



HAL
open science

Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands

Anaïs Jardel

► To cite this version:

Anaïs Jardel. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00960418

HAL Id: dumas-00960418

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960418>

Submitted on 18 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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

**Connaissance et perception des
mesures dites incitatives à l'installation
des internes de médecine générale
haut-normands**

Par Anaïs JARDEL

Née le 5 janvier 1985 à Sarlat-la-Canéda

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2013

Président du jury : M. le Professeur Jean-Loup HERMIL

Directrice de thèse : Mme le docteur Elisabeth MAUVIARD

Membres du jury : M. le Professeur Pierre CZERNICHOW

M. le Professeur Benoît VEBER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -.
DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J.
GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M.
JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P.
LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M.
MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M.
ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme
SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -
.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER -
L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (Surnombre)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie

M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dével. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie

M. Mohamed **SKIBA**

Pharmacie Galénique

Mme Malika **SKIBA**

Pharmacie Galénique

Mme Christine **THARASSE**

Chimie thérapeutique

M. Frédéric **ZIEGLER**

Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane **EL MEOUCHE**

Bactériologie

Mme Juliette **GAUTIER**

Galénique

M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A M. le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous avez été à l'initiative de la réflexion au sein du département de médecine générale sur la problématique de l'installation des médecins généralistes et vous m'avez fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous exprime ici ma plus haute considération.

A Mme le Docteur Elisabeth MAUVIARD,

Vous avez accepté d'encadrer mon travail, je vous remercie de vos remarques avisées et de votre patience.

A M. le Professeur Benoît VEBER,

Vous avez accepté avec spontanéité de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Soyez ainsi assuré de toute ma gratitude.

A M. le Professeur Pierre CZERNICHOW,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Aux élus de l'Union Régionale des Professionnels de Santé de Haute-Normandie,

Vous avez participé au financement de mon étude, je vous sais gré de votre soutien.

A Stephan, brillant diplômé d'un master de recherche en santé publique et risques environnementaux,

Merci d'avoir accepté si simplement de m'aider pour l'analyse statistique. Tu as été consciencieux et de bon conseil, je t'en suis reconnaissante et redevable.

A Charles,

Merci de m'avoir épaulé durant la préparation de ma thèse et de ton imminente demande en mariage. Je te dédie cette thèse.

A ma fille Charlotte,

Merci de m'avoir laissée dormir pendant toutes les nuits dès ton deuxième mois.

A ma famille et à ma belle-famille,

Merci de votre soutien, je vous adresse toute mon affection et en particulier à toi maman, merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

A mes amis rencontrés à Sarlat, à Limoges et à Rouen,

Merci de votre fidèle amitié et de m'avoir soutenue quand j'en avais besoin.

A mes maîtres de stages,

Je garderai un excellent souvenir de mes premières expériences professionnelles à vos côtés.

Enfin je vous remercie tous pour votre patience et votre compréhension lorsque le temps pour vous m'a manqué durant cette thèse, je pense que vous savez que vous pouvez compter sur moi.

Tables des matières

Liste des abréviations.....	6
I Introduction.....	7
1.1 Les différents zonages du territoire.....	8
1.1.1 Zone d'aide à finalité régionale (ZAFR).....	8
1.1.2 Zone de revitalisation rurale (ZRR).....	10
1.1.3 Zone urbaine sensible (ZUS).....	12
1.1.3.1 Les ZRU.....	12
1.1.3.2 Les ZFU.....	12
1.1.4 Zonage médical de l'ARS.....	15
1.2 Les mesures incitatives	18
1.2.1 Les aides aux étudiants en médecine.....	18
1.2.1.1 Le contrat d'Engagement de Service Public (CESP).....	18
1.2.1.2 Les indemnités de déplacement et de logement.....	19
1.2.1.3 Les indemnités d'études et de projet professionnel.....	19
1.2.2 Les aides à l'installation.....	20
1.2.2.1 Les aides financières des collectivités territoriales.....	20
1.2.2.2 Les exonérations fiscales et sociales.....	21
1.2.2.3 Les aides de l'assurance maladie.....	23
II Etude.....	25
2.1 Matériels et méthodes.....	25
2.1.1 Elaboration du questionnaire.....	25
2.1.2 Echantillonnage.....	25
2.1.3 Analyse statistique.....	25
III Résultats.....	27
3.1 Caractéristiques sociodémographiques.....	27
3.1.1 Sexe.....	27
3.1.2 Age.....	27
3.1.3 Situation conjugale.....	27
3.1.4 Enfants à charge	28
3.1.5 Milieu d'origine.....	28
3.1.6 Ancienneté.....	29
3.2 Souhait d'installation	30
3.2.1 Analyse descriptive	30
3.2.2 Analyse statistique.....	31
3.3 Généralités sur le niveau de connaissance des aides.....	33
3.4 Niveau de connaissance sur les aides aux étudiants en médecine.....	36
3.4.1 Le CESP (Q1).....	36
3.4.2 Les indemnités de déplacement et de logement (Q2).....	37
3.4.3 Les indemnités d'études et de projet professionnel (Q3).....	38
3.5 Niveau de connaissance sur les aides à l'installation.....	39
3.5.1 Prise en charge des frais d'investissement/fonctionnement liés à l'activité de soins par les collectivités territoriales (Q4).....	39

3.5.2 Mise à disposition locaux/logement par les collectivités territoriales (Q5).....	40
3.5.3 Avenant 20 de la convention médicale 2005)(Q6).....	42
3.5.4 Dérogation au parcours de soins (Q7).....	43
3.5.5 C@rtosanté (Q8).....	43
3.5.6 Option démographie de la convention médicale 2011 (Q9).....	44
3.6 Les exonérations.....	44
3.6.1 Exonération liée à ZAFR (Q10).....	44
3.6.2 Exonération liée à la PDSA (Q11).....	45
3.6.3 Exonération de CFE (Q12)	46
3.6.4 Exonération des cotisations patronales (Q13).....	46
3.7 Contrats de bonnes pratiques.....	47
3.7.1 En zone rurale (Q14).....	47
3.7.2 En ZFU (Q15).....	47
IV Discussion	48
4.1 Forces et faiblesses.....	48
4.2 Résultat et interprétation.....	48
4.3 Aides aux étudiants en médecine	49
4.3.1 Le CESP.....	49
4.3.2 Les indemnités de déplacement et de logement.....	51
4.3.3 Les indemnités d'études et de projet professionnel.....	52
4.4 Les aides à l'installation	52
4.4.1 Les aides des collectivités territoriales.....	52
4.4.2 L'avenant 20 de la convention médicale.....	53
4.4.3 Dérogation au parcours de soins.....	53
4.4.4 C@rtosanté.....	53
4.4.5 Option démographie de la convention médicale 2011.....	53
4.4.6 Les exonérations.....	53
4.4.7 Les contrats de bonnes pratiques.....	54
V Conclusion.....	55
Bibliographie.....	57
Annexe 1.....	60
Annexe 2.....	62
Résumé.....	64

Liste des abréviations

AIMGER : Association des Internes de Médecine Générale de Rennes

ARS : Agences Régionales de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CFE : Cotisation Foncière des Entreprises

CGI : Code Général des Impôts

CIACT : Comité Interministériel d'Aménagement et de Compétitivité des Territoires

CNG : Centre National de Gestion

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

HPST : Hôpital, patients, santé, territoires

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PAPS : Plates-formes d'Appui aux Professionnels de Santé

UFR : Unité de Formation et de Recherche

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

ZAFR : Zone d'Aide à Finalité Régionale

ZFU : Zone Franche Urbaine

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

ZRU : Zone de Redynamisation Urbaine

ZUS : Zone Urbaine Sensible

I Introduction

La lutte contre la désertification médicale est un enjeu national pour le gouvernement. En décembre 2012, la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine dévoilait le pacte territoire santé. Le premier objectif était de changer la formation et de faciliter l'installation des jeunes médecins avec quatre engagements :

- Un stage en médecine générale pour 100% des étudiants

En 2012 ce stage était effectué par 50% des étudiants ^[1]

- 1 500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017

Seuls 351 contrats sur les 800 proposés ont été signés depuis 2009

- 200 médecins territoriaux de médecine générale dès 2013

Cette mesure apporte une garantie financière de revenus pendant 2 ans aux jeunes médecins en contrepartie d'une installation dans une zone en voie de démedicalisation.

- Un « référent installation » unique dans chaque région

Toutes les régions devront être en mesure de proposer aux étudiants et aux internes un service unique (site web) comportant: une information claire sur les stages, un accompagnement afin d'aider au choix du lieu d'installation, une plus grande lisibilité sur les démarches à effectuer lors de l'installation ainsi que sur les aides existantes, et un correspondant identifié avec ses contacts, qui ira à la rencontre des futurs médecins. Les Agences Régionales de Santé (ARS) proposent déjà des Plates-formes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) depuis la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST) du 21 juillet 2009. Les PAPS ont pour objectif d'informer et de faciliter l'orientation des professionnels de santé, en exercice ou en formation, sur les services proposés par les différents acteurs en région et de les accompagner aux différents moments clés de leur carrière.

Les autres engagements s'attachent à transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé et à investir dans les territoires isolés.

Selon une étude réalisée en 2012 par l'Association des Internes de Médecine Générale de Rennes (AIMGER) ^[2], 44% des adhérents répondaient que le fait de « mieux informer les étudiants dès le début des études de médecine sur le CESP et les différentes mesures incitatives existantes » pourrait être efficace pour donner envie aux futurs médecins (toutes spécialités confondues) d'exercer en zone sous-dotée. Les internes ne paraissent donc pas insensibles aux mesures incitatives mais semblent déplorer un manque d'information concernant celles-ci.

J'ai donc cherché à évaluer les connaissances des internes de médecine générale haut-normands sur les mesures dites incitatives à l'installation et leur perception de ces dernières.

Avant de détailler les différentes aides relatives à telle ou telle zone, il m'a semblé opportun de présenter les différents zonages du territoire.

[1.1 Les différents zonages du territoire](#)

[1.1.1 Zone d'aide à finalité régionale \(ZAFR\)](#)

Le processus de définition des ZAFR a été engagé par le gouvernement lors du Comité interministériel d'aménagement et de compétitivité des territoires (CIACT) du 6 mars 2006. Le plafond de population par région éligible aux AFR a été défini à partir des critères suivants, appliqués à l'ensemble des zones d'emploi : le taux de chômage, l'évolution de l'emploi total, le revenu fiscal moyen par unité de consommation, la part de l'emploi de l'industrie et des services aux entreprises dans l'emploi total ainsi que la part d'ouvriers et d'employés par emploi total. Cette mesure s'applique donc à différents corps de métiers dont les médecins. Ces ZAFR permettent de subventionner l'investissement productif (bâtiments, terrains, équipements) ou la création d'emplois liés à l'investissement (coût salarial des emplois créés sur 2 ans). Les ZAFR de notre région sont illustrées dans la figure 1 qui suit.

Aides à finalité régionale (AFR)



Figure 1 : carte des ZAFR de Haute-Normandie

1.1.2 Zone de revitalisation rurale (ZRR)

Les ZRR sont définies par l'article 1465 A du Code général des impôts (CGI)¹, 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. Ces ZRR sont des zones rurales défavorisées caractérisées par un faible niveau de développement économique et bénéficiant à ce titre d'aides d'ordre fiscal. Les avantages qui s'y attachent sont donc accordés encore une fois aux médecins mais aussi aux autres professions.

Les ZRR comprennent les communes situées soit dans les arrondissements dont la densité démographique est inférieure ou égale à 33 habitants au km², soit dans les cantons dont la densité démographique est inférieure ou égale à 33 habitants au km².

Ces arrondissements ou ces cantons doivent également satisfaire à l'un des 3 critères suivants : la population totale décline; la population active décline ; le taux de population active agricole est supérieur au double de la moyenne nationale. Toutefois ces ZRR comprennent également les communes situées dans les cantons dont la densité de population est inférieure ou égale à 5 habitants au km², même s'ils ne répondent pas à aucun de ces trois critères.

La figure 2 ci-jointe localise les ZRR haut-normandes.

Zones de revitalisation rurale (ZRR)



Figure 2 : carte des ZRR de Haute-Normandie

1.1.3 Zone urbaine sensible (ZUS)

Les ZUS sont des territoires infra-urbains définis par les pouvoirs publics pour être la cible prioritaire de la politique de la ville. Les ZUS sont caractérisées par la présence de grands ensembles ou de quartiers d'habitat dégradé et par un déséquilibre accentué entre l'habitat et l'emploi.

La loi du 14 novembre 1996 de mise en œuvre du pacte de relance de la politique de la ville distingue plusieurs niveaux de difficultés urbaines, économiques et sociales au sein des ZUS. Ces différences ont donné lieu à la définition d'autres ensembles : les zones de redynamisation urbaine (ZRU) et, au sein des ZRU, les zones franches urbaines (ZFU).

Les trois niveaux d'intervention ZUS, ZRU et ZFU, sont caractérisés par des dispositifs d'ordre fiscal et social d'importance croissante accessibles à tout professionnel.

1.1.3.1 Les ZRU

La Haute-Normandie compte 17 ZRU réparties dans 10 communes : Canteleu, Dieppe, Elbeuf, Evreux, Fécamp, Le Havre, Le Petit-Quevilly, Rouen, Saint-Etienne-du-Rouvray et Vernon (figure 3 p. 13).

1.1.3.2 Les ZFU

On en dénombre 3 dans notre région (figure 4 p. 14).

Zones de redynamisation urbaine (ZRU)



Figure 3 : carte des ZRU

Zones franches urbaines (ZFU)



Figure 4 : carte des ZFU

1.1.4 Zonage médical de l'ARS

Pour répondre à la loi HPST, l'ARS a actualisé la partition du territoire régional orchestrée précédemment par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Elle a conservé les quatre territoires de santé, à savoir Dieppe, Evreux, Le Havre et Rouen et a redéfini les territoires de proximité ainsi que les territoires de premier recours. Les critères qui ont été retenus pour la révision des territoires de proximité sont :

- la présence d'au moins trois des cinq spécialités libérales suivantes : cardiologie, ophtalmologie, gynécologie, radiologie et biologie ;
- le regroupement des pôles distants de moins de 20 minutes ;
- le rattachement des communes périphériques au pôle le plus proche.

Les critères qui ont été retenus pour la définition des territoires de premier recours sont :

- la présence d'au moins quatre des cinq professions de proximité (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens)
- la présence d'au moins trois des quatre services suivants : hébergement pour personnes âgées, classe maternelle (ou classe RPI), supermarché (ou épicerie) et boulangerie ;
- le regroupement des pôles distants de moins de 5 km ;
- le rattachement des communes périphériques au pôle le plus proche.

L'ARS a ensuite établi un zonage (article L1434-7 du Code de Santé Publique) destiné à la mise en œuvre des mesures vouées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé.

Le découpage a été établi sur la base des critères suivants :

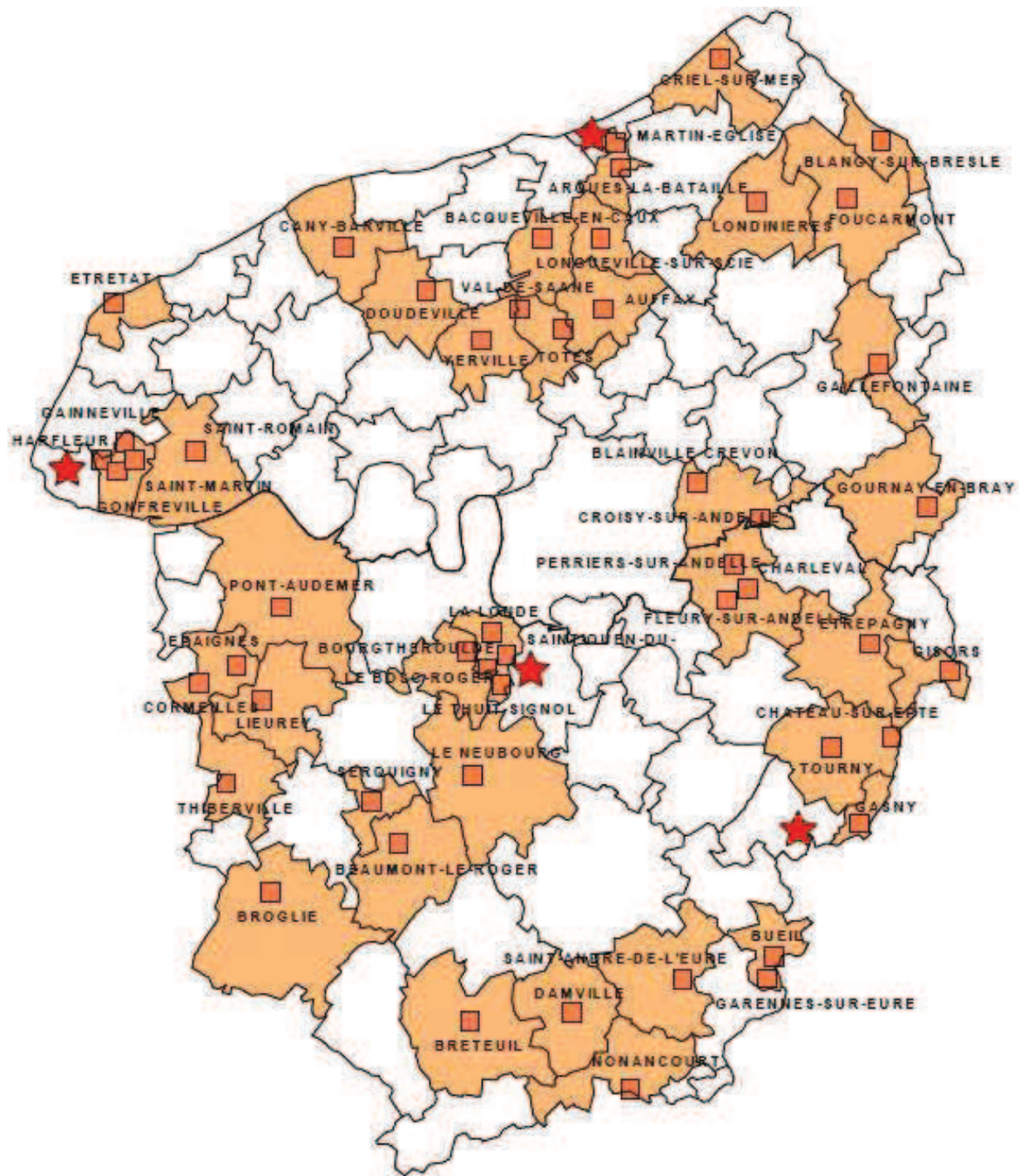
- sélection de territoires de premier recours et de ZUS au sein desquels la densité de médecins généralistes hors mode d'exercice particulier est inférieure de 30% au niveau national soit 6,1 (au lieu de 8,8) pour 10.000 habitants ou zones dans lesquelles plus de 40% des actes sont réalisés par des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans,
- existence d'un pôle urbain de plus de 1500 habitants afin de retenir les communes bénéficiant d'un certain niveau d'équipement.

Ces critères ont été complétés d'éléments spécifiques :

- 6 territoires de premier recours dont le pôle est inférieur à 1500 habitants.
- 3 pôles limitrophes de pôles sélectionnés afin de respecter les découpages territoriaux et d'assurer un continuum géographique,
- les zones déficitaires en médecins généralistes telles qu'elles ont été déterminées dans l'avenant 20 de la convention médicale de 2005, et n'ayant pas connu d'évolution démographique favorable.

Au sein de ces zones identifiées, l'ARS a sélectionné des communes-pôles, constituant des lieux à privilégier pour les implantations de professionnels de santé et de maisons de santé compte tenu du niveau d'équipement qu'elles offrent en termes de services à la population.

Les pôles déficitaires seraient ainsi constitués au total de 56 communes (figure 5), regroupant au total plus de 169.000 habitants ^[3].



- Pôle déficitaire
- ZUS déficitaires
- Zone de 1er recours avec pôle(s) déficitaire(s)

Figure 5 : Pôles déficitaires 2012 au sein des territoires de premier recours

1.2 Les mesures incitatives

1.2.1 Les aides aux étudiants en médecine

1.2.1.1 Le contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

Le CESP a été instauré par la loi HPST du 21 juillet 2009. Il ouvre droit au versement d'une allocation mensuelle de 1200€ brut. Les allocataires peuvent être les étudiants en médecine, dès la 2ème année des études médicales jusqu'à l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées (DES). La durée de l'engagement est égale à celle du versement de l'allocation et ne peut être inférieure à 2 ans. Les étudiants qui souhaitent souscrire un contrat, déposent leur dossier de demande dans la faculté de médecine dans laquelle ils sont inscrits. Ensuite, dans chaque UFR, une commission de sélection examine le dossier du candidat et procède à une évaluation du projet professionnel et des résultats universitaires.

En contrepartie, les bénéficiaires s'engagent à exercer leurs fonctions dans les zones identifiées par les ARS. Plusieurs modes d'exercice sont possibles : exercice libéral mais avec l'obligation de pratiquer les tarifs conventionnés durant l'engagement de service public, exercice salarié ou mixte. L'exercice peut avoir lieu dans différentes structures, mais toutes doivent être dans des zones déficitaires. Ce dispositif est financé par des crédits d'assurance-maladie issus du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et versés au Centre National de Gestion (CNG), qui assure le versement de l'allocation aux étudiants. L'indemnité prévue en cas de rupture est composée de la somme des allocations nettes perçues au titre du contrat, majorée d'une fraction des frais d'études engagés fixée à 20 000€. Pour les médecins en exercice, l'indemnité est calculée de manière dégressive en fonction de la durée d'engagement et du temps d'exercice écoulé à la date à laquelle le signataire a rompu son contrat.

Le nombre de contrats est fixé par arrêté interministériel. Pour l'année universitaire 2012-2013 en Haute-Normandie, 8 CESP ont été offerts aux étudiants en médecine et 9 pour les internes en médecine contre respectivement 6 et 8 pour la rentrée 2013-2014.

1.2.1.2 Les indemnités de déplacement et de logement

Comme l'autorisent les articles L.1511-8 et D.1511-52 du code général des collectivités territoriales, la Région Haute-Normandie accorde des indemnités aux internes de médecine générale pour le stage chez le praticien. L'objectif régional est d'encourager de nouvelles vocations d'étudiants pour la médecine générale et l'installation dans les zones rurales déficitaires.

Pour qu'elles soient allouées, les cabinets des maîtres de stage doivent se situer dans des zones déficitaires selon l'ARS. L'aide est plafonnée à 400€ mensuels et non cumulative avec la mise à disposition d'un logement. La base de calcul pour les déplacements prend en compte le trajet aller/retour depuis la faculté de médecine de Rouen jusqu'au cabinet éligible du ou des maîtres de stage. Pour le logement, la base de calcul intègre les justificatifs de nuitées ou loyers correspondant à la période et à la durée du stage. Si les dépenses sont inférieures au montant de la dépense subventionnable, l'indemnité régionale est calculée au prorata des dépenses.

Afin de mesurer l'impact de ce dispositif, la Région mène une enquête, dont les résultats devraient être connus début 2014.

1.2.1.3 Les indemnités d'études et de projet professionnel

Ces indemnités sont destinées aux étudiants titulaires du concours de médecine. Elles sont à l'initiative des collectivités territoriales (art. L.1511-8 et D.1511-54, D.1511-55 et D.1511-56 du code général des collectivités territoriales). Le montant annuel ne peut excéder les émoluments annuels de 3ème année d'internat. Le candidat est censé informer l'ARS de son futur lieu d'installation. En contrepartie de l'aide le bénéficiaire s'engage à exercer dans une zone déficitaire.

En cas de non-installation à la date prévue contractuellement, l'étudiant doit, en l'absence de dispositions spécifiques dans le contrat, rembourser l'intégralité de l'indemnité perçue ou une partie si la durée d'installation est inférieure à cinq ans ou à la durée prévue contractuellement.

Actuellement, il n'existe pas de dispositif de ce genre dans notre région. Pour exemple, le département de l'Allier a baptisé ce système de bourse « Wanted », cumulable avec le CESP. Il comporte le versement d'une indemnité d'études de 8400€ la première année d'internat, 12000€ la deuxième année et 18000€ la dernière année (soit au total 38 400 € par candidat). Le contrat ouvert aux internes toutes régions confondues, stipule une durée minimale de 6 ans d'exercice.

1.2.2 Les aides à l'installation

1.2.2.1 Les aides financières des collectivités territoriales

Les articles L.1511-8, R.1511-44 et R.1511-45 du code général des collectivités territoriales autorisent les collectivités territoriales à soutenir l'installation des professionnels de santé ou de centres de santé. Les aides peuvent consister en :

- La prise en charge, en tout ou en partie, des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins ;
- La mise à disposition de locaux destinés à cette activité ;
- La mise à disposition d'un logement ;
- Le versement d'une prime d'installation ;
- Le versement, aux professionnels exerçant à titre libéral, d'une prime d'exercice forfaitaire.

Pour être attribuables, ces aides requièrent une installation dans les zones identifiées par les ARS. Une convention entre le bénéficiaire, la collectivité et l'union régionale des caisses d'assurance maladie fixe les engagements réciproques. Elle inclut un engagement pour une durée minimale de 3 ans. Le credo actuel étant d'inciter à l'exercice regroupé, nombre de projets locaux aidés concernent le montage de "maisons médicales" souvent pluridisciplinaires.

C'est notamment le cas de la maison de santé de Saint-Romain-de-Colbosc qui a ouvert ses portes cet été. Le projet a bénéficié de l'aide de la communauté de communes à hauteur de 2 347 179 € ainsi que des subventions de la région Haute-Normandie, du département de la Seine-Maritime, de l'Etat avec le fonds national d'aménagement et de développement du territoire et de l'Europe avec le Fonds européen agricole pour le développement rural.

1.2.2.2 Les exonérations fiscales et sociales

❖ Exonération d'impôt sur les sociétés en ZAFR

Cette mesure fait référence à l'article 44 sexies du code général des impôts. Elle s'adresse aux professions libérales soumises à l'impôt sur les sociétés, qui ont créé leur activité entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2013 en ZAFR. L'activité doit être nouvelle, ce qui exclut la restructuration ou la reprise d'activité. L'effectif doit être d'au moins 3 salariés à la fin de chaque exercice. Le médecin est exonéré d'impôt sur les sociétés jusqu'au terme du vingt-troisième mois suivant celui de leur création. Par la suite il est soumis à l'impôt sur les sociétés à hauteur de :

- 25% de leur montant la première période de 12 mois suivant cette période d'exonération
- 50% de leur montant la 2ème période de 12 mois suivant cette période d'exonération
- 75% de leur montant la 3ème période de 12 mois suivant cette période d'exonération.

❖ Exonérations en ZRR

Une exonération d'impôt sur les sociétés ou sur les revenus figure dans l'article 44 quinquies et l'article 1465 A du code général des impôts. Elle concerne entre autres les professions libérales, qui ont créé leur activité entre le 1er janvier 2011 et le 31 décembre 2013 en ZRR. L'entreprise doit employer moins de 10 salariés. Le médecin bénéficie d'une exonération de ses bénéfices à 100 % les 5 premières années, 75 % la 6ème année, 50 % la 7ème année et 25 % la 8ème année. De surcroît, il peut prétendre à une exonération de la taxe foncière sur la propriété bâtie pour une durée comprise entre 2 et 5 ans.

❖ Exonérations en ZFU

L'article 44 octies du code général des impôts mentionne que les professionnels qui ont créé une activité en ZFU entre le 1er janvier 2006 et le 31 décembre 2014, sont éligibles à une exonération sur les bénéfices.

Cette exonération est totale pendant cinq ans à compter du début d'activité puis dégressive pendant neuf ans (60% pendant 5 ans, 40% pendant 2 ans et 20% les 2 dernières années). Le bénéfice exonéré ne peut dépasser 100 000 euros par période de 12 mois.

Une seconde mesure dans l'article 1383 B du code général des impôts prévoit que les médecins implantés ou reprenant une activité en ZFU, sont exonérés de taxe foncière sur les propriétés bâties pour une durée de cinq ans.

❖ **Exonération d'impôt sur le revenu au titre de la participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA)**

Celle-ci est définie par l'article 151 ter du code général des impôts. La rémunération perçue au titre de la PDSA par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone déficitaire en offre de soins est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanences par an.

❖ **Exonération des cotisations patronales**

L'article L 131-4-2 du code de la sécurité sociale prévoit l'exonération d'une partie des cotisations patronales de sécurité sociale pendant 12 mois, pour l'embauche d'un salarié dans un cabinet installé en ZRR ou en ZRU.

❖ **Exonération de cotisation foncière des entreprises (CFE)**

Depuis le 1er janvier 2010, les médecins peuvent bénéficier d'une exonération temporaire de la CFE lorsqu'ils implantent leur activité dans les zones suivantes : ZRR, ZUS, ZFU, communes de moins de 2000 habitants. En revanche, l'exonération ne s'applique ni aux entreprises créées dans le cadre de l'extension d'une activité préexistante (sont exclues les adjonctions d'activités à des activités préexistantes, portant sur une clientèle commune), ni aux entreprises créées ou reprises suite au transfert d'une activité précédemment exercée par une entreprise ayant bénéficié d'un dispositif d'exonération. La durée de l'exonération ne peut excéder 5 ans.

1.2.2.3 Les aides de l'assurance maladie

Afin d'accroître l'efficacité du système de soins, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des médecins libéraux se rencontrent régulièrement pour redéfinir la convention médicale. Ce texte régit les relations entre les différentes parties.

Ainsi, certaines aides à l'installation de la convention médicale de 2005 ont été supplantées par d'autres de la convention médicale 2011. C'est le cas de l'avenant 20 avec l'option démographie. L'ancienne aide prévoyait une majoration de 20% de l'activité du médecin généraliste qui s'installait en groupe ou dans le cadre d'un pôle de santé dans une zone déficitaire.

❖ **Option démographie - convention médicale de 2011**

Elle est proposée à tous les médecins libéraux, de secteur 1 et de secteur 2, qui s'engagent à appliquer les tarifs opposables dans les zones définies par l'ARS. Les professionnels doivent respecter certaines conditions d'exercice :

- réaliser 2/3 de l'activité auprès de patients résidant dans la zone
- exercer en groupe ou en pôle de santé
- demeurer au moins 3 ans dans la zone

En contrepartie, il bénéficie d'avantages qui varient selon son mode d'exercice :

- en groupe : aide à l'investissement de 5000 € par an pendant 3 ans et aide à l'activité représentant 10% des honoraires annuels (C + V), plafonnée à 20 000 € par an.
- en pôle de santé : aide à l'investissement de 2500 € par an sur 3 ans et aide à l'activité de 5% des honoraires annuels (C + V) plafonnée à 10000 € par an.

Pour les médecins qui bénéficiaient de l'avenant 20 et qui n'entrent pas dans le champ du nouveau dispositif, une période de transition de deux ans est prévue : ils bénéficient de l'aide forfaitaire prévue pour l'option démographie, à hauteur de deux tiers pour la première année et d'un tiers pour la deuxième.

❖ **Les contrats de bonnes pratiques – convention médicale 2005**

Bien que prorogés jusqu'au 31 décembre 2012, pour ceux conclus avant le 1er avril 2010, les contrats de bonnes pratiques ont disparu. Ils octroyaient une indemnité de remplacement de 300 €/jour dans la limite de 10 et 18 jours/an, respectivement pour les médecins généralistes en zone rurale (définie comme étant éloignée de plus de 20 minutes des services d'urgence et ayant une densité de médecins généralistes inférieure à 3 pour 5 000 habitants) et en zone franche urbaine.

❖ **C@rtosanté Pro**

Cette cartographie interactive permet aux futurs installés de dessiner leur zone d'influence sur un territoire choisi et d'en extraire un panel complet d'indicateurs statistiques. Le médecin peut accéder à des informations sur la population, la démographie médicale (nombre et densité de médecins généralistes, tranches d'âges, activité moyenne, distance des autres professionnels de santé et des services hospitaliers) ou sur la consommation de soins (consommation moyenne de consultations et visites, nombre et taux de personnes prises en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée).

❖ **Dérogation au parcours de soins**

Par le Décret n°2006-1 du 2 janvier 2006 pris en application de l'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale, un patient qui consulte un médecin nouvellement installé ou un médecin installé en zone déficitaire est considéré de facto dans le parcours de soins, même si ce médecin n'est pas son médecin traitant. A compter de l'installation, cette mesure court pendant 5 ans.

Ces aides sont donc en perpétuelle évolution au gré de la crise démographique médicale mais également selon l'influence politique du moment. Il n'est pas aisé de dresser un bilan simple de celles-ci.

II Etude

2.1 Matériels et méthodes

2.1.1 Elaboration du questionnaire

Pour réaliser cette étude, un questionnaire de 2 pages a été conçu (cf. annexe 1). La première partie recueillait des données épidémiologiques. La deuxième partie, avec 15 questions, testait la connaissance ou non des différentes aides à l'installation et le degré incitatif, selon une échelle de Likert, pour chacune d'entre elles. Le questionnaire avait préalablement été soumis à différents enseignants du département de Médecine Générale et à des membres de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) afin d'en évaluer la clarté et la pertinence. Certaines questions trop imprécises ont été reformulées. Dans un second temps, il a été testé auprès d'internes de Médecine Générale ne dépendant pas de la faculté de Rouen, pour apprécier sa faisabilité et la durée nécessaire pour le compléter (environ 5 minutes).

2.1.2 Echantillonnage

La population cible de l'étude était les internes haut-normands du premier au sixième semestre du DES de Médecine Générale, soit 245 étudiants. Le questionnaire a été distribué le 13 décembre 2012 durant le séminaire intitulé « Prise en charge d'un patient handicapé ». L'accès au cours nécessitait au préalable une inscription électronique. La population source de l'étude était donc de 168 internes.

2.1.3 Analyse statistique

Les données récoltées ont été analysées avec les logiciels Excel et R. Le nombre d'aides connues par répondant a été calculé sous forme de score de pourcentage, définissant ainsi le niveau de connaissance. Les données relatives à chaque répondant ont été traitées comme variables explicatives de son niveau de connaissance des aides proposées et de son appréciation (positive ou négative) vis-à-vis des mesures dont il a déclaré connaître l'existence.

Concernant la variable expliquée quantitative continue du niveau de connaissance des aides, ont été utilisés des tests d'analyse de variance de Kruskal-Wallis pour les variables explicatives quantitatives discontinues et qualitatives à plus de deux modalités, et des tests de comparaison de moyennes de Mann-Whitney pour les variables explicatives qualitatives dichotomiques.

Pour ce qui est de l'appréciation du répondant, les aides ont été traitées indépendamment les unes des autres par des variables expliquées qualitatives dichotomiques (avis positif ou négatif) à l'aide du test du Chi², ou du test exact de Fisher lorsque l'application du premier test s'est avéré impossible, pour l'ensemble des variables explicatives.

Par ailleurs, une analyse statistique en considérant les variables « souhait d'installation » et « lieu d'installation » comme variables expliquées par les autres variables relatives au répondant a également été menée en ayant recours au test du Chi², ou au test exact de Fisher pour de petits effectifs. Les questions 7, 8, 12, 13 et 15 n'ont pas été traitées car les effectifs étaient trop faibles (inférieurs à 20).

Pour le traitement logiciel, certaines classes ont été regroupées par rapport au questionnaire initial par manque d'effectif au sein de certaines d'entre elles : critère « semestre » (de S1 à S6) codé par la variable « année d'internat » (de A1 à A3) et critère « nombre d'enfants » (de 0 à 3) codé en une variable dichotomique « enfant » (oui ou non). De plus des regroupements ont été nécessaires pour traiter la variable « âge du répondant » à cause de faibles effectifs chez les jeunes internes (< 24 ans) et chez les plus âgés (> 28 ans). Enfin la question « lieu d'installation » a été codée en une variable qualitative dichotomique « volonté d'installation en zone rurale haut-normande ou non ».

III Résultats

139 questionnaires ont été recueillis, soit un taux de réponse de 82,7 % par rapport à la population source (168).

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

3.1.1 Sexe

La population féminine était majoritaire: 64,0% de femmes (n=89) contre 36,0% d'hommes (n=50).

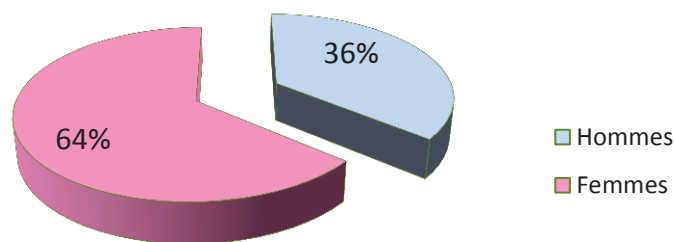


Figure 6: Répartition des sujets selon leur sexe

3.1.2 Age

La moyenne d'âge des répondants a été établie à 26,3 ans avec une étendue de 23 à 37 ans. L'âge médian a été établi à 26 ans.

3.1.3 Situation conjugale

Les sondés étaient principalement en couple : 71,2% (n=99) contre 28,8% (n=40) vivant seuls.

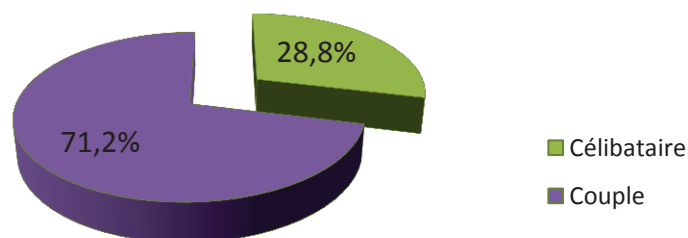


Figure 7: Répartition des sujets selon leur statut

3.1.4 Enfants à charge

Les répondants étaient globalement sans enfant puisqu'ils étaient 90,7% (n=126) contre 9,3% (n=13) avec enfants.

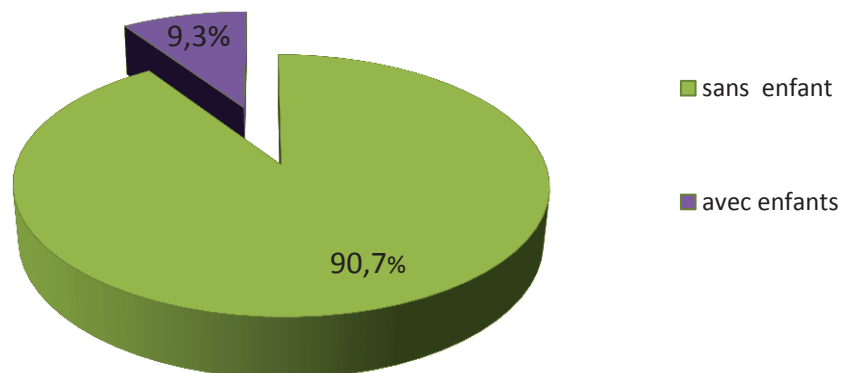


Figure 8: Répartition des sujets sans ou avec enfants

3.1.5 Milieu d'origine

Les internes « des villes » étaient en supériorité numérique : 60,4% (n=84) contre 39,6% (n=55) internes « des champs ».

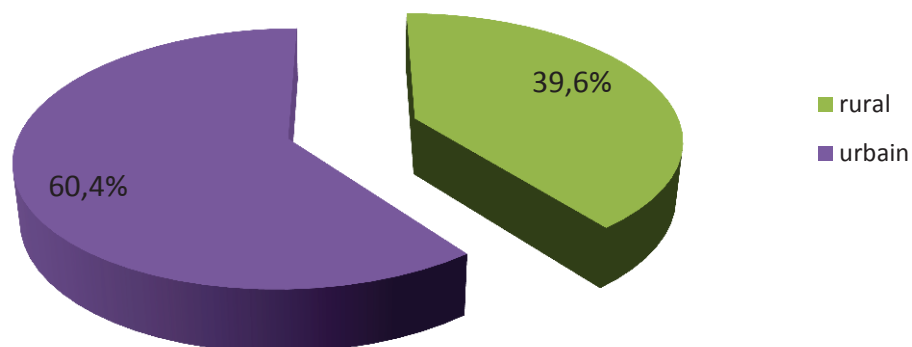


Figure 9: Répartition des sujets selon leur milieu d'origine

3.1.6 Ancienneté

Les 3 promotions du DES de Médecine Générale étaient harmonieusement représentées : 33% étaient en première année (n=46), 37% en deuxième année (n=51) et 29% en dernière année (n=40). Malencontreusement 1% des sujets n'avaient pas mentionné leur année (n=2).

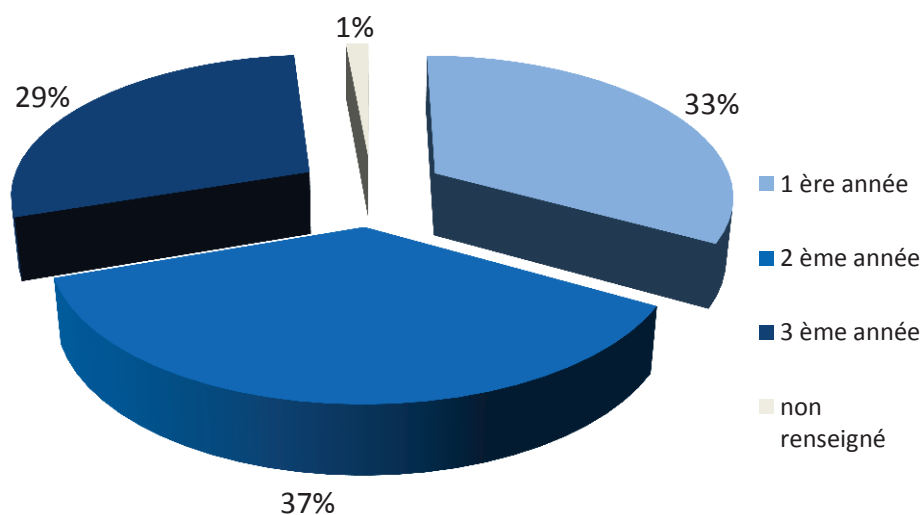


Figure 10 : Répartition des sujets par année de DES

Le diagramme en mosaïque en figure 11 montre la répartition des internes par année d'internat en fonction de leur âge.

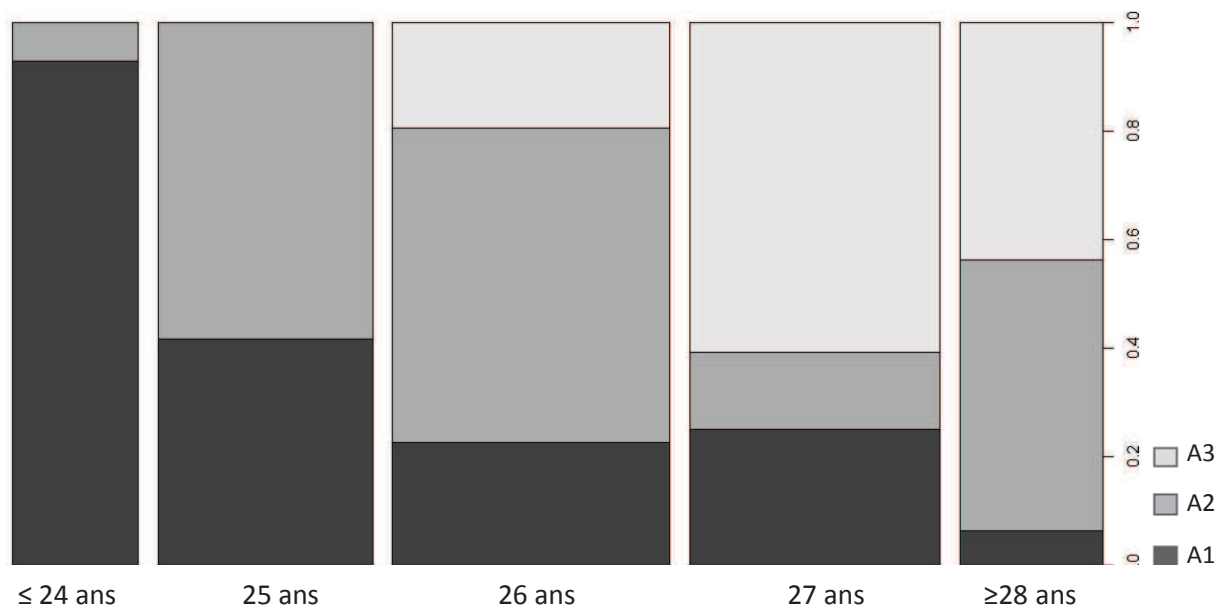


Figure 11 : Diagramme en mosaïque par catégorie d'âge et en fonction de leur année

3.2 Souhait d'installation

3.2.1 Analyse descriptive

Une grande majorité des sujets a déclaré vouloir s'installer : 45,3% (n=63) voulaient « tout à fait » et 41,1% (n=57) voulaient « plutôt » contre 10,8% (n=15) et 2,9% (n=4) qui ne voulaient respectivement « plutôt pas » et « pas du tout » s'installer (cf figure 12).

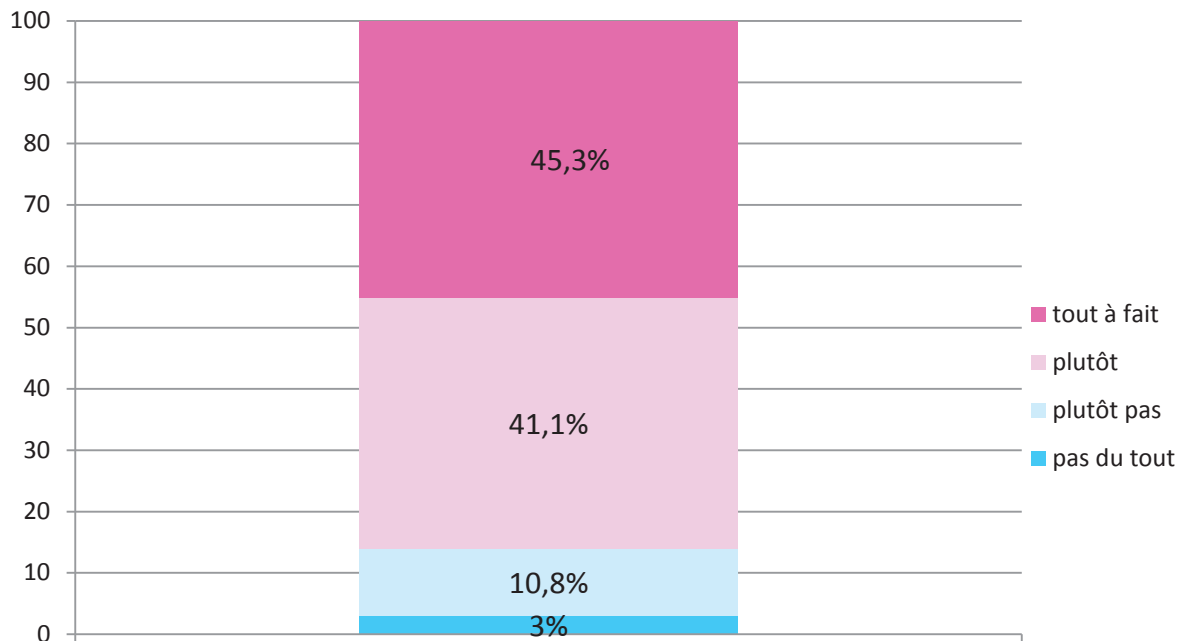


Figure 12 : Répartition des sujets selon leur souhait d'installation

50,4% des interrogés (n=70) souhaitaient s'installer en Haute-Normandie. Parmi eux, ils étaient 44 à plébisciter une zone rurale contre 26 pour une zone urbaine.

Si 14,4% des sujets (n=20) voulaient changer de région, 30,2% (n=42) n'étaient pas encore fixés sur leur sort. Enfin 5,0% (n=7) ne se sentaient pas concernés par un projet d'installation.

3.2.2 Analyse statistique

	non	oui
célibataire	9	31
couple	10	89

Tableau 1 : Effectifs des internes en fonction de leur souhait d'installation et de leur situation

En limite de significativité, les sujets en couple souhaitaient comparativement plus s'installer que les célibataires ($p=0,09$). Ce résultat est illustré par la figure 13 et les effectifs sont mentionnés dans le tableau 1.

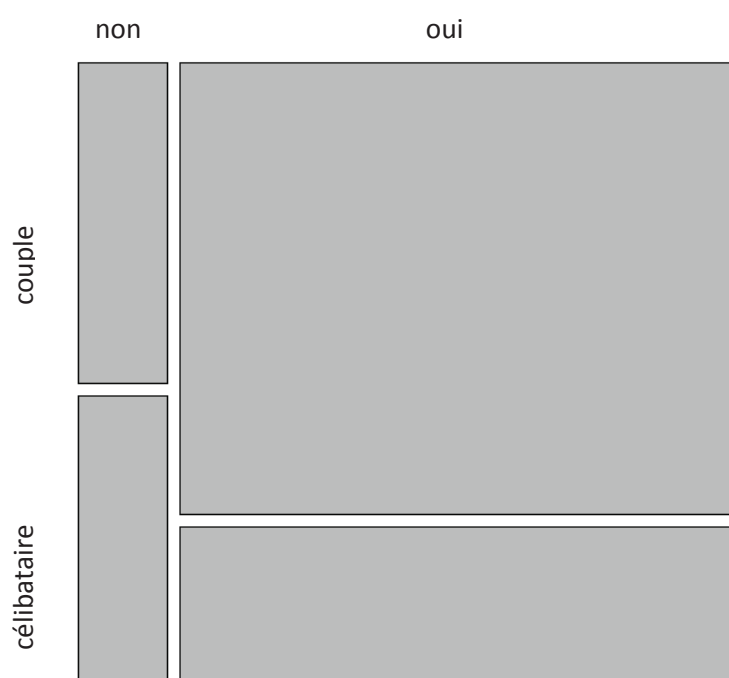


Figure 13 : diagramme en mosaïque souhait d'installation/ situation conjugale

	autres	ZRHN
rural	25	30
urbain	70	14

Tableau 2 : effectifs des sujets en fonction de leur milieu et de leur lieu souhaité d'installation

L'origine rurale était statistiquement associée à un souhait d'installation en zone rurale haut-normande de la part des répondants ($p<0,01$). Cela est mis en valeur par la figure 14 ci-après ; les effectifs étant présentés dans le tableau 2.

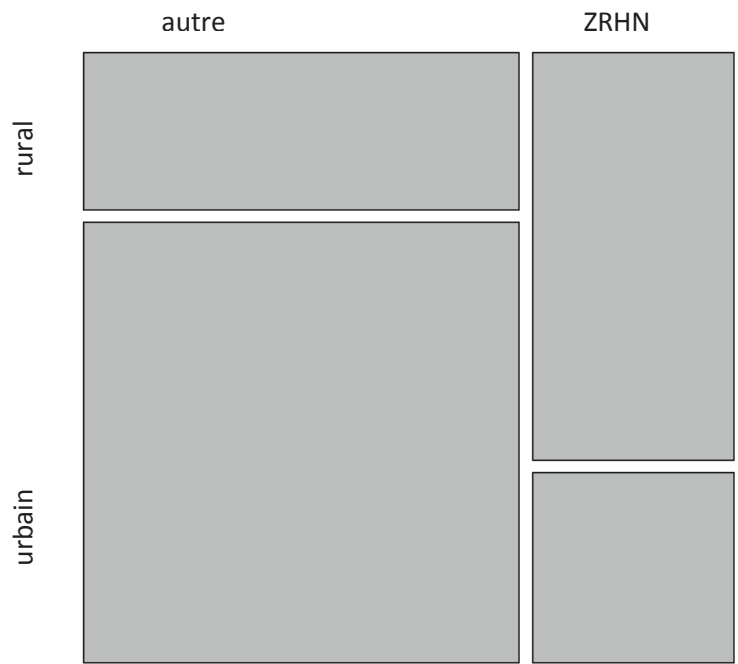


Figure 14 : diagramme en mosaïque milieu/lieu d'installation

L'analyse des variances du souhait d'installation en fonction de l'année de DES montre des différences significatives entre les promotions ($p < 0,05$).

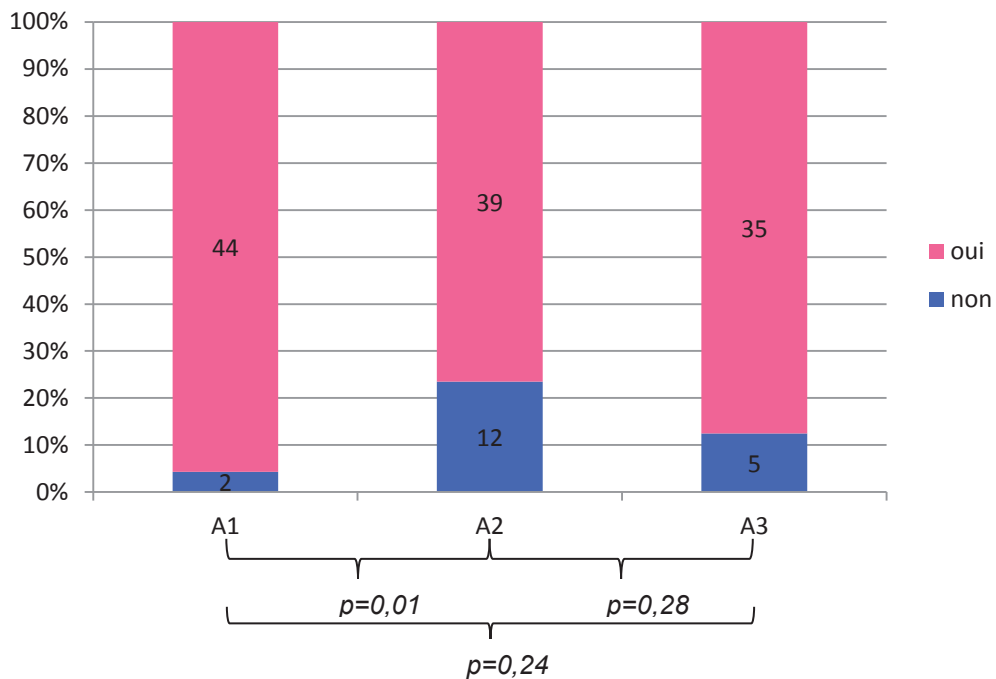


Figure 15 : Proportions d'étudiants souhaitant ou non s'installer en fonction de leur année d'internat

En effet, entre la première et la deuxième année du DES, la proportion d'étudiants souhaitant s'installer diminuait significativement ($p < 0,05$).

3.3 Généralités sur le niveau de connaissance des aides

Pour mémoire, le niveau de connaissance représente le nombre de mesures connues sur l'ensemble du questionnaire traduit en pourcentage.

Le niveau moyen de connaissance des répondants était de 27,9%. La répartition des internes en fonction de leur niveau moyen de connaissance ne suit pas une loi normale (figure 16).

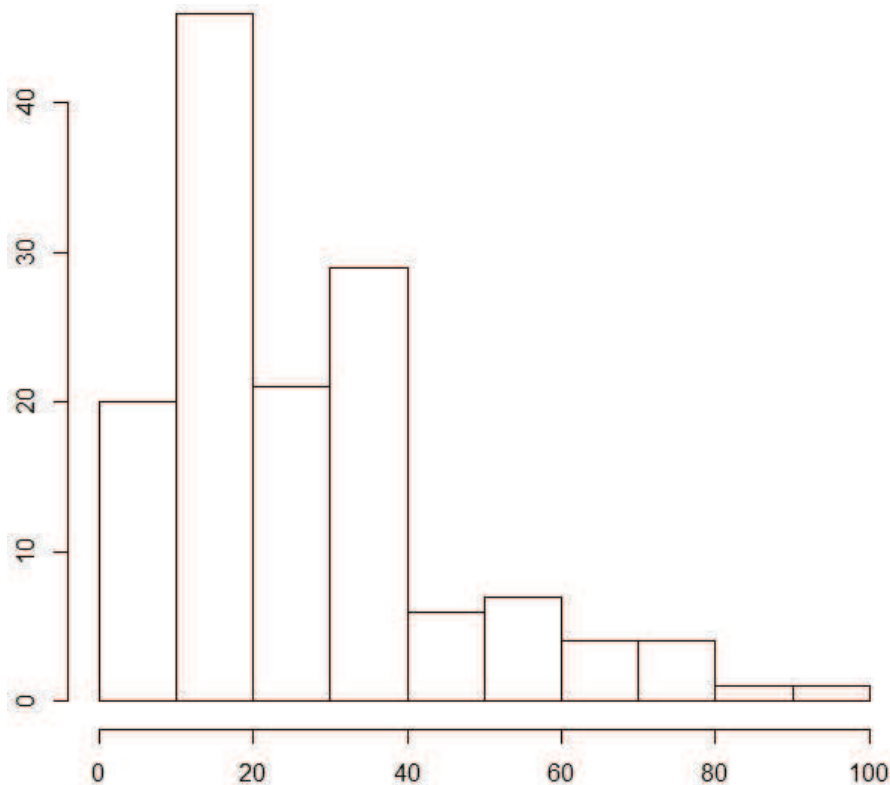


Figure 16 : Fonction de répartition du niveau moyen connaissance

Les hommes ont obtenu un meilleur résultat avec 29,2% contre 27,2% pour les femmes. Pour autant, la différence n'est pas significative ($p > 0,1$).

Les sujets en couple avaient tendance à être mieux informés que les célibataires : 28,9% contre 25,5% mais sans différence significative ($p > 0,1$).

Les sujets issus d'un milieu rural avaient un niveau moyen de connaissance de 31,0% contre 25,9% pour ceux issus d'un milieu urbain ($p > 0,1$).

Les sujets qui ne voulaient « pas du tout » s'installer, avaient en moyenne un meilleur niveau de connaissance (43,3%) (cf. figure 17).

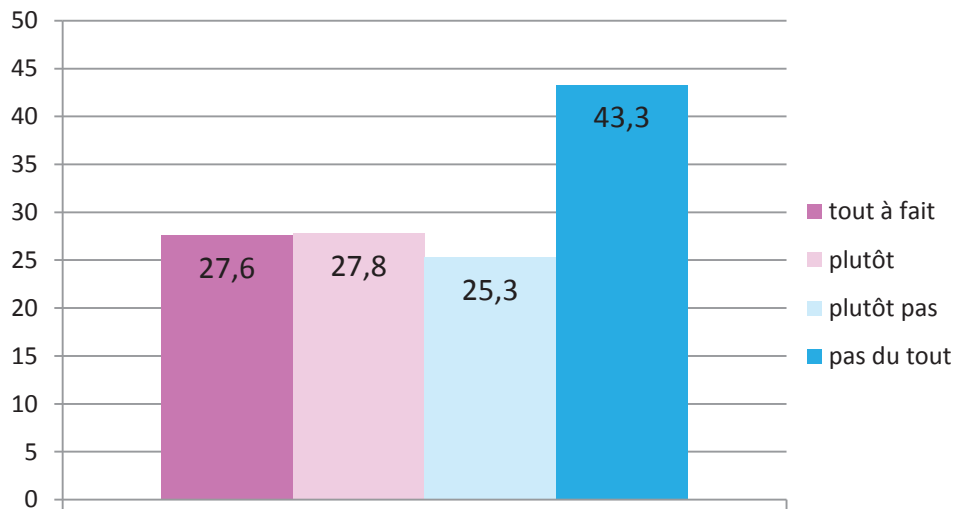


Figure 17 : niveau moyen de connaissances (%) des sujets en fonction de leur vœu d'installation

Pour autant, il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le niveau moyen de connaissance de ceux qui souhaitaient et le niveau moyen de connaissance de ceux qui ne souhaitaient pas s'installer ($p > 0,05$).

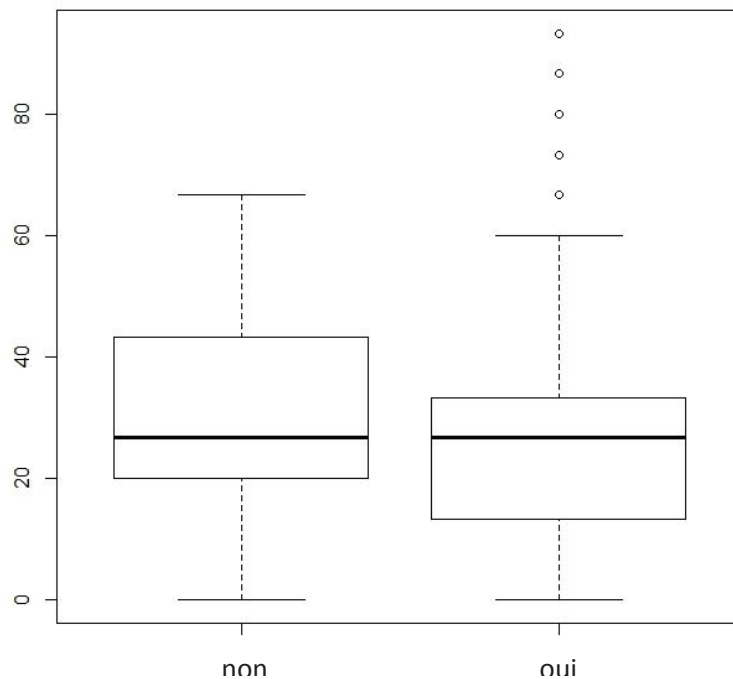


Figure 18 : Diagramme en boîte du niveau moyen de connaissance en fonction du souhait d'installation

L'analyse des variances du niveau de connaissance en fonction de l'année de DES a montré des différences significatives entre les promotions ($p < 0,05$).

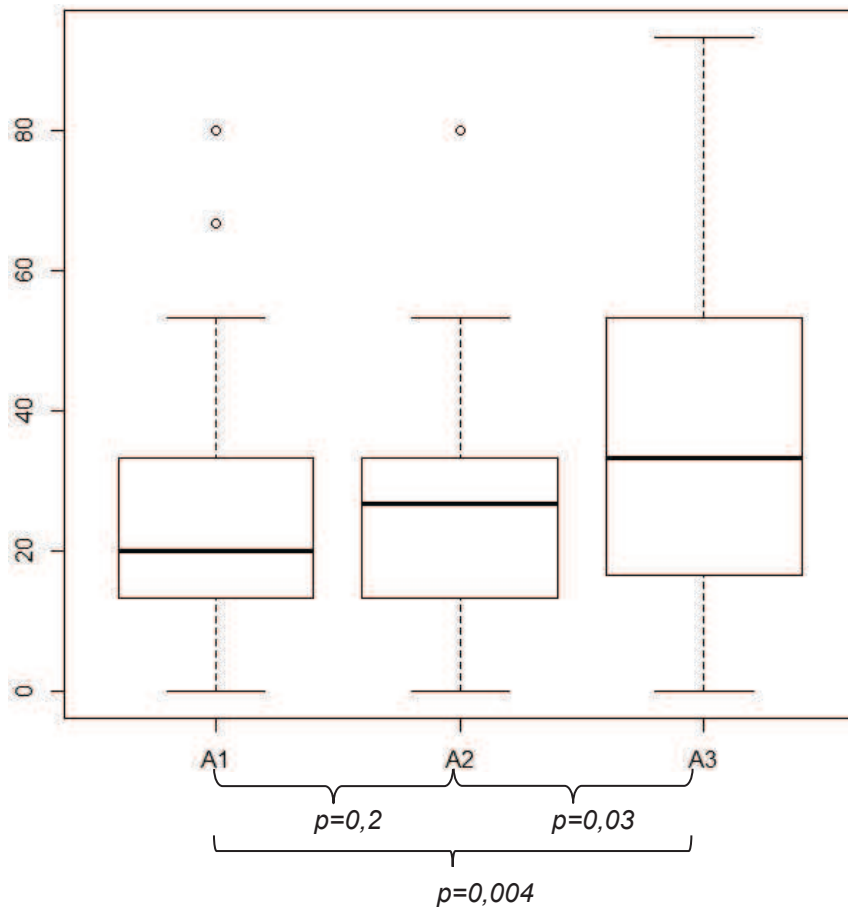


Figure 19 : Diagramme en boîte du niveau moyen de connaissance en fonction de l'année de DES

En première année, la moyenne arithmétique était de 22,6% avec une médiane à 20,0% ; en seconde année, la moyenne arithmétique était de 25,2% avec une médiane à 26,7% et en troisième année, la moyenne arithmétique était de 36,2% avec une médiane à 33,3%. Les sujets de troisième année sont statistiquement mieux informés que ceux des promotions inférieures.

L'analyse des variances du niveau moyen de connaissance en fonction de l'âge n'a pas montré de différence significative ($p>0,05$).

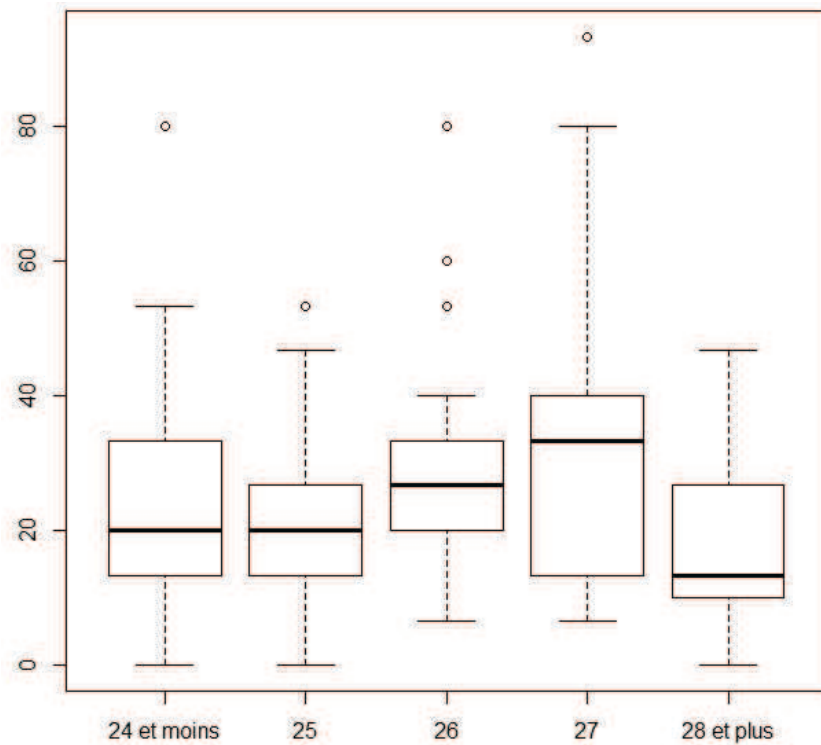


Figure 20 : niveau moyen de connaissance par catégorie d'âge

3.4 Niveau de connaissance sur les aides aux étudiants en médecine

3.4.1 Le CESP (Q1)

Si 82,0% des sujets (n=114) savaient l'existence du CESP, seuls 5,7% (n=8) ont signé pour. Cette aide récoltait 30,7% d'avis positifs répartis comme suit : figure 21.

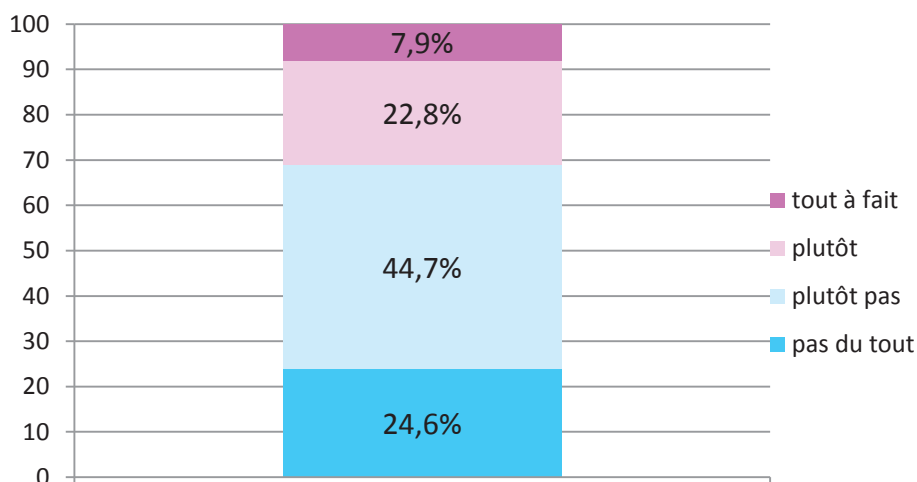


Figure 21 : effectifs des initiés (%) en fonction du degré incitatif de Q1

Sur l'ensemble des variables sociodémographiques et concernant le souhait d'installation, plusieurs associations non significatives statistiquement ont été mises en évidence :

- En proportion, les sujets en couple ont eu plus d'avis positifs que les célibataires : 35,4% contre 20% ($p=0,15$). (cf. table 1 en annexe 2)
- De même, les « ruraux » ont eu comparativement plus d'avis positifs que les « urbains » : 39,6% contre 24,2% ($p=0,12$). (cf. table 2 en annexe 2)
- Enfin, les sujets avec un souhait d'installation ont eu en proportion plus d'avis positifs que ceux ne souhaitant pas s'installer : 34,0% contre 11,8% ($p=0,09$). (cf table 3 en annexe 2)

3.4.2 Les indemnités de déplacement et de logement (Q2)

Si 60,4% des sujets ($n=84$) connaissaient cette mesure, elle n'a rassemblé que 33,3% d'avis positifs. Les différents résultats sont présentés sur la figure 22 suivante.

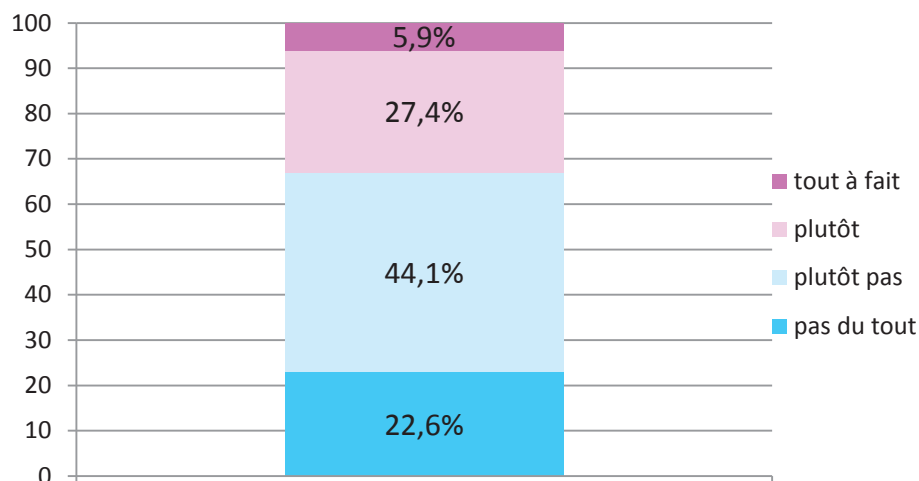


Figure 22 : effectifs des initiés (%) en fonction du degré incitatif de Q2

L'analyse statistique a déterminé :

- qu'en limite de significativité, la volonté d'installation est associée à un avis positif : 38,0% d'avis positifs sur l'effectif avec un souhait d'installation contre 7,7% pour les autres ($p=0,05$). (cf. table 3 en annexe 2)

3.4.3 Les indemnités d'études et de projet professionnel (Q3)

Seuls 19,4%(n=27) étaient sensibilisés à cette aide. Parmi eux, 37% en avaient une opinion positive. 2 sujets ont répondu en bénéficiant.

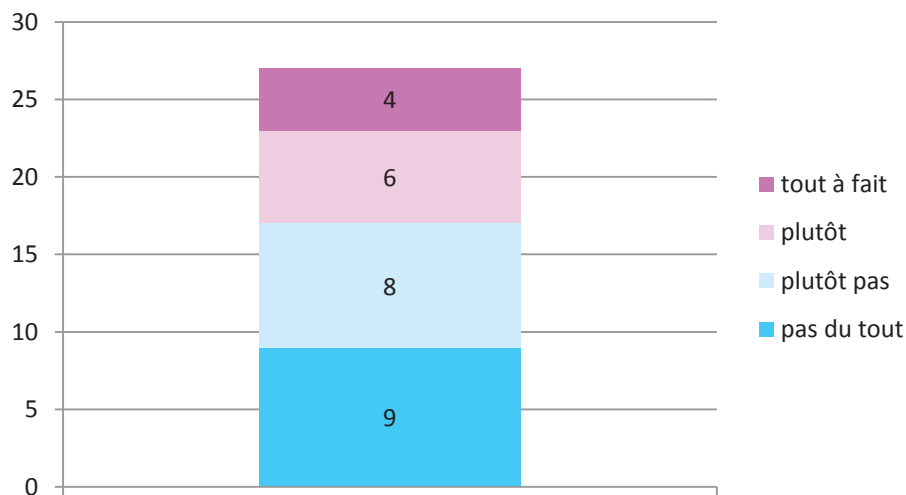


Figure 23 : effectifs des initiés en fonction du degré incitatif de Q3

- Les sujets en couple ont eu proportionnellement plus d'avis positifs que les célibataires : 55,5% contre 0% ($p<0,01$). (cf. table 1 en annexe 2).
- Il existait en limite de significativité, une association entre le fait d'être d'origine rurale et le fait d'avoir un avis positif : 60% d'avis positifs contre 23,5% pour les sujets d'origine urbaine ($p=0,10$). (cf. table 2 en annexe 2)

3.5 Niveau de connaissance sur les aides à l'installation

3.5.1 Prise en charge des frais d'investissement/fonctionnement liés à l'activité de soins par les collectivités territoriales (Q4)

50,4%(n=70) des sujets connaissaient cette mesure et celle-ci a regroupé 75,7% d'avis positifs répartis comme suit sur la figure 24.

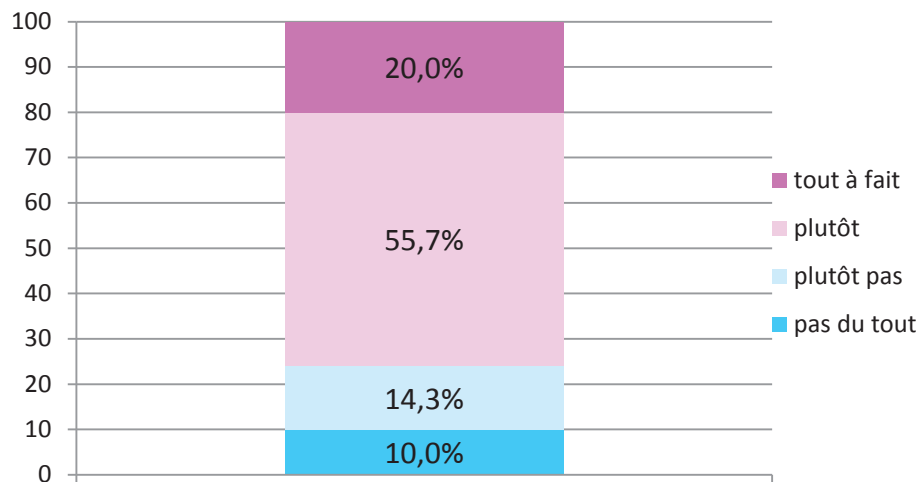


Figure 24 : effectifs des initiés (%) en fonction du degré incitatif de Q4

Statistiquement :

- La proportion d'internes ayant un avis positif concernant cette aide était plus importante dans le groupe d'étudiants souhaitant s'installer en zone rurale haut-normande : 96% contre 66,7% ($p < 0,05$) (cf. table 4 en annexe 2).
- Les sujets en couple ont eu plus d'avis positifs que les célibataires : 86,8% contre 41,2% ($p < 0,01$) (cf. table 1 en annexe 2)
- Le souhait d'installation est associé à un avis positif sur la prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins par les collectivités territoriales : 83,0% d'avis positifs dans l'effectif des sujets avec un souhait d'installation contre 36,4% pour les autres ($p < 0,01$) (cf. table 3 en annexe 2).

- En limite de significativité, les « ruraux » avaient proportionnellement une meilleure opinion que les « urbains »: 89,3% contre 66,7% ($p=0,06$) (cf. table 2 en annexe 2)

- L'analyse des variances a montré des différences significatives entre les différentes promotions. Quel que soit l'année, les étudiants ont plus d'avis positifs que négatifs mais ce contraste tend à diminuer avec l'avancée dans le cursus ($p<0,05$).

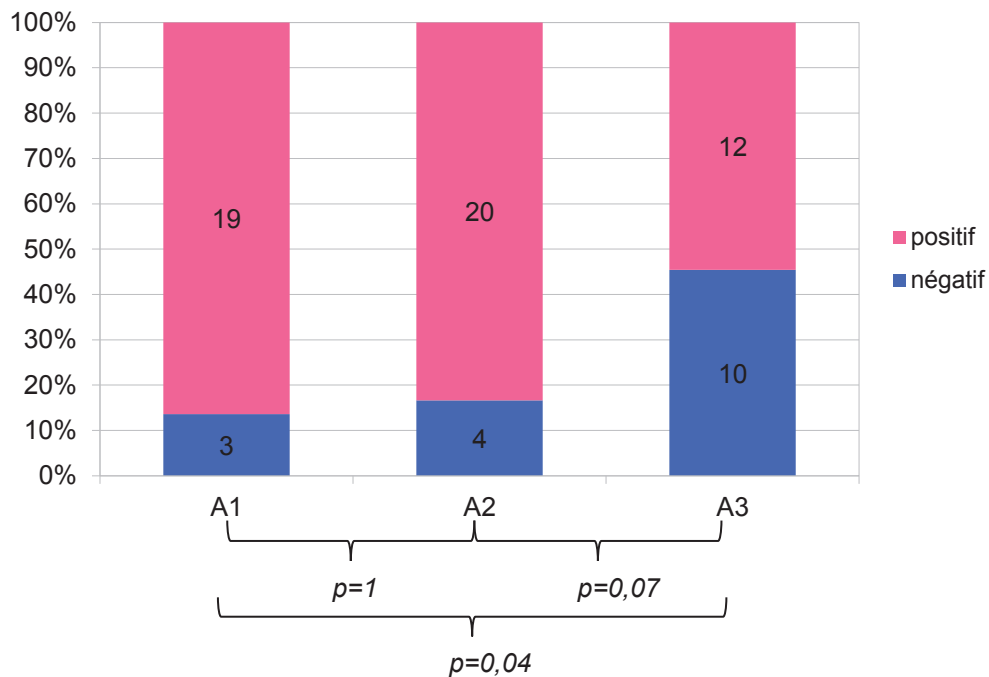


Figure 25 : Diagramme année de DES/avis

Comme le suggère la figure 25, au fil des années du DES, les avis négatifs étaient en augmentation.

[3.5.2 Mise à disposition locaux/logement par les collectivités territoriales \(Q5\)](#)

66,9%(n=93) des sujets connaissaient cette mesure et 73,1% d'entre eux, ont attribué un avis positif. Les résultats sont exposés sur la figure 26 ci-après.

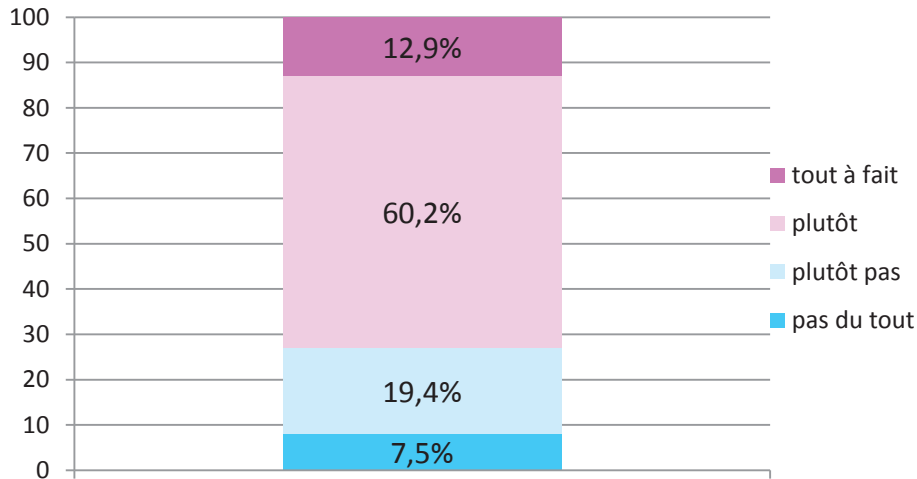


Figure 26 : Effectifs des initiés (%) en fonction du degré incitatif de Q5

Statistiquement, il a été observé :

- qu'au sein de chaque promotion, le nombre d'avis positifs était encore supérieur à celui des avis négatifs mais également que ce contraste tendait à s'estomper entre la 2ème et la 3ème année ($p < 0,05$).

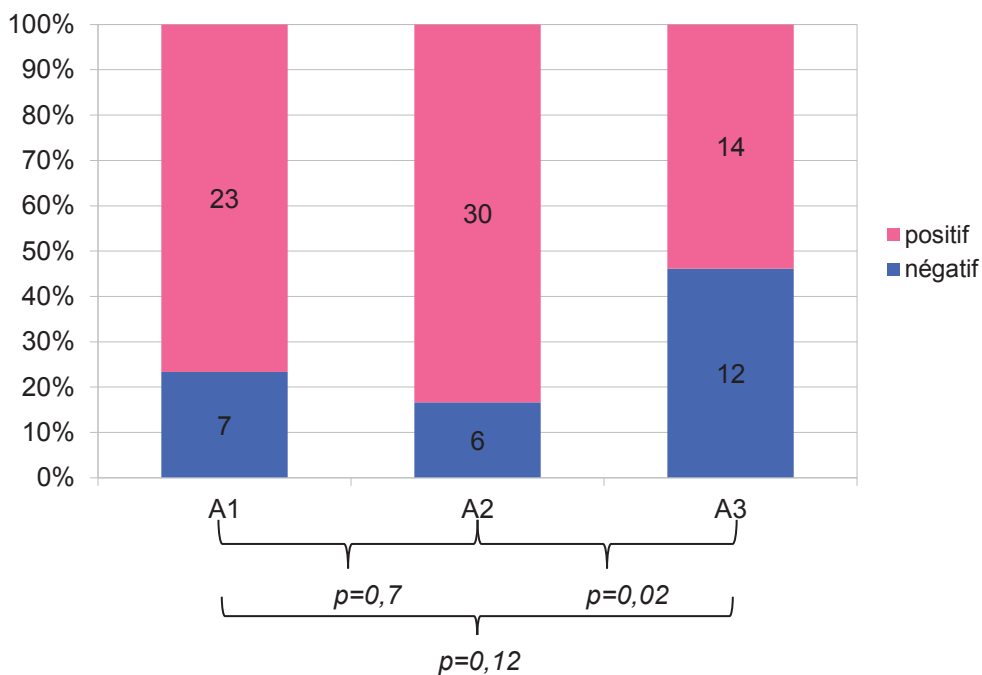


Figure 27 : Diagramme année DES/avis

- Une association non significative entre un souhait d'installation et un avis positif : 76,5% d'avis positifs sur l'effectif avec un souhait d'installation contre 50% pour les autres ($p=0,08$). (cf. table 3 annexe 2)

3.5.3 Avenant 20 de la convention médicale 2005 (Q6)

28,1% des sujets (n=39) connaissaient cette disposition. Elle profite d'une image assez positive : 61,5% des sujets l'ont jugée de « tout à fait » ou « plutôt » incitative. Le détail des résultats est sur la figure 28.

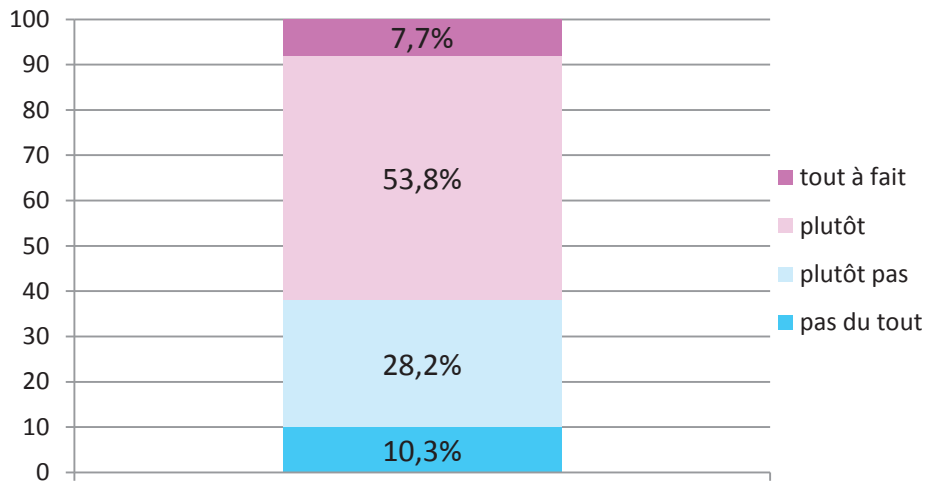


Figure 28 : effectifs des initiés (%) en fonction du degré incitatif de Q6

L'analyse a permis de mettre en évidence :

- une association entre la volonté d'installation et un avis positif : 69,7% d'avis positifs sur l'effectif avec un souhait d'installation contre 16,7% pour les autres ($p < 0,05$). (cf. table 3 en annexe 2)
- en limite de significativité, que les sujets avec un souhait d'installation en ZRHN avaient proportionnellement une opinion plus favorable que les autres: 83,3% contre 50% ($p = 0,11$) (cf. table 4 en annexe 2)
- une association non significative statistiquement entre le milieu rural et un avis positif : 76,5% d'avis positifs sur l'effectif des sujets issus d'un milieu rural contre 50% pour les autres ($p = 0,17$). (cf. table 2 en annexe 2)

3.5.4 Dérogation au parcours de soins (Q7)

Seuls 11,5% des sujets (n=16) ont déjà cette notion. Parmi eux, ils étaient 37,5% à avoir un avis positif.

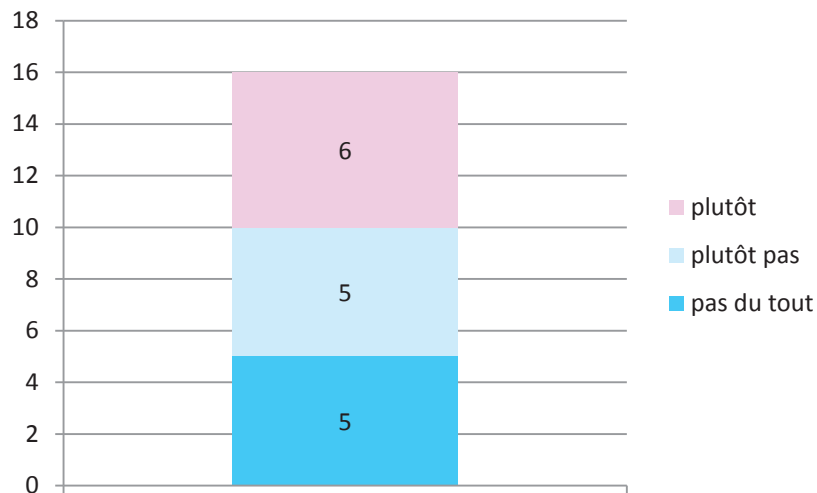


Figure 29 : Effectifs des initiés (%) en fonction du degré incitatif de Q7

3.5.5 C@rtosanté (Q8)

Ils n'étaient que 8,6% des sujets (n=12) à le connaître. Cet outil a cependant rassemblé 66,7% d'avis positifs.

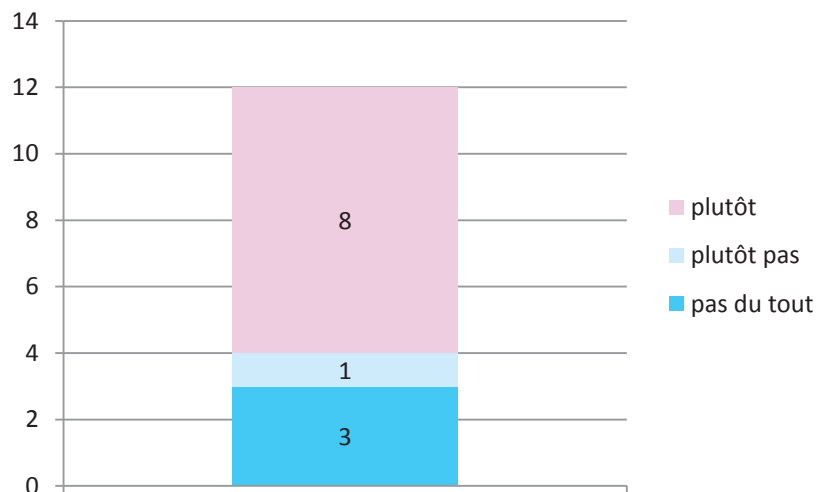


Figure 30 : effectifs des initiés en fonction du degré incitatif de Q8

3.5.6 Option démographie de la convention médicale 2011(Q9)

15,8% des sujets (n=22) avaient entendu parler de cette aide et 45,5% d'entre eux lui ont attribué un avis positif.

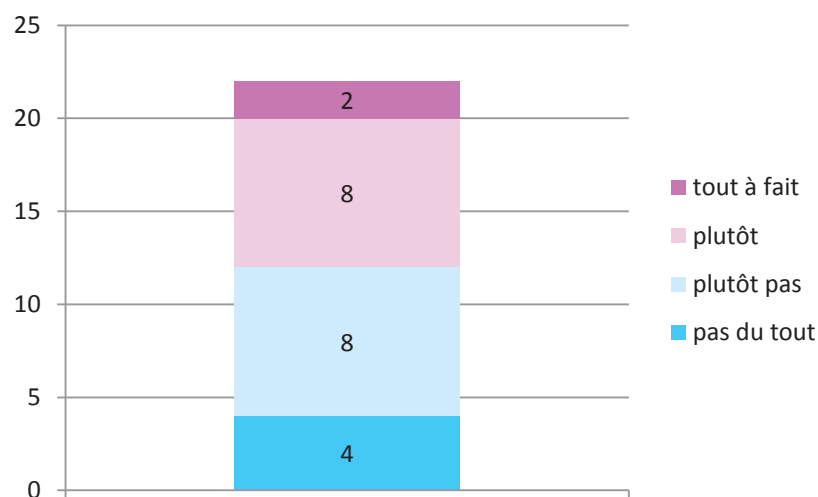


Figure 31 : effectifs des initiés en fonction du degré incitatif de Q9

Statistiquement, la situation en couple était associée non significativement avec un avis favorable : 56,2% d'avis positifs dans l'effectif des sujets en couple contre 16,7% pour les autres ($p=0,16$). (cf. table 1 en annexe 2)

3.6 Les exonérations

3.6.1 Exonération liée à ZAFR (Q10)

17,3% des sujets (n=24) connaissaient cette disposition. Elle a été perçue favorablement puisqu'ils étaient 70,8% avec un avis positif.

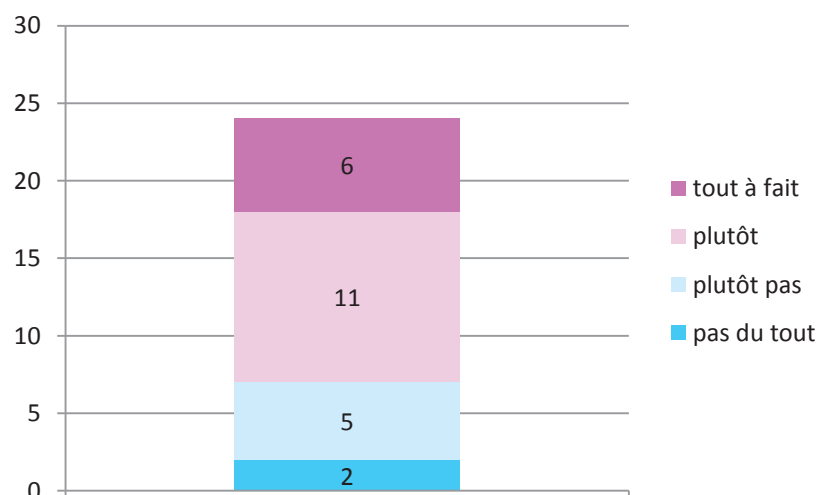


Figure 32 : effectifs des initiés en fonction du degré incitatif de Q10

2 associations non significatives statistiquement réapparaissent :

- entre la situation en couple et un avis positif : 78,9% d'avis positifs dans l'effectif des sujets en couple contre 40% pour les autres ($p=0,12$). (cf table 1 en annexe 2)

-entre le souhait d'installation et une opinion favorable : 76,2% d'avis positifs sur l'effectif avec un souhait d'installation contre 33,3% pour les autres ($p=0,19$). (cf. table 3 en annexe 2)

3.6.2 Exonération liée à la PDSA (Q11)

Ils étaient encore 17,3% d'initiés autour de cette exonération et dont 70,8% à avoir un avis positif.

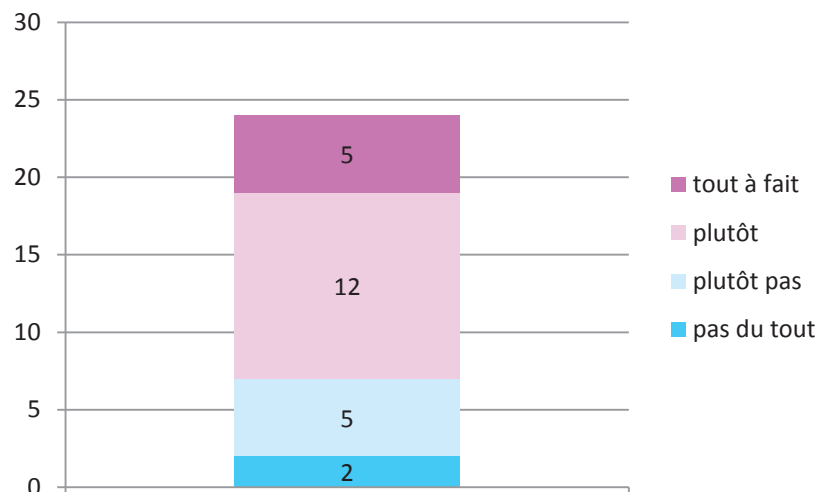


Figure 33 : effectifs des initiés en fonction du degré incitatif de Q11

Des associations non significatives statistiquement sont ressorties :

- Entre un milieu d'origine urbain et un avis positif : 85,7% d'avis positifs dans l'effectif des sujets issus d'un milieu urbain contre 50% pour les autres ($p=0,08$) (cf. table 2 en annexe 2)
- Entre l'absence de souhait d'installation en ZRHN et un avis positif : 80% d'avis positifs sur l'effectif des sujets ne souhaitant pas s'installer en ZRHN contre 42,9% pour les autres ($p=0,16$) (cf. table 4 en annexe 2)

- Entre le statut en couple et un avis positif : 76,2% d'avis positifs dans l'effectif des sujets en couple contre 33,3% pour les autres ($p=0,19$) (cf. table 1 en annexe 2)

3.6.3 Exonération de CFE (Q12)

Si 7,9% des sujets (n=11) la connaissaient, ils étaient 90,9% avec un avis positif.

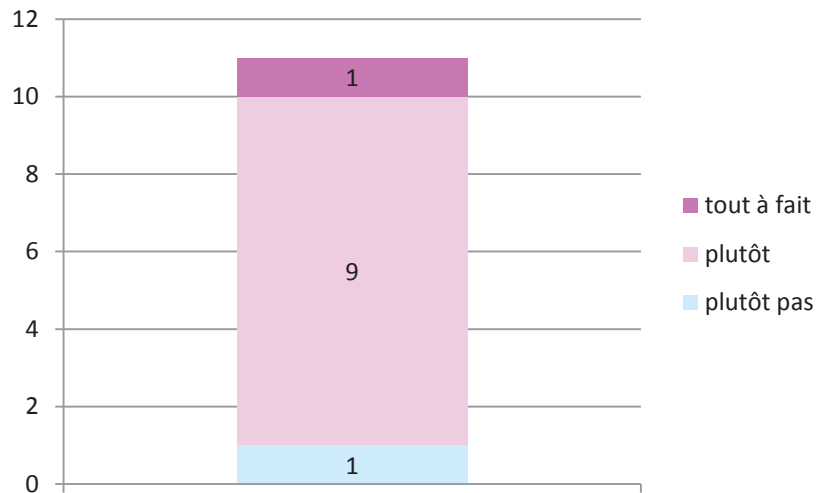


Figure 34 : effectifs des initiés en fonction du degré incitatif de Q12

3.6.4 Exonération des cotisations patronales (Q13)

De nouveau 7,9% des sujets sont informés de cette mesure, dont 90,9% d'avis positifs.

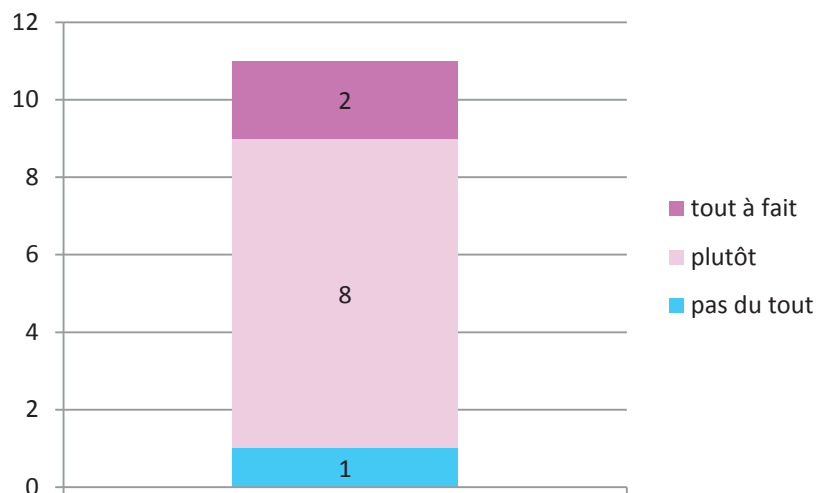


Figure 35 : effectifs des initiés en fonction du degré incitatif de Q13

3.7 Contrats de bonnes pratiques

3.7.1 En zone rurale (Q14)

15,1% des sujets (n=21) possédaient cette notion. Cette aide a récolté 57,1% d'avis positifs.

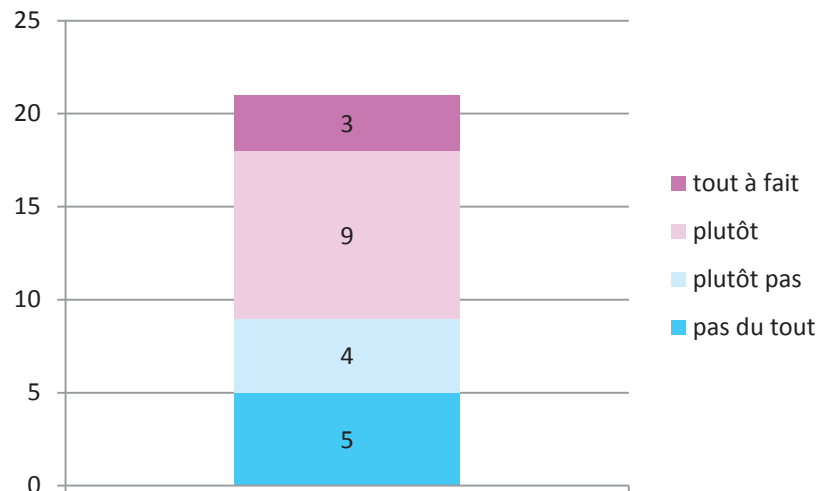


Figure 36 : effectifs des initiés en fonction du degré incitatif de Q14

Une fois de plus, le souhait d'installation est associé de manière non significative statistiquement à un avis positif : 63,2% avis positifs sur l'effectif avec un souhait d'installation contre 0% avis positif pour les autres ($p=0,17$). (cf. table 3 en annexe 2)

3.7.2 En ZFU (Q15)

Seulement 10,1% des sujets (n=14) ont entendu parler de ce contrat. Celui-ci a remporté 50,0% d'avis positifs.

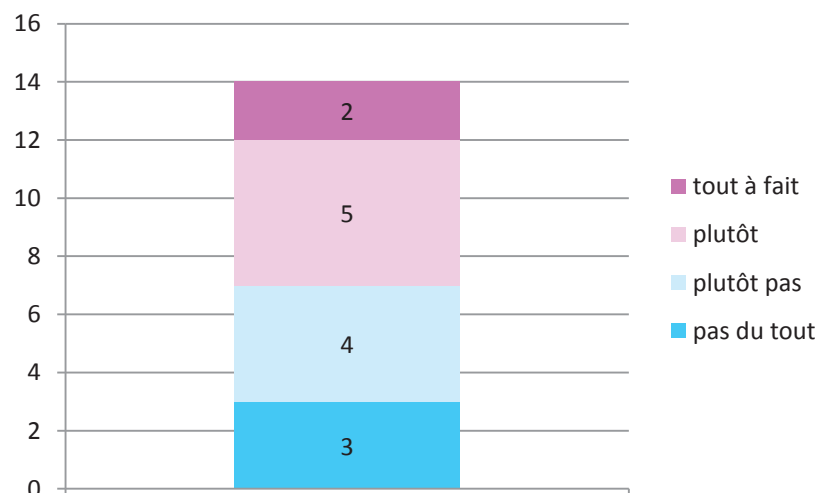


Figure 37 : effectifs des initiés en fonction du degré incitatif de Q15

IV Discussion

4.1 Forces et faiblesses

Avec un taux de réponse supérieur à 80%, on peut considérer que l'échantillon est représentatif des internes de médecine générale haut-normands.

L'exonération liée à une installation en ZFU n'a pas été évaluée, ceci est un oubli de ma part.

4.2 Résultat et interprétation

Avec une valeur de 27,9%, le niveau moyen de connaissance des aides des internes haut-normands n'est pas bon. Ce mauvais score ne semble pas être une spécificité régionale, puisqu'une enquête nationale réalisée par l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) en 2010 ^[4], montrait que 95% des internes ne connaissaient pas les aides à l'installation existantes dans leur région.

Pourtant de nombreux écrits ont auparavant soulevé ce problème. Dès 2005, un rapport du professeur Berland ^[5], préconisait une politique d'information au sein des facultés de Médecine pour une diffusion large et régulière des conditions favorisant l'installation dans les zones démedicalisées. De même en 2007, l'Académie de Médecine^[6] recommandait l'instauration d'une journée d'information pour les étudiants de 2^{ème} année.

Dans mon étude, le niveau de connaissance s'améliorait statistiquement au cours du DES. A Rouen, un séminaire sur l'exercice professionnel et l'installation est proposé aux étudiants de troisième année courant septembre. Certains étudiants de deuxième année peuvent y assister de manière anticipée dans la limite d'un nombre de places. Le cours se déroule sur une journée et distille de nombreuses informations autres que celles liées aux mesures incitatives à l'installation. Par ailleurs, le stage en ambulatoire réalisé au cours de la 2^{ème} année est une source d'information sur les aides à l'installation.

Statistiquement, l'origine rurale était associée à un souhait d'installation en zone rurale haut-normande de la part des répondants. Un rapport du Conseil de l'Europe de 2007, confirme cette association au-delà du territoire français ^[7].

Ce texte souligne que le fait d'avoir vécu son enfance dans une région rurale est la caractéristique individuelle reconnue comme étant la plus fortement liée à la probabilité d'exercer en milieu rural.

Dans le même registre, une étude américaine ^[8] réalisée auprès de 1609 médecins trouvait que 66% des médecins en milieu rural avaient un partenaire provenant également d'un milieu rural.

A contrario selon une revue de la littérature ^[9], le fait d'être originaire d'un milieu rural n'augmente pas la durée de rétention en zone rurale. Une formation spécifique à la pratique de la médecine en zone rurale, associée à des stages en immersion, intervient positivement sur ce dernier paramètre et également sur l'installation.

Il est cependant intéressant de noter que l'association entre le milieu d'origine rurale et un avis positif est présente pour 4 aides sur les 10 qui ont pu être traitées.

Comme dans la thèse d'A. Decorde ^[10] sur les déterminants à l'installation en médecine générale, le sexe n'est pas un facteur prédisposant au souhait d'installation.

L'association entre un souhait d'installation et un avis positif est retrouvée 7 fois sur 10. Il est difficile de déterminer s'il s'agit d'un effet d'aubaine ou si ce sont les aides qui incitent les étudiants à s'installer. Pour le savoir, il serait nécessaire de compléter mon étude par une campagne de sensibilisation puis de réaliser à nouveau un questionnaire d'évaluation.

[4.3 Aides aux étudiants en médecine](#)

[4.3.1 Le CESP](#)

Le CESP est la mesure la plus connue. Cette aide cible précocement les étudiants puisqu'elle peut s'appliquer dès la deuxième année du cursus. L'information à son sujet est relayée au sein de la faculté (affichage, conférence), par les associations d'étudiants et par internet.

A Rouen, une conférence est organisée annuellement. Une enquête réalisée un an après la création du CESP par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), montrait que 70% des étudiants connaissaient ce contrat ^[11]. Pour autant, il ne jouit pas d'une cote de popularité élevée avec seulement un petit tiers d'avis positifs.

Depuis sa création, seuls 350 CESP ont été signés sur les 800 proposés ^[12]. Dans notre région, le rapport est de 29 CESP signés pour 51 proposés. En 2012, M. Vachon a établi le profil et les motivations des signataires d'un CESP ^[13]. D'après sa thèse, le signataire moyen a 25 ans, est en couple sans enfant et se déclare d'origine rurale. Avant la signature du contrat, le candidat a déjà un projet d'exercice dans une zone sous-dotée.

Ces données confortent les associations retrouvées dans mon étude : l'origine rurale, une situation en couple, un souhait d'installation et un avis positif concernant cette mesure.

Dans l'enquête menée par la DGOS, les étudiants qui ne souhaitaient pas s'engager invoquaient la crainte de l'engagement (48%) et le manque de souplesse du dispositif (37%). Pour y remédier, L'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) suggérait d'en faire un contrat à durée déterminée de 2 ans minimum ^[14].

Aux Etats-Unis, des aides financières à la formation sont proposées en contrepartie d'un engagement d'exercice dans une zone déficitaire depuis les années soixante-dix. Différents programmes existent dont le « National Health Service Corps ». En 2012, une enquête déterminait que le taux de rétention des médecins était de 60% 10 ans après l'achèvement de leur contrat ^[15]. D'autre part, selon une autre étude américaine ^[16], les médecins qui ont bénéficié d'incitations pécuniaires (remboursement de prêt antérieur, prêt...) étaient plus satisfaits de leur travail que ceux qui n'en avaient pas reçu. Ils étaient également 9 sur 10 à indiquer qu'ils participeraient de nouveau à un programme s'ils devaient le refaire.

En France, ces mesures étant introduites de manière nettement plus tardive, elles n'ont pu faire l'objet d'études aussi importantes.

Dans mon étude, le fait d'être originaire d'un milieu rural est associé non statistiquement à une opinion favorable concernant le CESP ainsi que les indemnités d'études et de projet professionnel. Comme cité précédemment, les étudiants provenant d'un milieu rural sont ceux qui sont le plus enclins à s'y installer. Partant de ce principe, il est possible d'intervenir en amont de la formation.

Toujours aux Etats-Unis, il existe des programmes visant à recruter et former des étudiants en médecine ayant grandi en zone rurale et ayant l'intention d'exercer dans de telles zones. Ces étudiants bénéficient d'une formation adaptée et d'aides financières durant leurs études.

En avril 2012, une étude comparative démontrait que les diplômés issus de ces programmes étaient 10 fois plus susceptibles de pratiquer à la campagne que les diplômés lambda ^[17].

Une étude canadienne ^[18] a apporté un complément à ces résultats. Elle a montré que pour des médecins d'origine urbaine, l'existence d'une formation spécifique à la médecine en milieu rural a été le facteur le plus influençant de leur choix d'exercice en milieu rural.

Il est tout également possible d'agir en aval de la formation. Le rapport du sénateur MAUREY ^[12] de 2013 préconise d'organiser au niveau régional les épreuves classantes en fonction des besoins de chaque région.

[4.3.2 Les indemnités de déplacement et de logement](#)

En Poitou-Charentes, une enquête a été réalisée auprès des bénéficiaires de ce dispositif ^[19]. Les résultats montraient que 68% des étudiants envisageaient de s'installer en milieu rural après la réalisation du stage alors qu'ils étaient 36% avant. Cependant, cette enquête réalisée par la Région était déclarative. Un suivi des étudiants aidés, en cours, permettra de savoir si ces déclarations se sont concrétisées.

Les résultats de mon étude sont moins optimistes. Pour seulement un tiers des sujets, cette aide incite positivement à l'installation. On peut se demander si dans l'étude de la Région Poitou-Charentes, les étudiants n'ont pas eu peur de se livrer sincèrement au risque de voir cette indemnité supprimée. Reste à savoir si l'étude de la Région haut-normande aura des résultats similaires à celle de l'autre Région.

4.3.3 Les indemnités d'études et de projet professionnel

Il n'existe pas actuellement d'indemnités de ce genre, proposées par notre région. Ceci expliquerait au moins en partie, la méconnaissance de cette aide puisqu'ils n'étaient seulement un cinquième à la connaître.

Dans l'Allier, exemple que j'ai cité dans l'introduction, cette bourse est déjà en place depuis 2006. D'après la chef de mission, 22 contrats ont été signés depuis sa création. S'il y a eu 3 désistements, 6 installations sont déjà effectives.

Comme pour le CESP, les internes sont sceptiques, seulement un gros tiers d'avis positifs.

4.4 Les aides à l'installation

4.4.1 Les aides des collectivités territoriales

Elles sont populaires auprès des étudiants. En effet, plus de la moitié des répondants les connaissaient et parmi eux, ils étaient trois quarts à émettre un avis positif. Une enquête BVA de 2007 ^[20], intitulée « Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel » montrait également une opinion favorable à l'égard de ces aides. 85% des étudiants et des jeunes médecins interrogés jugeaient la mise à disposition d'un local professionnel par les collectivités comme une mesure convaincante. Par ailleurs, ces mesures participent au financement des maisons de santé pluridisciplinaires, dont on sait qu'elles répondent aux attentes actuelles des jeunes médecins en termes de conditions de travail.

Ces mesures propres à chaque collectivité ne font malheureusement pas l'objet d'un recensement.

Dans mon étude, la proportion d'internes ayant un avis positif concernant la prise en charge des frais d'investissement/fonctionnement liés à l'activité de soins par les collectivités territoriales était statistiquement plus importante dans le groupe d'étudiants souhaitant s'installer en zone rurale haut-normande. Les étudiants apprécient peut-être, au travers de cette aide, un contact privilégié avec un acteur local qui connaît donc la problématique du terrain.

[4.4.2 L'avenant 20 de la convention médicale](#)

Selon la Cour des Comptes ^[12], l'avenant 20 de la convention médicale de 2005 n'aurait engendré qu'un apport net d'environ 50 médecins dans les zones déficitaires depuis 2007 pour un coût évalué à 20 millions d'euros pour 773 bénéficiaires en 2010. Ce faible bénéfice en termes démographiques pourrait s'expliquer, au moins en partie, par la méconnaissance de cette mesure. Dans mon étude, ils étaient seulement 28,1% à connaître celle-ci.

[4.4.3 Dérogation au parcours de soins](#)

A la fois mal connue et faiblement incitative, cette mesure à elle seule, ne semble guère efficace pour encourager les futurs médecins à s'installer. Malgré tout, elle permet de manière indirecte d'augmenter la patientèle des médecins nouvellement installés.

[4.4.4 C@rtosanté](#)

Cet outil manque terriblement de publicité : uniquement un douzième des sujets le connaissaient. Il gagnerait cependant à être plus connu, puisque parmi les répondants, ils étaient deux tiers à l'apprécier.

[4.4.5 Option démographie de la convention médicale 2011](#)

Il est encore trop tôt pour avoir un bilan de ce dispositif. Dans mon étude, à peine un quart des étudiants étaient initiés à cette aide. L'impact est mitigé. Moins de la moitié des répondants avaient un avis positif.

[4.4.6 Les exonérations](#)

Si moins d'un cinquième des sujets sont informés de celles-ci, les initiés sont largement convaincus avec plus de deux tiers d'avis positifs.

Concernant l'exonération au titre de la PDSA, une association non significative a été mise en évidence entre le fait d'être d'origine urbaine et un avis positif sur celle-ci. A travers cette mesure, les urbains voient peut-être une opportunité de profiter des exonérations habituellement réservées aux médecins installés en zones déficitaires. De même, il existe une association non significative entre le fait de vouloir s'installer hors ZRHN et un avis positif.

Un rapport a été demandé en 2013 par le député Richard FERRAND afin d'évaluer le nombre de bénéficiaires et le coût total annuel pour l'Etat de ces dispositifs d'exonération fiscale.

[4.4.7 Les contrats de bonnes pratiques](#)

La durée courte d'existence de ce dispositif n'a pas permis d'en réaliser le bilan. Le caractère désuet de ces contrats explique l'ignorance des étudiants à leur égard.

V Conclusion

Au gré des années, de nouvelles mesures incitatives à l'installation en zone sous-dotée fleurissent alors même que l'on ne connaît pas l'impact des précédentes. De plus, certaines de ces aides sont redondantes et peuvent être sources d'effets d'aubaine. Cette multiplicité nuit à la visibilité et à la pérennité de ces aides. Chaque dispositif devrait être évalué. Cette absence d'évaluation des mesures incitatives est aussi constatée à l'échelle européenne.

Le travail de promotion de l'ensemble de ces mesures s'amorce doucement. Dans le cadre du pacte « territoire santé », chaque ARS doit avoir un référent-installation. L'ampleur de la tâche est grande au vu de l'importante méconnaissance des internes haut-normands mais l'enjeu est de taille. En effet, ce ne sont pas toujours les aides les plus connues qui sont le plus appréciées.

Actuellement, le nouveau statut de praticien territorial instauré par le même pacte bénéficie d'une riche couverture médiatique. Ce dispositif assure un niveau de rémunération en échange d'un engagement à exercer dans une zone déficitaire selon l'ARS. Mais que penser d'un contrat qui garantit un complément de rémunération ^[21] uniquement si le médecin gagne moins de 6900€ mensuels brut, ce qui implique de réaliser moins de 300 consultations mensuelles, alors que la moyenne nationale est de 416 actes mensuels ^[22] et que l'activité augmente quand la densité médicale diminue ^[23] ? Ce statut ne s'avère réellement avantageux pour ses bénéficiaires que s'ils travaillent à temps partiel, mais aussi en cas de maladie ou de maternité, où il représente une protection sociale des plus confortables. Les praticiens ne pourront ainsi tirer avantage de ce dispositif qu'au détriment de leur activité, ce qui représente un effet pervers non négligeable.

Pour 4 aides, le milieu rural semble associé à une opinion plus favorable de celles-ci. La modification des critères de sélection pour l'accès aux études de santé paraît être une piste pour améliorer la répartition des médecins sur le territoire.

Des responsables politiques de tous bords suggèrent épisodiquement de procéder à des mesures coercitives ^[12]. Ce recours d'apparente facilité est effectivement tentant étant donné l'ignorance des internes concernant les aides incitatives.

Malgré cela, ces mesures coercitives ne sont pas salutaires, comme le prouve l'expérience de nos voisins allemands ou britanniques. En Allemagne, depuis 1955, l'installation de médecins conventionnés n'est autorisée qu'à condition qu'un seuil de densité médicale ne soit pas dépassé. Pour autant, la disparité d'offre de soins entre l'ex RDA et l'ex RFA ne s'est pas effacée. Au Royaume-Uni, ces mesures contraignantes ont entraîné une diminution de l'attrait des carrières médicales avec une baisse du nombre de candidats par rapport aux postes offerts ^[24].

Le recrutement de médecins à l'étranger fait partie des autres alternatives envisagées. Ce type de politique peut certes améliorer à court terme la répartition de l'offre de soins ^[25] mais pas sans difficultés : intégration des immigrants (pratique de la langue), coût de la campagne de recrutement, rétention à long terme, questions d'ordre éthique.

Par ailleurs, pour encourager l'installation, il est possible d'agir indirectement sur les freins à celle-ci. Il est prouvé, notamment ^[26], qu'il est possible de libérer du temps aux médecins en réalisant un transfert de tâches et de compétences entre les professionnels de santé et d'alléger ainsi la charge de travail de l'omnipraticien, jugée souvent trop importante.

Enfin, il ne faut pas oublier que les facteurs extra-professionnels (activité professionnelle du conjoint, scolarité des enfants, qualité de vie...) sont déterminants dans le choix de l'exercice professionnel des futurs médecins comme l'ont déjà montré plusieurs travaux ^{[4] [27]} et que les médecins n'ont pas envie de s'installer là où l'Etat se désengage et ferme les services publics.

Bibliographie

- [1] Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales / Direction Générale de l'Offre de Soins. Plaquette «Pacte territoire santé: les 12 engagements». 2013
- [2] Association des Internes de Médecine Générale de Rennes, « Propositions sur l'installation des internes ». 2012
- [3] Agence Régionale de Santé Haute-Normandie, « Schéma régional d'organisation des soins de Haute-Normandie ». 2012
- [4] InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2011
- [5] BERLAND Y. Commission démographie médicale. 2005
- [6] Académie nationale de médecine, « Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? » .2007
- [7] EVDOKIMOVA N , MURATORE P. La répartition équilibrée des soins de santé dans les régions rurales. Session plénière du Congrès du Conseil de l'Europe . 2007
- [8] RABINOWITZ HK , et al. Demographical, educational and economic factors related to recruitment and retention of physicians in rural Pennsylvania. The Journal or Rural Health 1999.
- [9] BROOKS RG, et al. The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. Academic Medicine 2002.
- [10] DECORDE A. « Déterminants à l'installation en médecine générale ». Thèse d'exercice de médecine. Grenoble : Université de Joseph Fourier, 2011.
- [11] DGOS, «Le contrat d'engagement de service public: bilan d'une première année», 2011.
- [12] MAUREY H. Rapport d'information n° 335 (2012-2013) fait au nom de la commission du développement durable. 2013

- [13] VACHON, B. Profil et motivations des signataires d'un contrat d'engagement du service public. Thèse d'exercice de médecine. Versailles : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, 2012.
- [14] ANEMF. Contrats d'Engagement de Service Public. Etat des Lieux – Propositions. 2012
- [15] U.S. Department of Health & Human Services. NHSC Clinician Retention: A Story of Dedication and Commitment. 2012
- [16] PATHMAN DE. Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. Med Care 2004
- [17] RABINOWITZ HK , et al. Medical school rural programs: a comparison with international medical graduates in addressing state-level rural family physician and primary care supply. Acad Med. 2012 Apr;87(4):488-92.
- [18] CHAN B, et al. Factors influencing family physicians to enter rural practice. Can Fam Physician 2005.
- [19] Région Poitou-Charentes. Sur mesure : Analyse et évaluation des politiques régionales. 2012
- [20] Enquête BVA. « Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel ». 2007
- [21] Direction Générale de l'Offre de Soins. Brochure « Jeune médecin, devenez praticien territorial de médecine générale ! ». 2013
- [22] Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. « Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours ». 2004
- [23] EVRARD, C. « Activités des médecins généralistes et territoires : une étude en Auvergne ». 2002
- [24] PILORGET, A. « Inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire, quelles solutions ? Etude des mesures prises dans quatre pays européens. Thèse d'exercice de médecine. Rennes : Université de Rennes 1, 2010.

^[25] OCDE. Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ? 2008.

^[26] BERLAND, Y. Rapport « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ». 2006

^[27] LEROUGE, M. « Le choix de l'exercice professionnel en Médecine Générale »
Thèse d'exercice de médecine. Rouen : Université de Rouen, 2012.

ANNEXE 1

Bonjour,

Egalement interne en médecine générale à Rouen, je vous sollicite quelques minutes pour répondre à ma problématique de thèse : « Quelles mesures incitatives influencent la décision d'installation des internes de médecine générale en Haute-Normandie ? » à travers le questionnaire qui suit :

Nom Prénom :

NB : le questionnaire sera rendu anonyme secondairement afin de toucher un maximum d'internes.

Êtes-vous : une femme un homme

Êtes-vous : seul(e) en couple

Nombre d'enfants à charge :

Âge :

Êtes-vous d'un milieu : rural urbain

En quel semestre d'internat êtes-vous :

Voulez-vous vous installer?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Où souhaiteriez-vous cette installation ?

- en zone rurale haut-normande
- en zone urbaine haut-normande
- hors région
- ne sais pas
- non concerné(e)

Aides aux étudiants en médecine :

Q1/ Avez-vous connaissance du Contrat d'Engagement de Service Public? (loi HPST) oui non

Si oui,

1. cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

2. avez-vous signé un Contrat d'Engagement de Service Public ? oui non

Q2/ Avez-vous connaissance des indemnités de logement et de déplacements pour les étudiants effectuant leur stage dans les zones déficitaires versé par le conseil régional de Haute-Normandie? oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q3/ Avez-vous connaissance des indemnités d'études et de projet professionnel pour les étudiants en médecine de troisième cycle ? oui non

Si oui,

1. cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

2. avez-vous bénéficié de cette mesure ? oui non

Aides à l'installation :

Q4/ Avez-vous connaissance de la prise en charge de tout ou une partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins par les collectivités territoriales en zone déficitaire ? oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q5/ Avez-vous connaissance de la mise à disposition de locaux et d'un logement par les collectivités territoriales en zone déficitaire ? oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q6/ Avez-vous connaissance des aides à l'investissement et à l'activité attribuées par l'assurance maladie en zone déficitaire ? (avenant 20 convention 2005)

oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q7/ Avez-vous connaissance de la dérogation au parcours de soins faite aux patients s'ils consultent un médecin nouvellement installé ou installé en zone déficitaire ? oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q8/ Avez-vous connaissance de l'outil C@rtoSanté? oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à choisir le lieu d'installation ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q9/ Avez-vous connaissance de l'option démographie, proposée par la caisse d'assurance maladie, destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins en zone déficitaire ? (convention 2011)

oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Exonérations fiscales ou de charges sociales

Q10/ Avez-vous connaissance des exonérations possibles en zone d'aide à finalité régionale?

oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q11/ Avez-vous connaissance de l'exonération d'impôt sur le revenu pour la rémunération au titre de la permanence de soins ambulatoires en zone déficitaire ? oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q12/ Avez-vous connaissance de l'exonération de la cotisation foncière des entreprises en cas de création d'activité en zone de revitalisation rurale ou de reprise d'activité dans une commune de moins de 2000 habitants ? oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q13/ Avez-vous connaissance de l'exonération des cotisations patronales en cas d'embauche d'un salarié en zone de revitalisation rurale ou de redynamisation urbaine ? oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Aides au remplacement du médecin installé

Q14/ Avez-vous connaissance du contrat de bonnes pratiques proposé par la caisse d'assurance maladie en « exercice en milieu rural » ? oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

Q15/ Avez-vous connaissance du contrat de bonnes pratiques proposé par la caisse d'assurance maladie en « exercice en zones franches urbaines » ?

oui non

Si oui, cette aide vous incite-t-elle à vous installer ?

tout à fait plutôt plutôt pas pas du tout

ANNEXE 2

Table 1 : effectifs des répondants en fonction de leur statut et de leur avis

	Q1		Q2		Q3		Q4		Q5	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
célibataire	28	7	15	8	9	0	10	7	7	15
couple	51	28	41	20	8	10	7	46	18	53
	Q6		Q7		Q8		Q9		Q10	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
célibataire	6	5	1	2	1	0	5	1	3	2
couple	9	19	9	4	3	8	7	9	4	15
	Q11		Q12		Q13		Q14		Q15	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
célibataire	2	1	0	2	0	1	5	3	5	2
couple	5	16	1	8	1	9	4	9	2	5

Table 2 : effectifs des répondants en fonction de leur milieu et de leur avis

	Q1		Q2		Q3		Q4		Q5	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
rural	29	19	19	11	4	6	3	25	10	30
urbain	50	16	37	17	13	4	14	28	15	38
	Q6		Q7		Q8		Q9		Q10	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
rural	4	13	4	4	2	6	5	6	3	9
urbain	11	11	6	2	2	2	7	4	4	8
	Q11		Q12		Q13		Q14		Q15	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
rural	5	5	0	5	1	5	5	9	4	5
urbain	2	12	1	5	0	5	4	3	3	2

Table 3 : effectifs des répondants en fonction de leur souhait d'installation et de leur avis

	Q1		Q2		Q3		Q4		Q5	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
non	15	2	12	1	2	0	7	4	6	6
oui	64	33	44	27	15	10	10	49	19	62
	Q6		Q7		Q8		Q9		Q10	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
non	5	1	3	0	1	1	2	1	2	1
oui	10	23	7	6	3	7	10	9	5	16
	Q11		Q12		Q13		Q14		Q15	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
non	2	2	0	1	1	0	2	0	3	0
oui	5	15	1	9	0	10	7	12	4	7

Table 4 : effectifs des répondants en fonction de leur souhait d'installation et de leur avis

	Q1		Q2		Q3		Q4		Q5	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
autre	27	13	18	12	8	5	9	18	8	23
ZRHN	22	12	17	10	4	4	1	24	7	23
	Q6		Q7		Q8		Q9		Q10	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
autre	8	8	6	3	1	4	5	4	4	7
ZRHN	2	10	3	3	2	4	3	5	2	7
	Q11		Q12		Q13		Q14		Q15	
	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif	négatif	positif
autre	2	8	1	4	0	2	3	5	1	4
ZRHN	4	3	0	4	0	6	3	6	2	3

Résumé

Introduction : La lutte contre la désertification médicale est un enjeu national pour le gouvernement. Mon travail a consisté à évaluer les connaissances des internes de médecine générale haut-normands sur les mesures dites incitatives à l'installation et leur perception de ces dernières.

Matériels et méthodes : Un questionnaire a été conçu pour tester la connaissance ou non des différentes aides à l'installation et le degré de satisfaction, selon une échelle de Likert, pour chacune d'entre-elles. Celui-ci a été distribué en décembre 2012 au cours d'un séminaire destiné à l'ensemble des internes de médecine générale.

Résultats : 139 étudiants ont répondu. Le niveau moyen de connaissance des répondants était de 27,9%. L'origine rurale était statistiquement associée à un souhait d'installation en zone rurale haut-normande et associée non significativement à une appréciation positive de 4 aides.

Conclusion : Les aides les plus appréciées ne sont pas les plus connues. Le travail de promotion de l'ensemble des mesures incitatives doit s'accélérer et chaque dispositif devrait faire l'objet d'un rapport d'évaluation.

Mots clés : Médecine générale, mesures incitatives, zone déficitaire en médecins, installation