



**HAL**  
open science

# Motivations des médecins généralistes à la signature d'un contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) en Nouvelle-Aquitaine entre 2017 et 2019

Philippe Gabarre

► **To cite this version:**

Philippe Gabarre. Motivations des médecins généralistes à la signature d'un contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) en Nouvelle-Aquitaine entre 2017 et 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02879389

**HAL Id: dumas-02879389**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879389>**

Submitted on 23 Jun 2020

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

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

Université de Bordeaux  
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2020

Thèse n°74

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement  
le 28 mai 2020

par GABARRE Philippe  
né le 9 janvier 1987 à Tarbes

Motivations des médecins généralistes à la signature d'un contrat de  
praticien territorial de médecine générale (PTMG) en Nouvelle-  
Aquitaine entre 2017 et 2019

Directrice de thèse

Madame la Docteure DAHLEM Laurence

Membres du Jury :

M. le Professeur GAY Bernard  
M. le Docteur ROMERO Marco  
M. le Docteur ADAM Christophe  
M. le Docteur DOMBLIDES Philippe  
Mme la Docteure DAHLEM Laurence

Président  
Rapporteur  
Juge  
Juge  
Directrice

Université de Bordeaux  
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2020

Thèse n°74

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement  
le 28 mai 2020

par GABARRE Philippe  
né le 9 janvier 1987 à Tarbes

Motivations des médecins généralistes à la signature d'un contrat de  
praticien territorial de médecine générale (PTMG) en Nouvelle-  
Aquitaine entre 2017 et 2019

Directrice de thèse

Madame la Docteure DAHLEM Laurence

Membres du Jury :

M. le Professeur GAY Bernard  
M. le Docteur ROMERO Marco  
M. le Docteur ADAM Christophe  
M. le Docteur DOMBLIDES Philippe  
Mme la Docteure DAHLEM Laurence

Président  
Rapporteur  
Juge  
Juge  
Directrice



# REMERCIEMENTS

---

À Monsieur le Professeur Bernard Gay,

Pour me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect.

À Monsieur le Docteur Marco Romero,

Pour avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail et membre de ce jury. Je vous remercie de votre attention et de votre grande disponibilité. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma profonde gratitude.

À Monsieur le Docteur Christophe Adam,

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie de votre intérêt et votre disponibilité. Je vous prie d'accepter l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Philippe Domblides,

Pour avoir accepté de faire partie de ce jury. En tant que Président du Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine de l'Ordre des médecins, votre avis m'est cher. Je vous prie d'accepter mes remerciements les plus respectueux et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À Madame la Docteure Laurence Dahlem,

Pour ton intérêt, ton soutien et ton accompagnement tout au long de ce travail mais également pour ta grande disponibilité et tes conseils précieux. Je te suis sincèrement reconnaissant pour toute l'aide que tu as pu m'apporter.

Je remercie également les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude et qui m'ont aimablement consacré du temps.

Un grand MERCI à toute ma famille, belle-famille, à mes amis et connaissances professionnelles.

En particulier, à mes parents, pour leur soutien indéfectible durant toutes ces années de labeurs. Je vous en suis éternellement reconnaissant.

Ma grande sœur pour ton énergie, ton soutien et ton attention permanente. Mon beau-frère, ma nièce et mon neveu pour votre bonne humeur communicative.

Ma femme, ma moitié, je ne te remercierai jamais assez de partager ma vie et de m'avoir fait le plus beau cadeau qui soit. Encore merci pour ta patience, ton aide, ton écoute et tes conseils durant cette période riche en émotions.

Mon fils, ma plus grande fierté, mon rayon de soleil, tu as fait de moi un papa comblé (et gaga!).

Mes grands-parents qui je l'espère seraient fier de moi.

Aux toutous pour leurs léchouilles et mordillous.

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>3</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>5</b>
<b>TABLE DES FIGURES</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>9</b>
<b>ACRONYMES</b> .....	<b>10</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>12</b>
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>16</b>
1. TYPE D'ETUDE .....	16
2. POPULATION D'ETUDE .....	16
3. MODE DE RECUEIL DES DONNEES .....	17
3.1 <i>Élaboration de la grille des entretiens semi-dirigés</i> .....	17
3.2 <i>Conditions de réalisation des entretiens semi-dirigés</i> .....	18
4. MODE D'ANALYSE DES DONNEES .....	18
5. ÉTHIQUE.....	19
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>20</b>
1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON .....	20
1.1 <i>Corpus exploratoire</i> .....	20
1.2 <i>Tableaux récapitulatifs</i> .....	21
2. ANALYSE DU CONTENU .....	23
2.1 <i>Les déterminants à la signature du contrat de PTMG</i> .....	23
2.1.1 Les principales motivations à la signature .....	23
2.1.2 La raison principale à la signature .....	25
2.1.3 Une hésitation mesurée à la signature du contrat.....	26
2.1.4 Les avantages perçus par les signataires .....	27
2.1.5 Le renouvellement du contrat .....	28
2.2 <i>L'installation vue par les signataires du contrat de PTMG</i> .....	31
2.2.1 Le passage à l'installation : le facteur déclenchant.....	31
2.2.2 Les éventuels obstacles à l'installation .....	32
2.2.3 L'installation, avec le recul.....	34
2.2.4 L'exercice en salariat .....	35
2.3 <i>La place du contrat de PTMG en médecine générale</i> .....	38
2.3.1 Des sources d'informations multiples.....	38
2.3.2 Les informations délivrées sur la nature du contrat de PTMG .....	40
2.3.3 La connaissance des principaux avantages .....	41
2.3.4 Les engagements exigés en contrepartie .....	42
2.3.5 Les aides à l'installation perçues par les signataires.....	43
2.4 <i>L'impact du contrat de PTMG sur le choix d'installation</i> .....	46
2.4.1 L'importance du contrat sur l'installation.....	46

2.4.2	Le choix du lieu d'installation .....	46
2.5	<i>La place du congé maternité du contrat de PTMG depuis la création de l'avantage supplémentaire maternité</i> .....	50
2.5.1	Connaissance des signataires de l'existence de l'ASM .....	50
2.5.2	Connaissance de l'ASM au moment de la signature du contrat .....	50
2.5.3	Connaissance du non-cumul avec la protection maternité du PTMG.....	51
2.5.4	Avis des signataires sur le non-cumul avec la protection maternité du PTMG 52	
2.5.5	L'influence du non-cumul sur la signature du contrat .....	53
2.6	<i>Quel avenir pour le contrat de PTMG ?</i> .....	55
2.6.1	Des suggestions à l'amélioration du contrat .....	55
2.6.2	Les recommandations à un confrère .....	58
3.	PRINCIPAUX RESULTATS.....	60
	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>61</b>
1.	VALIDITE EXTERNE : COMPARAISON A LA LITTERATURE .....	61
1.1	<i>La garantie de revenu, principale motivation des signataires</i> .....	61
1.2	<i>La protection maternité du PTMG</i> .....	61
1.3	<i>Facteurs influençant l'installation</i> .....	62
1.3.1	Un effet d'aubaine ?.....	62
1.3.2	Les facteurs retrouvés .....	62
1.4	<i>Connaissance de l'existence du PTMG par les futurs installés</i> .....	62
2.	VALIDITE INTERNE .....	63
2.1	<i>Choix de la méthode</i> .....	63
2.2	<i>Biais internes</i> .....	63
2.3	<i>Biais externes</i> .....	63
2.4	<i>Biais de sélection</i> .....	63
2.5	<i>Biais d'investigation</i> .....	64
2.6	<i>Biais d'interprétation</i> .....	64
3.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	64
3.1	<i>La garantie de revenu : un avantage limité ?</i> .....	64
3.2	<i>La protection maternité du PTMG dépassée par l'ASM créé en 2017</i> .....	65
3.3	<i>Un reliquat des avantages du PTMG : l'arrêt de travail</i> .....	67
3.4	<i>Effet d'aubaine</i> .....	67
3.5	<i>Après 6 ans d'existence, un contrat toujours peu connu des futurs installés ?</i> .....	67
3.6	<i>Quel avenir pour le PTMG ?</i> .....	68
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>69</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>70</b>
	<b>ANNEXES</b> .....	<b>74</b>
A.	Notes de contexte .....	74
A.1	Le zonage du territoire pour la médecine générale libérale .....	74
A.1.1	Élaboration du zonage du territoire.....	74
A.1.2	Résumé en tableau du zonage .....	76



A.1.3	La cartographie du zonage des médecins généralistes libéraux en Nouvelle-Aquitaine .....	77
A.2	Les aides à l'installation pour les médecins .....	78
A.2.1	Mesures d'aides régionales à l'installation .....	78
A.2.1.1	Contrat de PTMG .....	78
A.2.1.2	Contrat de PTMA .....	79
A.2.1.3	Contrat de PTMR.....	80
A.2.1.4	Contrat de PIAS .....	81
A.2.2	Mesures d'aides conventionnelles à l'installation.....	83
A.2.2.1	CAIM.....	83
A.2.2.2	COSCOM .....	83
A.2.2.3	COTRAM .....	83
A.2.2.4	CSTM .....	84
A.2.3	Les exonérations fiscales.....	86
A.2.3.1	Au sein des ZIP.....	86
A.2.3.2	Au sein des ZRR.....	86
A.2.3.3	Au sein des zones franches urbaines-territoires entrepreneurs (ZFU-TE).....	87
A.2.3.4	Au sein des zones d'aides à finalité régionale (AFR).....	87
A.3	L'avantage supplémentaire maternité .....	89
A.3.1	Pour cause de maternité .....	89
A.3.2	Pour cause de paternité.....	89
A.3.3	Pour cause d'adoption.....	89
A.3.4	Durée, versement et non-cumul .....	90
A.4	Références .....	92
B.	Modèle de contrat type du PTMG et fiche de déclaration mensuelle .....	93
C.	Lignes directrices COREQ .....	100
D.	Guide d'entretien .....	103
D.1	Première version.....	103
D.2	Troisième et dernière version .....	105
E.	Fiche de registre .....	107
	<b>SERMENT MÉDICAL .....</b>	<b>112</b>
	<b>RÉSUMÉ - ABSTRACT .....</b>	<b>113</b>

## TABLE DES FIGURES

---

Figure 1 : Les déterminants à la signature du contrat de PTMG .....	30
Figure 2 : L'installation vue par les signataires du contrat de PTMG.....	37
Figure 3 : La place du contrat de PTMG en médecine générale.....	45
Figure 4 : Le contrat de PTMG et l'installation .....	49
Figure 5 : L'ASM et les signataires.....	54
Figure 6 : Quel avenir pour le contrat de PTMG .....	59

## LISTE DES TABLEAUX

---

Tableau 1 : Caractéristiques sociales des médecins interrogés.....	21
Tableau 2 : Caractéristiques professionnelles des médecins interrogés .....	22
Tableau 3 : Comparatif des indemnités maternité du PTMG et de l'ASM .....	66
Tableau 4 : Zonage des médecins en fonction de l'APL.....	76
Tableau 5 : Résumé des contrats d'aides régionales (en métropole).....	82
Tableau 6 : Résumé des contrats d'aides conventionnelles (en métropole) .....	85
Tableau 7 : Résumé des exonérations fiscales .....	88
Tableau 8 : L'ASM attribuée en fonction du nombre de demi-journées .....	91
Tableau 9 : L'ASM et la durée légale des congés .....	91

# ACRONYMES

---

AFR : Aide à Finalité Régionale  
ALD : Affection Longue Durée  
APL : Accessibilité Potentielle Localisée  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASM : Avantage Supplémentaire Maternité  
CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation Médecin  
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France  
CCU : Chef de Clinique des Universités  
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public  
CET : Contribution Économique Territoriale  
CFE : Cotisation Foncière des Entreprises  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
COREQ : Consolidated Criteria for REporting qualitative research  
COSCOM : COnttrat de Stabilisation et de COordination pour les médecins  
COTRAM : COnttrat de TRAnsition pour les Médecins  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
CSTM : Contrat de Solidarité territoriale médecin  
CVAE : Cotisation sur la Valeur Ajoutée des Entreprises  
DES : Diplôme d'Études Spécialisées  
DIRECCTE : DIrection Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi  
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale  
EPS : Équipe de Soins primaires  
FIR : Fonds d'Intervention Régional  
ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes  
MCU : Maître de Conférences des Universités  
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle  
MSU : Maître de Stage des Universités  
OPTAM - CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie et Obstétrique  
PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé  
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires  
PH : Praticien Hospitalier

PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire  
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale  
PTMR : Praticien territorial médical de remplacement  
PU : Professeur des Universités  
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique  
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée  
SIE : Service des Impôts des Entreprises  
SMIC : Salaire Minimum de Croissance  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
URPS : Union Régionale de Professionnels de Santé  
URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales  
ZAC : Zone d'Action Complémentaire  
ZFU – TE : Zone Franche Urbaine – Territoires Entrepreneurs  
ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire  
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale  
ZV : Zone de Vigilance

# INTRODUCTION

---

La population des médecins en activité régulière est de plus en plus vieillissante. En 2018, 41 % des médecins actifs avaient plus de 60 ans (1). Depuis 2010, les médecins en activité régulière ont diminué de 0,9 %, tandis que le nombre des médecins retraités actifs a augmenté de 67,6 % (1). L'installation des jeunes médecins est donc une question cruciale pour les années à venir.

L'exercice de la médecine générale évolue avec les générations et les aspirations des jeunes médecins sont différentes. Même si 75 % des internes aspirent à une activité libérale et/ou mixte, on constate que seuls 12 % des nouveaux inscrits à l'ordre des médecins exerçaient en libéral en 2018 (2). De plus le pourcentage de médecins installés 5 ans après leur inscription à l'ordre des médecins n'atteint que 35 % en 2018 (2). Cela étaye la thèse de Paviot Hélène et Hennebelle Pierre (3) qui montrait que les internes avaient un projet professionnel le plus souvent peu précis et surtout incertain. Plusieurs thèses se sont penchées sur les déterminants à l'installation (4–12). Parmi eux, on peut par exemple citer l'importance de :

- trouver un emploi pour le conjoint (4,11) ;
- la présence d'infrastructures pour l'éducation et les loisirs (4,8,10) ;
- favoriser le recrutement des étudiants en médecine issus des déserts médicaux (4) ou d'augmenter le numérus clausus en région sous-dotée (8) ;
- multiplier la création de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) (4,8,10,11), de centre de santé et de réseaux de soins coordonnés (5,11) ;
- favoriser le développement de la télémédecine (5,8) ;
- créer une cohorte observatoire régionale de médecins généralistes (5) ;
- rendre le stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) obligatoire et au 6<sup>ème</sup> semestre d'internat (6) ;
- augmenter le nombre de stages ambulatoires et la visibilité de la médecine générale pendant les études médicales (7) ;
- revaloriser la fonction et la rémunération des maîtres de stage des universités (MSU), des maîtres de conférences des universités (MCU), du nombre de chefs de clinique et de professeurs des universités (CCU et PU) (7) ;
- axer sur une formation pratique de la discipline (9,10) ;
- effectuer des remplacements durant l'internat (6) ;
- proposer une reprise d'activité d'un confrère aux étudiants en fin de diplôme d'études spécialisées (DES) (7) ;
- favoriser une rémunération mixte (7) ;
- diffuser la connaissance des aides à l'installation (10,11) ainsi que les incitations financières et exonérations fiscales (5,11).

En 2010, selon l'étude réalisée par l'intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR IMG), 87,8 % des internes ayant répondu n'excluaient pas d'exercer en zone déficitaire (13). Parmi les facteurs favorisant l'installation, figurent les aides à l'installation des jeunes médecins généralistes (14). Il s'agit de contrats incitatifs qui permettent de soutenir et d'accompagner les projets d'installation en territoire fragile (15).

Il existe d'une part des contrats engageant le signataire avec l'agence régionale de santé (ARS) en tant que praticien territorial de médecine générale (PTMG) (16), praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) (17), praticien territorial médical de remplacement (PTMR) (18), ou enfin comme praticien isolé à activité saisonnière (PIAS) (19). (voir Annexe A.2.1)

D'autre part, le signataire peut également s'engager de manière tripartite par le biais de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) avec le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) (20), le contrat de transition pour les médecins (COTRAM) (21), le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) (22) ou le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) (23). (voir Annexe A.2.2)

En 2011, le travail de thèse de Decorde Augustin (24) dressait le portrait de l'aspirant à l'installation comme une femme ou un homme de 31 ans désirant s'installer dans un délai de 1 à 3 ans, après 3 années de remplacement, en collaboration dans un cabinet de groupe. Cependant il ne connaît pas les aides à l'installation et ne sait pas où les trouver. D'autres travaux vont également dans ce sens (25–27).

En effet selon le rapport du Docteur Augros en septembre 2019 (28), seuls 7 à 8 % des médecins généralistes éligibles avaient signé un contrat de PTMG. Depuis sa création en 2013, on dénombre 1 208 contrats signés dont 274 encore actifs. En Nouvelle-Aquitaine, 107 médecins l'ont signé entre 2013 et 2017 (29). Créé plus tardivement en 2015 pour le PIAS et en 2017 pour le PTMR et le PTMA, on ne dénombre respectivement que 9, 19 et 71 contrats signés depuis leurs débuts.

Nous avons décidé d'étudier le contrat le plus répandu, à savoir le contrat de PTMG. C'est en 2013 avec le pacte territoire santé, qu'est apparu pour la première fois ce nouveau contrat pour aider les jeunes médecins généralistes à s'installer dans les zones confrontées à des difficultés démographiques (30).

Il s'adresse aux jeunes médecins spécialistes en médecine générale pratiquant le tarif conventionné en secteur 1, souhaitant s'installer ou étant déjà installés en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral depuis moins d'un an, dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou une zone d'action complémentaire (ZAC). (voir Annexe A.1)

Les avantages offerts par le contrat étant :

- une garantie de rémunération de 6 900 € bruts par mois si le signataire n'atteint pas ce plafond ;
- après 3 mois d'activité, un complément de rémunération de 1 552,90 € bruts par mois pendant 3 mois maximum pour tout arrêt de travail supérieur à 7 jours ;
- après 3 mois d'activité un complément de rémunération de 3 105 € bruts par mois pendant toute la durée de congé maternité, en plus des revenus de remplacement.

Outre les conditions déjà citées, il est nécessaire de réaliser au moins 165 consultations mensuelles afin de pouvoir prétendre aux avantages. Une fiche déclarative sur le nombre d'actes et les honoraires perçus est à renvoyer mensuellement (voir Annexe B). En fonction du nombre de demi-journées travaillées et déclarées à la signature, le complément de rémunération peut être divisé par deux concernant les arrêts de travail et le congé de maternité. La durée du contrat est d'un an, renouvelable une fois par tacite reconduction. Certaines contreparties peuvent être demandées à la signature en fonction des ARS, comme la participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou la participation à des actions de dépistage.

Le travail de thèse de Petiteau Guillaume en 2016 (31), montrait que le contrat de PTMG permettait d'apporter une sécurité financière et une protection sociale améliorée. Il apparaissait comme peu contraignant et avait permis pour certains de vaincre leur peur de l'installation.

Ainsi, un des arguments forts du contrat réside en l'apport d'une protection sociale en matière de maternité. En effet les femmes médecins ayant signé ce contrat peuvent bénéficier d'une indemnité mensuelle de 3 105 € bruts pendant toute la durée légale du congé maternité (30).

Cependant le 29 octobre 2017, est entré en vigueur l'avantage supplémentaire maternité (ASM) en cas d'interruption d'activité médicale libérale pour cause de maternité ou d'adoption, pour tout médecin installé à hauteur de 3 100 € bruts par mois, et pour une durée maximale de 3 mois (32). Il permet également de bénéficier du congé paternité à hauteur de 1 116 € bruts pour une durée de 11 jours (32).

Cet avantage rejoint maintenant celui du contrat de PTMG, alors qu'il était cité comme une des raisons à sa signature (31). Cet argument pouvait expliquer en partie pourquoi sur le plan national en 2015, 70 % des signataires étaient des femmes (33), alors qu'elles représentaient 36% des médecins généralistes inscrits à l'ordre (34). On observait également pour la première fois une baisse du nombre de contrats signés depuis 2017 alors qu'il n'avait fait qu'augmenter depuis sa création (28).

Ces deux indemnités n'étant pas cumulables (35), il serait intéressant de savoir si depuis 2017 les nouveaux signataires sont informés de cette évolution. Et si tel est le cas, leurs motivations ont-elles changé par rapport à celles de leurs prédécesseurs ?

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de répondre au travers de cette thèse à la question de recherche suivante : « Quelles étaient les motivations à la signature d'un contrat de PTMG des médecins généralistes signataires installés en région Nouvelle-Aquitaine entre 2017 et 2019 ? »

L'hypothèse étant que les motivations à la signature d'un contrat de PTMG ont peu changé depuis 2017, car les nouveaux signataires sont peu informés du non-cumul de la protection maternité de leur contrat avec l'ASM.



## Introduction

Notre étude a pour principal objectif de recueillir les motivations des médecins généralistes installés en Nouvelle-Aquitaine ayant signé un contrat de PTMG depuis 2017.

Secondairement, nous souhaitons explorer la connaissance des signataires du PTMG depuis 2017 sur l'impossibilité de cumuler l'ASM et la protection sociale maternité incluse dans le contrat de PTMG ainsi que restituer leurs éventuelles propositions d'amélioration du contrat.

# MATÉRIEL ET MÉTHODE

---

## 1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés avec codage axial puis analyse thématique de contenu dans une approche analytique inductive (36).

La prise de décision concernant la signature d'un contrat de ce type étant multifactorielle, il a été choisi de réaliser une étude qualitative pour appréhender le phénomène dans toute sa complexité, l'approche quantitative risquant de masquer cette complexité.

En effet, l'étude qualitative a pour but d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, permettant de générer une hypothèse à partir de faits observés (37,38). Comme le dit Kaufmann, il s'agit de partir du terrain pour construire des hypothèses (39).

Pour nous aider dans l'écriture de cette étude qualitative, nous nous sommes basés sur les lignes directrices COREQ pour « consolidated criteria for reporting qualitative research » listant 32 items (40), traduite en version française (41). Cette grille figure en annexe avec des précisions sur notre étude pour chaque item. (voir Annexe C)

## 2. Population d'étude

L'échantillonnage ne recherchant pas la représentativité (42), l'objectif était de réaliser un recrutement par échantillonnage en variation maximale (36) parmi les médecins généralistes ayant signé un contrat de PTMG entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2019 en région Nouvelle-Aquitaine. Nous avons tenté de varier le recrutement en termes d'âge, de genre, de département d'exercice, de type d'activité (libéral, mixte) et de type d'installation (association ou collaboration). Ce recrutement permet de recueillir une diversité d'opinions et de comportements.

Le recrutement a été réalisé selon la technique de la boule-de-neige (36). La moitié des participants a été recrutée par l'intermédiaire d'une liste officielle de signataires fournie par un syndicat de jeunes médecins (contact obtenu par la directrice de thèse). Lors du premier contact nous avons demandé une confirmation de la date de signature du contrat de PTMG. Trois participants ont été recrutés via une « mailing list » de médecins remplaçants en Aquitaine et les deux derniers contacts ont été fournis par les participants.

Nous avons été confrontés à des difficultés de recrutement. Il avait été choisi de recruter uniquement les signataires à partir de 2017, concordant avec la mise en place de l'ASM. Cependant, en l'absence de liste officielle de signataires du contrat de PTMG, nous ne savions pas à ce moment-là que le nombre de signataires avait diminué en 2017. Nous l'avons perçu au cours de la réalisation de l'étude. Et cela nous a été confirmé par le rapport du Dr Augros paru en septembre 2019 (28).

Les médecins ont été contacté par mail ou par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous à leur cabinet ou dans n'importe quel lieu et à l'horaire de leur choix.

### 3. Mode de recueil des données

L'enquête a été réalisée par entretien individuel semi-directif (36). C'est une méthode de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien (36). (voir Annexe D)

#### 3.1 Élaboration de la grille des entretiens semi-dirigés

La grille a été conçue en débutant par des questions socio-démographiques afin de caractériser l'échantillon.

Au départ nous avons choisi 3 grands thèmes suivant une progression logique :

- Les études ;
- L'installation ;
- Le contrat de PTMG.

Les questions ont été formulées, dans la mesure du possible, de manière ouverte afin d'obtenir un maximum d'idées et de réactions personnelles. Les deux premiers thèmes ont été choisis pour « briser la glace » et les amener à se sentir à l'aise afin d'aborder le thème principal de la thèse.

Chaque thème comportait un ou plusieurs sous-thèmes.

Le canevas d'entretien n'étant pas figé mais évolutif au fil des entretiens, nous avons réalisé une amélioration à la suite du premier entretien. Le thème se rapportant aux études a été supprimé. Trop vaste, il n'apportait pas d'éléments exploitables. Seul le sous-thème se rapportant aux remplacements a été gardé et intégré dans le thème portant sur l'installation. (voir Annexe D)

Une deuxième amélioration du canevas a été faite après le quatrième entretien (voir Annexe D). Cette évolution concernait le thème sur le contrat de PTMG. Le sous-thème sur la connaissance des principaux avantages ne permettant d'apporter qu'une réponse subjective, il leur a été demandé simplement de les citer. Nous avons ajouté un sous-thème sur les engagements du contrat. Il nous semblait important de connaître les autres aides dont bénéficiaient les médecins. Enfin nous avons rajouté un sous-thème amenant à connaître les raisons de leur installation à l'endroit du cabinet. A partir du cinquième entretien le guide est resté le même jusqu'à la fin.

### *3.2 Conditions de réalisation des entretiens semi-dirigés*

Nous souhaitons réaliser des entretiens présentsiels, dans le lieu et l'horaire de leur choix. Il était prévu de leur rappeler avant de commencer le thème de la thèse, l'anonymisation à la retranscription et une nouvelle confirmation orale autorisant l'enregistrement audio par le biais de deux dictaphones.

Les entretiens enregistrés devaient être retranscrits en verbatim (43) sur un fichier de traitement de texte à partir des enregistrements audios. Les données devaient être anonymisées et retranscrites au fur et à mesure de leur réalisation, permettant de faire évoluer le guide d'entretien et d'apprécier la saturation des données. Des commentaires ont été ajoutés pour signifier les moments de rire, de réflexion, d'hésitation ou d'interruption de l'entretien par un évènement extérieur.

## 4. Mode d'analyse des données

Pour chaque entretien, plusieurs lectures ont été effectuées pour s'imprégner du contenu. Ces premières lectures permettaient d'avoir une vue d'ensemble des éléments à analyser. Il a été choisi de réaliser un codage manuel sans logiciel dédié.

La seconde étape, le codage, consistait à rechercher des thèmes émergents. Il a été réalisé dans les jours suivant chaque entretien. Nous avons identifié dans chaque verbatim des unités de sens. Une unité de sens correspondait à un segment de texte ayant une signification spécifique. Ainsi chacune des unités de sens se rapportant au même thème a été étiquetée manuellement au moyen de codes. Au fil de l'analyse de nouveaux thèmes sont apparus.

L'ensemble des thèmes dégagés ont été regroupés par analogie. Nous avons constitué des catégories et sous catégories formant un arbre thématique. Cette analyse nous a permis de constituer 3 grandes catégories, dans lesquelles on dénombre 23 thèmes.

Le processus d'analyse et de recueil des données étant continu, de nouveaux éléments apparaissaient au fur et à mesure. La saturation des données (43) a alors été atteinte lorsque ce processus n'apportait aucun nouvel élément.

Afin d'affiner le travail d'analyse, notre souhait était d'effectuer un double codage par le chercheur lui-même et une personne extérieure à la thèse formée à cette pratique (43,44). Faute de disponibilité de cette personne extérieure, seuls les trois premiers entretiens ont pu être double codés. Un codage simple a été effectué par le thésard à partir du quatrième entretien.

## 5. Éthique

Avant chaque entretien, une demande orale d'autorisation d'enregistrement de l'entretien a été faite. Il leur a été précisé également l'anonymisation des données lors de la retranscription.

Ce travail a été soumis au correspondant informatique et liberté (CIL) de l'université de Bordeaux, Mme Chantal Durand, pour validation de sa conformité aux lois de protection des données personnelles et a été porté au registre des traitements de données à caractère personnel de l'université de Bordeaux le 2 janvier 2020. (voir Annexe E)

# RÉSULTATS

---

## 1. Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

### 1.1 Corpus exploratoire

Pour obtenir notre corpus exploratoire, 12 médecins ont été contactés au total. Deux d'entre eux n'ont pas donné suite. L'intégralité des entretiens a été retranscrite mot pour mot par le biais des enregistrements audios. Il n'y a eu aucun refus d'enregistrement. Tous les entretiens se sont déroulés entre le 20 juin 2019 et le 24 septembre 2019.

La saturation des données a été atteinte pour l'objectif principal au 7ème entretien. Nous avons réalisé 3 entretiens supplémentaires qui n'apportaient aucune nouvelle donnée. Nous n'avons cependant pas pu l'obtenir pour l'objectif secondaire.

7 entretiens ont été réalisés auprès de médecins généralistes femmes et 3 entretiens auprès de médecins généralistes hommes.

La fourchette d'âge allait de 29 ans pour le médecin le plus jeune à 40 ans pour le plus âgé. La moyenne d'âge des généralistes interviewés était de 33,3 années.

Deux médecins étaient pacsés, un divorcé, trois mariés, deux en couple non marié ni pacsé et deux célibataires.

Sept médecins avaient au moins un enfant et deux étaient enceintes.

L'intervalle entre le passage de la thèse et l'installation allait de 0 à 14 ans.

La durée d'entretien allait de 14 minutes pour le plus court à 32 minutes pour le plus long. L'ensemble des entretiens totalisait 235 minutes soit 3 heures et 55 minutes.

L'entretien réalisé le plus proche se trouvait à 35 kilomètres et le plus éloigné à 245 kilomètres.

1.2 Tableaux récapitulatifs

Tableau 1 : Caractéristiques sociales des médecins interrogés

	<b>Sexe</b>	<b>Âge (ans)</b>	<b>Situation familiale</b>	<b>Enfants</b>
<b>M1</b>	F	32	Pacsée	1 (2 ans et demi) et enceinte de 7 mois
<b>M2</b>	F	40	Divorcée	2 (12 ans demi et 14 ans)
<b>M3</b>	F	31	En couple	0
<b>M4</b>	M	34	Marié	1 (3 ans)
<b>M5</b>	F	29	Pacsée	1 (3 ans et demi) et enceinte de 4 mois
<b>M6</b>	M	30	En couple	1 (2 mois)
<b>M7</b>	F	32	Mariée	2 (1 et 3 ans)
<b>M8</b>	F	35	Célibataire	0
<b>M9</b>	F	32	Mariée	2 (2 et 10 ans)
<b>M10</b>	M	38	Célibataire	0

Tableau 2 : Caractéristiques professionnelles des médecins interrogés

	Année de thèse	Année d'installation	Demi-journées	Milieu d'exercice	Distance domicile travail (km)	Remplacements (en années)
<b>M1</b>	2015	2018	9	Rural	17,5	2
<b>M2</b>	2003	2017	9	Rural	0 (logement de fonction) 39,5 du domicile	0,25
<b>M3</b>	2018	2019	5	Semi-rural	18	3
<b>M4</b>	2016	2019	10	Rural	16	7
<b>M5</b>	2017	2017	9	Semi-rural	15	1
<b>M6</b>	2017	2019	9	Urbain	6,5	2
<b>M7</b>	2016	2018	7	Rural	7	1,5
<b>M8</b>	2016	2019	9	Rural	10	4
<b>M9</b>	2016	2017	9 ou 10	Semi-rural	5	1
<b>M10</b>	2009	2019	9	Semi-rural	5	3



## 2. Analyse du contenu

### 2.1 Les déterminants à la signature du contrat de PTMG

#### 2.1.1 Les principales motivations à la signature

##### - Peu contraignant :

Plus de la majorité des signataires évoquait l'absence de réelles contraintes comme une des motivations à la signature du contrat.

M1 : « [...] je rentrais dans les critères, les contraintes elles étaient pas des contraintes pour moi vu que je faisais déjà des gardes mobiles [...] J'avais pas de contraintes, j'avais des avantages »

M2 : « Oh ben j'ai trouvé que ça m'engageait en rien. Au contraire c'est une petite assurance en plus voilà. »

M3 : « [...] je le signe quand même ça m'engage en rien, voilà. »

M4 : « C'est parce que ça correspondait aux choses que je faisais déjà [...] Euh... voilà sachant que les contraintes euh... pff les contraintes sont pas énormes [...] »

M5 : « Ben non parce qu'au final j'avais aucune contrainte à le signer. Euh... enfin ça m'engageait à rien. »

M7 : « Oui c'était l'ensemble, voilà, les avantages. Euh... il y avait pas de contraintes pour moi donc euh... Voilà du coup je me suis dit ben... allons-y « rire ». »

M8 : « En fait t'as pas tellement de contraintes. »

M9 : « Et puis comme je vous ai dit ça nous engage à pas grand-chose, à part exercer correctement, donc ça bon ben voilà. »

##### - La garantie de revenu :

Pour M4, M5, M7 et M8, la garantie de revenu faisait partie des motivations.

M4 : « [...] voilà sécuriser un peu les... notamment sur les... les premiers mois ou la première année d'exercice. »

M5 : « Et au contraire si je le signalais je savais que j'avais un revenu minimum assuré. »

M7 : « [...] les motivations voilà c'est le maintien de revenu de ses... voilà. »

M8 : « Et du coup l'ARS te paye la différence parce que t'as forcément un manque à gagner quand tu pars en vacances. T'as toutes les charges que t'as pas quand tu remplaces, qui sont énormes. Et c'est pour ça que c'est super bien. »

### **- Une protection sociale :**

Le contrat de PTMG était vu par M2, M3, M6 et M9 comme un contrat d'assurance supplémentaire en cas de nécessité. Cela leur permettait d'avoir la capacité de pouvoir assumer les charges du cabinet en cas d'accident, de maladie ou de grossesse.

M2 : « c'est l'assurance quand même. C'est quand même... une aide... [...] C'est une assurance financière. Assurance au niveau, si on est malade, si on est en accident de travail, peu importe. »

M3 : « je me suis dit bon c'est vraiment une sécurité. » « l'arrêt maladie [...] Je me suis dit au cas où c'est bien d'avoir une sécurité c'est toujours avantageux et puis voilà. »

M6 : « Ben les motivations c'étaient de me dire, je m'assure... enfin s'il m'arrive un truc ou quoi pour me payer les charges du cabinet, et... vivre tout simplement. »

M9 : « Donc c'est le même principe qu'une assurance. On ne la prend pas parce qu'il va nous arriver des trucs. On la prend parce que s'il nous arrive quelque chose. »

### **- Une installation plus rapide :**

Pour M2 et M4 la signature du contrat leur a permis de s'installer plus rapidement.

M2 : « Oh ben ça motive, ça... ça motive. Ça veut dire que si quelqu'un veut s'installer avec ce contrat, la décision elle est plus... ça aide à prendre cette décision. »

M4 : « Le... le fait qu'il y ai eu le contrat de PTMG ça... ça était un facilitateur. [...] ça m'a permis de poser mes valises plus rapidement. »

### **- Un sentiment de sécurité à l'installation :**

Enfin pour M4, M5, M8 et M10, il s'agissait de sécuriser le début d'installation.

M4 : « Euh... les débuts d'activité sont un peu... sont toujours un peu chaotiques, donc c'est vrai c'est quand même... c'est quand même sécurisant. [...] Je pense je... je sais pas si je me serais installé tout de suite euh... sans ça, parce que le... j'aurais peut-être préféré un poste salarié avec un revenu plus stable, plus assuré parce que... voilà le... avoir des... comment dire, des écarts d'activité qui risquaient de nous plomber financièrement au niveau familial c'est... je suis pas sûr que ce soit un risque que j'aurais pris. »

M5 : « C'est vrai que la première année c'était... c'était important pour moi d'avoir quelque chose en plus. Je pense... ça aurait pas été là, mon collègue ne partait pas à la retraite je pense que ça m'aurait créé plus de stress que... que de me dire bon ben de toute façon au cas où j'aurais ça ce sera très bien quand même. [...] Oui c'était la sécurité. »

M8 : « Pour la sécurité en fait. [...] Parce qu'il y a quand même eu des soucis. Et euh... et du coup voilà je savais pas non plus comment j'allais pouvoir... si j'allais avoir assez de patient, des choses comme ça. Donc mine de rien, t'as quand même des charges permanentes. Si tu dégages rien, t'es un peu coincé. »

M10 : « Ben écoute c'est quand même euh... même si je fais pas ce boulot pour l'argent c'est quand même la sécurité financière. »

### **2.1.2 La raison principale à la signature**

Pour M1, M3, M4, M6 et M10 la raison principale à la signature du contrat de PTMG concernait le volet financier que ce soit en cas de grossesse ou concernant la garantie de rémunération.

#### **- Une protection sociale en cas de grossesse :**

M1 : « Ben c'était pour les indemnités journalières surtout en cas de congé maternité »

M3 : « Moi c'était une hypothétique grossesse. »

#### **- La garantie de revenu :**

M4 : « Et la motivation, ben c'était surtout... voilà sécuriser un peu les... notamment sur les... les premiers mois ou la première année d'exercice où euh... l'activité peut-être un peu... encore un peu faible au début. »

M6 : « Ah oui oui clairement. C'était l'argent potentiellement délivré si besoin. »

M10 : « Ben écoute c'est quand même euh... même si je fais pas ce boulot pour l'argent c'est quand même la sécurité financière. »

#### **- Un sentiment de sécurité à l'installation :**

Pour M2, M5 et M8 la motivation principale concernait un soutien moral à l'installation.

M2 : « Il y a quand même derrière un organisme qui nous soutient. Qui soutient cette installation qui n'est pas facile à décider. »

M5 : « Oui c'était la sécurité. »

M8 : « Pour la sécurité en fait. [...] Ah oui complètement oui. »

### **- Peu contraignant :**

Enfin pour M7 et M9 la signature du contrat a été motivée par l'absence de réelles contraintes par rapport aux avantages potentiels.

M7 : « Moi je l'ai juste souscrit parce qu'il y avait aucun inconvénient... enfin aucune contrainte à ce que je le fasse, juste pour en bénéficier au cas où [...] »

M9 : « Ben c'est une protection, c'est une protection alors qu'on nous demande rien en échange à part le fait d'exercer un minimum, enfin d'avoir un travail normal quoi. »

### **2.1.3 Une hésitation mesurée à la signature du contrat**

#### **- Aucune hésitation devant le peu de contraintes demandées :**

L'ensemble des signataires sauf M3 n'a pas hésité lors de la signature du contrat. D'après eux, les contraintes exigées étaient compatibles avec leur exercice de la médecine générale. Le contrat pouvait au pire ne rien leur apporter.

M2 : « Ah non pas du tout parce que quand je l'ai lu vraiment, y'a engagement d'une année... euh... bon y'a pas vraiment de contrainte voilà. »

M4 : « Oh non parce que vu les termes du contrat [...] il y a pas de pénalité quoi donc euh... Au pire il se passe rien, au mieux ça fait un plus quoi » « [...] les contraintes sont pas énormes »

M5 : « Ben non parce qu'au final j'avais aucune contrainte à le signer. »

M8 : « Non, ben non parce que tu peux le résilier à n'importe quel moment. [...] En fait t'as pas tellement de contraintes. »

#### **- Hésitation sur l'utilité du contrat :**

Seul M3 déclarait avoir eu une légère hésitation lors de la signature du contrat. En effet les avantages du contrat étaient trop peu attractifs selon lui. Mais l'absence de réelles contraintes a été un élément en faveur de la signature.

M3 : « « *soupir* » Oui parce que finalement quand on lit ce contrat en zone d'action complémentaire pff... ça amène pas tant que ça. [...] Oui petite hésitation sur l'utilité mais j'ai pas rechigné pour le signer. »

## 2.1.4 Les avantages perçus par les signataires

### - La garantie de revenu :

Le seul avantage dont ont pu bénéficier les signataires a été la garantie de revenu. M1, M4, M6, M8 et M9 ont ainsi pu en bénéficier. On note que cet avantage a été uniquement perçu pendant la première année de contrat.

M1 : « Alors pour le complément de salaire j'en ai bénéficié le premier mois ou je me suis installé parce que j'avais peu exercé »

M8 : « [...] les compensations financières oui il y a eu 2 mois où ils ont dû me compenser depuis l'installation, voilà. »

### - Aucun avantage perçu :

Pour les M2, M3, M5 et M7, le contrat ne leur a rien apporté.

M5 : « Et ben au final « *sourire* » j'en ai jamais eu besoin puisque ben même en m'installant le premier mois, j'avais dépassé le plafond »

### - Avantage indirect de la signature du contrat de PTMG :

M4 et M10 nous ont rapporté avoir pu bénéficier d'un avantage qui ne figurait pas sur le contrat. Il s'agissait d'un avantage indirect ayant permis de faciliter un crédit immobilier grâce à la garantie de revenu.

M4 : « [...] nous nous sommes lancés dans l'achat de notre maison. La banque a vu d'un bon œil ce contrat qui garantissait un chiffre d'affaires mensuel pour un début d'activité (période habituellement plus risquée) ce qui nous a permis d'avoir un accord rapide et de meilleures conditions. »

M10 : « [...] ben là tu vois si j'achète une maison, ben le contrat PTMG justement ils me l'ont demandé là pour le crédit. »

### **2.1.5 Le renouvellement du contrat**

#### **- Renouvellement car peu contraignant :**

M1, M3, M6, M7, M9 et M10 pensaient le renouveler par sécurité d'une éventualité, « au cas où ».

M3 : « Oui parce que comme il y a pas d'effet négatif je dirais, il n'y a pas d'engagement spécial de ma part, ben à part le fait de travailler voilà je pense que je le résignerai. »

M10 : « On sait jamais il peut y avoir un mois où j'atteins le quota mais que je sois malade. Les assurances voilà tant qu'on n'est pas hospitalisé ils ne prennent pas forcément en charge. Donc euh bon ben ça fait une petite... un petit filet de sécurité en plus. »

#### **- Non car pas de nécessité et pas d'avantages :**

M2 et M5 n'avaient pas renouvelé leur contrat au terme de la première année car ils estimaient que cela aurait été inutile.

M2 : « D'ailleurs je ne l'ai pas renouvelé parce que j'en avais pas besoin. »

M5 : « Non. [...] Parce qu'au final j'en ai jamais eu besoin donc je me suis dit qu'il y avait pas de raison que maintenant que j'ai une patientèle que j'avais des remplaçants qui tournaient j'avais tout ce qui fallait j'avais pas besoin de résigner un contrat »

#### **- Existence de l'ASM :**

M5 n'a pas renouvelé le contrat après avoir appris l'existence de l'ASM.

M5 : « Mais parce que oui il me semble que j'ai vu justement j'ai pas résigné parce que bon, le désir de bébé c'était prévu. Mais il me semble que la CPAM fait cette... [...] et du coup c'est pour ça que j'ai dit c'est pour ça, ça sert à rien que je résigne le PTMG parce que de toute façon il y aura le complément comme les années précédentes par la CPAM je pense que j'aurais résigné une autre année de PTMG pour avoir ce complément-là. C'est pour ça que j'ai pas résigné parce que je savais que la CPAM... »

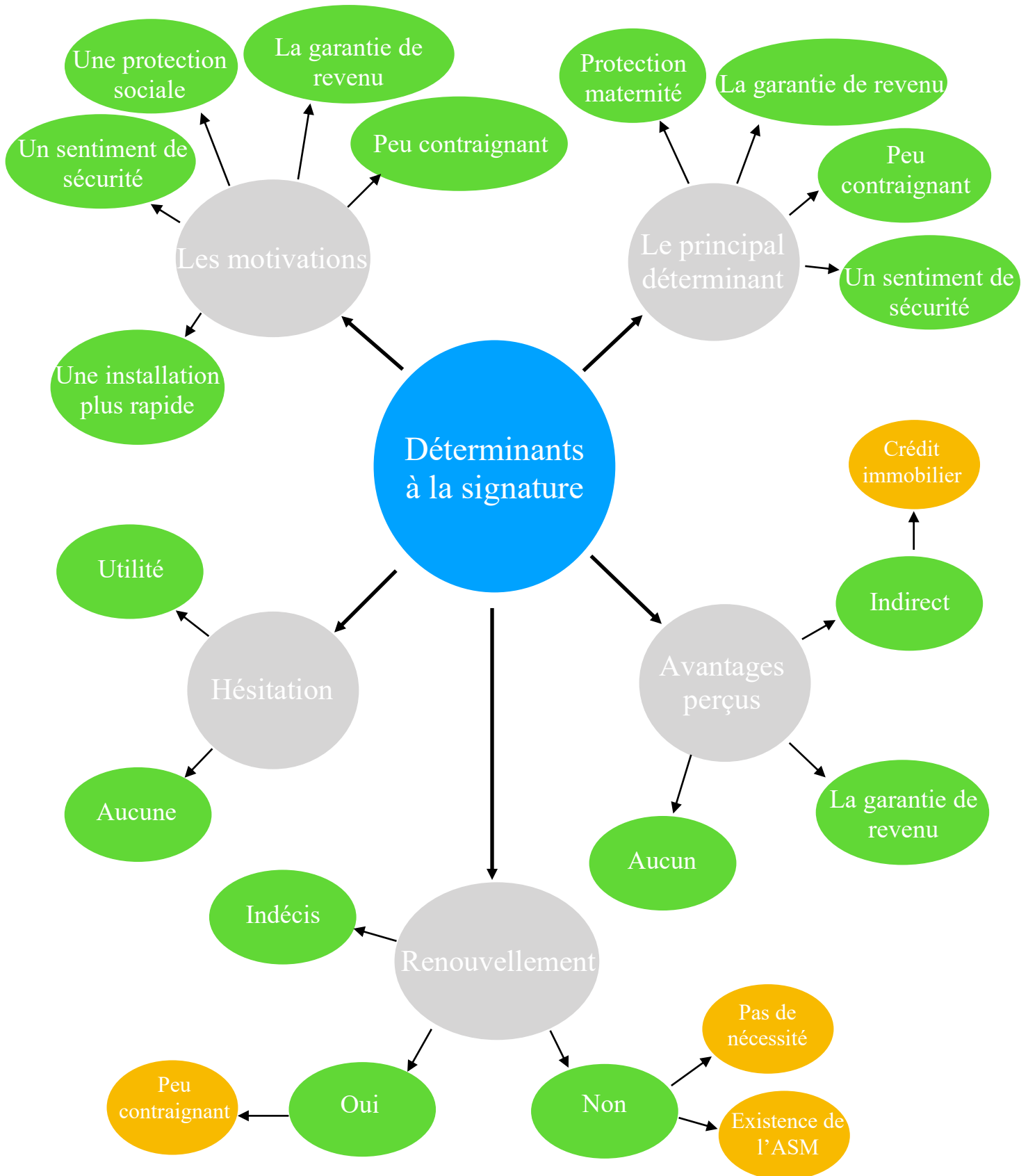
**- Doute sur la nécessité :**

M4 et M8 étaient encore indécis sur la nécessité de prolonger le contrat d'une année supplémentaire.

M4 : « Donc je sais pas encore. Ça dépendra de mon niveau d'activité dans un an. »

M8 : « Pff probablement oui. Pff pour le soutien financier puisque mine de rien j'ai quand même pas une patientèle énorme. [...] Donc ça nous permet de compenser pour les périodes de vacances. »

Figure 1 : Les déterminants à la signature du contrat de PTMG





## 2.2 L'installation vue par les signataires du contrat de PTMG

### 2.2.1 Le passage à l'installation : le facteur déclenchant

#### - Une régularité :

Pour cinq médecins, le facteur déclenchant à l'installation correspondait à une certaine régularité. Il s'agissait d'une régularité de travail pour M1 et M7.

M1 : « Euh... et au contraire vu que j'avais en plus un enfant en bas âge j'allais toujours au même endroit chaque semaine donc de connaître les patients enfin de pas s'adapter chaque semaine à un logiciel différent un cabinet différent et des patients différents au contraire ça... c'est beaucoup plus simple... »

M7 : « [...] voilà je trouvais que c'était bien de faire un mi-temps et c'était ça que je trouvais un peu difficile aussi, qu'on faisait du plein temps pendant deux-trois semaines quand je les remplaçais et après du coup ils essayaient de me... de pas avoir de remplacements pendant deux semaines le temps de récupérer. »

D'une régularité concernant les revenus pour M3. Ce qui n'était pas forcément le cas lors des remplacements.

M3 : « Euh... la première, c'est vraiment d'avoir un revenu plus fixe parce que les remplacements [...] Et ensuite le fait d'avoir des patients qui reviennent pour me voir moi et pour avoir un suivi médical ben j'aime ça. »

Enfin une régularité dans le suivi des personnes selon M5 et M9.

M5 : « Parce que j'avais envie d'avoir mes patients « sourire ». Voilà, de faire... de suivre des gens, je pense que c'est pour ça que je suis médecin généraliste parce que j'aime bien sur le long terme et pas les voir une fois par an. »

M9 : « C'est toujours la même histoire du suivi, de savoir d'où ils viennent, comment ils évoluent. Et puis c'est un lien avec les patients qu'on n'a pas quand on est remplaçant ou qu'on est à l'hôpital ou en clinique. »

#### - De l'indépendance :

Pour M2, M8 et M10, l'installation représentait une forme d'indépendance qu'il est parfois difficile à avoir lors des remplacements ou en exerçant en tant qu'hospitalier.

M2 : « C'était un projet dans ma tête, quand j'étais hospitalier ça faisait un moment que j'en avais marre et je voulais quelque chose... en fait je croyais que j'allais être plus libre « rire » vous voyez ce que je veux dire [...] En termes de temps, en termes de hiérarchie, en termes de..., une certaine liberté de naviguer seule, de... voilà d'être autonome. »

M8 : « Euh... ce qui me gênait quand tu remplaces, t'es toujours un peu obligé de t'adapter à la façon de faire du médecin que tu remplaces, voilà. T'es jamais totalement libre, mine de rien. »

M10 : « Ouais c'était par rapport à l'administration. On te met la pression en permanence, on te dit ouais pourquoi vous avez votre DMS de ce mois-ci qui est moins bonne que le mois dernier. [...] Donc au bout d'un moment j'ai dit basta, je vais faire ma sauce comme je l'entends, comme je l'aime. Favoriser le côté humain et non pas tous ces trucs qu'on traite comme des numéros, des dossiers, enfin moi ça me scandalise mais malheureusement ça a tendance à se généraliser dans tout ce qui est grosse boîte, hôpital et compagnie quoi. »

### **- Une forme de lassitude :**

Pour M4, M6 et M8, le remplacement était vu comme redondant, entraînant une forme de lassitude.

M4 : « Euh... ben le... c'est parce que j'avais fait à peu près le tour du... le tour du remplacement. »

M6 : « était une forme de lassitude sur la... on va dire sur le côté un peu bougeotte du remplaçant qui est un peu précaire on va dire. Et puis euh... c'était aussi le fait d'avoir la possibilité euh... comment dire... de semer des graines et d'avoir des retours sur ce qu'on fait. »

M8 : « Euh... pff... j'avais fait un peu le tour. »

## **2.2.2 Les éventuels obstacles à l'installation**

### **- Aucun :**

Pour la majorité des médecins (M1, M2, M4, M5, M6, M7 et M10), aucun obstacle majeur n'a été rencontré au moment de l'installation. Certains ont quand même noté quelques contretemps. La plupart du temps en matière de délais administratifs.

M1 : « Non non après c'est un peu lourd au niveau administratif mais... non pas d'obstacles. »

M7 : « Euh non non pas d'obstacles particuliers à l'installation. »

### **- Par les confrères :**

L'installation de M8 a été compliquée. Le généraliste a rencontré un refus de la part de ses confrères pour clause de non-concurrence. Il lui a fallu repousser son installation d'une année.

M8 : « Euh... mais sauf que quand je me suis installée ça a posé un peu problème avec les médecins déjà présents, voilà. Une partie d'entre eux en tout cas. Voilà j'ai dû attendre une bonne année pour ne plus les remplacer si tu veux et rentrer dans les clauses de non-concurrence. Enfin bon c'était un peu compliqué. J'ai dû batailler contre le conseil de l'ordre, contre tout le monde voilà pour pas qu'ils me bloquent mon installation. »

### **- Sentiment de solitude :**

M9 nous a signalé s'être sentie esseulée au moment de l'installation, pouvant être source de stress et d'angoisse.

M9 : « Déjà personne pour te motiver. On est vraiment tout seul. »

### **- La logistique :**

La logistique posait également quelques problèmes pour M3 et M9. Il s'agissait en général d'une difficulté concernant les délais du matériel.

M3 : « J'allais dire que c'est peut-être le truc le plus long que j'ai eu, la table d'examen, sinon on va dire que j'ai pas eu de gros frein à main. »

M9 : « C'était que des fichiers papiers rien d'informatisé donc pas mal de boulot. »

« Donc pendant bien 2 mois, j'ai travaillé à l'ancienne avec euh ordonnance papier et feuilles de soins papiers. »

« [...] après au niveau informatique, les rendez-vous, les gens disponibles et puis le temps qu'il faut pour installer les TPE, les machins, ça c'était long. »

### **- Appréhension des patients :**

L'appréhension face à la réaction des patients a été évoquée comme une source potentielle d'obstacle à la pérennité de l'installation de la part de M9.

M9 : « Euh... j'étais la seule fille de... la seule femme de la toute la ville. C'est des vieux médecins, que des hommes donc voilà c'est aussi la mentalité. Comment est-ce que les patients vont apprécier. Il va y avoir des réticences pour une femme, je suis jeune euh voilà. »

### 2.2.3 L'installation, avec le recul

Il s'agissait d'une suite logique pour l'ensemble des signataires. C'était une étape nécessaire dans leur accomplissement professionnel.

#### - Absence de regrets :

M1, M4 et M5 évoquaient ne pas avoir de regrets à s'être installés et avoir bien vécu cette transition.

M1 : « Ben finalement je regrette pas du tout et je... **...d'accord...** même que ce soit... que c'est été plus tôt que prévu enfin... je regrette pas c'est bien plus simple enfin... il y a des avantages et des inconvénients mais je suis bien mieux installé que remplaçante. »

M4 : « Euh... non pff... non il y a rien que je referais différemment pour le moment, parce que ça se passe bien. »

M5 : « Ben que j'ai eu raison de m'installer ici je pense parce que du coup je travaille bien, qu'on a du monde que je m'entends bien avec mes collègues. [...] Si c'était à refaire je ferais la même chose. Pas de regrets. Non. »

#### - Une fierté :

M2, M3, M8 et M9 ressentait un sentiment de fierté d'avoir franchi le pas de l'installation.

M2 : « Eh bien, ce que j'en retiens, c'est que..., ben je suis fière de moi. Et enfin ça marche. Voilà, franchement je suis pas déçue. Il y a beaucoup de travail. Il y a un travail autre, pas pareil mais il y a beaucoup de richesse relationnelle. »

M3 : « Moi je suis contente de l'avoir fait parce que... là je... suis dans un cabinet où j'aime bien sa localisation, j'aime bien l'organisation qu'est faite par rapport au secteur de garde. [...] J'aménage mon emploi du temps comme je veux. Je ne suis pas non plus overbookée. J'ai de la demande, mes agendas sont bien remplis mais j'ai quand même pas mal de temps libre dans la semaine donc ça c'est bien aussi, j'aime bien me garder ça. »

M8 : « Moi je suis ravie. Je suis ravie. Je l'aurais fait à l'avance s'il y avait pas eu tous ces soucis, mais non je suis contente ça se passe bien, voilà. »

M9 : « Ah ben moi je suis contente d'être installée. Euh... je pense que c'est une bonne chose. Il faut plus de médecins à la campagne « *rire* ». »

#### - Une progression :

Pour M6, l'installation était une suite logique dans la progression professionnelle.

M6 : « C'est... l'installation, c'est... le passage obligé à moment donné je dirais pour aussi progresser et euh... et quelque part après avoir une... une sorte de vision sur le long terme. »

### - De l'indépendance :

Pour M7, l'installation était un gage de liberté et d'indépendance concernant son exercice.

M7 : « Euh ben c'est bien parce que du coup on gère vraiment notre activité comme on le souhaite généralement voilà. »

### - Une source de stress :

Enfin, M10, l'installation était aussi une source majeure de stress. Surtout dans le cas d'une création d'activité où le médecin ne partait de rien.

M10 : « Pff du stress « rire ». On est toujours un peu anxieux surtout que moi ben du coup j'ai pas repris de patientèle. »

## 2.2.4 L'exercice en salariat

### - Un exercice non concluant :

M2 et M10 étaient hospitaliers avant de s'installer en libéral.

M2 : « Voilà j'ai fait quand même... j'étais quand même... ben... quand même j'étais 13 ans, 14 ans peut-être. **D'accord, en tant que gériatre ?** Non en tant que médecine générale, après gériatre après voilà... c'était... j'avais le PH, c'était juste au moment où je voulais passer le PH. »

M10 : « Donc j'ai fait euh... 3 ans au post-urgences gériatrique et aussi aux urgences. Avec un poste aussi partagé à l'hôpital de X (*nom d'une commune*) voilà. [...] Euh... après j'étais chef de secteur sur le SSR de X (*nom de l'établissement*) à X (*nom de la commune*). »

### - Potentiellement intéressant :

M3 a hésité à s'orienter vers le salariat, mais faute de poste correspondant à ses critères, il a préféré s'installer en libéral. Cependant ce médecin ne ferme pas la porte au salariat :

M3 : « C'est vrai que c'est... intéressant d'un côté mais ici en gironde j'ai pas trouvé de poste salarié qui correspondait à mes attentes et puis j'aime bien la médecine générale. Donc moi j'ai envie de faire de la médecine générale, je me suis dit je vais m'installer en libéral, je verrais. »

## - Contraire à leur vision de la médecine générale :

Pour tous les autres médecins, il ne s'agissait pas d'une solution envisageable. Le passage hospitalier durant le cursus universitaire a souvent été une mauvaise expérience :

M4 : « Euh... non parce que je... j'avais...ça faisait un moment que j'avais fini mon internat et tout. Mais j'appréciais le... comme la liberté qu'on a en libéral, de pouvoir... de pouvoir en cas de besoin ajuster ses horaires, de travailler plus s'il y a besoin et s'il y a besoin de se libérer s'il y a un problème pour les enfants, pour la maison, des trucs comme ça. »

M5 : « Ah non pas du tout. J'aurais pas travaillé à l'hôpital j'ai horreur de ça. [...] je pense qu'on est médecin pas fonctionnaire donc euh... Enfin j'ai du mal à associer les deux idées en fait. J'ai des journées où ben tant qu'il y a du monde « *sourire* », j'ai pas fini. Donc si je rentre à 20 heures ou 20 heures 30 chez moi c'est comme ça. Alors que quand on est salarié je pense qu'on se délègue un peu plus. Ah ben j'ai fait mes 35 heures, j'ai fini je m'en vais quoi. »

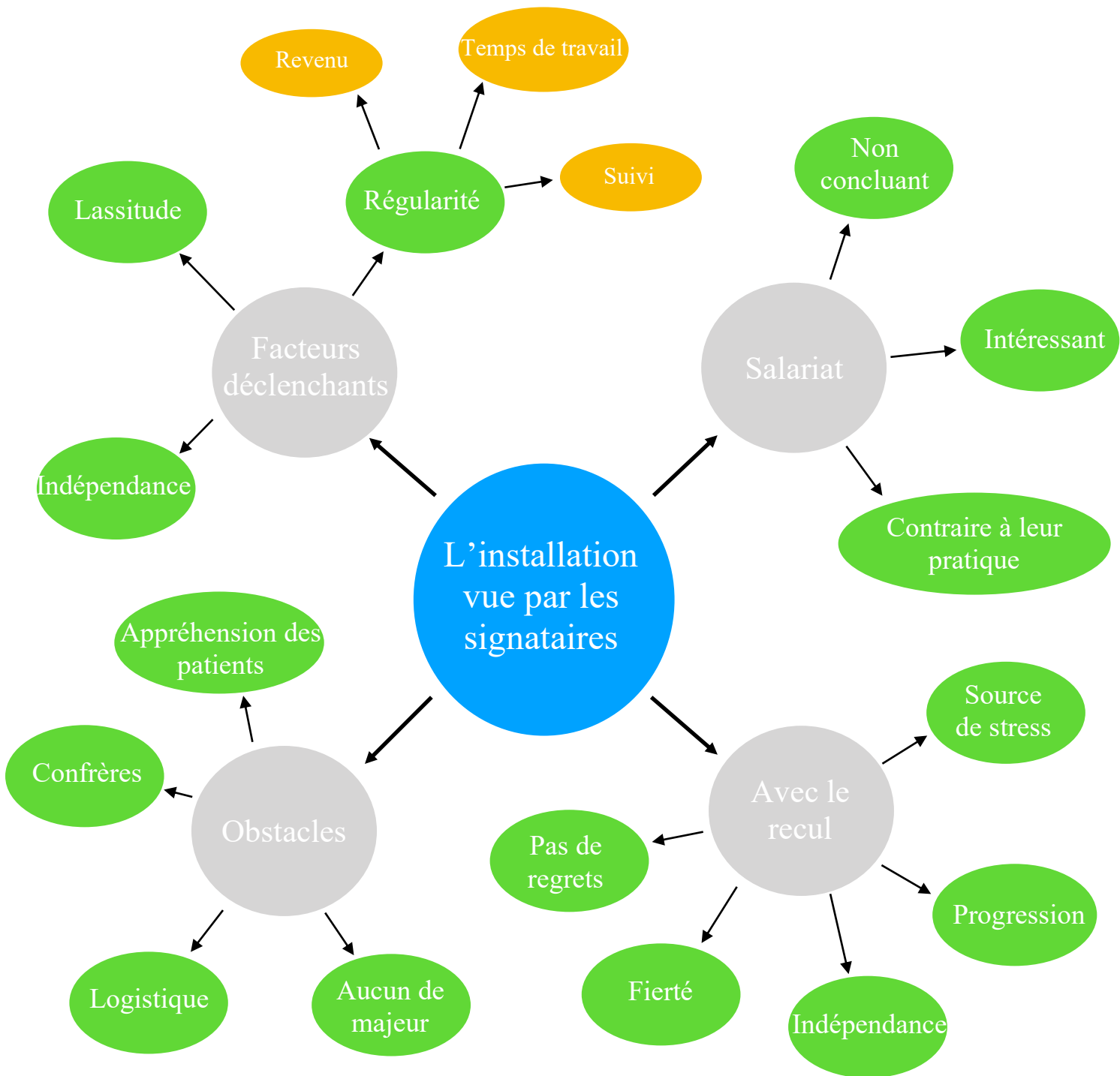
M6 : « Le salariat non parce que j'ai pas eu de bons... de bons échos. Et euh... et je voulais pas forcément reproduire les mauvais côtés de l'hôp... enfin de l'hôpital en libéral quoi. »

M7 : « Donc euh le directeur de l'hôpital m'avait déjà proposé de faire l'hôpital aussi. Euh... sachant que je l'ai déjà fait quand j'ai remplacé mes collègues et j'avoue que c'était un peu euh... stressant et puis il fallait être partout. »

M8 : « Jamais. [...] Parce que boh j'ai toujours bien travaillé à l'hôpital et tout ça, mais depuis toujours je sais que je veux revenir m'installer en libéral, voilà. »

M9 : « Ah non pas du tout. J'aime pas, l'hôpital, les cliniques tout ça. Déjà parce que c'était pas un mode d'exercice que je voulais. Je voulais pas de patron. [...] C'est un suivi des patients qu'on n'a pas à l'hôpital. [...] Donc c'est dire le suivi de toute la vie. Donc les petits bouts qui naissent, on suit les parents ensuite on suit les enfants parce qu'ils deviennent grands etc... [...] Et puis j'aime pas l'ambiance de l'hôpital, la mentalité, les gens qui s'aident pas, qui s'entendent pas voilà... »

Figure 2 : L'installation vue par les signataires du contrat de PTMG



## 2.3 La place du contrat de PTMG en médecine générale

### 2.3.1 Des sources d'informations multiples

#### - A la faculté :

Pour la grande majorité des médecins interrogés, la connaissance du contrat de PTMG s'est faite par le biais de la faculté pendant leurs études.

Pour M1 et M9, c'est le syndicat des jeunes médecins qui était venu présenter les aides à l'installation.

M1 : « déjà je faisais partie de l'association des internes et on était quand même en lien avec le X (*nom du syndicat*) donc l'association enfin... [...] le syndicat des jeunes médecins donc je pense au cours d'une formation ils faisaient... on organisait un séminaire sur l'installation, de remplacement »

M9 : « Alors en fait quand j'ai fait mon stage à X (*nom d'une commune*) j'étais avec euh... un des présidents du syndicat des jeunes installés et internes du X (*nom de la région*). [...] Et donc effectivement on a des droits et lui il connaissait beaucoup plus tout ça donc on en a discuté, puisque j'étais enceinte il m'en a parlé. »

Pour M3 et M6, il s'agissait du syndicat des internes en médecine générale qui avait présenté cette aide.

M3 : « Je le connaissais d'avant euh... parce que quand j'avais commencé mon internat en région X, on... ça venait de sortir c'était en 2012 et on avait commencé à nous en parler. [...] C'était le syndicat des internes je pense... oui je pense que c'était l'ISNI. »

M6 : « A X on a une association qui s'appelle l'X (*nom de l'association des internes en médecine générale*), qui s'occupe des internes en médecine générale et donc qui fait chaque année des sortes de séminaires sur l'installation. Déjà on nous en avait parlé à ce moment-là quand j'étais interne. »

Pour M5, il s'agissait du département de médecine générale (DMG) sans plus de précisions.

M5 : « Euh... ben à la fac. A la fac, on en a parlé. [...] Oui c'est le département de médecine générale, tout ça oui qui en ont parlé. »



M7 mentionnait en avoir eu connaissance au cours de ses études par l'intermédiaire des représentants de l'ARS qui s'étaient déplacés pour un séminaire concernant les aides à l'installation.

M7 : « Et puis même l'ARS c'est pas mal parce qu'ils viennent souvent même quand on est étudiant nous présenter les aides et j'ai entendu parler du PTMG voilà. »

#### **- A la CPAM :**

Pour M2, l'information a été délivrée au moment de la signature de la convention de la CPAM.

M2 : « On me l'a proposé c'était... au CPAM. Au CPAM, quand il y avait la signature de convention avec la CPAM, c'est là où on m'a dit que voilà, qu'il y a un contrat. »

#### **- Par le biais de mails :**

Pour M4 la connaissance du PTMG a été faite par le biais de mails, reçus de la CPAM et du groupe de remplaçants en médecine générale.

M4 : « [...] par des mails sur la mailing liste des remplaçants. [...] par des mails de la sécu aussi. »

#### **- Par le biais d'un associé :**

Pour M8 et M10, l'information concernant le PTMG a été donnée par leurs associés, eux même ayant signé un contrat au moment de leur installation.

M8 : « Euh... ben par mon collègue X (prénom du médecin associé) qui avait signé ce contrat-là. »

M10 : « Donc c'est X (prénom de son associée) qui m'en a parlé parce qu'elle en a bénéficié justement. »

M8 avait ainsi pu échanger à ce sujet avec la CPAM juste avant son installation.

M8 : « [...] quand j'étais... pff... quand je suis passée à la CPAM je crois. Pour mon installation c'est là qu'on en a parlé, avec la conseillère. Du coup on m'a donné l'adresse de l'ARS. »

### 2.3.2 Les informations délivrées sur la nature du contrat de PTMG

#### - Compréhensible au premier abord :

M1, M2, M3, M4, M6, M7 et M8 estimaient avoir été informés par la lecture elle-même du contrat. Même si elles n'ont pas forcément été exposées oralement, pour eux l'ensemble des données étaient facilement compréhensibles.

M2 : « Je l'ai lu, je l'ai pas voilà... franchement je l'ai lu, je peux pas vous dire qu'ils m'ont informé. »

M3 : « J'ai reçu le contrat après il y a des petites lignes. J'ai lu les lignes mais voilà, après il y a pas énormément de choses dans le contrat. Oui je l'ai lu. [...] C'était clair oui. »

M4 : « Oh oui parce qu'après il y a une plaquette explicative qui... qui est assez claire. Et le... donc le principe de fonctionnement est assez simple donc c'est... c'est facile à comprendre. »

#### - Nécessité de compléments de recherche :

Même si les médecins déclaraient avoir eu peu de difficultés à lecture du contrat, M3, M5, M6, M7, M9 et M10 avaient personnellement effectué des recherches complémentaires à ce sujet sur internet.

M3 : « J'avais fait des recherches sur internet je pense, j'étais allé sur CartoSanté sur le site de l'ARS. »

M5 : « Oui je pense, parce qu'après du coup ben... en fait l'information a été donnée. Après en tapant sur internet c'est vrai que ben PTMG on a tout de suite plein d'infos. On a tous les contrats de visibles tout ça donc c'est vrai que peut-être que personnellement après plus sur internet j'ai vraiment regardé les conditions, l'offre euh... voir un petit peu comment ça se passait pour euh... y accéder. »

M7 : « J'ai fait aussi mon... ma thèse sur les aides à l'installation en fait dans les zones rurale... et donc je savais déjà. »

M9 : « Oui après je me suis renseignée moi-même. Je suis allée sur internet, j'ai tapé PTMG, j'ai lu le contrat. »

### 2.3.3 La connaissance des principaux avantages

#### - Bonne connaissance globale des principaux avantages :

L'ensemble des médecins interviewés estimait connaître les principaux avantages lorsque la question leur était posée. Ils étaient plus ou moins capable de les détailler en fonction de l'année de signature. On ne notait pas d'aberrations ou de confusions.

M1 : « Oui, ben en plus j'ai dû le relire »

M2 : « Oui à l'époque. Oui j'ai lu un petit peu les avantages en cas d'arrêt, en cas de maternité, voilà. C'était un peu une petite assurance pour prévenir. C'était un petit revenu au cas, c'est ça... »

M3 : « Oui, oui oui je les connaissais par rapport à l'arrêt de travail, et je pense qu'il y a aussi un avantage par rapport à la grossesse [...] ah oui ça t'amène aussi des revenus si jamais tu vois pas assez de patients mais bon ça quand même « rire » »

M4 : « Oui si tu veux compléter le... de hum... un complément d'honoraires jusqu'à euh... un seuil de 6 900 euros je crois... »

M6 : « [...] je dirais c'est le maintien d'une... d'un revenu. C'est l'intérêt en fait du maintien d'un revenu en cas de... en cas d'absence pour une raison X ou Y. [...] Euh... c'était par rapport justement à une forme de protection sociale parce qu'il y a une aide aussi en cas de maladie effectivement. C'est pas... voilà effectivement c'est pour ça que je disais absence toute cause évidemment parce que là c'était des vacances entre guillemets que j'ai prise mais euh... si ç'avait été une maladie ça aurait été aussi possible de me faire... d'avoir un revenu complémentaire. »

M7 : « [...] c'est plus par pour la maternité moi je trouve qu'est bien, après les arrêts de travail au cas où voilà si on tombe malade c'est bien aussi. Mais sinon j'avoue que le maintien de revenu ou... enfin généralement je pense que tous les médecins n'ont pas recours au PTMG. »

M8 : « Et du coup l'ARS te paye la différence parce que t'as forcément un manque à gagner quand tu pars en vacances. [...] Euh pff... oui après il y a plus d'avantages sur les congés maternité, les arrêts de travail, les trucs comme ça mais j'en ai pas eu. »

M9 : « Alors ça ne m'a pas avancé au niveau de ma grossesse parce qu'en fait il faut un délai d'au moins 3 mois pour y avoir droit au congé maternité. [...] ça permet au niveau financier de compléter les salaires quand au début justement on peine un peu. Il faut faire un minimum de 7 patients par jour. [...] Parce qu'il faut un certain nombre d'actes et enfin une certaine voilà... et après il y a un maximum en somme enfin salaire on va dire. »

### **- Connaissance partielle à compléter :**

M5 avouait ne pas connaître les autres avantages que celui ayant motivé sa signature.

M5 : « Ben pour moi c'était juste... enfin c'était vraiment financier parce qu'après euh... je m'en rappelle plus s'il y avait autre chose d'ailleurs « rire » [...] Et les autres ben je me rappelle pas et ce que vous pouvez m'en citer d'autres ? « Rire » »

### **2.3.4 Les engagements exigés en contrepartie**

#### **- S'installer en zone éligible :**

M1 et M10 évoquaient la nécessité de s'installer dans une zone éligible pour pouvoir bénéficier du contrat de PTMG.

M1 : « [...] s'installer en zone ZRR »

M10 : « Après être en zone fragile, ça c'est le cas. »

#### **- Une activité minimale et sa justification :**

Un des engagements qui revenait à plusieurs reprises (M4, M5, M6, M7, M9 et M10) était la nécessité d'une activité minimale nécessaire pour bénéficier d'un éventuel avantage lié au contrat de PTMG. Activité minimale qui doit être justifiée tous les mois.

M5 : « Non pour moi je devais juste travailler les journées, voilà qui avait en rapport avec le contrat. »

M6 : « Après c'est une petite contrainte effectivement sur le... chaque mois faut envoyer le truc machin. Après moi j'ai un petit tableur Excel ®, du coup ça me fait mes totaux de... nombre d'actes et nombre d'honoraires. [...] c'était un engagement sur la durée. Enfin sur le nombre d'actes. 9 demi-journées par semaine [...] »

M7 : « Euh ben tous les trois mois euh je... ils m'ont donné une feuille donc je dois dire mon revenu brut que j'ai gagné par mois et les astreintes que j'ai faites. Le nombre d'actes de consultations que j'ai effectué. »

#### **- La PDSA :**

Pour M1, M4, M5, M6, M7, M8, M9 et M10 la PDSA faisait déjà partie de leur pratique de la médecine générale, mais elle restait toutefois un engagement nécessaire pour la signature.

M1 : « [...] les contraintes elles étaient pas des contraintes pour moi vu que je faisais déjà des gardes mobiles »

M4 : « C'est parce que ça correspondait aux choses que je faisais déjà, c'est à dire le... concernant ce qui est demandé de participer à la permanence des soins, je... je le fais depuis longtemps déjà alors en remplaçant et en arrivant dans le secteur. Enfin... quand j'ai choisi de m'installer ici, je savais qu'il y avait des gardes mais c'est une chose qui me dérange pas du tout. »

M5 : « Donc là la permanence des soins pour moi c'était enfin... c'était ancré quoi. »

### **- Des engagements personnels :**

Pour M6 et M8, on notait des engagements plus personnels comme la prévention ou la participation à l'éducation thérapeutique du canton.

M6 : « Moi j'avais mis sur la prévention des choses comme ça. C'est pas des engagements je dirais contractuel au sens voilà... »

M8 : « Et à participer au projet d'éducation thérapeutique qui a dans le canton, voilà. »

### **2.3.5 Les aides à l'installation perçues par les signataires**

#### **- Exonération d'impôt sur le revenu en zone de revitalisation rurale (ZRR) :**

M4 et M8 étaient installés en ZRR et donc éligibles à une exonération d'impôt sur le revenu, dégressive sur plusieurs années.

M4 : « C'est pas une aide directe mais c'est euh... là on est en zone rurale et c'est en ZRR donc il y a une exonération d'impôt sur le revenu sur les... sur les résultats... sur les résultats annuels.»

M8 : « La seule chose dont je bénéficie c'est l'exonération d'impôts, pendant 5 ans parce qu'on est en ZRR de revitalisation rurale. »

#### **- Réduction du loyer :**

M5 rapportait bénéficiaire d'une aide attribuée par la mairie sur le loyer du local.

M5 : « Euh oui par la mairie, par rapport au loyer. »

**- Aides supplémentaires de l'ARS :**

M7 disposait en plus du contrat de PTMG, d'un autre contrat d'aide à l'installation : le CAIM. Ce même signataire avait aussi par ailleurs pu bénéficier pendant les deux dernières années d'internat du contrat d'engagement de service public (CESP).

M7 : « Après j'ai postulé donc j'ai deux aides le PTMG, le CAIM [...] oui j'avais aussi fait le CESP, enfin juste un an en fait parce que je savais que j'allais m'installer ici donc pendant ma dernière année d'internat j'ai souscrit le CESP. »

**- Aucune aide supplémentaire :**

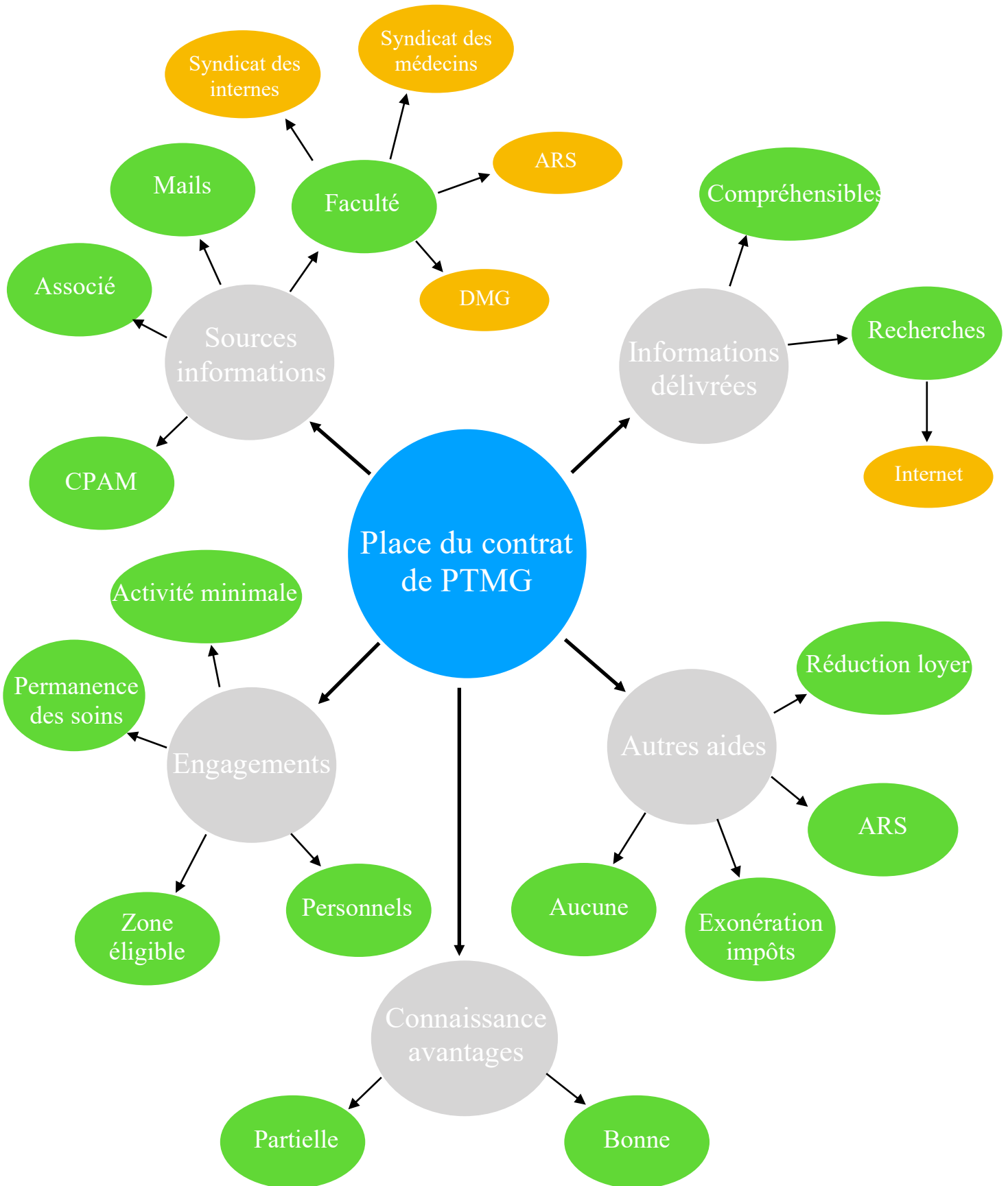
Pour M2, M3, M6, M9 et M10, le contrat de PTMG constituait la seule aide reçue. M2 pouvait bénéficier du CAIM mais a préféré le refuser en raison de la durée d'engagement. M9 et M10 auraient bien aimé bénéficier d'une aide supplémentaire. Cependant la modification et l'attribution du zonage ne leur permettaient pas d'en bénéficier.

M2 : « Ah pas du tout non non. J'avais le droit de l'installation d'un montant qui m'engage à rester 5 ans. Je l'ai pas demandé parce que c'est ça..., parce que j'appréhendais au départ je voulais pas quand même m'engager 5 ans pour une somme. Voilà, non non je voulais pas. »

M9 : « Ah non moi j'avais le PTMG, j'avais le X (nom du syndicat) parce que voilà. [...] Euh... mais après non j'ai demandé à l'ARS. J'ai demandé à... mais à chaque fois c'est toujours la même réponse. J'étais pas en zone déficitaire. [...] C'est à dire qu'en fait il aurait fallu pour avoir des aides qu'on attende qu'ils partent à la retraite et qu'on dise bon ben voilà, maintenant qu'il y a plus personne, nous on vient s'installer. Donc c'est quand même pas sympa pour les patients, mais en fait les aides elles sont comme ça. »

M10 : « Aucune. Non non non pas d'aide à l'installation, pas que ce soit au niveau de la CARMF ou que ce soit au niveau de l'URSSAF. »

Figure 3 : La place du contrat de PTMG en médecine générale



## 2.4 L'impact du contrat de PTMG sur le choix d'installation

### 2.4.1 L'importance du contrat sur l'installation

#### - Aucune incidence sur le lieu d'installation :

Le contrat de PTMG n'a eu aucune incidence sur le choix du lieu d'installation pour tous les médecins interrogés.

M3 : « Aucune. Si je l'avais pas signé je me serais installé quand même. »

M9 : « Pas du tout. C'est l'inverse. Moi j'avais déjà mon lieu d'installation. Avant même d'avoir fini mon internat. »

M10 : « Non aucune. Parce qu'en fait comme je l'ai appris... son existence qu'après. Moi je voulais à la campagne, voilà mon vœu est exaucé « *rire* ». »

#### - Une installation plus rapide :

Pour M2, la connaissance de l'existence du contrat a permis d'accélérer la prise de décision sur son installation.

M2 : « Ça aide à la prise de décision. » « Oui oui parce que je l'ai su qu'après. »

#### - Des conditions d'installation différentes :

M5 se serait installé dans des conditions différentes en l'absence du contrat de PTMG mais sans incidence sur le lieu d'installation.

M5 : « J'aurais pu m'installer sans contrat en reprenant la clientèle de quelqu'un. »

### 2.4.2 Le choix du lieu d'installation

#### - Proximité du domicile :

Pour la majorité des médecins (M1, M2, M3, M4, M5, M7, M8 et M9), le lieu d'installation était dépendant de la proximité du domicile.



M1 : « Alors bon déjà au niveau familial c'est plus simple parce que même emploi du temps toutes les semaines je vais toujours au même endroit et je fais moins de route aussi »

M7 : « C'était la distance. »

### **- Absence de gardes :**

Pour M3, l'absence de gardes a été un critère de choix d'installation.

M3 : « On n'a pas de garde de 20h à minuit ça c'est très important pour moi [...] Et les gardes de week-end euh... c'est pareil 8h-20h, c'est... 20h-minuit il y en a pas. »

### **- En fonction du partenaire :**

M4 et M7 avaient choisi le lieu d'installation en fonction du travail du partenaire.

M4 : « [...] mon épouse avait un poste qui est devenu fixe dans le secteur [...] »

M7 : « Vu que mon mari est agriculteur donc c'est pour ça du coup bah je me suis installée ici. Sinon peut-être que je me serais pas installée ici forcément, mais voilà vu que notre maison est ici. »

### **- Des conditions de travail agréables :**

Pour M1, M4, M5, M7, M8 et M10, des conditions de travail agréables, comme une bonne entente entre collègues ou encore la présence de commodités à proximité ont participé aux critères du lieu d'installation.

M4 : « Et surtout ce qui m'a motivé c'est qu'il y a une très bonne entente, une très bonne ambiance de travail avec les autres personnels de santé sur le secteur. »

M7 : « Que la nounou était déjà sur X (*nom de la commune*). Enfin j'avais déjà plein de choses sur X (*nom de la commune*) donc voilà, je voulais pas m'installer ailleurs. »

M10 : « Moi je suis un enfant de la campagne donc il me faut de la verdure. Le béton c'est pas mon truc. [...] il y a quand même X (*nom d'une commune*) qui est à côté avec tout ce qui est centre commercial et compagnie. Accès aux services, aux soins, plateaux techniques sur le plan médical aussi. Donc il y a des spécialistes. Donc voilà, on est à la campagne sans être trop loin de la ville. »

### - Une connaissance des lieux :

La connaissance des lieux et de la patientèle étaient également des critères à l'installation pour M4, M5 et M8.

M4 : « Et le fait que je connaisse déjà le secteur du fait des remplacements aussi. »

M5 : « Ben à cet endroit c'est parce que je connaissais les locaux, je connaissais la plupart des patients. »

M8 : « Ben je suis de là « *rire* ». J'allais pas m'installer plus loin, parce que voilà... ma famille est là, mes amis sont là [...] »

### - Un exercice de premier recours :

Pour M5 et M9, le milieu d'exercice a été important sur le choix d'installation.

M5 : « Et que c'est de la médecine que j'aime bien. Je me voyais pas travailler en ville, il y a pas de garde, il y a des urgences tous les 500 mètres, qu'on fait pas de points, qu'on voit pas d'infarct en direct, voilà. »

M9 : « Non c'était moi ce que je voulais. Je voulais m'installer en rural ou en semi-rural. »

### - Par opportunisme :

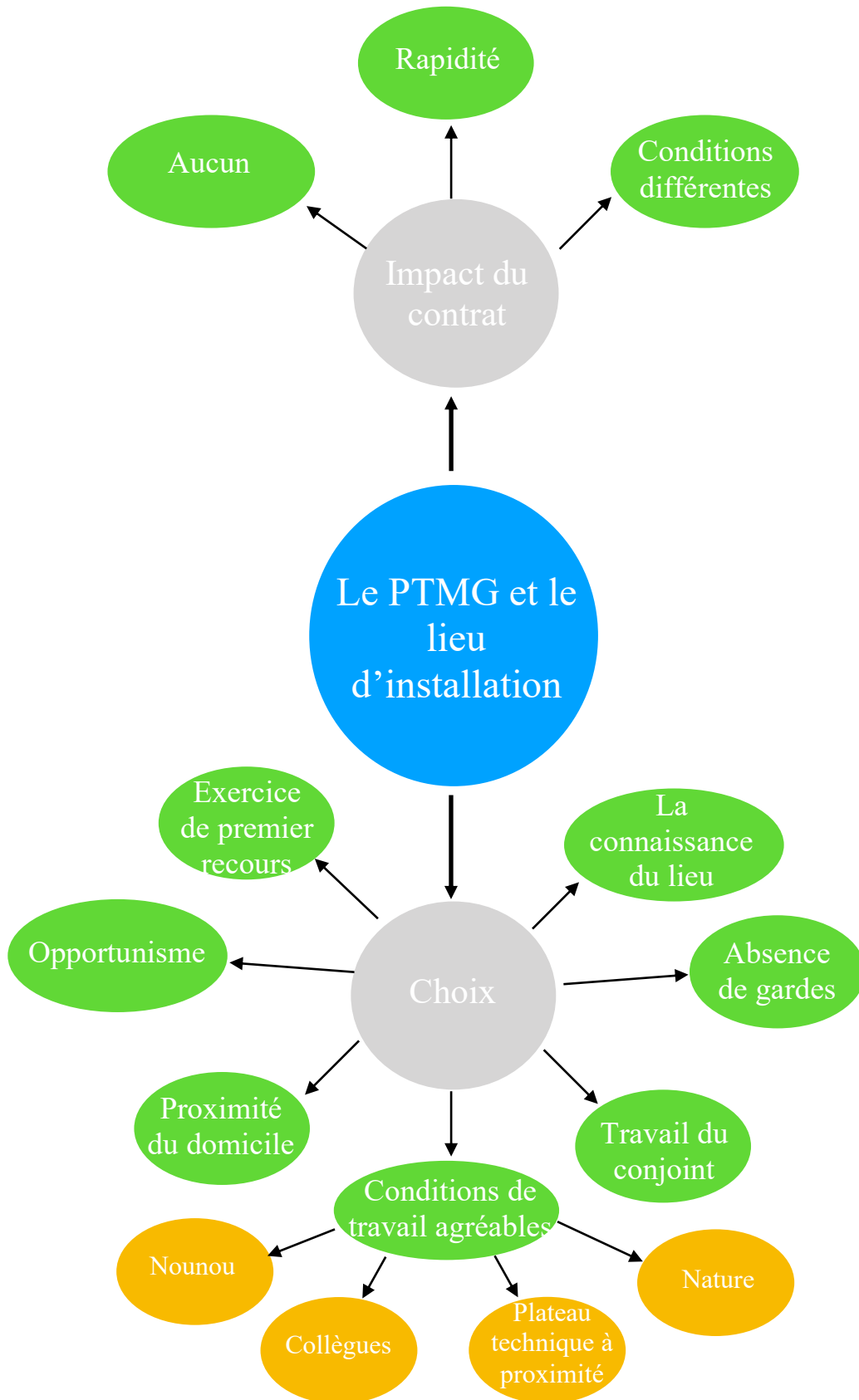
Enfin pour M1, M6 et M9 la décision a été dicté par une question d'opportunité en fonction du départ précoce à la retraite de leurs prédécesseurs.

M1 : « Alors euh... c'était un peu... enfin précipité c'est à dire que je connaissais ma collègue donc qui travaillait avec l'ancien médecin et elle euh... elle, elle avait pour but de s'installer mais pas seule parce que le médecin faisait vraiment 5 jours et demi sur 7 et de 7h30 à 22h donc... elle envisageait pas de s'installer seule, donc elle avait commencé à me parler du projet et... moi je remplaçais donc dans les environs et il a eu un souci de santé donc il est parti plus tôt à la retraite et vu que j'avais remplacé... commencé a remplacer et que je connaissais bien ma collègue voilà ben je me suis installé mais un peu plus près... enfin j'avais pas prévu de m'installer si tôt mais vu qu'il est parti à la retraite [...] il est parti à la retraite précipitamment ben j'ai pris le relais, je me suis installée »

M6 : « C'est pour des raisons à la fois personnelles et après purement en termes d'opportunité comme je disais. Dans le cas du monsieur qui partait à la retraite. [...] Puis on s'est dit le coin à l'air d'être assez cool. »

M9 : « [...] et puis il y a le fait de reprendre la suite de quelqu'un. C'est toujours plus facile que de s'installer comme ça, comme une fleur. C'est pour ça que je me suis installée. Parce que j'ai eu l'opportunité. »

Figure 4 : Le contrat de PTMG et l'installation



## 2.5 La place du congé maternité du contrat de PTMG depuis la création de l'avantage supplémentaire maternité

### **2.5.1 Connaissance des signataires de l'existence de l'ASM**

M2, M4 et M10 n'avaient pas connaissance de l'existence de l'ASM. Cependant pour les médecins ayant déjà entendu parler de l'ASM, la majorité d'entre eux ne connaissaient pas le fonctionnement et l'apport de ce dernier. L'évocation des conditions étaient souvent floues et confuses.

#### **- Connaissance de l'existence de l'ASM mais lacunes sur le contenu :**

M1 : « Ben oui justement... [...] Ah ben c'est très bien au moins enfin tout le monde peut en bénéficier en plus c'est de façon automatique. »

M3 : « Ça oui j'en ai entendu parler, je me suis pas énormément renseigné. »

M5 : « Euh... ben il y a peut-être 1 an quand j'ai cherché un peu « rire » si je faisais un autre enfant comment j'allais être rémunéré [...] Ah oui, oui oui c'est par moi-même. Personne nous l'a écrit. »

M6 : « Oui, oui. [...] Ben pareil dans la formation de l'association X. »

M7 : « Euh... oui il me semble que j'ai lu quelque chose dessus. [...] c'était ben juste avant de m'installer quand j'ai eu mon deuxième enfant, voilà. »

M8 : « Ah oui on en a parlé oui à la sécurité sociale. Enfin je suis pas concernée pour le moment voilà. »

M9 : « Oui je savais qu'il était sorti. Euh mais j'ai su qu'il était sorti après que j'ai accouché. Moi je n'étais pas bénéficiaire. »

#### **- Aucune connaissance de son existence :**

M2 : « Non. [...] j'avais pas de raison pour me renseigner. En plus on nous envoie pas d'informations non plus c'est dommage. »

M4 : « Ah pas du tout. »

M10 : « Non. Non. Je sais pas si ça concerne les garçons en plus « rire » ? »

### **2.5.2 Connaissance de l'ASM au moment de la signature du contrat**

Parmi les médecins connaissant l'ASM, M1, M5 et M9 n'en avaient eu connaissance qu'après avoir signé le contrat de PTMG.

### - Connaissance après signature du contrat de PTMG :

M1 : « Oui ben oui de toute façon ça n'existait pas oui quand j'ai signé... Ah si 2017 ?  
« *Étonnement* » »

M5 : Euh... ben il y a peut-être 1 an quand j'ai cherché un peu « *rire* » si je faisais un autre enfant comment j'allais être rémunéré et ouais c'est peut-être pour ça que j'ai pas renouvelé.

M9 : « Et en plus pour compenser mais ça je le savais pas à l'époque parce que ça n'existait pas. Après en fin d'année j'ai appris que et oui j'ai été au courant. »

### - Connaissance avant la signature :

M3 : « Donc c'était avant la signature. Oui c'est ça. »

M6 : « Ben pareil dans la formation de l'association X. [...] Oui quand même. »

M7 : « [...] c'était ben juste avant de m'installer [...] »

M8 : « Avant. Ben en fait quand j'étais à la CPAM voilà. Et ça là qu'on m'avait expliqué. »

### 2.5.3 Connaissance du non-cumul avec la protection maternité du PTMG

M1 et M8 étaient au courant qu'il n'était pas possible de cumuler à la fois l'ASM et la protection maternité du PTMG.

### - Connaissance du non-cumul :

M1 (enceinte de 7 mois) : « Ma collègue m'avait bien précisé que ça se cumulait pas »

M8 : « Oui, oui on me l'avait dit oui. »

### - Pas de connaissance du non-cumul :

M2 : « Non j'ai pas voilà... je me suis pas renseigné sur le congé maternité [...] »

M3 : « « *étonnement* » Ah ben non tu vois je savais pas. D'accord... ah ben je savais pas du tout « *rire* ». »

M4 : « Euh j'avoue que de ce côté-là je me suis pas renseigné « *sourire* ». »

M5 (enceinte de 4 mois) : « Non. J'ai pas eu connaissance mais je me suis dit que déjà justement la prime de la sécurité sociale, les indemnités journalières ça suffisait. »

M6 : « « *réflexion* » Non c'est à dire ? »

M7 : « Ah « *étonnement* » non je savais pas. »

M9 : « Non. [...] Ah oui c'est à dire c'est soit l'un soit l'autre ? »

M10 : « Non du tout. »

#### **2.5.4 Avis des signataires sur le non-cumul avec la protection maternité du PTMG**

Pour M2, il serait nécessaire de pouvoir cumuler les deux avantages.

M5 et M9 remettaient en cause l'existence de la protection maternité du PTMG depuis l'existence de l'ASM.

La majorité des signataires avaient mis en avant l'existence de prévoyance privée pour compenser la perte financière.

Seul M8 ne se sentait pas concerné par ce problème.

#### **- Une compensation financière maternité du PTMG suffisante car prévoyance privée :**

M1 : « Ah ! c'est normal oui c'est normal en plus j'ai aussi une prévoyance privée donc c'est normal qu'on ne puisse pas tout cumuler »

M3 : « Après c'est vrai que nous on a des assurances complémentaires, perte de revenu, quand on est en arrêt ou quand on est enceinte donc euh... ça me... choque pas spécialement. Le but aussi d'être enceinte c'est pas de gagner un salaire supérieur à celui qu'on gagnait avant mais euh... oui bon... le tout c'est qui y ai une indemnité. [...] Ça me choque pas spécialement quoi. Mais euh... ok j'étais pas au courant « rire » »

M4 : « Après bon, on peut pas tout avoir non plus et c'est... Même si j'avais pris le... effectivement si j'avais une possibilité d'option maternité, c'est mieux que ce qui existait avant, c'est à dire rien. »

M5 : « Oui ça me semble logique parce que c'est quand même un salaire qui est... alors convenable alors pas forcément autant que ce qu'on gagne quand on travaille mais quand on est en arrêt je pense c'est... c'est... c'est très correct. »

M6 : « C'est logique, ça paraît logique. [...] Bah oui. Enfin après j'ai pas fait le calcul pour lequel était le plus avantageux. »

M7 : « Oui je comprends, oui peut-être que ça fait beaucoup cette... je sais pas. [...] D'accord mais de toute façon après, on souscrit à une assurance privée forcément pour les maintiens de revenus quand on est installé, on est obligé donc voilà. »

M10 : « Euh... non ben non moi ça me paraît logique pourquoi on a déjà des aides si on est déjà installé en milieu fragile. Pourquoi quelqu'un qui aurait un gamin en milieu fragile, s'il a déjà une aide il aurait une aide encore supplémentaire euh... non moi ça me choque pas. »

#### **- Le cumul permettrait un attrait supplémentaire au contrat de PTMG :**

M2 : « il faut que ce soit cumulable pour encore aider [...] Moi je m'imagine pas avoir des bébés et travailler en libéral voilà. C'est pour ça qu'il faut pas hésiter à les aider financièrement [...] parce que la, elle va préférer aller en salarié, être tranquille en tant que jeune maman. [...] on n'est pas libre vraiment de notre programme. »

**- Remise en cause de l'indemnité maternité du contrat de PTMG :**

M5 : « Ben du coup ça sert à quoi ben en fait cet avantage maternité du PTMG, parce que si la sécu donne ça à tout le monde, quel est l'avantage d'avoir un PTMG dans un congé maternité. »

M9 : « Ben c'est encore de l'arnaque. Mais ça s'est toujours pareil on prend d'un côté pour... On donne de l'autre pour prendre de l'autre côté donc euh... c'est voilà... »

**- Aucun :**

M8 : « Pff... pas grand-chose à vrai dire. Je pense pas m'en servir de toute façon avant la fin du contrat quoi qu'il en soit donc pff... je me sens pas concerné du coup. »

**2.5.5 L'influence du non-cumul sur la signature du contrat**

M1 n'aurait pas signé le contrat de PTMG s'il avait eu connaissance de l'existence de l'ASM.

M5 n'a pas renouvelé son contrat après avoir appris l'existence de l'ASM.

Pour les autres signataires la connaissance de l'ASM n'avait eu aucune incidence sur la signature du contrat ou de son renouvellement.

**- Aucune influence sur la signature du contrat de PTMG (M2,3,4,6,7,8,9,10):**

M2 : « Sur le plan personnel non. »

M3 : « Non pff... Parce que comme je n'avais pas d'effet négatif sincèrement je pense que je l'aurais signé quand même. »

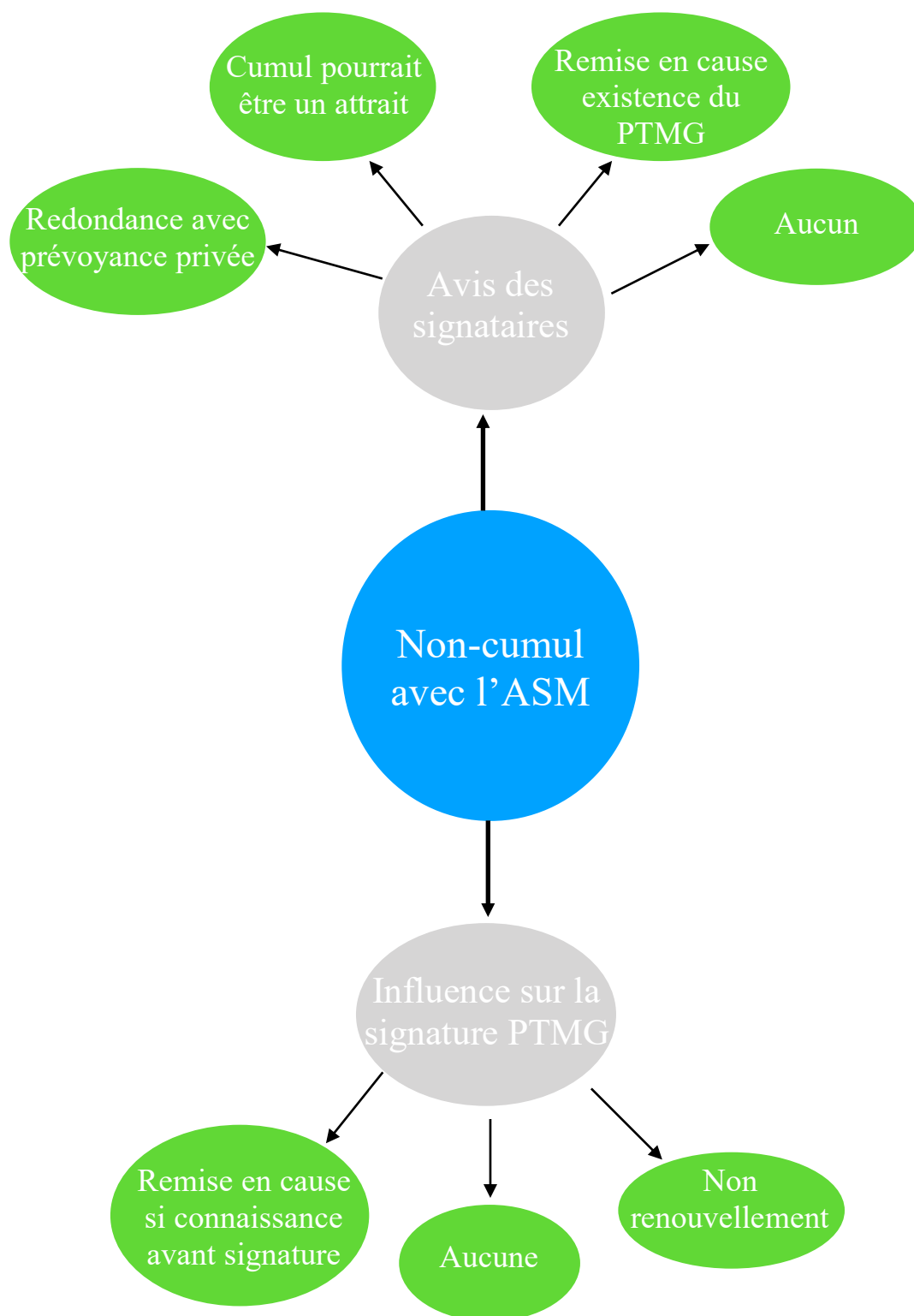
**- Remise en cause de la signature si connaissance du non-cumul avant :**

M1 : « j'aurais pas signé le contrat de PTMG parce que pour le complément de salaire euh... clairement en rural on en a pas besoin [...] donc je l'ai vraiment fait pour le congé maternité vu que j'ai une prévoyance privée pour les ij maladie, donc oui j'aurais su que ça existait j'aurais pas signé... »

**- Une compensation financière maternité peu attractive :**

M5 : « Oui, ben oui parce que du coup je me suis dit que ça servait à rien de... de résigner le PTMG parce qu'il y avait la CPAM à côté. »

Figure 5 : L'ASM et les signataires





## 2.6 Quel avenir pour le contrat de PTMG ?

### **2.6.1 Des suggestions à l'amélioration du contrat**

Les suggestions d'amélioration du contrat de PTMG étaient assez variées.

#### **- Augmenter le complément maternité :**

Pour M1 et M5 augmenter le revenu de la protection maternité du PTMG serait un élément nécessaire à son attractivité par rapport à l'ASM.

M1 : « une allocation un peu plus élevée pour le congé maternité pour qu'il y ait un petit avantage à signer le PTMG »

M5 : « Que ben du coup peut-être faire cette révision sur le contrat maternité peut-être, [...] Oui maternité parce qu'au final il y a plus aucun intérêt maintenant. »

#### **- Allouer un budget pour aider à l'achat de matériel :**

M2 : « il faut vraiment aider sur le plan... au moins faire une petite prime euh... pour le budget informatique [...] C'est intéressant de valoriser de faire une petite cagnotte pour ça. Quitte à être justifié... »

#### **- Augmenter le complément de salaire en cas d'arrêt maladie :**

M2 : « Augmenter un petit peu les salaires « rire ». [...] En cas de maladie [...] parce que quand même c'est pas un choix. [...] vous allez voir avec le temps on a un niveau de vie qui augmente et on sait pas faire marche arrière. »

#### **- Diminuer les jours de carence en cas d'arrêt maladie :**

M6 : « Ramener à 3 jours une chose comme ça par exemple. Ça peut être ça comme les salariés du régime général. »

**- Linéariser le nombre de demi-journées pour déclencher les compléments de salaire :**

M3 : « je trouve que 9 demi-journées par semaine c'est trop pour un médecin qui veut s'installer quoi. [...] Donc euh... « *soupir* » je trouve que les chiffres sont pas très adaptés à notre pratique. Je pense qu'il faudrait réviser un petit peu ces seuils de consultation et ces seuils de paiement parce que les chiffres me paraissent pas pertinents. »

M6 : « Il faut faire quelque chose d'un peu plus linéaire. Là c'était assez binaire. Soit, vous êtes en dessous du truc et vous avez rien. Soit, vous êtes au-dessus et vous avez... si vous faites 9 demi-journées vous avez le taux plein, si vous faites moins vous avez la moitié. [...] un seuil intermédiaire entre les 9 et les moins de 9 demi-journées. »

**- Abaisser le seuil le nombre de consultations du premier mois pour déclencher le complément de salaire :**

M4 : « [...] peut-être juste sur le premier mois... sur le premier mois d'activité euh... ça pourrait être bien d'avoir un seuil un peu inférieur sur le... au moins sur le premier mois. Quitte à ce que le complément de revenu soit un peu moins... un peu moins grossi. C'est que le tout premier mois c'est un peu décevant parce qu'on part de zéro, zéro et euh... on compte un peu sur la chance pour que les gens soient malades. »

**- Témoignages des signataires du contrat de PTMG :**

M4 : « C'est vrai que j'aurais... j'aurais aimé avoir un ou deux numéros de téléphone de confrères à appeler pour savoir comment ça s'était passé à l'installation, au niveau du contrat et tout. »

**- Augmenter le complément de revenu brut ou basculer sur un revenu net :**

M7 : « Dans tous les cas je pense qu'il y a pas beaucoup de médecins qui euh... qui a les 3 795 bruts par mois en complément de son revenu [...] Ben ils gagnent beaucoup plus, moi je suis à... enfin je suis à 7 demi-journées et euh pourtant j'ai pas une grosse activité parce que je prends que 3 patients par heure. [...] J'avais calculé je crois justement pour ma thèse, il me semblait que pour en bénéficier il fallait faire moins de 15 patients par jour. [...] Parce que justement je trouvais ça... euh brut c'est... je trouve ça dommage de faire brut parce que forcément on a des... on a des charges de fou quoi en cabinet, en libéral donc euh... enfin sinon on arriverait pas à survivre avec 3 000 « *rire* » [...] Ah ben oui. D'augmenter les seuils. »

**- Raccourcir le délai de versement du complément financier :**

M8 : « J'ai mis 4 mois à avoir le règlement de l'ARS derrière. Pour le complément. Donc c'est un peu long. »

**- Une meilleure réactivité avec les interlocuteurs de l'ARS :**

M8 : « Et c'est vrai que c'est juste que c'est compliqué de joindre les personnes à l'ARS quand on a des questions par rapport au contrat. Voilà typiquement euh voilà ça met du temps à répondre et c'est un peu difficile voilà. [...] Et oui, à chaque fois c'est compliqué de les joindre. »

**- Informatiser la fiche de déclaration :**

M9 : « Ce qui serait bien, ça par contre ce serait bien, c'est qu'ils fassent euh... justement cette feuille, qu'ils la fassent sur internet. Qu'on ait un lien. Et que tous les mois et ben on compte pareil mais tous les mois on ai juste à remplir sur internet et l'envoyer. Ce serait quand même beaucoup plus pratique que de remplir le papier, le scanner, l'envoyer. »

**- Octroyer une exonération dégressive sur les cotisations de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) :**

M10 : « Ouais qui... qu'ils proposent dans le PTMG, c'est toujours financier hein tu vas me dire, voilà une aide à l'installation par rapport aux cotisations de l'URSSAF et de la CARMF. [...] si par exemple on va s'installer en Creuse où là il y a de gros soucis là-bas, euh... voilà qu'on soit exonéré pendant deux ans de cotisations. Si on est dans un milieu où c'est un peu limite dans ce cas on en paie que la moitié. Et si on s'installe à Nice et que c'est blindé de médecins bon ben à ce moment-là on paye plein tube et d'emblée. »

**- Améliorer sa médiatisation :**

M10 : « Euh ben après sur le plan, comment dirais-je... ben de l'information. Parce que si X (*prénom de son associée*) m'avait rien dit j'en saurais rien ...bien sur... et bon si c'est... comment dirais-je... c'était pas de collègues qui me disaient... [...] Voilà donc en fait je trouve qu'on est pas assez informés. Je pense qu'ils pourraient faire un petit effort de plus. Voilà si franchement on fait pas la démarche d'aller sur le site de l'ARS et de chercher PTMG... Moi si X (*prénom de son associée*) m'en avait pas parlé je serais même pas au jus hein. »

## 2.6.2 Les recommandations à un confrère

L'ensemble des praticiens conseilleraient le contrat de PTMG à un confrère pour deux raisons. La première car ils considèrent que celui-ci est peu contraignant et ne peut donc apporter au mieux que des avantages.

La deuxième raison est qu'il apporte une sécurité morale et financière à l'installation.

### - **Oui car peu de contraintes (M1,2,3,7) :**

M1 : « ben oui après euh... tout dépend oui voilà [...] pour l'instant c'est quand même très peu contraignant »

M2 : « Oui à un jeune oui qui veut s'installer c'est toujours un plus [...] Par rapport à la protection pour les arrêts maladie je pense qu'il faut en parler, il faut le connaître et si jamais on y a droit pourquoi pas. [...] C'est une assurance en plus »

### - **Oui car sécurisant pour un début d'installation (M4,5,6,8,9,10) :**

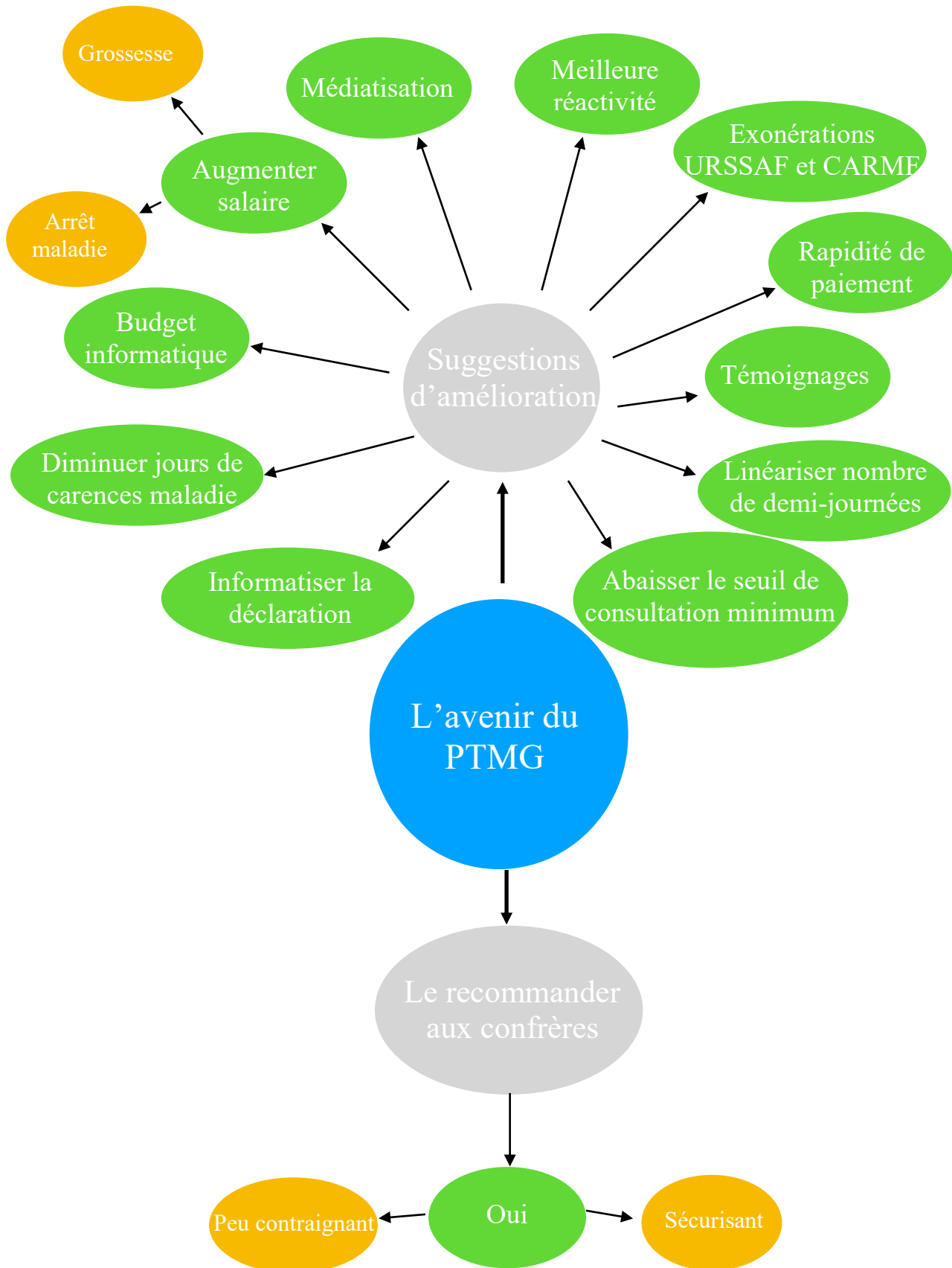
M4 : « Euh oui parce que c'est... je trouve sécurisant. Sécurisant la première année de... savoir que s'il y a une irrégularité dans l'activité ça peut être complété par... ce qui évite de se plomber quoi. »

M6 : « Oui clairement si, si...si quelqu'un se trouve dans une situation de vouloir s'installer à un endroit et qu'il est effectivement qu'il est éligible à ce type de contrat il faut absolument le signer. [...] Voilà. Oui c'est une mesure importante même si je pense c'est pas forcément la plus mise en avant sur les plans du médiatique. »

M8 : « Oui, complètement oui. Parce que c'est une sécurité. Au pire on en a pas besoin... il y a pas tellement de contraintes en fait. On en pas besoin tant mieux, si on en a besoin au moins on sait qu'il y a quelque chose. »

M9 : « Mais oui oui oui bien sûr. Aux femmes ou aux sportifs qui peuvent se blesser. »

Figure 6 : Quel avenir pour le contrat de PTMG



### 3. Principaux résultats

- Les signataires du contrat de PTMG connaissaient globalement bien les avantages liés au contrat. Les déterminants à la signature du contrat étaient le **peu de contraintes**, pour une **garantie de revenu** et une **protection sociale améliorée**. Ces avantages perçus étaient à l'origine d'un **sentiment accru de sécurité à l'installation**.

- Les signataires **connaissaient mal l'ASM**, et seuls deux savaient qu'il était impossible de le cumuler avec la protection maternité du contrat de PTMG. Une meilleure connaissance de ce non-cumul aurait pu remettre en cause la signature ou le renouvellement du contrat.

- Les principales suggestions d'amélioration du contrat étaient **d'augmenter le complément maternité** pour renforcer l'attractivité du contrat, **d'allouer un budget à l'achat de matériel** ou encore **d'ajuster les seuils et délais de versement des compléments de revenus en cas d'arrêt maladie**.

- Les facteurs déclenchants de l'installation étaient la **régularité dans le travail**, les **revenus** et le **suivi des patients**. Mais encore une certaine forme de **lassitude vis-à-vis des remplacements**.

# DISCUSSION

---

## 1. Validité externe : comparaison à la littérature

### 1.1 La garantie de revenu, principale motivation des signataires

Dans notre étude, à la question des motivations à la signature du contrat de PTMG, l'absence de contraintes était évoquée par presque tous les signataires. Venaient ensuite le complément de salaire, la protection sociale étendue, le sentiment de sécurité à l'installation et enfin une installation plus rapide.

Les signataires du contrat de PTMG interrogés dans le travail de thèse de Petiteau Guillaume, déclaraient également que le contrat leur avait apporté une sécurité financière par la garantie d'un revenu minimum fixe par mois (31).

A contrario dans une étude réalisée en 2015, des jeunes médecins à qui l'on présentait le contrat de PTMG ne percevaient pas cette sécurité financière comme un avantage. Cependant aucun n'était signataire du contrat de PTMG et n'avait donc pu expérimenter cette garantie financière (14). Une autre thèse de 2016 (9) réalisée auprès de bénéficiaires d'aides à l'installation en Limousin (dont quelques signataires de PTMG), évoquait une aide financière inutile pour l'exercice de la médecine générale en milieu rural, du fait d'un plafond de consultations vite dépassé. Notion également retrouvée dans le travail de thèse de Foucault Romain (26) en 2018.

Les dépenses pour la garantie de revenu effectuées au titre du contrat de PTMG constituaient 65 % en 2018 selon le rapport du Dr Augros (28). Dans ce même rapport, 42 % des signataires avaient mobilisé la garantie de revenu au cours du premier mois et 64 % au moins une fois au cours des trois premiers mois. Cela concorde avec nos résultats.

### 1.2 La protection maternité du PTMG

Comme dans les thèses de Petiteau Guillaume (31) et de Gernigon François (14), la protection maternité était retrouvée comme une des motivations à la signature du contrat de PTMG. Cependant dans notre thèse, la garantie maternité faisait partie des motivations les moins évoquées à la signature du contrat. Il faut préciser que ces thèses ont été réalisées avant l'apparition de l'ASM. Le contexte n'est donc pas comparable.

Cette garantie maternité était mobilisée pour 20 % des contrats de l'échantillon du rapport du Dr Augros (28). Il n'est pas précisé si cette proportion diminue depuis la mise en place de l'ASM. Mais la prise en charge de cette garantie maternité ne semble plus intervenir que dans les cas de refus de versement de l'ASM par la CPAM (en raison de la règle du non-cumul).

### 1.3 Facteurs influençant l'installation

#### **1.3.1 Un effet d'aubaine ?**

Au cours de notre étude, aucun signataire ne déclarait avoir été influencé par l'existence du contrat de PTMG sur son choix d'installation. Tous les signataires possédaient déjà un projet d'installation défini avant de signer le contrat. Pratiquement tous nos signataires avaient donc souscrit le contrat de PTMG une fois leur projet d'installation bien avancé. On peut parler d'effet d'aubaine. On retrouve cet effet dans la thèse de Gernigon François (14) ainsi que de Foucault Romain où 81,1% des internes bénéficiant ou souhaitant une aide incitative à l'installation, n'ont pas été influencés dans leur choix d'installation (26).

#### **1.3.2 Les facteurs retrouvés**

Les facteurs influençant le choix d'installation des signataires étaient en grande partie liés à la proximité du domicile. La moyenne dans notre échantillon était de 10 km avec une médiane de 8,5 km. Soit un temps de trajet de moins de 10 minutes. Ce critère était retrouvé dans la thèse de Decorde Augustin pour les jeunes installés du secteur nord alpin avec 16 minutes environ (24). Celle de Louyot Thomas retrouvait aussi 15 minutes environ pour les jeunes généralistes Lorrains (45). Ou encore dans la thèse de Gicquel Pascal pour les généralistes de Loire-Atlantique (46).

Des conditions de travail agréables revenaient également comme critères essentiels : qu'il s'agisse d'un moyen de garde d'enfants, d'une bonne entente entre collègues, d'un plateau technique à proximité ou encore d'un environnement rural. Dans le même ordre d'idée, on retrouve dans la thèse de Fradet-Prot Goodfellow Noémie (9) que l'isolement professionnel (éloignement des infrastructures médicales, des urgences) pouvait jouer en défaveur d'une installation en campagne ou encore que l'environnement rural était un environnement agréable et donc un atout d'exercice en zone rurale.

Dans notre étude l'emploi du conjoint n'était pas ressorti comme influençant le choix d'installation. Les thèses de Coppolani Estelle (47) et Decorde Augustin (24) ne retrouvaient pas non plus le travail du conjoint comme un facteur majeur d'influence. A contrario, dans de nombreux travaux, la présence et la possibilité de trouver un travail pour le conjoint était un facteur important (4,10,11,14,27,46,48,49).

### 1.4 Connaissance de l'existence du PTMG par les futurs installés

Comme dans la thèse de Petiteau Guillaume (31), l'origine de la connaissance du contrat restait souvent floue. Les signataires en avaient eu connaissance par le biais de plusieurs modalités : la faculté, les syndicats, le DMG ou l'ARS lors de réunions consacrées à l'installation. Ces réunions n'étant pas obligatoires, seules les personnes intéressées y participent. En général à ce stade peu d'étudiants ont déjà un projet d'installation clairement défini (24). En effet, le travail de thèse de Decorde Augustin en 2011 (24), montrait que 15,8 % des internes interrogés



déclaraient connaître les aides à l'installation et seulement 50 % des jeunes installés les connaissaient avant de s'installer. De même en 2016, la thèse de Fradet-Prot Goodfellow Noémie (9), qui interrogeait pourtant 54 bénéficiaires d'aides à l'installation en Limousin, montrait que seuls 24 % connaissaient le PTMG.

## 2. Validité interne

### 2.1 Choix de la méthode

Si l'utilisation de la méthode quantitative était possible pour répondre à la question de recherche, nous avons été guidés vers la méthode qualitative par deux paramètres :

- la volonté de restituer les réponses des signataires en y apportant de la nuance ;
- la difficulté d'obtention des coordonnées des signataires responsable d'un nombre insuffisant de réponse ainsi que d'une perte de nuance et de richesse du fait de réponses fermées en cas d'étude quantitative.

### 2.2 Biais internes

Les biais internes sont dus aux caractères personnels du chercheur et des participants. Pour le thésard (à savoir moi-même), il s'agissait d'effectuer une étude qualitative pour la première fois. On note ainsi un manque d'expérience à ce sujet. Il était probable que les signataires n'aient jamais participé à un entretien semi-directif. Pour limiter ces biais et mettre en confiance le participant nous avons introduit une question dite « brise-glace » concernant l'installation.

### 2.3 Biais externes

Les biais externes sont dus à l'environnement. C'est pourquoi nous avons préféré réaliser chaque entretien dans le lieu, la date et l'horaire choisis par le signataire. La présence des deux dictaphones posés devant eux pouvait être déstabilisante, même si le chercheur a essayé de les dissimuler autant que possible.

### 2.4 Biais de sélection

Nous avons été confrontés à des difficultés de recrutement puisqu'il avait été choisi de recruter uniquement les signataires à partir de 2017 ce qui concordait avec la mise en place de l'ASM. En effet depuis 2017 le nombre de signataires du PTMG diminue (28). Cela a engendré des difficultés de recrutement pour notre étude : parmi les participants à l'étude il n'y avait aucun installé dans les Landes ou en Lot-et-Garonne, aucun n'avait une activité mixte et aucun n'était collaborateur.

Par ailleurs il a été impossible d'arriver à la saturation pour l'objectif secondaire car après le 10<sup>ème</sup> entretien nous n'avions plus de contact pour recruter des participants supplémentaires. Dans la mesure où nous étions à saturation pour l'objectif principal nous avons donc arrêté le recrutement. Ces difficultés sont à l'origine d'un biais de sélection indéniable.

### 2.5 Biais d'investigation

Lors du recueil de données, malgré l'aide et l'utilisation du guide d'entretien, le thésard manquant d'expérience, a pu involontairement formuler certaines questions d'une manière pouvant influencer le discours des signataires.

### 2.6 Biais d'interprétation

Notre analyse souffre d'un biais d'interprétation. Pour éviter ce type de biais, un double codage par triangulation des chercheurs avait été envisagé. En plus du thésard, une personne extérieure à l'étude devait effectuer un codage immédiatement après chaque entretien. Une fois effectué, les chercheurs mettaient en commun leurs travaux et devaient s'accorder sur l'analyse du contenu. Faute de disponibilité du deuxième chercheur, le double codage n'a pu être effectué que sur les trois premiers entretiens. À partir du quatrième entretien et ce, jusqu'au dernier, un seul codage a été réalisé.

## 3. Discussion des principaux résultats

### 3.1 La garantie de revenu : un avantage limité ?

Il s'agit d'un avantage intéressant mais qui comporte de nombreuses limites. En effet, la garantie de revenu requiert un minimum de consultations afin de pouvoir en bénéficier. Il s'agit de réaliser au moins 165 actes par mois (soit l'équivalent de 4 125 € bruts sur la base d'une tarification actualisée de 25 € la consultation). Ce qui représente 8,25 patients par jour si l'on effectue 10 demi-journées par semaine. En dessous de ce seuil, la garantie de revenu n'est pas versée. Or, dans le cas d'une création d'activité il est parfois difficile d'atteindre le seuil minimum dès les premiers mois. Il serait intéressant de pouvoir adapter ce seuil minimal en fonction des signataires qui s'installeraient dans le cadre d'une création d'activité.

Inversement, le seuil maximal à ne pas dépasser pour en bénéficier correspond à un revenu brut de 6 900 € par mois. Ce qui correspondait initialement à 300 consultations. Ceci peut paraître faible pour une activité en zone déficitaire où le travail ne manque pas. La plupart des signataires ayant repris une patientèle le dépassait largement dès le premier mois d'activité.

Autre point noir concernant les seuils, le contrat de PTMG est toujours basé sur l'ancienne tarification de 23 € la consultation, alors que depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017 le montant a été révisé à 25€. Ainsi, on peut considérer que le plafond garanti de 6 900 € est maintenant atteint pour 276 consultations par mois et non plus 300 comme initialement prévu. Ce qui correspond à une absence potentielle de revenu de 600 € par mois, soit 14 400 € sur deux ans. Ne pas dépasser

276 consultations par mois équivaut donc à voir moins de 6,9 patients par demi-journée ou 13,8 par journée, en travaillant 10 demi-journées par semaine. Ceci étant largement dépassé dans le cadre d'une activité de médecine générale en zone sous-dotée. Il serait logique d'ajuster le seuil maximal sur la base tarifaire actuellement en vigueur. Cela ferait remonter le plafond maximal à 7500€ bruts.

Au final, une refonte des seuils et des montants, doit constituer une des priorités pour améliorer l'attractivité du contrat. Le seuil maximal paraît peu adapté à une activité de médecine générale en zone sous-dotée, ce qui explique le manque d'intérêt de certains futurs installés pour cet avantage. Il s'agit d'un prérequis indispensable pour espérer augmenter le nombre de signataires dans les années à venir.

Le problème des seuils inadaptés est également à l'origine d'une baisse du renouvellement des contrats. La justification du renouvellement du contrat la plus fréquemment avancée était le maintien d'une protection sociale accrue, « au cas où ».

### 3.2 La protection maternité du PTMG dépassée par l'ASM créé en 2017

Depuis 2017, la protection maternité est entrée dans le droit commun pour tous les médecins généralistes installés avec l'entrée en vigueur de l'ASM. Cet avantage permet de bénéficier de 3 100 € par mois pendant 3 mois lors du congé maternité. Cette indemnité non cumulable avec la protection maternité du PTMG rend caduque cet avantage lié au contrat.

Il est également intéressant de comparer les montants respectifs de l'ASM et du PTMG, selon le temps de travail. En fonction du nombre de demi-journées par semaine, on s'aperçoit que l'attribution du montant de l'ASM est beaucoup plus linéaire que celle du contrat de PTMG. Elle permet ainsi un échelonnage en trois niveaux de revenu (voir Tableau 3).

Tableau 3 : Comparatif des indemnités maternité du PTMG et de l'ASM

Nombre de demi-journées	Forfait PTMG (par mois) *	Forfait ASM (par mois)
9	3 105 €	3 100 €
8	1 552,50 €	3 100 €
7	1 552,50 €	2 325 €
6	1 552,50 €	2 325 €
5	1 552,50 €	1 550 €
4	1 552,50 €	1 550 €
3	1 552,50 €	0
2	1 552,50 €	0
1	1 552,50 €	0

\*Sous réserve d'avoir exercé en tant que PTMG au cours du trimestre civil précédent le mois au cours duquel débute l'arrêt et effectué 165 consultations dans l'un des mois du trimestre civil précédent.

On remarque qu'entre 6 et 8 demi-journées travaillées, le forfait attribué par l'ASM est beaucoup plus intéressant. On peut supposer qu'une partie des médecins femmes doivent se situer dans cette tranche (50). De plus, il n'y a pas de conditions supplémentaires à son obtention, contrairement à celui du contrat de PTMG où il est nécessaire d'avoir effectué 165 consultations dans l'un des mois du trimestre civil précédent.

Enfin il semble que les ARS n'aient pas délivré une information complète et loyale aux futurs signataires depuis 2017, peut-être par méconnaissance. Même si l'ASM est effectif depuis octobre 2017, 3 signataires n'en avaient encore jamais entendu parler en 2019. De même 8 signataires n'avaient pas connaissance du non-cumul avec la protection maternité du PTMG. Sur les dix signataires, deux avaient comme motivation principale à la signature du contrat, la protection maternité. Or au moment où ils ont signé leur contrat, cette protection était déjà rendue caduque par la mise en place de l'ASM. Il n'est pas normal qu'ils n'aient pas reçu une information correcte pour signer en toute connaissance de cause.

On peut se demander combien de futurs installés n'ont pas donné suite lorsqu'ils ont réalisé que la protection maternité n'avait plus d'intérêt. Alors qu'il était en constante hausse entre 2013 et 2016 (28), avec 97 nouveaux contrats signés en 3 ans (soit une majoration de 76 %), le nombre de contrats signés a commencé à décroître à partir de 2017. Cette décroissance a continué en 2018. On notait 18 contrats signés en moins en deux ans, soit une décroissance de 8 %. On peut supposer que la création de l'ASM a pu être un frein à la signature par de nouveaux installés.

En l'état actuel, la garantie maternité du contrat de PTMG ne figure plus comme un avantage, alors qu'elle était un des principaux arguments pour la signature lors de la mise en place du contrat en 2013 (30). Il est illusoire de penser que l'attractivité du contrat et par conséquent le nombre de signataires vont s'améliorer sans une remise à plat complète des avantages du PTMG. Ces avantages doivent mieux correspondre à la réalité de la vie du généraliste en zone sous-dotée.

### 3.3 Un reliquat des avantages du PTMG : l'arrêt de travail

La possibilité de prise en charge d'un arrêt de travail reste un vrai avantage en termes de couverture sociale par rapport à l'exercice libéral classique. Toutefois, certains signataires relevaient des insuffisances dans les modalités de prise en charge : complément de rémunération forfaitaire peu en adéquation avec le revenu moyen d'un généraliste sans prise en compte des charges du cabinet médical, montant rapidement dégressif avec la diminution du nombre de journées travaillées par semaine, délai de carence de 7 jours qui pourrait être réduit à 3 jours comme pour les salariés.

Comme pour les autres avantages du contrat, on constate que la prise en charge de l'arrêt de travail est largement perfectible et souffre d'un manque de réévaluation au fil des années.

### 3.4 Effet d'aubaine

La plupart des signataires ont un projet d'installation défini avant de choisir de signer un contrat de PTMG. Pour éviter un éventuel effet d'aubaine, il serait intéressant de proposer des avantages ayant un effet levier majeur en amont de l'installation des médecins. Il s'agit sans doute d'une des raisons de la création du contrat de PTMG en 2013, mais force est de constater que cet objectif n'est pas atteint. Il faut rester à l'écoute des besoins des futurs installés pour maintenir l'attractivité du contrat dans le temps et faire en sorte qu'il soit à l'origine des projets d'installation et non l'inverse.

### 3.5 Après 6 ans d'existence, un contrat toujours peu connu des futurs installés ?

Finalement, c'est au moment où l'installation se concrétise que les médecins vont vouloir mieux connaître les spécificités de ces aides. Pour compléter leurs connaissances, les signataires de notre thèse se tournaient directement vers internet. On remarque que leurs connaissances du contrat de PTMG collaient à la réalité du contrat.

Le rapport de 2017, des sénateurs Cardoux et Daudigny sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées (51), fait remarquer que la diversité des intervenants constitue un paysage assez peu lisible et donc au final entrave leur portée. On remarque que le site spécialement créé par l'ARS, censé être le guichet unique en ligne pour l'installation appelé « Portail d'accompagnement des professionnels de santé » (PAPS) n'est même pas référencé en janvier 2020 sur la première page de Google®, principal moteur de recherche, en tapant simplement « praticien territorial de médecine générale », « PTMG » ou encore « aides à l'installation des médecins généralistes ». Il s'agit pourtant d'un site clair, d'utilisation intuitive et qui regroupe l'ensemble des informations nécessaires pour les professions médicales voulant s'installer ou déjà installées (52).

Les jeunes médecins généralistes sont donc mal informés sur les aides à l'installation en général et sur le PTMG en particulier. Augmenter la visibilité du contrat fait partie des suggestions émises pour en améliorer son attractivité. Il serait intéressant de mettre en lumière le site internet du PAPS auprès des étudiants au cours de leurs formations et auprès des professionnels de santé. De même que des réunions d'information à l'installation devraient faire partie intégrante du programme officiel durant l'internat.

### *3.6 Quel avenir pour le PTMG ?*

Améliorer l'attractivité du contrat de PTMG par l'ensemble des suggestions proposées par les signataires a pour finalité de favoriser l'installation des généralistes, en particulier dans les territoires sous-dotés en professionnels de santé, et donc permettre l'accès aux soins pour tous. Les avantages déjà peu adaptés en 2013, se sont étiolés avec les années, en particulier avec la mise en place de l'ASM. Sans une refonte complète des avantages liés au contrat, il paraît illusoire de penser que le contrat de PTMG puisse à l'avenir jouer son rôle de vecteur d'installation dans les zones sous-dotées.

## CONCLUSION

---

Depuis la thèse de Petiteau Guillaume en 2016, notre travail montre que les motivations à la signature du contrat de PTMG sont restées sensiblement identiques : le peu de contraintes, une garantie de revenu et une protection sociale améliorée.

Le 29 octobre 2017 est entré en vigueur l'ASM pour tous les médecins généralistes installés. Cependant dans notre étude les signataires n'avaient pas tous connaissance de cet avantage, ainsi que de l'impossibilité de le cumuler avec la protection maternité du contrat de PTMG. La connaissance de ces données avant la signature du contrat aurait eu une influence sur celle-ci, notamment pour les médecins qui signaient le contrat en vue d'un potentiel congé maternité. Alors qu'elle était un élément phare du contrat, la protection maternité du contrat de PTMG telle qu'elle figure à l'heure actuelle ne paraît plus assez attractive comparée à celle offerte par l'ASM.

Mis en place en 2013, le contrat de PTMG a connu une progression du nombre de signatures, puis une diminution depuis 2018. On peut penser qu'il a progressivement perdu de son attrait. Outre la disparition d'un de ses avantages phare, à savoir l'avantage maternité, la garantie de revenu qui restait la première motivation à la signature du contrat, semble devenue moins attrayante car toujours basée sur l'ancienne tarification de 23 € la consultation.

Dans l'optique de favoriser l'installation dans tous les territoires, et en particulier ceux où la démographie médicale devient fragile, il semblerait nécessaire d'envisager une refonte du contrat de PTMG pour en améliorer l'attractivité. L'objectif final reste de favoriser l'accès aux soins pour tous les patients.

Pour compléter notre travail de thèse, il serait intéressant de connaître les raisons des médecins généralistes éligibles au contrat de PTMG ayant refusé de le signer.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Conseil de l'ordre des médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2018 [Page internet]. 2018. [Visité le 21 févr. 2019]. En ligne : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)
2. Conseil de l'ordre des médecins (CNOM). Étude sur l'installation des jeunes médecins [Page Internet]. 2019. [Visité le 17 oct. 2019]. En ligne : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1thxouu/cnom\\_enquete\\_installation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf)
3. Paviot H, Hennebelle P. Étude des déterminants de l'installation libérale et ambulatoire des jeunes spécialistes de second recours notamment dans une zone rurale à faible densité médicale [Thèse d'exercice en Médecine]. Université d'Angers ; 2017.
4. Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Lyon I ; 2014.
5. Desnouhes A. État des lieux des actions favorisant l'installation des jeunes médecins généralistes en France métropolitaine [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Poitiers ; 2018.
6. Mintandjian A. Étude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Île-de-France : étude de cohorte [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Paris Descartes ; 2015.
7. Groboz-Lecoq D. Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Études Spécialisées [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Nice ; 2014.
8. 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 en Médecine]. Université de Limoges ; 2018.
9. Fradet-Prot Goodfellow N. Les aides à l'installation des médecins généralistes en zone fragile en Limousin - Étude auprès de la population bénéficiaire en 2016 [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Limoges ; 2016.
10. Rasse C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France : une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Poitiers ; 2016.
11. 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 en Médecine]. Université de Grenoble ; 2013.
12. Saad-Eddine M. Projet professionnel des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux en dernière année de DES en 2015 et déterminants de leurs choix [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Bordeaux ; 2017.
13. Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR IMG). Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Page internet]. 2011. [Visité le 21 févr 2019]. En ligne : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>



14. Gernigon F. Praticiens Territoriaux de Médecine Générale : quelles mesures incitatives complémentaires pouvant faciliter la promotion de ce statut ? [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Lille ; 2015.
15. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS NA). Arrêté régional du nouveau zonage médecin en Nouvelle-Aquitaine en 2018 [Page internet]. 2019. [Visité le 20 Mars 2019]. En ligne : <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/arrete-regional-du-nouveau-zonage-medecin-en-nouvelle-aquitaine-en-2018>
16. Article L1435-4-2 du code de la santé publique.
17. Article L1435-4-3 du code de la santé publique.
18. Article L1435-4-5 du code de la santé publique.
19. Article L1435-4-4 du code de la santé publique.
20. Article 4 de l'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.
21. Article 5 de l'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.
22. Article 6 de l'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.
23. Article 7 de l'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.
24. 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 en Médecine]. Université de Grenoble ; 2011.
25. Jardel A. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Rouen ; 2013.
26. Foucault R. Connaissance et attractivité des mesures incitatives à l'installation chez les internes de médecine générale de la faculté d'Amiens [Thèse d'exercice en Médecine]. Université d'Amiens ; 2018.
27. Concastie G. Évaluation des aides incitatives publiques à la réalisation de stage d'internat de médecine générale en zone fragile [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Lorraine; 2017.
28. Augros S. Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins [Page internet]. 2019. [Visité le 17 oct 2019]. En ligne : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_augros\\_2019.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf)
29. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS NA). Plan régional d'accès aux soins en Nouvelle-Aquitaine [Page internet]. 2018. [Visité le 21 févr 2019]. En ligne : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-04/DP\\_Plan\\_Acces\\_aux\\_Soins\\_ARNSA.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-04/DP_Plan_Acces_aux_Soins_ARNSA.pdf)
30. 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.

31. Petiteau G. Influence du contrat praticien territorial de médecine générale sur l'installation des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Montpellier ; 2016.
32. Article 70 de l'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.
33. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (ARS NA). Pacte territoire santé 2. Dossier de presse du 26 novembre 2015 [Page internet]. 2015. [Visité le 18 févr 2019]. En ligne : [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PTS2\\_DP\\_26\\_11\\_2015.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/PTS2_DP_26_11_2015.pdf)
34. Conseil de l'ordre des médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2015 [Page internet]. 2015. [Visité le 20 oct. 2019]. En ligne : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/18abtr9/atlas\\_national\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/18abtr9/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf)
35. Article 72 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.
36. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Première partie : d'« acteur » à « Interdépendance ». Exercer. 2009 ; 87: 74-9.
37. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart laurent. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008 ; 84 : 142-5.
38. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin ; 2016. 329 p.
39. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 4ème édition. Armand Colin ; 2016. 128 p.
40. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care. 2007 ; 19(6) : 349-57.
41. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 2015 ; 15(157) : 50-4.
42. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter ni classer. 2ème édition. De Boeck Supérieur ; 2019. 160 p.
43. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative - Deuxième partie : de « maladie » à « verbatim ». Exercer. 2009 ; 88:106-12.
44. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000 ; 320(7226) : 50-2.
45. Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine ? [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Lorraine ; 2016.
46. Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Nantes ; 2010.
47. Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? - Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Toulouse ; 2014.

48. Parassouramaïk Accama J. Facteurs influençant l'installation des jeunes médecins généralistes dans le Languedoc-Roussillon : une étude qualitative [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Montpellier ; 2016.
49. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecin générale [Thèse d'exercice en Médecine]. Université de Nantes ; 2012.
50. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. [Page internet]. 2019. [Visité le 23 nov 2019]. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf>
51. Cardoux J-N, Daudigny Y. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées [Page internet]. 2017. [Visité le 23 nov 2019]. En ligne : <http://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>
52. Portail d'accompagnement des professionnels de santé Nouvelle-Aquitaine (PAPS NA). Aides de l'Assurance Maladie [Page internet]. [Visité le 15 févr 2019]. En ligne : <https://www.nouvelle-aquitaine.paps.sante.fr/>

# ANNEXES

---

## A. Notes de contexte

### A.1 Le zonage du territoire pour la médecine générale libérale

#### *A.1.1 Élaboration du zonage du territoire*

Pour établir le niveau d'offre médicale, en particulier de médecins généralistes libéraux, disponible dans les territoires, une cartographie est réalisée par l'ARS et révisée tous les 3 ans en concertation avec ses partenaires (URPS Médecins libéraux, conseil régional de l'ordre des médecins, facultés de médecine, préfecture de région, assurance maladie). Des concertations de proximité se sont également déroulées dans chacun des 12 départements de la région Nouvelle-Aquitaine, dans le cadre des conseils territoriaux de santé. Cela permet d'établir trois niveaux de zone permettant de graduer le niveau d'aides qui peuvent être accordées par l'ARS et l'assurance maladie (1).

Les zones d'intervention prioritaire (ZIP) représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins. Elles sont éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS, de l'assurance maladie, des exonérations fiscales et des aides proposées par les collectivités locales.

Les zones d'action complémentaire (ZAC), moins impactées par le manque de médecins mais où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore. Seules les aides proposées par l'ARS et par les collectivités locales peuvent s'appliquer.

Les zones de vigilance (ZV) représentent des territoires dans lesquels l'accès à la médecine générale libérale n'est pas aujourd'hui en difficulté immédiate mais qui fait appel à une vigilance particulière pour le moyen terme.

Ces zones sont déterminées à partir d'un indicateur principal calculé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dénommé accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin. Il comprend :

- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien ;
- le temps d'accès au praticien selon une fonction décroissante entre 0 et 20 minutes ;
- la consommation de soins par classe d'âge pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins.

Cet indicateur est exprimé en nombre de consultations accessibles par an par habitant standardisé (C./an/hab.). Il est calculé au niveau des territoires de vie-santé. C'est à dire qu'il correspond à la moyenne, pondérée par la population de chaque commune, des indicateurs APL des communes composant cette unité territoriale.

Elles sont également déterminées par des seuils d'identification des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. L'établissement de ces seuils tient compte du fait qu'un habitant bénéficie en moyenne de 3,8 consultations par an. Il est considéré qu'une offre médicale est insuffisante dès lors qu'elle est inférieure d'au moins un tiers à cette valeur (soit inférieure à 2,5 consultations par an par habitant) et que le niveau de l'offre de soins ne permet pas de répondre de manière satisfaisante aux besoins de la population lorsque l'indicateur APL est inférieur à 4 consultations par an par habitant.

Ainsi les zones dans lesquelles l'indicateur APL est inférieur à 2,5 consultations par an par habitant constituent la sélection nationale (zone A). Elles sont obligatoirement sélectionnées par l'ARS pour faire partie des ZIP.

Les zones dont l'APL est compris entre 2,5 et 4 consultations par an par habitant constituent un vivier dans lequel le directeur général de l'ARS détermine deux types de zones :

- une sélection additionnelle des ZIP (zone B) dans le respect du pourcentage de population (10,8% au total par exemple en Nouvelle-Aquitaine) et par le biais d'indicateurs complémentaires comme la part de la population en affection de longue durée (ALD), la proportion de médecins exerçant en secteur 1, le taux d'hospitalisations potentiellement évitables.
- la sélection des ZAC est constituée de tout ou une partie du vivier restant une fois les zones B sélectionnées. En région Nouvelle-Aquitaine, les ZAC couvrent 43,2% de la population.

Au sein du vivier, les zones qui ne sont identifiées ni comme des ZIP (zone B) ni comme des ZAC, constituent des ZV pouvant faire l'objet de mesures d'accompagnement. Ils pourront tout de même bénéficier d'aides ou mesures non liées au zonage des médecins comme le fonds d'intervention régional (FIR) pour contribuer à la mise en œuvre des projets régionaux de santé.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a arrêté le 4 juillet 2018 le nouveau zonage médecin. Ce zonage sera revu au plus tard dans 3 ans afin de tenir compte de l'évolution de la situation des territoires et des besoins des habitants.

## A.1.2 Résumé en tableau du zonage

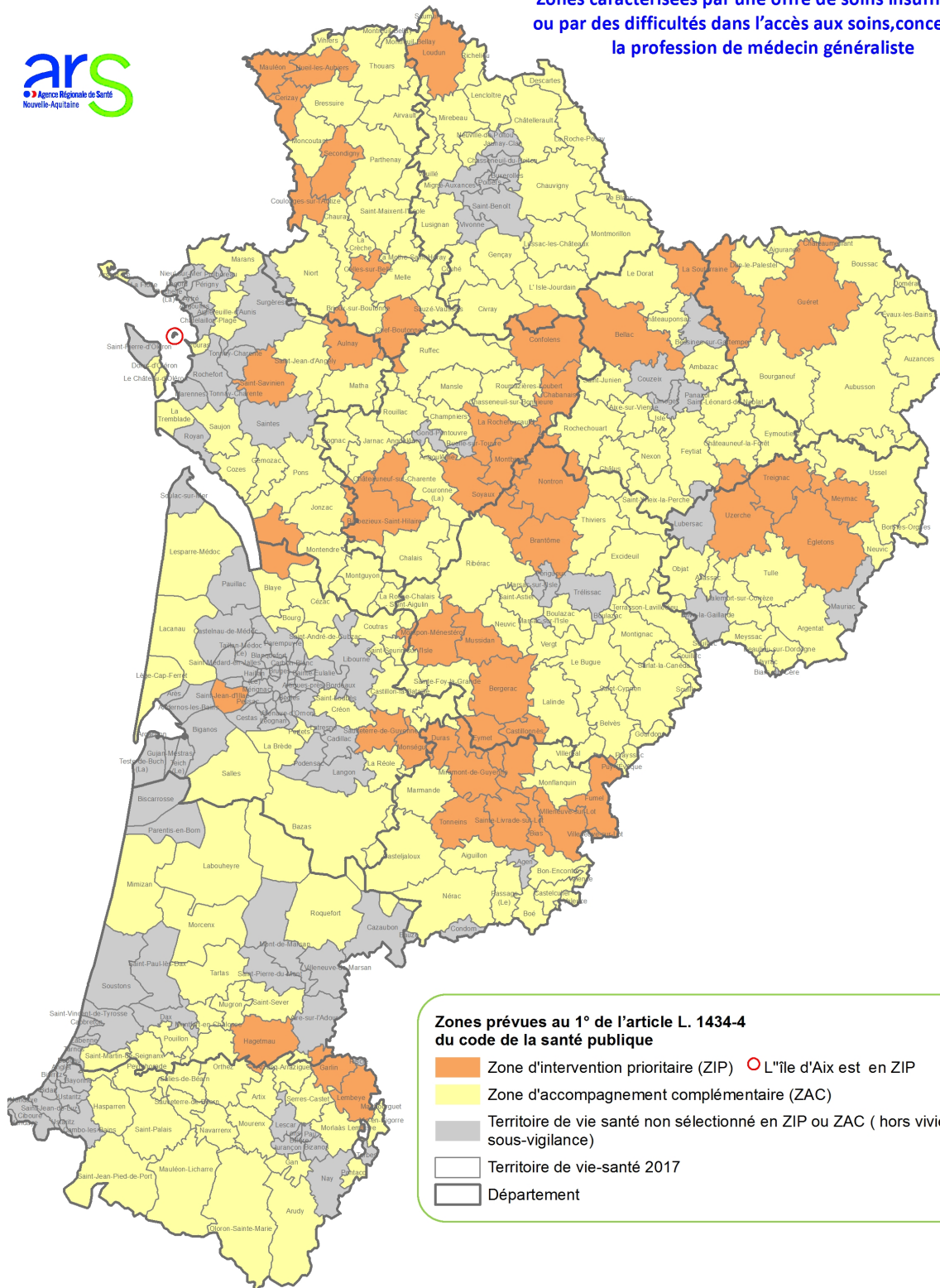
Tableau 4 : Zonage des médecins en fonction de l'APL

APL de la zone $\leq 2,5$ C/an/hab.	$2,5 < \text{APL de la zone} \leq 4$ C/an/hab.			APL de la zone $> 4$ C/an/hab.
Sélection nationale	Vivier			Hors vivier
ZIP (zones A) Obligatoirement sélectionnées par l'ARS.	ZIP (zones B) Sélection additionnelle par l'ARS (indicateurs complémentaires à l'indicateur APL et dans le respect du pourcentage de population).	ZAC Tout ou partie du vivier restant une fois les zones B sélectionnées, sur décision de l'ARS.	ZV Zones identifiées ni comme des zones B ni comme des ZAC, pouvant faire l'objet de mesures d'accompagnement.	Peuvent être qualifiées de ZIP, ZAC ou ZV sous réserve : -zone A non modifiable -intégration en zone B dans la limite du pourcentage applicable à la région considérée -intégration en ZAC dans la limite du vivier augmenté au maximum de 5 %
Éligibles aux aides conventionnelles et fiscales				
Éligibles aux aides régionales et fiscales				
Éligibles à des mesures d'accompagnement non liées à la fragilité d'une zone				

### A.1.3 La cartographie du zonage des médecins généralistes libéraux en Nouvelle-Aquitaine



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



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,

pôle statistiques, études et évaluation -28/05/2018

## A.2 Les aides à l'installation pour les médecins

### A.2.1 *Mesures d'aides régionales à l'installation*

Il s'agit de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens proposées par l'ARS lors d'un exercice d'une activité libérale en médecine générale dans une ZIP ou une ZAC. La contrepartie financière est financée par le FIR. L'ARS veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats. Le praticien ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS différentes. Pour chacun de ces contrats, le médecin peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat, sous réserve de l'observation d'un préavis de deux mois.

#### A.2.1.1 Contrat de PTMG

Le contrat de PTMG d'une durée d'un an renouvelable une fois, s'adresse aux médecins généralistes en secteur 1, à la condition qu'ils ne soient pas déjà installés ou que leur installation en cabinet libéral date de moins d'un an à la conclusion de ce contrat. Il est possible d'exercer en tant que médecin collaborateur libéral. Il est possible d'exercer son activité sur plusieurs sites ou exercer simultanément une autre activité médicale sur un autre site. La rémunération maladie et maternité sera déterminée en fonction du nombre déclaré de demi-journées travaillées par semaine entre neuf ou plus et huit ou moins (2).

Le contrat prévoit les engagements individualisés pouvant porter sur :

- la PDSA dans le cadre de l'organisation régionale ;
- des actions destinées à améliorer la prescription ;
- des actions d'amélioration des pratiques ;
- des actions de dépistage, de prévention et de d'éducation à la santé ;
- des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins ;
- des actions de collaboration auprès d'autres médecins...

Le praticien s'engage à respecter les tarifs opposables et à exercer un minimum de 165 consultations par mois sur douze mois, correspondant à un montant minimum d'honoraires égal à 3 795 € bruts par mois (sur la base de 23 € la consultation) hors permanence de soins organisée. À 4 174,50 € bruts par mois en Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Et à 4 554 € bruts à Mayotte, Guyane et La Réunion.

En contrepartie, sous réserve de réception des documents justificatifs, l'ARS s'engage de verser au médecin une rémunération complémentaire aux honoraires perçus d'un montant tel que le revenu global soit égal à un revenu brut mensuel maximum de 6 900 € en métropole (300 consultations). 7 590 € bruts en Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. 8 280 € bruts à Mayotte, Guyane et La Réunion. Les honoraires et rémunérations forfaitaires au titre de la permanence des soins organisée ne sont pas pris en compte, ainsi qu'au titre d'aides conventionnelles et de la rémunération sur objectifs de santé publique.



En cas d'incapacité pour cause de maladie ou de maternité, un complément de rémunération forfaitaire est versé mensuellement par l'ARS, sous réserve d'avoir exercé au cours du trimestre civil précédant le mois au cours duquel débute l'arrêt de travail. D'avoir réalisé au cours de l'un des mois du trimestre précédant le nombre minimum d'actes exigé et que la durée de l'arrêt de travail en cas de maladie est supérieure à sept jours. A partir du huitième jour le complément versé en métropole est de 1 552,20 € bruts pour neuf demi-journées ou plus travaillées et de 776,25 € bruts pour huit demi-journées ou moins. Respectivement de 1 707,75 € et 853,88 € bruts en Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Enfin de 1 863 € et 931,50 € bruts pour Mayotte, Guyane et La Réunion. Dans la limite d'une période de trois mois par arrêt de travail.

En cas de maternité le complément de rémunération mensuel est fixé en métropole à 3 105 € bruts pour neuf demi-journées ou plus et 1 552,20 € bruts pour huit demi-journées ou moins. Respectivement de 3 415 € et 1 707,75 € bruts en Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Enfin de 3 726 € et 1 863 € bruts pour Mayotte, Guyane et La Réunion. Il est dû chaque mois civil, dans la limite de la période de versement de l'indemnité prévue aux articles L. 613-19 et L. 722-8 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le praticien est remplacé, il n'est pas tenu compte pour le calcul du complément de rémunération des honoraires résultant de l'activité de son remplaçant.

#### A.2.1.2 Contrat de PTMA

Contrat qui s'adresse aux médecins généralistes ou spécialistes en secteur 1 ou 2, qui s'engagent à exercer exclusivement et durant toute l'année en ZIP ou ZAC. Il est possible d'exercer en tant que médecin collaborateur libéral. La rémunération maladie et maternité sera déterminée en fonction de la quotité de travail entre neuf ou plus demi-journées par semaine et huit demi-journées par semaine ou moins. Le contrat prévoit, comme celui du PTMG, des engagements individualisés. Il s'agit d'un engagement minimum de 3 années renouvelable une fois, dans la limite de 72 mois au total (3).

Le signataire pourra bénéficier d'une aide forfaitaire pour cause de maternité ou paternité ou pour cause de maladie, dès lors qu'au cours des trois derniers mois précédent son interruption, il aura exercé une activité libérale correspondant à un minimum de 165 consultations au tarif opposable, soit un montant minimum égal à 3 795 € bruts pour les généralistes et 4 620 € bruts pour les spécialistes hors PDSA. Il aura mis en œuvre les engagements requis pour se faire remplacer pendant toute la période d'interruption. La durée de l'arrêt de travail en cas de malade doit être supérieure à sept jours.

En cas d'incapacité pour cause de maternité, la rémunération forfaitaire est identique à celle du PTMG, à savoir 3 105 € bruts pour neuf demi-journées ou plus et 1 552,20 € bruts pour huit demi-journées ou moins. Pour le spécialiste il s'agit de 3 780 € bruts pour neuf demi-journées ou plus et 1 890 € bruts pour huit demi-journées ou moins. Dans la limite de trois mois.

Pour cause de paternité, la rémunération forfaitaire est égale à 36 % de la rémunération mensuelle forfaitaire de maternité. Soit 1 117,8 € bruts pour neuf demi-journées ou plus et 558,9 € bruts pour huit demi-journées ou moins. Pour le spécialiste il s'agit de 1 360,8 € bruts pour neuf demi-journées ou plus et 680,4 € bruts pour huit demi-journées ou moins. Cela correspond aux 11 jours légaux de congé pour cause de paternité. Elle sera versée à compter du mois suivant celui de l'arrêt de travail.

En cas de maladie, comme pour le PTMG à partir du huitième jour la rémunération forfaitaire est de 1 552,20 € bruts pour neuf demi-journées ou plus travaillées et 776,25 € bruts pour huit demi-journées ou moins. Pour le spécialiste de 1 890 € bruts pour neuf demi-journées ou plus et 945 € bruts pour huit demi-journées ou moins. Il est dû chaque mois civil dans la limite d'une période de trois mois par arrêt de travail.

### A.2.1.3 Contrat de PTMR

Le contrat de PTMG concerne les généralistes ayant soutenu leur thèse depuis moins de trois ans exerçant à titre de remplaçants, les étudiants remplissant les conditions pour exercer en tant que remplaçant et les assistants spécialistes à temps partiel au sein d'un établissement de santé. Il est conclu pour une année et peut être renouvelé pour une durée égale à un an sans toutefois que la durée totale puisse excéder 6 ans pour un étudiant en médecine et 3 ans pour un médecin non installé (4).

Il peut s'agir d'un exercice à temps plein correspondant à une activité libérale de médecine générale d'un minimum de 5 000 consultations par an ou d'un temps partiel d'un minimum de 2 500 consultations par an, en dehors de consultations de la PDSA.

L'ARS s'engage à verser à la date anniversaire du contrat une rémunération forfaitaire de 4 600 € bruts pour un temps plein (200 consultations au tarif opposable) et 2 300 € bruts pour un temps partiel (100 consultations).

En cas d'incapacité pour cause de maladie, de maternité ou de paternité, un complément de rémunération est versé pour chaque mois civil dans la limite de trois mois pour le congé maladie et maternité, et un versement unique pour le congé paternité. Afin de pouvoir en bénéficier il faut avoir exercé un remplacement au cours du trimestre civil précédent le mois au cours duquel débute l'arrêt de travail et que la durée pour cause maladie soit supérieure à sept jours. Dans ce cas le seuil minimal d'activité applicable est de 3 750 consultations par an pour un temps plein et 1 875 consultations pour un temps partiel.

En cas :

- de maladie le versement est de 1 552,50 € bruts pour un temps plein et 776,25 € bruts pour un temps partiel ;
- de maternité le versement est de 3 105 € bruts pour un temps plein et 1 552,50 € bruts pour un temps partiel ;
- de paternité le versement est de 1 117,80 € bruts pour un temps plein et 558,90 € bruts pour un temps partiel.

#### A.2.1.4 Contrat de PIAS

Contrat ciblé pour les médecins généralistes installés en ZIP ou collaborateur, ayant une activité qui, en dehors de celle effectuée dans le cadre de la PDSA, génère des honoraires dont la fraction sur la moitié des mois de la période d'activité réalisée (non forcément consécutifs) est supérieure de 125 % à celles des autres mois de cette période. Le PIAS s'engage à exercer exclusivement et durant toute l'année sur les territoires définis au présent contrat (5). Des engagements individualisés peuvent se rajouter comme les contrats ci-dessus.

Le cabinet doit se situer à plus de 30 minutes par rapport au service d'urgence le plus proche et en fonction d'une densité de population inférieure à 100 habitants par km<sup>2</sup>. Pour percevoir une rémunération complémentaire, le médecin doit avoir perçu un montant d'honoraires annuel, inférieur au niveau moyen d'honoraires sans dépassements des généralistes de la région.

Contrat d'une durée minimale de 36 mois renouvelable une fois, dans la limite de 72 mois au total.

Le PIAS s'engage à adresser une fois par an à l'ARS une déclaration contenant pour chaque mois civil, les honoraires perçus pendant l'année en distinguant le nombre d'actes et les forfaits.

En contrepartie, l'ARS s'engage à lui verser :

- une aide forfaitaire à l'investissement (au maximum un montant correspondant à la rémunération de 100 consultations de médecine générale au tarif opposable) ;
- une aide à l'activité dont le montant correspond à 5 % des revenus des activités de soins, plafonné à un montant correspondant à la rémunération de 200 consultations de médecine générale au tarif opposable.

La situation du médecin est examinée tous les ans, au plus tard le 15 avril et le versement est effectué par l'organisme local d'assurance maladie compétent avant le dernier jour du mois de juin. Le calcul du complément est calculé au prorata du nombre de mois de l'année civile concernée, en fonction de la date de signature du contrat de l'année civile de référence.

Tableau 5 : Résumé des contrats d'aides régionales (en métropole)

Contrats (date de création)	PTMG (14/08/2013)	PTMA (26/10/2015)	PTMR (22/11/2018)	PIAS (26/10/2015)
	Généralistes en secteur 1	Médecins libéraux en secteur 1 ou 2	Généralistes, étudiants, assistants spécialistes	Généralistes en secteur 1 ou 2
<b>Implantation</b>	S'installer (ou collaboration) en ZIP ou ZAC, ou y être installé depuis moins de 1 an.	Installé (ou collaboration) en ZIP ou ZAC	Remplacer en ZIP ou ZAC	Installé (ou collaboration) en ZIP > 30 min d'un service d'urgence Densité < 100 habitants par km <sup>2</sup>
<b>Quotité de travail</b>	≥ 9 demi-journées = taux plein ≤ 8 demi-journées = taux divisé par deux	≥ 9 demi-journées = taux plein ≤ 8 demi-journées = taux divisé par deux	Temps plein : 5 000 consultations par an Temps partiel : 2 500 consultations par an	Montant d'honoraires annuel inférieur au niveau moyen des autres généralistes de la région.
<b>Conditions</b> (hors PDSA)	Avoir exercé en tant que PTMG ou PTMA ou PTMR au cours du trimestre civil précédent le mois concerné			Activité qui génère des honoraires dont la fraction sur la moitié des mois de la période d'activité réalisée est > 125 % à celle des autres mois de cette période.  Adresser une fois par an les honoraires perçus chaque mois en distinguant actes et forfaits.
	Effectuer 165 consultations par mois au minimum			
	Adresser le nombre d'actes et les honoraires perçus chaque mois civil.	Mettre en œuvre les engagements requis pour se faire remplacer, pendant toute la période d'interruption de son activité.	Adresser le nombre de consultations, les dates de remplacements et les coordonnées des médecins remplacés chaque trimestre civil.	
<b>Garantie de revenu</b> (hors PDSA)	Complément mensuel d'un maximum de 6 900 € bruts		Forfait de 4 600 € bruts si temps plein Forfait de 2 300 € bruts si temps partiel (Versé à date anniversaire du contrat)	Une aide forfaitaire à l'investissement (maximum correspondant à la rémunération de 100 consultations).  Une aide à l'activité correspondant à 5 % des revenus des activités de soins plafonnée à 200 consultations.
<b>Incapacité pour cause de maladie &gt; 7 j</b>	1 552,20 € bruts si ≥ 9 1/2j 776,25 € bruts si ≤ 8 1/2j	1 552,50 € bruts si ≥ 9 1/2j 776,25 € bruts si ≤ 8 1/2j	Temps plein : 1 552,50 € bruts Temps partiel : 776,25 € bruts	
<b>Incapacité pour cause de maternité</b>	Maternité uniquement : 3 105 € bruts si ≥ 9 1/2j 1 552,50 € bruts si ≤ 8 1/2j	Maternité : 3 105 € bruts si ≥ 9 1/2j 1 552,50 € bruts si ≤ 8 1/2j  Paternité (36 % du forfait maternité) : 1 117,80 € bruts si ≥ 9 1/2j 558,90 € bruts si ≤ 8 1/2j	Maternité : Temps plein : 3 105 € bruts Temps partiel : 1 552,50 € bruts  Paternité : Temps plein : 1 117,80 € bruts Temps partiel : 558,90 € bruts	
<b>Durée du contrat</b>	1 an renouvelable 1 fois	3 ans renouvelable pour un maximum de 6 ans	1 an renouvelable pour un maximum de 6 ans pour un étudiant et 3 ans pour un médecin non installé	3 ans renouvelable pour un maximum de 6 ans
<b>Rupture</b>	À tout moment avec préavis de deux mois			

### *A.2.2 Mesures d'aides conventionnelles à l'installation*

Il s'agit de contrats tripartites avec l'assurance maladie et l'ARS dont peuvent bénéficier les médecins installés ou s'installant dans une ZIP. L'ensemble des dispositifs ne sont pas cumulables entre eux. Une modulation est possible par l'ARS dans un contrat type régional pour les médecins installés dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire. Ils pourront bénéficier d'une majoration de l'aide forfaitaire, sans excéder 20 % de cette aide. Cette dérogation peut être accordée au maximum dans 20 % des ZIP (6).

#### A.2.2.1 CAIM

Pour en bénéficier le signataire doit être installé depuis moins d'un an ou s'installer dans une ZIP, exercer en secteur 1 ou 2, au minimum deux jours et demi d'activité libérale, au sein d'un groupe de médecins ou pluri-professionnel ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou équipe de soins primaires (EPS), participer à la PDSA et exercer dans la zone pendant au moins cinq ans à compter de la date d'adhésion. Le contrat n'est pas renouvelable.

Le contrat permet une aide forfaitaire à l'installation de 50 000 € versée pour moitié à la signature du contrat et la seconde moitié à la date du 1er anniversaire du contrat pour une activité de quatre jours par semaine. De 31 250 € pour deux jours et demi, 37 500 € pour trois jours et 43 750 pour trois jours et demi par semaine.

Il est possible de bénéficier d'une majoration de 2 500 € en s'engagement à titre optionnel à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité.

#### A.2.2.2 COSCOM

Il s'agit d'un contrat d'une durée de 3 ans renouvelable par tacite reconduction permettant l'attribution d'une aide forfaitaire de 5 000 € par an avec possibilité d'une majoration d'un montant de 1 250 € si le médecin a réalisé une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité. Une rémunération complémentaire de 300 € par mois est attribuée pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein. Les conditions étant d'exercer une activité libérale conventionnée et d'exercer au sein d'un groupe ou en CPTS ou en EPS.

#### A.2.2.3 COTRAM

Contrat de 3 ans renouvelable une fois, s'adresse aux médecins âgés de 60 ans ou plus, exerçant une activité libérale conventionnée, préparant leur cession d'activité et prêt à accompagner pendant cette période un médecin âgé de moins de 50 ans nouvellement installé dans leur cabinet ou installé depuis moins d'un an dans la zone.

Le médecin peut bénéficier d'une attribution d'une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) dans la limite de 20 000 € par an.

#### A.2.2.4 CSTM

Contrat qui s'adresse aux médecins libéraux conventionnés n'exerçant pas en ZIP mais qui sont prêts à consacrer une partie de leur activité libérale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant en ZIP pendant au minimum 10 jours par an. Ceci pour une durée de 3 ans renouvelable par tacite reconduction.

Ils recevront une aide à l'activité correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisée dans le cadre du contrat au sein des ZIP, dans la limite d'un plafond de 50 000 € par an. Les frais de déplacement engagés pour se rendre dans les ZIP sont également pris en charge.

Tableau 6 : Résumé des contrats d'aides conventionnelles (en métropole)

Contrats	CAIM	COSCOM	COTRAM	CSTM
	Médecins libéraux en secteur 1 ou 2	Médecins libéraux en secteur 1 ou 2	Médecins libéraux $\geq$ 60 ans en secteur 1 ou 2	Médecins libéraux en secteur 1 ou 2
<b>Implantation</b>	S'installer en ZIP ou y être installé depuis moins de 1 an	Installé en ZIP	Installé en ZIP	Être installé hors ZIP
<b>Conditions</b>	Exercer au sein d'un groupe ou une CPTS ou une ESP.  Participer à la PDSA.	Exercer au sein d'un groupe ou une CPTS ou une ESP.	Accueillir dans leur cabinet un médecin < 50 ans secteur 1 ou 2 qui s'installe en ZIP ou installé depuis < 1 an en ZIP.  Accompagner son confrère dans toutes les démarches d'installation, de gestion et prise en charge des patients en fonction des besoins de ce dernier.	Réaliser une partie de son activité libérale pendant 10 jours minimum dans une ou plusieurs ZIP.
<b>Avantages</b>	50 000 € si exerce 4 j par semaine 43 750 € si exerce 3,5 j par semaine 37 500 € si exerce 3 j par semaine 31 250 € si exerce 2,5 j par semaine  Majoration de 2 500 € en exerçant une partie de cette activité au sein d'un hôpital de proximité.	Aide forfaitaire de 5 000 € par an.  Majoration de 1 250 € en exerçant une partie de cette activité au sein d'un hôpital de proximité.  Complément de 300 € par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein. Au prorata si temps partiel.	Aide annuelle à l'activité correspondant à 10 % de ses honoraires (hors dépassement et forfaits) plafonnée à 20 000 € par an.	Aide annuelle à l'activité correspondant à 25 % de ses honoraires (hors dépassement et forfaits) plafonnée à 50 000 € par an.  Prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les ZIP.
<b>Versement</b>	50 % versé à la signature et 50 % à la date du 1 <sup>er</sup> anniversaire du contrat.	Versement au 2 <sup>nd</sup> trimestre de l'année civile suivante.	Versement au 2 <sup>nd</sup> trimestre de l'année civile suivante.	Versement au 2 <sup>nd</sup> trimestre de l'année civile suivante.
<b>Durée du contrat</b>	5 ans	3 ans renouvelable par tacite reconduction	3 ans renouvelable 1 fois	3 ans renouvelable par tacite reconduction

### A.2.3 Les exonérations fiscales

#### A.2.3.1 Au sein des ZIP

La rémunération perçue au titre de la PDSA exercée par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une ZIP ou lorsque le secteur pour lequel le médecin est inscrit au tableau de permanence comprend au moins une ZIP, est exonérée d'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an (7).

#### A.2.3.2 Au sein des ZRR

Les communes classées ZRR, sont les communes membres d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre qui satisfait aux conditions suivantes (8) :

- sa densité de population est inférieure ou égale à la densité médiane nationale des EPCI à fiscalité propre métropolitain ou sa population connaît depuis les quatre dernières décennies un déclin de 30 % ou plus à conditions qu'il se trouve dans un arrondissement composé majoritairement de communes classées en ZRR et dont la population est supérieure à 70 % de l'arrondissement ;
- son revenu fiscal par unité de consommation médian est inférieur ou égal à la médiane des revenus médians par EPCI à fiscalité propre métropolitain.

En étant installé en ZRR, il est possible de bénéficier :

- d'une exonération d'impôt sur les bénéfices (revenu ou société). Totale pendant 5 ans puis dégressive pendant 3 ans (75 % la 6<sup>ème</sup> année, 50 % la 7<sup>ème</sup> année et 25 % la 8<sup>ème</sup> année). Il suffit de remplir la ligne prévue à cet effet sur le tableau de détermination du résultat fiscal (9) ;
- d'une exonération de la contribution économique territoriale (CET) associant la cotisation foncière des entreprises (CFE) et la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) pendant 5 ans maximum. L'avantage fiscal ne doit pas dépasser 200 000 € sur 3 exercices. Pour en bénéficier il faut adresser au service des impôts des entreprises (SIE) le cerfa n°1465-SD avec l'envoi de la déclaration annuelle de CFE le 3 mai suivant l'année de réalisation de l'opération exonérée. Si création d'activité il s'agit du formulaire n°1447-C-SD (10) ;
- d'une exonération de cotisations sociales sur les charges patronales pour les embauches effectuées jusqu'au 50<sup>ème</sup> salarié pendant 12 mois. Elle concerne la maladie-maternité, l'invalidité, le décès, l'assurance vieillesse et les allocations familiales. L'exonération est totale jusqu'à 1,5 fois le salaire minimum de croissance (Smic) et dégressive entre 1,5 et 2,4 le Smic. Pour cela il faut envoyer le formulaire cerfa 10791\*02 dans les 30 jours suivant l'embauche à la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte).



#### A.2.3.3 Au sein des zones franches urbaines-territoires entrepreneurs (ZFU-TE)

Les ZFU-TE sont des quartiers de plus de 10 000 habitants, situés dans des périmètres géographiques sensibles et défavorisés. Pour en bénéficier il est nécessaire de s'y implanter avant le 31 décembre 2020 (11).

Il s'agit d'une exonération d'impôt sur les bénéfices (revenu ou société), totale pendant 5 ans puis de 60 % la 6<sup>ème</sup> année, 40 % la 7<sup>ème</sup> année et 20 % la 8<sup>ème</sup> année. Elle est plafonnée à 50 000 € par période de 12 mois et majorée de 5 000 € par nouveau salarié résidant dans la ZFU et embauché à temps plein pendant au moins 6 mois. Un état de détermination du bénéfice exonéré doit être joint à la déclaration de résultat (12).

#### A.2.3.4 Au sein des zones d'aides à finalité régionale (AFR)

Les zones AFR correspondent aux territoires de l'Union européenne présentant des retards de développement. Cela concerne toutes les nouvelles entreprises s'implantant en zone AFR avant le 31 décembre 2020 (13).

Il s'agit d'une exonération d'impôt sur les bénéfices (revenu ou société) totale pendant 2 ans puis 75 % la 3<sup>ème</sup> année, 50 % la 4<sup>ème</sup> année et 25 % la 5<sup>ème</sup> année. Il suffit de remplir la ligne prévue à cet effet sur le tableau de détermination du résultat fiscal (14).

D'une exonération totale ou partielle sur 5 maximum sur la CFE sur demande avant le 31 décembre de l'année de création de l'entreprise au SIE (formulaire n°1465-SD). Les entreprises exonérées de CFE peuvent bénéficier d'une exonération de CVAE sur la part communale de cette cotisation revenant aux communes, dans les mêmes proportions que la CFE.

Tableau 7 : Résumé des exonérations fiscales

	<b>Revenus issus de la PDSA</b>	<b>Implantation en ZRR</b>	<b>Implantation en ZFU-TE</b>	<b>Implantation en zone d'AFR</b>
	Médecins libéraux ou leurs remplaçants en secteur 1 ou 2	Médecins libéraux en secteur 1 ou 2	Médecins libéraux en secteur 1 ou 2	Médecins libéraux en secteur 1 ou 2
<b>Conditions</b>	Installé en ZIP ou lorsque le secteur pour lequel le médecin est inscrit au tableau de permanence comprend $\geq 1$ ZIP	S'implanter en ZRR au plus tard le 31/12/2020	S'implanter en ZFU-TE avant le 31/12/2020	S'implanter en zone AFR avant le 31/12/2020.
<b>Avantages</b>	Exonération de l'impôt sur le revenu à hauteur de 60 jours de permanence par an.	Exonération d'impôt sur les bénéfices, totale pendant 5 ans puis dégressive pendant 3 ans.  Exonération de CET (CFE et CVAE) sur 5 ans maximum.  Exonération de cotisations sociales : charges patronales possible pendant 12 mois (totale jusqu'à 1,5 fois le Smic et dégressive entre 1,5 et 2,4)	Exonération d'impôt sur les bénéfices, totale pendant 5 ans puis dégressive pendant 3 ans	Exonération d'impôt sur les bénéfices, totale pendant 2 ans puis dégressive pendant 3 ans.  Exonération de CFE totale ou partielle sur 5 ans maximum. De même sur la part communale de la CVAE.

### A.3 L'avantage supplémentaire maternité

Le 29 octobre 2017 est entré en vigueur une aide financière supplémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de maternité, paternité ou adoption pour tous les médecins installés. Elle se rajoute à l'allocation forfaitaire de repos maternel et à l'indemnité journalière maternité. Le but de cet avantage est de pouvoir faire face aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical (15).

#### *A.3.1 Pour cause de maternité*

Les médecins libéraux conventionnés en secteur à honoraires opposables, ayant une activité libérale de 8 demi-journées et plus par semaine peuvent recevoir une aide financière complémentaire d'un montant de 3 100 € bruts par mois ou 2 066 € bruts en secteur à honoraires différents.

Pour une activité supérieure ou égale à 6 demi-journées par semaine et inférieure à 8 demi-journées, il s'agit d'un montant de 2 325 € bruts par mois en secteur à honoraires opposables ou 1 550 € bruts en secteur à honoraires différents.

Pour une activité supérieure ou égale à 4 demi-journées par semaine et inférieure à 6 demi-journées par semaine, le montant est alors de 1 550 € brut par mois en secteur à honoraires opposables ou 1 033 € bruts en secteur à honoraires différents.

#### *A.3.2 Pour cause de paternité*

L'aide financière complémentaire paternité est égale à 36 % de la rémunération versée pour cause de maternité. Ce qui revient à 1 116 € bruts pour les médecins libéraux conventionnés en secteur à honoraires opposables exerçant une activité libérale de 8 demi-journées et plus par semaine ou 744 € bruts en secteur à honoraires différents.

Pour une activité supérieure ou égale à 6 demi-journées par semaine et inférieure à 8 demi-journées par semaine l'aide versée est de 837 € bruts en secteur à honoraires opposables ou 558 € bruts en secteur à honoraires différents.

Pour une activité supérieure ou égale à 4 demi-journées par semaine et inférieure à 6 demi-journées par semaine le montant est de 558 € bruts en secteur à honoraires opposables ou 372 € bruts en secteur à honoraires différents.

#### *A.3.3 Pour cause d'adoption*

L'aide versée au médecin libéral en cas d'interruption de son activité libérale pour cause d'adoption est identique à celle versée pour cause de maternité.

#### *A.3.4 Durée, versement et non-cumul*

Cette aide financière supplémentaire sera versée à compter du mois suivant celui de l'arrêt de travail pour le congé maternité, paternité et le mois suivant l'accueil de l'enfant en cas d'adoption, pour la durée de l'interruption de l'activité médicale, dans la limite de la durée légale dudit congé et pour une durée maximale de 3 mois.

La durée du congé maternité étant de 16 semaines pour un premier enfant ou ayant déjà un enfant à charge. 26 semaines en ayant déjà au moins deux enfants à charge. 34 semaines en cas de jumeaux et 46 semaines pour des triplés ou plus.

La durée légale du congé paternité est de 11 jours consécutifs pour la naissance d'un enfant ou 18 jours en cas de naissances multiples.

En cas d'adoption d'un enfant et suite à cette adoption un ou deux enfants sont à charge effective et permanente ou à celle du ménage, le congé d'adoption est de 10 semaines.

Si après adoption d'un enfant, au moins trois enfants sont à charge effective et permanente ou à celle du ménage, le congé d'adoption est de 18 semaines.

En cas d'adoption de plusieurs enfants et quel que soit le nombre d'enfants à charge, le congé d'adoption est de 22 semaines.

La rémunération complémentaire perçue lors de l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, n'est en revanche pas cumulable avec l'aide financière maternité et paternité des contrats régionaux d'aides à l'installation (16).

Tableau 8 : L'ASM attribuée en fonction du nombre de demi-journées

	Congé maternité	Congé paternité	Congé d'adoption
≥ 8 demi-journées par semaine	3 100 € bruts secteur opposable	1 116 € bruts secteur opposable	3 100 € bruts secteur opposable
	2 066 € bruts secteurs différents	744 € bruts secteurs différents	2 066 € bruts secteurs différents
≥ 6 et < 8 demi-journées par semaine	2 325 € bruts secteur opposable	837 € bruts secteur opposable	2 325 € bruts secteur opposable
	1 550 € bruts secteurs différents	558 € bruts secteurs différents	1 550 € bruts secteurs différents
≥ 4 et < 6 demi-journées par semaine	1 550 € bruts secteur opposable	558 € bruts secteur opposable	1 550 € bruts secteur opposable
	1 033 € bruts secteurs différents	372 € bruts secteurs différents	1 033 € bruts secteurs différents

Tableau 9 : L'ASM et la durée légale des congés

	Maternité	Paternité	D'adoption
Premier enfant ou déjà un enfant à charge	16 semaines	11 jours	10 semaines
Déjà au moins 2 enfants à charge	26 semaines	11 jours	18 semaines
Naissance de jumeaux ou adoption de plusieurs enfants	34 semaines	18 jours	22 semaines
Naissance de triplés ou plus	46 semaines	18 jours	

## A.4 Références

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) Arrêté du 26 octobre 2015 relatif au contrat type relatif au contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 1435-9-20 du code de la santé publique.
- (4) Arrêté du 22 novembre 2018 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.
- (5) Arrêté du 26 octobre 2015 relatif au contrat type relatif au contrat de praticien isolé à activité saisonnière, pris en application de l'article R. 11435-9-33 du code de la santé publique.
- (6) 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.
- (7) Article 151 ter du code général des impôts.
- (8) Arrêté du 16 mars 2017 constatant le classement de communes en zone de revitalisation rurale.
- (9) Article 44 quindecies du code général des impôts.
- (10) Article 1465 A du code général des impôts.
- (11) Article 42 de la loi n°95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.
- (12) Article 44 octies A du code général des impôts.
- (13) Décret n°2017-648 du 26 avril 2017 modifiant le décret n°2014-758 du 2 juillet 2014 relatif aux zones d'aide à finalité régionale et aux zones d'aide à l'investissement des petites et moyennes entreprises pour la période 2014-2020.
- (14) Article 44 sexies du code général des impôts.
- (15) Article 70 de l'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.
- (16) Article 72 de la Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

## B. Modèle de contrat type du PTMG et fiche de déclaration mensuelle



### Contrat relatif à l'exercice libéral de praticien territorial de médecine générale

**Vu** le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-4-2, L. 1435-8 et R. 1435-9-1 à R. 1435-9-17 ;

**Vu** le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 613-19 et L 722-8 ;

Il est conclu entre,

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine (dénommée ci-après l'ARS)  
Espace Rodesse  
103 bis rue Belleville - CS 91704  
33063 Bordeaux cedex

Représentée par son Directeur Général, Monsieur Michel LAFORCADE

d'une part,

Le praticien spécialisé en médecine générale (PTMG)

M<sup>XX</sup> le Docteur <sup>XXXXXXXX</sup> praticien spécialisé en médecine générale inscrit au tableau de l'ordre du Conseil Départemental de <sup>XXX</sup>.

- n° d'inscription à l'ordre : <sup>XXXXXX</sup>
- n° RPPS : <sup>XXXXXX</sup>

Ayant pour adresse professionnelle : <sup>XXXXXX</sup>

Résidant : <sup>ADRESSE</sup>

N° téléphone : <sup>XXXXXX</sup>

Adresse électronique : <sup>xxx@xxx</sup>

d'autre part,

**Un contrat relatif à l'exercice libéral de praticien territorial de médecine générale.**

#### **Article 1<sup>er</sup> - Champ du contrat**

##### **1.1. *Objet du contrat***

Ce contrat, d'une durée d'un an renouvelable une fois, vise à favoriser l'installation des jeunes médecins spécialisés en médecine générale dans des territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins en contrepartie du versement d'une rémunération complémentaire aux revenus de ses activités libérales de soins exercées en qualité de praticien territorial de médecine générale.

Le présent contrat est établi conformément aux dispositions du code de déontologie médicale figurant au code de la santé publique.

## 1.2. Bénéficiaires

Le présent contrat vise les médecins spécialisés en médecine générale, à la condition qu'ils ne soient pas déjà installés ou que leur installation en cabinet libéral date de moins d'un an à la conclusion de ce contrat.

## Article 2 – Les caractéristiques de l'implantation territoriale

Le PTMG peut exercer dans plusieurs lieux situés au sein des zones ou territoires fragiles d'une même région au sens de l'article R. 1435-9-10 du code de la santé publique.

Le PTMG est installé en cabinet libéral depuis le [XXXXX] dans le bassin de vie de [XXXX] zone fragile identifiée dans le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires.

## Article 3 – Les modalités d'exercice du PTMG

### 3.1. Les modes d'exercices du PTMG

Le PTMG exerce son activité selon les modalités suivantes : (cocher la case correspondant au choix du PTMG)

Neuf demi-journées par semaine ou plus

Huit demi-journées par semaine ou moins

Dans ce cas, combien de demi-journées par semaine ? : [XXX]

Exercice de l'activité de PTMG en clientèle privée : (cocher la case correspondant au choix du PTMG)

- en tant que médecin installé en cabinet libéral  ou

- en tant que médecin collaborateur libéral

### 3.2. Exercice sur plusieurs sites :

Lorsque le praticien exerce son activité de PTMG sur plusieurs sites ou qu'il exerce simultanément une autre activité médicale sur un autre site, préciser la date de l'autorisation accordée pour chaque site au titre de l'article R. 4127-85 du code de la santé publique

Modalités d'exercice :

- praticien titulaire de son cabinet

- praticien non titulaire de son cabinet

Dans ce cas, préciser les modalités (cabinet médical, équipe des soins coordonnée, équipe pluridisciplinaire, pôle, maison de santé...) : [XXX]

### 3.3. Répartition de l'activité du PTMG (semaine, lieux)

Si le PTMG exerce son activité sur plusieurs lieux :

Lieu n° 1 :

- Adresse postale du lieu d'exercice : [XXX]

Nombre de 1/2 journée(s) par semaine : [XXX]

Préciser les 1/2 journées concernées\* : [XXX]

(\* Il est possible de préciser, à titre indicatif, les demi-journées travaillées.

Lieu n° 2 :

- Adresse postale du lieu d'exercice : [XXX]

Nombre de 1/2 journée(s) par semaine : [XXX]

Préciser les 1/2 journées concernées\* : [XXX]

(\* Il est possible de préciser, à titre indicatif, les demi-journées travaillées.



### 3.4. Mise à disposition de locaux et de moyens techniques

Si, afin de faciliter son installation, il est mis à la disposition du PTMG un local et des moyens techniques permettant d'assurer la qualité des soins et la sécurité des personnes examinées, conformément à l'article R. 4127-71 du code de la santé publique, il convient de préciser les informations suivantes :

Description :

- du local : XXX
- Adresse postale : XXX
- moyens techniques mis à disposition : XXX
- Entité juridique ayant mis à disposition le local et les moyens techniques : XXX
- Conditions et durée de cette mise à disposition : XXX

Avant la mise à disposition du matériel et des locaux, un état d'entrée des lieux est contradictoirement dressé entre le PTMG, l'ARS et l'entité mettant à disposition ces moyens, signé par les mêmes parties et annexé au présent contrat.

Le cas échéant, redevance mise à la charge du PTMG :

- Périodicité du versement : XXX
- Montant : XXX
- Modalités de versement : XXX

### Article 4 - Engagements des parties

Le PTMG :

Est-il conventionné ? oui  non

A quel secteur conventionnel appartient-il ? XXX

#### 4.1. Engagements du PTMG

Le PTMG ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS différentes ;

Le PTMG s'engage à exercer une activité libérale correspondant à un minimum de 165 consultations de médecine générale au tarif opposable /mois (165 actes/mois à 23 € sur 12 mois), soit à un montant minimum d'honoraires égal à 3 795 €bruts par mois, hors permanence des soins organisée ;

Le contrat prévoit les engagements individualisés du PTMG. Ces engagements peuvent porter sur :

- la permanence des soins ambulatoire dans le cadre de l'organisation régionale ;
- des actions destinées à améliorer la prescription ;
- des actions d'amélioration des pratiques ;
- des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé ;
- des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins ;
- des actions de collaboration auprès d'autres médecins...

Engagements du PTMG (description des modalités) :

1. Permanence des soins ambulatoire dans le cadre de l'organisation régionale (engagement obligatoire) ;
2. XXX
3. XXX
4. XXX

Le PTMG s'engage à respecter les tarifs opposables.

Il s'engage à adresser à l'ARS une déclaration contenant, au titre de chaque mois civil, le nombre d'actes réalisés (à tarif opposable) ainsi que les honoraires perçus sur la même période. Au cours des six premiers mois civils d'activité, cette déclaration est adressée avant le 15 du mois suivant celui au titre duquel la déclaration est effectuée. Au terme de cette période des six premiers mois d'activité, la déclaration d'activité mensuelle est adressée, trimestriellement, le 15 du mois suivant le trimestre au titre duquel la déclaration est effectuée.

Il est tenu de fournir tout complément d'information à l'ARS permettant de fixer au plus juste le montant de ce complément de rémunération.

#### **4.2. Engagements de l'agence régionale de santé**

En contrepartie des engagements définis au paragraphe 4.1, l'ARS, sous réserve de réception des documents justificatifs, verse au médecin, une rémunération complémentaire aux honoraires perçus d'un montant tel que le revenu global soit égal à un revenu brut mensuel maximum de 6 900 €.

Ce complément de rémunération est versé au médecin si son activité ne lui permet pas d'atteindre ce niveau d'honoraires. Les actes réalisés, les honoraires et rémunérations forfaitaires au titre de la permanence des soins organisée ne sont pas pris en compte pour vérifier le respect du seuil minimum d'actes, ni inclus dans les revenus servant au calcul de la rémunération complémentaire tel que définis supra.

Les autres revenus perçus au titre des aides conventionnelles, notamment au titre de l'option démographique et de la rémunération sur objectifs de santé publique ne sont pas inclus dans ce calcul.

#### **Article 5 - Modalités de versement du complément de rémunération**

Au cours des six premiers mois d'activité, la situation du médecin est examinée tous les mois, au regard des justificatifs transmis à l'ARS et le versement de la somme est effectué par l'organisme local d'assurance maladie compétent avant le 15 du mois suivant cette transmission. Au terme de cette période, la déclaration et le versement sont trimestriels. Le versement de la rémunération est également effectué avant le 15 du mois suivant la transmission des justificatifs.

La période prise en compte pour évaluer les honoraires perçus par le médecin débute le mois de la signature du présent contrat ; le cas échéant, le montant de la rémunération complémentaire est calculé au prorata de la date de signature par le médecin, une journée étant comptabilisée à hauteur d'1/30<sup>ème</sup>.

#### **Article 6 – Incapacité de travail pour cause de maladie ou de maternité**

En cas d'incapacité du praticien à assurer l'activité de soins pour cause de maladie ou de maternité, un complément de rémunération forfaitaire est versé mensuellement par l'ARS, sous réserve que les conditions suivantes soient remplies :

1. le médecin a exercé l'activité de praticien territorial de médecine générale au cours du trimestre civil précédent le mois au cours duquel débute l'arrêt de travail, attesté par constatation médicale de son incapacité à assurer son activité de soins ;
2. il a réalisé, au cours de l'un des mois du trimestre civil précédant cet arrêt de travail, le nombre minimum d'actes exigé en application de l'article 4.1.
3. la durée de l'arrêt de travail, en cas d'incapacité pour cause de maladie, est supérieure à sept jours.

Par ailleurs, la condition minimale d'actes à réaliser chaque mois mentionnée à l'article 4.1. n'est pas applicable pendant les mois au cours desquels le praticien justifie d'un arrêt de travail, attesté selon les modalités prévues au 1° ci-dessus, soit pour cause de maladie et pour une durée de plus de sept jours, soit pour cause de maternité.

##### **➤ Maladie**

A compter du mois au cours duquel intervient le huitième jour de l'arrêt de travail, le complément de rémunération est forfaitairement égal à la moitié de la différence entre les montants correspondant respectivement au plafond d'honoraires et au seuil minimal d'activité mentionnés à l'article 4 du présent contrat.

Ce montant correspond à :

- 1 552,50 €bruts lorsque le PTMG exerce 9 demi-journées par semaine ou plus ;
- 776,25 €bruts lorsque le PTMG exerce 8 demi-journées par semaine ou moins.

Il est dû chaque mois civil.

Le bénéficiaire de ce versement est limité à une période de trois mois par arrêt de travail et dès lors que l'arrêt de travail est supérieur à sept jours.

### ➤ **Maternité**

A compter du mois au cours duquel débute l'arrêt de travail, attesté par le certificat médical mentionnant la durée de l'arrêt de travail, le complément de rémunération est forfaitairement égal à la différence entre les montants correspondant respectivement au plafond d'honoraires et au seuil minimal d'activité mentionnés à l'article 4 du présent contrat.

Ce montant correspond à :

- 3 105 €bruts lorsque le PTMG exerce 9 demi-journées par semaine ou plus ;
- 1 552,50 €bruts lorsque le PTMG exerce 8 demi-journées par semaine ou moins.

Il est dû chaque mois civil, dans la limite de la période de versement de l'indemnité prévue aux articles L.613-19 et L.722-8 du code de la sécurité sociale.

➤ En cas de maladie, une lettre d'avis d'interruption de travail mentionnant la durée de l'arrêt de travail est adressée par le PTMG à l'ARS dans les 48h suivant le début de l'arrêt de travail. En cas de maternité, un certificat médical, mentionnant la durée de l'arrêt de travail, est adressé par le PTMG à l'ARS dans les 48h suivant le début de l'arrêt de travail.

➤ Reprise de l'activité de PTMG

Lors de la reprise d'activité, les modalités de calcul prévues à l'article 4 s'appliquent dès le mois suivant celui au cours duquel prend fin l'arrêt de travail.

### **Article 7- Remplacement**

Lorsque le praticien territorial de médecine générale se fait remplacer, il n'est pas tenu compte, pour le calcul du complément de rémunération, des honoraires résultant de l'activité de son remplaçant.

### **Article 8 - Activité inférieure ou égale à 8 demi-journées hebdomadaires**

Lorsque l'activité de praticien territorial de médecine générale est égale ou inférieure à 8 demi-journées par semaine, les montants correspondant au plafond et au seuil minimal d'activité sont divisés par deux pour le calcul du complément de rémunération.

### **Article 9 - Modalités de suivi du contrat**

Des contrôles peuvent être effectués par l'ARS. Elle peut demander au médecin des justificatifs afin de vérifier ses déclarations.

### **Article 10 - Résiliation du contrat**

#### **10.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du PTMG**

Le médecin peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat, ce qui remet en cause son droit au versement du complément de rémunération prévu à l'article 4 du présent contrat. Sous réserve de l'observation d'un préavis de 2 mois, cette rupture prend effet à la date de réception par l'ARS de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette rupture.

#### **10.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de l'agence régionale de santé**

Lorsque le médecin contractant ne respecte pas les dispositions du présent contrat, l'ARS l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception des faits qui lui sont reprochés.

Le médecin dispose d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, l'agence peut notifier au praticien la fin de son adhésion au contrat et la mesure encourue est le non-paiement du complément de rémunération défini à l'article 4 du présent contrat.

**10.3.** Lorsque, du fait du médecin, les conditions d'exercice requises pour prétendre au versement du complément de rémunération prévu à l'article 4 du présent contrat ne sont plus réunies, le contrat est résilié sans préavis.

#### **10.4. Changements substantiels**

En cas de modification législative, réglementaire ou conventionnelle entraînant un changement substantiel dans les clauses du présent contrat, celui-ci peut être résilié à tout moment à la demande du praticien, sans préavis.

**10.5.** L'ARS informe sous 8 jours l'organisme local d'assurance maladie compétent de la date de rupture du contrat, en transmettant, le cas échéant, une copie de la lettre recommandée avec accusé de réception dont elle a été destinataire.

L'ARS peut procéder, le cas échéant, à la récupération des sommes indûment versées.

#### **Article 11 - Durée du contrat**

Le contrat est conclu sous la condition suspensive que le PTMG s'installe selon les conditions des articles 2, 3 et 4 du présent contrat.

Il prendra effet pour **une durée d'un an à compter du XXXX**. Il peut être prolongé pour une durée au maximum égale à un an par tacite reconduction.

La signature du présent contrat ne peut avoir pour conséquence que le médecin conclue des contrats de PTMG pour une durée totale supérieure à deux ans.

Fait à **XXX** en trois exemplaires, le **xxx**

Le directeur général  
de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Michel LAFORCADE

Le Praticien spécialisé en médecine générale,

Docteur **XXXXX**

## DÉCLARATION D'ACTIVITÉ (PTMG)

Nom Prénom	
N° d'identification RPPS	

### 1) Activité

Mois		Année	2	0		
------	--	-------	---	---	--	--

Activité	Nombre d'actes	Honoraires perçus <sup>1</sup>
Nombre de consultations ou de visites		

### 2) Arrêts de travail éventuels

Arrêts de travail <sup>2</sup>	Maladie	Maternité
Période(s)	du ..... au .....	du ..... au .....
	du ..... au .....	du ..... au .....
	du ..... au .....	du ..... au .....

### 3) Participation à la permanence des soins ambulatoires

Nombre de gardes ou astreintes effectuées au cours du mois :	
Préciser si participation à la régulation médicale des appels :	

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des données fournies.

Fait à ..... le .....

**Signature** et **cachet** du médecin

<p align="center"><b>Déclaration à retourner par courriel :</b></p> <p align="center"><a href="mailto:ars-na-dosa-qfps-sap@ars.sante.fr">ars-na-dosa-qfps-sap@ars.sante.fr</a></p> <p align="center"><b>Ou à l'adresse suivante :</b></p> <p align="center">ARS Nouvelle-Aquitaine - Site de Poitiers Pôle Gestion et Formation des Professionnels de Santé A l'attention de Mme WEBER Elodie 4 rue Micheline Ostermeyer BP 20 570 86021 Poitiers Cedex</p>
---

<sup>1</sup> Hors revenus résultant de la permanence des soins et hors revenus résultant des honoraires d'un remplaçant.

<sup>2</sup> Uniquement les arrêts supérieurs à 7 jours. Voir modalités à l'article 6 de votre contrat.

## C. Lignes directrices COREQ

<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>	
Caractéristiques personnelles	
1.Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ? Le thésard
2.Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Interne en médecine générale
3.Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ? Remplaçant en médecine générale
4.Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? Homme
5.Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? Aucune expérience antérieure, autoformation par lecture de sources sur l'entretien semi-dirigé
Relations avec les participants	
6.Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? Aucun lien
7.Connaissances des participants au sujet du chercheur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Interne en médecine générale réalisant sa thèse sur le PTMG
8.Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Interne en médecine générale réalisant sa thèse sur le PTMG
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>	
Cadre théorique	
9.Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Entretien individuel semi-dirigé suivi d'une analyse thématique de contenu
Sélection des participants	
10.Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Effet boule de neige
11.Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Téléphone et courriel

12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? 10 participants
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? Un refus et une absence de réponse après relances
Contexte	
14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Lieu choisi par le participant (domicile et cabinet médical)
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? Non
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Voir tableau 1 et tableau 2
Recueil des données	
17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? Guide élaboré par le thésard et le directeur en amont du 1 <sup>er</sup> entretien puis remanié après le 1 <sup>er</sup> et le 4 <sup>ème</sup> entretien.
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? Enregistrement audio par deux dictaphones après accord verbal du participant
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ? Pendant l'entretien individuel pour le premier puis à la fin des autres entretiens pour éviter d'altérer la qualité d'écoute
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ? 14 minutes pour le plus court à 32 minutes pour le plus long
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? Saturation pour l'objectif principal atteinte au 7 <sup>ème</sup> entretien. Réalisation de 3 entretiens supplémentaires ne permettant pas d'atteindre la saturation pour l'objectif secondaire. Arrêt des entretiens pour des difficultés de recrutement.

23.Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Non
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>	
Analyse des données	
24.Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ? 2 personnes pour les entretiens 1 à 3 puis 1 personne du 4 <sup>ème</sup> au 10 <sup>ème</sup>
25.Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? Oui dans les résultats
26.Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? Identifiés à l'avance dans le guide d'entretien
27.Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? Aucun, codage manuel
28.Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? Non
Rédaction	
29.Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Citations identifiés et utilisées pour illustrer les thèmes
30.Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui
31.Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui
32.Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Oui



## D. Guide d'entretien

### D.1 Première version

Bonjour et merci de me recevoir aujourd'hui.

Je tiens à préciser qu'il s'agit d'un entretien enregistré mais anonyme.

Ma thèse aborde le contrat de Praticien territorial de médecine générale (PTMG).

#### **Caractéristiques socio-démographiques :**

Sexe :

Âge :

Situation familiale (célibataire/couple/marié/autre ?) :

Des enfants :

Année de thèse :

Date d'installation :

Milieu d'exercice (Urbain/semi-urbain/rural) :

Situation actuelle au sein du cabinet (associé, collaborateur, autre ?) :

Conditions d'exercice (secrétariat physique/téléphonique ? Consultations libres/sur rdv ? Horaires de travail ?) :

Distance entre domicile et lieu d'exercice :

#### **Connaissance de votre parcours :**

Pendant vos études, comment imaginiez-vous votre avenir ?

*-Quelles ont été les freins ?*

*-Vos choix de stage et/ou de lieux ont-ils été déterminants ?*

*-Avez-vous effectué des remplacements ?*

*-Avez-vous des regrets ?*

#### **Conditions d'installation :**

Pouvez-vous me raconter votre installation ?

*-Avez-vous hésité avec le salariat ?*

*-Pourquoi n'avez-vous pas continué à effectuer des remplacements ?*

*-Avez-vous rencontré des obstacles ?*

*-Que retenez-vous au final ?*

**Concernant le contrat de PTMG :**

Comment avez-vous connu le contrat de PTMG ?

*-Pensez-vous avoir bien été renseigné ?*

*-Avez-vous hésité à le signer et pourquoi ?*

Quelles étaient les motivations à signer le contrat de PTMG ?

*-Si vous deviez en donner une seule quelle serait-elle ?*

*-Pensez-vous renouveler votre contrat ? / Pourquoi avez-vous renouvelé votre contrat?*

*-Connaissez-vous les principaux avantages du contrat et avez-vous pu en bénéficier ?*

Quelle importance a eu le PTMG sur votre choix d'installation ?

*-Auriez-vous pu vous y installer sans l'existence du contrat ?*

Connaissez-vous l'avantage supplémentaire maternité dont bénéficie tous les médecins généralistes installés depuis 2017 ?

*-Savez-vous qu'il est impossible de le cumuler avec la protection maternité du PTMG ?*

*-Si oui depuis quand le saviez-vous ? Avant ou après la signature du contrat ?*

*-Qu'en pensez-vous ?*

*-Cela aurait-il pu avoir une influence sur la signature du contrat dans votre cas ?*

Avez-vous des suggestions à proposer pour en améliorer l'attractivité ?

Conseilleriez-vous le contrat à un confrère ?

*-Pourquoi ?*

## D.2 Troisième et dernière version

Bonjour et merci de me recevoir aujourd'hui.

Il s'agit d'un entretien enregistré qui sera anonymisé lors de la retranscription.

Le thème de ma thèse porte sur le contrat de Praticien territorial de médecine générale (PTMG).

### **Caractéristiques socio-démographiques :**

Sexe :

Âge :

Situation familiale (célibataire/couple/marié/autre ?) :

Des enfants :

Année de thèse :

Date d'installation :

Milieu d'exercice (Urbain/semi-urbain/rural) :

Statut actuel au sein du cabinet (associé, collaborateur, autre ?) :

Conditions d'exercice (secrétariat physique/téléphonique ? Consultations libres/sur rdv ? Nombre de demi-journées par semaine ?) :

Distance entre domicile et lieu d'exercice :

### **Conditions d'installation :**

\*Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulée votre **installation** ?

*-Avez-vous hésité avec le **salarial** ?*

*-Avez-vous effectué des **remplacements** ?*

*-Qu'elle(s) **raison(s)** vous ont poussé à vous installer ?*

*-Avez-vous rencontré des **obstacles** ?*

*-Que retenez-vous **au final** de votre installation ?*

### **Concernant le contrat de PTMG :**

\*Comment avez-vous **connu** le contrat de PTMG ?

*-Pensez-vous avoir **bien été renseigné** ?*

*-Avez-vous **hésité** à le signer et pourquoi ?*

*-Pouvez-vous me citer les **principaux avantages** du contrat et avez-vous pu en **bénéficier** ?*

*-Quels **engagements** avez-vous en contrepartie auprès de l'ARS ?*

*-Bénéficiez-vous d'**autres aides** ?*

\*Quelles étaient vos **motivations** à signer le contrat de PTMG ?

*-Si vous deviez en donner **une seule** quelle serait-elle ?*

*-Pensez-vous **renouveler** votre contrat et pourquoi ? / Pourquoi avez-vous renouvelé votre contrat ?*

**\*Quelle importance à eu le PTMG sur votre choix d'installation ?**

*-Auriez-vous pu vous y installer **sans l'existence** du contrat ?*

*-Qu'elles sont les raisons qui vous ont amené à vous installer ici ?*

**\*Connaissez-vous l'avantage supplémentaire maternité dont bénéficie tous les médecins généralistes installés depuis 2017 ?**

*-Savez-vous qu'il **est impossible de le cumuler** avec la protection maternité du PTMG?*

*-Si oui depuis **quand le savez-vous** ? Avant ou après la signature du contrat ?*

*-Que **pensez-vous** du non-cumul ?*

*-Cela aurait-il pu avoir une **influence** sur la signature du contrat dans votre cas et pourquoi ?*

**\*Avez-vous des suggestions à proposer pour en améliorer l'attractivité ?**

**\*Conseilleriez-vous le contrat à un confrère et pourquoi ?**

## E. Fiche de registre

### REGISTRE DES ACTIVITÉS DE TRAITEMENT DE

Cliquez ici. Nom de l'organisme

<b>Coordonnées du responsable de l'organisme</b> <i>(responsable de traitement ou son représentant si le responsable est situé en dehors de l'UE)</i>	Nom : <b>GADARE</b> Prénom : Cliquez ici. <b>Philippe</b> Adresse : <input type="text"/> CP : <input type="text"/> Ville : Cliquez ici. <b>BORDEAUX</b> Téléphone : Cliquez ici. Adresse de messagerie : Cliquez ici. <input type="text"/>
	Nom : Cliquez ici. Prénom : Cliquez ici. Société (si DPO externe) : Cliquez ici. Adresse : Cliquez ici. CP : Cliquez ici. Ville : Cliquez ici. Téléphone : Cliquez ici. Adresse de messagerie : Cliquez ici.

### Activités de l'organisme impliquant le traitement de données personnelles

Listez ici les activités pour lesquelles vous traitez des données personnelles.

Activités	Désignation des activités
Activité 1	Cliquez ici. ex. Gestion de la paie <i>Recueil de données dans le cadre d'une thèse qualitative de médecine générale par entretiens avec médecins généralistes</i>
Activité 2	Cliquez ici. ex. Gestion des prospects
Activité 3	Cliquez ici. ex. Gestion des fournisseurs
Activité 4	Cliquez ici. ex. Vente en ligne
Activité 5	Cliquez ici. ex. Sécurisation des locaux
Activité 6	Cliquez ici.
Activité 7	Cliquez ici.
Activité 8	Cliquez ici.

**Vous devrez créer et tenir à jour une fiche de registre par activité.**

Le modèle de fiche de registre est disponible sur la page suivante, copier / coller autant de fois la sélection qu'il y a d'activité listée.

----> Début de section à copier pour chaque activité listée en page 2 <----

## FICHE DE REGISTRE DE L'ACTIVITÉ

Cliquez ici. Nom de l'activité

(Créer cette fiche pour chaque activité listée en page 2)

Date de création de la fiche	Cliquez ici pour entrer une date. 06/06/2019
Date de dernière mise à jour de la fiche	Cliquez ici pour entrer une date.
Nom du responsable conjoint du traitement (dans le cas où la responsabilité de ce traitement de donnée est partagée avec un autre organisme)	Cliquez ici.
Nom du logiciel ou de l'application (si pertinent)	Cliquez ici.

### Objectifs poursuivis

Décrivez clairement l'objet du traitement de données personnelles et ses fonctionnalités.

Exemple : pour une activité « formation des personnels » : suivi des demandes de formation et des périodes de formation effectuées, organisation des sessions et évaluation des connaissances.

Cliquez ici.

obtenir les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

### Catégories de personnes concernées

Listez les différents types de personnes dont vous collectez ou utilisez les données.

Exemples : salariés, usagers, clients, prospects, bénéficiaires, etc.

1. Cliquez ici. Médecins généralistes
2. Cliquez ici.
3. Cliquez ici.
4. Cliquez ici.

### Catégories de données collectées

Cochez et listez les différentes données traitées

État-civil, identité, données d'identification, images (ex. nom, prénom, adresse, photographie, date et lieu de naissance, etc.)

Cliquez ici.

Sexe, Âge

Vie personnelle (ex. habitudes de vie, situation familiale, etc.)

Cliquez ici.

Situation familiale, des enfants,

Vie professionnelle (ex. CV, situation professionnelle, scolarité, formation, distinctions, diplômes, etc.)

Cliquez ici.

Année de mise date d'installation, situation actuelle au sein du cabinet, conditions d'exercice

Informations d'ordre économique et financier (ex. revenus, situation financière, données bancaires, etc.)

Cliquez ici.

Données de connexion (ex. adresses Ip, logs, identifiants des terminaux, identifiants de connexion, informations d'horodatage, etc.)  
Cliquez ici.

Données de localisation (ex. déplacements, données GPS, GSM, ...)  
Cliquez ici.

Distance entre domicile et lieu d'exercice  
lieu d'exercice

Internet (ex. cookies, traceurs, données de navigation, mesures d'audience, ...)  
Cliquez ici.

Autres catégories de données (précisez) :  
Cliquez ici.

### Des données sensibles sont-elles traitées ?

La collecte de certaines données, particulièrement sensibles, est strictement encadrée par le RGPD et requiert une vigilance particulière. Il s'agit des données révélant l'origine prétendument raciale ou ethnique, les opinions politiques, les convictions religieuses ou philosophiques ou l'appartenance syndicale des personnes, des données génétiques et biométriques, des données concernant la santé, la vie sexuelle ou l'orientation sexuelle des personnes, des données relatives aux condamnations pénales ou aux infractions, ainsi que du numéro d'identification national unique (NIR ou numéro de sécurité sociale).

Oui  Non

Si oui, lesquelles ? :  
Cliquez ici.

### Durées de conservation des catégories de données

#### Combien de temps conservez-vous ces informations ?

Cliquez ici. Jours, Cliquez ici. Mois, Cliquez ici. Ans, Autre durée : Cliquez ici.

Si vous ne pouvez pas indiquer une durée chiffrée, précisez les critères utilisés pour déterminer le délai d'effacement (par exemple, 3 ans à compter de la fin de la relation contractuelle).

Cliquez ici. un an à compter de la date de résiliation de l'acte

Si les catégories de données ne sont pas soumises aux mêmes durées de conservation, ces différentes durées doivent apparaître dans le registre.

### Catégories de destinataires des données

#### Destinataires internes $\phi$

(Exemples : entité ou service, catégories de personnes habilitées, direction informatique, etc.)

1. Cliquez ici.  
3. Cliquez ici.

2. Cliquez ici.  
4. Cliquez ici.

#### Organismes externes $\phi$

(Exemples : filiales, partenaires, etc.)

1. Cliquez ici.  
3. Cliquez ici.

2. Cliquez ici.  
4. Cliquez ici.

## Sous-traitants $\phi$

(Exemples : hébergeurs, prestataires et maintenance informatiques, etc.)

1. Cliquez ici.
3. Cliquez ici.

2. Cliquez ici.
4. Cliquez ici.

## Transferts des données hors UE

Des données personnelles sont-elles transmises hors de l'Union européenne ?

- Oui  Non

Si oui, vers quel(s) pays :

Cliquez ici.

Dans des situations particulières (transfert vers un pays tiers non couvert par une décision d'adéquation de la Commission européenne, et sans les garanties mentionnées aux articles 46 et 47 du RGPD), des garanties spécifiques devront être prévues et documentées dans le registre (article 49 du RGPD). Consultez le site de la CNIL.

## Mesures de sécurité

Cochez et décrivez les mesures de sécurité organisationnelles et techniques prévues pour préserver la confidentialité des données.

Le niveau de sécurité doit être adapté aux risques soulevés par le traitement. Les exemples suivants constituent des garanties de base à prévoir et peuvent devoir être complétés.

- Contrôle d'accès des utilisateurs

Décrivez les mesures : ordinateur personnel avec mot de passe d'utilisation

Cliquez ici.

- Mesures de traçabilité

Précisez la nature des traces (exemple : journalisation des accès des utilisateurs), les données enregistrées (exemple : identifiant, date et heure de connexion, etc.) et leur durée de conservation :

Cliquez ici.

- Mesures de protection des logiciels (antivirus, mises à jour et correctifs de sécurité, tests, etc.)

Décrivez les mesures : Antivirus

Cliquez ici.

- Sauvegarde des données

Décrivez les modalités : disque dur de l'ordinateur

Cliquez ici.

- Chiffrement des données

Décrivez les mesures (exemple : site accessible en https, utilisation de TLS, etc.) :

Cliquez ici.



Contrôle des sous-traitants

Décrivez les modalités :

Cliquez ici.

Autres mesures :

Cliquez ici.

----> Fin de section à copier pour chaque activité listée en page 2 <----

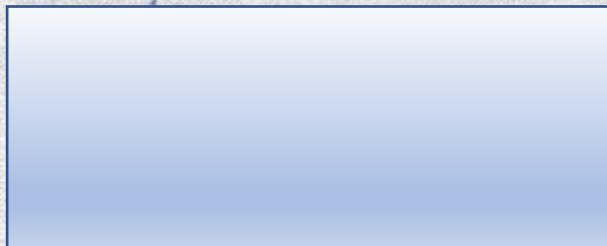
Je certifie l'exactitude des informations portées  
sur cette fiche et m'engage à signaler  
toutes les modifications à [dpo@u-bordeaux.fr](mailto:dpo@u-bordeaux.fr)

A Pessac le 30/12/2019

Dr DAHLEN Laurence

CCU - I7G

Université de Bordeaux



## SERMENT MÉDICAL

---

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

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

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

# RÉSUMÉ - ABSTRACT

---

**Introduction:** Le contrat de PTMG a été créé en 2013 pour favoriser l'installation des médecins généralistes en zones sous-dotées. Les motivations à sa signature étaient une sécurité financière et une protection maternité. Or en 2017 entré en vigueur l'avantage supplémentaire maternité (ASM) pour tout médecin installé sans possibilité de cumul avec la protection maternité du contrat. Les motivations des signataires ont-elles changé depuis ?

**Objectif:** Recueillir les motivations des médecins généralistes installés en Nouvelle-Aquitaine ayant signé un contrat de PTMG depuis 2017. Explorer la connaissance des signataires sur le non-cumul de la protection sociale maternité incluse dans le contrat et l'ASM. Restituer leurs éventuelles propositions d'amélioration du contrat.

**Méthode :** Une étude qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés avec codage axial puis analyse thématique de contenu dans une approche analytique inductive.

**Résultats:** Dix entretiens ont été réalisés entre le 20 juin et le 24 septembre 2019. Les signataires du contrat de PTMG connaissaient globalement bien les avantages liés au contrat. Les déterminants à la signature du contrat étaient le peu de contraintes, pour une garantie de revenu et une protection sociale améliorée. Ces avantages perçus étaient à l'origine d'un sentiment accru de sécurité à l'installation. Les signataires connaissaient mal l'ASM, et seuls deux savaient qu'il était impossible de le cumuler avec la protection maternité du contrat. Augmenter le complément maternité ou encore allouer un budget à l'achat de matériel faisaient partie des suggestions d'amélioration.

**Conclusion:** Les motivations des signataires restent sensiblement identiques, mais la protection maternité du contrat de PTMG rendue obsolète par la mise en place de l'ASM tend à diminuer l'attractivité du contrat dont le nombre de signataires baisse depuis 2017. Une refonte du contrat est indispensable.

Discipline : Médecine générale

Mots clés : médecine générale, contrats, zone médicalement sous-équipée, soutien financier, congé parental

Adresse de l'U.F.R. des sciences médicales : 146 rue Léo Saignat Espace Santé 33076 Bordeaux Cedex

**Title:** Motivations of the general practitioners to sign a general medicine territorial practitioner (GMTP) contract in Nouvelle-Aquitaine between 2017 and 2019

**Introduction:** The GMTP contract was created in 2013 to encourage the set-up of general practitioner in poorly endowed regions. The main drivers of its signature were the financial security and the maternity allowance that it provided. However, in 2017, the supplementary maternity advantage (SMA) came into effect for every settled physician, without the possibility of overlapping them up. Did the signatories' motives change since?

**Aim:** The main purpose of the study was to collect the motivations of the general practitioners working in Nouvelle-Aquitaine who signed the contract since 2017. Secondly, we explored the signatories' knowledge of the non-possibility to cumulate the maternity allowance provided by the contract with the SMA. Finally, we reported the potential propositions of improvements of the contract they suggested.

**Method:** A qualitative study was conducted by semi-directed interviews with axial coding then thematic content analysis in an inductive analytic approach.

**Results:** Ten interviews were conducted between June 20<sup>TH</sup> and September 24<sup>TH</sup> 2019. The GMTP contract signatories were globally aware of the advantages of the contract. The main drivers for its signature were the few restrictions for a guaranteed income and an improved social protection. The perceived benefits provided a sense of security at the installation. The signatories didn't know well the SMA and only two of them knew that it was impossible to cumulate it with the maternity allowance of the contract. Increasing the maternity supplement or even allocating a budget to purchase the hardware were some of the improvements suggestions.

**Conclusion:** The signatories' motives were notably similar, but the maternity protection of the GMTP contract made obsolete by the implementation of the SMA tend to lower the attractiveness of the contract which signatories' number decreased since 2017. A revision of the contract seems indispensable.

Keywords: general practice, contracts, medically underserved area, financial support, parental leave