Évaluation par les médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne de l'impact des mesures incitatives et initiatives locales sur leur lieu d'installation

Victor Cantiran

▶ **To cite this version:**

Victor Cantiran. Évaluation par les médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne de l'impact des mesures incitatives et initiatives locales sur leur lieu d'installation. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02459345

HAL Id: dumas-02459345

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02459345

Submitted on 29 Jan 2020

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.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019 Thèse N°5

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 24/01/2019

Par M. CANTIRAN Victor

Né le 24/12/1990 à Marmande

Evaluation par les médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne de l'impact des mesures incitatives et initiatives locales sur leur lieu d'installation.

Composition du jury

Président du Jury :

Monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe

Rapporteur :

Monsieur le Docteur MAGOT Laurent

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur SALAMON Roger

Madame la Docteure JEANSON Françoise

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur BLANC Benoît

Remerciements

Au président du jury :

Monsieur le Professeur JOSEPH Jean-Philippe,

Professeur des universités en médecine générale, Bordeaux

Directeur et coordonnateur du Diplôme d'Etude Spécialisée en médecine générale,

Pour nous avoir fait l'honneur d'être le président de jury de notre thèse, ainsi que d'avoir accepté la réalisation de mon SASPAS dans le cadre d'un projet professionnel.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur SALAMON Roger,

Professeur émérite des universités en Santé Publique, Bordeaux

Directeur honoraire de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de développement (ISPED)

Pour avoir accepté d'être membre du jury, pour nous avoir reçu dans votre bureau, nous avoir prodigué vos conseils, nous avoir aidé lors de la réalisation des statistiques.

Recevez l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Docteur MAGOT Laurent,

Professeur associé de médecine générale à l'Université de Bordeaux.

Médecin généraliste à Lons (64140),

Pour avoir accepté d'être juge et rapporteur de la thèse et pour tous vos précieux conseils.

Recevez l'expression de notre sincère gratitude.

Madame la Docteure JEANSON Françoise,

Conseillère Régionale déléguée à la santé et à la silver économie, présidente de la commission santé, formations sanitaires et sociales, de Régions de France,

Pour avoir accepté d'être membre du jury.

Recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A mon directeur de thèse :

Monsieur le Docteur BLANC Benoît,

Médecin généraliste à Bergerac, vice-président du conseil territorial de santé de la Dordogne, vice-président du pôle de santé de Bergerac,

Pour avoir été présent tout au long de ce travail, pour vos conseils avisés, votre expertise dans le domaine, ainsi que votre disponibilité.

Recevez l'expression de ma profonde gratitude.

A tous ceux qui m'ont aidé au cours de cette thèse :

Au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Dordogne, merci pour votre accueil chaleureux lors de mes nombreux passages, pour la mise à disposition du logiciel Sphinx® ainsi que de la base de données nécessaire à ce travail.

À la CPAM et à l'ARS, pour l'envoi rapide d'informations et de conseils, qui m'ont permis de développer l'idée de ce travail.

À Mme AÏOUAZ Soraya et M. GRIFFIER Thomas, merci pour vos précieux conseils méthodologiques et vos calculs statistiques, ainsi que votre disponibilité et votre gentillesse.

Merci à **tous les médecins qui ont répondu aux questionnaires**, sans qui ce travail n'existerait pas.

À mes maîtres de stage de médecine ambulatoire :

Monsieur le Docteur HERVE DE BEAULIEU Éric, vous m'avez touché par votre écoute et votre disponibilité.

Monsieur de Docteur GODART Alain, vous m'avez démontré en quoi la médecine générale est un art complexe et riche.

Madame la Docteure GAYET SOULIES Véronique, vous m'avez appris l'abnégation et le dévouement que nécessite ce travail.

Madame la Docteure JARRY Marie Anne, vous m'avez fait connaitre les subtilités du monde pédiatrique.

Monsieur le Docteur BERNIS Christophe, pour m'avoir conforté et appuyé concernant la réalisation de mon projet d'installation.

A ma famille :

Ma mère, pour ton soutien, ton amour, ta disponibilité. Tu m'as poussé à m'élever tout en gardant les pieds sur terre. Toujours là jusqu'à la relecture de mes travaux.

Mon père, pour tes leçons de vie, ton travail acharné, tu m'as transmis la force de réaliser mes rêves.

Mon frère, pour ton humour, ton « bon sens », nos débats, tu m'apportes une vision différente de la vie, une forme de liberté.

À tout le reste de ma famille, merci de votre présence, de votre amour, de vos valeurs, elles font de moi ce que je suis.

À Emilie, pour ton accompagnement, ton soutien sans failles depuis 8 ans.

Liste des abréviations :

ARS : Agence régionale de Santé

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins dans les zones sous dotées

COTRAM : Contrat de Transposition pour les Médecins

COSCOM : Contrat de Stabilisation et de Coordination Médecin

CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

CESP : Contrat d'Engagement du Service Public

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

PAPS : Plateforme d'Accompagnement des Professionnels de Santé

DU : Diplôme Universitaire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études économiques

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

TABLE DES MATIERES

Remerciements 3
Introduction 11
1. Contexte et justification 11
1.1 La démographie médicale en France 11
1.2 La démographie médicale en Dordogne 13
1.3 Les aides à l'installation 16
1.3.1 Les aides d'état 16
1.3.2 Les aides locales 19
1.4 Question de recherche et objectifs 20
2. Méthode 22
2.1 Type d'étude 22
2.2 La population 22
2.2.1 Critères d'inclusion 22
2.2.2 Critères d'exclusion 23
2.3 Déclaration à la CNIL 23
2.4 Le questionnaire 23
2.5 Le déroulement de l'étude 24
2.6 Analyse statistiques 25
3. Résultats 27
3.1 Déroulement de l'étude 27
3.2 Description de la population des participants 28
3.2.1 Âge et Sexe 28
3.2.2 Situation familiale 29
3.2.3 Formation 30
3.2.4 Mode d'exercice professionnel 34
3.3 Perception des aides 37
3.3.1 Perception des mesures incitatives 37
3.3.2 Perception des stages 39
3.4 Analyse des sous-populations 40
3.4.1 Médecins formés en France ou à l'Etranger 40
3.4.2 Médecins homme et médecins femme 40
3.4.3 Médecins ayant réellement bénéficié d'un stage en Dordogne 40
3.5 Comparatif répondeurs/non répondeurs 41

4. Discussion 43
4.1 Discussion de la méthode 43
4.1.1 Le choix d'une enquête d'opinion 43
4.1.2 Le déroulement de l'enquête 43
4.1.3 Les points forts de l'étude 43
4.1.4 Les points faibles de l'étude 44
4.1.5 Les biais 45
4.2 La population 45
4.3 La discussion des résultats 47
4.3.1 Le fort impact du stage d'internat 47
4.3.2 Les aides associatives et initiatives locales 47
4.3.3 Les aides au stage de 3ème cycle 48
4.3.4 Le faible impact des aides financières 48
4.4 Les perspectives 49
5. Conclusion 51
6. Bibliographie 54
7. Annexes 57
8. Serment médical 71
9. Résumé 72

Introduction

1. Contexte et justification

1.1 La démographie médicale en France

Alors que le nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, toutes spécialités, en France a progressé de 13% entre 2010 et 2018 (292 746 vs 258 206), le nombre de généraliste a progressé de 30% sur la même période (138 548 vs 106 297) (1).

Cependant, environ 20% des inscrits sont des retraités.

Dans la réalité, il y avait 197 859 médecins inscrits et en activité régulière au 01/01/2017, soit une baisse de 0.5% des effectifs. Quant aux médecins généralistes, ils n'étaient plus que 88 137 en activité à la même période contre 97 012 en 2007, soit une baisse de 9.1%, avec une poursuite de cette baisse prévue jusqu'en 2025 pour un nombre attendu à 79 262 (2).

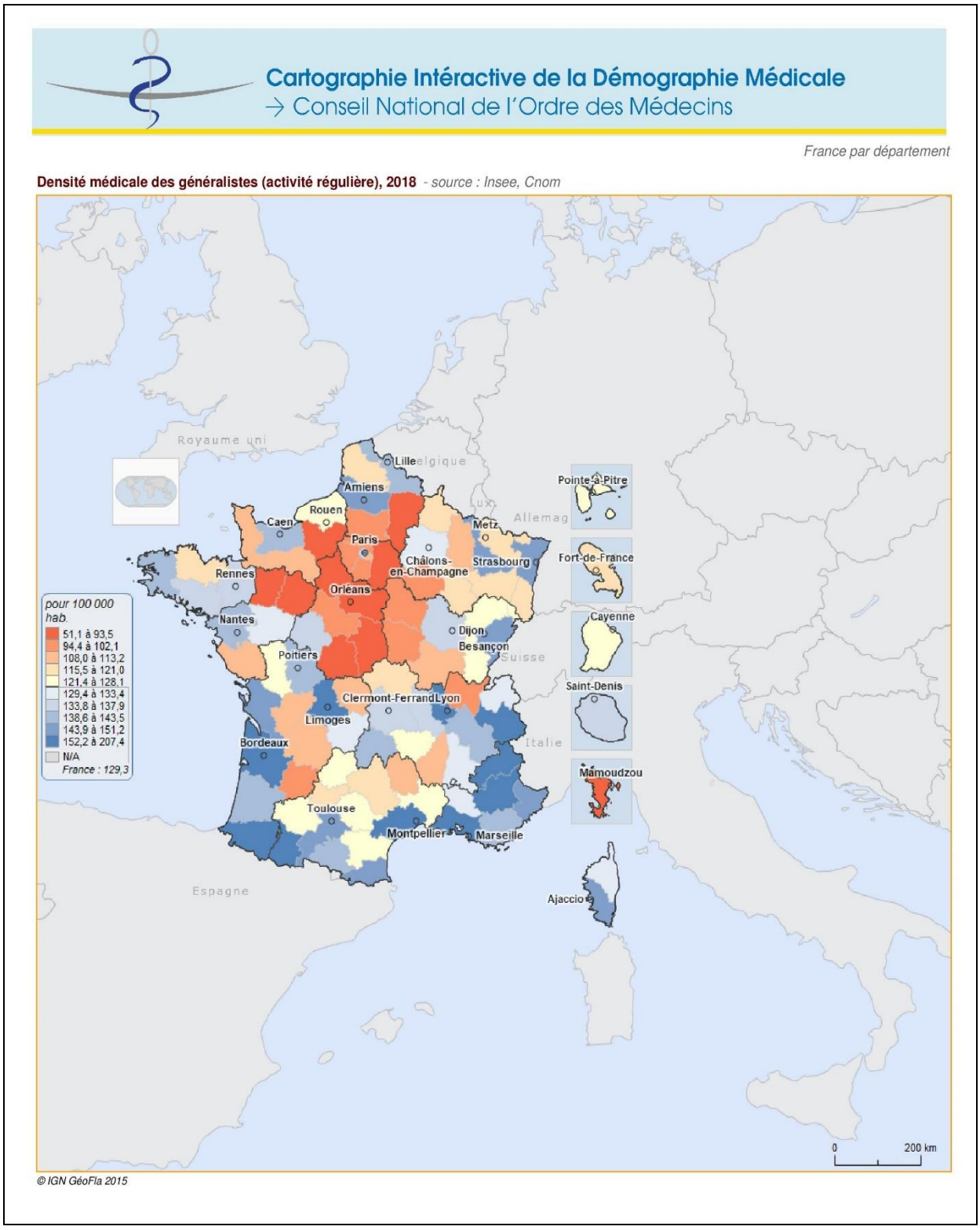


Figure 1 : Densité médicale des médecins généralistes en activité régulière par 100 000 habitants (1).

Nous entendons de plus en plus souvent parler de déserts médicaux, de zones sous dotées, de difficultés d'accès aux soins. Ces problématiques deviennent une source d'inquiétude pour la population française, donc un enjeu politique.

Ces déserts médicaux sont le résultat de trois causes principales :

- Tout d'abord une baisse du nombre de médecins généralistes en activité (3).
- Une mauvaise répartition des médecins sur le territoire (3).
- Enfin une baisse de l'activité de soins des nouveaux médecins comparativement à leurs aînés, du fait d'un changement de mode de vie (partage des tâches, travail du conjoint, féminisation de la profession) (2).

De plus, la population française vieillit et consomme de plus en plus de soins (2).

Pour pallier ce manque de médecins, le numerus clausus a été augmenté à partir de la fin des années 90, mais son effet sur la démographie médicale mettra du temps à inverser la tendance actuelle (4).

Il a donc été créé au fil des ans différentes mesures incitatives visant à lutter contre la fracture territoriale en matière d'accès aux soins, par le biais d'aides financières, administratives, ou autres dont le coût exact n'est pas connu (5).

1.2 La démographie médicale en Dordogne

La Dordogne comptait 415 417 habitants en 2015 pour une superficie de 9060 Km², représentant une densité moyenne de 45.9 habitants par Km²(6).

Cela en fait un grand département, 4ème français en superficie, et peu dense (environ 104,6 habitants/Km² au niveau national) (7).

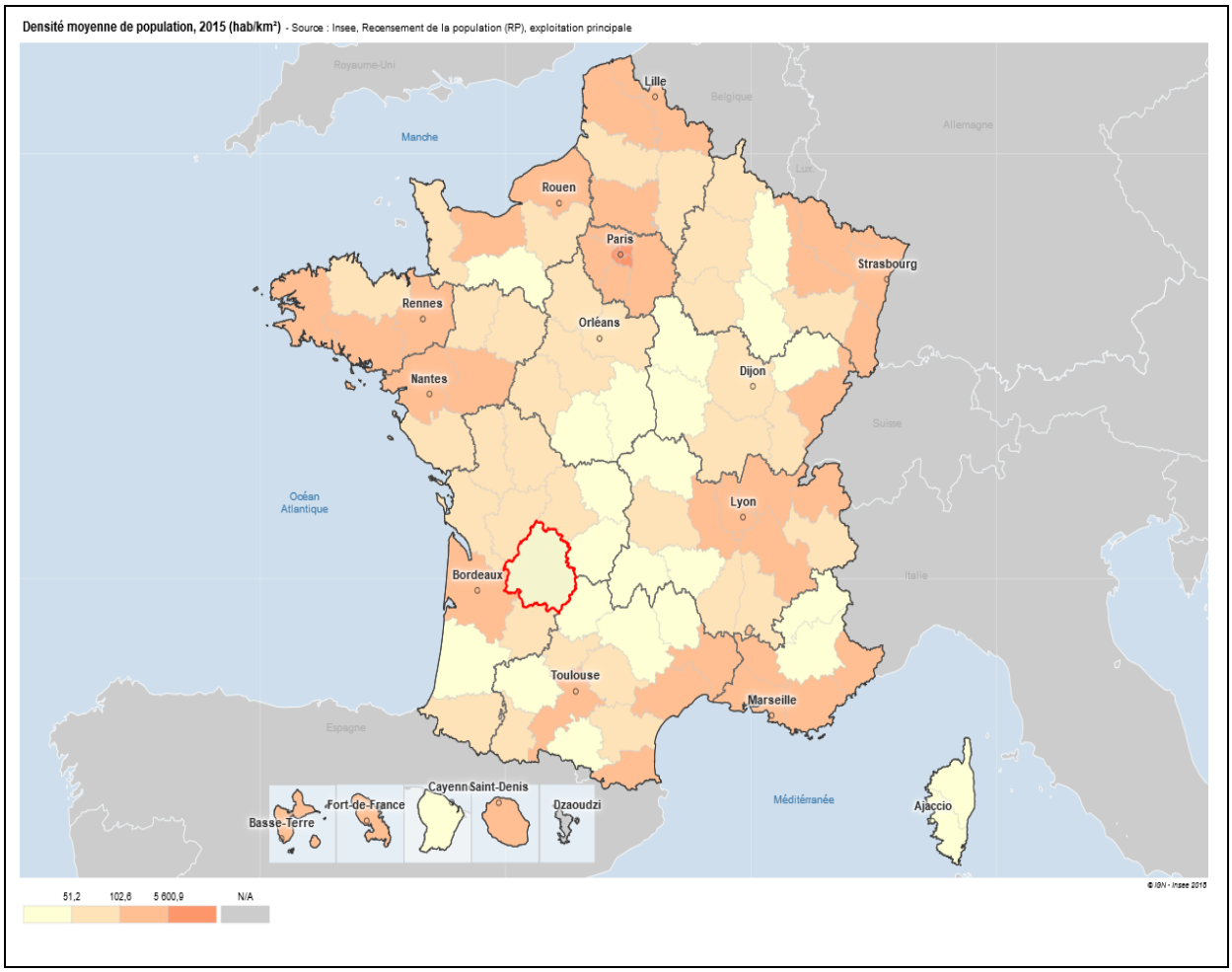


Figure 2 : Densité moyenne de la population française en France métropolitaine en habitants par Kilomètre carré, les frontières de la Dordogne sont en rouge (7).

En Dordogne, début 2018, il y avait 1383 médecins toutes spécialités confondues, dont 822 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre des médecins, et 487 en activités, 326 (67%) en libéral ou mixte et 161 (33%) en salariat (1,2).

Il s'agit d'un département particulièrement sinistré en matière de démographie médicale. A ce titre, le dernier rapport de l'Agence Régionale de santé (ARS) se basant sur les chiffres de 2016, retrouve une densité départementale en professionnels de santé (toutes catégories) inférieure à celle de l'ancienne région Aquitaine et de la France métropolitaine (8).

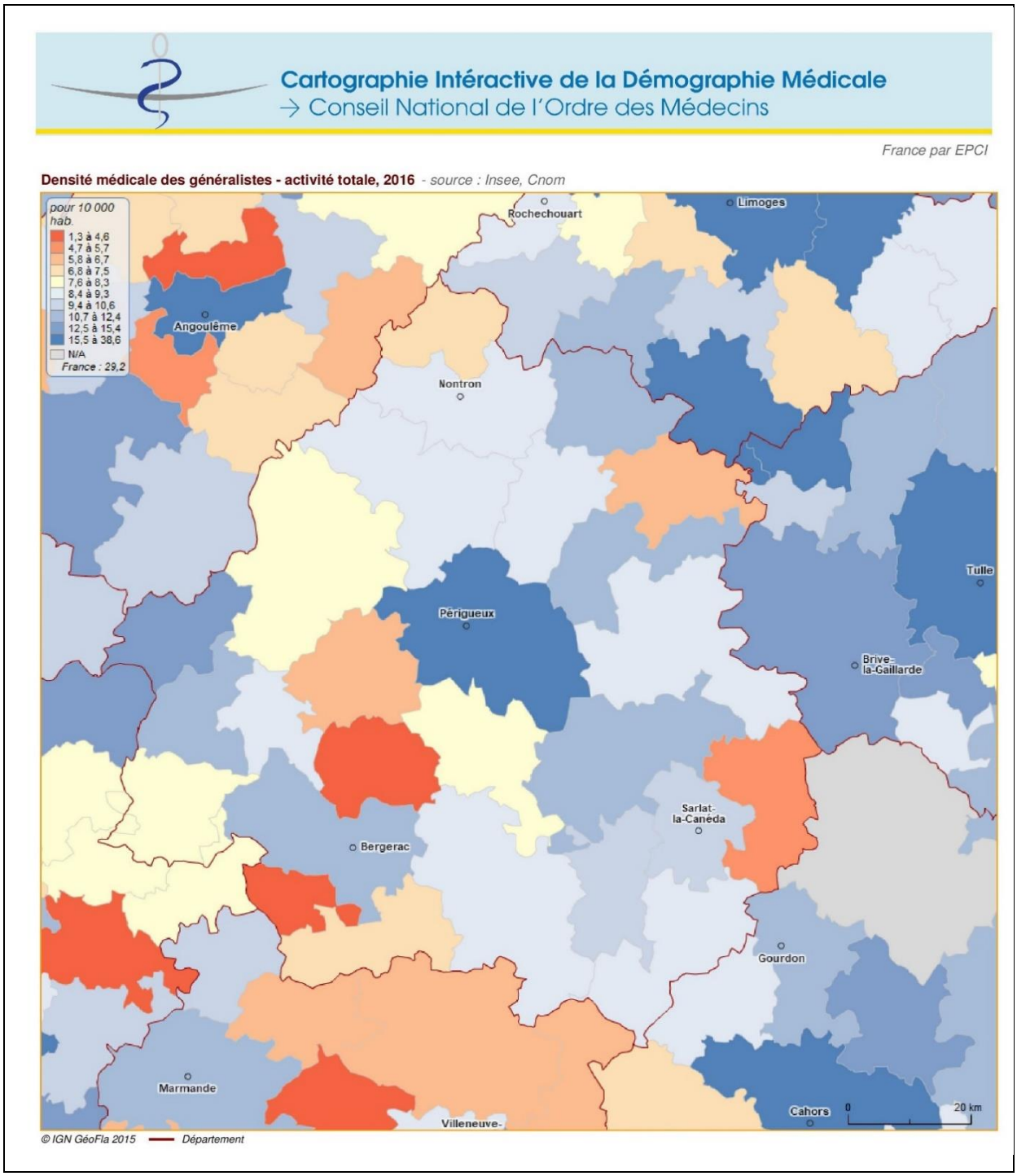


Figure 3 : Densité médicale des médecins généralistes en Dordogne par 10 000 habitants (1).

En regardant la carte de la densité médicale des médecins généralistes en Dordogne on remarque que les médecins se concentrent sur les deux pôles urbains que sont Périgueux et Bergerac. Cette répartition est très hétérogène.

Dans le détail, comparativement au niveau national, les professionnels de santé sont moins nombreux avec 84 médecins généralistes pour 100 000 habitants (94/100 000 au niveau national), et plus âgés, 35% ont plus de 60 ans (32% au niveau national). Le constat est encore plus alarmant pour les autres spécialités (8).

De plus, toujours en comparant au niveau national, la population en Dordogne est plus âgée, 36,3% d'entre elle a plus de 60 ans, 13,7% plus de 75 ans, sachant qu'en France, 25,6% de la population a plus de 60 ans et 9,2% plus de 75 ans. Cette différence démographique engendre une augmentation de la consommation de soins sur le département (6,7).

Au final, la Dordogne est un vaste département, peu dense, dont la population nécessite davantage de soins et dont la densité en médecins généralistes est plus faible que la moyenne nationale avec une perspective négative dans l'évolution de cette densité.

1.3 Les aides à l'installation

1.3.1 Les aides d'état

Il paraît assez logique que diverses aides ou initiatives aient été prises afin d'augmenter l'attractivité de la Dordogne pour les médecins.

Derrière ces mesures incitatives, on retrouve plusieurs acteurs.

Tout d'abord la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) qui au fil du temps a proposé plusieurs aides :

L'Avenant 20, mis en place entre 2007 et 2012, permet la majoration de 20% du chiffre d'affaire lié à l'activité (consultations et visites) du médecin généraliste qui s'installe en groupe ou dans le cadre d'un pôle de santé (on parle maintenant de communauté professionnelle territoriale de santé) dans une zone listée comme déficitaire par l'ARS. Cette aide est soumise à conditions (entre autre de participer à la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux) (9).

L'Option démographie, mise en place entre 2012 et 2016 entraine une aide forfaitaire pour un médecin exerçant en cabinet de groupe ou dans un pôle de santé.

Cinq milles euros à l'investissement (2500€ si en pôle de santé uniquement) et une aide annuelle à l'activité représentant 10% de l'activité consultations et visites réalisées dans la zone fragile, sans dépassement d'honoraires et plafonnée à 20 000€ par an (5% plafonnée à 10 000€ si en pôle de santé uniquement). En contrepartie, le médecin s'engage à réaliser plus des deux tiers de son activité auprès de patients résidant dans la zone fragile (10).

Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins dans les zones sous dotées (CAIM), mis en place à partir de 2016, autorise une aide forfaitaire de 50 000€ pour une activité minimale de 4 jours (proratisée pour un temps de travail inférieur) ainsi qu'une majoration de 2 500€ en cas d'activité libérale à l'hôpital. En échange, le médecin doit exercer 5 ans dans la zone ciblée, doit travailler au moins 2.5 jours par semaine dans la zone, et doit participer à la permanence des soins (11).

Le Contrat de Transposition pour les Médecins (COTRAM), mis en place à partir de 2016, a pour objectif de soutenir et de favoriser le passage de relai entre médecins installés en zone sous-dense et médecin venant s'installer. Peuvent souscrire les médecins de plus de 60 ans, conventionnés, exerçant en zone sous dense et accueillant au sein de son cabinet un médecin libéral conventionné de moins de cinquante ans, s'installant dans la zone. Il s'agit d'un contrat de 3 ans, renouvelable une fois. Il permet une majoration de 10% des honoraires perçus dans ce cadre (dans une limite de 20 000 €) par le médecin senior, pour le secteur 1 (pondération en fonction du nombre d'actes effectués à tarifs opposables pour les autres secteurs). Une modulation régionale est possible (12).

Le Contrat de Stabilisation et de Coordination médecin (COSCOM), mis en place à partir de 2016, autorise le versement d'une aide forfaitaire de 5 000€ par an, avec une majoration de 1 250€ s'il existe une part d'activité à l'hôpital, et 300€ supplémentaire par mois pour l'accueil d'internes. Pour souscrire ce contrat, il faut être installé en zone fragile, exercer une activité libérale conventionnée, être en groupe (médecins ou pluriprofessionnel) ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé. Il faut également s'engager à exercer en groupe pendant 3 ans (11).

Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM), mis en place en 2016, vise des médecins non installés en zone fragile, qui exercent une activité libérale conventionnée, et qui s'engagent à travailler au moins 10 jours dans l'année en zone fragile. En contrepartie, ils perçoivent une aide à l'activité égale à 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans la zone fragile, plafonnée à 20 000€. Il s'y associe une prise en charge des frais de déplacement (11).

Ensuite, le deuxième acteur à avoir instauré des aides et mesures incitatives est l'ARS avec plusieurs dispositifs.

Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG), assure une rémunération mensuelle de 6 900€ pendant 2 ans ou un complément de rémunération si l'activité ne permet pas d'atteindre le plafond de 6 900€ brut. Il entraine également une protection sociale étendue (notamment en cas de congés maternité). Pour en bénéficier, il faut être un jeune médecin et s'installer dans une zone fragile ou de vigilance en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral (13).

Le contrat de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA), améliore la couverture sociale en cas d'arrêt maladie ou de congés maternité ou paternité. Il faut pour cela s'engager à exercer son activité dans un territoire caractérisé comme fragile, appliquer les tarifs opposables, ainsi qu'être installé à partir du 1er janvier 2015 en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral (14).

Les exonérations fiscales pour l'activité de permanence des soins, exonèrent la rémunération liée à l'activité de permanence des soins si cette activité se fait en zone fragile (15).

Le Contrat d'engagement de service public (CESP), qui permet un financement de l'étudiant en 2ème année de médecine ou plus, en lui versant une allocation brute mensuelle de 1 200€ jusqu'à la fin de ses études. En échange, l'étudiant s'engage à exercer au moins 2 ans dans des lieux d'exercices spécifiques et au tarif conventionnel (16).

Les Zones de Revitalisation Rurale (ZRR), zones dans lesquelles une installation pour une nouvelle activité entraine une exonération totale de l'impôt sur le revenu pendant 5 ans, puis 3 ans dégressif. Il peut s'y associer une exonération de la taxe foncière des entreprises, à la discrétion de la commune (16-18)

La Plateforme d'Accompagnements des Professionnels de Santé (PAPS) qui est un service régional dépendant de l'ARS permettant l'attribution d'un référent à l'installation pour orienter et accompagner, notamment lors de l'installation des nouveaux médecins. En pratique, elle est censée permettre de simplifier les démarches administratives à l'installation et d'avoir un référent unique.

Enfin, les stages d'internat ou d'externat en médecine générale semblent avoir un impact sur le choix d'installation dans une zone géographique. Ce ne sont pas vraiment des aides, mais les lieux de stages et leur attribution sont régis par l'ARS et donc par des choix politiques. Ces obligations de stages ont été récemment modifiées dans le cursus de médecine générale et également en 2ème cycle (19).

1.3.2 Les aides locales

Il existe également des initiatives locales pouvant améliorer l'attractivité d'un territoire, leur listing exhaustif étant impossible car elles sont très dispersées, elles ont été regroupées sous différents termes :

- Aides des collectivités locales pour les stages de 3ème cycle qui regroupent essentiellement diverses aides à l'hébergement ou au transport.

- Aides des collectivités locales pour les médecins libéraux qui regroupent des aides au logement, au transport, des accompagnements à l'installation, une cellule d'accueil pour le conjoint, la mise à disposition de moyens humains ou techniques (secrétaire, véhicule, locaux, équipements …).

- Aides associatives, regroupant des associations de professionnels de santé, elles concentrent surtout l'accueil et l'accompagnement des professionnels.

1.4 Question de recherche et objectifs

Comme nous venons de le voir, les moyens mis en œuvre pour favoriser l'installation de médecins généralistes sur le territoire ne se résument pas à des moyens financiers. En effet, les mesures et initiatives prises pour améliorer l'attractivité de la Dordogne peuvent également être portées par des moyens humains (accompagnement local, compagnonnage) ou techniques (structures, secrétariat, matériels…).

Il n'existe à ce jour que peu d'évaluations de l'intérêt des professionnels pour ces aides, de la place de ces aides dans le choix du lieu d'exercice et d'installation futur des médecins libéraux, notamment des généralistes. De plus, les rares travaux existants s'intéressent surtout à l'utilité des aides financières, qui ne sont pas les seules mesures pour améliorer l'attractivité d'un territoire. Les lieux de stages par exemple peuvent influencer le choix d'un lieu d'installation sans utiliser d'aides financières (20).

L'objectif de ce travail est donc de recueillir l'opinion des médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne sur les facteurs incitant à l'installation qui existent ou ont existé sur le territoire.

2. Méthode

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive quantitative transversale réalisée entre le 23/01/2018 et le 25/06/2018 à l'aide d'un questionnaire manuscrit envoyé par courrier, auto-administré, à la population cible.

2.2 La population

2.2.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Être médecin généraliste omnipraticien inscrit au tableau de l'Ordre des médecins de Dordogne.
- S'être installé entre janvier 2007 et décembre 2017 en Dordogne comme médecin généraliste.
- Exercer encore une activité de médecine générale au moment de l'envoi des questionnaires (11/02/2018).

Les données des professionnels de santé nécessaires à l'inclusion ont été récupérées auprès du Conseil du l'Ordre des Médecins de Dordogne, par fichier informatique, avec dans les données recueillies, le nom et prénom des médecins, la date de naissance, l'adresse professionnelle, la date d'installation en Dordogne.

Par la suite, une mise à jour de ces données, notamment au niveau de l'adresse professionnelle a été faite manuellement afin de s'assurer du bon envoi des questionnaires. Celle-ci a été faite par internet via les « Pages jaunes® » ou autres sites spécialisés et si besoin par téléphone afin de confirmer les coordonnées ou l'activité.

2.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions comprenaient :

- Être médecin généraliste inscrits au tableau de l'ordre mais ne plus avoir aucune activité de médecine générale (expertise seule, retraite, régulation seule, acupuncture seule, etc…).
- Avoir arrêté son activité en Dordogne avant l'envoi des questionnaires (retraite, changement de lieu d'exercice hors département, décès…).
- Le refus de participation à l'étude.

2.3 Déclaration à la CNIL

Ce travail de recherche a été déclaré à la CNIL, en date du 05/02/18, via l'Université de Bordeaux.

2.4 Le questionnaire

Les médecins inclus dans l'étude ont reçu un questionnaire papier par envoi postal avec une lettre d'accompagnement explicative et une enveloppe de retour préaffranchie et adressée au domicile du thésard.

La lettre explicative contenait les données personnelles du thésard afin de pouvoir le joindre si besoin par mail ou téléphone. Le questionnaire comprenait 10 pages numérotées, les pages 8 à 10 servant de support explicatifs pour les différentes aides existantes.

Le contenu du questionnaire était inspiré d'un autre travail de thèse du même type (20).

Le questionnaire comprenait différentes parties :

- Données du médecin généraliste comprenant le Nom, prénom, date de naissance, sexe, situation familiale, nombre d'enfants, et s'il existait un lien familial avec la Dordogne.
- Formation comprenant le pays de formation, la faculté d'internat et d'externat (si en France), l'année de soutenance de la thèse, et l'obtention ou non de Diplômes Universitaires (DU).

- Exercice actuel comprenant le secteur (rural, urbain, semi-rural), le cabinet (seul, groupe mono ou pluriprofessionnel), le nombre de médecins dans le cabinet, l'informatisation, le secrétariat.
- Activité regroupant le temps de travail, de repos, le nombre de consultations, de visites, le temps de trajet domicile/travail, un temps salarial s'il y a lieu, la maîtrise de stage, le nombre de semaine de vacances.
- Installation en Dordogne portant sur la date d'installation, le temps de remplacement avant l'installation, les modalités (succession, création…), la location ou l'achat du cabinet, et le statut (titulaire, salarié, collaborateur libéral).
- Aides à l'installation regroupées en plusieurs sous-parties comprenant les aides de la CPAM, les aides nationales et de l'ARS, les aides des collectivités locales, les stages, et l'aide associative.

Pour les aides à l'installation, chaque mesure était associée au même type de réponse possible, débutant par le choix d'une ligne de réponse avec les phrases : « Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencé positivement votre installation ? » ou « Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? », suivie par une réponse par échelle de Lickert : « Pas du tout », « un peu », « moyennement », « fortement ». Le médecin devait cocher la case correspondante à la réponse choisie.

2.5 Le déroulement de l'étude

Les questionnaires ont tous été envoyés par voie postale le 11/02/18.

Plusieurs relances différentes ont été réalisées :

Tout d'abord un appel téléphonique entre la mi-mars et la fin mars afin de s'assurer que le questionnaire avait bien été reçu, et le cas échéant, un renvoi du questionnaire, cette fois-ci par voie électronique ou postale selon la préférence du praticien.

En cas de non réponse une semaine après le premier appel, un nouvel appel téléphonique a été réalisé par le directeur de la thèse.

Puis, selon les réponses, un démarchage physique, en se présentant au cabinet du médecin généraliste.

En cas de refus, aucune nouvelle relance n'a été effectuée.

En cas de questionnaire reçu incomplet, une relance a été réalisé afin de compléter le questionnaire.

2.6 Analyse statistiques

Les données des questionnaires ont été traitées à l'aide des logiciels Excel® et Sphinx®, le deuxième ayant été mis à disposition par le Conseil de l'Ordre des Médecins de Dordogne.

Pour l'analyse des mesures incitatives, les réponses « Pas du tout » et « un peu » chez les médecins ayant bénéficié de l'aide, et ceux n'ayant pas bénéficié de l'aide, ont été regroupées comme une influence nulle de l'aide, et les réponses « moyennement » et « fortement » ont été considérées comme une influence positive. Il a été considéré que les aides ne pouvaient avoir une influence négative sur l'installation.

En analyse bivariée, il a été recherché des éléments du recueil de données entraînant des modifications dans l'influence des mesures. Ces analyses ont été réalisées avec le logiciel Sphinx®.

Nous avons également comparé les principales caractéristiques entre les répondeurs et les non répondeurs en utilisant les données du Conseil de l'Ordre des médecins de Dordogne, à savoir l'âge, le sexe, l'origine des diplômes, et l'année d'installation en Dordogne.

3. Résultats

3.1 Déroulement de l'étude

Au total, 88 médecins ont été inclus sur la base des données fournies par le conseil de l'ordre des médecins de Dordogne.

Après vérification, sept médecins ont été exclus sur les 88 :

- Deux médecins encore inscrits à l'ordre étaient à la retraite.
- Un médecin décédé avant l'envoi des questionnaires.
- Un médecin parti hors du département.
- Trois médecins n'avaient plus aucune activité de médecine générale (régulation, expertise).

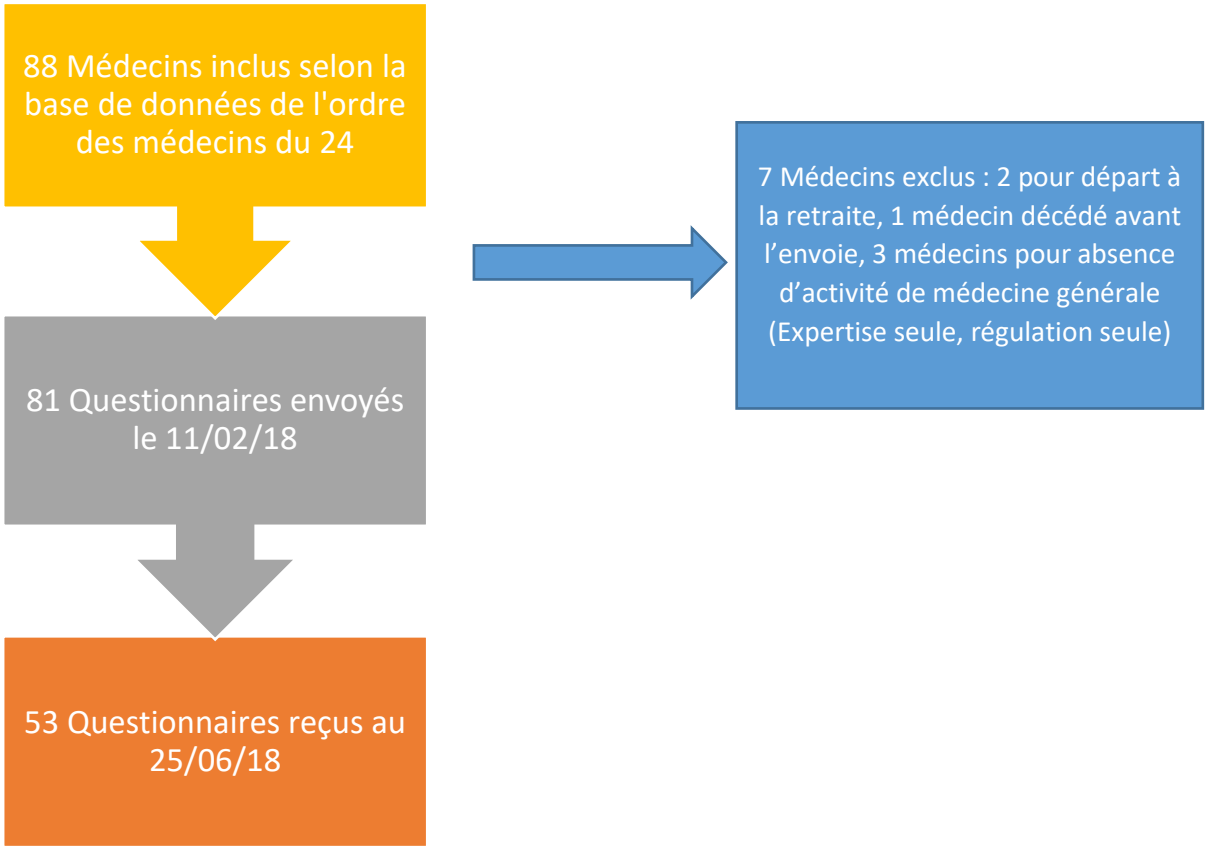


Figure 4 : Diagramme de Flux

3.2 Description de la population des participants

3.2.1 Âge et Sexe

La population était majoritairement féminine (58.5%).

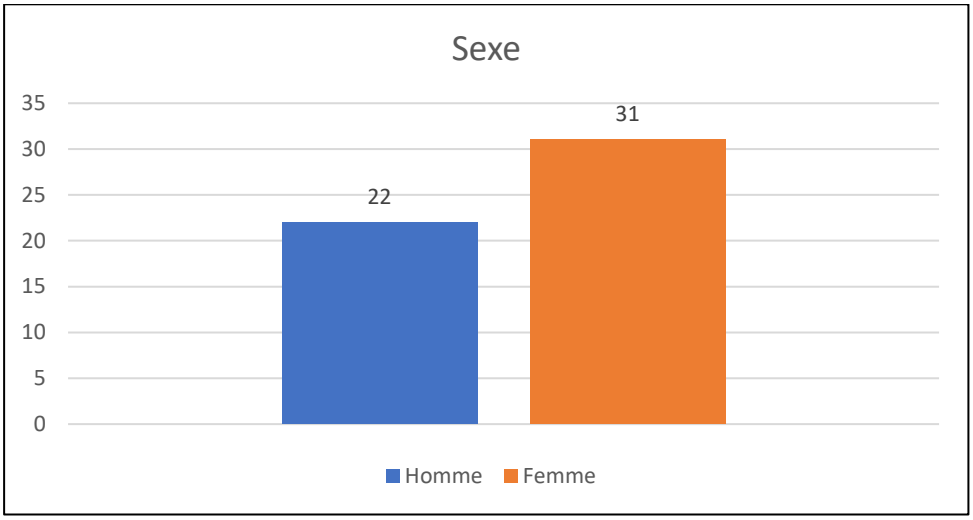


Figure 5 : Répartition des genres

L'âge moyen était de 42,6 ans, avec une médiane à 40 et un écart-type à 9,54.

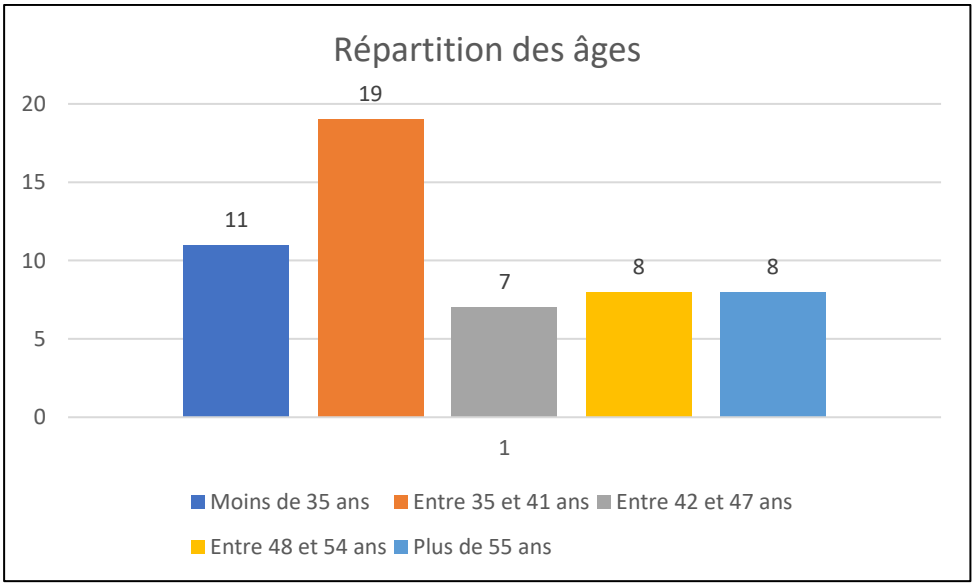


Figure 6 : Répartition des âges

3.2.2 Situation familiale

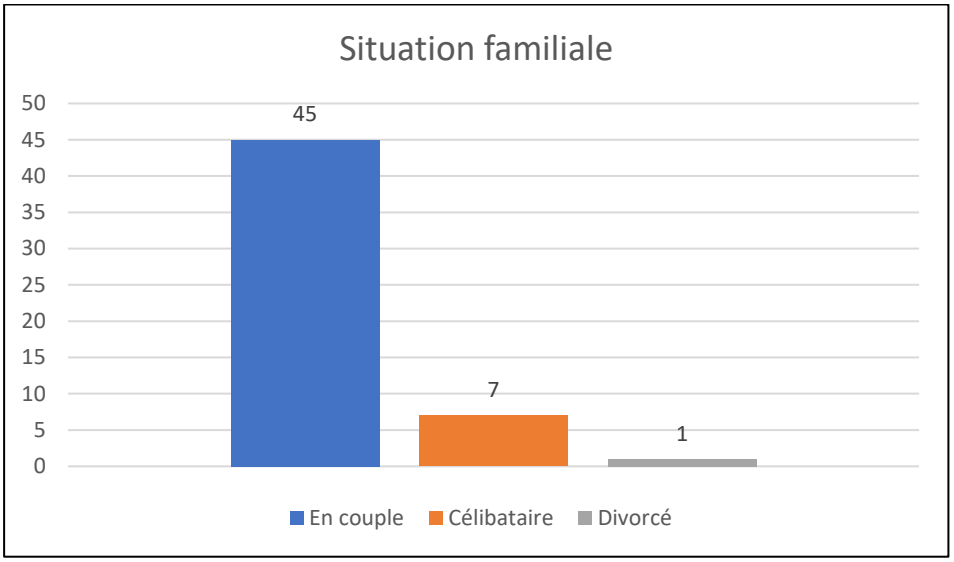


Figure 7 : Situation familiale

Quatre-vingts pour cent des médecins interrogés avaient des enfants, le nombre d'enfants était de 1.6 par médecin en moyenne, avec un écart-type à 1 et une médiane à 2.

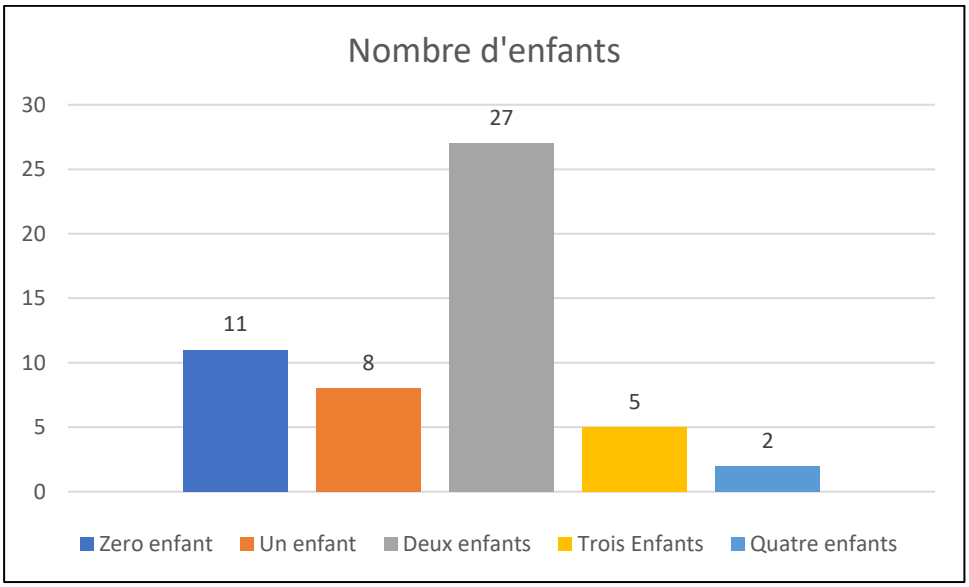


Figure 8 : Nombre d'enfants

Environ un tiers des répondeurs avaient des liens familiaux avec la Dordogne.

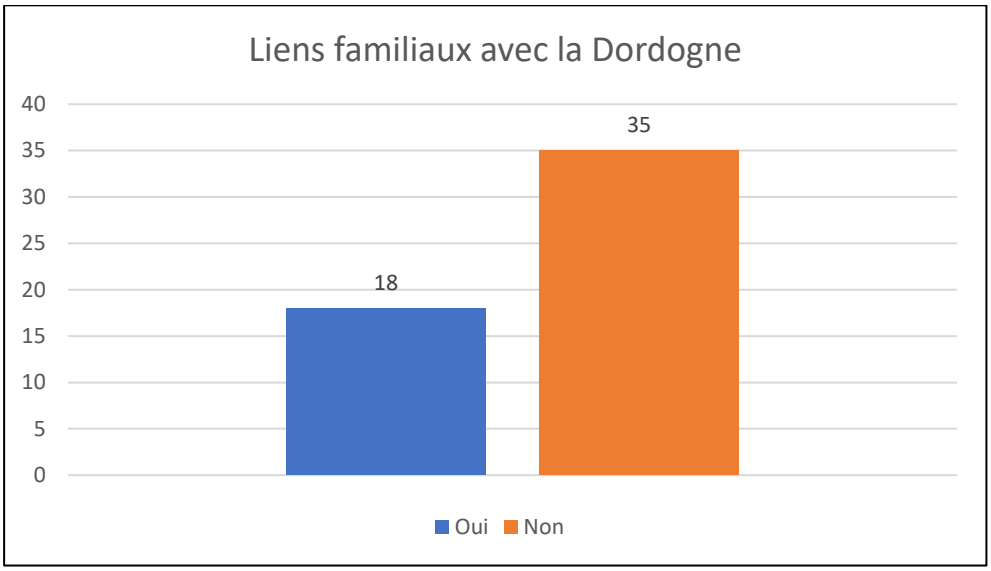


Figure 9 : Liens familiaux avec la Dordogne

3.2.3 Formation

Quatre-vingt-un pour cent des professionnels ont été formé en France. A titre informatif, toutes spécialités confondues, les médecins à diplômes étrangers représentaient 11% des médecins en activité en Dordogne.

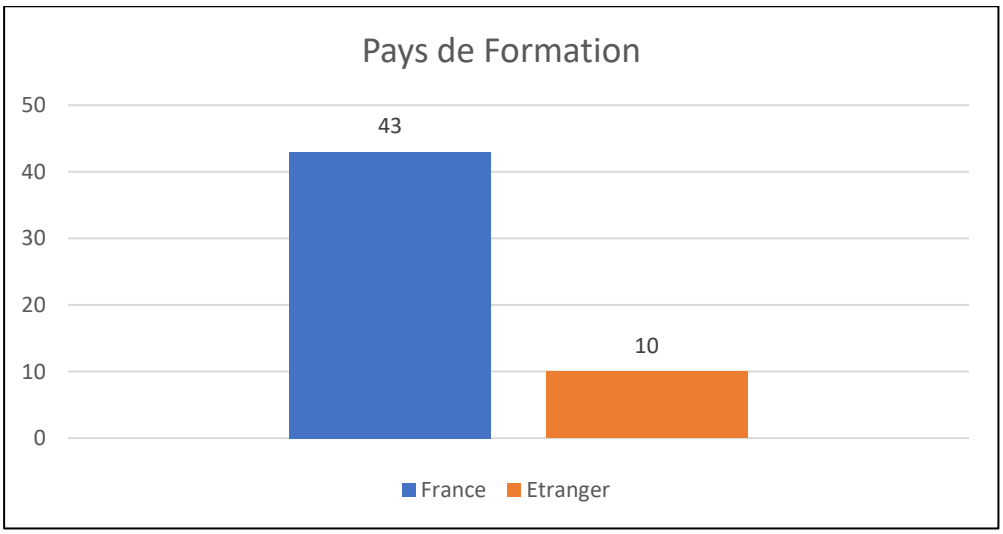


Figure 10 : Pays de formation

Les médecins formés en France et ayant répondu ont étudié en majorité à Bordeaux, et à Limoges.

Tableau I : Faculté d'externat des répondeurs

Faculté d'externat	***Nombre***	***Pourcentage***
Bordeaux	16	45,7
Limoges	6	17,14
Angers	2	5,7
Nantes	2	5,7
Toulouse 3	1	2,8
Lille 2	1	2,8
Poitiers	1	2,8
Lyon 1	1	2,8
Rouen	1	2,8
Paris 5	1	2,8
Clermont Ferrand	1	2,8
Paris 11	1	2,8
Strasbourg	1	2,8
Autres Facultés	0	0
TOTAL	**35**	**100**

Tableau II : Faculté d'internat des répondeurs

Faculté d'internat	*Nombre*	*Pourcentage*
Bordeaux	17	51.5
Limoges	3	9,1
Angers	2	6,1
Nantes	2	6,1
Lyon 1	2	6,1
Poitiers	1	3
Reims	1	3
Paris 5	1	3
Paris 6	1	3
Paris 11	1	3
Rouen	1	3
Clermont Ferrand	1	3
Autres Facultés	0	0
TOTAL	**33**	**100**

L'année d'obtention de la thèse était de 2004 en moyenne (Médiane : 2006 ; Ecart-type 9,93 ; Minimum 1980 ; Maximum 2017) et la moitié avait un Diplôme Inter-Universitaire (50.9%).

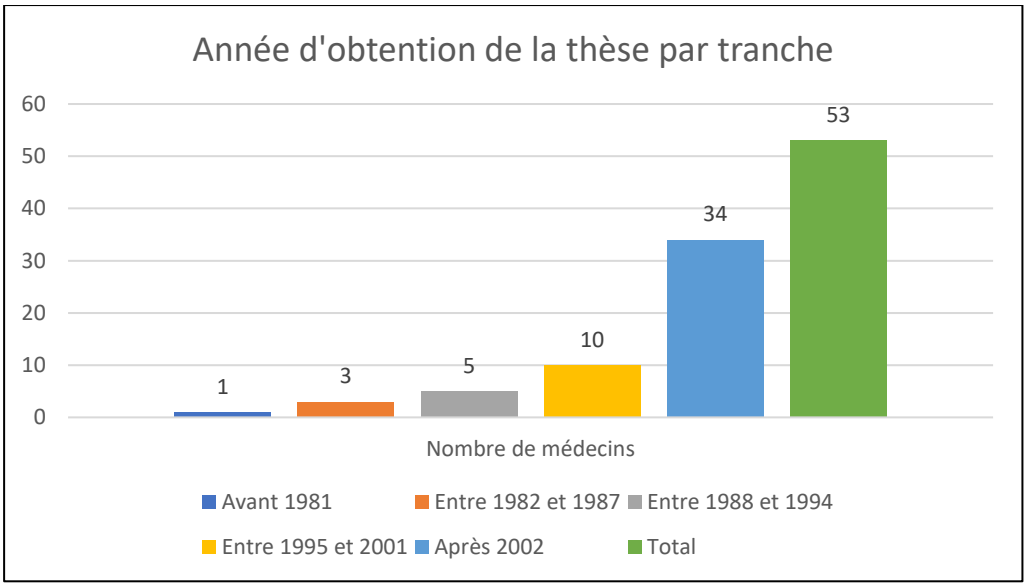


Figure 11 : Année d'obtention de la thèse par tranche

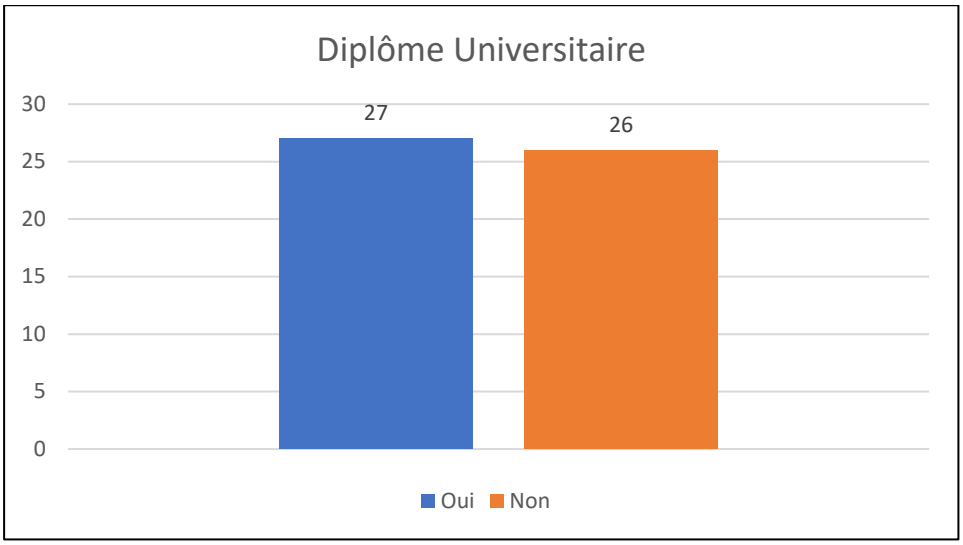


Figure 12 : Détention d'un diplôme Universitaire (DU)

Seulement 15.1% étaient maîtres de stage.

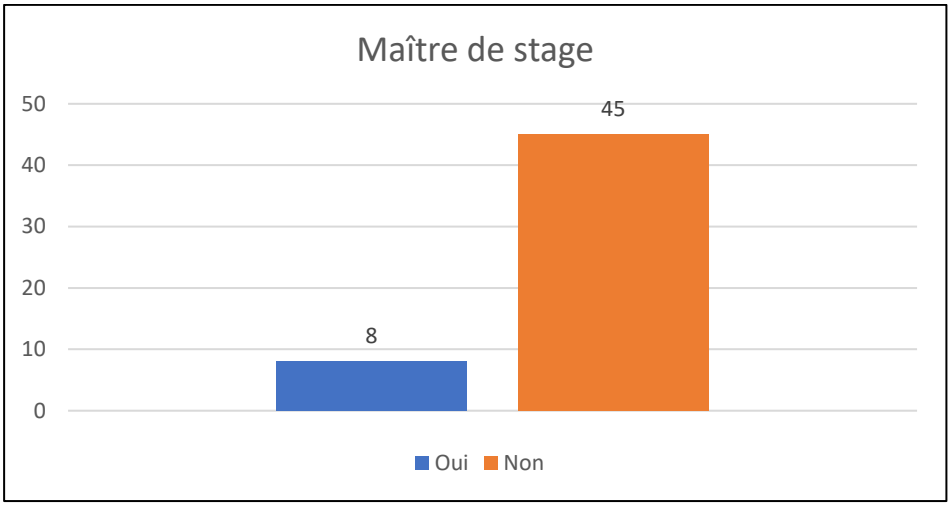


Figure 13 : Maître de stage universitaire

En moyenne, les médecins ont fait 31 mois de remplacement avant de s'installer, mais avec de grandes disparités, l'écart-type étant à 39.17, la médiane est à 24.

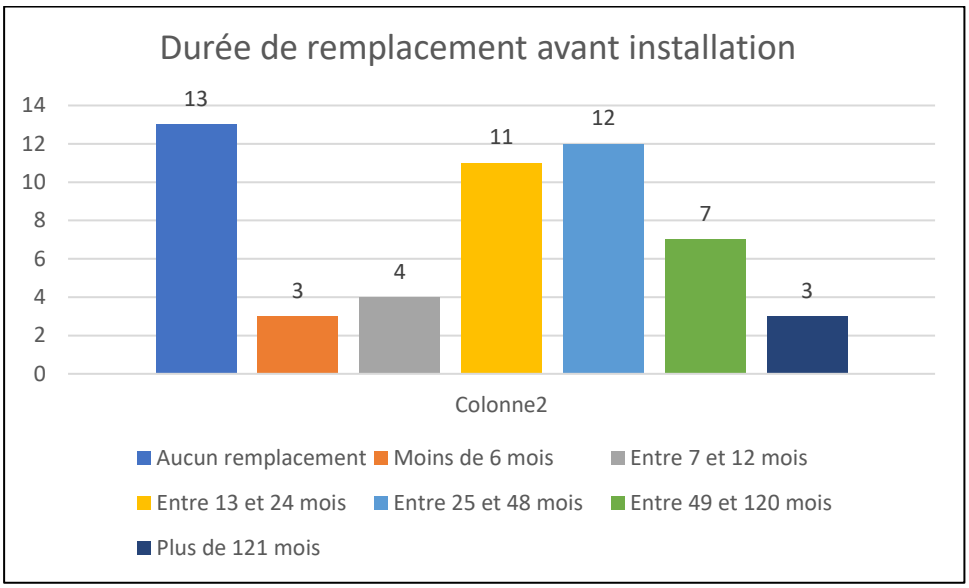


Figure 14 : Durée de remplacement avant installation

3.2.4 Mode d'exercice professionnel

En termes de sectorisation, le semi-rural représentait 43,4%, suivie par le rural à 39.6%, et en dernier l'urbain à 17%. Il est étonnant de constater que même pour des installés à partir de 2007, 22.6% ont fait le choix d'une installation seule alors que l'ARS et la CPAM incite fortement au regroupement.

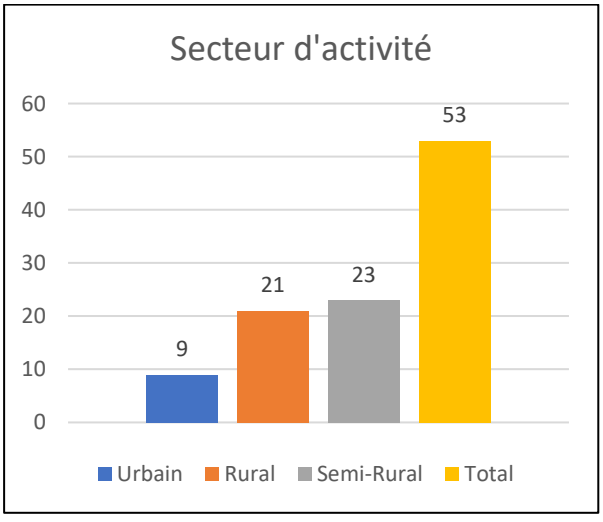


Figure 15 : Secteur d'activité

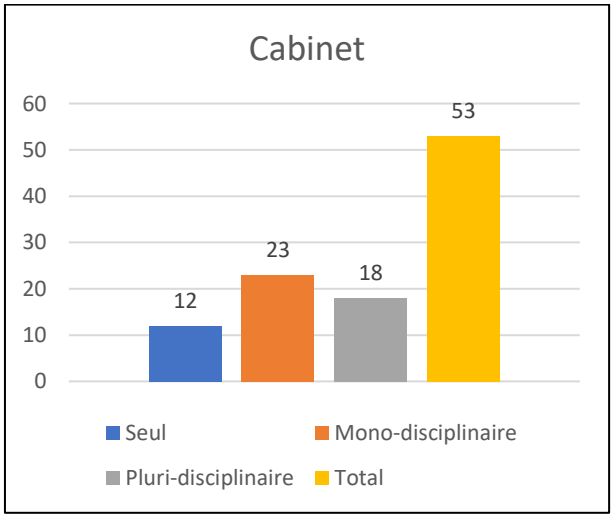
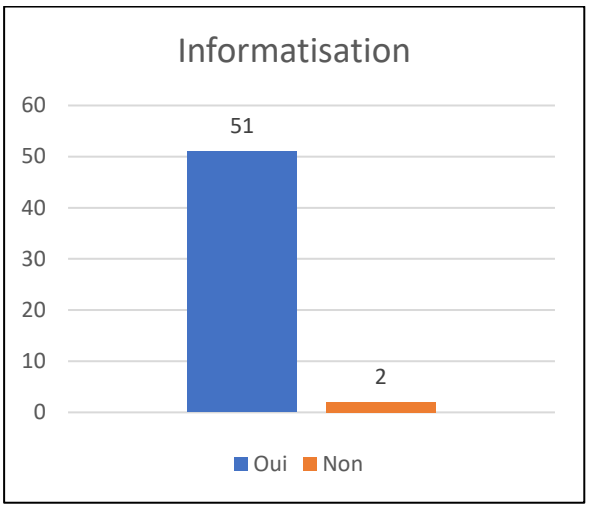


Figure 16 : Organisation du cabinet

Presque tous les praticiens sont informatisés (96,2%), et 88,7% ont un secrétariat (physique ou à distance).



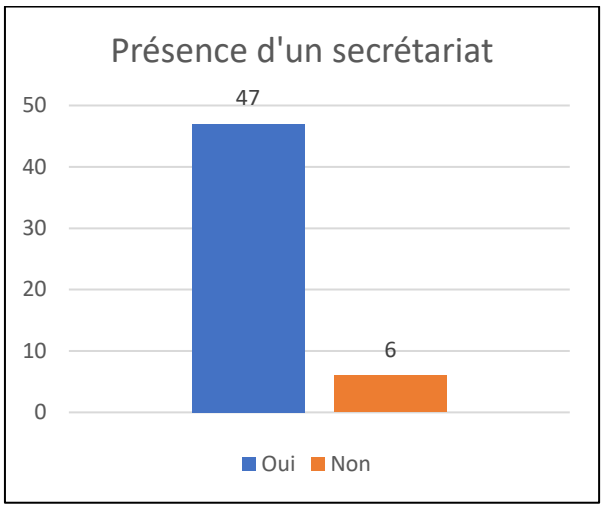


Figure 17 : Informatisation du cabinet

Figure 18 : Présence d'un secrétariat

Environ la moitié ont succédé à un autre médecin (49.1%), et 25% sont propriétaires du cabinet.

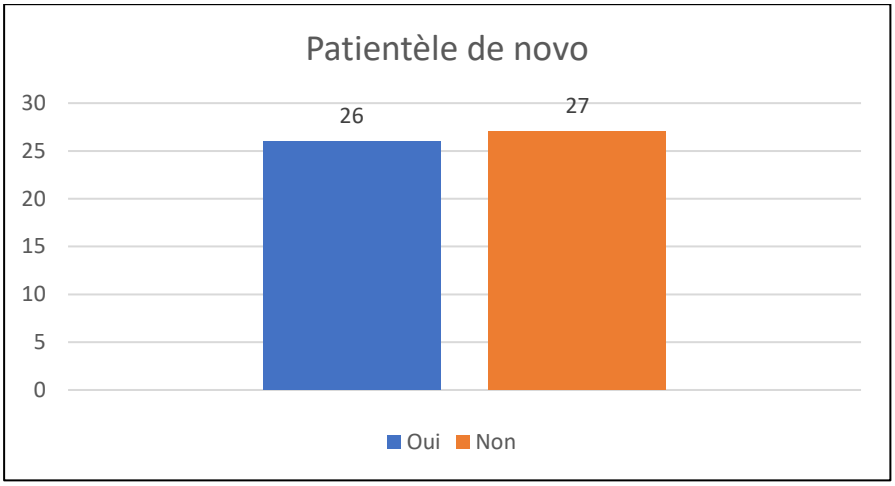


Figure 19 : Création d'une patientèle de novo

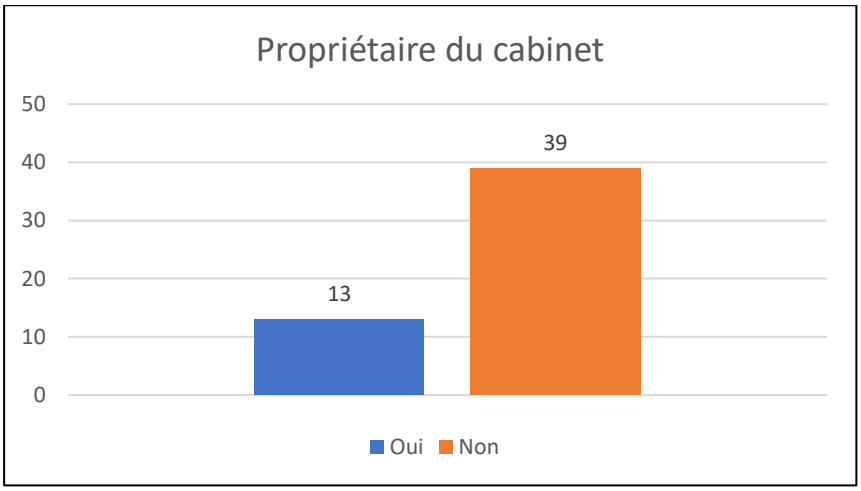


Figure 20 : Propriétaire du cabinet

La majorité des professionnels interrogés étaient titulaires du cabinet (Non collaborateur libéral, et non salarié, propriétaire ou locataire du cabinet), 3.8% étaient salariés, (2 questionnaires reçus sur les 3 envoyés au centre municipal de santé de Bergerac). Les 13.2% restants étaient collaborateurs libéraux.

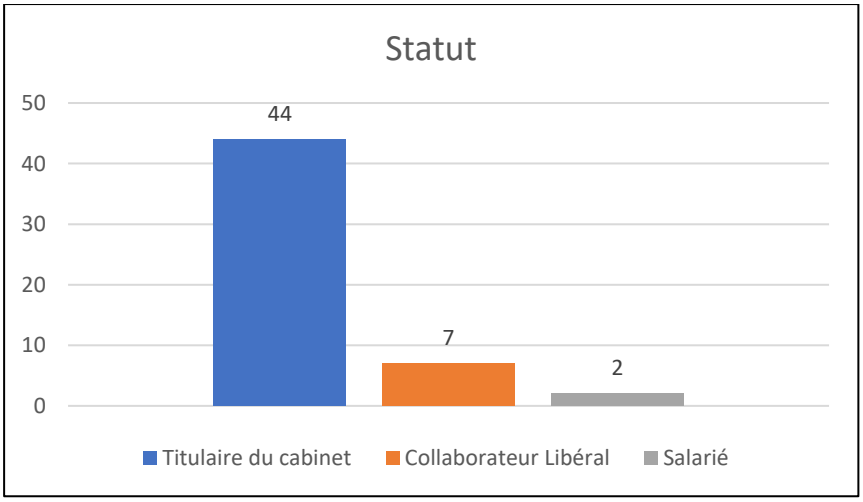


Figure 21 : Statut du médecin dans le cabinet

Enfin, presque 70% des interrogés affirmaient n'avoir reçu aucune aide pendant leur installation.

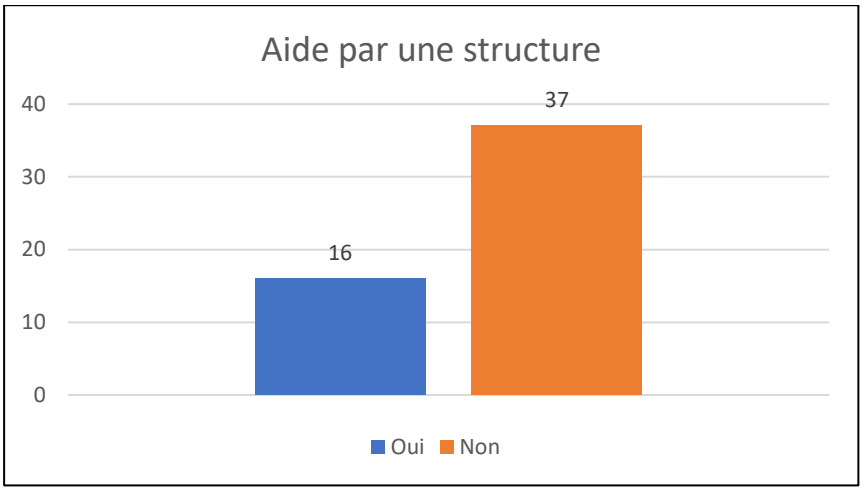


Figure 22 : Déclaration d'une aide à l'installation par une structure

3.3 Perception des aides

Pour rappel, les réponses « Pas du tout » et « un peu » ont été regroupées en une influence nulle sur le lieu d'installation et les réponses « moyennement » et « Fortement » ont été considérées comme une influence positive vis-à-vis du lieu d'installation.

3.3.1 Perception des mesures incitatives

Tableau III : Perception des mesures incitatives par les répondeurs sur leur choix du lieu d'installation

Aides	*MG ayant bénéficié de la mesure*		*Ressenti positif des MG ayant bénéficié de la mesure*		*Ressenti positif supposé des MG n'ayant pas bénéficié de la mesure*		*Ressenti positif du total des MG*	
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Avenant 20	18	35	1	5.5	6	18	7	14
Option Démographie	4	7	1	25	7	14	8	15

CAIM	1	19	1	100	16	31	17	33
COTRAM	1	2	0	0	7	14	7	14
COSCOM	2	38	2	100	6	12	8	15
CSTM	0	0	0	0	8	15	8	15
PTMG	4	8	2	50	5	11	7	14
PTMA	3	5	0	0	8	16	8	16
Exonérations fiscales des gardes	18	35	8	44	7	21	15	29
CESP	2	4	2	100	6	12	8	16
ZRR	19	37	12	63	13	40	25	49
PAPS	6	12	1	16	7	16	8	16
Aides locales 3ème cycle	3	5	0	0	13	27	13	25
Aides locales médecins libéraux	7	13	3	42	18	39	21	40
Aides associatives	5	9	3	60	22	45	25	47

Les principales mesures incitatives en termes de jugement favorable sont la ZRR et l'aide associative, aucune aide ne dépasse les 50% d'opinion favorable dans cette étude.

3.3.2 Perception des stages

Tableau IV : Perception des stages par les répondeurs sur leur choix du lieu d'installation

Stages	*MG ayant bénéficié de la mesure*		*Ressenti positif des MG ayant bénéficié de la mesure*		*Ressenti positif supposé des MG n'ayant pas bénéficié de la mesure*		*Ressenti positif du total des MG*	
	N	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***
Expérience d'un stage d'externat en Dordogne	1	2	1	100	22	44	23	45
Expérience d'un stage d'internat en Dordogne	18	35	15	83	16	48	31	60

La perception du stage d'interne en médecine générale en Dordogne récolte 60% d'opinion favorable, plus de 10% supérieur à toutes les mesures incitatives. Le stage d'externat est jugé moins favorablement avec 45% d'opinion favorable.

3.4 Analyse des sous-populations

3.4.1 Médecins formés en France ou à l'Etranger

En analyse bivariée, peu de variables recueillies étaient associées de manière statistiquement significative avec les choix des médecins traitants interrogés.
Il n'existait pas de différence significative en termes de temps ou de quantité de travail entre médecins formés en France ou à l'étranger. Le temps salarié était statistiquement supérieur chez les étrangers mais ceci est dû au recrutement du dispensaire municipal de Bergerac dont les 2 médecins salariés à plein temps sont étrangers.

Les médecins à diplômes étrangers ne semblaient pas plus sensibles aux aides que les médecins formés en France sauf pour les aides des collectivités locales vis-à-vis des médecins libéraux avec 70% d'influence positive chez les médecins étrangers contre 32.6% chez les médecins à diplômes français ($p < 0.05$).

3.4.2 Médecins homme et médecins femme

De la même manière, il n'existait que peu de différence entre les hommes et les femmes. Seul le PTMG retrouvait 25% d'influence positive chez les femmes, contre 0% chez les hommes ($p < 0.05$) et le stage d'externe en Dordogne qui retrouvait 62.1% d'influence positive chez les femmes contre 22.7% chez les hommes ($p < 0.05$).

3.4.3 Médecins ayant réellement bénéficié d'un stage en Dordogne

Enfin, il semble que ceux qui ont bénéficié d'un stage d'interne en Dordogne ont trouvé dans ce stage une influence supérieure sur leur installation que ceux qui n'en ont pas bénéficié, avec respectivement 83.3% contre 48.5% ($p < 0.05$).

3.5 Comparatif répondeurs/non répondeurs

Il n'existait pas de différence significative entre les répondeurs et les non répondeurs en termes de sexe, d'origine des diplômes, ou l'année d'installation en Dordogne. Pour simplifier la comparaison au niveau de l'année d'installation, il a été comparé entre les deux groupes ceux installés avant ou après 2012.

Cependant, les non répondeurs étaient plus âgés que les répondeurs (p : 0,014).

Tableau V : Comparatif répondeurs/non-répondeurs

	Non-répondeurs	***Répondeurs***	***Valeur p***
Age en année	48,29 ± 9,93	42,6 ± 9,57	0,014

	Non-répondeurs	***Répondeurs***	***Valeur p (Chi²)***
Sexe			
Homme	46,4%	40,3%	
Femme	53,5%	59,6%	0,60
Installation			
Avant 2012	32,1%	42,3%	
Après 2012	67,8%	57,7%	0,37
Origine Diplôme			
France	69,2%	81,1%	
Etranger	30,8%	18,9%	0,08

4. Discussion

4.1 Discussion de la méthode

4.1.1 Le choix d'une enquête d'opinion

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative transversale par questionnaire, ce qui n'est pas la méthodologie la plus adaptée à l'objectif initial : savoir quelles sont les mesures et initiatives qui augmentent l'attractivité d'un territoire pour un médecin généraliste. Pour se faire, il aurait fallu une étude contrôlée randomisée, impossible à réaliser, car elle aurait nécessité de donner des aides à certains médecins, et non à d'autres.

Le choix du lieu d'installation d'un médecin généraliste est influencé par de nombreux facteurs, ce qui rend l'analyse complexe. Le choix d'interroger directement les médecins installés permet un gain de temps important plutôt que d'observer les installations. Les changements d'aides régulières rendraient cette observation d'autant plus difficile à réaliser.

4.1.2 Le déroulement de l'enquête

Après l'inclusion, nous avons donc envoyé 81 questionnaires, il s'agit d'un faible effectif. Nous avons donc souhaité avoir un taux de participation élevé, afin de compenser ce faible effectif, avec pour objectif 60 questionnaires sur les 81 (75% de réponses).
La récupération des questionnaires a été difficile. Elle a nécessité de multiples relances avec finalement 53 questionnaires (65%) récupérés au 25/06/2018.

4.1.3 Les points forts de l'étude

Le principal intérêt de cette étude est qu'elle ne se cantonne pas uniquement à l'aspect financier du problème, qui n'est d'ailleurs pas le premier critère de choix du lieu d'installation des futurs médecins (20,21).

Cette étude tente de balayer un ensemble de facteurs qui peuvent avoir un impact sur l'attractivité d'un territoire. Il est décrit dans la littérature l'importance des facteurs personnels dans le choix d'un lieu d'exercice, mais ces derniers sont très hétéroclites, peu modifiables ou influençables par des propositions collectives (21,22).

Elle étudie également l'impact des mesures associatives, peu évaluées jusque-là, mais pour autant très présentes en Dordogne avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Bergeracoise (ex-Pôle de santé de Bergerac) créée en 2014 par exemple. La Communauté Professionnelle Territoriale de santé Bergeracoise a permis la création d'un site internet, ainsi que l'émergence d'un interlocuteur unique pour un futur médecin généraliste voulant s'installer en facilitant l'accès aux informations de terrain bergeracois (23).

Enfin la comparaison entre répondeurs et non répondeurs retrouve simplement une différence d'âge, les répondeurs étant plus jeunes, les autres caractéristiques comparées ne diffèrent pas. Cette différence n'affaiblit pas l'étude, car cette étude vise finalement à savoir si des aides peuvent être utiles pour attirer de nouveaux médecins, généralement plus jeunes eux aussi.

4.1.4 Les points faibles de l'étude

Cette étude présente différents points faibles.

Les médecins interrogés sont déjà installés en Dordogne, leurs souhaits et aspirations sont peut-être différents de ceux de la prochaine vague d'installation. C'est pourtant bien cette nouvelle génération de médecins que nous souhaitons toucher par des mesures incitatives adaptées.

Certains médecins ayant répondu au questionnaire se sont parfois installés il y a plus de 10 ans et ne se souvenaient peut-être pas d'avoir perçus certaines aides. De même, ils ne se souvenaient peut-être pas des facteurs ayant influencé leur choix d'installation en Dordogne. Il s'agit d'un biais d'information.

Le faible effectif à l'inclusion de 81 médecins généralistes. Nous avons pourtant choisi dans les critères d'inclusion une large plage d'années d'installation, à savoir de 2007 à 2017 (choisie pour augmenter l'effectif et donc la puissance de l'étude). 2007 marque également le début des aides (Avenant 20). Le taux de participation est dans la moyenne de ce genre d'étude avec 65%.

4.1.5 Les biais

Les réponses des médecins interrogés sont déclaratives, non vérifiables. De plus, certains médecins inclus n'ont pas répondu au questionnaire, et certains questionnaires n'étaient pas complets. De ce fait, cette étude est soumise au biais de non-réponse et au biais de mesure.

4.2 La population

Nous avons interrogé des médecins nouvellement installés, donc plutôt jeunes. Notre population était majoritairement composée de femmes, alors qu'elles ne sont que 40,4% dans le département, et 47,5% au niveau national. Cela traduit la féminisation progressive de la population (1).

L'âge moyen était de 42.6 ans dans la population de l'étude, plus jeune que la moyenne départementale de l'âge des médecins qui est à 53 ans et nationale à 50 ans (âge moyen de tous les inscrits, toutes spécialités confondues, en activité). Résultat attendu sur une étude de nouveaux installés (1).

Les hommes et les femmes ne semblent pas avoir de différences dans les attentes vis-à-vis des aides ou mesures incitatives dans cette étude en analyse bivariée.

Les médecins sont majoritairement en couple, avec enfants (80%), ces enfants ont également des besoins, à savoir des crèches, des maternelles, des écoles primaires, des collèges, des lycées, des activités extra-scolaires (Musique, associations sportives…) qu'il convient de prendre en compte dans l'attractivité d'un département.

La Dordogne compte 347 écoles élémentaires, 46 collèges et 35 lycées. Si l'on rapporte ces nombres à la quantité d'élèves de 1er et 2nd degré en Dordogne, il existe proportionnellement d'avantage de structures éducatives par élèves en Dordogne qu'en moyenne nationale, et cela peut contribuer à l'attractivité du territoire (7).

De plus, 15% des interrogés étaient maîtres de stage, ce qui est bien plus élevé que la moyenne nationale autour des 10% (24).

Les médecins nouvellement installés en Dordogne semblent donc plus impliqués dans la démarche de formation et de compagnonnage mais un biais peut également expliquer ce résultat. Les médecins répondant à l'étude étant d'avantage maîtres de stages, car plus impliqués que les non-répondants dans la recherche et la formation. On pourrait alors évoquer un biais d'auto-sélection.

La durée de remplacement avant installation varie énormément (moyenne de 32 mois mais écart-type à 39) cela démontre que le choix entre remplacement et installation peut beaucoup varier d'un individu à l'autre.

La répartition géographique des répondeurs fait apparaitre que dans le département de la Dordogne, seul 17% des répondeurs se sont installés en milieu urbain, les 83% restant se sont installés en secteur rural ou semi-rural, secteurs où le manque de médecins est le plus important. Cela va également à l'encontre de l'idée générale qui suppose que les nouveaux installés sont majoritairement en milieu urbain, tout au moins sur le département de Dordogne.

Malgré la promotion de l'exercice collaboratif en pôle et maison de santé par l'ARS, on remarque que 22.6% des nouveaux installés ont fait le choix de s'installer seul, cela démontre la nécessité de ne pas focaliser l'ensemble des aides sur le regroupement. L'installation en groupe reste le choix majoritaire des nouveaux installés mais pas de la totalité. Il semble important de prendre en compte la pluralité des modes d'exercices.

L'informatisation quasi-totale des médecins permet un meilleur suivi du patient et une meilleure interprofessionnalité. Le déploiement des outils informatiques de nouvelle génération nécessite une infrastructure supportant le réseau internet de haute qualité.

L'utilisation d'un secrétariat dans ces zones rurales où l'emploi est rare a aussi un intérêt économique, créateur d'emplois. Il contribue à l'attractivité et au développement des zones rurales.

Il n'y a que très peu de salariés dans les interrogés, l'offre de soins de premier recours en Dordogne étant quasi-exclusivement libérale pour le moment, ne permettant pas l'analyse plus fine des besoins chez les médecins salariés. Les attentes et les besoins des médecins salariés sont peut-être différents.

4.3 La discussion des résultats

4.3.1 Le fort impact du stage d'internat

Le résultat le plus important de cette étude est le très fort impact du stage d'interne sur le choix du lieu d'installation : 60.8% des médecins interrogés estiment que ce stage a une influence positive sur leur choix d'installation en Dordogne. Ce résultat est probablement sous-évalué.

En effet, en analyse bivariée, les répondants qui ont réellement bénéficié d'un stage d'interne en Dordogne jugent son impact plus favorable que ceux qui n'en ont pas bénéficié (83.3% contre 48.5%, $p < 0.05$). Le questionnaire demandait aux médecins qui n'avaient pas eu de stage d'interne en Dordogne si celui-ci aurait-pu avoir une influence positive, ce qui demande de se projeter. Il est plus difficile d'imaginer l'impact d'un stage d'interne en Dordogne pour ceux qui n'en ont pas bénéficié que pour ceux qui l'ont effectué. Cela entraine un biais et compte tenu qu'en analyse bivariée, ceux qui ont bénéficié d'un stage le jugent plus favorablement, il est probable que ceux qui n'ont pas bénéficié de ce stage minorent son impact réel.

Cet effet positif des stages d'internat est d'ailleurs régulièrement décrit (15,16).

Pour rappel, la réforme du 3ème cycle des études médicales modifie le nombre de stages en milieu libéral. Il passe de 1 à 2 stages obligatoires avec la possibilité d'en réaliser davantage. Cette réforme pourrait donc indirectement permettre d'augmenter l'attractivité des zones les mieux dotées en Maître de Stage Universitaire (27,28).

4.3.2 Les aides associatives et initiatives locales

Les éléments nouveaux sont les aides associatives, avec 47.2% d'impact positif, et les initiatives locales pour les médecins généralistes avec 39,6% d'impact jugé positivement.

De manière informelle, beaucoup des répondants m'ont affirmé que l'Amicale des médecins de Bergerac et la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Bergeracoise les ont accompagnés et ont permis la réalisation de leur projet d'installation. Ce qui pourrait expliquer le jugement positif de ces aides. Ce résultat n'était pas attendu, il n'a pas été prévu de collecter d'autres données plus précises sur ces aides associatives, ne permettant pas d'aller plus loin dans l'analyse et le raisonnement.

De la même manière, les initiatives locales sont souvent individualisées, avec un seul référent pour le professionnel de santé, simplifiant ainsi les démarches administratives.

Cependant, ce résultat est difficile à évaluer car les initiatives locales sont très variables d'une collectivité à l'autre et regroupent donc des modalités très différentes (Aides financières, accompagnement administratif, emploie pour le conjoint, etc…).

4.3.3 Les aides au stage de 3ème cycle

Contrairement à une autre étude récente, l'aide au stage de 3ème cycle (et non la réalisation du stage) ne ressort pas comme ayant un impact important (19).

L'étude en question ne dissocie pas la réalisation d'un stage avec l'aide financière qui y est associée. Cela explique peut-être les divergences dans nos résultats.

4.3.4 Le faible impact des aides financières

L'autre résultat à tirer de cette étude est la confirmation du faible impact des mesures incitatives financières, déjà régulièrement décrit (29).

Cela reste cependant à nuancer car il semble que le CESP progresse vite depuis 2017 (+65% en un an), mais ce changement ne pourra se confirmer que dans quelques années (30).

Il faut également garder à l'esprit que le PTMG ressort de manière moins négative chez les femmes que chez les hommes, probablement par la valorisation du congé maternité qu'il comprend.

La seule mesure financière non locale ayant un impact important dans cette étude est la ZRR avec 49% d'impact jugé positif, probablement du fait de son très fort impact financier et de sa relative simplicité de compréhension et de mise en place comparativement aux autres aides.

Enfin, il ne semble pas que le choix de venir s'installer en Dordogne pour un médecin formé à l'étranger soit d'avantage influencé par les mesures incitatives que les médecins formés en France à l'exception des initiatives locales.

4.4 Les perspectives

Si les mesures incitatives financières ne fonctionnent pas, ne pourrait-on pas mettre plus de moyens financiers dans l'optique de recruter des maîtres de stage que dans celle des aides financières ?

Ces moyens pourraient, par exemple, être utilisés pour recruter des Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) en pratique avancée, en contrepartie de l'engagement du médecin à devenir maître de stage. Sa charge de travail vis-à-vis des patients serait diminuée, sans pertes de bénéfices. Il contribuerait ainsi à augmenter l'attractivité du territoire où il exerce. Cela éviterait également un potentiel effet d'aubaine en cas de mesure financière directe par rétribution pour l'accueil d'un interne.

Bénéfice direct, la fonction de maître de stage protège également du « Burn-out » et évite probablement de nouveaux départs prématurés de médecins (31).

La ZRR semble également jouer un rôle dans l'attraction de nouveaux médecins sur un territoire, mais il peut aussi s'agir là d'un effet d'aubaine avec un départ à la fin de l'aide (5 ans pour le maximum, 8 ans au total dans ce cas). L'objectif principal de nouvelles installations dans un territoire en sous-effectif n'est-il pas que ces installations soient pérennes ?(32).

Il apparait également clairement que les initiatives locales peuvent avoir une importante utilité dans le recrutement de nouveaux médecins sur un territoire précis. Les initiatives comme la Communauté Professionnelle Territoriale de santé Bergeracoise semblent avoir œuvré en ce sens et la création d'autres communautés doivent être encore plus encouragées. Les initiatives des municipalités, ou des communautés de communes sont également un levier important à ne pas négliger. En raison de leur simplicité administrative, elles répondent souvent aux problématiques d'une zone définie et ne donne pas une réponse stéréotypée identique pour tous les professionnels d'un même département ou région.

Par ailleurs, le développement des moyens techniques permettant l'essor de la E-santé sur le territoire est certainement un facteur à prendre en compte dans les années futures, les jeunes générations étant plus ouvertes aux nouvelles technologies. Il existe actuellement des travaux de pose de fibre optique sur tout le territoire de la Dordogne.

5. Conclusion

Modifier la répartition démographique des médecins sur le territoire français n'est pas simple. Elle demande de prendre en compte différents facteurs intriqués, à la fois personnels, professionnels, géographiques.

Il serait totalement illusoire de croire qu'une seule mesure puisse à elle seule modifier un choix d'installation dans une région donnée.

Soixante-dix pourcents des interrogés ont déclaré ne pas avoir reçu d'aides. Il existe très certainement un biais de mémorisation dans ce résultat, mais cela traduit surtout que le projet d'installation se développe indépendamment des mesures incitatives. En premier lieu, pour attirer un médecin sur un territoire, il faut lui donner l'idée de réaliser son projet d'installation dans la zone concernée.

Cette étude montre que la réalisation d'un stage d'internat, entrainant la formation de liens sociaux, est la mesure jugée le plus favorablement par les médecins interrogés dans l'impact sur le lieu d'installation avec 60% d'opinions favorables. Il semble donc pertinent d'encourager le recrutement de maîtres de stage dans les zones de tensions et en sous-effectif. Cependant, ces zones en tension sont des zones où les médecins ont proportionnellement d'avantage de charge de travail (2).

Nous n'avions pas prévu l'importance des aides locales dans cette étude, aides qui semblent jugées très favorablement par les interrogés.

Au total, cette étude semble indiquer que les aides d'état sont moins importantes dans la motivation des professionnels à s'installer sur le territoire que les aides locales et la maîtrise de stage.

Pour améliorer l'attractivité de la Dordogne, il est nécessaire de ne pas privilégier un seul mode d'exercice (groupe, maisons de santé), au risque de se priver d'une partie des nouveaux installés (20% se sont installés seuls). Il faudra donc axer davantage les moyens financiers sur la maîtrise de stage et les initiatives locales telles que les regroupements de professionnels ou les aides des collectivités, que sur les aides financières directes à l'exception de la ZRR.

Par ailleurs, ces résultats suggèrent que les nouveaux installés sont proportionnellement davantage maîtres de stage. Sachant que les maîtres de stage augmentent l'attractivité d'une zone donnée, on peut donc supposer que l'arrivée de nouveaux médecins est bénéfique pour l'attractivité et pourrait entrainer un « cercle vertueux ». L'augmentation du nombre de médecins entraine l'augmentation du nombre de maîtres de stage qui à son tour majore l'attractivité, et donc le recrutement de nouveaux médecins. Un « cercle vicieux » inverse peut également s'envisager en cas de départ de maîtres de stage d'un territoire.

Enfin, cette étude s'est intéressée à la démographie des médecins généralistes en Dordogne, mais dans ce département, la situation des spécialistes est tout aussi alarmante, avec une densité inférieure de 48% à celle de la France et des spécialistes plus âgés. Il serait peut-être intéressant de savoir quelles sont les mesures incitatives qui peuvent avoir un impact chez cette population qui n'a encore que très peu d'expérience des stages en dehors de l'hôpital (8).

De plus, on peut se demander si la présence de généralistes sur un territoire donné encourage l'arrivée de nouveaux médecins spécialistes.

6. Bibliographie

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [Consulté le 29 juin 2018]. Disponible sur : https://demographie.medecin.fr/#l=fr;v=map2

2. Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au cœur de la réflexion [Internet]. [Consulté le 29 juin 2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf

3. Castaigne S, Lasnier Y. Les déserts médicaux [Internet]. Conseil économique, social et environnemental. [Consulté le 18 novembre 2018]. Disponible sur : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_27_deserts_medicaux.pdf

4. DREES. Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé [Internet]. Dans : DREES, Portrait des professionnels de santé édition 2016. 2016. p. 84-88. [Consulté le 30 mars 2018]. Disponible sur : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche11-3.pdf

5. Sénat. Coût des mesures incitatives pour lutter contre le problème de la démographie médicale [Internet]. [Consulté le 27 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.senat.fr/questions/base/2017/qSEQ170901317.html

6. Institut National de la Statistique et des études économiques. Comparateur de territoire − Département de la Dordogne (24) [Internet]. [Consulté le 1 juillet 2018]. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-24

7. Institut National de la Statistique et des études économiques. Statistiques locales - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. [Consulté le 1er juillet 2018]. Disponible sur : https://statistiques-locales.insee.fr/#c=indicator&i=bdcom.dens&s=2015&selcodgeo=24&view=map2

8. Pôle Etudes Statistiques et Evaluations - Agence Régionale de Santé Nouvelle- Aquitaine. Diagnostic Territorial Dordogne. 2017 [cité 4 juillet 2018]

9. Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes [Internet]. [Consulté le 27 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000645861&dateTexte=

10. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. [Consulté le 27 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740

11. 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.

12. 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 - Article 5.

13. Arrêté du 14 août 2013 relatif au contrat type de praticien territorial de médecine générale pris en application de l'article R. 1435-9-6 du code de la santé.

14. Décret n° 2015-1357 du 26 octobre 2015 relatif au contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire.

15. Code général des impôts. Article 151 ter (version à jour au 27 septembre 2018).

16. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales.

17. Code général des impôts. Article 1465.

18. Code général des impôts. Article 1465 A.

19. Code général des impôts. Article 44 quindecies.

20. Concastie G. Évaluation des aides incitatives publiques à la réalisation de stage d'internat de médecine générale en zone fragile : Etude observationnelle rétrospective de l'influence des aides financières du conseil régional de Lorraine sur l'installation en zones déficitaires en médecins. Thèse de médecine, Nancy : Université de Lorraine ; 2017.

21. Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013. Thèse de médecine, Angers : Université d'Angers ; 2015.

22. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale. Thèse de médecine, Nantes : Université de Nantes ; 2012.

23. Maréchaux F. Motifs d'installation des médecins libéraux. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2003; 17 (610) : 567-568.

24. Le Pôle de Santé de Bergerac [Internet]. [Consulté le 28 juin 2018]. Disponible sur : http://www.poledesante-bergerac.fr/

25. Collège National des généralistes enseignants, Syndicat National des enseignants de médecine générale. Poursuite de la progression du nombre de maîtres de stage des universités de médecine [Internet]. [Consulté le 30 septembre 2018]. Disponible sur : https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/180627_Communique_SNEMG_CNGE__nombre_MSU.pdf

26. Bouchy L. Favoriser les stages en milieu rural ? La Revue du Praticien – Médecine Générale. 2017 ; 31 (986) : 601.

27. Salmon JL. Retard à l'installation des généralistes remplaçants. La revue du praticien – Médecine Générale. 2009 ; 23 (828) : 662.

28. Syndicat Représentatif Parisien des Internes de Médecine Générale. Réforme de 3ème cycle – Généralités [Internet]. [consulté le 2 juillet 2018]. Disponible sur : http://www.srp-img.com/?p=2052

29. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

30. Maurey H. Déserts médicaux : agir vraiment [Internet]. [Consulté le 28 juin 2018]. Disponible sur : http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf

31. Touraine M. Bilan du Pacte territoire santé. Intervention de Marisol Touraine [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2014 [consulté le 28 juin 2018]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/bilan-du-pacte-territoire-sante-intervention-de-marisol-touraine

32. Vaneecloo F. Le statut de maitre de stage universitaire protège-t-il les médecins généralistes du Limousin du burn out ? Thèse de médecine, Limoges: Université de Limoges; 2015.

33. Donald E, Thomas R, Tonya S, Donald H, Gary G. Outcomes of States Scholarship, Loan Repayment, and related Program for Physicians. Med Care. 2004 ; 42: 560-568.

7. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

Données du médecin généraliste

Codage

Nom et Prénom		⌊__⌋
Date de naissance (jj/mm/aaaa)	⌊__⌋ / ⌊__⌋ / ⌊__⌋__⌋	
Sexe	1 ❑ Masculin 2 ❑Féminin	⌊__⌋
Situation familiale	1❑ Célibataire 2❑ En couple 3❑ Divorcé Nombres d'enfants : …	⌊__⌋ ⌊__⌋
Liens familiaux avec la Dordogne	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋

Formation

Pays de formation	1❑France 2❑ Etranger Si France : Fac d'externat : …… Si France : Fac d'internat : ..…….	⌊__⌋ ⌊__⌋ ⌊__⌋
Année de thèse	⌊__⌋__⌋__⌋	
Diplôme(s) universitaire (DU) obtenus ou en cours	Précisez : ……..…… …….	⌊__⌋

Exercice actuel

Secteur	1❑ Rural 2❑ Semi-rural 3❑ Urbain	⌊__⌋
Cabinet	1❑ Seul 2❑ Mono-disciplinaire 3❑ Pluridisciplinaire Si groupe : Nombre de médecins : ⌊__⌋	⌊__⌋ ⌊__⌋
Informatisation	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋
Secrétariat	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋

Activité

Nombre de demi-journées par semaine de consultations	⌊__⌋
Nombre de demi-journées par semaine de repos (en excluant le dimanche)	⌊__⌋
Nombre de consultations par semaines en moyenne (sans les visites)	⌊__⌋
Nombre de visites par semaines	⌊__⌋
Nombre de semaines de vacances par an environ	⌊__⌋
Temps de trajet domicile/travail par jour environ (aller-retour en minutes)	⌊__⌋
Temps partiel salarié en demi-journée par semaine	⌊__⌋
Êtes-vous maître de stage ?	1❑Oui 2❑ Non

Installation en Dordogne

Année d'installation en Dordogne	⌊_⌊_⌊_⌊_⌋	
Durée de remplacement avant installation en mois	⌊_⌊_⌋	⌊__⌋
Avez-vous succédé à un médecin généraliste ?	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋
Avez-vous créé une patientèle de novo ?	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋
Avez-vous intégré un cabinet de plusieurs médecins ?	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋
Êtes-vous locataire de votre cabinet ?	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋
Êtes-vous propriétaire de votre cabinet ?	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋
Votre cabinet vous a-t-il été fournie ?	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋
Votre statut	1❑Collaborateur libéral 2❑Salarié 3❑ Titulaire du cabinet	⌊__⌋

Avez-vous reçu pendant votre DES de médecine générale des informations sur l'installation (démarches, aides, etc…) ?	1❑Oui 2❑ Non	⌊__⌋
Avez-vous reçu une aide par des structures pour mener à bien votre installation en Dordogne ?	1❑Oui 2❑ Non Si oui : Quelle(s) structure(s) : …… ……	⌊__⌋ ⌊__⌋

Aides à l'installation

Les questions sont toutes sur le même schéma. **Cela va vite !**
Si vous ne connaissez pas la mesure, elles sont toutes décrites en fin de questionnaire**.**

Aides de la CPAM

Avenant 20 (entrée en vigueur 2007)	<u>Si vous en avez bénéficié,</u> a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement <u>Si vous n'en avez pas bénéficié,</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
Option Démographie (entrée en vigueur 2012)	<u>Si vous en avez bénéficié,</u> a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement <u>Si vous n'en avez pas bénéficié,</u> aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins dans les zones sous dotées (2016)	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
COTRAM : Contrat de Transposition pour les Médecins (2016)	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
COSCOM : Contrat de solidarité territoriale Médecin (2016)	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (2016)	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋

Aides de l'ARS, Aides nationales

PTMG : praticien territorial de médecine générale	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
PTMA : praticien territorial de médecine ambulatoire	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
Exonérations fiscales pour l'activité de Permanence des soins	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
CESP : contrats d'engagement de service public (2013)	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋

ZRR : Zone de revitalisation rurale	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
PAPS : Plate-forme d'appui aux professionnels de santé	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋

Aides des collectivités locales (Conseil départemental, communauté d'agglomération, municipalité)

Aides locales aux stages de 3eme cycle de médecine générale en zones déficitaires (Logement, locaux, transport...)	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
Aides locales à l'exercice des médecins libéraux (aides financière à l'investissement, aux frais, primes, recrutement, etc...)	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋

Maîtrises de stages

Expérience d'un stage d'internat en médecine générale en Dordogne	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋
Expérience d'un stage d'externat en médecine générale en Dordogne	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋

Aides associatives

Aides associatives (maisons de santé pluridisciplinaire, pôle de santé, amicale...)	Si vous en avez bénéficié, a-t-elle influencée positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement Si vous n'en avez pas bénéficié, aurait-elle pu influencer positivement votre installation ? 0❑ Pas du tout 1❑ Un Peu 2❑ Moyennement 3❑ Fortement	⌊__⌋ ⌊__⌋

Descriptifs des aides

Avenant 20 (entrée en vigueur 2007) : Majoration de 20 % de l'activité (C + V) du médecin généraliste qui s'installe en groupe ou dans le cadre d'un pôle de santé dans une zone listée comme déficitaire par les ARS (Agences Régionales de Santé).

Cette aide est soumise à conditions (entre autres participer à la permanence des soins en-dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux).

Le versement est effectué en une fois au terme de l'année d'activité écoulée.

Option Démographie (entrée en vigueur 2012) : Engagement des médecins : contrat de 3 ans, exercice en groupe ou en pôle, réaliser plus de 2/3 de son activité auprès de patient résidant dans la zone fragile.

Contrepartie financière :

- ✓ Médecin exerçant en cabinet de groupe : une aide forfaitaire à l'investissement de 5 000 € et une aide annuelle à l'activité représentant 10% de l'activité en C + V (honoraires sans dépassements) réalisée dans la zone fragile plafonnée à 20 000 € par an,
- ✓ Médecin membre d'un pôle de santé : une aide forfaitaire à l'investissement de 2 500 € et une aide annuelle à l'activité représentant 5% de l'activité en C + V (honoraires sans dépassements) réalisée dans la zone fragile plafonnée à 10 000 € par an.

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins dans les zones sous dotées (2016) : Engagements du médecin : doit exercer pendant 5 ans dans la zone en respectant les critères d'éligibilité, s'engage à travailler au moins 2.5 jours par semaine dans la zone. S'engage à participer à la permanence de soins Possibilité d'engagement pour la réalisation d'une partie de son activité libérale à l'hôpital.

Engagements de l'assurance maladie : versement d'une aide forfaitaire de 50 000€ pour une activité minimale de 4 jours ; le montant est proratisé pour celui qui travaille entre 2.5 jours et 4 jours par semaine. Majoration de 2 500€ si engagement de son activité libérale à l'hôpital.

COTRAM : Contrat de Transposition pour les Médecins (2016) :

Qui peut souscrire ? Tout médecin de plus de 60 ans, conventionné, exerçant en zone sous dense et accueillant au sein de son cabinet un médecin libéral conventionné de moins de cinquante ans, s'installant dans la zone.

Conditions : Contrat de trois ans renouvelable une fois.

Avantages : Majoration de 10% des honoraires perçus dans ce cadre (dans une limite de 20 000 €) pour les S1 (pondération en fonction du nombre d'actes effectués à tarifs opposables pour les autres secteurs). Une modulation régionale est possible.

COSCOM : Contrat de solidarité territoriale Médecin (2016) :

Conditions d'éligibilité : Etre installé dans une zone fragile, Exercer une activité libérale conventionnée, Exercer au sein d'un groupe de médecins ou pluriprofessionnel ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires.

Engagements du médecin : s'engage à exercer en groupe pendant 3 ans. Possibilité de s'engager pour réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité. Possibilité de s'engager pour exercer les fonctions de maître de stage et accueillir des internes.

Engagements de l'assurance maladie : Versement d'une aide forfaitaire de 5 000€ par an, majoration de 1 250€ si réalisation d'une part de l'activité à l'hôpital, 300€ supplémentaire par mois pour l'accueil d'internes.

CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (2016) :

Conditions d'éligibilité : Ne pas être installé en zone fragile, exercer une activité libérale conventionnée, s'engager à travailler au moins 10 jours dans l'année en zone fragile.

Contrepartie : Versement d'une aide à l'activité égale à 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans la zone, plafonnée à 20 000€ par an, prise en charge des frais de déplacement.

PTMG : praticien territorial de médecine générale :

Conditions : être jeune médecin et s'installer dans une zone fragile ou de vigilance en cabinet libéral ou collaborateur libéral.

Contrepartie : Bénéficier d'une rémunération mensuelle assurée de 6 900 euros brut pendant 2 ans ou d'un complément de rémunération si l'activité ne permet pas d'atteindre le plafond de 6 900 euros brut. Protection sociale étendue.

PTMA : praticien territorial de médecine ambulatoire :

Conditions : s'engager à exercer son activité dans un territoire caractérisé comme fragile, à respecter les tarifs opposables.

Il faut s'installer, ou s'être installé à partir du 1er janvier 2015, en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral.

Contrepartie : En cas de congé maternité et dans la limite de trois mois, un complément mensuel de rémunération de 3 105€* brut est versé au praticien. En cas de congé paternité, ce complément est de 1 138€ brut. En cas de congé maladie supérieur à 7 jours et dans la limite de trois mois, un complément mensuel de rémunération est versé au praticien à hauteur de 1 552,50€ brut.

Exonérations fiscales pour l'activité de Permanence des soins :

Conditions : Participer à la permanence des soins en zone fragile.

Contrepartie : Exonération de l'impôt sur le revenu sur la rémunération de la permanence des soins.

CESP : contrats d'engagement de service public (2013) :

Conditions : Être étudiant en 2eme année ou plus des études médicales, et s'engager à exercer au moins 2 ans dans des lieux d'exercice spécifiques et à un tarif conventionnel.

Contrepartie : Versement d'une allocation brute mensuelle de 1200€ jusqu'à la fin des études.

ZRR : Zone de revitalisation urbaine :

Conditions : Installation en ZRR pour une nouvelle activité.

Contrepartie :

- ✓ Exonération d'impôt sur le revenu à 100% pendant 5 ans, puis à 75 % la 6ème année, à 50% la 7ème année, et à 15% la 8ème année. L'exonération reste 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.
- ✓ Exonération possible de la cotisation foncière des entreprises, de 2 à 5 ans, à la discrétion de la commune.
- ✓ La rémunération perçue au titre de la permanence des soins 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.

PAPS : Plateforme d'appui aux professionnels de santé :

Services régionaux permettant l'attribution d'un référent installation pour orienter et accompagner, notamment lors de l'installation les nouveaux médecins.

En pratique, est censé permettre de simplifier les démarches administratives à l'installation et d'avoir un référent unique.

Aides associatives (maisons de santé pluridisciplinaire, pôle de santé, amicale...) :

Comprend l'accueil, le conseil, les initiatives des professionnels de santé afin de permettre une meilleure visibilité du territoire, regroupés en maison de santé, en pôle de santé, en amicale, etc...

<u>Annexe 2 :</u> Lettre d'accompagnement du questionnaire

Cantiran Victor

Médecin généraliste remplaçant non thésé Bergerac

Faculté de Bordeaux.

Chère consœur, Cher confrère,

J'ai l'honneur, par la présente lettre, de vous demander votre aide dans l'élaboration de ma thèse.

Je suis Mr Cantiran Victor, actuellement remplaçant sur la Dordogne. Je travaille sur une thèse visant à recueillir l'opinion des Médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne, à savoir entre 2007 et 2017, sur les mesures incitatives que les différents acteurs impliqués dans l'accès et la répartition des soins de premiers recours en Dordogne ont élaborées au fil des ans en réponse à la diminution progressive de la démographie médicale.

L'actualité politique est d'ailleurs régulièrement marquée par les problématiques de démographie médicale, notamment chez les médecins généralistes. Sont de plus en plus souvent envisagées des mesures coercitives et il n'existe que peu d'évaluation de l'intérêt des mesures incitatives et de leur impact sur la répartition des médecins généralistes sur le territoire.

C'est pour cette raison que cette thèse vise les médecins qui se sont récemment installés en Dordogne, où il existe un manque de professionnels de santé.

Vous faites partis de ces médecins installés depuis moins de 11 ans en Dordogne. Vos réponses au questionnaire ci-joint seront donc primordiales afin de comprendre quelles sont les attentes des nouveaux médecins généralistes en matière d'aides incitatives.

Sachez que la thèse et l'analyse qui sortiront de ces questionnaires ont pour objectif d'être par la suite présenté à la CPAM et à l'ARS.

Le Dr Blanc Benoît, exerçant à Bergerac m'a fait l'honneur d'en être le Directeur et d'en assurer la promotion.

Conformément à la réglementation, vous avez le droit de vous opposer à la réutilisation de ces données. Aucune donnée ne sera réutilisée à des fins commerciales. Toutes les données seront traitées puis anonymisées avant d'être publiées. Je conserverai les données des questionnaires jusqu'à obtention de ma thèse, à savoir d'ici la fin de l'année 2018 puis les supprimerai définitivement.

Je vous remercie donc du temps que vous passerez à remplir ce questionnaire, j'ai essayé de le rendre aussi clair que possible. Il se peut cependant que vous ayez des questions, et je suis donc à votre entière disposition par Téléphone, ou mail. Une fois le questionnaire remplie, merci de ne renvoyer que le questionnaire via l'enveloppe fournie, préaffranchie, à mon adresse.
Recevez, Chère consœur, chère confrère, l'expression de mes remerciements anticipés.

8. Serment médical

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

9. Résumé

Résumé de la Thèse en Français :

Introduction : La Dordogne est un département particulièrement touché par la désertification médicale. Il n'existe que peu d'études sur les mesures prises pour attirer les médecins dans des zones sous-dotées telle que la Dordogne.

Méthodes : Recueillir l'opinion des médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne sur les moyens mis en œuvre pour augmenter l'attractivité de ce département.

Résultats : 53 médecins sur 81 ont répondu (65%). La réalisation d'un stage d'interne en médecine générale en Dordogne est la donnée qui a été jugée comme ayant le plus grand impact sur l'installation. Les mesures d'aide jugées positivement sont la ZRR (49% d'impact positif), les aides associatives (47% d'impact positif). Il semble que les médecins à diplôme étranger sont plus sensibles aux aides des collectivités locales.

Discussion : L'attractivité d'un territoire est multifactorielle et aucune aide ne peut à elle seule influencer un choix d'installation dans une région donnée. Les mesures financières semblent avoir peu d'impact sur l'attractivité d'un territoire à l'exception de la ZRR. Il paraît nécessaire de prioriser les stages ambulatoires dans les zones sous-dotées en passant par le recrutement de maîtres de stage universitaire. Le regroupement des professionnels semble également une voie à explorer. Enfin, il apparaît que les collectivités locales ont un rôle important à jouer.

Abstract :

Introduction : The Dordogne is a department particularly affected by medical desertification. There are few studies of the measures taken to attract doctors to underserved areas such as Dordogne.

Methods : Gather the opinion of general practitioner's newly settled in Dordogne on the means implemented to increase the attractiveness of this department.

Results : 53 out of 81 physicians responded (65%). The completion of an internship in general medicine in Dordogne is the data that was judged to have the greatest impact on the installation. The measures judged positively are the ZRR (49% positive impact) and the associative aids (47% positive impact). It seems that doctors with a foreign degree are more sensitive to the help of local authorities.

Discussion : The attractiveness of a territory is multifactorial and no aid alone can influence a choice of installation in a given region. The financial measures seem to have little impact on the attractiveness of a territory except for the "ZRR". It seems necessary to prioritize ambulatory training in under-equipped areas through the recruitment of university training supervisors. The grouping of professionals also seems a way to explore. Finally, it appears that local authorities have an important role to play.

Discipline : Médecine Générale

Mots clés : Démographie, démographie médicale, médecins généralistes, aides incitatives, financement organisé, questionnaires, enquêtes, installation, impact, zone médicalement sous-équipée, contrats.

Key Word : Demography, medical demography, general practitioners, incentives, organized funding, questionnaires, surveys, installation, impact, medically underserved area, contracts.