones sous-dotées : exonération d'impôt sur le revenu ou sur les sociétés, exonération d'impôt sur le revenu des PDSA (Permanence de soins ambulatoires), exonération de charges sociales à l'embauche, de taxe professionnelle. Ces aides sont bien sûr attribuées sous certaines conditions qui seront détaillées par la suite. Les collectivités territoriales participent aussi par le biais de divers aides, variables selon les régions. Elles

peuvent mettre à disposition des locaux professionnels, des logements, exonérer les loyers, donner une prime à l'installation ou une prime d'exercice forfaitaire. Parmi toutes ces mesures d'incitation, les aides financières sont largement représentées. **Le tableau récapitulatif des aides étudiées est disponible en annexe.**

## **ENJEUX**

L'un des enjeux de cette étude est d'évaluer l'influence des aides incitatives sur les médecins généralistes installés dans des zones sous-dotées. Existe-t-il un effet d'aubaine ? Représentent-elles une réelle opportunité pour exercer en soins primaires en contribuant à atténuer les inégalités de répartition des professionnels de santé ? Peut-on améliorer leur mise en œuvre ?

## **QUESTION**

Quelle est la part des incitations financières dans le choix d'installation de médecins généralistes récemment installés dans les zones sous-dotées en France métropolitaine ?

## **OBJECTIFS DE LA THESE**

Objectif principal

- Evaluer la part des incitations financières dans le choix d'installation de médecins généralistes récemment installés dans les zones sous-dotées en France métropolitaine.

Objectifs secondaires

- Evaluer la mise en œuvre des aides.
- Rechercher les éventuelles répercussions de ces aides sur les conditions d'exercice professionnel.

## **METHODOLOGIE**

Ce travail de recherche est basé sur une enquête qualitative, à partir d'entretiens téléphoniques individuels, semi-dirigés. Le guide d'entretien est disponible en annexe. L'enquête regroupe 19 médecins généralistes, installés entre 2006 et 2013, en France métropolitaine, dans une zone sous dotée (zone déficitaire et zone de revitalisation rurale). La liste des médecins inclus a été obtenue par l'association de deux méthodes. Certains Présidents de conseils départementaux de l'ordre des médecins ont accepté de me fournir une liste de médecins. Le reste de la liste a été établi en comparant l'annuaire téléphonique avec les cartes des zones déficitaires. Les entretiens ont eu lieu en février et mars 2013. L'analyse des données issues des transcriptions est basée sur la théorie ancrée.

## **PLAN DE LA THESE**

- Première partie : présentation du sujet (démographie actuelle, méthodes de régulation de la démographie, projections démographiques, mesures envisagées, l'expérience internationale)
- Deuxième partie : l'étude (méthodologie, résultats, discussion, conclusion)

# **PREMIERE PARTIE : PRESENTATION**

## **1. DEMOGRAPHIE ACTUELLE**

La France est un des pays les mieux dotés en médecins généralistes mais leur répartition est très inégale. En 2012, la densité de médecins généralistes est en moyenne de 158 pour 100 000 habitants en France métropolitaine, soit un effectif de 99 226. Leur moyenne d'âge est de 51 ans. En tenant compte du mode d'exercice : médecins généralistes libéraux et mixtes, cette densité moyenne baisse à 108 soit un effectif de 67 704 [1].

### **1.1 INEGALITE DE REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES : LE CONSTAT**

#### ***1.1.1 Evaluation de la répartition des médecins généralistes par la densité***

La densité est un indicateur utilisé pour apprécier l'offre de soin. Son calcul s'effectue en rapportant le nombre de professionnels de santé à une population vivant sur une unité géographique définie. Cet indicateur reste indispensable pour apprécier la répartition des ressources soignantes bien que son utilisation soulève quelques remarques.

Le nombre de professionnels de santé peut, ainsi, différer selon la source utilisée. La mise en place du RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) par le décret du 6 et l'arrêté du 10 février 2009 tend à corriger ce problème. Le RPPS a pour but d'identifier les professionnels de santé en exercice, ayant exercé ou susceptibles d'exercer (un numéro RPPS pérenne leur est alors attribué), de suivre l'exercice de ces professionnels, de contribuer aux procédures de délivrance et de mise à jour des cartes professionnelles. Ce répertoire permet également la réalisation d'études et de recherches, ainsi que la production de statistiques relatives aux professionnels répertoriés et de mettre ces données à disposition du public. Le RPPS prend la forme d'un guichet unique où les médecins viennent signaler tout changement dans leur vie professionnelle.



Il convient ensuite, de prendre en considération les caractéristiques de chaque région (âge moyen, constitution socioprofessionnelle...) car une population plus âgée ou défavorisée a une demande en soins plus forte. Certaines régions présentent par ailleurs, des particularités spécifiques comme des variations saisonnières du nombre d'habitants.

Enfin en ce qui concerne l'unité géographique, il faut savoir qu'il n'est tenu compte ni des problèmes d'accessibilité (montagnes...), ni de la dispersion de l'habitat dans certaines zones.

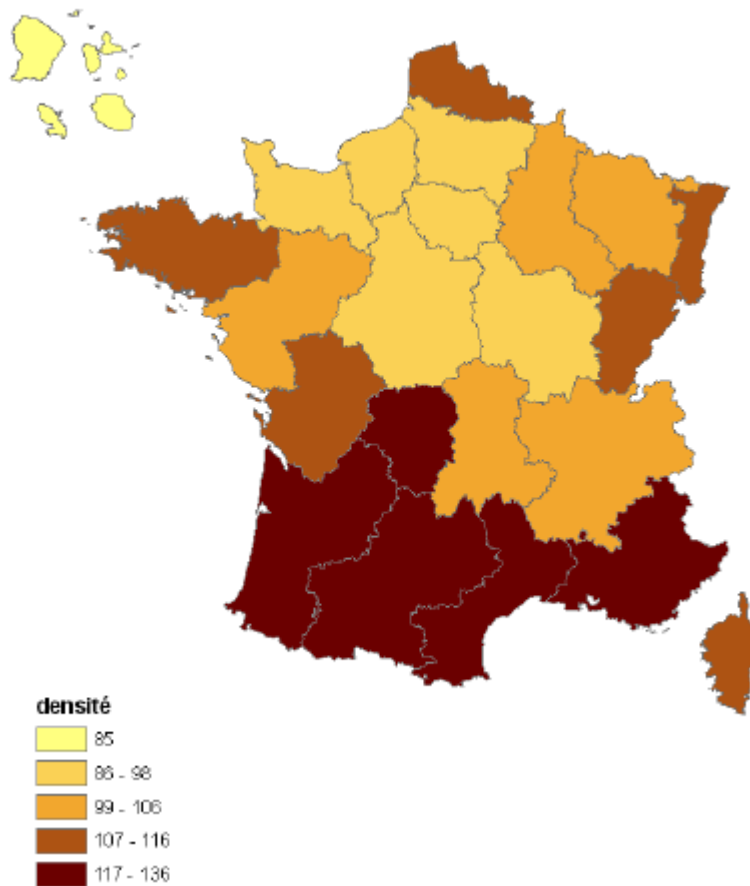
On voit, dès lors, que l'approche par les densités ne permet d'appréhender qu'imparfaitement les difficultés d'accès aux soins de premiers recours car elle ignore certains aspects de l'exercice réel.

Ainsi, depuis une dizaine d'années, la proportion de l'exercice salarié augmente progressivement tandis qu'un peu plus de la moitié des médecins généralistes exercent une médecine de proximité. A cela s'ajoute, les modes d'exercice particulier que sont l'ostéopathie, l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine du sport... le temps de travail des médecins n'entre pas non plus en ligne de compte alors même que le temps médical consacré à l'activité professionnelle tend à diminuer (augmentation des charges administratives, qualité de vie privilégiée...).

Les cartes ci-dessous ne présentent pas la densité des médecins généralistes dans leur ensemble mais uniquement celle des médecins généralistes libéraux et mixtes.

### 1.1.2 Densité à l'échelle régionale

Carte 1 : Densité de généralistes libéraux et mixtes par région au 1<sup>er</sup> janvier 2012



© IGN -DREES 2012.

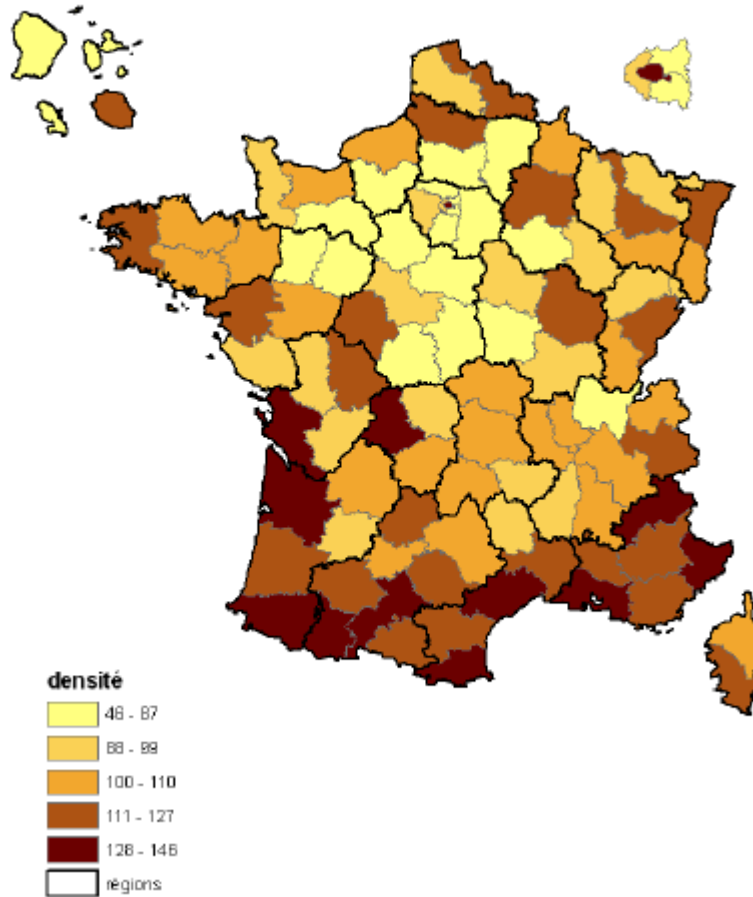
Sources : ASIP - RPPS, traitements DREES, INSEE - estimations de population.

Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

Il existe assez clairement une différence nord-sud. La partie nord de la France regroupe les régions ayant les densités les plus faibles : le Centre (91), la Picardie (92), l'Île-de-France (95), la Bourgogne (96), la Haute-Normandie (96) et la Basse-Normandie (98). 12 régions sur 22 en France métropolitaine, dont 10 dans la moitié nord, ont une densité inférieure à la moyenne nationale (108). La partie sud de la France, attractive, réunit les régions ayant les densités les plus fortes : la Provence-Alpes-Côte-D'azur (136), le Languedoc-Roussillon (132), l'Aquitaine (126), le Limousin (123) et le Midi-Pyrénées (122) [1].

### 1.1.3 Densité à l'échelle départementale

Carte 1 : Densité de généralistes libéraux et mixtes par département au 1<sup>er</sup> janvier 2012



© IGN -DREES 2012.

Sources : ASIP - RPPS, traitements DREES, INSEE - estimations de population.

Densité : nombre de professionnels en activité pour 100 000 habitants

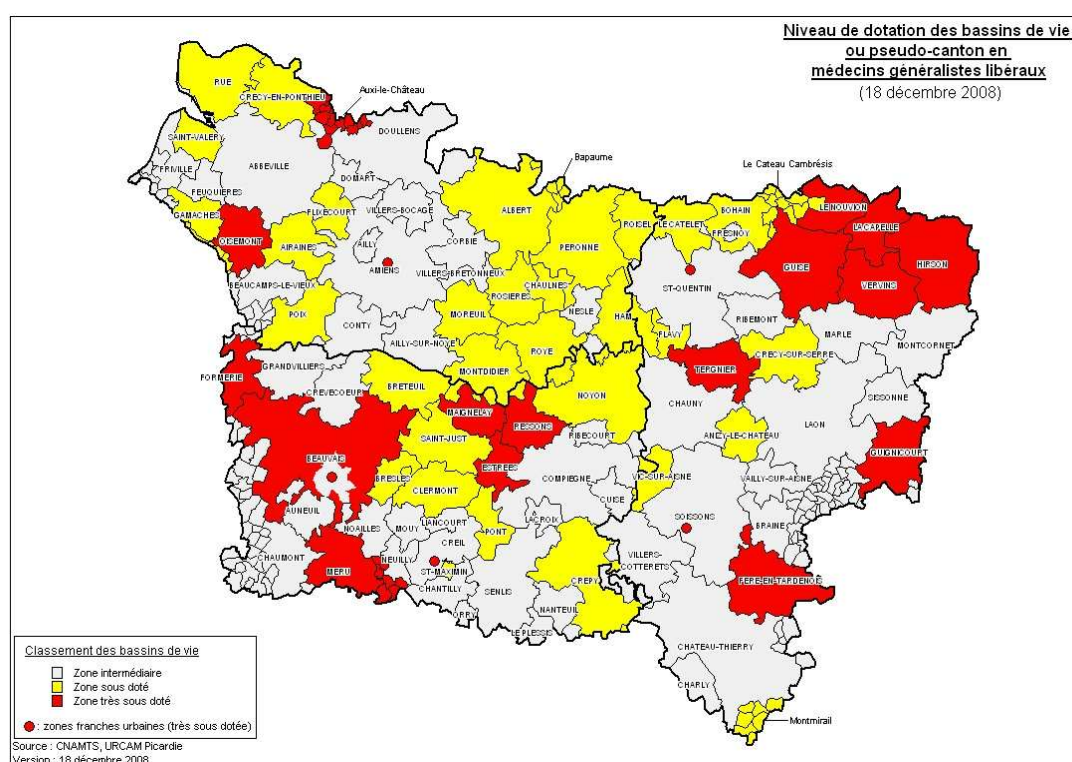
On remarque sur cette carte les disparités masquées à l'échelle régionale mais existantes au sein d'une région, entre les départements. En Picardie, la densité est plus élevée dans la Somme (114) que dans l'Aisne (85) et l'Oise (82). Dans le Centre, la densité est nettement plus élevée en Indre et Loire (115) qu'en Eure et Loir (77), dans le Cher (83), l'Indre (86) et le Loiret (84). Les régions ayant une densité supérieure à la moyenne nationale présentent également des disparités. En Aquitaine, la densité est nettement plus élevée en Gironde (135) et en Pyrénées-Atlantiques (135) que dans le Lot-et-Garonne (98) et dans la Dordogne (102). Dans le Languedoc-Roussillon, la densité est de 146 dans l'Hérault et de 98 en Lozère. Les densités départementales varient de 146, dans l'Hérault à 75 en Seine-Saint-Denis [1].

### 1.1.4 Densité à l'échelle du bassin de vie ou canton

Le bassin de vie est défini par l'INSEE comme étant « le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi ».

Le canton est défini par l'INSEE comme étant « un regroupement d'une ou de plusieurs communes entières » pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants.

Exemple de la Picardie : **Carte 3**



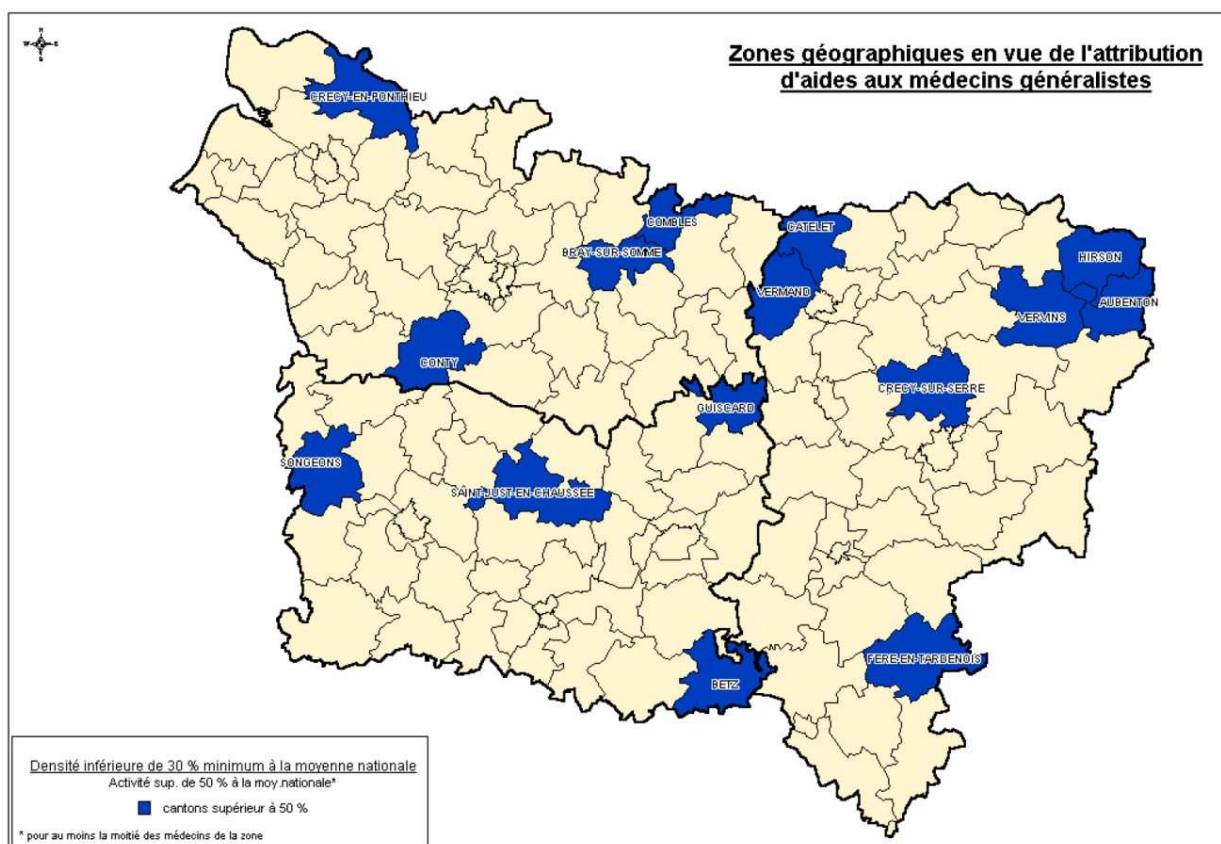
On remarque sur cette carte des disparités, indiscernables à l'échelle départementale, mais visibles à l'échelle du bassin de vie. Ce zonage a permis de définir 119 zones en Picardie dont 82 bassins ruraux. 30% d'entre elles sont moins ou sous-dotées et 27% de la population picarde y réside soit 491 267 habitants. En 2008, la Picardie se positionnait comme la région la plus déficitaire en France [2]. Ce type d'évaluation de la répartition des médecins généralistes libéraux (à l'échelle du bassin de vie ou canton) semble être le plus pertinent pour estimer l'offre de soins de premier recours.

### 1.1.5 Zones déficitaires en 2005

Les Missions Régionales de Santé étaient responsables de la définition des zones déficitaires en matière de médecins généralistes, avant la création des ARS actuellement en charge de cette tâche. La circulaire DHOS-UNCAM du 14 janvier 2005 définissait comme il suit les critères d'une zone sous-médicalisée :

- Densité : Une densité de médecins généralistes inférieure de 30% minimum à la moyenne nationale (10.2 médecins pour 10 000 habitants en 2003)
- Activité : Une activité (consultations et visites) supérieure de 30 à 50 % à la moyenne nationale, pour plus de la moitié des médecins généralistes de la zone. (5200 actes par médecins en 2003) [2].

Exemple de la Picardie : **Carte 4 (Source : URCAM Picardie)**



Ces zones ont été définies par les MRS de chaque région en 2005, en vue de l'attribution des aides aux médecins généralistes. Elles concernaient, à cette période, 1600 médecins généralistes et 4500 communes [3]. Même si ces zones sont bien présentes sur la carte de 2008, on remarque que l'échelle du bassin de vie permet de mettre en évidence de nouveaux secteurs sous-dotés. L'actualisation du zonage par l'utilisation de critères plus appropriés était donc nécessaire pour être au plus proche de la réalité de l'accès aux soins. C'est un des enjeux de la loi HPST avec l'établissement de nouveaux schémas régionaux d'organisations des soins par chaque ARS.

### ***1.1.6 Zones de revitalisation rurale (ZRR)***

#### **Définition**

Les Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) sont des zones rurales défavorisées caractérisées par un faible niveau de développement économique. Elles sont des innovations de la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995 (modifiée par la loi relative au développement des territoires ruraux du 23 février 2005) complétant le dispositif des territoires ruraux de développement prioritaire.

Les Zones de Revitalisation Rurale ont pour objectif d'assurer les mêmes chances à l'ensemble des citoyens quelle que soit leur localisation sur le territoire national. Elles bénéficient d'aides destinées à favoriser le développement économique (principalement des mesures d'allègements de charges fiscales ou sociales qui seront détaillées par la suite (chapitre 3.2.2.3)).

#### **Les critères du zonage [4]**

Critères démographiques :

- être incluse dans un canton ayant une densité inférieure ou égale à 31 hab/km<sup>2</sup>;

- ou bien être incluse dans un arrondissement ayant une densité inférieure ou égale à 33 hab/km<sup>2</sup>;
- ou bien appartenir au 1er janvier 2005 à un EPCI (Etablissement public de Coopération Intercommunale) à fiscalité propre dont le territoire a une densité inférieure ou égale à 31 hab/km<sup>2</sup>.

Critères socio-économiques (une fois qu'un des critères démographiques est satisfait, il faut répondre à un des 3 critères suivants, sauf pour les communes appartenant à un canton dont la densité est inférieure ou égale à 5 hab/km<sup>2</sup>, classées directement en ZRR) :

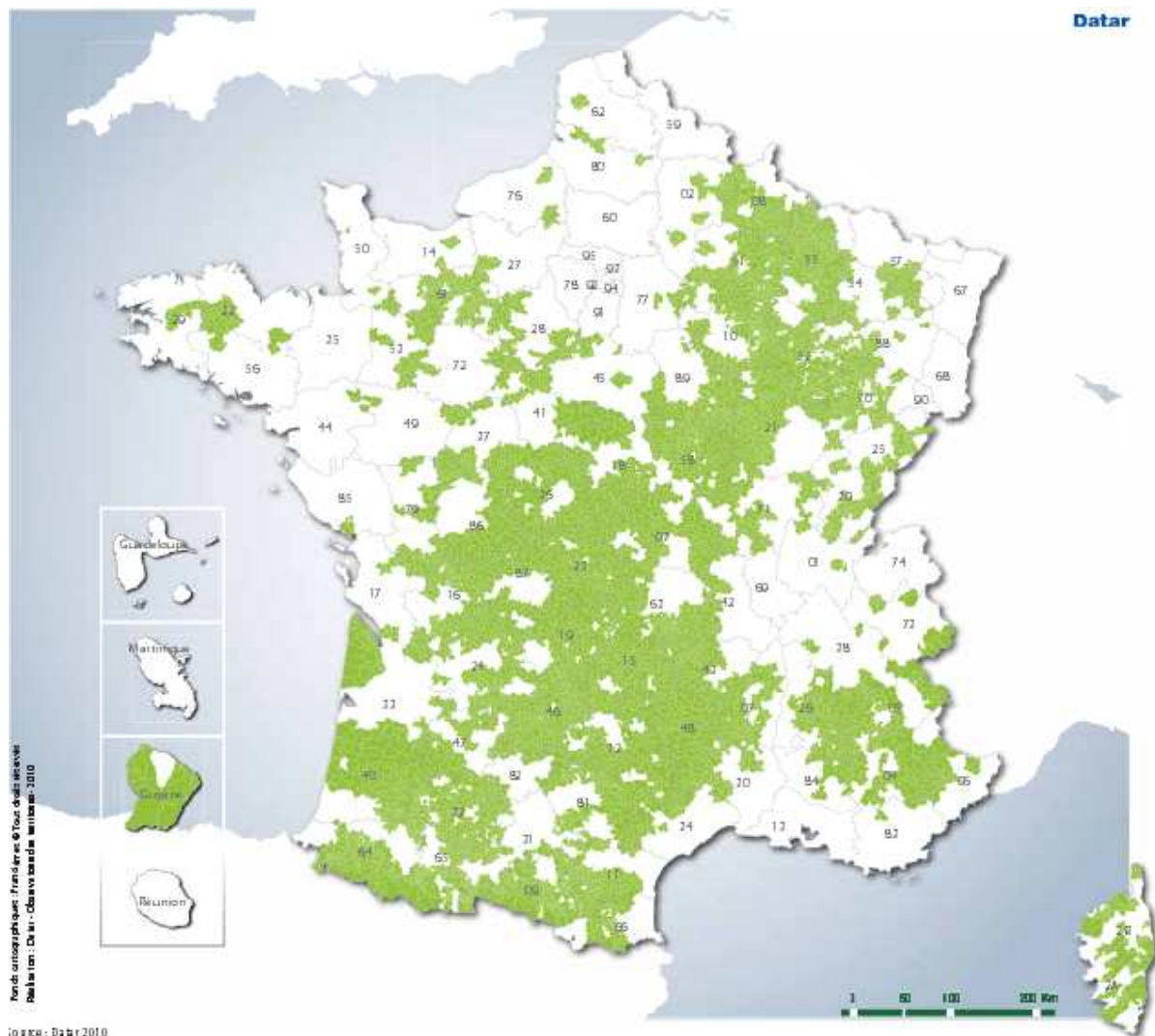
- avoir connu une perte de population
- ou bien avoir connu une perte de population active;
- ou bien avoir un taux de population active agricole supérieur au double de la moyenne nationale (c'est-à-dire supérieur à 8.3% de l'ensemble de la population active).

Un critère institutionnel :

Il faut appartenir à un EPCI à fiscalité propre. Afin d'inciter à l'intercommunalité, les communes qui se regroupent ou qui se rapprochent d'un EPCI existant permettent à l'ensemble de l'EPCI de bénéficier de leur classement en ZRR si elles représentent plus de 50% de la population de celui-ci. A contrario, elles conservent le bénéfice de leur classement en ZRR à titre individuel si elles satisfont aux critères sans représenter 50% de la population de l'EPCI.

### **L'actualisation**

La liste constatant le classement des communes en ZRR est établie et révisée chaque année par arrêté du Premier ministre en fonction des créations, suppressions et modifications de périmètres des EPCI à fiscalité propre constatées au 31 décembre de l'année précédente.

**Carte 5 : Zones de revitalisation rurale au 1<sup>er</sup> janvier 2010**

## **1.2 ACTEURS DE LA GESTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE**

### **1.2.1 *Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST)***

La loi HPST a été adoptée le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat, parue au journal officiel le 22 juillet 2009. Elle a été élaborée à l'issue d'un long processus de concertation et d'échanges et des débats issus notamment de la commission Larcher, des états généraux de l'organisation des soins (EGOS) et des conclusions des rapports Ritter et Flagolet. La loi est un projet d'organisation sanitaire et non de financement. Elle doit permettre de mettre en place une offre de soins graduée de qualité,



accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. Cette loi acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé.

Elle propose, en quatre grands titres, une réorganisation globale du système de soins, en traitant prioritairement les problématiques suivantes : les déserts médicaux, le découplage entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, la performance des hôpitaux, l'attractivité des métiers de santé, la santé des jeunes et d'une manière générale, de la coordination du système de santé. Tout cela étant rendu possible par la création des ARS (Agences Régionales de Santé).

### ***1.2.2 Agences Régionales de Santé (ARS)***

Les ARS ont été créées par la loi HPST dans son article 118.

L'ARS rassemble au niveau régional les ressources de l'Etat et pour partie de l'Assurance maladie, pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public de la santé. Elle met un terme au cloisonnement des compétences et des autorités publiques en matière d'administration de la santé. L'ARS regroupe en une seule entité les organismes suivants : directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), agences régionales de l'hospitalisation (ARH), groupements régionaux de santé publique (GRSP), unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), missions régionales de santé (MRS) et le volet hospitalier de l'assurance maladie composé d'une partie du personnel des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), du régime social des indépendants (RSI), de la mutualité sociale agricole (MSA), des directions régionales du service médical (DRSM).

Les ARS, établissements publics, constituent désormais l'institution administrative régionale unique dépendant des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. Favorisant une organisation mieux ancrée dans les territoires et davantage décentralisée, au plus proche des besoins des patients, elles

représentent un dispositif administratif plus lisible et plus accessible pour les professionnels de santé, les usagers, les élus, les gestionnaires d'établissements ou de services. Les deux objectifs prioritaires pour les ARS sont d'améliorer d'une part la santé de la population et d'autre part, l'efficacité du système avec les moyens dont dispose chaque territoire.

Le large champ d'intervention de l'ARS inclut la santé publique et l'organisation de l'offre de soins.

La santé publique comprend la prévention (campagnes contre le cancer, l'obésité, le diabète...), la promotion de la santé (favoriser une bonne hygiène de vie) ainsi que la veille et la sécurité sanitaires (qualité de l'environnement, contrôle des établissements, veille épidémiologique...).

L'organisation de l'offre de soins désigne l'organisation des professionnels et des établissements de santé (hôpitaux, cliniques) mais également des structures d'accueil médico-social (maisons d'accueil pour les personnes âgées et les personnes handicapées).

Les ARS décident des projets régionaux de santé (PRS) permettant la mise en œuvre des plans stratégiques régionaux de santé fixant les orientations des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (SROS) et d'organisation médico-sociale.

### ***1.2.3 Nouveaux Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS)***

Initialement appelé schéma régional d'organisation sanitaire, le SROS était auparavant destiné à planifier quantitativement et qualitativement la santé publique, en cherchant à répondre à la fois aux besoins des patients et aux nécessités de planification sanitaire. Il s'appuyait sur les données et états des lieux provenant d'enquêtes de santé. Trois générations se sont succédées en 15 ans. Le SROS I, de 1991 à 1999, a été initié par les pouvoirs publics par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1971 portant réforme hospitalière. Il était axé sur l'offre de soins et sans instance de pilotage autre que les services de l'Etat via

la DRAS. Le SROS II, de 1999 à 2004, visait à structurer des réseaux autour d'un contrat d'objectif de moyens tenant compte des bassins de santé pour une offre de soin rationalisée. Il était piloté par l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation). Le SROS III, de 2006 à 2011, a été développé en même temps qu'une réforme des établissements de santé (tarification T2A, plan hôpital 2007) et un cadrage du champ général de la santé publique par la loi relative à la politique de santé publique. Il cherchait à simplifier la planification hospitalière et englobait les soins préventifs, curatifs, palliatifs et de proximité, la santé mentale et physique, le travail médico-social et social. Piloté lui aussi par l'ARH, le SROS III a créé la notion de territoire de santé et de projet médical de territoire à l'échelle des régions.

La loi HSPT a modifié le SROS qui devient le schéma régional d'organisation des soins (et non plus sanitaire). Il comporte deux innovations majeures par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire : son intégration au sein du PRS (projet régional de santé) et l'extension de son champ d'application à l'offre de soins ambulatoires. Désormais appelé SROS-PRS il constitue un outil opérationnel de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé, document comportant notamment l'évaluation des besoins de santé et de l'offre de soins et la détermination des orientations et objectifs stratégiques de la région en matière de santé.

L'élaboration de la partie relative à l'offre de soins ambulatoires du SROS doit suivre trois principes d'action. La construction du projet doit nécessairement se faire en lien et en concertation avec les acteurs de terrain. Seules les priorités partagées avec les professionnels de santé libéraux et les élus locaux obtiendront la légitimité nécessaire à leur mise en œuvre sur le terrain. Ensuite, l'approche pragmatique doit être privilégiée, dans un contexte de libre choix du patient et de liberté d'installation des médecins. Enfin, les priorités d'action doivent être ciblées sur les zones fragiles [5].

### ***1.2.4 Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)***

#### **La composition**

L'Observatoire National de la Démographie Des Professions de Santé a été créé en 2003. Il regroupe, sous l'autorité du président, nommé pour trois ans, un conseil d'orientation et des comités régionaux. Le conseil d'orientation est composé de douze personnalités qualifiées nommées par arrêté et de six membres de droit. Les douze personnalités qualifiées sont en 2010 : la présidente du CNOP (conseil de l'ordre des pharmaciens), la vice-présidente du CNOSF ( conseil national de l'ordre des sages-femmes), la présidente de l'ISNAR-IMG (intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale), le directeur de l'IRDES (institut de recherche et de documentation en économie de la santé), la présidente du collège des orthophonistes, le président du CNOM (conseil national de l'ordre des médecins), la vice-présidente de l'ISNIH (intersyndical des internes des hôpitaux), le président du CNGE (conseil national des généralistes enseignants), un professeur de géographie à l'université de Nanterre, le président du CISS (collectif inter-associatif sur la santé), un enseignant-chercheur à l'EHESP (école des hautes études de santé publique) et un directeur des soins d'un CHU. Les six membres de droit sont : le directeur général de la santé, le directeur général de l'offre de soins, le directeur de la sécurité sociale, le directeur de la recherche, des études et des statistiques, le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, le directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Les comités régionaux présidés par les ARS sont constitués par: les doyens des facultés de médecine ou leurs représentants, le président du conseil régional de l'ordre de chaque profession de santé ou son représentant, un représentant régional de la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, de la fédération hospitalière de France et de la fédération de l'hospitalisation privée, le président du conseil régional ou son représentant, un représentant des médecins en formation et des autres

professionnels de santé en formation, le président de chaque union régionale des professionnels de santé ou son représentant et un représentant des associations de patients agréées. Des chercheurs ou des experts appartenant aux institutions d'observation, d'enseignement ou de recherche dans le domaine sanitaire et social, ou dont la compétence est reconnue dans le domaine des études de santé, de l'économie de la santé ou de la démographie peuvent être associés aux travaux en fonction des sujets examinés.

### **Les missions**

Il rassemble les données harmonisées nécessaires aux analyses régionales et nationales relatives à la démographie des professionnels de santé, à leur implantation sur le territoire, à leurs modes d'exercice, notamment pluri-professionnel, et à l'accès aux soins.

A partir des propositions des comités régionaux, il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision.

Il définit le cadrage et apporte l'appui méthodologique pour la production de données et d'indicateurs harmonisés et contribue à leur analyse.

Il synthétise et diffuse les travaux d'observation, d'études et de prospective réalisés, notamment au niveau régional.

Il promeut les initiatives et études de nature à améliorer la connaissance des conditions d'exercice des professionnels, de l'évolution de leurs métiers, et de la réponse à apporter aux besoins de santé de la population, dans le cadre des différents modes d'accès aux soins.

### ***1.2.5 Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS)***

Au sein du ministère de la santé, la Direction Générale de l'Offre de Soins se substitue depuis le 16 mars 2010 à la DHOS (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins). L'organisation de la DGOS s'inscrit dans le cadre de la loi HPST et de la réforme de la gouvernance du système de santé, concrétisée par la création des ARS. On passe d'une logique d'expertise à une logique de pilotage stratégique, de contrôle, d'évaluation et d'animation. Les trois grands objectifs sont : promouvoir une approche globale de l'offre de soins, assurer une réponse adaptée aux besoins de prise en charge des patients et des usagers, garantir l'efficacité et la qualité des structures de soins.

L'organigramme de la DGOS se compose :

- au niveau de la direction générale, d'un département « Stratégie ressources ». Ce département organise le dialogue de la DGOS avec les cabinets ministériels concernés, le secrétaire général des ministères sociaux et, plus globalement, avec les partenaires de la direction. Il comprend : une mission chargée de la stratégie, de la veille, de la prospective, des relations internationales et du pilotage des opérateurs, une mission chargée des usagers de l'offre de soins, une mission chargée des affaires réservées et de la communication, une mission de l'administration générale ;
- rattachées à un chef de service, d'une cellule chargée du contrôle de gestion et du suivi opérationnel des relations avec les opérateurs de la direction, d'une cellule chargée de la coordination des affaires juridiques et du droit communautaire, d'une unité chargée du système d'information décisionnel et des statistiques de la direction ;

- rattachées au chef de service, de 3 sous-directions :
  - la sous-direction de la régulation de l'offre de soins,
  - la sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
  - la sous-direction des ressources humaines du système de santé.

Par ailleurs, la création de la DGOS s'accompagne de l'instauration d'un comité stratégique (COSTRAT). Présidé par le directeur général, il réunit notamment l'équipe de direction restreinte, le directeur de l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), de l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) et du CNG (centre national de gestion) ainsi qu'un représentant des directeurs généraux d'ARS.

#### ***1.2.6 Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)***

La Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques est une direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux. Elle agit sous la tutelle du ministère de l'économie et des finances, du ministère des affaires sociales et de la santé et du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Elle a été mise en place par le décret du 30 novembre 1998 et fait partie du service statistique public. Sa mission prioritaire est de doter ses ministères de tutelle, les services déconcentrés ainsi que les établissements, organismes et agences gravitant dans leur orbite, d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation sur leur action et leur environnement. Pour ce faire, elle fournit aux décideurs publics, aux citoyens, et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales.

Une de ses sous-directions conduit les études concernant les politiques sanitaires, le système de santé et l'assurance maladie. Responsable de la coordination du système statistique en

matière de santé, elle élabore les statistiques et analyses relatives aux établissements de santé (activité de soins des établissements, caractéristiques des personnels et des patients), aux professions de santé (démographie, activité, revenus, filières de formation, rôle dans l'offre de soins et dans le fonctionnement du système de santé), à l'état de santé de la population et au financement du système de santé (dépenses de santé des ménages, couverture maladie, marché du médicament, situation économique des établissements de santé).



## **2. METHODES DE REGULATION**

La régulation de la démographie médicale est multifactorielle. Ces facteurs sont plus ou moins contrôlables. On distingue les moyens de réguler les effectifs de médecins généralistes et les mesures visant à réguler leur répartition.

Les facteurs influençant les effectifs sont : le numerus clausus, le nombre de postes ouverts à la médecine générale au décours de l'ECN et la promotion de la médecine générale au cours des études médicales.

Les mesures d'incitation à l'installation en zones sous-dotées sont : les aides financières aux étudiants et les aides à l'installation et au maintien d'activité en zones sous-dotée avec notamment les primes à l'activité, les exonérations fiscales et les aides des collectivités territoriales et leurs groupements.

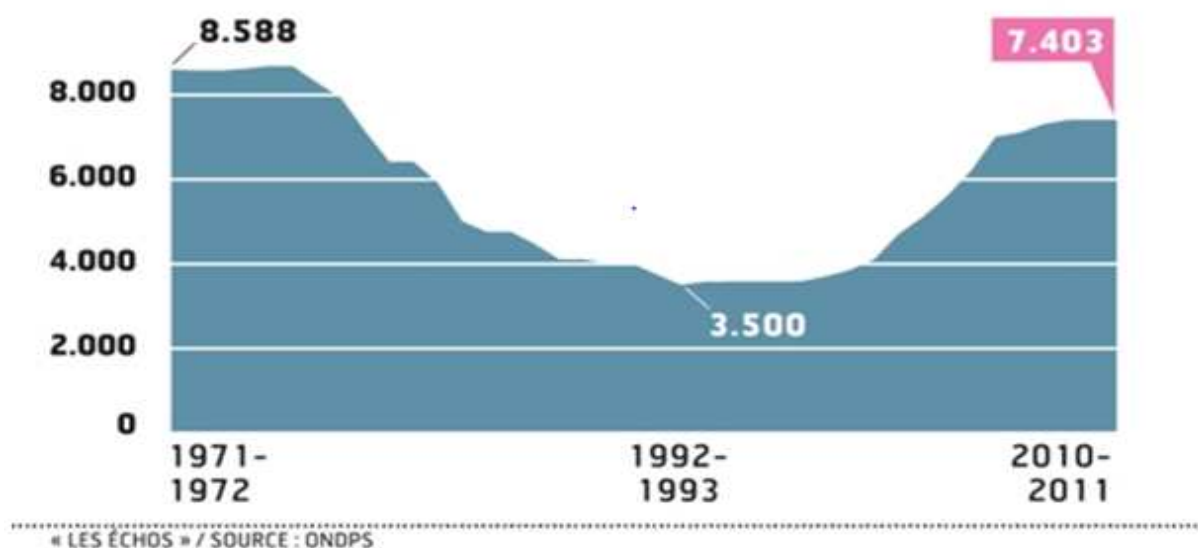
### **2.1 REGULATION DES EFFECTIFS**

#### ***2.1.1 Numerus clausus: condition nécessaire mais non suffisante***

Le numerus clausus a été institué pendant l'année universitaire 1971-1972. Sa modulation pour les études médicales constitue un des premiers leviers d'action sur la démographie médicale. Le numerus clausus est fixé chaque année par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Sa détermination est une étape primordiale pour définir les effectifs médicaux futurs. Avant d'envisager de corriger les inégalités de répartition des médecins en France, il faut au moins avoir les effectifs adaptés aux besoins de la population. Un constat est aujourd'hui partagé par tous : le volume de ces effectifs est une condition nécessaire mais insuffisante pour garantir l'accès aux soins car il ne garantit pas une disponibilité homogène des ressources soignantes sur le territoire. La formation d'un

étudiant dans une région sous-dotée ne garantit pas son installation dans cette région, et encore moins dans une zone sous-dotée. De plus, compte tenu de la durée des études de médecine, les modifications de numerus clausus ne produisent des effets que 10 à 12 ans plus tard. D'où la nécessité d'anticiper sur les besoins à venir.

**Graphique 1 : L'évolution du numerus clausus des études médicales**

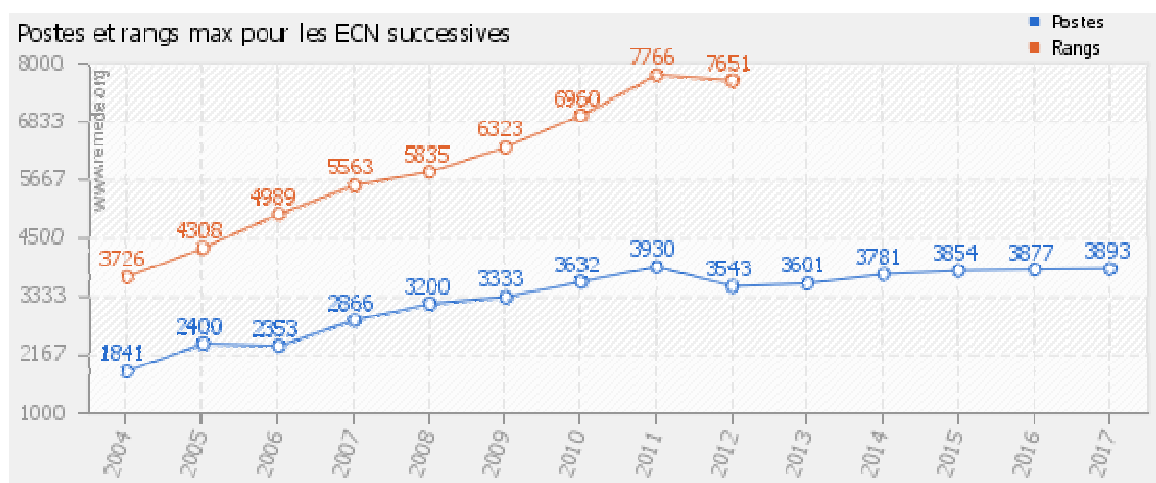


Le numerus clausus a d'abord été fixé à 8588 en 1971-1972, puis diminué progressivement pour atteindre son minimum en 1992-1993 à 3500. Cette baisse a été décidée suite à une sensation de pléthore médicale. Elle avait pour but, en diminuant le nombre d'acteurs médicaux, de parvenir à une maîtrise des dépenses de santé et de maintenir les revenus des médecins. Devant l'apparition d'une pénurie de médecins, le numerus clausus a été relevé pour atteindre 7403 en 2010-2011. Les Etats généraux de l'organisation de la santé (2007-2008) ont mis en évidence que le numerus clausus et sa répartition n'étaient pas fixés à partir d'une évaluation suffisamment précise des besoins de santé de la population dans chaque territoire. Il était souvent calculé en fonction du nombre de bacheliers de chaque académie et des structures de formations existantes, ce qui avait pour effet de continuer à privilégier les zones les mieux dotées. Depuis 2009, le numerus clausus est arrêté en fonction des besoins de la population, de la réduction des inégalités géographiques et des capacités de formation.

### 2.1.2 Postes ouverts à la médecine générale au décours de l'ECN

Le nombre d'internes varie évidemment d'une région à l'autre. Les régions les plus peuplées en rassemblent le plus grand nombre. Une des mesures visant à corriger les inégalités de répartition de médecins généralistes consiste à ajouter à l'augmentation du numerus clausus l'ouverture d'un nombre plus important de postes en médecine générale dans les régions sous-dotées. Cette augmentation doit bien sûr tenir compte des capacités d'accueil et de formation. En 2005, la proportion de postes ouverts était de 50%. Elle sera de 54% en 2014.

**Graphique 2 : Postes ouverts en médecine générale de 2004 à 2012 ; source : [www.remede.org](http://www.remede.org)**

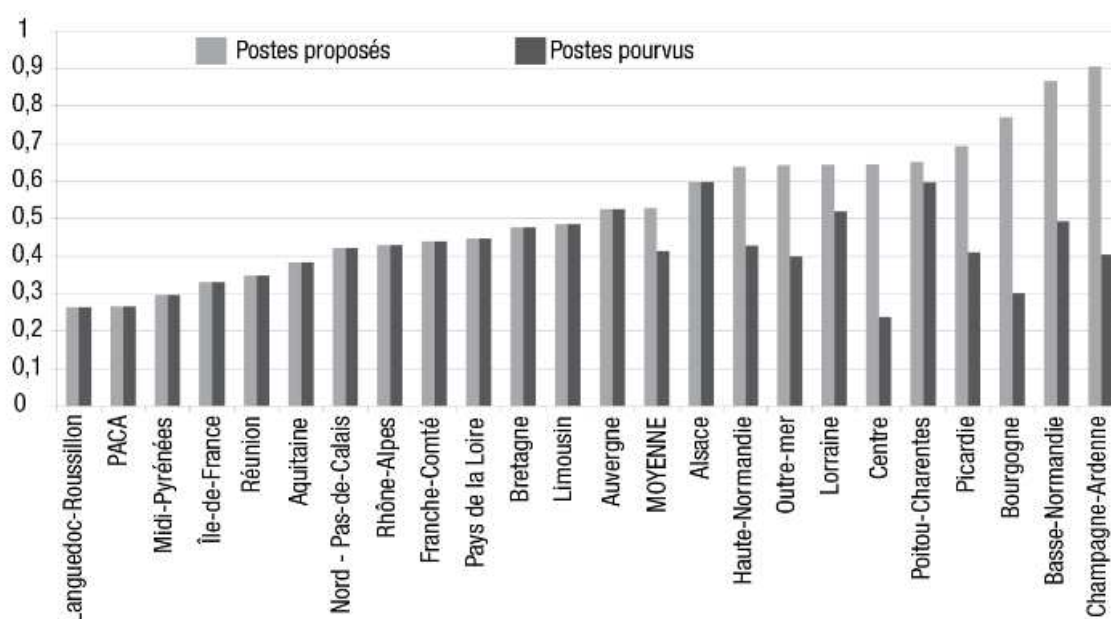


Le graphique ci-dessus montre l'importante augmentation de postes ouverts à la médecine générale associée à une élévation du numerus clausus : 1841 postes en 2004, 3930 postes en 2011.

Deux phénomènes limitent l'impact de cette ouverture de poste.

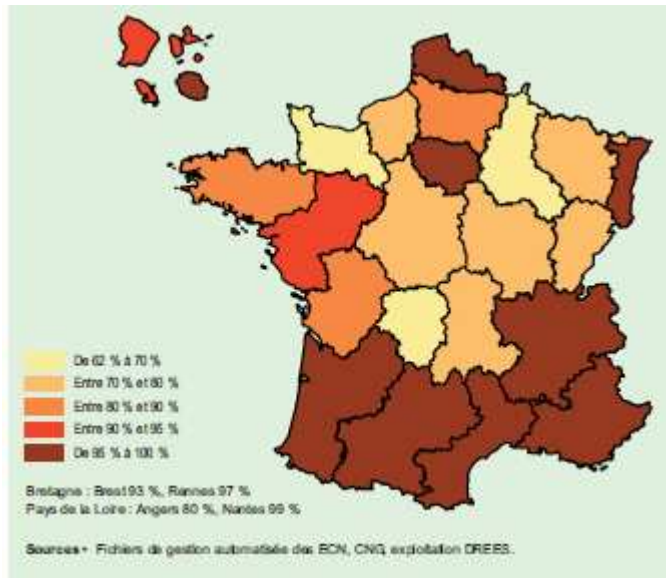
**Premièrement**, la médecine générale reste la seule spécialité dans laquelle des postes restent vacants.

**Graphique 3 : Nombre de postes d'interne de médecine générale proposés et pourvus pour 10 000 habitants aux ECN 2007**



Sources : JO.

Dans le graphique ci-dessus est présenté le nombre de postes d'internes de médecine générale proposés et pourvus pour 100 000 habitants aux ECN 2007. On peut constater que tous les postes proposés ne sont pas pourvus. La prise en compte de ces postes non pourvus permet de caractériser la situation de chacune des régions. Toutes les régions ayant des postes vacants sont des régions ayant une densité médicale inférieure à la moyenne nationale (Champagne-Ardenne, Basse-Normandie, Bourgogne, Picardie, Poitou-Charentes, Centre, Lorraine, Haute-Normandie). Les régions de fortes densités (Provence-Alpes-Côte-D'azur, Aquitaine et Languedoc-Roussillon) ont des taux d'affectation à 100%.

**Carte 6 : Taux de postes affectés par rapport aux postes ouverts par région en 2011**

La carte ci-dessus datant de 2011 met bien en évidence l'attractivité de chaque région. Globalement, la partie Nord de la France qui rassemble les régions de faibles densités, présente un faible taux d'affectation des postes ouverts aux internes de médecine générale. A l'inverse, le sud de la France a des taux d'affectation de 100%.

De 2007 à 2011 la situation est donc restée plus ou moins la même.

**Deuxièmement**, le choix de la filière médecine générale ne garantit pas que les diplômés exercent dans leur région de formation ni qu'ils exercent la médecine de premier recours. En effet sur 12660 postes ouverts en médecine générale de 2004 à 2008, on dénombre seulement 1352 médecins spécialistes en médecine générale (par le DES, depuis 2004) exerçant en libéral (soit 11% des postes ouverts) [6].

Ainsi, l'augmentation de postes ouverts en médecine générale dans les régions ayant une densité inférieure à la moyenne nationale ne suffit pas à corriger les inégalités de répartition de médecins généralistes entre les régions, bien que cela atténue le phénomène. Les projections de la DREES développées par la suite, confirment ce fait.

### ***2.1.3 Promotion de la médecine générale***

#### **- Promotion de la médecine générale dès le 2<sup>ème</sup> cycle**

Comme le stipule le dossier de presse « Réponse au défi de la démographie médicale » du 25 janvier 2006, la médecine générale doit être mieux connue par les étudiants en médecine notamment en généralisant un stage ambulatoire auprès de médecins généralistes au cours du 2<sup>ème</sup> cycle des études. Il a un double objectif de formation et de sensibilisation des étudiants à cette spécialité. Ce stage était théoriquement prévu par l'arrêté du 4 mars 1997 mais n'était pas mis en œuvre. Il est actuellement proposé aux étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle depuis la rentrée 2006. Avant 2006, la médecine générale n'était pas une spécialité connue des étudiants entrant dans le 3<sup>ème</sup> cycle des études, les stages de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle étant exclusivement hospitaliers. En 2010, la proportion d'étudiants ayant effectué ce stage était seulement de 37% [7].

Il est encore trop tôt pour en évaluer les éventuels effets bénéfiques sur le recrutement de médecins généralistes.

#### **- Promotion des stages ambulatoires en médecine générale au cours du 3<sup>ème</sup> cycle**

##### **Stage « classique » chez le praticien/ Stage de niveau 1**

Ce stage, obligatoire pour les internes de médecine générale, s'effectue auprès de praticiens généralistes agréés, dits « maitres de stage », au sein d'un cabinet de ville, entre le 2<sup>ème</sup> et le 5<sup>ème</sup> semestre. Plusieurs maitres de stage sont attribués à l'étudiant afin d'ouvrir son champ d'exploration. Le stage est intégré à la maquette de médecine générale. Il comporte une phase d'observation au cours de laquelle l'étudiant se familiarise avec l'environnement professionnel, une phase d'exercice semi-actif au cours de laquelle l'étudiant exécute des actes en présence du maitre de stage et une phase d'exercice actif où l'étudiant accomplit des actes seul.

## **SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée)/ Stage de niveau 2**

Ce stage ne peut être réalisé qu'après avoir validé le stage de niveau 1. Facultatif, il est intégré à la maquette de médecine générale et a lieu au 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> semestre. L'étudiant est en autonomie complète au sein d'une structure de médecine générale reconnue par la faculté. Il bénéficie d'une supervision indirecte (révision des dossiers avec le maître de stage à distance des consultations), d'un recours en supervision directe et d'un recours téléphonique (astreinte téléphonique du maître de stage). En 2010, seulement 30% des internes de médecine avaient effectué ce stage [7].

## **Nouveaux stages ambulatoires de médecine générale**

Depuis l'arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, deux semestres initialement hospitaliers sont désormais ouverts au secteur ambulatoire afin de favoriser une meilleure formation à la médecine générale. Cela concerne le semestre au titre de la pédiatrie et/ou gynécologie et le semestre dit « libre ».

Ces stages de médecine générale sont l'occasion d'une réelle découverte de l'exercice professionnel et des spécificités de la médecine de premier recours. Au cours du 2<sup>ème</sup> cycle, ils peuvent susciter de véritables vocations pour des étudiants n'envisageant pas de faire carrière dans la médecine générale. Au cours du 3<sup>ème</sup> cycle, ils permettent de mieux se préparer à l'exercice futur. Promouvoir la médecine générale pour recruter de futurs médecins généralistes est une première étape dans la correction des inégalités de répartition sur le territoire.

## **2.2 REGULATION DE LA REPARTITION**

Le tableau récapitulatif des aides est disponible en annexe.

### ***2.2.1 Aides financières aux étudiants***

Il existe actuellement trois aides à disposition des étudiants dans le cadre de la lutte contre les déserts médicaux : le contrat d'engagement du service public, les indemnités de logement/déplacement et les indemnités d'études/de projet professionnel.

#### ***2.2.1.1 Contrat d'engagement du service public (CESP)***

Cadre légal : instauré dans le cadre de la loi « hôpital, patient, santé, et territoire » (HPST) du 21 juillet 2009. Le décret n°2010-735 du 29 juin 2010 prévoit la mise en place du CESP.

Mise en œuvre par le centre national de gestion de l'ARS.

Personnes concernées : Etudiants en médecine à compter de leur deuxième année d'études et jusqu'à la fin de leur formation (fin de l'internat). Le nombre de bourses fait l'objet d'un arrêté annuel par le ministère de la santé.

Engagement :

- Exercer leurs fonctions à titre libéral, salarié, ou mixte, à compter de la fin de leur formation, dans les lieux d'exercice spécifiques proposés par les agences régionales de santé, dans des zones où la continuité des soins fait défaut.
- Exercer à un tarif conventionnel.
- Exercer pour une durée équivalente à celle du versement de l'allocation, avec un minimum de deux ans.

Adhésion : Le dossier de candidature est à déposer à l'unité de formation et de recherche de médecine puis soumis à l'avis de la commission de sélection (directeurs de l'UFR, de l'ARS, présidents du CNOM, de l'URPS, directeur d'un établissement public de santé de la région,



d'un interne et d'un étudiant en médecine). L'étudiant passe un entretien individuel afin d'apprécier le projet professionnel. Les dossiers sélectionnés sont ensuite envoyés au centre national de gestion (CNG) qui décide de la signature des contrats.

Avantages conférés par l'adhésion au contrat : Allocation brute mensuelle imposable de 1 200 euros (somme réévaluée chaque année). En cas de rupture de contrat, la totalité des sommes perçues et une partie des frais d'études devront être remboursées.

Ce contrat a pour objectif de fidéliser de jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée. En juillet 2011, un bilan a été présenté par la DGOS après une première année de mise en œuvre. Ce bilan a été établi à partir d'une enquête nationale menée auprès des entités administratives impliquées dans le dispositif (ARS et unités de formation et de recherche) et des étudiants et internes. Les objectifs étaient de déterminer les éventuels freins à l'entrée dans le dispositif et l'identification de pistes d'amélioration. Au terme de la première année, 148 contrats ont été signés (103 étudiants et 45 internes). Sept répondants sur dix déclarent connaître le dispositif. Parmi les répondants, les motifs de non engagement sont : la volonté de choisir librement leur spécialité d'exercice (85%), leur lieu d'exercice (86%), la crainte de l'engagement (48%), de se voir imposer un mode d'exercice (40%) et le manque de souplesse du dispositif (37%). 15% des répondants déclarent envisager de signer dans les années à venir. Le CESP est en cours d'amélioration grâce à ce premier bilan [8].

### ***2.2.1.2 Indemnités de logement et de déplacement***

Cadre légal : Article 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi n°2005-157 du 23/02/2005), décret n°2005-1728 du 30/12/2005, article L.1511-8 du code des collectivités territoriales.

Mise en œuvre par les collectivités territoriales et leurs groupements.

Personnes concernées : Etudiants de troisième cycle d'étude de médecine générale, en stage dans les zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS.

Engagement : S'installer pour au moins cinq ans dans la zone déficitaire concernée.

Adhésion : Signature d'un contrat entre la collectivité locale et l'étudiant.

Avantages : Indemnités de logement mensuelles plafonnées à 20% des émoluments forfaitaires de troisième année d'internat, indemnités de déplacements sur le trajet résidence/stage selon une base kilométrique fixée par la collectivité locale.

### ***2.2.1.3 Indemnités d'étude et de projet professionnel***

Cadre légal : Article 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi n° 2005-157 du 23/02/2005), décret n°2005-1578 du 30/12/2005), article 80 de la loi n°2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007, article L. 1511-8 du code des collectivités territoriales.

Mise en œuvre par les collectivités territoriales et leurs groupements.

Personnes concernées : Titulaires du concours de médecine, inscrits en faculté de médecine.

Engagement : Exercer au moins cinq années dans une zone déficitaire définie par la MRS.

Adhésion : Signature d'un contrat entre la collectivité locale et l'étudiant.

Avantages : Montant annuel plafonné à celui des émoluments annuels de troisième année d'internat.

## ***2.2.2 Aides à l'installation et au maintien d'activité***

### ***2.2.2.1 Option conventionnelle :***

Cadre légal : arrêté du 23 mars 2007 approuvant l'avenant n°20 à la convention nationale avec les médecins, paru au journal officiel le 28 mars 2007.

Mise en œuvre par la caisse d'assurance maladie.

Personnes concernées :

- Médecins libéraux conventionnés et relevant du secteur à honoraires opposables.
- Médecins libéraux conventionnés ayant adhéré à l'option de coordination (définie à l'article 36 de la convention).

Conditions générales d'adhésion :

- Exercer dans une zone déficitaire définie par la MRS.
- Exercice en groupe : regroupement d'au moins deux médecins généralistes dans les mêmes locaux liés entre eux par un contrat ordinal de collaboration libérale, ou un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libérale (SEL), ou par tout autre contrat de société dès lors qu'ils ont également conclu un contrat d'association validé par l'ordre. Les cabinets pluridisciplinaires sont également concernés.
- Activité du médecin réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone sous-médicalisée.

Engagements :

- Ne pas cesser son activité, hors départ en retraite, ni changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives.
- Assurer la continuité des soins.
- Participer au projet d'évolution de l'organisation de la démographie de la zone.

Adhésion à l'option :

- Modalités : formulaire à adresser à l'assurance maladie par lettre recommandée avec accusé de réception, avec une copie du contrat de groupe.
- Durée : à compter de la date d'enregistrement par la caisse, jusqu'au 11 février 2010, reconductible dans l'attente de la mise en place du SROS.

- Rupture d'adhésion : en cas de non respect des engagements ou à tout moment par décision du médecin. La caisse peut donner lieu à une action en récupération des sommes indument versées.

#### Avantages conférés par l'adhésion à l'option

- Aide forfaitaire annuelle représentant 20% de l'activité du médecin dans la zone.
- Accompagnement individualisé, offre de services par l'assurance maladie par le biais d'outils tels que carto@santé et instals@nté.

En 2010, la majoration de 20% a représenté en moyenne 27 000 euros par médecin concerné et a pu dépasser, pour l'un d'entre eux, 100 000 euros, ce qui a conduit à un plafonnement lors du passage à l'option démographie. Le coût total était de 20 millions d'euros pour 773 bénéficiaires en 2010. L'apport net lié à ce dispositif, entre 2007 et 2010, est de l'ordre de 50 médecins en zones déficitaires [9].

L'avenant n°20 à la convention nationale sera remplacé par l'option démographie et l'option santé solidarité territoriale dès la mise en place du SROS-PRS (schéma régional d'organisation des soins- projet régional de santé).

#### **Les évolutions [10]:**

A- Option démographie

Personnes concernées : Le champ de l'option est élargi aux médecins de secteur 2 acceptant de ne pratiquer que les honoraires de secteur 1 pour les patients des zones déficitaires.

Conditions générales d'adhésion :

- exercice en groupe ou en pôle de santé, quelle que soit sa forme juridique.
- Activité du médecin réalisée aux 2/3 auprès de patients résidents dans la zone sous-médicalisée et être installé dans la dite zone ou à proximité immédiate.

Engagements : Le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, hors circonstances exceptionnelles validées par la commission paritaire régionale (CPR). La seule circonstance évoquée dans l'avenant n°20 était le départ en retraite.

Avantages conférés par l'adhésion à l'option :

- Aide à l'investissement : forfait annuel versé pendant 3 ans à hauteur de 5000 euros par an pour les professionnels exerçant au sein d'un groupe et 2500 euros par an pour les professionnels membres d'un pôle.
- Aide à l'activité : 10% de l'activité du médecin exerçant en groupe dans la limite de 20 000 euros par an, 5% de l'activité du médecin membre d'un pôle dans la limite de 10 000 euros par an.

#### B- Option santé solidarité territoriale

Personnes concernées :

- Médecins libéraux conventionnés et relevant du secteur à honoraires opposables.
- Médecins libéraux conventionnés et relevant du secteur à honoraires différents ayant adhéré à l'option de coordination.
- Médecins libéraux relevant du secteur à honoraires différents acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables dans le cadre du contrat santé solidarité.

Conditions générales d'adhésion : Concerne les médecins n'exerçant pas dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits et souhaitant y assurer des consultations.

Engagements : Exercer au minimum 28 jours par an dans la zone sous dotée et pendant une durée de trois ans.

Avantages conférés par l'adhésion à l'option :

- Rémunération complémentaire correspondant à 10% de l'activité du médecin dans la zone sous-dotée dans la limite de 20 000 euros par an.
- Prise en charge des frais de déplacement.

### ***2.2.2.2 Aide au remplacement***

Cadre légal : Annexe à la convention nationale de janvier 2005.

Champ d'application : Cabinet éloigné de plus de vingt minutes d'un service d'urgences et exercice dans un canton dont la densité de généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5 000.

Engagement : Exercer pour une durée de trois ans minimum.

Adhésion : Instruction de la demande et contrôle du respect des critères par l'URCAM.

Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM.

Avantages : 300 euros par jour de remplacement dans la limite de 10 jours par an

### ***2.2.2.3 Aides fiscales***

#### **Exonération de l'impôt sur le revenu pour la rémunération au titre de la permanence de soins**

Cadre légal : article 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi n° 2005-157 du 23/02/2005), instruction fiscale 5G-2-07.

Objet et champs d'application : Médecins libéraux ou leurs remplaçants exerçant dans des zones déficitaires définies par la MRS, dans la limite de soixante jours par an.

Gestion par l'administration fiscale.

### **Exonération de l'impôt sur le revenu pour la rémunération des professions libérales**

Cadre légal : Article 7 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi n°2005-157 du 23/02/2005), circulaire DIACT du 02/05/06.

Objet et champ d'application : Médecins libéraux créant un cabinet en zone de revitalisation rurale (liste des communes fixée par arrêté, révisée annuellement), après le 01/01/2004.

Avantages : Exonération totale de l'impôt sur les revenus pendant cinq ans puis dégressivité durant neuf ans.

Gestion par l'administration fiscale (les conditions nécessaires sont à vérifier auprès du correspondant « entreprises nouvelles »).

### **Exonération de la taxe professionnelle**

Cadre légal : Article 114 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi n° 2005-157 du 23/02/2005), Article 1464D et 1465A du code général des impôts, instruction fiscale 6E-10-05.

Objet et champ d'application : Médecins libéraux soumis à l'impôt sur le revenu dans la catégorie bénéfiques non commerciaux, créant un cabinet dans une commune de moins de 2 000 habitants ou en zone de revitalisation rurale (ZRR).

Avantages : Exonération de la taxe professionnelle à compter de l'année qui suit l'installation, accordée pour deux à cinq ans.

Demande auprès de l'administration fiscale (les conditions nécessaires sont à vérifier auprès du correspondant « entreprises nouvelles »), délibération de la collectivité territoriale.

### **Exonération de charges sociales**

Cadre légal : Article L131-4-2 du code de sécurité sociale.

Objet et champ d'application : Embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale (liste des communes fixée par arrêté, révisée annuellement)

Avantages : Exonération partielle des cotisations patronales de sécurité sociale, durant 12 mois.

Demande auprès de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) après avoir vérifié que les conditions soient remplies auprès de l'Urssaf du département.

En 2009, le bénéfice moyen exonéré, en ZRR était de 58 800 euros par médecin concerné. L'exonération d'impôt sur le revenu au titre de la permanence de soins représentait, selon le conseil des prélèvements obligatoires, un gain moyen de 1 500 euros par an par médecin concerné [9].

#### ***2.2.2.4 Aides des collectivités territoriales***

Cadre légal : Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. Le décret n°2005-1724 du 30 décembre 2005 précise les modalités d'application de ce dispositif.

Objet et champ d'application : les professionnels de santé, les centres de santé, les structures participants à la permanence de soins (maisons médicales), dans les zones déficitaires.

Engagement : Exercer dans la zone au moins trois ans.

Avantages possibles : mise à disposition de locaux professionnels ou d'un logement, exonération de loyer, prime à l'installation ou prime d'exercice forfaitaire.

Modalités : Signature d'une convention entre le médecin ou l'organisme gestionnaire d'un centre de santé et la collectivité territoriale ou le groupement attribuant l'aide et l'Agence Régionale de Santé. L'ARS évalue la cohérence entre les aides proposées et celles déjà attribuées par l'assurance maladie. La convention prévoit un arrêt des aides dans le cas où la zone ne serait plus classée comme déficitaire.



### 3. PROJECTIONS DEMOGRAPHIQUES

Afin d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire il est indispensable de disposer de projections démographiques. Ces projections ne sont pas des prévisions. Elles visent à apprécier l'impact sur la démographie médicale des décisions prises par les pouvoirs publics en matière de *numerus clausus*, de répartition des postes ouverts aux épreuves classantes nationales et autres mesures pouvant peser sur le choix des étudiants et des médecins. Etant donné la durée des études médicales, l'impact d'une décision prise à un moment donné est long à se matérialiser (entre dix et quinze ans).

#### 3.1 PROJECTIONS DE LA DREES A L'HORIZON 2025 [11]

En 2004, la DREES a présenté les évolutions tendanciennes du nombre de médecins et de la densité médicale à l'horizon 2025, à partir des effectifs de médecins en activité au 31 décembre 2002. Dans le modèle de projection, trois variables influencent la répartition régionale des médecins :

- **les *numerus clausus* régionaux** (nombre de places offertes en deuxième année d'études de médecine dans chacune des facultés de la région),
- **les places offertes à l'examen national classant** (en fonction du rang de classement, et de leur choix, les étudiants peuvent être amenés à changer de région de formation entre le 2ème et 3ème cycle des études),
- **la mobilité des médecins après l'obtention de leur diplôme** (à l'installation ou au cours de leur carrière).

Chaque variable permet d'isoler l'effet d'un changement de comportement des médecins ou d'une mesure d'ajustement prise par les pouvoirs publics, et de l'évaluer.

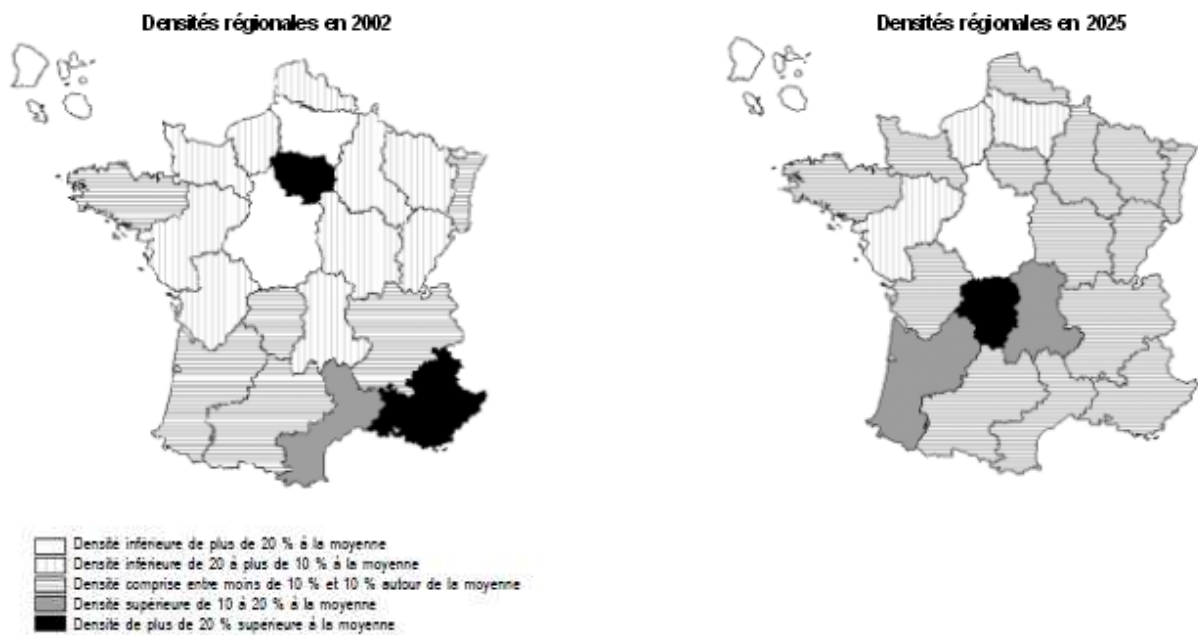
### 3.1.1 Projection centrale

L'étude présente une première projection selon les hypothèses du scénario qualifié de central. Dans ce scénario, on suppose un prolongement des comportements ou décisions passés. Premièrement, on suppose un numerus clausus passant de 5500 en 2004 à 7000 en 2006, ce niveau étant maintenu constant jusqu'en 2025. Ce numerus clausus national est ensuite réparti par région en supposant que chaque région en conserve une même part. Deuxièmement, le nombre de places offertes à l'examen national classant est supposé découler de ce numerus clausus. Troisièmement, on présume le maintien des comportements des professionnels de santé en matière de mobilité.

**Tableau 1 : Scénario central : répartition régionale du numerus clausus, des effectifs et des densités en 2002 et 2025**

Régions	Numerus clausus (nc) pour une promotion de 7 000		2002			2025			Évolution 2002-2025 en %	
	Numerus clausus	Part dans le nc (en %)	Effectifs	En %	Densités	Effectifs	En %	Densités	Effectifs	Densités
Alsace	236	3,4	6 092	3,0	341	5 797	3,1	285	-5	-17
Aquitaine	455	6,5	10 445	5,1	352	10 773	5,8	335	3	-5
Auvergne	163	2,3	3 877	1,9	296	3 954	2,1	316	2	7
Basse-Normandie	160	2,3	3 922	1,9	273	3 761	2,0	256	-4	-6
Bourgogne	174	2,5	4 535	2,2	281	4 118	2,2	260	-9	-8
Bretagne	301	4,3	9 097	4,4	306	8 639	4,6	268	-5	-13
Centre	182	2,6	6 632	3,2	268	5 663	3,0	218	-15	-19
Champagne-Ardenne	166	2,4	3 677	1,8	274	3 634	2,0	283	-1	3
Dom (1)		0,0	4 021	2,0	229	3 937	2,1	171	-2	-25
Franche-Comté	144	2,1	3 279	1,6	291	3 086	1,7	271	-6	-7
Haute-Normandie	189	2,7	4 835	2,4	269	4 585	2,5	249	-5	-8
Île-de-France	1 625	23,2	47 127	23,0	425	36 418	19,6	311	-23	-27
Languedoc-Roussillon	227	3,2	8 929	4,4	374	7 937	4,3	271	-11	-28
Limousin	127	1,8	2 366	1,2	333	2 380	1,3	348	1	4
Lorraine	262	3,7	6 878	3,4	298	6 022	3,2	271	-12	-9
Midi-Pyrénées	256	3,7	9 637	4,7	368	8 292	4,5	283	-14	-23
Nord-Pas-de-Calais	492	7,0	11 748	5,7	292	11 610	6,2	288	-1	-2
PACA et Corse (2)	492	7,0	20 236	9,9	414	17 225	9,3	311	-15	-25
Pays de la Loire	322	4,6	9 050	4,4	274	9 073	4,9	245	0	-10
Picardie	168	2,4	4 804	2,3	256	4 791	2,6	248	0	-3
Poitou-Charentes	161	2,3	4 853	2,4	291	4 675	2,5	265	-4	-9
Rhône-Alpes	698	10,0	19 147	9,3	331	19 597	10,5	305	2	-8
France entière	7 000	100,0	205 185	100,0	335	185 966	100,0	283	-9	-16

(1) Le numerus clausus pour les départements d'outre-mer étant faible, et une partie des études de médecine s'effectuant en pratique dans la région Aquitaine, la fraction du numerus clausus des DOM est regroupée dans le modèle de projection avec celle de l'Aquitaine.  
(2) Les effectifs de médecins en exercice en Corse étant faibles, ceux-ci sont regroupés dans le modèle de projection et dans les tableaux avec la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Par ailleurs, la Corse n'ayant pas de faculté de médecine, sa fraction du numerus clausus est nulle.  
Champ : France entière, médecins de moins de 80 ans  
Sources : Adeli redressé au 31.12.2002, projections Drees

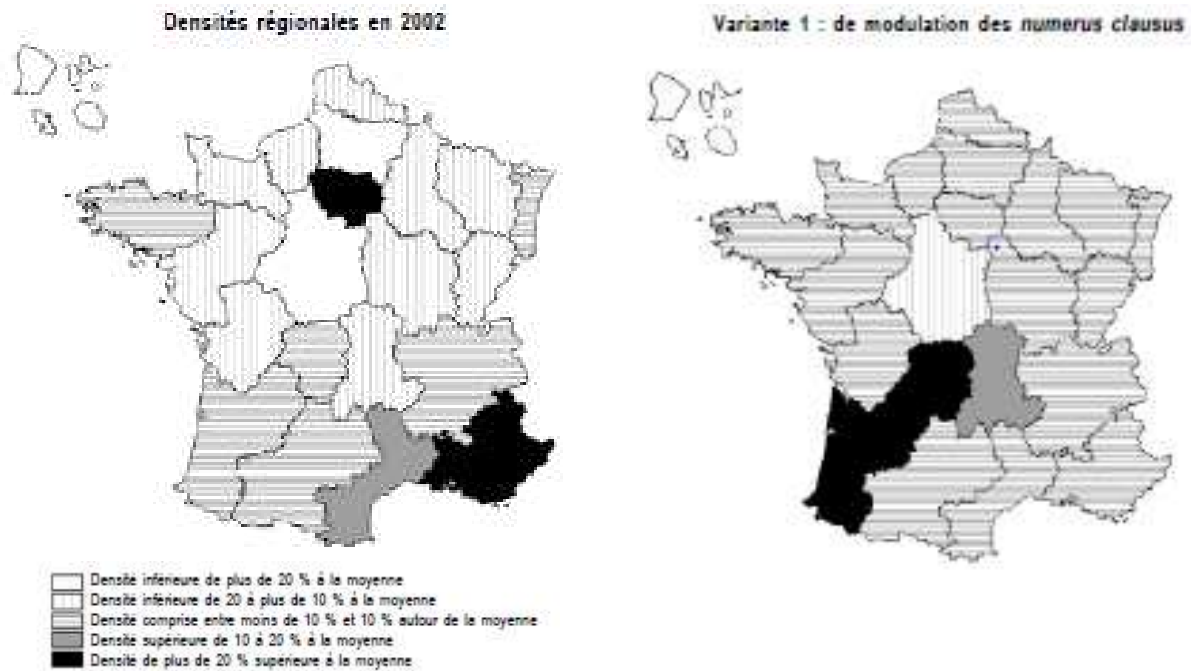
**Carte 7 : Scénario central : densités régionales en 2002 et 2025**

**Selon cette hypothèse le nombre de médecins en activité diminuerait et les densités médicales régionales auraient tendance à se resserrer autour d'une moyenne nationale ayant baissé de manière conséquente (335 médecins pour 100 000 habitants en 2002, 283 en 2025).**

Parmi les régions à forte densité, le Languedoc-Roussillon passerait de 374 à 271, l'Île-de-France de 425 à 311. Parmi les régions à faible densité, la Champagne-Ardenne passerait de 274 à 283 et la Picardie de 256 à 248.

### ***3.1.2 Variante 1***

Dans ce modèle, les numerus clausus régionaux sont modulés en fonction des différences actuelles de densité médicale (augmentés ou baissés selon que la densité médicale est respectivement inférieure ou supérieure à la moyenne nationale). Deuxièmement, les places offertes à l'examen national classant sont modifiées dans les mêmes proportions. Troisièmement, les comportements sont considérés inchangés.

**Carte 8 : Variante 1 : densités régionales en 2002 et en 2025****Tableau 2 : Numerus clausus et nombre de diplômés dans le scénario central et une variante de modulation des numerus clausus (variante1)**

Régions	Numerus clausus dans la variante 1 (i.c. national à 7 000)	Pct du numerus clausus dans la variante 1 en %	Variante n°1			Écart en 2025 avec le scénario central	
			Efficacis en 2002	Évolution par rapport à 2002 en %	Densité en 2025 dans la variante 1	En effectifs	En %
Alsace	227	3,2	5 731	-6	281	-66	-1
Aquitaine	490	7,0	11 054	6	344	281	3
Auvergne	183	2,6	4 093	6	327	139	4
Basse-Normandie	195	2,8	4 094	4	279	332	9
Bourgogne	207	3,0	4 341	-4	274	223	5
Bretagne	324	4,6	8 866	-3	275	227	3
Centre	224	3,2	5 900	-11	228	237	4
Champagne-Ardenne	203	2,9	3 945	7	307	311	9
DOM	0,0	0,0	3 996	-1	173	99	2
Franche-Comté	164	2,3	3 255	-1	286	169	5
Haute-Normandie	234	3,3	4 964	3	269	380	8
Île-de-France	1 261	18,0	33 852	-28	289	-2566	-7
Languedoc-Roussillon	198	2,8	7 638	-14	261	-299	-4
Limousin	127	1,8	2 394	1	350	14	1
Lorraine	294	4,2	6 248	-9	282	226	4
Midi-Pyrénées	229	3,3	8 008	-17	273	-284	-3
Nord-Pas-de-Calais	560	8,0	12 252	4	304	642	6
PACA et Corse	399	5,7	16 215	-20	293	-1010	-6
Pays de la Loire	387	5,5	9 619	6	260	546	6
Picardie	217	3,1	5 119	7	265	328	7
Poitou-Charentes	184	2,6	4 896	1	278	221	5
Rhône-Alpes	693	9,9	19 468	2	303	-129	-1
France entière	7 000	100,0	185 947	-9	283	-19	0

Note : les numerus clausus figurant dans ce tableau sont des chiffres indicatifs correspondant à des promotions de diplômés issues des numerus clausus à 7 000.

Champ : France entière, médecine de moins de 80 ans

Sources : Adof adressé au 31.12.2002, projections Ormas

**Ce modèle aboutit à un resserrement plus marqué des densités médicales autour de la moyenne pour la plupart des régions** (baisse de densité en Ile de France, Provence Alpes-Cote d'Azur, augmentation de densité en Champagne Ardennes, Auvergne, Picardie, Nord Pas-de-Calais, Basse-Normandie). Cependant, ce constat est à nuancer, car, les régions à forte densité médicale étant les plus attractives, on peut imaginer que les comportements ne resteraient pas inchangés et qu'il y aurait une plus forte mobilité des médecins après l'obtention du diplôme. Il est également nécessaire de tenir compte des capacités de formation de chaque région.

### ***3.1.3 Variante 2***

Ce modèle projette une plus grande mobilité des généralistes, du même ordre que celle des spécialistes suite à la réforme de 2004 instaurant l'examen national classant. Il aboutit à une augmentation des disparités régionales de densité par rapport au scénario central.

### ***3.1.4 Variante 3***

Ce modèle prévoit une absence totale de mobilité, les étudiants diplômés s'installant dans leur région de formation. Sans une modulation concomitante des numerus clausus régionaux (variante 1), cette mesure ne pourrait permettre seule de réduire les disparités de densités médicales régionales ( les numerus clausus actuels reflétant davantage les capacités de formation des régions que leur densité médicale).

## **3.2 PROJECTIONS DE LA DREES A L'HORIZON 2030 [12]**

Ces projections datent de 2009.

### ***3.2.1 Scénario tendanciel***

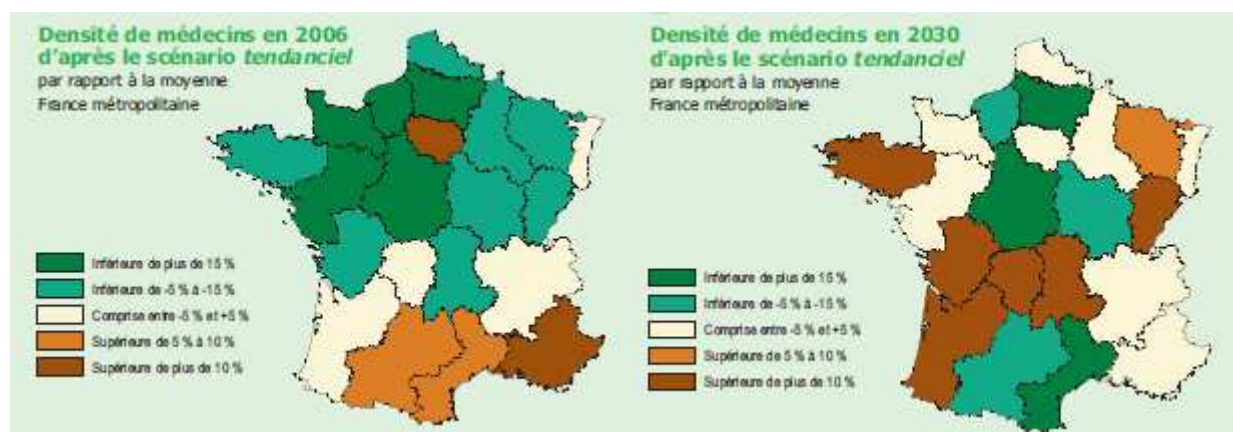
Ce scénario repose sur l'hypothèse du maintien de la répartition régionale du numerus clausus de 2007, de la répartition par discipline et par région des postes ouverts aux ECN, des flux internationaux de médecins actifs, du taux de fuite, et des comportements observés

actuellement (redoublement, abandon des études, absence aux ECN, mode d'exercice,...). Le numerus clausus est fixé à 7100 pour 2007 et progressivement augmenté jusqu'à atteindre 8000 en 2011. Il est ensuite maintenu à ce niveau jusqu'en 2020, puis diminué progressivement jusqu'en 2030.

De cette manière, le nombre de médecins en activité passerait de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019 et augmenterait ensuite pour arriver à 206 000 en 2030. Avec l'hypothèse d'une augmentation de 10% de la population française, la densité médicale devrait donc chuter davantage que les effectifs, passant de 327 en 2006 à 292 en 2030. Tenir compte du vieillissement de la population et de l'évolution des besoins est essentiel car la densité de médecins par habitants de 60 ans ou plus baisserait de 36% entre 2006 et 2030. Prendre en considération la pyramide des âges des médecins serait également judicieux. En effet les médecins cessant actuellement leur activité appartiennent à des générations ayant connu des numerus clausus élevés voire l'absence de numerus clausus, alors que les médecins entamant leur vie professionnelle appartiennent aux générations s'étant vues appliquer des numerus clausus entre 3500 et 8000. Par conséquent entre 2007 et 2018, les départs à la retraite ne seraient pas compensés par les entrées dans la vie active. Il faudrait attendre 2020 pour que ce solde devienne positif. Par ailleurs, deux phénomènes s'ajouteraient : le rajeunissement et la féminisation de la médecine. La part des médecins âgés de moins de 45 ans commencerait à croître en 2020. L'âge moyen passerait de 48,8 en 2006 à 50,2 en 2012, puis diminuerait jusque 44,5 ans en 2030. A partir de 2025, la population médicale serait majoritairement composée de médecins de moins de 45 ans. La proportion de femmes augmenterait, passant de 39% en 2006 à 53,8% en 2030. Les médecins exclusivement libéraux seraient moins nombreux : 55,5% des médecins généralistes en 2030 contre 60,2% en 2006. Le nombre de médecins exerçant en zone rurale diminuerait de 25,1%.

En appliquant les hypothèses du scénario tendanciel, les inégalités des densités médicales régionales seraient modifiées mais pas réduites.

**Carte 9 : Densité de médecins par rapport à la moyenne en France métropolitaine d'après le scénario tendanciel en 2006 et 2030**



**Tableau 3 : Nombre et densité de médecins actifs par région en 2006 et 2030 d'après le scénario tendanciel**

	Nombre de médecins		Densité pour 100 000 habitants		Evolution (en %) de 2006 à 2030		
	en 2006	en 2030	en 2006	en 2030	du nombre de médecins	de la population	de la densité pour 100 000 habitants
Alsace	6 101	5 802	333	280	-4,9	13,2	-16,0
Antilles-Guyane	2 337	2 782	219	196	19,0	32,8	-10,3
Aquitaine	10 694	12 139	343	339	13,5	14,8	-1,2
Auvergne	3 921	4 320	294	325	10,2	-0,5	10,8
Basse-Normandie	4 000	4 569	275	309	14,2	1,8	12,2
Bourgogne	4 565	4 070	280	252	-10,9	-0,9	-10,0
Bretagne	9 258	11 586	300	333	25,2	12,9	10,9
Centre	6 627	6 160	264	232	-7,0	5,8	-12,2
Champagne-Ardenne	3 750	3 737	281	297	-0,3	-5,7	5,7
Corse	910	668	326	212	-26,6	12,7	-34,9
Franche-Comté	3 356	3 971	292	334	18,3	3,3	14,6
Haute-Normandie	4 857	4 916	268	266	1,2	2,0	-0,7
Ile-de-France	46 144	37 132	402	299	-19,5	8,4	-25,8
Languedoc-Roussillon	9 040	8 274	354	248	-8,5	30,5	-29,8
Limousin	2 415	2 415	332	327	0,0	1,6	-1,6
Lorraine	6 834	7 303	292	322	6,9	-3,0	10,2
Midi-pyrénées	9 668	9 132	348	272	-5,5	20,6	-21,7
Nord - Pas-de-Calais	11 770	11 651	291	287	-1,0	0,3	-1,3
Pays de la Loire	9 392	11 408	273	287	21,5	15,3	5,3
Picardie	4 814	4 778	255	248	-0,8	2,2	-2,9
Poitou-Charentes	4 998	6 296	291	336	26,0	8,9	15,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19 286	16 821	400	298	-12,8	17,2	-25,6
Réunion	2 079	2 573	262	249	23,8	30,5	-5,1
Rhône-Alpes	19 698	21 448	326	307	8,9	15,6	-5,8
<b>Ensemble</b>	<b>206 514</b>	<b>203 953</b>	<b>327</b>	<b>292</b>	<b>-1,2</b>	<b>10,5</b>	<b>-10,6</b>

**Champ** • Médecins en activité régulière ou remplaçants, hors médecins en cessation temporaire d'activité, France métropolitaine et DOM.

**Sources** • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE, projections DREES.

Les densités de régions attractives (Corse, Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte-D'azur et du Midi-Pyrénées) chuteraient fortement. A l'inverse elles augmenteraient dans les régions à faible densité (Poitou-Charentes, Franche-Comté, Basse-Normandie, Bretagne, Auvergne et Lorraine). Les particularités de chaque région en termes de population et de démographie médicale sont à prendre en compte pour analyser les résultats de ces projections. L'évolution de la densité régionale dépend de celle du nombre de médecins mais aussi de celle de la population régionale. Par exemple, dans le Languedoc-Roussillon, entre 2006 et 2030 le nombre de médecins diminuerait de 8% tandis que la population devrait croître de 30%. La conjonction de ces deux tendances explique la forte baisse de densité dans cette région selon le scénario tendanciel. Dans le Nord-Pas-de-Calais la population de la région resterait stable (+0.3% entre 2006 et 2030). L'amélioration de sa densité médicale résulterait donc presque exclusivement de l'augmentation du nombre de médecins.

### ***3.2.2 Variante 1***

Elle évalue l'impact d'une hausse de la part des postes ouverts en médecine générale dans l'ensemble des postes ouverts aux ECN (53.4% en 2007, 55% en 2008, 57% en 2009, 59% en 2010, 60% de 2011 à 2030). Sous cette hypothèse, le nombre de médecins généralistes verrait sa baisse nettement atténuée, puis progresserait de 2016 à 2030, pour parvenir à une augmentation de +7.7% par rapport à 2006 (contre +0.6% dans le scénario tendanciel). Revers de la médaille, le nombre de médecins spécialistes diminuerait plus longtemps et de façon plus marquée par rapport au scénario tendanciel et le problème des disparités territoriales, loin d'être résolu, ne ferait que s'aggraver.



### **3.3 CONCLUSION**

Ces analyses permettent de produire des effectifs projetés de médecins en activité. Les résultats obtenus sont bien sûr à pondérer en fonction de divers éléments non considérés ici. Les analyses statistiques ne peuvent tenir compte de tous les facteurs entrant dans la régulation de la démographie médicale. Parmi ceux-ci, on peut citer la féminisation de la médecine, la volonté des jeunes médecins de privilégier leur qualité de vie, l'évolution de la demande de soins de la population... Malgré tout, l'intérêt de ces projections semble indiscutable. Sans être des prévisions, elles se présentent comme un outil indispensable pour une prise de décision éclairée en matière de politique de santé et de gestion de la démographie médicale. On peut d'ailleurs regretter que de telles projections n'aient pas été faites dans les années 80-90. A cette époque, les pouvoirs publics auraient peut-être pu anticiper sur les problèmes de démographie médicale déjà subis depuis quelques années.

## **4. MESURES ENVISAGEES**

### **4.1 RAPPORT HUBERT 2010 [7]**

A partir d'une large concertation sur la médecine de proximité, le rapport Hubert de 2010 propose des mesures pour répondre aux difficultés rencontrées en médecine ambulatoire. Elles sont de 2 types : structurelles et conjoncturelles.

#### ***4.1.1 Mesures structurelles***

Elles visent à reconstruire durablement une offre de santé de proximité.

- Réformer les études médicales

Le but est de faire de la carrière de généraliste un choix en majorité volontaire et non par défaut et d'adapter le contenu et les modalités de formation à la réalité de l'exercice. La formation des futurs médecins généralistes doit être modifiée. Cela passe par le développement de stages de médecine générale ainsi que par l'organisation de stages hors des CHU (centre hospitalier universitaire) durant le second cycle des études. Au cours de l'internat, le nombre de stages effectués chez le médecin généraliste doit être augmenté. Il faut également mieux former les internes aux particularités de la médecine générale et à la gestion d'un cabinet médical en créant une année supplémentaire de « séniorisation ».

La filière universitaire de médecine générale doit être développée notamment, en augmentant la nomination de professeurs de cette spécialité et en rendant plus attractif le statut de chef de clinique de médecine générale. Des maitres de stage doivent par ailleurs être recrutés.

Il est également envisagé de réduire la durée des 2 premiers cycles à 5 ans.

- Développer les systèmes d'informations et la télémédecine

Il s'agit de développer une communication sécurisée entre les différents acteurs de soins : entre les médecins d'un même établissement, entre les médecins et les professions paramédicales (laboratoires d'analyses, centre d'imagerie), entre les médecins et l'assurance maladie, entre le secteur hospitalier et ambulatoire... L'interopérabilité entre les systèmes doit être recherchée. Ce développement doit bien sûr faciliter et non compliquer l'exercice des professionnels de santé en permettant, par exemple d'alléger les tâches administratives.

- Favoriser la coopération entre les professionnels de santé

Certaines tâches du médecin peuvent être transférées à d'autres professionnels de santé. La loi HPST offre la possibilité aux ARS d'autoriser ces démarches.

- Favoriser les regroupements pluridisciplinaires (MSP, pôles de santé)
- Réformer le système de rémunération des professionnels de santé

#### ***4.1.2 Mesures conjoncturelles***

Elles ont pour objectif d'agir rapidement sur le phénomène de désertification médicale.

- Améliorer la permanence de soins (PDS)

Il faut favoriser une bonne concertation entre les autorités sanitaires et les professionnels de santé. La PDS doit être basée sur la régulation téléphonique et facilitée par la promotion des MSP et des pôles de santé.

- Accompagner l'installation et les regroupements

Cela passe par une sécurisation des conditions d'installation en facilitant en particulier l'investissement : prêts à taux zéro, dispositif du crédit-bail, dispositif de déduction fiscale, institution d'un fond de garantie...

- Favoriser les évolutions de carrière (exercices mixtes, enseignement, ouverture vers d'autres spécialités, vers des activités de prévention, inspection...).

- Améliorer la protection sociale de la médecine libérale (couverture maternité, maladie, assurance vieillesse...).
- Dédratiser les risques pesant sur la responsabilité civile des professionnels
- Simplifier le développement professionnel continu (DPC créé par la loi HPST)

Obligatoire, il rassemble la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques.

- Adopter des mesures temporaires pour pallier au déficit de médecins dans certaines zones

Il faut clairement identifier ces zones. C'est un des rôles des ARS. Faire de l'offre médicale dans les zones désertifiées une mission de service public est indispensable. L'exercice de cette mission impliquerait le versement d'une rémunération conséquente (pour être attractive) et fixe, ajoutée aux honoraires perçus avec un minimum garanti. Mettre à disposition des locaux équipés est aussi à prévoir. Les internes pourraient effectuer une année supplémentaire de service public et les remplaçants, les médecins hospitaliers et retraités pourraient être impliqués dans cette mission de service public. Parmi les pistes proposées, le rapport préconise d'inciter les médecins de plus de 60 ans à rester en activité et recommande la mise à disposition de moyens matériels permettant l'accès à un médecin aux populations isolées.

#### **4.2 MESURES DU MINISTRE DE LA SANTE [13]**

Le plan de lutte contre les déserts médicaux appelé « Pacte territoire-santé » a été dévoilé en décembre 2012. Il s'inspire du rapport Hubert de 2010 et comprend 12 engagements articulés autour de 3 objectifs.

#### ***4.2.1 Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins***

- 100% des étudiants en médecine générale feront un stage en cabinet libéral de médecine générale durant le 2<sup>ème</sup> cycle des études de médecine. Recruter des maitres de stage est pour cela nécessaire.
- 1 500 bourses d'engagement de service public (le CESP), seront versées chaque année aux étudiants d'ici 2017 contre 1 200 actuellement. Les bénéficiaires doivent exercer dans les territoires défavorisés pendant autant d'années qu'ils ont perçu l'allocation.
- 200 « praticiens territoriaux de médecine générale » dès 2013. Un revenu leur sera garanti pour deux ans. Le salaire minimum serait de 55 000 euros par an soit environ 4600 euros par mois. Si un médecin n'atteint pas 55 000 euros, la différence entre cette somme et ce qu'il a gagné lui serait versée par l'Assurance Maladie.
- Un "réfèrent-installation" unique dans chaque ARS. Il informera les jeunes diplômés sur les avantages auxquels ils ont droit.

#### ***4.2.2 Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé***

- Développer le travail en équipe. Pour favoriser le travail en groupe, plébiscité par la nouvelle génération, des forfaits seront accordés aux maisons de santé pluridisciplinaires (MSP).
- Rapprocher les maisons de santé des universités. Des chefs de clinique hospitaliers viendront former des internes en MSP.
- Développer la télémédecine.
- Accélérer les transferts de compétences.

### ***4.2.3 Investir dans les territoires isolés***

- Garantir un accès aux soins d'urgence en moins de 30 minutes d'ici 2015.
- Permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires. Des praticiens hospitaliers, principalement des spécialistes, pourront venir travailler à temps partiel dans des structures libérales sans perdre pour autant leur statut de salarié.
- Adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire.
- Conforter les centres de santé

## **5. L'EXPERIENCE INTERNATIONALE**

L'étude des différentes mesures internationales visant à corriger les inégalités de répartition des médecins ne permet pas de mettre en évidence de remède miracle qui aurait sans doute déjà été adopté en France. Elle souligne les limites des deux mesures les plus utilisées : l'augmentation globale du nombre de médecins, jugée inefficace et les incitations financières, jugées insuffisantes.

### **5.1 MESURES CONCERNANT LA FORMATION INITIALE**

#### ***5.1.1 Augmentation des effectifs globaux***

De nombreuses études montrent que malgré la concurrence exacerbée et la saturation de l'offre dans les zones à forte densité, les médecins continuent de s'y installer et la situation dans les zones déficitaires ne s'améliore pas. Des études canadiennes [14], américaines [15] et anglaises [16] confirment ce fait.

#### ***5.1.2 Formations spécifiques***

D'autres mesures consistent à sensibiliser les futurs médecins aux zones déficitaires, à stimuler leur intérêt et à mieux les préparer à travailler dans ces zones mal desservies. Cette sensibilisation s'effectue au travers de stages dans ces zones, de formations pré et postdoctorales et de démarches de promotion. Les étudiants intéressés doivent être repérés afin d'adapter leur formation aux futures conditions d'exercice. A ce sujet, le recrutement sélectif semble assez prometteur. On a ainsi constaté que les étudiants originaires des zones déficitaires sont plus disposés à y travailler. Ces politiques sont assez développées en Australie, au Canada et aux Etats-Unis.

### ***5.1.3 Aides financières aux étudiants***

Les aides financières (bourses d'études, prêt à conditions préférentielles) en échange d'un engagement à exercer dans des zones déficitaires pour une durée déterminée sont mises en œuvre depuis les années soixante-dix aux Etats-Unis et plus récemment au Canada, en Australie et au Royaume-Uni. Elles n'ont qu'une efficacité à court terme. A moyen et long termes, elles sont inopérantes en raison de la limitation dans le temps de l'obligation de service et de la possibilité de rachat de la bourse ou du prêt avant son terme pour se soustraire aux obligations. Aux Québec 37% des étudiants et internes de médecine générale ne tiennent pas jusqu'au bout leurs engagements [17].

## **5.2 MESURES DE LIMITATION OU DE CONTRAINTES A L'INSTALLATION**

### ***5.2.1 Limitation d'installation en zone excédentaire***

Cette politique menée au Royaume-Uni, en Allemagne et dans la province canadienne de la Colombie-britannique n'a pas permis d'amélioration et a été abandonnée en raison d'une incompatibilité juridique avec le principe de liberté d'installation.

En Allemagne depuis 1993, le conventionnement à l'installation était refusé dans les zones où la densité médicale était supérieure de 10% à la moyenne nationale et limité aux successions et « aux besoins exceptionnels » comme dans certaines zones isolées. Toutes les zones ayant une densité médicale inférieure de 10% étaient considérées comme ouvertes. Un des effets de cette politique a été de détourner les étudiants des filières médicales, sans pour autant améliorer la répartition des professionnels de santé [18].

Au Royaume-Uni entre 1948 et 2002, l'autorisation de recruter de nouveaux généralistes pour une autorité locale de soins primaires était délivrée par une autorité médicale indépendante. En fonction de la taille de la liste de patients par généraliste, l'installation était



autorisée, limitée ou fermée. Cette disposition n'a pas amélioré la distribution territoriale des médecins. Depuis 2002, les autorités locales de soins primaires sont directement responsables du recrutement qui reste cependant conditionné (il se fait en fonction du nombre de médecins généralistes de la zone concernée que l'on compare à la moyenne) [18].

### ***5.2.2 Contrainte à l'installation pour les médecins étrangers***

Cette politique menée aux Etats-Unis, en Australie et au Canada a montré une efficacité effective principalement sur le court terme. Ces trois pays accordent une autorisation à exercer en contrepartie d'une obligation de le faire en zones prioritaires. Aux Etats-Unis l'obligation est limitée à la première installation, à cinq ans au Canada et à dix ans en Australie. Il existe une possibilité de rachat permettant de se soustraire à l'obligation aux Etats-Unis et au Canada, mais pas en Australie. La durée d'efficacité de ces mesures reste directement liée à la durée de l'obligation.

## **5.3 MESURES D'AIDE A L'INSTALLATION OU DE MAINTIEN DE L'EXERCICE EN ZONES PRIORITAIRES**

### ***5.3.1 Aides financières***

Cette méthode a été utilisée dans les provinces canadiennes du Québec et de l'Ontario, au Royaume-Uni, aux Etats-Unis et en Australie.

Il s'agit le plus souvent d'une majoration de la rémunération dans les zones prioritaires (jusqu'à 25% pour les omnipraticiens en cabinet et 40% en établissement, au Québec) associée ou non à une diminution ou un plafonnement de la rémunération dans les zones en surplus (jusqu'à 30% d'amputation de sa rémunération pour un médecin exerçant en cabinet privé au Québec s'il s'installe sans l'avis de conformité des autorités régionales) [17].

Ces mesures ont montré une efficacité modérée à court terme, et très faible à long terme. Elles peuvent entraîner des effets d'aubaine voire des effets pervers sur la productivité comme au Royaume-Uni. En effet, le montant de la capitation reçu par patient était majoré pour les médecins travaillant dans les zones prioritaires ce qui a conduit à une réduction de la taille des listes de patients par médecin. Il existait également une prime à l'installation au Royaume-Uni entre 2001 et 2005, abandonnée car estimée inefficace.

### ***5.3.2 Aides en nature***

Elles visent à lutter contre l'isolement des professionnels de santé dans leur exercice et dans leurs conditions de vie. Elles consistent d'une part à indemniser des dépenses majorées par l'isolement (frais de formation continue, de déplacement...). D'autre part, elles participent au financement de projets de regroupement (investissements favorisant la collaboration, la médecine de groupe, la télémédecine, la constitution de réseaux, ...). Ces mesures de soutien à la pratique passent aussi par des aides aux remplacements.

Elles font l'objet de peu d'évaluation, bien que les travaux sur les déterminants de l'installation les considèrent comme essentielles.

## **5.4 LE « GRIS »**

Le groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de Montréal a réalisé une revue documentaire synthétisant les conclusions de la littérature internationale sur les facteurs favorisant l'implantation des médecins dans les zones rurales isolées en faisant la distinction entre le « recrutement » ou installation et la « rétention » ou maintien dans ces zones.

Le facteur le plus déterminant dans l'installation est le fait d'avoir vécu en milieu rural. La réalisation de stages en milieu rural et la formation spécifique à la pratique dans ce milieu

montrent à ce propos des résultats positifs. Les mesures d'incitations financières pendant la formation n'ont qu'un effet limité dans le temps, lié à la levée des obligations après une durée déterminée. L'impact des stratégies de promotion qui se développent de plus en plus n'a pas été évalué.

Les études sur les facteurs influençant le maintien dans ces zones sont peu nombreuses et ne mettent pas en évidence de facteur spécifique. Certaines explications motivant le départ de ces zones ont été relevées. Elles sont d'ordre professionnel : surcharge de travail, insuffisance de remplaçants, isolement, rémunération faible lorsque l'activité est faible, manque de formation spécifique, ressources insuffisantes de la patientèle et d'ordre personnel : accès aux services, difficulté d'intégration.

Les chercheurs du GRIS ont recensé de nouvelles stratégies pour compléter les mesures existantes insuffisantes :

- le développement de facultés de médecine en milieu rural (« campus sans mur » en Ontario)
- le renforcement des programmes de formation adaptés à la pratique rurale dans les cursus
- le développement des systèmes de remplacement
- des mesures visant à encourager l'effort des communautés et régions pour intégrer les médecins
- l'organisation d'un système de mentorat pour rassurer et guider les jeunes médecins

## **DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE**

# **METHODOLOGIE**

## **1. ANALYSE DE LA LITTERATURE**

Les sources documentaires sont : les sites des différentes autorités de santé et affiliés (MRS, ARS, CPAM, URCAM, ONDPS, DREES), les sites gouvernementaux (journal officiel, legifrance, assemblée nationale), le moteur de recherche internet « google » et « google scholar », la BIUM (bibliothèque interuniversitaire de médecine).

Ces documents sont des textes de lois ou projets de lois, des rapports divers, des documents de travail, des portails dédiés aux professionnels de santé, des articles de la presse écrite (médicale, sociologique, économique), des thèses de médecine générale.

Ces recherches ont permis de connaître la démographie médicale actuelle, la répartition des professionnels de santé à différentes échelles, d'établir la liste des mesures existantes et envisagées pour lutter contre la désertification médicale, de connaître les enseignements de l'expérience internationale.

## **2. CHOIX DE LA METHODE**

L'étude de la part des incitations financières dans le choix d'installation des médecins généralistes dans les zones sous-dotées est basée sur une enquête qualitative. Le choix de cette méthode se justifie car il s'agit d'une exploration. Il n'existe pas de donnée bibliographique sur ce sujet précis. De plus, le phénomène étudié ne peut être mesuré objectivement.

Le mode de recueil de données choisi est l'entretien individuel semi-dirigé. La technique du focus group a été éliminée par sa non-faisabilité, les médecins inclus étant répartis dans toute la France. Les entretiens ont été semi-dirigés, étant basés sur des questions majoritairement ouvertes. La version non dirigée n'a pas été choisie car inadaptée à mon manque d'expérience.

Le guide d'entretien semi-dirigé disponible en annexe a été testé sur plusieurs médecins non inclus afin de connaître le temps nécessaire à sa réalisation, de s'assurer de la pertinence du fil conducteur, de corriger certaines formulations et de débiter le premier entretien inclus dans de bonnes conditions. L'entretien suit un ordre chronologique. Il débute par les caractéristiques de la population étudiée. Viennent ensuite le parcours des médecins avant l'installation, les modalités d'accès aux aides financières, l'évaluation de l'influence de ces aides sur leur choix d'installation, puis les répercussions de ces aides sur leur activité.

### 3. CHOIX DE LA POPULATION

Les critères d'inclusion dans cette étude sont les suivants : exercer l'activité de médecine générale, être installé après 2005, et dans une zone sous-dotée. L'étude s'intéressant à la difficulté d'accès aux soins primaires, les médecins spécialistes n'ont pas été interrogés. L'aide financière la plus conséquente étant celle accordée dans le cadre de l'adhésion à l'option conventionnelle créée en 2005, les médecins généralistes installés avant 2005 n'ont pas été inclus, même si des aides leur sont attribuées. Leur inclusion aurait orienté l'étude vers l'aide au maintien d'activité sans prendre en compte l'influence des aides sur leur choix d'installation. De plus les avantages fiscaux liés aux zones de revitalisation rurale ne sont attribués que depuis 2005. L'étude visant à analyser les facteurs de correction des inégalités de répartition des médecins que sont les aides financières, les médecins installés en dehors des zones concernées par ces aides n'y ont évidemment pas été inclus. Les zones sous-dotées correspondent à des secteurs où l'accès aux soins primaires fait défaut. On distingue, les **zones déficitaires**, définies depuis 2005 par les Missions Régionales de Santé puis par les Agences Régionales de Santé depuis 2012 et les **Zones de Revitalisation Rurale**. Ces dernières correspondent à des zones peu attractives qui souffrent ou vont souffrir de la pénurie de médecins généralistes.

Le nombre de médecins interrogés a été défini par le nombre d'entretiens à réaliser jusqu'à la saturation des données.

L'établissement de la liste des médecins répondants aux critères d'inclusion a été particulièrement difficile. En effet, conformément aux recommandations de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), les différents détenteurs de cette liste (ARS, CNOM) ont refusé de la communiquer. Il a fallu comparer les cartographies des zones déficitaires de chaque région de France métropolitaine avec la liste des médecins exerçant dans ces zones, obtenue à partir des « pages jaunes ». Il est difficile d'imaginer qu'un médecin généraliste ne soit pas inscrit dans l'annuaire des pages jaunes. De plus, ces différents médecins ont du être contactés pour connaître leur date d'installation. Devant la pénibilité de cette tâche, les présidents des conseils départementaux ont tout de même été sollicités par un courrier électronique expliquant les objectifs de l'étude. Tous les départements de France métropolitaine ont été inclus, à l'exception des départements Franciliens et de la Corse. Il a été fait appel à 86 conseils départementaux, 51 n'ayant pas donné suite malgré une relance. Parmi les répondants, soit 35, on compte 18 refus, 13 conseils départementaux ont fourni une liste de médecins (dont 4 après le délai d'inclusion) et 4 n'ont pas de zone déficitaire. L'association de ces deux méthodes a permis d'obtenir la liste des médecins inclus.

La population à étudier doit théoriquement être largement échantillonnée, variée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. Dans le cas présent, elle est construite par défaut à partir des restrictions liées à son établissement, l'identification des médecins recherchés étant particulièrement difficile.

Les médecins interrogés ont été informés de ma demande de participation à l'enquête par courrier postal. Je les ai ensuite contactés par téléphone afin d'obtenir leur accord et de fixer un rendez-vous pour la réalisation de l'entretien. Ces médecins étant répartis dans toute la



France, l'entretien s'est déroulé par téléphone. Même si certains étaient installés à proximité, ils n'ont pas été rencontrés dans leur cabinet afin que les modalités d'entretien ne soient pas biaisées. Parmi les 22 médecins inclus dans l'enquête, 17 ont accepté de participer. Deux autres médecins correspondants aux critères d'inclusion ont été ajoutés. Leur coordonnées m'ont été données par leurs confrères lors des premiers entretiens.

Les entretiens se sont déroulés entre le 08/02/13 et le 13/03/13. Ils ont duré en moyenne 14 minutes.

Ils ont tous été enregistrés avec l'accord des participants avant d'être transcrits. L'analyse des données a été basée sur la théorie ancrée ou « grounded theory ». Cette méthode spécifique développée par Glaser et Strauss en 1967 a pour principe de construire la théorie à partir des données recueillies. Elle est utilisée de façon plus générique pour désigner la construction théorique faite à partir de l'analyse des données qualitatives [19]. C'est une méthode inductive, il n'y a pas d'hypothèse à vérifier mais un champ de recherche à explorer. Les données issues des entretiens sont « codées ». Cela consiste à extraire du texte de la retranscription des groupes de mots voire de phrases et de synthétiser leur signification par un ou quelques mots qui constitueront le code. Il s'agit de fractionner les données en une série de codes. Ces codes regroupés par thème définissent des concepts permettant de construire une théorie.

# **RESULTATS**

## **1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION**

Les caractéristiques de chaque médecin sont détaillées dans un tableau disponible en annexe.

Les entretiens ont réuni 9 femmes et 10 hommes. L'âge moyen est de 40,5 ans (entre 28 et 60 ans). Ils sont majoritairement originaires de la région (11 sur 19), 7 venant de la zone d'installation. Deux médecins sont d'origine roumaine.

La durée de remplacement moyen avant l'installation est de 2,16 ans (entre 0 et 7 ans). La donnée est manquante pour 4 médecins. L'installation a été effective entre 2006 et 2013. L'exercice en cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire est majoritaire. Il regroupe 12 médecins contre 7 médecins travaillant seuls. Ils ont quasiment tous une activité uniquement libérale. Un seul exerce l'activité annexe de médecin coordinateur en maison de retraite. Deux praticiens ont le statut de collaborateur.

Un peu plus de la moitié des médecins connaissait le statut de zone sous-dotée que ce soit celui de « zone déficitaire » ou de « zone de revitalisation rurale » (11 sur 19), avant d'envisager de s'installer.

Le choix du lieu d'installation s'est fait pour la moitié d'entre eux durant la fin de leur internat. Aucun n'y a réfléchi pendant les deux premiers cycles des études médicales. Cela s'explique probablement par l'ignorance de l'orientation professionnelle à ce stade, le choix des spécialités dépendant du résultat de l'ancien concours d'internat ou actuel examen national classant. L'autre moitié était déjà en activité et installée. Un seul a décidé de son lieu d'installation pendant la période de remplacements.

## **2. LES DIFFERENTS PARCOURS**

L'analyse des entretiens permet de faire ressortir différents scénarios de parcours ayant conduit à l'installation.

### **2.1 Parcours résumés**

On remarque d'une part les parcours motivés par les aides, l'un d'eux illustrant une efficacité exemplaire des mesures incitatives. Certains se sont installés dans une zone sous-dotée pour bénéficier des aides, d'autres parce qu'ils étaient engagés à le faire ou parce qu'ils ont adhéré à un projet professionnel de cabinet ou de MSP en zone sous-dotée.

D'autre part, il existe des parcours indépendants des aides. Parmi eux, la distinction doit être faite entre ceux guidés par d'autres motivations (travailler en milieu rural, emploi du conjoint, hasard...) et le parcours de médecins étrangers.

Enfin, le cas particulier d'un médecin ayant refusé de suivre le guide d'entretien est détaillé.

### **2.2 Parcours détaillés**

#### ***2.2.1 Parcours guidés par les aides***

Un parcours pourrait être qualifié d'exemple en termes d'efficacité des aides financières. Il s'agit de celui d'un médecin ayant fait ses études dans la région d'installation et qui fut sensibilisé aux zones déficitaires pendant les études de médecine lors d'un séminaire organisé par la faculté avec l'URCAM. Il voulait s'installer en ville mais, incité par les aides financières, il a finalement choisi de venir en zone déficitaire. Zone qu'il quitterait si ces aides disparaissaient. Ces dernières jouent pleinement leur rôle de « recrutement » et de « rétention ». Elles ont entraîné une amélioration de ses conditions d'exercice par l'embauche d'une secrétaire et d'un agent d'entretien. Elles lui permettent également d'investir dans un projet de MSP. Entretien n°1 « ... en ce moment on crée une maison de santé pluridisciplinaire. L'investissement est tel que je ne l'aurais pas fait sans l'avenant 20. »

Quatre médecins informés sur les aides incitatives avant leur installation ont cherché une zone d'exercice où ils pouvaient en bénéficier. Entretien n° 4 « *Je me suis dit tant qu'à faire, autant s'installer dans une zone déficitaire pour bénéficier de l'avenant 20...* » On distingue un cas particulier, celui d'un médecin n'ayant pu exercer pendant une longue période pour des raisons de santé. Celui-ci a cherché une zone attrayante financièrement pour compenser le manque à gagner lié à son absence d'activité. Entretien n°2 « *Ces aides financières me permettent de rattraper en quelque sorte le retard suite à cet arrêt.* »

Quatre médecins se sont installés dans une zone sous-dotée après avoir été démarchés par des collectivités locales initiatrices d'un projet. Le premier a été contacté par un maire de village qui lui a proposé de créer un cabinet à partir d'une ancienne poste, aux frais de la commune. Sans la mise à disposition de ce cabinet, il ne serait pas venu, le coût des travaux étant trop important. Un deuxième médecin s'est installé suite à l'intervention du conseil général qui l'a mis en relation avec d'autres médecins en vue de créer une maison médicale. Entretien n° 11 « *C'est surtout le projet de maison médicale qui m'a fait m'installer ici.* » Les deux autres médecins ont été recrutés par une communauté de communes ayant un projet de MSP (maison de santé pluridisciplinaire). Le recrutement s'est fait avant la construction de la MSP. Ceci a été un facteur déterminant dans leur adhésion au projet. Entretien n°15 « *Ce qui m'a plu...c'est que la MSP était sur plan, que c'était au stade de projet. On a pu faire quelque chose qui nous a plu, qui nous convenait pour notre activité. En gros je pense qu'il vaut mieux démarcher avec des projets que de bâtir et ensuite chercher des médecins. Ce qui est important c'est de travailler en équipe avec la commune sur le projet.* ».

Deux médecins exercent dans une zone déficitaire car ils étaient engagés à le faire : le premier suite à l'adhésion à un « pré-CESP » (allocation mensuelle du conseil général pendant les 3 années d'internat en contrepartie d'un exercice en zone déficitaire pendant 5 ans minimum) ; le deuxième a su très tôt qu'il voulait travailler en secteur rural et a donc adhéré au CESP.

### **2.2.2 Parcours indépendants des aides**

Un autre cas de figure est l'installation de cinq médecins dans des zones déficitaires aucunement motivés par les aides. Les deux premiers voulaient juste travailler en milieu rural. Ils ne connaissaient pas le statut de leur secteur d'exercice ni les aides associées. Ils bénéficient pourtant de la prime à l'activité suite à la réception d'un courrier de la CPAM proposant d'adhérer à l'option conventionnelle pour l'un et à la découverte fortuite de l'avenant 20 dans la presse écrite médicale pour l'autre. Un troisième a choisi son lieu d'installation en fonction du lieu où son conjoint a trouvé un emploi, un quatrième en fonction de son domicile. Le dernier exerce en zone mal desservie suite à un concours de circonstances. Il cherchait une résidence secondaire dans un village. Le maire lui a suggéré de venir s'installer. Après réflexion il est venu.

Deux médecins étrangers, originaires de Roumanie ont été inclus. Le premier voulait venir en France depuis quelques temps. Il s'était inscrit sur le site d'une association française créée par une communauté de communes. Il a été démarché par cette association qui l'a aidé pour la logistique d'installation. Il sait qu'on l'a recruté car il existe des zones mal desservies, mais ne connaît rien aux avantages liés au statut de ces zones. Il serait venu dans tous les cas en France pourvu que se soit dans une région montagneuse. Entretien n° 12 « *Je suis venu en France pour gagner plus qu'en Roumanie et venir à la montagne. Je leur ai demandé de me trouver un lieu à la montagne. Ils m'ont fait une seule proposition, j'ai regardé sur la carte et j'ai dit oui.* » La motivation est clairement financière. Suite à notre entretien, il envisage même de quitter son lieu d'installation actuel pour rechercher une association en zone déficitaire et bénéficier de la prime à l'activité. Le second médecin est venu sur les conseils d'une amie roumaine, elle-même médecin généraliste, déjà installée en France dans une zone déficitaire. Tous les deux ne bénéficient que des aides des collectivités locales.

### **2.2.3 Cas particulier**

L'entretien n°19 se distingue des autres. Ce médecin n'a pas voulu répondre aux questions du guide d'entretien car il ne voulait pas aborder l'aspect financier. *« Toute la partie aides financières à l'installation est un aspect qui me désintéresse au plus haut point. Le désir de faire ce métier doit être le moteur mais pas l'argent. J'ai fait ce métier par vocation et même si certains patients sont chiants et des journées difficiles, je ne regrette pas, j'aime toujours autant mon métier. Si on fait son boulot avec ses tripes on ne le fait pas avec son porte-monnaie. Quand je me suis installée ... je n'ai eu aucune aide, mais je n'ai rien demandé. Je ne me vois pas gratter, faire des démarches pour ça. De plus il faut aimer l'exercice rural. On pourra donner toutes les aides imaginables ça ne fera pas venir les médecins qui préfèrent la ville. »*. Cependant, il a souhaité témoigner sur le problème de la désertification médicale. Il est en activité depuis plus de 20 ans et ressent les difficultés croissantes depuis quelques années. Avec d'autres professionnels de santé, ils se sont engagés dans un projet visant à lutter contre la désertification médicale dans leur secteur. *« On a décidé avec des collègues de commencer à faire bouger les choses... »*. Leur zone d'intervention est très vaste avec un habitat dispersé. La pénurie de médecin croissante rend leur activité de plus en plus difficile. Il s'agit de la mise en place d'un réseau de soins sous la forme d'une sorte de maison de santé pluridisciplinaire constituée de plusieurs locaux dans des sites différents. Une association a été créée pour la gestion du projet avec une employée chargée de la coordination, rémunérée par l'ARS. Ce projet a obtenu la qualification de pôle d'excellence rural, lui permettant de bénéficier d'aides financières de l'Etat et de l'Europe, notamment pour l'informatisation. Un partenariat est établi avec la faculté de médecine pour accueillir des stagiaires, les praticiens étant maîtres de stage. Les professions paramédicales sont intégrées au projet (pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers...). Leur objectif est d'être attractif pour de futures installations. Les différents locaux vont être loués « à la carte » aux professionnels en fonction du temps passé. *«...permettre une grande plasticité, notamment*

*pour les jeunes médecins qui veulent venir travailler mais sans crouler sous les charges administratives et toute la logistique d'une installation... Le moteur de tout ça est de révolutionner la façon de travailler en milieu rural, de façon à ce que les jeunes puissent arriver dans un système « clé en main »... On montre à ces jeunes qu'on a toujours la foi dans notre profession malgré les difficultés de tous ordres que l'on rencontre, qu'on essaye de faire bouger les choses pour les accueillir de la meilleure façon possible...en modernisant notre exercice.».*

### **3. MESURES SEMBLANT ADAPTEES POUR FAVORISER L'INSTALLATION DE MEDECINS GENERALISTES EN ZONES SOUS-DOTEES**

Les mesures énoncées lors des entretiens sont les suivantes, par ordre de fréquence de citation :

- Les aides financières /fiscales
- L'aménagement de la PDSA
- L'aménagement du territoire
- L'information des acteurs de la démographie médicale
- Les aides des collectivités locales, la promotion de la médecine générale, l'aide logistique à l'installation
- La promotion de l'exercice de groupe, le développement du statut de collaborateur, les allègements administratifs et l'adoption de mesures coercitives

**Les deux réponses les plus fréquentes** sont les aides financières et les aides fiscales.

Entretien n°1 « *La première mesure : Les aides financières sous forme directe sont pour moi le plus important. La deuxième mesure : les exonérations fiscales comme celle sur le revenu des permanences de soins ambulatoires.»* Entretien n°3 « *Le statut de ZRR avec les exonérations fiscales, c'est pas mal comme idée.* » Entretien n°5 « *Les exonérations fiscales*



*sont intéressantes.* » Entretien n°8 « *Les aides financières, rien d'autre.* » Entretien n°11 « *Les mesures financières sont toujours intéressantes.* » Entretien n°12 « *Je pense que l'argent est toujours une motivation.* » Entretien n°18 « *Des mesures incitatives financières évidemment !* ». Ces réponses sont les plus représentées mais on retrouve autant de réponses spontanées en défaveur de ces aides. Entretien n°2 « *Pour moi, les aides financières ne sont pas la solution au problème.* » Entretien n°4 « *Lors du départ de mon associé, j'ai vu défiler beaucoup de confrères qui cherchaient le bon plan : travailler à minima et avoir un maximum d'avantages. J'ai vu beaucoup de médecins qui n'étaient motivés que par ça. Je trouve ça un peu dramatique au niveau de la qualité de l'engagement* ». Bien que ce médecin ne soit pas en faveur des mesures financières, on constate que d'après son expérience, elles ont un rôle attractif. Entretien n°16 « *Lorsqu'on travaille dans ces zones, on voit suffisamment de patients, on gagne bien sa vie. Donner de l'argent pour travailler en zone déficitaire n'a pas de sens. On va dans ces zones, on gagne bien sa vie, donc si c'était une histoire d'argent, le problème serait déjà réglé* ». Entretien n°17 « *Dans ces zones, on ne manque pas de travail, on gagne bien sa vie, donc je ne vois pas l'intérêt de donner 20 000 euros en plus.* »

L'aménagement de la permanence de soins ambulatoires est mis en avant par **la moitié** des médecins interrogés. Entretien n°1 « *Un grand frein au travail en milieu rural est l'obligation de faire des gardes. Elles sont trop nombreuses. Donc la réorganisation des gardes.* » Entretien n°7 « *L'aménagement de la PDSA.* » Entretien n°10 « *L'amélioration du système de permanence de soins.* » Entretien n°13 « *Il y a un frein à l'installation par chez nous, c'est le secteur de garde élargi. Ça devient difficile d'avoir à faire 50km pour voir un patient.* » Entretien n°16 « *Réadapter la permanence de soins.* »

**Un tiers** des participants préconise des mesures d'aménagement du territoire guidées par une politique globale ne se limitant pas au secteur de la santé. La nécessité de trouver un emploi pour le conjoint est surtout citée. Entretien n°2 « *Avant quand les médecins*

*amenaient leurs femmes, elles étaient secrétaires, ce qui n'est pas vrai à l'inverse avec la féminisation. Les femmes médecins sont en général en couple avec des hommes de même niveau de formation type ingénieur. Et ce ne sont pas les hommes qui vont faire secrétaire ! Il n'y a pas de travail pour les maris. Et ça c'est capital avec la féminisation de la médecine. » Entretien n°7 « Il faut un travail pour le conjoint. Je crois que c'est un des plus gros problèmes. » Entretien n° 18 «...que le conjoint puisse avoir un travail, c'est d'ailleurs ce qui m'a fait m'installer ici. » Le besoin d'équipements locaux, de services publics est aussi mis en avant. Entretien n°13 « On parle de déserts médicaux mais ce sont des déserts tout court. Il y a des postes qui ferment, l'absence de services publics minimum. On m'avait proposé de m'installer dans un bled à coté mais... le téléphone passait à peine, il n'y avait pas internet, aucun commerce... ». Entretien n°14 « Il faut surtout autre chose...comme des services publics. » Entretien n°17 « ...c'est surtout l'environnement, laboratoire, pharmacie, kiné, avoir du personnel paramédical autour de nous...il faudrait encourager du personnel paramédical à s'installer autour de nous ... » Entretien n°18 « ...avoir une école, chose qu'on a failli ne pas trouver ce qui m'aurait fait changer de projet. »*

Une mesure simple est également énoncée: mieux informer tous les acteurs de la répartition des professionnels de santé notamment les futurs médecins et les collectivités territoriales (mairie, communautés de communes, conseils généraux). Cette information devrait porter sur les zones sous-dotées, les démarches pour l'installation et les aides incitatives. Entretien n°2 « Informer les mairies sur les mesures pouvant inciter les médecins à venir. Informer les médecins avant l'installation sur les aides et démarches...dans ces zones. » Entretien n°16 « Informer, sensibiliser aux déserts médicaux pendant les études. »

Les aides de collectivités locales font partie des mesures semblant adaptées pour favoriser l'installation en zones sous-dotées. Entretien n°2 « des aides des communes, comme l'absence de loyer pour le local professionnel ou pour l'achat de matériel. » Entretien n°5 « Un soutien des collectivités. » Entretien n°6 « la mise à disposition d'un cabinet. »

Entretien n°10 « *les aides des collectivités locales, avec la mise à disposition de locaux.* »

Entretien n°17 « *Une autre mesure intéressante serait une aide des collectivités, par exemple, la mise à disposition de locaux.* »

La promotion de la médecine générale ressort comme une des mesures pouvant contribuer à rendre la médecine rurale plus attractive. Entretien n° 9 « *Avant tout faire connaître le travail à la campagne, je pense que c'est surtout ça, il y a beaucoup de mythes et de craintes sur notre activité, on n'est pas des stakhanovistes, on ne travaille pas jusqu'à minuit tous les jours, on n'est pas réveillé toutes les nuits. On a une très bonne qualité de travail. Simplement, ce n'est pas connu...du coup les jeunes pensent que s'ils vont à la campagne ils vont travailler 70 heures par semaine, ce qui je pense reste exceptionnel... Il faut démystifier la crainte de venir à la campagne parce qu'on est loin des centres hospitaliers. Je pense que si les étudiants venaient plus voir comment ça se passe, ils n'auraient plus peur de venir... j'ai fait venir des internes pour des remplacements, ils étaient contents de bosser là...»*

Entretien n°11 « *Je pense que ce qui pourrait motiver les jeunes médecins c'est de venir voir, faire des stages en campagne, remplacer en campagne où on voit qu'on n'est pas complètement démuné, isolé, au fin fond de nul part, leur montrer que c'est possible, qu'on est pas tout seul dans son coin, que la vie à la campagne c'est pas catastrophique...Il faut améliorer l'image du médecin généraliste à la campagne. Il faudrait probablement faire plus de terrains de stage pour voir comment ça se passe tout simplement.* » Entretien n°16 « *Eviter de faire peur aux nouveaux médecins.* »

Les aides logistiques à l'installation sont citées à plusieurs reprises. Elles correspondent à des aides aux démarches administratives et à la présentation de projet d'installation par la création de maisons de santé pluridisciplinaires ou de cabinets. Entretien n°5 « *une aide logistique à l'installation.* » Entretien n°11 « *C'est surtout le projet de la maison médicale qui m'a fait venir...pendant mon internat, le conseil général m'a contacté pour savoir si je voulais participer au projet de la maison médicale.* » Entretien n°14 « *...un partenariat avec les*

*collectivités locales, être intégré à un projet. » Entretien n° 15 « Proposer des projets comme ça a été le cas pour nous... que les communes qui ont besoin de généralistes démarchent les remplaçants, les jeunes médecins...il y a des communes qui font des maisons de santé et une fois que c'est construit il recherche des médecins. Ce qui m'a plu dans le projet c'est que la MSP était sur plan et que c'était au stade de projet, on a pu faire quelque chose qui nous a plu, qui nous convenait pour notre activité. En gros je pense qu'il vaut mieux démarcher avec des projets que de bâtir et ensuite chercher des médecins. Ce qui est important c'est de travailler en équipe avec la commune sur le projet. »*

D'autres mesures sont citées seulement par un ou deux intervenants :

- les mesures coercitives par une restriction de la liberté d'installation, entretien n° 10 « *Pour s'en sortir, il faut que les pharmaciens, infirmiers et les médecins soient canalisés. Il faut prendre des mesures pour canaliser la liberté d'installation. Je pense que les mesures coercitives sont la seule solution. Il faut établir des quotas, en fonction des besoins, que les ARS prennent des décisions, on a telle population il faut tant de médecins, basta !* »,
- les allègements administratifs. Entretien n°13 « *...revoir tout le système, le fonctionnement de la médecine libérale, on a énormément d'administratif, il faut absolument changer ça.* »,
- la création de postes salariés dans des maisons de santé situées dans les zones sous-dotées, entretien n°14 « *Le salariat semble être une bonne option... mais avec une rémunération assez conséquente.* »,
- la promotion de l'exercice de groupe, entretien n°15 « *favoriser l'installation pluridisciplinaire...* », Entretien n°17 « *...ce n'est pas parce qu'on travaille en milieu rural que l'on doit être forcément tout seul. Il faudrait encourager du personnel paramédical à s'installer autour de nous.* »,
- le développement du statut de collaborateur.

Concernant le projet de la ministre de la santé actuelle qui consiste à créer des postes de « praticiens territoriaux de médecine générale » les médecins interrogés sont unanimes et sans appel. Ils le rejettent tous sans mâcher leurs mots. Entretien n°2 «...*la ministre est complètement à coté de la plaque. Garantir un salaire aux jeunes médecins, sachant qu'ils gagneront plus de toute façon, en travaillant dans des zones déficitaires, c'est ridicule.* » Entretien n°5 « *Je ne pense pas que les mesures proposées par la ministre soient utiles.* » Entretien n°7 « *La réforme de Marisol est une vaste fumisterie.* » Entretien n°10 « *Sinon la réforme de Marisol, l'histoire du revenu minimum, c'est complètement con, ça n'a aucun intérêt, c'est de la poudre aux yeux, c'est un effet d'annonce. De toute façon, en zone déficitaire on gagne plus que le revenu minimum proposé.* »

#### **4. AIDES RECUES PAR LES MEDECINS INTERROGES**

Les aides reçues par chaque médecin sont détaillées dans le tableau des caractéristiques de la population en annexe.

- Aides durant les études : 2 cas : 1 médecin a adhéré au CESP (Contrat d'engagement du service public) et 1 médecin a bénéficié d'une allocation versée par le conseil général pendant les 3 années de son internat en contrepartie d'une installation dans une zone déficitaire pendant 5 ans minimum
- Aides financières par l'adhésion à l'option conventionnelle ou à sa nouvelle version l'option démographie : 9
- Aides financières aux remplacements : aucun
- Aides fiscales
  - exonération de l'impôt sur le revenu : 5
  - exonération de l'impôt sur le revenu au titre de la PDSA: 13
  - exonération de charges sociales pour l'embauche : 5
  - exonération de la taxe professionnelle ou CFE : 6

- Aides des collectivités locales

- exonération de loyer pour le local professionnel : 7
- mise à disposition d'un local professionnel : 7
- création d'un cabinet ou d'une MSP : 4
- subvention par le conseil général ou l'ARS (pour l'achat de matériel médical, de mobilier, pour l'informatisation): 2
- prêt à taux zéro par le conseil général : 1
- mise à disposition d'un logement : 1
- salariée payée par l'ARS (coordinatrice, travaillant pour une association qui gère un projet de réseau de santé) : 1

Parmi toutes les aides existantes, seules les aides financières au remplacement ne sont pas représentées.

Les aides durant les études ne concernent que 2 médecins.

Parmi les participants, la majeure partie profite de la prime à l'activité et d'aides fiscales (l'exonération d'impôt sur le revenu des PDSA regroupant le plus de bénéficiaires). Attribuées à de nombreux médecins inclus, les aides des collectivités locales sont assez variées. Elles ne sont pas définies au niveau national mais régional, parfois au niveau communal et se négocient entre le médecin et la collectivité. Elles ne sont pas attribuées systématiquement à un territoire déterminé comme l'est la prime à l'activité pour les zones déficitaires.

Ces aides peuvent se cumuler. Ainsi le médecin n°14 bénéficie de la prime à l'activité, de l'exonération d'impôt sur le revenu pour la rémunération des professions libérales, de l'exonération de l'impôt sur le revenu des PDSA, de l'exonération de charges sociales pour l'embauche de sa secrétaire, de l'exonération de la taxe professionnelle, et des aides locales par la création et l'entretien de la MSP dans laquelle il travaille. Il jouit également d'une

exonération de loyer pendant 5 ans. On peut l'opposer au médecin n°13, qui travaille seul en zone déficitaire et qui ne bénéficie que de la mise à disposition d'un local professionnel exonéré de loyer 1 an.

## **5. INFORMATION CONCERNANT LES AIDES**

### **5.1 Source d'information**

Plus d'un tiers des médecins ont été informé des aides existantes par le bouche à oreille entre confrères. Une grande partie s'est renseignée sur internet. Quelques uns ont reçu une brochure d'information de la CPAM. Seulement deux médecins ont participé à un séminaire organisé par leur faculté de médecine (séminaire avec l'URCAM et séminaire avec un syndicat d'internes de médecine générale). Sinon de manière anecdotique, les autres sources d'information sont la presse écrite, la mairie du lieu d'installation et le comptable.

### **5.2 Temps d'information**

La prise de connaissance de ses aides s'est faite pendant le projet d'installation pour un tiers d'entre eux. Seuls quatre médecins étaient au courant des aides avant la fin de leurs études. Parmi ceux recevant actuellement des aides, on compte cinq médecins informés une fois installés.

### **5.3 Obstacles à l'obtention des aides**

Le principal obstacle à l'obtention des aides est l'accès à l'information sur celles-ci. La majorité des médecins recevant des aides estiment avoir eu des difficultés d'accès à ces renseignements. Le motif le plus fréquent est le problème de la définition du statut des zones à un instant « t ». Entretien n°3 « *La carte de l'URCAM n'était pas à jour.* » Entretien n°13 « *le problème...c'est qu'il faut être au courant, connaître le statut de la zone, ce qui*

*évolue avec le temps... » Entretien n°16 « Sur le terrain on me disait oui, c'est une zone déficitaire, quand je demandais ailleurs on me disait je ne sais pas ou on va bientôt vous le dire mais on ne me l'a jamais dit. » Entretien n°17 « ...l'absence de définition des zones déficitaires. » Un autre problème soulevé est de trouver un interlocuteur et que celui-ci soit bien informé. Entretien n°5 « ...quand je me renseignais, je tombais sur des gens pas plus au courant. » Entretien n°13 « le problème c'est qu'il faut... trouver le bon interlocuteur. » Entretien n°14 « ...au niveau de l'ARS, ils sont flous, ils ont du mal à lâcher les informations. » On peut citer l'exemple du médecin n°16 qui a signé un CESP. Il n'a pas rencontré de problème pour obtenir l'allocation mensuelle attribuée pendant son internat. Mais il s'est trouvé confronté à de grandes difficultés pour connaître la liste des villes situées dans des zones déficitaires. Obligé de s'installer dans une de ces villes pour respecter ses conditions d'engagement, il s'est heurté à des interlocuteurs peu informés et à l'absence de définition précise des zones déficitaires. Pour finir, il n'a réussi à obtenir la liste que 4 semaines avant son installation. Le CESP ne permettant pas de faire des remplacements, il était contraint de s'installer dès la fin de l'internat. Un bon tiers des médecins interrogés a toutefois trouvé l'information facilement accessible.*

La lourdeur des démarches administratives pour obtenir ses aides est mise en avant par un quart des médecins. Entretien n°1 « ...j'ai été obligé d'aller à droite à gauche, aller à la CPAM, à l'URCAM, fournir des papiers nombreux...il y a de la paperasse. Les démarches administratives ne sont pas simples...nombreux coups de téléphone, déplacements... » Entretien n°2 « Les démarches sont lourdes. » Entretien n°5 « ...pour les démarches, c'est un peu compliqué. Tout ce qui est administratif, je ne gère pas trop...On fait des études de médecine pas de gestion. » Entretien n° 6 « Le manque de temps pour faire les démarches administratives. » Entretien n° 15 « ...c'est un peu lourd mais c'est largement compensé par les aides. »

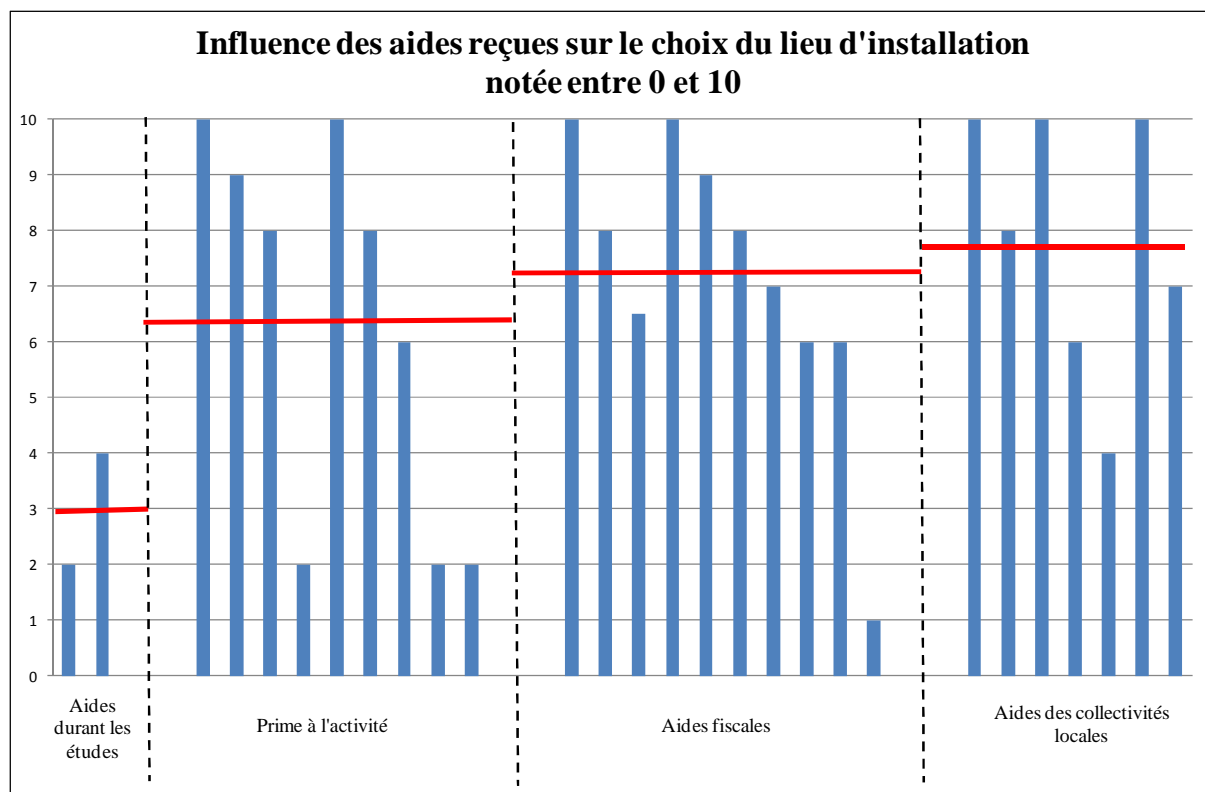


Plus d'un tiers des bénéficiaires n'a rencontré aucun obstacle pour obtenir les aides. Entretien n°3 « *...aucun souci.* » Entretien n°4 « *...très simple, c'était directement avec la CPAM* » Entretien n°8 « *je me suis renseignée au conseil de l'ordre ou j'ai reçu les informations adaptées à mes questions.* » Entretien n°9 « *...j'ai rempli les papiers, j'ai envoyé les attestations, ça a été super simple, c'est la secrétaire qui a tout géré.* » Entretien n°10 « *...ça a été limpide, i n'y a eu aucun problème.* » Entretien n°11 « *...pour l'avenant 20, il n'y a pas eu de souci, on a tout de suite eu un interlocuteur qui nous a tout de suite dit ce qu'il fallait faire et comment...* » Entretien n°14 « *Aucun obstacle.* » Quand la possibilité de bénéficier de la prime à l'activité par l'adhésion à l'option conventionnelle ou l'option démographie est reconnue, aucun médecin n'a rencontré d'obstacle à son obtention.

## **6. INFLUENCE DES AIDES SUR LE CHOIX DU LEU D'INSTALLATION**

Lors des entretiens, il a été demandé aux médecins de noter chaque aide en fonction de son influence sur le choix du lieu d'installation. Cela ne concerne que les aides reçues par le médecin et uniquement s'il en était informé avant son installation. Il leur a été précisé que la note devait se situer entre 0 et 10, 0 étant « aucune influence » et 10 « une mesure décisive », sur le modèle de l'échelle visuelle analogique.

Graphique 4

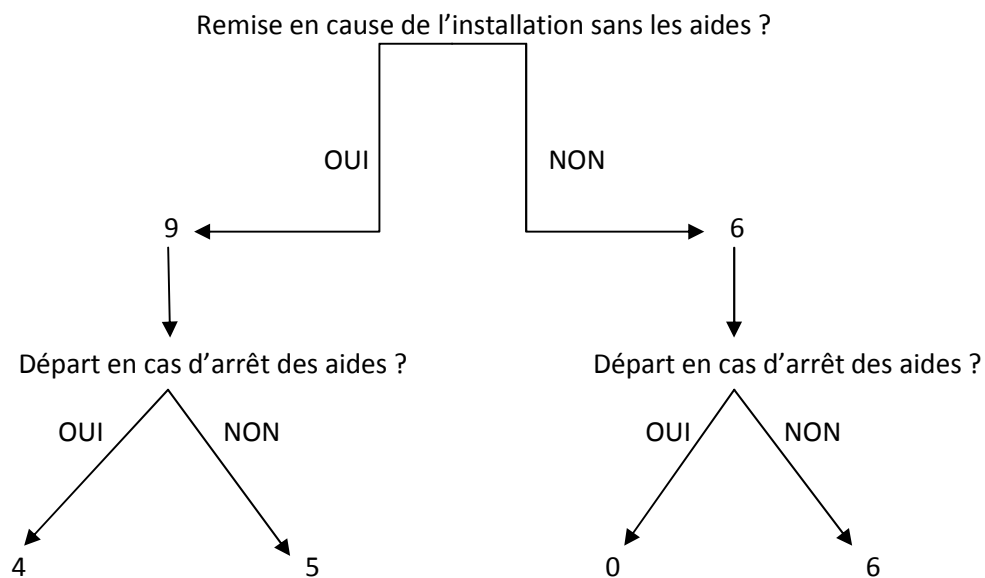


Légende : notes des médecins ■ ; note moyenne —

Les notes moyennes obtenues sont: pour les aides pendant les études (CESP et l'allocation versée au médecin n°11): **3** ; pour la prime à l'activité par l'adhésion à l'option conventionnelle ou à l'option démographie: **6.3** ; pour les aides fiscales : **7.15** et pour les aides des collectivités territoriales : **7.8**. Les aides des collectivités ont un rôle important sur la décision concernant le lieu d'installation. Les aides fiscales et la prime à l'activité ont également une influence considérable. Ces trois types d'aides ont toutes obtenues plusieurs fois la note maximale prouvant le caractère décisif de la mesure pour certains. On remarque une variation importante dans les notes attribuées à la prime à l'activité. Décisive pour certains, elle ne représente pour d'autres qu'une opportunité. Les aides durant les études ont une note faible ce qui est paradoxal étant donné leurs conditions d'attribution. Elles sont en effet accordées en contrepartie d'une installation dans une zone déficitaire. Elles devraient donc avoir des notes très élevées. L'analyse du parcours de ces 2 médecins explique ces

résultats. Le premier est originaire de la zone et a surtout été motivé par un projet de création de MSP. Dans son cas, le « hasard » a bien fait les choses puisque la MSP est en zone déficitaire. Le deuxième médecin a rencontré des difficultés liées à son adhésion au CESP comme détaillé plus haut dans le chapitre sur les obstacles à l'obtention des aides. Il a plus ou moins défini lui-même une liste en accord avec le conseil de l'ordre, car l'ARS ne l'avait pas constituée.

Il a également été demandé si l'absence d'aide aurait remis en cause leur installation actuelle et si l'arrêt des aides pourrait les amener à quitter la zone. Un médecin n'a pas souhaité répondre et 3 médecins ne connaissaient pas les aides avant leur installation.



Plus de la moitié des médecins n'auraient pas choisi leur lieu d'installation actuel si les aides ne les avaient pas incités à le faire. Ce résultat concorde avec les notes attribuées aux aides, détaillées sur le graphique précédant. Il correspond aux notes maximales (9 et 10). Entretien n°1 « *Sans aucun doute, s'il n'y avait pas d'aide, je me serais installé en ville.* », Entretien n°2 « *Oui, je ne serais pas venue.* » Entretien n°3 « *Oui, je pense...* » Entretien n°4 « *Oui,*

*je serais probablement restée à ... » Entretien n°8 « Oui, bien sur ! » Entretien n°13 « Oui, s'il avait fallu que je fasse les travaux sans aide... » Entretien n°15 « Oui, je pense que je me serais installé plus près de mon domicile. ». Les aides ont clairement joué leur rôle de « recrutement » pour ces médecins. Elles jouent leur rôle de « rétention » pour la moitié d'entre eux qui partiraient en même temps que les aides. Entretien n° 1 « Je partirais, même si j'y réfléchirais 4-5 fois avant. » Entretien n°2 « Oui c'est sur ! Les aides je reste, plus d'aide, je pars, point. » L'autre moitié des médecins resteraient, les aides n'ayant servi qu'à les inciter à s'installer en zone sous-dotée et ne servant pas à les maintenir en activité dans ces zones. D'autres motifs les retiennent, parmi lesquels l'attachement à la patientèle et les investissements immobiliers dans leur domicile ou leur local professionnel. Entretien n° 4 « Non, j'ai acheté une maison dans le coin... » Entretien n°13 « Non, je viens de racheter les locaux. » Entretien n°14 « Non... on s'attache à notre patientèle, mais ça nous embêterait, je ne vous le cache pas. Mais je ne pense pas que ça nous ferait changer de lieu, on a trouvé un bon équilibre que je ne suis pas sûr de retrouver ailleurs. » Entretien n° 15 « Non, parce que maintenant, j'ai une patientèle et les aides sont surtout intéressantes au démarrage. ».*

Un tiers des médecins bénéficiant d'aides se seraient installés au même endroit s'il n'y avait pas d'aide et resteraient si celles qui leur sont actuellement accordées venaient à disparaître. Ce résultat correspond aux notes les plus basses, détaillées sur le précédent graphique. Entretien n°5 « Non, la preuve en est que je n'ai pas eu d'aide ou presque et que je me suis quand même installée. » Entretien n°11 « Non, je serais quand même venue. » Entretien n° 18 « Non, le principal c'était de suivre mon conjoint. ». Ce cas de figure met en évidence un effet d'aubaine. Parmi les médecins concernés, 4 ont fait une demande de prime à l'activité (ancienne option conventionnelle, nouvelle option démographie) et 1 médecin bénéficie d'une exonération d'impôt sur le revenu des professions libérales. Dans cette situation, il est bien évident que les aides n'ont aucun rôle incitatif.

## 7. INFLUENCE DES AIDES SUR LES CONDITIONS D'EXERCICE

Il a été demandé à tous les participants recevant des aides si celles-ci avaient amélioré leurs conditions d'exercice et de quelle façon.

Un seul a estimé que les aides ne changeaient rien à ses conditions de travail. Entretien n°7 « Non, je n'ai pas de secrétaire et ma femme m'aide pour le ménage. »

Plus d'un tiers des médecins a déclaré avoir embauché du personnel grâce aux aides. Celles-ci servent essentiellement à engager une secrétaire ou à augmenter le temps de travail d'une secrétaire déjà présente. Les aides financent également en partie l'entretien des locaux professionnels et les services d'un comptable. Le secrétariat est souvent qualifié d'indispensable pour soulager de la charge de travail importante dans les zones sous-dotées. L'embauche est financée par la prime à l'activité ou résulte de l'exonération de charges sociales dans les zones de revitalisation rurale (parfois les deux). Entretien n°18 « *...pour l'embauche de la secrétaire...augmenter ses heures...* » Entretien n° 14 « *...pour l'embauche... Le travail de la secrétaire c'est du travail en moins comme scanner les comptes-rendus et bilans. Ça dégage du temps, ça améliore la qualité de vie.* » Entretien n°11 « *...pour l'embauche de la secrétaire, le ménage...* » Entretien n°10 « *...on a augmenté les heures de secrétariat.* » Entretien n°6 « *Oui, pour l'embauche d'une secrétaire, d'un comptable et d'une femme de ménage, car il y a une exonération.* » Entretien n°4 « *Oui, notamment pour l'embauche d'une secrétaire...* » Entretien n°2 « *Embauche d'une secrétaire grâce à l'exonération de charges sociales. En ZRR la charge de travail est telle qu'une secrétaire est indispensable donc il est vraiment utile d'exonérer les charges.* ».

Pour un tiers des praticiens, le bénéfice des aides contribue à améliorer leur rapport à l'argent, notamment en participant au paiement des charges liées au fonctionnement du cabinet. Entretien n°1 « *Bien sûr, car les charges sont lourdes... Ça permet d'être plus à*

*l'aise, ça soulage, ça rend la vie plus facile.* » Entretien n°3 «*ça concourt à avoir l'esprit libre, à être serein financièrement.* » Entretien n°4 «*Oui ... et faire face aux charges du cabinet.* » Entretien n°9 «*Oui, ... pour toutes les charges...* » Entretien n°11 «*Oui, ça apporte une certaine sécurité financière. Quand on s'installe ce n'est pas facile...on sait qu'il y a des aides derrière, pour les premiers mois c'est très rassurant.* ».

Un quart d'entre eux utilise ces aides pour investir dans le matériel médical et le mobilier. Entretien n°1 «*...ça permet aussi d'investir dans le matériel...* » Entretien n°9 «*Oui, pour l'investissement à l'installation...le matériel, mobilier.* » Entretien n° 11 «*... pour l'informatisation, les fournitures...* » Entretien n° 15 «*Oui, fortement...sur le matériel qu'on a pu acheter. On a eu des aides pour l'achat du matériel (électrocardiogramme, défibrillateur semi-automatique, chariot de suture)...* ».

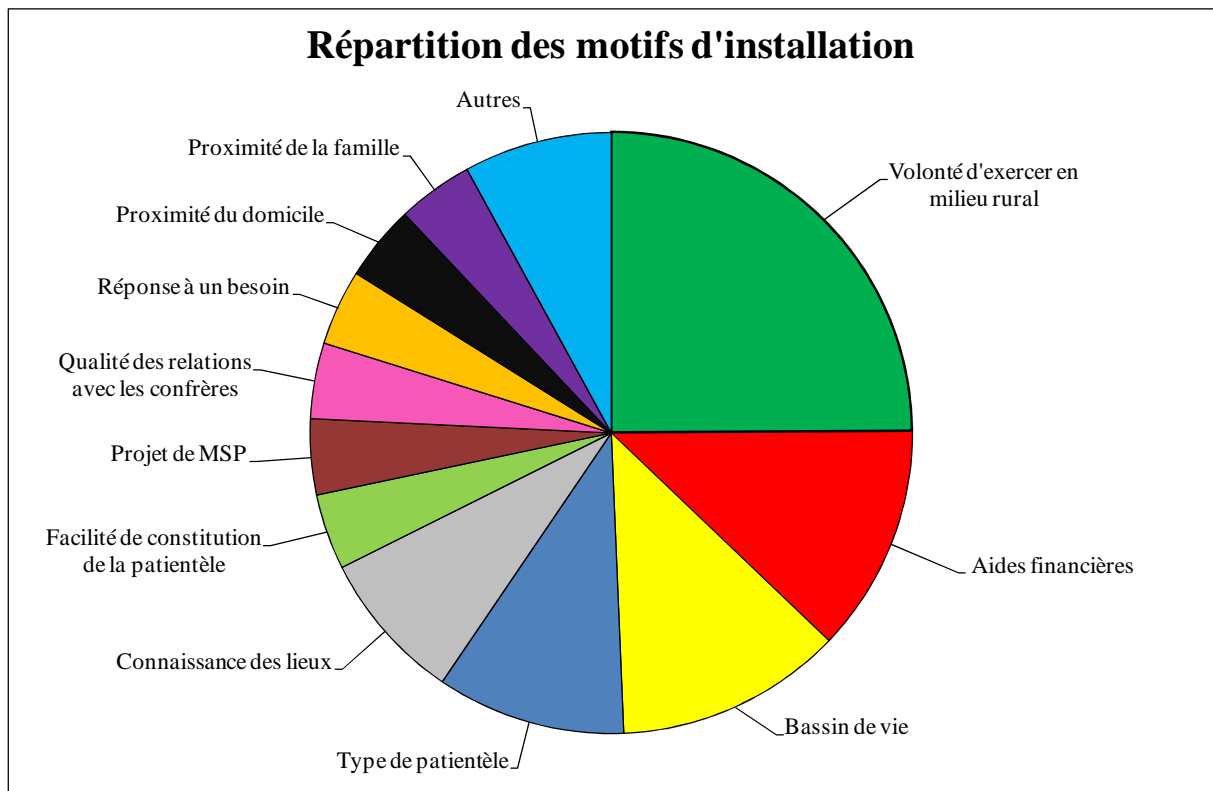
Elles peuvent aussi permettre à quelques médecins de moins travailler. Entretien n°8 «*Oui, l'aide me permet de faire un mi-temps. Cette rémunération en plus me permet de faire un mi-temps.* » Entretien n°14 «*Oui, c'est indéniable, si vous gagnez un peu plus, vous pouvez travailler moins, sans courir après les actes...* » Entretien n° 15 «*Oui fortement, sur l'aménagement du temps de travail... on a moins de besoins financiers, on peut se permettre de travailler un peu moins...* »

Un médecin est en train d'investir dans un projet de maison de santé pluridisciplinaire, investissement qu'il n'aurait pas fait sans la prime à l'activité. Entretien n°1 «*en ce moment on crée une maison de santé pluridisciplinaire. L'investissement est tel que je ne l'aurais pas fait sans l'avenant 20.* »

## 8. MOTIFS D'INSTALLATION DANS LES ZONES SOUS-DOTEES

Il a été demandé à tous les participants de citer les 2-3 principaux motifs d'installation dans la zone où ils sont actuellement.

**Graphique 5**



Presqu'un quart des médecins déclarent vouloir exercer en milieu rural. Entretien n°1 « J'aime exercer en milieu rural. » Entretien n°3 « *J'aime la médecine générale rurale.* » Entretien n°9 « *je voulais travailler en milieu rural...* » Entretien n°10 « *...je n' imagine mon métier que dans un secteur rural...* » Entretien n°14 « *...la volonté d'exercer à la campagne...* ». Entretien n°16 « *...le type d'exercice en zone rurale, varié...* ».

Les aides financières arrivent en deuxième position, ainsi que l'existence d'un bassin de vie. La recherche d'un bassin de vie témoigne de la volonté de trouver un emploi pour le conjoint, une école pour les enfants, des commerces à proximité et une ville de moyenne ou grande importance pas trop distante.

Le type de patientèle rencontré dans les zones sous-dotées joue un rôle attractif pour plusieurs médecins interrogés. Entretien n°5 « *la relation avec les patients qui est plus forte, agréable, fidèle.* » Entretien n°6 « *...le type de patientèle, agréable, sur les conseils de mon amie.*» Entretien n° 7 « *...le contact avec les patients..* » Entretien n° 9 « *...le type de patient à la campagne, plus abordable par rapport à la patientèle de ville...* » Entretien n°17 « *...la patientèle connue et sympathique.* »

Un autre motif bien représenté est la connaissance des lieux que ce soit des médecins originaires de la zone d'installation ou des médecins ayant remplacé dans un cabinet avant d'y être titulaire.

Les autres raisons citées une ou deux fois sont les suivantes: la proximité du domicile, la proximité de la famille, la volonté de répondre à un besoin de soins de la population, la facilité de constitution de la patientèle, la qualité des relations avec les confrères, l'aménagement de la PDSA, la participation à un projet de MSP, le statut de collaborateur, la volonté de travailler en MSP, et ne pas exercer dans la ville de résidence.



# **DISCUSSION**

## 1. Résultat principal

Les résultats de ce travail de recherche ont permis de montrer que les différentes aides incitatives essentiellement financières jouent un rôle dans la lutte contre les déserts médicaux. Elles peuvent influencer le choix du lieu d'installation, certains médecins décidant de s'installer dans une zone sous-dotée pour en bénéficier. Elles contribuent donc à atténuer les inégalités de répartition des médecins généralistes en France métropolitaine même s'il est clair qu'elles ne suffisent pas à corriger le problème.

Les aides incitatives à l'installation sont considérées par les participants comme la mesure la plus adaptée pour favoriser l'installation de médecins généralistes en zones déficitaires. Elles arrivent en deuxième position (par ordre de fréquence de citation) dans les principaux motifs du choix du lieu d'installation. Elles obtiennent des notes supérieures à la moyenne lorsque l'on demande une évaluation chiffrée de leur influence sur le choix du lieu d'installation. Les aides des collectivités locales semblent avoir une plus forte influence que les aides fiscales, elles-mêmes plus incitatives que la prime à l'activité. Le nombre d'entretiens est bien sûr insuffisant pour que ces résultats soient significatifs, d'autant qu'il s'agit d'une enquête qualitative. Une enquête de l'ISNAR-IMG de 2010 [20] a recherché les mesures qui inciteraient les internes de médecine générale à s'installer en zone déficitaire. 69,5% d'entre eux plébiscitent une aide logistique et financière à la création d'une MSP ou d'un cabinet de groupe. C'est la réponse la plus citée. 60,5% et 38.1% d'entre eux considèrent respectivement les avantages fiscaux et l'augmentation de leur rémunération comme des mesures incitatives. Ces résultats concordent avec notre étude qui démontre le caractère attractif des aides financières.

### **1.1 Rôle des aides**

Leur rôle peut être selon les cas de favoriser l'installation et/ou de maintenir en activité dans des zones fragiles. D'une part, elles « recrutent » dans la mesure où un médecin décide de s'installer en zone sous-dotée pour bénéficier des aides. Leur absence l'aurait amené à s'installer en dehors d'une de ces zones. Ce cas de figure concerne plus de la moitié des médecins interrogés. D'autre part, elles ont un rôle de « rétention » dans le sens où un médecin en activité dans ces zones partirait si elles disparaissaient. Cette situation est démontrée par quelques participants.

Elles ne jouent aucun de ces rôles lorsqu'un médecin s'installe sans connaître leur existence et resterait sans leur présence. Un tiers des médecins interrogés rentre dans cette catégorie. L'étude met donc en évidence un effet d'aubaine. Il est constaté lorsque certains médecins installés en zone sous-dotée pour des raisons indépendantes des mesures incitatives découvrent de manière fortuite que le statut de la zone leur permet de bénéficier d'aides. On ne peut leur reprocher de vouloir en profiter. Et de toute façon cet effet est difficilement contrôlable. Concernant la prime à l'activité, l'assurance maladie ne peut faire le tri entre les médecins qui décident de s'installer en zone sous-dotée guidés par les aides et ceux qui profitent de l'opportunité. D'autant que dans le deuxième cas, les aides peuvent jouer un rôle de maintien en activité dans la zone. Dans l'étude cette situation n'est pas représentée mais on ne peut éliminer cette possibilité. Ce rôle de « rétention » des aides a été démontré uniquement pour les médecins « recrutés » par les aides. L'étude ne comprend pas de médecin bénéficiant d'aides qui n'aurait pas remis en cause son installation sans les aides mais qui quitterait son cabinet si elles disparaissaient.

L'étude fait ressortir que les aides attribuées sont surtout appréciées en début de carrière. Commencer une activité au ralenti avec des charges indépendantes de la patientèle à assurer (emprunts, charges fixes du cabinet) peut être source d'angoisse et compliqué à

gérer. Ces difficultés représentent un frein à d'éventuelles installations que les aides incitatives peuvent certainement permettre d'éliminer. La mise à disposition d'un local professionnel, la création d'un cabinet ou d'une MSP aux frais de la collectivité, l'éventuelle exonération de loyer, les subventions et les prêts à taux zéro sont autant de dispositions qui jouent pleinement leur rôle incitatif et peuvent motiver une installation en zone sous-dotée.

## **1.2 Effets sur les conditions d'exercice**

Les aides présentent l'avantage de participer à une **amélioration des conditions d'exercice professionnel**. En dehors d'une exception, tous les médecins interrogés confirment ce fait.

Dans les zones sous-dotées, la charge de travail est supérieure à la moyenne nationale. Cet aspect des choses est source de crainte pour les futurs médecins et constitue donc un élément décourageant leur installation dans ces zones. Il est à ce sujet intéressant de constater que l'effet bénéfique des aides le plus fréquemment mis en avant est d'avoir rendu possible l'embauche d'une secrétaire et ainsi permis d'alléger la charge de travail. La présence d'un secrétariat est indéniablement un facteur d'attractivité. D'après une étude de l'ISNAR-IMG de 2010 [20], 86,6% des internes estiment qu'un secrétariat doit absolument être présent dans la structure où ils exerceront. A un degré moindre l'embauche d'un agent d'entretien et d'un comptable contribue à réduire les contraintes professionnelles. La comptabilité passionne peu de nos confrères et le ménage quotidien est rarement un plaisir.

Les aides apportent également par définition une amélioration « matérielle ». Cette modification positive du rapport à l'argent peut se faire ressentir de différentes manières. Elle permet, en premier lieu, de faire passer la quête de rentabilité de l'exercice au second plan. Il devient également plus facile de faire face aux frais de fonctionnement du cabinet, les apports financiers participant aux achats professionnels (matériel médical et

informatique, mobilier et autres équipements d'un cabinet). Avoir de meilleurs « outils » contribue à améliorer les conditions d'exercice. Les aides peuvent également rendre possible l'investissement dans un projet de MSP, facilitant l'exercice par une meilleure collaboration avec les différents professionnels paramédicaux.

### **1.3 Manque d'efficacité des aides**

L'étude met en évidence **différents obstacles** à une efficacité satisfaisante des aides incitatives.

Premièrement, **la source d'information** principale est le bouche à oreille. La délivrance de l'information doit être plus rigoureuse car il ne peut être reproché à une mesure méconnue de ne pas être efficace. Les organismes responsables de la gestion des professionnels de santé doivent s'assurer de la connaissance des mesures incitatives par tous. On peut imaginer l'organisation d'un séminaire obligatoire par chaque faculté, la délivrance d'une brochure d'information à tous et de manière systématique afin de présenter les besoins régionaux d'offre de soins ainsi que toutes les mesures existantes. Un article de l'ISNAR-IMG et de l'ANEMF sur la démographie médicale [21] préconise la mise en place annuelle d'un forum à l'installation. Les différents participants (étudiants, remplaçants, médecins installés et instances administratives) pourraient s'informer, monter des projets, partager leur expérience.

Deuxièmement, **le temps d'information** n'est pas adapté. Notre travail montre une méconnaissance des aides à la fin du cursus de médecine générale. Il est surprenant de constater que l'information au sujet de ces aides soit seulement connue après l'installation pour certains médecins. La connaissance tardive des aides leur font perdre indiscutablement leur rôle incitatif fondamental. Ne leur reste alors que le rôle de maintien d'activité. Si l'on

veut optimiser leur efficacité, il faut commencer par éclairer les acteurs du défi démographique de demain. Les médecins interrogés ont choisi majoritairement leur lieu d'installation en fin d'internat. La diffusion de l'information durant cette période est certainement plus propice à améliorer l'efficacité des mesures incitatives. Une part importante des participants exerçant actuellement dans une zone déficitaire, était préalablement installée dans des zones non concernées par le manque de professionnels de santé. Il serait intéressant de propager l'information aux médecins déjà en activité dans des zones sur-dotées. Les aides pourraient en inciter certains à venir en zone sous-dotée. Dans notre étude, plus d'un quart des médecins ont plus de 50 ans, ce qui montre qu'il ne faut pas seulement cibler les praticiens en début de carrière.

Troisièmement, lorsque les médecins connaissent l'existence de ces aides, il est nécessaire de **faciliter leur accès à une information plus précise et fiable**, surtout lorsqu'ils cherchent à s'installer. A un instant « t » il doit être possible de connaître le statut de la zone. La date d'actualisation du zonage doit également être connue. L'ARS a pour mission de définir ces zones. Un interlocuteur bien informé doit donc être désigné au sein de chaque ARS. Selon le même principe, tous les types d'aide doivent être renseignés par un responsable identifié dans l'organisme qui les délivre. Le rapport Hubert pointe l'instabilité du zonage et la diversité des instances décisionnelles comme un frein à l'efficacité de ces mesures [7]. La mise en place des PAPS (plateforme d'appui des professionnels de santé) par les ARS vise à résoudre ces difficultés. Ce guichet unique a pour mission d'informer et de guider les professionnels de santé dans leur projet d'installation.

Il est aussi primordial de **simplifier les démarches pour l'obtention des aides**. Les impératifs administratifs sont souvent décrits comme trop lourds en France. L'octroi des aides incitatives est même qualifié de « parcours du combattant » dans le rapport Hubert [7]. Le « choc de simplification » proposé par l'actuel Président de la République devrait s'appliquer aux mesures d'incitations.

95,2% des internes de médecine générale en 2010 déclarent ne pas connaître les aides à l'installation [20]. Rien d'étonnant donc à ce que les médecins interrogés considèrent « l'information des acteurs de la démographie médicale » comme une mesure essentielle à la promotion de l'installation en zones sous-dotées.

Ce manque d'efficacité des mesures incitatives, en grande partie lié à un déficit d'information, est souligné par le rapport Vigier du 18 janvier 2012 sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire [9]: «... *la multiplicité et la complexité des différents dispositifs d'aides financières relevant d'acteurs différents ne facilitent pas en premier lieu la bonne information des étudiants et des jeunes médecins sur les aides à l'installation existantes...* ». La loi HPST prévoit que les ARS créent un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé pour remédier à cette situation. Le rapport du 27 mars 2007 de l'Académie Nationale de Médecine [3] pointe également un défaut de mise en œuvre de ces mesures : « *Jusqu'ici, ces mesures n'ont pas fait la preuve de leur efficacité puisque la situation continue à se dégrader. Ceci résulte d'une information insuffisante des futurs médecins qui ignorent généralement les avantages liés à une installation dans des zones sous médicalisées, et d'une insuffisance de moyens régionaux de pilotage permettant d'évaluer précisément les besoins comme l'efficacité des mesures incitatives...Malheureusement, l'information concernant ces diverses mesures a été jusqu'ici très insuffisante et la plupart des étudiants et des jeunes médecins en ignore le détail.* ».

## **2. Résultats secondaires**

L'étude s'est intéressée principalement aux aides financières à l'installation. Celles-ci ne sont bien évidemment pas les seuls critères déterminant le choix du lieu d'installation. D'autres facteurs pouvant conduire à une réduction des inégalités de répartition des médecins généralistes ont été mis en évidence.

L'**aménagement de la permanence de soins** est recommandé par plus de la moitié des médecins interrogés. La nécessité de ces astreintes est indiscutable et leur caractère obligatoire n'est pas remis en cause par les médecins généralistes des zones sous-dotées. Toutefois, on ne peut leur demander d'être constamment disponibles pour compenser la pénurie. Les facteurs de modification de l'organisation de cette permanence sont les secteurs de garde, les horaires, la régulation par le 15, la rémunération des astreintes. La gestion de ces facteurs varie d'une région à l'autre, l'objectif étant l'établissement d'un juste équilibre entre les besoins de la population et les contraintes imposées aux professionnels de santé. Un secteur de garde trop large, une fréquence d'astreinte trop importante peuvent freiner le recrutement de nouveaux médecins.

Des mesures d'**aménagement du territoire** sont également indispensables. La volonté de corriger les inégalités de répartition des médecins doit s'inscrire dans un projet politique plus général. Comme l'a souligné le rapport de la commission « Démographie médicale » présenté par le Professeur Yvon Berland [17], « *le sujet du maillage médical des territoires français est intimement lié et dépendant de celui de l'aménagement du territoire national* ». La difficulté à trouver un emploi pour le conjoint est souvent évoquée. La présence de services publics, d'écoles, de crèches favorise l'établissement en milieu rural tout comme la présence de commerces de proximité et l'existence de moyens de communications modernes et efficaces (téléphonie mobile, accès à internet). D'après une étude de l'ISNAR-IMG de 2010 [20] portant sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, les principaux services de proximité recherchés sont : une école (72%), une épicerie (63, 2%), une poste (61,4%), une station service (54%), une caserne de pompiers (47,1%), une banque (45,9%), la police (28,6%).

La **promotion de la médecine générale** et une meilleure préparation à l'exercice en milieu rural méritent également d'être appuyées. De nombreuses inquiétudes existent au sujet des conditions d'exercice en milieu rural : horaires de travail incompatibles avec une vie



privée et familiale de qualité, astreintes et visites trop nombreuses, isolement professionnel, difficulté à trouver un remplaçant... Le développement de stages durant les études est recommandé par de nombreux rapports notamment celui du 27 mars 2007 de l'Académie Nationale de Médecine [3]. Ces stages permettent de découvrir les conditions d'exercice réelles et non supposées et donc d'écarter certaines craintes limitant l'installation en milieu rural. Pour en augmenter la pratique, il est impératif de recruter davantage de maîtres de stage. Il est, par ailleurs, également nécessaire d'encourager la participation de médecins généralistes à l'enseignement et d'adapter la formation médicale continue aux préoccupations professionnelles des praticiens exerçant en milieu rural.

Le recrutement d'internes ou de jeunes médecins avec des **projets de cabinets de groupe ou de MSP** est une des pistes à explorer mise en évidence par cette étude. Dans toutes les professions, l'investissement en début d'activité est une étape délicate financièrement et administrativement. Un séminaire pourrait être organisé par les facultés réunissant internes de médecine générale, médecins remplaçants et représentants des collectivités territoriales présentant différents projets au sein de leur région. Identifier une zone sous-dotée, concevoir un projet et recruter des professionnels de santé paraît particulièrement difficile pour un médecin seul.

Les **allègements administratifs** sont aussi évoqués. Les médecins exerçant en zone sous-dotée ont des emplois du temps chargés voire surchargés. Dans ce contexte les tâches administratives chronophages sont de plus en plus contraignantes. Parallèlement à cela, on assiste à une tendance des praticiens à réduire leur durée d'exercice hebdomadaire pour mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle. Optimiser le temps de travail devient donc impératif : le « temps médical » doit gagner du terrain sur le « temps administratif ». Cela fait parti des recommandations de l'Académie Nationale de Médecine dans son rapport du 27 mars 2007 [3]. D'après l'enquête de l'ISNAR-IMG [20], 90,8% des internes souhaitent que la gestion administrative de la structure de soins y compris la comptabilité et la

rémunération soit déléguée à une tierce personne ou un organisme spécifique pour dégager du temps médical.

L'utilisation de **mesures coercitives** n'est mentionnée que par un intervenant. Cette voie de régulation a déjà été envisagée mais n'a jamais été appliquée. L'avenant n°20 à la convention médicale de 2005 prévoyait des mesures de régulation financière dans les zones très sur-dotées. En contrepartie de la majoration des honoraires, le projet d'avenant prévoyait initialement une réduction de 20 % de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales des médecins généralistes qui décideraient de s'installer dans les zones « très sur dotées », cette mesure étant sans effet sur les médecins déjà installés dans ces zones. Ce dispositif n'a pas été mis en œuvre, les syndicats de médecins libéraux ayant rejeté cette mesure à l'unanimité, ressentie comme une mesure de coercition en matière d'installation. Plusieurs institutions recommandent malgré tout des mesures plus directives. L'académie nationale de médecine dans son rapport du 27 mars 2007 [3] envisageait en l'absence d'amélioration des disparités d'offre de soins sous 3 ans : *« l'application, comme ultime recours, de mesures contraignantes, avec l'obligation d'exercer dans des zones prioritaires pour les médecins qui y seraient affectés, pour une période de trois à cinq ans »*. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie invitait dans un avis adopté le 24 mai 2007, à *« procéder rapidement à une évaluation des résultats de la politique actuelle « de moindre contrainte ». Si elle était décevante, il conviendrait de reprendre au fond le dossier et d'étudier des mécanismes plus directifs d'installation (notamment en mettant en place des mécanismes de désincitation à l'installation en zones de surdensité) »*. Dans son rapport annuel de juillet 2007, le Haut Conseil a jugé *« opportun de dépasser la politique actuelle de « moindre contrainte » »* et proposé *« d'adopter des mesures de régulation plus directives »*. La Cour des comptes dans un rapport de septembre 2007 envisage également cette voie : *« s'il paraît difficile de refuser le conventionnement de nouveaux médecins dans les zones excédentaires, il convient de réguler la liberté d'installation des médecins s'installant par des*

*mesures nettement dissuasives (baisse importante ou suppression de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie, voire autres pénalités financières) ». Dans son rapport de septembre 2011, elle évoque l'hypothèse d'un conventionnement sélectif. La coercition ne doit être néanmoins utilisée qu'en ultime recours et les mesures incitatives restent à privilégier. Or leur efficacité est loin d'être optimale. C'est pourquoi l'amélioration des moyens déjà mis en œuvre pour corriger les inégalités de répartition est une première étape à franchir avant d'en venir à des mesures coercitives. Le rapport Hubert du 26 novembre 2010 [7], sur la médecine de proximité soutient cette idée : « *La mission n'a pas fait le choix de mesures coercitives estimant que les incitations ont été, jusqu'à ce jour trop éparpillées, mal ciblées et peu connues pour qu'il en soit déduit un échec.* »*

### **3. Forces et faiblesses du travail**

#### **3.1 Forces**

La première partie du travail de recherche consiste à établir le constat d'une inégalité de répartition des professionnels de santé en France métropolitaine. La mise en évidence de la disparité des ressources soignantes est basée sur le document de travail de Daniel Sicart « les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2012 » n°167, de février 2012, issu de la DREES [1]. Ce document actualisé tous les ans est utilisé comme référence pour guider les politiques de santé. Le chapitre « **démographie actuelle** » présente donc la situation en France de manière objective. Le problème de répartition y est démontré à toutes les échelles : régions, départements, bassins de vie et cantons. Cette dernière échelle est la plus adaptée à l'appréciation des difficultés d'accès aux soins de proximité.

Le chapitre « **Méthodes de régulation de la démographie** » présente l'ensemble des mesures incitatives en vigueur. Seules les aides des collectivités territoriales ne sont pas

exhaustives car elles varient d'une région à l'autre, dépendent d'éventuelles négociations entre professionnels de santé et collectivités et différent selon leur origine (communauté de communes, conseil général...).

Notre étude a pour avantage d'être une enquête de « terrain ». Comparativement à d'autres qui concernent des internes ou des remplaçants, les participants inclus sont des médecins généralistes connaissant l'exercice réel en zone sous-dotée. Ils possèdent le recul nécessaire pour évaluer à posteriori les mesures qui pourraient inciter l'installation et pour juger des répercussions des aides sur leur activité. Le recueil des données fait par téléphone (donc par contact direct) présente l'avantage de permettre d'obtenir des réponses spontanées. L'avis des médecins interrogés sur la création de poste de « praticiens territoriaux de médecine générale » en est un exemple.

L'utilisation de la méthode de la théorie ancrée représente une force dans ce type d'étude. En effet, le champ de recherche représenté par la part des incitations financières à l'installation dans les zones sous-dotées est un domaine peu exploré. Comme précisé plus loin, la recherche documentaire n'a pas retrouvé de bilan d'évaluation de ces aides. Ceci a permis d'apporter un regard neuf, non influencé par des préconceptions, condition nécessaire pour éviter de biaiser l'étude lorsqu'on utilise la théorie ancrée. Cette méthode donne également lieu à un enrichissement continu du recueil de données. L'analyse de celles-ci s'effectue après chaque entretien et non après la collecte de l'intégralité des données. Le développement d'une idée par un médecin lors d'un entretien a permis de reprendre celle-ci pour les entretiens suivants et ainsi de suite. Cette caractéristique est illustrée notamment par l'avis des participants sur la création des postes de praticiens territoriaux. Cette idée est venue spontanément d'un médecin. Elle ne faisait pas partie du guide d'entretien mais a été repris pour les médecins suivants.

### **3.2 Faiblesses**

Dans ce travail de recherche nous avons volontairement occulté les zones franches urbaines (ZFU). Les zones sous-dotées étudiées ne concernent que les zones déficitaires situées en milieu rural et les zones de revitalisation rurale. La problématique de la pénurie médicale en ZFU est liée à des facteurs différents du milieu rural. Le cadre d'exercice peu attrayant et le sentiment d'insécurité doivent avoir une part de responsabilité importante dans les difficultés rencontrées pour y attirer des médecins.

Dans le chapitre « **Expérience internationale** » ne sont abordés que quelques exemples de mesures utilisées dans des pays développés pour remédier au problème de répartition de l'offre médicale. Les informations de ce chapitre sont issues de documents francophones faisant déjà le bilan des enseignements de la littérature étrangère. La multitude d'études et mon niveau d'anglais limité ont été un frein à une analyse plus approfondie du sujet. De plus, chaque pays ayant ses particularités, la situation de l'un est difficilement superposable à un autre. L'Australie et les Etats-Unis sont cités à plusieurs reprises. Dans ces pays il existe de véritables déserts médicaux au sens propre (vastes territoires désertiques avec un habitat dispersé), ce qui n'est pas le cas en France. Dans ces régions, certains médecins gagnent difficilement leur vie par manque de patientèle. Les aides financières y jouent un rôle différent par rapport à la France qui ne connaît pas cette situation. Le but de ce chapitre est surtout de mettre en évidence l'absence de remède miracle à partir de l'expérience internationale.

Plusieurs points de la méthodologie sont discutables.

**La constitution de la liste des médecins** à inclure a manqué de rigueur. Cette étape été particulièrement pénible. Je me suis heurté aux recommandations de la CNIL (commission nationale de l'informatique et des libertés) qui restreint la diffusion de listes de médecins. Les différents détenteurs de ces listes (ARS, CNOM) m'ont opposé ces recommandations et

ont donc refusé de me communiquer les informations demandées. Il est vraiment dommage que ces directives soient appliquées à un étudiant en médecine dans le cadre de sa thèse car il est évident que l'utilisation d'une telle liste n'a aucune portée d'ordre publicitaire, commercial, religieux, politique ou syndical. De plus le règlement d'une thèse impose l'anonymat. Heureusement, certains Présidents de conseils départementaux de l'ordre des médecins m'ont fait confiance en me fournissant la liste des médecins concernés dans leur département. Il est également regrettable de ne pas avoir eu de réponse de la part des 2/3 des conseils départementaux sollicités, 5 mois après la demande initiale et ce, malgré une relance. Le travail de recherche aurait incontestablement été enrichi si les médecins inclus étaient répartis dans toute la France. L'étude présentée ici ne concerne que 10 départements.

**La méthode des entretiens semi-dirigés** présente des limites. Cette technique nécessite de l'entraînement et lorsqu'il s'agit d'une première expérience, la qualité des données recueillies peut être affectée par le manque de pratique. C'est la raison pour laquelle le guide d'entretien a été testé sur plusieurs médecins non inclus afin de débiter le travail de recueil de données dans de bonnes conditions. Malgré ces précautions, j'ai constaté que les derniers entretiens étaient de meilleure qualité que les premiers : moins « scolaires », plus informatifs.

L'inclusion dans l'étude de **médecins étrangers** peut également être remise en cause. En effet, ces deux praticiens sont originaires d'un pays où la population est caractérisée par un niveau de vie largement inférieur au nôtre. Tous les deux voulaient s'installer en France, le statut déficitaire de la zone leur étant complètement égal. Ils n'ont pas été interrogés sur l'influence des aides dans leur choix d'installation.

### **3.3 Biais**

L'étude présente un biais d'évaluation dans la mesure où **toutes les questions du guide d'entretien n'ont pas été posées à tous les participants**. Le temps moyen des entretiens est de 14 minutes or, certains médecins étaient pressés et ne pouvaient m'accorder plus de 10 minutes. De plus, certains ont particulièrement développé un sujet leur tenant à cœur, et ont donc eu moins de temps à accorder à d'autres thèmes avant la fin de l'entretien. D'autres médecins ne recevaient pas d'aide et/ou ne les connaissaient pas. Je ne leur ai donc pas posé les questions en rapport avec celles-ci. Enfin, il y a le cas particulier du médecin n°19 qui n'a pas voulu répondre aux questions portant sur les aides financières.

On retrouve un biais de sélection lié à la méthodologie de constitution de l'échantillon. Les médecins interrogés ne sont **pas représentatifs de l'ensemble des médecins répondants aux critères d'inclusion**. Il aurait fallu pour cela obtenir la liste exhaustive des médecins généralistes installés en zone sous-dotée depuis 2005 et établir à partir de celle-ci un échantillon par randomisation. La représentativité de l'échantillon n'est pas nécessaire lorsqu'on utilise la théorie ancrée. Toutefois, il aurait semblé intéressant dans le sujet de notre étude d'obtenir des avis représentatifs notamment en ce qui concerne le genre, l'âge, la durée de carrière. Un médecin n'a pas forcément le même avis en début qu'en fin de carrière et s'il est un homme ou une femme.

Il existe également un biais lié à la **connaissance du sujet de la thèse** qui aborde les aides financières. D'autant que lors du recrutement, j'ai envoyé la liste des aides attribuées dans les zones sous-dotées à chaque médecin. Cet aspect se manifeste lorsque je pose la question « Quels type de mesures vous semblent adaptées pour favoriser l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées ? » et dans la question « Quels sont les 2-3 principaux motifs qui vous ont amenés à vous installer dans cette zone sous-dotée ? ». **La réponse « aides financières et fiscales » est de ce fait citée plus fréquemment.**

Un autre biais est lié au **thème même de la thèse** qui aborde les aides financières. Parler de motivations financières dans notre profession peut constituer un « tabou » pour certains. Le déroulement de l'entretien n°19 en est un exemple flagrant. Ce tabou a probablement pesé sur l'évaluation notée de l'influence des aides sur le choix d'installation, la remise en cause de l'installation s'il n'existait aucune aide et le départ de la zone si les aides disparaissaient.

#### **4. Evaluation des mesures incitatives dans la littérature**

La recherche documentaire dans le cadre de cette étude a été très fructueuse, étant donné la multitude de sources d'informations disponibles. Cependant, elle n'a pas permis de trouver d'évaluations des mesures de correction des inégalités de répartition des professionnels de santé mises en place depuis 2005. Cette absence d'évaluation a été une des principales motivations à la réalisation de ce travail de recherche. Dans l'avenant n°20 à la convention nationale, l'article 5 prévoit la création d'un observatoire conventionnel de la démographie médicale devant apprécier annuellement le dispositif et effectuer un bilan général au 1<sup>er</sup> trimestre 2009. Ces évaluations n'ont pu être analysées. Quant au bilan, il a bel et bien été fait mais ne m'a pas été communiqué malgré une demande adressée à la DGOS. Un rapport de la cour des comptes de septembre 2011 sur la Sécurité Sociale donne une rapide conclusion à propos du dispositif. *« Le bilan a mis en évidence un effet d'aubaine. Son coût élevé de 20 millions d'euros pour 773 bénéficiaires en 2010, ne s'est traduit que par un apport net de l'ordre de 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007. La prime à l'activité a représenté en moyenne 27 000 euros par médecins concernés et a pu dépasser 100 000 euros pour l'un d'eux, ce qui a conduit à s'interroger sur la réalité de l'activité correspondante et sur l'absence de plafonnement de l'aide. Le bilan de l'avenant montre également un effet pervers lié à l'obsolescence du zonage, conduisant au versement de l'aide*



*à des médecins installés dans une zone qui peut ne plus être déficitaire en offre de soins. »*

Il est difficile d'analyser une simple et rapide conclusion d'un bilan non lu. Cependant l'effet d'aubaine évoqué est mis en évidence dans notre étude. Un tiers des médecins bénéficiant d'aides se serait installé au même endroit s'il n'y avait pas d'aide et resterait si ces aides disparaissaient. Parmi eux, certains n'ont pris connaissance des aides que quelques années après leur installation. Il est, par ailleurs, à noter que le bilan de l'observatoire conventionnel de la démographie médicale s'intéresse à tous les bénéficiaires de la prime à l'activité alors que notre étude ne s'occupe que des médecins installés après la mise en place de cette mesure.

L'absence de données d'évaluation peut s'expliquer par l'entrée en vigueur de la loi HPST en 2009 qui a abouti à la création des ARS. Elles sont chargées d'établir le zonage permettant l'attribution des aides à l'installation dans le cadre du nouveau SROS-PRS. Les nouvelles zones déficitaires ne sont définies que depuis 2012. Cette phase de transition récente a peut-être conduit à suspendre les évaluations dans des zones qui allaient être modifiées.

## **5. Changements proposés**

L'étude a mis en évidence **un frein à l'efficacité de l'option conventionnelle ou option démographie : sa limitation aux associations**. L'adhésion pourrait s'étendre à des associations de cabinets distincts. La volonté de favoriser les associations est liée à la nécessité d'améliorer la coordination des soins entre professionnels de santé d'un même cabinet de groupe ou MSP essentiellement pour la permanence de soins. Or une «association» de professionnels de santé exerçant dans des cabinets différents d'un même secteur ne représente pas un obstacle à la réalisation de cet objectif. Dans certaines zones sous-dotées des médecins exercent seuls. L'association, condition indispensable à l'obtention des aides, n'est pas toujours possible. Des confrères voulant bénéficier des aides et rejoindre

ces médecins isolés peuvent se heurter à différentes difficultés. Le manque d'affinité entre deux médecins peut ainsi empêcher une association. Un jeune médecin désireux de s'installer dans une zone déficitaire peut faire face à un médecin en fin de carrière n'ayant pas envie d'investir dans un cabinet ou une MSP. L'installation, seul, dans un village dépourvu de médecin n'est pas non plus possible si l'on veut obtenir ces aides.

**Le manque de souplesse du dispositif peut participer à un manque d'efficacité.**

Notre étude a retrouvé deux situations reflétant cette caractéristique. Le premier cas de figure est représenté par deux médecins exerçant dans un cabinet de groupe en zone déficitaire et bénéficiant de la prime à l'activité. Leur charge de travail trop importante les a amenés à chercher un nouvel associé. Un troisième médecin les a rejoints, incité par les aides financières. Le nouveau zonage défini par l'ARS en 2012, a tenu compte de cette nouvelle installation, ce qui leur a fait perdre le statut de zone déficitaire. Ils ont alors cherché à corriger la situation mais n'ont pu obtenir gain de cause. Le troisième associé qui n'a jamais touché la prime à l'activité est donc reparti alors que, d'après le médecin interrogé, sa présence était justifiée par l'abondance de travail. Il n'est pas concevable qu'un médecin s'installe dans une zone éligible aux aides l'année X et qu'il ne puisse plus les recevoir l'année X+1 du fait de son installation. Le deuxième cas concerne un médecin ayant quitté sa région d'origine pour s'installer dans une zone de revitalisation rurale. Il était auparavant installé dans un cabinet de groupe. Suite à une mauvaise expérience de l'association il a décidé de s'installer seul dans un cabinet qu'il a créé. Il n'a bénéficié d'aucune aide liée au statut de ZRR (exonération d'impôts sur le revenu et de la taxe professionnelle) car le centre des impôts a considéré qu'il s'agissait d'un déplacement et non d'une création de cabinet. Heureusement qu'il n'était pas motivé par les aides sinon on peut imaginer qu'il ne se serait pas installé. Dans cette situation, davantage de souplesse du dispositif est à envisager si l'on souhaite que les aides jouent leur rôle incitatif et fassent éventuellement migrer des médecins des zones sur-dotées vers des zones sous-dotées.

**Un effet pervers de la prime à l'activité** a été mis en évidence. Un des médecins participants effectue actuellement un exercice à mi-temps parce qu'il bénéficie de cette prime. Si sa zone n'était plus éligible, il chercherait un autre site d'installation en zone déficitaire pour continuer à travailler à mi-temps. Si cette attitude devait être adoptée par de nombreux adhérents à l'option démographie, l'effet qui en résulterait serait contre-productif. Un tel cas de figure ne devrait pas être possible car on assiste déjà à une réduction du temps d'exercice des nouvelles générations de médecins qui aggrave les difficultés d'accès aux soins. Il convient d'y remédier. L'adhésion à l'actuelle option démographie devrait être assortie d'une obligation d'exercice minimum qui resterait à définir (nombre d'actes et/ou plage horaire de consultations). Actuellement, l'activité du médecin doit être réalisée aux 2/3 auprès de patients résidants dans la zone sous-médicalisée. Cette restriction est imprécise. Dans la situation décrite ci-dessus le médecin exerce uniquement un mi-temps tout en ayant la prime à l'activité alors qu'un médecin ayant une activité mixte, exerçant par exemple un mi-temps en centre de PMI (Protection Maternelle et infantile) et l'autre moitié de son temps en zone déficitaire ne semblerait pouvoir adhérer à l'option démographie car les 2/3 de son activité ne se feraient pas en zone sous-médicalisée.

## **6. Ouverture**

Le bien fondé de l'utilisation de moyens financiers pour lutter contre les inégalités de répartition des médecins est discuté par plusieurs intervenants. En effet il peut sembler étonnant d'attribuer des aides financières à des médecins travaillant dans des zones où la charge de travail est telle que le chiffre d'affaire est supérieur à la moyenne nationale. D'autant que la rémunération n'apparaît pas comme un critère déterminant du choix du lieu d'installation. Si c'était le cas, la perspective d'une rémunération importante suffirait à résoudre les difficultés démographiques. La qualité du cadre d'exercice et de la vie familiale est prioritaire pour les internes et jeunes médecins. De plus, les aides incitatives ont pour

limite de ne concerner qu'une partie des médecins. Pour certains praticiens, aucune mesure ne pourrait les motiver à s'installer en zone sous-dotée. Dans l'enquête de l'ISNAR-IMG de 2010 [20], pour 12,2% des internes rien ne saurait les persuader de choisir une zone déficitaire.

Le motif d'installation le plus fréquemment cité est la volonté d'exercer en milieu rural. Il serait donc intéressant de déterminer les particularités de la médecine dite « rurale » par rapport à la médecine dite « de ville ». Les caractéristiques de chaque patientèle, de l'exercice professionnel, les motifs de consultations pourraient être comparés. D'autant que différents rapports recommandent une meilleure préparation des futurs médecins à l'exercice en milieu rural comme une méthode pour combattre les inégalités de répartition de l'offre de soins [3] [7] [9]. Quelles seraient les particularités de cette formation ? L'analyse de la médecine rurale permettrait de révéler ces particularités non attractives. L'intérêt serait de pouvoir alors développer des mesures incitatives pour contrebalancer ces facteurs de non-installation. On sait déjà, par exemple, qu'une charge de travail importante décourage l'installation. Trouver des façons d'alléger cette charge doit faire partie de l'arsenal des moyens de lutte contre les déserts médicaux.

Cette étude a eu lieu durant une phase de transition dans la gestion du problème de la démographie médicale, marquée par l'adoption de la loi HPST et la création des ARS. Le sujet de notre travail de recherche pourrait inspirer une nouvelle étude du phénomène dans les années à venir. Elle concernerait les médecins généralistes installés à partir de la mise en place des nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins, c'est-à-dire 2012 ou 2013 en fonction des régions. Elle évaluerait notamment l'efficacité des PAPS (plateformes d'appui des professionnels de santé) et de la création des postes de praticiens territoriaux de médecine générale par le décret publié le 14 août 2013.

## **CONCLUSION**

---

Les inégalités de répartition des médecins généralistes sur le territoire français sont responsables de difficultés d'accès aux soins primaires pour de nombreux français. Les mesures d'incitation à l'installation dans les « déserts médicaux », mises en place depuis quelques années n'ont pas permis de résoudre le problème. Ces mesures sont représentées essentiellement par des aides financières directes (prime à l'activité) et indirectes (exonérations fiscales et aides diverses des collectivités territoriales). Elles ont un coût non négligeable pour la société. Il est donc indispensable de les justifier en évaluant leur utilité. La recherche documentaire portant sur leurs évaluations s'est révélée non fructueuse. Le but de notre étude était donc d'entreprendre une évaluation en étudiant la part des incitations financières dans le choix d'installation de médecins généralistes en zone sous-dotée, leur mise en œuvre et leurs répercussions sur les conditions d'exercice professionnel.

Notre étude démontre que les aides incitatives essentiellement financières ont leur place dans la politique actuelle de lutte contre les disparités d'offre de soins. Elles jouent un rôle d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées et parfois de maintien d'activité dans ces zones. Elles permettent aussi d'améliorer les conditions d'exercice professionnel des bénéficiaires. Elles représentent donc une réelle opportunité pour exercer en soins primaires en contribuant à réduire les inégalités de répartition sur le territoire.

Il existe un effet d'aubaine difficilement contrôlable. Il doit donc être toléré étant donné l'impact positif des aides dans la lutte contre la pénurie de médecins de certains secteurs.

Il est démontré que l'efficacité des aides pourrait être augmentée. L'information des professionnels de santé sur ces aides fait cruellement défaut. Elle doit donc être délivrée de manière plus rigoureuse par les autorités compétentes de façon à ce que tous les étudiants et plus spécifiquement les internes, ainsi que tous les médecins soient correctement informés. Une simplification des démarches pour l'obtention des aides est également nécessaire. L'amélioration de l'efficacité des aides, étape indispensable pour obtenir de meilleurs résultats doit avoir lieu avant d'envisager la voie de la coercition.

# **ANNEXES**

# TABLEAU RECAPITULATIF DES AIDES ETUDIEES



<b>Aides financières aux étudiants</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CESP : contrat d'engagement du service public</li> <li>- Indemnités de logement et de déplacement</li> <li>- Indemnités d'étude et de projet professionnel</li> </ul>
<b>Aides à l'installation et au maintien d'activités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Option conventionnelle devenue <b>option démographie et option santé solidarité territoire</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aide au remplacement</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aides fiscales (exonération):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• impôts sur le revenu pour la rémunération au titre de la PDSA</li> <li>• impôts sur le revenu pour la rémunération des professions libérales</li> <li>• taxes professionnelles</li> <li>• charges sociales</li> </ul> </li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aides des collectivités territoriales:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à disposition de locaux professionnels</li> <li>• Mise à disposition de logement</li> <li>• Exonération de loyer</li> <li>• Primes à l'installation</li> </ul> </li> </ul>

# GUIDE D'ENTRETIEN

## **CARACTERISTIQUE DE LA POPULATION ETUDIEE**

- Age
- Civilité
- Année d'installation
- Quel est votre mode d'exercice actuel ? *libéral (seul, en groupe) ou mixte (salarié et libéral)*
- Origine géographique :
  - o Etes-vous originaire de la région administrative où vous êtes installés ?
  - o Etes-vous originaire du secteur où vous êtes installés ?
  - o Avez-vous fait vos études de médecine dans votre région d'installation?

## **AVANT L'INSTALLATION**

### **Concernant votre parcours avant l'installation.**

- Quand avez-vous réfléchi à votre lieu d'installation ? *(pendant les 2 premiers cycles des études, pendant l'internat, pendant la période de remplacement)*
- Combien d'années avez-vous remplacé avant de vous installer ?
- Avez-vous déjà remplacé dans une zone sous-dotée ? *si oui : Est-ce dans votre zone d'installation?*
- Connaissiez-vous le statut de zones déficitaires avant de vous installer?
  - o *Si oui, saviez-vous que votre secteur d'installation était une zone sous-dotée?*
  - o *Si non, comment l'avez-vous appris ? (source d'information)*
- Aviez-vous envisagé de vous installer ailleurs ?
  - o *Si oui : qu'est-ce qui a motivé votre changement de projet?*

### **Quels types de mesures vous semblent ou sembleraient adaptés pour favoriser l'installation en zone sous-dotées ?**

## **LES AIDES**

### **Quelles aides recevez-vous ou avez-vous reçues?**

- Aides durant les études : CESP ou autre
- Prime à l'activité (ZD) par l'adhésion à l'option conventionnelle/démographie
- Aide au remplacement *(cabinet à + de 20 min d'un service d'urgences et exercice dans un canton dont la densité est inf. à 3 MG/5000 hab.)*
- Exonérations fiscales :
  - impôt sur le revenu (ZRR)
  - impôt sur le revenu des PDSA (ZD)
  - exonérations de charges sociales *(embauche en ZRR)*
  - exonération de la taxe professionnelle *(création cabinet en ZRR ou commune de moins de 2000 hab.)*
- Aides des collectivités locales *(mise à disposition d'un local, d'un logement...)*
- Autres aides :

**Informations sur les aides financières:**

- Quand avez-vous pris connaissance des aides existantes ? *(pendant les 2 premiers cycles des études, pendant l'internat, pendant les remplacements, pendant le projet d'installation ou une fois installé)*
- Quelle a été votre source d'information ? *(confrère, presse écrite, internet, organisme public, autre...)*
- Est-ce que l'information vous a semblé facile à obtenir? *(Si non : pourquoi ?)*

**Concernant l'obtention des aides financières:**

- Avez-vous facilement trouvé un interlocuteur ?
- Est-ce que les critères à respecter et les conditions d'engagement vous ont semblé clairs ? Est-ce qu'ils vous ont semblé trop restrictifs ?
- Est-ce que les démarches administratives pour l'obtention de ces aides vous ont semblé simples ?
  - o *Si non : quels ont été les obstacles ?*
  - o *Si oui : avez-vous rencontré des obstacles ?*

**Concernant l'influence des aides financières à l'installation : Pouvez-vous évaluer entre 0 et 10 sur le modèle de l'EVA l'influence des aides sur votre choix du lieu d'installation ? (0 étant : aucune influence et 10 étant une mesure décisive)**

- Aides durant les études : CESP ou autre
- Aides conventionnelles :
- Aides fiscales :
- Aides des collectivités locales :
- Autres aides :

**Auriez-vous remis en cause votre installation actuelle s'il n'existait aucune aide financière ?**

**Est-ce que l'arrêt des aides ou leur limitation dans le temps pourraient vous amener à quitter votre zone d'installation ?** *oui/non, pourquoi ?*

**Est-ce que les aides financières ont permis une amélioration de vos conditions d'exercice professionnel ?** *Si oui, de quelle façon ? (Allègement du temps de travail, embauche (secrétaire, comptable, agent d'entretien...), amélioration matérielle (mobilier, locaux, matériel médical...), aide à la formation médicale continue, autre...)*

**Pouvez-vous me donner les 2-3 principaux motifs qui vous ont amenés à vous installer dans cette zone sous-dotée ?**

**TABLEAUX DES  
CARACTERISTIQUES DE LA  
POPULATION ETUDIEE**

Entretien	Genre	Age	Année d'installation	Durée de remplacement	Mode d'exercice	Originaire		Aides reçues
						Région	Zone	
1	H	43	2009	5 ans	Libéral en groupe (cabinet)	Oui	Oui	- Prime à l'activité - Exonération sur le revenu des PSDA
2	F	45	2011	5-6 ans	Libéral seul	Non	Non	- Exonération sur le revenu - Exonération sur le revenu des PSDA - Exonération de charges sociales - Mise à disposition d'un local - Prêt à taux zéro pour l'installation
3	H	60	2010	/	Libéral seul	Non	Non	- Exonération sur le revenu - Exonération sur le revenu des PSDA - Mise à disposition d'un local et d'un logement - Exonération de loyer pendant 1 an
4	F	57	2008	2-3 ans	Libéral en groupe (MSP)	Non	Non	- Prime à l'activité - Exonération sur le revenu des PSDA - Subvention pour l'équipement de la MSP
5	F	49	2006	6-7 ans	Libéral seul	Non	Non	- Exonération sur le revenu des PSDA - Exonération de charges sociales - Exonération de la taxe professionnelle - Mise à disposition d'un cabinet et de matériel médical (création)

Entretien	Genre	Age	Année d'installation	Durée de remplacement	Mode d'exercice	Originaire		Aides reçues
						Région	Zone	
6	F	42	2010	1 an	Libéral seul	Roumanie		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exonération de charges sociales</li> <li>- Mise à disposition d'un cabinet</li> <li>- Mise à disposition temporaire d'un logement</li> <li>- Subvention pour l'installation</li> </ul>
7	H	54	2009	2 ans	Libéral seul	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exonération sur le revenu</li> <li>- Exonération sur le revenu des PDSA</li> <li>- Exonération de la taxe professionnelle</li> </ul>
8	F	38	2007	2 ans	Libéral en groupe (cabinet)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prime à l'activité</li> <li>- Exonération sur le revenu des PDSA</li> </ul>
9	H	39	2006	Ponctuellement pendant l'internat	Libéral en groupe (cabinet)	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prime à l'activité</li> <li>- Exonération sur le revenu des PDSA</li> <li>- Exonération de la taxe professionnelle</li> </ul>
10	H	54	2006	/	Libéral en groupe (MSP)	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prime à l'activité</li> <li>- Exonération sur le revenu des PDSA</li> <li>- Mise à disposition d'un local</li> </ul>

Entretien	Genre	Age	Année d'installation	Durée de remplacement	Mode d'exercice	Originaire		Aides reçues
						Région	Zone	
11	F	31	2011	1 an	Libéral en groupe (MSP)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aides durant les études "pré-CESP"</li> <li>- Prime à l'activité</li> <li>- Exonération sur le revenu des PSDA</li> <li>- Exonération de charges sociales</li> <li>- Exonération de la taxe professionnelle</li> <li>- Mise à disposition d'un local (MSP)</li> </ul>
12	H	45	2012	/	Libéral seul	Roumanie	/	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à disposition d'un local</li> <li>- Exonération du loyer pendant 6 mois</li> <li>- Aide logistique à l'installation</li> </ul>
13	H	34	2010	2 ans	Libéral seul	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise à disposition d'un local et d'un logement (création)</li> <li>- Exonération du loyer pendant 1 an</li> </ul>
14	H	33	2009	Ponctuellement pendant l'internat	Libéral en groupe (MSP)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prime à l'activité</li> <li>- Exonération sur le revenu</li> <li>- Exonération sur le revenu des PSDA</li> <li>- Exonération de charges sociales</li> <li>- Exonération de la taxe professionnelle</li> <li>- Mise à disposition d'un local (création et entretien)</li> <li>- Exonération de loyer pendant 5 ans</li> </ul>
15	H	33	2009	1 an	Libéral en groupe (MSP)	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prime à l'activité</li> <li>- Exonération sur le revenu</li> <li>- Exonération d'impôt sur le revenu des PSDA</li> <li>- Exonération de charges sociales</li> <li>- Exonération de la taxe professionnelle</li> <li>- Mise à disposition d'un local (création et entretien)</li> <li>- Exonération de loyer pendant 5 ans</li> </ul>



Entretien	Genre	Age	Année d'installation	Durée de remplacement	Mode d'exercice	Originaire		Aides reçues
						Région	Zone	
16	H	30	2011	0	Libéral en groupe (cabinet)	Non		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aides durant les études: le CESP</li> <li>- Prime à l'activité (en cours de demande)</li> <li>- Mise à disposition d'un local</li> <li>- Exonération de loyer pendant 2 ans</li> </ul>
17	F	28	2013	Ponctuellement pendant l'internat	Libéral en groupe (cabinet)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prime à l'activité (à venir)</li> </ul>
18	F	35	2012	4 ans	Liberal en groupe (cabinet)	Non		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prime à l'activité</li> <li>- Exonération sur le revenu des PDSA</li> </ul>
19	F	51	2008	/	Libéral en groupe (cabinet)	Oui	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus de répondre</li> </ul>

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

1. **Sicart D.** *Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2012.* Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). 2012 ; n°167.
2. **Mission Régionale de Santé (MRS)** de Picardie. *Actualisation des zones déficitaires en médecins généralistes 2008* dans le cadre de la circulaire n°DHOS/DSS/DREES/UNCAM/2008130 du 14 avril 2008.
3. **Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.** *Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ?* Rapport du 27 mars 2007.
4. [www.datar.gouv.fr](http://www.datar.gouv.fr)
5. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) Guide méthodologique pour l'élaboration des SROS-PRS.
6. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *Etude sur la répartition des médecins généralistes.* Avril 2012.
7. **Hubert E.** *Mission de concertation sur la médecine de proximité.* Rapport au Président de la République française. 26 novembre 2010.
8. **Régnard C.** *Le contrat d'engagement du service public : bilan d'une première année.* Direction générale de l'offre de soins. Juillet 2011.
9. **Vigier P.** Rapport n°4188 de l'Assemblée Nationale au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire. 18 janvier 2012.
10. **Conseil National de l'Ordre des Médecins.** *Commentaires sur la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011.* 14 septembre 2011.
11. **Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S.** *La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections.* Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Novembre 2004 ; n°353.
12. **Attal-Toubert K., Vanderschelden M.** *La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales.* Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Février 2009 ; n°679.
13. **Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.** *Le pacte territoire santé : pour lutter contre les déserts médicaux.* 15 février 2013.
14. **Barer M.L. et Stoddart G.L.** *Improving access to needed medical services in rural and remote Canadian communities: recruitment and retention revisited (final draft).* Discussion paper prepared for federal/provincial/territorial advisory committee on health human resources. Center health service and policy research UBC. 1999
15. **U.S. General Accounting Office.** *Physician supply increased in metropolitan and nonmetropolitan areas but geographic disparities persisted.* Washington D.C. 2003
16. **Hann M. et Gravelle H.** *The maldistribution of general practitioners in England and Wales: 1974-2003.* British Journal General practice. 2004 ; 54 (509): 884-98.
17. **Berland Y.** Rapport de la commission « démographie médicale » au ministère de la santé et des solidarités. Avril 2005.

18. **Bourgueil Y., Mousquès J., Marek A., Tajahmadi A.** *Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature.* Décembre 2006 ; n°116.
19. **Aubin-Auger I., Merder A., Baumann L., et al.** *Introduction à la recherche qualitative.* Revue Exercer. 2008 ; 84 :142-5.
20. **Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG).** *Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, réalisée du 02 juillet 2010 au 1<sup>er</sup> janvier 2011.*
21. **Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) et Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG).** *Démographie médicale.* Juin 2011.

## **SUMMARY**

---

**INTRODUCTION:** France has a high strength of general practitioners but there are inequalities in repartition on the territory. It results real difficulties of access to primary cares for a lot of french people. Sectors bad served define sub-dote zone (zones in deficit and rural revitalization zones). To regulate health care professionals' repartition, governments have developed incentives, essentially by direct financial helps (activity prime) or indirect (fiscal exemptions and diverse territorial collectivities helps).

**STUDY PURPOSE:** To evaluate the part of financial incentives in general practitioners' choice of installation in sub-dote zones, their implementation and repercussion in professional activity.

**METHOD:** Qualitative survey from phone interviews half-guided, including 19 general practitioners installed between 2006 and 2013 in sub-dote zones. Analysis of data from transcripts is based on grounded theory.

**RESULTS:** Incentive helps are recommended as measures favoring installation in sub-dote zones by the most interviewed doctors. They are one of the principal motives of installation. They allow an amelioration of professional exercise's conditions. There is a lake of information about these helps and obstacles to their obtaining.

**CONCLUSION:** Incentive helps allow general practitioners' installation in sub-dote zones. They work for installation and sometimes for maintenance of activity in these zones. However, there is a dead-weight effect controllable with difficulty. Although insufficient to correct inequalities of repartition of medical resources, always important since their creation, they represent a real opportunity to exercise in primary cares in order to contribute to alleviate disparities and to ameliorate professional exercise's conditions of beneficiaries. Finally, the lake of efficiency of helps highlighted by the study and resulting of a default of information, is a brake for their efficacy that should be corrected.

**Key words:** general practice, medical demography, sub-dote zones, zones in deficit, incentive helps, financial helps.

## **RESUME**

---

**INTRODUCTION :** La France dispose d'un effectif de médecins généralistes élevé mais il existe des inégalités de répartition sur le territoire. Il en résulte de réelles difficultés d'accès aux soins primaires pour de nombreux français. Les secteurs mal desservis définissent les zones sous-dotées (zones déficitaires et zones de revitalisation rurale). Pour réguler la répartition des professionnels de santé, les pouvoirs publics ont développé des mesures incitatives, essentiellement sous la forme d'aides financières directes (prime à l'activité) ou indirectes (exonérations fiscales et aides diverses des collectivités territoriales).

**BUT DE L'ETUDE :** Evaluer la part des incitations financières dans le choix d'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées, leur mise en œuvre et leurs répercussions sur l'activité professionnelle.

**METHODE :** Enquête qualitative à partir d'entretiens téléphoniques semi-dirigés, incluant 19 médecins généralistes installés entre 2006 et 2013 en zone sous-dotée. L'analyse des données issues des transcriptions est basée sur la théorie ancrée.

**RESULTATS :** Les aides incitatives sont recommandées comme mesures favorisant l'installation dans les zones sous-dotées par la majorité des médecins interrogés. Elles constituent un des principaux motifs d'installation. Elles permettent une amélioration des conditions d'exercice professionnel. Il existe un défaut d'information sur ces aides et des obstacles à leur obtention.

**CONCLUSIONS :** Les aides incitatives permettent l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées. Elles jouent un rôle d'incitation à l'installation et parfois de maintien d'activité dans ces zones. Cependant, il existe un effet d'aubaine difficilement contrôlable. Bien qu'insuffisantes pour corriger les inégalités de répartition des ressources soignantes, toujours criantes depuis leur création, elles représentent une réelle opportunité pour exercer en soins primaires en contribuant à atténuer les disparités et en améliorant les conditions d'exercice professionnel des bénéficiaires. Enfin, le manque d'efficacité des aides ressortant de l'étude et résultant surtout d'un défaut d'information, est un frein à leur efficacité qu'il convient de corriger.

**Mots clés :** Médecine générale, Démographie médicale, zones sous-dotées, zones déficitaires, aides incitatives, aides financières.

---

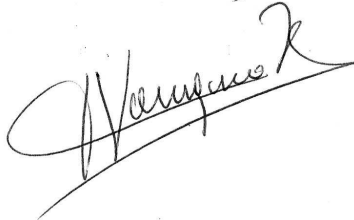
**PERMIS D'IMPRIMER**

---

Vu :

Le Président de Thèse  
Université Paris Diderot – Paris 7  
Le Professeur Michel NOUGAIREDE

le 24/08/2013



Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Paris Diderot – Paris 7  
Monsieur le Professeur Benoit SCHLEMMER



VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Pour le Président de l'Université Paris Diderot – Paris 7  
et par la délégation

Le Doyen



Benoit SCHLEMMER

---