



Connaissance et attractivité des mesures incitatives à l'installation chez les internes de médecine générale de la faculté d'Amiens : étude quantitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale 2017-2018

Romain Foucault

► To cite this version:

Romain Foucault. Connaissance et attractivité des mesures incitatives à l'installation chez les internes de médecine générale de la faculté d'Amiens : étude quantitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale 2017-2018. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02086739

HAL Id: dumas-02086739

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02086739>

Submitted on 1 Apr 2019

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.

Année 2018

N° 2018 - 106

CONNAISSANCE ET ATTRACTIVITÉ DES MESURES INCITATIVES À
L'INSTALLATION CHEZ LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA
FACULTÉ D'AMIENS

Étude quantitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale 2017-2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 19 SEPTEMBRE 2018

Par Romain FOUCAULT

PRÉSIDENT DU JURY Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

MEMBRES DU JURY Monsieur le Professeur Patrice FARDELONNE

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Monsieur de Docteur Philippe FAUCHILLE

DIRECTEUR DE THÈSE Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS

REMERCIEMENTS

A mon président de jury,

Monsieur le Professeur Bernard DESABLENS

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Hématologie - Transfusion

Service d'hématologie clinique et thérapie cellulaire

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres de mon jury,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle "Autonomie"

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse. Je vous en suis profondément reconnaissant. Veuillez trouver ici mes plus sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Epidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Epidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Vous m'honorez en acceptant d'évaluer ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet et de me faire l'honneur de participer à ce jury.

Monsieur le Docteur Philippe FAUCHILLE

Médecin généraliste

Maître de stage des universités

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de m'avoir tant appris lors de mon stage de médecine générale dans votre cabinet à Saint-Michel.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Arnaud DUBOIS

Médecin généraliste

Maître de stage des universités

Je te suis très reconnaissant d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ton implication et ta confiance.

Je tacherai de prendre exemple de ta rigueur et de ton professionnalisme pour mon exercice futur.

À Lucie, ma chérie,

Pour tout le bonheur que tu m'apportes chaque jour, je te dédie ce travail.

À mes parents,

Je vous suis tellement reconnaissant du soutien que vous m'avez apporté à travers ce long parcours. Je ne vous remercierai jamais assez.

À mon frère,

Merci d'être venu me soutenir pour ce jour si particulier. Saches que je suis fier d'avoir un frère comme toi.

À mon frangin, Florian,

Tu as toujours été présent quand il le fallait. Ton amitié m'est précieuse.

À mon coloc', Aymeric

Pour toutes ces années de vie commune, pour tous ces moments partagés.

À la famille Lannister,

Pour tous ces fous rires que l'on a eu pendant ces années d'études.

À mes amis,

Pour leur présence, leur soutien et leur joie de vivre.

À ma famille,

Pour avoir cru en moi toutes ces années.

À l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) d'Amiens et plus particulièrement
Mme DE PAUW Caroline,

Merci de votre aide et vos conseils pour la réalisation des analyses statistiques.

À tous les internes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire

Table des matières

ABRÉVIATIONS.....	10
I. INTRODUCTION.....	12
A. Etat des lieux de l'offre de soin en médecine générale	13
1. La démographie médicale en France	13
1.a. L'augmentation de la population hospitalière	13
1.b. Le vieillissement de la profession	13
1.c. La féminisation de la profession	14
1.d. Une modification de l'activité médicale.....	15
1.e. Une stagnation du nombre de médecins généralistes	15
2. Zonage de la région Hauts-de-France	15
2.1. Le zonage non-spécifique au secteur de la santé	16
2.1.1. Les zones de Revitalisation Rurale (ZRR).....	16
2.1.2. Les Zones Franches Urbaines (ZFU).....	16
2.2. Le zonage des Agences Régionales de Santé (ARS).....	17
2.3. Redéfinition du zonage par l'ARS	18
B. Les mesures incitatives à l'installation	19
1. Les aides destinées aux étudiants en médecine.....	19
1.1 Le contrat d'engagement service public (CESP)	19
1.2. Les indemnités de logement et déplacement des collectivités territoriales.....	20
1.3. Les bourses d'études des collectivités territoriales	20
2. Les aides à l'installation et au maintien d'activité	21
2.1. Les aides conventionnelles de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)	21
2.1.a. Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM).....	21
2.1.b. Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM)	22
2.1.c. Le Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins (COSCOM).....	22
2.1.d. Le Contrat de Transition pour les Médecins (COTRAM).....	22
2.2. Les aides financières des collectivités territoriales	23
2.3. Les exonérations fiscales	23
2.3.a. L'exonération de la cotisation foncière des entreprises	23
2.3.b L'exonération de l'impôt sur le revenu	24
2.4. Le contrat de praticien territorial de Médecine Générale (PTMG).....	25
2.5. Les aides non financières.....	26
2.5.a. Moratoire à l'installation.....	26
2.5.b. Le statut de collaborateur libéral.....	27
2.5.c. Le Portail d'Accompagnement Aux Professionnels de Santé (PAPS).	27

II. MATERIEL ET MÉTHODES.....	28
A. Recherche bibliographique.....	28
B. Type d'étude	28
C. Population cible	28
D. Réalisation du questionnaire	29
E. Méthode statistique.....	29
III. RÉSULTATS	30
A. Caractéristiques de la population étudiée	30
1. Le sexe	30
2. Année d'études	31
3. Répartition des étudiants en fonction de leur situation familiale	31
4. Répartition des internes de médecine générale en fonction de leur projet professionnel	32
B. Evaluation des aides incitatives.....	33
1. Les aides financières destinées aux étudiants de médecine.....	33
1.1. Le Contrat d'Engagement Service Public.....	33
1.2. Les indemnités au logement et au déplacement.....	34
1.3. Bourses d'études des collectivités territoriales.....	35
2. Les aides à l'installation et au maintien de l'activité	36
2.1. Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins.....	36
2.2. Aides financières des collectivités territoriales	37
2.3. Exonération de la Cotisation Foncière des Entreprises	38
2.4. Exonération de l'impôt sur le revenu en ZRR et ZFU	39
2.5. Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale.....	40
C. Période d'apprentissage des mesures incitatives	41
D. Les internes bénéficiant d'une ou plusieurs aides.....	41
E. Les internes souhaitant bénéficier d'une aide.....	42
F. Quelle est l'influence des mesures sur l'installation.....	44
G. Évaluation de la meilleure mesure incitative par les internes.....	44
H. Évaluation de la moins bonne mesure par les internes.....	45
IV. DISCUSSION	47
A. Analyse de la méthodologie et population	47
1. Échantillonnage	47
2. Biais de l'étude.....	47
2.1. Biais de sélection.....	47
2.2. Biais de compréhension.....	48
2.3. Biais de mesure.....	48
2.4. Biais lié à l'élaboration du questionnaire.....	48
3. Caractéristique de la population.	49

B. Une méconnaissance des aides incitatives à l'installation persistante...	49
1. Aides financières aux étudiants de médecine pendant leur formation	50
2. Les aides à l'installation et au maintien de l'activité	50
C. Malgré un attrait certain pour celles-ci	51
D. Des aides qui n'influencent pas le choix d'installation	52
E. Les changements à venir pouvant influencer le choix d'installation	52
F. La situation à l'étranger	53
V. CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXES	60
Annexe 1. Questionnaire électronique	60

ABRÉVIATIONS

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

CET : Contribution Economique Territoriale

CESP : Contrat d'Engagement au Service Public

CFE : Cotisation Foncière des Entreprises.

CNG : Centre National de Gestion

COSCOM : Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins

COTRAM : Contrat de Transition pour les Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSTM : Contrat de solidarité territoriale médecin

CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunal

EPS : Équipe de Soins Primaires

ISNAR : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PAPS : Portail d'Accompagnement Aux Professionnels de Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PTMA : Praticiens Territoriaux de Médecine Ambulatoire

PTMG : Praticiens Territoriaux de Médecine Générale

PTMR : Contrat de Praticien Territorial Médical de Remplacement

SNJMG : Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes

SRS : Schéma Régional de Santé

TVS : Territoire de Vie Santé

UFR : Unité de Formation et de Recherche

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZFU : Zone Franche Urbaine

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

ZRU : Zone de Redynamisation Urbaine

ZV : Zone de Vigilance

I. INTRODUCTION

La lutte contre les déserts médicaux est un problème d'actualité croissant. Depuis plusieurs années, de nombreuses mesures incitatives à destination des médecins généralistes et des étudiants ont été créés pour enrayer ce problème.

Malgré celles-ci, ces zones sous-dotées persistent dans notre pays et notamment en région Hauts-de-France.

En 2017, le conseil national de l'Ordre des médecins recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière (1), nombre qui est en baisse depuis plusieurs années et qui risque de s'aggraver jusqu'en 2025, alors que la population de médecins hospitaliers ne cesse d'augmenter.

De plus, la répartition de ces médecins généralistes est inégale au sein du territoire français, à l'échelle régionale, départementale et communale.

Ayant moi-même bénéficié d'une aide à l'installation en zone sous-dotée, à savoir le Contrat d'Engagement au Service Public (CESP), je me suis interrogé sur la connaissance de ces aides par les internes de médecine générale de la faculté d'Amiens ainsi que leur ressenti par rapport à celles-ci.

A. État des lieux de l'offre de soin en médecine générale

1. La démographie médicale en France

En janvier 2017, 290 974 médecins sont inscrits à l'Ordre national des médecins, soit un accroissement de 1.8 % par rapport à 2016.

1.a. L'augmentation de la population hospitalière

La hausse du nombre de médecins est due en majeure partie à l'accroissement de la population spécialisée hospitalière.

En effet, on dénombre 84 862 médecins spécialistes médicaux en activité régulière, soit une hausse de 7.2 % par rapport à 2007.

Les médecins spécialistes chirurgicaux enregistrent quant à eux une augmentation de 9.6 % en dix ans.

1.b. Le vieillissement de la profession

Ces dix dernières années, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 93,6 % de leurs effectifs, on en dénombre 75 033 en 2017, tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 0,9 %.

Actuellement, les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 47 % de l'ensemble des médecins inscrits à l'ordre au lieu de 27 % en 2007.

On note toutefois une augmentation des médecins de moins de 40 ans, 15 % en 2017 contre 13 % en 2007, témoignant d'un meilleur renouvellement de la profession ces dernières années.

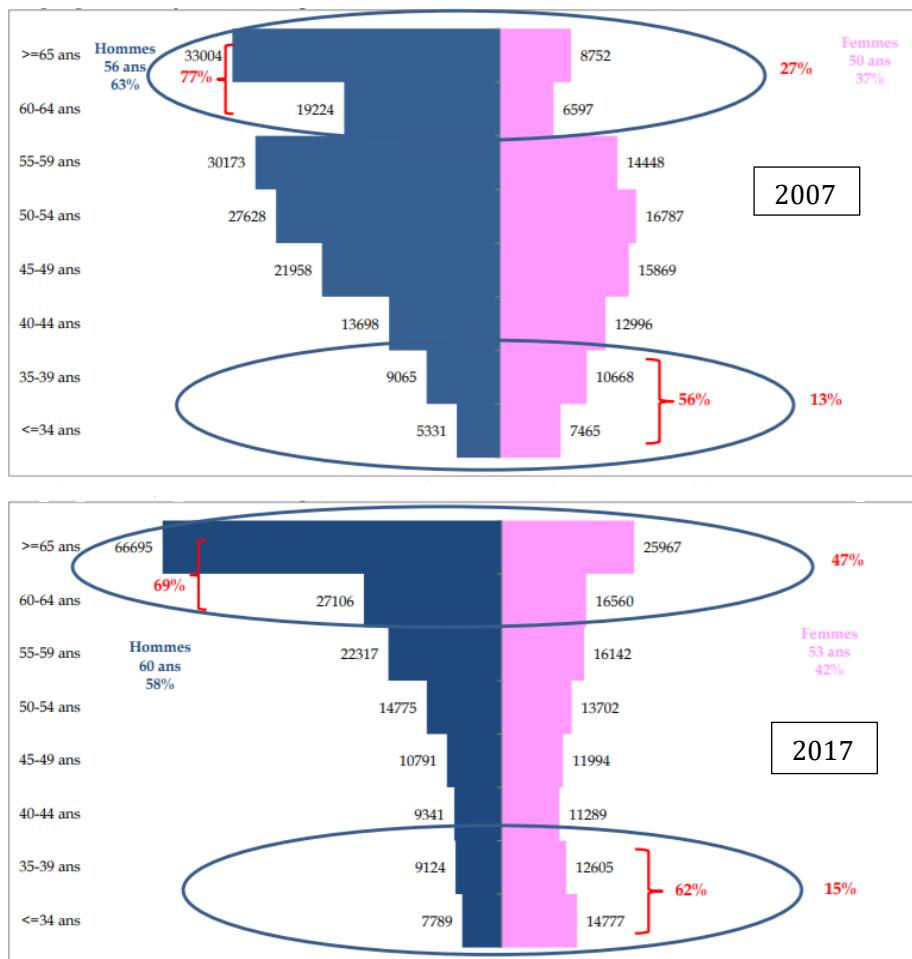


Figure 1 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2007 et en 2017

1.c. La féminisation de la profession

La population médicale se féminise de plus en plus. En effet, les femmes représentent désormais 47 % des médecins en activité régulière contre 38 % en 2007, dont 62 % des médecins de moins de 40 ans.

La féminisation et le renouvellement des générations de la population des médecins libéraux devraient conduire à une baisse de l'offre globale de soins d'une ampleur plus importante que celle des effectifs (2).

1.d. Une modification de l'activité médicale

On constate une hausse du nombre de médecins remplaçants, salariés et étrangers (3).

Le nombre de médecins remplaçants a augmenté de 24.6 % en 10 ans, passant de 9640 à 12 011 médecins en 2017. 66 % de ces remplaçants exercent la médecine générale.

Les salariés représentent 46,5 % des médecins en activité régulière. Les effectifs ont augmenté de 10,7% durant la dernière décennie.

Une augmentation constante des médecins étrangers en activité régulière est objectivée depuis 10 ans, ils représentent 11% des médecins en activité régulière en France en 2017. Cependant, ces médecins étrangers ne s'installent pas dans les zones déficitaires et ont un exercice salarié pour 62% d'entre eux.

1.e. Une stagnation du nombre de médecins généralistes

En effet, depuis 2012, les médecins généralistes en activité ont une croissance de 0.7 % (4). Cette stabilité de l'effectif de médecins généralistes est due à l'augmentation du nombre de médecins remplaçants et retraités-actifs.

En revanche, le nombre de médecins ayant une activité régulière est bien en baisse depuis plusieurs années.

2. Zonage de la région Hauts-de-France

Dans le cadre de la réforme territoriale, la région Picardie a fusionné avec la région Nord-Pas-de-Calais pour former la région Hauts-de-France le premier janvier 2016.

On distingue plusieurs types de zonage dans notre région et sur le territoire français.

2.1. Le zonage non-spécifique au secteur de la santé

Certaines mesures incitatives sont liées au zonage concernant l'ensemble des entreprises du territoire, y compris celles non liées au système de santé.

2.1.1. Les zones de Revitalisation Rurale (ZRR)

Les ZRR sont des zones rurales défavorisées caractérisées par un faible niveau de développement économique et bénéficiant à ce titre d'aides d'ordre fiscal.

Elles ont été initialement introduites par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire de février 1995.

Une réforme des ZRR a été réalisée dans le cadre de la loi de finance rectificative pour 2015.

Le classement est désormais constaté à l'échelle intercommunale selon deux critères fixés par la loi (article 1465 A du code général des impôts) (5) : la densité de population qui doit être inférieure ou égale à 63 habitants/km² et le revenu fiscal par unité de consommation médian inférieur ou égal à 19 111 €. La liste des ZRR est disponible via l'arrêté du 16 mars 2017 (6).

2.1.2. Les Zones Franches Urbaines (ZFU)

Cette géographie prioritaire a été mise en œuvre par le "Pacte de relance pour la ville", loi du 14 novembre 1996 mise en vigueur au 1er janvier 1997 (7), selon le principe de la discrimination territoriale positive. Au moyen de mesures dérogatoires dans le domaine fiscal et social, l'objectif était de relancer l'activité économique et l'emploi dans les territoires sélectionnés.

Les ZFU sont des quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des zones dites sensibles ou défavorisées. Ils ont été définis à partir du taux de chômage, de la proportion de personnes sorties du système scolaire sans diplôme, de la proportion de jeunes et du potentiel fiscal par habitant.

Les ZFU de la région sont dénombrées dans l'Atlas des ZFU de France sur le site du ministère et de la cohésion des territoires (8)

2.2. Le zonage des Agences Régionales de Santé (ARS)

intégré au SROS.

régulièrement en fonction des évolutions démographiques sur le territoire.

mesures incitatives à l'installation.

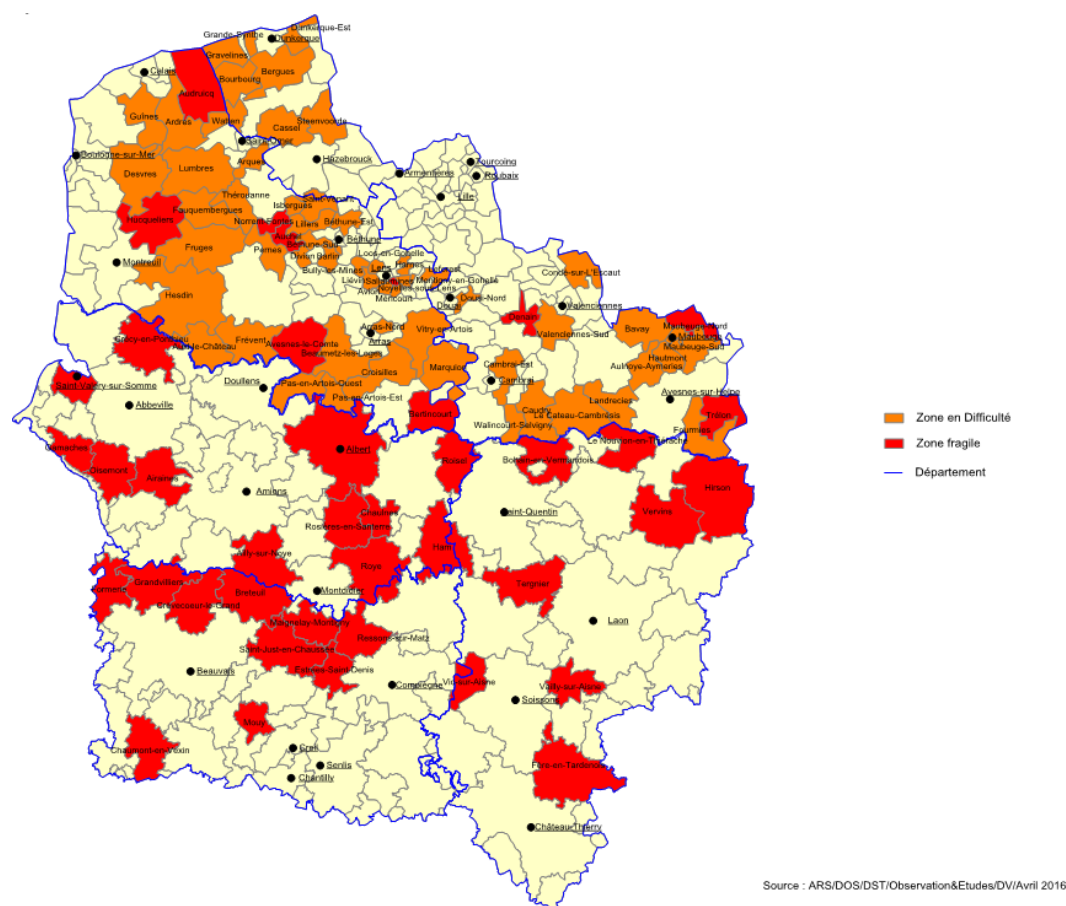


Figure 2 : Zonage pluriprofessionnel de l'offre de soin de premier recours en région Hauts-de-France en 2017

2.3. Redéfinition du zonage par l'ARS

Un important travail de refonte de la méthodologie a été engagé pour permettre aux ARS d'identifier les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Cette méthodologie s'est traduite dans l'arrêté du 13 novembre 2017 (10), fruit d'une large concertation.

Cette nouvelle méthodologie vise plusieurs objectifs :

- établir une définition harmonisée et prospective de la fragilité, partagée par tous les acteurs de la santé
- concentrer les aides au maintien et à l'installation des médecins sur les territoires les plus en difficultés en termes de démographie médicale pour réduire les inégalités d'accès aux soins
- favoriser un investissement plus important dans davantage de territoires

La nouvelle méthodologie s'appuie sur l'Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) au médecin, qui recouvre trois dimensions :

- L'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou de ses visites
- Le temps d'accès au praticien
- Le recours aux soins des habitants par classe d'âge pour tenir compte de leurs besoins différenciés

L'indicateur APL s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant. Il tient compte des médecins généralistes présents sur le territoire : leur âge est également pris en compte dans le calcul de l'APL afin d'anticiper les futurs départs en retraite, par exemple.

La maille territoriale de référence prévue par cette méthodologie est le Territoire de Vie-Santé (TVS). Ces territoires sont composés d'un ensemble de communes.

L'indicateur APL est calculé au niveau du TVS comme étant la moyenne (pondérée par la population de chaque commune) des indicateurs APL des communes de ce territoire. Le nombre moyen d'actes par habitant et par an est fixé à 3,8.

Par le biais de cet indicateur, on va différencier trois types de zones :

- Les Zones d'Intervention Prioritaire (ZIP) sont les zones pour lesquelles le taux d'accès à une consultation est de deux et demi consultations/habitant/an ou moins. Elles servent de référence pour les aides conventionnelles au maintien ou à l'installation émanant de l'Assurance Maladie. Dans ces zones, vous pouvez également prétendre aux aides de l'Etat et aux aides des collectivités territoriales relevant des ZAC.
- Les Zones d'Action Complémentaire (ZAC) servent quant à elles de référence pour les aides de l'Etat.
- Les zones de Vigilance (ZV) qui représentent des territoires dans lesquels l'accès à la médecine générale libérale n'est pas aujourd'hui en difficulté immédiate, mais qui fait appel à une vigilance particulière pour le moyen terme.

Ce zonage n'est pas encore effectif dans notre région, il est encore en cours d'élaboration. Il l'est en revanche dans d'autres régions comme en Auvergne-Rhône-Alpes. (11)

B. Les mesures incitatives à l'installation

1. Les aides destinées aux étudiants en médecine

1.1 Le contrat d'engagement service public (CESP)

Le CESP est une mesure proposée par la Ministre de la santé Roselyne Bachelot, via la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) (12), adoptée le 23 juin 2009. Elle s'adresse aux étudiants en médecine à partir de la deuxième année.

Le dossier de candidature est déposé à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de médecine puis soumis à l'avis d'une commission de sélection. L'étudiant passe un entretien individuel afin d'apprécier le projet professionnel. Les dossiers sélectionnés sont ensuite envoyés au Centre National de Gestion (CNG) qui décide de la signature des contrats.

Le CNG verse aux étudiants une bourse de 1 200 € par mois brut et imposable jusqu'au terme des études.

Les étudiants souscrivant à ce contrat, s'engagent à exercer en zone fragile définie par l'ARS pour une durée d'au moins deux ans.

Le contrat peut être suspendu en cas de congé de maternité/paternité, d'adoption, de maladie et lors d'une demande de mise en disponibilité pour convenance personnelle. Il est également possible pour les étudiants qui se sont engagés en premier ou deuxième cycle d'obtenir une suspension du contrat et du versement de l'allocation jusqu'à l'installation en adressant une demande au CNG dans les trente jours qui suivent le premier jour de prise de fonctions d'interne. L'indemnité prévue en cas de rupture est composée de la somme des allocations nettes perçues au titre du contrat, majorée d'une pénalité. Ainsi, avant l'obtention du diplôme, la pénalité s'élève à 200 € par mois de perception de l'allocation. Après l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES), cette pénalité s'élève à 20 000 €.

Le nombre de CESP est limité par arrêté, chaque année, pour chaque UFR (13). En 2017, 286 CESP ont été proposés aux étudiants de médecine et 235 aux internes.

1.2. Les indemnités de logement et déplacement des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales peuvent accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de Médecine Générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones définies par la loi de financement de la Sécurité Sociale, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Un décret détermine le montant maximal et les modalités d'attribution de ces indemnités (14). Cette aide n'est pas cumulable avec le CESP.

1.3. Les bourses d'études des collectivités territoriales

Une indemnité d'étude et de projet professionnel peut être attribuée par les collectivités territoriales et leurs groupements à tout étudiant titulaire de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES), inscrit en faculté de médecine, s'il s'engage à exercer en tant que médecin généraliste au moins cinq années dans l'une des zones déficitaires. Pour bénéficier de cette aide, l'étudiant signe un contrat avec la collectivité qui attribue l'aide. Les conditions générales d'attribution de l'indemnité, son montant maximal ainsi que le cas échéant, les

modalités de son remboursement total ou partiel et de sa réévaluation sont déterminées par décret. (14)

2. Les aides à l'installation et au maintien d'activité

2.1. *Les aides conventionnelles de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)*

L'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la nouvelle convention médicale (15) définit quatre contrats types nationaux ayant pour but d'encourager une répartition plus homogène des médecins libéraux sur tout le territoire.

2.1.a. Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)

La convention médicale met en place ce contrat visant à aider les financements nécessaires à l'installation en zone sous-dotée.

En effet, ce contrat permet d'obtenir une aide forfaitaire de 50 000 € versée en deux fois : 50 % à l'installation et 50 % après un an. Il est possible de majorer ce forfait d'un montant de 2500 € si le médecin s'engage à réaliser une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité. Ce contrat ne peut être renouvelé.

Pour bénéficier de cette aide, le médecin doit :

- S'installer dans une zone fragile (prochainement ZIP), ou être installé dans la zone depuis moins d'un an
- Exercer en secteur 1 (honoraires opposables) ou en secteur 2 (honoraires libres)
- Avoir une activité libérale au minimum deux jours et demi par semaine
- Travailler au sein d'un groupe de médecins, d'un groupe pluriprofessionnel ou appartenir à une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou encore une Equipe de Soins Primaires (EPS)
- Participer à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), qui repose sur une régulation médicale des appels assurée par des médecins volontaires en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux.
- Exercer dans la zone pendant au moins cinq ans à compter de la date d'adhésion

2.1.b. Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM)

Le CSTM vise à inciter les médecins situés à proximité d'une zone sous-dotée à aider leurs confrères en exerçant une partie de leur activité dans cette zone (souvent périurbaine).

Le médecin doit s'engager pour une durée de trois ans et exercer au minimum dix jours par an dans une zone sous-dotée.

Le CSTM donne accès à une rémunération complémentaire égale à 10 % des honoraires perçus dans le cadre du CSTM (plafonnée à 20 000 €) et une prise en charge des frais de déplacement.

2.1.c. Le Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins (COSCOM)

Cette aide concerne tous les praticiens installés dans les zones sous-dotées, quels que soit leur âge et leur type d'exercice.

Le médecin perçoit alors 5000 € par an, pendant trois ans, renouvelable par tacite reconduction.

S'il n'est pas cumulable avec les autres contrats, il peut néanmoins s'enchaîner avec d'autres (notamment avec le CAIM).

2.1.d. Le Contrat de Transition pour les Médecins (COTRAM)

Ce contrat s'adresse aux praticiens de plus de soixante ans qui envisagent leur retraite.

Pendant trois ans, renouvelable une fois, ils peuvent toucher jusqu'à 20 000 € annuel pour encadrer un confrère de moins de cinquante ans qui s'installe dans le cabinet.

2.2. Les aides financières des collectivités territoriales

L'article L1511-8 du Code général des collectivités territoriales définit de façon large les aides : « Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones (...) dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. » (14)

Des conventions sont passées entre les collectivités et groupements qui attribuent l'aide, les organismes d'Assurance Maladie et les professionnels de santé intéressés. Les centres de santé et des structures participant à la permanence des soins peuvent également être bénéficiaires de ces aides. La nature et les conditions d'attribution de ces aides peuvent être subordonnées à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluriprofessionnel destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins.

2.3. Les exonérations fiscales

2.3.a. L'exonération de la cotisation foncière des entreprises

Depuis 2010, la Contribution Économique Territoriale (CET) remplace la taxe professionnelle sur les équipements et biens mobiliers, à laquelle étaient soumises les entreprises et les personnes physiques ou morales qui exercent une activité professionnelle non salariée. La CET est composée de la Cotisation Foncière des Entreprises (CFE) et de la Cotisation sur la Valeur Ajoutée des Entreprises (CVAE). Les médecins sont normalement assujettis à ces cotisations. Cependant, tous les médecins qui exercent leur activité à titre libéral et qui s'établissent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants ou située dans une ZRR peuvent être exonérés de la CFE selon l'article 1464 D du code général des impôts (16). L'exonération de la CFE débute à compter de l'année de l'installation pour une durée comprise entre deux et cinq ans (en fonction du choix de la collectivité territoriale).

2.3.b L'exonération de l'impôt sur le revenu

Les médecins pourront bénéficier d'une exonération de l'impôts sur le revenu s'ils s'installent en ZRR ou SFU selon l'article 18 de la loi n°2011-1978 du 28 décembre 2011 (17).

Concernant les ZRR, il est mis en place une exonération d'impôt sur le revenu à 100 % pendant cinq ans, puis à 75 % la sixième année, à 50 % la septième année et à 15 % la huitième année.

L'exonération demeure applicable pour sa durée restant à courir lorsque la commune d'implantation de l'entreprise sort de la liste des communes classées en zone de revitalisation rurale après la date de sa création ou de sa reprise.

La rémunération perçue au titre de la PDSA, exercée par les médecins installés ou leurs remplaçants dans une zone rurale listée déficitaire, est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence sen référence à l'article 151 D du code général des impôts (18).

Concernant les zones franches urbaines, il existe une exonération d'impôts sur le revenu à 100 % durant les cinq premières années, 60 % les cinq années suivantes, puis 40 % les deux années d'après et enfin à 20 % les deux dernières années. Le bénéfice exonéré ne peut pas dépasser 100 000 € par période de douze mois.

L'exonération des cotisations patronales de sécurité sociale se fait pour une durée de cinq ans.

La rémunération perçue au titre de la permanence des soins exercée par les médecins installés ou leurs remplaçants dans une zone urbaine listée déficitaire est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence.

2.4. Le contrat de praticien territorial de Médecine Générale (PTMG)

Le contrat PTMG est une mesure lancée en 2012 via le Pacte Territoire Santé destinée aux médecins généralistes non encore installés ou installés depuis moins d'un an.

Un revenu mensuel est défini comme barème seuil (6 900 € brut/mois) en dessous duquel le jeune médecin ayant signé un contrat de praticien territorial se voit verser un complément de rémunération par l'ARS. Le montant maximum versé est de 3 640 € brut/mois.

Le médecin peut bénéficier de cette aide pendant les deux années suivant son installation, à condition de réaliser cent soixante-cinq consultations par mois minimum. En outre, il bénéficie d'un dispositif avantageux en matière de protection sociale. Ainsi, en cas d'arrêt maladie, le délai de carence est de seulement sept jours (contre quatre-vingt-dix pour les médecins libéraux n'ayant pas signé de PTMG) et l'indemnisation correspond à la moitié du complément de rémunération maximal pendant trois mois. En cas de maternité, l'indemnisation correspond au complément de rémunération maximal qui se cumule aux allocations forfaitaires versées par les organismes d'Assurance Maladie. (19)

En contrepartie, le jeune médecin libéral s'engage à exercer son activité dans des zones fragiles, déterminées par les ARS, en secteur 1. Le médecin peut intervenir, dans ces zones, en soutien d'un autre médecin au sein d'un cabinet, d'une maison de santé ou dans tout autre lieu équipé pour l'exercice de son activité. Il doit également participer à la permanence des soins ambulatoires.

Le contrat de Praticien territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA) est l'extension du dispositif de PTMG, définie par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale de décembre 2017 (20).

Le contrat PTMA étend l'avantage maternité et ouvre l'avantage paternité à l'ensemble des médecins généralistes qui s'engagent à exercer en zone sous-dotée en respectant les tarifs opposables.

Il est signé entre le médecin (généraliste ou spécialiste) et l'ARS, qui prévoit pendant le congé maternité/paternité ou maladie un complément de rémunération pour les médecins installés en zone fragile.

Puis l'arrêté du 3 mai 2017 (21) a créé le Contrat de Praticien Territorial Médical de Remplacement (PTMR). Cette aide est disponible pour les internes de médecine générale ayant soutenu leur thèse depuis moins de trois ans, exerçant à titre de remplaçants et non installés.

Le médecin s'engage à exercer une activité libérale, dans les zones fragiles identifiées par l'ARS, correspondant à un minimum de 5 000 consultations par an pour une activité à temps plein et 2 500 consultations par an pour une activité à temps partiel.

En contrepartie, l'ARS lui verse une rémunération complémentaire forfaitaire lui permettant de couvrir les périodes de disponibilité entre deux contrats de remplacement. Elle est équivalente à deux cent consultations de médecine générale au tarif opposable lorsqu'il exerce à temps plein (soit 4 600 € brut), 100 consultations de médecine générale au tarif opposable lorsqu'il exerce à mi-temps (soit 2 300 € brut).

Elle garantit également un complément de rémunération en cas d'interruption de l'activité pour maladie (supérieur à sept jours), maternité ou paternité. Le contrat est conclu pour une durée de douze mois, renouvelable par tacite reconduction.

2.5. Les aides non financières

2.5.a. Moratoire à l'installation

Normalement, une majoration de participation financière est appliquée aux patients de plus de seize ans qui consultent un médecin autre que leur médecin traitant ou qui n'ont pas déclaré de médecin traitant.

Cette majoration n'est pas applicable aux consultations assurées ou prescrites par les médecins généralistes installés en exercice libéral depuis moins de cinq ans ou installés dans des zones déficitaires.

2.5.b. Le statut de collaborateur libéral

L'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 (22) a donné un cadre légal au statut du collaborateur libéral. Ce statut semble être particulièrement attractif pour les jeunes médecins thésés, car il paraît être un compromis entre installation et remplacement.

Ainsi, le collaborateur libéral « exerce son activité professionnelle en toute indépendance, sans lien de subordination ». Ce qui lui permet de compléter sa formation si besoin et de se constituer une patientèle.

À noter qu'il relève du statut fiscal du professionnel libéral avec qui il exerce. Les mentions devant obligatoirement figurer dans le contrat sont :

- Les conditions d'exercice de l'activité
- Le pourcentage des honoraires dus par le collaborateur (modalités de rémunération)
- La durée du contrat (déterminée ou indéterminée)
- Les conditions et modalités de sa rupture et les modalités de sa suspension

2.5.c. Le Portail d'Accompagnement Aux Professionnels de Santé (PAPS).

Le PAPS a été instauré par la loi HPST du 21 juillet 2009. Il a pour objectif d'informer et de faciliter l'orientation des professionnels de santé, en exercice ou en formation vers les services proposés par les différents acteurs en région et de les accompagner aux différents moments clés de leur carrière.

Ce dispositif se présente sous la forme d'une plate-forme numérique en ligne offrant une information exhaustive. Sa vocation est d'apporter une réponse à toute personne qui désire obtenir soit une information technique ponctuelle, soit au contraire des informations générales.

On retrouve sur ce portail l'identité du référent à l'installation de chaque ARS.

II. MATERIEL ET MÉTHODES

A. Recherche bibliographique

Le premier temps de mon travail a été la recherche bibliographique effectuée de mai 2017 à décembre 2017, pour laquelle j'ai interrogé par le biais d'internet, les bases de données de "sudoc" et "google scholar" par l'intermédiaire des mots clefs : "mesures incitatives", "installation", "zone sous-médicalisée", "médecine générale", "étude quantitative", "démographie médicale". J'ai ainsi pris connaissance de plusieurs travaux de thèses, revues ou articles sur le sujet concernant mon travail puis analysé leurs bibliographies respectives.

Cette recherche m'a permis de maîtriser le contexte encadrant mon travail de thèse et ainsi de bien cibler le thème de l'étude et ses aboutissants.

B. Type d'étude

C'est une étude quantitative, transversale, descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale de la faculté d'Amiens entre le 30 novembre 2017 et le 31 mars 2018 à l'aide d'un questionnaire électronique envoyé à la population cible.

Les internes de première, deuxième et troisième année de médecine générale ont reçu par mail, en novembre 2017, le lien du questionnaire électronique (annexe 1) accompagné d'une introduction expliquant l'intérêt de mon travail de thèse. Trois relances ont été réalisées entre novembre 2017 et mars 2018.

C. Population cible

Cette étude a été réalisée sur l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté d'Amiens, pendant l'année scolaire 2017/2018. Les médecins remplaçants non thésés n'ont pas été inclus dans notre étude, n'étant plus interne. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

D. Réalisation du questionnaire

Le recueil de données a été réalisé via un questionnaire électronique, pouvant être complété en moins de dix minutes, validé par le département de médecine générale de la faculté d'Amiens et par la responsable des aides à l'installation de l'ARS de Hauts-de-France, Mme M-H. SKIBINSKI.

Il a été envoyé à l'ensemble de la population cible par la secrétaire du département de médecine générale de la faculté d'Amiens Mme C. EBERTZHEIM avec trois relances réalisées de novembre 2017 à mars 2018.

Les réponses au questionnaire étaient anonymes.

Dans la première partie du questionnaire, nous avons analysé les caractéristiques des répondants. Nous avons souhaité connaître l'âge, le sexe, l'année d'études, la présence de conjoint ou d'enfant et l'exercice futur des internes.

La deuxième partie du questionnaire est dédiée à l'étude des connaissances des mesures incitatives chez les répondants ainsi que leur avis sur celles-ci.

E. Méthode statistique

Les réponses ont été collectées jusqu'au 31 mars 2018 sur un tableur Excel et analysées avec le logiciel Sphinx Plus 2 version 5. Les données qualitatives ont été exprimées en effectifs (n) et pourcentages (%).

Les différences de proportions entre les variables qualitatives ont été analysées par un test du Chi 2. Le seuil de significativité était $p < 0.05\%$.

III. RÉSULTATS

Cent onze questionnaires électroniques sur deux cent quarante ont été renvoyés, soit 46.25 % des internes de médecine générale de la faculté d'Amiens.

A. Caractéristiques de la population étudiée

1. Le sexe

La population est majoritairement féminine avec soixante-dix femmes (63.1 %) pour quarante et un hommes (36.9%).

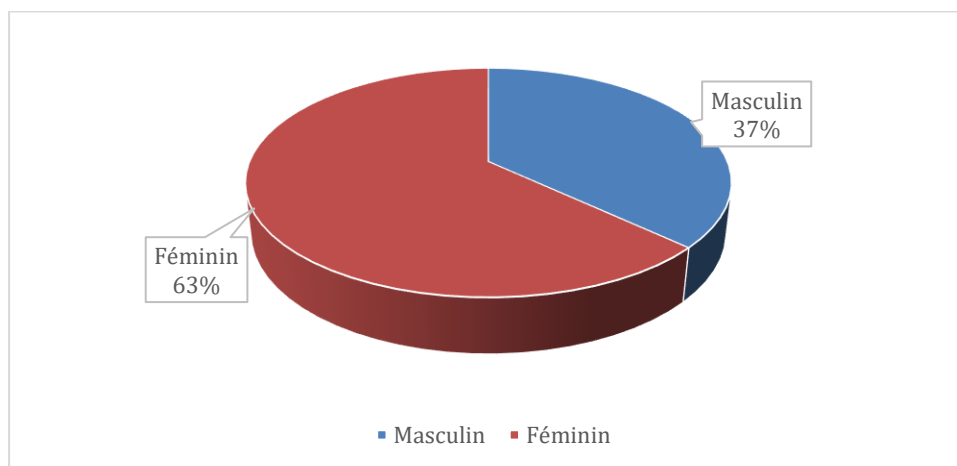


Figure 3 : Répartition par sexe (%)

2. Année d'études

On retrouve une répartition plutôt homogène des répondants en fonction de leur année d'études. Quarante étudiants en première année d'internat soit 35.5 %, vingt-neuf étudiants en deuxième année soit 26.4 % et quarante-deux étudiants en troisième année soit 38.2 %.

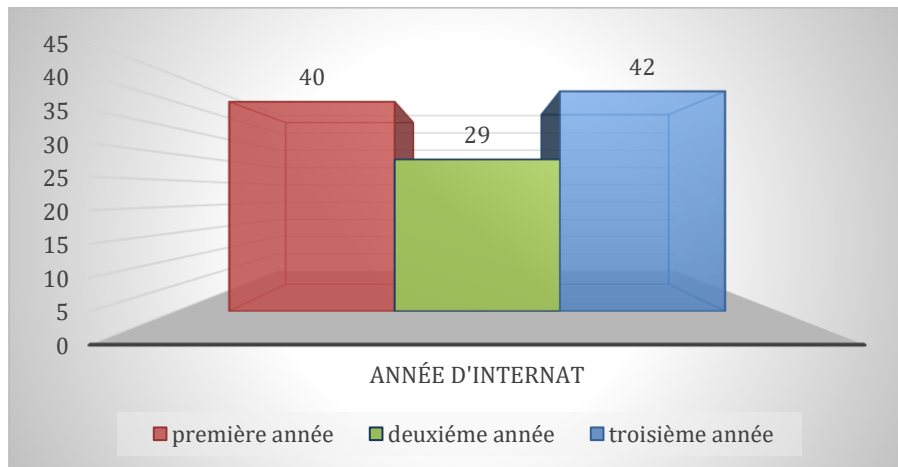


Figure 4 : Répartition des étudiants (n) en fonction de leur année d'internat

3. Répartition des étudiants en fonction de leur situation familiale

Dans notre étude, 11 étudiants n'ont pas précisé correctement leur situation familiale.

Sur les répondants, 76 internes se sont déclarés en couple, soit 69 %, dont neuf qui avaient un enfant. Il n'y avait pas de parent célibataire dans notre étude.

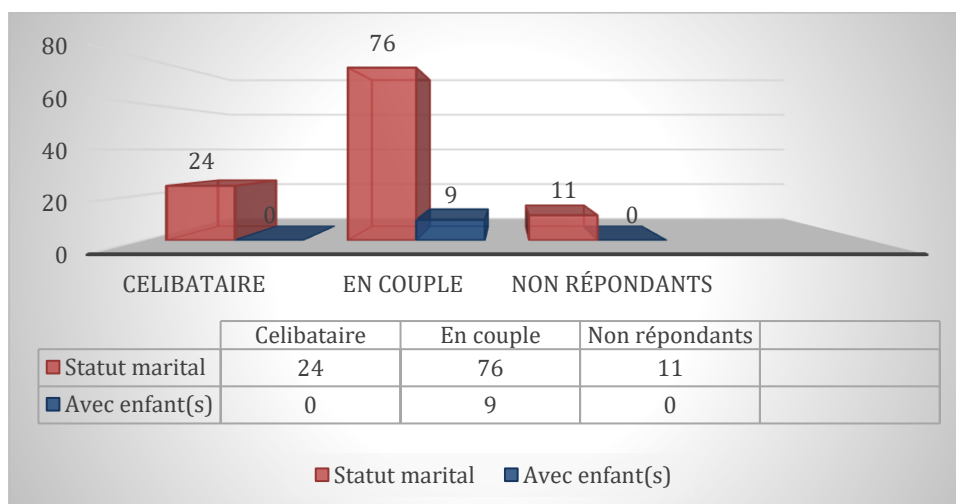


Figure 5 : Répartition des étudiants (n) en fonction de leur situation familiale

4. Répartition des internes de médecine générale en fonction de leur projet professionnel

La majorité des internes, 65.8 %, avaient un projet d'installation. 21,6 % des internes n'avaient pas encore de projet professionnel.

Les projets de remplacement à long terme et d'activité salariée ne réunissaient respectivement que 4.5 % et 8.1 % de la population d'interne de médecine générale.

L'activité en zone semi-rurale attirait 61.3 % des répondants. Seul 14.4 % d'entre eux souhaitaient exercer en zone urbaine.

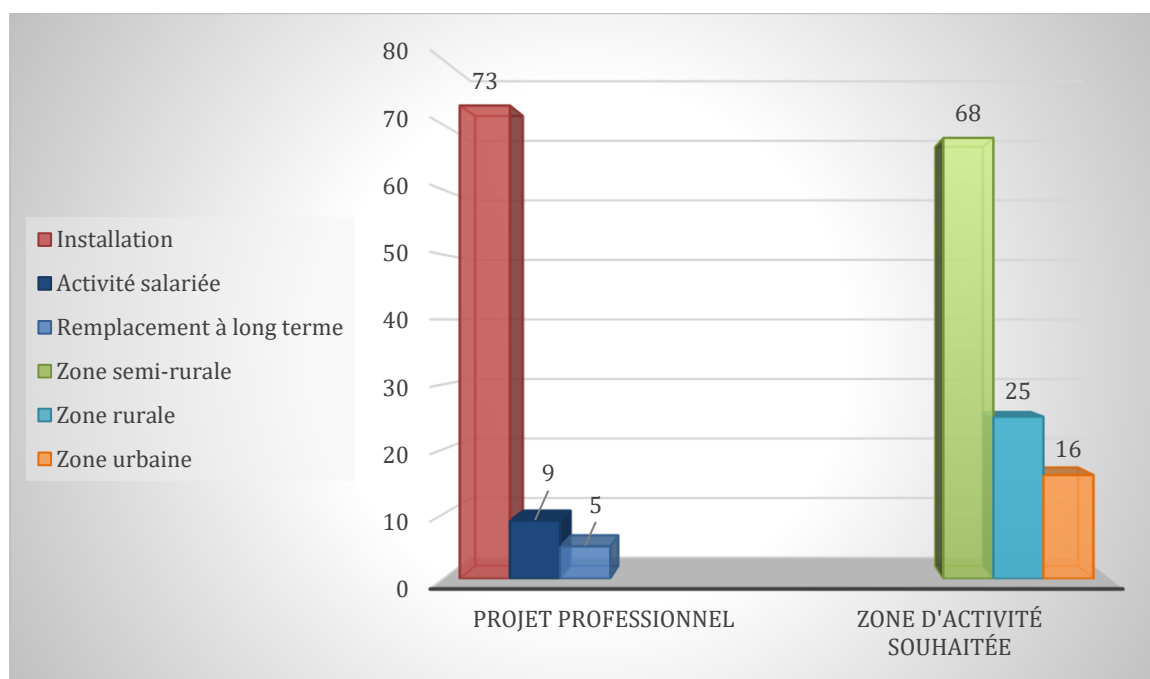


Figure 6 : Répartition en fonction du projet professionnel et de la zone d'activité souhaitée

B. Évaluation des aides incitatives

1. Les aides financières destinées aux étudiants de médecine

1.1. Le Contrat d'Engagement Service Public

Le CESP est un dispositif bien connu des internes de médecine générale de la faculté d'Amiens. En effet, 97.3 % des répondants affirment connaître cette mesure.

On ne retrouve pas de différence significative sur les connaissances du CESP en fonction du sexe, de l'année d'études, de la situation familiale ni du projet professionnel.

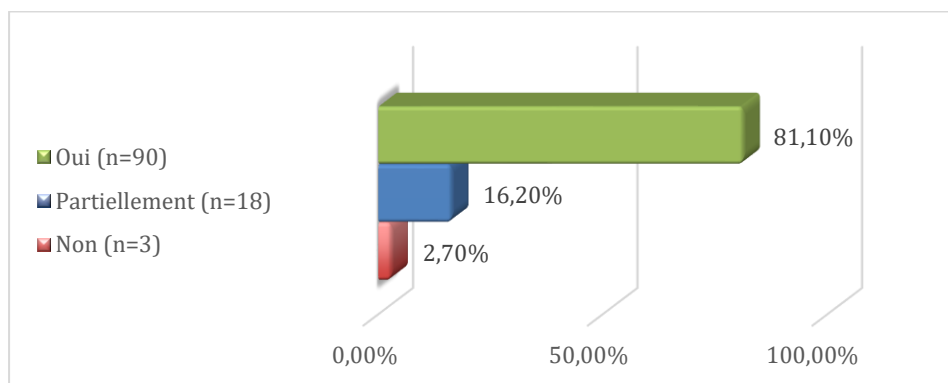


Figure 7 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur connaissance du CESP

Le CESP est une mesure jugée plutôt intéressante pour 59.8 % des internes.

On ne retrouve pas de différence significative avec l'année d'études ni avec le projet professionnel des interrogés.

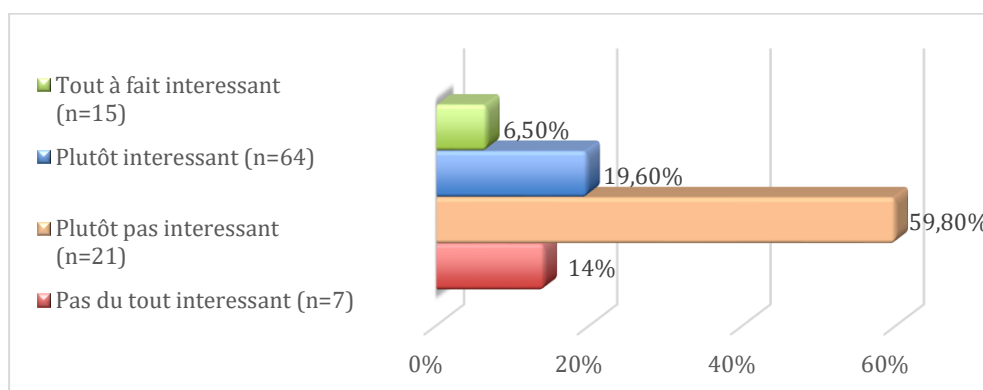


Figure 8 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur évaluation du CESP

1.2. Les indemnités au logement et au déplacement

Cette aide est connue par 65.7 % des internes de médecine générale, mais pour la plupart partiellement.

On observe une relation statistique peu significative ($p = 6.9 \%$) entre la connaissance de ces indemnités et l'année d'études.

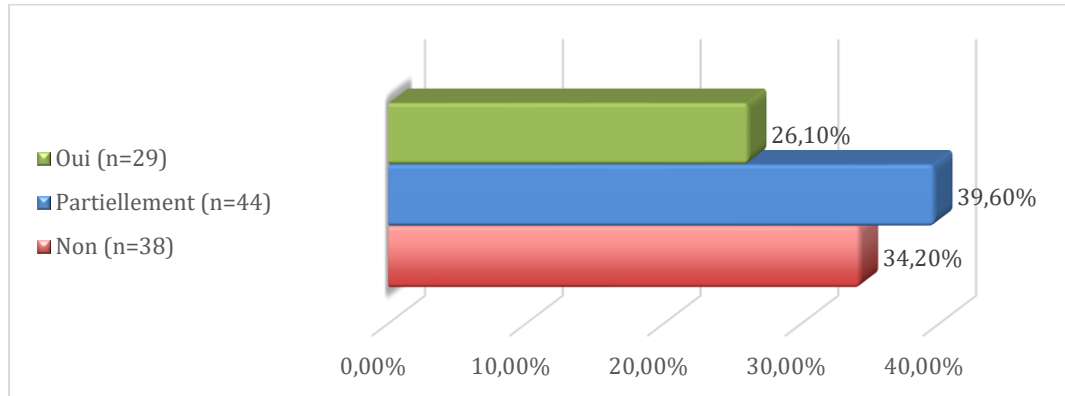


Figure 9 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur connaissance des indemnités au logement et au déplacement

Elle est appréciée par les étudiants, 89.6 % la trouve plutôt ou tout à fait intéressante. On observe une différence peu significative ($p = 3.3 \%$) sur l'évaluation de cette mesure entre les étudiants de première et de troisième année d'internat ainsi que ceux ayant pour projet un remplacement à long terme ($p = 1.1 \%$).

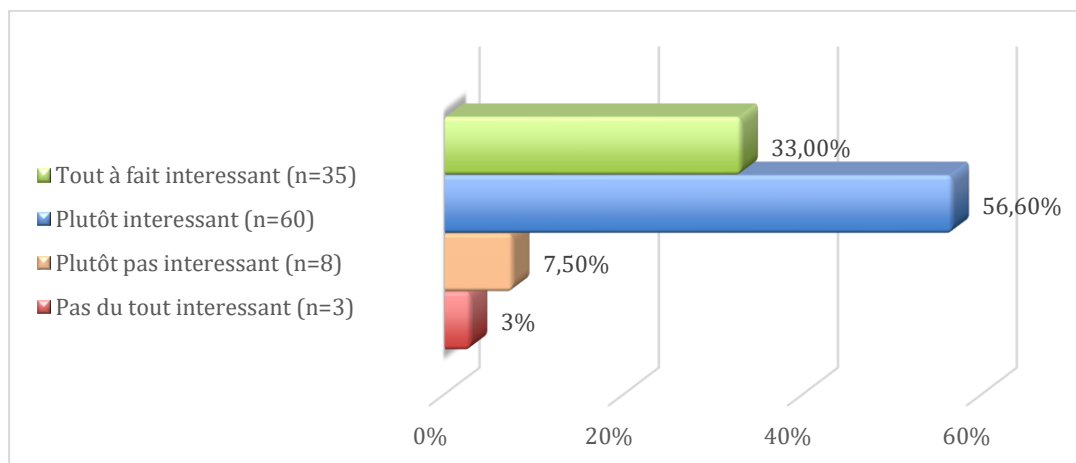


Figure 10 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur évaluation des indemnités au logement et au déplacement

1.3. Bourses d'études des collectivités territoriales

Dans notre étude, 85.6 % des répondants ne connaissent pas cette mesure. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la région ne propose pas cette aide.

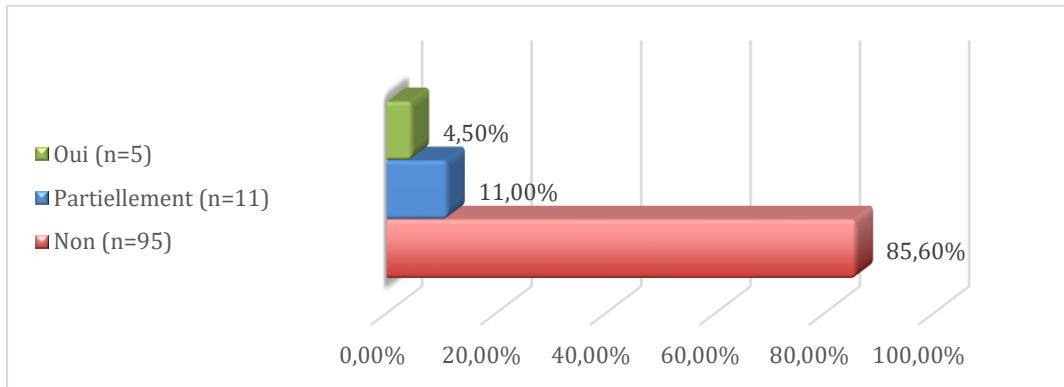


Figure 11 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur connaissance des bourses d'études des collectivités territoriales

Pourtant, on constate que 77.3 % des internes trouvent cette mesure intéressante.

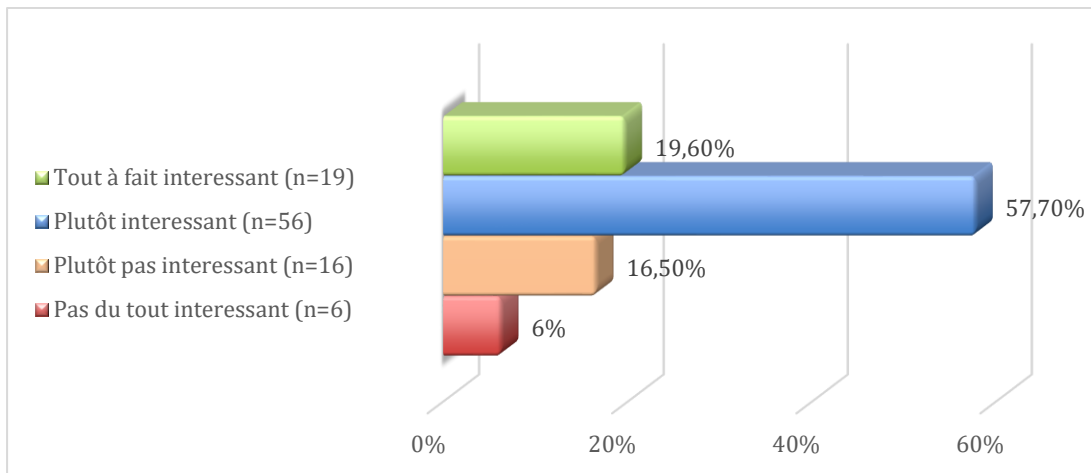


Figure 12 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur évaluation des bourses d'études des collectivités territoriales

2. Les aides à l'installation et au maintien de l'activité

2.1. Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

Le CAIM n'est pas une mesure bien connue des internes de médecine générale d'Amiens.

En effet, seul un peu plus de la moitié des internes soit 51.4 % connaissent cette aide.

On retrouve une différence peu significative ($p = 0.1\%$) sur les connaissances du CAIM en fonction du projet professionnel. Les étudiants souhaitant s'installer en zone urbaine sont très peu informés sur cette mesure.

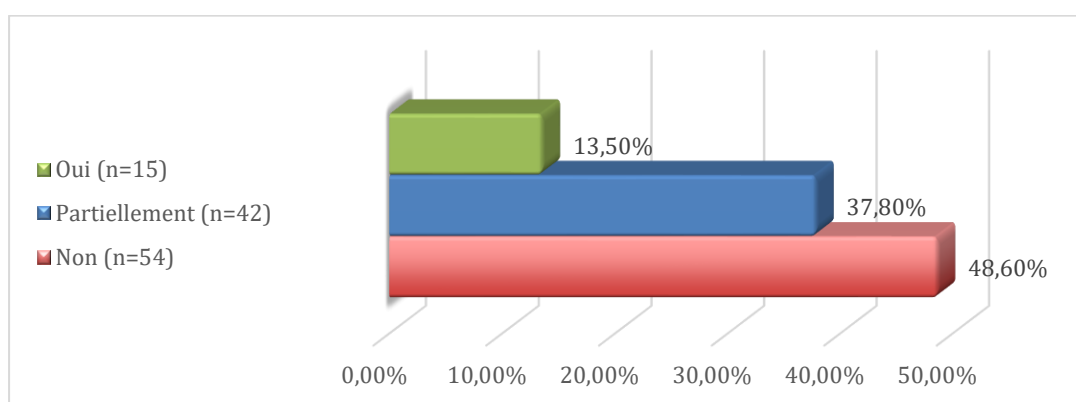


Figure 13 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur connaissance du CAIM

Le CAIM est une aide plébiscitée par 92.1% des répondants.

Ce sont principalement les étudiants en troisième année d'internat qui ne trouvent pas cette mesure intéressante, sans significativité statistique ($p = 7.5\%$).

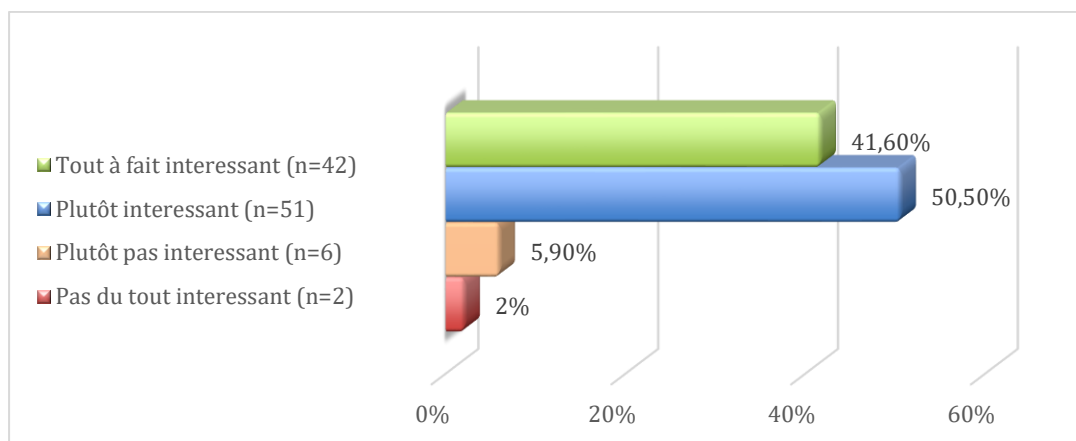


Figure 14 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur évaluation du CAIM

2.2. Aides financières des collectivités territoriales

L'aide financière pouvant être proposée par les collectivités territoriales pour les médecins voulant s'installer en zone sous-dotée est également peu connue par les internes. Seul 35.1% des répondants la connaissent.

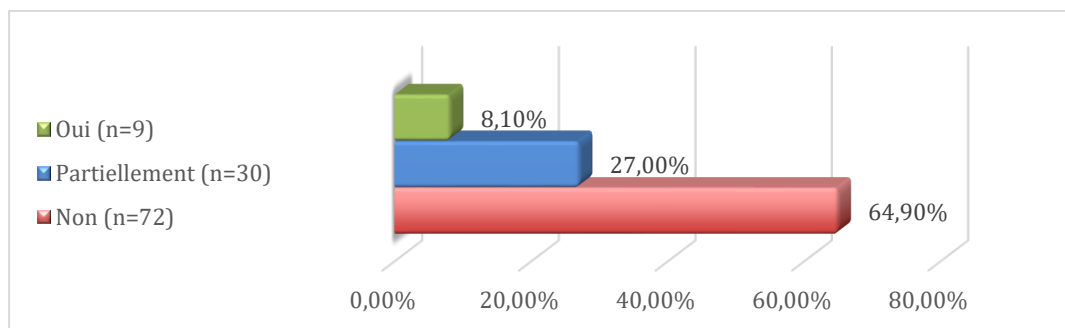


Figure 15 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur connaissance des aides financières des collectivités territoriales

On constate que 82.5 % des répondants la trouvaient intéressante.

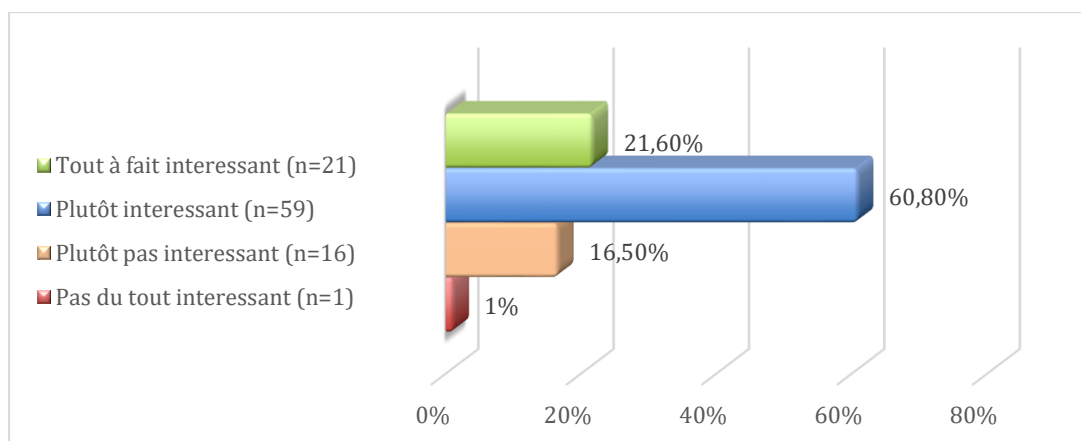


Figure 16 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur évaluation des aides financières des collectivités territoriales

2.3. Exonération de la CFE

Il s'avère que 82.9 % des internes amiénois n'avaient pas connaissance de l'exonération de la cotisation foncière des entreprises lors d'une installation dans une commune de moins de deux mille habitants.

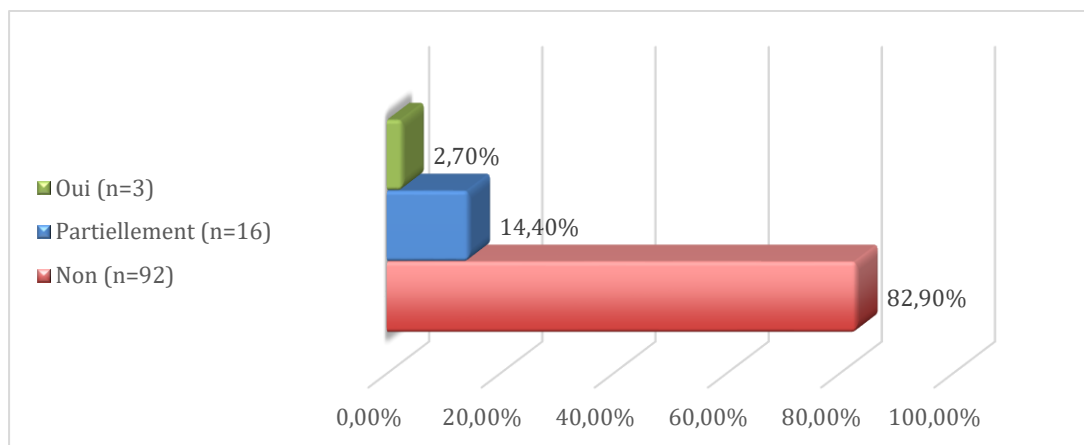


Figure 17 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur connaissance de l'exonération de la CFE

L'exonération de la CFE est bien perçue par 86.4 % des internes.

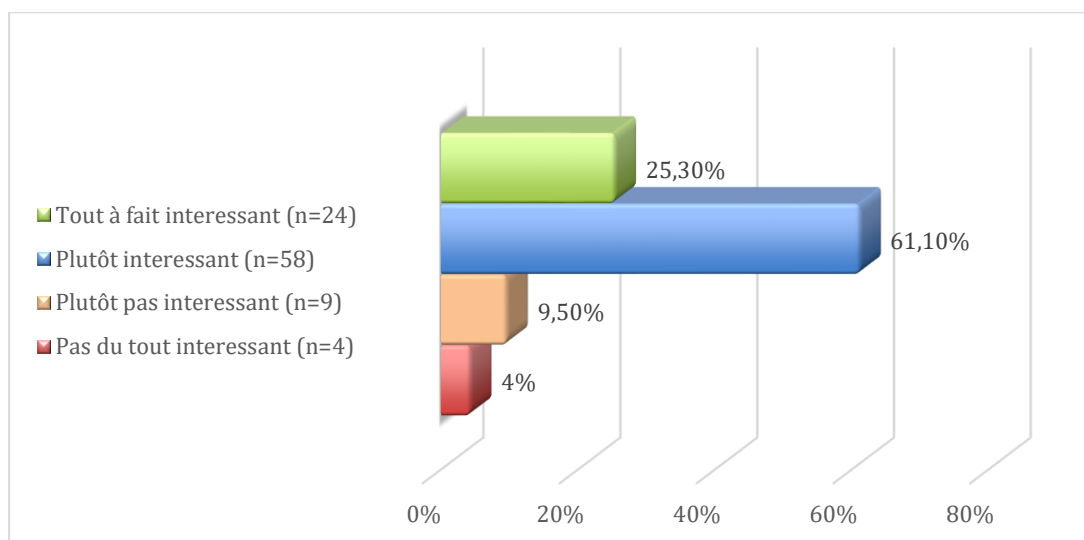


Figure 18 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur évaluation de l'exonération de la CFE

2.4. Exonération de l'impôt sur le revenu en ZRR et ZFU

La majorité des internes de médecine générale d'Amiens, 61.3 %, n'étaient pas informés de cette mesure.

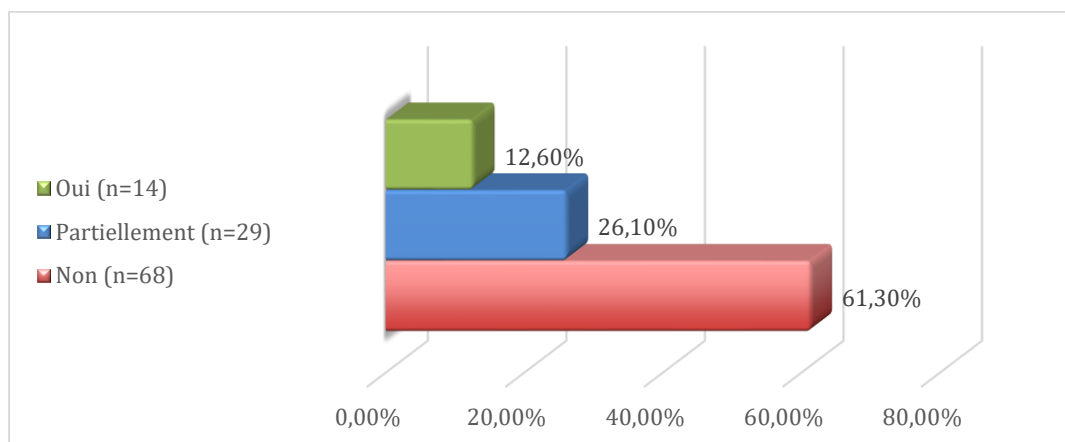


Figure 19 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur connaissance de l'exonération de l'impôt sur le revenu

Alors que cette mesure est très appréciée avec 51 % des répondants la trouvant tout à fait intéressante et 44 % la trouvant plutôt intéressante.

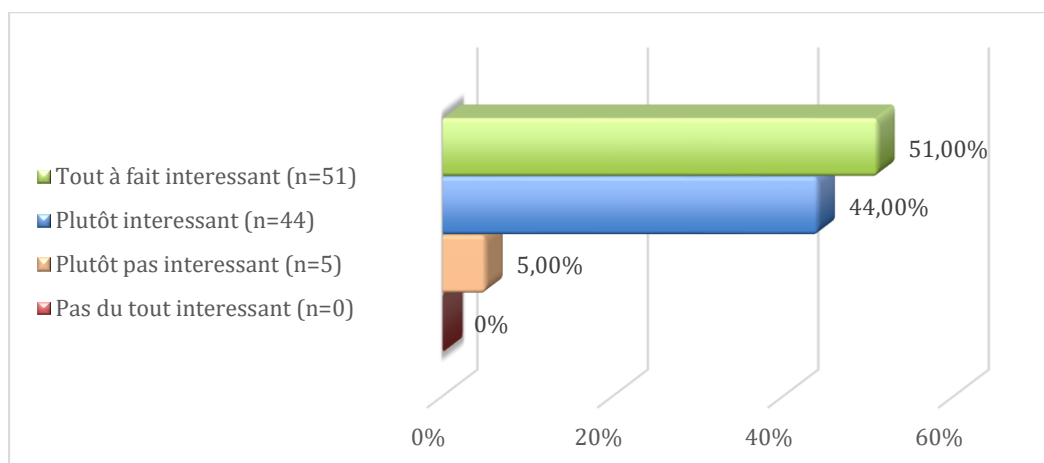


Figure 20 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur évaluation de l'exonération de l'impôt sur le revenu

2.5. Le contrat de PTMG

Ce contrat n'est connu que par 42.3 % des internes dont seulement 9.9 % qui le connaissent parfaitement.

On observe une différence peu significative entre les connaissances du PTMG et l'année d'études ($p = 1.6 \%$).

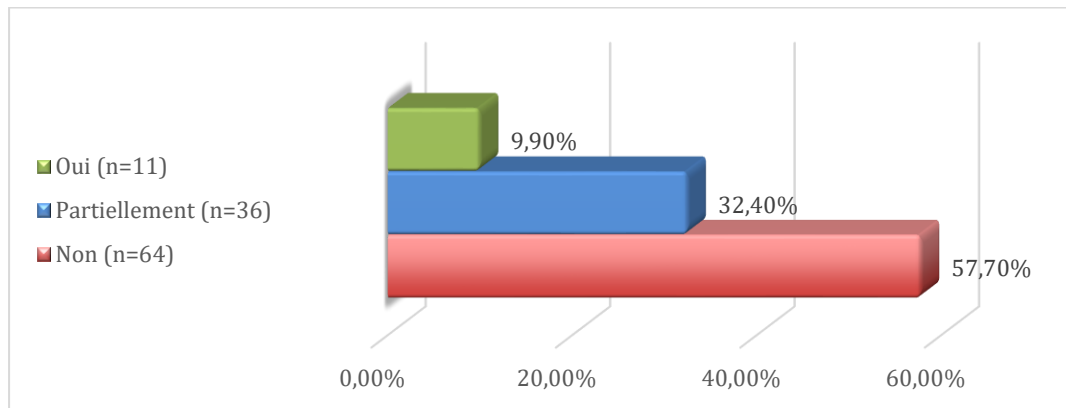


Figure 21 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur connaissance du contrat PTMG

Le contrat PTMG a été évalué de manière favorable par 78.6 % des répondants. Seul 7.1 % des internes ne le trouvent pas du tout intéressant.

On observe une différence peu significative ($p = 1.1 \%$) entre l'évaluation négative du PTMG et le statut de célibataire.

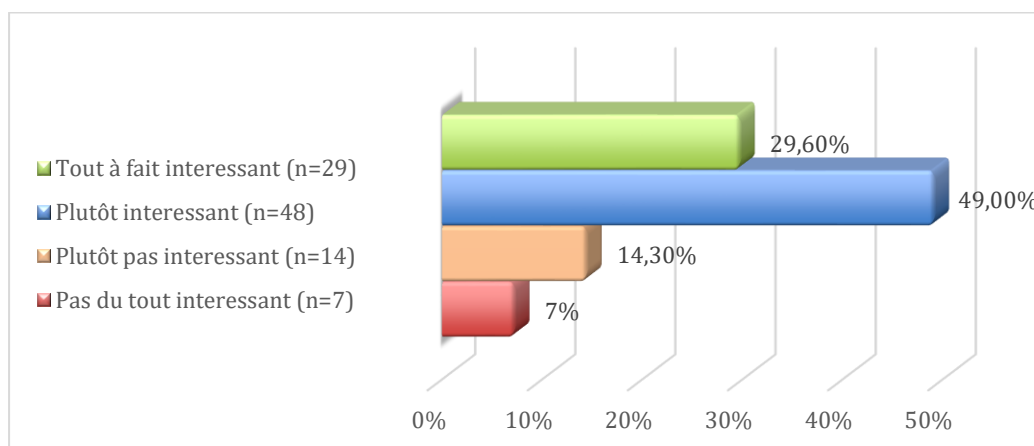


Figure 22 : Effectif des répondants (%) en fonction de leur évaluation du contrat PTMG

C. Période d'apprentissage des mesures incitatives

C'est principalement pendant l'externat et l'internat que les étudiants d'Amiens sont sensibilisés aux mesures incitatives à l'installation.

On constate que les étudiants ne sont pas assez informés en période pré-externat, seul 9.1 % de nos répondants l'ont été. Ce qui peut être regrettable, du fait de l'existence de mesure telle que le CESP pouvant être accordé dès le début de l'externat.

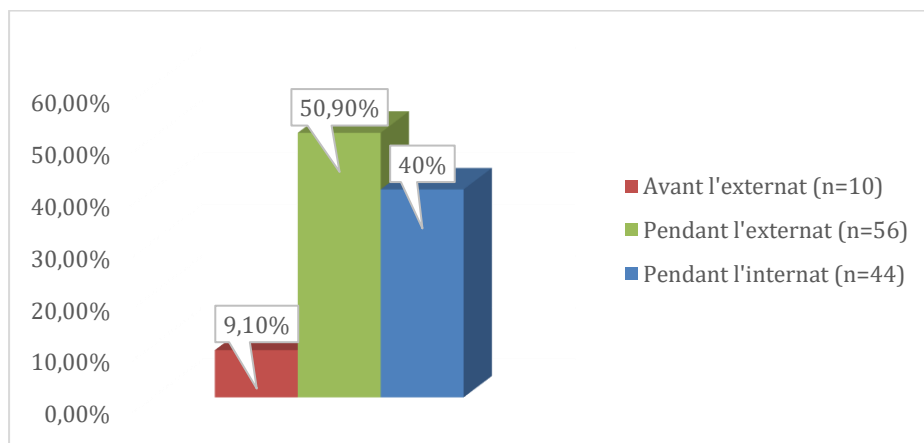


Figure 23 : Effectif des répondants (%) en fonction de la période d'apprentissage des aides incitatives à l'installation

D. Les internes bénéficiant d'une ou plusieurs aides

Vingt internes sur les cent onze répondants soit 18 % bénéficiaient d'une ou plusieurs mesures incitatives à l'installation.

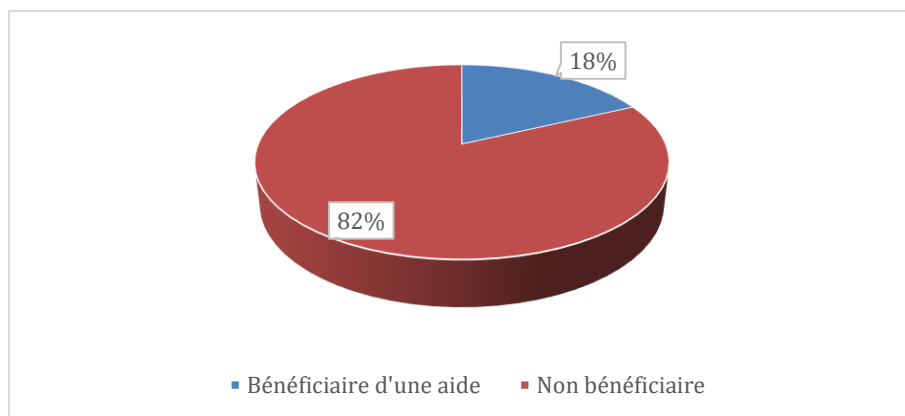


Figure 24 : Effectif d'interne (%) bénéficiant d'une aide à l'installation

Sur ces vingt internes, douze avaient signé un CESP et huit avaient bénéficié des aides au logement et déplacement des collectivités territoriales. Deux internes avaient cumulé ces deux mesures. Aucune autre mesure n'a été prise.

C'est principalement pendant l'internat que ces étudiants ont bénéficié de ces aides.

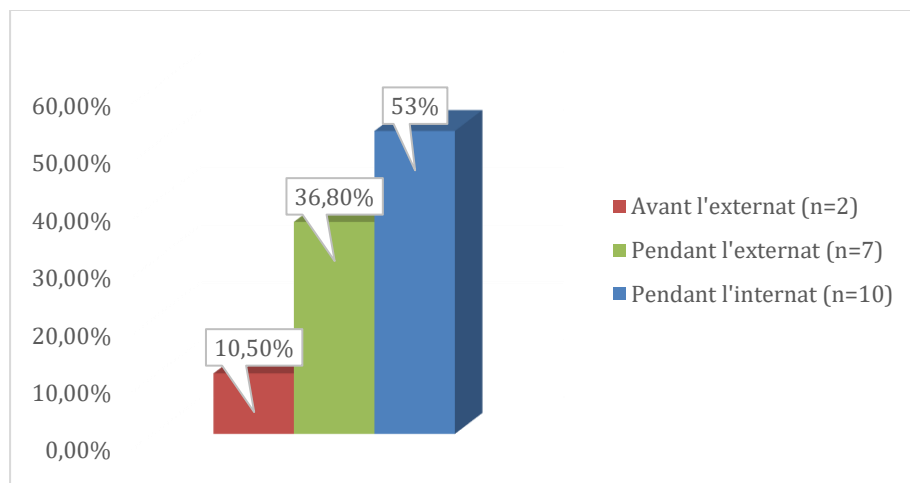


Figure 25 : Période d'acquisition des aides incitatives à l'installation

E. Les internes souhaitant bénéficier d'une aide

Après avoir pris connaissance des différentes aides incitatives à l'installation en zone sous-dotée, 41.7 % des répondants désireraient bénéficier d'une ou plusieurs mesures par la suite. Seul 15.7 % des répondants étaient certains de ne pas vouloir souscrire à une aide.

On retrouve un lien statistique significatif ($p < 0.05$ %) entre le souhait de demander une aide et le projet professionnel d'installation en zone semi-rurale.

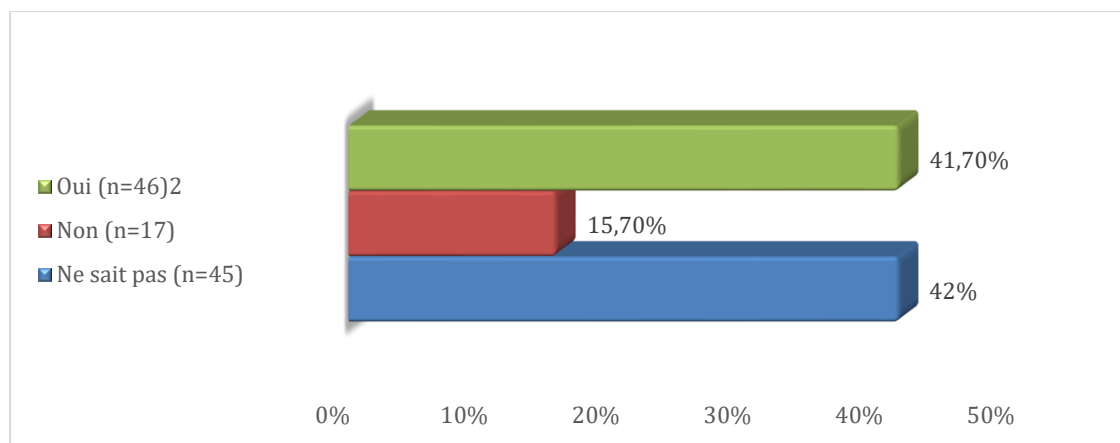


Figure 26 : Effectif d'étudiant (%) souhaitant bénéficier d'une aide prochainement

Dans les mesures souhaitées, on retrouve en premier lieu le CAIM qui intéresse 30.6 % des internes sollicitant une aide pour leur future installation.

C'est ensuite l'exonération de l'impôt sur le revenu avec 26.1 % des répondants, les aides financières des collectivités territoriales avec 20.7 %, le contrat PTMG avec 19.8 % et l'exonération de la cotisation foncière avec 17.1 %.

Le CESP est la mesure qui serait la moins demandée avec 4.5 % des internes souhaitant une aide à l'installation. Ceci peut s'expliquer par le fait que c'est une aide qui est souscrite le plus souvent pendant l'externat ou en tout début d'internat.

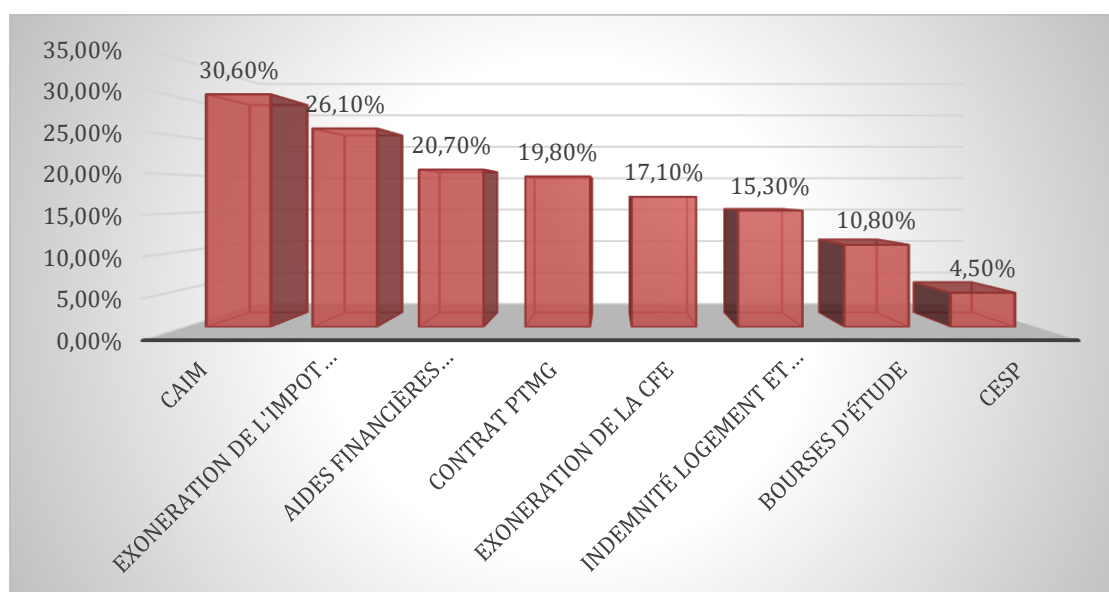


Figure 27 : Aides souhaitées par les internes (%) pour leur installation future

F. Quelle est l'influence des mesures sur l'installation

Pour 81.1 % des internes bénéficiant ou souhaitant une aide incitative à l'installation par la suite, celle-ci n'aura pas influencé leur choix d'installation.

On aurait donc plutôt un effet d'aubaine lié à ces mesures chez des internes souhaitant déjà au préalable s'installer en zone sous-dotée.

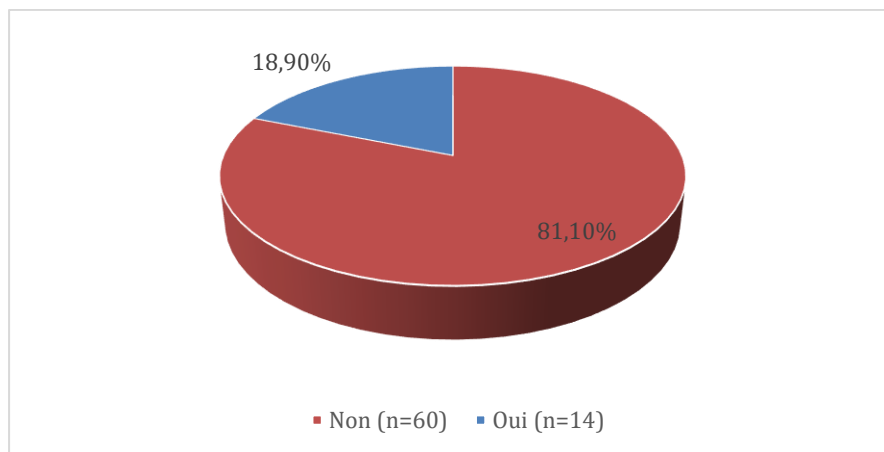


Figure 28 : Effectif des internes (%) influencés par les mesures incitatives à l'installation

G. Évaluation de la meilleure mesure incitative par les internes

Sur les quatre-vingt-dix internes ayant répondu à cette question, 34.4 % considéraient le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins comme la meilleure mesure.

Les arguments avancés par les répondants étaient que cette mesure amenait “un apport financier pour débiter et payer toutes les charges et cotisations”, permettant “de s'installer, et de commencer à exercer sans dette”. C'est une “aide importante au moment opportun”, “un vrai plus et un vrai confort pour un jeune praticien sans ou avec peu de ressources, motivé par l'installation en milieu rural, mais manquant de substrat financier pour mener à bien son projet”, “pouvant déclencher l'envie de s'installer”.

L'exonération de l'impôt sur le revenu arrivait en deuxième position avec 28.9 % des suffrages. On retrouve sensiblement les mêmes arguments que pour le CAIM, une aide “intéressante financièrement pour un début d'installation”, permettant “d'amortir les frais d'installation, alléger le poids financier au début d'une installation”.

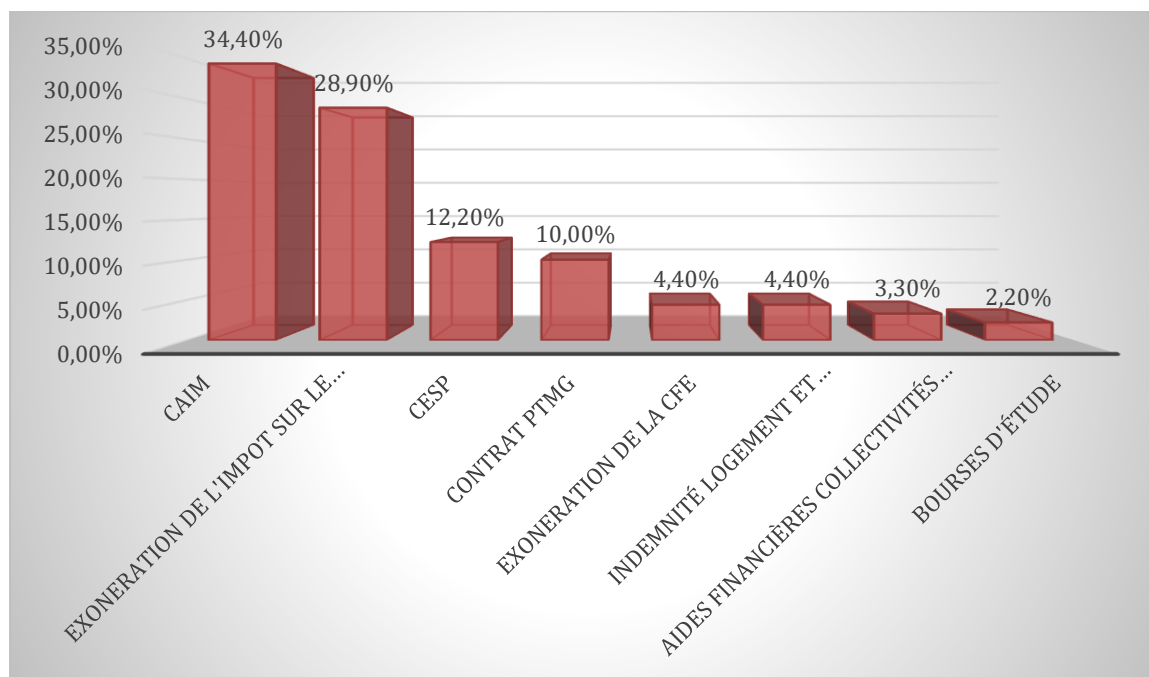


Figure 29 : Évaluation de la meilleure mesure incitative à l'installation

H. Évaluation de la mesure la moins attractive par les internes

La mesure la moins attractive selon les quatre-vingt-deux internes ayant répondu à cette question était le Contrat d'Engagement Service Public avec 26.8 % des voix.

Le CESP serait “trop peu intéressant financièrement par rapport à la contrainte répartie sur de nombreuses années”. Les étudiants sont réticents au fait qu'il n'y ait “pas de choix véritable sur le lieu d'installation” et que “l'engagement est trop long”.

Selon les répondants, le CESP “concerne surtout les étudiants dont les familles ne peuvent assurer les frais des études”.

Il est enfin dénoncé par les internes le fait que le CESP est “créé un concours parallèle au concours classant national”

On retrouve ensuite le contrat PTMG qui est classé moins bonne mesure par 20.7 % des répondants.

Il a été avancé comme argument que ce contrat est limité dans le temps, il n'est "valable que deux ans" et que le revenu assuré par l'aide est aisément atteint en zone rurale "vu la forte patientèle possible".

L'exonération de la CFE arrive en troisième position avec 15.9 % des suffrages.

Les internes pensent que l'aide est "dérisoire par rapport à la difficulté que présente l'installation en zone sous-dotée" où "la cotisation foncière n'est pas très élevée."

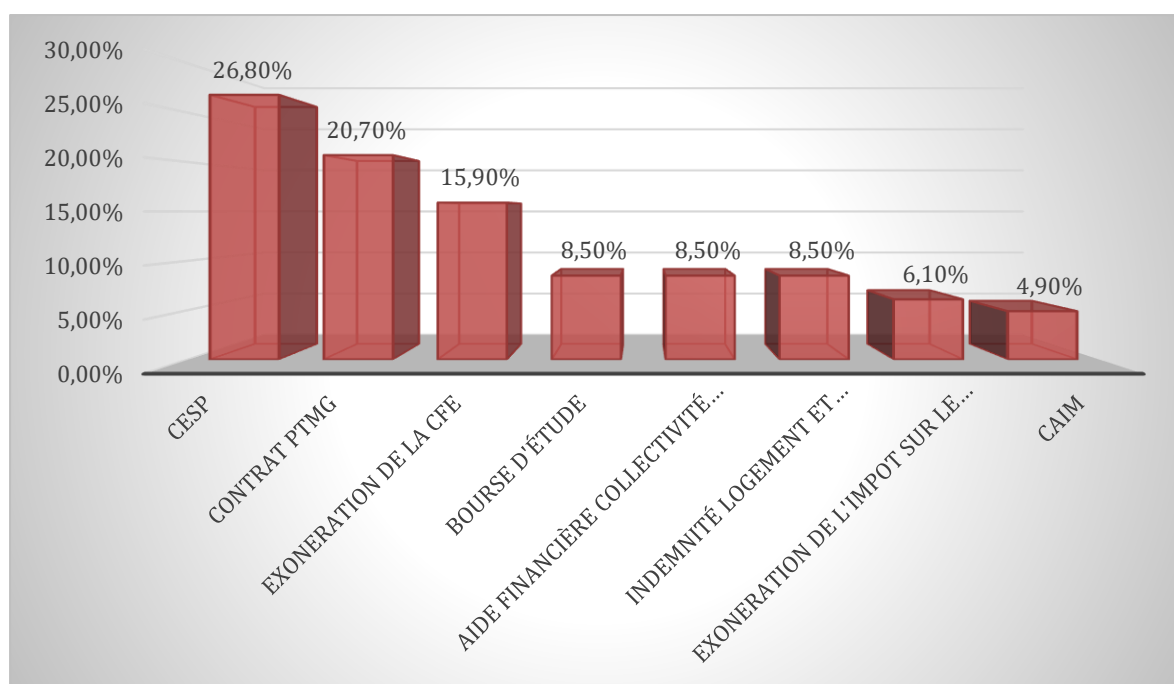


Figure 30 : Évaluation de la moins bonne mesure incitative à l'installation

IV. DISCUSSION

A. Analyse de la méthodologie et population

1. Échantillonnage

Notre étude s'est intéressée aux internes de médecine générale de la faculté d'Amiens, de la première à la troisième année d'internat, excluant de ce fait les médecins remplaçants non thésés.

Mon travail était initialement prévu sur l'ensemble des externes et des internes de la faculté d'Amiens. Mais lors du passage en commission de sujet, il a fallu restreindre l'échantillonnage en excluant les externes, bien qu'ils puissent bénéficier également d'aides.

Les formulaires étaient anonymes afin que chaque participant réponde librement aux questions.

Nous avons collecté cent onze réponses, sans doublon, soit un peu moins de la moitié des internes de la faculté d'Amiens. Il manque donc un peu de force à notre étude, ceci peut avoir un impact sur la pertinence de nos résultats. De plus, certains internes n'ont pas répondu à l'ensemble des questions posées.

2. Biais de l'étude

2.1. Biais de sélection

Le questionnaire électronique a été transmis à la secrétaire du Département de Médecine Générale qui l'a ensuite relayé à l'ensemble des internes de première, deuxième et troisième année d'internat de médecine générale. Nous n'avons pas pu vérifier que le questionnaire ait bien été envoyé à l'ensemble des internes.

De plus, les internes répondants étaient a priori les plus intéressés par le sujet et ne sont probablement pas représentatifs de l'ensemble de la population des internes de médecine générale picards.

2.2. Biais de compréhension

Dans cette étude, notre objectif secondaire était d'évaluer l'attractivité des mesures incitatives à l'installation chez les internes de médecine générale.

C'est pour cela qu'il a été inséré dans le questionnaire une définition succincte de chaque aide.

Mais il a pu persister malgré cela une certaine incompréhension de la mesure incitative par le répondant.

2.3. Biais de mesure

Il existe un biais lié au caractère déclaratif des données obtenues par questionnaire.

2.4. Biais lié à l'élaboration du questionnaire

Nous avons délibérément choisi de sélectionner les mesures incitatives à l'installation en zone sous-dotée qui touchent les internes de médecine générale. Nous n'avons donc pas inclus dans notre questionnaire une aide comme le COSCOM.

Il est également discutable d'avoir inséré dans le questionnaire une aide comme la bourse d'études des collectivités territoriales pour les internes de médecine générale, qui n'est pas offerte dans notre région. Elle l'est cependant dans des régions limitrophes comme l'Ile-de-France.

3. Caractéristique de la population.

On constate une féminisation de notre profession.

La plupart des répondants sont en couple, peu ont un enfant, probablement lié à nos longues études et nos contraintes horaires.

Il y a une répartition assez homogène des participants en fonction de leur année d'études, bien qu'on aurait pu s'attendre à une implication un peu plus importante des internes en troisième année d'internat dans ce travail de thèse.

Les internes souhaitent majoritairement s'installer en milieu rural ou semi-rural. Peu d'internes ont pour projet de réaliser un remplacement à long terme, contrairement à ce que rapportent les dernières données de l'ordre (1).

B. Une méconnaissance des aides incitatives à l'installation persistante...

L'étude que nous avons réalisée fait apparaître une méconnaissance des mesures incitatives à l'installation chez l'ensemble des étudiants en médecine de la faculté d'Amiens en 2018.

Ce défaut d'information des futurs médecins généralistes sur ces aides avait déjà été mis en évidence dans plusieurs travaux de thèse ces dernières années (22), (23), (24).

On sait également que le manque de communication sur l'installation et sur les aides disponibles constitue un frein à l'installation, comme le montre deux thèses réalisées sur les déterminants à l'installation des internes de médecine générale. (25) (26)

Dans notre étude, on ne retrouve pas de lien entre l'année d'études de l'interne et le niveau de connaissance des mesures. On peut donc penser que l'étudiant ne reçoit pas d'information sur ces mesures pendant ses années d'internat.

Pourtant, on peut constater que de nombreuses structures communiquent sur ces aides comme l'ARS via son PAPS, le conseil de l'ordre des médecins, l'URPS mais aussi des syndicats de jeunes médecins comme l'Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR) et le Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes (SNJMG). (27) (28)

1. Aides financières aux étudiants de médecine pendant leur formation

Seules les aides financières, versées pendant les études de médecine, visant à favoriser l'installation des internes en zone sous-dotée, sont bien connues de notre population interrogée.

En effet, 97.3 % des répondants ont eu connaissance du CESP. Cela peut s'expliquer par le fait que cette mesure est présente depuis déjà de nombreuses années et qu'elle a bénéficié d'une médiatisation importante. Il a été objectivé dans le bilan de 2011 (29) demandé par la direction générale de l'offre de soins, à un an de l'instauration du CESP, que sept déclarants sur dix connaissaient déjà le CESP. Elle est aussi l'aide disponible le plus précocement durant le cursus de l'étudiant en médecine.

Les indemnités au logement et au déplacement sont également bien connues. Cette mesure permet aux étudiants de découvrir des terrains de stage en zone sous-dotée, éloignée le plus souvent de la faculté, grâce à une compensation financière pour les déplacements et le logement. C'est la seule mesure où l'on constate un lien statistique entre l'année d'internat et le niveau de connaissance.

Les bourses d'études des collectivités territoriales pour les internes sont très mal connues.

Cette aide n'étant pas disponible en région Hauts-de-France, il est compréhensible que les répondants ne la connaissent pas. Bien qu'elle soit disponible dans des régions limitrophes comme l'Ile-de-France.

2. Les aides à l'installation et au maintien de l'activité

En revanche, les aides à l'installation et au maintien de l'activité en zone sous-dotée sont peu connues, avec seulement 36.9 % de connaissance générale sur celles-ci. Seul un interne sur dix connaissait parfaitement ces mesures.

Il serait donc intéressant de renforcer la communication sur ces mesures auprès des internes de médecine générale.

Dans ces mesures, le CAIM est le plus connu avec environ la moitié des répondants.

On constate une différence statistiquement significative entre la connaissance du CAIM et le projet professionnel de l'étudiant. Les internes souhaitant s'installer en zone urbaine sont très peu informés, probablement parce qu'ils ne sont pas concernés par cette mesure.

C. Malgré un attrait certain pour celles-ci

À la lecture de nos résultats, on constate que ce sont les aides nécessitant le moins d'engagement qui suscitent le plus d'intérêt.

En effet, dans notre étude, les internes ont été très favorables aux aides incitatives à l'installation.

84,4 % d'entre eux évaluaient favorablement ces aides, ce qui concordait avec les derniers travaux réalisés sur le sujet.

Les plus plébiscités étaient le CAIM et l'exonération sur le revenu, les aides les plus conséquentes sur le plan financier.

Le CESP, l'aide la mieux connue des internes d'Amiens, est également le moins appréciée étant donné ses contraintes trop importantes tant sur la durée d'engagement que sur la restriction du lieu d'installation.

La thèse de J. BRUAUT (30) portant sur le retour d'expérience du CESP va dans ce sens et met également en évidence un défaut d'accompagnement des souscripteurs par l'ARS.

D. Des aides qui n'influencent pas le choix d'installation

En effet, notre étude a montré que plus de 80 % des répondants, bénéficiant d'une aide ou souhaitant en bénéficier, n'ont pas été influencés dans leur choix d'installation.

Ces étudiants avaient déjà choisi de s'installer, en zone sous-dotée, avant d'avoir connaissance de ces aides.

Cet effet d'aubaine a été évoqué dans certains travaux comme notamment celui de A. PHELIPOT (31).

Cependant, ces aides peuvent faciliter l'installation avec un soutien financier important en début d'activité ainsi qu'une aide logistique par le biais des organismes délivrant ces soutiens, notamment l'ARS et son Correspondant installation. Cela peut donc permettre aux internes de s'installer plus facilement et rapidement.

E. Les changements à venir pouvant influencer le choix d'installation

La modification du zonage de l'ARS, prévue a priori en début d'année 2019 pour la région Hauts-de-France, devrait permettre l'élargissement des territoires sur lesquels les médecins pourront bénéficier d'aides à l'installation offrant plus de liberté d'installation.

Si l'on prend l'exemple de la région Auvergne-Rhône-Alpes, 15% de la population de la région (au lieu de 9,75 % auparavant) est incluse en zone sous-dotée, dans laquelle les médecins pourront bénéficier de la totalité des aides financières versées par l'ARS et l'Assurance maladie pour leur installation.

La réforme du troisième cycle de médecine générale (32) a également permis de multiplier les stages ambulatoires. Les internes réalisent désormais leur stage de découverte de la médecine générale en première année et bénéficient d'un second stage de médecine générale en dernière année. Cela permet de faire connaître l'exercice libéral, de découvrir de multiples territoires et ainsi d'encourager les futures installations en zone sous-dotée.

F. La situation à l'étranger.

L'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) a étudié les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. (33)

Dans la plupart des pays d'Europe, comme en France, la médecine générale est l'une des spécialités qui rencontrent des difficultés de recrutement importantes.

Nos pays voisins ont donc également mis en place des dispositifs incitatifs à l'installation pour rendre les territoires défavorisés plus attractifs et ainsi favoriser une répartition plus harmonieuse des médecins.

Ces aides sont pour le moins similaires à celles retrouvées en France :

- Aides financières mises en place notamment en Belgique afin de réguler l'installation en zone sous-dotée avec un maillage similaire à celui de la France.
- Aide pour la réalisation de stage en zone sous-dotée en Ecosse

Des pays ont quant à eux mis en place des mesures coercitives :

- Au Québec, depuis 2002, tout jeune médecin ou médecin étranger a l'obligation de travailler trois ans dans un territoire reculé, avant de pouvoir s'installer dans une zone en tension par la suite. Cette mesure restrictive a été accompagnée par de nombreuses incitations financières pour sustenter au mécontentement des jeunes médecins.
- Dans une moindre mesure, en Allemagne, les médecins ne peuvent pas s'installer en zone sur-dotée s'ils veulent être conventionnés par les caisses d'assurance maladie.

Ces différentes mesures mises en place n'ont pas vraiment eu d'impact, pour le moment, sur la démographie médicale.

V. CONCLUSION

La répartition des médecins généralistes sur le territoire français reste un problème majeur dans la politique actuelle.

En effet, alors que le nombre de médecins généralistes en activité régulière est stable depuis plusieurs années, une disparité d'accès aux soins se fait jour dans les communes rurales et les communes éloignées des grands pôles pour la population vieillissante en augmentation de demande de soins.

Les mutations de l'exercice médical (exercice de groupe, remplacement prolongé, diminution du temps de travail) portées par les jeunes générations de médecins pourraient également contribuer aux inégalités territoriales d'accès aux soins de premier recours.

De nombreuses réformes, notamment l'instauration d'aides pour la plupart financières, ont été élaborées depuis quelques années afin d'inciter les futurs médecins à s'installer en zone sous-dotée.

Mais ces mesures incitatives sont encore trop peu connues, moins d'un interne sur deux est informé sur la plupart d'entre elles, alors que celles-ci sont globalement bien appréciées par les étudiants, notamment le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins et l'exonération de l'impôt sur le revenu.

D'ailleurs, on constate que notre questionnaire a été source d'information puisque près de la moitié des interrogés étaient ensuite enclins à souscrire à une de ces aides.

Plusieurs internes interrogés dans notre étude avaient déjà bénéficié d'une aide, que ce soit le Contrat d'Engagement au Service Public ou les indemnités au déplacement. Cependant, ces mesures incitatives n'étaient pas à l'origine du choix d'installation pour la plupart des répondants, elles venaient plutôt faciliter un choix d'exercice futur déjà planifié.

Ces aides à l'installation en zone sous-dotée nécessitent donc une meilleure médiatisation afin qu'elles puissent toucher le plus d'étudiants possible.

Les mesures coercitives proposées par certains politiques ne sont, a priori, pas une bonne solution pour lutter contre la désertification comme le montre les essais réalisés dans d'autres pays.

Il serait plutôt souhaitable de prendre en compte les facteurs déterminants à l'installation des internes de médecine générale afin d'adapter les mesures d'incitation, non obligatoirement financières.

Il serait enfin intéressant de réaliser une étude similaire chez les jeunes médecins installés dans notre région, afin de connaître leur niveau de connaissance des aides après s'être installés et récolter leur avis sur les mesures dont ils ont pu bénéficier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [en ligne]. 2017 [consulté le 06 aout 2017]. Disponible sur:
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
2. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Études et résultats [en ligne]. Mai 2017 [consulté le 15 novembre 2017] ;(2011):6.
Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>
3. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?. Les dossiers de la Dress [en ligne]. Mai 2017 [consulté le 15 novembre 2017] ;(17) :62.
Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>
4. Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012. Études et résultats [en ligne]. Mai 2018 [consulté le 25 juin 2018] ;(1061),4.
Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf
5. Code général des impôts. Article 1465 A [en ligne]. [consulté le 19 juillet 2017].
Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6FD74831476CF67C79AAB75E2BBB9C0A.tplgfr35s_3?idArticle=LEGIARTI000036427011&cidTexte=LEGITEXT000006069577&categorieLien=id&dateTexte=
6. Arrêté du 16 mars 2017 constatant le classement de communes en zone de revitalisation rurale [en ligne]. [consulté le 19 juillet 2017].
Disponible sur: <http://www.agaps.com/scripts/Pj/ZRR2017.pdf>
7. Loi n°96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville [en ligne]. [consulté le 19 juillet 2017].Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000196404>
8. Ministère de la cohésion des Territoires. Atlas des Zones Franches Urbaines (ZFU) [en ligne]. [consulté le 19 juillet 2017]. Mise à jour le premier juillet 2010.
Disponible sur: <https://sig.ville.gouv.fr/atlas/ZFU/>

9. INSTRUCTION N°DGOS/R2/DSS/2012/07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique [en ligne]. [consulté le 21 juillet 2017].
Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/12_07to.pdf
10. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique [en ligne]. [consulté le 19 juillet 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036021089>
11. Haute autorité de santé. Zonage médecine générale [en ligne]. 2018 [consulté le 18 juillet 2018]. Disponible sur: <https://fr.calameo.com/read/004691508a8ec71d2ec89>
12. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. 2017 [consulté le 28 juillet 2017].
Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
13. Arrêté du 16 janvier 2018 fixant le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un contrat d'engagement de service public au titre de l'année universitaire 2017-2018 [en ligne]. JORF n°0015 du 19 janvier 2018 ; texte n°18 .
[consulté le 29 juillet 2018]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/1/16/SSAH1801596A/jo/texte>
14. Code général des collectivités territoriales. Article L1511-8 [en ligne]. [consulté le 02 mars 2018]. Mise à jour le 17 janvier 2018. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070633&idArticle=LEGIARTI000006389501&dateTexte=&categorieLien=cid>
15. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [en ligne]. JORF n°0248 du 23 octobre 2016 ; texte n°10 [consulté le 14 février 2018]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/10/20/AFSS1629881A/jo/texte>
16. Code général des impôts. Article 1464 D [en ligne]. [consulté le 19 juillet 2017].
Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022334456&cidTexte=LEGITEXT000006069577&dateTexte=20100508&oldAction=rechCodeArticle>

17. LOI n° 2011-1978 du 28 décembre 2011 de finances rectificative pour 2011. Article 18. Code général des impôts [en ligne]. JORF n°0301 du 29 décembre 2011 ; page 22510, texte n° 2 [consulté le 20 juillet 2017]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2011/12/28/BCRX1130599L/jo/texte>
18. Code général des impôts. Article 151 Ter [en ligne]. [consulté le 20 juillet 2017]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021940701&cidTexte=LEGITEXT000006069577&dateTexte=20100226&oldAction=rechCodeArticle>
19. Décret n° 2013-736 du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale [en ligne]. JORF n°0189 du 15 août 2013 ; page 13969, texte n°8 [consulté le 10 octobre 2017]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2013/8/14/AFSH1317205D/jo/texte>
20. Arrêté du 26 octobre 2015 relatif au contrat type relatif au contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 1435-9-20 du code de la santé publique [en ligne]. [consulté le 16 janvier 2018]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031388942>
21. Arrêté du 3 mai 2017 relatif au contrat type de praticien territorial médical de remplacement pris en application de l'article R. 1435-9-51 du code de la santé publique [en ligne]. JORF n°0106 du 5 mai 2017 ; texte n°61 [consulté le 16 janvier 2018]. Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/5/3/AFSS1713003A/jo/texte>
22. Loi N° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises. Article 18 [en ligne]. [consulté le 20 juillet 2017]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006522462&cidTexte=LEGITEXT000006052103&dateTexte=20101029>
23. JARDE A. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale hauts-normands [en ligne]. Thèse de médecine. Faculté mixte de médecine et pharmacie de Rouen;2013, 74p. [consulté le 3 juillet 2017]. Disponible sur :
https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/960418/filename/JARDEL_ANAIS_secur.pdf
24. BRABANT B. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées. Thèse de médecine. Université Paris VII;2013, 133p.

25. CONCASTIE G. Evaluation des aides incitatives publiques à la réalisation de stage d'internant de médecine générale en zone fragile [en ligne]. Thèse médecine. Faculté de médecine de Nancy;2017, 137p. [consulté le 3 juillet 2017]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2017_CONCASTIE_GAEL.pdf
26. GRASSAUD M-H. Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement de service public [en ligne]. Thèse médecine. Université Toulouse III- Paul SABATIER;2013, 38p. [consulté le 28 juillet 2017]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/179/1/2013TOU31075.pdf>
27. ISNAR-IMG. Aides à l'installation, Guide pratique à l'usage des Administrateurs de l'ISNAR-IMG [en ligne]. Avril 2013 [consulté le 17 juillet 2017]. Mise à jour en janvier 2017. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/aides-installation.pdf>
28. Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes. Démographie et Installation [en ligne]. Octobre 2015. [consulté le 10 décembre 2017]. Disponible sur : <http://www.snjmg.org/outils/demographie-et-installation>
29. BRUAUT J. CESP : retour sur l'expérience de cette mesure par entretiens semi-dirigés réalisé auprès de 12 contractants ayant souscrit depuis 2010 en pays de Loire [en ligne]. Thèse médecine. Faculté de Nantes;2017, 56p [consulté le 27 avril 2017]. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/c812ad58-a70c-4566-80ca9c39d677327f>
30. PHELIPOT A. Quelle a été l'influence du « Contrat d'Engagement de Service Public » sur le choix de l'activité professionnelle de ses signataires [en ligne]. Thèse de médecine. Université de Rennes;2017, 65p [consulté le 25 avril 2017]. Disponible sur : <https://ecm.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/a63753c9-c504-4c03-83d7-a5e83ec96904?inline>
31. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation [en ligne]. JORF n°0276 du 27 novembre 2016 ; texte n° 3 [consulté le 16 avril 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/MENS1620996D/jo/>
32. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens [en ligne]. Mars 2015. [consulté le 8 mai 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_en_France_et_dans_5_pays_europeens.pdf

Annexe 1. Questionnaire électronique.

Etude sur l'attractivité des mesures incitatives à l'installation

Bonjour;

Merci de m'accorder quelques minutes de votre temps pour répondre à mon questionnaire de thèse sur les connaissances et l'attractivité des mesures incitatives à l'installation chez les internes de médecine générale de la faculté d'Amiens.

En effet, différentes mesures ont été mises en place ces dernières années afin d'inciter les jeunes médecins à s'installer en zone sous dotée, mais peu d'études ont été réalisées afin d'évaluer l'efficacité de celles-ci. Ces mesures sont-elles réellement attractives?

1. Quel est votre sexe?

1. Une seule réponse possible.

- ☐ Masculin
☐ Féminin

2. En quelle année d'étude êtes-vous?

2. Une seule réponse possible.

- ☐ première année d'internat
☐ deuxième année d'internat
☐ troisième année d'internat

3. Quelle est votre situation familiale?

3. Une seule réponse possible par ligne.

	sans enfant	avec enfant(s)
célibataire	☐	☐
en couple	☐	☐

4. Quel est votre projet professionnel?

4. Une seule réponse possible par ligne.

	en zone rurale	en zone semi-rurale	en zone urbaine
installation libérale	☐	☐	☐
remplacement à long terme	☐	☐	☐
activité salariée	☐	☐	☐
autre	☐	☐	☐

5. Évaluation des différentes aides incitatives à l'installation

A. Avez-vous connaissance du contrat d'engagement service public (CESP)?

Bourse contractuelle de 1200 euros disponible à partir de la deuxième année de médecine en contrepartie d'une installation en zone fragile d'une durée équivalente aux années d'obtention de cette bourse.

5. Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, tout à fait
☐ Oui, mais partiellement
☐ Non

6. Évaluez cette mesure.

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas du tout intéressant
☐ plutôt pas intéressant
☐ plutôt intéressant
☐ tout à fait intéressant

B. Avez-vous connaissance des indemnités au logement et au déplacement pour les étudiants en troisième cycle réalisant un

stage en zone sous dotée par les collectivités territoriales?

Les collectivités territoriales peuvent accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de troisième cycle de Médecine Générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones définies par la loi de financement de la Sécurité Sociale, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Un décret détermine le montant maximal et les modalités d'attribution de ces indemnités.

7. Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Oui, mais partiellement
- ☐ Non

8. Évaluez cette mesure.

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas du tout intéressant
- ☐ plutôt pas intéressant
- ☐ plutôt intéressant
- ☐ tout à fait intéressant

C. Avez-vous connaissance des bourses d'études des collectivités territoriales pour les étudiants en troisième cycle réalisant leur stage ou voulant s'installer en zone déficitaire ?

Une indemnité d'étude et de projet professionnel peut être attribuée par les collectivités territoriales et leurs groupements à tout étudiant titulaire du concours de médecine, inscrit en faculté de médecine s'il s'engage à exercer en tant que médecin généraliste au moins cinq années dans l'une des zones déficitaires. Pour bénéficier de cette aide, l'étudiant signe un contrat avec la collectivité qui attribue l'aide. Cette bourse n'est proposée que par certaines régions. Les conditions générales d'attribution de l'indemnité et son montant maximal sont déterminés par décret.

9. Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Oui, mais partiellement
- ☐ Non

10. Évaluez cette mesure.

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas du tout intéressant
- ☐ plutôt pas intéressant
- ☐ plutôt intéressant
- ☐ tout à fait intéressant

D. Avez-vous connaissance du contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)?

Aide forfaitaire de 50 000€ versée en 2 fois : 50 % à l'installation et 50 % après 1 an pour les médecins s'installant en groupe en zone sous dotée et participant au dispositif de permanence des soins ambulatoires sur le territoire pendant 5 ans.

11. Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Oui, mais partiellement
- ☐ Non

12. Évaluez cette mesure.

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas du tout intéressant
- ☐ plutôt pas intéressant
- ☐ plutôt intéressant
- ☐ tout à fait intéressant

E. Avez-vous connaissance de l'existence des aides financières des collectivités territoriales pour les médecins installés ou voulant s'installer en zone fragile.

Les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones dans lesquelles est constaté un

déficit en matière d'offre de soins.
Des conventions sont passées entre les collectivités qui attribuent l'aide, les organismes d'Assurance Maladie et les professionnels de santé intéressés.

13. *Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui, tout à fait
☐ Oui, mais partiellement
☐ Non

14. **Evaluez cette mesure.**

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas du tout intéressant
☐ plutôt pas intéressant
☐ plutôt intéressant
☐ tout à fait intéressant

F. Avez-vous connaissance de l'exonération de la cotisation foncière des entreprises pour les médecins exerçant en groupe dans une ville de moins de 2000 habitants pendant 2 à 5 ans.

La cotisation foncière des entreprises est un impôt relatif au droit d'exercer une activité libérale. Elle se calcule par rapport à la valeur locative des biens professionnels. Sa valeur est comprise entre 200 et 2000 euros, une fois par an.

15. *Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui, tout à fait
☐ Oui, mais partiellement
☐ Non

16. **Evaluez cette mesure.**

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas du tout intéressant
☐ plutôt pas intéressant
☐ plutôt intéressant
☐ tout à fait intéressant

G. Avez-vous connaissance de l'exonération de l'impôt sur le revenu lors d'une installation en zone de revitalisation rurale ou en zone franche urbaine?

Les médecins exerçant une activité nouvelle en zone fragile ou déficitaire peuvent être dispensés de payer des impôts sur les revenus pendant 2 ans. Leurs revenus seront ensuite imposés progressivement jusqu'à la cinquième année d'activité.
Les médecins bénéficieront également d'une exonération de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours par an pour la permanence des soins ambulatoires.

17. *Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui, tout à fait
☐ Oui, mais partiellement
☐ Non

18. **Evaluez cette mesure.**

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas du tout intéressant
☐ plutôt pas intéressant
☐ plutôt intéressant
☐ tout à fait intéressant

H. Avez-vous connaissance de l'existence des contrats de "praticiens territoriaux de médecine générale" (PTMG)?

Le médecin se verra verser un complément de rémunération s'il n'atteint pas 6900 euros brut par mois et bénéficiera également de protections sociales avantageuses pendant les deux ans suivant son installation

19. Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, tout à fait
☐ Oui, mais partiellement
☐ Non

20. Évaluez cette mesure.

Une seule réponse possible.

- ☐ Pas du tout intéressant
☐ plutôt pas intéressant
☐ plutôt intéressant
☐ tout à fait intéressant

6. A quelle période de votre scolarité avez-vous eu connaissance d'une ou plusieurs de ces mesures?

21. Une seule réponse possible.

- ☐ avant l'externat: de la première à la troisième année de médecine
☐ pendant l'externat: de la quatrième à la sixième année de médecine
☐ pendant l'internat: de la septième à la neuvième année de médecine

7. Bénéficiez-vous d'une ou plusieurs de ces mesures?

22. Une seule réponse possible.

- ☐ oui
☐ non

23. Si oui, laquelle ou lesquelles?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ A
☐ B
☐ C

24. Si oui, à partir de quand en avez-vous bénéficié?

Une seule réponse possible.

- ☐ avant l'externat: de la première à la troisième année de médecine
☐ pendant l'externat: de la quatrième à la sixième année de médecine
☐ pendant l'internat: de la septième à la neuvième année de médecine

8. Que vous bénéficiez d'une mesure ou non actuellement, pensez-vous en demander une par la suite?

25. Une seule réponse possible.

- ☐ oui
☐ non
☐ ne sait pas

26. Si oui, laquelle ou lesquelles?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ A
☐ B
☐ C
☐ D
☐ E
☐ F
☐ G
☐ H

27. Si oui, ces mesures sont-elles à l'origine du choix de vous installer en zone sous dotée?

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
☐ non

9. Quelle mesure est selon vous la meilleure?

28. Une seule réponse possible.

- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C
- ☐ D
- ☐ E
- ☐ F
- ☐ G
- ☐ H

29. Pour quelle raison?

10. Quelle mesure est selon vous la plus mauvaise?

30. Une seule réponse possible.

- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C
- ☐ D
- ☐ E
- ☐ F
- ☐ G
- ☐ H

31. Pour quelle raison?

Fourni par
 Google Forms

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La lutte contre l'inégalité de répartition des médecins sur le territoire est un enjeu majeur pour le gouvernement depuis plusieurs années. De nombreuses aides ont déjà été mises en place afin de pallier ces inégalités.

Mon travail a consisté à étudier ces mesures incitatives à l'installation en zone sous-dotée par une étude observationnelle transversale dont l'objectif principal était d'évaluer les connaissances des internes de médecine générale d'Amiens sur ces aides. L'objectif secondaire était d'apprécier l'attractivité de celles-ci.

METHODE : Une étude quantitative a été réalisée sur l'ensemble des internes de la faculté d'Amiens de la promotion 2017/2018 par le biais d'un questionnaire informatique.

RESULTATS : Au total, cent onze internes ont répondu de novembre 2017 à février 2018. Les aides financières pour les étudiants en médecine étaient connues par 59.1% des internes, la plus connue étant le CESP avec 97.3% des répondants. En revanche, seul 36.9% des internes étaient informés sur les aides à l'installation et au maintien de l'activité. Ces mesures étaient pourtant fortement appréciées par les différentes promotions d'internes. La meilleure mesure selon les internes amiénois était le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins. Les mesures incitatives n'avaient pas influencé le choix d'installation pour 81.1% des répondants bénéficiant ou souhaitant bénéficier d'une aide.

DISCUSSION : Cette étude a montré que les internes de médecine générale d'Amiens étaient peu informés vis-à-vis des mesures incitatives à l'installation, alors qu'ils avaient un avis favorable sur celles-ci. Après avoir pris connaissance des aides via le questionnaire, ils étaient intéressés pour en bénéficier lors de leur future installation. Les mesures nécessitant le moins d'engagement suscitaient le plus d'intérêt. Il a été retrouvé un effet d'aubaine lié à ces mesures pour ces internes ayant déjà prévu au préalable de s'installer en zone sous-dotée.

CONCLUSION : Ces mesures incitatives paraissent encore méconnues mais attractives pour les internes de médecine générale. Un renforcement de la communication sur ces aides est à poursuivre pour les années à venir. Bien qu'insuffisantes pour corriger les inégalités de répartition des médecins généralistes sur le territoire français, elles permettent d'améliorer les conditions d'exercice professionnel des bénéficiaires et d'accélérer leur installation.

MOTS CLES : étude quantitative, démographie médicale, mesures incitatives, installation, médecine générale, zones sous-dotée.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The fight against unequal distribution of physicians in the territory has been a major challenge for the government for several years. Many aids have already been put in place to offset these inequalities.

My work consisted in studying these incentives for the installation in the under-equipped zone by a transversal observational study whose main objective was to evaluate the knowledge of the interns of general medicine of Amiens on this aid. The secondary objective was to appreciate the attractiveness of these.

METHOD: A quantitative study was carried out on all the interns of the faculty of Amiens of the promotion 2017/2018 by means of a computer questionnaire.

RESULTS: A total of one hundred and eleven interns responded from November 2017 to February 2018. Financial assistance for medical students was known by 59.1% of interns, the best known being the CESP with 97.3% of respondents. On the other hand, only 36.9% of the interns were informed about the aid for the installation and the maintenance of the activity. These measures were however highly appreciated by the various promotions of interns. The best measure according to interns Amiens was the Contract of Assistance to the Installation of Doctors. Incentives did not affect the choice of facility for 81.1% of respondents benefiting from or wishing to receive assistance.

DISCUSSION: This study showed that Amiens general medical interns were poorly informed about the incentives to install, while they had a favorable opinion on them. After reading the helpers via the questionnaire, they were interested to benefit from it during their future installation. Measures requiring the least commitment attracted the most interest. It has been found a windfall effect related to these measures for those interns who have already planned in advance to settle in sub-endowed area.

CONCLUSION: These incentives seem still unrecognized but attractive for the interns of general medicine. A reinforcement of the communication on these aids is to continue for the years to come. Although insufficient to correct inequalities in the distribution of general practitioners in France, they improve the professional practice of beneficiaries and accelerate their installation.

KEY WORDS : quantitative study, medical demography, incentives, installation, general medicine, under-equipped areas.