



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation de l'impact des aides régionales à l'installation destinées
aux médecins généralistes dans la région des Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le 4 octobre 2023 à 18h00

Au Pôle formation

Par Élodie TURQUET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur LEBUFFE Gilles

Assesseur :

Monsieur le Docteur PONCHANT Maurice

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur WATTIER Jean-Michel

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

Liste des abréviations

ALD	Affection longue durée
APL	Accessibilité potentielle localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
CAIM	Contrat d'Aide à l'Installation pour les Médecins
CDE	Contrat de Début d'Exercice
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
COSCOM	Contrat de Stabilisation et de Coordination des Médecins
COTRAM	Contrat de Transition pour les Médecins
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRAI	Contrat Régional d'Aide à l'Installation
CRME	Contrat Régional de Maintien à l'Exercice
CRMG	Contrat Régional de Médecine Générale
CSP	Centre de Santé Pluriprofessionnel
CSTM	Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ESP	Équipe de Soins Primaires
ESS	Équipe de Soins Spécialisés
HDF	Hauts de France
INSEE	Institut National de la Statistique et Études Économiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
MG	Médecine Générale
MRS	Mission Régionale de Santé
MSP	Maison de santé
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

OPTAM	Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
ORS	Observatoire Régional de Santé
PACES	Première Année Commune aux Études de Santé
PAPS	Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
PDSA	Permanence de Soins Ambulatoires
PIAS	Praticien Isolé à Activité Saisonnière
PIB	Produit Intérieur Brut
PTMA	Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
PTMG	Praticien Territorial de Médecine Générale
PTMR	Praticien Territorial Médical de Remplacement
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
URP-ML	Unions Régionales des Professions de santé Médecins Libéraux
ZAC	Zone d'Actions Complémentaires
ZAR	Zone d'Accompagnement Régional
ZFU	Zone Franche Urbaine
ZIP	Zone d'Intervention Prioritaire
ZRR	Zone de Revitalisation Rurale

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Matériels et Méthodes	43
I. Echantillon de population.....	43
II. Modalités.....	44
III. Modèle d'analyse.....	45
Résultats.....	46
Discussion.....	55
Conclusion.....	66
Références bibliographiques.....	67
Annexes.....	70
Annexe 1 : Questionnaire de thèse.....	70

RESUME

Contexte : L'accès aux soins est un droit devenu de plus en plus difficile à être respecté, conséquence d'un déséquilibre entre l'offre qui ne cesse de diminuer et la demande en soins qui ne cesse de progresser. Une multitude d'aides incitatives, financières dirigées vers les médecins spécialistes en médecine générale existe, afin de les inciter à s'installer en zone sous-dense mais que très peu d'études ont été réalisées et sont en mesure de dresser un réel bilan.

Méthode : Envoi par courrier électronique d'un questionnaire à l'ensemble des bénéficiaires du Contrat Régional d'Aide à l'Installation, dans la région des Hauts de France, représentant un effectif total de 164 médecins généralistes installés depuis début 2020. Il s'agit d'évaluer l'impact des aides financières aux médecins spécialistes en médecine générale sur leur choix de s'installer dans une zone sous-dense en médecins.

Résultats : Parmi les 34 répondants à l'enquête, les aides à l'installation n'auraient été déterminantes que pour neuf participants, représentant environ 26,5% de l'échantillon.

Conclusion : Obtenir une meilleure répartition des professionnels de santé ne peut se résoudre par les uniques aides financières incitatives. Il s'agit d'une problématique bien plus complexe. Repenser le fonctionnement et la structuration du système de santé en profondeur ainsi que le réaménagement du territoire dans sa globalité semblent nécessaires.

INTRODUCTION

I. Qu'est-ce qu'un désert médical ?

II. L'accès aux soins

II-1 Déterminants et difficultés

II-2 Outils de mesure de l'accessibilité aux soins

II-2-A Indicateurs de proximité de temps

II-2-B Indicateurs de densité médicale

II-2-C L'accessibilité Potentielle Localisée

III. État actuel de la demande en soins de la population française

III-1 Une population qui ne cesse de croître et de vieillir

III-2 Une demande en soins de plus en plus importante

III-3 Une population inégalement répartie sur le territoire

IV. État actuel de l'offre de soins

IV-1 Nombre de médecins et évolution des effectifs

IV-2 Une présence territoriale inégale

IV-3 Une offre en soins saturée

IV-4 Qui sont les médecins d'aujourd'hui ?

IV-4-A Une population âgée

IV-4-B Une féminisation de la profession

IV-4-C Une part de médecins diplômés à l'étranger qui ne cesse d'augmenter

IV-4-D Évolution dans la manière d'exercer

IV-4-D-1 L'activité salariale en hausse

IV-4-D-2 L'essor de l'exercice en groupe

IV-4-D-3 Mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle

IV-4-D-4 Exercer la médecine autrement

V. Les actions proposées

V-1 Historique de la création d'un zonage pour définir les territoires les plus déficitaires en médecins

V-2 De nombreux acteurs et aides financières déployées pour inciter à l'installation des médecins généralistes en zones sous-denses

V-2-A Aides conventionnelles par l'Assurance maladie

V-2-B Aides de l'État

V-2-C Aides des collectivités territoriales

V-3-D De nouveaux contrats proposés par l'ARS des Hauts de France afin d'attirer les installations des médecins dans les zones sous-denses

VI. Objectifs de l'étude

I. Qu'est-ce qu'un désert médical ?

Le terme de désert médical, apparu depuis une dizaine d'années, est largement utilisé dans le langage médiatique sans qu'aucun contenu concret ne permette de le définir. Il interpelle par son emploi, renvoyant à un espace hostile ou inhabité. Dans le langage courant, ce terme est utilisé pour décrire des territoires où les habitants rencontrent des difficultés dans l'accès aux soins, par manque ou absence de médecins. De nombreux synonymes sont employés et renvoient à cette notion de désert médical : zones sous dotées, zones sous denses, zones déficitaires, zones fragiles.

II. L'accès aux soins

II-1 Déterminants et difficultés

En 1981, les chercheurs anglais Roy Penchansky et J. William Thomas, repris par G Chevillard *et al* (1) identifient **cinq dimensions principales à l'accès aux soins** : la disponibilité de l'offre de soins autrement dit la densité de médecins, la distance-temps, les horaires des services de santé, l'accessibilité financière dont les restes à charges, les dépassements d'honoraires et enfin l'acceptabilité des soins selon les attentes des patients et leurs caractéristiques.

Deux allemands, Ines Weinhold et Sebastian Gurtner (1), ont identifié **cinq types d'inadéquation aux besoins de santé** : le manque de soignants, l'inégale répartition géographique, le déficit de la qualité des soins, la limitation d'accès et l'utilisation inefficace des services de santé.

Dans la littérature, il est surtout mis l'accent sur la dimension spatiale autrement dit la répartition territoriale des professionnels de santé pour expliquer les difficultés d'accès aux soins. Cependant, il existe **d'autres éléments déterminants et non spatiaux, influençant l'accès aux médecins** notamment le genre et la langue du praticien, le délai d'attente, le besoin

de soins différent en fonction des caractéristiques démographiques et socio-économiques. Pour information, en 2017, il fallait environ 1 semaine d'attente pour avoir un rendez-vous chez un médecin généraliste (selon l'Institut Français d'Opinion Publique, Observatoire de l'accès aux soins, 2017)

II-2 Outils de mesure de l'accessibilité aux soins

Plusieurs indicateurs ont été développés pour mesurer l'accessibilité aux soins afin d'en permettre une analyse et d'en suivre l'évolution.

II-2-A Indicateurs de proximité de temps

Cette information qui évalue le temps d'accès physique au soin est parlante mais est assez rudimentaire car ne tenant pas en compte d'éléments importants comme la disponibilité du médecin.

II-2-B Indicateurs de densité médicale

Par la suite, il a été développé des indicateurs de densité médicale, c'est-à-dire d'offre de soins. Ces indicateurs rapportent le nombre de médecins au nombre de patients permettant de renseigner sur la couverture médicale d'un territoire. Il existe cependant un biais important qui est l'échelon à partir duquel il est calculé. En effet, plus l'échelon, plus la maille choisie sera de grande taille plus le biais sera grand. Ainsi, une région bien dotée en médecins généralistes pourra présenter une inégalité d'accès aux soins entre ses départements et, à une échelle encore plus petite, d'une commune à une autre. A l'inverse, il existe un biais « d'effet frontière » lorsque la maille choisie est de très petite taille. Par exemple, un patient vivant dans une commune sans médecin généraliste pourra ne pas avoir de difficulté d'accessibilité si un

médecin est installé dans la commune voisine. A noter que la taille minimale d'un territoire permettant à deux médecins généralistes d'exercer une activité à temps plein est comprise entre 3600 et 5400 habitants dans une population standardisée. La moyenne des communes françaises était de 1790 habitants en 2013 (2).

II-2-C L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est un indicateur récent, développé en 2012 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) et par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES). Il est calculé chaque année par la DREES.

C'est un indicateur paramétrable qui permet de mesurer l'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins (hors hôpital). Cet indicateur prend en compte à la fois la proximité et la disponibilité du médecin généraliste par son niveau d'activité (nombre de consultations et visites qu'offre le médecin par an) ainsi que le taux de recours différencié par âge des habitants. Une variante est possible en fonction de l'intégration de l'âge des médecins (borne à 65 ans). Le choix de cette borne d'âge permettant d'anticiper les départs à la retraite des médecins les plus âgés.

Les médecins pris en compte sont les médecins généralistes exerçant hors hôpital, c'est-à-dire les médecins libéraux ou salariés dans un centre de santé. L'activité des remplaçants est également prise en compte ainsi que celles des médecins exerçant en secteur deux (représentant 5% des médecins généralistes) et doivent avoir effectué au moins 3 600 actes dans l'année. Au-delà d'un certain nombre d'actes, les actes ne sont plus pris en compte dans le calcul (plafonnement à 6000 actes). En effet, dans les zones très peu dotées, les médecins peuvent effectuer un nombre important d'actes pour compenser le manque de confrères, ce qui reviendrait à considérer l'offre disponible comme plus importante que ce qu'elle devrait être

s'il y avait un nombre suffisant de médecins. Ainsi, l'offre de soin d'un médecin est prise en compte si elle se situe entre 3600 et 6000 actes par an.

Avec cet indicateur, plus le médecin est éloigné plus son accessibilité est faible voire nulle à partir d'un certain seuil (au-delà de 20 minutes en voiture).

La demande en soins est calculée à partir de la population des communes environnantes, standardisée par tranche d'âge, selon les consommations de soins en médecine générale observées dans les bases de données de l'Assurance maladie (2).

Ce jour, les calculs d'accessibilité aux soins sont réalisés à l'échelle du **territoire de vie-santé**.

Un territoire de vie-santé est un territoire le plus serré possible, constitué d'un agrégat de communes autour d'un pôle d'équipements et de services considérés comme les plus courants, constitué selon une logique proche du découpage du territoire en bassins de vie, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Chaque commune appartient à un seul territoire de vie santé et ce découpage s'affranchit des délimitations administratives. En 2017, il y avait 2 379 territoires de vie. Chaque territoire de vie comprenant en moyenne 23 300 habitants (2)

Le **seuil retenu de l'APL est de 2,5 consultations et/ou visites par habitant et par an**. Ainsi, un territoire de vie santé est considéré comme sous dense en médecins généralistes si son APL est inférieur à 2,5, moyennement dotée si son APL est compris entre 2,5 et quatre et est bien dotée si son APL est supérieur à quatre consultations par an et par habitant. Toutes les communes de ce territoire seront alors considérées comme sous denses si son APL est inférieur à 2,5. (3)

Utilisé à l'échelle communale, cet indicateur permet aux ARS de définir de manière encore plus localisée leurs zones fragiles, sous dotées en médecins généralistes et devant mener à des actions prioritaires. Une commune est considérée comme sous-dense lorsque les habitants ont également accès à moins de 2,5 consultations et visites / an. (1)

III. État actuel de la demande en soins de la population française

III-1 Une population qui ne cesse de croître et de vieillir

La démographie est en croissance continue sur le territoire national. Au 1^{er} janvier 2023, la France compte 68 042 591 habitants selon l'INSEE (contre 58 millions en 1990) dont 21,3% ayant un âge supérieur à 65 ans. Le vieillissement de la population s'accélère depuis le milieu des années 2010 avec l'arrivée des générations du baby-boom. Une projection réalisée par l'INSEE prédit une population de 68,1 millions d'habitants en 2070 dont 29% serait âgé de 65 ans ou plus soit près d'un français sur trois.

Par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance a augmenté avec une espérance de vie moyenne à la naissance de 85,2 ans pour les femmes en 2022 contre 82,8 ans en 2000 et de 79,3 ans pour les hommes en 2022 contre 75,2 ans en 2000 selon l'INSEE.

III-2 Une demande en soins de plus en plus importante

En 2010 un médecin généraliste réalisait 4381,4 consultations par an, en 2013 le médecin spécialiste en médecine générale effectuait 4538,1 consultations soit une progression de quatre percentiles. (4) La consommation moyenne en soins a augmenté depuis 1990, passant en moyenne de trois consultations par habitant / an à quatre consultations par habitant / an en 2013 et reste plutôt stable depuis. Par ailleurs, une complexification des consultations semble se produire avec l'augmentation de la durée moyenne des consultations en médecine générale. En 2006, cette durée était de 16,4 minutes contre 18 minutes en 2017. (5) Il est également constaté une évolution croissante du nombre de personnes ayant une affection de longue durée (ALD). En 2011, 9,2 millions de personnes bénéficiaient d'une ALD contre 12 millions en 2021. (6)

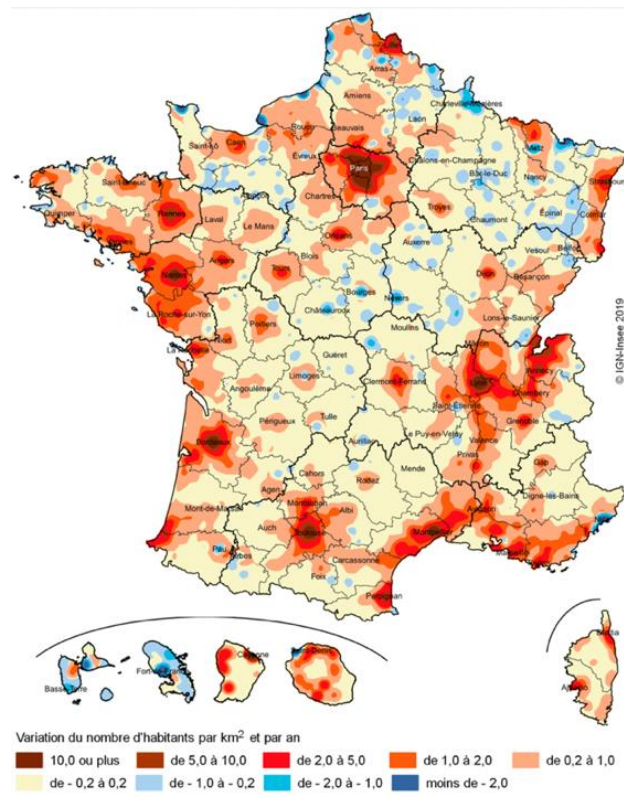
De plus, cette augmentation de la consommation en soins et des biens médicaux est objectivée par l'augmentation de la part du Produit Intérieur Brut (PIB) consacrée qui était de 4,6% en 1970 contre 9,1% en 2020 représentant 209 milliards d'euros. Ce chiffre est à nuancer par l'essor notamment des nouveaux médicaments, protocoles thérapeutiques de plus en plus chers et d'une exigence de bonne santé physique et psychique de la population.

III-3 Une population inégalement répartie sur le territoire

On assiste depuis 50 ans à des changements importants dans la répartition de la population en France. Selon le constat d'Emmanuel Vigneron, Docteur en histoire et géographie repris par l'académie nationale de médecine dans son rapport de 2023 (7), on assiste à une métropolisation du territoire rendant le prix de l'immobilier de plus en plus cher, à une littoralisation au détriment des anciennes régions industrielles et à une péri urbanisation créant des quartiers neufs et sensibles dans lesquels manquent les médecins et les services.

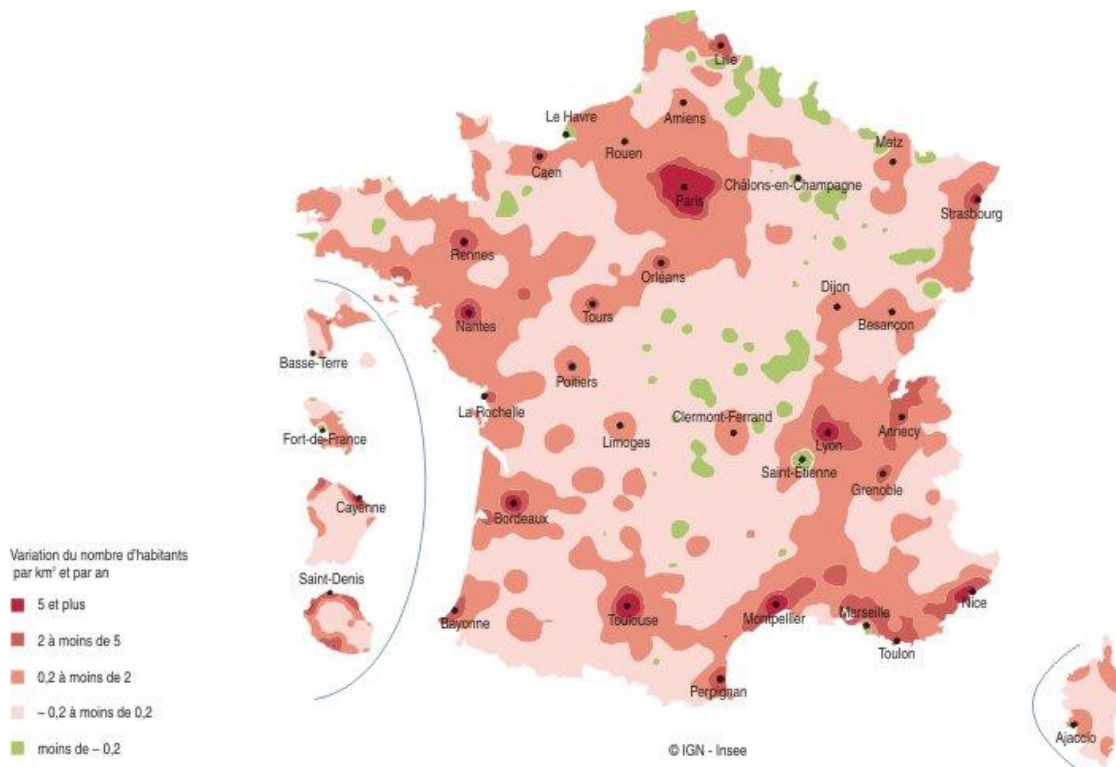
On constate sur le territoire national, une diagonale Nord-Est / Sud-Ouest constituée de communes les moins densément peuplées avec une densité de population qui se renforce dans les espaces déjà denses comme le montre les trois cartographies ci-dessous.

Variation annuelle de la densité de population entre 2007 et 2017



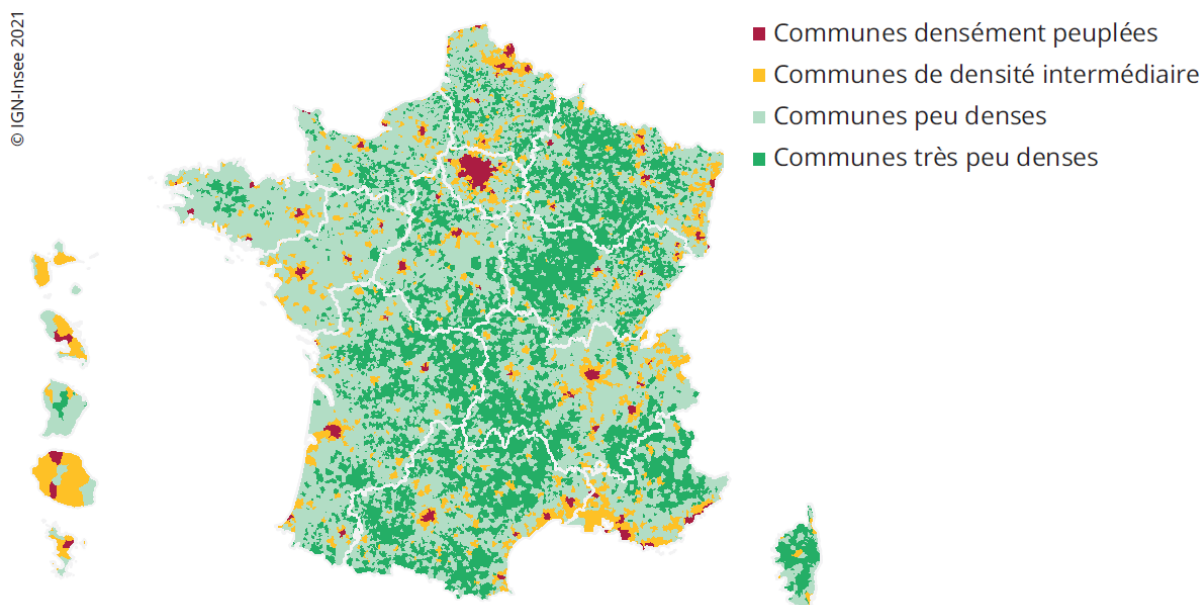
INSEE, recensements de la population de 2007 à 2017

Variation annuelle de la densité de population entre 1982 et 2011



INSEE, recensements de la population

Grille de densité communale 2017



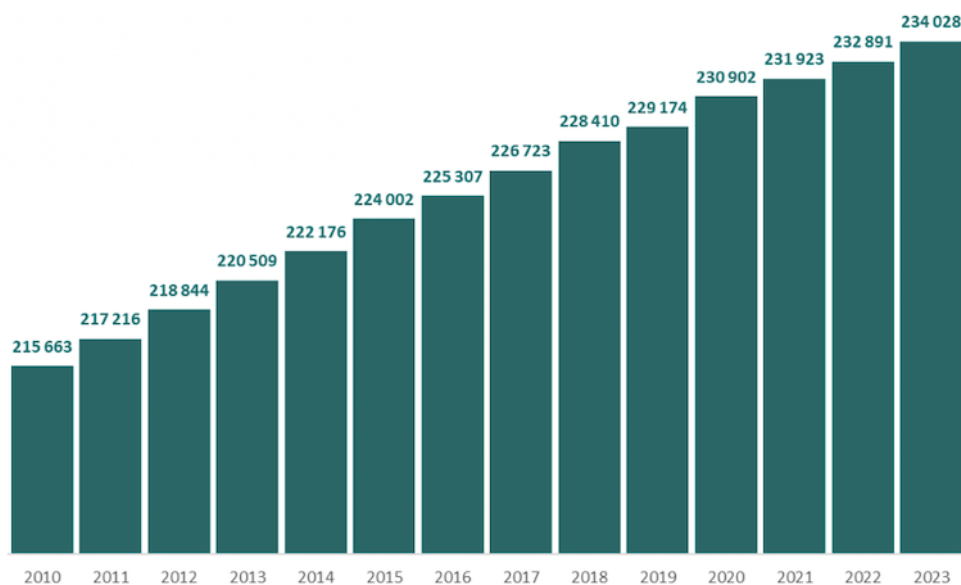
INSEE, recensement de la population de 2017

IV. État actuel de l'offre de soins

IV-1. Nombre de médecins et évolution des effectifs

Au 1^{er} janvier 2023, on totalise 234 028 **médecins en activité**, représentant **une augmentation de 8,5% depuis 2010**. Les médecins actifs regroupent tous les médecins ayant une activité régulière ou bien intermittente (remplaçants) et les retraités actifs. (8)

Évolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010

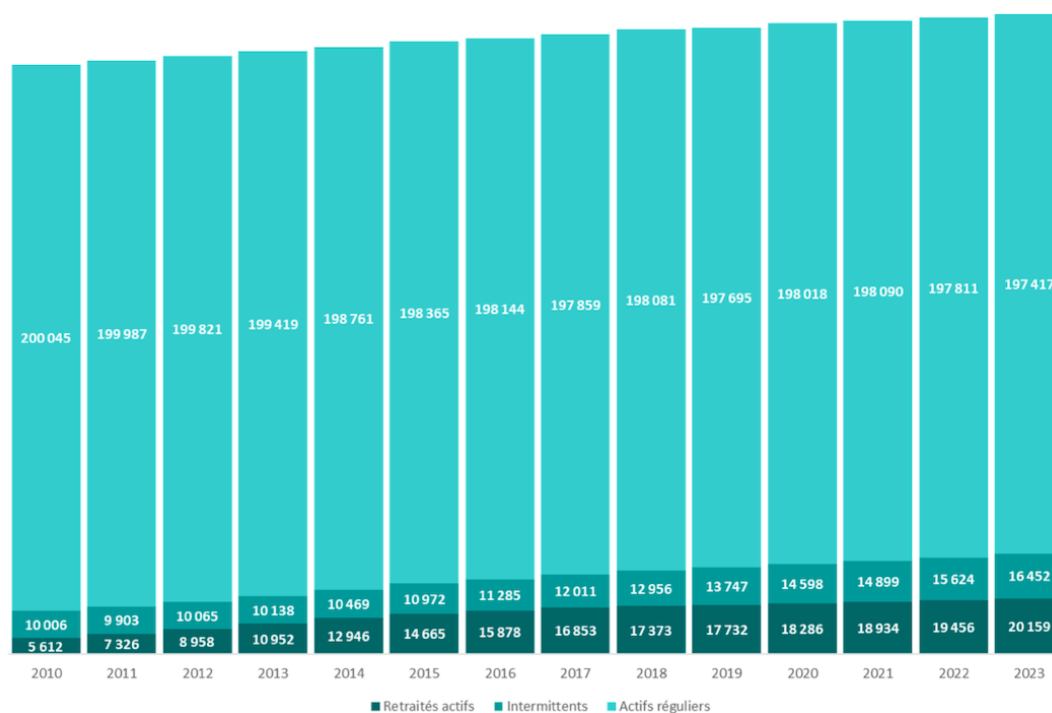


CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

Cependant, depuis 2010, le nombre de médecins en activité régulière (197 417 au 1^{er} janvier 2023) diminue de façon lente et constante. C'est donc l'effectif croissant des médecins en cumul emploi retraite et des médecins remplaçants qui explique l'augmentation du nombre de médecins en activité.

Ainsi, entre 2010 à 2023 on constate une augmentation de la part des médecins retraités actifs (+ **259%**) ainsi que celle des médecins ayant une activité intermittente (+ **64%**) et une diminution du nombre de médecins actifs réguliers (- **1%**) (8). Le poids des médecins actifs réguliers ne cesse donc de diminuer au profit des médecins retraités actifs et des médecins ayant une activité intermittente.

Évolution de l'effectif des médecins en activité depuis 2010, détails



CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

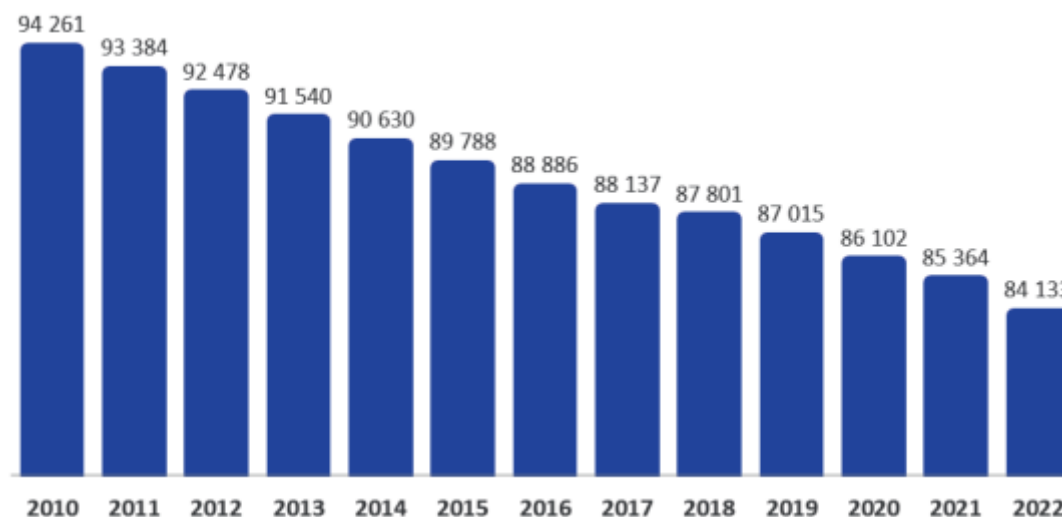
En France, il faut noter que la proportion de médecins exerçant une spécialité hors celle de médecine générale (MG) augmente aux dépens de celle des spécialistes en médecine générale. En effet, les **médecins de spécialités (hors MG) représente 57%** des médecins en activité en 2023 contre 52% en 2010. Entre 2010 et 2023, **le nombre de médecins spécialistes en médecine générale a diminué deux pourcents** alors que les effectifs de médecins spécialistes **médicaux (hors MG) a augmenté de 17,9%** et celui des médecins spécialistes **chirurgicaux de 19,6%**. (8)

La croissance annuelle moyenne des effectifs de médecins généralistes en activité régulière est de - 0,94% entre 2010 et 2022, représentant une perte de 10 128 médecins soit une **baisse de 11% des effectifs de médecins généralistes depuis 2010**. Cette tendance à la baisse se poursuivrait jusqu'en 2025. (9)

Avec la baisse continue des effectifs en médecins généralistes et la hausse régulière de la population, la densité médicale en médecins généralistes a fortement diminué passant de **141,1**

pour 100 000 habitants en 2010 à 121 pour 100 000 habitants en 2021. (10)

Evolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010

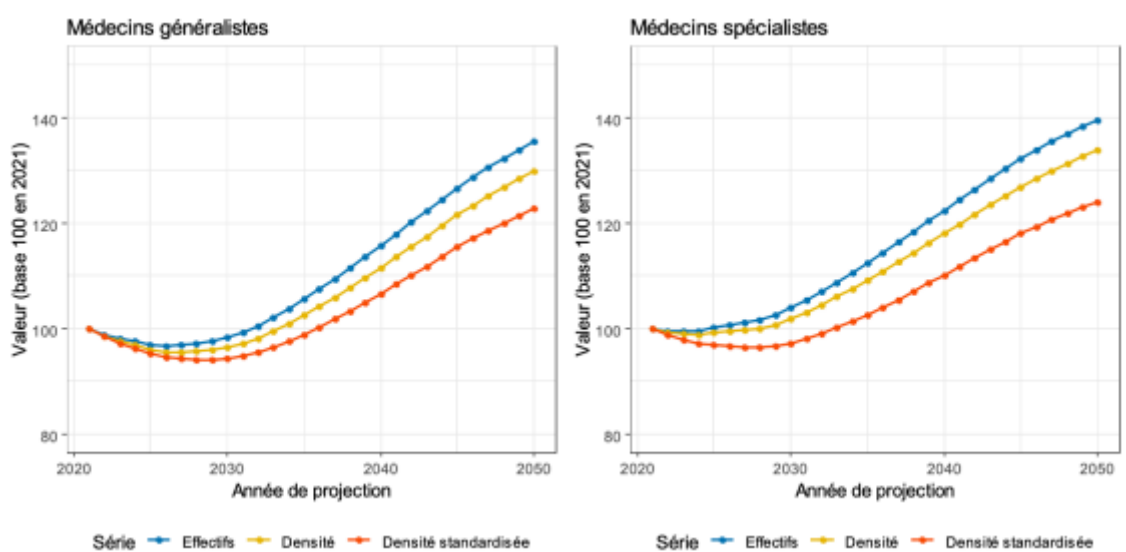


CNOM, atlas de la démographie médicale 2022

La région des Hauts de France n'est pas épargnée par cette baisse du nombre de médecins généralistes en activité régulière. En effet entre 2010 et 2022, la région a enregistré une **baisse moyenne de ses effectifs d'environ 17%** au niveau régional, affectant chacun de ses départements (Somme – 7,8%, Nord – 9,8%, Pas de Calais de -16,8%, Oise -23,8% Aisne - 28,2%) (9)

Selon la projection des effectifs de médecins établie par la DREES, à législation constante, il y aurait une diminution globale des effectifs jusqu'en 2024 avec un retour envisagé au niveau actuel vers 2030. (11)

Effectifs, densité et densité standardisée pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes projetés entre 2021 et 2050 (Anguis et al., 2021)



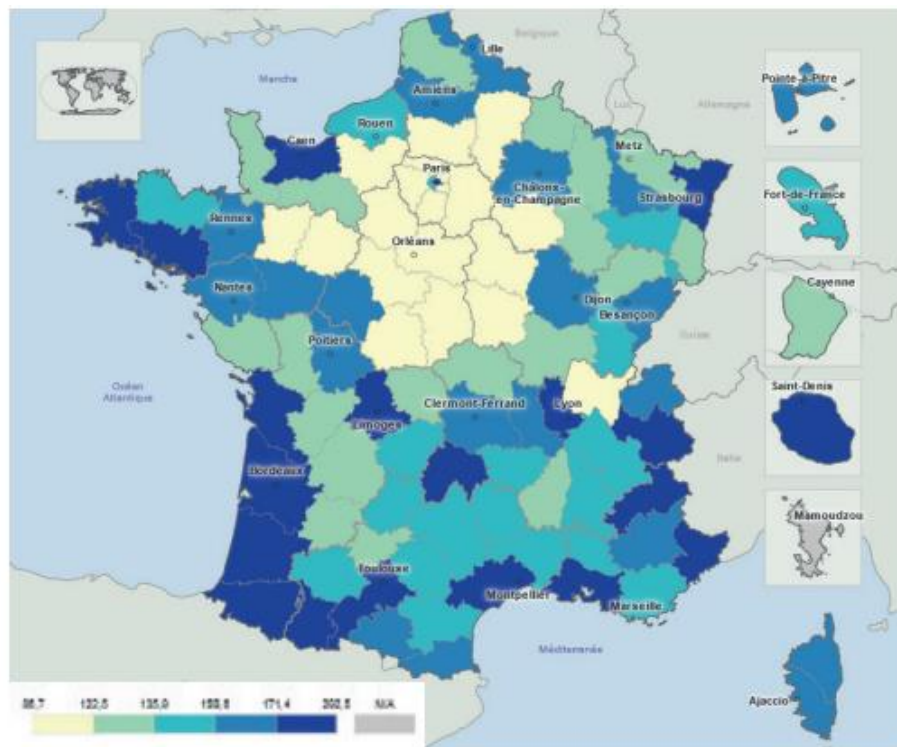
Modèle de projection DREES par micro-simulation, alimenté par les médecins inscrits à l'Ordre (RPPS) et sur les études médicales. Projection de population de l'INSEE. Consommation de soins calculées à partir des données de l'Assurance maladie.

IV-2 Une présence territoriale inégale

La répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire national accentue la problématique de la difficulté d'accès aux soins qui est un fait ancien. Cette inégale répartition territoriale est en partie liée à l'organisation du secteur de la santé en France reposant sur le principe du libre choix d'installation des praticiens libéraux et est le reflet de la dynamique des territoires dans son ensemble, allant au-delà des simples enjeux de la sphère sanitaire. (12) Ainsi, on constate une attractivité des médecins généralistes à exercer dans les territoires les plus dynamiques. En effet, ce sont les départements situés sur le littoral Atlantique et dans la région Auvergne Rhône Alpes qui observent une variation de densité positive en médecins généralistes. Quant aux autres départements, ils enregistrent pour la grande majorité une baisse de leur densité en médecins généralistes.

La région des Hauts de France n'est pas épargnée par ce constat, avec des variations de densité

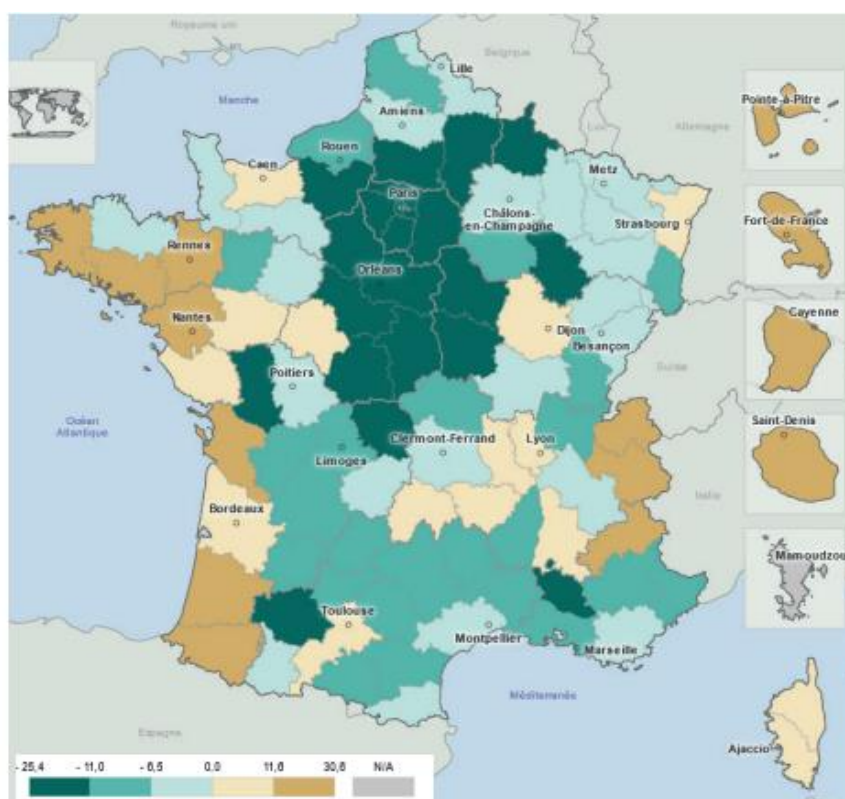
Densités départementales des médecins spécialistes en MG en activité au 1^{er} janvier 2023
(pour 100 000 habitants)



CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

A noter, pour les médecins spécialistes médicaux (hors MG) et chirurgicaux, les départements observent dans la grande majorité, des variations de densité positives entre 2010 et 2023.

Variation de la densité médicale des médecins spécialistes en MG en activité régulière entre 2010 et 2023



CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

En France, 60% de la population concernée par des difficultés d'accès aux médecins généralistes vivent dans des territoires ruraux et presque 30% dans une grande aire urbaine dont 21% dans la banlieue parisienne. (11)

IV-3 Une offre en soins saturée

La baisse des effectifs des médecins spécialistes en médecine générale, leur inégale répartition géographique concourent à proposer une offre en soins insuffisante, ne parvenant plus à répondre aux besoins et à la demande de la population française.

Ainsi, selon le rapport de la DREES de mai 2023, **65% des médecins généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients** comme médecins traitants en 2022 contre 53% en 2019. (13) Selon le rapport du Sénat de mars 2022, c'est presque **11% des Français de 17**

ans et plus qui n'ont pas de médecins traitants. (14)

D'une manière plus globale, **1,6 millions de français renoncent chaque année à des soins médicaux.** (14) Et, selon un rapport de la DREES de 2018, 29% des Français estiment qu'il n'y a pas assez de médecins à proximité de chez eux. (15)

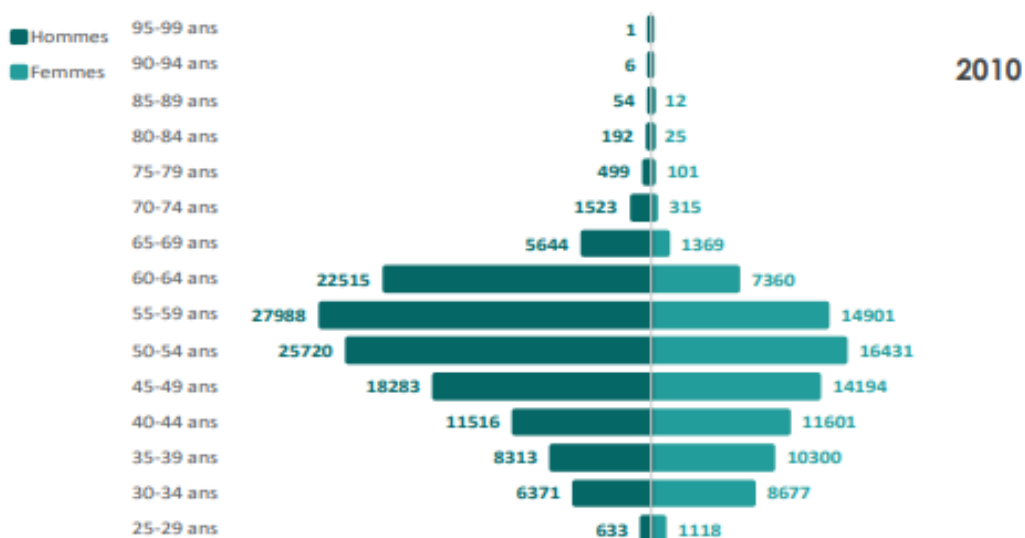
IV-4 Qui sont les médecins d'aujourd'hui ?

IV-4-A Une population âgée

Le pool actuel de médecins en activité en France est âgé de **50,5 ans** en moyenne contre 50,4 ans en 2010. On constate une augmentation du nombre de jeunes médecins (< 40 ans) et des médecins séniors (> 60 ans) avec une proportion de médecins séniors restant supérieure à celle des jeunes médecins : **28,5%** de jeunes médecins contre **31,1% de médecins séniors en 2023.** (16)

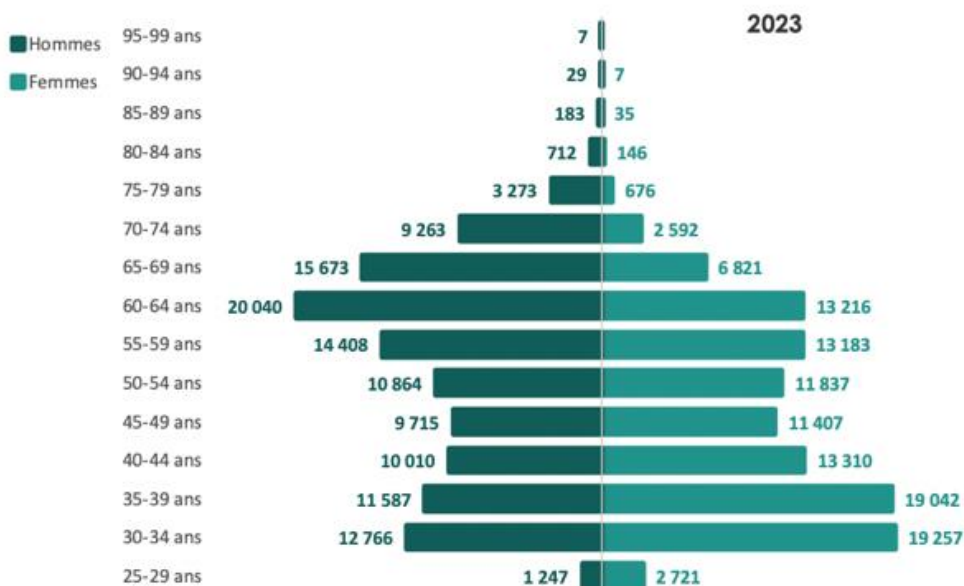
La pyramide des âges fournit une donnée préoccupante, celle du nombre important des médecins âgés de 55 à 64 ans ayant débutés leurs études avant l'instauration du numérus clausus, instauré en octobre 1971 (9500 places initialement avec une baisse à 3500 places en 1993). (17) De plus, on peut constater que le plus gros effectif global de médecins se situe dans la tranche de 60-64 ans confirmant la gravité de la situation pour les années à venir.

Structure par sexe et par âge comparées des médecins en activité au 1^{er} janvier 2010



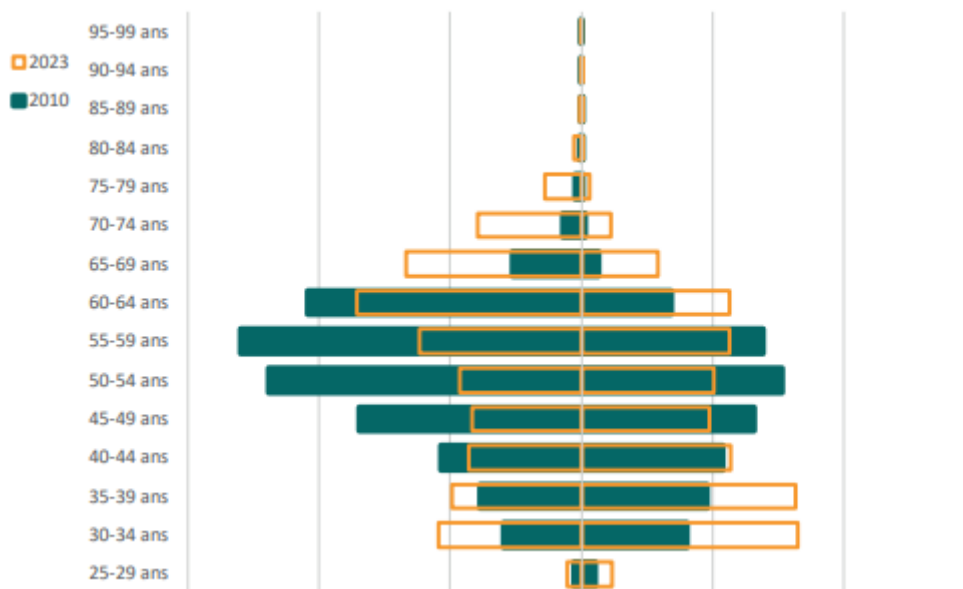
CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

Structure par sexe et par âge comparées des médecins en activité au 1^{er} janvier 2023



CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

Structure par sexe et par âge comparées des médecins en activité entre 2010 et 2023 (%)

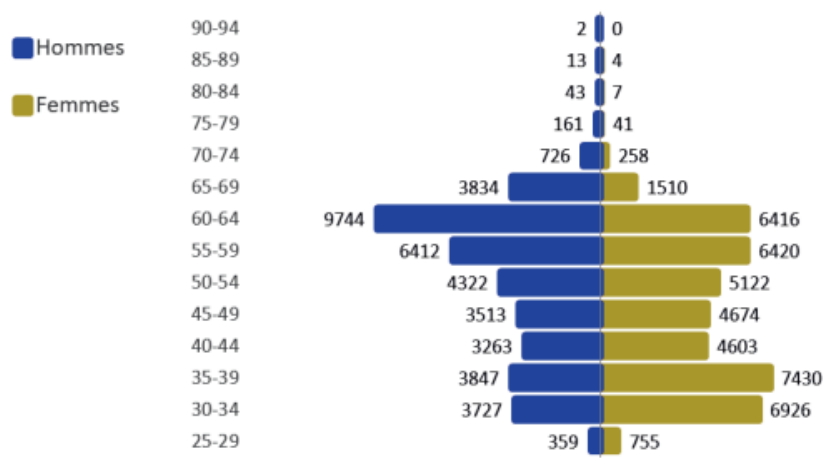


CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

Concernant l'âge moyen des spécialistes en médecine générale, en activité régulière, il est relativement constant depuis 2010 avec un écart que de deux mois entre 2010 et 2020. (18)

Au 1^{er} janvier 2022, 27% des médecins généralistes en activité régulière avaient 60 ans ou plus. (9)

Pyramide des âges du nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2022



CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

IV-4-B Une féminisation de la profession

Une **féminisation de la profession est observée**. Le taux de féminisation est étroitement corrélé à l'âge moyen des médecins. Plus l'âge moyen est jeune plus le taux de féminisation est élevé. **Au 1^{er} janvier 2022, 52,2% des médecins spécialistes en médecine générale en activité régulière étaient des femmes.** (18)

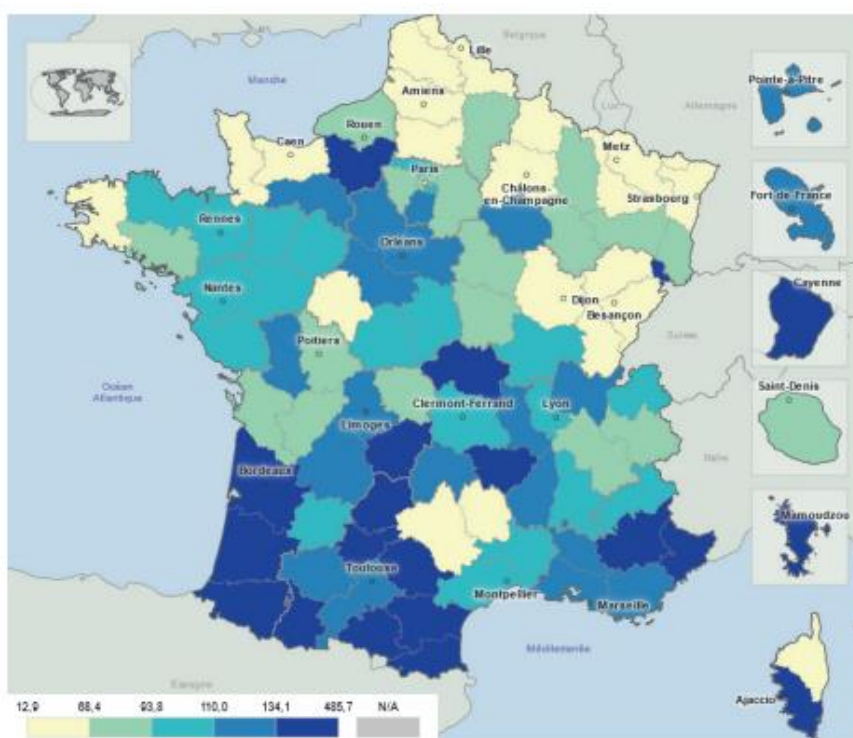
IV-4-C Une part de médecins diplômés à l'étranger qui ne cesse d'augmenter

Au 1^{er} janvier 2023, 29 238 médecins en activité ont obtenu leurs diplômes à l'étranger, ce qui représente **13,4%** des médecins exerçant en France. Il est constaté une augmentation de la proportion de ces médecins de **+ 90,6% depuis 2010** avec une hausse au sein de chacune des spécialités médicales. Ainsi, au 1^{er} janvier 2023, dans la spécialité médecine générale ils représentent **6,4%** des médecins en activité en France, dans les spécialités médicales hors médecine générale, ils représentent **17,6%** et dans les spécialités chirurgicales **21%**. (8)

Depuis 2010, tous les départements ont observé une variation positive de l'effectif des médecins diplômés à l'étranger avec une prédominance dans les départements du Sud, sur le littoral Atlantique notamment et à la frontière espagnole. A l'inverse les départements du Nord présentent les variations les plus faibles. (8)

Dans la région des Hauts de France, le Nord a enregistré une hausse de l'effectif des médecins diplômés à l'étranger de 53,3%, le Pas de Calais de 59,9%, la Somme de 40,9%, l'Oise de 68% et l'Aisne de 76,7%. (8)

Variation de l'effectif des médecins en activité à diplômes étrangers entre 2010 et 2023



CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

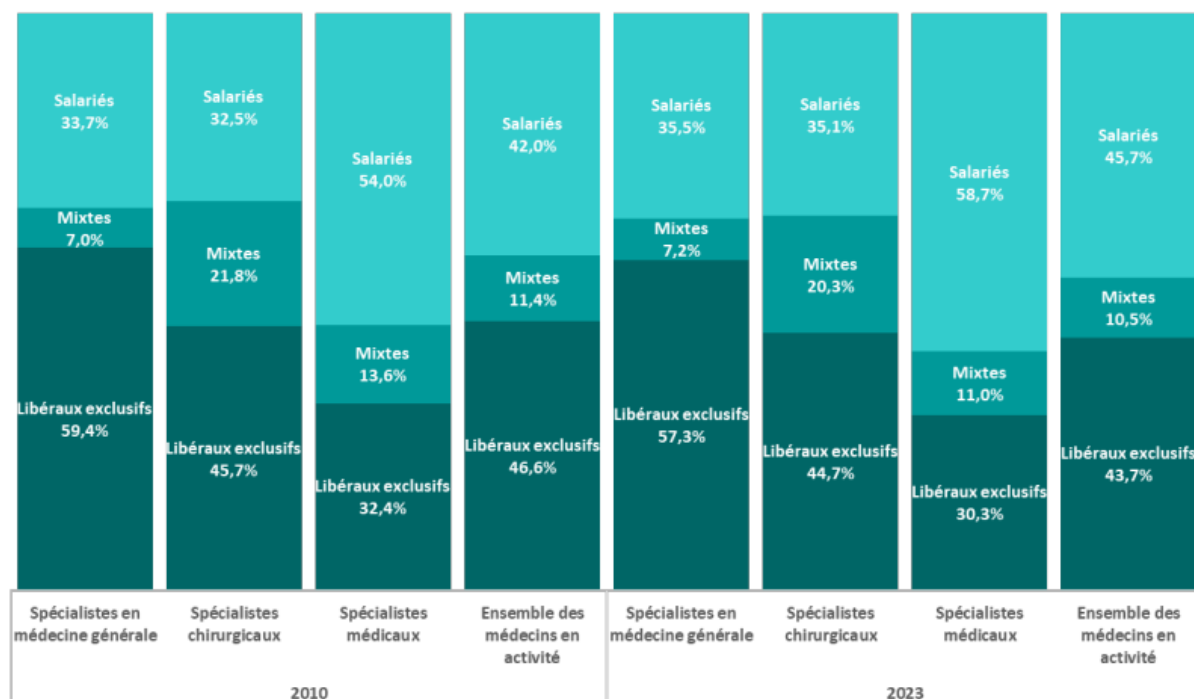
IV-4-D Évolution dans la manière d'exercer

IV-4-D-1 L'activité salariale en hausse

Il est tout d'abord constaté une évolution dans le mode d'exercice de la médecine générale avec **une proportion de plus en plus importante de l'activité salariée. Entre 2010 et 2023, on constate que le pourcentage de médecins généralistes en activité libérale exclusive a diminué de 2,1% (59,4% en 2010 contre 57,3% en 2023) essentiellement au profit d'une activité salariée augmentée de 1,8% (33,7% en 2010 contre 35,5% en 2023).** (8)

Évolution des modes d'exercice des médecins en activité entre 2010 et 2023

selon les trois cohortes



CNOM, Atlas de la démographie médicale 2023

La tendance est la même pour les autres spécialités médicales ou chirurgicales avec une tendance à s'orienter vers une activité salariale et **touche principalement les jeunes générations de médecins**. En 2017, 63% des nouveaux médecins inscrits à l'Ordre des médecins étaient salariés alors que pour ceux en exercice, on comptait 43% de médecins salariés. (15)

IV-4-D-2 L'essor de l'exercice en groupe

Par ailleurs, une part de plus en plus importante de médecins généralistes **exercent en groupe**. En 2022, selon le panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (enquête menée par la DREES, les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) et les Unions Régionales des Professions de Santé-Médecins-Libéraux (URPS-ML)), **sept médecins généralistes libéraux sur dix (69%), ayant au moins quatre ans d'ancienneté, exercent en**

groupe (29% en cabinet mono professionnel et 40% en pluriprofessionnel) contre **54%** des médecins généralistes libéraux fin 2010. Le développement de l'exercice pluriprofessionnel est en partie porté par l'augmentation du nombre de maison de santé (MSP). Début 2022, 12% des médecins généralistes déclarent exercer dans une MSP. Les MSP ont été créées en 2007. C'est une structure qui regroupe, sur un ou plusieurs endroits, des médecins généralistes et auxiliaires médicaux dans une approche d'exercice coordonné, formalisé par un projet de santé commun attestant de la coordination de leur exercice. Ce projet est soumis à l'ARS. Entre 2008 et 2020, 1300 MSP ont vu le jour. (19)

Les médecins les plus jeunes et les femmes sont plus souvent installés en groupe.

IV-4-D-3 Mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle

Le rapport du Sénat de mars 2022 fait état d'une part de **45% des médecins généralistes se trouvant en situation de burn out**. (14)

Les jeunes médecins aspirent à mieux concilier vie professionnelle et vie privée ce qui tend à réduire le temps médical effectivement disponible et qui fait qu'un médecin partant à la retraite est potentiellement remplacé aujourd'hui par 1,5 voire deux jeunes médecins. (14)

L'offre en soins serait donc plus faible en raison de l'aspiration des nouvelles générations de médecins, par la féminisation de la profession et pour les médecins en fin de carrière selon la DREES.

IV-4-D-4 Exercer la médecine autrement

Selon le docteur Jean-François Rault, Président de la section Santé Publique et Démographie Médicale, dans son éditorial de l'Atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de 2015, il y aurait chaque année **25% des médecins diplômés qui ne s'inscrivent pas à l'Ordre des médecins afin d'exercer d'autres professions** comme par exemple se lancer dans le journalisme ou dans l'administration au détriment du soins. (20)

V. Les actions proposées

V-1 Historique de la création d'un zonage pour définir les territoires les plus déficitaires en médecins

L'inégale répartition géographique des médecins est une notion ancienne et existe depuis 1866. Ce n'est qu'en 1999, que la notion de zone sous dotée en médecins apparaît dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. (3)

En **2003** apparaît la **première cartographie des zones déficitaires** en médecins.

Le zonage était établi par **cantons déficitaires** selon la **densité de médecins** généralistes y exerçant. Un canton étant selon l'INSEE, un ensemble de communes et/ou de fractions de communes s'affranchissant des limites des arrondissements.

En **2004**, les travaux de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), caractérisaient les **cantons déficitaires** en médecins généralistes par des indicateurs prenant en compte la **densité de médecins, leur activité et la consommation de soins**.

De **2005 à 2011**, les zones sous-dotées en médecins étaient définies par l'Assurance maladie, ajustées au niveau local par les missions régionales de santé (MRS) (créées en août 2004). Le choix du zonage se faisant parmi les **découpages reconnus par l'INSEE** et les indicateurs choisis étaient la **densité et l'activité des médecins**. C'est à **partir de 2005** que des **aides conventionnelles incitatives, financées par l'Assurance maladie** voient le jour afin d'inciter l'installations des médecins.

La **circulaire DHOS de 2008** abroge celle de 2005 et définit **un nouveau zonage**. Le maillage se fait en **pseudo cantons** (pour les unités urbaines de plus de 30 000 habitants) et en **bassins de vie** pour le reste des espaces. Selon l'INSEE, le pseudo canton est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières et, le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Les **indicateurs** pris en

compte **restent les mêmes à savoir la densité et l'activité** des médecins.

De 2011 à 2017, la définition des zones fragiles de premiers recours est du ressort **des Agences Régionales de Santé (ARS)** dans le volet ambulatoire du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Ce zonage devant tenir compte d'un **découpage reconnu par l'INSEE**. **Les indicateurs sont librement choisis**.

En 2013, le **Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)** s'ajoute aux dispositifs d'aides existants et entraîne la **définition de nouvelles zones déficitaires** qui relève des ARS qui ont libre choix du zonage pourvu que celui-ci respecte les découpages reconnus par l'INSEE. Le choix des indicateurs est libre. Ce qui fait que certaines régions ont fait deux zonages spécifiques.

A partir de 2017, le **maillage par le territoire de vie et l'indicateur par l'Accessibilité potentielle localisée sont imposés** par le ministère des Solidarités et de la Santé. Un travail national identifie, au niveau régional d'abord plusieurs zones, celles qui sont automatiquement prioritaires, c'est-à-dire les zones avec une APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans < 2,5 consultations/an/habitant et, des zones dites « viviers » pour lesquelles l'APL est comprise entre 2,5 et 4. Les ARS disposent d'une marge de manœuvre importante pour compléter les zones fixées nationalement et peuvent donc définir des zones d'actions complémentaires (parmi les zones dites « viviers » définies au niveau national) dans la limite de la population en zone prioritaire qui leur est attribuée (18% au maximum). Dans ces zones des mesures d'aides à l'installation existantes peuvent s'appliquer. (1)

En parallèle, depuis 2005, **l'État et les collectivités territoriales** ont mis en œuvre des dispositifs incitatifs d'aides à l'installation par les exonérations fiscales dans les zones de revitalisation rurale (ZRR) puis dans les zones franches urbaines (ZFU) ainsi que des bourses

d'études. Les ZRR, créés par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995, regroupent les communes reconnues comme fragiles sur le plan socio-économique. (21) Des aides fiscales et sociales soutiennent la création ou la reprise d'entreprise. Le dispositif d'exonération en ZRR est prolongé jusqu'au 31 décembre 2023. Les ZFU sont des quartiers de plus de 10 000 habitants jugés comme sensibles et défavorisés. Les entreprises qui s'y installent peuvent bénéficier d'une exonération d'impôts sur les bénéfices. Ce dispositif est valable jusqu'au 31 décembre 2023. (21)

Aussi, en application de la loi de février 2005, relative au développement des territoires ruraux, la rémunération perçue au titre de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) effectuée dans une zone sous-dense en médecins est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de 60 jours par an. (12)

On se rend compte de la difficulté à définir sur le territoire national les zones sous denses en médecins notamment par l'utilisation successive d'indicateurs qui ne prenaient pas forcément en compte la majeure partie des dimensions de l'accessibilité aux soins et par la multiplicité des différents zonages sans toujours en justifier leur maintien ou changement.

Le zonage actuel en territoire de vie-santé semble être le bon niveau pour déployer les aides aux déserts médicaux. De plus, l'indicateur utilisé, l'APL, prend en compte plusieurs des aspects de l'accessibilité aux soins. (3)

Dans la région des Hauts de France (HDF), il existe trois types de zones dans le « Zonage médecin généraliste » et non deux afin d'augmenter le nombre de communes éligibles et ainsi mieux graduer les aides à l'installation sur le territoire régional. On y retrouve dans ce zonage, les deux zones prévues au niveau national (ZIP et ZAC) et une zone créée spécifiquement par l'ARS des HDF qui est une zone d'accompagnement régional (ZAR). Elle a été créée dès 2020

afin d'inclure des communes qui connaissaient un niveau moindre de difficultés mais bien réel en matière d'accès aux soins. Ainsi, un médecin qui s'installe dans une de ces zones sous denses (ZIC, ZAC et ZAR) bénéficiera d'une aide à l'installation, intégralement financés par l'ARS des HDF pour les ZAC et ZAR. (22)

Le zonage est révisé tous les trois ans par le directeur général de l'ARS en concertation avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé, l'Assurance maladie, Conseil de l'Ordre des médecins.

V-2 De nombreux acteurs et aides financières déployées pour inciter l'installation des médecins généralistes en zones sous-denses

V-2-A Aides conventionnelles par l'Assurance maladie

Les zones identifiées comme **zones d'interventions prioritaires (ZIP)** bénéficient d'aides financières notamment à l'installation assurées par l'Assurance maladie et pouvant être majorées parfois par les ARS.

L'avenant 20 de la **convention médicale de 2005**, approuvé par un arrêté en mars 2007, a instauré une **majoration de 20% des honoraires des médecins généralités libéraux exerçant en groupe** dans les zones déficitaires identifiées.

Lors de la nouvelle convention de **septembre 2011**, le dispositif d'incitation de l'avenant 20 de la convention médicale de 2005 a été redéfini avec la mise en place de « **l'Option Démographie** » permettant un élargissement du dispositif à **tous les médecins libéraux de toutes les spécialités médicales** sous certaines conditions :

- exercer en secteur 1 ou 2 (adhérant à l'option de coordination ou de secteur 2 pratiquant les tarifs opposables dans la zone)

- **exercer en groupe ou en pôle de santé** avec au moins **deux tiers de l'exercice** s'effectuant dans une zone sous dense
- s'engager à s'installer pour trois ans dans la zone sous dense ou à proximité immédiate (moins de cinq kilomètres en zone rurale et de deux kilomètres en zone urbaine)

En contrepartie, les médecins bénéficiant de « l'option démographie » perçoivent une **aide forfaitaire d'installation à une hauteur de 5000€/an** lors d'un exercice en groupe et de **2500€/an** s'ils sont membres d'un pôle de santé et de **dix pourcents de majoration des honoraires annuels** dans la limite de 20 000€/ an pour un exercice en groupe et de **cinq pourcents** dans la limite de 10 000€/ an s'ils sont membre d'un pôle de santé. Son montant est calculé au terme de chaque année civile. Ce contrat est exclusif et ne peut être souscrit si le médecin est déjà adhérent à un contrat en milieu rural ou en zones franches urbaines. (23)

Également en septembre 2011, « **l'option santé solidarité territoriale** » élargit une **majoration d'honoraires** (son montant est calculé au terme de chaque année civile) à **tous les médecins libéraux de toutes spécialités médicales** sous certaines conditions :

- exercer en secteur 1 ou 2 (adhérant à l'option de coordination ou de secteur 2 pratiquants les tarifs opposables dans la zone)
- travailler au minimum 28 jours / an dans la zone déficitaire sous forme de vacation

En contrepartie, le médecin bénéficie d'une **majoration annuelle des honoraires de 20%** dans la limite de 20 000€/an et d'une **prise en charge des frais de déplacements** (24)

En 2016, au décours de la convention médicale, **quatre contrats d'aides à l'installation et à son maintien** ont été créés pour l'ensemble des spécialités médicales. **Les contrats ne peuvent se cumuler**. Un site internet, le service Rezone permet d'évaluer les aides à l'installation sur le territoire, par commune. (25)

Il y a un **Contrat d'Aide à l'Installation pour les Médecins (CAIM)** sous forme d'une **prime forfaitaire** pouvant aller jusqu'à 50 000€ pour une activité de quatre jours par semaine. La prime accordée est fonction du nombre de jours travaillés par semaine. Cinquante pourcents sont versés à la signature du contrat et 50% à la date anniversaire un an plus tard. Une majoration de 2500€ est possible si une partie de l'activité libérale est exercée au sein d'un hôpital de proximité. Le contrat est d'une durée de cinq ans, non renouvelable.

Il a également été créé un **Contrat de stabilisation et de coordination des médecins (COSCOM)** sous la forme également d'une **prime forfaitaire** pour le maintien de l'activité en zone sous-dotée. Cette prime s'élève à 5000€/an. Une majoration est possible si l'activité libérale est effectuée au sein d'un hôpital de proximité et pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (externes ou interne effectuant un stage ambulatoire de médecine générale de niveau 1). L'ARS peut également majorer une partie de l'aide à une hauteur de 20% au maximum. La durée du contrat est de trois ans avec tacite reconduction.

De plus, un **Contrat de transition pour les médecins (COTRAM)** a été créé, permettant une bonification des honoraires de dix pourcents dans la limite de 20 000€/an aux médecins préparant leur cessation d'activité au sein de leur cabinet, accueillant pour cela un confrère âgé de moins de 50 ans. L'ARS peut majorer l'aide perçue jusqu'à 12% au maximum dans la limite de 24 000€ par an. Ce contrat est d'une durée de trois ans, renouvelable une fois.

Pour finir, un **Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)** est venu remplacer le contrat de « l'Option Santé Solidarité Territoriale » de 2011 ayant pour objectif de **favoriser l'exercice ponctuel de médecins dans les zones sous-denses**. Il donne droit à une **bonification d'honoraires de 25%** dans la limite de 50 000€/an aux médecins exerçant au moins dix jours de consultations par an dans une zone sous-dense en médecins. Une prise en charge des frais

de déplacement est aussi possible. L'ARS peut effectuer une majoration pouvant aller jusque 27% au maximum dans la limite de 60 000€ par an. Ce contrat est d'une durée de trois ans, renouvelable par tacite reconduction.

Tableau résumant les conditions d'accès aux différentes aides financières de l'Assurance maladie et les engagements

<u>Aides</u>	<u>Conditions</u>
Aides à l'installation ou au maintien des médecins généralistes, avenant 20 de la convention médicale de 2007)	<ul style="list-style-type: none"> - Installation dans une zone déficitaire en offre de soins définies par les MRS jusqu'à l'entrée en vigueur du SROS - Médecins spécialistes en médecine générale libéraux - Exercice en groupe - Effectuer au moins deux tiers de son activité en zone sous-dense - Exercer pendant trois ans
Contrat « Option Démographie » (2011) Financé par l'Assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle installation ou installé dans une zone sous-dense ou à proximité immédiate - Tous les médecins libéraux de toutes spécialités médicales - Exercice libéral conventionné secteur 1 ou 2 (avec OPTAM ou OPTAM-CO) - Exercice en groupe ou dans un pôle de santé - Effectuer au moins deux tiers de son activité en zone sous-dense - Exercer pendant trois ans - Participation à la Permanence de soins
Contrat de « l'Option Santé Solidarité Territoriale » (2011)	<ul style="list-style-type: none"> - Non installé dans une zone sous-dense - Tous les médecins libéraux de toutes spécialités médicales

Financé par l'Assurance maladie	<ul style="list-style-type: none"> - Exercice libéral conventionné secteur 1 ou 2 (avec Optam ou Optam-co) - Exercer au minimum 28 jours / an dans la zone sous-dense - Durée du contrat de trois ans
CAIM (2016) Financé par l'Assurance maladie, majoration possible par les ARS	<ul style="list-style-type: none"> - Nouvelle installation ou installé depuis moins d'un an dans une zone sous-dense identifiée par l'ARS - Exercer dans la zone sous-dense pendant cinq ans - Exercer au minimum 2,5 jours/semaine - Exercer en groupe ou appartenir à une CPTS ou à une ESP - Participer à la Permanence des soins (sauf dérogation)
COSCOM (2016) Financé par l'Assurance maladie, majoration possible par les ARS	<ul style="list-style-type: none"> - Être installé dans une zone sous-dense identifiée par l'ARS - Exercice libéral conventionné secteur 1 ou 2 - Exercer en groupe ou appartenir à une CPTS ou à une ESP
COTRAM (2016) Financé par l'Assurance maladie, majoration possible par les ARS	<ul style="list-style-type: none"> - Être installé dans une zone sous-dense identifiée par l'ARS - Exercice libéral conventionné secteur 1 ou 2 - Être âgé de plus de 60 ans - Accueillir au sein du cabinet un médecin de moins de 50 ans ayant une activité libérale conventionnée qui s'installe dans la zone où est installé depuis moins d'un an - Accompagner ce confrère nouvellement installé pendant trois ans
CSTM (2016) Financé par l'Assurance maladie, majoration	<ul style="list-style-type: none"> - Ne pas être installé dans une zone identifiée comme sous-dense par l'ARS - Exercer une activité libérale en secteur 1 ou 2

possible par les ARS	- Exercer au minimum pendant dix jours par an dans la zone sous-dense
----------------------	---

V-2-B Aides de l'État

L'État finance ses propres contrats d'aides à l'installation. Ces aides ne proposent pas de primes forfaitaires mais reposent sur des **mécanismes de garantie financière afin de sécuriser les médecins au début de leur activité** le temps de se créer une patientèle ou pendant leurs congés maladies et maternité. Seul le Contrat d'engagement de service public (CESP) repose sur une aide forfaitaire. (26)

Le **Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)** a été initié en 2009. Ce contrat verse une bourse d'étude s'élevant à 1200€ brut/mois à des étudiants ou internes en médecine, odontologie en contrepartie de leur installation pour une durée égale à celle correspondant au versement de l'allocation avec comme durée minimale de deux ans, dans l'un des territoires définis comme sous-dense, à titre libéral ou salarié. Il repose sur une procédure d'affectation spécifique à deux niveaux du parcours universitaire. Au moment des Épreuves Classantes Nationales (poste d'interne sur une liste spécifique) et à la sortie des études (au cours de leur dernière année d'étude, choix du futur lieu d'exercice sur une liste nationale de lieux d'exercices)

Le **Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)** a été instauré en 2013. Il s'adresse aux médecins non encore installés ou installés depuis moins d'un an, souhaitant exercer leur activité dans une zone sous dense (ZIP ou ZAC) et pratiquer des tarifs opposables, dans un cabinet libéral ou en tant que collaborateur. Le médecin doit aussi s'engager dans des actions personnalisées telles que la participation à la Permanence de Soins Ambulatoires (PDSA), d'actions d'amélioration des pratiques, de dépistage ou de prévention. Une garantie

de revenus est proposée si l'activité ne permet pas d'atteindre le plafond de 6 900€ brut par mois à condition d'effectuer un minimum de 165 consultations par mois. Après trois mois d'activité, **un complément de revenu est garanti pour tout arrêt de travail de plus de sept jours** à une hauteur de 1552,20€ brut / mois pendant trois mois maximum ainsi qu'un complément de revenu de 3105€ brut / mois pendant le **congé maternité**. Ce contrat est valable un an, renouvelable une fois. (12) / (26)

Le **Contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA)** est opérationnel depuis fin 2015 et ouvre, à tout médecin spécialiste en médecine générale ou d'une autre spécialité médicale ayant une activité libérale en tarifs opposables, une **rémunération forfaitaire lors d'un congé maternité ou paternité** à la condition de se faire remplacer durant ce congé. Le médecin doit en contrepartie s'engager à exercer pour une durée de 36 mois (renouvelable une fois) dans une zone sous-dense (ZIP ou ZAC) et avoir des engagements personnalisés comme la participation à la PDSA, à des actions de dépistage ou de prévention.

Le **Contrat de Praticien Isolé à Activité Saisonnière (PIAS)**, a été créé en 2015. Il s'agit d'un dispositif similaire à celui du PMTA pour répondre à la problématique spécifique de certaines zones isolées comme en montagne. Ce contrat s'adresse aux médecins généralistes exerçant en libéral, dans une zone isolée de plus de 30 minutes du service d'urgences le plus proche avec une densité de population de moins de 100 habitants par km² et, ayant un niveau de revenu inférieur à la moyenne régionale. Le médecin doit respecter les tarifs opposables et avoir des engagements personnalisés (participation à la PDSA, actions de prévention et de dépistage). En contrepartie, le médecin reçoit une **aide forfaitaire à l'investissement de 2 300€ au maximum**. (12)

Le **Contrat de Praticien Territoriale Médical de Remplacement (PTMR)** a été instauré en

2017 pour les médecins généralistes uniquement (internes ou ayant soutenu la thèse de Docteur en médecine depuis moins de trois ans) et, a pour objectif de **faciliter l'intervention des médecins remplaçants dans les zones sous-denses (ZIP ou ZAC)**. Il garantit un revenu minimal par une rémunération forfaitaire de 5000€ / mois brut à condition d'avoir réalisé 5000 actes sur l'année écoulée. Le seuil est abaissé à 2500 actes si l'exercice est effectué à temps partiel. Ce contrat permet également un appui administratif de la part des ARS pour la gestion des remplacements. La durée de ce contrat est d'un an, renouvelable par tacite reconduction, au maximum 72 mois. (12)

Par ailleurs, il existe des dispositifs d'exonérations fiscales et sociales (sous certaines conditions) **financés par l'État lors d'installation dans certaines zones** notamment lors d'une installation dans une zone dite ZRR ou ZFU. Dans ces deux zones, l'exonération d'impôt est totale pendant cinq ans puis est dégressive sur les trois années suivantes avec un plafond annuel. Il existe une exonération des cotisations foncières pour une installation en ZRR ou dans une commune de moins de 2000 habitants. (5)

Il existe également dans ces deux zones la possibilité d'une exonération de charges sociales à l'embauche d'un salarié dans un cabinet médical.

Afin de faciliter la lisibilité des contrats possibles d'aides financières à l'installation proposées par l'État, les quatre contrats (PTMG, PTMA, PTMR et PIAS) ont été réunis depuis le 1^{er} avril 2021, dans un nouveau contrat de début d'exercice (CDE). Les conditions d'accès sont identiques en conservant toutefois des options (pour les spécialistes, remplaçants et aux médecins installés dans des zones à forte affluence touristique) (12). Cette fusion a pour but de simplifier et d'homogénéiser les contrats existants proposés par l'État.

Les conditions pour pouvoir en bénéficier sont les suivantes :

- être médecin installé en libéral ou collaborateur libéral non installé ou installé depuis

- moins d'un an ou être médecin remplaçant thésé ou non inscrit à l'ordre depuis moins d'un an
- appliquer un tarif opposable, conventionné secteur 1 ou 2 avec Option Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM)
 - être inscrit depuis moins d'un an au conseil national de l'ordre
 - exercer son activité dans une zone sous-dense classée en ZIP ou ZAC ou par dérogation, à proximité immédiate (moins de dix kilomètres)
 - exercer au minimum 2,5 jours par semaine dans la zone sous-dense, pour les remplaçants avoir une activité minimale de 29 journées par trimestre
 - être inscrit dans un dispositif d'exercice cordonné tel qu'une MSP, Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), Équipes de Soins Primaires (ESP) ou Équipes de Soins Spécialisés (ESS) dans les deux ans à compter de la signature du contrat.

En contrepartie, le bénéficiaire possède une garantie de revenus dont le montant est calculé en fonction des honoraires perçus et du plafond d'aide mensuel (ou trimestriel pour les remplaçants) pendant la première année d'exercice. De plus, il peut bénéficier d'un droit aux congés maladie, environ 70€ / jour à partir du huitième jour d'arrêt. En cas de congés maternité ou paternité, le médecin remplaçant peut bénéficier d'une indemnité de 100€ / jour. Enfin, un accompagnement à la gestion entrepreneuriale et administrative du cabinet est proposé. La durée du contrat est de trois ans, non renouvelable. (27)

V-2-C Aides des collectivités territoriales

La **loi de février 2005** relative au développement des territoires ruraux a autorisé les collectivités territoriales et leur regroupement à attribuer des **aides financières aux structures participant à la permanence des soins notamment aux maisons médicales** ainsi que des aides pour favoriser l'installation ou le maintien des médecins en zones déficitaires. (24) Ces

aides peuvent être **une aide au logement** aux étudiants de médecine générale du 3^{ème} cycle réalisant un stage en zones sous denses, une **indemnité de transport, une bourse d'étude, une prime à l'installation, une prime d'exercice forfaitaire, un prêt de locaux, la prise en charge des frais d'investissements** ou de fonctionnement liés à l'activité de soins. (24) / (26)

Les primes forfaitaires sont souvent plafonnées entre 10 000 à 15 000€ jusque 50 000€ dans de rares cas. Ces montants sont moins attractifs que le montant des aides proposées par l'Assurance Maladie mais bien plus élevées que celles financées par l'État. (28) Les contreparties sont peu définies mais il s'agit souvent d'un engagement d'exercer sur une durée de trois à cinq ans parfois associé à un temps minimal de travail.

Il existe aussi **une indemnité d'étude et de projet professionnel** à tout étudiant en médecine ou en chirurgie dentaire s'il s'engage à exercer pendant cinq ans dans une zone sous-dense. Ce dispositif a précédé le CESP instauré au niveau national. Certaines intercommunalités offrent elles aussi des bourses d'études. (26)

La loi impose aux collectivités territoriales de proposer leurs aides aux zones faisant partie du zonage du Code de la santé publique mais bien souvent les conseils départementaux s'en affranchissent soutenant l'ensemble des installations sur leur territoire en dépit de la considération du zonage en vigueur.

V-3-D De nouveaux contrats proposés l'ARS des Hauts de France afin d'attirer les installations des médecins dans les zones sous-denses

Des contrats régionaux d'aides financières ont été **instaurés en décembre 2019**.

Le **Contrat Régional d'Aide à l'Installation (CRAI)** a été créé afin de favoriser l'installation dans les zones dites ZAC et ZAR, par la mise en place d'une **aide forfaitaire** versée au moment

de l'installation (50% à la signature et 50% à la date anniversaire du contrat). Ce contrat s'adresse aux médecins généralistes libéraux, conventionnés en secteur 1. La demande doit être faite dans les trois mois suivant l'installation. Le médecin doit s'engager à exercer cinq ans dans une zone dite ZAC ou ZAR à une hauteur de quatre jours et demi par semaine (possibilité d'exercer moins sous certaines conditions), d'avoir un exercice coordonné en faisant partie soit d'une équipe de soins primaires (ESP), d'une MSP ou d'une CPTS reconnus par l'ARS des Hauts de France. (28) De plus, le bénéficiaire doit s'engager à accueillir des étudiants et des internes en stages ainsi que participer à la PDSA. Le montant de l'aide est proportionnel au nombre de jours travaillés par semaine allant de 20 000€ pour 2,5 jours / semaine jusque 50 000€ pour un travail de 4,5 jours / semaine. **Ce contrat est cumulable avec le Contrat Régional de Médecine Générale (CRMG) et le Contrat de Début d'Exercice (CDE).**

Sur la durée de l'engagement, un suivi annuel est effectué par l'ARS à chaque date anniversaire du contrat.

Le Contrat Régional de Médecine Générale (CRMG) permet une garantie de revenus de 6 900€ brut / mois sur la première année de contrat par le versement d'un complément de rémunération si l'activité ne permet pas d'atteindre 6 900€ brut / mois. Il assure également un complément de revenus pour tout arrêt de travail de plus de sept jours et dans la limite de trois mois à condition d'avoir eu une activité minimale de trois mois. Pour pouvoir en bénéficier, le médecin généraliste doit être en activité libérale, conventionné en secteur 1, installé depuis moins d'un an dans une zone dite ZAR et y exerçant au moins quatre jours et demi par semaine. Il doit également participer à la PDSA, favoriser la continuité des soins et avoir un exercice coordonné. Le contrat est d'une durée d'un an, renouvelable une fois par tacite reconduction. (27) Un médecin ne peut signer simultanément un contrat de type CRMG et CRME.











Le Contrat Régional de Maintien de l'Exercice (CRME) offre une aide forfaitaire de 5 000€

par an pendant trois ans. Pour y adhérer, il faut être médecin généraliste exerçant une activité libérale, être conventionné en secteur 1, installé dans une zone dite ZAC ou ZAR et s'engager à y travailler pendant trois ans. De plus, le bénéficiaire doit participer à la PDSA, avoir un exercice coordonné et s'engager à s'inscrire dans une démarche d'accueil de stagiaires. (27)

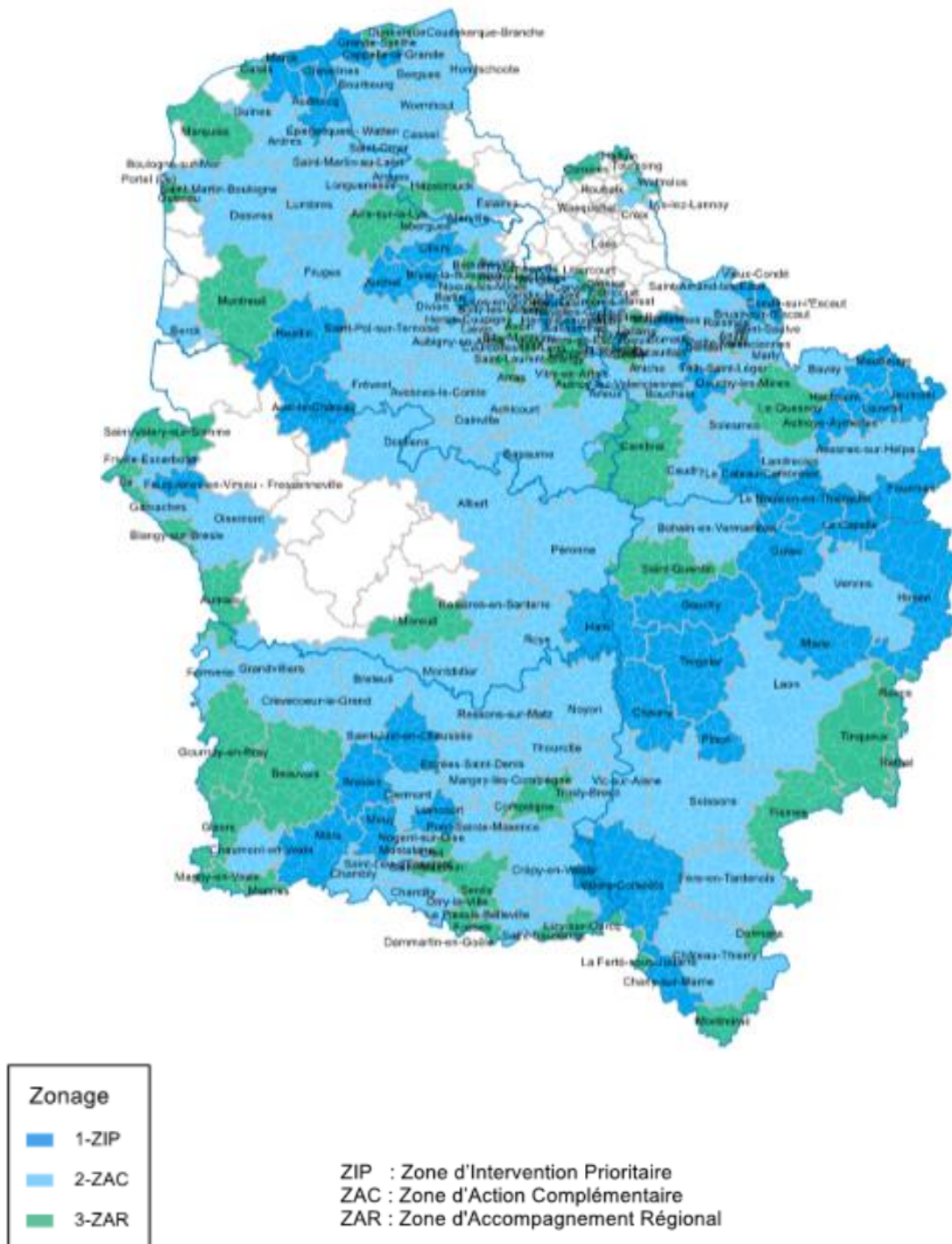
Aucun bilan de l'impact de ce dispositif n'est actuellement disponible.

Synthèse des aides proposées au sein de la région des Hauts de France

en fonction du zonage actuel :

	Zones d'intervention prioritaire (ZIP)	Zones d'actions complémentaires (ZAC)	Zones d'accompagnement régional (ZAR)
Financement des frais d'installation	CAIM  <i>Aide conventionnelle (Assurance maladie) 50 000€</i>	CRAI  <i>Aide régionale allouée par l'ARS 30 000€</i>	CRAI  <i>Aide régionale allouée par l'ARS 20 000€</i>
Garantie de revenus la 1^{ère} année d'installation	CDE  <i>Contrat de début d'exercice (national)</i>	CDE  <i>Contrat de début d'exercice (national)</i>	CRMG  <i>Aide régionale allouée par l'ARS</i>
5 000€ par an pour les médecins impliqués dans des démarches de prise en charge coordonnée et accueillant des futurs médecins en formation	COSCOM  <i>Aide conventionnelle (Assurance maladie)</i>	CRME  <i>Aide régionale allouée par l'ARS</i>	CRME  <i>Aide régionale allouée par l'ARS</i>
Exonération d'impôts sur les revenus issus de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)	Sur les gardes 		

« Zonage actuel médecins généralistes » de la région des Hauts de France en 2023



VI. Objectifs de l'étude

La région des Hauts de France a lancé un nouveau dispositif financier d'aide à l'installation au niveau régional dans les zones identifiées en ZAC et ZAR. Il s'agit de trois contrats. Le CRAI a été instauré en décembre 2019 dans les zones ZAC et ZAR tout comme les autres contrats régionaux dans les Hauts de France, à savoir le CRMG dans les zones dites ZAR et le CRME dans les zones dites ZAC et ZAR.

L'objectif de l'étude était d'évaluer au niveau régional, dans la région des Hauts de France, l'impact du contrat régional d'aide à l'installation (CRAI) sur l'installation des médecins généralistes en zones sous-denses (ZAC et ZAR).

Il s'agissait de déterminer si les aides à l'installation constituaient un élément déterminant dans le choix du lieu d'exercice en zones sous-denses. Étaient également évaluées la satisfaction des bénéficiaires et la facilité des démarches pour pouvoir prétendre aux aides.

Les objectifs secondaires étaient d'analyser le pourcentage de médecins éligibles au CRAI et qui en ont bénéficié.

MATERIELS ET METHODES

I. Échantillon de population

Les médecins spécialistes en médecine générale installés, dans une zone sous-dense qualifiée ZAC ou ZAR au niveau régional, depuis le 1^{er} janvier 2020 et ayant bénéficié d'un Contrat Régional d'Aide à l'Installation.

II. Modalités

L'Agence Régionale de Santé des Hauts de France a été contactée en juin 2023 afin de diffuser un questionnaire (annexe 1) auprès des 164 médecins ayant bénéficié d'un Contrat régional d'Aide à l'Installation (CRAI) dans les zones dites ZAC ou ZAR, zones dans lesquelles le CRAI peut être sollicité par les médecins s'y installant. Pour rappel, dans les ZIP, c'est l'Assurance Maladie qui se charge de proposer des aides financières à l'installation par l'intermédiaire du Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM).

Le questionnaire a été diffusé par courriels informatiques en juin 2023, de manière anonyme, aux médecins installés dans les cinq départements de la région des Hauts de France.

Le nombre de médecins éligibles au CRAI et en ayant bénéficié a été obtenu par le biais de l'ARS qui dispose du nombre d'installation de médecins généralistes libéraux par année et par territoire de Vie-Santé (243 dans la région des Hauts de France) depuis 2018 ainsi que le classement de chaque territoire de Vie-Santé dans le zonage (non classé en zones sous-denses, ZIP, ZAC, ZAR).

III. Modèle d'analyse

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective. Seule une analyse descriptive des données obtenues a pu être réalisée en raison du faible nombre de retour de questionnaires.

RESULTATS

I. Nombre de répondants

Sur les 164 médecins, ayant bénéficié d'un Contrat Régional d'Aide à l'Installation par l'ARS des Hauts de France, il y a eu 37 répondants avec 34 questionnaires complétés intégralement et trois questionnaires remplis partiellement.

II. Origines socio-démographiques

Parmi les répondants, 12 étaient des femmes, 12 étaient des hommes et 10 personnes se sont abstenues sur l'identification de leur genre.

La moyenne d'âge des répondants est de **34,4 ans**.

S'agissant du lieu géographique d'exercice, **61,8% étaient dans le Nord**, 29,4% dans le Pas de Calais, 8,8% dans l'Aisne et 0% dans les départements de l'Oise et de la Somme.

Dix médecins exercent dans une zone urbaine, six dans une zone périurbaine et 18 dans une zone rurale. Dix médecins résident dans une zone urbaine, huit dans une zone périurbaine et 18 en zone rurale.

III. Les études

L'année d'obtention du diplôme de spécialiste en médecine générale s'échelonnait de 2005 à 2021.

Deux médecins ont réalisé leurs études à l'étranger.

La réalisation d'une **formation complémentaire médicale** (DIU, DU, FST etc.) concernait la moitié des médecins.

Un médecin avait réalisé des études avant celles de médecine.

L'**année d'inscription** au Conseil de l'Ordre des médecins s'échelonnait de 2005 à 2022.

La **réalisation d'un stage SASPAS** a été effectué par 25 médecins, neuf n'en ont pas réalisé (dont six sur neuf car il était non obligatoire, et deux sur neuf car il n'existait pas encore étant donné qu'ils ont effectué leurs études à l'étranger).

La **réalisation du stage SASPAS dans une zone déficitaire** en médecins généralistes parmi ceux en ayant réalisé concernait 16 médecins sur 25. Cinq n'en ont pas réalisé un en zone sous-dense et quatre ne savaient pas si leur stage était situé en zone déficitaire en médecins

Trois des 16 médecins ayant réalisé un stage SASPAS en zone sous-dense ont bénéficié d'aides de nature financière.

Trois répondants sur 34 ont signé un **CESP**, 28 n'en ont pas bénéficié et trois n'en ont jamais entendu parler.

IV. Les aides à l'installation

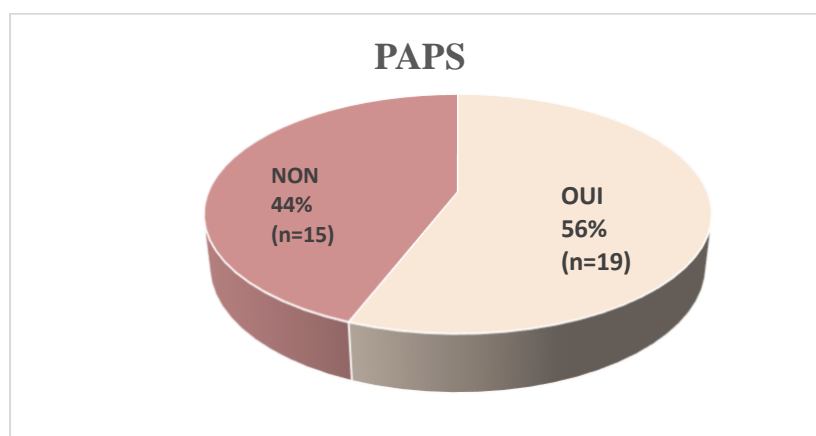
Vingt et un répondants sur 34 déclarent avoir eu des propositions d'aides à l'installation, 13 disent ne pas avoir été sollicités par des aides à l'installation.

Tous les répondants ont bénéficié d'aides de nature financières et un répondant a aussi pu bénéficier d'aides matérielles.

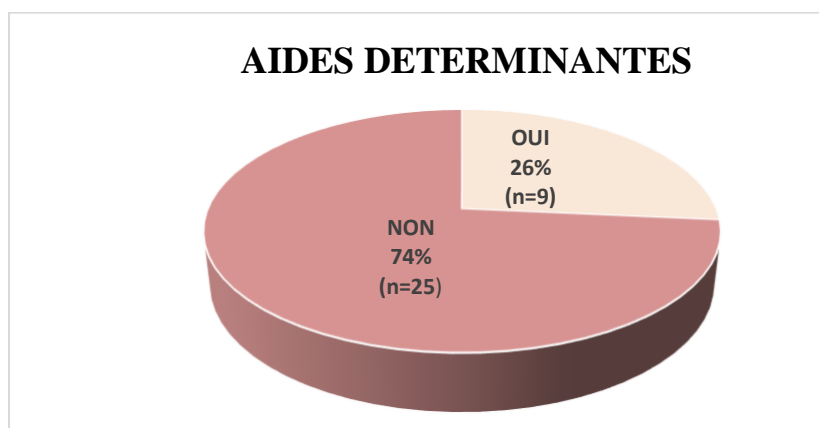
En ce qui concerne les aides dont les médecins interrogés ont bénéficié, parmi les 34 praticiens interrogés, 30 médecins ont répondu avoir bénéficié du CRAI, quatre du CRMG, zéro du CRME, quatre du CDE, trois d'un CESP, six de l'exonération d'imposition sur les revenus issus de la PDSA.

En ce qui concerne la connaissance des différentes aides financières incitatives à l'installation et à son maintien, parmi les 34 médecins interrogés, 31 affirment connaître le CRAI, six le CRMG, six le CRME, neuf le CDE, 20 le CESP et 15 de l'exonération d'imposition des revenus issus de la PDSA.

Connaissance du portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) (%)



Nombre de médecins interrogés déclarant que les aides à l'installation ont été déterminantes dans le choix de leur lieu d'installation (%) :



Cinquante pourcents des répondants se disent satisfaits des aides financières à l'installation du CRAI.

Cinquante pourcents des répondants sont satisfaits quant à la facilité des démarches administratives à effectuer pour pouvoir bénéficier du CRAI.

Sept répondants exercent dans une zone dite ZFU ou ZRR, 16 n'exercent pas dans ces zones et 11 déclarent ne pas savoir s'ils exercent dans l'une de ces deux zones.

V. La manière d'exercer

Sept médecins disent s'être installés directement après leurs études et **27 médecins (79,4%) ne se sont pas installés directement** après leurs études de médecine terminées.

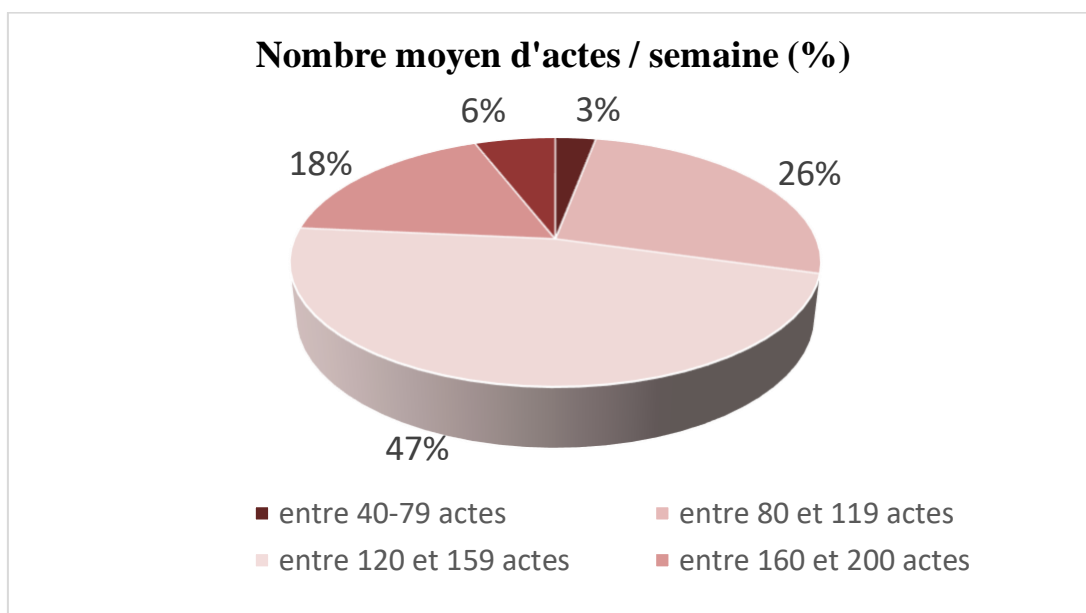
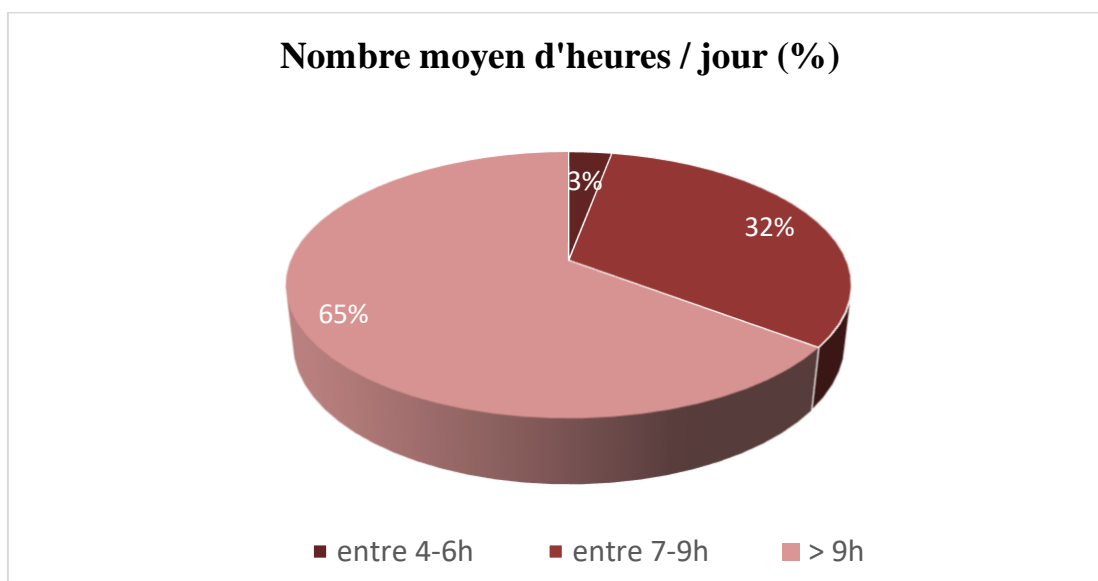
Dix-huit médecins déclarent avoir effectué, après leurs études, des remplacements entre deux et cinq ans, six pendant plus de cinq ans, huit entre zéro et un an et deux déclarent ne pas en avoir effectués.

Vingt-six médecins (76,5%) déclarent exercer en groupe, dans une MSP ou dans un CSP, huit dans un cabinet individuel.

Trente-trois des médecins (97,1%) affirment être indépendants et un répondant est à la fois indépendant et salarié.

Quatre médecins répondants s'étaient installés dans une autre commune auparavant.

Deux médecins affirment être installés dans une ZIP, 16 **dans une ZAC** et 13 dans une ZAR et trois déclarent ne pas savoir dans quel type de zone sous-dense ils exercent.

Nombre moyen d'actes effectué par semaine :**Nombre moyen d'heures effectuées par jour :**

Trente-trois médecins (97,1%) travaillent entre quatre et six jours par semaine, un médecin entre deux et trois jours.

Le **temps moyen consacré à une consultation standard de médecine générale** est de 10 minutes pour deux des médecins interrogés, 15 minutes pour 28 des médecins interrogés et 20 minutes pour quatre des médecins.

Trente et un praticiens interrogés (91,2%) réalisent des visites à domicile.

Dix-neuf médecins interrogés (55,9%) réalisent des téléconsultations.

Deux médecins exercent également la fonction de médecin correspondant du SAMU, 27 médecins (79,4%) ne sont pas médecin correspondant du SAMU et cinq médecins déclarent ne pas connaître cette fonction.

Vingt-six médecins interrogés (**76,5%**) **n'accueillent pas d'étudiants en stage mais l'envisage**, cinq médecins accueillent des externes en médecine, un médecin accueille des internes en stage de niveau 1 ambulatoire et deux médecins n'accueillent pas d'étudiant en stage

Trente médecins (88.2%) participent à la PDSA.

Vingt-deux médecins font partie d'une CPTS.

Deux médecins font partie d'une ESP dont un fait partie d'une CPTS et d'une ESP.

VI. Remarques libres des médecins répondants :

1/ « *Les aides uniques sont peu incitatives. Il vaudrait mieux valoriser l'exercice productif (production de soins).* »

2/ « *Je ne pense pas que ces aides soient la réponse à tout. Ce qui m'a fait m'installer dans cette future MSP est le fait de vouloir travailler en équipe, et parce qu'il y avait 3 autres médecins généralistes de mon âge qui venaient de s'y installer. S'il n'y avait pas eu d'autres médecins, je ne m'y serais pas installée, peu importe les aides. Je me suis installée dans ce village car je suis originaire du coin et que je vis près de la côte. Je ne serais pas allée plus*

loin de la côte. Il y aussi la problématique de l'emploi pour le conjoint. Les aides ne font pas tout et ne changent pas l'absence d'attractivité d'un coin ! Mais elles sont bien appréciables »

3/ « Passage de la consultation de médecine générale à 50€. »

4/ « Ce n'est pas d'argent qu'on manque c'est de moyen humain et d'éducation des français !! »

5/ « Selon moi, ces aides sont insuffisantes et peu incitatives, elles ne déterminent pas le lieu d'installation. La différence des aides entre les zones peu dotées et celles totalement sinistrées n'est absolument pas significative. Il faut avant tout valoriser la consultation de MG ».

6/ « C'est ridicule de proposer des aides dont **la moitié repart en impôts...** »

7/ « **Lourdeur administrative des aides à l'installation +++ Retard des aides...** J'ai adhéré au CRAI et CDE cette année fin 2022 :

- Délai pour obtenir le CRAI supérieur à 6 mois, or je pensais pouvoir bénéficier de cette aide à l'installation pour mon matériel, mais 6 mois après mon installation c'était un peu tard !

- Je suis installé en zone ZAR l'aide du CRAI devait être de 50 000e au moment de ma prise de décision, mais au moment de mon installation l'ARS a modifié le montant des aides à 30 000e.

- J'ai souscrit le CDE pour assurer le montant un revenu mensuel brut de 8500e, mais au bout de 9 mois d'installation toujours aucun complément de revenus n'est arrivé sur mon compte pour les mois où j'ai eu moins de 8500e brut.

- Le CDE demande de mentionner dans ses revenus brut les revenus obtenus aux gardes en Maison médicale de gardes (gardes hors PDSA), ce qui semble ne pas être en lien avec l'activité intrinsèque du cabinet. De plus, ça ne "motive" pas à faire des gardes de ce fait... »

8/ « Impression de devoir lutter en permanence contre **une montagne de démarches administratives. Très mauvais dialogue avec l'ARS** concernant les aides à l'installation dont les demandes sont d'une **lenteur qui ne permet pas d'appeler ces dernières des aides à l'installation** » l'investissement financier et humain est clairement décourageant et je comprends les confrères qui n'ont pas la force de s'installer. D'autant plus que **notre métier de médecin généraliste libéral est clairement sous valorisé financièrement.** (acte mal rémunéré et exigences de la CPAM irréalisables pour l'exercice d'une pratique médicale de qualité. »

VII. Nombre de médecins éligibles au CRAI car étant installés en zones sous-denses (ZAC et ZAR) et en ayant bénéficié

Six cent dix-neuf médecins étaient éligibles à l'obtention d'un Contrat Régional d'Aide à l'Installation sur la période de janvier 2020 à mai 2023. Seulement 164 ont bénéficié du dispositif d'aides financières par le CRAI soit une proportion de 26.5%.

DISCUSSION

Trente-quatre médecins ont répondu au questionnaire lancé par l'ARS aux 164 médecins installés dans les Hauts de France et ayant bénéficié du CRAI. Selon les résultats obtenus il semble que l'obtention d'aides ne soit pas déterminante dans le choix d'installation.

I. Les aides à l'installation : un bilan mitigé

Il est constaté une faible proportion de médecins éligibles aux aides à l'installation et en bénéficiant. Dans la région des Hauts de France, parmi les médecins pouvant bénéficier d'une aide à l'installation par le CRAI, une faible proportion de ces médecins en ont bénéficié (26,5%). Ce qui amène à s'interroger sur ce faible nombre. Ces contrats d'aide sont-ils connus, sont-ils facilement obtenus de par les conditions administratives, sont-ils acceptés, sont-ils satisfaisants, sont-ils la solution ?

1- Une méconnaissance des aides

Il est constaté une faible connaissance des dispositifs d'aides à l'installation auxquels les médecins interrogés auraient pu bénéficier en étant installés dans une zone dite en ZAR ou ZAC. En effet, un faible pourcentage de médecins connaît les contrats régionaux excepté le CRAI étant donné la population cible de l'étude qui a fortiori connaît ce contrat étant donné que c'est le critère d'inclusion dans l'étude. Les autres contrats régionaux de maintien à l'installation sont faiblement connus, moins d'un tiers affirme connaître le CRMG et le CRME.

En ce qui concerne le contrat CESP dont les médecins auraient pu avoir bénéficié au cours de leurs études, un peu plus de la moitié (58,9%) le connait.

Dans la littérature, les aides de l'État semblent assez méconnues. Selon un sondage réalisé par le Syndicat MG France auprès de ses adhérents avec 371 répondants, le CESP était connu par près des deux tiers, le PTMG par environ la moitié enfin les contrats de PTMA, PTMR et PIAS étaient connus par une personne sur cinq. Il existe des biais en raison de la méthode et du public ciblé pouvant surévaluer la connaissance de ces aides étant donné que ce sondage a été adressé à des médecins syndiqués, fréquentant le site MG France avec une forte proportion de maîtres de stage universitaires et d'enseignants. Aucune étude évaluant la connaissance des aides à l'installation des contrats régionaux n'a été retrouvée dans la littérature.

2- Peu de contrats signés

Une faible proportion de médecins pouvant bénéficier des aides à l'installation avec le contrat CRAI en ont fait la demande. La faible sollicitation des aides à l'installation, de la part des médecins, est retrouvée dans la littérature. **Ainsi, les aides conventionnelles, créés en 2016, connaissent un succès mitigé et discutable** d'après les chiffres de la CNAM de 2019 repris dans le rapport d'information du Sénat de mars 2022, avec un taux de recours de 68% pour le contrat CAIM depuis sa création, de 34% pour le contrat COSCOM. (26) Les contrats CSTM et COTRAM n'ont pas connu de réel succès avec respectivement 74 contrats actifs pour le CSTM et 66 contrats actifs pour le COTRAM.

Pour les aides de l'État, le Rapport Augros de 2019, montrait que seul le CESP était utilisé parmi les multiples contrats proposés. Le contrat PTMG ne bénéficiait qu'à 7-8% des médecins éligibles en 2018. Ce phénomène peut s'expliquer en partie par l'avenant 3 de la convention médicale de 2017 qui a instauré des aides de maternité, paternité et d'adoption pour

l'ensemble des médecins conventionnés qui ne peuvent se cumuler avec celles de l'État comprises dans les contrats PTMG et PTMA. (26)

3- Une multitude de contrats noyant le médecin qui souhaiterait en faire la demande

Dans le **rapport de Sophie Augros de 2019**, il avait été proposé la fusion des quatre contrats de l'État (PTMG, PTMR, PTMA et PIAS) en un seul et unique contrat nommé CDE en raison d'un nombre trop importants de dispositifs entraînant un manque de lisibilité et donc de sollicitation éventuelle. (26) Ce qui fut le cas en 2021.

Le rapport d'information du Sénat de juillet 2017 de Monsieur Cardoux et Daudigny soulignait **la faible lisibilité de l'ensemble des actions entreprises** afin d'inciter les médecins à s'installer dans les zones sous-denses en médecins. (12)

Les chercheurs de l'IRDES, ont mentionné que le suivi et l'étude des zones sous-dotées était rendus complexes par les multiples zonages créés et par la pluralité des initiatives associées. L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) faisait le même constat en 2015.

De plus, de nombreuses collectivités territoriales proposent des aides dans des territoires situés en zones sous dense et en zone non sous-dense.

Aussi, on constate la tentative de solution pour clarifier l'ensemble des dispositifs d'aides, à la lecture des propositions faites dans le Pacte territoire santé de 2012 qui prévoyait la mise en place d'un guichet unique régional et d'un référent d'installation dans chaque région.

Le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé, site internet à destination des professionnels de santé libéraux, décliné dans chaque région a pour objectif d'aider le

professionnel de santé lors de son installation avec notamment la présentation des différentes aides possibles. Un référent installation est identifiable sur cette plateforme. (14) Cependant la connaissance de cette plateforme est à peine connue par un peu plus de la moitié des médecins interrogés (56%), bénéficiant du CRAI dans la région des Hauts de France. Ce résultat est interpellant. En effet, tous les médecins interrogés et ayant répondu ont forcément eu des échanges avec l'ARS pour la signature du contrat CRAI et presque la moitié ne connaît cette plateforme qui se veut être le guichet unique pour les professionnels de santé et ainsi mieux faire centraliser et faire connaître les aides. Aucune étude dans la littérature ne mentionne une évaluation de la connaissance de la PAPS par les professionnels de santé.

Le rapport d'information du Sénat de mars 2022, propose la création par les collectivités territoriales de guichets uniques comme point d'entrée des professionnels de santé et des étudiants. (14) Cette mission est actuellement à la charge des ARS, qui l'exercerait de manière trop partielle.

4- Une non-satisfaction

La moitié des médecins interrogée déclarent ne pas être satisfaits des aides à l'installation.

Dans les remarques libres de certains répondants il a pu être mis en avant notamment le retard dans le versement des aides et la perte d'une partie par le financement des impôts.

Il n'a pas été retrouvé dans la littérature d'études évaluant la satisfaction des aides financières à l'installation

5. Un facteur non déterminant

Les résultats du travail effectué suggèrent que les aides financières, proposées par l'ARS des Hauts de France via le CRAI, ne se sont pas avérées franchement décisives sur le choix du lieu d'installation des médecins généralistes en zones sous-denses (ZAC et ZAR). En effet, pour à

peu près deux tiers des répondants, ces aides à l'installation n'auraient pas influencé la décision dans leur choix géographique d'installation.

Selon une enquête nationale sur les déterminants à l'installation des jeunes médecins, réalisée par la Commission jeunes médecins du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2019 a révélé que les aides financières sont importantes mais pas déterminantes. Pour 48% des internes et 47% des remplaçants ces aides seraient **peu ou partiellement déterminantes**.

(29)

Au niveau international, des études ont été menées dans 6 pays (Australie, Allemagne, Danemark, Ecosse, Norvège et Portugal). Il en ressort également que les aspects non financiers de l'exercice professionnel sont plus importants que le seul revenu. (11)

De plus, **la revue de littérature internationale de la DREES de décembre 2021** mentionnait que les incitations financières, largement mises en œuvre, ont plutôt des résultats décevants.

II- Des facteurs, autres que financiers, déterminants dans le choix du lieu d'installation

L'origine socio-démographique et la connaissance d'un territoire par le fait d'y résider ou d'y avoir réalisé ses études ou stages ambulatoires sembleraient avoir une influence sur le choix du lieu d'installation.

Il a été constaté que les médecins résidant dans une zone urbaine exercent pour près des deux tiers (70%) en zone urbaine également. Aussi, parmi les médecins résidant en zone rurale, plus des deux tiers (87,5%) exerce dans une zone rurale. Cette observation évoquerait peut-être un lien d'attachement avec un territoire précis.

La littérature relève une influence du lieu de réalisation des stages ambulatoires sur le choix du lieu d'installation. Si dans notre travail parmi les médecins ayant bénéficié d'un stage SASPAS, plus de la moitié l'avait effectué en zone sous-dense en médecins généralistes aucune conclusion ne peut être tirée sur l'importance du lieu de stage car par définition les médecins interrogés exercent tous en zones sous-denses.

D'après une enquête de l'ISNAR-MG publiée en janvier 2020, il a été retrouvé un impact entre la zone géographique de réalisation des stages ambulatoires et la zone d'installation des médecins généraliste avec cependant un biais de confusion relevé étant donné la non-évaluation du souhait de leur lieu d'exercice avant la réalisation des stages ambulatoires. (30)

Dans le rapport d'information du Sénat de mars 2022, il a été mentionné que l'attachement à un territoire et sa connaissance sont de puissants déterminants d'installation. (14)

Selon **la revue de la littérature de 2015, réalisée par le Commissariat général à l'égalité des territoires**, les attaches antérieures seraient le premier élément déterminant. Le fait d'être né, d'avoir vécu sur un territoire, d'être passé en stages ou d'y avoir réalisé ses études est un facteur influençant le choix géographique du lieu d'installation. D'autres facteurs déterminants ont été retrouvés comme la qualité et le cadre de vie, l'exercice en groupe, l'existence d'un projet professionnel entre autres professionnels de santé et la possibilité d'un emploi pour le conjoint. La présence d'autres confrères, d'équipements, de services médicaux et l'accompagnement dans les démarches administratives d'installation seraient aussi des éléments pouvant influencer le choix.

Ces déterminants à l'installation sont également retrouvés dans l'enquête national de l'Ordre des médecins, réalisée en avril 2019 auprès de médecins et d'internes. Il est retrouvé comme facteurs déterminants : le cadre de vie, les conditions d'exercice, le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé.

Au niveau international, les conditions de travail sont un facteur important dans le choix du lieu d'installation (31)

III- Les aides à l'installation : difficulté de les évaluer : les biais inhérents à ce type d'étude

1- Différents zonages entrant en compétition et changeant au cours du temps

La définition de zone sous-dense a fait l'objet de nombreuses modifications au fil du temps mais également par les approches différentes selon qu'elles étaient déterminées par les collectivités territoriales, les agences régionales de santé ou la caisse primaire d'assurance maladie. Des résultats différents pourraient donc être obtenus par une approche centrée sur un découpage à l'échelon local, régional ou national.

2- Difficulté méthodologique

A- Peu de résultats malgré l'aide de l'ARS rendant un calcul statistique impossible

L'ARS a contribué à diffuser le questionnaire de l'étude en l'envoyant sur les boites mails des professionnels de santé dont elle disposait. Une adresse électronique valide devait exister et supposait la lecture régulière des courriels. Malgré l'aide de l'ARS le pourcentage de participation n'a pas été très élevé (20,7%).

B- Difficulté à interroger les médecins

Initialement, le travail devait évaluer l'impact des aides financières à l'installation et leurs connaissances auprès de tous les médecins des Hauts de France. Malheureusement ce travail

n'a pu être réalisé en raison des obstacles dus notamment au respect de la protection des données personnelles. Les sollicitations répétées du conseil de l'Ordre et de la CPAM n'ont pas permis d'obtenir des informations intéressantes pour la réalisation du travail.

C- Peut-être des réticences à répondre et un manque de temps

Comme le montre le résultat de l'étude réalisée, près d'un tiers des praticiens n'a pas voulu répondre à l'identité de genre par laquelle ils s'identifient, ce qui peut laisser paraître une crainte quant au respect de l'anonymat alors que ce questionnaire a été diffusé via Lime Survey® de manière anonyme. Cette mention a été indiquée dans le courrier électronique envoyé aux médecins interrogés. Cela pourrait être également ou en partie lié à la surcharge de travail que ces praticiens ont à assumer. En effet, plus de la moitié des répondants (64,7%) déclare travailler plus de 9 h par jour.

D- Caractère déclaratif

Le caractère déclaratif de l'étude représente un biais majeur. Ce point est mis en lumière par le peu de travaux étudiant l'impact des aides à l'installation sur le choix du lieu d'installation des médecins. Le Rapport de Sophie Augros souligne la difficulté à identifier qu'elle aurait été le comportement des médecins s'il n'existait pas d'incitations financières. (26)

E- Quelques incohérences dans les résultats

Certains médecins interrogés, un peu plus d'un tiers, déclarent ne pas avoir été sollicités alors que l'ARS des Hauts de France contacterait à priori les médecins s'installant dans une zone sous-dense afin de porter à leur connaissance les différents dispositifs d'aides financières pour l'accomplissement de leur exercice médical. Cette information a été donnée suite à un échange téléphonique avec l'ARS. Aussi, quelques médecins déclarent ne pas avoir bénéficié du CRAI (4 répondants).

Par ailleurs, il est mis en avant le non-accueil d'un stagiaire au cabinet, par la majeure partie des médecins interrogés (82%) alors qu'il s'agit d'un des engagements lors de la signature du CRAI. Cependant, une très grande majorité des médecins n'en accueillant pas affirment envisager de le faire (93%).

F- Pas de culture de l'évaluation

Un accompagnement avec bilan annuel est prôné à la signature du CRAI réalisé par l'ARS auprès de ses bénéficiaires. Il ne semble pas qu'une évaluation des conséquences d'une aide de quelle que forme qu'elle prenne soit évaluée. Si l'ARS évalue, les aides des collectivités territoriales ne semblent pas l'être. L'efficacité des aides devrait être mesurée selon des critères qui paraissent encore à établir. Certes la notion de satisfaction quant à l'aide apportée est une notion aux marges imprécises mais ne rien évaluer semble préjudiciable et en tous les cas susceptible de limiter la pérennité des aides apportées.

Il serait intéressant de suivre la durée d'installation des médecins ayant bénéficié des aides. Partent-ils après la fin du contrat d'aide à l'installation et en connaître les raisons si tel est le cas.

IV- Pistes de réflexion

1- Faut-il aider ?

Cette question semble légitime. L'aide est une assistance momentanée rendant les deux parties dépendantes l'une de l'autre. Définir le périmètre de l'aide est important. On pourrait imaginer qu'il serait préférable d'aider l'entourage, le conjoint, les enfants du médecin installé comme l'expérimente actuellement certaines collectivités territoriales. Cette aide doit-elle rester financière ; si aide il doit y avoir, elle devrait donc être globale sociale, sociétale, financière.

2- Travailler sur la réticence des jeunes médecins à s'installer

Mise à part la réticence importante des médecins à s'installer par crainte d'un échec économique d'autres blocages ont pu être identifiés. Le rapport de l'académie française de médecine d'avril 2023, relevait avec plusieurs syndicats d'étudiants que le délai moyen d'installation après les études de médecine est de cinq ans. Ce délai est lié à la période de remplacements qu'effectuent les jeunes praticiens (deux ans minimum dans ce travail). Ce délai pourrait être expliqué par une peur à l'installation en raison d'une formation axée sur le « tout hospitalier » des études médicales, l'absence de formation facultaire à l'apprentissage de la gestion d'une entreprise libérale et à la méconnaissance des démarches administratives comme le soulève également le rapport d'information du Sénat de mars 2022 proposant la mise en place de cet enseignement. Un manque de valorisation du prix de la consultation est également mis en avant par certains des médecins interrogés. Ce constat est mentionné dans le Rapport de l'académie nationale de médecine de 2023 en soulignant l'intérêt d'une réévaluation du prix des visites à domicile par exemple.

3- Diversifier l'origine des étudiants : renforcement des mesures mises en œuvre

Étant donné l'influence du bassin de vie d'origine s'entendant de l'enfance à l'adolescence sur l'accès aux études supérieures et par là sur le choix du lieu d'installation d'un jeune médecin, il semblerait important d'améliorer l'accessibilité physique et financière aux études médicales. En effet, huit pourcents des étudiants en médecine sont issus d'une famille d'ouvriers. (14) Ce qui pourrait laisser présager une difficulté de la part de cette catégorie sociale d'étudiants à accéder aux études médicales par possiblement un manque de moyen financier.

Le rapport d'information du Sénat de mars 2022, fait ainsi la proposition suivante : informer, orienter et accompagner dès le lycée les futurs étudiants et instaurer un système de bourse pour les étudiants issus de zones sous-dotées. (14)

Dans le rapport de la DREES en date de 2021, il est mentionné que plusieurs universités ont mis en place des antennes de Première Année Commune aux Études de Santé (PACES) délocalisées des grandes villes. Cependant aucune évaluation de ce dispositif n'est relatée. (11)

A l'étranger, ce même Rapport de la DREES mentionne plusieurs expériences menées aux Etats-Unis ayant rencontré un succès. Ces expériences ont essentiellement porté sur la sélection des étudiants augmentant la part de ceux issus de milieux défavorisés en termes d'accès aux soins, pour ceci une décentralisation des lieux de formations facultaires a été effectuée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. *L'Espace Géographique*. 2018;47(4):362-80.
2. dd17.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
3. Frélaut M. Les déserts médicaux. *Regards*. 2018;53(1):105-16.
4. Eco-Santé France, Régions & Départements [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>
5. Jedat V, Desnouhes A, Andrieux M, Besnier M, Archambault P. État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine. *Santé Publique*. 2022;34(2):231-41.
6. Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD - 2008 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald>
7. Une croissance démographique marquée dans les espaces peu denses - Insee Focus - 177 [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4267787>
8. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
9. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.
10. atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
11. Portela M (DREES/SEEE). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. 2021;
12. r16-6861.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>
13. ER 1267 - Panel des médecins généralistes 3 - BAT_2.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/ER%201267%20-%20Panel%20des%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%203%20-%20BAT_2.pdf

14. r21-5891.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>
15. dossier_presse_demographie.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf
16. Trente ans de démographie des territoires - Insee Première - 1483 [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280958>
17. Rapport-Deserts-medicaux-2023-04-21.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/04/Rapport-Deserts-medicaux-2023-04-21.pdf>
18. cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
19. Médecins en maisons de santé pluriprofessionnelle : des revenus en hausse et des effets prometteurs pour l'accès aux soins | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-en-maisons-de-sante-pluriprofessionnelle-des-revenus-en-hausse-et-des>
20. Bouet DP. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS.
21. S'implanter en zone de revitalisation rurale (ZRR), quels avantages ? [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/zone-revitalisation-rurale-zrr-avantages-impots>
22. L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation [Internet]. 2022 [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-elargit-le-zonage-medecins-generalistes-et-etend-laces-aux-aides>
23. Annexes_convention_medicale_26-07-2011.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Annexes_convention_medicale_26-07-2011.pdf
24. r12-3351.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>
25. Aide à l'installation ou à la pratique du médecin en zone sous-dotée [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
26. rapport_augros_2019.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf
27. Les aides à l'installation [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.paps.sante.fr/les-aides-linstallation>

28. CRAI notice présentation_1.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.paps.sante.fr/index.php/system/files/2021-06/CRAI%20notice%20pr%C3%A9sentation_1.pdf
29. ReAGJIR [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Enquête nationale commune | Déterminants à l'installation. Disponible sur: <https://reagjir.fr/enquete-nationale-commune-determinants-a-linstallation/>
30. 200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-linstallation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/200127-Impact-du-DES-de-MG-sur-linstallation-des-jeunes-MG-Document-ISNAR-IMG.pdf>
31. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses [Internet]. Paris: OCDE; 2014 avr [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-imbances-in-doctor-supply-and-policy-responses_5jz5sq5ls1wl-en;jsessionid=pBR_V5AwcmVbyEn3jSsTAczqjXCuvPLzZuNgi2QD.ip-10-240-5-89

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de thèse

Les déserts médicaux : vers un avenir meilleur ? Bonjour, je suis interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur les déserts médicaux, les aides à l'installation et à son maintien. Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier si les aides à l'installation, les aides au maintien d'activité, destinées aux médecins généralistes constituent un élément déterminant dans le choix du lieu d'exercice. Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et ne vous prendra que 5 minutes seulement ! Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification. Pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de ma thèse. Merci à vous ! Merci beaucoup pour votre participation !

Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : elodie.turquet.etu@univ-lille.fr

Origines socio démographiques

Êtes-vous :

Féminin

Masculin

Quel âge avez-vous ?

Où exercez-vous ?

Espace urbain

Espace périurbain (zone résidentielle en périphérie d'une ville)

Espace rural

Où habitez-vous ?

Espace urbain

Espace périurbain (zone résidentielle en périphérie d'une ville)

Espace rural

Dans quelle(s) commune(s) exercez-vous ? (facultatif)

Les études

En quelle année avez-vous obtenu le diplôme en médecine générale ?

Où avez-vous exercé vos études de médecine ?

- En France
- A l'Étranger

Avez-vous réalisé une formation complémentaire en parallèle de la médecine générale ?

Vous pouvez indiquer le nom du diplôme dans les cases blanches destinées plusieurs réponses possibles)

- Un DU/DIU (Diplôme Universitaire / Diplôme Inter Universitaire)
- Une FST (Formation Spécifique Transversale)
- Une autre formation
- NON

Avez-vous exercé d'autres études, d'autres métiers avant les études de médecine ?

- Oui
- Non

En quelle année vous êtes-vous inscrit au conseil de l'ordre des médecins ?

Avez-vous réalisé un stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) ?

- OUI
- Je n'ai pas réalisé de stage SASPAS, il était non obligatoire
- Ce stage SASPAS n'existait pas lors de mes études de médecine

Avez-vous réalisé votre stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins primaires en Autonomie Supervisée) dans une zone définie comme sous dense en médecins généralistes ?

- OUI
- NON
- Je ne sais pas si le lieu de stage était dans une zone sous dense
- Je n'ai pas réalisé de stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée)

Avez-vous perçu des aides durant votre stage SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) ?

- OUI
- NON
- Je n'ai pas réalisé de stage SASPAS

Si vous avez bénéficié d'aides durant votre stage SASPAS, étaient-elles :

- Financières (indemnités transports, autres)
- Matérielles (logement mis à disposition, autres)
- Financières et Matérielles
- Je n'ai pas bénéficié d'aides
- Je n'ai pas réalisé de stage SASPAS

Avez-vous bénéficié d'un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) ?

- OUI
- NON
- Jamais entendu parler

Les aides à l'installation

Vous a-t-on proposé des aides à l'installation ? (veuillez préciser dans l'encadré ci-dessous par qui ces aides vous ont été proposées)

- OUI
- NON

Avez-vous bénéficié d'aides à l'installation ?

- OUI, des aides financières
- OUI, des aides matérielles
- OUI, des aides financières et matérielles
- NON

Connaissez-vous la PAPS (Plates-formes d'Appuis aux Professionnels de santé) ?

- OUI
- NON

Parmi les aides citées ci-dessus, veuillez indiquer celles dont vous avez bénéficié pour votre installation ou maintien d'activité ? (plusieurs réponses possibles)

- CRAI
- CRMG
- CRME
- CESP (Contrat d'Engagement Public)
- CDE (Contrat de Début d'Exercice)
- CAIM (Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins)
- COSCOM (Contrat de Stabilisation et Coordination des Médecins)
- PTMG (Contrat Praticien Territorial de Médecine Générale)
- PTMR (Contrat Praticien Territorial Médical de Remplacement)
- PTMA (Contrat Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire)
- Aide forfaitaire à l'investissement issue de la convention médicale de 2011 (forfait annuel versé sur 3 ans du fait d'un exercice en groupe ou dans un pôle de santé)
- Exonération d'impôts sur les revenus issus de la permanence des soins ambulatoires
- Exonération CFE (Cotisation Foncière Entreprise)
- Aides des collectivités territoriales
- Aides issues du dispositif des zones ZFU (zone franche urbaine) et ZRR (zone de revitalisation rurale)
- J'ai bénéficié d'aides n'apparaissant pas dans la liste
- Je ne connais aucune de ces aides
- Je n'ai pas bénéficié d'aides Connaissez-vous ces différentes aides financières ?

Veillez cocher celles dont vous connaissez le fonctionnement (plusieurs réponses possibles)

- CRAI
- CRMG
- CRME
- CESP (Contrat d'Engagement Public)
- CDE (Contrat de Début d'Exercice)
- CAIM (Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins)
- COSCOM (Contrat de Stabilisation et Coordination des Médecins)
- PTMG (Contrat Praticien Territorial de Médecine Générale)
- PTMR (Contrat Praticien Territorial Médical de Remplacement)
- PTMA (Contrat Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire)
- Aide forfaitaire à l'investissement issue de la convention médicale de 2011 (forfait annuel versé sur 3 ans du fait d'un exercice en groupe ou dans un pôle de santé)
- Exonération d'impôts sur les revenus issus de la permanence des soins ambulatoires
- Exonération CFE (Cotisation Foncière Entreprise)
- Aides des collectivités territoriales
- Aides issues du dispositif des zones ZFU (zone franche urbaine) et ZRR (zone de revitalisation rurale)

J'ai bénéficié d'aides n'apparaissant pas dans la liste

Je ne connais aucune de ces aides

Si vous avez bénéficié d'autres aides à l'installation, non citées précédemment, veuillez les indiquer dans cet encadré (facultatif) :

Si vous avez bénéficié d'aides à l'installation et au maintien de l'activité, ont-elles été déterminantes dans le choix du lieu d'installation (zones sous denses) ?

OUI

NON

Je n'ai pas bénéficié d'aides à l'installation et à son maintien

Si vous avez bénéficié d'aides à l'installation et à son maintien, les démarches pour les obtenir étaient-elles simples à réaliser ?

OUI

NON

Je n'ai pas bénéficié d'aides

Êtes-vous satisfait des aides à l'installation ?

OUI

NON

Je n'ai pas bénéficié d'aides à l'installation et à son maintien

La manière d'exercer

Vous êtes-vous installés directement à la fin de vos études ?

OUI

NON

Avez-vous exercé une activité de remplaçant durant ou après vos études médicales ?

OUI, durant mon internat de médecine générale

OUI, après avoir obtenu le diplôme de Docteur en Médecine générale

OUI, durant mon internat et après avoir obtenu mon diplôme de Docteur en Médecine générale

NON

Si vous avez effectué des remplacements après vos études, durant combien de temps l'avez vous fait ?

- entre 0 et 1 an
- entre 2 et 5 ans
- > 5 ans
- Je n'ai pas réalisé de remplacements après mes études

Dans quels types de structures exercez-vous actuellement ? (plusieurs réponses possibles)

- Dans votre cabinet libéral
- Dans un cabinet de groupe avec d'autres médecins généralistes
- Dans une société civile professionnelle (SCP)
- Dans une société d'exercice libérale à responsabilité limitée (S.E.L.A.R.L)
- Dans une maison de santé pluridisciplinaire
- Dans un centre de santé pluriprofessionnel
- Dans un service hospitalier
- Activité mixte (libérale et hospitalière)
- Autres

Êtes-vous indépendant ou salarié ?

- Indépendant
- Salarié
- Indépendant et salarié

Quelle est l'année de votre première installation ?

Étiez-vous installé dans une autre commune auparavant ?

- OUI
- NON

Dans quel type de zone sous dense exercez-vous ? :

- dans une ZIP (Zone d'Intervention Prioritaire)
- dans une ZAC (Zone d'Action Complémentaire)
- dans une ZAR (Zone d'Accompagnement Régional)
- Je ne sais pas

Exercez-vous dans une zone de revitalisation urbaine (ZRU) ou dans une zone de revitalisation rurale (ZRR) ?

- OUI
- NON

Je ne sais pas

Combien d'actes par semaine effectuez-vous en moyenne ?

de 0 à 39

de 40 à 79

de 80 à 119

de 120 à 159

de 160 à 199

> 200

Combien de jours par semaine travaillez-vous ?

de 0 à 1

de 2 à 3

de 4 à 6

Combien d'heures par jour travaillez-vous en moyenne ?

de 0 à 3h

de 4 à 6h

de 7 à 9h

> 9h

Combien de temps consacrez-vous en moyenne pour une consultation standard de médecine générale ?

10 minutes

15 minutes

20 minutes

> 20 minutes

Faites-vous des visites à domicile ?

OUI

NON

Êtes-vous médecin correspondant du SAMU ?

OUI

NON

Je ne sais pas ce qu'est cette fonction

Accueillez-vous des étudiants en médecine générale ? (plusieurs réponses possibles)

- NON
- NON, mais j'envisage de le faire
- Oui, des externes
- OUI, des internes en N1 (stage de 6 mois sous supervision directe)
- OUI, des internes en SASPAS (stage de 6 mois sous supervision indirecte)

Participez-vous à la permanence de soins ? (plusieurs réponses possibles)

- OUI, je réalise des gardes de 20h à 0h
- OUI, je réalise des gardes de 0h à 8h
- OUI, je réalise des gardes le dimanche et jours fériés de 8h à 20h
- OUI, je réalise des gardes le samedi de 12h à 20h
- NON

Faites-vous partie : (plusieurs réponses possibles)

- d'une ESP (Equipe de Soins Primaires)
- d'une CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé)
- aucune des deux propositions

Réalisez-vous des téléconsultations ?

- OUI
- NON

Si vous avez des remarques éventuelles sur les déserts médicaux ou au sujet des aides à l'installation et au maintien de celles-ci n'hésitez pas à en faire part dans cet encadré

AUTEUR : Nom : TURQUET

Prénom : Elodie

Date de Soutenance : le 4 octobre 2023

Titre de la Thèse : Évaluation de l'impact des aides à l'installation destinées aux médecins généralistes dans la région des Hauts de France.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Spécialiste en médecine générale

DES + spécialité : Spécialiste en médecine générale

Mots-clés : aides à l'installation ; désert médical ; médecins généralistes ; accès aux soins

Résumé :

Contexte : L'accès aux soins est un droit devenu de plus en plus difficile à être respecté, conséquence d'un déséquilibre entre l'offre qui ne cesse de diminuer et la demande en soins qui ne cesse de progresser. Une multitude d'aides incitatives et financières dirigées vers les médecins spécialistes en médecine générale existe, afin de les inciter à s'installer en zone sous-dense mais que très peu d'études ont été réalisées et sont en mesure de dresser un réel bilan.

Méthode : Envoi par courrier électronique d'un questionnaire à l'ensemble des bénéficiaires du Contrat Régional d'Aide à l'Installation, dans la région des Hauts de France, représentant un effectif total de 164 médecins généralistes installés depuis début 2020. Il s'agit d'évaluer l'impact des aides financières aux médecins spécialistes en médecine générale sur leur choix de s'installer dans une zone sous-dense en médecins.

Résultats : Parmi les 34 répondants à l'enquête, les aides à l'installation n'auraient été déterminantes que pour neuf participants, représentant environ 26,5% de l'échantillon.

Conclusion : Obtenir une meilleure répartition des professionnels de santé ne peut se résoudre par les uniques aides financières incitatives. Il s'agit d'une problématique bien plus complexe. Repenser le fonctionnement et la structuration du système de santé en profondeur ainsi que le réaménagement du territoire dans sa globalité semblent nécessaires.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur LEBUFFE Gilles

Assesseur : Monsieur le Docteur PONCHNAT Maurice

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur WATTIER Jean-Michel