

# **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CESP** : Contrat d'engagement de Service Public

**CDOM** : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire

**MEP** : Mode d'Exercice Particulier

**MSP** : Maison de Santé Pluri professionnelle

**NS** : Non Significatif

**PACS** : Pacte Civil de Solidarité

**PRS** : Plan Régional de Santé

**PSP** : Pôle de Santé Pluri professionnel

**RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

**SAMU** : Service d'Aide Médicale d'Urgence

**SCM** : Société Civile de Moyen

**SCP** : Société Civile Professionnelle

**URSSAF** : Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales

**ZRR** : Zone de Revitalisation Rurale

**ZRU** : Zone de Redynamisation Urbaine

**ZUS** : Zone Urbaine Sensible

**$\sigma$**  : Écart-type

# **PLAN**

## **Remerciements**

## **Liste des abréviations**

## **Introduction**

## **Matériels et méthodes**

La population

Le questionnaire

L'analyse statistique

## **Résultats**

La population

La formation

L'exercice actuel

L'installation

Mesures incitatives à l'installation

## **Discussion**

À propos de la méthode

À propos des résultats

## **Conclusion**

## **Bibliographie**

## **Liste des tableaux et figures**

## **Table des matières**

## **Annexes**

# 1. INTRODUCTION

La démographie médicale est un thème récurrent depuis plusieurs années dans les médias spécialisés ou non dans le domaine médical. Elle fait l'objet de nombreux rapports ou études, de plus en plus alarmistes et pas un mois ne passe sans que les journaux ne communiquent sur le sujet des "déserts médicaux".

Autrefois considérée comme le principal facteur régulant l'offre de soins et donc les dépenses de santé, la démographie médicale est un enjeu majeur de santé publique et devient une question de société. La densité médicale n'a jamais été aussi élevée que sur la dernière décennie avec au 1er janvier 2014 297,8 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants. Pourtant son évolution inquiète dans les prochaines années pour différentes raisons [1-5] :

- Les générations de jeunes médecins arrivant actuellement sur le marché du travail ont été limitées par un numérus clausus particulièrement drastique dans les années 90

- L'âge élevé de nombreux praticiens sortis avant 1971 (instauration du numérus clausus) dont la cessation d'activité est proche, ajoutée aux cessations d'activité temporaires chaque année (environ 1000) ne seront compensées qu'à partir de 2020

- L'augmentation de la population sur cette même période entraînant une augmentation de la demande de soins

- L'éducation toujours perfectible des patients à l'utilisation rationnelle de l'offre de soins : médicalisation du moindre symptôme, recours quasi systématique aux médicaments et aux soins, impatience face à la pathologie, second voire triple avis, obligation de résultats au lieu de l'obligation de moyens

- La diminution de l'offre de soins du fait de la réduction du temps de travail effectif des médecins à cause de l'augmentation des tâches administratives non médicales, de la féminisation grandissante de la profession, des souhaits des professionnels de concilier vie privée/vie professionnelle

- L'organisation du système de soins primaires qui confère au médecin généraliste de premier recours un rôle central dans la prise en charge du patient [6]

- La liberté d'installation, élément fondamental du secteur libéral, a conduit à des inégalités de répartitions

En effet c'est au moment où les médecins n'ont jamais été aussi nombreux que le constat de leur inégale répartition, et même de leur quasi absence dans certaines zones occupe le devant de la scène [7] : la densité médicale, n'est donc pas un facteur fiable ni pertinent pour apporter des solutions.

Une des réponses à apporter est de mieux répartir les médecins sur ces territoires en s'appuyant sur les bassins de vie à l'échelle locale et sur l'ensemble des partenaires intervenant dans cette problématique: ministère de la santé, de l'aménagement et du développement du territoire, collectivités territoriales, élus locaux, caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), agence régionale de santé (ARS), unions syndicales des médecins... Ceci est l'objectif des mesures incitatives : corriger l'hétérogénéité de l'offre de soins médicaux.

Le constat de l'existence de déserts médicaux n'est pas nouveau et des dispositifs ont été mis en place pour y remédier par presque tous les gouvernements successifs depuis le début des années 90 [8]. On retrouve les mesures structurelles avec la planification régionale de l'offre de soins confiée à chaque ARS qui élabore son plan régional de santé (PRS), la nouvelle organisation de la permanence de soins qui est devenue depuis 2003 une obligation collective basée sur le volontariat individuel [8] organisée autour d'un mécanisme de régulation des appels téléphoniques par le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) et enfin des mesures ont été prises pour soutenir et développer les projets de maisons et pôle de santé pluridisciplinaires (MSP et PSP).

A côté des mesures structurelles il existe un ensemble de dispositifs incitatifs ciblés, qui ont vu le jour au cours des années 2000 avec la loi du 23 février 2005 concernant le développement des territoires ruraux, l'avenant n°20 à la convention médicale de l'assurance maladie de 2005 approuvée par arrêté du 23 mars 2007, dispositif modifié dans le cadre de la nouvelle convention médicale entrée en vigueur le 26 septembre 2011, la loi HPST de 2009 puis le Pacte Territoire Santé de 2012. Toutes ces lois successives témoignent d'une politique incitative croissante au cours de ces dernières années.

Cependant toutes ces mesures n'ont pas fait preuve de leur efficacité jusqu'ici puisque la situation continue de se dégrader [8-9]. Ceci peut résulter d'une information insuffisante des futurs médecins qui ignorent les avantages liés à une installation en zones fragiles ou tout simplement d'une insuffisance de moyens régionaux de pilotage permettant d'évaluer précisément les besoins comme l'efficacité des mesures incitatives [9].

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013 par le biais d'une étude menée auprès des médecins débutant une nouvelle activité entre le 1er janvier 2008 et le 2 décembre 2013 dans les zones fragiles de la région Pays de la Loire.

## **2. MATÉRIELS ET MÉTHODES**

C'est une étude descriptive quantitative transversale réalisée entre le 30 avril et le 31 octobre 2014 à l'aide d'un questionnaire manuscrit envoyé à la population cible.

### **2.1. La population**

Les critères d'inclusion de la population étaient les suivants :

- Médecin généraliste omnipraticien inscrit au tableau de l'un des conseils de l'ordre des Pays de la Loire, y compris ceux ayant un exercice particulier (par exemple acupuncture, homéopathie...)

- Débutant une nouvelle activité ambulatoire en tant que collaborateur libéral, médecin titulaire ou salarié d'un centre de soins entre le 1er janvier 2008 et le 2 décembre 2013

- En zones déficitaires, zones urbaines sensibles (ZUS), zones de redynamisation urbaine (ZRU) ou zones de revitalisation rurale (ZRR) de la région Pays de la Loire

- Ou ayant bénéficié pour cette nouvelle activité d'une aide de l'ARS des Pays de la Loire pour la création d'une maison de santé pluri professionnelle

Les critères d'exclusion de la population étaient les suivants :

- Début d'une nouvelle activité hors d'une zone déficitaire, ZUS , ZRU ou ZRR

- Exercice particulier exclusif (exemple : angiologue)

Les informations professionnelles concernant les médecins ont été obtenues grâce au fichier RPPS de l'ARS. Après accord de l'ARS sur la recevabilité de l'extraction des données de ce fichier pour un travail de thèse de médecine générale, une extraction des données concernant la période du 1er janvier 2008 au 2 décembre 2013 a été réalisée.

Le médecin devait débiter une nouvelle activité entre le 1er janvier 2008 et le 2 décembre 2013 : installation (primo-installation ou non), regroupement en maison de santé mono ou pluridisciplinaire ou changement d'adresse du cabinet.

Il pouvait avoir une activité mixte : activité(s) libérale(s) en ambulatoire et salariée (hôpital local, EHPAD...).

Les zones déficitaires ont été définies par la loi du 23 février 2005 puis redéfinies par l'ARS selon l'arrêté du 14 mai 2012 relatif à la définition des zones de mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleur répartition géographique des professionnels de santé en Pays de Loire. Les ZRR ont été définies par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995 puis modifiées par la loi relative au développement des territoires ruraux du 23 février 2005. Elles ont été complétées par arrêtés ministériels disponibles sur le site [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) en 2007,

2009, 2010, 2011, 2012 puis 2013. Les ZUS et ZRU ont été définies par décrets du 26 décembre 1996. Elles sont consultables sur le site [www.sig.ville.gouv.fr](http://www.sig.ville.gouv.fr). La liste des MSP ouvertes depuis 2008 en Pays de la Loire et ayant reçu une aide de l'ARS a été fournie par l'ARS elle-même.

Les médecins ont été sélectionnés selon les adresses de l'activité exercée qui pouvaient être différentes des adresses de correspondance signifiées dans le fichier RPPS. De ce fait elles étaient recherchées sur les pages jaunes ou les annuaires spécialisés, ce qui permettait aussi de savoir si le médecin avait un exercice particulier exclusif (exemple : angiologue).

Au total 256 médecins ont été sélectionnés. Ils étaient classés selon le code postal de l'adresse de l'activité exercée et un numéro d'anonymat leur était attribué.

## **2.2. Le questionnaire**

Pour interroger la population cible, un questionnaire anonyme manuscrit a été créé en s'inspirant de questionnaires de thèse de médecine générale. Il était composé de questions fermées regroupées en cinq parties qui abordaient : l'identité du médecin, sa formation, son exercice actuel, son installation et enfin les mesures incitatives à l'installation. Cette dernière était composée de trois sous-parties concernant les aides conventionnelles de l'assurance maladie, les aides de l'État au niveau national et enfin les aides des collectivités territoriales qui différaient selon le département d'exercice du médecin.

Chaque mesure était exposée précisément avec sa date d'entrée en vigueur. Le médecin était interrogé deux fois pour chaque mesure : « si vous avez bénéficié de la mesure a-t-elle influencé positivement l'installation ? » et « si vous en avez pas bénéficié aurait-elle influencé positivement l'installation ? ». Une échelle de Lickert : Pas du tout (1), Un peu (2), Moyennement (3) et Fortement (4) permettait d'y répondre. A la fin de chaque sous-partie le médecin était interrogé sur la possibilité d'avoir bénéficié d'une autre aide lors de son installation. Il devait décrire cette aide et évaluer avec la même échelle de Lickert l'impact sur l'installation.

Les 256 questionnaires ont été envoyés par voie postale le 30 avril 2014, accompagnés d'un courrier expliquant le travail de thèse, son intérêt, les objectifs, la population cible, le caractère anonyme et rapide avec les modalités de renvoi des réponses. Mon adresse mail était notée pour les éventuelles questions ou remarques. Dans chaque enveloppe d'envoi, était présente une enveloppe retour pré-timbrée avec mon adresse pour le renvoi de la réponse. Le numéro attribué au médecin était noté sur l'enveloppe réponse pour faciliter la relance.

Une relance auprès des médecins non répondants a été réalisée le 30 juin 2014 par voie postale pour les départements de la Loire-Atlantique, du Maine et Loire, de la Sarthe et de

la Vendée. La relance pour le département de la Mayenne a été faite sous forme électronique via un questionnaire informatique identique au format manuscrit réalisé avec Google Documents®. Il a été envoyé par courrier électronique par l'intermédiaire du conseil de l'ordre de la Mayenne. Le mail reprenait l'ensemble des explications présentes dans le courrier manuscrit et indiquait le lien sur lequel le médecin devait cliquer pour accéder au questionnaire. A la fin de celui-ci, une cellule « Envoyer votre réponse » permettait l'envoi de la réponse qui était saisie automatiquement et de façon totalement anonyme sur une feuille de calcul de tableur Excel®.

### **2.3. L'analyse statistique**

Les réponses ont été collectées jusqu'au 31 octobre 2014. Elles ont été analysées avec le tableur Excel® et le logiciel Epi Info 7.

Les variables qualitatives sont décrites en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives sont décrites en moyenne avec écart-type ( $\sigma$ ) si la distribution est normale et en médiane avec intervalle interquartile [Q1 ; Q3] si la distribution n'est pas normale.

Pour évaluer l'impact d'une mesure ou d'un attrait, nous avons regroupé les réponses Pas du tout avec Un peu (somme 1+2), correspondant à une influence nulle et Moyennement avec Fortement (somme 3+4), correspondant à une influence positive.

Le test du Khi-deux pour les variables qualitatives et le test t de Student pour les variables quantitatives ont été appliqués avec un seuil de significativité p fixé à 0,05.

### **3. RÉSULTATS**

Cent trente-sept réponses ont été collectées (53,5%). Quatorze questionnaires ont été exclus : 2 questionnaires étaient incomplets, 10 autres concernaient une installation antérieure à 2008 et 2 questionnaires ont été reçus en double. Le nombre de questionnaires retournés interprétables pour l'étude était n=123 (48%), répartis par département selon : Loire-Atlantique 18/35 (51%), Maine et Loire 36/59 (61%), Mayenne 21/37 (57%), Sarthe 26/65 (40%) et Vendée 22/60 (37%).

#### **3.1. La population**

Elle comportait 64 femmes (52%) et 59 hommes (48%). L'âge moyen des médecins était de 42,5 ans (Hommes : 46,8 ; Femmes : 38,5) avec  $\sigma$  : 10,5 ans. Il y avait une différence significative d'âge en fonction du sexe ( $p < 0,0001$ ).

On retrouvait deux nationalités : Française avec 93% (n=114) et Roumaine avec 7% (n=9). Quatre-vingt-treize virgule cinq pour cent se déclaraient en couple (mariés, PACS, concubins, n=115) et 6,5% se déclaraient célibataire (divorcé ou veuf, n=8). Parmi les médecins en couple 36% avaient un(e) conjoint(e) dans le domaine médical (n=41). Le nombre moyen d'enfants était de 2,15 ( $\pm 1,29$ ). Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe ( $p = 0,217$ ).

#### **3.2. La Formation**

Parmi les Facultés d'externat on retrouvait principalement : Angers (n=42, 34%), Nantes (n=22, 18%), Paris (n=15, 12%), la Roumanie (n=9, 7%) et Rennes (n=6, 5%). Parmi celle d'internat, étaient majoritaires : Angers (n=53, 43%), Nantes (n=26, 21%), Paris (n=10, 8%), la Roumanie (n=9, 7%) et Poitiers (n=6, 5%). Les détails des facultés d'externat et d'internat sont exposés en annexe 5 et 6.

Les médecins ont obtenu leur thèse en moyenne au cours de l'année 2001 ( $\pm 11, 2$  ans). Soixante-neuf pour cent des médecins répondants déclaraient ne pas avoir obtenu de diplôme universitaire (n=85). Parmi les 31% déclarant avoir obtenu au moins un diplôme (n=38), les intitulés figurent dans le tableau I.



Tableau I: Diplôme(s) universitaire(s) obtenu(s) ou en cours

Diplôme universitaire	n=	%	Diplôme universitaire	n=	%
Gynécologie	10	18	Education thérapeutique	1	2
Pathologie du voyageur	6	11	Médecine de catastrophe	1	2
Gérontologie / Gériatrie	5	9	Médecine légale	1	2
Médecine manuelle / Ostéopathie	4	8	Nutrition et diététique thérapeutique	1	2
Médecine du sport	4	8	Oxylogie	1	2
Médecine tropicale et humanitaire	3	5	Pédagogie médicale	1	2
Addictologie	2	4	Pédiatrie	1	2
Homéopathie	2	4	PMI	1	2
Médecine préventive en pédiatrie	2	4	Rapatriement sanitaire	1	2
Médecine d'urgence	2	4	Tabacologie	1	2
Soins palliatifs	2	4	Thérapeutique anti-infectieuse	1	2
Acupuncture	1	2	Urgence pédiatrique	1	2
Douleur	1	2			

*Commentaires :* Nous constatons que les six premiers diplômes du tableau (gynécologie, pathologie du voyageur, gériatrie/gérontologie, médecine manuelle/ostéopathie, médecine du sport, médecine tropicale et humanitaire) correspondent à plus de la moitié des diplômes obtenus.

### **3.3. L'exercice actuel**

Il se répartissait en rural (47%), semi rural (32%) et urbain (21%) : il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe ( $p=0,47$ ).

Quarante-six pour cent exerçaient en groupe pluridisciplinaire ( $n=57$ ), 36% en groupe mono disciplinaire ( $n=44$ ) et 18% en cabinet seul ( $n=22$ ). Parmi les Hommes, 24% travaillaient seul ( $n=14$ ) contre 12,5% des Femmes ( $n=8$ ), 25% travaillaient en cabinet de groupe mono disciplinaire ( $n=15$ ) contre 45% des Femmes ( $n=29$ ) et 51% travaillaient en groupe pluridisciplinaire ( $n=30$ ) contre 42% des Femmes ( $n=27$ ). Il y avait une différence significative en fonction du sexe ( $p=0,048$ ).

Le nombre moyen de médecins dans les cabinets de groupe (mono ou pluridisciplinaire) était de 3,83 avec  $\sigma : 2,13$ .

L'informatique était présente dans 99% des cabinets ( $n=121$ ). 82% des cabinets avaient un secrétariat physique ( $n=101$ ), 11,5% un secrétariat à distance ( $n=14$ ) et 6,5% ne se sont pas prononcés ( $n=8$ ).

Parmi les médecins travaillant en groupe mono et pluridisciplinaire ( $n=101$ ), 92% partageaient le dossier médical ( $n=93$ ) et 8% ne le faisaient pas ( $n=8$ ).

Le nombre moyen de demi-journées de consultation par semaine était de 7,83 (Hommes : 8,36 ; Femmes : 7,34) ( $\pm 1,6$ ). Il y avait une différence significative en fonction du sexe ( $p=0,0012$ ).

Le nombre moyen de demi-journées de repos par semaine était de 3,06 (Hommes : 2,62 ; Femmes : 3,36) avec  $\sigma : 1,41$ . Il y avait une différence significative en fonction du sexe ( $p=0,0001$ ).

Trois médecins répondants faisaient moins de 15 consultations par jour (2%, Hommes : 3), 18 moins de 20 (15%, Hommes : 4, Femmes : 14), 42 moins de 25 (34%, Hommes : 17, Femmes : 25), 38 moins de 30 (31%, Hommes : 19, Femmes : 19) et 20 en faisaient plus de 30 par jour (16%, Hommes : 16, Femmes : 4). 2 ne se sont pas prononcés (2%). Il y avait une différence significative en fonction du sexe ( $p=0,0117$ ).

Les médecins faisaient en moyenne 1,74 visites par jour (Hommes : 2,19 ; Femmes : 1,33) avec  $\sigma : 1,41$ . Il y avait une différence significative en fonction du sexe ( $p=0,0001$ ).

Les médecins prenaient en moyenne 6,19 semaines de vacances par an avec  $\sigma : 1,94$ . Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe ( $p=0,94$ ).

Soixante-dix-sept médecins avaient moins de 15 minutes de trajet entre leur domicile et le cabinet (63%), 32 moins de 30 minutes (26%), 7 moins de 45 minutes (6%) et 5 avaient plus de 45 minutes de trajet (4%). 2 des médecins ne se sont pas prononcés (2%).

### **3.4. L'installation**

Les médecins se sont installés en moyenne en fin d'année 2010 avec  $\sigma : 1,9$ ans. Pour la durée de remplacement avant leur installation, la médiane était de 24 mois avec un intervalle interquartile de [6 ; 44,25] mois. Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe ( $p=0,603$ ). Pour la durée de remplacement au sein de la zone géographique (cabinet inclus) la médiane était de 12 mois avec un intervalle interquartile de [0,25 ; 33,75] mois. Il n'y avait pas de différence significative en fonction du sexe ( $p=0,052$ ).

Quarante-trois pour cent des répondants ont succédé à un médecin ( $n=53$ ), 46% ont créé une patientèle de novo ( $n=57$ ) et 47% ont intégré un cabinet avec une surcharge de travail ( $n=58$ ). 80% des médecins sont locataires des murs du cabinet ( $n=99$ ) contre 20% de propriétaires ( $n=24$ ).

Parmi les statuts on retrouvait 14% de collaborateurs libéraux ( $n=17$ ) et 86% de titulaires du cabinet (SCM ou SCP :  $n=106$ ). Aucun n'était salarié.

Les médecins déclarant avoir été informés par la faculté de médecine sur l'installation durant le DES de médecine générale étaient 26% ( $n=32$ ) contre 74% qui n'ont pas reçu d'information par la faculté ( $n=91$ ).

La moitié des médecins a été accompagnée par des structures pour mener à bien le projet d'installation (n=62). La figure 1 relate les différentes structures accompagnantes et la figure 2 les aspects travaillés (plusieurs réponses étaient autorisées).

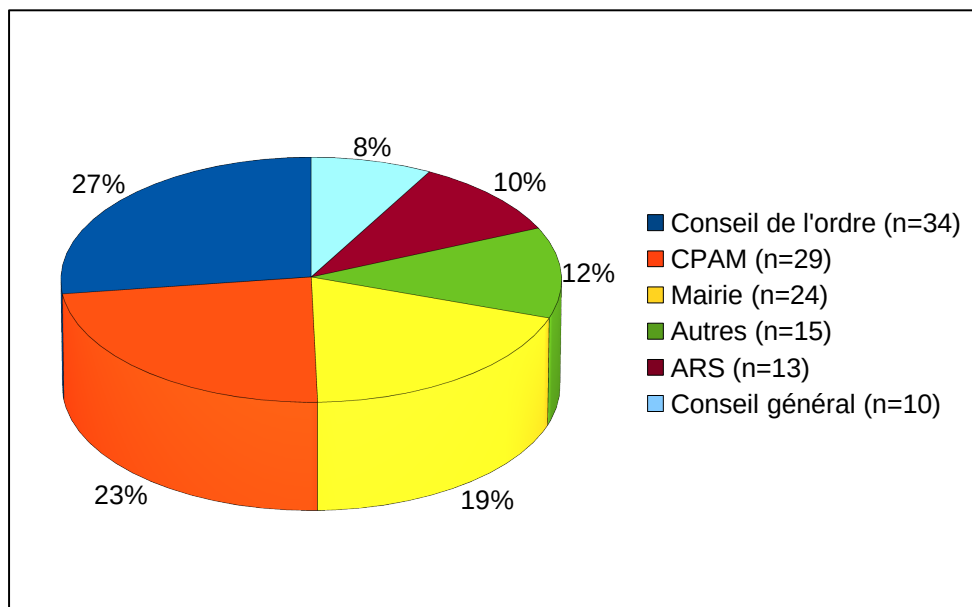


Figure 1: Répartition des structures accompagnant l'installation (n=125)

Autres (n=15) : Communauté de Communes 20% (n=3), Conseil Régional 20% (n=3), Médecin prédécesseur 13% (n=2), Hôpital local 7% (n=1), Cabinet comptable 7% (n=1), Pharmacie 7% (n=1), Partenaire 7% (n=1), Futurs associés 7% (n=1), MSA 7% (n=1), Société d'expertise juridique 7% (n=1).

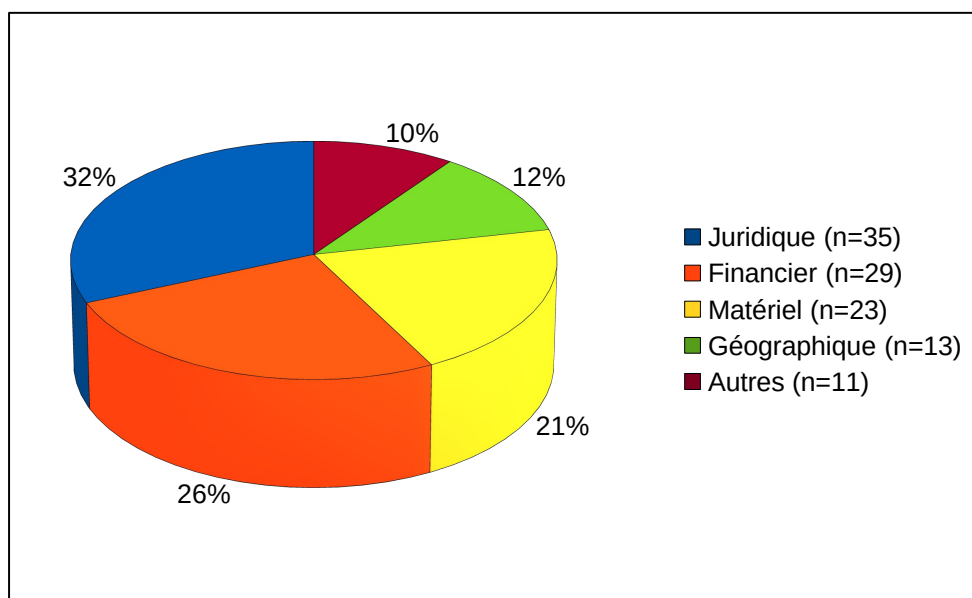


Figure 2: Répartition des aspects travaillés avec les structures (n=111)

Autres (n=11) : Administratif 46% (n=5), Aménagement des locaux 9% (n=1), Actions de santé 9% (n=1), Construction du bâtiment 9% (n=1), Construction MSP 9% (n=1), Patientèle 9% (n=1), Projet de santé 9% (n=1).

L'autre moitié des médecins n'a pas été accompagnée par des structures (n=61). La figure 3 en relate les raisons (plusieurs réponses étaient autorisées).

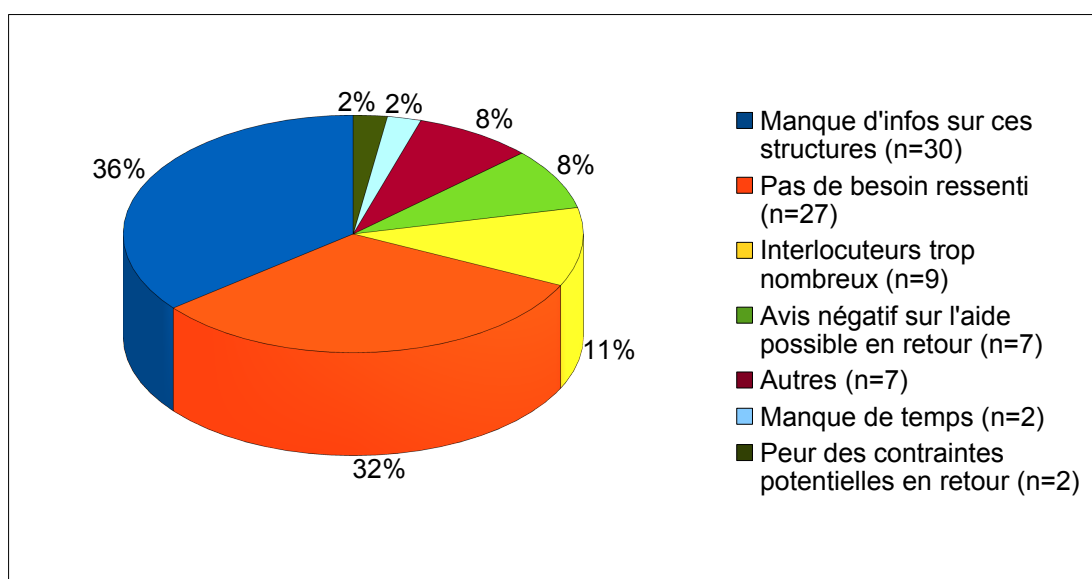


Figure 3: Répartition des raisons du non accompagnement par des structures (n=84)

Autres (n=7) : Aide absente 86% (n=6) et Difficile de penser à l'inconnu 14% (n=1).

Parmi les attraits personnels pour la zone d'installation seule la connaissance géographique de la région avait une influence positive significative (63%,  $p < 0,05$ ). Quant à la contrainte professionnelle du conjoint (67%), les activités extra professionnelles (71%), l'environnement socio-culturel (60%) et la ville d'enfance (80%), on obtenait une influence nulle significative ( $p < 0,05$ ). Idem pour l'attrait contrainte professionnelle du conjoint en fonction du sexe : influence nulle significative (75% pour les Hommes, 59% pour les femmes,  $p < 0,05$ ).

Concernant la taille de la ville d'enfance en nombre d'habitants, 32% ont déclaré une ville de moins de 5000 habitants (n=39), 19,5% moins de 15 000 habitants (n=24), 8% moins de 30 000 habitants (n=9), 6,5% moins de 50 000 habitants (n=8) et 35% ont déclaré une ville de plus de 50 000 habitants (n=43).

Parmi les attraits professionnels pour la zone d'installation, on obtenait une influence positive significative pour : horaire de travail (59%), ergonomie du cabinet (65%), opportunité professionnelle (72%) et réseau de correspondants (56%) avec  $p < 0,05$ . Quant à la proximité d'un CHU (62%) et les mesures incitatives (80%), on retrouvait une influence nulle significative ( $p < 0,05$ ). Aucune influence ne s'est dégagée de façon significative concernant l'aspect financier ( $p > 0,05$ ). Idem pour l'attrait horaire de travail chez les Hommes ( $p > 0,05$ ), contrairement chez les Femmes où l'on obtenait une influence positive significative (66%,  $p < 0,05$ ). Il y avait une différence significative en fonction du sexe pour cet attrait ( $p < 0,05$ ).

### 3.5. Mesures incitatives à l'installation

Les résultats sont détaillés dans le tableau II concernant les aides de l'assurance maladie et de l'État au niveau national. A noter que le dispositif intitulé Avenant 20 de la convention médicale de 2005 de l'assurance maladie a été remplacé par l'Option démographie issue de la convention de 2011.

Tableau II: Influence des aides de l'assurance maladie et de l'État au niveau national

Mesure incitative		Influence nulle	Influence positive	p
<i>Aides de l'assurance maladie</i>				
<b>Avenant 20 :</b> aide forfaitaire annuelle représentant 20% de l'activité (C+V) dans la zone déficitaire	Bénéficiaire (n=17, 14%)	7 41,5%	10 58,5%	N.S
	Non bénéficiaire (n=106, 86%)	65 <b>61%</b>	41 39%	<0,05
<b>Option démographie :</b> aide à l'investissement (5000€/an pendant 3ans), aide forfaitaire annuelle représentant 10% de l'activité (C+V) dans la zone	Bénéficiaire (n=24, 20%)	15 <b>62,5%</b>	9 37,5%	<0,05
	Non bénéficiaire (n=99, 80%)	65 <b>66%</b>	34 34%	<0,05
<b>Option santé territoriale :</b> aide forfaitaire annuelle représentant 20% de l'activité (C+V) dans la zone déficitaire à condition d'exercer 28j/an sous forme de vacation dans la zone	Bénéficiaire (n=0)	0	0	N.S
	Non bénéficiaire (n=123, 100%)	87 <b>71%</b>	36 29%	<0,05
<b>Dérogation parcours de soins :</b> exonération pendant 5 ans des pénalités financières des consultations hors parcours de soins	Bénéficiaire (n=11, 9%)	9 <b>82%</b>	2 18%	<0,05
	Non bénéficiaire (n=112, 91%)	90 <b>80%</b>	22 20%	<0,05
<b>PTMG :</b> complément de rémunération aux honoraires tirés de l'activité déjà perçus en zone déficitaire pour atteindre un salaire net mensuel de 3640€, avantages sociaux	Bénéficiaire (n=2, 2%)	2 100%	0	N.S
	Non bénéficiaire (n=121, 98%)	93 <b>77%</b>	28 23%	<0,05
<i>Aides de l'État au niveau national</i>				
<b>Exonération de l'impôt sur le revenu de la permanence des soins :</b> sur les rémunérations au titre de la permanence des soins à hauteur de 60j/an en zone déficitaire	Bénéficiaire (n=56, 46%)	43 <b>76%</b>	13 24%	<0,05
	Non bénéficiaire (n=67, 54%)	43 <b>64%</b>	24 36%	<0,05
<b>Exonération de la taxe professionnelle :</b> à compter de l'année suivant l'installation en ZRR seulement et accordée pour une durée de 2 à 5ans	Bénéficiaire (n=15, 12%)	11 <b>73%</b>	4 27%	<0,05
	Non bénéficiaire (n=108, 88%)	77 <b>71%</b>	31 29%	<0,05

<b>Exonération des charges sociales :</b> d'une partie des cotisations patronales de sécurité sociale pendant 12mois pour l'embauche d'un salarié en ZRR ou ZRU	Bénéficiaire (n=2, 2%)	2 100%	0	N.S
	Non bénéficiaire (n=121, 98%)	84 <b>69%</b>	37 31%	<0,05
<b>Exonération d'impôts sur les sociétés ou revenus :</b> totale pendant 5ans puis dégressive durant 9ans au titre d'une installation en ZRR ou ZRU	Bénéficiaire (n=6, 5%)	3 50%	3 50%	N.S
	Non bénéficiaire (n=117, 95%)	67 <b>57%</b>	50 43%	<0,05
<b>Contrat d'engagement de service public :</b> allocation mensuelle étudiante contre un engagement d'exercer dans une zone fragile pendant une durée égale à celle de l'allocation	Bénéficiaire (n=1, 1%)	0	1 100%	N.S
	Non bénéficiaire (n=122, 99%)	92 <b>75%</b>	30 25%	<0,05
<b>Aide à la création de MSP :</b> participation financière de la Région et/ou du conseil général et/ou de l'État aux dépenses d'investissement et d'équipement	Bénéficiaire (n=40, 33%)	10 25%	30 <b>75%</b>	<0,05
	Non bénéficiaire (n=83, 67%)	51 <b>61%</b>	32 39%	<0,05

N.S : non significatif. PTMG : Praticien territorial de médecine générale

Commentaires : Concernant les aides de l'assurance maladie, nous constatons que parmi les bénéficiaires de l'Avenant 20, 61% estimaient que cette aide n'influençait pas leur installation.

Aucune influence significative n'a été obtenue pour les autres aides de l'assurance maladie et de l'État au niveau national citées par les médecins. Elles sont listées en annexe 7.

Le tableau III quant à lui concerne les aides des collectivités territoriales de chaque département. A noter qu'aucune aide n'était proposée de façon systématique par les collectivités de Loire-Atlantique ni de Maine et Loire. En Vendée le dispositif Aide à l'installation a été remplacé en 2009 par l'Aide à la création de MSP et la Bourse d'étude 3e cycle a été abandonnée en 2009.

Tableau III: Influence des aides des collectivités territoriales

Mesure incitative		Influence nulle	Influence positive	p
<u>Aides des collectivités de Mayenne</u>				
<b>Contrat assistant libéral :</b> contrat entre un médecin installé et un remplaçant non thésé, avec rétrocession, permettant de faire un remplacement fixe	Bénéficiaire (n=9, 43%)	1 11%	8 <b>89%</b>	<0,05
	Non bénéficiaire (n=12, 57%)	8 <b>67%</b>	4 33%	<0,05
<b>Guichet unique :</b> démarches administratives pour l'installation auprès des 3 organismes (CDOM, CPAM et URSSAF) en un seul lieu et un seul rendez-vous.	Bénéficiaire (n=12, 57%)	5 41,5%	7 58,5%	N.S
	Non bénéficiaire (n=9, 43%)	6 55,5%	5 44,5%	N.S

<b>Bourse de stage ambulatoire 3e cycle :</b> allocation mensuelle de 300€ pendant le stage ambulatoire	Bénéficiaire (n=4, 19%)	1 25%	3 <b>75%</b>	<0,05
	Non bénéficiaire (n=17, 81%)	12 <b>70%</b>	5 30%	<0,05
<b>Aide « matériel » stage ambulatoire :</b> logement gratuit ou à bas coût pendant le stage ambulatoire	Bénéficiaire (n=2, 10%)	2 100%	0	N.S
	Non bénéficiaire (n=19, 90%)	13 <b>68%</b>	6 32%	<0,05
<b>Aides à la création de MSP :</b> soutien, conseil et accompagnement (matériel, technique, savoir-faire...) dans le projet	Bénéficiaire (n=6, 29%)	2 33%	4 67%	N.S
	Non bénéficiaire (n=15, 71%)	8 53%	7 47%	N.S
<i><u>Aides des collectivités de Sarthe</u></i>				
<b>Aide à la première installation :</b> forfait de 7500€ pour une installation au minimum de 5ans en zone déficitaire	Bénéficiaire (n=4, 15%)	1 25%	3 <b>75%</b>	<0,05
	Non bénéficiaire (n=22, 85%)	13 59%	9 41%	N.S
<b>Contrat d'engagement :</b> forfait de 25 200€ maximum par étudiant de médecine, au prorata des années d'études restantes contre une installation en zone fragile pendant 5ans	Bénéficiaire (n=3, 12%)	0	3 100%	N.S
	Non bénéficiaire (n=23, 88%)	15 <b>65%</b>	8 35%	<0,05
<b>Aide à la création de MSP :</b> subvention à hauteur de 20 % du coût total du projet qui est plafonné à 160.000 €	Bénéficiaire (n=5, 19%)	0	5 100%	N.S
	Non bénéficiaire (n=21, 81%)	14 <b>67%</b>	7 33%	<0,05
<b>Aide à l'entourage :</b> cellule Sarthe développement (proposition de travail, soutient et accompagnement professionnel du conjoint(e))	Bénéficiaire (n=1, 4%)	1 100%	0	N.S
	Non bénéficiaire (n=25, 96%)	16 <b>64%</b>	9 36%	<0,05
<b>Bourse de stage ambulatoire 3e cycle :</b> allocation mensuelle de 200€ pour les frais de déplacements, plus 200 à 400€ mensuel selon la localisation du stage ambulatoire	Bénéficiaire (n=1, 4%)	0	1 100%	N.S
	Non bénéficiaire (n=25, 96%)	18 <b>72%</b>	7 28%	<0,05
<b>Bourse de stage ambulatoire 2e cycle :</b> forfait de 250€ par période de stage ambulatoire	Bénéficiaire (n=1, 4%)	0	1 100%	N.S
	Non bénéficiaire (n=25, 96%)	16 <b>64%</b>	9 36%	<0,05
<b>Aide « matériel » stage ambulatoire :</b> logement gratuit ou à bas coût pendant le stage ambulatoire	Bénéficiaire (n=1, 4%)	1 100%	0	N.S
	Non bénéficiaire (n=25, 96%)	16 <b>64%</b>	9 36%	<0,05
<b>Bourse de stage hospitalier 2e cycle :</b> forfait de 200€ par période de stage au centre	Bénéficiaire (n=0)	0	0	N.S

hospitalier du Mans	Non bénéficiaire (n=26, 100%)	17 <b>66%</b>	9 34%	<0,05
<i>Aides des collectivités de Vendée</i>				
<b>Aide à l'installation :</b> subvention à hauteur de 40% des dépenses d'installation qui sont plafonnées à 50000€	Bénéficiaire (n=4, 18%)	2 50%	2 50%	N.S
	Non bénéficiaire (n=18, 82%)	10 55,5%	8 44,5%	N.S
<b>Aide à la création de MSP :</b> subvention à hauteur de 20 % du coût du projet, plafonnée à 50000 €, plus 6000€/cabinet et 6000€ pour le bureau destiné à l'accueil d'un stagiaire	Bénéficiaire (n=6, 27%)	1 17%	5 <b>83%</b>	<0,05
	Non bénéficiaire (n=16, 73%)	10 <b>62%</b>	6 38%	<0,05
<b>Bourse d'étude 3e cycle :</b> forfait de 15000€ par an à compter de l'entrée en 3e cycle des études médicales	Bénéficiaire (n=0)	0	0	N.S
	Non bénéficiaire (n=22, 100%)	13 59%	9 41%	N.S
<b>Bourse de stage ambulatoire 3e cycle :</b> forfait de 1000€ par semestre de stage ambulatoire	Bénéficiaire (n=4, 18%)	1 25%	3 <b>75%</b>	<0,05
	Non bénéficiaire (n=18, 82%)	11 61%	7 39%	N.S
<b>Aide « matériel » stage ambulatoire :</b> logement gratuit ou à bas coût pendant le stage ambulatoire avec compagnonnage du maître de stage	Bénéficiaire (n=2, 9%)	0	2 100%	N.S
	Non bénéficiaire (n=20, 91%)	13 <b>65%</b>	7 35%	<0,05

*N.S : non significatif*

*Commentaires :* Concernant les aides des collectivités de Mayenne, nous constatons que parmi les bénéficiaires du contrat d'assistant libéral, 89%% estimaient que cette aide a influencé positivement leur installation.

Aucune influence significative n'a été obtenue pour les autres aides des collectivités territoriales citées par les médecins. Elles sont listées en annexe 7.



## **4. DISCUSSION**

### **4.1. À propos de la méthodologie**

#### **4.1.1. Type d'étude**

L'installation d'un médecin généraliste dans une zone géographique étant influencée par de multiples facteurs professionnels mais aussi personnels, nous avons choisi d'interroger directement les médecins sur l'importance accordée aux mesures incitatives dans leur choix d'installation plutôt que d'évaluer l'évolution des installations dans ces zones durant la période. D'autant plus que les mesures incitatives ont évolué entre 2008 et 2013, ce qui aurait rendu plus difficile l'évaluation de leur influence sur les d'installations.

En raison du caractère déclaratif et non vérifiable des informations données par les personnes interrogées et de la possible absence de réponse pour certaines d'entre elles comme dans chaque étude, notre analyse est soumise aux biais de non réponse et de mesure propres à ce type d'enquête.

#### **4.1.2. Population cible**

Notre zone d'étude concerne l'ensemble de la région Pays de Loire car les mesures incitatives relèvent des ARS et du conseil régional qui travaillent sur l'ensemble du territoire mais aussi des collectivités territoriales qui mettent en place à l'échelle départementale des mesures ou dispositifs incitatifs qui peuvent varier d'un département à l'autre.

La période d'installation est volontairement longue pour augmenter le nombre d'inclusions et la puissance de l'étude mais aussi pour coller au mieux à l'évolution des politiques en matière de santé publique. Ceci permet d'évaluer les mesures incitatives en place actuellement. La période varie entre deux et cinq ans dans les études sur les déterminants à l'installation [11-13]. Cependant ceci peut entraîner un biais de mémoire pour les médecins répondants qui se sont installés au tout début de la période.

Nos critères de sélection ont pour but d'étudier une population de médecins généralistes débutant une nouvelle activité ambulatoire en zones dites fragiles. Nous avons inclus les titulaires de cabinet mais aussi les collaborateurs libéraux (mode d'exercice propre d'un point de vue ordinal [14] et législatif [15] depuis 2006), les médecins ayant un mode d'exercice particulier (MEP) soit près d'un quart des médecins généralistes en Pays de Loire [4] excepté les modes exclusifs comme l'angiologie ou l'allergologie, les médecins ayant une activité mixte avec en plus de leur activité ambulatoire, une activité salariée hospitalière ou assimilée, comme 7% des médecins généralistes en France [4]. Nous avons choisi comme critère d'inclusion la création d'une nouvelle activité en ambulatoire et non

exclusivement la primo-installation. Ceci permet d'inclure des médecins déjà installés auparavant dans la région ou en dehors et qui changent pour exercer dans les zones fragiles, ou des médecins qui se regroupent en cabinet au sein de la région. Ceci est important du fait de la préférence des médecins libéraux pour l'exercice regroupé [16] et du fait que l'ARS peut accorder une aide au projet de création de MSP. Cependant ce critère d'inclusion moins sélectif peut entraîner une confusion chez des médecins déjà installés avant 2008, parfois même dans ces zones, et qui changent simplement d'adresse de cabinet ou qui se regroupent au sein d'un cabinet dans la même ville. Ils peuvent répondre au questionnaire en se remémorant leur installation précédente qui datait parfois d'une dizaine d'années ou plus, et non celle pour laquelle ils sont inclus dans notre travail, nous obligeant ainsi à exclure leurs réponses du fait de ce biais de mesure (10 questionnaires exclus).

Le principal biais de sélection des médecins résulte de l'intervalle de temps entre la fin de l'inclusion des médecins (2 décembre 2013) et le début de la période d'envoi des questionnaires (30 avril 2014). Durant cette période, des médecins ont pu partir à la retraite, changer d'activité (activité salariée exclusivement hospitalière ou autre) ou tout simplement changer de zone d'installation. L'ARS ne pouvant faire, malgré nos demandes, une nouvelle extraction des données du fichier RPPS au mois d'avril 2014, ce qui nous aurait permis de comparer les informations avec celles de décembre 2013. Au total notre population sélectionnée représente un peu moins d'un dixième des 3333 médecins généralistes (libéraux et mixtes) en Pays de Loire recensés en 2013 [17].

#### **4.1.3. Taux de réponses et effectifs interprétables**

Le taux de réponses est très légèrement supérieure à la moitié pour notre étude, résultat satisfaisant qui est proche de celui d'un autre travail 52% [10] sur les déterminants à l'installation avec le même format de questionnaire, mais qui est inférieur à d'autres études sur le sujet 66% [18] et 68,8% [11]. Il faut tenir compte du faible taux de réponses pour la Sarthe et la Vendée. La question se pose alors de savoir si cette population non répondante peut constituer un biais par rapport aux résultats en sachant qu'elle correspond à une population plus âgée avec des caractéristiques différentes de la population des répondants (selon le CNOM en 2013, plus d'un tiers des médecins ont plus de 60ans en Vendée et en Sarthe, proportions les plus élevées pour la région [17]).

Le taux de réponses interprétables est quant à lui plus faible, un peu moins de la moitié. Cependant il nous permet d'obtenir des résultats significatifs intéressants.

## **4.2. À propos des résultats**

### **4.2.1. La population des répondants**

On retrouve une proportion de femmes plus importante que d'hommes dans notre travail, ce qui traduit la féminisation croissante de la profession qui n'est plus à démontrer. Même si au 1er janvier 2013 les hommes restent majoritaires parmi les médecins généralistes de la région, on note qu'en 2011, moins d'un médecin sur trois était une femme [19] et que selon des projections pour 2030 au niveau national, la part des femmes parmi les médecins généralistes dépassera la moitié [5]. Les femmes ont un mode d'exercice parfois différent des hommes ce qui explique les différences significatives retrouvées en fonction du sexe. Notre population est plus jeune que les médecins généralistes de Pays de Loire. Ceci vient du fait que la création d'une nouvelle activité correspond à une primo-installation pour une partie non négligeable de médecins et donc à une carrière débutante. Au niveau national l'âge moyen d'installation des médecins généralistes des deux sexes est de 37ans pour la période 2005-2009 [20], bien inférieur à l'âge moyen des médecins généralistes en Pays de Loire au 1er janvier 2014 (51ans).

Plus des deux tiers des médecins s'installent dans la région où ils ont été formés. Ceci est compatible avec les valeurs de références de 2012 où en moyenne une région « retient » sept médecins sur dix qu'elle forme [5].

### **4.2.2. L'exercice actuel**

Notre population déclare majoritairement un exercice rural ou semi-rural sans différence selon le sexe. Ceci est clairement expliqué par le fait que les ZUS et ZRU sont très largement minoritaires par rapport aux autres zones (déficitaires et ZRR). De plus les dispositifs incitatifs ont d'abord concerné les zones rurales où le manque de médecins entraînait une pression de la part de la population sur les élus locaux plus forte. Ces derniers accordaient, pour des raisons de politiques locales, plus d'importance à ce problème que les élus des quartiers défavorisés.

L'exercice de groupe est plébiscité avec plus des trois quarts des médecins exerçant en cabinets mono ou pluri disciplinaire, proportion supérieure à celle de la région qui est de deux tiers [16]. L'exercice solitaire tend à disparaître : neuf généralistes sur dix de moins de 45ans en Pays de Loire choisissent de s'installer en groupe en 2013 [16]. Ceci découle de la recherche générationnelle d'un équilibre entre vie professionnelle et personnelle, mais également d'une certaine idéalisation de l'exercice de groupe qui permet une meilleur organisation du temps de travail hebdomadaire, un échange interprofessionnel facilité, une mutualisation des frais de fonctionnement du cabinet (notamment du secrétariat), un recours plus facile aux remplaçants permettant de prendre plus facilement des congés et d'attirer des jeunes médecins.

Concernant le rythme de travail, nos résultats suggèrent une différence, déjà observée par le passé, avec plus de demi-journées de consultations par semaine et des consultations plus nombreuses par jour pour les médecins hommes. Ceci peut être expliqué, outre le fait que les femmes cherchent à allier vie professionnelle et vie familiale, par le fait qu'elles sont plus dans le soin et l'écoute des patients que les hommes, entraînant des créneaux de consultations plus longs.

#### **4.2.3. L'installation**

Concernant le statut des installés, une large majorité sont titulaires du cabinet mais on peut noter la part non négligeable du statut de collaborateur. Créé peu de temps avant le début de la période d'étude il permet une flexibilité plus importante dans l'installation, d'où son succès. Enfin aucun médecin n'est salarié à un centre de soins, structures encore peu développées dans notre région (2 centres en Sarthe).

Moins d'un tiers des médecins déclarent avoir été informés sur l'installation par leur faculté durant leur 3ème cycle. Ils sont trop peu nombreux car ces informations sont essentielles pour éclairer l'installation et faciliter celle-ci en la « dé diabolisant », notamment concernant les démarches d'ouverture et de fonctionnement d'un cabinet. Quand on sait que l'un des plus grands frein à l'installation pour les remplaçants sont les démarches et charges administratives de celui-ci [21], ceci pourrait leur permettre de passer le pas plus facilement quand se présente une opportunité.

Un médecin sur deux est accompagné pendant son installation par des structures. Viennent en premiers le conseil de l'ordre et la CPAM, principaux interlocuteurs du médecin concernant l'aspect juridique et financier de l'exercice ambulatoire. Vient ensuite la mairie, avec qui le côté matériel de l'installation a pu être abordé (terrain, construction bâtiment, local disponible...). A noter que l'ARS est peu sollicitée par les médecins pour mener à bien leur projet, hormis pour les créations de MSP auxquelles elle apporte son aide.

Pour expliquer l'absence d'accompagnement des médecins dans leurs démarches, ils évoquent en premier le manque d'informations sur ces structures. Par méconnaissance de celles-ci, de leur rôle, de leur périmètre d'action, ils ont un avis négatif sur ces structures avec une peur des contraintes potentielles en retour. Associé au sentiment d'avoir des interlocuteurs trop nombreux, ils évoquent en deuxième l'absence de besoin ressenti. Ce que révèlent différentes enquêtes menées auprès des étudiants et des internes, à savoir une réelle méconnaissance de l'ensemble des mesures d'aide à l'installation : absence de lisibilité des lieux d'exercice possibles, complexité des démarches à accomplir lors de l'installation et difficultés à identifier le bon interlocuteur [22].

Les attraits personnels pour la zone d'installation ont une influence nulle clairement exprimée par les médecins : seule la connaissance géographique de la région a une influence positive. Pour le reste des facteurs, les médecins ne les prennent pas en compte dans leur choix. Par contre ils accordent une importance à la qualité de leur outil de travail. C'est pourquoi parmi les attraits professionnels, on obtient une influence positive significative pour l'horaire de travail et notamment chez les médecins femmes qui veulent rester maîtresses de leurs amplitudes horaires, en pouvant diriger leur agenda et ainsi ne pas subir le rythme de travail, l'ergonomie du cabinet, le réseau de correspondant et bien sur le facteur opportunité professionnelle, comme dans d'autres travaux [11][13].

#### **4.2.4. Mesures incitatives à l'installation**

Pour évaluer les mesures dans leur intégralité nous demandons aux bénéficiaires et non bénéficiaires leur avis concernant l'impact réel ou supposé de celles-ci sur leur installation. Et force est de constater que peu de médecins déclarent en avoir bénéficié, exceptées l'exonération d'impôts sur les revenus de la permanence des soins (presque la moitié) et l'aide de l'État à la création de MSP (environ un tiers). Ceci est le premier enseignement de notre travail. Ce constat, sous réserve d'un biais de mémoire inévitable, peut être expliqué par un défaut d'information, de diffusion et de lisibilité de ces aides auprès des médecins mais aussi par un jugement négatif de ces derniers concernant les démarches administratives pour en bénéficier, les contraintes potentielles en retour ou leur manque d'intérêt.

##### **4.2.4.1. Aides conventionnelles de l'assurance maladie**

Que se soient les aides financières (Avenant 20, Option démographie, Option santé territoriale) ou l'aide pour les patients (Dérogation au parcours de soins), elles ont une influence nulle clairement exprimée par les médecins bénéficiaires ou non. Ce deuxième enseignement vient confirmer une notion déjà constatée dans d'autres travaux [8] [11] : l'incitation financière n'est pas déterminante dans le choix d'un médecin de s'installer en zones déficitaires par exemple puisque son activité y sera spontanément supérieure à celle d'un confrère en zone non fragile. On peut aussi ajouter le fait que l'aspect financier n'arrive pas dans les principales motivations à l'installation des remplaçants qui sont satisfaits de leurs revenus [11]. Même si elles permettent un complément de revenus non négligeable pour les bénéficiaires, ces mesures, d'un coût élevé indéniable (20 millions d'euros pour l'avenant 20 en 2010 selon le rapport de la Cour des Comptes) ont un impact nul car elles sont inadaptées aux attentes des médecins. De plus elles peuvent susciter un effet d'aubaine de la part de certains ayant déjà le projet de s'installer dans ces zones.

Ce qui explique probablement nos résultats concernant le dispositif « Praticien Territorial de Médecine Générale » du Pacte Territoire Santé de décembre 2012 : une influence nulle clairement exprimée (seuls deux médecins ont bénéficié de ce dispositif, nous empêchant ainsi d'interpréter leurs résultats). Il ne s'agit en effet que d'une garantie de revenu différentielle offerte pendant deux ans aux médecins s'installant pour la première fois en zone déficitaire. Si elle peut rassurer les plus timorés, elle ne sera certainement pas décisive dans le choix d'installation. Par contre, en accordant des avantages en matière de protection sociale (complément de rémunération forfaitisé versé pendant 3 mois en cas d'arrêt maladie ou pendant toute la durée du congé maternité) ce dispositif est une avancée considérable pour les médecins libéraux, le cœur de l'incitation de cette mesure se situant ici. Ceci pourrait intéresser plutôt les jeunes générations de médecins généralistes, notamment féminins, qui recherchent avant tout davantage de qualité dans leur exercice et plus de protection dans la vie privée.

Enfin le faible effectif de médecins déclarant avoir bénéficié de la dérogation du parcours de soins pour leurs patients (moins d'un médecin sur dix), alors qu'il est automatiquement mis en place pour toute consultation pendant les cinq premières années après l'installation d'un médecin en exercice libéral ou nouvellement installé en zones déficitaires, montre une grande méconnaissance de cette mesure. Ce qui était déjà souligné dans le rapport du Sénat en 2013 [8]. Cependant ce dispositif, à la charge de l'assurance maladie n'est pas un déterminant à l'installation pour les médecins selon nos résultats.

#### **4.2.4.2. Aides de l'État au niveau national**

Nos résultats concernant l'aide à la création de maisons de santé pluridisciplinaires montrent une influence positive sur l'installation chez les bénéficiaires. Près d'un tiers des médecins de notre population en bénéficie et trois médecins sur quatre en ont un jugement positif, ce qui renforce la portée de cette influence obtenue. Ceci est le troisième enseignement. L'exercice de groupe étant de plus en plus plébiscité, avec pour la région Pays de Loire une proportion importante de cabinets pluri professionnels, cette aide a toute sa place dans le dispositif d'incitation à l'installation. Cette mesure, qui correspond au versement d'une subvention par l'État, la région ou le conseil général pour aider les dépenses d'investissement ou d'équipement, n'a pas le même impact que les mesures vues précédemment, et pourtant elle est du même ordre financier. C'est parce qu'elle constitue une aide à l'exercice, en participant au succès d'un projet aboutissant à la création d'une MSP, véritable outil de travail matériel et humain, que cette mesure influence véritablement les médecins. Ces structures (MSP ou PSP), en rompant avec l'isolement, permettent d'améliorer les conditions d'exercice et le cadre de travail des professionnels de santé. L'équipement y est supérieur à la moyenne, les pratiques coopératives sont plus

développées permettant d'améliorer la prise en charge globale du patient, d'assurer la continuité des soins et de proposer des actions de prévention et de promotion de la santé [8]. En plus de l'aide financière pour l'investissement, l'équipement et le fonctionnement de la structure, il y a un accompagnement et un soutien tout au long des phases du projet par la région et l'ARS. C'est donc plus qu'une simple incitation financière avec un résultat concret, matériel et humain, s'articulant autour d'un projet professionnel et de santé commun.

Et c'est la principale fragilité de ces structures : la nécessité d'avoir un projet commun de qualité, adapté à l'approche territoriale, cohérent avec l'ensemble des professionnels de santé et respectant le cahier des charges de l'ARS. Projet qui pour réussir, doit être porté par les professionnels (et non les collectivités), le plus souvent médecins, qui s'engagent avec persévérance et entraînent avec eux d'autres professionnels de santé dans une aventure durant le plus souvent trois à six ans avant l'aboutissement du projet [8]. Cette condition pour réussir, la longueur du projet pour le mener à terme, le cahier des charges de l'ARS pouvant être interprété comme une contrainte ou un manque de liberté, sont autant de raisons qui peuvent décourager certains médecins, sans que le dispositif d'aide à la création de MSP ne leurs apporte des garanties suffisantes. C'est probablement pourquoi nous obtenons une influence nulle de la mesure chez les non bénéficiaires. Cependant le grand nombre de projets menés à terme depuis les toutes premières initiatives de médecins pionniers, a permis de préparer, développer, formaliser le travail et l'organisation de ces projets en évitant les erreurs du passé. On peut supposer qu'à l'avenir le délai avant l'aboutissement d'un projet tendra à se réduire.

Les aides fiscales, que ce soit l'exonération d'impôts sur le revenu de la permanence des soins, l'exonération de la taxe professionnelle (remplacée depuis 2010 par la contribution économique territoriale), ou l'exonération des charges sociales pour l'embauche d'un salarié, ont un impact nul sur l'installation. En règle générale, ces dispositifs fiscaux ont le même objectif que les mesures conventionnelles de l'assurance maladie : l'incitation financière. Et nos résultats démontrent encore une fois qu'elle n'est pas un déterminant à l'installation des médecins.

Enfin pour le contrat d'engagement de service public (CESP), issu de la loi Hôpital Patient Santé Territoire de 2009, l'influence est elle aussi nulle (un seul médecin déclare en avoir bénéficié, résultat non interprétable). Ce dispositif récent, ayant pour objectif de favoriser l'installation des professionnels de santé par le versement pendant les études d'une bourse est avant tout destiné aux étudiants de médecine, externe ou interne. Notre population de médecins installés n'est donc pas la cible de cette mesure.

#### **4.2.4.3. Aides des collectivités territoriales**

Tout d'abord nous constatons que les collectivités de Loire-Atlantique et du Maine et Loire ne proposent pas d'aide de façon systématique pour inciter l'installation. Ceci vient du fait que la situation dans ces deux départements au niveau des zones fragiles est moins alarmante. Comparativement aux trois autres départements, la densité médicale y est plus forte, les médecins plus jeunes [17] et le nombre des zones fragiles moins important. Elles profitent de la présence des facultés de médecine, à savoir Angers et Nantes, qui « fidélisent » les étudiants de médecine, internes surtout, qui vont vivre dans ces deux villes durant leur 3ème cycle et commencer à construire leur vie personnelle.

Pour les autres collectivités, nous constatons qu'il n'y a pas de véritable recensement des aides effectivement accordées avec pour conséquence un risque de redondance et de concurrence entre les départements, en l'absence de coordination, pour attirer internes et jeunes médecins. On observe donc une multitude d'initiatives différentes qui manquent de clarté et de publicité auprès des internes et jeunes médecins. La plupart des mesures financières, que sont les bourses de stages, l'aide « matériel » pendant les stages ambulatoires, l'aide à l'installation, le contrat d'engagement en Sarthe et la bourse d'étude du 3ème cycle en Vendée, ont une influence nulle. Seules l'aide à la première installation en Sarthe et les bourses de stage ambulatoire 3ème cycle de Mayenne et de Vendée ont une influence positive. Outre le bénéfice financier de cette mesure, on peut supposer que la réalisation d'un stage ambulatoire et notamment le stage autonome en soins primaires supervisé (SASPAS) dans une zone, peut par la connaissance du réseau de correspondants, des intervenants paramédicaux et du système de permanence des soins influencer à rester dans la zone.

Parmi les mesures d'aide à l'exercice, seul le contrat d'assistant libéral de Mayenne a un impact avec une influence positive significative chez les bénéficiaires. Cette mesure permet à un médecin non thésé mais titulaire d'une licence de remplaçant de « s'associer » à un médecin installé pour exercer de façon fixe dans le cabinet en échange du versement d'une rétrocession au médecin. C'est en quelque sorte l'équivalent du statut de collaborateur pour les médecins qui ne sont pas encore thésés. Ceci assure au jeune médecin une stabilité de l'exercice (et donc des revenus), qui de plus est au même endroit. Il peut ainsi s'investir davantage dans son exercice, commencer à développer sa patientèle et avoir une vision à plus long terme, ce qui l'incitera plus tard à rester dans le secteur quand il envisagera de passer le cap de l'installation.

Enfin le guichet unique en Mayenne ainsi que l'aide des collectivités à la création de MSP, qui est différente selon les départements avec pour la Mayenne un simple accompagnement sans participation financière, n'ont pas d'influence sur l'installation des médecins excepté



en Vendée où on obtient une influence positive significative pour cette dernière. La première mesure citée facilite seulement les démarches administratives des médecins souhaitant s'installer en Mayenne : ils rencontrent les trois principaux organismes, que sont le Conseil de l'Ordre, la CPAM et l'URSSAF, en un seul lieu au cours du même rendez-vous. Cette simplification administrative ne permet pas d'être déterminante dans le choix du médecin. Pour l'aide à la création de MSP, cette mesure s'ajoute à l'aide proposée par l'État, le conseil Régional, les ARS et parfois même l'Europe. Cette redondance peut entraîner pour les bénéficiaires un manque de clarté sur les structures aidant le projet (accompagnement, versement des subventions) et ainsi sous évaluer la participation des collectivités.

## **5. CONCLUSION**

La démographie médicale n'est pas un facteur pertinent pour apporter des solutions au problème des « déserts médicaux ». En effet c'est au moment où les médecins n'ont jamais été aussi nombreux que cette problématique occupe le devant de la scène médiatique. On peut expliquer ce constat par l'influence croissante des médias dans l'opinion publique concernant la santé mais aussi et surtout par l'inégale répartition des médecins sur le territoire qui ne peuvent répondre à l'augmentation de la demande de soins du fait du vieillissement de la population et de la médicalisation permanente de notre santé.

Ceci n'est pas nouveau et des dispositifs ont été mis en place avec notamment les mesures incitatives, pour essayer de mieux répartir les professionnels de santé sur le territoire. Cependant nous constatons que peu de médecins en bénéficient soit par méconnaissance de celle-ci, par manque de lisibilité ou soit par peur des contraintes potentielles en retour.

Les mesures incitatives peuvent, si elles sont adaptées aux besoins des médecins et à leur exercice, avoir un véritable impact sur leur installation. C'est le cas du contrat d'assistant libéral en Mayenne ou de l'aide à la création de maison de santé pluri professionnelle qui influence positivement les médecins à s'installer en participant au succès de leur projet professionnel. L'exercice de groupe étant de plus en plus plébiscité, notamment par les jeunes médecins de la région, cette aide à toute sa place dans le dispositif d'incitation à l'installation. Contrairement aux mesures financières ou fiscales qui ne sont pas décisives selon les médecins : étant inadaptées à leurs attentes, elles ont un impact nul. De plus elles peuvent susciter un effet d'aubaine de la part de certains ayant déjà le projet de s'installer dans ces zones. : elles n'ont pas d'intérêt dans le dispositif d'incitation. Enfin au niveau départemental, les collectivités tentent d'attirer les internes et jeunes médecins avec de multiples aides, manquant de clarté et de publicité, et ne répondant pas aux besoins des médecins pour la plupart d'entre elles.

En conclusion pour améliorer l'impact des mesures incitatives, il faut développer l'information et l'accompagnement des internes et jeunes médecins avec par exemple le référent installation dans chaque ARS et les outils que sont la Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) ou l'outil cartographique interactif C@rtoSanté, la formation sur l'exercice ambulatoire délivrée pendant le 3ème cycle, tout en se concentrant sur des mesures d'aide à l'exercice comme par exemple l'aide à la création des maisons de santé qui est l'avenir de l'exercice ambulatoire sans se disperser dans des mesures financières inutiles et coûteuses.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Legmann Michel, Romestaing Patrick, Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle, « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2012 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 2012.
- [2] Saint-André Jean-Paul et Richard Isabelle, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? ». *Esprit*, 2007/1 Janvier, p. 65-75. DOI : 10.3917/espri.0701.0065
- [3] Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle, Romestaing Patrick, « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2010 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 2010.
- [4] Bouet Patrick, Raul Jean-François, Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle, « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 2014.
- [5] Attal-Toubert Ketty, Vanderschelden Mélanie, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales ». Direction de Recherche et d'Etudes En Santé (DREES). *Etudes et Résultats* ; n° 679. Février 2009.
- [6] « Schéma régional de l'organisation des soins (SROS) ». Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire 2011.
- [7] Burdillat Martine, « Les nouvelles questions posées à la démographie médicale ». *Regards croisés sur l'économie*, 2009/1 n° 5, p. 74-85. DOI : 10.3917/rce.005.0074.
- [8] Maurey Hervé, « Rapport d'information fait au nom de la commission du développement durable, des infrastructures, de l'équipement et de l'aménagement du territoire, en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire », n°335, Sénat, session ordinaire 2012-2013, enregistré à la Présidence du Sénat le 5 février 2013.
- [9] Pierre Ambroise-Thomas (au nom d'un groupe de travail), « Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ». *Bulletin Académie Nationale de Médecine*. 2007, 191 : 641-651.
- [10] Baril Nicolas, « Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale ». Thèse de médecine générale. Nantes. 2012.
- [11] Decorde Augustin, « Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord Alpin ». Thèse de médecine générale. Grenoble. 2011.
- [12] Nicolle Julie, « Caractéristiques actuelles du remplacement en médecine générale et retard à l'installation. A propos d'une enquête ». Thèse de médecine générale. Amiens. 2005.

- [13] Le Pape Erwan, « Remplacement ou installation en médecine générale : les raisons du choix ». Thèse de médecine générale. Paris XI. 2008.
- [14] Code de déontologie médicale. Article R.4127-87 du code de la santé publique du 11 oct. 2012.
- [15] Code de Santé Publique. Article R.4127-87 modifié par le décret n°2006-158 5 du 13 décembre 2006.
- [16] Remy Jean, « Enquête auprès de 400 médecins généralistes des Pays de la Loire, exercer en cabinet de groupe ». Unions régionales des professionnels de santé (URPS) Médecins libéraux Pays de la Loire. 2 avril 2013.
- [17] Rault Jean-François, Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle, « La démographie médicale en région Pays de Loire. Situation en 2013 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 2013.
- [18] Salmon Jean-Louis, « Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'inter région Nord-Est ». Thèse de médecine générale. Reims. 2009.
- [19] Legmann Michel, Romestaing Patrick, Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle, « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 2011.
- [20] Hubert Elisabeth, « Mission de concertation sur la médecine de proximité ». Rapport au Président de la République Française. Novembre 2010.
- [21] Coppolani Estelle, « Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute Garonne ». Thèse de médecine générale. Toulouse. 2014.
- [22] Touraine Mariol, « Lutte contre les déserts médicaux : le Pacte Territoire Santé ». Ministère des affaires sociales et de la santé. Décembre 2012.

## LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I: Diplôme(s) universitaire(s) obtenu(s) ou en cours .....p17

Tableau II: Influence des aides de l'assurance maladie et de l'État au niveau national...p21

Tableau III: Influence des aides des collectivités territoriales.....p22

Figure 1: Répartition des structures accompagnant l'installation (n=125).....p19

Figure 2: Répartition des aspects travaillés avec les structures (n=111).....p19

Figure 3: Répartition des raisons du non accompagnement par des structures.....p20



# **TABLE DES MATIÈRES**

<b>Liste des enseignants de la faculté de médecine d'Angers.....</b>	<b>p2</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>p6</b>
<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>p9</b>
<b>Plan.....</b>	<b>p10</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>p11</b>
<b>2. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>p13</b>
2.1. La population.....	p13
2.2. Le questionnaire.....	p14
2.3. L'analyse statistique.....	p15
<b>3. RÉSULTATS.....</b>	<b>p16</b>
3.1. La population.....	p16
3.2. La formation.....	p16
3.3. L'exercice actuel.....	p17
3.4. L'installation.....	p18
3.5. Mesures incitatives à l'installation.....	p21
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>p25</b>
4.1. À propos de la méthode.....	p25
4.1.1. Type d'étude.....	p25
4.1.2. Population cible.....	p25
4.1.3. Taux de réponses et effectifs interprétables.....	p26
4.2. À propos des résultats.....	p27
4.2.1. La population des répondants.....	p27
4.2.2. L'exercice actuel.....	p27
4.2.3. L'installation.....	p28
4.2.4. Mesures incitatives à l'installation.....	p29
4.2.4.1 Aides conventionnelles de l'assurance maladie.....	p29
4.2.4.2. Aides de l'État au niveau national.....	p30
4.2.4.3. Aides des collectivités territoriales.....	p32
<b>5. CONCLUSION.....</b>	<b>p34</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>p35</b>
<b>Liste des tableaux et figures.....</b>	<b>p37</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>p38</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>p39</b>

# ANNEXES

## **Annexe 1 : Définition des zones**

**1. Zones déficitaires en offre de soins** : Elles correspondent aux anciennes zones fragiles qui ont été définies par la loi du 23 février 2005 comme étant les communes présentant à la fois un nombre de médecins inférieur à 4 pour 100km<sup>2</sup> et une densité médicale qui pourrait devenir inférieure à 2,5 pour 5000 habitants en 2010. Elles ont été redéfinies en 2012 par l'ARS selon l'arrêté du 14 mai 2012 relatif à la définition des zones de mises en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleur répartition géographique des professionnels de santé en Pays de Loire.

**2. Zones de revitalisation rurale** : Elles sont définies par l'article 1465 A du Code général des impôts, introduit par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995 et modifié par la loi relative au développement des territoires ruraux du 23 février 2005. Elles comprennent les communes membres d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre, incluses dans un arrondissement ou un canton caractérisé par une très faible densité de population (inférieure ou égale à 5 habitants par kilomètre carré) ou par une faible densité de population (inférieure ou égale à 31 habitants par kilomètre carré) et satisfaisant à l'un des trois critères suivants : un déclin de la population constaté sur l'ensemble de l'arrondissement ou du canton ou dans une majorité de leurs communes dont le chef-lieu, un déclin de la population active et enfin une forte proportion d'emplois agricoles (population active agricole supérieure à 8,3% de l'ensemble de la population active). Elles ont été complétées par arrêtés ministériels en 2007, 2009, 2010, 2011, 2012 puis 2013.

**3. Zones urbaines sensibles** : Elles sont caractérisées par l'existence de grands ensembles ou de quartiers d'habitats dégradés et par un déséquilibre accentué entre l'habitat et l'emploi. La liste des ZUS est définie par le décret n°96-1156 du 26 décembre 1996.

**4. Zones de redynamisation urbaine** : Elles correspondent aux zones urbaines sensibles qui sont confrontées à des difficultés particulières, appréciées en fonction de leur situation dans l'agglomération, de leurs caractéristiques économiques et commerciales et d'un indice synthétique qui est établi dans des conditions fixées par décret, en tenant compte du nombre d'habitants du quartier, du taux de chômage, de la proportion de jeunes de moins de vingt-cinq ans, de la proportion des personnes sorties du système scolaire sans diplôme et du potentiel fiscal des communes intéressées. Elles sont définies par les décrets n°96-1157 et n° 96-1158 du 26 décembre 1996.

## Annexe 2 : Début du questionnaire

### 1) IDENTITÉ:

Sexe :  M  F Âge :  Nationalité :   
Situation familiale :  Célibataire (divorcé, veuf)  
 En couple (mariés, PACS, concubins)  
Conjoint(e) dans le domaine médical  Oui  Non  
Nombre d'enfants :

### 2) FORMATION:

Fac d'externat:  Fac d'internat:  Année de thèse:   
Diplôme universitaire (DU) obtenus ou en cours:

### 3) EXERCICE ACTUEL:

Secteur:  rural  semi-rural  urbain Cabinet:  seul  groupe monodisciplinaire  groupe pluridisciplinaire  
Nombre de médecins:

Informatisation:  Oui  Non Secrétariat:  physique  à distance

Partage dossier patient :  Oui  Non

Nombre de 1/2 journées de consultation par semaine:

Nombre de 1/2 journées de repos par semaine (sauf dimanche) :

Nombre de consultations par jour environ (sans les visites):  ≤15  ≤20  ≤25  ≤30  >30

Nombre de visites par jour environ:

Nombre de semaines de vacances par an:

Temps de trajet domicile-cabinet:  ≤15min  ≤30min  ≤45min  >45min

### 4) VOTRE INSTALLATION (la plus récente si >1 installation) :

Année:  Durée de la période de remplacements avant votre installation (en mois)

Durée de la période de remplacements au sein de la zone géographique (cabinet inclus) avant votre installation (en mois):

#### Organisation de l'installation:

Avez-vous succédé à un médecin généraliste?  Oui  Non

Avez-vous créé votre patientèle de novo?  Oui  Non

Avez-vous intégré un cabinet avec une surcharge de travail?  Oui  Non

Êtes-vous locataire des murs dans lesquels vous travaillez?  Oui  Non

Êtes-vous propriétaire des murs dans lesquels vous travaillez?  Oui  Non

Quel est votre statut?  Collaborateur libéral  Titulaire du cabinet (SCM ou SCP)  Salarié

Avez-vous été informé par la faculté sur l'installation (démarches, aides possibles, mesures incitatives,...) durant votre DES de médecine générale?

Oui  Non

Avez-vous été accompagné par des structures (CPAM, ARS, conseil de l'ordre, conseil général...) pour mener à bien votre projet?

Oui  Non

Si Non : Pourquoi ?  Pas de besoin ressenti  Manque de temps  Interlocuteurs trop nombreux  Manque d'informations sur ces structures  Avis négatif sur l'aide possible des structures  Peur des contraintes potentielles en retour  Autre :

Si Oui : Quelles structures vous ont aidé ?

Conseil de l'ordre  ARS  CPAM  Conseil général  Mairie

Autre :

Quels ont été les aspects travaillés

Financier  Matériel  Juridique  Géographique (besoin de soins, réseau de correspondants)

Autre :



Attraits personnels pour la zone géographique d'installation:

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Contrainte professionnelle du conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaissance géographique de la région	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités ou loisirs personnels extra-professionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Environnement socioculturel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ville de votre enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taille de la ville de votre enfance (en nombre d'habitants):	<input type="checkbox"/> ≤5000	<input type="checkbox"/> ≤15000	<input type="checkbox"/> ≤30000	<input type="checkbox"/> ≤50000 <input type="checkbox"/> >50000

Attraits professionnels pour la zone géographique d'installation:

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Horaire de travail:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergonomie du cabinet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspect financier:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opportunité professionnelle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proximité CHU ou CH:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réseau de correspondants accessible:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mesures incitatives (conventionnelle, fiscale ou des collectivités territoriales):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5) MESURES INCITATIVES A VOTRE INSTALLATION:**

Les questions sont structurées toujours de la même façon, c'est très rapide!!

**5.1 Aides conventionnelles de l'assurance maladie:**

**Avenant 20** (convention 2005): *aide forfaitaire annuelle représentant 20% de l'activité (C+V) dans la zone déficitaires:*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Option démographie** (convention 2011): *aide à l'investissement correspondant à un forfait annuel versé pendant 3ans de 5000€/an pour un exercice en groupe (2500€/an pour exercice en pôle de santé), aide à l'activité correspondant à une aide forfaitaire annuelle représentant 10% de l'activité (C+V) pour un exercice en groupe (5% de l'activité pour un exercice en pôle de santé) dans la zone déficitaire:*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Option santé territoriale** (convention 2011, non cumulable avec option démographie): *aide forfaitaire annuelle représentant 20% de l'activité (C+V) dans la zone à condition d'exercer 28j/an dans la zone déficitaire sous forme de vacation, prise en charge des frais de déplacement:*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Dérogation parcours de soins (2005):** *exonération des pénalités financières s'appliquant aux consultations des patients ne respectant pas le parcours de soins en zone déficitaire (pas de*

*médecin traitant déclaré ou consultation autre médecin généraliste hors contexte d'urgence):*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Praticien territoriaux de médecine générale (Pacte territoire santé 2013):** complément de rémunération aux honoraires tirés de l'activité de soins déjà perçues en zone déficitaire pour atteindre un salaire net mensuel de 3640€, avantages sociaux tels qu'un complément de rémunération forfaitaire en cas d'arrêt maladie ou de congé maternité:

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous bénéficié d'une autre aide?**  Oui  Non

Si oui, précisez de quel type :	<input type="text"/>			
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
A-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **5.2 Aides de l'état au niveau national:**

**Exonération de l'impôt sur le revenu de la permanence des soins (2005):** exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations au titre de la permanence des soins à hauteur de 60j/an en zone déficitaire:

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Exonération de taxe professionnelle (2005):** exonération de la cotisation foncière des entreprises à compter de l'année qui suit l'installation en zone de revitalisation rurale et accordée pour 2 à 5ans:

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Exonération de charges sociales (2005):** exonération d'une partie des cotisations patronales de sécurité sociale pendant 12mois pour l'embauche d'un salarié en zone de revitalisation rurale ou redynamisation urbaine:

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Exonération d'impôts sur les sociétés ou revenus (2005):** exonération d'impôts sur les sociétés ou sur le revenu totale pendant 5ans puis dégressive durant 9ans au titre d'une installation en zone de revitalisation rurale ou redynamisation urbaine:

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Contrat d'engagement de service public (CESP, 2010): allocation de 1200€/mois aux étudiants en médecine à partir de la 2ème année ou plus tardivement contre leur engagement d'exercer dans zones définies (zones fragiles, revitalisation rurale, urbaine sensible en priorité) pendant une durée égale à la durée de versement de l'allocation:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Si vous en avez bénéficié a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'en avez pas bénéficié aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aide à la création de maisons de santé pluridisciplinaires : subvention par la Région et/ou par le conseil général (à hauteur de 25 % des dépenses d'investissement, plafonnée à 300.000 € ou à hauteur de 40% des dépenses d'équipement) et/ou par l'Etat (à hauteur de 25 à 35% des dépenses d'investissement):**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Si vous en avez bénéficié a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'en avez pas bénéficié aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous bénéficié d'une autre aide?**  Oui  Non

Si oui, précisez de quel type :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
A-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Annexe 3 : Fin du questionnaire selon le département d'exercice du médecin

#### **5.3 Aides des collectivités territoriales au niveau de la Loire-Atlantique :**

**Avez-vous bénéficié d'une autre aide de la part du conseil général?**  Oui  Non

Si oui, précisez de quel type :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
A-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **5.3 Aides des collectivités territoriales au niveau du Maine et Loire :**

**Avez-vous bénéficié d'une autre aide de la part du conseil général?**  Oui  Non

Si oui, précisez de quel type :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
A-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **5.3 Aides des collectivités territoriales au niveau de la Mayenne:**

**Contrat assistant libéral (2007, différent du collaborateur associé): contrat entre un médecin thésé installé et un praticien non thésé, avec rétrocession selon un pourcentage à déterminer, permettant de créer une patientèle en faisant un remplacement fixe:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Si vous en avez bénéficié a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'en avez pas bénéficié aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Guichet unique (2007): réalisation des démarches administratives pour l'installation auprès des 3 organismes (CDO, CPAM et URSSAF - la CPAM gère les démarches URSSAF) en un seul lieu et un seul rendez-vous:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bourse de stage ambulatoire 3e cycle (2008): allocation de 1800€ pour un semestre de stage ambulatoire chez un maître de stage exerçant en Mayenne:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aide "matériel" stage ambulatoire (2008): logement gratuit ou à bas coût pendant le stage ambulatoire:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aides à la création de maisons de santé pluridisciplinaires (2008): soutien, conseil et accompagnement (matériel, technique, savoir-faire... sans subvention) dans l'organisation du projet pour le mener à terme:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous bénéficié d'une autre aide de la part du conseil général?**  Oui  Non

Si oui, précisez de quel type :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
A-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **5.3 Aides des collectivités territoriales au niveau de la Sarthe:**

**Aide à la première installation (2013): forfait de 7500€ pour une installation au minimum de 5ans:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Contrat d'engagement (2007, différent du CESP): forfait de 25 200€ maximum par étudiant de la 2ème à la 9ème année, au prorata des années d'études restantes contre une installation pendant 5ans:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

influencer positivement votre installation ?

**Aide à la création de maisons de santé pluridisciplinaires (2011): subvention à hauteur de 20 % du coût HT du projet, plafonnée à 160.000 € (acquisition du bâtiment ou du terrain constructible, coût de rénovation ou de construction du bâtiment, frais de maîtrise d'œuvre :**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Si vous en avez bénéficié a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'en avez pas bénéficié aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aide à l'entourage: en lien avec cellule Sarthe développement (proposition de travail, soutien et accompagnement professionnel du conjoint ou de la conjointe,...):**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Si vous en avez bénéficié a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'en avez pas bénéficié aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bourse de stage ambulatoire 3e cycle (2008): allocation mensuelle pour un semestre de stage ambulatoire en Sarthe de 200€ pour les frais de déplacements, plus 200 à 400€ selon la localisation des maîtres de stages:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Si vous en avez bénéficié a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'en avez pas bénéficié aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bourse de stage ambulatoires 2e cycle (2011): forfait de 250€ par période de stage pour les étudiants accueillis chez les médecins généralistes:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Si vous en avez bénéficié a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'en avez pas bénéficié aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aide "matériel" stage ambulatoire (2008): logement gratuit ou à bas coût pendant le stage ambulatoire:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Si vous en avez bénéficié a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'en avez pas bénéficié aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bourse de stage hospitalier 2e cycle (2011): forfait de 200€ par période de stage pour les étudiants accueillis au centre hospitalier du Mans:**

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
Si vous en avez bénéficié a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si vous n'en avez pas bénéficié aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous bénéficié d'une autre aide de la part du conseil général?**  Oui  Non  
Si oui, précisez de quel type :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
A-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **5.3 Aides des collectivités territoriales au niveau de la Vendée:**

**Aide à l'installation** (2005-2009): *subvention à hauteur de 40% des dépenses d'installation plafonnées à 50000€ TTC soit une aide maximale de 20000€ par installation (15000€ si installation en association):*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aide à la création de maisons de santé pluridisciplinaires** (depuis 2009): *subvention à hauteur de 20 % du coût du projet (pour un montant de dépenses éligibles d'un total de 300.000 € HT), plafonnée à 50.000 € HT, majoration de 6.000 € HT pour l'équipement de chaque cabinet médical et de 6.000 € HT pour l'équipement du bureau destiné à l'accueil d'un stagiaire en médecine générale:*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bourse d'étude 3e cycle** (2005-2009): *forfait de 15000€an à compter de l'entrée en 3e cycle des études médicales:*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bourse de stage ambulatoire 3e cycle** (depuis 2009): *forfait de 1000€ par semestre de stage ambulatoire chez un maître de stage exerçant en Vendée:*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Aide "matériel" stage ambulatoire** (2005): *logement gratuit ou à bas coût pendant le stage ambulatoire avec compagnonnage du maître de stage pour faire découvrir la Vendée:*

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
<u>Si vous en avez bénéficié</u> a-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Si vous n'en avez pas bénéficié</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Avez-vous bénéficié d'une autre aide de la part du conseil général?**  Oui  Non  
Si oui, précisez de quel type :

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Fortement
A-t-elle influencé positivement votre installation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Annexe 4 : Courrier accompagnant le questionnaire

Pierre Rozier  
Interne en médecine générale  
Faculté d'Angers

A Vertou le 30 Avril 2014,

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de la validation de ma thèse de médecine générale intitulée: **Installation en médecine générale en zones déficitaires dans les Pays de Loire entre 2008 et 2013: impact des mesures incitatives**, sous la direction du Professeur Garnier du département de médecine générale de la faculté d'Angers, je réalise une enquête sur l'installation des médecins généralistes en zones sous médicalisées en Pays de Loire.

Je sollicite votre participation à cette enquête qui nous permettra d'identifier le véritable impact de ces mesures et ainsi d'évaluer l'intérêt de la politique incitative en matière d'installation. Cette politique étant en effet très souvent critiquée par les instances dirigeantes au profit de mesures coercitives sans véritable évaluation du réel impact. Ce travail nous permettra aussi d'étudier le profil des médecins s'installant en zones sous-médicalisées: d'où viennent-ils?, où ont-ils été formés? quel est leur exercice?, comment travaillent-ils?, quelle est leur situation familiale?...

Le présent questionnaire s'adresse aux médecins généralistes installés (primo installation, changement de statut, de cabinet, regroupement en maison de santé...) en zones déficitaires, urbaines sensibles, zones de redynamisation urbaine et en zones de revitalisation rurale en Pays de Loire entre le 1er janvier 2008 et le 2 décembre 2013. Il est anonyme et son remplissage ne prend que quelques minutes. Vous disposez d'une enveloppe timbrée avec mon adresse pour me le faire parvenir.

Je vous remercie sincèrement du temps que vous accorderez à cette enquête, ce qui me permettra d'étayer au mieux mon travail de thèse.

Vous pouvez me joindre par mail à l'adresse suivante: [p.rozier@hotmail.fr](mailto:p.rozier@hotmail.fr) si vous avez des questions particulières, d'éventuelles remarques, ou si vous êtes intéressés pour avoir les résultats de ce travail.

**Recevez chère consœur, cher confrère, l'expression de mes remerciements anticipés.**

*Rapport-gratuit.com*   
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

### Annexe 5 : Répartition des facultés d'externat

Fac	Angers	Nantes	Paris	Roumanie	Rennes	Bordeaux	Lille	Tours	Poitiers	Brest
n=	42	22	15	9	6	4	4	4	3	2
%	34	18	12	7	5	3	3	3	2,5	1,5

Fac	Caen	Montpellier	Reims	Amiens	Limoges	Lyon	Nîmes	Belgique	Costa Rica
n=	2	2	2	1	1	1	1	1	1
%	1,5	1,5	1,5	1	1	1	1	1	1

### Annexe 6 : Répartition des facultés d'internat

Fac	Angers	Nantes	Paris	Roumanie	Poitiers	Lille	Rennes	Bordeaux	Tours
n=	53	26	10	9	6	3	3	2	2
%	43	21	8	7	5	2	2	1,5	1,5

Fac	Belgique	Brest	Caen	Costa Rica	Dijon	Lyon	Montpellier	Nancy	Toulouse
n=	1	1	1	1	1	1	1	1	1
%	1	1	1	1	1	1	1	1	1

### Annexe 7 : Liste des aides non significatives citées par les médecins

**-Assurance maladie, État au niveau national :** Forfait de l'ARS pour regroupement en pôle de santé, Subvention ARS, Fiscalité zones franches urbaines, Prêt CARMF inférieur d'un pour cent au taux habituel

**-Collectivités de Loire-Atlantique :** Aménagement du local professionnel par la Mairie, Exonération temporaire de loyer, Subvention par la communauté de communes

**-Collectivités de Maine et Loire :** Participation financière de la Mairie

**-Collectivités de Sarthe :** Loyer du cabinet diminué la première année, Subvention du conseil général pendant l'internat, Aide de la communauté de communes pour le fonctionnement de la MSP, Hébergement pendant 12 mois

**-Collectivités de Vendée :** Pas de rachat de clientèle, Fourniture informatique et matériel, Exonération loyer du cabinet et personnel pendant 6 mois, Location du cabinet d'une maison



## Annexe 8 : Confirmation de soumission de l'article

---

### FANELLO SERGE

---

**De:** contact@sfsp.info  
**Envoyé:** lundi 11 mai 2015 13:33  
**À:** FANELLO SERGE  
**Objet:** Santé Publique [rsp150179] - Confirmation de soumission

**Importance:** Haute

Pr. serge fanello,

Le manuscrit [rsp150179]

Titre: Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013

Premier auteur: M. pierre ROZIER

nous est bien parvenu.

S'il est conforme aux recommandations aux auteurs, il sera prochainement attribué à deux experts et nous espérons pouvoir vous donner une réponse dans un délai de 5 à 7 semaines. Un membre de la rédaction sera en charge de sa gestion éditoriale.

Votre manuscrit porte le numéro [rsp150179]: veuillez à conserver ce message, ainsi que votre mot de passe, car vous aurez besoin de ces informations pour le suivi du processus éditorial.

La rédaction vous remercie de lui avoir soumis votre travail. Si vous avez besoin d'assistance, veuillez contacter le secrétariat via [contact@sfsp.info](mailto:contact@sfsp.info)

Santé Publique

PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Monsieur ROZIER Pierre**

**Vu, le Directeur de thèse**



**Vu, le Président du jury de thèse**



Professeur J. P. PAILLOU  
Médecin-Major et Docteur en Médecine  
CHU ANGERS  
49933 ANGERS Cedex 9

**Vu, le Doyen de la  
Faculté de Médecine  
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

**Vu et permis d'imprimer**



permis d'imprimer.doc

## **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 ».*



## **RÉSUMÉ**

**Introduction :** Une des réponses à apporter au problème des déserts médicaux est de mieux corriger l'hétérogénéité de l'offre de soins sur le territoire : c'est le but des mesures incitatives à l'installation. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'impact des ces mesures sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013.

**Matériel et méthode :** C'est une étude descriptive quantitative transversale réalisée entre le 30 avril et le 31 octobre 2014 à l'aide d'un questionnaire manuscrit envoyé au médecins généralistes inscrits au conseil de l'ordre en Pays de Loire, débutant une nouvelle activité ambulatoire entre le 1er janvier 2008 et le 2 décembre 2013 en zones déficitaires, zones urbaines sensibles, zones de redynamisation urbaine ou zones de revitalisation rurale de la région ou ayant bénéficié d'une aide de l'agence régionale de santé pour la création d'une maison de santé pluri professionnelle.

**Résultats et discussion :** 256 médecins ont été interrogés sur l'influence positive ou nulle des mesures incitatives sur leur installation. 137 réponses ont été collectées dont 123 interprétables : 52% de femmes, 48% d'hommes, moyenne d'âge 42,5ans ; exercice rural ou semi-rural : 79%, exercice urbain : 21% ; cabinet de groupe mono ou pluridisciplinaire : 82%, cabinet seul : 18%. Une influence positive significative ( $p < 0,05$ ) a été obtenue pour les bénéficiaires de l'aide à la création de maison de santé pluridisciplinaire, du contrat d'assistant libéral en Mayenne, des bourses de stage ambulatoire du 3ème cycle en Mayenne et Vendée et de l'aide à l'installation en Sarthe. Une influence nulle significative ( $p < 0,05$ ) a été obtenue pour l'avenant 20, l'option démographie, l'option santé territoriale, la dérogation du parcours de soins, le praticien territorial de médecine générale, l'exonération de l'impôt sur le revenus de la permanence de soins ou sur les sociétés, l'exonération de la taxe professionnelle ou des charges sociales et enfin le contrat d'engagement de service public.

**Conclusion :** Peu de médecins déclarent avoir bénéficié des mesures, excepté l'aide de l'État à la création de maison de santé qui a un véritable impact sur l'installation. L'exercice de groupe étant de plus en plus plébiscité cette aide à toute sa place dans le dispositif d'incitation à l'installation contrairement à l'incitation financière qui n'est pas déterminante pour les médecins.

## **MOTS-CLÉS**

Médecin généraliste, Installation, Impact, Mesure incitative, Maison de santé pluri professionnelle.