



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**« Les principaux freins et leviers à l'installation des médecins généralistes
dans les zones médicalement sous dotées des Hauts de France »**

Présentée et soutenue publiquement le 1er février 18h00
au Pôle Formation
par **Antoine VERJEOT**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseur :

Monsieur le Docteur José DELANNOY

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Charles CAUET

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

LISTE DES ABREVIATIONS

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

EPS : Equipe de soin primaire

ARS : Agence régionale de la santé

CAIM : Contrat d'aide à l'installation

COSCOM : Contrat de stabilisation et de coordination des médecins

COTRAM : Contrat de transition

PTMG : Contrat de praticien territorial de médecine générale

ZIP : Zone d'intervention prioritaire

ZAC : Zone d'action complémentaire

ZAR : Zone d'accompagnement régionale

NA : Not available / Not applicable (dans notre étude, les médecins non installés)

APL : Accessibilité potentielle localisée

CESP : Contrat d'engagement du service public

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

PDSA : Permanence de soins ambulatoires

TABLE DES MATIERES

RESUME	5
INTRODUCTION	6
MATERIELS ET METHODES	10
1. Type d'étude	10
2. Recrutement	10
3. Critères d'inclusion et d'exclusion	10
4. Recueil des données	10
5. Données statistiques	11
6. Ethique et cadre réglementaire	12
RESULTATS	13
1. Population étudiée	13
2. Analyse de l'activité selon le découpage démographique	15
3. Evaluation de la satisfaction personnelle et professionnelle en fonction du lieu d'installation	16
4. Evaluation de la modification de la qualité de vie personnelle et professionnelle depuis l'installation en fonction du lieu d'installation	19
5. Principaux freins professionnels et personnels à l'installation	21
6. Solutions pour l'attractivité d'un remplaçant	24
7. Principaux leviers pour lutter contre la désertification médicale	25
8. La télémédecine, une solution ? Les CPTS, une solution ?	29
9. Objectif secondaire : comparaison des zones d'exercice	30
DISCUSSION	31
CONCLUSION	39
QUESTIONNAIRE	42
ANNEXES	48
1. Lien URL du questionnaire de thèse (LimeSurvey)	48
2. Lien URL de la zone géographique du lieu d'exercice du médecin	48
3. Cartographie du zonage des Hauts de France	48
4. DPO	49
5. Bibliographie / Webographie	50

RESUME

INTRODUCTION : La désertification médicale est un problème de santé publique majeur de ces prochaines années qui nécessite des réponses rapides et efficaces. Des mesures incitatives de plus en plus importantes et le conventionnement sélectif sont des pistes envisagées pour lutter contre cette désertification médicale. Cependant, il est important de prendre en compte tous les facteurs influençant l'installation des médecins pour trouver des solutions durables à ce problème. C'est pourquoi notre étude se penche sur les freins et leviers à l'installation des médecins généralistes dans les zones médicalement sous dotées des Hauts de France.

MATERIEL ET METHODE : 183 médecins généralistes thésés des Hauts de France ont répondu à notre questionnaire mis en ligne via la plateforme LimeSurvey et recrutés par le biais de mails ainsi que par les réseaux sociaux. Le questionnaire était divisé en 3 parties : la première interrogeant les médecins sur leur profil, leur modalité d'exercice et leur zone d'exercice ; la deuxième portant sur la qualité de vie personnelle et professionnelle des médecins installés ; et la troisième partie reposant sur les potentiels freins et leviers à l'installation. Nous avons réalisé une analyse descriptive univariée et une analyse par lien de causalité de 2 variables (médecins exerçant en zones médicalement sous dotées et hors zone sous dotées) par test KHI-2.

RESULTATS : D'un point de vue professionnel, c'est principalement l'isolement et la désertification par les autres professions médicales et paramédicales ainsi que les visites à domicile et la difficulté à trouver un médecin remplaçant qui sont des freins à l'installation. Sur le plan personnel, le principal frein est d'ordre familial et touche au cadre de vie. Avec notamment la difficulté pour le ou la conjoint(e) à trouver un métier à proximité, au manque de temps personnel et d'infrastructure tels que les magasins, écoles etc, ainsi que l'éloignement familial. A contrario, la participation à la permanence de soins ambulatoires ne semble pas être un frein à l'installation dans les zones sous-dotées. Le premier levier à l'installation mis en avant dans notre étude est la majoration de la tarification à l'acte dans ces zones sous dotées. D'autres leviers sont à souligner dans notre enquête comme l'amélioration de l'accessibilité des lieux de stage dans les déserts médicaux par une campagne de recrutement des maîtres de stage dans ces zones. Le conventionnement sélectif n'est pas considéré comme un levier à l'installation de même pour la coopération médicale-paramédicale avec les délégations d'actes, les pratiques avancées avec les infirmier(e)s de pratiques avancées ainsi que le stage obligatoire dans les zones médicalement sous dotée.

CONCLUSION : C'est dans un moment charnière de négociation entre les syndicats de médecins et le gouvernement que cette thèse fut réalisée. Certains freins apparaissent nettement dans notre étude et sont liés principalement à la démographie de la population et donc à la démographie médicale. De plus, il semble intéressant d'améliorer l'accessibilité des lieux de stage, cette notion d'accessibilité aux soins débouche sur une réponse complexe, difficile, qui nous amènent à poursuivre les débats dans un domaine plus qu'important qu'est la santé.

INTRODUCTION

La problématique de la désertification médicale est un enjeu actuel et pour les prochaines années. Des réponses urgentes sont attendues d'une part, par les professionnels de santé et d'autre part, par la population.

En 2020, six millions de Français vivaient dans une zone considérée comme un désert médical. La part des Français vivant en zone sous-dotée est passée en quatre ans de 3,8 à 5,7 %. (1) Malgré cette augmentation et les mesures incitatives, les freins à l'installation dans les déserts médicaux sont croissants chez les jeunes médecins et la différence de démographie médicale se creuse entre les métropoles et le milieu rural.

Un amendement fut discuté le 12 novembre 2021 au sénat conditionnant un nouveau conventionnement d'un médecin généraliste à six mois de remplacement ou d'exercice salarié auprès d'un médecin libéral dans une zone médicalement sous-dotée. (2). Ces discussions de conventionnement sélectif pour pallier à la désertification médicale dans certaines zones géographiques sont présentes dans les débats nationaux. La cartographie de ces zones est établie par l'agence régionale de santé (ARS).

Parmi ces mesures incitatives il existe le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) sous l'égide de l'assurance maladie. Le CAIM est une aide financière accordée une seule fois. Elle aide à faire face aux frais d'investissement liés au début de l'activité. Il existe aussi le contrat de stabilisation et de coordinations des médecins (COSCOM). Il encourage les médecins qui s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée sur un territoire donné et dans la formation des futurs diplômés. L'objectif est de faciliter leur installation en exercice libéral. Enfin le contrat de transition (COTRAM) a pour objectif de soutenir les médecins qui exercent dans les zones « sous-denses » et préparent leur cessation d'activité en accueillant et accompagnant un médecin nouvellement installé dans son cabinet. (3)

Au départ seules les zones d'intervention prioritaires (ZIP) bénéficiaient des aides de l'ARS mais un nouveau zonage est apparu avec l'ajout de zones d'action complémentaire (ZAC).

Récemment les zones d'accompagnement régionales (ZAR) augmentent le nombre de territoires éligibles aux aides de l'ARS afin de mieux répartir les aides proposées. Ces trois catégories (ZIP, ZAC, ZAR) sont définies selon le besoin en professionnels de santé et les caractéristiques sanitaires et sociales de la population permettant une meilleure couverture du territoire. (4)

Ainsi, pour choisir les territoires de « vie-santé » qui seront classés en ZIP, ZAC et ZAR, les ARS s'appuient sur les résultats d'un indicateur de référence, l'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin, ou sur des indicateurs qu'elles estiment plus adaptés compte tenu des caractéristiques de leurs territoires. Calculé chaque année par le ministère, l'indicateur d'APL mesure l'offre médicale disponible sur un territoire de vie-santé.

L'indicateur d'APL prend en compte :

- Le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, pour anticiper les futurs départs à la retraite.
- L'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou visites effectuées dans l'année.
- Le temps d'accès aux praticiens.
- Le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

L'État finance ses propres aides contractuelles : le contrat de praticien territorial de médecine générale, le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, le contrat de praticien territorial de médecine de remplacement et le contrat de praticien isolé à activité saisonnière. Ces aides ne prennent pas la forme de primes forfaitaires : elles reposent sur des mécanismes de garantie financière permettant de sécuriser les médecins pendant la période d'amorçage de leur patientèle ou pendant leurs éventuels congés maladie ou maternité, avec des modalités différentes selon les contrats. Seul le contrat d'engagement de service public (CESP) repose sur un avantage forfaitaire : il s'agit d'une bourse d'études (1200 euros bruts par mois) destinée à des étudiants ou internes en médecine ou en odontologie en contrepartie de leur installation pour une durée déterminée dans l'un de ces territoires.

Ces contrats incitatifs répondent à un besoin d'accompagnement et de soutien aux projets d'installation en territoire fragilisé mais rencontrent un succès mitigé en pratique.(5) Bien que ces aides aient un impact indirect et difficile à évaluer, elles semblent susceptibles de conforter des projets d'installation et de renforcer l'attractivité des territoires fragiles. Cependant, les déterminants à l'installation des jeunes médecins sont multiples et ne se résument pas à des considérations financières. La revue de littérature conduite en 2015 par le Commissariat général à l'égalité des territoires a montré que si les attaches antérieures sur un territoire, personnelles ou professionnelles (lieu de naissance, de vie, d'études, de stages, etc.) restent le premier déterminant du choix du lieu d'exercice, trois autres facteurs apparaissent aussi comme prépondérants: la qualité et le cadre de vie offerts sur le territoire; l'existence d'un projet professionnel collectif porté par des confrères (Maisons de Santé Pluriprofessionnelles...) et les possibilités d'emploi du conjoint.(6) Parmi les autres déterminants, figurent la présence de confrères sur le territoire, la proximité d'équipements et services médicaux de santé (pharmacie, laboratoire, radiologie) et l'accompagnement dans les démarches d'installation. Plus récemment, l'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) réalisée auprès de près de 13000 médecins et de 2400 internes confirme que le cadre de vie, les conditions d'exercice, le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé sont des facteurs clés pour l'installation des médecins sur les territoires.(7) Les contrats incitatifs et aides financières ne peuvent donc pas résumer à eux seuls la politique d'attractivité des zones sous-denses. D'autres leviers, inscrits dans le plan d'accès aux soins et la stratégie "Ma Santé 2022", y concourent : le développement des stages ambulatoires et de l'exercice coordonné dans ces territoires, la structuration des réseaux professionnels (CPTS...) et du lien ville –hôpital, ainsi que la création de postes d'assistants médicaux. L'intervention des collectivités territoriales sur le cadre de vie et les conditions matérielles d'accueil sur ces territoires est également déterminante. (8)

Malgré ces nouvelles mesures incitatives, des freins à l'installation dans les déserts médicaux restent évoqués dans une thèse qualitative : l'isolement professionnel, la qualité de vie, la

surcharge de travail et le lieu de travail du conjoint y sont retrouvés. (9)

Dans ce contexte d'aggravation de l'inégalité d'accès aux soins, le Sénat dresse un bilan négatif et emploie le terme « d'urgence sanitaire ». Il déclare même que la carte des déserts médicaux se superpose aujourd'hui à celle de la mortalité précoce.(10)

En parallèle, l'opinion publique s'insurge de cette situation. Près de 9 Français sur 10 souhaitent obliger les médecins à s'installer dans les déserts médicaux, selon un sondage IFOP pour le Journal du Dimanche.(11) Ainsi, les collectivités territoriales se mobilisent pour lutter contre la désertification médicale. Elles tentent donc d'attirer des médecins par différents moyens, avec plus ou moins de succès, et font preuve d'une très grande inventivité à travers des « opérations séduction » : maisons de santé, offres de postes de médecins salariés, soutien financier pour les jeunes médecins généralistes en stage, aide au logement etc.

L'objectif principal de cette thèse était de déterminer les principaux freins à l'installation dans les zones médicalement sous dotées chez les médecins généralistes des Hauts de France. Les objectifs secondaires étaient d'établir d'éventuels liens de causalité en comparant à certaines variables les médecins généralistes en "zone médicalement sous dotée" et "hors zone sous dotée" et de dégager les potentiels leviers pouvant inciter les futurs médecins à s'installer dans ces zones.

MATERIELS ET METHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, transversale, observationnelle, multicentrique, réalisée au cours de la période de mai à septembre 2022. La population étudiée concernait les médecins généralistes thésés des Hauts de France.

2. Recrutement

Nous avons eu recours à trois modes de recrutement différents. Premièrement, par le biais d'une sollicitation par courrier électronique au département de médecine générale de Lille pour une diffusion à ses correspondants. Ce mail est donc destiné principalement aux maîtres de stage universitaire en médecine générale. Deuxièmement, via la diffusion sur les réseaux sociaux du questionnaire sur des groupes destinés à l'échange entre les médecins généralistes en spécifiant bien les critères d'inclusion et d'exclusion dans l'annonce, trois publications ont été effectuées sur trois groupes différents. Troisièmement, un recrutement par courrier électronique aux différents ordres des médecins de la région où un seul mail est envoyé.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Étaient inclus les médecins généralistes titulaires du diplôme d'état de docteur en médecine et exerçant dans les Hauts de France.

Étaient exclus les internes en médecine, les médecins généralistes non thésés, les médecins d'autre spécialité, les médecins exerçant en dehors des Hauts de France.

4. Recueil des données

Nous avons élaboré le questionnaire grâce à des recherches sur internet de données de la littérature en rapport avec l'objectif de l'étude avec un moteur de recherche de type pépite, google scholar, dooctor.

Les mots clés utilisés étaient “déserts médicaux”, “zones sous dotées”, “milieu rural”.

Le questionnaire a été élaboré via la plateforme LimeSurvey. Le lien a été envoyé par mail aux médecins donnant leur accord avec une lettre d’information. Les réponses des participants étaient accessibles grâce à un accès sécurisé au document. Aucune relance n’a été effectuée par mail. Seule une relance sur les réseaux sociaux a été effectuée une dizaine de jours après la première publication. Les réponses au questionnaire sont anonymes.

Il est composé de 23 questions à choix multiples divisées en 3 parties.

La première interroge les médecins sur leur profil, leur modalité d’exercice, leur organisation de travail et la zone d’exercice. Un lien a été fourni lors du questionnaire pour savoir dans quelle zone d’exercice le répondeur se situe. Celui-ci dirige les répondeurs vers le site de l’ARS Hauts de France et ceux-ci doivent seulement écrire leur commune d’exercice afin de connaître leur zone d’exercice. Ce lien est disponible en annexe.(12) La dernière mise à jour de ce site et donc du zonage date du 28 avril 2022. (cartographie en annexe)

La deuxième partie repose sur la qualité de vie personnelle et professionnelle globale des médecins installés.

Enfin, la troisième et dernière partie repose sur les potentiels freins et leviers à l’installation des futurs médecins.

5. Données statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites en fréquence et pourcentage.

Les réponses ont été répertoriées dans un tableau de base de données Excel®.

Nous avons réalisé, dans un premier temps, une analyse descriptive univariée et dans un deuxième temps une analyse par lien de causalité de 2 variables (zones médicalement sous dotées et hors zone sous dotées) par test KHI-2.

Ce test KHI-2 a été effectué via Excel® et le logiciel Jamovi®.

Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5%. Une différence était considérée comme significative dans le modèle final pour une valeur de p inférieure à 0,05.

6. Ethique et cadre réglementaire

Le traitement des données a été réalisé dans le cadre de la méthodologie de référence MR-003 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

L'ensemble du travail a été jugé conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles par la DPO référence registre 2022-121.

Cette étude a été menée de manière à répondre au maximum aux critères de la grille STROBE.

RESULTATS

A la suite du questionnaire nous avons obtenu un total de 183 réponses analysables et 165 réponses complètes soit plus de 90% de réponses complètes. (18 perdus de vue)

1. Population étudiée (TABLEAU 1, FIGURE 1, 2 et 2 bis)

TABLEAU 1

Analyse quantitative par genres et tranches d'âges de la population des médecins généralistes des Hauts de France

	Femme N (%)	Homme N (%)	
Tranches d'âges			Total par tranche d'âge N (%)
35 ou moins	65 (35,52)	30 (16,39)	95 (51,91)
36-45	26 (14,21)	17 (9,29)	43 (23,50)
46-55	10 (5,4)	10 (5,46)	20 (10,93)
56-65	8 (4,37)	15 (8,20)	23 (12,57)
66 et plus	0 (0)	2 (1,09)	2 (1,09)
Total général	109 (59,56)	74 (40,44)	183 (100)

N=effectif

%= fréquence

FIGURE 1

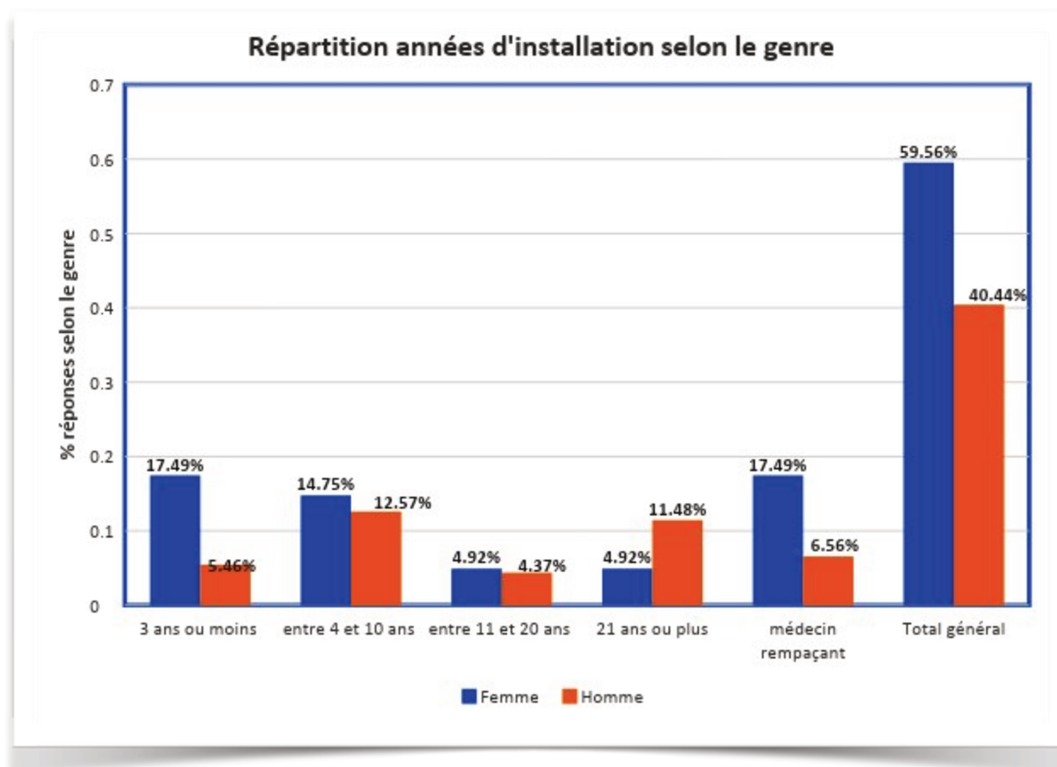


FIGURE 2

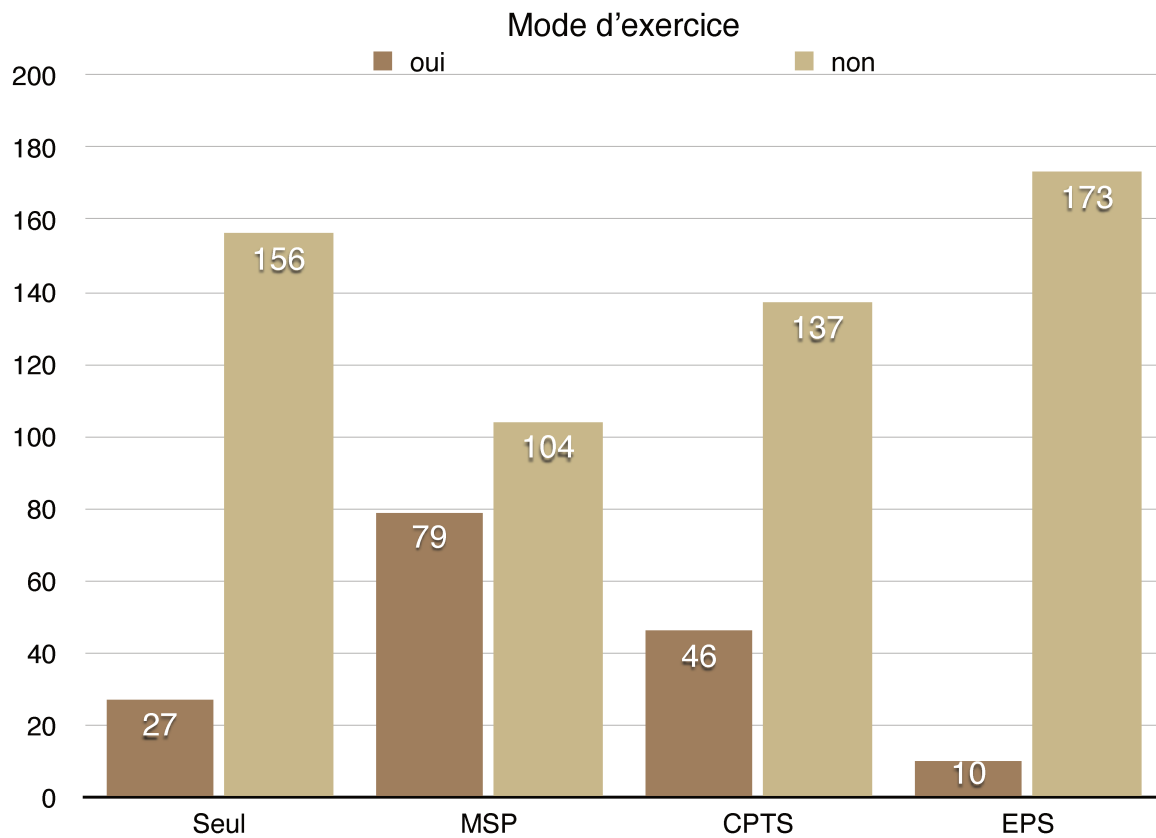
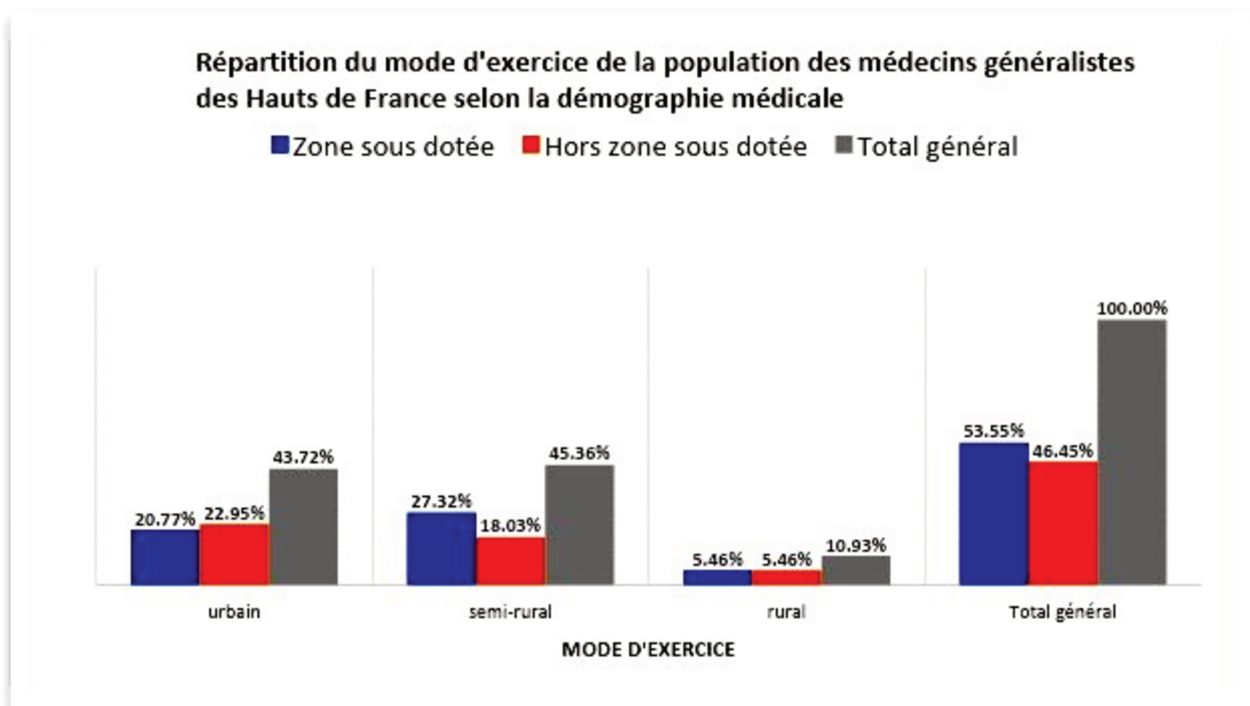


FIGURE 2 bis



Nous notons qu'il y a une homogénéité de répartition entre zone sous dotée et hors zone sous dotée dans notre étude.

2. Analyse de l'activité selon le découpage démographique (TABLEAU 2 et 3)

TABLEAU 2

Fréquence des actes	Zone sous dotée N(%)	Hors zone sous dotée N(%)	Total N(%)
Nombres d'actes hebdomadaires			
inférieur à 80	9 (4,92)	7 (3,83)	16 (8,74)
entre 80-100	23 (12,57)	20 (10,93)	43 (23,50)
101-120	21 (11,48)	28 (15,30)	49 (26,78)
121-150	26 (14,21)	19 (10,38)	45 (24,59)
plus de 150	19 (10,38)	11 (6,01)	30 (16,39)
Total général	98 (53,55)	85 (46,45)	183 (100)

N=effectif

%= fréquence

Le fait de travailler en zone sous dotée ne semble pas modifier le nombre d'actes hebdomadaires ($p=0,437$).

TABLEAU 3

Tranches d'âges	Zone sous dotée N (%)	Hors zone sous dotée N (%)	Total N (%)
Nombres de visites domiciles hebdomadaires			
0 à 5	35 (19,13)	34 (18,58)	69 (37,70)
6 à 10	27 (14,75)	28 (15,30)	55 (30,05)
11 à 15	20 (10,93)	14 (7,65)	34 (18,58)
16 à 20	6 (3,28)	8 (4,37)	14 (7,65)
21 ou plus	10 (5,46)	1 (0,55)	11 (6,01)
Total général	98 (53,55)	85 (46,45)	183 (100)

N=effectif

%= fréquence

Le fait de travailler en zone sous dotée ne semble pas modifier le nombre de visites à domicile hebdomadaires. ($p=0,097$).

3. Evaluation de la satisfaction personnelle et professionnelle en fonction du lieu d'installation
(TABLEAU 4, 5, 6 et FIGURE 3, 4 et 5)

TABLEAU 4 EVALUATION DE LA SATISFACTION GLOBALE A L'INSTALLATION

Zonage	Zone sous dotée N(%)	Hors zone sous dotée N(%)	Total N(%)
satisfaction selon échelle analogique			
2	0 (0)	1 (0,55)	1 (0,55)
3	1 (0,55)	0 (0)	1 (0,55)
4	3 (1,64)	0 (0)	3 (1,64)
5	3 (1,64)	1 (0,55)	4 (2,19)
6	4 (2,19)	4 (2,19)	8 (4,37)
7	11 (6,01)	11 (6,01)	22 (12,02)
8	26 (14,21)	20 (10,93)	46 (25,14)
9	19 (10,38)	17 (9,29)	36 (19,67)
10	11 (6,01)	3 (1,64)	14 (7,65)
NA	20 (10,93)	28 (15,30)	48 (26,23)
Total général	98 (53,55)	85 (46,45)	183 (100)

N=effectif

%= fréquence

NA=médecins non installés ou perdus de vue

Figure 3: Satisfaction globale installation selon la zone sous dotée ou pas

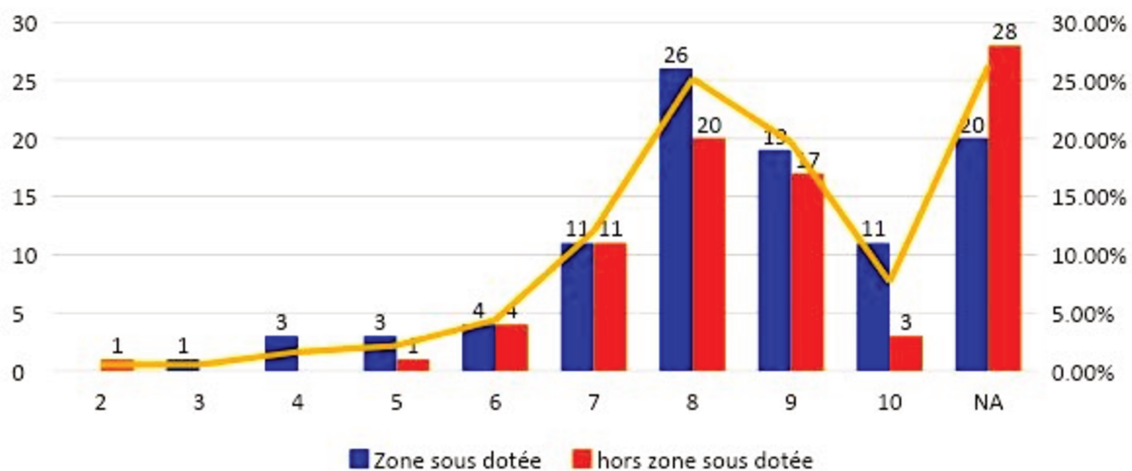


TABLEAU 5 ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE PERSONNELLE

Zonage	Zone sous dotée N(%)	Hors zone sous dotée N(%)	Total N(%)
satisfaction selon échelle analogique			
1	1 (0,55)	0 (0)	1 (0,55)
2	0 (0)	1 (0,55)	1 (0,55)
3	2 (1,09)	2 (1,09)	4 (2,19)
4	2 (1,09)	0 (0)	2 (1,09)
5	4 (2,19)	3 (1,64)	7 (3,83)
6	8 (4,37)	6 (3,28)	14 (7,65)
7	14 (7,65)	13 (7,10)	27 (14,75)
8	33 (18,03)	23 (12,57)	56 (30,60)
9	14 (7,65)	10 (5,46)	24 (13,11)
10	7 (3,83)	4 (2,19)	11 (6,01)
NA	13 (7,10)	23 (12,57)	36 (19,67)
Total général	98 (53,55)	85 (46,45)	183 (100)

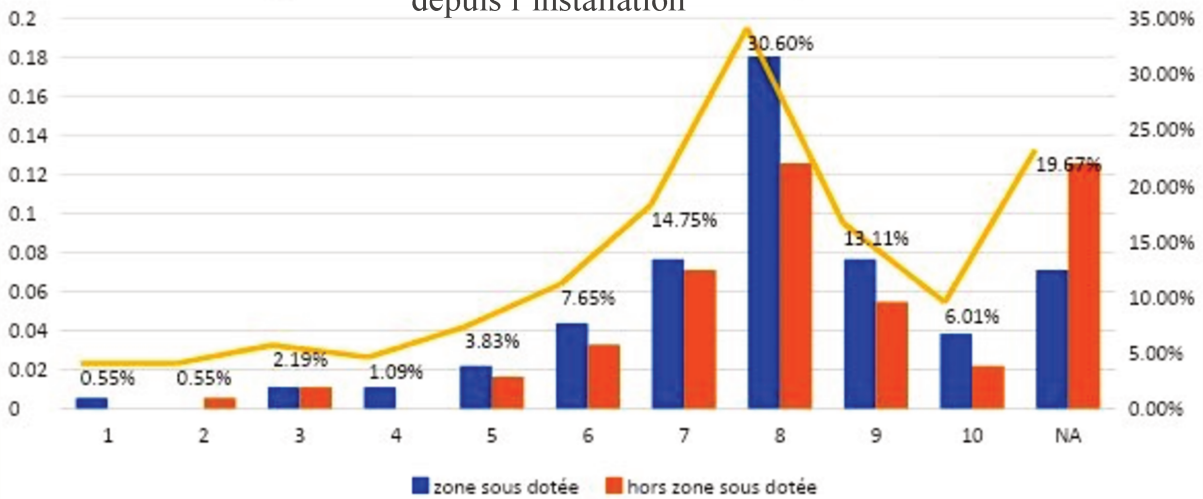
NA = Not Available / Not applicable
(médecins non installés ou perdus de vue)

TABLEAU 6 : EVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE PROFESSIONNELLE

Zonage	Zone sous dotée N (%)	Hors zone sous dotée N (%)	Total N (%)
Satisfaction selon échelle analogique			
2	1 (0,55)	2 (1,09)	3 (1,64)
3	2 (1,09)	0 (0)	2 (1,09)
4	2 (1,09)	1 (0,55)	3 (1,64)
5	3 (1,64)	1 (0,55)	4 (2,19)
6	10 (5,46)	5 (2,73)	15 (8,20)
7	17 (9,29)	17 (9,29)	34 (18,58)
8	34 (18,58)	22 (12,02)	56 (30,60)
9	12 (6,56)	12 (6,56)	24 (13,11)
10	4 (2,19)	3 (1,64)	7 (3,83)
NA	13 (7,10)	22 (12,02)	35 (19,13)
Total général	98 (53,55)	85 (46,45)	183 (100)
N=effectif			

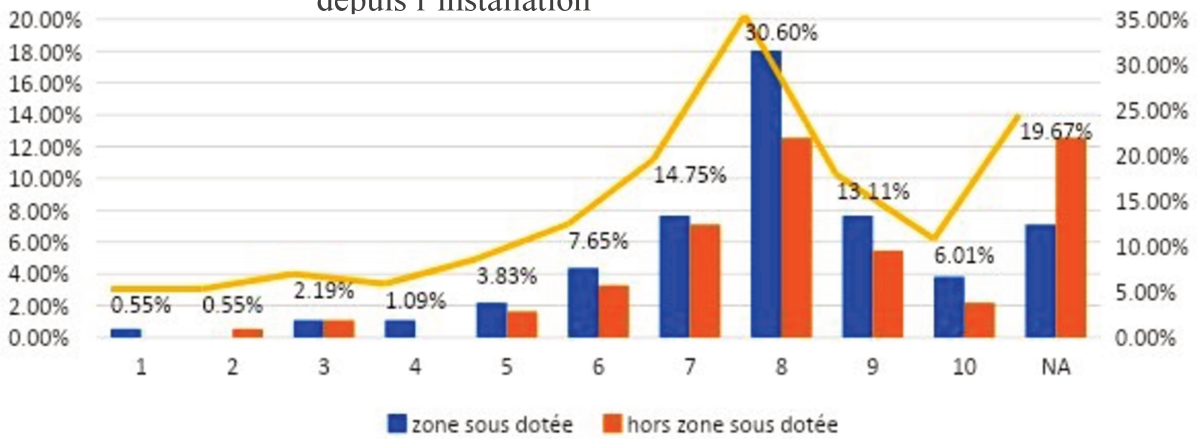
NA = Not Available / Not applicable
(médecins non installés + perdus de vue)

Figure 4: Evaluation de la qualité de vie personnelle depuis l'installation



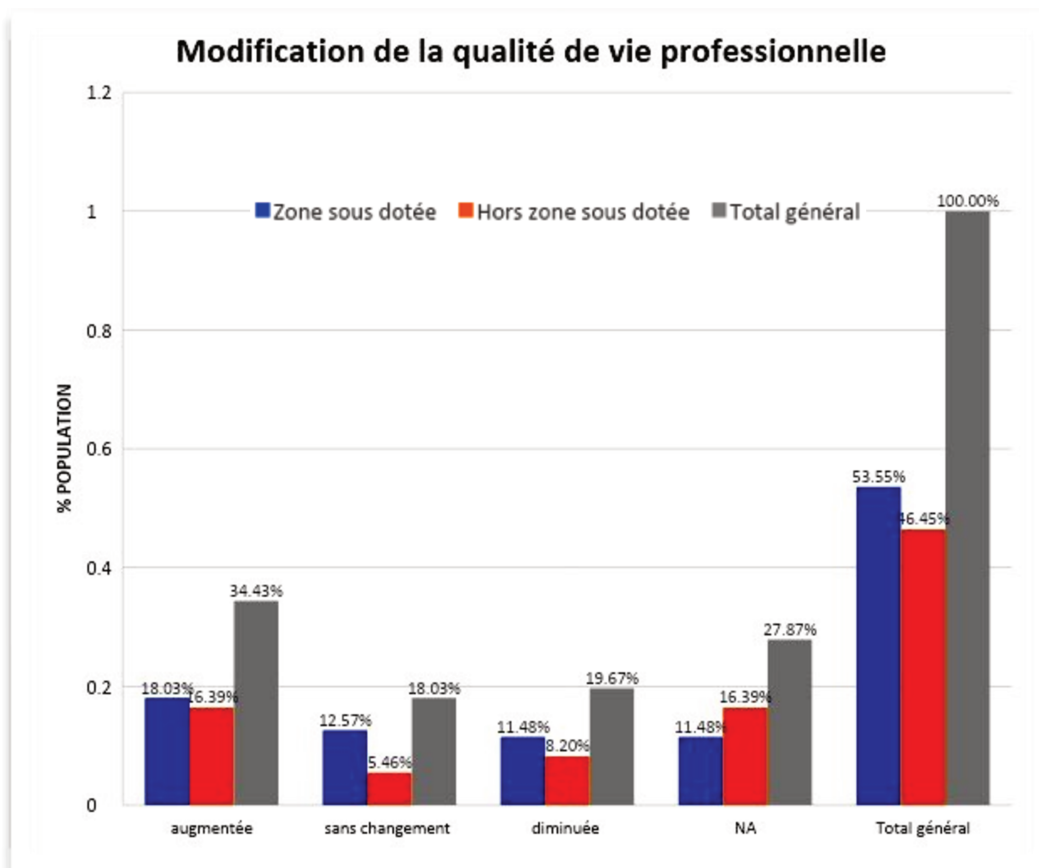
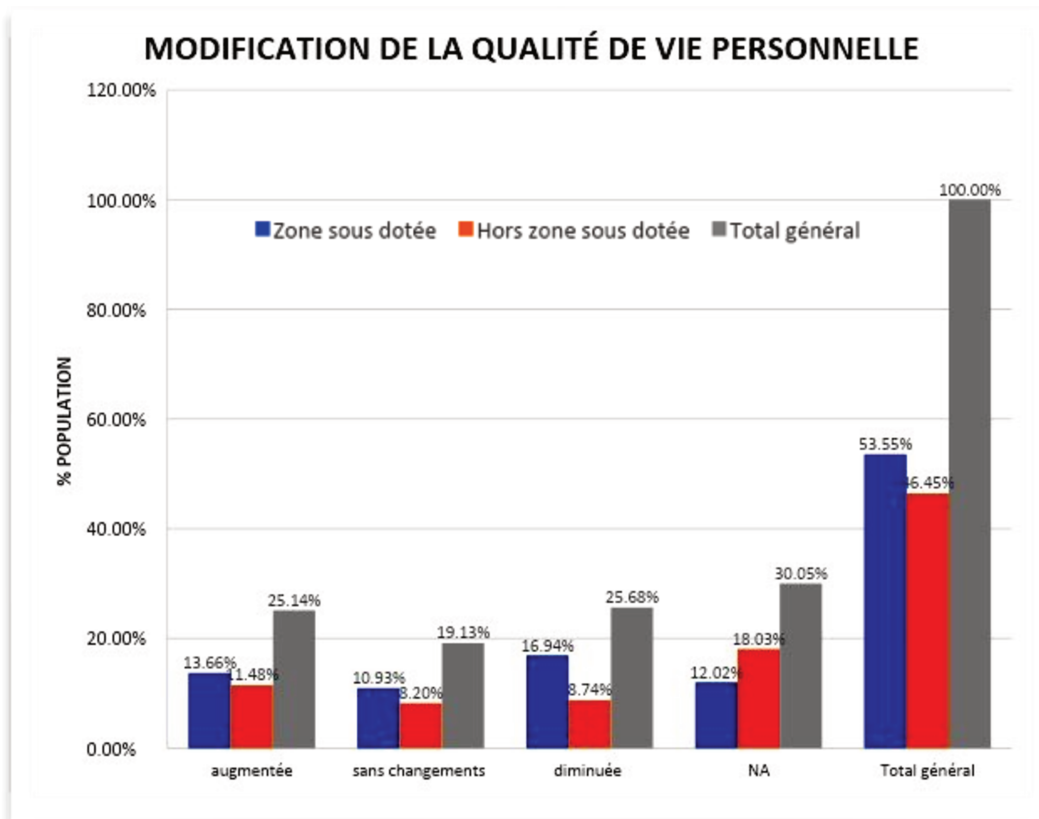
NA = Not Available / Not applicable
(médecins non installés ou perdus de vue)

Figure 5: Evaluation de la qualité de vie professionnelle depuis l'installation

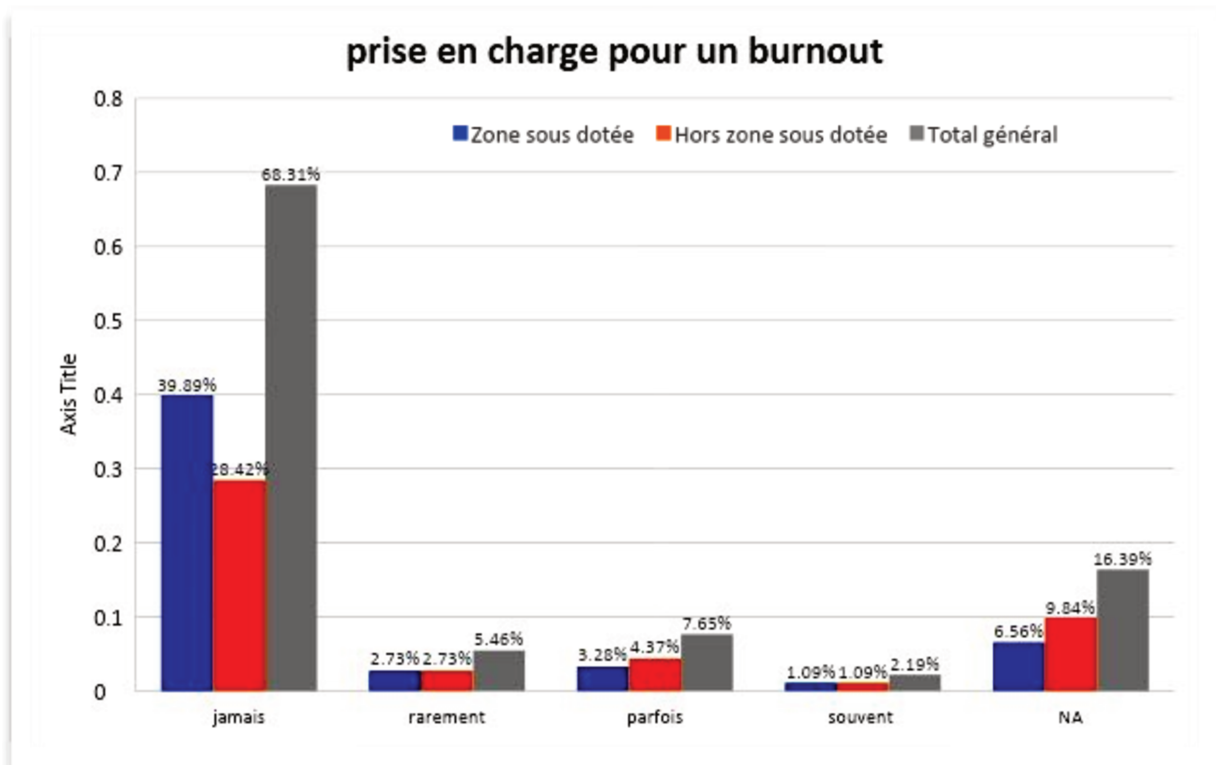
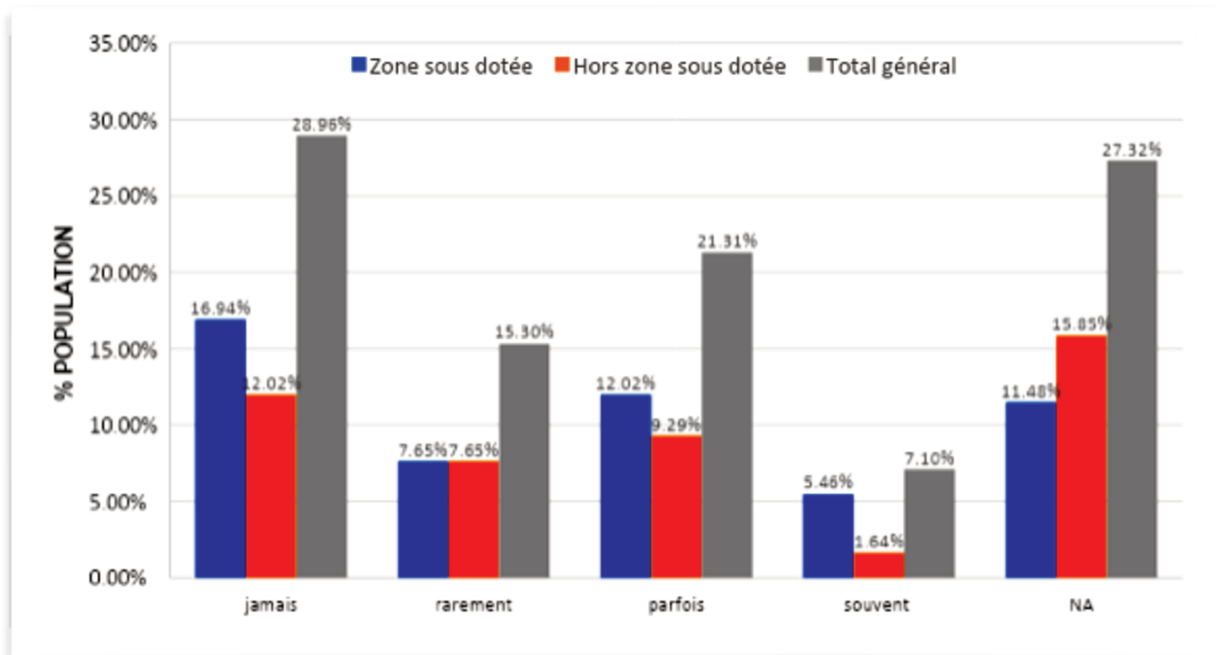


NA = Not Available / Not applicable :
(médecins non installés)

4. Evaluation de la modification de la qualité de vie personnelle et professionnelle depuis l'installation en fonction du lieu d'installation.



VOLONTE DE CHANGER DE LIEU DE TRAVAIL



5. Principaux freins professionnels et personnels à l'installation (FIGURE 11,12 et TABLEAU 7, 8)

FIGURE 11 : Principaux freins professionnels à l'installation dans les zones sous dotées

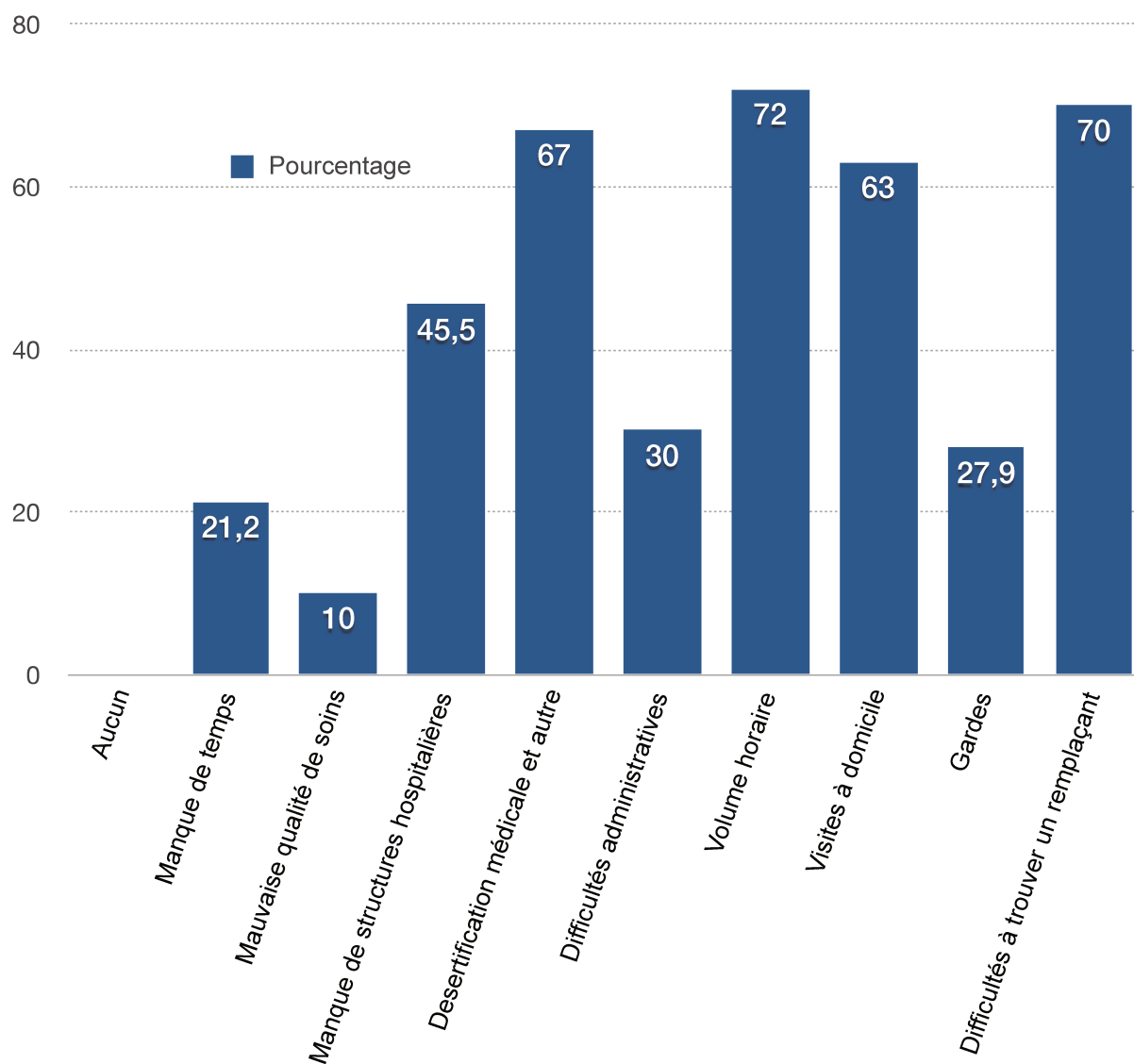
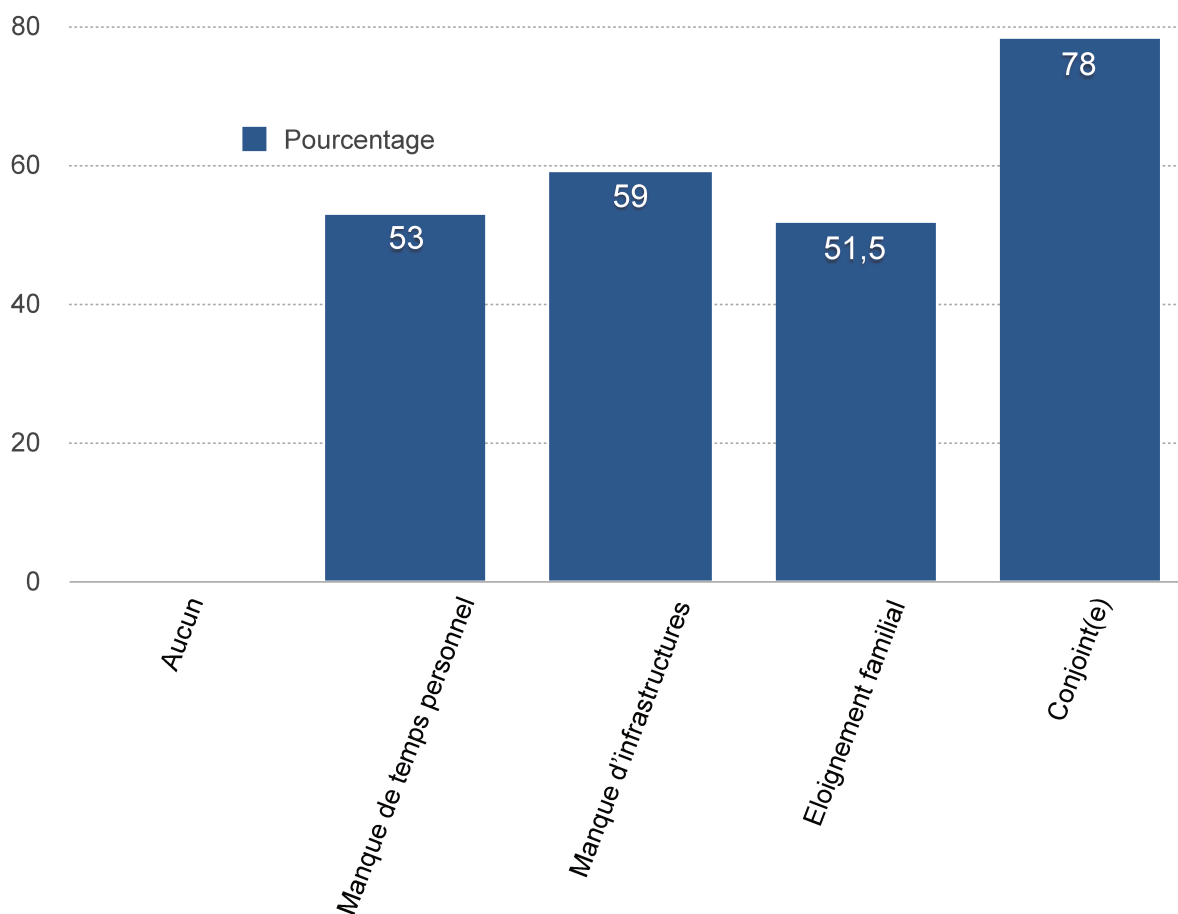


TABLEAU 7 : PRINCIPAUX FREINS PROFESSIONNELS

Principaux freins professionnels à l'installation en zone sous dotée			
Variable			Descriptif
Nom	Unité	Modalités	N = 183
AUCUN D'UN POINT DE VUE PROFESSIONNEL	N (%)	Oui Non Données manquantes	2 (1,2) 163 (98,8) 18
MANQUE DE TEMPS AVEC LE PATIENT	N (%)	Oui Non Données manquantes	35 (21,2) 130 (78,8) 18
MOINS BONNE PRISE EN CHARGE	N(%)	Oui Non Données manquantes	17 (10,3) 148 (89,7) 18
MANQUE DE STRUCTURES HOSPITALIERES PROCHES	N(%)	Oui Non Données manquantes	75 (45,5) 90 (54,5) 18
DESERTIFICATION PAR D AUTRES PROFESSIONS	N(%)	Oui Non Données manquantes	111 (67,3) 54 (32,7) 18
DIFFICULTES ADMINISTRATIVES	N(%)	Oui Non Données manquantes	50 (30,3) 115 (69,7) 18
VOLUME HORAIRE	N (%)	Oui Non Données manquantes	119 (72,1) 46 (27,9) 18
VISITE A DOMICILE DANS UN PERIMETRE IMPORTANT	N(%)	Oui Non Données manquantes	104 (63,0) 61 (37,0) 18
PARTICIPATION AU SERVICE DE GARDE	N(%)	Oui Non Données manquantes	46 (27,9) 119 (72,1) 18
DIFFICULTES A TROUVER UN MEDECIN REMPLACANT	N(%)	Oui Non Données manquantes	116 (70,3) 49 (29,7) 18

FIGURE 12 : Principaux freins personnels à l'installation dans les zones sous dotées

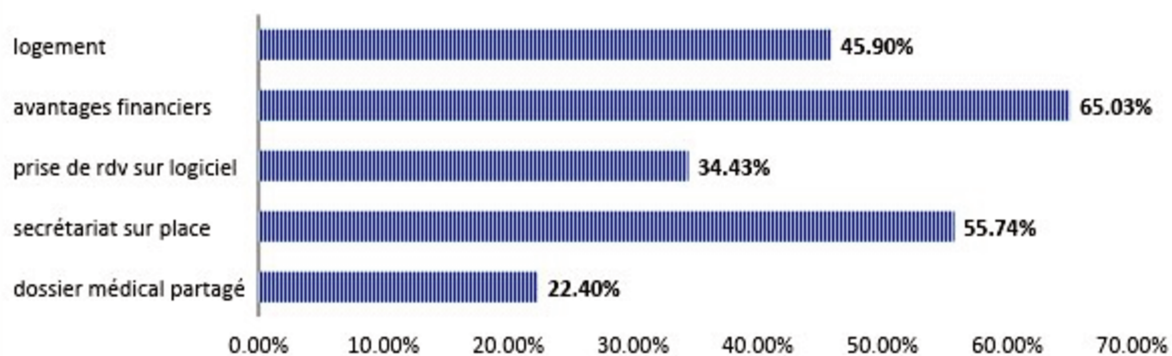


Principaux freins personnels à l'installation en zone sous dotée			
AUCUN D UN POINT DE VUE PERSONNEL	N(%)	Oui Non Données manquantes	2 (1,2) 163 (98,8) 18
MANQUE DE TEMPS PERSONNEL	N(%)	Oui Non Données manquantes	87 (52,7) 78 (47,3) 18
MANQUE D INFRASTRUCTURES TELS QUE LES MAGASINS RESTAURANTS ECOLE CINEMA ETC...	N(%)	Oui Non Données manquantes	97 (58,8) 68 (41,2) 18
ELOIGNEMENT FAMILIAL	N(%)	Oui Non Données manquantes	85 (51,5) 80 (48,5) 18
DIFFICULTE POUR LE OU LA CONJOINT(E) A TROUVER UN METIER A PROXIMITÉ	N(%)	Oui Non Données manquantes	130 (78,8) 35 (21,2) 18

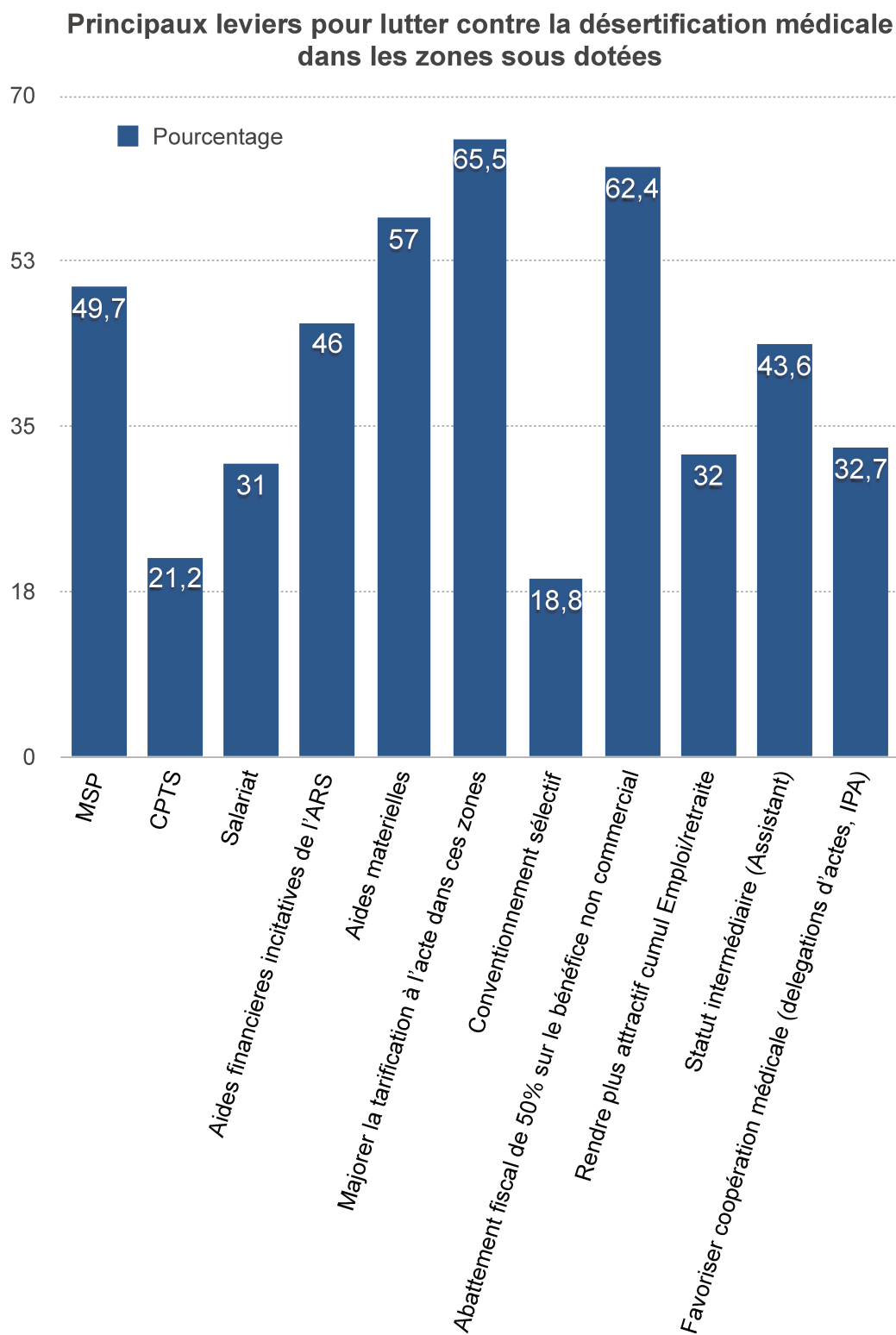
6. Solutions pour l'attractivité d'un remplaçant

solutions pour venue de remplaçants	Zone sous dotée	Hors zone sous dotée	Total	Colonne1 pourcentage
dossier médical partagé				
oui	23	18	41	22,40%
non	66	58	124	67,76%
NA	9	9	18	9,84%
secrétariat sur place				
oui	60	42	102	55,74%
non	29	34	63	34,43%
NA	9	9	18	9,84%
prise de rdv sur logiciel				
oui	30	33	63	34,43%
non	59	43	102	55,74%
NA	9	9	18	9,84%
avantages financiers				
oui	67	52	119	65,03%
non	22	24	46	25,14%
NA	9	9	18	9,84%
logement				
oui	43	41	84	45,90%
non	46	35	81	44,26%
NA	9	9	18	9,84%
Total effectif			183	100,00%

Solutions pour l'attractivité d'un remplaçant

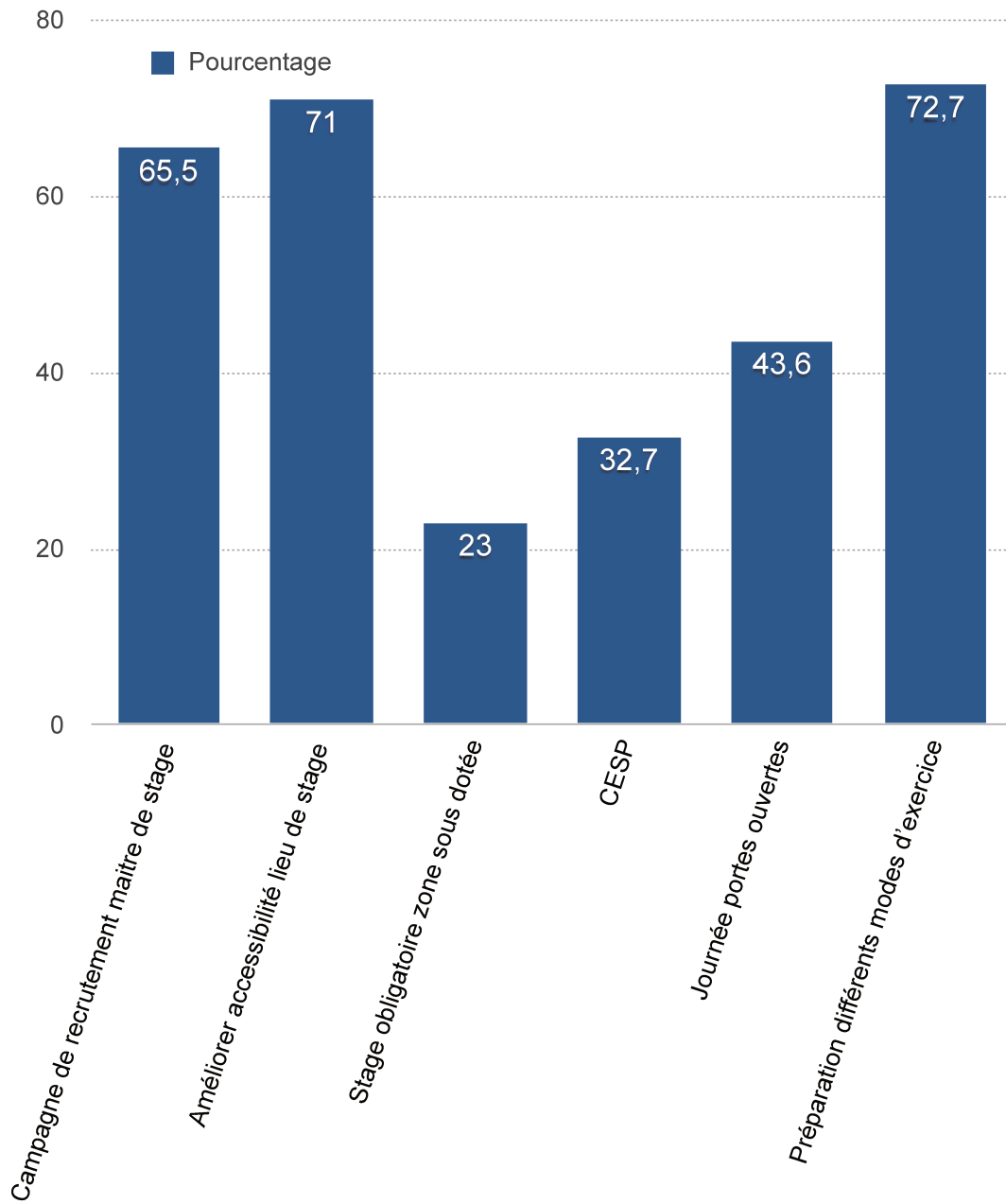


7. Principaux leviers à l'installation pour lutter contre la désertification médicale



Leviers à l'installation en zone sous dotée			
Variable			Descriptif
Nom	Unité	Modalités	N = 183
CREATION DE MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES	N (%)	Oui Non Données manquantes	82 (49,7) 83 (50,3) 18
CREATION DES CPTS	N (%)	Oui Non Données manquantes	35 (21,2) 130 (78,8) 18
SALARIAT PAR LES COMMUNES	N(%)	Oui Non Données manquantes	51 (31,0) 114 (69,0) 18
AIDES FINANCIERES INCITATIVES DE L ARS	N(%)	Oui Non Données manquantes	76 (46,0) 89 (54,0) 18
AIDES MATERIELLES A L INTALLATION	N(%)	Oui Non Données manquantes	94 (57,0) 71 (43,0) 18
MAJORER LA TARIFICATION A L ACTE DANS CES ZONES	N(%)	Oui Non Données manquantes	108 (65,5) 57 (34,5) 18
CONVENTIONNEMENT SELECTIF	N (%)	Oui Non Données manquantes	31(18,8) 134 (81,2) 18
ABATTEMENT DE 50% SUR LE BENEFICE IMPOSABLE DANS CES ZONES	N(%)	Oui Non Données manquantes	103 (62,4) 62 (37,6) 18
RENDRE PLUS ATTRACTIF LE CUMUL EMPLOI RETRAITE VOIRE LA SUPPRESSION DE LA COTISATION RETRAITE	N(%)	Oui Non Données manquantes	53 (32,1) 112 (67,9) 18
SIMPLIFIER ET VALORISER LE RECOURS AUX STATUTS INTERMEDIAIRES	N(%)	Oui Non Données manquantes	72 (43,6) 93 (56,4) 18
FAVORISER LE DEVELOPPEMENT DES COOPERATIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (DELEGATIONS D'ACTES, PRATIQUES AVANCEES)	N(%)	Oui Non Données manquantes	54 (32,7) 111 (67,3) 18

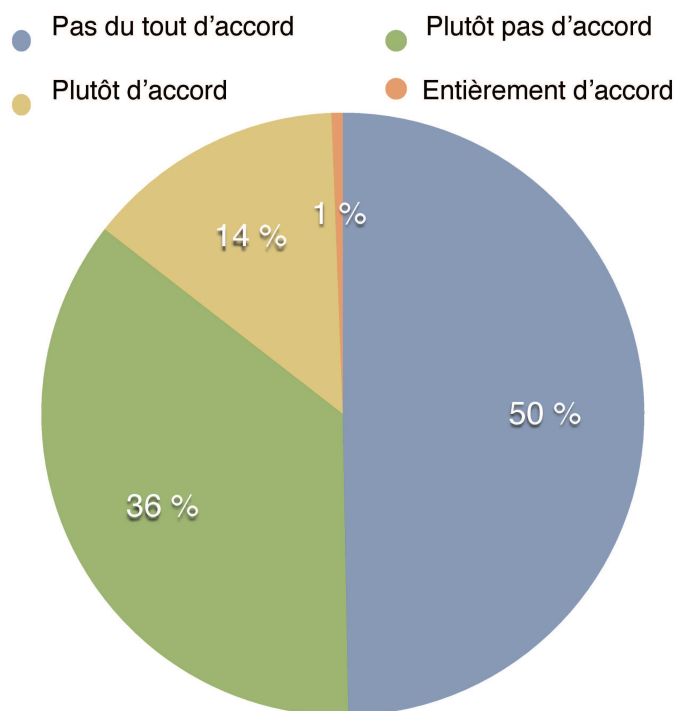
Actions à mettre en place pour l'attractivité dans les territoires médicalement sous dotés



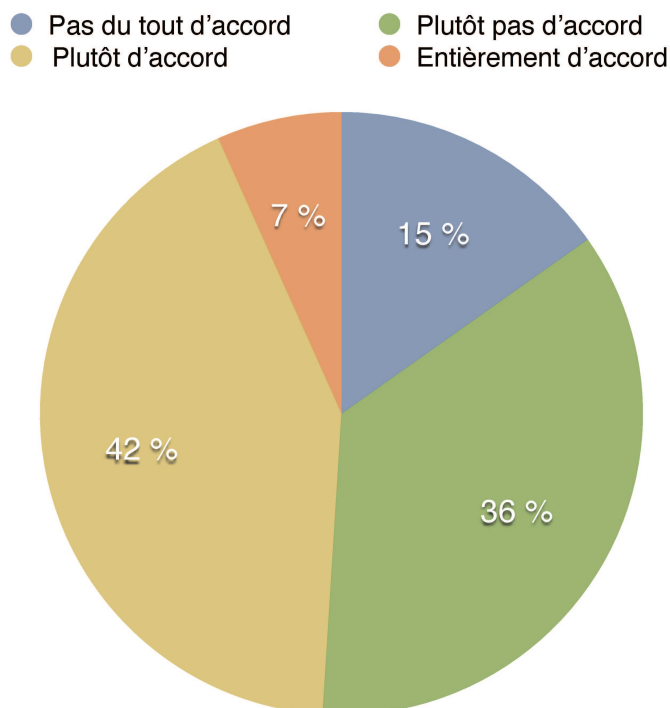
Actions à mettre en place pour l'attractivité dans les territoires médicalement sous dotés

ENGAGER UNE CAMPAGNE DE RECRUTEMENT DE MAITRES DE STAGE DANS LES ZONES SOUS DOTEES ET REVALORISER LE MONTANT DE L INDEMNITE COMPENSATRICE	N(%)	Oui Non Données manquantes	108 (65,5) 57 (34,5) 18
AMELIORER L ACCESSIBILITÉ AU LIEU DE STAGE	N(%)	Oui Non Données manquantes	117 (71,0) 48 (29,0) 18
INSTAURER UN STAGE OBLIGATOIRE PENDANT L INTERNAT	N(%)	Oui Non Données manquantes	38 (23,0) 127 (77,0) 18
PROMOUVOIR LE CESP	N(%)	Oui Non Données manquantes	54 (32,7) 111 (67,3) 18
CREER UNE JOURNEE PORTES OUVERTES POUR DISCUTER DE L INSTALLATION DANS CES ZONES	N(%)	Oui Non Données manquantes	72 (43,6) 93 (56,4) 18
INTRODUIRE DANS LA FORMATION INITIALE UNE PREPARATION CONCRETE AUX DIFFERENTS MODES D EXERCICE DE LA MEDECINE DE VILLE AFIN D AUGMENTER L INSTALLATION ET DE DEVELOPPER LES STAGES AMBULATOIRES DANS CES ZONES	N(%)	Oui Non Données manquantes	120 (72,7) 45 (27,3) 18

8. Le système de télémédecine comme solution pour pallier le manque de médecins dans les zones médicalement sous-dotées ?



Les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) comme exemple de coordination à suivre dans les déserts médicaux pour améliorer l'organisation de la prise en charge des patients ?



9. Objectif secondaire : comparaison des zones d'exercice (KHI 2)

Nous observons qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le fait d'être en zone sous dotée et hors zone sous dotée et :

- Le manque de structure hospitalière. (29.2% versus 64.5% avec $p < 0.001$).
- L'isolement professionnel. (57.3% versus 78.9% avec $p = 0.003$).
- Les visites à domicile. (52.8% versus 75% avec $p = 0.003$).
- Le service de garde. (21.3% versus 35.5% avec $p = 0.043$).
- Les difficultés du conjoint à trouver un emploi de proximité. (68.5% versus 90.8% avec $p < 0.001$).
- L'abattement fiscal. (73% versus 50% avec $p = 0.002$).

DISCUSSION

A l'heure où les inégalités de soins dans le territoire Français ne cessent d'augmenter (entre 6 et 8 millions de Français vivent dans un désert médical) et face à la pression des Français qui sont favorables à 87% à l'obligation d'installation des médecins dans les zones sous denses selon le sondage IFOP en 2019 (13) ; le débat sur le conventionnement sélectif, sur le partage de compétences, sur l'extension de compétences de certaines professions de santé n'a jamais été aussi omniprésent dans les débats publics que lors de ces dernières années.

Le sénat via la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable publie un article s'intitulant « déserts médicaux : l'Etat doit enfin faire preuve de courage » . Celui ci donne des recommandations sur des mesures pragmatiques pour résorber les déserts médicaux dans lesquelles figurent : le stage en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) dans une zones sous dotée, la réévaluation des mesures incitatives à l'installation, le conventionnement sélectif (une arrivée pour un départ), la libération du temps médical en prolongeant le partage des compétences ainsi que le remboursement sans condition de la téléconsultation dans un désert médical. (14)

C'est dans ce contexte que cette étude a été menée sur les médecins généralistes des Hauts de France qu'ils soient en zone sous dotées ou non, pour savoir quels sont leurs points de vue sur d'éventuels freins et leviers à l'installation dans ces zones et si leur avis divergent ou non sur certaines propositions.

Ce mode de recrutement a permis une réponse analysable de 183 médecins des Hauts de France, dont 165 réponses complètes, soit plus de 90% de réponse complète, ce qui en fait une étude relativement fiable avec peu de déperditions. La relative longueur du questionnaire aurait pu être un frein aux réponses de certains médecins mais ce ne fut pas le cas, ce qui prouve

l'intérêt des médecins pour ce sujet d'actualité qui pourrait bouleverser leur profession lors des prochaines années.

Dans un premier temps, nous avons pris garde de recruter tous les médecins quelque soit la zone de démographie médicale premièrement pour augmenter la puissance de l'étude en augmentant l'effectif. La deuxième raison était d'éviter un biais lié à la sélection des médecins en zones sous dotées ou non dès le recrutement de notre étude. Enfin, même les médecins en zones sous dense ont certains freins et certains leviers qui peuvent être différents selon les professionnels. Ils ont aussi la réalité du terrain qui a pu nous permettre un objectif secondaire qui comparait les variables selon la zone géographique dans laquelle le médecin exerce.

Le mode de recrutement en partie par le biais des réseaux sociaux a pu engendrer un biais de sélection constaté par la moyenne d'âge jeune des participants qui avaient pour la majorité moins de 35 ans et composé principalement de femmes.

Concernant le mode d'exercice, les médecins de notre étude exercent principalement exclusivement en libéral, pas seul, surtout en zone urbaine ou semi urbaine, et pas au sein d'une CPTS. Il y a une répartition équitable dans notre étude entre l'exercice en zone normo-dotée et sous dotée sans différence significative ce qui permet une bonne extrapolation des résultats comparatifs. Malgré cela, l'étude a été menée dans les Hauts de France et la démographie médicale est différente selon la zone géographique du territoire. De plus, il a été difficile de recueillir des données de médecins de la Somme et de la Picardie malgré plusieurs relances auprès des ordres des médecins respectifs. De ce fait, la quasi-totalité des médecins répondants exercent dans le Nord Pas de Calais ce qui a pu engendrer un biais de sélection.

En observant la population de notre étude, travailler en zone sous dotées ne modifie pas de façon significative le nombre d'actes hebdomadaires et le nombre de visites à domicile hebdomadaires ce qui peut être une information importante pour les médecins non encore

installés. Les médecins sont d'ailleurs globalement satisfaits de leur installation avec une médiane à 8/10.

L'échelle analogique de la satisfaction de l'installation est superposable à celle de la qualité de vie personnelle et il n'a pas été démontré de différence significative sur la qualité de vie personnelle et professionnelle selon la zone géographique d'exercice.

Ensuite, concernant les principaux freins à l'installation, d'un point de vue professionnel, c'est principalement l'isolement professionnel et la désertification par les autres professions médicales et paramédicales telles que les autres spécialistes, les kinésithérapeutes, les pharmaciens ou les infirmier(e)s. Les médecins souhaitent pouvoir, en effet, disposer d'un réseau de professionnels de santé sur le territoire, sur lequel s'appuyer et y attachent une grande importance. En effet, c'est un point déterminant pour 67% des médecins de notre étude. Nos résultats sont donc soutenus par ceux d'une thèse qualitative de Grenoble se nommant « Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation. Etude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. ».(15)

En revanche, nous observons qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le fait d'être en zone sous dotée et hors zone sous dotée et l'isolement professionnel. (57.3% versus 78.9% avec $p=0.003$). Cela signifie que les médecins en zone sous dotée relèvent moins l'isolement professionnel comme un frein principal à l'installation contrairement aux médecins hors zone sous dotée qui sont majoritairement d'avis à dire que c'est un frein principal.

Est-ce parce que les médecins en zone sous dotée semblent avoir la connaissance du terrain ?
Ou est-ce un simple préjugé des médecins hors zone sous dotée ?

Ensuite, ce sont d'autres freins liés à la qualité de travail comme le volume horaire chez 72% des répondants alors qu'aucune différence significative n'a été démontrée dans notre étude concernant le nombre d'actes hebdomadaires entre les zones sous dotées et hors zones sous dotées.

De plus, une majorité de médecins de notre étude considère que la difficulté à trouver un remplaçant est le frein principal. Pour pallier à cette difficulté, les 2 principales solutions des médecins de notre enquête pour l'attractivité d'un remplaçant dans les zones sous dotées seraient principalement les avantages en nature et/ou en espèce et un secrétariat sur place.

Les visites à domicile restent aussi un frein majeur à l'installation dans les zones sous dotées à 63% ainsi que la difficulté à trouver un remplaçant à 70% tous les deux sans doute liés à la démographie médicale dans ces zones. Mais nous observons qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le fait d'être en zone sous dotée et normo dotée et les visites à domicile. (52.8% versus 75% avec $p=0.003$). Cela signifie que les médecins en zone sous dotée sont assez partagés concernant les visites à domicile comme frein principal à l'installation contrairement aux médecins hors zones sous dotées qui eux sont unanime et les considèrent comme un frein principal à 75%. Alors que précédemment, nous avons signalé qu'il n'y avait pas de différence significative entre le nombre de visites à domicile selon le lieu d'exercice.

A contrario, la participation au service de garde (PDSA : permanence de soins ambulatoires) n'est pas un frein à l'installation dans les zones sous-dotées pour 72% des médecins. Nous observons néanmoins qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le fait d'être en zone sous dotée et normo-dotée et le service de garde. (21.3% versus 35.5% avec $p=0.043$). En effet, globalement les médecins ne considèrent pas le service de garde comme un frein même si les médecins en zone normo-dotée se signalent significativement plus freinés par le service de garde que les médecins en zone sous dotée.

Est-ce parce que les médecins en zone sous dotée auraient la connaissance du terrain ? Ou est ce un simple préjugé des médecins hors zone sous dotée ?

Pour continuer, le manque d'infrastructure hospitalière proche n'est pas non plus un frein pour une majorité des médecins. Malgré cela, nous observons qu'il existe un lien statistiquement

significatif entre le fait d'être en zone sous dotée et hors zone sous dotée et le manque de structure hospitalière. (29.2% versus 64.5% avec $p < 0.001$). En effet, en zone sous dotée les médecins ne considèrent pas le manque de structure hospitalière comme un frein à l'installation dans ces zones contrairement aux médecins hors zone sous dense qui eux y voient un frein.

Sur un plan personnel, comme déjà souligné par le conseil national de l'ordre des médecins en 2019 (16), le principal frein est d'ordre familial et met en avant certaines difficultés dans l'organisation de la vie au quotidien. En effet, pour près de 79% des médecins de notre étude, la difficulté pour le ou la conjoint(e) à trouver un métier à proximité est un frein à cette installation. Nous observons qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le fait d'être en zone sous dotée et hors zone sous dotée et les difficultés du conjoint à trouver un emploi de proximité. (68.5% versus 90.8% avec $p < 0.001$). Cela signifie que les difficultés pour le conjoint à trouver un emploi de proximité est un frein statistiquement plus important pour les médecins en zones normo-dotées.

Est-ce parce que les médecins en zone sous dotée auraient déjà leur conjoint(e) avec un emploi à proximité ? Est ce un simple préjugé des médecins hors zone sous dotée ?

De plus, le manque de temps personnel, le manque d'infrastructure tels que les magasins, écoles, crèches, infrastructures sportives ou administratives etc ainsi que l'éloignement familial viennent compléter les freins personnels.

Dans la deuxième partie de l'étude, nous nous sommes intéressés aux leviers et déterminants majeurs qui pourraient faire franchir ce cap de l'installation dans les zones sous denses. Malgré les fortes mesures incitatives mises en place ces dernières années, l'Etat fait face à une baisse de la démographie médicale en France et donc à une baisse de l'offre de soins primaires ainsi qu'à une préoccupation de plus en plus importante de la population qui fait face à des inégalités territoriales en terme d'offre médicale. (17) Certaines mesures coercitives ont été abordées à

l'assemblée nationale et au sénat comme la généralisation obligatoire du stage en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) de six mois pour les étudiants de dernière année de médecine générale, prioritairement dans des zones sous-dotées pour étudier l'opportunité de concentrer ce dispositif, le cas échéant, uniquement sur ces zones ; le conventionnement sélectif, afin de limiter les installations des médecins dans les zones sur-dotées selon un principe « une arrivée pour un départ » ; prolonger les partages de compétences en autorisant un exercice plus autonome des professions paramédicales par l'assouplissement du régime des pratiques avancées ; envisager de nouvelles extensions législatives de compétences de certaines professions de santé, pour libérer du temps médical dans les territoires, sans porter atteinte à la sécurité des soins. (18) Depuis la rédaction de cette thèse, une 4ème année d'internat en médecine générale a été officialisée le 2 décembre 2022 par l'Assemblée nationale. Elle s'appliquera dès la rentrée scolaire 2023 aux nouveaux internes en médecine générale.

C'est en grande partie avec ces propositions et les débats actuels que les propositions de réponse ont été établies.

Le premier levier à mettre en oeuvre est celui de la majoration de la tarification à l'acte dans ces zones pour 65,5% des répondants. L'enquête pour cette thèse a été effectuée avant que la consultation chez le généraliste, actuellement à 25 euros, passe à 26,50 euros. La CNAM n'a pas encore dévoilé sa proposition pour les généralistes acceptant de s'engager dans un « contrat d'engagement territorial » pour une consultation qui serait fixée 30 euros qui vise à augmenter l'offre de soin par les médecins et pour répondre notamment à la problématique des déserts médicaux. Notre thèse corrobore donc cette nécessité d'augmenter le prix de la consultation de base au moins dans ces zones médicalement sous denses afin d'attirer plus d'installation dans un futur proche.

Dans le même ordre idée, un abattement fiscal plus intéressant pour les zones sous dotées serait un levier intéressant pour une éventuelle installation selon notre étude. Actuellement, un

médecin libéral peut bénéficier d'une exonération totale d'impôt durant 5 ans, dans des zones franches urbaines, puis partielle pendant 9 ans. A la 6ème année, l'exonération est de 60%, à la 7ème de 40%, à la 8ème de 20%.

Nous observons qu'il existe un lien statistiquement significatif entre le fait d'être en zone sous dotée et normo dotée et l'abattement fiscal. (73% versus 50% avec $p=0.002$).

Les médecins en zone sous dotées sont statistiquement plus favorable à l'abattement fiscal dans leur zone ; cela est sans doute lié notamment au lieu d'installation.

D'autres leviers ont également été mis en avant dans notre enquête comme l'amélioration de l'accessibilité des lieux de stage dans les déserts médicaux ce qui souligne le manque d'infrastructure non médicale dans ces zones. Un nombre majoritaire de médecins sont d'avis qu'une campagne de recrutement des maîtres de stage dans ces zones avec une revalorisation du montant de l'indemnité compensatrice dans celle-ci pourrait être un levier efficace contre la désertification médicale.

Alors que l'état propose certaines solutions pour remédier aux zones médicalement sous denses, certaines sont jugées inefficaces ou insuffisantes pour les médecins de notre étude. En effet, parmi elles, le conventionnement sélectif n'en est pas une pour 81% des répondants. Ensuite, la coopération médicale-paramédicale avec les délégations d'actes, les pratiques avancées avec les infirmier(e)s de pratiques avancées non plus pour 67% des médecins de notre étude. De plus, une mesure phare du gouvernement pour lutter contre les déserts médicaux qui est le stage obligatoire dans les zones médicalement sous dotées n'est pas un levier à l'installation efficace pour 77% des médecins de notre étude. Il en est de même pour les aides financières proposées par l'ARS (54%), le CESP (67%), l'organisation du territoire par les CPTS (78%) ainsi que le salariat par les communes (69%). Nous pouvons donc nous questionner sur l'efficacité de ces mesures, sont-elles suffisantes? Sont-elles vraiment conformes aux attentes des médecins? La non-imposition des aides financières allouées par l'Etat ne serait elle pas judicieuse? (19)

La télémédecine n'est pas une solution efficace pour pallier le manque de médecins pour plus de 85% des sondés, de même pour la proposition du sénat visant à obliger les nouveaux médecins à exercer un certain nombre d'année en zone sous dotées pour pouvoir être conventionnés et qui est réprouvé par 87% des sondés également.

CONCLUSION

C'est dans un moment charnière de négociation entre les syndicats de médecins et le gouvernement que cette thèse fut réalisée pour répondre à une problématique complexe qui est de lister les différents freins et leviers à l'installation des médecins généralistes remplaçants ou installés des Hauts de France. C'est dans un climat de plus en plus tendu entre la nécessité de répondre à la demande croissante de la population sur le plan médical, démographique, la nécessité de couverture de patients en affection de longue durée et le manque de médecins généralistes que le gouvernement met en place progressivement des mesures de plus en plus incitatives voire coercitives. Conjointement à cela, les médecins généralistes dénoncent globalement des conditions de travail de plus en plus difficiles qu'elles soient médicales, démographiques, administratives voire financières. Ce sont ces dernières que nous avons voulu mettre en lumière dans notre étude.

De ce fait, certains freins apparaissent nettement majoritaires dans notre étude, liés principalement à la démographie de la population et donc à la démographie médicale comme : l'isolement professionnel, la désertification par les autres professions médicales et paramédicales, la difficulté à trouver un remplaçant et les visites à domicile ainsi que sur un plan plus personnel : les difficultés familiales liées à l'éloignement et au manque d'infrastructures.

D'autres freins liés à la qualité de travail sont prédominants avec un volume horaire de plus en plus important avec, par exemple, des visites à domicile avec une population qui vit de plus en plus longtemps et en bonne santé et donc à domicile. Dans ces conditions, le manque de médecin de plus en plus criant dans ces zones sous dotées devient de plus en plus problématique.

Dans notre étude, la majorité des médecins souhaitent une revalorisation de l'acte en voyant les frais croissants et les charges en nette augmentation. De plus, l'une des requêtes des

sondés souligne la volonté d'une mise en place d'un abattement fiscal dans les zones médicalement sous dotées.

Un des points important que le gouvernement souhaite mettre en place est la délégation d'acte avec une coopération médicale-paramédicale ainsi que la mise en place de pratique avancée avec les infirmier(e)s de pratique avancée pour faire face à la diminution de la démographie médicale pour éventuellement suivre les patients chroniques stabilisés par le médecin généraliste. Ce point est majoritairement jugé inefficace ou insuffisant comme levier à l'installation dans ces zones.

Une des mesure phare prise récemment par le gouvernement qui consiste à augmenter d'une année l'internat de médecine générale et avec l'obligation de réaliser un stage dans une zone sous dotée au cours de cette 4eme année d'internat ce qui correspond à la 10eme année de médecine. Celle-ci n'est pas un levier efficace à l'installation des médecins dans ces zones pour la franche majorité des médecins généralistes de notre étude.

A contrario, certains leviers à l'installation dans les zones sous médicalisée semblent efficaces pour une majorité de médecins de notre étude. En effet, l'amélioration de l'accessibilité des lieux de stage dans les zones sous médicalisées peut être un axe de réflexion pour une majorité de médecins sondés ainsi qu'une campagne de recrutement des maîtres de stage dans ces zones avec une revalorisation du montant de l'indemnité compensatrice dans celle ci pourrait être un levier efficace contre la désertification médicale.

Les vifs débats actuels sur la notion d'accès aux soins m'ont fait réfléchir sur la notion d'accessibilité à un médecin généraliste selon la zone géographique et donc sur les potentiels freins et leviers à l'installation des médecins généralistes dans ces zones. Ces derniers amènent à une réflexion complexe avec de nombreuses réponses possibles et un manque de consensus sur les solutions efficaces à adopter pour remédier aux problèmes soulevés. Ce problème de santé publique doit faire l'objet de toute l'attention de nos dirigeants actuels et

futurs afin de conserver l'efficacité de notre système de santé et le pérenniser pour les années à venir.

QUESTIONNAIRE

Les principaux freins et leviers à l'installation des médecins généralistes dans les zones médicalement sous dotées des Hauts-de-France

Partie 1 : Etude de la population

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

- 35 ans ou moins
- 36 ans à 45 ans
- 46 ans à 55 ans
- 56 ans à 65 ans
- Plus de 66 ans

Vous êtes ?

- Une femme
- Un homme

Exercez-vous actuellement en zone médicalement sous-dotée ? (zones ZIP zones d'intervention prioritaire, ZAC zones d'action complémentaire et ZAR zones d'accompagnement régional selon l'ARS) (Si vous ne savez pas, trouvez votre commune en un clic : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/zonage-medecins-liberaux-en-hauts-de-france-trouvez-votre-commune>)

- Oui
- Non

Dans quelle zone géographique majoritaire se situe votre lieu d'exercice ?

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Comment exercez-vous ? (Cochez la ou les réponses)

- Seul
- Au sein d'une MSP (maison de santé pluriprofessionnelle)
- Au sein d'une CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé)
- Au sein d'une ESP (équipe de soin primaire)

- Activité libérale
- Activité salariée
- Activité mixte

Depuis combien de temps (en année) êtes-vous installé ? (Ne pas répondre si médecin remplaçant)

- 3 ans ou moins
- Entre 4 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- 21 ans ou plus
- Sans réponse(NA)

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

- Strictement moins de 80
- Entre 80 et 100 inclus
- Entre 101 et 120 inclus
- Entre 121 et 150 inclus
- Strictement plus de 150

Combien de visites à domicile faites-vous par semaine ?

- De 0 à 5
- De 6 à 10
- De 11 à 15
- De 16 à 20
- 21 ou plus

Partie 2 : satisfaction personnelle et professionnelle depuis l'installation. (ne pas répondre si médecin remplaçant)

Etes vous globalement satisfait de votre installation (sur une échelle de 1 : pas du tout satisfait à 10 : pleinement satisfait) ? (ne pas répondre si médecin remplaçant)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sans réponse

Comment évaluez-vous votre qualité de vie personnelle sur une échelle de 1 à 10 ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sans réponse

Comment évaluez-vous votre qualité de vie professionnelle sur une échelle de 1 à 10 ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sans réponse

Concernant votre qualité de vie personnelle et professionnelle depuis votre installation : (Ne pas répondre si médecin remplaçant)

- Augmenter
- Sans changement
- Diminuer
- Sans réponse

Est ce que votre qualité de vie personnelle s'est modifiée depuis votre installation ?

- Augmenter
- Sans changement
- Diminuer
- Sans réponse

Est-ce que votre qualité de vie professionnelle s'est modifiée depuis votre installation ?

- Augmenter
- Sans changement
- Diminuer
- Sans réponse

Avez-vous déjà songé à changer de lieu d'installation ? (Ne pas répondre si médecin remplaçant)

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Sans réponse

Avez vous déjà été pris en charge pour un burn-out, ou à moindre mesure avez vous déjà ressenti un épuisement professionnel ?

Avez-vous déjà été pris en charge pour un burn out ?

- Jamais

- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Sans réponse

Avez-vous déjà ressenti un épuisement professionnel ?

- Jamais
- Rarement
- Parfois
- Souvent
- Sans réponse

Partie 3 : Freins et leviers potentiels à l'installation dans les zones médicalement sous dotées

Quels sont, pour vous, les principaux freins à l'installation des futurs médecins dans ces zones sous dotées d'un point de vue professionnel? (plusieurs réponses possibles)

- Aucun
- Manque de temps avec le patient
- Mauvaise qualité de soins
- Manque de structures hospitalières proches
- La désertification de certaines zones sous dotées par d'autres professions (isolement professionnel) tel que les pharmaciens, IDE, kinésithérapeutes et spécialistes médicaux
 - Difficultés administratives
 - Volume horaire de travail
 - Visite à domicile dans un périmètre important (éloignées géographiquement par rapport au cabinet)
 - La participation au service de garde en dehors des horaires d'ouverture du cabinet (permanence de soins)
 - La difficulté à trouver un médecin remplaçant

Quels sont, pour vous, les principaux freins à l'installation des futurs médecins dans ces zones sous dotées d'un point de vue personnel? (plusieurs réponses possibles)

- Aucun
- Manque de temps personnel

- Le manque d'infrastructures tels que les magasins, restaurants, écoles, salle de sport, cinéma...
- Eloignement familial
- La difficulté pour le/la conjoint(e) à trouver un métier à proximité du lieu d'installation

Quels sont (ou seraient) pour vous les solutions pour faciliter la venue des remplaçants dans une zone sous dotée ?

- Mise en place d'un dossier médical partagé afin d'assurer la continuité des soins sereinement
- Un secrétariat sur place pour alléger la charge administrative
- Une prise de rendez-vous sur logiciel pour que le remplaçant adapte son planning
- Avantages financiers / fiscaux lors de la venue d'un remplaçant dans une zone sous dotée
- Un logement gratuitement mit à la disposition des médecins remplaçants

Quelles sont (ou seraient) selon vous les solutions les plus efficaces pour lutter contre la désertification médicale dans ces zones sous dotées ?

- La création de maisons de santé pluriprofessionnels (MSP)
- Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)
- Le salariat par les communes
- Les aides financières incitatives de l'ARS (contrat d'aide à l'installation des médecins, CESP (contrat d'engagement de service public, contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) etc...)
- Les aides matérielles à l'installation (mise à disposition d'un cabinet avec équipement médical)
- Majorer la tarification à l'acte dans ces zones sous dotées
- Instaurer une régulation de l'installation des médecins pour en assurer une égale répartition sur le territoire (conventionnement sélectif)
- Bénéficier d'un abattement de 50 % sur le bénéfice imposable pour les médecins généralistes installés en zone sous dotée.
- Rendre plus attractif le cumul emploi-retraite dans les zones sous-dotées par la diminution voire la suppression de la cotisation de retraite
- Simplifier et valoriser le recours aux statuts intermédiaires comme celui d'assistant ou de collaborateur, susceptibles de favoriser l'accès progressif à l'installation libérale des praticiens
- Favoriser le développement des coopérations entre professionnels de santé (délégations d'actes, pratiques avancées)

Quels sont pour vous les actions à mettre en place pendant les études médicales pour promouvoir l'installation dans ces zones ?

- Engager une campagne de recrutement de maîtres de stage dans les zones sous-dotées et revaloriser le montant de l'indemnité compensatrice
- Améliorer l'accessibilité au lieu de stage (transports, lieu d'habitation sur place, aides financières...)
- Instaurer un stage obligatoire en zone sous médicalisée pendant les études
- Promouvoir le CESP (contrat d'engagement du service public) de part l'intervention de plusieurs médecins de ces zones sous dotées avec leur retour d'expérience sur le terrain afin de les sensibiliser dès les premières années d'études de médecine
- Créer une journée "portes ouvertes" afin de favoriser l'échange entre futurs confrères et de discuter de l'installation dans ces zones
- Introduire dans la formation initiale une préparation concrète aux différents modes d'exercice de la médecine de ville (gestion administrative et financière du cabinet, animation d'équipe, relations avec les interlocuteurs, explication du salariat...) qui augmenterait le nombre d'installations et donc développerait les stages ambulatoires dans les zones sous-dotées

Pensez-vous que le système de télémédecine soit une solution pour pallier le manque de médecins dans les zones médicalement sous-dotées ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Entièrement d'accord

Pensez vous que les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) soient un exemple de coordination à suivre dans les déserts médicaux pour améliorer l'organisation de la prise en charge des patients ?

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Entièrement d'accord

Que pensez-vous de la proposition de projet de loi visant les nouveaux médecins à exercer obligatoirement un certain nombre d'années en zone sous dotée ? (conventionnement sélectif)

- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Entièrement d'accord

ANNEXES

1. LIEN URL DU QUESTIONNAIRE DE THESE (LimeSurvey)

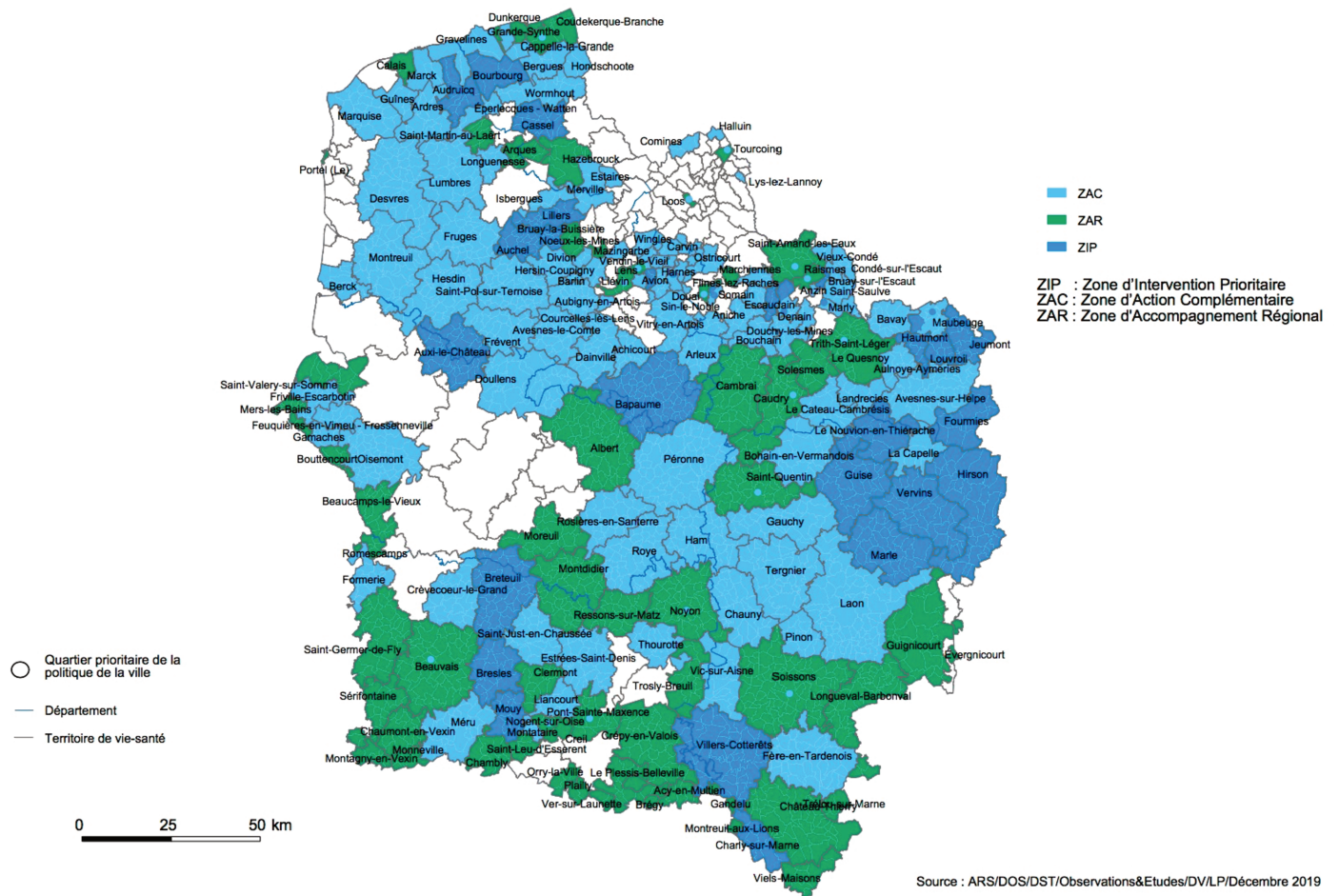
<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/967236?lang=fr>

2. LIEN URL DE LA ZONE GEOGRAPHIQUE DU LIEU D'EXERCICE

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/zonage-medecins-liberaux-en-hauts-de-france-trouvez-votre-commune> (12)

3. CARTOGRAPHIE DU ZONAGE DES MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS DE FRANCE

Zonage médecins généralistes Hauts-de-France



4. DPO



RÉCÉPISSÉ DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Les freins et leviers à l'installation des médecins généralistes dans les zones médicalement sous dotées des Hauts de France.
Référence Registre DPO : 2022-121
Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Antoine VERJEOT

Fait à Lille,

Le 29 Mars 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

BIBLIOGRAPHIE

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) ; « *En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population : Etudes et résultats* » ; février 2020, numéro 1144. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
2. Sénat ; « *Comptes rendus analytiques officiels du 12 novembre 2021 sur le financement de la sécurité sociale pour 2022* » ; Article 40 et 41 du code de la santé publique. URL : https://www.senat.fr/cra/s20211112/s20211112_2.html
3. L'Assurance maladie ; Améli Lille-Douai ; « *Aide à l'installation ou à la pratique du médecin dans les zones sous-dotées* » ; 25 janvier 2023. URL : <https://www.ameli.fr/lille-douai/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
4. ARS Hauts de France ; « *L'ARS Hauts de France étend fortement les aides financières à l'installation et au maintien des médecins généralistes libéraux* » ; 28 avril 2022. URL : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-etend-fortement-les-aides-financieres-linstallation-et-au-maintien-des>
5. JEDAT Vincent, DESNOUHES Alexandre, ANDRIEUX Marine et al., « *État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine* », Santé Publique, 2022/2 (Vol. 34), p. 231-241. DOI : 10.3917/spub.222.0231. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-2-page-231.htm>
6. Rapport du Dr Sophie AUGROS, Déléguée nationale à l'accès aux soins ; « *Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins* » ; Septembre 2019. URL : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf
7. Conseil national de l'Ordre des médecins ; « *Enquête sur les déterminants à l'installation* » ; 11 avril 2019. URL : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>

8. Ministère des solidarités et de la santé ; Ma Santé 2022 ; « *Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ?* » 3 mai 2019. URL : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_acces_aux_soins_avril2019_vdef.pdf
9. Clémence Arnaud, Pierre Thiron ; « *Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés* » ; articles L 122. 4, articles L 335.2- L 335.1 ; 13 Nov 2013. URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065/document>
10. Sénat ; « *Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses !* » ; Rapport d'information n° 282 (2019-2020) ; 29 janvier 2020. URL : https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282_mono.html
11. Sondage IFOP « *Le regard des Français sur les déserts médicaux* » ; Juin 2023. URL : <https://www.ifop.com/publication/le-regard-des-francais-sur-les-deserts-medicaux/>
12. URL lien questionnaire : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/zonage-medecins-liberaux-en-hauts-de-france-trouvez-votre-commune>
13. Sondage IFOP « *Le regard des Français sur les déserts médicaux* » ; Juin 2023. URL : <https://www.ifop.com/publication/le-regard-des-francais-sur-les-deserts-medicaux/>
14. Hervé MAUREY et Jean-Francois LONGEOT ; Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable ; « *Déserts médicaux : des inégalités territoriales d'accès aux soins de plus en plus importantes* » ; Janvier 2020. URL : <https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282-syn.pdf>
15. Clémence Arnaud, Pierre Thiron ; « *Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés* » ; articles L 122. 4, articles L 335.2- L 335.1 ; 13 Nov 2013. URL : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065/document>

16. Conseil national de l'Ordre des médecins ; « *Enquête sur les déterminants à l'installation* » ; 11 avril 2019. URL : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>

17. Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela (DREES) ; Dossier de la DRESS ; « *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques : les leçons de la littérature internationale* » ; Décembre 2021. URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

(18) Sénat ; « *Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses !* » ; Rapport d'information n° 282 (2019-2020) ; 29 janvier 2020. URL : https://www.senat.fr/rap/r19-282/r19-282_mono.html

(19) Rapport du Dr Sophie AUGROS, Déléguée nationale à l'accès aux soins ; « *Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins* » ; Septembre 2019. URL : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf

WEBOGRAPHIE

1. Benjamin BRABANT ; Thèse de DES de médecine générale ; « *Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées* » ; 2013. URL : http://www.bichat-larib.com/publications/documents/4408_Brabant_Influence_des_aides_incitatives_sur_l_installation_de_medecins_generalistes_en_zones_sous-dotees.pdf

2. Julia M Bes, Linda E Flinterman, Ana I González, Ronald S Batenburg ; PubMed ; « *Recruitment and retention of general practitioners in European medical deserts: a systematic review* » ; Février 2023. URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36854290/>

3. Nanhy ONTSAGAH LEMBEME, Sous la direction de la professeure Johanne SAISON ; Mémoire de recherche dans le cadre d'un Master 2 Droit de la santé Droit et Politiques de santé ; « *Les déserts médicaux, problématique majeure de notre système de santé* » ; Année 2021-2022. URL : https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Mem_Droit/2022/ULIL_DMDT_2022_021.pdf
4. Guillaume Chevillard, Julien Mousquès (Irdes) ; Institut de recherche et documentation en économie de la santé ; Questions d'économie de la Santé ; « *Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous dotées en offre de soins ?* » ; Mars 2020. URL : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>
5. Julien MOUSQUES, Guillaume CHEVILLARD ; CES asso ; « « *Déserts médicaux* » : *quelles réponses d'ici 2030, et au-delà... ?* » ; Février 2022. URL : <https://www.ces-asso.org/deserts-medicaux-quelles-reponses-dici-2030-et-au-dela>
6. Assemblée nationale ; Proposition de loi n°5091 visant à favoriser l'installation de médecins en zone sous-dotées ; Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2022. URL : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b5091_proposition-loi#
7. Association des maires ruraux de France (AMRF) ; « *Accès aux soins en milieu rural : la bombe à retardement ?* » ; Mars 2021. URL : <https://www.calameo.com/read/005307989239a0f96f4f2>

AUTEUR : Nom : VERJEOT

Prénom : Antoine

Date de soutenance : 1er février 2024

Titre de la thèse : Les principaux freins et leviers à l'installation des médecins généralistes dans les zones médicalement sous dotées des Hauts de France

Thèse - Médecine - Lille « 2024 »

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : DES de Médecine générale

Mots-clés : Zones sous dotées - Déserts médicaux - Installation - Médecins généralistes

Résumé :

La désertification médicale est un problème de santé publique majeur de ces prochaines années qui nécessite des réponses rapides et efficaces. Il est important de prendre en compte tous les facteurs influençant l'installation des médecins pour trouver des solutions durables à ce problème. C'est pourquoi notre étude se penche sur les freins et leviers à l'installation des médecins généralistes dans les zones médicalement sous dotées des Hauts de France. 183 médecins généralistes thésés des Hauts de France ont répondu à notre questionnaire et recrutés par le biais de mails ainsi que par les réseaux sociaux. Nous avons réalisé une analyse descriptive univariée et une analyse par lien de causalité de 2 variables (médecins exerçants en zones médicalement sous dotées et hors zone sous dotées) par test KHI-2. D'un point de vue professionnel, c'est principalement l'isolement et la désertification par les autres professions médicales et paramédicales ainsi que les visites à domicile et la difficulté à trouver un médecin remplaçant qui sont des freins à l'installation. Sur le plan personnel, le principal frein est d'ordre familial et touche au cadre de vie. Avec notamment la difficulté pour le ou la conjoint(e) à trouver un métier à proximité, au manque de temps personnel et d'infrastructure tels que les magasins, écoles etc, ainsi que l'éloignement familial. A contrario, la participation à la permanence de soins ambulatoires ne semble pas être un frein à l'installation dans les zones sous-dotées. Le premier levier à l'installation mis en avant dans notre étude est la majoration de la tarification à l'acte dans ces zones sous dotées. C'est dans un moment charnière de négociation entre les syndicats de médecins et le gouvernement que cette thèse fut réalisée. Cette notion d'accessibilité aux soins débouche sur une réponse complexe, difficile, qui nous amènent à poursuivre les débats dans un domaine plus qu'important qu'est la santé.

Composition du Jury :

Président : Professeur Nassir MESSAADI

Asseseurs : Docteur José DELANNOY

Directeur de thèse : Docteur Charles CAUET