

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n° 235

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

HEBERT Ambre

Née le 5 mars 1991 à VILLECRESNES (94)

Le 19 décembre 2019

**INFLUENCE DES MESURES INCITATIVES A L'INSTALLATION
DES MEDECINS GENERALISTES DANS LES LANDES**

Etude observationnelle auprès des médecins installés et
collaborateurs depuis 5 ans

Directeur de thèse

Docteur Denis PASSERIEUX

Membres du jury :

Professeur Bernard GAY

Docteur Marco ROMERO

Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Docteur Damien SAINTE-CROIX

Docteur Denis PASSERIEUX

Président du jury

Rapporteur

Membre du jury

Membre du jury

Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Bernard GAY, je tiens à vous remercier sincèrement pour votre bienveillance dans l'accomplissement de ce travail.

Marco je te remercie également pour toute l'aide et le soutien que tu m'as apportés dans ce parcours de thèse. A bientôt en terres chalossaises.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH, je vous remercie pour votre disponibilité et d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

Docteur SAINTE-CROIX, je vous remercie pour l'attention que vous avez accordée à mon étude. Votre vision en tant que médecin de santé publique m'a beaucoup apportée.

Denis, je te suis reconnaissante d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m'avoir guidée et d'avoir permis sa réalisation.

Une pensée pour le Dr Paul MEILLON qui a été à mon écoute et m'a guidé vers ce sujet avant de partir à l'étranger.

A ma mère, qui a toujours été présente à chaque étape de ma vie. Je t'aime et te remercie pour tes sacrifices, ton soutien infailible et tes colis remplis de douceurs locales. Tes pensées sont avec moi en ce jour spécial.

A ma sœur, Wallis, qui a toujours su trouver les mots pour me raccrocher à l'essentiel. Merci pour ta pugnacité et ton dévouement ces derniers mois. Je t'aime sœurette. J'en profite pour remercier Victor pour tous ces bons moments passés ensemble.

A ma sœur Marion, je te remercie pour ton amour et ta gentillesse durant mon parcours d'étudiante. Merci à toi également, Laurent, qui a toujours eu cette bonne humeur qui réchauffe le cœur. Grosse pensée à vos petits loups, Adrien et Daphné.

A toute ma famille réunionnaise, la solidarité a été le maître mot des valeurs que vous m'avez inculquées. Merci pour l'aide que vous m'avez apportée.

A Christine et Jérôme, des beaux parents en or. Je suis heureuse d'appartenir à votre famille et je vous remercie pour votre bonté et vos bons petits plats qui m'ont toujours remonté le moral.

A mon homme, Nicolas. Merci mon cœur d'être présent et de m'accompagner à chaque étape de ma vie depuis maintenant 6 ans. Je suis heureuse de t'avoir à mes côtés aujourd'hui.

A mes montois préférés, Marine, Izarne, Gaelle, David, Clément, François. Merci beaucoup pour votre soutien et tous ces bons moments passés ensemble. Je n'oublie pas les autres avec qui le temps s'arrête lorsqu'on se retrouve.

A mes petits poissons, Bérénice et Margot, je vous aime tellement. Vous avez été essentielles dans l'accomplissement de ce travail. Merci pour votre gaieté, votre optimisme et votre soutien. Petite pensée à Bobo qui anime toujours nos retrouvailles.

A la team agenaise mais plus spécialement mes co-internes Simon et Yaya, qui ont rempli chaque semestre de leur bonne humeur. A la team gwada, Alix, Rachel et Marie, merci pour ce fabuleux voyage sous les tropiques.

A Henri qui a accepté de me relire consciencieusement. Merci pour ton soutien et ton aide.

A Marie Laure, merci pour ta bienveillance, ton discernement et d'avoir permis que mon projet se réalise.

A Jean François HITTOS, merci de m'avoir accordé ta succession et offert un cadre de travail parfait pour exercer mon métier.

A mes maîtres de stage, Christophe PEYROU et Patrick DURRIEU, qui ont su me donner l'envie d'être médecin en maison de santé. Merci à vous.

Aux collègues montois, merci de m'avoir soutenue et aidée ces 3 dernières années.

Et enfin, merci au CDOM 40 et particulièrement à Mme PECAUT pour votre soutien et votre précieuse aide.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SERMENT D'HIPPOCRATE	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS	7
ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
1. Les aides contractuelles de l'Etat favorisant l'installation et le maintien des médecins généralistes libéraux en territoire fragile.....	9
a. Le contrat d'engagement au service public (CESP).....	9
b. Le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG).....	9
c. Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)	10
d. Le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR).....	10
e. Le référent installation, rattaché à l'Agence Régionale de Santé (ARS)	10
2. Les aides conventionnelles des caisses d'assurance maladie valorisant l'installation et l'activité des praticiens.....	10
a. L'option démographie issue de la convention 2011-2016.....	10
b. Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM).....	11
c. Le contrat de stabilisation et de coordination médecin (COSCOM)	11
d. Le contrat de solidarité territorial médecin (CSTM)	11
e. Le contrat de transition pour les médecins (COTRAM).....	11
3. Les aides fiscales	12
4. Les aides des collectivités locales avec le soutien du ministère de la santé	12
a. Le financement des maisons de santé pluridisciplinaire (MSP).....	12
b. La valorisation de l'accueil des étudiants en cabinet par le versement d'aides au logement et au transport pour les stages ambulatoires.....	12
5. Situation dans les Landes	13
6. Notre étude	14
a. Justification de l'étude.....	14
b. Objectifs de l'étude.....	14
MATERIELS ET METHODES.....	15
1. La population	15
2. Le questionnaire	15
3. L'analyse des données.....	16
RESULTATS	17
1. Taux de réponse.....	17
2. Caractéristiques de la population	17
a. Sexe.....	17
b. Tranches d'âge	18
c. Répartition géographique des installations	18
d. Faculté d'étude et régime d'internat de la population.....	19

e.	Département de formation en stage ambulatoire.....	19
f.	Remplacement et salariat avant installation	20
3.	Caractéristiques d'installation	20
a.	Année et statut d'installation	20
b.	Modalités d'installation	21
c.	Déterminants au choix d'installation	22
4.	Les mesures incitatives.....	23
a.	Etat des lieux des connaissances	23
b.	Les bénéficiaires des aides : influence et caractéristiques de l'échantillon.....	26
5.	Les commentaires de la population	29
DISCUSSION	31
1.	Discussion de la méthode.....	31
a.	Intérêts de l'étude	31
b.	Limites de l'étude.....	31
2.	Discussion des résultats	32
a.	Les mesures incitatives	32
b.	Changement des pratiques, une tendance générationnelle.....	36
c.	Les tremplins à l'installation : formation et remplacement.....	37
d.	Synthèse et préconisations	40
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES :	47
RESUME	64
ABSTRACT	65

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Répartition de la population selon les tranches d'âge	18
Figure 2 : Répartition annuelle des installations ces 5 dernières années dans les Landes	20
Figure 3 : Contexte d'installation de la population	21
Figure 4 : Structures d'exercice de la population	21
Figure 5 : Evolution des modes d'exercices ces 5 dernières années	22
Figure 6 : Déterminants au choix d'installation (QCM)	22
Figure 7 : Répartition des mesures par année d'installation entre 2014 et 2018	29
Tableau 1 : Sexe ratio de la population	17
Tableau 2 : Faculté et région de formation	19
Tableau 3 : Département de formation en ambulatoire	19
Tableau 4 : Durée du remplacement avant l'installation actuelle	20
Tableau 5 : Salariat avant l'installation actuelle	20
Tableau 6 : Connaissance des aides à l'installation	24
Tableau 7 : Connaissance des mesures incitatives et moyens d'informations	24
Tableau 8 : Connaissance des aides et limites (QCM)	25
Tableau 9 : Etat des lieux des aides utilisées par la population de l'étude	26
Tableau 10 : Mesures incitatives dans le groupe qui n'en a pas bénéficié et niveau d'influence	27
Tableau 11 : Mesures incitatives utilisées par les bénéficiaires des aides et influence dans leur choix d'installation	27
Carte 1 : Répartition géographique des installations des médecins répondants	18

ABREVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
CAIM	Contrat d'aide à l'installation des médecins
CDOM	Conseil départemental de l'Ordre des médecins
CESP	Contrat d'engagement au service public
CFE	Cotisation foncière des entreprises
CGEA	Collège des généralistes enseignants d'Aquitaine
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COSCOM	Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins
COTRAM	Contrat de transition pour les médecins
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSTM	Contrat de solidarité territoriale médecins
DES	Diplôme d'études spécialisées
DMG	Département de médecine générale
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
LOADT	Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire
MSP	Maison de santé pluri-professionnelle
MSU	Maître de stage universitaire
PAPS	Portail d'accompagnement des professionnels de santé
PDS	Permanence des soins
PTMA	Praticien territorial de médecine ambulatoire
PTMG	Praticien territorial de médecine générale
PTMR	Praticien territorial médical de remplacement
SASPAS	Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
ZRR	Zone de revitalisation rurale

INTRODUCTION

La désertification médicale et son impact sur l'accès aux soins de la population, notamment dans nos zones rurales, est un enjeu majeur de notre politique de santé publique.

Depuis le début des années 2000, les politiques locales, régionales et nationales ont proposé des mesures incitatives financières et structurelles afin de pallier le manque de médecins dans nos territoires sous dotés.

Les mesures actuelles émergent de propositions gouvernementales (le premier pacte territoire santé 2012-2015 (1) et le second 2015-2017(2)), de mesures conventionnelles de nos caisses d'assurances maladie (convention 2011-2016 (3) et 2016-2021(4)) mais aussi des aides d'exonérations fiscales et des efforts financiers de la part des collectivités locales.

1. Les aides contractuelles de l'Etat favorisant l'installation et le maintien des médecins généralistes libéraux en territoire fragile

Les aides contractuelles de l'Etat recensées sont :

a. Le contrat d'engagement au service public (CESP)

Créé en 2010 par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (5), puis revalorisé lors des Pactes territoire-santé, ce contrat est accessible aux étudiants, à partir de la deuxième année de médecine.

Avantages : il accorde une allocation mensuelle de 1200 € brut/mois.

Contreparties : l'étudiant s'engage à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée, pendant le nombre d'année égal à celui durant lequel il a perçu l'allocation (2 ans minimum).

b. Le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG)

Introduit par le Pacte territoire santé 1 en 2012 (6), il sécurise les médecins généralistes nouvellement installés, en territoire sous doté, durant leurs 2 premières années d'installation.

Avantages : il permet d'une part le versement d'un revenu complémentaire afin de garantir un revenu mensuel brut fixé par un barème et d'autre part, il offre une protection sociale améliorée en cas de maladie ou de maternité.

Contreparties : le signataire doit en retour pratiquer la tarification conventionnée secteur 1 et s'installer en zone fragile définie par l'ARS.

c. Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA)

Introduit par le Pacte territoire Santé 2 en 2015 (7), il propose un renforcement de la protection sociale pour les médecins (toutes spécialités confondues) s'installant en territoire sous doté.

Avantages : il garantit une rémunération forfaitaire complémentaire en cas d'arrêt maladie ou congé maternité/paternité selon une grille tarifaire.

Contreparties : le signataire doit en retour être conventionné, assurer un minimum de 165 consultations au cours des 3 derniers mois avant l'arrêt et s'engager à se faire remplacer durant la période d'interruption de l'activité.

d. Le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR)

Introduit par le Pacte territoire Santé 2 (8). Il concerne les remplaçants en médecine générale (thésé depuis moins de 3 ans ou non thésé) exerçant en territoire sous doté.

Avantages : il garantit en premier lieu une rémunération complémentaire forfaitaire (versement une fois par an) selon un barème basé sur le nombre de consultation réalisé mensuellement et en second lieu il accorde une protection sociale avantageuse.

Contreparties : le signataire s'engage à réaliser 5000 consultations par an, si temps plein, ou 2500 consultations par an, si temps partiel (consultations faites en garde comprises). Il ne peut y avoir cumul du CESP ou du PTMG avec cette aide.

e. Le référent installation, rattaché à l'Agence Régionale de Santé (ARS)

Dans le pacte territoire santé 1 (1), l'une des mesures a été l'ouverture d'un portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS). Ce service, disponible depuis 2013, propose des informations et des services à tous les professionnels de santé qui ont pour projet de s'installer ou qui sont déjà installés dans la région. Pour cela, il a été nommé un référent installation dans chaque ARS qui se veut être l'interlocuteur privilégié pour toute demande de la part de ces professionnels.

2. Les aides conventionnelles des caisses d'assurance maladie valorisant l'installation et l'activité des praticiens

Les aides des caisses d'assurance maladie sont :

a. L'option démographie issue de la convention 2011-2016

Cette mesure était valable pour toute installation en zone fragile et pour toutes spécialités confondues. Cela concernait les médecins intégrant un groupe médical ou une maison de santé pluridisciplinaire.

Avantages : Une première aide à l'investissement était versée puis une prime d'activité annuelle, dans la limite d'un plafond et pour une durée de 3 ans.

Contreparties : Le praticien s'engageait en retour à exercer pendant 3 ans minimum dans le même cabinet, à participer à la permanence des soins et à faire appel à des remplaçants ou à s'organiser avec un autre praticien pour répondre aux besoins de soins de la patientèle (3).

Depuis la dernière convention de 2016, cette dernière mesure a été remplacée par les suivantes :

b. [Le contrat d'aide à l'installation des médecins \(CAIM\)](#)

Ceci concerne tout médecin exerçant une tarification conventionnée.

Avantages : il accorde une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 50000 € pour une activité de 4 jours par semaine. Le montant est proratisé pour une activité moindre.

Contreparties : le médecin signataire doit exercer en zone sous dotée en offre de soins, à exercer au sein d'un groupement de médecins ou MSP, à participer à la PDS et à rester au même endroit au moins 5 années consécutives (4).

c. [Le contrat de stabilisation et de coordination médecin \(COSCOM\)](#)

Pour tout médecin installé en zone « fragile », ayant une activité conventionnée et exerçant en groupe.

Avantages : il est prévu une rémunération forfaitaire de 5000 €/an. De plus, il est possible d'avoir deux majorations optionnelles de 1 250 €/an si le médecin effectue une activité partielle au sein d'un hôpital local et un revenu de 300 €/mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (proratisé s'il s'agit d'un temps partiel) (4) .

d. [Le contrat de solidarité territorial médecin \(CSTM\)](#)

Il concerne les médecins installés hors d'une zone identifiée par l'ARS et qui exercent au moins dix jours par an en zones « fragiles » afin d'aider ses confrères.

Avantages : il est prévu un versement de + 25% des honoraires tirés des actes conventionnés réalisés dans cette zone et la prise en charge des frais de transport (valable pour tous les médecins libéraux et dont le plafond est placé à 50000 €/an) (4).

e. [Le contrat de transition pour les médecins \(COTRAM\)](#)

Il concerne les médecins âgés de 60 ans et plus (en préparation d'une cessation d'activité), exerçant en zone déficitaire en offre de soins et s'engageant à accueillir au sein de leur cabinet un médecin, de 50 ans ou moins, qui a pour projet de s'y installer.

Avantages : Il est prévu une valorisation de + 10% des honoraires conventionnés (plafond à 20000 €/an) (4).

3. Les aides fiscales

Les aides fiscales émanent du ministère chargé du budget et de l'aménagement du territoire. Nous parlerons dans notre cas du dispositif des zones de revitalisation rurale (ZRR) qui vise à aider le développement économique des territoires ruraux. Ces zones ont été créées par la Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement du Territoire (LOADT) le 4 février 1995 puis de nouvelles orientations ont été définies en 2003 et 2009. Elles sont révisées chaque année par arrêté du Premier ministre (9).

Ce dispositif s'applique pour les médecins libéraux nouvellement installés dans ces zones. Il permet une exonération d'impôt sur le revenu pendant 5 ans puis dégressive sur les 3 années suivantes à 75% puis 50% puis 25%. S'y associe une exonération de leur Cotisation Foncière des Entreprises (CFE).

4. Les aides des collectivités locales avec le soutien du ministère de la santé

Les aides des collectivités locales recensées sont :

a. Le financement des maisons de santé pluridisciplinaire (MSP)

La création des maisons de santé a fait suite à la loi de financement de la sécurité sociale en 2007 (10). Naît d'une expérimentation, le dispositif s'est développé sur le territoire français et fait partie des engagements des différents Pactes Territoire-Santé. Les objectifs étant de favoriser la coordination des soins, rendre attractif les conditions d'exercice et agir sur la qualité de la prise en charge des patients, en territoire fragile (1)(2).

b. La valorisation de l'accueil des étudiants en cabinet par le versement d'aides au logement et au transport pour les stages ambulatoires

Des dispositions relatives aux « docteurs juniors » prévoient des indemnités au logement et au transport pour les stages réalisés en ambulatoire. Ces aides sont versées soit par le CHU d'attachement ou par le conseil départemental de rattachement du lieu de stage. Ces mesures ont été notifiées par décret en 2018 (11).

L'ensemble des aides est répertorié sous forme d'un tableau simplifié et comparatif en ANNEXE 1.

5. Situation dans les Landes

Le département des Landes est le deuxième département le plus vaste de la France métropolitaine après la Gironde. Sa particularité géographique (terres forestières qui occupent 2/3 du territoire) en fait un département à faible densité démographique. On note que la répartition de la population y est inégale, ANNEXE 2. Le découpage des territoires de proximité des Landes (défini par la conférence de territoire de mars 2012 dans le cadre du Projet Territorial de Santé 2012-2016), ANNEXE 3, montre trois territoires dont le classement par ordre croissant de densité démographique est le suivant : Nord-Landes, Est-Landes et Sud-Landes.

C'est un département qui a connu une augmentation de sa population au cours de ces dernières années, particulièrement dans le secteur Sud, et d'autant plus en période estivale. C'est également un département vieillissant. L'ensemble du territoire est concerné, ANNEXE 4, avec des chiffres en hausse pour les personnes de plus de 60 ans entre 2010 et 2015, selon les données de l'INSEE, ANNEXE 5.

En raison de ces 2 derniers facteurs (augmentation et vieillissement de la population) la demande en soins médicaux y est accentuée.

Lorsque l'on observe la démographie médicale du territoire (médecins généralistes), là encore on retrouve une disparité entre chaque secteur, ANNEXE 6, avec des zones enclavées à faible densité médicale.

Enfin, les ANNEXES 7 et 8 montrent la cartographie des zones concernées par les mesures de l'ARS pour l'une et le dispositif ZRR pour l'autre. On constate que la moitié du territoire est éligible aux différentes aides.

6. Notre étude

a. Justification de l'étude

Le département des Landes connaît une disparité démographique de sa population ainsi que de ses médecins généralistes libéraux. Afin d'attirer dans les territoires sous dotés, plusieurs mesures incitatives sont accessibles selon le lieu d'installation. Ainsi, nous pourrions nous demander quel est l'impact effectif des aides à l'installation dans la population des médecins landais ?

Pour pourrions supposer que ces mesures influenceraient seulement une partie des installations actuelles.

b. Objectifs de l'étude

A la lumière de toutes ces données, notre étude vise à **déterminer la proportion d'installation et collaboration ayant bénéficié de mesures incitatives, sur les 5 dernières années dans le département des Landes.**

Les objectifs secondaires vont être de déterminer :

- Le niveau de connaissance des praticiens sur ces aides,
- Le niveau d'influence de ces aides dans le choix d'installation,
- Les facteurs associés au choix du lieu d'installation,
- Une corrélation entre lieu de stage durant l'internat et le lieu d'installation,
- Les modalités d'installation des médecins nouvellement installés.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive et analytique. La population cible est l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés ou collaborateurs dans le département des Landes, de janvier 2014 à décembre 2018.

Une demande d'autorisation de traitement des données a été faite à la CNIL le 6 février 2019.

1. La population

La population cible est constituée de médecins à activité libérale exclusive. Leur installation ou collaboration s'est faite entre janvier 2014 et décembre 2018 dans tout le département des Landes.

La liste a été constituée grâce à la participation du Conseil départemental de l'ordre des médecins 40.

Nous avons exclu de ce groupe :

- Les médecins qui se sont installés à partir de janvier 2014 et qui sont partis avant décembre 2018,
- Les médecins libéraux exerçant dans une structure de soins privée (thermalisme, psychiatrie),
- Les adjoints ou assistants avec contrat à durée déterminée ;
- Les médecins généralistes salariés,
- Les médecins généralistes conventionnés autre que secteur 1.

2. Le questionnaire

Un questionnaire anonyme a été élaboré.

Nous nous sommes inspirés de questionnaires déjà réalisés sur le sujet (12)(13)(14) et avons fait le choix de distinguer 3 parties : une première portant sur les informations personnelles, une seconde axée sur l'installation actuelle (ville, intérêts personnels, année et modalités d'installation) et enfin une troisième partie sur les aides existantes (connaissance, obtention).

Après réflexion, nous avons opté pour un questionnaire de 20 questions afin de ne pas décourager les participants et obtenir un taux de réponse significatif. Une première version a été testée auprès de 6 médecins généralistes landais (2 installés avant 2014 et 4 remplaçants). Les améliorations ont ainsi été apportées à la version définitive puis cette dernière a été envoyée à la population de l'étude.

La mise en forme a été faite avec Google Forms® pour la version en ligne, dont vous trouverez le lien ci dessous :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSchyeKU5jRPU5DDml-NCC-Xy8HTJgGu1tLRi7G57AjAQHnvg/viewform?usp=pp_url

La version en ligne a été diffusée :

- Par une mailing liste créée à cet effet par le CDOM 40,
- Par envoi direct via le groupe des remplaçants du Sud-Ouest sur Google Group®.

Une version papier a été rédigée sous Microsoft Word®, ANNEXE 9, et remise directement au cabinet. Cela concernait les médecins non répondus aux demandes en ligne et aux appels téléphoniques. Le renvoi des questionnaires s'est fait par voie postale (enveloppe timbrée jointe avec le questionnaire et les documents associés).

Une note d'information accompagnait chaque questionnaire, ANNEXE 10.

3. L'analyse des données

Le recueil des données s'est fait jusqu'au 15 mai 2019.

L'ensemble des résultats et l'analyse par question ont été faits avec le tableur Excel® et le logiciel Biostatgv® <https://biostatgv.sentiweb.fr/>. Le test statistique de dépendance, test de Fisher¹, a été mentionné. Il permet de relever des corrélations entre différents critères.

¹ **Test de Fisher** : calcul statistique qui teste l'indépendance entre deux variables qualitatives (hypothèse nulle) d'une table de contingence.

Le degré de signification ou p-value est par définition la probabilité de rejeter à tort l'hypothèse nulle, H0. Avec une P-value < 5%, seuil de signification, on rejette l'hypothèse d'indépendance avec un risque de 5% et on parle alors de « *différence significative à 5%* ».

RESULTATS

1. Taux de réponse

Sur un total de 67 médecins et après application des facteurs d'exclusion, la population était estimée à 63.

Les 4 médecins non retenus comprenaient : 2 travaillant dans un établissement privé (clinique psychiatrique et institut thermal), 1 qui avait changé d'orientation professionnelle au bout de 2 ans et enfin 1 médecin conventionné secteur 2 (médecin du sport).

54 réponses ont été obtenues. Soit une participation de **86 %**, 42 questionnaires en version électronique et 12 questionnaires en version papier.

La répartition géographique par secteur de la population était la suivante :

- Secteur Nord : 9 médecins concernés, 1 non-répondant, soit 90% de participation.
- Secteur Est : 13 médecins concernés avec une participation à 100%.
- Secteur Sud : 41 médecins concernés, 8 non-répondants, soit 80% de participation.

Les non-répondants étaient au nombre de 9, soit 5 femmes et 4 hommes. Ils étaient installés en secteur Sud pour huit d'entre eux et dans le secteur Nord pour le dernier. L'âge et l'année d'installation n'ont pas pu être récupérés.

2. Caractéristiques de la population

a. Sexe

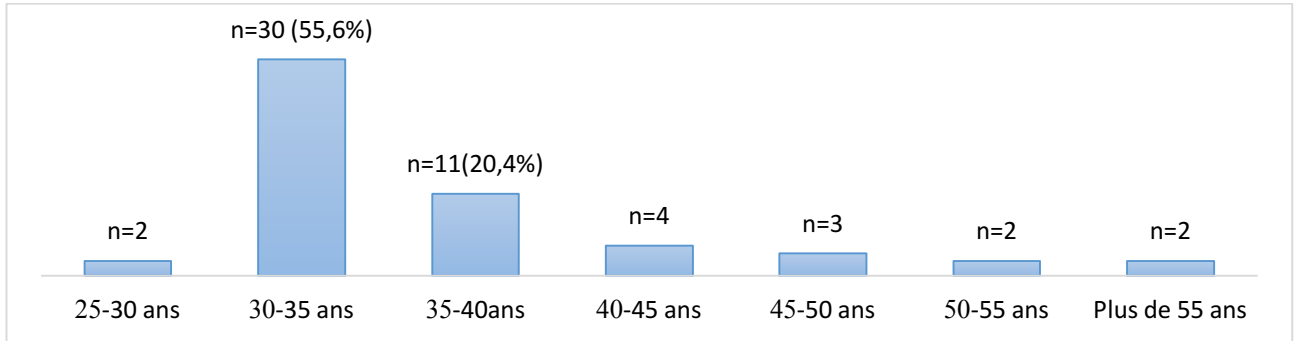
Tableau 1 : Sexe ratio de la population

Population	Sexe ratio
femme	n=35 (64,8%)
homme	n=19 (35,2%)

L'installation des médecins généralistes en libéral ces 5 dernières années dans les Landes était marquée par une féminisation de la profession.

b. Tranches d'âge

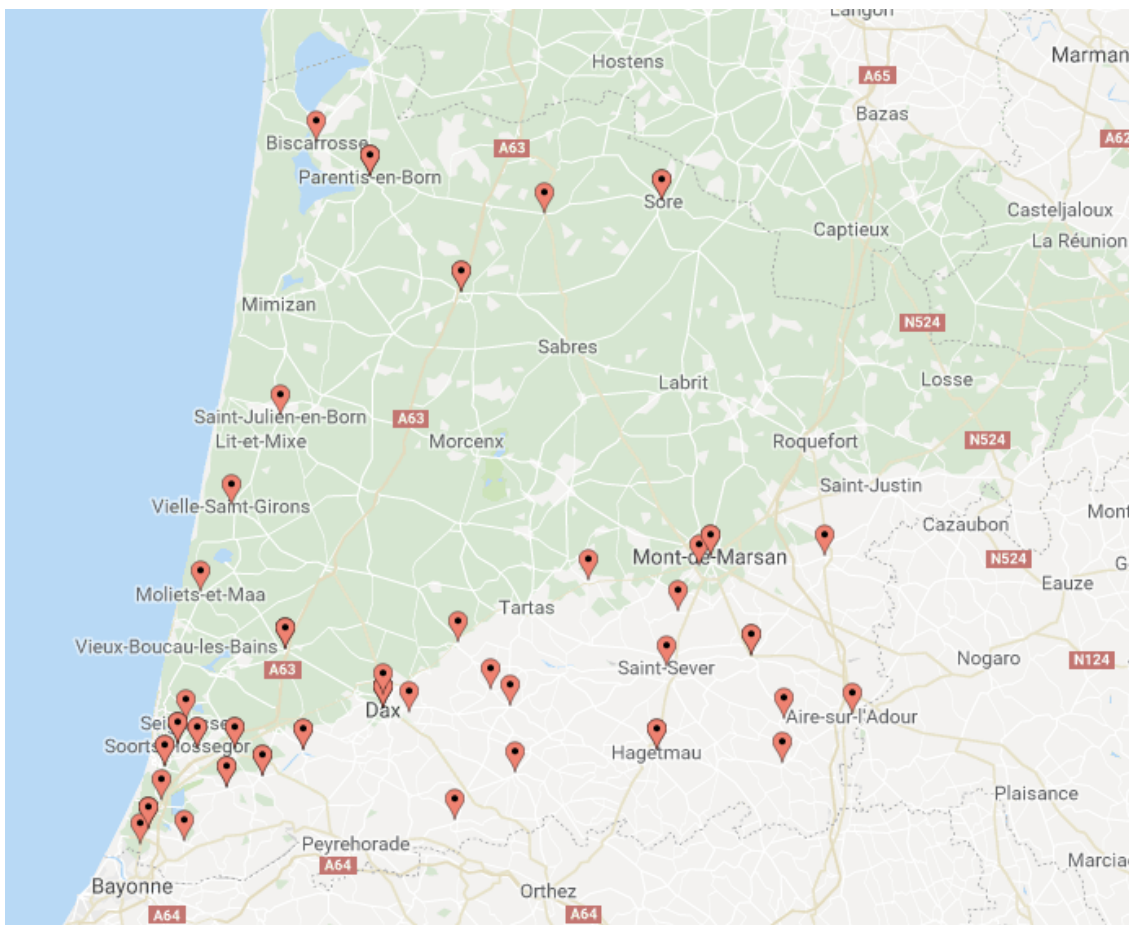
Figure 1 : Répartition de la population selon les tranches d'âge



Selon ces données, on constate que plus de moitié des médecins de l'étude avait entre 30-35 ans au moment du questionnaire.

c. Répartition géographique des installations

Carte 1 : Répartition géographique des installations des médecins répondants



Source : <https://fr.batchgeo.com/>

En raisonnant selon le zonage territorial de santé proposé par l'ARS, ANNEXE 3, les installations se répartissaient comme suit : 61% dans le secteur Sud-Landes (n=33), 24% pour le territoire Est-Landes (n=13) et 15% dans le territoire Nord-Landes (n=8).

d. Faculté d'étude et région d'internat de la population

Tableau 2 : Faculté et région de formation

Faculté d'étude de médecine		Région d'internat	
Bordeaux	n=30 (55,6%)	Aquitaine	n=36 (66,7%)
Toulouse	n=4	Midi-Pyrénées	n=3
Paris	n=4	Rhône-Alpes	n=3
Lyon	n=3	Poitou-Charentes	n=3
Montpellier	n=3	Hérault	n=2
Poitiers	n=2	Ile-de-France	n=2
Strasbourg	n=2	Espagne	n=1
Brest	n=1	Haut-de-France	n=1
Clermont Ferrand	n=1	Ile-de-la-Réunion	n=1
Dijon	n=1	Loire	n=1
Espagne	n=1	PACA	n=1
Lille	n=1		
Limoges	n=1		

On observait que la moitié des participants avait effectué leurs études à la faculté de Bordeaux et 2/3 de la population avait réalisé leur internat en Aquitaine.

e. Département de formation en stage ambulatoire

Tableau 3 : Département de formation en ambulatoire

Stage praticien, niveau 1		SASPAS région Aquitaine	
Landes	n=19 (35%)	Landes	n=4
Gironde	n=6 (11%)	Gironde	n=3
Pyrénées-Atlantiques	n=5 (9%)	Pyrénées-Atlantiques	n=3
Dordogne	n=2		
Lot-et-Garonne	n=2	Lot-et-Garonne	n=1
Non effectué	n=2	Non effectué	n=26 (48%)
Hors Aquitaine	n=18 (33%)	Hors Aquitaine	n=17 (31%)

Quasiment tous les participants avaient effectué un stage ambulatoire de niveau 1. Il y avait proportionnellement plus d'individus qui l'avaient effectué dans le département des Landes lorsque l'internat était réalisé en Aquitaine.

La réalisation du SASPAS était peu représentée dans la population de l'étude.

f. Remplacement et salariat avant installation

Tableau 4 : Durée du remplacement avant l'installation actuelle

Durée du remplacement	
0	n=3
moins de 2 ans	n=14 (25,9%)
2 à 3 ans	n=20 (37,0%)
3 à 5 ans	n=13 (24,1%)
plus de 5 ans	n=4

A l'exclusion de 3 participants, tous les médecins de l'étude avaient effectué un ou des remplacements avant installation.

Les médecins avaient remplacé moins de 5 ans pour plus de 90% d'entre eux. L'analyse par période montre une durée prédominante entre 2 à 3 ans avant l'installation.

Tableau 5 : Salariat avant l'installation actuelle

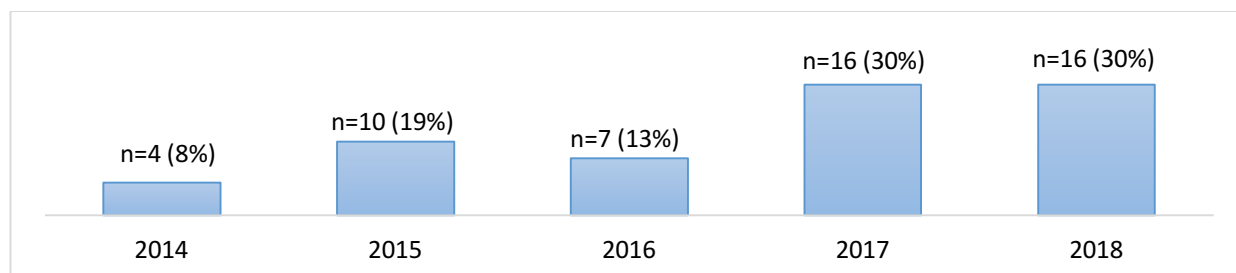
Pas de salariat	n=41 (76%)
Salariat	n=13 (24%)

Le salariat n'avait concerné que ¼ de la population de l'étude et la durée allait de 1 mois à 20 ans.

3. Caractéristiques d'installation

a. Année et statut d'installation

Figure 2 : Répartition annuelle des installations ces 5 dernières années dans les Landes



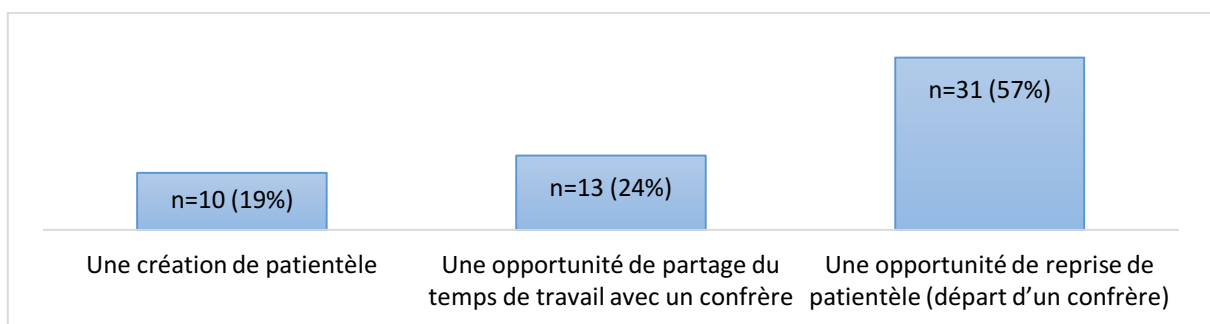
Cette répartition montrait une augmentation des installations en 2017 et 2018.

A la question 15 : « Votre installation concerne » : on notait que pour 76% (n=41) il s'agissait d'une 1^{ère} installation ou collaboration et pour 24% (n=13) d'entre eux, il s'agissait d'une 2^{ème} ou 3^{ème} installation.

Enfin, concernant le statut d'installation, on retenait 17% de collaborateurs (n=9) et 83% (n=45) avec un statut d'associé. L'analyse des statuts de collaborateur montrait qu'au fil des années, les contrats avaient augmenté : 1 en 2015 puis 3 en 2017 et 5 en 2018.

b. Modalités d'installation

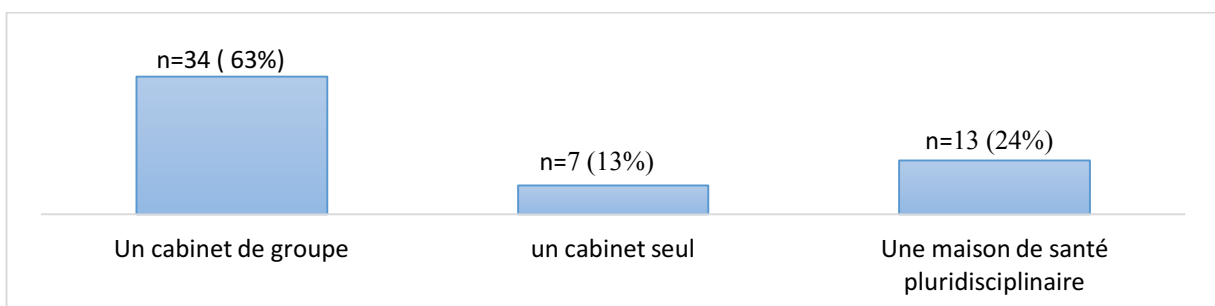
Figure 3 : Contexte d'installation de la population



A propos de ces résultats, on constatait que pour plus de la moitié des cas, il s'agissait d'une « opportunité de reprise de patientèle ».

L'« opportunité de partage du temps de travail » représentait un quart de la population. Le sexe ratio de cette catégorie était le même que celui de l'étude. On constatait qu'à 62 % (n=8) cela concernait un statut de collaborateur et pour 38% (n=5) cela concernait un statut d'associé.

Figure 4 : Structures d'exercice de la population



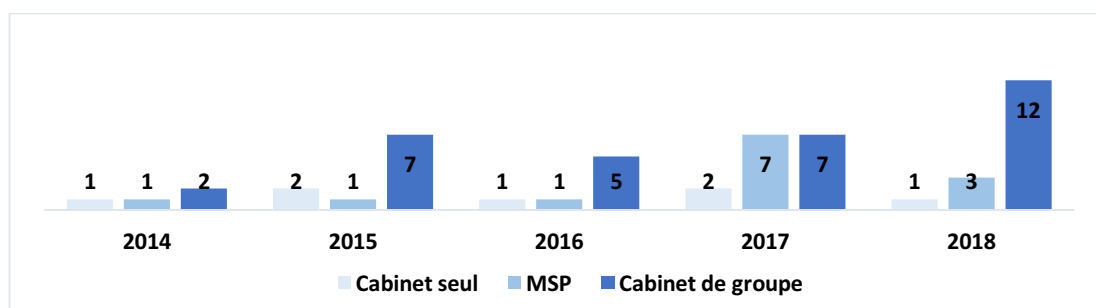
L'exercice en groupe était largement majoritaire (cabinet de groupe ou maison de santé pluridisciplinaire).

La répartition des installations selon la structure d'exercice et le secteur géographique était comme suit :

- Secteur Nord (n=8) : 38% en MSP – 62% en cabinet de groupe
- Secteur Est (n=13) : 38% en MSP – 54% en cabinet de groupe – 8% en cabinet seul
- Secteur Sud (n=33) : 15% en MSP – 67% en cabinet de groupe – 18% en cabinet seul

Ainsi, on observait qu'il y avait proportionnellement plus de MSP dans les secteurs Nord et Est et que l'exercice en cabinet de groupe était la pratique la plus répandue dans les trois secteurs.

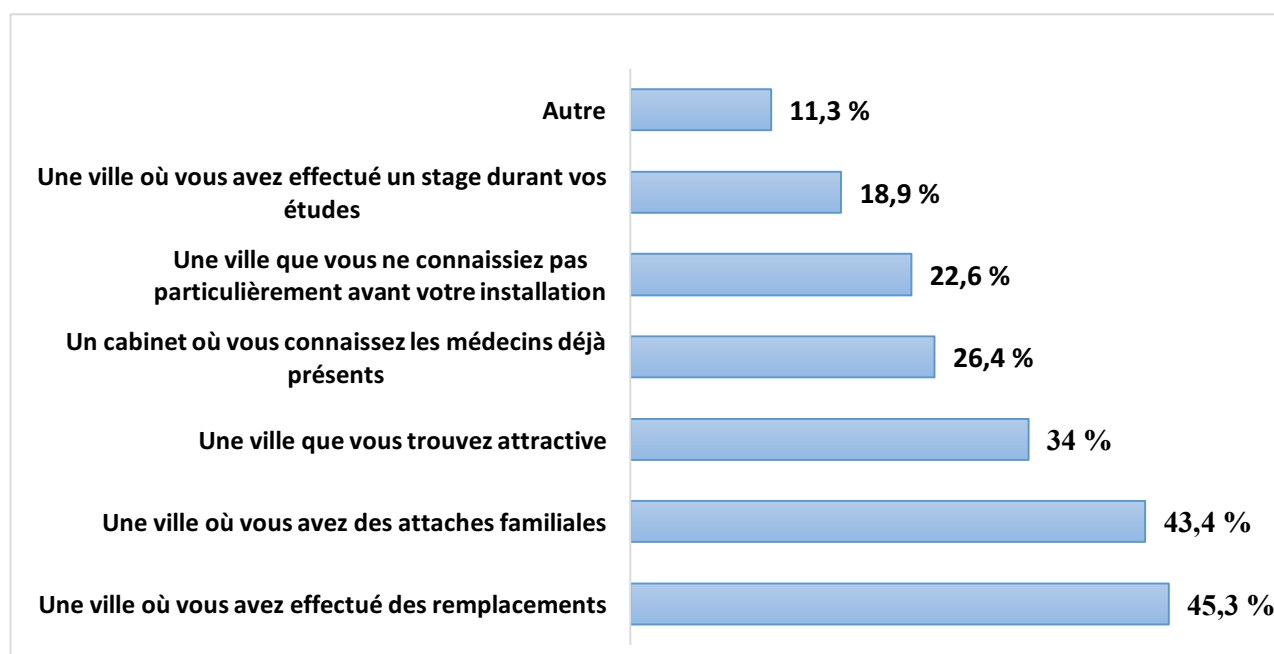
Figure 5 : Evolution des modes d'exercices ces 5 dernières années



L'exercice en cabinet de groupe était stable de 2015 à 2017 avec un rebond en 2018. Quant à l'exercice en MSP, on observait une irrégularité d'installation sur 5 ans et un succès en 2017.

c. Déterminants au choix d'installation

Figure 6 : Déterminants au choix d'installation (QCM)



L'analyse statistique retrouvait les éléments suivants :

Premièrement, on notait quatre corrélations avec le fait d'avoir effectué l'internat en Aquitaine. En effet, on constatait une dépendance avec d'une part, le fait de connaître les médecins présents dans le cabinet d'installation, $pvalue=0,02$. D'autre part, avec le fait d'y avoir remplacé, $pvalue = 0,0005$. De plus, avec le fait de connaître la ville avant installation, $pvalue = 0,001$. Enfin, avec le fait d'avoir effectué un stage dans cette même ville, $pvalue = 0,002$.

Deuxièmement, on relevait le fait que les médecins ayant remplacé moins de 3 ans avaient en premier lieu plus remplacé dans leur ville d'installation, $pvalue = 0,02$ et en second lieu ils déclaraient avoir plus d'attaches familiales dans cette même ville, $pvalue = 0,0004$.

Troisièmement, le fait d'avoir effectué les études à la faculté de Bordeaux était corrélé au fait d'avoir des attaches familiales dans la ville d'installation, $pvalue= 0,03$.

Pour terminer, selon le secteur d'implantation, l'attractivité a été un facteur plus déterminant, mais non significatif, dans le groupe des médecins installés dans le secteur Sud-Landes à 45 % contre 13% pour le secteur Nord et 15% secteur Est. Le fait d'avoir une attache familiale dans la ville d'installation était de 45% pour le secteur Sud, 54% secteur Est et 13% au Nord.

4. Les mesures incitatives

a. Etat des lieux des connaissances

On soulignera d'abord que 34% ($n=18$) de la population de l'étude ne connaissait pas les aides disponibles au moment de l'installation. Ce panel était constitué de médecins qui n'en avaient pas bénéficié.

Les 36 autres répondants, soit 66% de la population avaient déclaré connaître les aides selon la répartition détaillée dans le tableau 6. Ces réponses correspondaient à la question 16 à choix multiple « *Quelles sont les aides que vous connaissez ou que vous avez entendu parler ?* ».

Tableau 6 : Connaissance des aides à l'installation

MESURES INCITATIVES CONNUES	Répartition selon la population totale de l'étude
ZRR	n=35 (65%)
Exonération CFE	n=11 (20%)
CAIM	n=7 (13%)
CESP	n=10 (18%)
PTMG	n=3
Option démographie	n=2
PTMA	n=1

Aucun individu ne déclarait connaître le Référent Installation de l'ARS, ni le contrat PTMR.

L'élaboration du tableau suivant, (tableau 7), faisait suite à la corrélation de 2 questions. D'une part, la question 16 « *Quelles sont les aides que vous connaissez ou que vous avez entendu parler ?* » et d'autre part la question 17 « *Comment avez-vous eu connaissance de ces aides ?* ». Pour chacune de ces questions, les répondants pouvaient cocher plusieurs réponses.

Tableau 7 : Connaissance des mesures incitatives et moyens d'informations

Moyen D'information	Par une tierce personne	Par des recherches personnelles	Par les cours à la fac ou notes d'informations de l'ARS
Aides Connues			
ZRR	n=21 (60%)	n=9 (26%)	n=10 (29%)
Exonération CFE	n=6 (54%)	n=4	n=3
CAIM	n=3	n=2	n=5 (62,5%)
CESP	n=2	n=4	n=7 (70%)
PTMG	n=2	n=1	n=2
Option démographie	n=1	n=1	n=1
PTMA		n=1	n=1

Concernant la voie d'information de ces aides, on constatait deux tendances. D'une part, pour le dispositif ZRR, les confrères ou les comptables avaient joué un rôle prépondérant sur la connaissance de cette mesure, et d'autre part, pour les aides de l'ARS et/ou sécurité sociale pour lesquelles l'information avait été majoritairement délivrée par la faculté ou l'ARS.

A la fin du questionnaire, *question 19*, l'objectif était de faire ressortir quelques limites en lien avec la non sollicitation des aides.

Seulement 43% (n=23) de la population avaient répondu à cette question qui était : « *Si vous connaissiez ces aides, pour quelle(s) raison(s) n'en avez-vous pas bénéficié ? (Cochez les cases correspondantes)* ».

Les résultats étaient les suivants :

Tableau 8 : Connaissance des aides et limites (QCM)

	Les démarches me semblaient complexes	Il m'était difficile de me projeter	La zone géographique d'exercice n'était pas concernée	L'offre n'était pas adaptée à ma situation (nb de jour travaillé, niveau de revenu, durée du contrat)
CESP (n=12)		n=6 (50%)	n=4	n=2
PTMG,PTMA,PTMR, CAIM, option démographie (n=5)	n=1		n=4	
ZRR, exonération CFE (n =21)	n=1		n=17 (81%)	n=3
Référent installation de l'ARS				

La « difficulté de projection » était la principale raison déclarée pour le CESP et la « non éligibilité géographique » pour les aides suivantes : PTMG, PTMA, PTMR, CAIM, option démographie et ZRR/Exonération CFE.

b. Les bénéficiaires des aides : influence et caractéristiques de l'échantillon

Sur l'ensemble des répondants, nous avons 59% (n=32) des médecins qui n'avaient pas bénéficié d'aide à l'installation contre 41% (n=22) bénéficiaires.

Le tableau suivant montre la répartition des médecins bénéficiaires des aides de l'étude.

Tableau 9 : Etat des lieux des aides utilisées par la population de l'étude

MESURES UTILISEES	EFFECTIFS (n=22)
ZRR	n=14 (65%)
Exonération de la CFE	n=1
ZRR + Exonération de la CFE	n=3
ZRR + CAIM	n=1
ZRR + CAIM + PTMG + CESP	n=1
ZRR + Exonération CFE + CAIM + PTMG + PTMA + CESP	n=1
ZRR + CESP	n=1

A l'exception d'un répondant, qui avait un statut de collaborateur, les médecins ayant bénéficié des aides ont tous eu recours au dispositif ZRR.

Les deux tableaux suivants recoupaient 2 questions, à savoir question 18 « *Quelles sont celles dont vous avez bénéficié ?* » et question 20 « *A propos de votre décision d'installation, ces aides ont joué un rôle : Indifférent, Accessoire, Important, Déterminant* ».

Lorsque l'on observait les réponses concernant cette influence des mesures dans leur décision d'installation en fonction des aides bénéficiées, on pouvait distinguer deux groupes.

Le **premier groupe** concernait les médecins non bénéficiaires (*tableau 10*).

Tableau 10 : Mesures incitatives dans le groupe qui n'en a pas bénéficié et niveau d'influence

Influence des aides	Indifférent	Accessoire	Important	Déterminant
Mesures utilisées				
AUCUNE (n=32)	n=29 (91%)	n=3 (9%)		

Cela comprenait 32 participants qui avaient déclaré être majoritairement « Indifférents » aux différentes mesures.

Lorsque l'on recoupait avec le niveau de connaissance, la moitié des médecins avait déclaré ne pas connaître au moins une mesure incitative actuellement disponible. L'autre moitié connaissait majoritairement le dispositif ZRR et pour une faible proportion les contrats CAIM et CESP. Il n'y avait pas d'autre aide connue dans ce groupe.

Le **second groupe** pour les médecins bénéficiaires, concernait 22 individus (*tableau 11*).

Tableau 11 : Mesures incitatives utilisées par les bénéficiaires des aides et influence dans leur choix d'installation

Influence des aides	Indifférent	Accessoire	Important	Déterminant
Mesures utilisées				
ZRR (n=14)	n=5 (36%)	n=3	n=5 (36%)	n=1
Exonération de la CFE (n=1)	n=1			
ZRR + Exonération de la CFE (n=3)	n=1	n=1	n=1	
ZRR + CAIM (n=1)			n=1	
ZRR + CAIM + PTMG + CESP (n=1)			n=1	
ZRR + Exonération CFE + CAIM + PTMG + PTMA + CESP (n=1)			n=1	
ZRR + CESP (n=1)				n=1
Total (n=22)	n=7 (32%)	n=4	n=9 (41%)	n=2

D'une part, on observait 4 médecins qui avaient bénéficié d'un cumul des aides. On notait une influence considérée comme « déterminante » pour l'un et « importante » pour les trois autres.

D'autre part, l'analyse du dispositif ZRR montrait que 95% (n=21) des médecins du groupe en avait bénéficié. Son influence était soit « indifférente » pour 32% (n=7) soit « Accessoire-Importante-Déterminante » pour 68% (n=15) des individus du second groupe.

Ensuite, le recouplement avec le niveau de connaissance de ce groupe montrait que la totalité des individus connaissait le dispositif ZRR puis à plus faible proportion les contrats CAIM, CESP, PTMG et pour un seul médecin les contrats PTMA, COSCOM et l'option démographie.

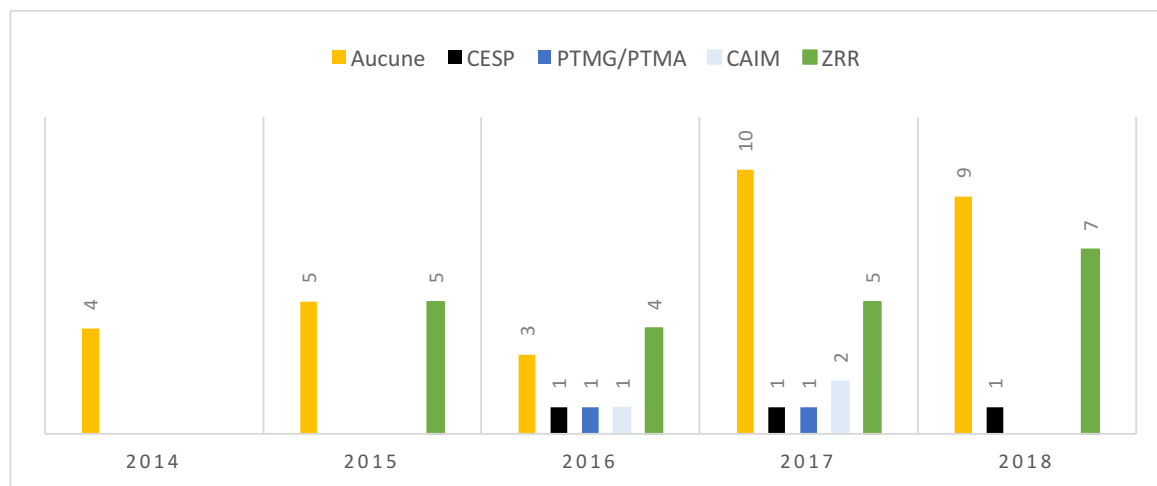
Enfin, lorsque l'on s'attardait sur les chiffres du groupe des bénéficiaires par secteur géographique, on retrouvait la répartition suivante :

- Secteur Nord (n=7) : 50% avait estimé ces aides « importantes » et 50% était indifférent
- Secteur Est (n=11) : 62% exprimait l'influence positive contre 38% d'indifférents
- Secteur Sud (n=4) : 15% estimait l'aide « accessoire » et 85% d'indifférents. On peut comprendre ces résultats car cette zone ne comprend pas de territoire éligible aux aides.

La cartographie d'installation de ces deux groupes est disponible en ANNEXE 11.

D'un point de vue chronologique, voici un graphique qui permet de se rendre compte entre 2014 et 2018 des mesures incitatives utilisées par la population.

Figure 7 : Répartition des mesures par année d'installation entre 2014 et 2018



Ce graphique montrait que les mesures n'avaient pas été utilisées en 2014.

En 2015, la moitié des installés avaient bénéficiés du dispositif ZRR.

En 2016, 4 médecins avaient eu recours aux aides (dont l'un d'eux qui avait obtenu un cumul des aides de l'ARS associé au dispositif ZRR).

En 2017, sur les 16 installations, plus de la moitié n'avait pas eu recours aux mesures. Il y avait 6 bénéficiaires (dont l'un qui avait cumulé les mesures de l'ARS toujours associé au dispositif ZRR et un autre qui avait obtenu le CAIM et le dispositif ZRR).

En 2018, sur les 16 installations, plus la moitié n'avait pas bénéficié des aides et les autres avaient eu recours au dispositif ZRR dont l'un avec cumul du CESP.

5. Les commentaires de la population

A la fin du questionnaire, dans la partie commentaires libres, 20 avis étaient laissés, ANNEXE 12.

D'une part, la moitié des commentaires réclamait « plus d'informations claires et personnalisées » autour des mesures incitatives et exprimait un « manque de renseignement sur les médecins qui peuvent en avoir le droit ». Trois répondants spécifiaient la nécessité d'améliorer « la diffusion de ces aides ». Pour l'un d'eux, il relevait que « le conseil de l'ordre » pourrait jouer un rôle dans ce sens. Il suggérait que leur connaissance pouvait passer par le biais d'un « cours dédié » pendant l'internat.

De plus, pour trois répondants, ils avaient été informé, par leur comptable, seulement après l'installation, de l'éligibilité au dispositif ZRR. Pour l'un, il n'y aurait pas eu d'influence, s'il en avait eu connaissance, car le choix avait été fait « en fonction de sa vie familiale » et

pour l'autre, pas d'influence non plus car c'était avant tout un désir « d'exercer à la campagne ». Le dernier déclarait que cette mesure avait été « rassurante ».

D'autre part, un médecin installé en MSP relevait le fait qu'il pouvait être difficile de *manager* une association entre libéraux dans une telle structure et émettait l'idée que « le salariat » pouvait répondre à la désertification médicale.

Enfin, un répondant également installé en MSP parlait d'une possible « revalorisation de la médecine générale » d'autant plus en zone « semi rurale et rurale » pour répondre au problème des territoires sous dotés en offre médicale.

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

a. Intérêts de l'étude

La désertification médicale est actuellement un véritable enjeu de santé publique. Pour essayer d'y remédier, les gouvernements successifs ont proposé différentes mesures incitatives au fil des années.

Plusieurs thèses portant sur les facteurs déterminants à l'installation et sur l'impact des aides ont été présentées ces dernières années (12–22). Toutefois, il n'existait pas d'étude faite à l'échelle du département des Landes ; département qui connaît une croissance démographique, principalement côtière, et un vieillissement de sa population contribuant à l'augmentation de la demande de soins.

La méthode descriptive transversale a permis de recueillir et décrire des phénomènes autour de l'installation des médecins entre 2014 et 2018 : les modalités de l'installation, le profil des médecins installés, les facteurs déterminants à cette installation et la place des mesures incitatives dans la phase d'installation.

Le recrutement a pu être fait grâce à la collaboration du CDOM 40 qui a envoyé une première fois le questionnaire en ligne. Les médecins avaient été relancés une première fois par mail, une seconde fois par appel téléphonique et une dernière fois de visu ou par retour postal du questionnaire mis dans leur boîte aux lettres.

L'échantillon représente 86% (n=54) de la population cible (n=63), ce qui correspond à une bonne représentativité des médecins installés entre 2014 et 2018 dans le département.

b. Limites de l'étude

Comme pour toute étude descriptive, les limites méthodologiques restreignent la portée des résultats. Par conséquent, aucune interprétation causale ne pourra être valable et seules des hypothèses pourront être émises.

Afin de préciser les facteurs de causalité sur l'influence des mesures incitatives à l'installation, nous aurions pu d'une part renforcer le questionnaire par des questions plus précises et intrusives au risque de limiter le nombre de participants et d'autre part, une étude qualitative aurait apporté des éléments plus exhaustifs sur les motivations d'installations des médecins récemment installés.

Dans ce travail de thèse, on relèvera les biais suivants :

- D'une part, des **biais de sélection** :

Après application des critères d'exclusions, 9 médecins sont restés non répondants malgré plusieurs relances.

Au vu du pourcentage de réponse par secteur géographique, il est possible que les médecins qui ont bénéficié des mesures ont été plus sensibles à mon travail de thèse.

- D'autre part, des **biais d'information** :

D'abord par la difficulté de **compréhension** du titre du questionnaire (ANNEXE 8). En effet, 2 répondants ont relevé le fait que les termes « depuis 5 ans » ont porté à confusion. Ils ne se sont pas considéré inclus dans l'étude, malgré la note d'information accompagnante (ANNEXE 9). L'utilisation des termes, « installés entre janvier 2014 et décembre 2018 » ou « installés à partir de janvier 2014 » auraient pu être plus adaptés. Ce facteur d'information a possiblement contribué au biais de sélection. Ce risque aurait pu être réduit par l'envoi d'un nombre de questionnaire test plus important au préalable de l'envoi définitif.

- Ensuite, on constate de possible **biais de mémorisation** concernant les questions ouvertes, sur la durée de remplacement et de salariat, qui sont exprimées par nombre de mois ou d'années.
- Enfin, des **biais de déclaration** et des **biais de désirabilité sociale** peuvent être présents, bien que les questionnaires soient anonymes.

2. Discussion des résultats

Cette étude, du fait d'une bonne représentativité de la population cible, a permis d'atteindre l'objectif principal, à savoir de déterminer la proportion des installations landaises en médecine générale ayant bénéficiée des mesures incitatives entre 2014 et 2018. Les objectifs secondaires ont contribué à déterminer le niveau de connaissance et d'influence de ces aides dans la phase d'installation et à préciser des facteurs influençant le choix d'implantation des médecins répondants. Ainsi, au vu des résultats présentés, on constate qu'une partie de la population a été influencée par les mesures actuellement en place.

a. Les mesures incitatives

Lors de l'analyse des résultats de l'étude, concernant les mesures incitatives, nous avons par logique fait ressortir deux groupes avec des données distinctes.

PREMIER GROUPE : MEDECINS QUI N'ONT PAS BENEFICIE DES AIDES

Nous retiendrons de ce travail qu'il existe une grande méconnaissance et indifférence vis à vis des aides à l'installation actuellement disponibles dans ce groupe de médecins landais.

On observe que ces derniers sont quasiment tous implantés dans le secteur Sud de la côte landaise qui semble représenter un attrait majeur, ANNEXE 11 et 13.

En ce sens, on constate d'une part que la diffusion des aides est manquante tout au long de notre internat. Dans la thèse de FOUCAULT portant sur « *La connaissance et attractivité des mesures incitatives à l'installation chez les internes de médecine générale de la faculté d'Amiens* » en 2018(15), il est mentionné qu'un défaut d'information était présent chez tous les étudiants, peu importe leur niveau d'avancement dans le DES. Ce manquement dès le début de l'internat peut donc être un frein sur l'influence que pourrait apporter les mesures incitatives au moment de l'installation.

D'autre part, le second frein à relever est la multiplicité et la difficulté de compréhension de toutes ces aides. Dans la thèse qualitative de DUPONT sur « *Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale des médecins installés de l'Aisne, l'Oise et de la Somme* » en 2017(16), ces mesures sont qualifiées de « trop sélectives » sur le lieu et le mode d'exercice attendus rendant difficile leur accès. Il en est de même pour celle de DECORDE sur « *Les déterminants à l'installation en médecine générale des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin* » de 2011 (12) qui décrit des mesures « mal connues » et « jugées inadaptées ».

Pour palier à cette méconnaissance, la mise en place du référent installation, depuis 2013, a pour but de centraliser l'information à travers les PAPS. Néanmoins, entre les résultats de notre étude et les thèses sur la connaissance des aides, ou sur les facteurs déterminants à l'installation, on ne retrouve pas un niveau de connaissance plus avancé pour autant.

Concernant l'influence des mesures incitatives financières, on note dans une étude faite chez les *médecins en zone fragile en pays de Loire entre 2008 et 2013* qu'elles n'avaient pas eu d'influence dans le choix d'installation (13). Depuis, les travaux faits autour des facteurs déterminants à l'installation citent ces aides comme pertinentes mais insuffisantes à elles seules pour être un facteur déterminant(14)(15).

Il est donc illusoire de croire que l'aspect financier pourrait répondre à lui seul au problème de désertification médicale, c'est d'ailleurs ce qu'indique une synthèse de la littérature sur « *les motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux* » de 2011(17) concernant le critère revenu qui semble être secondaire pour la nouvelle génération d'omnipraticiens. En effet, toujours selon ce travail nous sommes actuellement dans une ère où les médecins généralistes souhaitent consacrer plus de temps à leur vie privée. Ce désir de concilier vie professionnelle et vie privée influence indéniablement la localisation d'installation d'un nouveau médecin généraliste.

L'importance de cette qualité de vie est déterminée par les facteurs familiaux et l'aménagement du territoire.

A la lecture des thèses sur *les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine* de LOUYOT en 2016(18) ou *des internes en médecine générale de Lyon* de MEUNIER en 2014 (19) on note la place déterminante de l'intégration familiale. Il est important que le(la) conjoint(e) puisse avoir accès à un emploi, qu'il y ait des infrastructures

types crèches, écoles, services administratifs et centres culturels accessibles. En effet, au delà du fait d'attirer un médecin dans un territoire, il est déterminant de pouvoir l'y maintenir et pour cela, c'est une zone attractive qu'il faut lui présenter.

En résumé, le manque d'information autour des mesures incitatives fait défaut. Il serait donc souhaitable qu'une meilleure diffusion et de manière plus précoce soit proposée dans le parcours de l'étudiant. De même, la limitation des mesures les rendrait plus lisibles.

De plus, si les médecins de ce groupe avaient eu connaissance des mesures, il n'est pas certain que cela aurait changé les choses. En effet, ils sont installés principalement au niveau d'une zone côtière où l'attractivité du territoire y est importante.

Il est donc essentiel que les collectivités territoriales (région, départements, communes) et les établissements publics de coopération inter communale (communautés d'agglomération et communautés de communes) compétents agissent pour l'attractivité et l'aménagement du territoire en collaboration avec l'ARS.

SECOND GROUPE : MEDECINS BENEFICAIRES DES AIDES

Dans ce groupe, on apprend que la totalité des répondants avaient connaissance des aides, à l'exception d'un médecin, et ils avaient tous eu recours au dispositif ZRR. Ils étaient proportionnellement plus installés au sein de MSP et en territoire Nord et Est du département.

Premièrement, dans ce groupe, la connaissance des mesures existantes est passée principalement par l'échange avec un confrère ou grâce aux informations de leur comptable. Ces sources sont également retrouvées dans la thèse qualitative de BRABANT sur « *l'influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées* » (20) de 2013 qui met en avant un « bouche à oreille entre confrères » prédominant suivi de recherches personnelles dans l'obtention d'informations. En corrélation avec les résultats de notre étude, on constate que les médecins bénéficiaires des aides sont plus informés de l'existence de mesures incitatives à l'installation que le premier groupe.

La première hypothèse est que ces derniers, intéressés par l'exercice en milieu rural ou semi rural en zone éligible, ont échangé avec des confrères du même territoire qui en avaient également bénéficié. La seconde hypothèse est que pour les médecins qui ont souhaité s'installer uniquement en zone éligible, ils ont effectué des recherches en ce sens pour connaître l'ensemble des mesures et les zones d'obtention.

Nous préconisons, à nouveau, une harmonisation des connaissances autour de ces mesures incitatives dans la population des jeunes médecins généralistes

Deuxièmement, nous avons discuté plus haut, de la part négligeable voire nulle que représente l'influence des aides incitatives dans le choix d'installation. Les jeunes médecins n'en sont pas moins désintéressés comme nous montre une enquête récente sur les *déterminants à l'installation* faite à l'échelle nationale par le CNOM et les syndicats de jeunes

médecins (21). Les résultats nous dévoilent en effet que les mesures sont jugées importantes mais non déterminantes.

Qu'en est-il concernant le rapport entre ces mesures et les médecins installés en zone sous dotées ? Pour cela, reprenons le travail de BRABANT sus cité (20) qui est une étude qualitative auprès de médecins installés en territoire fragile dans toute la France. Il en ressort que les aides ont été particulièrement importantes avec un « effet d'aubaine », lorsque le médecin appréciait la mesure lorsqu'il pouvait en bénéficier, voire déterminante avec un rôle de « recrutement », lorsque le médecin choisissait sa ville d'implantation en fonction des mesures accordées.

Un « effet d'aubaine » qui est constaté depuis quelques années dans plusieurs travaux. Auprès des internes d'Amiens lorsqu'on les interrogeait sur les déterminants à l'installation en 2018 par FOUCAULT (15) ou auprès des médecins ayant bénéficié du CESP fait en 2017 par PHELIPPOT (22).

Cette notion est également pointée du doigt dans un rapport du Conseil Economique Sociale et Environnemental sur le thème des *Déserts Médicaux* (23) où une préconisation recommande l'arrêt des effets d'aubaine excessifs et recommande une limitation raisonnée de ces dernières pour des profils particuliers.

Ces arguments nous amènent donc à nous interroger sur le comportement opportuniste que les mesures suscitent au moment de l'installation et nous fait soulever la question de la pérennité de ces installations qui ont bénéficié des aides.

Troisièmement, la mesure incitative en lien avec la mise en place de structures attractives, appelées Maisons de santé Pluridisciplinaires, en territoire sous doté semble avoir un certain succès.

En effet, afin de lever les freins à l'installation en zone rurale, l'émergence de MSP s'est faite de manière massive sur le territoire français. On en comptait 174 en 2012 contre 910 structures en 2017 à l'échelle nationale (24). Les freins auxquels pallier sont décrits dans la thèse de ARNAUD et THIRON réalisé en 2013 (25). On y mentionne des craintes vis à vis de l'isolement professionnel, du risque de surcharge de travail ainsi que le refus d'exercer seul en cabinet. Ces structures permettent, du côté professionnel, d'apporter une coordination des soins autour d'un projet de santé et d'offrir une organisation du temps de travail personnalisé. Du côté patientèle, elles assurent une qualité mais aussi une continuité des soins et ceci de manière constante. Néanmoins, on constate dans un travail de 2018 de DELEMARLE sur « *les maisons de santé pluri-professionnelles : connaissances et attractivité chez jeunes médecins généralistes du Nord Pas de Calais* » (26) que le niveau de connaissance sur les MSP est faible et leur définition est parfois insuffisante ou erronée chez les répondants qui avaient tous terminés leur internat.

Afin d'accentuer l'attractivité des MSP, il serait intéressant de prévoir une promotion de ces structures durant le DES de médecine générale. Par exemple, assurons-nous que les médecins des MSP soient d'avantage MSU et qu'à travers un cours universitaire sur les modes d'exercice

actuels, des informations soient données aux étudiants sur la pratique et les attentes d'un tel établissement.

En résumé, les aides sont jugées importantes. Elles offrent un « effet d'aubaine ». Mais elles soulèvent un questionnement du maintien de l'installé une fois que celles-ci arrivent à leur terme.

Aucune donnée n'est actuellement disponible concernant l'avantage fiscal en lien avec le dispositif ZRR. Que ce soit sur le nombre de médecins concernés que sur le niveau d'influence propre à cette mesure.

b. Changement des pratiques, une tendance générationnelle

INFLUENCE DE L'EXERCICE EN GROUPE

L'essentiel de la population de l'étude exerce en groupe, que ce soit en cabinet ou en MSP.

Ce mode d'exercice découle d'une volonté de se rassembler pour : favoriser le partage d'expérience, préserver la qualité de vie personnelle, partager les charges administratives et faciliter la continuité des soins (17). Ainsi, dans les différentes thèses déjà citées sur les déterminants à l'installation, il est mentionné de manière constante ce désir d'exercer avec des confrères.

En ce sens, la subvention annuelle dédiée à une MSP dépend de la mise en place d'un projet de santé. Ce dernier doit être formalisé afin d'attester de la collaboration entre les différents professionnels de l'équipe. En comparaison, l'exercice en cabinet de groupe n'est soumis à aucun cadre de fonctionnement.

Pour ces structures non labellisées MSP, il pourrait être proposé une contractualisation par l'ARS afin de valoriser la coordination des soins en libéral. Une offre plus flexible, qui proposerait un niveau de subvention différent par exemple.

L'un des facteurs de l'essor de l'exercice en groupe a été la féminisation de la profession. Cette tendance, toutes spécialités confondues, s'accroît au fil des années. Au 1^{er} janvier 2018, *l'Atlas de la démographie médicale du CNOM* parle d'une féminisation d'omnipraticien prépondérante chez les jeunes médecins et d'une croissance de la proportion de femmes médecins généralistes entre 2010 et 2018 qui est passée de 39,2% à 48,2% à l'échelle nationale (27). Il en est de même dans notre étude où les femmes représentent plus de la moitié de la population.

Ce phénomène a suscité plusieurs travaux sur les changements de la dynamique professionnelle que cela avait entraîné. En 2005, un article portant sur la *féminisation du corps médical* (28) évoque la fin d'une « disponibilité permanente » envers les patients et une

adaptation progressive du rythme de travail avec l'instauration de consultations sur rendez-vous et des horaires plus allégés. Tout ceci correspondait à une volonté principale de concilier vie professionnelle - vie privée et très vite, ces pratiques sont devenues générationnelles, intéressant autant les hommes que les femmes.

STATUT DE COLLABORATEUR

Dans notre travail, 2017 et 2018 ont été les années durant lesquelles il y a eu plus d'installations. On constate également une part de statut de collaborateur plus importante en comparaison aux précédentes années.

Ce statut, mis en place en 2005, permet au médecin thésé d'exercer, en toute indépendance, sa propre activité professionnelle. Il est rattaché à un médecin titulaire qui lui met à disposition les moyens matériels et humains pour son exercice. C'est un compromis entre l'installation et le remplacement qui demande un reversement mensuel de charges sans investissement ni engagement demandés en tant qu'associé. Il peut être à durée déterminée ou indéterminée et rompu à tout moment.

Ce statut semble trouver sa place et son importance dans des études déjà citées. Des médecins répondants qui étaient satisfaits d'être passés par cette étape avant l'installation(29) ou d'autres qui mettaient en avant la stabilité d'exercice et de revenus que cela représentait avant la décision d'installation définitive (30).

En résumé, ce statut est une alternative à l'installation. Il est même compatible avec les aides proposées par l'ARS. Il serait intéressant d'avoir l'état des lieux actuel et l'évolution au cours des années que ce statut représente en médecine générale libérale. Pour aller plus loin, il serait bon de pouvoir obtenir les facteurs motivant la demande de ce statut et les freins exprimés au passage du statut de collaborateur vers le statut d'associé.

[c. Les tremplins à l'installation : formation et remplacement](#)

INFLUENCE DU LIEU DE FORMATION

La moitié des participants ont réalisé leur parcours universitaire à la faculté de Bordeaux et deux tiers d'entre eux ont effectué leur internat en région Aquitaine.

Une étude de l'Insee en 2012 sur la *Localisation des médecins généralistes français entre 1997 et 2002* (31) mentionne un « *comportement de sédentarité* » de la part des médecins qui ont tendance à s'installer dans la région de leur thèse.

L'un des facteurs explicatifs est l'influence du stage ambulatoire que réalise l'étudiant durant sa maquette de DES. Instauré dès la mise en place de l'internat de médecine générale en 2004, ce semestre en ambulatoire constitue un rôle majeur dans le projet d'installation en libéral des étudiants.

Dans la thèse de COUDREUSE (30) sur *l'influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur le projet d'installation des internes de Grenoble* en 2012, les résultats montrent que le stage permet de mieux appréhender l'exercice de la médecine générale en libéral et permet de préciser son projet professionnel. Dans un autre travail réalisé auprès de généralistes installés en zone rurale bretonne, BOURRE (32) relève le caractère privilégié de la relation avec le maître de stage et l'acquisition d'une « sérénité » d'exercice dans la zone de formation qui ont été déterminant au projet d'installation pour les sujets de l'étude.

Quant au stage SASPAS, il a été peu réalisé par les participants de notre travail. En effet facultatif avant novembre 2017, il n'y avait pas suffisamment de place pour l'ensemble des étudiants de médecine générale. En 2011, un article de la revue « *Exercer* » portant sur *L'influence du SASPAS dans les débuts et modalités d'exercice des étudiants brestois* (33) soulève le fait que ce stage améliore deux points importants. D'une part, il permet d'accroître la confiance en soi et la sérénité d'exercice. D'autre part, il confère une qualité de la relation médecin-patient et entre professionnels de santé. Ainsi, cette étude fait ressortir une influence positive sur le désir d'installation à court ou moyen terme après la réalisation de ce stage.

Au total, la réalisation de ces deux semestres en ambulatoire semble complémentaire afin de parfaire la formation libérale et permettre aux étudiants de se projeter.

L'accessibilité à ces stages passe par le recrutement de MSU. En 2017, VANDENBAVIÈRE (34) rédige sa thèse sur *la diffusion du site www.medecinmsu.fr* et rappelle le mode de recrutement de ces derniers en Aquitaine. Pendant des années, l'information passait par le bouche-à-oreille entre confrères MSU ou adhérents du CGEA mais la progression n'était pas suffisante. En effet, les effectifs d'étudiants ont continué à augmenter et la nécessité de recrutement fut grande, que ce soit pour l'accueil d'externe, du deuxième cycle, que pour les internes du troisième cycle. De fait, une vaste campagne d'information a été lancée par le DMG, le CGEA et parfois avec l'aide des conseils départementaux, à partir de 2012. Elle continue aujourd'hui par la diffusion complémentaire d'information interactive disponible sur internet, comme le site en lien ci dessus. Depuis 2017, leur nombre est en forte croissance, comme en atteste un communiqué du CNGE de 2018 (35), qui assure les formations pédagogiques.

L'importance de la formation de la médecine générale en ambulatoire demande des efforts de recrutement des MSU. La faculté, les collèges de médecine générale (CNGE, CGEA), les départements et même l'ARS (« la formation des jeunes » fait partie du cahier des charges des MSP) sont actuellement dans la boucle de promotion du statut de MSU. Est ce que pour élargir l'information, nous pourrions envisager d'y inclure la CPAM (organisme commun à tous les médecins généralistes libéraux conventionnés) ?

INFLUENCE DU REMPLACEMENT

La moitié des médecins de l'étude sont âgés entre 30 et 35 ans. De plus, ils sont quasiment tous passés par l'étape de remplacement avant l'installation, pour la moitié cette période a duré moins de 3 ans.

Premièrement, on constate que les médecins de l'étude sont jeunes. En effet, la tendance nationale de l'âge moyen d'installation des médecins libéraux recule progressivement avec en 1980 une moyenne de 32 ans et 37 ans en 2016(36).

Deuxièmement, on retient que la période de remplacement est incontournable. L'étude nationale *Remplact 3* (37) met en avant les avantages du remplacement et son importance dans notre système de soins (liberté d'organisation du temps de travail, charge administrative simplifiée, découverte de différents mode d'exercice, participation à la continuité des soins). De plus, on relève que pour le plus grand nombre, cette phase est considérée comme une transition avant l'installation. Les médecins répondants ont déclaré en majorité avoir un projet à court ou moyen terme. Cette phase est également considérée comme un facteur déterminant dans de nombreuses thèses déjà cités. Après des internes, c'est une période souhaitée à la fin de l'internat (19), elle permet de préciser le type d'exercice voulu (38) et est désignée comme influenceur positif dans la décision d'installation (16).

Cette étape est donc un tremplin qui permet la découverte de différents modes d'exercice, de découvrir aussi un territoire et de pouvoir bénéficier d'une opportunité d'exercice (suite au départ d'un confrère ou d'un partage du temps du travail ou d'une création de patientèle).

En ce sens, le statut de remplaçant a été valorisé par la mise en place du contrat de PTMR, pour un exercice en zone fragile. Une compensation financière comparable aux congés payés des salariés, sous forme d'un forfait versé sous condition d'un minimum de 2500 consultations par an. Depuis sa mise en place, le succès n'est pas au rendez-vous du fait de lourdes contreparties « difficilement réalisables »(39) associées pourtant à une prévoyance (congés maternité et congés maladie) plus qu'intéressante chez des praticiens jusque là délaissés en terme de protection sociale.

Il est donc important de valoriser le statut de remplaçant en territoire sous doté, par le versement d'un complément de revenus certes mais basé sur des objectifs atteignables pour le médecin signataire. Cela pourra d'une part renforcer le recrutement de médecins en zone fragile, qui participeront à la continuité des soins, et d'autre part favoriser un projet d'installation.

d. Synthèse et préconisations

Nous pouvons conclure ce travail de thèse en distinguant quatre facteurs influençant l'installation des médecins généralistes landais.

Premièrement, le facteur financier.

Ce facteur n'a eu d'influence que pour le second groupe qui a eu recours à une ou plusieurs aides à l'installation. A contrario, il a été non déterminant pour le premier groupe qui n'en a pas bénéficié.

En conséquence, nous préconisons, une simplification et une meilleure diffusion des mesures actuellement disponibles.

Dans un premier temps, la simplification paraît indispensable car les aides n'ont pas toutes eu le même succès. Dans notre travail, on constate que le dispositif ZRR a été utile ainsi que le CESP, dans une moindre mesure. De fait, on peut raisonnablement douter de l'efficacité des contrats de PTMG, PTMA, CAIM, COSCOM, Nous pourrions donc envisager de supprimer celles qui ne remplissent pas les objectifs attendus et nous concentrer sur les attraits des mesures les plus utilisées. Ainsi, il pourrait en ressortir des mesures moins nombreuses et plus pertinentes.

Dans un second temps, la diffusion serait d'autant plus effective après une large simplification. Les données montrent une multitude d'aides et une majorité non connues. Il est donc opportun d'accroître les connaissances de ces dernières auprès des étudiants et des praticiens.

Deuxièmement, le facteur environnemental.

L'étude montre que pour le premier groupe, le facteur environnemental, qui comprend l'attractivité du territoire et l'intégration familiale, a primé.

Ce facteur est toutefois indépendant des autorités de santé.

Seule une concertation entre les autorités locales et nationales compétentes pourrait agir dans la mise en place d'une politique d'aménagement du territoire favorable à l'installation des médecins en territoire sous doté.

Troisièmement, le facteur formation.

Ce facteur comprend la formation ambulatoire et la période de remplacement.

Le cumul des stages ambulatoires semble favoriser les projets d'installation en zone sous dotée. Néanmoins il serait souhaitable d'encourager le recrutement de MSU dans ces zones pour étendre l'offre de stage. Ainsi, les étudiants pouvant réaliser un semestre auprès de ces MSU pourraient plus aisément faire le choix de s'y installer.

S'agissant des remplacements, nous constatons que cela représente une période cruciale avant l'installation. Si sa pratique est largement étendue, il nous paraît logique de poursuivre dans cette voie en valorisant le contrat PTMR.

Ce facteur formation est pour moi le plus important. J'ai eu la possibilité d'effectuer deux semestres en ambulatoire et le second n'a fait que me conforter dans ma volonté d'exercer en milieu rural ou semi rural et d'autant plus en MSP. Je me suis accordée une période de remplacement, dans une zone géographique définie, afin de connaître l'environnement qui me correspondrait le mieux.

Quatrièmement, le facteur formel.

Il comprend l'exercice en groupe et le statut de collaborateur.

L'exercice en groupe est plébiscité et répond aux attentes de la nouvelle génération de médecins généralistes. En ce sens, on constate que le développement de MSP convainc et attire de nouvelles installations en territoire sous doté.

Nous devrions aller plus loin et valoriser la formation des étudiants dans de telles structures. Néanmoins, il serait intéressant, d'étendre le format de subvention des MSP à d'autre mode de pratique de coordination qui pourrait prendre la forme de contrat d'objectif conclu entre les autorités de santé et les praticiens.

A propos du statut de collaborateur, il offre la possibilité d'exercer sans engagement définitif pendant une durée variable. Il présente également l'avantage d'une stabilité d'exercice et de revenus que n'offre pas le remplacement. Cette pratique semble être appréciée mais il serait intéressant de pouvoir l'étudier afin de comprendre les attentes des médecins signataires et pourquoi pas aller vers des propositions de valorisation.

CONCLUSION

La multiplicité des mesures incitatives est le reflet d'une volonté des gouvernements successifs à promouvoir et attirer de nouvelles installations de médecins généralistes dans nos territoires sous dotés.

Ce travail a permis, dans un premier temps, de déterminer la proportion d'installation ayant bénéficiée de mesures incitatives auprès des médecins landais installés entre 2014 et 2018. Puis dans un second temps, cette étude nous a permis d'apprécier le niveau de connaissance et d'influence vis à vis de ces aides et enfin de déterminer des facteurs influençant l'installation des répondants.

Notre étude a pu être menée auprès de 86% de la population cible.

Au vu de l'ensemble des éléments, la possibilité de développer la pratique dans les zones sous dotées n'est donc pas figée car il existe différents leviers pour attirer les jeunes diplômés.

A propos du facteur financier, on constate que certaines mesures portent leurs fruits, et il faudra aller plus loin pour les pérenniser, alors que d'autres sont restées invisibles, et devraient être supprimées ou remplacées. Concernant le facteur environnemental, il constitue un élément fort à développer, conjointement avec les différentes instances compétentes. Quant au facteur formation, c'est une étape clé à promouvoir et à accentuer d'autant plus dans nos territoires sous-denses. Enfin, le développement du facteur formel doit être poursuivi et promu dans la population des jeunes médecins.

Afin de compléter cette étude, il serait opportun d'effectuer une étude qualitative, par focus groupe par exemple, afin d'obtenir le ressenti des médecins landais bénéficiaires des aides vis à vis de l'influence de ces dernières dans leur décision d'installation. Cela apporterait des arguments de rectification et des éléments de pertinences pour l'élaboration de nouvelles aides plus appropriées.

La perspective de la mise en place d'un contrat unique de praticien territorial, en cours de discussion, permettra une simplification et une meilleure lisibilité de l'aide proposée par l'ARS. Il sera axé sur l'accompagnement à l'installation, sur l'aide au début d'activité au niveau financier et sur la possibilité d'une protection sociale avantageuse. Il sera intéressant de suivre son arrivée et son évolution auprès des prochaines générations de médecins généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. DGOS. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1>
2. DGOS. 2015 : Pacte territoire santé 2015-2017 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur:
<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
3. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes | Legifrance [Internet]. [cité 9 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740>
4. 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 | Legifrance [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033285608>
5. Décret n° 2010-735 du 29 juin 2010 relatif au contrat d'engagement de service public durant les études médicales | Legifrance [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022414984>
6. 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 publique | Legifrance [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027842766&categorieLien=id>
7. Décret n° 2015-1357 du 26 octobre 2015 relatif au contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire | Legifrance [Internet]. 2015 [cité 24 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031388883&dateTexte=&categorieLien=id>
8. 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 | Legifrance [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/5/3/AFSS1713003A/jo/texte>
9. Arrêté du 22 février 2018 modifiant l'arrêté du 16 mars 2017 constatant le classement de communes en zone de revitalisation rurale | Legifrance [Internet]. [cité 24 avr 2019]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036755974&categorieLien=id>
10. LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 - Article 44 [Internet]. 2007-1786 déc 19, 2007. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554&categorieLien=cid>

11. Décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 portant dispositions applicables aux étudiants de troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie [Internet]. 2018-571 juill 3, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037152217&categorieLien=id>
12. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale: analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin [Thèse d'exercice]. [France]: université Joseph Fourier, Grenoble; 2011.
13. Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en pays de Loire entre 2008 et 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: université d'Angers; 2015.
14. Laforêt C. Impact des différentes mesures incitatives sur le choix du lieu d'installation: étude auprès des médecins généralistes installés en zones sous-dotées et des médecins généralistes remplaçants en Limousin [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2018.
15. Foucault R. 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 d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2018.
16. Dupont C. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne, Amiens; 2017.
17. Observatoire Régional de la Santé Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. Synthèse de la littérature. 2011 déc.
18. Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en lorraine ? : une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine [Thèse d'exercice]. [France]: université de Lorraine; 2016.
19. Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
20. Brabant B. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
21. CNOM - Commission jeunes médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés. Dossier de presse. 2019 avr 11.
22. Phelipot A. Quelle a été l'influence du " Contrat d'Engagement de Service Public " sur le choix de l'activité professionnelle de ses signataires? Enquête nationale qualitative auprès de médecins signataires actuellement en exercice [Thèse d'exercice]. [France]: université de Rennes 1; 2017.

23. Castaigne S, Lasnier Y. Les déserts médicaux [Internet]. CESE; 2017 déc. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000867.pdf>
24. DGOS. Les chiffres clés de l'offre de soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_cc_2018_02_16_a_web_pages_hd.pdf
25. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Thèse d'exercice]. [France]: université Joseph Fourier, Grenoble; 2013.
26. Delemarle C. Les maisons de santé pluriprofessionnelles: connaissances et attractivité chez les jeunes médecins généralistes : étude quantitative auprès de la promotion sortante du DES de médecine générale, dans le Nord-Pas-de-Calais en novembre 2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lille; 2018.
27. Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France. CNOM; 2018 janv p. 69-70.
28. Lapeyre N, Feuvre NL. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Rev Française Aff Soc. 2005;(1):59-81.
29. Setien A. Parcours d'installation de jeunes médecins généralistes primo-installés dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016: rapport d'expériences et conseils aux futures générations [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2016.
30. Coudreuse Chichoux M. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble [Thèse d'exercice]. [France]: faculté de médecine de Grenoble; 2012.
31. Delattre E, Samson A-L. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Econ Stat. 2012;(455-456):115-42.
32. Bourré M-C. Influence des stages chez le praticien dans l'installation des jeunes médecins généralistes en zone rurale: exemple breton [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
33. Frèche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste J-Y, Nabbe P, Barais M, Le Floch B. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? Exercer. 2011;22(95):21-4.
34. Vandebavière A. Diffusion élargie du site « www.medecinmsu.fr » auprès des spécialistes aquitains en médecine générale: étude prospective et descriptive de son intérêt sur le recrutement des Maîtres de Stage des Universités au cours de l'année universitaire 2016-2017 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux; 2017.
35. CNGE, SNEMG. Poursuite de la progression du nombre de maîtres de stage des universités de médecine générale [Internet]. 2018 [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/180627_Communique_SNEMG_CNGE__nombre_MSU.pdf

36. Statistiques - Médecins cotisants [Internet]. CARMF; 2017 déc [cité 5 nov 2019]. Report No.: 64. Disponible sur:
<http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/64-2016/infocarmf.php?tete=stat03>
37. Remplact 3 | Enquête nationale, résultats complets [Internet]. ReAGJIR. 2016 [cité 1 déc 2019]. Disponible sur:
<https://www.reagjir.fr/blog/2016/10/10/remplact-3-enquete-nationale-resultats-complets/>
38. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [France]: université Joseph Fourier, Grenoble; 2013.
39. Praticien Territorial Médical de Remplacement [Internet]. ReAGJIR. 2017 [cité 5 nov 2019]. Disponible sur:
<https://www.reagjir.fr/blog/2017/05/09/praticien-territorial-medical-de-remplacement/>

ANNEXES :

Annexe 1 Tableau récapitulatif des aides à l'installation	48
Annexe 2 Carte de la démographie de la population landaise.....	50
Annexe 3 Délimitation des trois territoires de proximité des Landes selon la conférence de territoire du 8 mars 2012, Projet Territoire Santé des Landes 2012-2016.....	51
Annexe 4 Carte de la répartition de la population landaises des 65 ans et plus.....	52
Annexe 5 Population landaise par tranches d'âges.....	53
Annexe 6 Carte de la densité landaise des médecins généralistes libéraux	54
Annexe 7 Carte 2018 de l'ARS des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins	55
Annexe 9 Questionnaire de thèse version papier	57
Annexe 10 Note d'information.....	59
Annexe 11 Cartographie d'installation des bénéficiaires et des non bénéficiaires de l'étude	60
Annexe 12 Commentaires des questionnaires.....	61
Annexe 13 Cartographie de l'attractivité « réelle » et « théorique » sur les jeunes médecins généralistes, à l'échelle des bassins de vie.....	63

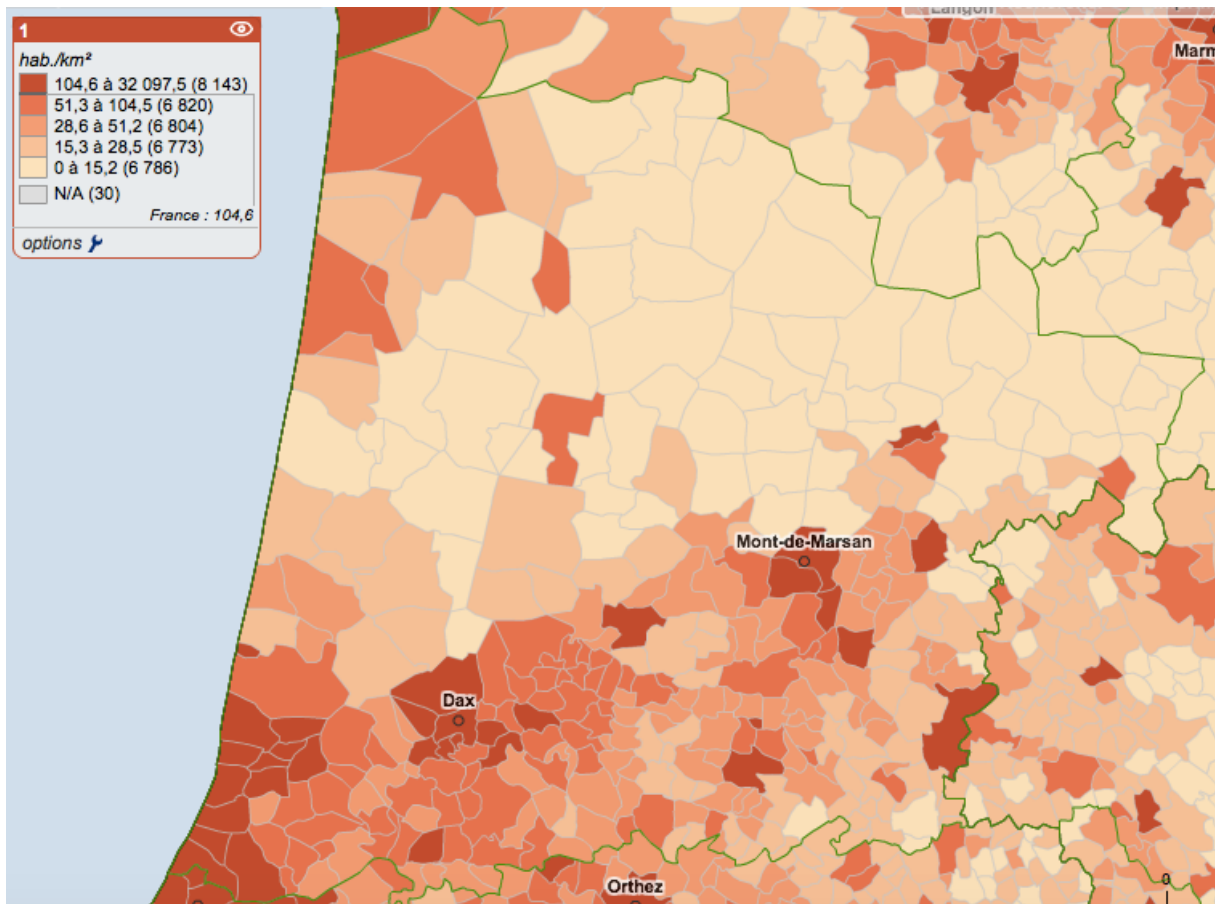
Annexe 1 Tableau récapitulatif des aides à l'installation

Quelles aides ?	Pour qui ?	Quels avantages ?	Quelles contreparties ?	Comment candidater ?
<p>CESP – contrat d'engagement au service publique</p> <p>-aout 2010 -Loi « hôpital, patients, santé, territoires »</p>	<p>Les étudiants de la 2^{ème} année jusqu'à la dernière année d'internat</p>	<p>1/ Une allocation brute mensuelle 1200€ 2/ Un accompagnement individualisé par l'ARS 3/ Un soutien au moment de l'installation</p>	<p>1/ Exercer dans une zone où l'offre fait défaut (durée égale à celle du versement de l'allocation, minimum 2ans) 2/ Choisir son lieu d'exercice professionnel sur une liste nationale > Respecter les tarifs conventionnés, secteur 1</p>	<p>Dépôt du dossier à la faculté d'attachement</p>
<p>PTMG – praticien territorial de médecine générale</p> <p>-Pacte territoire santé 1 -2012</p>	<p>- Jeunes médecins généralistes non encore installés - Jeunes installés en MG depuis moins d'1 an</p>	<p>Sous réserve d'effectuer 165cs/mois : 1/ Versement d'un complément de rémunération pour garantir un revenu mensuel brut de 6900€ (maximum 3105€/M, hors gardes) 2/ Protection sociale en cas de maladie (dès 7jours ou plus d'arrêt maladie, indemnisation pendant 3 mois) ou en cas de maternité (cumulable avec les allocations forfaitaires)</p>	<p>1/ Exercer dans une zone où la continuité des soins est insuffisante 2/ Pratiquer les tarifs du secteur 1</p>	<p>Dépôt du dossier à l'ARS et signature avec le référent installation de l'ARS 1 an renouvelable 1 fois</p>
<p>PTMA – praticien territorial de médecine ambulatoire</p> <p>-Pacte territoire-santé 2 -2015</p>	<p>- Médecins généralistes ou autres spécialités - Installés ou collaborateurs dans un territoire sous doté</p>	<p>Sous réserve que le contrat date de plus de 3 mois >> Rémunération forfaitaire complémentaire si : 1/ Congé maternité (max 3 mois) : 3105 € ou 1552 € selon nb de ½ journée travaillée (≥ 9 ½ journées, ≤8 ½ journées) 2/ Congé paternité : 1118 ou 559 € (voir grille tarifaire) 3/ Congé maladie : à partir de 7 jours et jusqu'à 3 mois : 1152 ou 776€ (selon nb de ½ journée travaillée)</p>	<p>1/ Respecter les tarifs conventionnés du secteur 1 2/ Faire ≥ 165cs au cours d'un des 3 derniers mois avant le congé maternité ou paternité 3/ S'engager à se faire remplacer durant la période d'interruption d'activité</p>	<p>Dépôt du dossier auprès de l'ARS et signature avec le référent installation 3 ans renouvelable 1 fois</p>
<p>PTMR – praticien territorial médical de remplacement</p> <p>-Extension pacte territoire-santé 2 -2017</p>	<p>- Remplaçant en médecine générale (thésé depuis moins de 3 ans ou non thésé ou interne) dans une zone où l'offre de soins est insuffisante</p>	<p>1/ Une garantie de rémunération complémentaire forfaitaire de 4600€ brut si 200cs/mois (temps plein) VS 2300€ brut si 100cs/mois (temps partiel). Versement 1 fois par an à la date anniversaire du contrat. 2/ Une protection sociale : rémunération forfaitaire pendant 3 mois si congé maladie ou maternité. Versement unique si congé paternité</p>	<p>1/ Pas de cumul possible avec CESP ou PTMG ou avec 2 ARS 2/ Effectuer un minimum de 5000 cs/an (temps plein) ou 2500/an (temps partiel), y compris les consultations réalisées au titre de la PDS</p>	<p>Dépôt du dossier à l'ARS 1an renouvelable 6 fois Versement par la caisse d'assurance maladie</p>

Quelles aides ?	Pour qui ?	Quels avantages ?	Quelles contreparties ?	Comment candidater ?
CAIM – contrat d'aide à l'installation -Convention Médicale Nationale -2016	- Médecins secteur 1 qui s'installent dans une zone fragile (définie par l'ARS) ou installés depuis moins d'1 an	1/ Aide forfaitaire versée en 2 fois (50% à l'installation, 50% 1 an après) : - 4 jr/sem : 50000€ - 3,5 jr/sem : 43750€ - 3 jr/sem : 37500€ - 2 jr/sem : 31250€ 2/ Majoration 2500€ si exercice, une partie de son activité libérale, en hôpital de proximité	1/ Installation dans une zone définie par l'ARS (sous dotée) pendant au moins 5 ans 2/ Participer à la PDS	Contrat tripartie : ARS, CPAM et le médecin
COSCOM – contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins -Convention Médicale Nationale -2016	- Médecins conventionnés, secteur 1 ou 2, toutes spécialités, déjà installé	Montant conventionnel : 1/ 5000€/an 2/ Majoration 1250€ si exercice partiel dans un hôpital de proximité 3/ Complément de 300€/mois si maître de stage Versement de l'aide au 2d trimestre de l'année suivante	1/ Installation dans une zone fragile définie par l'ARS 2/ Exercer en groupe ou communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou équipe de soins primaires (ESP)	Contrat tripartie 3ans, renouvelable par tacite reconduction
CSTM – contrat de solidarité territoriale médecin -Convention Médicale Nationale -2016	- Médecins conventionnés, toutes spécialités, installés hors zone fragile	Montant conventionnel : 1/ +10% sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (max 20000€/an) 2/ Prise en charge des frais de déplacement pour se rendre en zone « fragile » Versement de l'aide au 2d trimestre de l'année suivante	1/ Exercer \geq 10 jours par an en zone dite « fragile » avec facturation spécifique pour cette activité	Contrat tripartie 3ans, renouvelable par tacite reconduction
Option démographie -Convention Médicale Nationale -2011	- Médecins conventionnés, toutes spécialités	Montant conventionnel : <u>Si exercice en groupe :</u> 1/ 5000€ à l'installation +10% de l'activité durant l'année (plafond 20000€) <u>Si exercice dans un pôle de santé :</u> 1/ 2500€ à l'installation > +5% de l'activité durant l'année (plafond à 10000€)	1/ Installation en zone dite « fragile » définie par l'ARS ou proximité immédiate (2km si zone urbaine ou 5km si zone rurale) 2/ Durée d'exercice minimum de 3 ans 3/ exercice en groupe ou en pôle de santé 4/ Engagement à se faire remplacer en cas d'absence 5/ Participer à la PDS	Dépôt du dossier à la caisse du lieu d'implantation du cabinet principal 3ans renouvelable
ZRR – zone de revitalisation rurale Exonération de la CFE (cotisation foncière des entreprises)	- Médecins installés dans une zone définie par arrêté ministériel	1/ Exonération d'impôt sur le revenu : total pendant 5 ans puis 75% l'année suivante puis 50% puis 25% la 8 ^{ème} année Plafond du chiffre d'affaire à 200000/an 2/ Exonération CFE, 5ans		Procédure auprès du service des impôts
Référent à l'installation -Pacte territoire-santé 1 -2012	- Internes ou Médecins installés	1/ Orientation, Conseiller au moment de l'installation (présentation des aides, accompagnement dans les démarches, information des politiques sur le territoire) 2/ Accompagnement dans les projets MSP, télémedecine, évolution de carrière...		Mail à l'ARS Nouvelle Aquitaine : ars-na-dosa-gfps-sap@ars.sante.fr

Annexe 2 Carte de la démographie de la population landaise

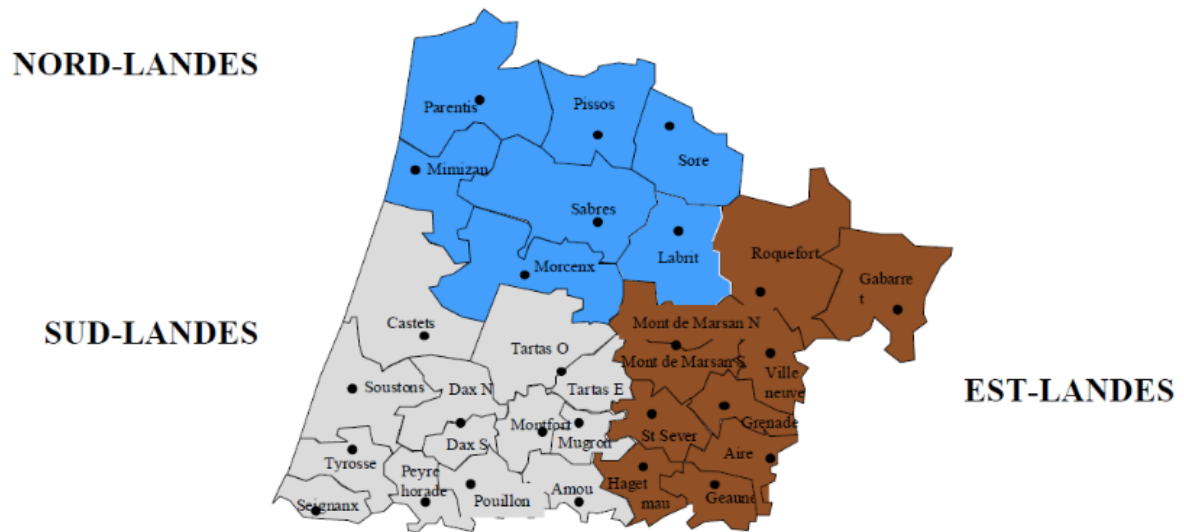
Densité de population communale en 2015 dans les Landes



Lecture : plus le rouge est foncé, plus la densité de population y est plus élevée. Ainsi, la densité la plus forte est observée dans les communes du Sud puis Est des Landes.

Source : Observatoire des territoires, espace cartographique (données INSEE, RP)

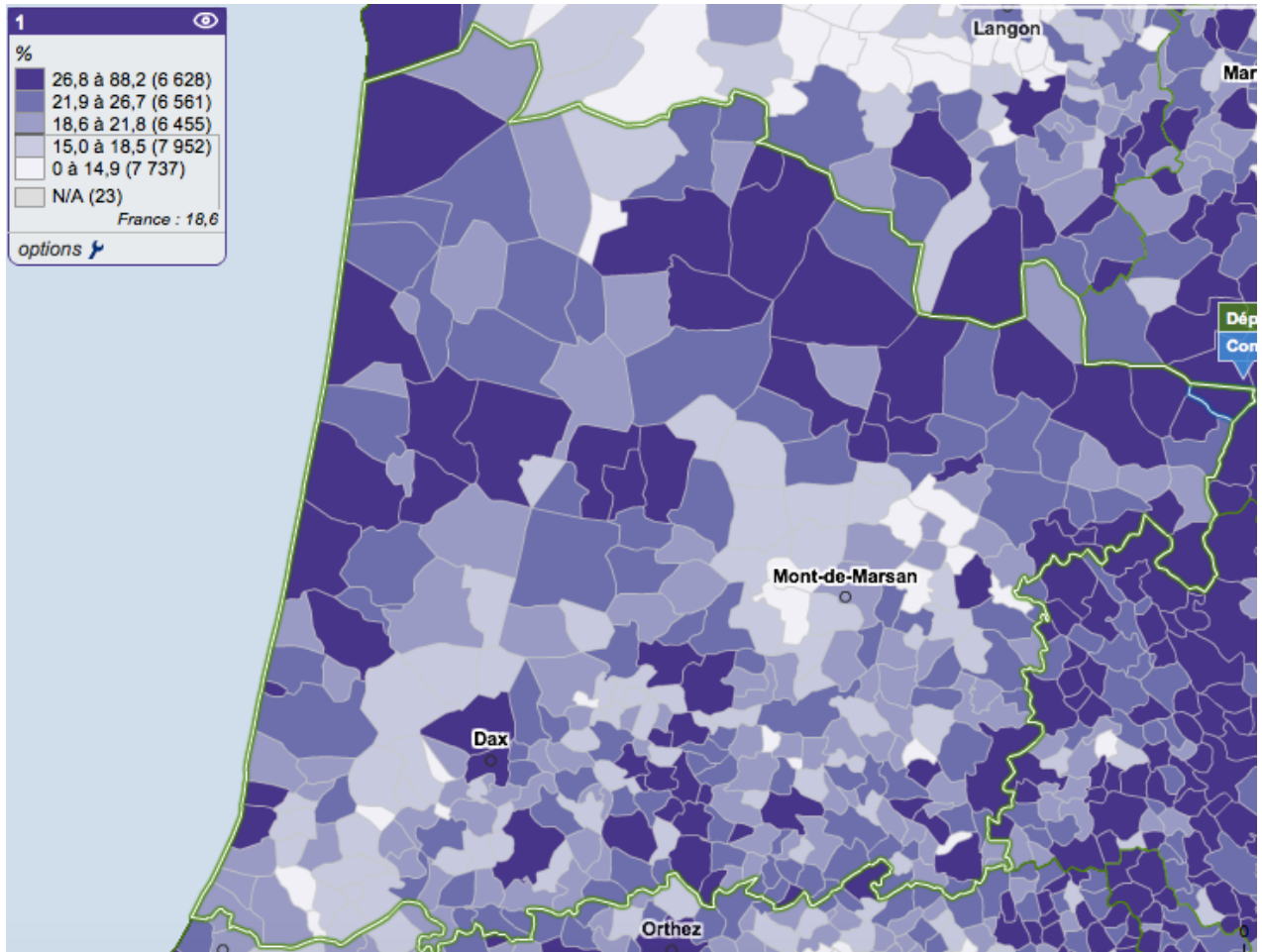
Annexe 3 Délimitation des trois territoires de proximité des Landes selon la conférence de territoire du 8 mars 2012, Projet Territoire Santé des Landes 2012-2016



Source : Projet territorial de santé des Landes 2012-2016, volet 2012-2013. Agence Régionale de Santé Aquitaine, Conférence de territoire des Landes

Annexe 4 Carte de la répartition de la population landaises des 65 ans et plus

Pourcentage des 65 ans et plus par commune landaise en 2015



Lecture : plus le violet est foncé, plus le pourcentage des 65 ans et plus, y est élevé. La moyenne française étant à 18,6%. Dans les Landes, on constate des communes avec une population âgée de 65 ans et plus, majoritairement dans le Nord et l'Est.

Source : Observatoire des territoires, espace cartographique (données INSEE, RP)

Annexe 5 Population landaise par tranches d'âges

Population par grandes tranches d'âges

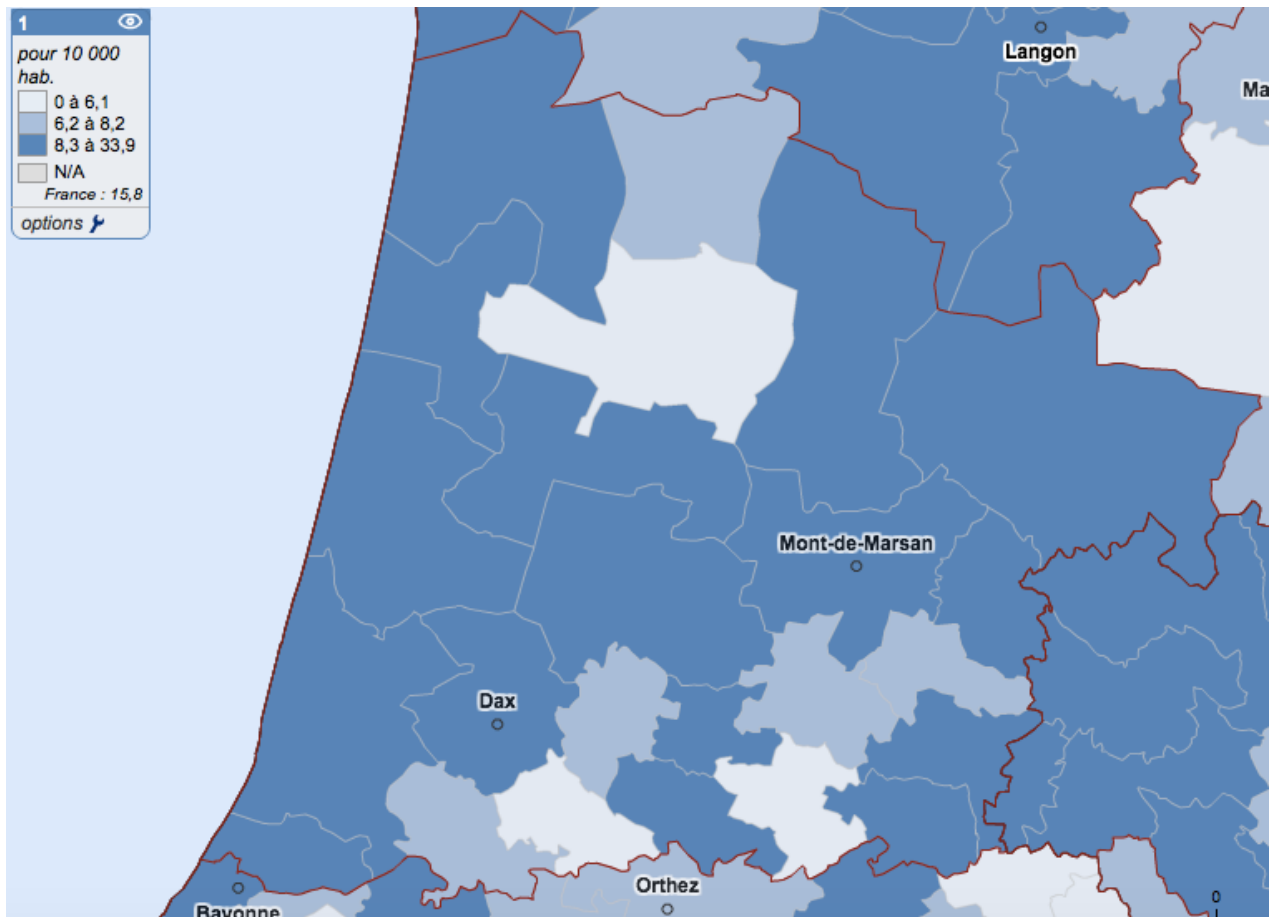
	2015	%	2010	%
Ensemble	403 234	100,0	384 320	100,0
0 à 14 ans	66 476	16,5	65 421	17,0
15 à 29 ans	55 656	13,8	54 860	14,3
30 à 44 ans	73 733	18,3	74 968	19,5
45 à 59 ans	84 615	21,0	81 488	21,2
60 à 74 ans	76 573	19,0	65 203	17,0
75 ans ou plus	46 180	11,5	42 380	11,0

Sources : Insee, RP2010 (géographie au 01/01/2012) et RP2015 (géographie au 01/01/2017) exploitations principales.

Lecture : Le recensement de la population 2010 en comparaison à celui de 2015 montre une augmentation de la population de 1%, contre + 0,5% pour la moyenne française métropolitaine. La répartition de la population en fonction des tranches d'âges montre une augmentation plus marquée pour les tranches de 60 à 74 ans et 75 ans ou plus.

Source : INSEE

Densité médicale des généralistes à activité libérale et mixte en 2016

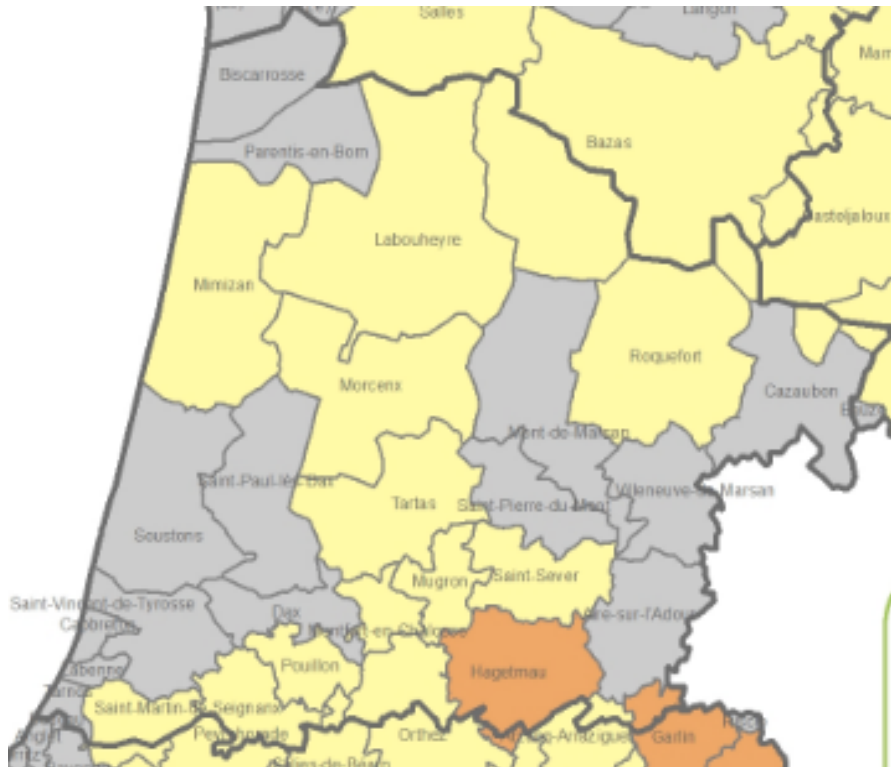


Lecture : plus le bleu est clair, plus la densité médicale libérale (médecin généraliste) est moindre.

Source : INSEE, CNOM

Annexe 7 Carte 2018 de l'ARS des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins

Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin généraliste



Zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

- Zone d'intervention prioritaire (ZIP) ○ L'île d'Aix est en ZIP
- Zone d'accompagnement complémentaire (ZAC)
- Territoire de vie santé non sélectionné en ZIP ou ZAC (hors vivier ou sous-vigilance)
- Territoire de vie-santé 2017
- Département

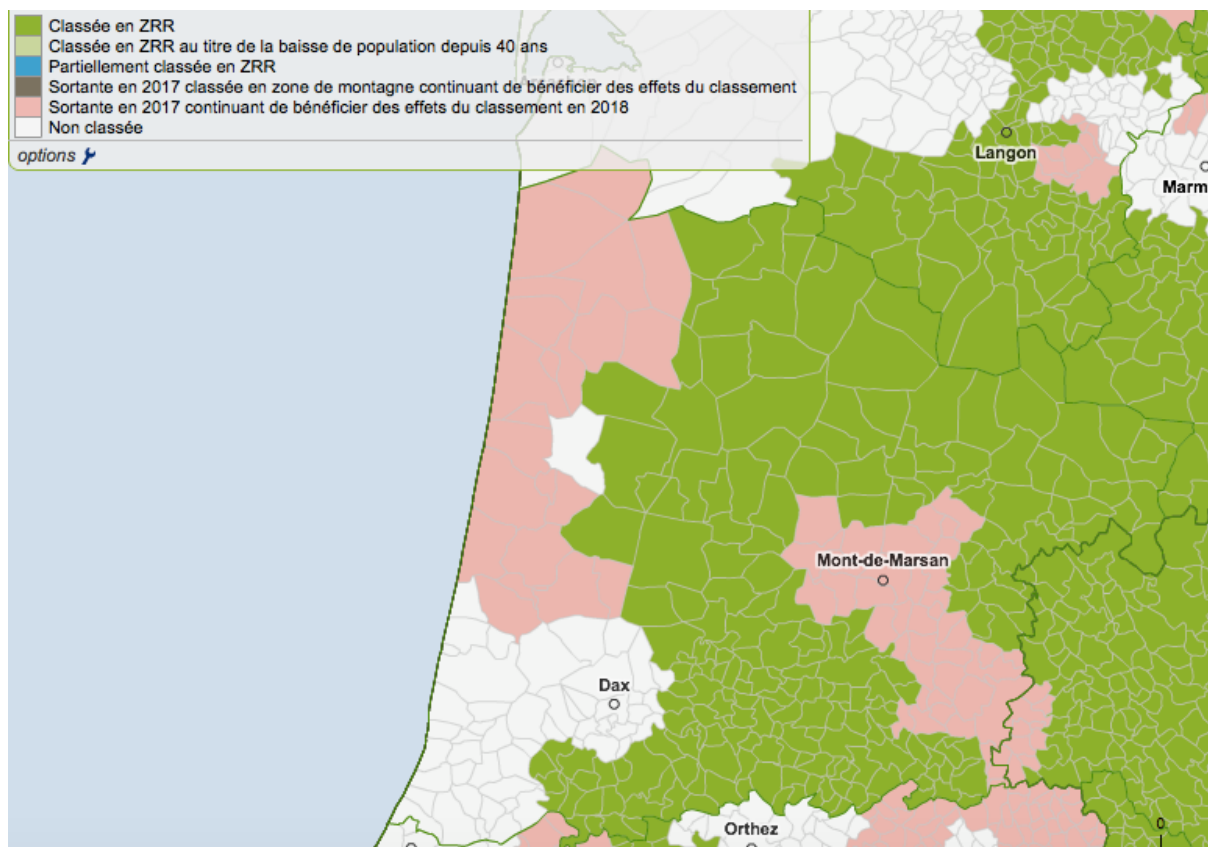
Sources : application de l'Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique
Réalisation ARS NA - DPSP,

Lecture : Les zones d'intervention prioritaire (ZIP) permettent l'obtention des aides conventionnelles (CAIM, COSCOM, COTRAM, CSTM), les aides du pacte (PTMG, PTMA, PTMR, CESP) et les aides des collectivités territoriales. Seul le secteur d'Hagetmau, secteur Est, est concerné.

Les zones d'accompagnement complémentaire (ZAC) permettent l'obtention des aides du pacte (PTMG, PTMA, PTMR, CESP) et les aides des collectivités territoriales,

Sources : application de l'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. Réalisation ARS NA – DPSP

Classement des communes en zone de revitalisation rurale 2018



Lecture : Seule le secteur Sud landais allant jusqu'à Dax ne bénéficie pas du classement en ZRR. Les zones en rose sont quant à elles sortantes en 2017 avec poursuite des effets du classement pendant 2 ans.

Sources : Observatoire des territoires, espace cartographique, CGET, arrêtés établis entre 1995 et 2018

**INFLUENCE DES MESURES INCITATIVES A L'INSTALLATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LES LANDES.
Etude observationnelle auprès des médecins et collaborateurs installés depuis 5 ans.**

1. Etes vous :

- Un homme
 Une femme

2. Votre âge :

- Entre 25-30 ans
 Entre 30-35 ans
 Entre 35-40 ans
 Entre 40-45 ans
 Entre 45-50 ans
 Entre 50-55 ans
 Plus de 55 ans

3. Dans quelle fac avez-vous effectué vos études ?

4. Dans quelle région avez-vous effectué votre internat ?

5. Si vous avez effectué votre internat en Aquitaine, dans quelle(s) ville(s) avez-vous effectué votre stage chez le praticien de niveau 1 ?

6. Toujours en Aquitaine, dans quelle(s) ville(s) avez-vous effectué votre SASPAS ?

7. Combien d'années / mois de remplacement avez vous effectué avant de vous installer ?

8. Combien d'années / mois de salariat avez-vous effectué avant de vous installer ?

9. Actuellement, êtes vous :

- Installé, associé
 Collaborateur

10. Où êtes-vous installé ?

11. En quelle année vous êtes-vous installé ?

12. Votre installation fait suite :

- Une opportunité de reprise de patientèle (départ d'un confrère)
 Une création de patientèle
 Une opportunité de partage du temps de travail avec un confrère

13. Votre lieu d'installation concerne (plusieurs réponses possibles) :

- Une ville où vous avez des attaches familiales (travail du conjoint, ville où vous avez grandi, parents/ beaux parents à proximité)
 Une ville que vous trouvez attractive (loisirs et autres)
 Un cabinet où vous connaissiez les médecins déjà présents
 Une ville où vous avez effectué un stage durant vos études
 Une ville où vous avez effectué des remplacements
 Une ville que vous ne connaissiez pas particulièrement avant votre installation

Autre :

14. Vous exercez dans :

- Un cabinet seul
 Une maison de santé pluridisciplinaire
 Un cabinet de groupe

15. Votre installation concerne :

- Une 1ere installation/ collaboration
 Une 2de ou 3è installation / collaboration
 Autre :

16. Quelles sont les aides que vous connaissez ou que vous avez entendu parler ?

- CESP (contrat d'engagement au service public)
- PTMG (praticien territorial de médecine générale)
- PTMA (praticien territorial de médecine ambulatoire)
- PTMR (praticien territorial de remplacement)
- CAIM (contrat d'aide à l'installation)
- COSCOM (contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins)
- CSTM (contrat de solidarité territoriale pour les médecins)
- Option démographie (sécurité sociale)
- ZRR
- Exonération CFE
- Référent installation de l'ARS
- Aucune

Autre

17. Comment avez-vous eu connaissance de ces aides ?

- Par des recherches personnelles
- Par une tierce personne : comptable, confrères/ consœurs
- Par les cours à la fac ou note d'information de l'ARS

Autre

18. Quelles sont celles dont vous avez bénéficié ?

- Aucune
- CESP (contrat d'engagement au service public)
- PTMG (praticien territorial de médecine générale)
- PTMA (praticien territorial de médecine ambulatoire)
- PTMR (praticien territorial de remplacement)
- CAIM (contrat d'aide à l'installation)
- COSCOM (contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins)
- CSTM (contrat de solidarité territoriale pour les médecins)
- Option démographie (sécurité sociale)
- ZRR
- Exonération CFE
- Référent installation de l'ARS

Autre

19. Si vous connaissiez ces aides, pour quelle(s) raison(s) n'en avez-vous pas bénéficié ? (Cochez les cases correspondantes)

	Les démarches me semblaient complexes	Il m'était difficile de me projeter	La zone géographique d'exercice n'était pas concernée	L'offre n'était pas adaptée à ma situation (nb de jour travaillé, niveau de revenu, durée du contrat)
CESP				
PTMG,PTMA,PTMR, CAIM, option démographie				
ZRR, exonération CFE				
Référent installation de l'ARS				

20. A propos de votre décision d'installation, ces aides ont joué un rôle :

- Déterminant
- Important
- Accessoire
- Indifférent

FIN DU QUESTIONNAIRE, PLACE AUX COMMENTAIRES

Commentaires autour des aides ? Commentaires concernant le questionnaire que vous venez de remplir ?

Annexe 10 Note d'information

Chères consœurs, chers confrères,

Ayant un projet d'installation dans les Landes, mon choix de thèse s'est porté naturellement sur « **L'influence des mesures incitatives à l'installation des médecins généralistes dans les Landes** », dirigée par le Dr PASSERIEUX Denis.

La désertification médicale, notamment dans nos zones rurales, est un enjeu majeur de notre politique de santé publique nationale, comme le témoigne la mise en place, par nos gouvernements successifs, des pactes territoires santé de 2012 et 2015 qui consacrent une large part à la promotion de la formation des médecins, au soutien du développement des infrastructures de soins et aux mesures incitatives pour les nouvelles installations.

Si des études ont été réalisées sur les déterminants à l'installation dans différents territoires, et qui mettent en avant le défaut d'information des médecins concernant ces aides disponibles, qu'en est-il de notre département ?

La réalisation de ma thèse poursuivra l'objectif principal suivant :

- **Déterminer la proportion d'installation et collaboration ayant bénéficié de mesures incitatives ces 5 dernières années dans les Landes.**

Elle permettra également l'examen des facteurs associés au choix d'installation et de l'existence d'une corrélation entre les lieux de remplacements ou de stage et la ville d'installation.

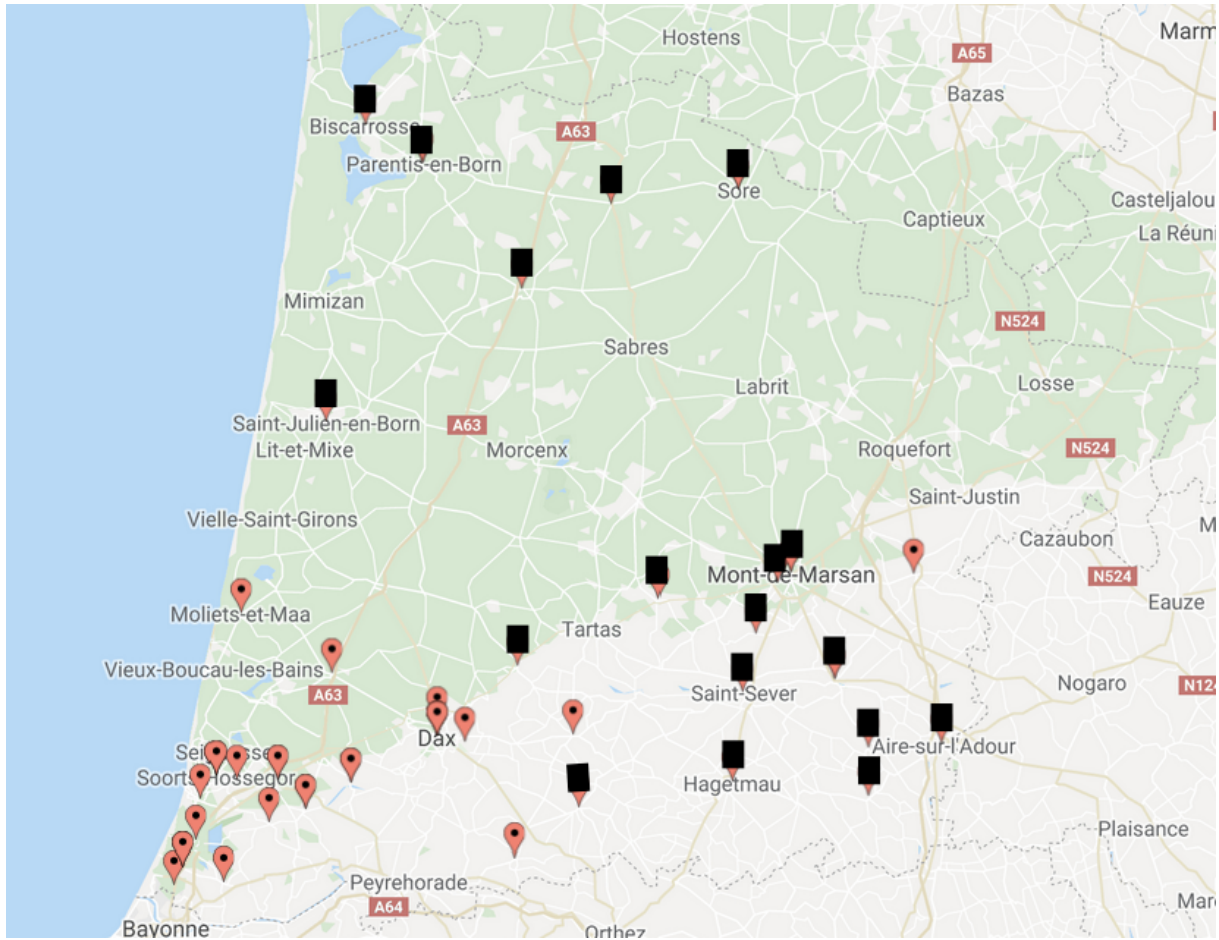
Les résultats de cette étude se fonderont sur le questionnaire suivant, anonyme, et qui concerne les collaborateurs et les médecins landais installés depuis janvier 2014.

Puisqu'il s'agit de réaliser un état des lieux, je vous remercie par avance pour les 5 minutes que vous consacrez à y répondre, et dont la pertinence dépend éminemment de votre participation, nombreuse je l'espère, seul biais pour nous d'obtenir des conclusions valides et proposer des solutions pratiques pour l'avenir.

Je vous remercie infiniment de votre aide.

HEBERT Ambre

Annexe 11 Cartographie d'installation des bénéficiaires et des non bénéficiaires de l'étude



Lecture : Les carrés noirs représentent les médecins installés qui ont bénéficié des mesures. On note 4 participants implantés dans le secteur Sud, 7 dans le secteur Nord et 11 à l'Est. Les médecins qui n'en ont pas bénéficié sont dans le Sud des Landes et sont représentés par les points rouges.

Source : <https://fr.batchgeo.com/>

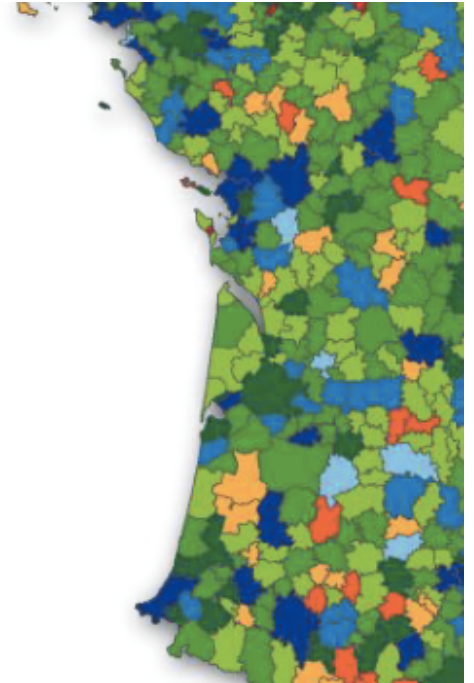
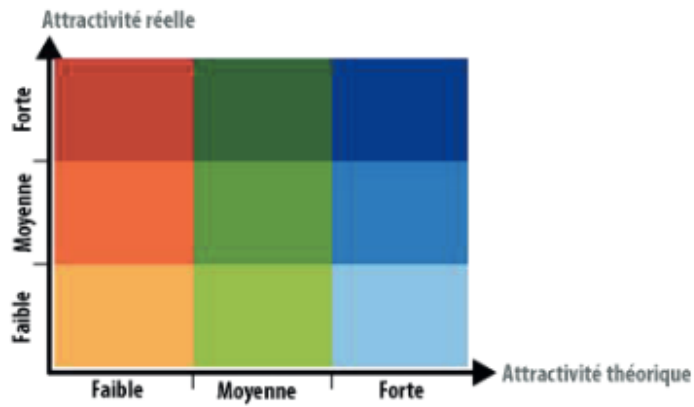
Annexe 12 Commentaires des questionnaires

Questionnaire 1	« Il me semble que le salariat sera la vraie seule solution. Les MSP avec autant de libéraux à l'intérieur deviennent de ordres à gérer »
Questionnaire 4	« une diffusion de ces aides semble à améliorer »
Questionnaire 8	« J'ai appris que j'avais l'aide ZRR seulement après que je me sois installé »
Questionnaire 10	« J'espère que si je pouvais bénéficier de ces aides, le conseil de l'ordre m'aurait prévenue »
Questionnaire 12	« Plus d'informations claires et personnalisées seraient les bienvenues en ce qui concerne les aides potentielles »
Questionnaire 13	« En ce qui me concerne, je n'ai jamais eu d'information sur ces aides. C'est mon comptable qui m'a (un peu) informé au moment de mon installation. Je trouve ça dommage, cela me semble important d'intégrer cette information lors d'un cours dédié durant l'internat de médecine générale. Dans mon cas, ça n'aurait pas eu d'influence car la décision de mon lieu d'installation a été prise en fonction de ma vie privée familiale »
Questionnaire 14	« Bonjour, ce travail de thèse tombe très bien, merci beaucoup. Je ne savais pas qu'il y avait tant d'aides à disposition. Je suis très intéressée par le tableau récapitulatif »
Questionnaire 15	« J'avoue être très mal renseigné sur les aides existantes et ce malgré m'être installée récemment, je serais très intéressée par ce tableau récapitulatif »
Questionnaire 18	« Manque de renseignement sur les médecins qui peuvent y avoir droit, notamment le cas particulier des collaborateurs... »
Questionnaire 24	« Découverte pour moi des nombreuses aides existantes !!! »
Questionnaire 27	« Je ne suis pas concernée par les aides je crois »
Questionnaire 28	« Pas assez d'informations sur ces aides. Je n'en connais quasiment de celles qui ont été citées, peut être car je ne suis pas concernée »
Questionnaire 29	« Revaloriser la médecine générale, qui plus est rurale et semi-rurale pour la fin des déserts médicaux »
Questionnaire 40	« Je ne connais pas ces aides à part celle concernant la ZRR »
Questionnaire 44	« La décision de reprendre la patientèle était prise avant d'être informé (au cours de la négociation avec le médecin partant en retraite) de l'existence du statut ZRR. C'est la volonté « d'être à la campagne » qui comptait après 29 ans en banlieue de Lyon »
Questionnaire 46	« Mon 1 ^{er} choix a été le côté campagne, puis le 2 ^e la distance vis à vis du boulot de mon époux. Les aides ont rassuré »
Questionnaire 47	« Je connaissais l'existence d'aides à l'installation mais dont je ne connais pas les nom, et qui de toute manière ne m'inciterait pas à m'installer à tel ou tel endroit »
Questionnaire 48	« Je ne savais pas que cela existait »
Questionnaire 49	« Extension des aides au Sud Landes »

<p>Questionnaire 51</p>	<p>« Le sujet n'est pas seulement l'installation mais le maintien des médecins exerçant en rural et semi rural ou 2 conditions s'imposent : être célibataire ou être 2 à aimer les chèvres !</p> <p>J'ai quitté le milieu après 31 ans, non pas pour le travail que j'aime toujours autant mais par dégoût du système. Nous sommes un « service public » mais pour répondre à la demande croissante du nombre des patients, corrélée à la diminution de l'offre médicale, la contrepartie du système, c'est de nous massacrer, nous piller en impôts, URSSAF, retraite...sans pouvoir bénéficier forcément d'une contre partie (ZRR...). Ce n'est pas un travail, c'est un sacrifice honteux qui pollue la vie de famille en sacrifiant parfois l'emploi du conjoint, engendrant des difficultés pour l'enseignement, la culture++ et les loisirs des enfants, des difficultés de la vie quotidienne où il faut prendre sa voiture pour tout, et qu'elle soit confortable (30000 km/an rien que pour le travail).</p> <p>Les pouvoirs publics cherchent et amplifient les combines de « baise-couillons » pour capter des innocents, mais il faut bien savoir que quitter ces lieux où l'immobilier ne vaut plus rien, vous travaillez toute une vie pour repartir en « slip » tout en ayant contribué à enrichir tout le système qui continue de ponctionner sans la moindre trêve.</p> <p>Les cadres d'entreprise partent avec un chèque et des actions, nous, nous payons encore pour décrocher.</p> <p>Les jeunes diplômés ne sont pas dupes et veulent une vie de famille, sans travailler 13-14h/ jour, pas n'importe où et sans se faire plumer. Notre train de vie et sa qualité ne se sont pas en adéquation avec notre niveau d'imposition spoliant. Leurs incitations ne sont que de petits pansements sur de grosses plaies avec fracture... »</p>
--------------------------------	--

**Les commentaires ont été retranscrits tels qu'ils ont été notés*

Typologie



Lecture : la zone bleue foncée, dans le secteur sud Landes, témoignent d'une forte attractivité réelle et théorique.

Source : OPC, INSEE, DREES, RPPS 2012, IGN Geofia 2012

RESUME

CONTEXTE ET OBJECTIF : La désertification médicale et son impact sur l'accès aux soins de la population, notamment dans nos zones rurales, est un enjeu majeur de notre politique de santé publique.

Depuis les années 2000, les politiques locales, régionales et nationales ont proposés des mesures incitatives financières et structurelles afin de pallier le manque de médecins dans nos territoires sous dotés.

Notre objectif principal était de déterminer la proportion d'installation et collaboration, entre 2014 et 2018, ayant bénéficié de mesures incitatives dans le département des Landes. Les objectifs secondaires étaient d'une part de déterminer le niveau de connaissance et d'influence des aides dans le choix d'installation et d'autre part de préciser les facteurs déterminants et les modalités à l'installation.

METHODES : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale auprès de 63 médecins. Les participants avaient répondu à un questionnaire, en ligne ou en version papier. Les questions portaient sur les informations personnelles de formation, sur les modalités d'installation et enfin sur les aides existantes.

RESULTATS : Le taux de réponse était de 86% (n=54). On distinguait deux groupes. Celui des non-bénéficiaires qui concernait des médecins installés en territoire attractif du secteur Sud des landes. On constatait pour leur part, une grande méconnaissance et indifférence vis à vis des mesures incitatives existantes.

Le second groupe, des bénéficiaires, avaient tous eu connaissance des aides avant installation et avaient tous bénéficiés du dispositif ZRR. Ils étaient implantés en secteur sous doté du département et considéraient les aides comme importantes dans leur décision d'installation. Les facteurs communs à tous les répondants étaient l'influence du lieu de formation et de remplacement ainsi que l'attrait pour l'exercice en groupe.

CONCLUSION : Les mesures incitatives présentent un intérêt dans le recrutement des jeunes médecins généralistes dans les déserts médicaux mais ne sont pas déterminantes à elles seules. Afin d'attirer dans ces zones, il serait intéressant d'accentuer l'attractivité du territoire, d'y valoriser la formation ainsi que le remplacement et de réviser les aides actuellement nombreuses et souvent méconnues.

Mots-clés : médecine générale, installation, Landes, mesures incitatives, déterminants à l'installation

ABSTRACT

BACKGROUND AND PURPOSE : Medical desertification and its impact on access to healthcare for the population, particularly in rural areas, is one the major issue in our public health policy. Since the 2000s, local, regional and national policies have proposed financial and structural incentives measures to compensate for the lack of general practitioners in our under-resourced territories.

Our main objective was to determine the proportion of installations and collaboration, between 2014 and 2018, that have benefited from these incentives in the department 1 of “Landes”. The secondary objectives were, one the one hand, to determine the level of knowledge and influence of these public aids in the choice of installation and, in the other hand, to specify determining factors and procedures of the installation.

METHODS : It was a transversal descriptive study with 63 general practitioners. Participants had completed a questionnaire, online or on a paper version. The questions were related to personal training information, installations procedures and, finally, existing incentive measures.

RESULTS : The response rate was 86% (n=54). We distinguished two groups. The one of non-beneficiaries, which concerned doctors installed in attractive area in the southern part of the department of “Landes”. We noticed, for them, an unknowledge and disinterest towards existing incentive measures. The second group, beneficiaries, had all been aware of the incentive measures before their installation and have all benefited from a ZRR aids 2 . They settled in an under-resourced area of the department and had considered the incentive measures as an important factor in their decision of installation. The common factors for all the respondents were the influence of their training and replacement location as well as the attractiveness of group practice.

CONCLUSION : Incentive measures are relevant for the recruitment of young general practitioners in medical deserts but they are not decisive by their own. To attract doctors in these areas, it could be interesting to increase the attractiveness of the territory, to promote training and replacement as well as to review and to upgrade the numerous, and often unknown, incentive measures.

Key words : general medicine, installation, “Landes”, incentive measures, determining factor for installation