

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 14 septembre 2018

par

Claire Laforêt

née le 29 septembre 1988, à Châteauroux

**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

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BUCHON Daniel

Président

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie

Juge

M. le Docteur TCHALLA Achille

Juge

Mme le Docteur RUDELLE Karen

Juge

Mme le Docteur LAUCHET Nadège

Membre invité



Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 14 septembre 2018

par

Claire Laforêt

née le 29 septembre 1988, à Châteauroux

**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

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur BUCHON Daniel

Président

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie

Juge

M. le Docteur TCHALLA Achille

Juge

Mme le Docteur RUDELLE Karen

Juge

Mme le Docteur LAUCHET Nadège

Membre invité

Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENERELOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE

MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET
STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

DURAND Karine BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre NUTRITION

LE GUYADER Alexandre CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

LAUCHET Nadège

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

BONNAUD François du 01.09.2017 au 31.08.2019

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2017 au 31.08.2019

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel du 01.09.2017 au 31.08.2019

DENIS François du 01.09.2017 au 31.08.2019

GAINANT Alain du 01.09.2017 au 31.08.2019

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2018

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2018

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1er janvier 2018

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE
CHAMPIGNY Marie -Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION



CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
JASMIN Michèle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE
LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE



RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin CHIRURGIE INFANTILE

CROS Jérôme ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

LERAT Justine O.R.L.

MATHIEU Pierre-Alain CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE

Je dédie cette thèse :

A Benjamin, l'homme qui partage ma vie. Merci de m'avoir aidé à traduire mon résumé en anglais, mais aussi d'être toujours là dans les bons comme dans les mauvais moments. Ta présence à mes côtés est indispensable et précieuse. Surtout, reste comme tu es.

A Anna, ma fille adorée. Tu resteras toujours ma priorité. Merci d'avoir fait preuve d'une telle patience durant la rédaction de ce travail et d'avoir rapidement fait tes nuits...

A mes parents pour qui j'ai un profond respect. Ils m'ont toujours soutenu tout au long de ces études. Merci de m'avoir porté autant d'amour malgré mon sale caractère. Je suis si reconnaissante de tout ce que vous avez fait pour moi.

A Adrien, mon grand frère. Tu es celui qui m'a aidé à grandir. Même si on ne se voit pas souvent, mes pensées vont souvent vers toi, ta femme et tes enfants. Merci pour ta bienveillance à mon égard.

A mes grands parents, papi Jules et mamie Odette, toujours fiers du parcours de leurs petits enfants. A Pépé Fernand et mémé Lucie qui me manquent énormément et que j'aimais tant.

A mes cousins, oncles et tantes avec qui j'ai partagé une partie de mon enfance et qui comptent beaucoup pour moi.

A mes beaux-parents, toujours de bons conseils et d'un optimisme exemplaire.

A Stéphanie et à Héloïse, mes deux plus vieilles et fidèles amies qui partagent mes (mes)aventures et mes petits secrets depuis déjà 23 ans. Malgré la distance, nos amitiés ne s'évaporent pas, je vous adore.

A Alice, ma copine de FAC avec qui j'ai partagé de supers moments durant ces dix dernières années et à son compagnon, **Paul-Antoine** qui m'a aidé à réaliser mes statistiques.

A Marine, Mathilde, Simon, Marie-Anna, Benjamin, Julie pour votre amitié.



Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver
Pierre Dac

Remerciements

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur BUCHON

Professeur des Universités de Médecine Générale

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et d'être le président de ce jury.

Vos conseils avisés, votre réactivité et la confiance que vous m'avez accordée, m'ont été d'une aide précieuse dans la réalisation de ce projet.

Je vous exprime ici ma plus haute considération.

A Madame le professeur DUMOITIER

Professeur des Universités de Médecine Générale

J'ai l'honneur de vous compter parmi mon jury de thèse.

Je souhaite vous exprimer mon profond respect et toute ma reconnaissance.

A Monsieur Achille TCHALLA

Maître de conférences associé des universités-Praticien hospitalier

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nadège LAUCHET

Maître de conférences associé de Médecine Générale-Docteur en Médecine Générale

Tu as accepté spontanément de faire partie de ce jury.

Je te remercie pour ton dynamisme, ton accompagnement ces trois dernières années ainsi que pour m'avoir aidé à élaborer mon projet de thèse.

Sois assurée de ma profonde estime.

A Madame le Docteur Karen Rudelle

Chef de clinique de Médecine Générale-Docteur en Médecine Générale

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Ta disponibilité, ton soutien et tes explications diverses et variées m'ont été d'une grande aide.

Sois assurée de ma profonde gratitude.



A l'URPS de la Nouvelle-Aquitaine,

Merci d'avoir permis la diffusion de mon questionnaire.

Veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

Au CDOM de la Haute-Vienne,

Merci pour votre aide et votre disponibilité.

Soyez assuré de mon profond respect.

A l'ARS du Limousin,

En particulier à Madame PERRACHON

Merci pour vos précieuses informations et votre réactivité.

Je souhaite vous exprimer ma profonde gratitude.

Au GJIREL,

En particulier à Cyril MOESCH

Merci d'avoir participé à la diffusion de mon questionnaire.

Je vous exprime ici toute ma reconnaissance.

A toutes les équipes médicales, paramédicales hospitalières et maîtres de stage de Médecine Générale,

Merci pour m'avoir aussi bien encadré et m'avoir donné un peu plus de confiance en moi.

Vous m'avez conforté dans mes choix professionnels et je vous en suis très reconnaissante.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction.....	24
I. Généralités	25
I.1. Démographie médicale en 2017.....	25
I.1.1. Démographie médicale en France.....	25
I.1.1.1. Diminution des médecins en activité régulière et de l'activité libérale.....	25
I.1.1.2. Vieillesse des médecins inscrits au tableau et féminisation de l'exercice	28
I.1.1.3. Devenir des médecins remplaçants.....	30
I.1.1.4. Inégalités territoriales	31
I.1.2. Démographie médicale en Limousin	32
I.2. Mesures incitatives.....	37
I.2.1. Mesures incitatives financières	37
I.2.1.1. Aides de l'assurance maladie.....	37
I.2.1.2. Praticiens territoriaux	38
I.2.1.3. Contrat d'Engagement de Service Public (CESP).....	39
I.2.1.4. Aides fiscales	39
I.2.1.5. Aides des collectivités territoriales.....	40
I.2.2. Mesures incitatives non financières	40
I.2.2.1. Création de MSP	40
I.2.2.2. Développement de la Télémédecine	44
I.2.2.3. Systèmes d'information	44
I.3. Zonages	45
II. Matériel et méthode.....	50
II.1. Description du questionnaire.....	50
II.2. Population cible.....	50
II.3. Analyse statistique.....	51
III. Résultats.....	52
III.1. Taux de participation.....	52
III.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	52
III.2.1. Sexe.....	52
III.2.2. Age	55
III.2.3. Situation conjugale.....	57
III.2.4. Enfants à charge.....	59
III.2.5. Formation initiale.....	61
III.2.6. Origine géographique.....	62
III.2.7. Situation professionnelle.....	63
III.2.8. Mode d'exercice préféré	65
III.2.9. Information sur les aides possibles à l'installation en zones sous dotées.....	67
III.3. Connaissances et évaluation des MSP.....	69
III.3.1. MSP	69
III.3.2. Nouveaux modes de rémunération (NMR)	77
III.4. Évaluation des différentes autres mesures incitatives.....	81
III.4.1. Télémédecine	81
III.4.2. Mesures incitatives financières.....	83
III.4.3. Augmentation du Numerus Clausus.....	85
III.5. Impact de l'aménagement du territoire et de l'organisation de la permanence des soins.....	86
III.5.1. Impact de la proximité des services publics et des commerces.....	86
III.5.2. Impact de la proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux	88
III.5.3. Impact de l'organisation de la permanence des soins.....	90
III.6. Solutions pouvant favoriser l'installation dans les zones sous dotées : question	



ouverte	94
IV. Discussion.....	96
IV.1. Analyse de la méthode	96
IV.1.1. Type d'étude	96
IV.1.2. Biais de l'étude.....	96
IV.1.3. Échantillonnage.....	97
IV.2. Analyse des résultats.....	98
IV.2.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.....	98
IV.2.1.1. Age et sexe de l'échantillon.....	98
IV.2.1.2. Situation familiale.....	99
IV.2.1.3. Formation initiale.....	100
IV.2.1.4. Origine géographique.....	100
IV.2.1.5. Mode d'exercice	101
IV.2.1.6. Information sur les aides possibles à l'installation dans les zones sous dotées.	102
IV.2.2. Connaissance et évaluation des MSP et des NMR	103
IV.2.2.1. MSP	103
IV.2.2.2. NMR.....	104
IV.2.3. Évaluation des différentes autres mesures incitatives	105
IV.2.3.1. Télémédecine	105
IV.2.3.2. Mesures incitatives financières	106
IV.2.3.3. Augmentation du Numerus Clausus.....	107
IV.2.4. Impact de l'aménagement du territoire et de l'organisation de la permanence des soins.....	108
IV.2.4.1. Impact de la proximité des services publics et des commerces.....	108
IV.2.4.2. Impact de la proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux	109
IV.2.4.3. Impact de l'organisation de la permanence des soins.....	109
IV.2.5. Solutions pouvant favoriser l'installation dans les zones sous-dotées.....	110
Conclusion.....	113
Références bibliographiques.....	115
Annexes.....	119
Serment d'Hippocrate.....	131



Table des illustrations

Illustration 1 : répartition de l'activité générale en 2017.....	25
Illustration 2 : répartition de l'activité générale en 2017.....	25
Illustration 3 : les modes d'exercice en activité régulière.....	26
Illustration 4 : Variation des effectifs des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle régionale (2010/2017).....	27
Illustration 5 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2017.....	28
Illustration 6 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2007.....	28
Illustration 7 : Pyramide des âges des médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre en 2017.....	29
Illustration 8 : Flux migratoires des médecins remplaçants et proportion de ceux qui sont restés dans leur département de première inscription.	30
Illustration 9 : Variation ds effectifs des médecins en activité régulière sur la période 2010/2017 et répartition proportionnelle du nombre d'actifs réguliers en 2017.....	31
Illustration 10 : Densité des médecins en activité régulière.....	32
Illustration 11 : Typologie socio-sanitaire des bassins de vie de Nouvelle-Aquitaine en cinq classes	33
Illustration 12 : Évolution de la démographie médicale et de la démographie générale.....	34
Illustration 13 : Densité des médecins généralistes en activité régulière.....	35
Illustration 14 : Évolution temporelle comparée de la densité médicale des médecins généralistes en activité régulière de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse	36
Illustration 15 : MSP en fonctionnement et en projet : HAUTE-VIENNE.....	41
Illustration 16 : MSP en fonctionnement et en projet : CORREZE	42
Illustration 17 : MSP en fonctionnement et en projet : CREUSE.....	43
Illustration 18 : Nouveau zonage de l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine arrêté le 04 juillet 2018	46
Illustration 19 : Ancien zonage de l'ARS du Limousin (2013) : zones fragiles.....	47
Illustration 20: Ancien zonage de l'ARS du Limousin (2013) : zones déficitaires.....	48
Illustration 21 : Répartition des répondants selon le sexe : tous médecins confondus.....	52
Illustration 22 : Répartition des répondants selon le sexe et par tranche d'âge.....	53
Illustration 23 : Répartition des répondants selon le sexe : médecins remplaçants et médecins installés.....	54
Illustration 24 : Répartition des répondants selon l'âge : tous médecins confondus.....	55
Illustration 25 : Répartition des répondants selon l'âge : médecins remplaçants et médecins installés.....	56
Illustration 26: Situation conjugale des répondants : tous médecins confondus.....	57
Illustration 27 : Situation conjugale des répondants : médecins remplaçants et médecins installés.....	58
Illustration 28 : Enfants à charge : tous médecins confondus.....	59
Illustration 29 : Enfants à charge : médecins remplaçants et médecins installés.....	60
Illustration 30 : Formation initiale des répondants.....	61
Illustration 31 : Origine géographique des répondants.....	62
Illustration 32 : Situation professionnelle des répondants : tous médecins confondus.....	63
Illustration 33 : mode d'exercice des médecins installés dans les zones sous médicalisées	64
Illustration 34 : Mode d'exercice préféré des répondants : tous médecins confondus.....	65
Illustration 35 : Mode d'exercice préféré des répondants : médecins remplaçants et médecins installés.....	66
Illustration 36 : information sur les aides possibles à l'installation en zones sous dotées : tous médecins confondus.....	67
Illustration 37 : information sur les aides possibles à l'installation en zones sous dotées : médecins remplaçants et médecins installés.....	68
Illustration 38 : connaissance de la différence entre une MSP et un groupe médical : tous	



médecins confondus.....	69
Illustration 39 : connaissance de la différence entre une MSP et un groupe médical : médecins remplaçants et médecins installés	70
Illustration 40 : Exercice au sein d'une MSP : tous médecins confondus.....	71
Illustration 41 : Exercice au sein d'une MSP : médecins remplaçants et médecins installés.....	71
Illustration 42 : Temps travaillé dans une MSP.....	72
Illustration 43 : Satisfaction des répondants ayant exercé au sein d'une MSP : tous médecins confondus.....	73
Illustration 44 : Satisfaction des répondants ayant exercé au sein d'une MSP : médecins remplaçants et médecins installés.....	74
Illustration 45 : Création des MSP pour inciter à l'installation : avis de l'ensemble des répondants.....	75
Illustration 46 : Création des MSP pour inciter à l'installation : avis des médecins remplaçants et des médecins installés.....	76
Illustration 47 : Connaissance des NMR : tous médecins confondus.....	77
Illustration 48 : Connaissance des NMR : médecins remplaçants et médecins installés.....	78
Illustration 49 : Forfaitisation de certains actes au sein des MSP : avis de l'ensemble des répondants.....	79
Illustration : Forfaitisation de certains actes : avis des médecins remplaçants et des médecins installés.....	80
Illustration : Développement de la télémédecine : avis de l'ensemble des répondants.....	81
Illustration : Développement de la télémédecine : avis des médecins remplaçants et des médecins installés	82
Illustration : Mesures incitatives financières : avis de l'ensemble des répondants.....	83
Illustration : Mesures incitatives financières : avis des médecins remplaçants et des médecins installés.....	84
Illustration : Augmentation du numerus clausus : avis de l'ensemble des répondants.....	85
Illustration : Augmentation du numerus clausus : avis des médecins remplaçants et des médecins installés.....	85
Illustration : Importance de la proximité des services publics et des commerces : avis de l'ensemble des répondants.....	86
Illustration : Importance de la proximité des services publics et des commerces : avis des médecins remplaçants et des médecins installés.....	87
Illustration : Importance de la proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux : avis de l'ensemble des répondants.....	88
Illustration : Importance de la proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux : avis des médecins remplaçants et des médecins installés.....	89
Illustration : Connaissance de l'organisation de la permanence des soins en Limousin : tout médecins confondus.....	90
Illustration : Connaissance de l'organisation de la permanence des soins en Limousin : médecins remplaçants et médecins installés.....	91
Illustration : Importance de l'organisation de la permanence des soins : avis de l'ensemble des répondants	92
Illustration : Importance de l'organisation de la permanence des soins : avis des médecins remplaçants et des médecins installés.....	93



Table des tableaux

Tableau 1 : profil des médecins généralistes en activité régulière du Limousin	37
--	----



Liste des abréviations

ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel

Indicateur APL : Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASIP santé : Agence des Systèmes d'Information Partagée de santé

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

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CFE : Cotisation Foncière des Entreprises

CGET : Commissariat Général à l'Égalité des Territoires

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNG : Centre National de Gestion

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COSCOM : Contrat de Stabilisation et de Coordination pour les Médecins

COTRAM : Contrat de Transition pour les Médecins

CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ENMR : Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération

Programme ETAPES : programme d'Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé

GJIREL : syndicat des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants en Limousin

Loi HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

NMR : Nouveaux modes de Rémunération

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PTMA : Praticien Territorial en Médecine Ambulatoire



PTMG : Praticien Territorial en Médecine Générale

PTMR : Praticien Territorial Médical de Remplacement

RA : Règlement Arbitral

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

URPS : Union régionale des Professionnels de Santé

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations familiales

ZAC : Zones d'Actions Complémentaires

ZFU : Zone Franche Urbaine

ZIP : Zones d'Intervention Prioritaire

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale



Introduction

En France, la densité des médecins en activité régulière ne cesse de diminuer alors que le nombre de médecins retraités augmente. Ainsi, les médecins généralistes en activité régulière, au nombre de 88 137 en 2017, enregistrent une baisse de 9,1% en dix ans.

La restriction du numerus clausus dans les années 1980/1990 explique en partie cette tendance. Instauré en 1971, celui-ci était de 8591 étudiants par an puis a été régulièrement diminué afin de limiter les dépenses de santé, jusqu'à atteindre le nombre de 3500 en 1992. Ce n'est qu'au début des années 2000 que le numerus clausus a été relevé pour atteindre 8124 places en 2017. Malgré cette augmentation, les médecins nouvellement diplômés ne sont actuellement pas encore assez nombreux pour compenser les départs à la retraite, favorisant l'émergence de zones sous médicalisées.

En outre, les jeunes médecins aspirent à une meilleure qualité de vie tant sur le plan professionnel que personnel. En conséquence, ils travaillent en moyenne moins d'heures que leurs aînés ou se dirigent vers une activité salariale, ce qui tend à accentuer ce phénomène.

Par ailleurs, la demande de soins est de plus en plus importante du fait du vieillissement de la population, notamment dans les zones rurales où la densité médicale est souvent plus faible qu'en ville majorant les inégalités territoriales en offre de soins.

Ainsi, 12,4% de la population fait face à une situation de faible accessibilité actuelle ou prévisible selon le ministère de la santé.

Concernant l'ex région Limousin, la densité des médecins généralistes en activité régulière reste supérieure à la moyenne française mais celle-ci enregistre une baisse constante de la densité médicale dans les 3 départements alors que sa population vieillie. Comme dans de nombreuses autres régions, la répartition des médecins y est inégale avec des zones rurales moins bien pourvues à l'Est du territoire.

Afin de lutter contre la désertification médicale, le gouvernement propose des mesures dites incitatives pour faciliter l'installation des médecins dans les zones sous-médicalisées. Il s'agit d'aides financières et d'aides non financières telles que le développement des MSP, de la télémédecine et l'augmentation du numerus clausus dans certaines régions. Mais influencent-elles réellement le choix du lieu d'installation ?

L'étude épidémiologique descriptive que nous avons menée auprès des médecins généralistes remplaçants de la région Limousin et des médecins généralistes installés dans les zones fragiles du Limousin a pour objectif principal d'évaluer la pertinence de ces mesures incitatives et leur impact sur le choix du lieu d'installation. Nous proposerons ensuite des solutions pouvant résoudre le problème d'inégalités territoriales en offre de soins.

Dans un premier temps, nous présenterons la démographie médicale en France et en Limousin en 2017. Seront décrits ensuite les différentes mesures incitatives financières et non financières mises en place par le gouvernement ainsi que les différents zonages permettant d'appliquer l'ensemble de ces mesures.



I. Généralités

I.1. Démographie médicale en 2017

I.1.1. Démographie médicale en France

I.1.1.1. Diminution des médecins en activité régulière et de l'activité libérale

En 2017, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) recense 290 974 médecins inscrits au tableau soit une hausse des effectifs de 15% en dix ans. Cependant, seulement 68% d'entre eux sont en activité régulière contre 78% en 2007. Précisons que les médecins en activité régulière sont ceux ayant un lieu habituel d'exercice. En parallèle, le CNOM constate une hausse de la proportion des médecins retraités de 11% entre 2007 et 2017. La hausse de l'effectif des médecins inscrits au tableau se fait donc au bénéfice des médecins retraités. De ce fait, les départs à la retraite ne peuvent être compensés.

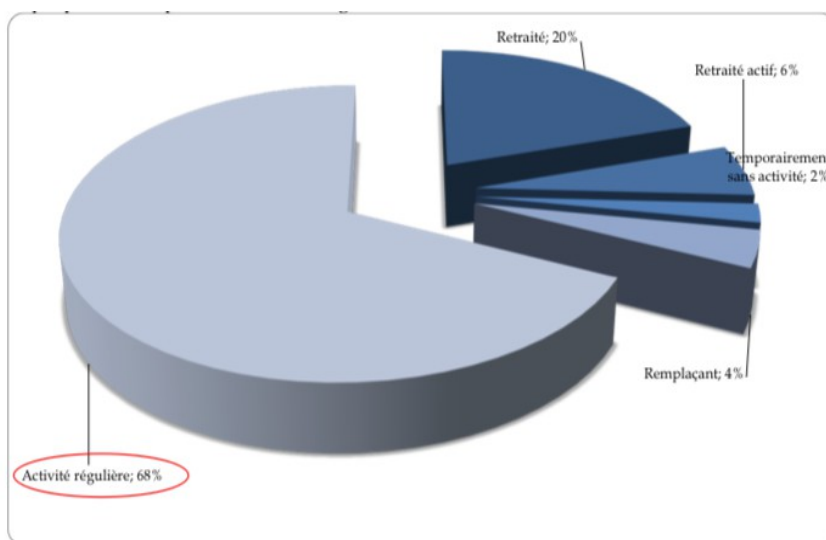


Illustration 1 : répartition de l'activité générale en 2017

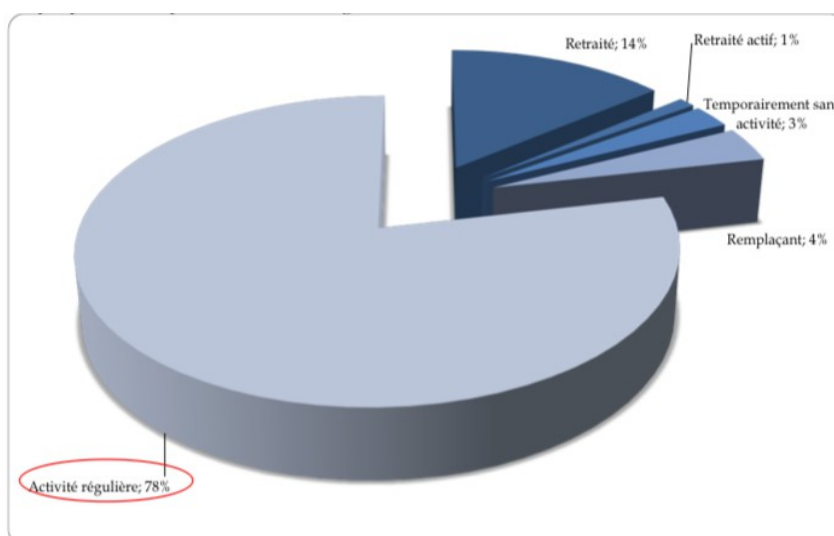


Illustration 2 : répartition de l'activité générale en 2017

En outre, l'activité libérale diminue au profit de l'activité salariale et mixte. En effet, parmi les médecins en activité régulière, 42,8% d'entre eux exercent en libéral exclusif soit 10,5% de moins qu'en 2007 alors que l'effectif des salariés a augmenté de 10,7% et représente 46,5% des médecins actifs réguliers. L'activité mixte a augmenté de 9,7% sur la période 2007/2017.

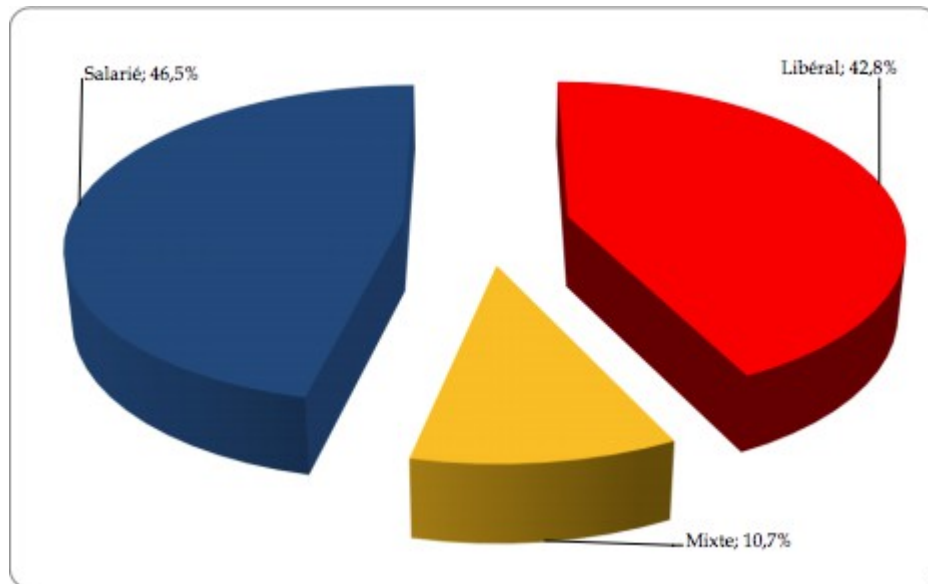


Illustration 3 : les modes d'exercice en activité régulière

Par ailleurs, le CNOM comptabilise 88 137 médecins généralistes parmi les 197 859 médecins en activité régulière, soit une baisse de 9,1% en dix ans. La densité médicale correspondante est de 129,8 médecins généralistes (tous modes d'exercice) pour 100 000 habitants alors qu'elle était de 143,2 en 2010. Selon les prévisions, cette tendance pourrait bien se poursuivre jusqu'en 2025. Ainsi toutes les régions françaises enregistrent une baisse du nombre de médecins généralistes à l'exception de la région des Pays-de-la-Loire et de l'ensemble des DOM. A noter que la Creuse est l'un des départements enregistrant la plus forte baisse de médecins généralistes en activité régulière de l'ordre de 23% en dix ans alors que la population âgée de 60 à 74 ans a augmenté de 18%.

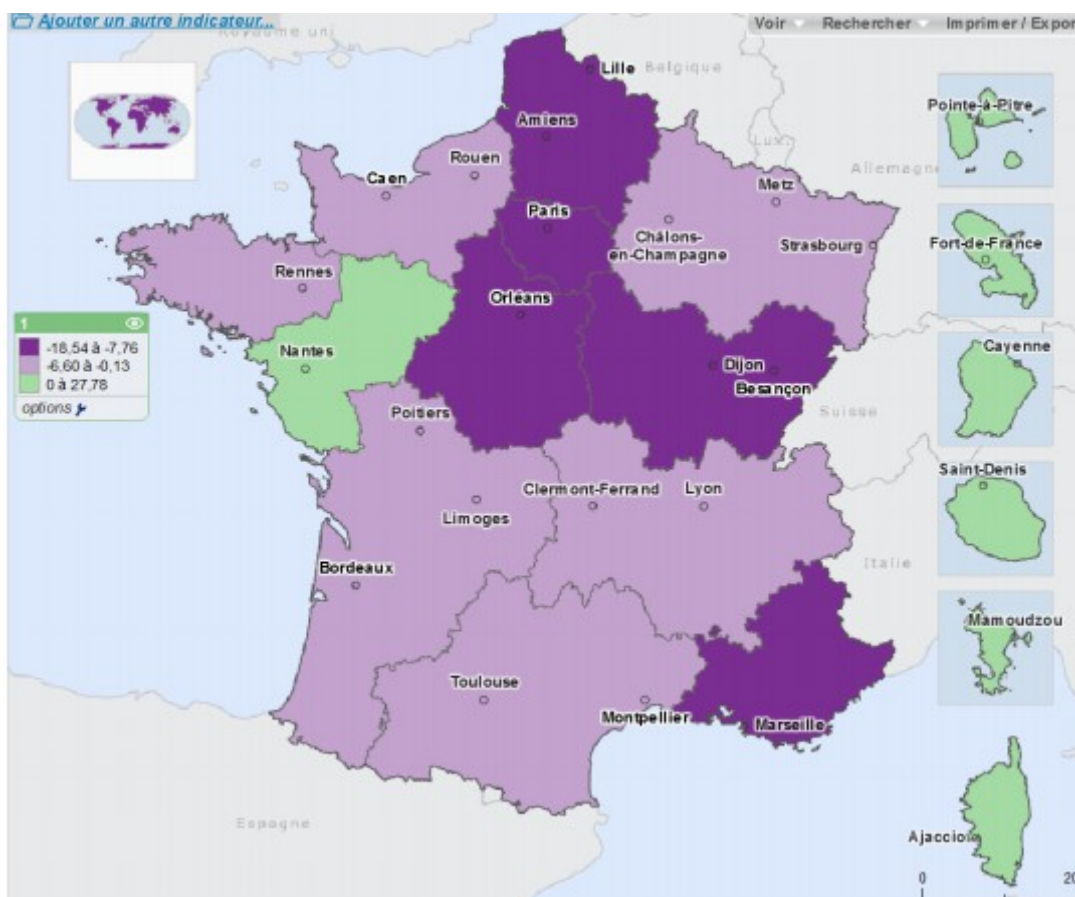


Illustration 4 : Variation des effectifs des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle régionale (2010/2017)

En 2017, 56,3% des médecins généralistes français ont une activité libérale soit 17,7% de moins qu'en 2007 ; 37% ont une activité salariée soit une augmentation de 18,3% sur la décennie et 6,6% ont une activité mixte.

Les médecins généralistes s'orientent donc de plus en plus vers une activité salariée et délaissent l'activité libérale.

I.1.1.2. Vieillesse des médecins inscrits au tableau et féminisation de l'exercice

En 2017, 47% des médecins inscrits au tableau ont plus de 60 ans soit 20% de plus qu'en 2007. Par ailleurs, l'âge moyen des médecins en activité régulière est passé de 50 ans à 51,2 ans en dix ans. Ainsi, 28% de ces derniers sont âgés de 60 ans et plus alors que seulement 20% d'entre eux ont moins de 40 ans. Le rétrécissement de la base de la pyramide des âges traduit un vieillissement marqué de la profession.

A noter que sur la même période, il est observé une légère augmentation des médecins de moins de 40 ans (de 13% à 15%), laissant présager un meilleur renouvellement de la profession.

Les femmes représentent, 42 % des médecins totaux versus 37% en 2007. 47% des médecins en activité régulière sont des femmes contre 38% en 2007. Par ailleurs, le CNOM dénombre 62% de femmes parmi les médecins âgés de moins de 40 ans. Ces chiffres démontrent clairement que la profession se féminise. Selon les prévisions, la parité hommes/femmes sera probablement atteinte en 2020.

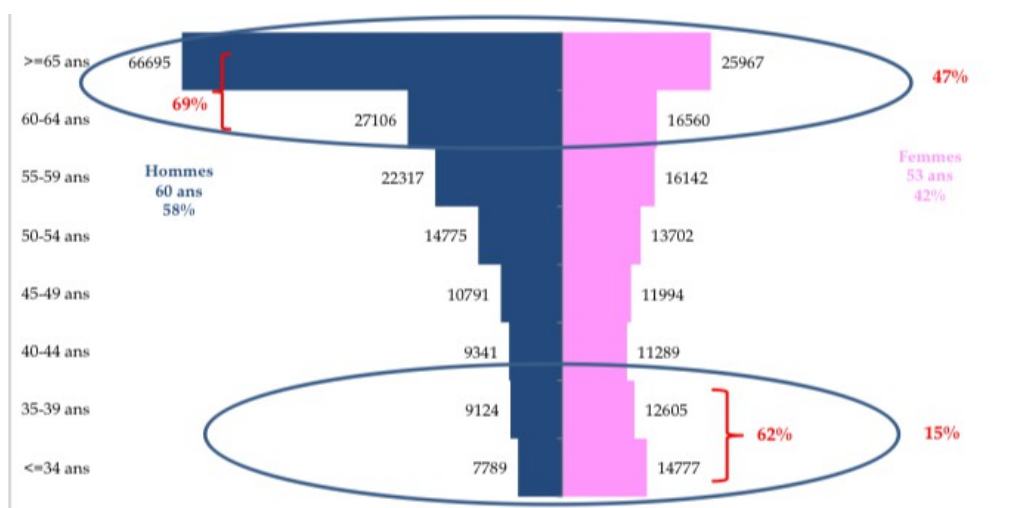


Illustration 5 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2017

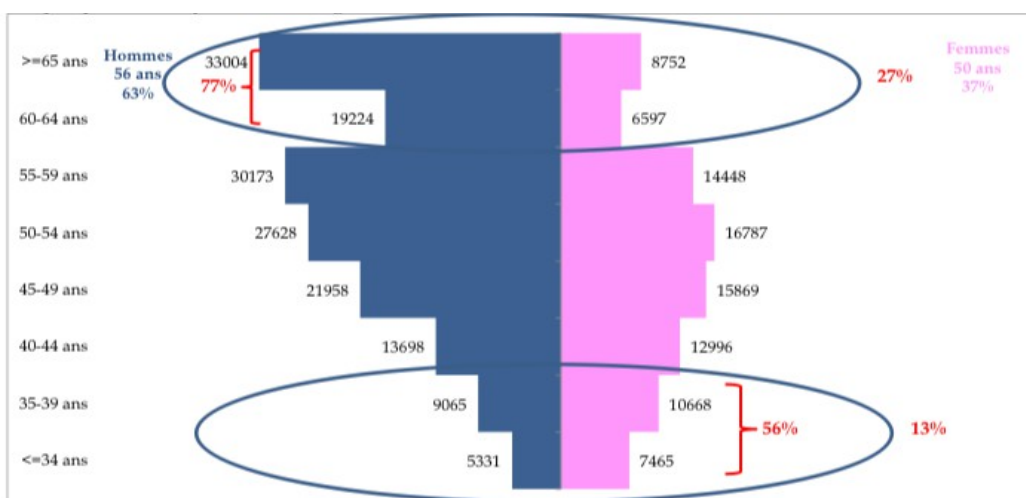


Illustration 6 : Pyramide des âges de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'ordre en 2007

La féminisation ainsi que le vieillissement de la profession touchent également la médecine générale puisque 28% des médecins généralistes ont plus de 60 ans, 17% sont âgés de moins de 40 ans et 47% sont des femmes.

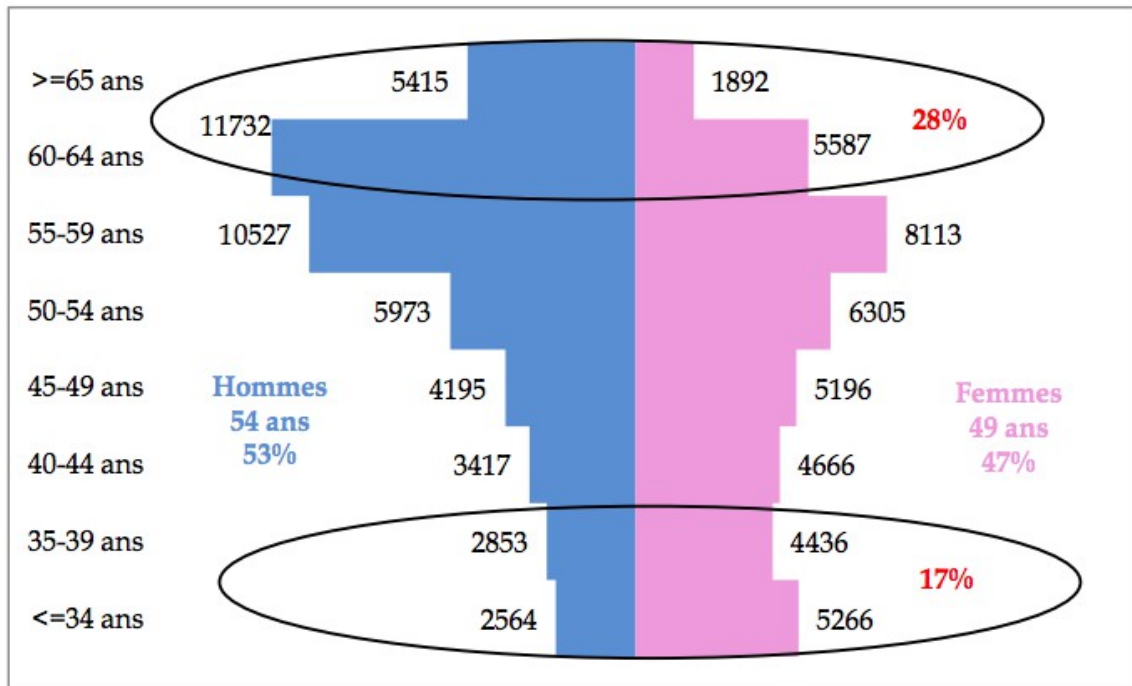


Illustration 7 : Pyramide des âges des médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre en 2017

I.1.1.3. Devenir des médecins remplaçants

Au 1er janvier 2017, le tableau de l'ordre recense 12011 médecins remplaçants soit une hausse de 24,6 % en dix ans. 66,8% d'entre eux exercent la médecine générale. Globalement, les départements universitaires et urbains semblent plus attractifs pour les médecins remplaçants que la France rurale de l'intérieur.

Les médecins généralistes remplaçants sont âgés en moyenne de 41,5 ans et sont représentés à 62% par des femmes.

64,4% des médecins remplaçants de 2006 exercent actuellement leur spécialité en activité régulière. Parmi eux, 59,5% des médecins généralistes ont une activité libérale, 4,9% ont une activité mixte et 35,6% ont une activité salarié. La plupart de ces médecins continuent d'exercer leur qualification dans leur département de première inscription dès lors que celui-ci est un département universitaire. Les départements en densité faible ou en tension démographique connaissent les plus importants flux de ces médecins.

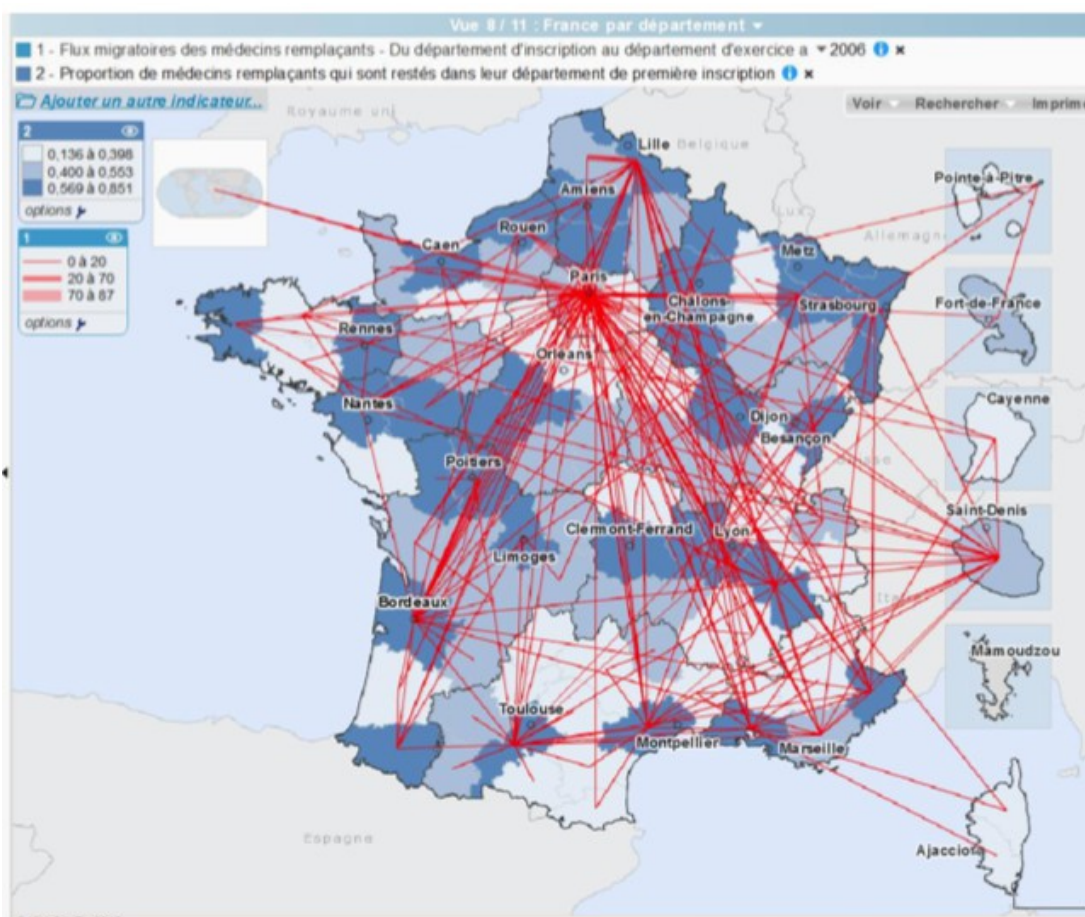


Illustration 8 : Flux migratoires des médecins remplaçants et proportion de ceux qui sont restés dans leur département de première inscription.

A noter que certains départements dont la démographie médicale est préoccupante tels que le Gers, les Ardennes, le Cher, le Puy-de-Dôme, les Vosges et les Deux-Sèvres semblent être significativement plus attractifs pour l'exercice libéral/mixte que la plupart des autres départements. Cette remarque est encourageante puisqu'elle démontre que la densité faible, le vieillissement professionnel et populationnel dans ces territoires n'ont pas été un

frein à l'installation. Il serait donc intéressant d'identifier les facteurs attractifs de ces départements afin de trouver de nouvelles solutions pour lutter contre les déserts médicaux.

I.1.1.4. Inégalités territoriales

Au sein d'une même région, il existe des disparités territoriales avec des départements qui semblent plus attractifs que d'autres.

Ainsi, 6 départements de la Nouvelle-Aquitaine recensent une hausse des effectifs des médecins en activité régulière dont ceux du littoral et la Vienne et 6 autres enregistrent une diminution des effectifs dont les départements de l'ex Limousin, la Dordogne, la Charente et le Lot.

La région Pays de la Loire, globalement attractive, recense une baisse du nombre de médecins en activité régulière dans les départements de la Mayenne et de la Sarthe.

L'île-de-France est la seule région de France dont aucun département n'enregistre une augmentation des effectifs des médecins en activité régulière ces dix dernières années.

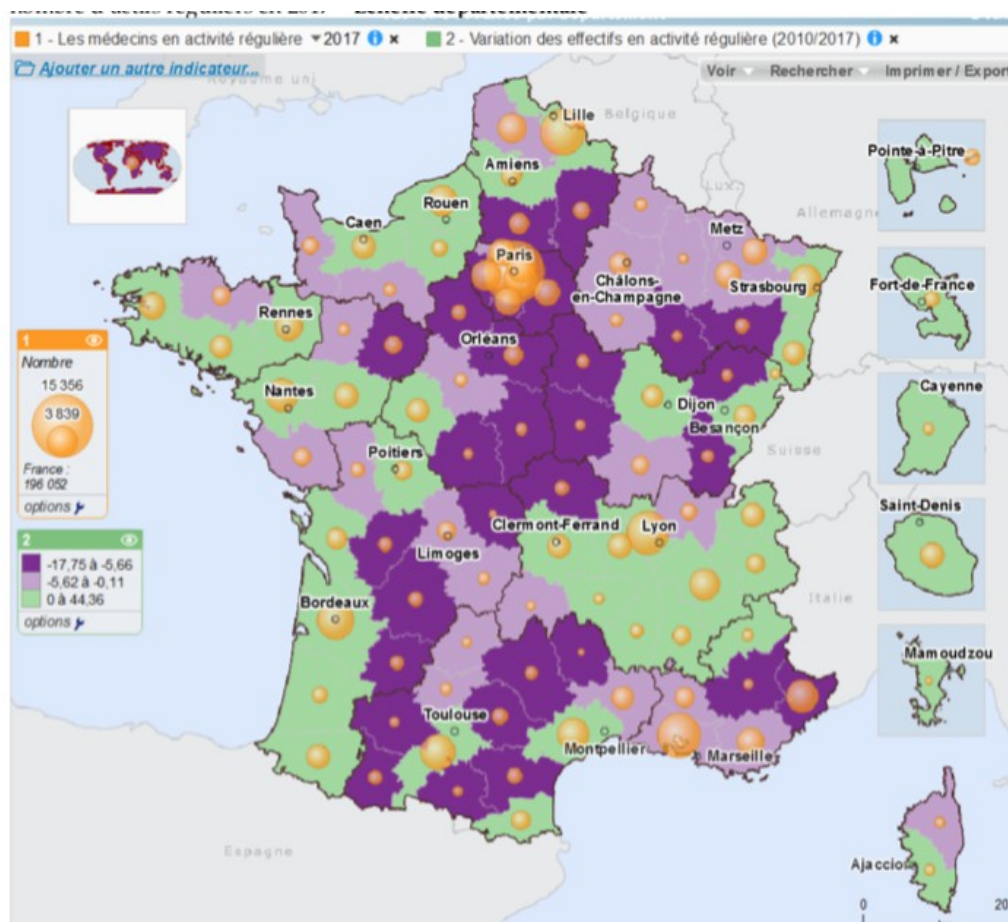


Illustration 9 : Variation ds effectifs des médecins en activité régulière sur la période 2010/2017 et répartition proportionnelle du nombre d'actifs réguliers en 2017

I.1.2 Démographie médicale en Limousin

En Limousin, la densité des médecins en activité régulière est de 343,4. Elle est donc supérieure à la moyenne française qui est de 330,7. Néanmoins, il existe des disparités territoriales puisque seul le département de la Haute-Vienne a une densité médicale supérieure à la moyenne française à hauteur de 399,1 contrairement aux départements de la Creuse et de la Corrèze dont les densités des médecins en activité régulière sont respectivement de 303,5 et 327,5.

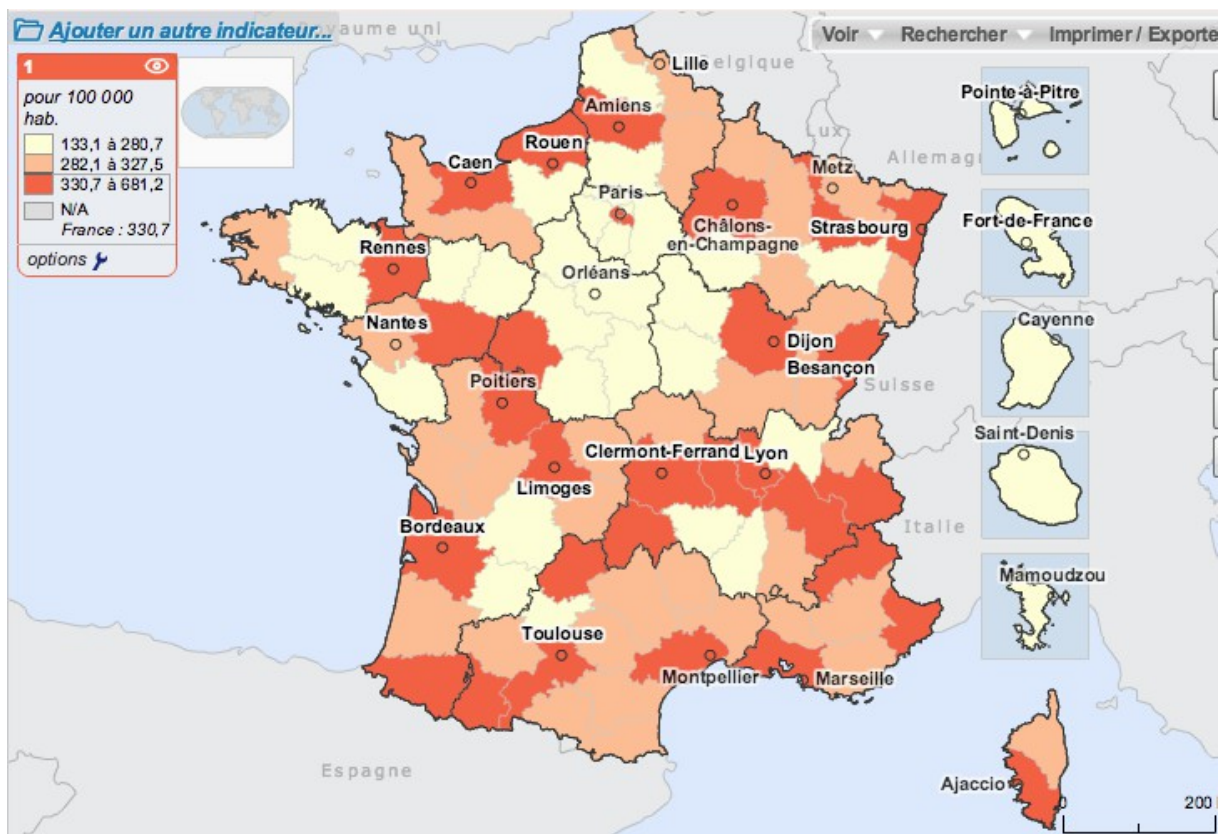


Illustration 10 : Densité des médecins en activité régulière

Ainsi, le Limousin est un territoire d'inégalités territoriales et sociales avec à l'est, une zone plutôt défavorisée, de moyenne montagne, très agricole, constituée d'une population à revenus faibles et à l'ouest, une zone plutôt favorisée, de faible altitude, à dominante rurale avec quelques pôles urbains/péri-urbains, constituée d'une population plus jeune ayant un taux de chômage faible et une faible mortalité générale. Les territoires urbains peu nombreux, riches avec des indicateurs de santé favorables contrastent avec des zones rurales à niveau économique faible.

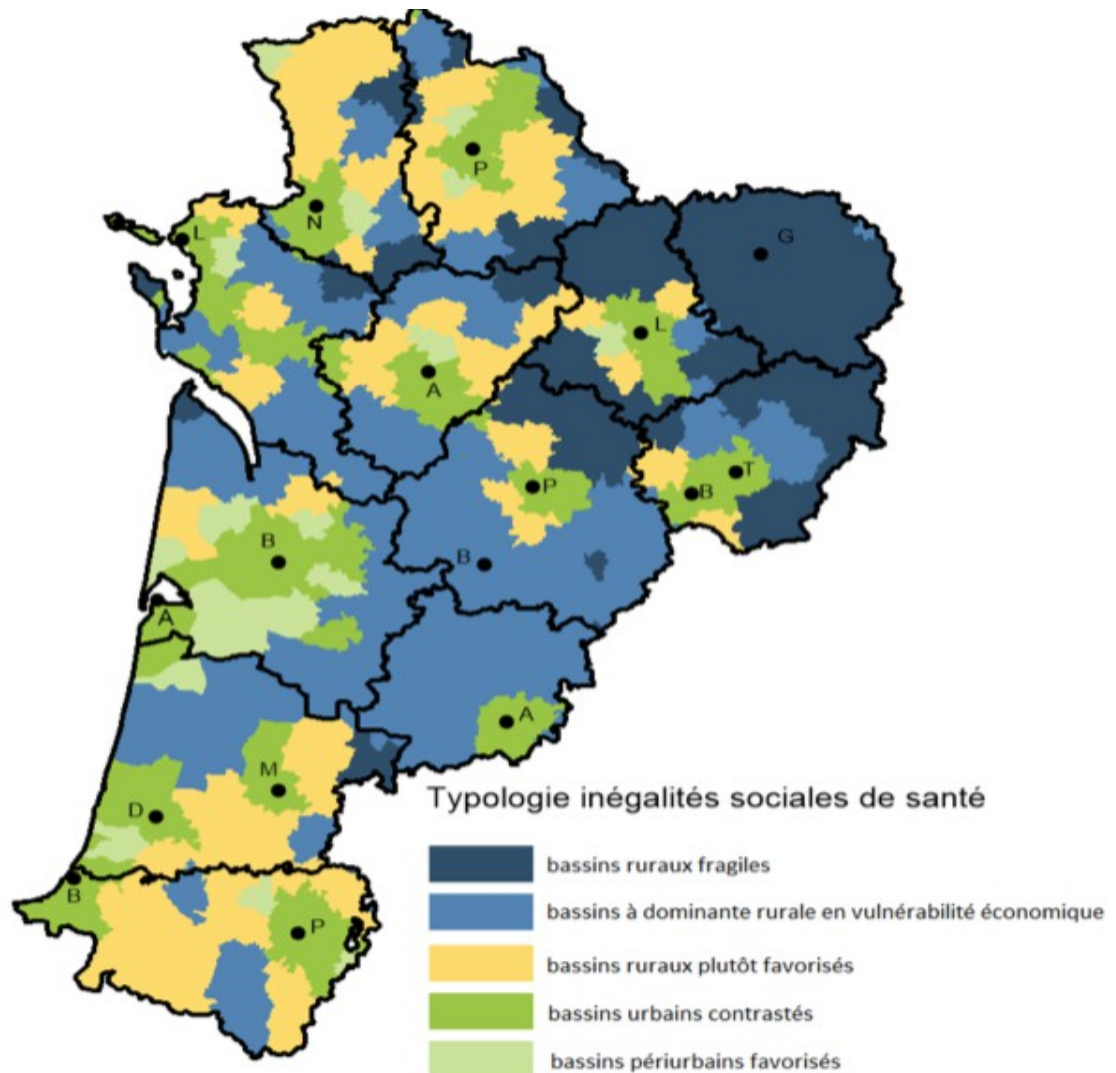
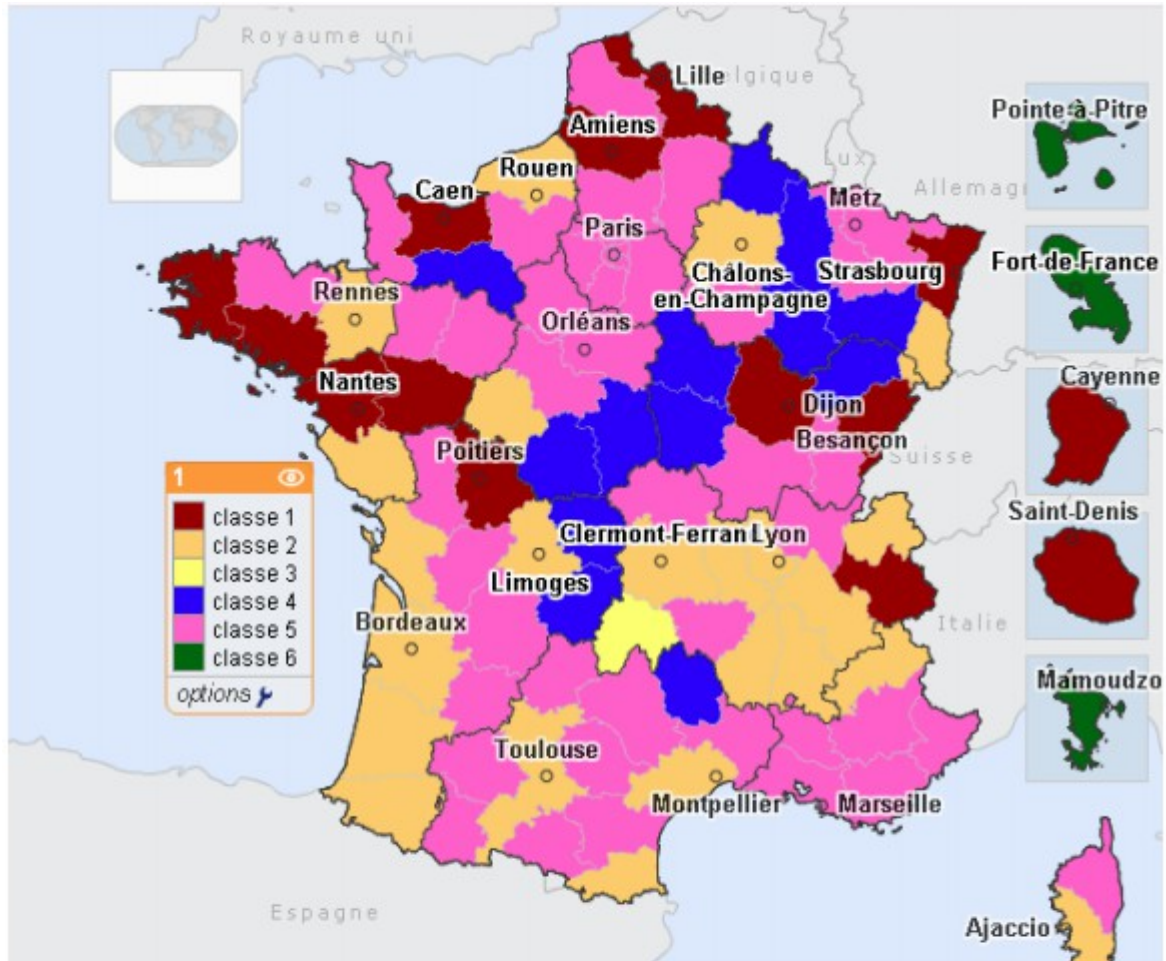


Illustration 11 : Typologie socio-sanitaire des bassins de vie de Nouvelle-Aquitaine en cinq classes

Par ailleurs, la densité médicale des médecins en activité régulière diminue dans les 3 départements depuis quelques années. En effet, la baisse du nombre de médecins est nettement supérieure à la diminution du nombre d'habitants en Creuse et en Corrèze. En Haute-Vienne, l'augmentation du nombre de médecins est inférieure à la hausse du nombre d'habitants.



Clé de lecture :

- 1: hausse des med > hausse de la psdc
- 2 : hausse des med < hausse de la psdc
- 3 : baisse des med < baisse de la psdc
- 4 : baisse des med > baisse de la psdc
- 5 : baisse des med et hausse de la psdc
- 6 : hausse des med et baisse de la psdc

Illustration 12 : Évolution de la démographie médicale et de la démographie générale

La densité des médecins généralistes en activité régulière du Limousin est de 138,6 et est également supérieure à la moyenne française (129,8). Seule la Creuse a une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne française à hauteur de 116,9.

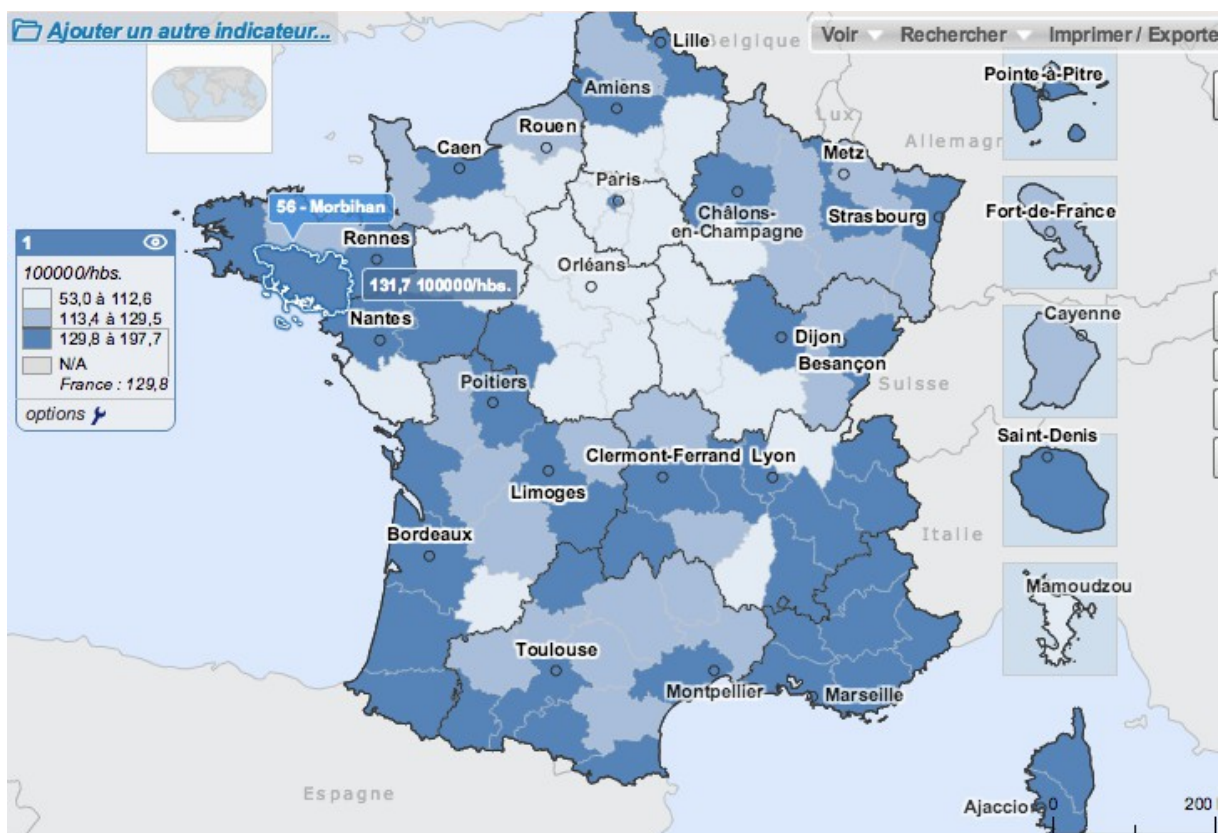


Illustration 13 : Densité des médecins généralistes en activité régulière

Malgré tout, les 3 départements du Limousin enregistrent une baisse de la densité des médecins généralistes ces dix dernières années.

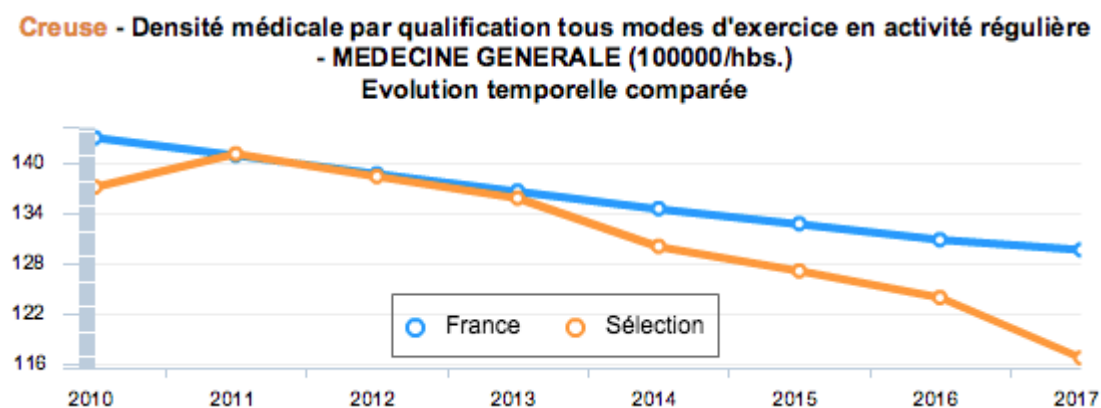
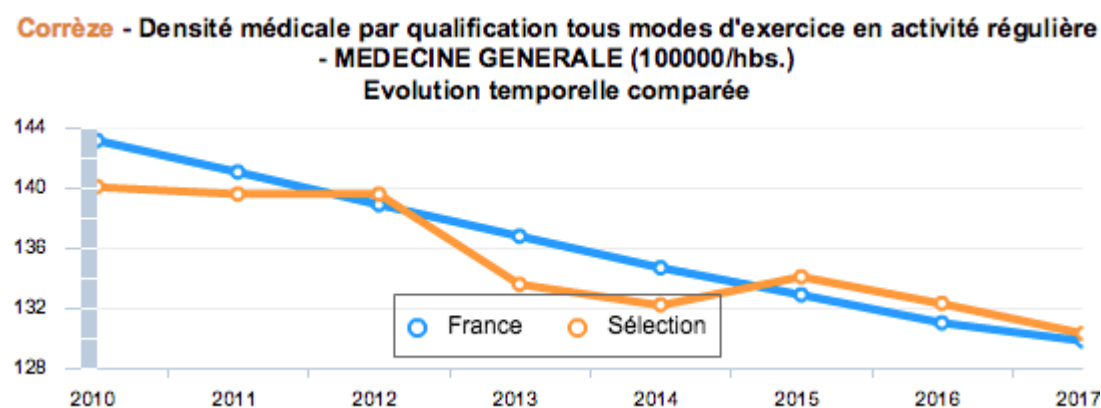
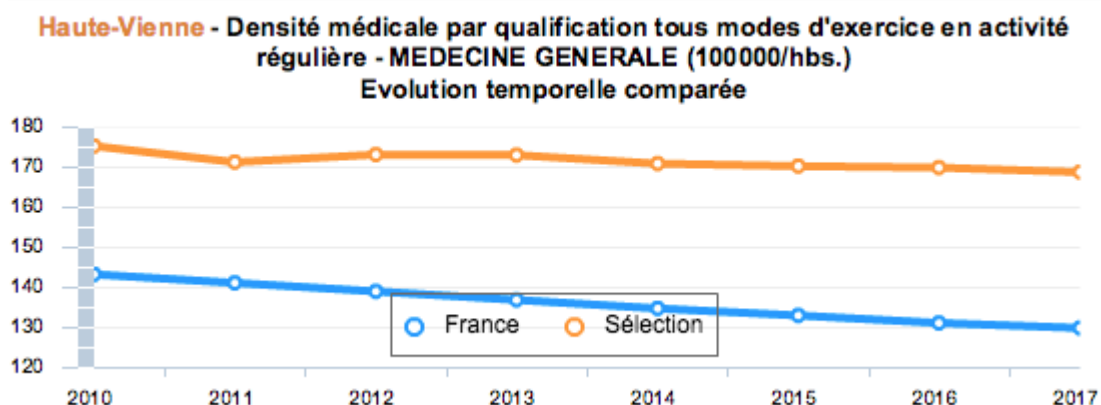


Illustration 14 : Évolution temporelle comparée de la densité médicale des médecins généralistes en activité régulière de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse

L'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière du Limousin est de 52,3 ans pour une moyenne d'âge française de 51 ans. Les médecins généralistes installés en Creuse et en Corrèze sont sensiblement plus âgés que leurs confrères de la Haute-Vienne.

En Haute-Vienne, la part des femmes est plus élevée que dans les deux autres départements. Elle représente 49,4% des médecins généralistes en activité régulière pour une moyenne française de 45,8%.

Ainsi, le département de la Haute-Vienne accueille une population médicale plus jeune et plus féminine. Celui-ci semble plus attractif que les départements de la Creuse et de la Corrèze.

Enfin, 68 % des médecins généralistes creusois ont une activité libérale ou mixte, 32 % sont salariés. 66% des médecins généralistes corréziens et haut-viennois ont une activité libérale ou mixte, 34% sont salariés. L'activité libérale est donc légèrement plus forte en Limousin que dans d'autres régions françaises.

	Densité MG	Moyenne d'âge	Femmes (%)	Activité libérale	Activité Salariale
Haute-Vienne	168,8	49	49,40%	66,00%	34,00%
Corrèze	130,3	53	39,70%	66,00%	34,00%
Creuse	116 ,9	55	39,10%	68,00%	32,00%
France	129,8	51	45,80%	62,90%	37,00%

Tableau 1 : profil des médecins généralistes en activité régulière du Limousin

I.2. Mesures incitatives

I.2.1. Mesures incitatives financières

I.2.1.1. Aides de l'assurance maladie

La convention médicale de 2016 a défini 4 contrats types nationaux ayant pour objectif d'encourager une répartition plus homogène des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire. Sur la base de ces contrats, les ARS adoptent ensuite les contrats types régionaux. Ces différents contrats ne sont pas cumulables entre eux.

- **Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)** est une aide financière forfaitaire de 50 000 euros, versée en 2 fois, soit la moitié à l'installation et l'autre moitié après un an d'exercice, pour une activité minimale de 4 jours par semaine. Il s'adresse aux médecins qui s'installent dans une zone fragile définie par l'ARS. Pour adhérer au CAIM, le médecin doit exercer en secteur 1 ou 2, au sein d'un groupe médical ou d'un groupe pluri-professionnel pendant au moins 5 ans à compter de la date d'adhésion. Celui-ci s'engage à participer à la permanence des soins ambulatoires et à exercer une activité libérale au moins 2,5 jours par semaine. Une majoration de 2500 euros est possible en cas d'exercice dans un hôpital de proximité.



- **Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM)** est une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones fragiles, dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an. Ce contrat prend également en charge les frais de déplacement engagés pour se rendre dans les zones fragiles. Il s'adresse aux médecins n'exerçant pas en zones fragiles et qui souhaitent consacrer une partie de leur activité libérale dans ces zones afin d'aider leurs confrères, au moins 10 jours par an pendant 3 ans renouvelables.

- **Le Contrat de Transition pour les Médecins (COTRAM)**, s'adressant aux médecins âgés de 60 ans ou plus qui exercent en zone fragile, est une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires tirées de leur activité conventionnée dans la limite de 20 000 euros/an pendant 3 ans, renouvelable une fois. Pour en bénéficier, le médecin s'engage à accueillir au sein de son cabinet un médecin de moins de 50 ans, qui s'installe ou qui est installé depuis moins d'un an dans la zone et qui exerce en libéral conventionné. L'objectif est de soutenir et favoriser le passage de relais entre médecins installés en zone sous dense et médecins venant s'installer.

- **Le Contrat de Stabilisation et de Coordination (COSCOM)** est une aide financière forfaitaire de 5000 euros par an pendant 3 ans, renouvelable. Ce forfait peut être majoré de 1250 euros si le médecin réalise une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité. Une rémunération complémentaire de 300 euros par mois est également versée en cas d'accueil d'un stagiaire à temps plein. Pour obtenir cette aide, l'adhérent doit exercer en groupe dans une zone fragile et pratiquer une activité libérale conventionnée.

I.2.1.2. Praticiens territoriaux

Les dispositifs des praticiens territoriaux, lancés en 2012 dans le pacte territoire santé, visent également à favoriser l'installation des jeunes médecins et à faciliter l'exercice libéral dans les territoires fragiles. Il sont non cumulables entre eux et sont au nombre de trois :

- **Le dispositif de Praticien Territorial en Médecine Générale (PTMG)** s'adresse aux jeunes médecins souhaitant s'installer (ou étant déjà installés depuis moins d'un an) en cabinet libéral ou en temps que collaborateur libéral dans une zone fragile. Celui-ci est conclu avec l'ARS pour une durée d'un an, renouvelable une fois. L'adhérent bénéficie alors d'une rémunération mensuelle assurée de 6900 euros brut. Ainsi, un complément de rémunération est versé au médecin si son activité ne lui permet pas d'atteindre le plafond de 6900 euros brut, à condition de réaliser un minimum de 165 consultations par mois aux tarifs opposables. En outre, ce contrat garantit une meilleure protection sociale après 3 mois d'activité. En effet, un complément de rémunération de 1552,50 euros brut est maintenu pendant 3 mois en cas d'arrêt de travail supérieur à 7 jours et un complément de rémunération de 3105 euros brut est versé au praticien, en plus des revenus de remplacement, pendant toute la durée du congé maternité.

- **Le dispositif de Praticien Territorial en Médecine Ambulatoire (PTMA)** offre une rémunération forfaitaire complémentaire en cas de congés maternité (3105 euros brut/mois), paternité (1138 euros brut) ou maladie (1552,50 euros brut/mois) et s'adresse aux médecins installés dans les zones fragiles. Les conditions d'adhésion sont les mêmes que celui du PTMG. Le praticien s'engage à garantir son remplacement durant toute la période



d'interruption de l'activité. Ce contrat est conclu pour 3 ans, renouvelable une fois.

- Le dispositif de Praticien Territorial Médical de Remplacement (PTMR)

s'adresse au praticien non installé autorisé à effectuer des remplacements en tant qu'interne ou ayant soutenu sa thèse en médecine depuis moins de 3 ans. Ce contrat garantit une rémunération complémentaire de 4600 euros brut pour une activité à temps plein et 2300 euros brut pour une activité à temps partiel ainsi que le versement d'un complément de rémunération pendant les congés maladie, maternité et paternité. Il est signé pour une durée de 12 mois, renouvelable 6 fois. L'adhérent s'engage à exercer dans un territoire fragile, une activité libérale correspondant à un minimum de 5000 consultations par an pour une activité à temps plein et 2500 consultations par an pour une activité à temps partiel.

I.2.1.3. Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

Le CESP, créé par la loi HPST en 2009 afin de lutter contre la mauvaise répartition des médecins sur le territoire, s'adresse aux étudiants en médecine dès la 2ème année des études médicales jusqu'à l'obtention du diplôme d'État de docteur en médecine. Il ouvre droit au versement d'une allocation mensuelle de 1200 euros brut, assuré par le CNG, pendant les études de médecine à compter de la date de signature du contrat. En contrepartie, les signataires s'engagent à exercer leurs fonctions dans les zones sous-dotées identifiées par les ARS pendant une durée égale à celle du versement de l'allocation qui ne peut être inférieure à 2 ans. Plusieurs modes d'exercice sont possibles tels que l'exercice libéral conventionné, l'exercice salarié ou l'exercice mixte. A noter que le nombre de CESP est déterminé annuellement par arrêté ministériel et qu'une commission de sélection au sein de chaque Faculté est chargée de sélectionner les meilleures candidatures. En cas de rupture du contrat, le signataire doit reverser la somme des allocations nettes perçues ainsi qu'une pénalité.

I.2.1.4. Aides fiscales

- Les médecins (ou leurs remplaçants) installés dans une zone déficitaire et participant aux gardes bénéficient d'une exonération d'impôt sur le revenu au titre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) à hauteur de 60 jours par an. Ceux s'installant en zone de revitalisation rurale (ZRR) ou en zone franche urbaine (ZFU) peuvent également bénéficier d'une exonération d'impôt sur le revenu plafonnée, temporaire et dégressive dans le temps.

- L'exonération de la cotisation foncière des entreprises (CFE) concerne les médecins exerçant une activité libérale dans une commune de moins de 2000 habitants (ou située dans une ZRR). Elle débute à compter de l'année de l'installation pour une durée comprise entre 2 et 5 ans en fonction du choix de la collectivité territoriale.

- Les médecins exerçant en ZRR ou en ZFU peuvent bénéficier de l'exonération d'une partie des cotisations patronales, pendant 12 mois, pour l'embauche d'un salarié dans leur cabinet médical.



I.2.1.5. Aides des collectivités territoriales

Chaque collectivité territoriale et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones sous-médicalisées.

Par exemple, les collectivités territoriales peuvent accorder des indemnités de logement et de déplacement aux étudiants de 3ème cycle de Médecine Générale lorsqu'ils effectuent leurs stages dans les zones déficitaires en offre de soins. Elles peuvent également attribuer une indemnité d'étude et de projet professionnel aux étudiants titulaires du concours de médecine s'il s'engage à exercer au moins 5 ans dans une zone déficitaire après signature d'un contrat.

I.2.2. Mesures incitatives non financières

I.2.2.1. Création de MSP

Une première définition de la MSP a été donnée dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) en 2007. Elle a ensuite été modifiée par l'article 39 de la loi HPST du 21 juillet 2009 puis par l'article 2 de la loi Fourcade du 10 août 2011. Leur création et leur développement ont pour objectifs d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire et d'offrir des soins de meilleure qualité.

Une MSP se distingue d'un groupe médical de par l'élaboration d'un projet de santé, témoin d'un exercice coordonné entre tous les professionnels de santé de la structure. Ce dernier s'appuie sur un diagnostic des besoins du territoire et doit être transmis à l'ARS afin que la MSP puisse bénéficier de financements proportionnels au volume de la patientèle des médecins et aux engagements pris (ACI). Il doit être signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé.

En outre, la structure doit accueillir au minimum 2 médecins généralistes et un autre professionnel de santé qui assurent des activités de soins de premier recours et éventuellement de second recours. Ils peuvent également participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé.

Pour toucher l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI), l'équipe de la MSP s'engage à respecter 3 parties socles du cahier des charges :

- 1) Accès aux soins : Elle s'engage à offrir un accès aux soins de 8h à 20h en semaine, le samedi matin et pendant les congés scolaires. Elle doit également offrir un accès à des soins non programmés chaque jour ouvré.
- 2) Travail interprofessionnel : Elle s'engage à élaborer des protocoles pluri-professionnels pour des pathologies cibles, à organiser des concertations pluri-professionnelles autour des cas complexes avec une traçabilité dans le dossier informatisé du patient, à identifier une fonction de coordination organisée avec un responsable identifié.
- 3) Systèmes d'information : Elle s'engage à disposer d'un dossier informatisé des patients partagé entre les professionnels de santé et labellisé par l'ASIP Santé.



Dans chacune de ces 3 parties, il est proposé des options que l'équipe peut prendre afin d'augmenter la rémunération forfaitaire.

Des points fixes ou variables sont attribués pour chaque engagement respecté permettant le calcul de la rémunération finale.

Pour pouvoir toucher cette rémunération, l'équipe pluri-professionnelle doit se constituer en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA). Cette société permet de recevoir les dotations et de les répartir entre ses membres, ce que n'autorisent pas une association ni aucune autre société. La SISA doit être composée à minima de deux médecins généralistes et d'un autre professionnel de santé.

En Limousin, il existe actuellement 26 MSP en fonctionnement dont 8 en Haute-Vienne, 8 en Corrèze et 10 en Creuse. 29 autres MSP sont en projet.

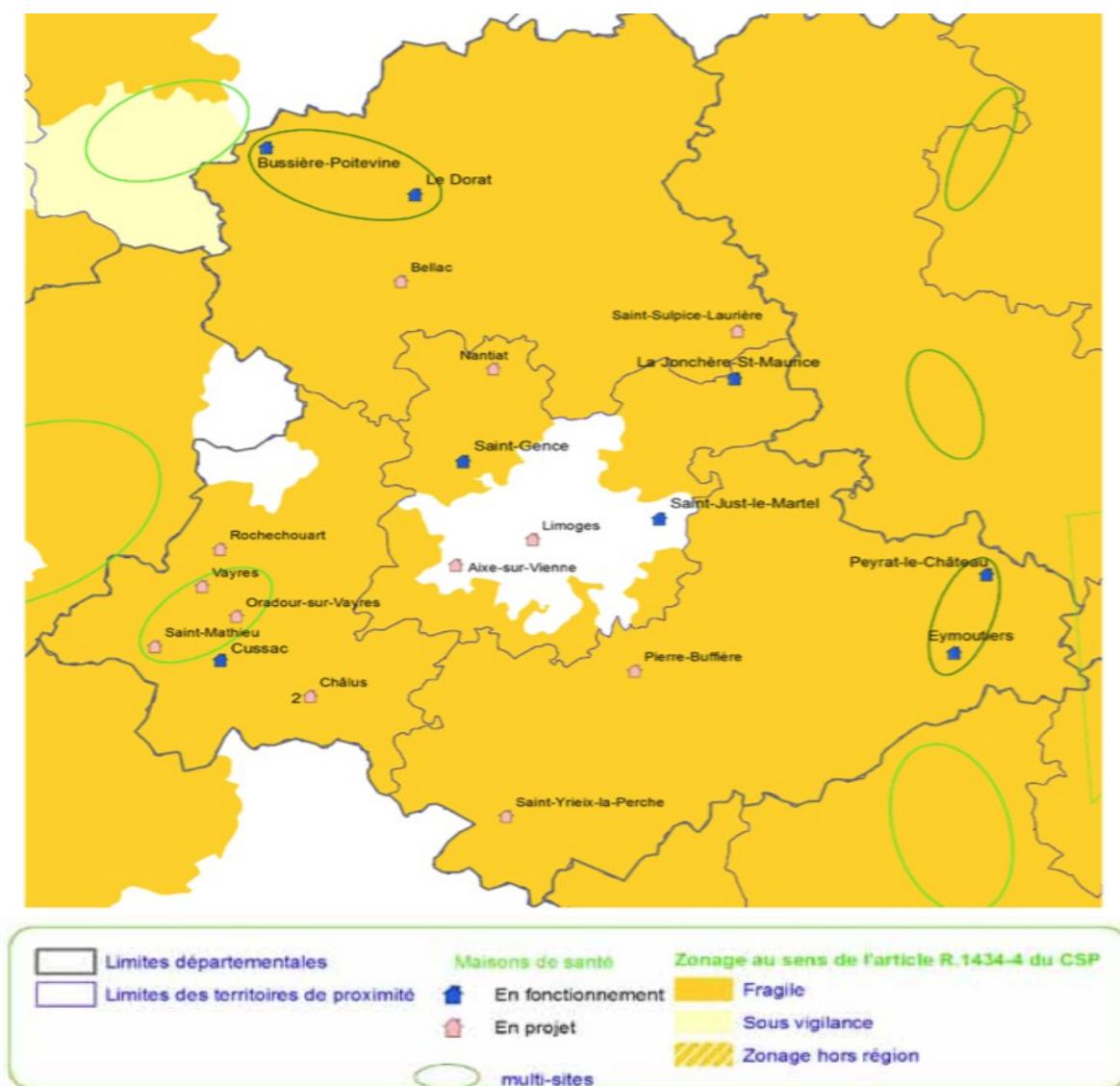


Illustration 15 : MSP en fonctionnement et en projet : HAUTE-VIENNE

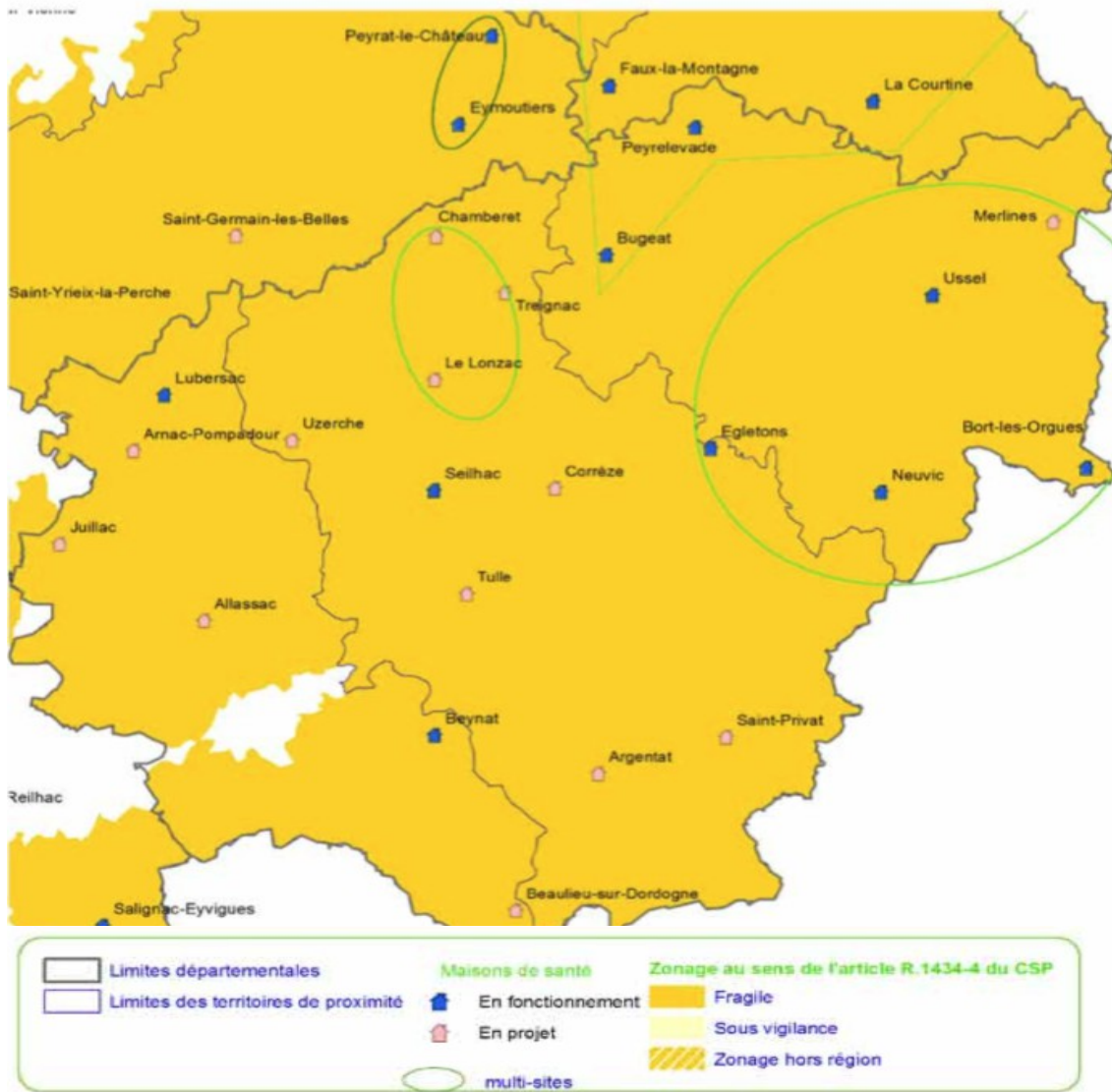


Illustration 16 : MSP en fonctionnement et en projet : CORREZE

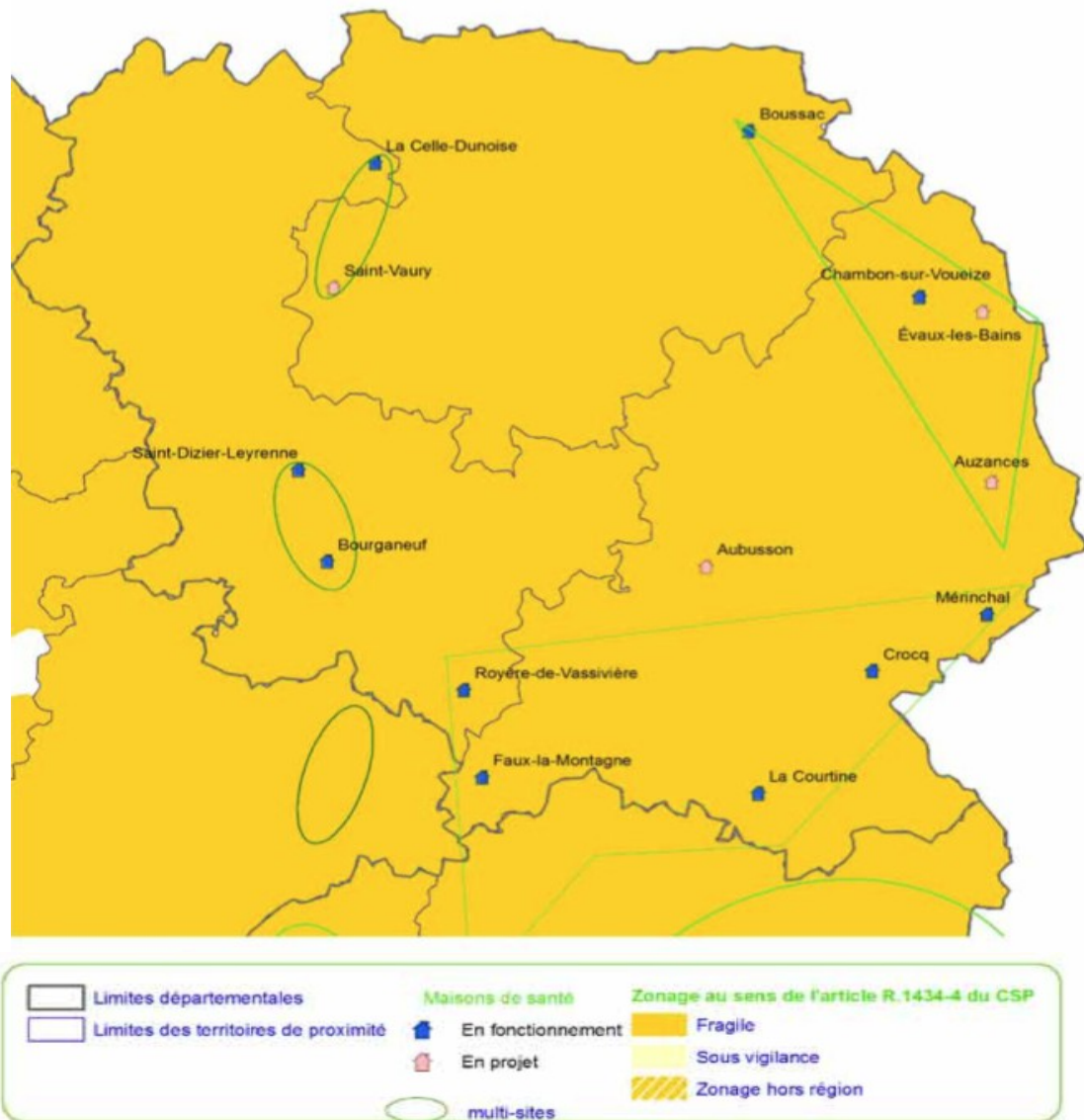


Illustration 17 : MSP en fonctionnement et en projet : CREUSE

Un pôle de santé est constitué entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des MSP, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. Il assure les mêmes activités que celles des MSP et peut bénéficier des ACI. Il correspond à un multi-sites désigné par un cercle vert sur les trois cartes précédentes.

I.2.2.2. Développement de la Télémédecine

La loi HPST du 21 juillet 2009 définit la télémédecine comme " une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication". Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins, notamment dans les zones fragiles, en permettant une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients, notamment ceux porteurs de pathologies chroniques nécessitant un suivi régulier. Elle contribue également à rompre l'isolement des professionnels de santé.

Ainsi, elle regroupe 5 types de prise en charge :

- **la téléconsultation** qui permet à un professionnel médical d'effectuer une consultation à distance d'un patient. Un autre professionnel de santé peut être présent auprès du patient pour assister le professionnel médical.
- **la téléexpertise** qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux en raison de leur formations spécialisées.
- **la télésurveillance médicale** qui permet à un professionnel médical d'interpréter les données nécessaires au suivi médical d'un patient. La transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. (surveillance des glycémies, du poids...)
- **la téléassistance médicale** qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- **la régulation médicale** qui permet la pose d'un premier diagnostic en urgence par téléphone.

La télémédecine est d'usage courant dans certains pays tels que la Norvège, le Canada et les États-Unis afin de répondre aux difficultés d'accès aux soins dans certains territoires. En France, elle se développe surtout à l'hôpital mais n'est encore qu'au stade d'expérimentations en ville depuis 2015 (programme ETAPES). La tarification de la télémédecine est en cours de négociation mais il semblerait que l'assurance maladie s'oriente vers une rémunération mixte avec une partie forfaitaire versée au médecin requérant et des paiements à l'acte pour les téléconsultations.

I.2.2.3. Systèmes d'information

- **Le Portail d'Accompagnement aux Professionnels de Santé (PAPS)** de chaque région propose un site internet ayant pour objectifs d'informer et d'accompagner les professionnels de santé quant à leur installation. Il doit pouvoir renseigner les professionnels de santé sur les modalités administratives, les mesures d'aides à l'installation existantes dans sa région, les personnes contacts, et les autres institutions (Assurance Maladie, URSSAF...). (1)

- **Le référent à l'installation** de chaque ARS est un interlocuteur destiné à accompagner et à orienter les jeunes professionnels de santé désirant s'installer. Il vient à la rencontre des jeunes professionnels de santé lors des différents événements organisés par les Facultés ou les représentants d'étudiants pour exposer les différentes mesures incitatives



à l'installation.

- Des outils informatiques tels que **cartoS@nté** et **Inst@LSanté** sont mis à disposition par les ARS et l'assurance maladie afin de faire connaître aux professionnels de santé les conditions d'exercice dans différentes zones. (2)

I.3. Zonages

Comme vu précédemment, les dispositifs d'aide s'appuient sur différents zonages. Ces zones sont caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Ainsi le zonage des ARS se décompose en :

- "Zones d'Intervention Prioritaire" (ZIP) qui servent de référence pour l'attribution des aides de l'assurance maladie (CAIM, CSTM, COTRAM, COSCOM) et de certaines aides fiscales (PDSA).

- "Zones d'Actions Complémentaires" (ZAC) qui servent de référence pour l'obtention des aides de l'État (CESP, PTMG, PTMA, PTMR) et des aides des collectivités territoriales.

A noter qu'un territoire peut être à la fois une ZIP et une ZAC. Dans ce cas, il est possible de prétendre aux différentes aides relevant de ces deux zones.

L'indicateur socle pour la détermination de ces zones est l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) à un médecin, exprimé en nombre de consultations accessibles par an par habitant. L'APL prend en compte les médecins généralistes présents sur le territoire de moins de 65 ans ainsi que leur activité, le temps d'accès au praticien et le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

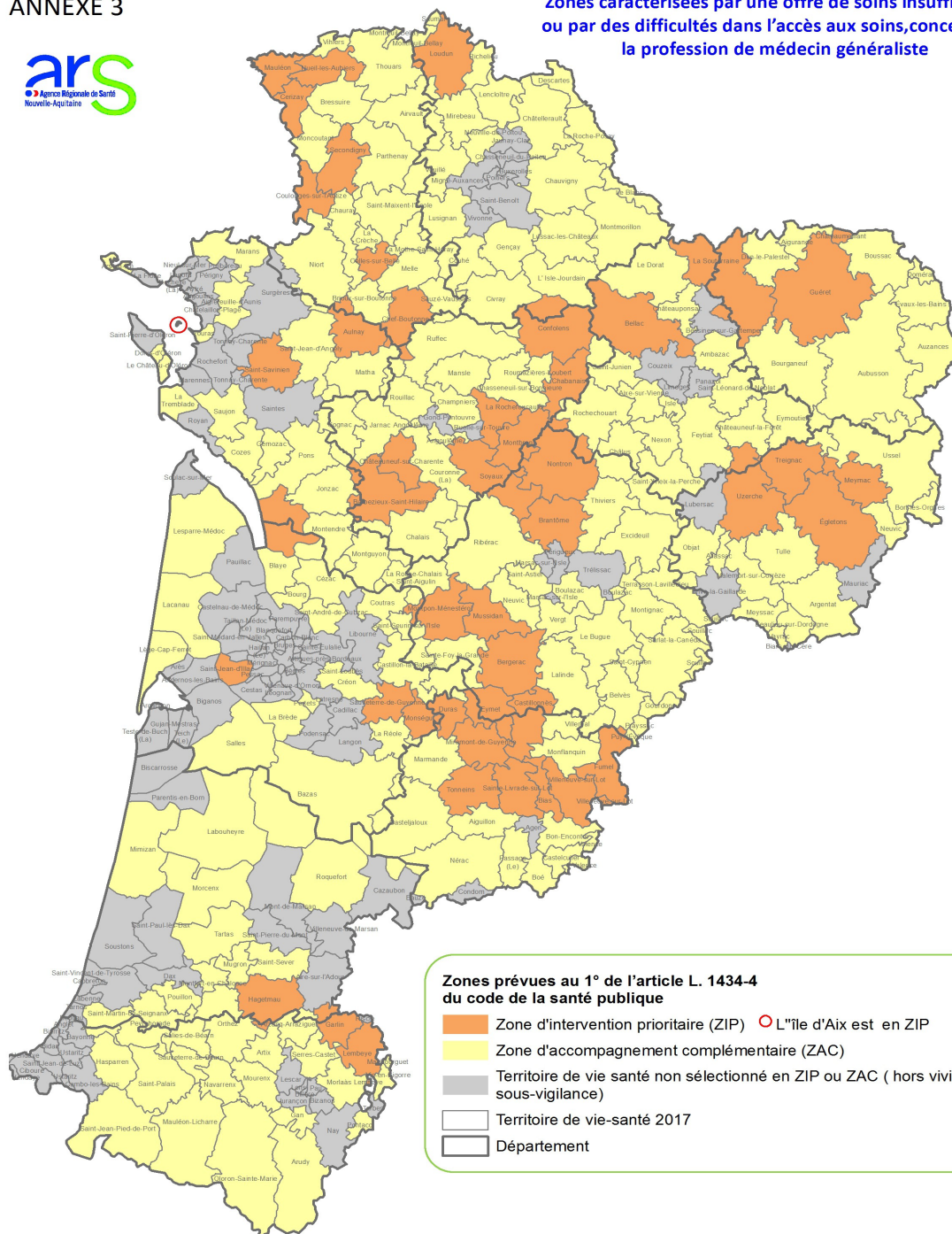
Le nouveau zonage de l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine a été arrêté le 04 juillet 2018, bien après la réalisation de notre travail. Nous nous sommes donc référés à l'ancien zonage de l'ARS du Limousin défini par des "zones fragiles" et des "zones déficitaires" du SROS ambulatoire 2013 pour mener notre étude. Notons que toutes les aides dépendant du zonage de l'ARS mentionnées précédemment relèvent des "zones fragiles" hormis l'exonération d'impôt sur le revenu au titre de la PDSA et le moratoire à l'installation qui relèvent des zones déficitaires.



ANNEXE 3



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

Illustration 18 : Nouveau zonage de l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine arrêté le 04 juillet 2018



ZONES FRAGILES DU SROS AMBULATOIRE LIMOUSIN - 2013



Illustration 19 : Ancien zonage de l'ARS du Limousin (2013) : zones fragiles

ZONES DEFICITAIRES DU SROS AMBULATOIRE LIMOUSIN - 2013

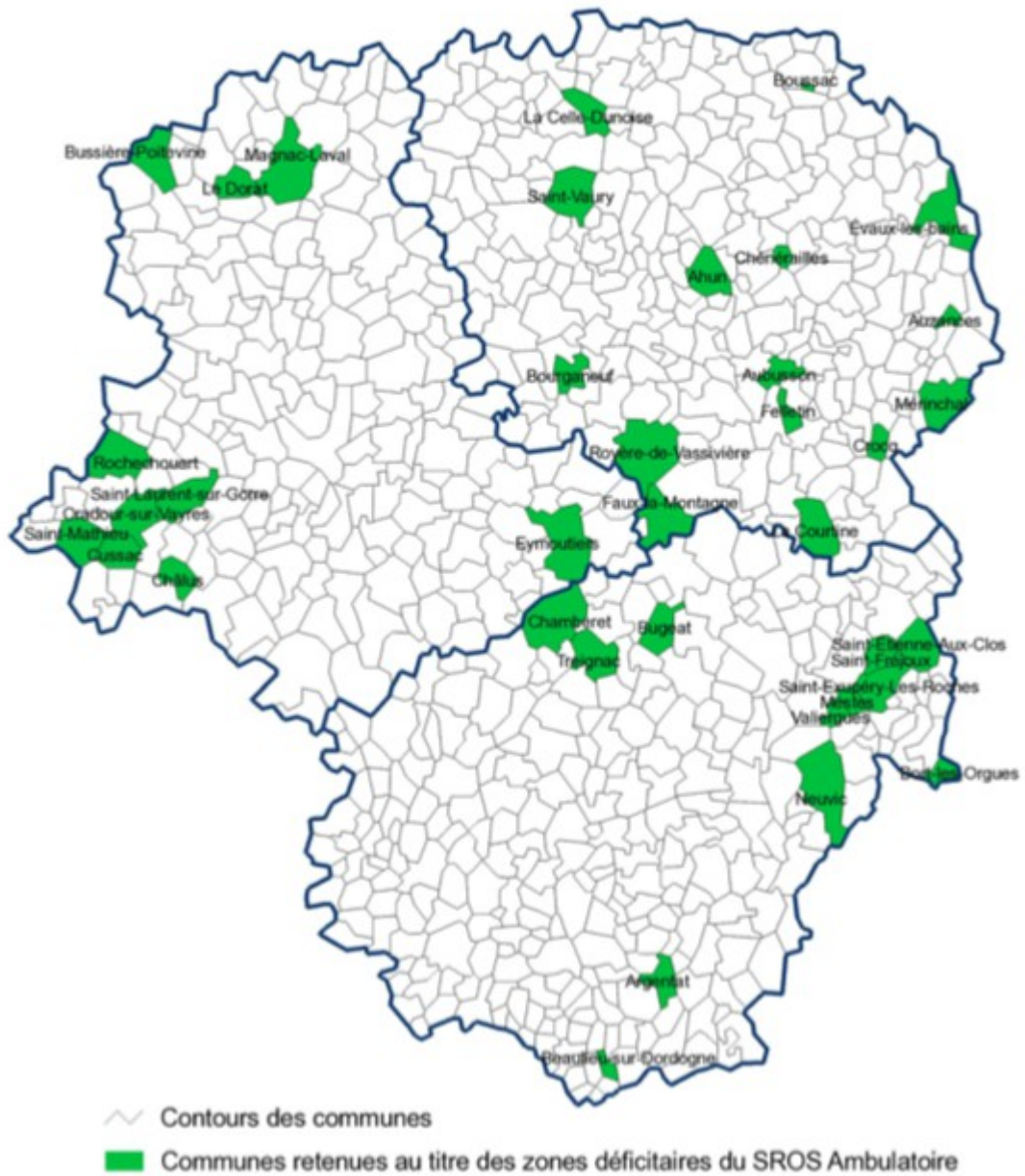


Illustration 20: Ancien zonage de l'ARS du Limousin (2013) : zones déficitaires

Outre les aides financières s'appuyant sur le zonage de l'ARS, certains avantages fiscaux relèvent des zones de revitalisation rurale (ZRR) et des zones franches urbaines (ZFU) définies dans le code général des impôts. Ainsi, ces zones visent également à endiguer le phénomène de désertification qui touche un grand nombre de communes françaises.

- Les ZRR sont des parties du territoire français situées en zone rurale et rencontrant des difficultés notamment en matière sociale, économique et démographique. Elles sont caractérisées par un déclin de la population sur l'ensemble du territoire, et/ou un déclin de la population active et/ou une forte proportion d'emplois agricoles.

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

L'espace cartographique du site internet de l'Observatoire des territoires permet d'identifier ces différentes zones. (3)



II. Matériel et méthode

Nous avons mené une étude observationnelle descriptive déclarative à l'aide d'un questionnaire s'adressant aux médecins installés dans les zones sous médicalisées du Limousin ainsi qu'aux médecins remplaçants susceptibles de s'installer dans ces zones.

Les zones sous médicalisées incluaient les zones fragiles et les zones déficitaires du Limousin définies par le SROS ambulatoire en 2013.

La révision du zonage des nouvelles régions n'étant pas encore établie, nous nous sommes concentrés sur l'ancienne région Limousin.

II.1. Description du questionnaire

Le questionnaire a été rédigé sur Google Form afin qu'il puisse être envoyé par mail et garantir l'anonymat des réponses.

Celui-ci comportait 4 pages et 23 questions. La durée de remplissage était estimée à 3 minutes.

Il a d'abord été validé par les membres de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de la Nouvelle Aquitaine avant d'être diffusé.

La première partie du questionnaire visait à recueillir les données épidémiologiques à savoir, l'identité, la formation initiale, la situation familiale et professionnelle du répondant.

La deuxième partie testait les connaissances du répondant concernant les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et ses nouveaux modes de rémunération (NMR) puis abordait leur ressenti sur ce mode d'installation sous forme de questions fermés à choix unique.

La troisième partie évaluait la pertinence des différentes mesures incitatives visant à susciter l'installation des médecins dans les zones sous dotées telles que les mesures financières, le développement de la télémédecine et l'augmentation du numerus clausus ; toujours sous forme de questions fermés à choix unique.

La quatrième partie mesurait l'impact de l'aménagement du territoire et de l'organisation de la permanence des soins sur l'installation des médecins généralistes dans les zones sous dotées.

Enfin, la dernière question, ouverte, cherchait à obtenir des solutions pour favoriser l'installation des médecins dans ces zones.

II.2. Population cible

La population cible de l'étude était les remplaçants en médecine générale exerçant dans le Limousin et les médecins généralistes installés dans les zones sous médicalisées du Limousin incluant zones fragiles et zones déficitaires définies par le SROS 2013.



Concernant les médecins généralistes remplaçants, le questionnaire a tout d'abord été diffusé par mail via la liste de diffusion du syndicat des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants en Limousin (GJIREL), le premier janvier 2017. Celui-ci se présentait sous forme de lien en conclusion d'un mail officiel d'un tout autre objet. Leur liste de diffusion comprenait 50 médecins remplaçants.

Nous nous sommes également procuré la liste nominative des 28 médecins remplaçants de la Haute-Vienne par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Un message téléphonique leur a ensuite été adressé afin que les volontaires puissent nous communiquer leur adresse e-mail et répondre au questionnaire. Le CDOM de la Corrèze et de la Creuse n'ont pas souhaité donner suite à notre demande.

Il nous a été impossible de comptabiliser le nombre exact de médecins remplaçants ayant reçu le questionnaire car la liste de diffusion du GJIREL devait déjà contenir un nombre non négligeable de médecins remplaçants figurant sur la liste nominative du CDOM de la Haute-Vienne.

Concernant les médecins installés dans les zones sous dotées, nous avons obtenu l'accord de l'URPS de la Nouvelle Aquitaine pour utiliser leur liste de diffusion après exclusion des médecins installés dans les zones sur dotées figurant sur cette dernière. Par ce biais, le questionnaire a été envoyé par mail, le 02 mars 2017, à 198 destinataires sur une totalité de 404 médecins installés dans ces zones.

Malheureusement, nous n'avons pas eu l'autorisation d'effectuer une relance.

Pour obtenir un plus grand nombre de réponses, le questionnaire a été distribué à 21 médecins supplémentaires répondant aux critères d'inclusion et ne figurant pas sur la liste de diffusion de l'URPS. Pour ce faire, nous avons acquis leur adresse e-mail lors d'une entrevue afin qu'ils puissent y répondre.

Au total le questionnaire a été envoyé à 219 médecins généralistes installés dans les zones sous médicalisées.

Les réponses ont été collectées jusqu'au 02 août 2017.

II.3. Analyse statistique

Les réponses ont été analysées avec le tableur Open Office.

Les seules variables qualitatives ont été décrites en effectif et pourcentage.

Nous avons appliqué le test de Chi2 ou le test exact de Fisher avec un seuil de significativité p fixé à 0,05.



III. Résultats

III.1. Taux de participation

Parmi les médecins généralistes remplaçants, 35 ont répondu au questionnaire dont 4 étaient temporairement salariés. Afin de comparer les réponses des médecins remplaçants à celles des médecins installés, nous avons dû exclure ces derniers de l'analyse statistique.

Ne connaissant pas le nombre exact de questionnaires distribués aux médecins remplaçants, nous n'avons pas pu calculer le taux de participation.

Concernant les médecins généralistes installés, 53 médecins ont répondu sur 219 questionnaires envoyés, soit un taux de réponse de 24,2 %.

Au total, 88 médecins généralistes ont participé à l'étude.

III.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

III.2.1. Sexe

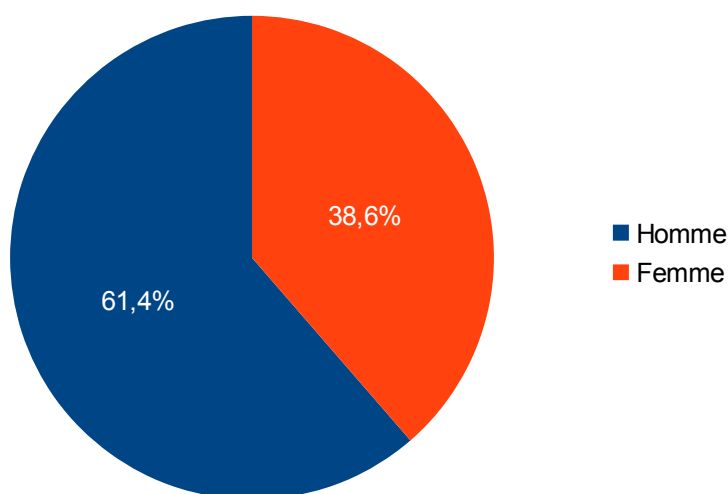


Illustration 21 : Répartition des répondants selon le sexe : tous médecins confondus

Les répondants étaient majoritairement des hommes à 61,4% (n=54) contre 38,6% de femmes (n=34).

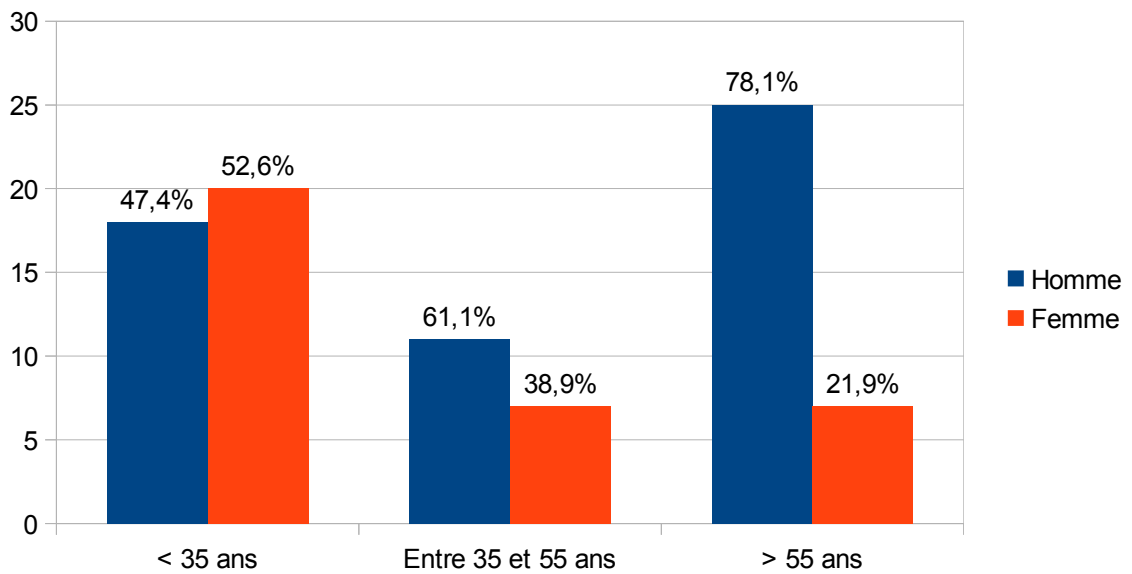


Illustration 22 : Répartition des répondants selon le sexe et par tranche d'âge

Dans la tranche d'âge des plus de 55 ans, les répondants étaient des hommes à 78,1% (n=25) contre 21,9% de femmes (n=7).

Entre 35 et 55 ans, les hommes étaient également majoritaires à 61,1% (n=11) contre 38,9% de femmes (n=7).

En revanche, la tendance semblait s'inverser chez les plus jeunes répondants puisque 52,6% des moins de 35 ans étaient des femmes (n=20) contre 47,4% d'hommes (n=18).

Il existait une différence significative d'âge en fonction du sexe ($p=0,031$).

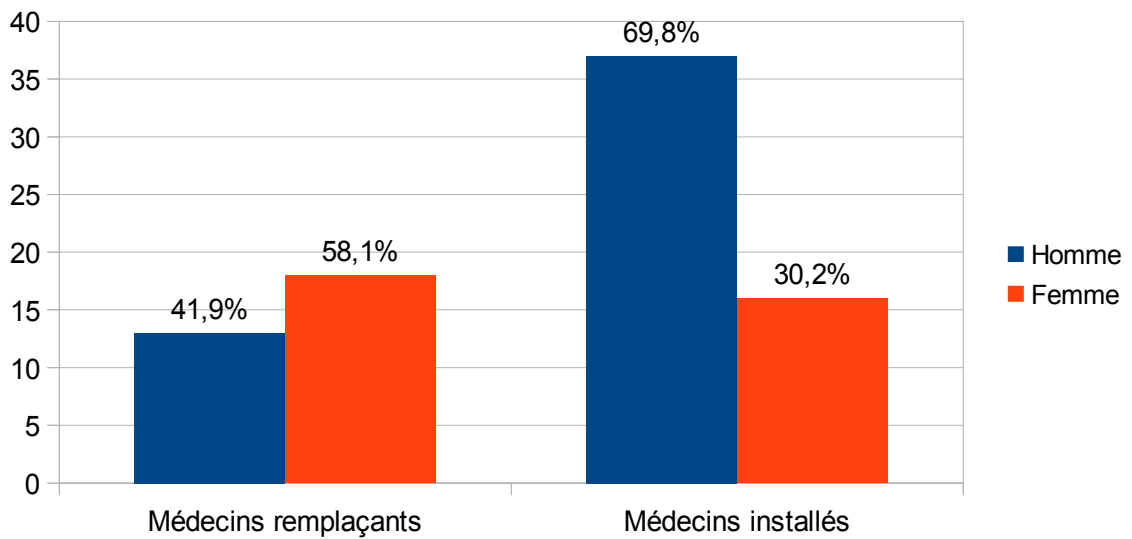


Illustration 23 : Répartition des répondants selon le sexe : médecins remplaçants et médecins installés

Parmi les médecins remplaçants, 58,1% des répondants étaient des femmes (n=18) contre 41,9% d'hommes (n=13) ; à l'inverse des médecins installés qui comptaient une majorité d'hommes à 69,8% (n= 37) contre 30,2 % de femmes (n=16).

Il y avait une différence statistiquement significative de sexe en fonction de la situation professionnelle. ($p=0,012$).

III.2.2. Age

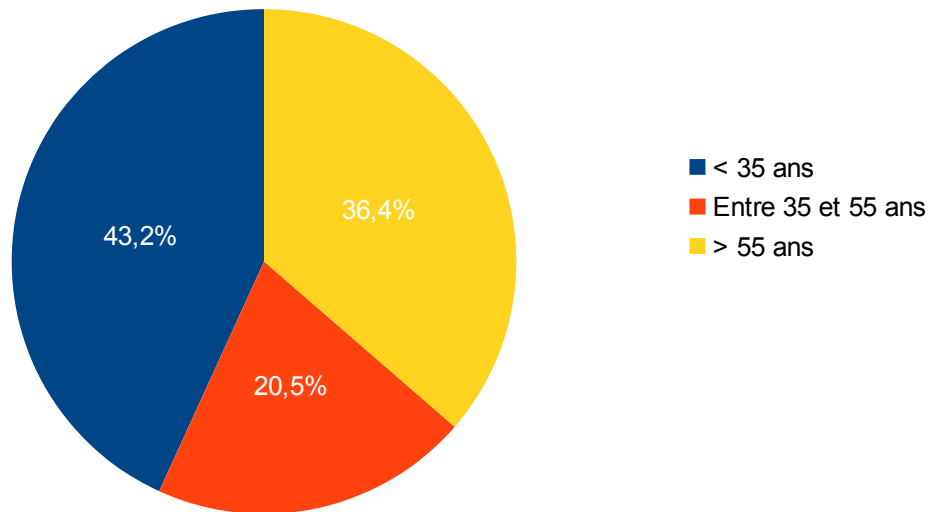
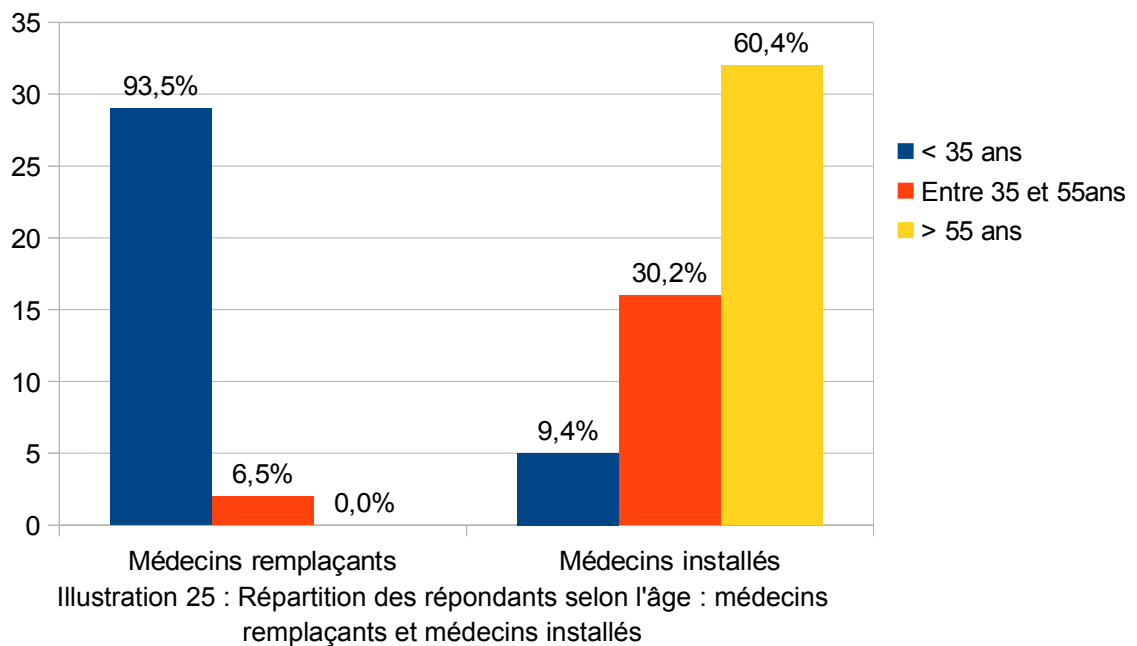


Illustration 24 : Répartition des répondants selon l'âge : tous médecins confondus

Sur l'ensemble des répondants, 43,2 % étaient âgés de moins de 35 ans (n=38), 20,5% avaient entre 35 et 55 ans (n=18) et 36,4% avaient plus de 55 ans (n=32).



Les médecins remplaçants étaient principalement âgés de moins de 35 ans à 93,5% (n=29). Les 6,5% restants avaient entre 35 et 55 ans (n=2).

A contrario, les médecins installés avaient plus de 55 ans à 60,4% (n=32) contre 30,2% âgés de 35 à 55 ans (n=16) et 9,4% âgés de moins de 35 ans (n=5).

Une différence significative d'âge en fonction de la situation professionnelle était observée ($p < 0,05$).

III.2.3. Situation conjugale

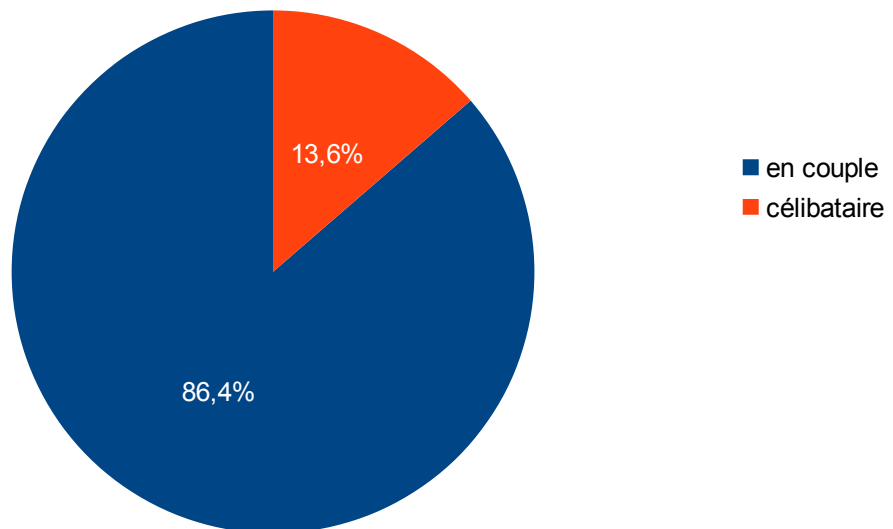


Illustration 26: Situation conjugale des répondants : tous médecins confondus

86,4% des répondants étaient en couple (n=76) contre seulement 13,6% de célibataires (n=12).

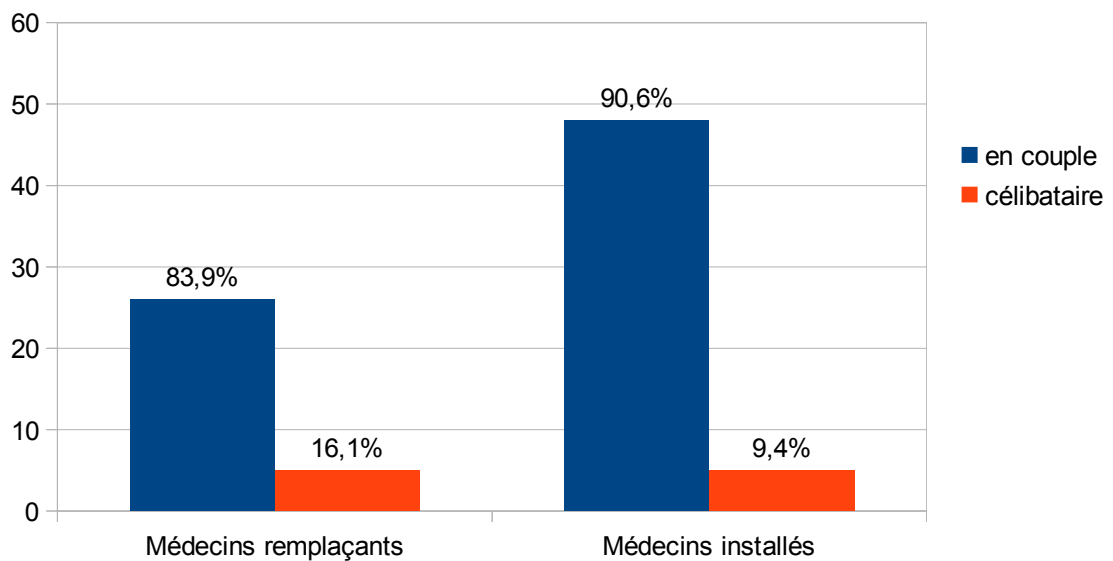


Illustration 27 : Situation conjugale des répondants : médecins remplaçants et médecins installés

83,9% des médecins remplaçants vivaient en couple (n=26) , 16,1% étaient célibataires (n=5).

Les médecins installés étaient en couple à 90,6% (n=48) contre 9,4% de célibataires (n=5)

On ne notait pas de différence significative de situation conjugale en fonction de la situation professionnelle (p=0,572).

III.2.4. Enfants à charge

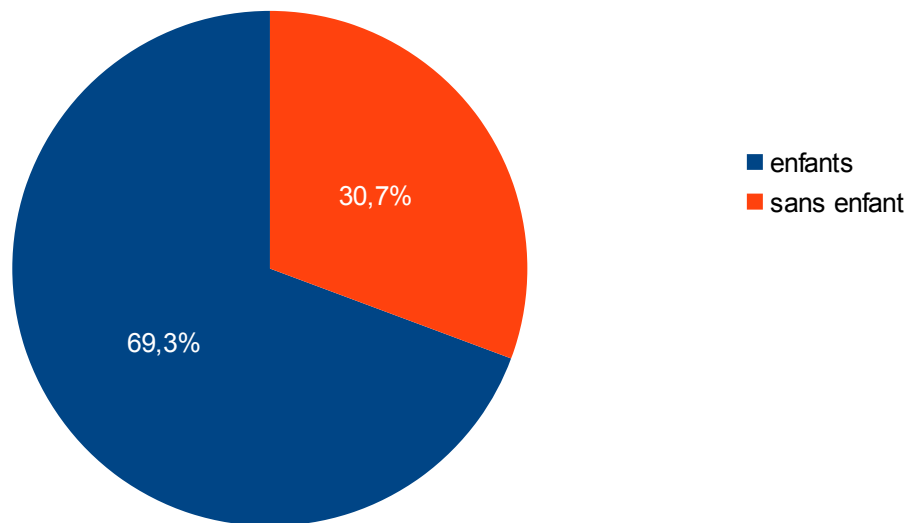
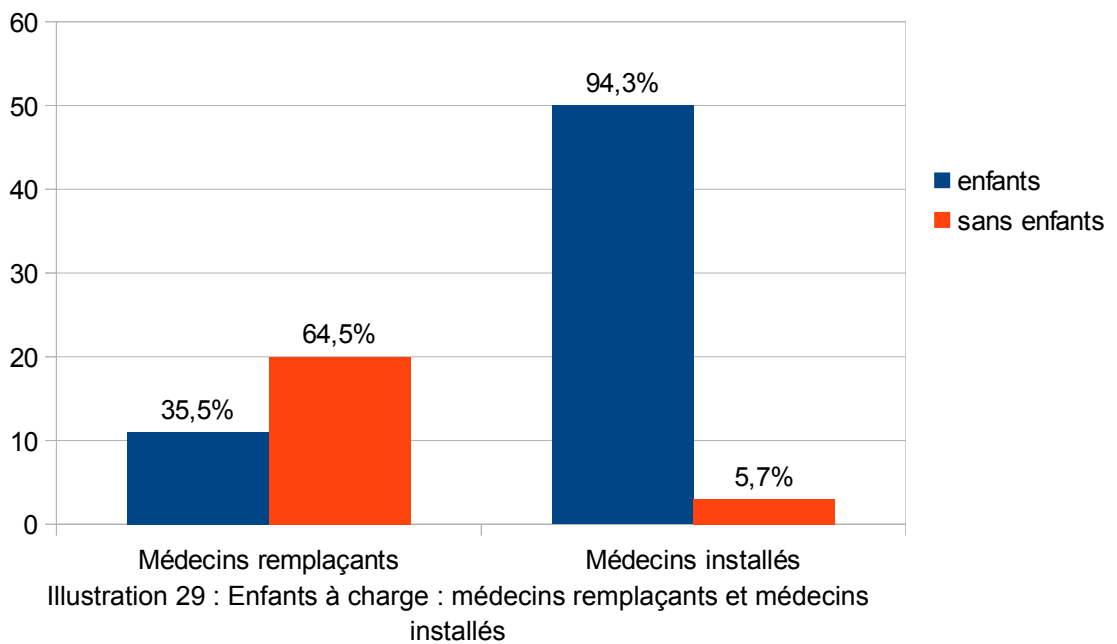


Illustration 28 : Enfants à charge : tous médecins confondus

69,3% des répondants avaient des enfants à charge (n=61) contre 30,7% qui n'en avaient pas (n=27).



64,5% des médecins remplaçants n'avaient pas d'enfant à charge (n=20) contre 35,5% qui en avaient (n=11).

En revanche, une majorité des médecins installés avaient des enfants à 94,3% (n=50) contre seulement 5,7% qui n'en avaient pas (n=3).

Les médecins installés avaient davantage d'enfants à charge comparativement aux médecins remplaçants ($p < 0,05$).

III.2.5. Formation initiale

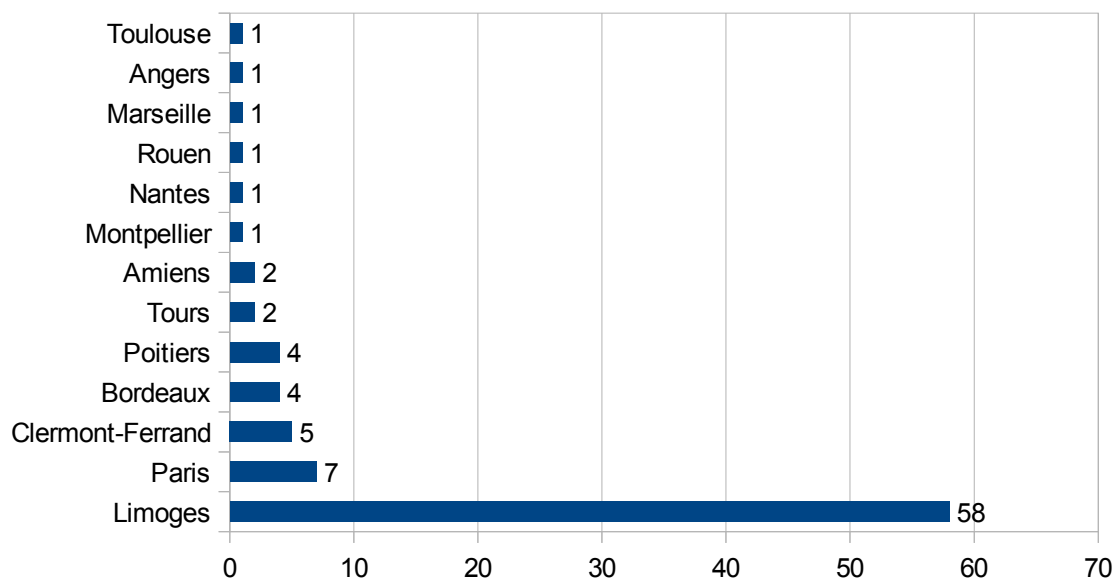


Illustration 30 : Formation initiale des répondants

Une majorité des répondants avaient effectué leur formation initiale à l'université de Limoges soit 65,9 % (n=58). Les universités de Paris venaient en deuxième position et représentaient 8% des répondants (n=7).

III.2.6. Origine géographique

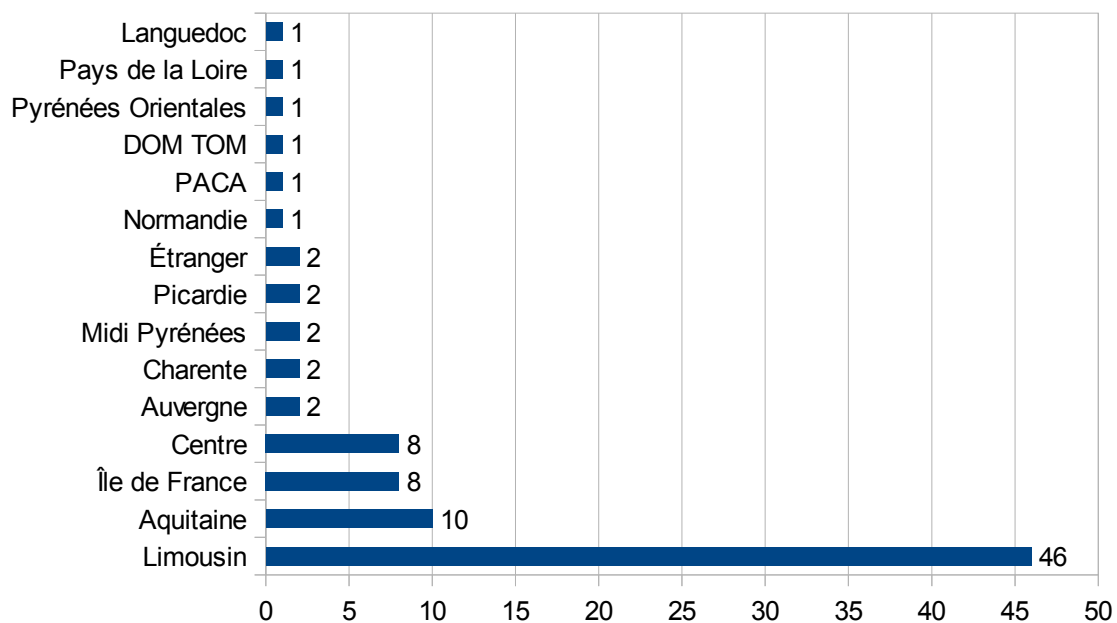


Illustration 31 : Origine géographique des répondants

Les répondants étaient principalement originaires de l'ex région Limousin à 52,3 % (n=46). 11,4% des participants au questionnaire étaient Aquitains (n=10) et 9,1% provenaient de la région Centre et de la région Île de France (n=8).

III.2.7. Situation professionnelle

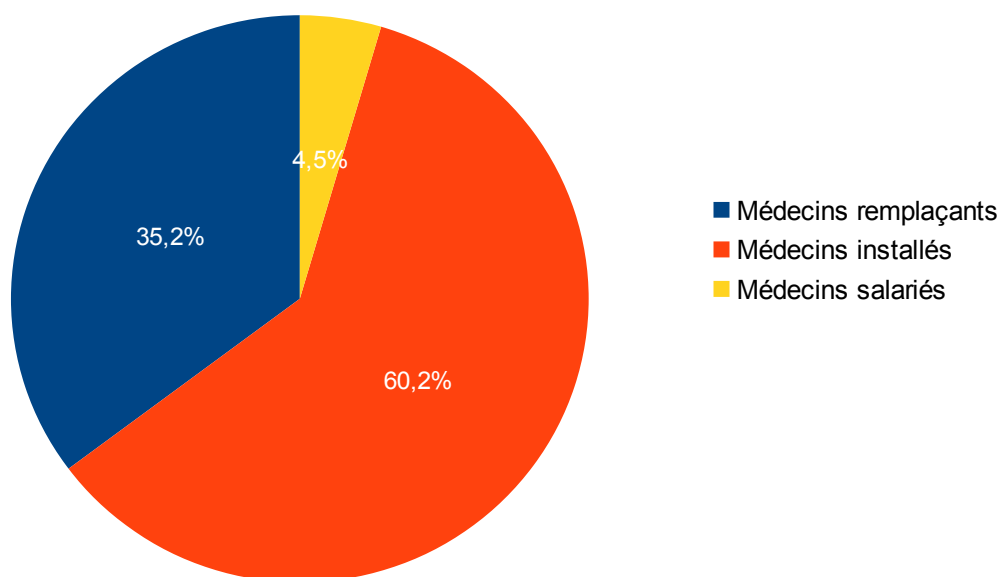


Illustration 32 : Situation professionnelle des répondants : tous médecins confondus

Les médecins installés dans les zones sous médicalisées du Limousin représentaient 60,2% des répondants (n=53).

35,2% des participants au questionnaire étaient des médecins remplaçants (n=31).

4 répondants étaient des médecins momentanément salariés et n'avaient donc pas été inclus dans l'analyse statistique.

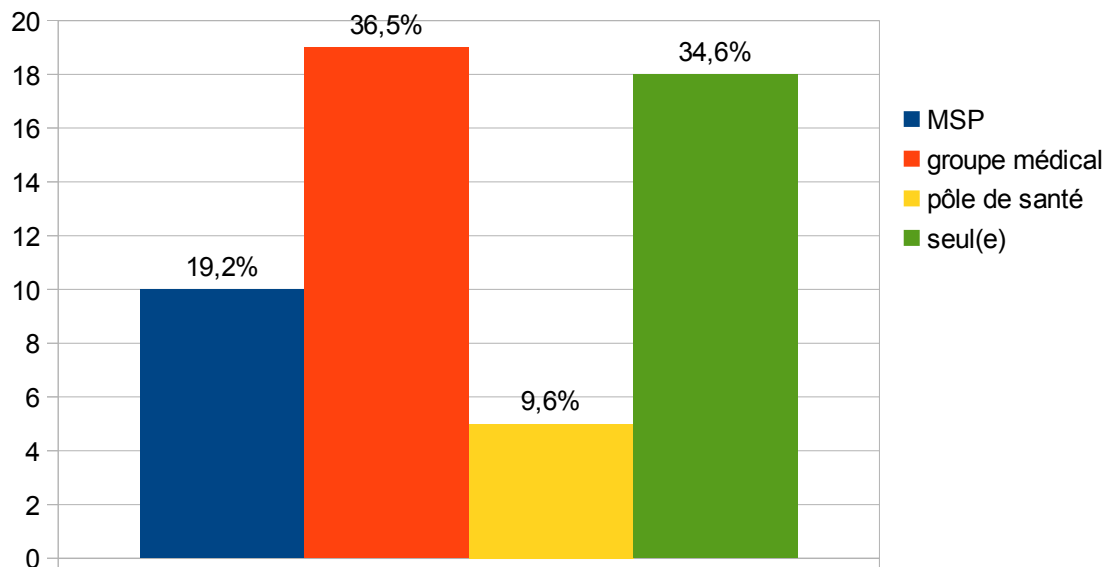


Illustration 33 : mode d'exercice des médecins installés dans les zones sous médicalisées

Parmi les médecins installés dans les zones sous dotées du Limousin, 36,5% des répondants exerçaient dans un groupe médical (n=19), 36,4% travaillaient seul (n=18), 19,2% étaient dans une MSP (n=10) et 9,6% faisaient partie d'un pôle de santé (n=5).

III.2.8. Mode d'exercice préféré

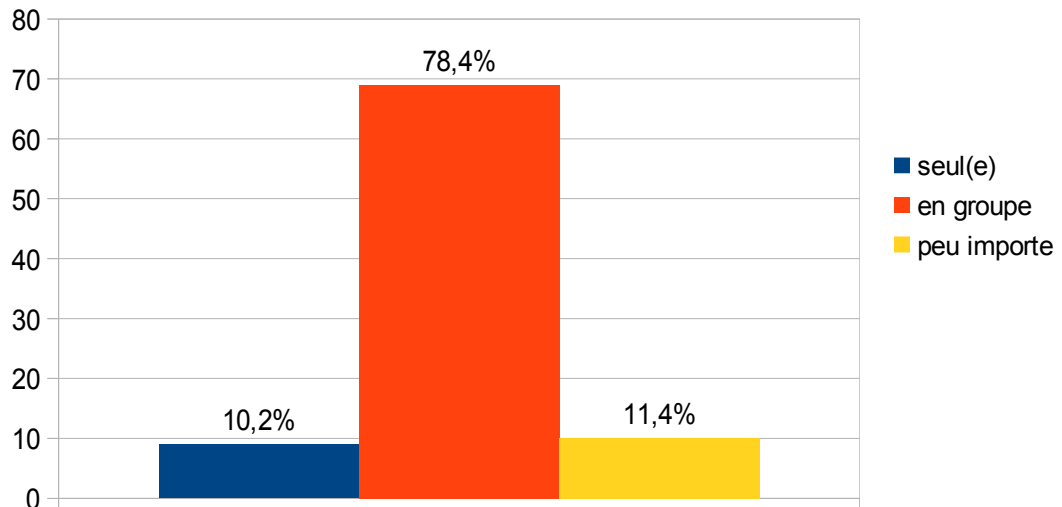


Illustration 34 : Mode d'exercice préféré des répondants : tous médecins confondus

Dans l'idéal, 78,4% des répondants préféreraient travailler en groupe (n=69). Une minorité souhaiterait plutôt exercer seul à 10,2% (n=9). les 11,4% restants n'avaient pas de préférence (n=10).

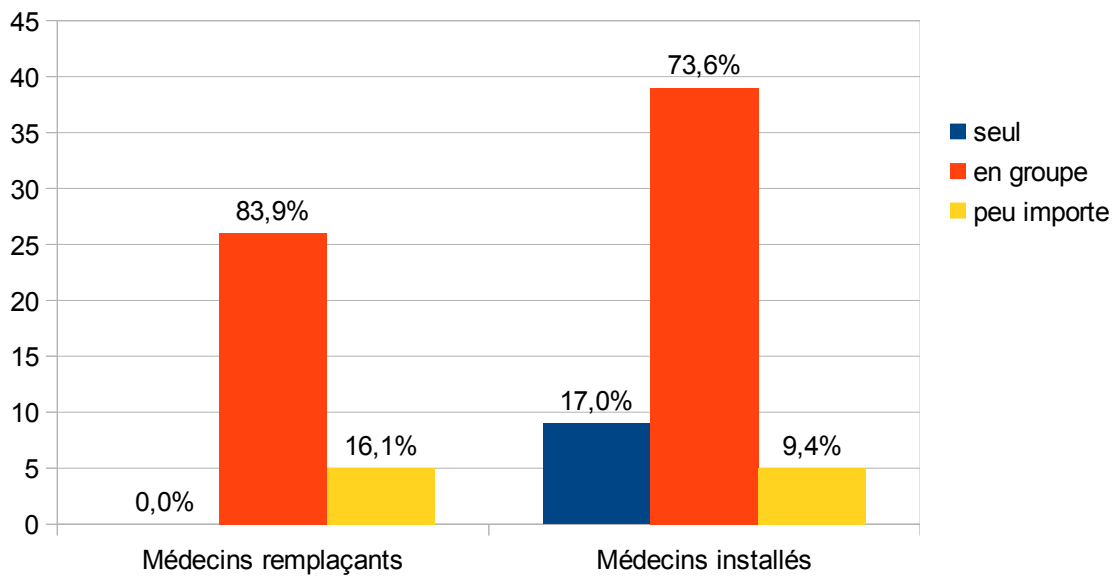


Illustration 35 : Mode d'exercice préféré des répondants : médecins remplaçants et médecins installés

Concernant les médecins remplaçants, 83,9% d'entre eux opteraient pour un exercice en groupe (n=26). Aucun de ces derniers préféreraient travailler seul. Les 16,1% restants n'avaient pas de préférence (n=5).

Concernant les médecins installés, une majorité préférerait également exercer en groupe à 73,6% (n=39). 17% d'entre eux souhaiteraient plutôt être seul (n=9). 9,4% des participants n'y accorderaient pas d'importance (n=5).

Les médecins remplaçants préféreraient comparativement plus s'installer en groupe que les médecins déjà installés ($p=0,038$).

III.2.9. Information sur les aides possibles à l'installation en zones sous dotées

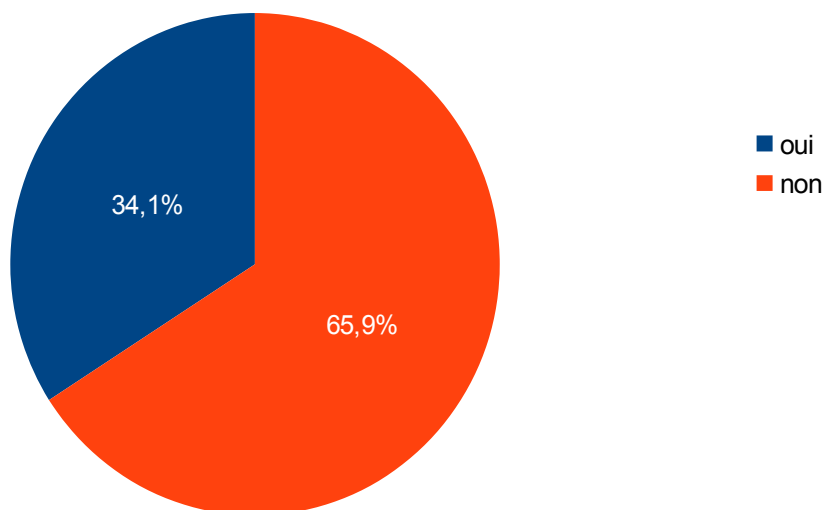


Illustration 36 : information sur les aides possibles à l'installation en zones sous dotées : tous médecins confondus

65,9 % des répondants estimaient ne pas avoir été suffisamment informés sur les différentes aides possibles à l'installation en zones sous médicalisées (n=58) contre 34,1 % qui pensaient l'être (n=30).

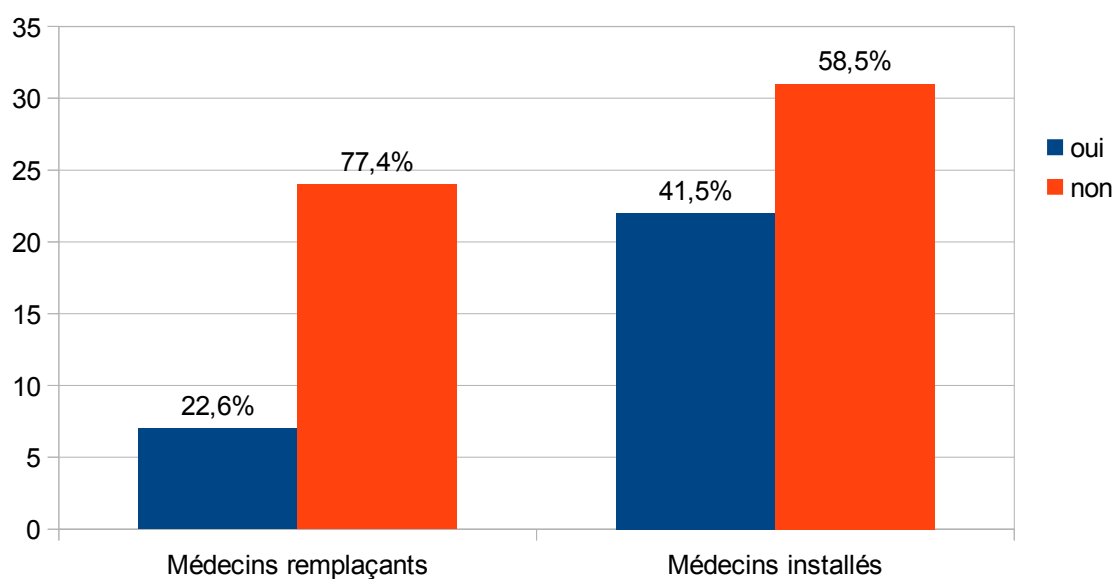


Illustration 37 : information sur les aides possibles à l'installation en zones sous dotées : médecins remplaçants et médecins installés

Parmi les médecins remplaçants, 77,4% pensaient ne pas avoir été suffisamment informés sur les aides possibles à l'installation en zones sous dotées (n=24) contre 22,6% qui estimaient l'être (n=7).

Les médecins installés étaient également une majorité à ne pas être bien informés sur les aides mises en place à 58,5% (n=31) contre 41,5% qui l'étaient (n=22).

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (p=0,12).

III.3. Connaissances et évaluation des MSP

III.3.1. MSP

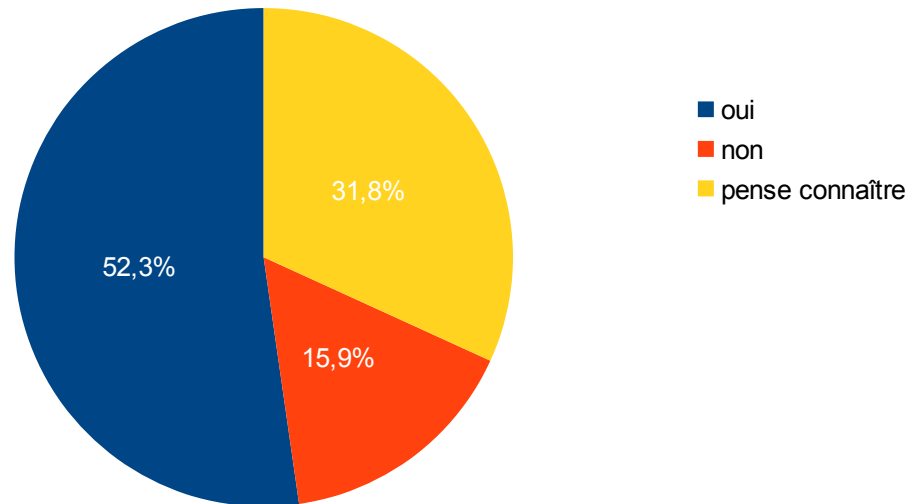
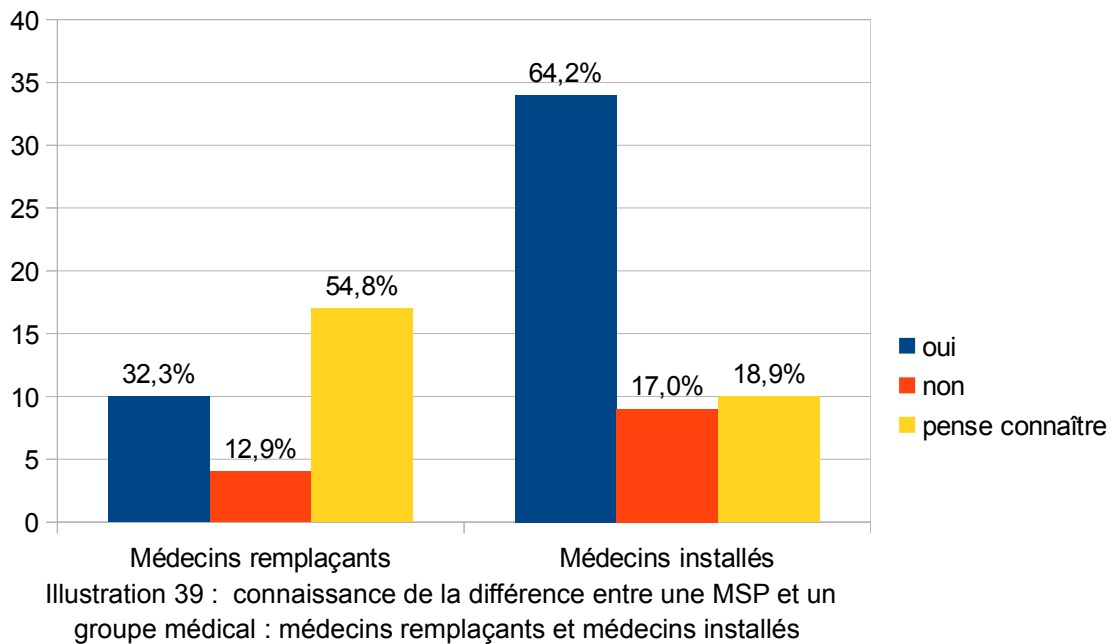


Illustration 38 : connaissance de la différence entre une MSP et un groupe médical : tous médecins confondus

52,3 % des répondants affirmaient connaître la différence entre une MSP et un groupe médical (n=46). 15,9% avouaient ne pas savoir la différence entre les deux (n=14) et 31,8% pensaient le savoir (n=28).



Sur l'ensemble des médecins remplaçants, seulement 32,3% affirmaient connaître la différence entre une MSP et un groupe médical (n=10) ; 54,8% pensaient la connaître (n=17) et 12,9% avouaient ne pas le savoir.

En revanche, une majorité des médecins installés connaissaient à priori la différence à 64,2% (n=34) contre 17% qui ne la connaissaient pas (n=9) et 18,9% qui pensaient le savoir (n=10).

Les médecins remplaçants semblaient moins bien connaître la différence entre une MSP et un groupe médical que les médecins installés dans les zones sous médicalisées (p=0,003).

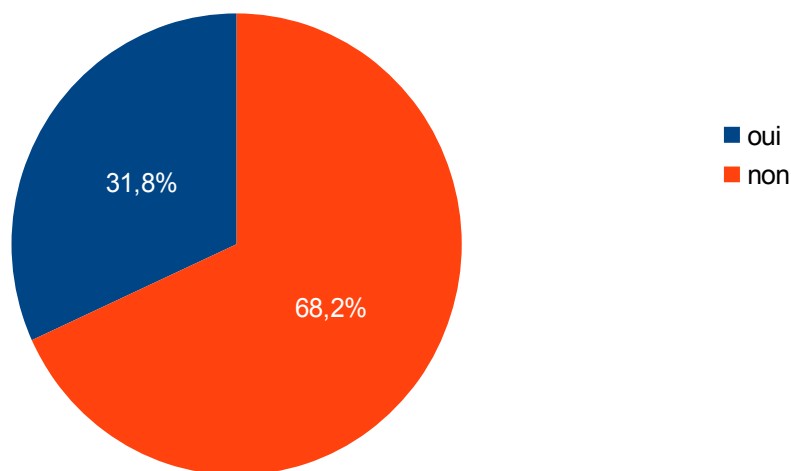


Illustration 40 : Exercice au sein d'une MSP : tous médecins confondus

La majorité des répondants n'avaient jamais exercé au sein d'une MSP à 68,2% (n=60) contre 31,8% qui y avaient déjà travaillé (n=28).

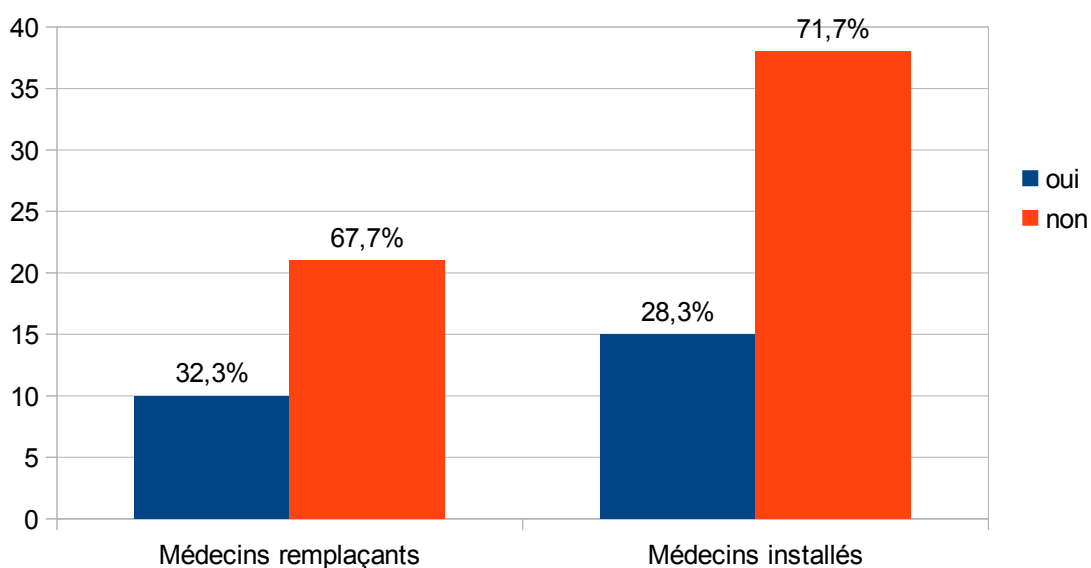


Illustration 41 : Exercice au sein d'une MSP : médecins remplaçants et médecins installés

67,7% des médecins remplaçants n'avaient jamais travaillé au sein d'une MSP (n=21) ainsi que 71,7% des médecins installés (n=38).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (p=0,89)

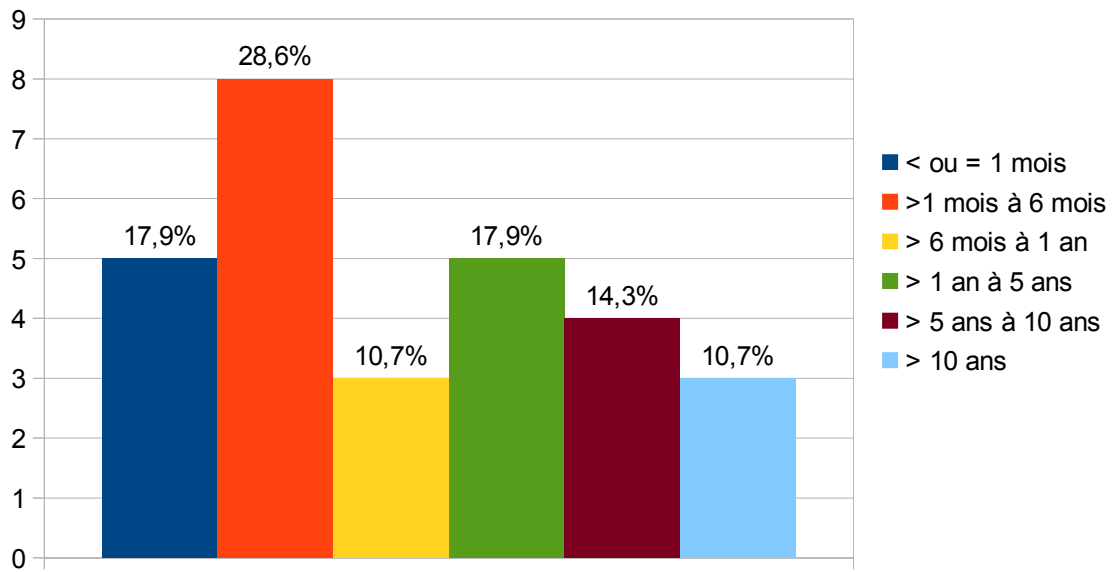


Illustration 42 : Temps travaillé dans une MSP

Plus de la moitié des répondants ayant déjà exercé dans une MSP y avaient travaillé moins d'un an soit 57,2% (n=16).

17,9% y avaient exercé entre 1 an et 5 ans (n=5), 14,3% entre 5 ans et 10 ans (n=4) et 10,7% plus de 10 ans...(n=3)

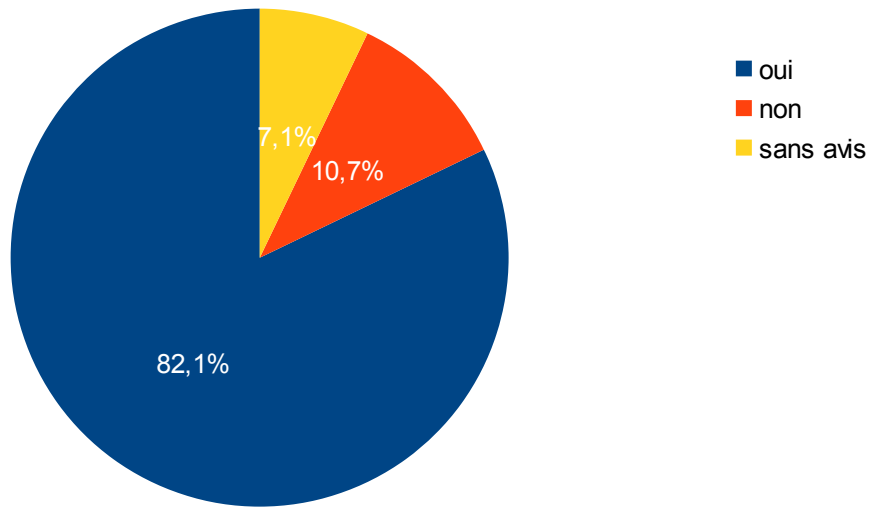


Illustration 43 : Satisfaction des répondants ayant exercé au sein d'une MSP : tous médecins confondus

82,1% des répondants ayant exercé dans une MSP étaient satisfaits de ce mode d'exercice, ce qui représentait une grande majorité (n=23). 10,7% s'estimaient non satisfaits (n=3). Les 7,1% restants ne se prononçaient pas (n=2).

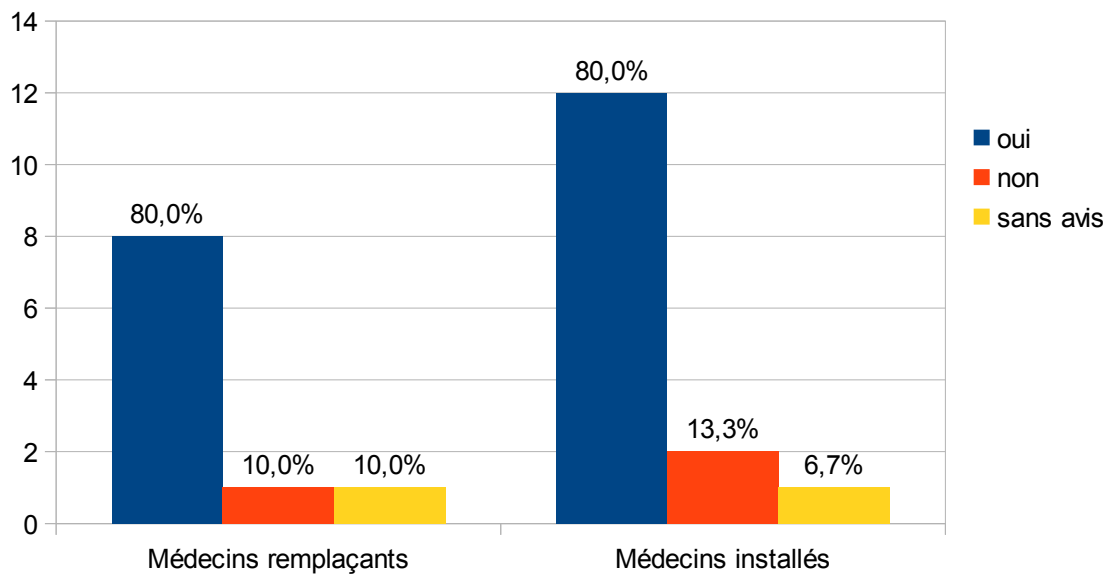


Illustration 44 : Satisfaction des répondants ayant exercé au sein d'une MSP :
médecins remplaçants et médecins installés

80% des médecins remplaçants (n=8) et des médecins installés (n=12) ayant travaillé dans une MSP déclaraient être satisfaits de ce mode d'exercice. Seulement 10% dans le groupe des médecins remplaçants (n=1) et 13,3% dans le groupe des médecins installés (n=2) ne l'étaient pas.

10% des médecins remplaçants (n=1) et 6,7% des médecins installés (n=1) ne se prononçaient pas.

Concernant les MSP, le taux de satisfaction était donc le même pour les deux groupes (p=1).

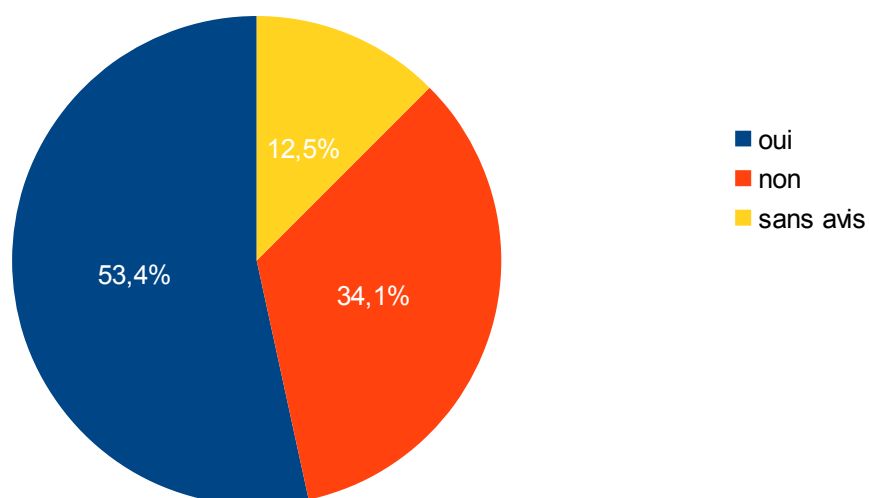


Illustration 45 : Création des MSP pour inciter à l'installation : avis de l'ensemble des répondants

53,4% des répondants pensaient que la création des MSP dans les zones sous dotées pourrait inciter les médecins généralistes à s'y installer (n=47). 34,1% n'étaient pas de cet avis (n=30). Les 12,5% restants ne s'étaient pas prononcés (n=11).

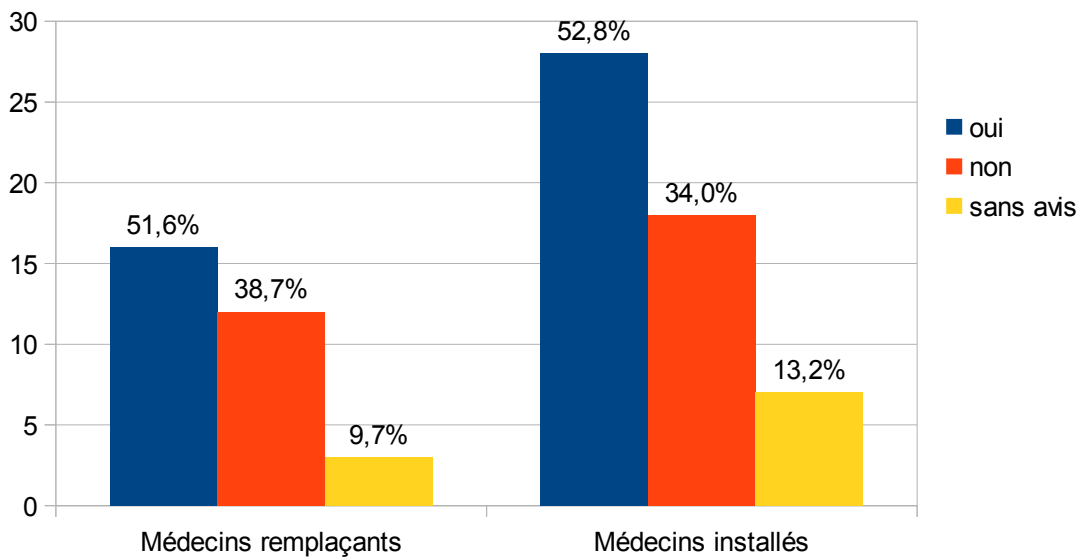


Illustration 46 : Création des MSP pour inciter à l'installation : avis des médecins remplaçants et des médecins installés

51,6% des médecins remplaçants (n=16) et 52,8% des médecins installés (n=28) pensaient que la création des MSP dans les zones sous dotées inciterait les médecins généralistes à s'y installer.

38,7% des médecins remplaçants (n=12) et 34% des médecins installés (n=18) ne partageaient pas cet avis.

3 répondants dans le groupe des médecins remplaçants et 7 répondants dans le groupe des médecins installés ne se positionnaient pas.

Les deux groupes semblaient comparativement avoir le même opinion (p=0,86).

III.3.2. Nouveaux modes de rémunération (NMR)

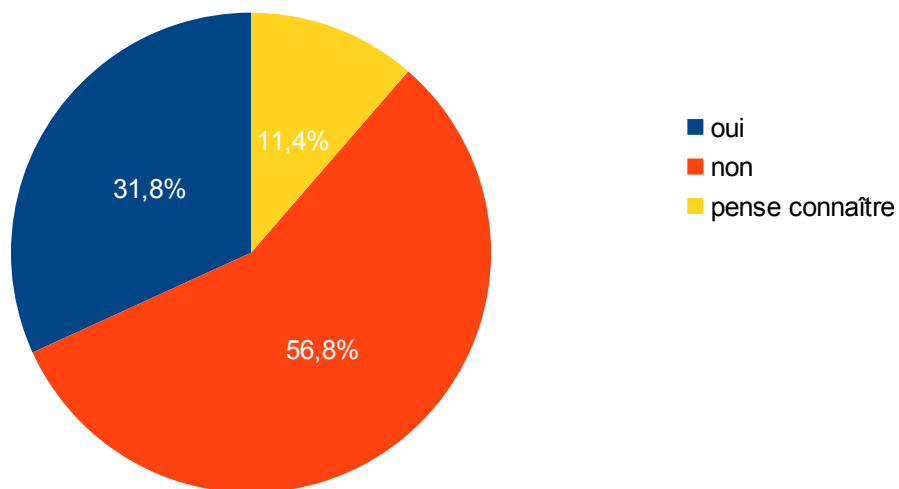
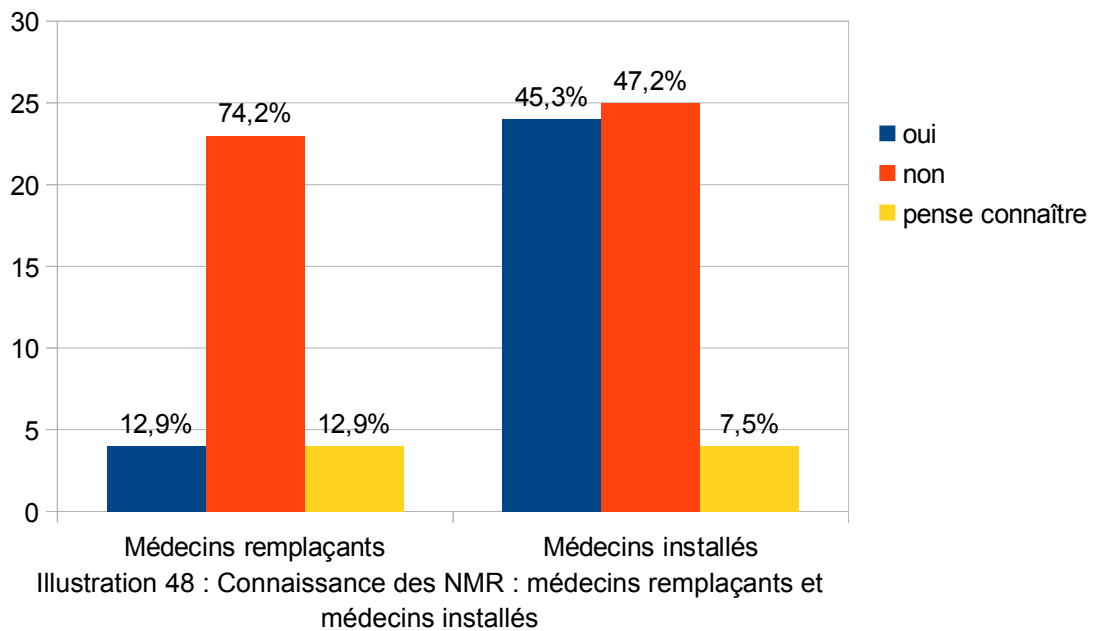


Illustration 47 : Connaissance des NMR : tous médecins confondus

La majorité des répondants méconnaissaient les NMR à 56,8% (n=50). 31,8% connaissaient à priori ce mode de rémunération (n=28). 11,4% pensaient le connaître (n=10).



Seulement 12,9% des médecins remplaçants affirmaient connaître les NMR (n=4). 74,2% d'entre eux ignoraient de quoi il s'agissait (n=23). 12,9% pensaient connaître ce type de rémunération (n=4).

Les médecins installés étaient plus nombreux à connaître la définition des NMR à 45,3% (n=24) contre 47,2% qui avouaient l'ignorer (n=25). Parmi eux, 4 participants pensaient savoir de quoi il s'agissait.

Il semblerait que les médecins installés connaissaient d'avantage la définition des NMR que les médecins remplaçants. (p=0,007).

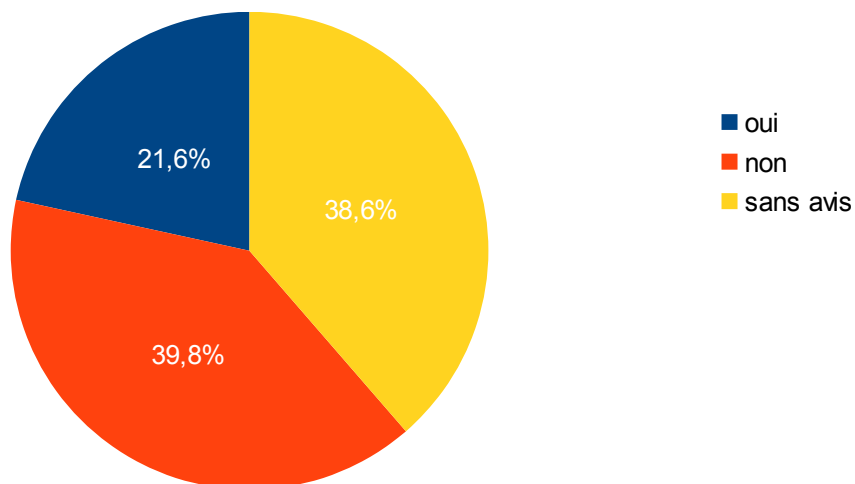
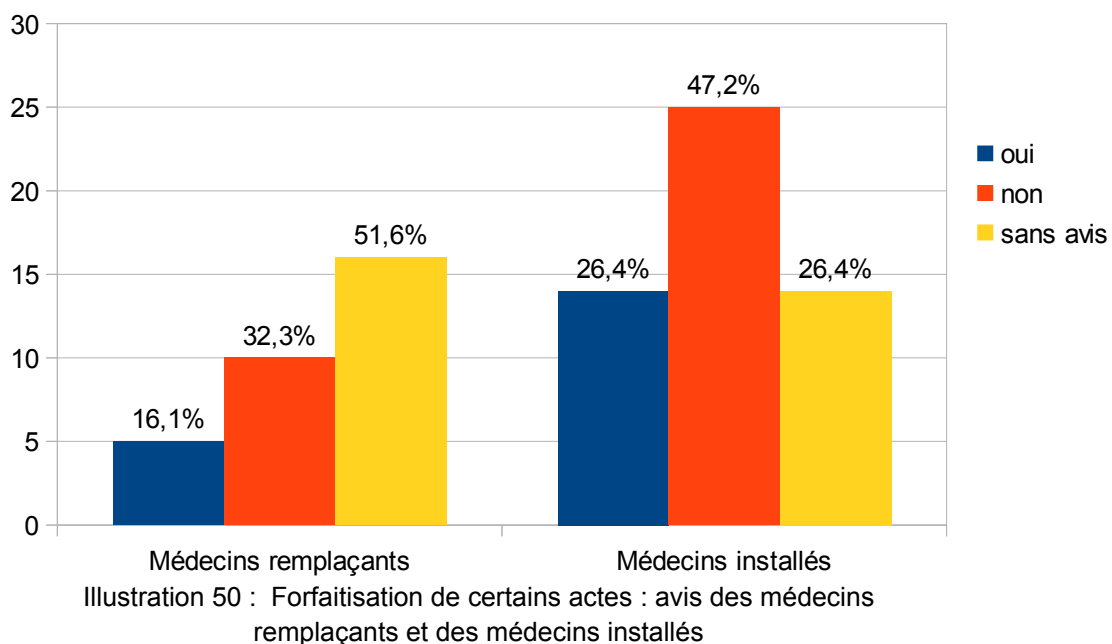


Illustration 49 : Forfaitisation de certains actes au sein des MSP : avis de l'ensemble des répondants

Une minorité des répondants pensaient que la forfaitisation de certains actes au sein des MSP pourrait être attractive à 21,6% (n=19). 39,8% ne partageaient pas cet avis (n=35) et 38,6% ne se prononçaient pas (n=34).



16,1% des médecins remplaçants (n=5) et 26,4% des médecins installés (n=14) estimaient que la forfaitisation de certains actes pourrait être attractive.

32,3% des médecins remplaçants (n=10) et 47,2% des médecins installés (n=25) n'étaient pas de cet avis.

Plus de la moitié des médecins remplaçants ne se positionnaient pas à 51,6% (n=16) comme 26,4% de médecins installés (n=14).

En limite de significativité, les médecins installés avaient un avis plus tranché sur l'attrait de la forfaitisation que les médecins remplaçants (p=0,066). Ils étaient plus nombreux à penser que celle-ci ne serait pas attractive.

III.4. Évaluation des différentes autres mesures incitatives

III.4.1. Télémedecine

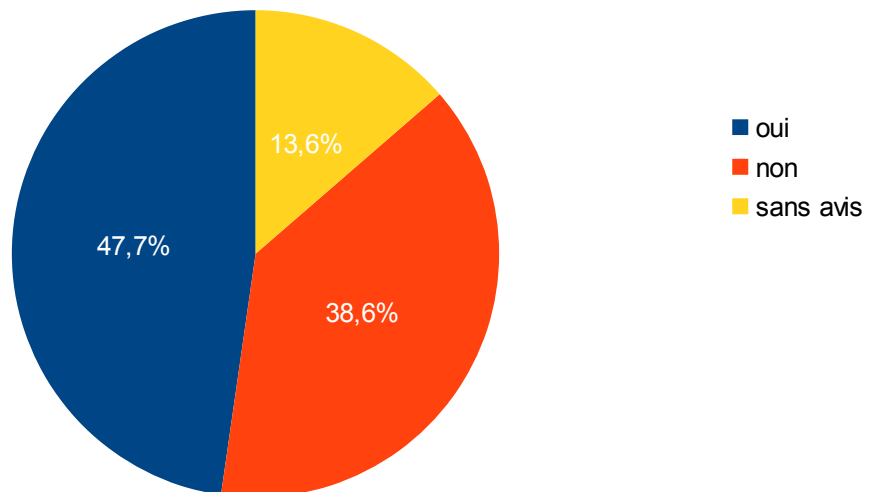
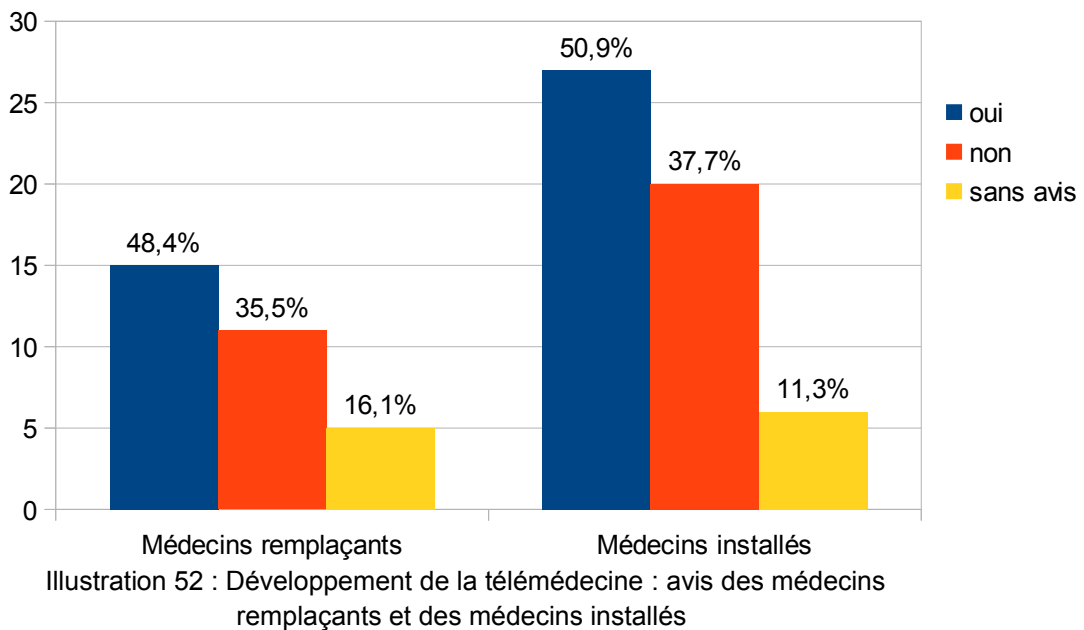


Illustration 51: Développement de la télémedecine : avis de l'ensemble des répondants

47,7 % des répondants admettaient que le développement de la télémedecine dans les zones sous dotées pourrait améliorer les conditions de travail du médecin installé (n=42). 38,6% n'étaient pas de cet avis (n=34). Les 13,6% restants ne se prononçaient pas (n=12).



Environ la moitié des médecins remplaçants estimaient que le développement de la télémédecine faciliterait les conditions de travail des médecins installés dans les zones sous médicalisées à 48,4% (n=15) tout comme les médecins installés à 50,9% (n=27).

35,5% des médecins remplaçants (n=11) et 37,7% des médecins installés (n=20) ne partageaient pas cet avis.

5 médecins remplaçants et 6 médecins installés avaient préféré ne pas se prononcer.

Le ressenti des répondants concernant le développement de la télémédecine dans les zones sous médicalisées est donc comparable dans les deux groupes ($p=0,82$) avec une tendance d'avis favorables.

III.4.2. Mesures incitatives financières

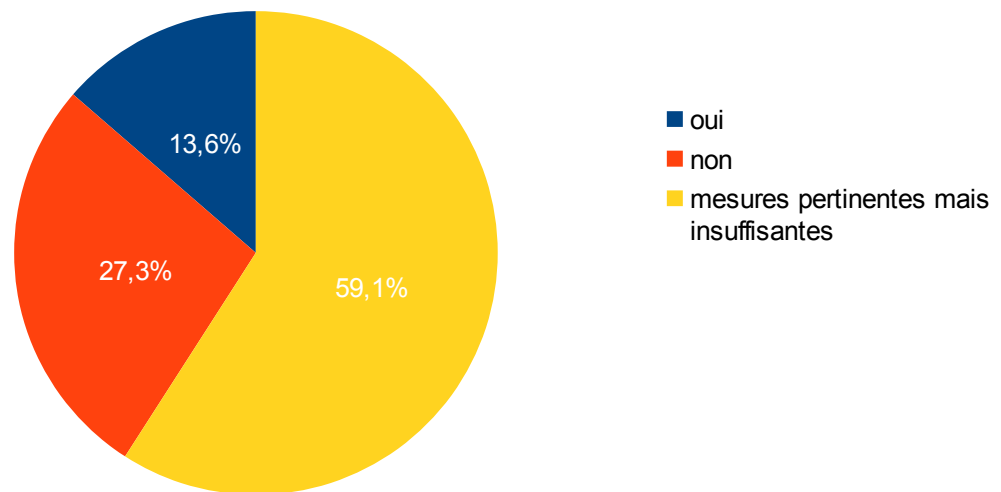
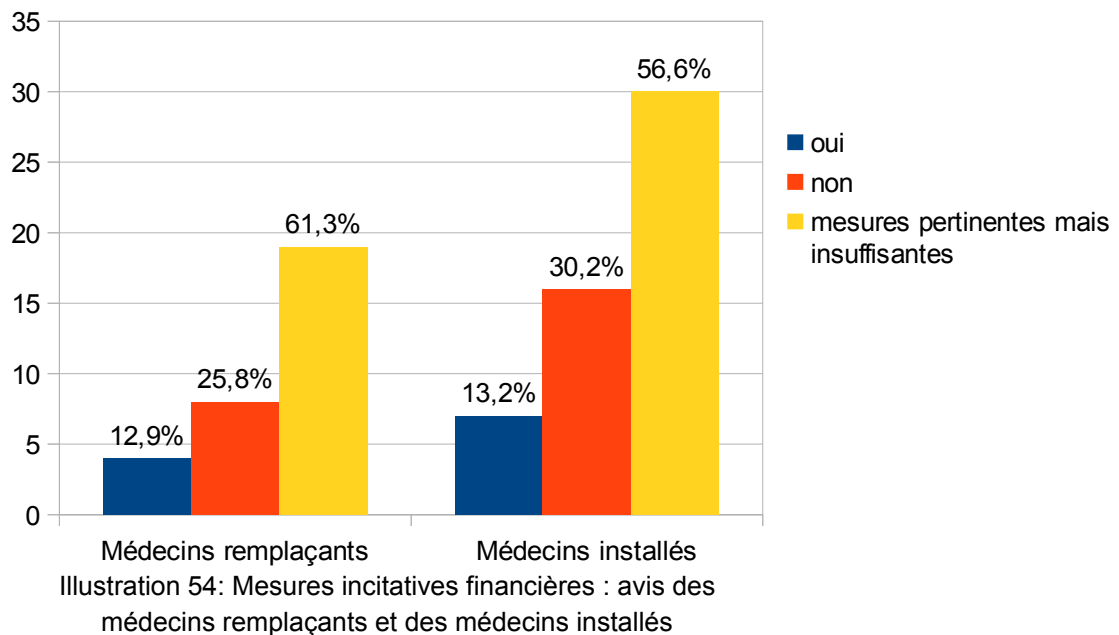


Illustration 53 : Mesures incitatives financières : avis de l'ensemble des répondants

59,1% des répondants admettaient que les mesures incitatives financières (CESP, PTMG, exonération d'impôts, CAIM...) étaient des mesures pertinentes mais insuffisantes pour susciter l'installation des médecins généralistes dans les zones sous dotées (n=52).

27,3% d'entre eux ne pensaient pas que ces mesures inciteraient l'installation (n=24) et 13,6% estimaient le contraire (n=12).



Dans les deux groupes, les répondants pensaient majoritairement que les mesures incitatives financières étaient pertinentes mais insuffisantes pour susciter l'installation, à la hauteur de 61,3% concernant les médecins remplaçants (n=19) et 56,6% concernant les médecins installés (n=30).

12,9% des médecins remplaçants (n=4) et 13,2% des médecins installés (n=7) étaient convaincus que ces aides inciteraient l'installation.

25,8% des médecins remplaçants (n=8) et 30,2 % des médecins installés (n=16) n'étaient pas de cet avis.

Les médecins remplaçants tout comme les médecins installés avaient tendance à penser que les mesures financières étaient pertinentes mais ne suffisaient pas à susciter l'installation dans les zones sous dotées (p=0,95).

III.4.3. Augmentation du Numerus Clausus

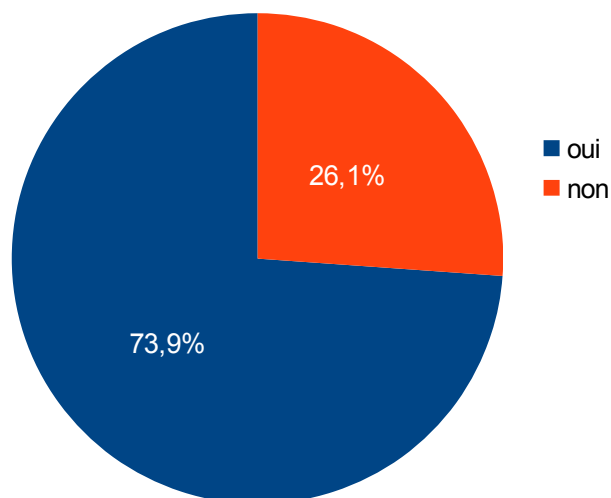


Illustration 55 : Augmentation du numerus clausus : avis de l'ensemble des répondants

Les participants étaient majoritairement favorables à l'augmentation du numerus clausus dans les régions sous dotées à 73,9% (n=65).

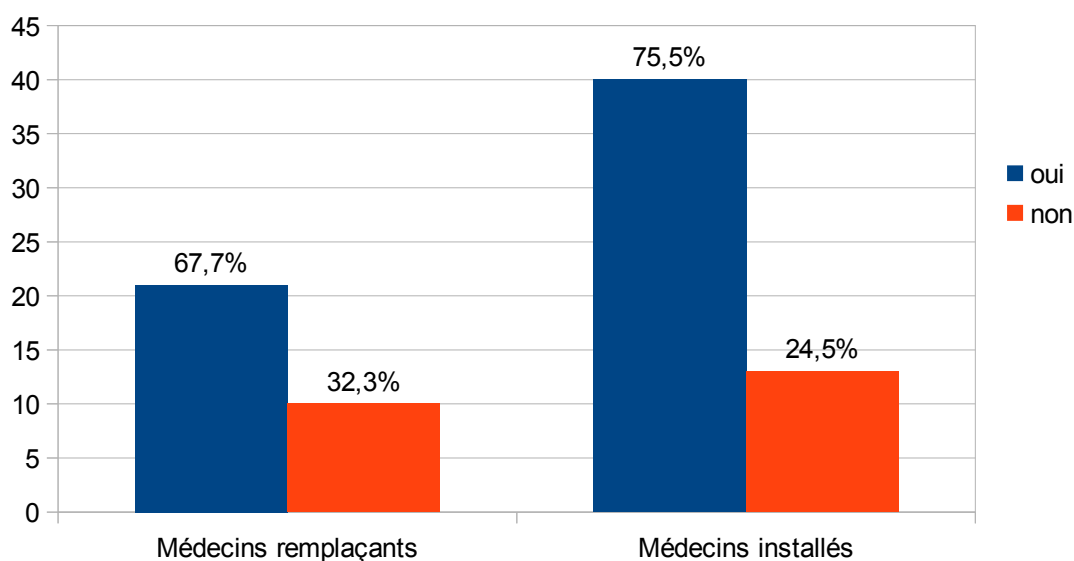


Illustration 56 : Augmentation du numerus clausus : avis des médecins remplaçants et des médecins installés

67,7% des médecins remplaçants (n=21) et 75,5% des médecins installés (n=40) étaient favorables à l'augmentation du numerus clausus dans les régions sous dotées.

Les deux groupes étaient donc sensiblement du même avis (p=0,61).

III.5. Impact de l'aménagement du territoire et de l'organisation de la permanence des soins.

III.5.1. Impact de la proximité des services publics et des commerces

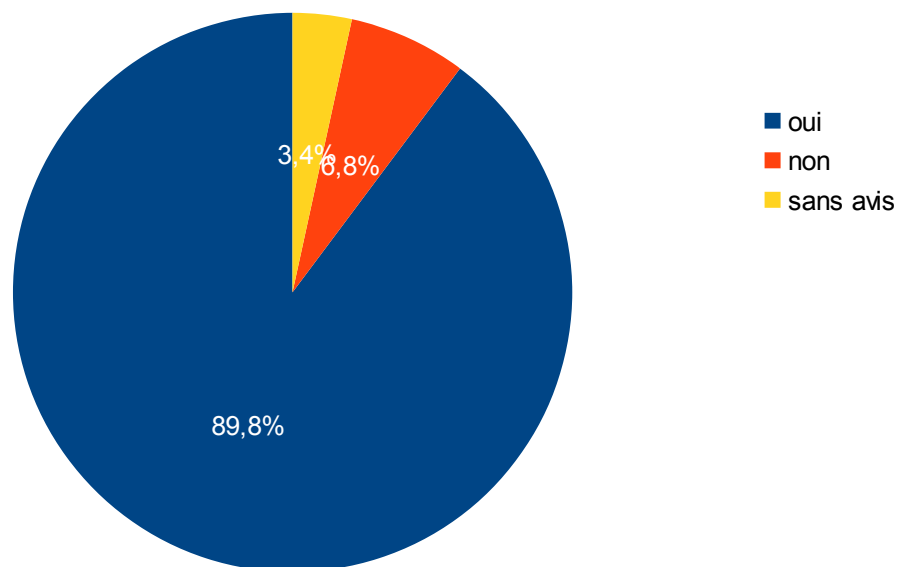


Illustration 57 : Importance de la proximité des services publics et des commerces : avis de l'ensemble des répondants

La proximité des services publics et des commerces influençait le choix d'installation pour la majorité des répondants à 89,8% (n=79).

Seulement 6 participants n'y accordaient pas d'importance et 3 autres ne se prononçaient pas.

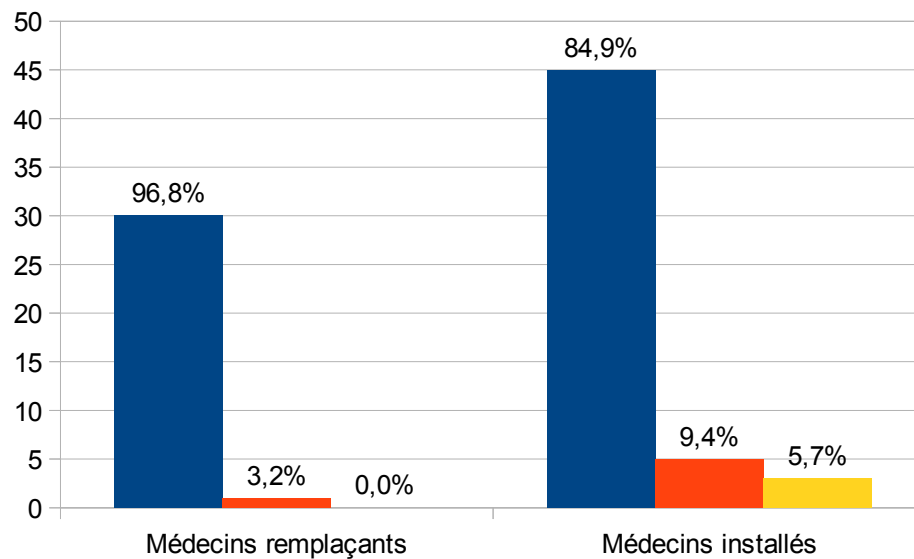


Illustration 58: Importance de la proximité des services publics et des commerces : avis des médecins remplaçants et des médecins installés

La proximité des services publics et des commerces étaient indispensable pour la quasi totalité des médecins remplaçants à 96,8% (n=30). Parmi eux, un seul répondant ne partageait pas cet avis.

Il en est de même concernant les médecins installés puisque 84,9% d'entre eux y accordaient de l'importance (n=45). Seul 5 répondants n'éprouvaient pas le besoin d'être à proximité des services publics et 3 répondants ne se positionnaient pas.

La proximité des services publics et des commerces était donc indispensable pour les médecins remplaçants comme pour les médecins installés (p=0,28).

III.5.2. Impact de la proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux

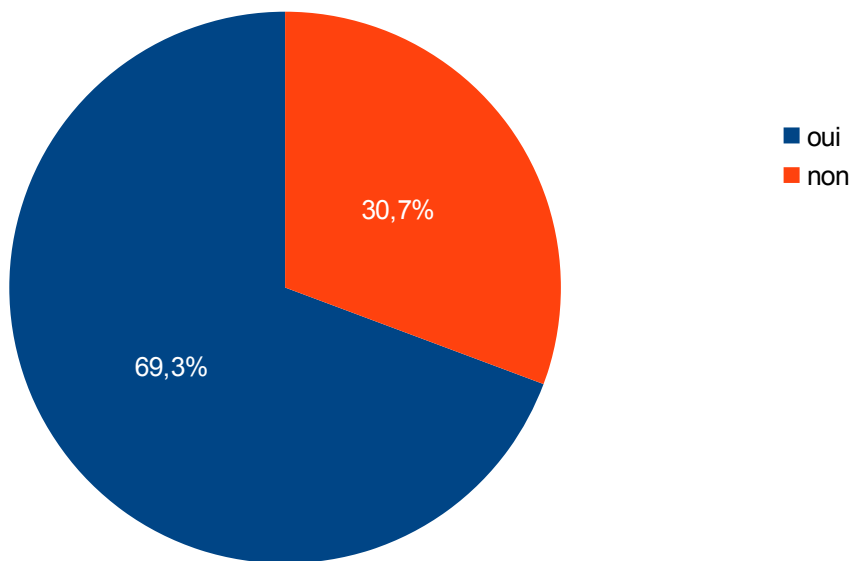


Illustration 59 : Importance de la proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux : avis de l'ensemble des répondants

La proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux du lieu de travail était capitale pour 69,3% des répondants (n=61).

30,7% des participants n'y accordaient pas d'importance (n=27).

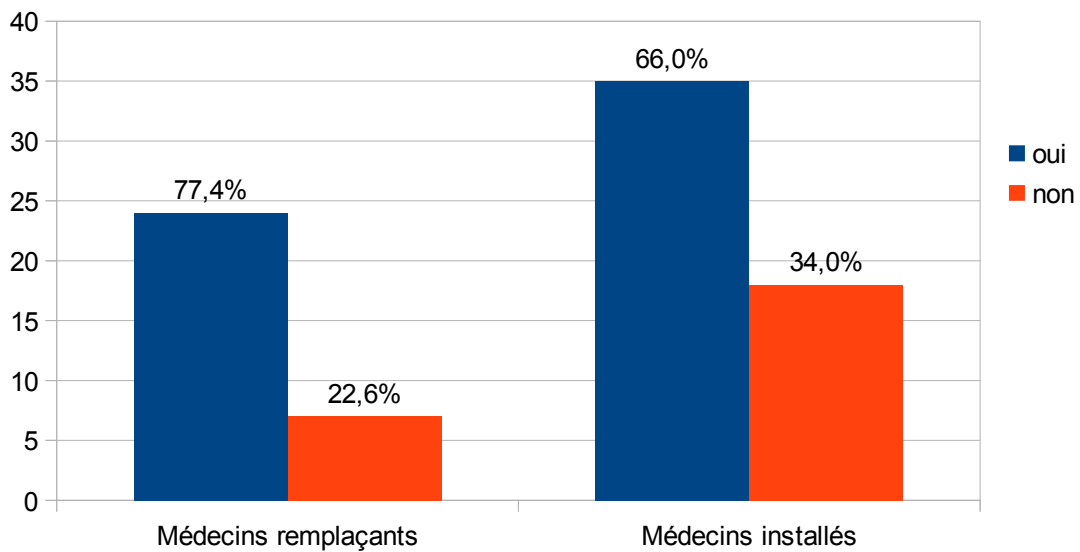


Illustration 60 : Importance de la proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux : avis des médecins remplaçants et des médecins installés

La proximité de services médicaux était un facteur déterminant dans le choix du lieu d'installation pour 77,4% des médecins remplaçants (n=24) et 66% des médecins installés (n=35).

Ce critère n'était pas influant sur le choix du lieu d'installation pour 22,6% des médecins remplaçants (n=7) et 34 % des médecins installés (n=18).

La proximité de services d'urgences et des autres services médicaux du lieu de travail était capitale pour la majorité des médecins remplaçants et des médecins installés (p=0,39).

III.5.3. Impact de l'organisation de la permanence des soins

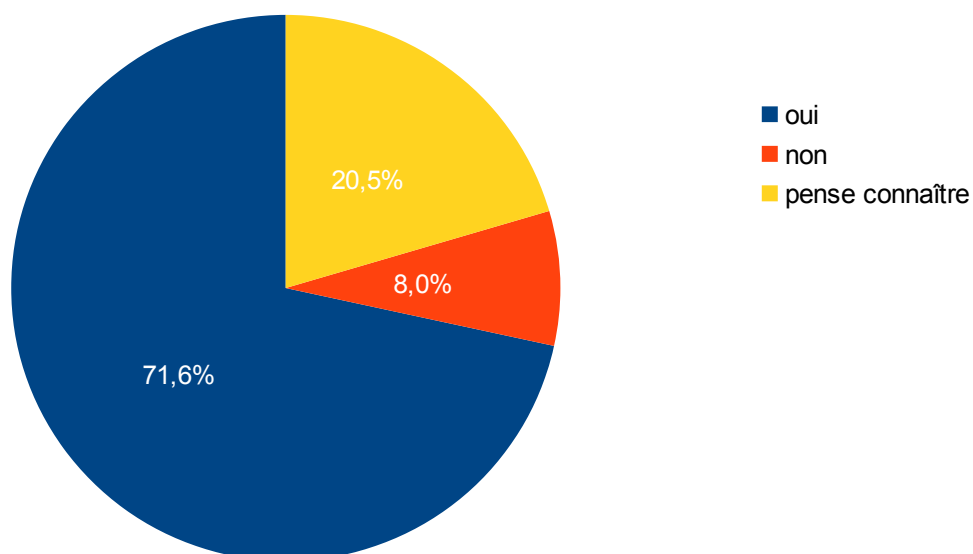


Illustration 61 : Connaissance de l'organisation de la permanence des soins en Limousin : tout médecins confondus

Sur l'ensemble des participants, 71,6% connaissaient l'organisation de la permanence des soins en Limousin (n=63). 20,5% pensaient la connaître (n=18) et 8% avouaient ne pas le savoir (n=7).

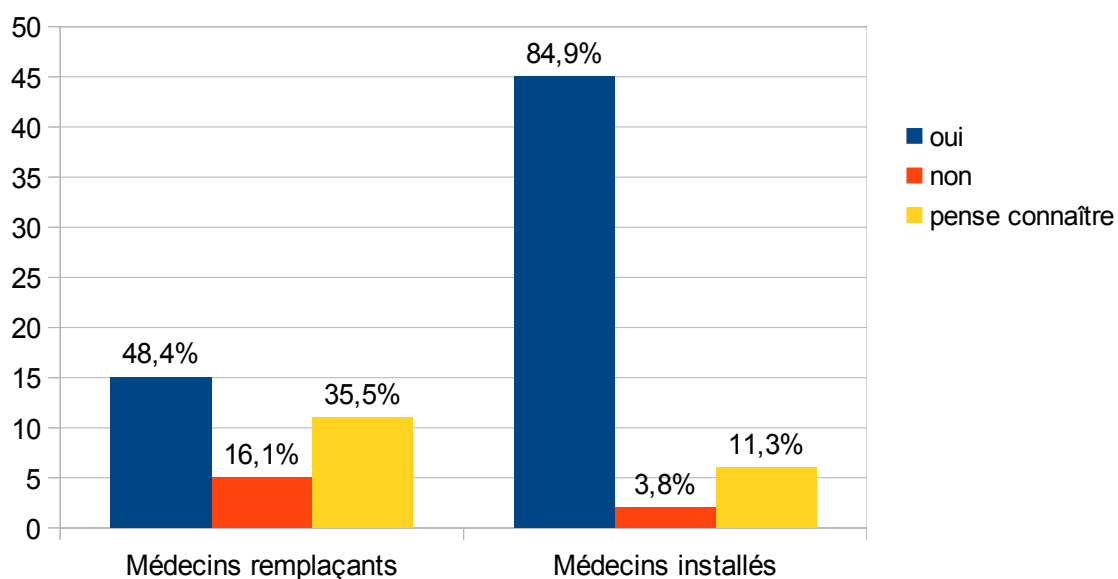


Illustration 62 : Connaissance de l'organisation de la permanence des soins en Limousin : médecins remplaçants et médecins installés

84,9% des médecins installés affirmaient connaître l'organisation de la permanence des soins en Limousin (n=45). C'était également le cas pour 48,4% des médecins remplaçants (n=15).

35,5% des médecins remplaçants pensaient la connaître (n=11) comme pour 11,3% des médecins installés (n=6).

Seulement 2 médecins installés et 5 médecins remplaçants avouaient l'ignorer.

Les médecins installés connaissaient plus l'organisation de la permanence des soins que les médecins remplaçants (p=0,002).

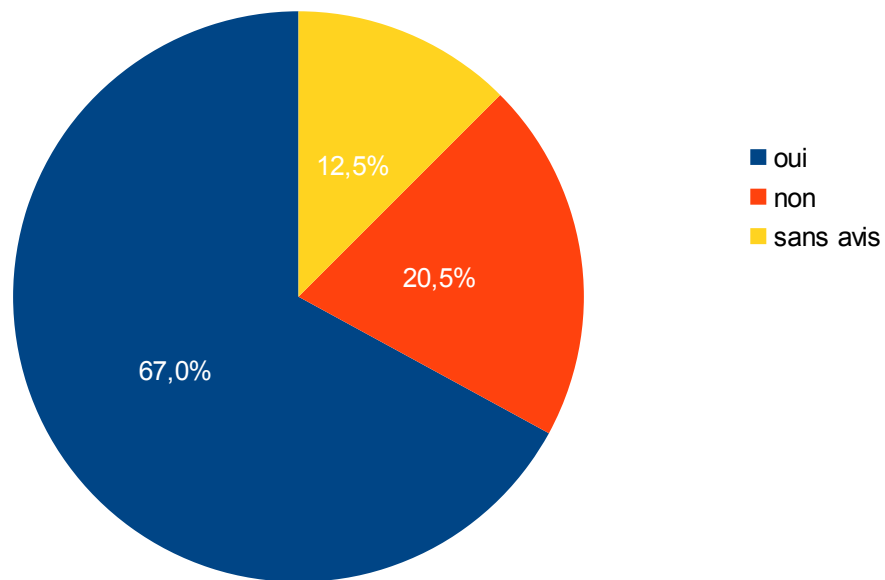


Illustration 63 : Importance de l'organisation de la permanence des soins : avis de l'ensemble des répondants

L'organisation de la permanence des soins influençait le choix du lieu d'installation pour la majorité des répondants à hauteur de 67% (n=59).

Ce critère n'était pas un facteur déterminant pour 20,5% des répondants (n=18). 12,5% ne se prononçaient pas (n=11).

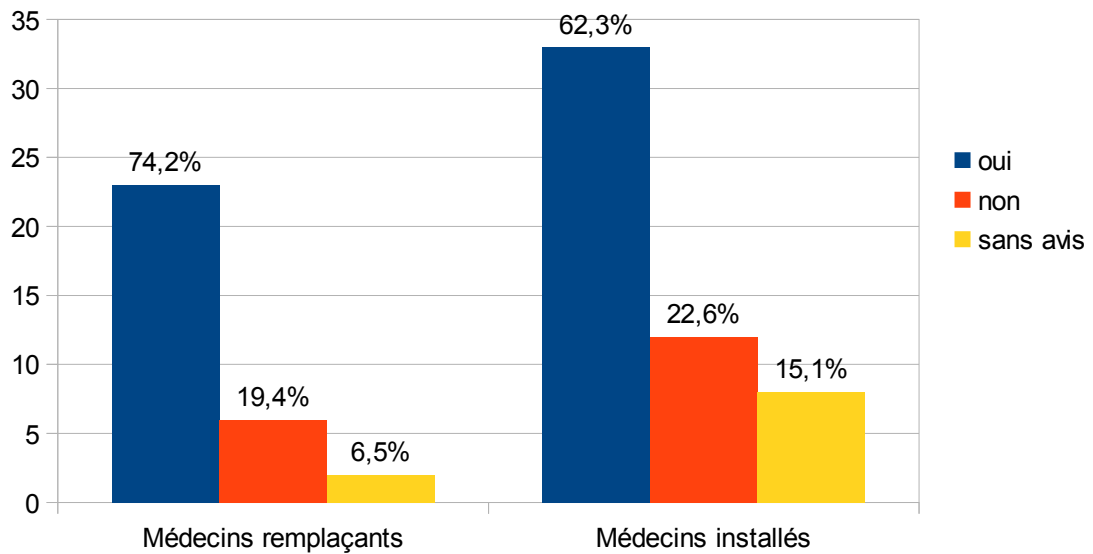


Illustration 64 : Importance de l'organisation de la permanence des soins : avis des médecins remplaçants et des médecins installés

74,2% des médecins remplaçants (n=23) et 62,3% des médecins installés (n=33) accordaient de l'importance à l'organisation de la permanence des soins quant au choix du lieu d'installation.

Celle-ci n'était pas un facteur rédhibitoire pour 19,4% des médecins remplaçants (n=6) et 22,6% des médecins installés (n=12).

2 médecins remplaçants et 8 médecins installés ne se positionnaient pas.

L'organisation de la permanence des soins est donc un facteur influençant le choix du lieu d'installation pour les médecins remplaçants comme pour les médecins installés (p=0,46).

III.6. Solutions pouvant favoriser l'installation dans les zones sous dotées : question ouverte

La solution la plus fréquemment évoquée, soit par environ 1/3 des répondants, était la préservation voire la restauration des services publics et des commerces dans les zones rurales afin de garantir une qualité de vie autant familiale que professionnelle.

Par ailleurs, relancer l'économie dans ces zones permettrait aux conjoints de trouver un emploi ce qui est un facteur déterminant dans le choix du lieu d'installation. Cela permettrait également d'attirer une population plus jeune dans nos campagnes et donc de redynamiser ces régions.

Certains répondants évoquaient même la généralisation d'une couverture haut-débit pour faciliter le travail du médecin notamment la coordination des soins.

Une autre solution largement avancée était la revalorisation financière des actes médicaux et la limitation de l'imposition dans ces zones afin de contrebalancer le coût des charges et le temps administratif non rémunéré.

2 répondants suggéraient la forfaitisation de certains actes comme la prise en charge des maladies chroniques, ce qui est déjà pratiquée dans les MSP.

Quelques répondants proposaient le passage au salariat.

Afin d'alléger le temps de travail, l'installation groupée était largement plébiscitée : la création des MSP dans les centre bourgs attractifs pourraient donc favoriser l'installation dans les zones sous médicalisées.

Dans une moindre mesure, les autres solutions apportées par les répondants étaient :

- l'augmentation du numerus clausus dans les régions sous dotées. Un médecin évoquait même la création d'un examen classant régionalisé.
- l'obligation de réaliser des stages ambulatoires dans les zones sous dotées, éventuellement au sein de MSP afin de les faire connaître.
- une meilleure information des jeunes médecins sur les aides à l'installation et sur les postes à pourvoir dans les zones concernées.
- un allègement de la permanence des soins
- une limitation de la liberté d'installation avec l'obligation d'exercer dans ces zones
- le développement de la télémédecine
- le développement de microstructures de soins et de cabinets secondaires
- le financement des locaux



- une meilleure reconnaissance de la médecine générale

Enfin, quelques répondants pensaient qu'il n'y avait aucune solution pour pallier aux déserts médicaux.



IV. Discussion

IV.1. Analyse de la méthode

IV.1.1. Type d'étude

Actuellement, la répartition des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire est très inégalitaire avec l'émergence, depuis plusieurs années, de zones sous médicalisées appelées déserts médicaux. La diminution du *numerus clausus* dans les années 1980/1990 est l'une des causes de ce phénomène. A ce jour, le nombre de départs à la retraite, et donc de postes à pourvoir, est plus élevé que celui des médecins nouvellement diplômés malgré l'augmentation du *numerus clausus* depuis quelques années. Les zones à faible attractivité économique sont donc inévitablement les zones les plus touchées, correspondant le plus souvent aux zones rurales.

En parallèle, les besoins en soins médicaux augmentent du fait de l'accroissement de la population vieillissante. De ce fait, la densité médicale continue de diminuer.

La désertification médicale est donc un problème majeur de santé publique. C'est pourquoi, différentes mesures incitatives à l'installation dans les zones sous dotées sont proposées.

Nous avons donc choisi de réaliser cette étude épidémiologique descriptive afin d'évaluer l'influence qu'ont ces mesures incitatives sur le choix du lieu d'installation en interrogeant les médecins généralistes déjà installés dans les zones sous dotées du Limousin et les médecins généralistes remplaçants en Limousin susceptibles de s'installer dans ces zones.

L'objectif secondaire de cette étude était d'apporter de nouvelles solutions pouvant potentiellement rendre les zones sous médicalisées plus attractives.

IV.1.2. Biais de l'étude

Nombreux étaient les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire envoyé par courrier électronique, entraînant inmanquablement un biais de non-réponse. Il est possible que certains médecins n'étaient pas intéressés par le sujet ou qu'ils n'avaient pas répondu par manque de temps. Par ailleurs, un nombre non négligeable de questionnaires n'avaient probablement pas été lus car directement envoyés dans les messages indésirables des boîtes mails. Nous n'avons malheureusement pas obtenu l'autorisation d'effectuer une relance. Pour minimiser ce biais et ainsi augmenter le nombre de répondants, il aurait été judicieux de diffuser le questionnaire par courrier postal ou de dépêcher un enquêteur qui se serait rendu directement dans les cabinets médicaux.

Notre étude comporte un biais déclaratif du fait d'une possible incompréhension de certaines questions par les répondants. Afin d'éviter ce biais, les questions auraient dû être formulées directement par un enquêteur.

Nous retrouvons un biais de sélection indiscutable, en partie lié à la difficulté que l'on

a eu à obtenir un mailing des médecins généralistes installés dans les zones sous médicalisées du Limousin et des médecins généralistes remplaçants en Limousin.

Ainsi, nous pouvons supposer que les médecins remplaçants de la Haute-Vienne étaient surreprésentés dans notre analyse par rapport à leurs confrères de la Corrèze et de la Creuse puisque seul le CDOM de la Haute-Vienne avait accepté de nous fournir une liste nominative de ces derniers. Par ailleurs, nous avons utilisé la liste de diffusion du GJIREL ; seul les médecins remplaçants inscrits à ce syndicat avaient donc reçu le questionnaire. Cependant, le GJIREL comptait 50 médecins remplaçants inscrits parmi les 70 médecins remplaçants exerçant dans la région Limousin, ce qui représentait une majorité d'entre eux.

En outre, sur les 404 médecins généralistes installés dans les zones sous médicalisées, seulement 219 d'entre eux avaient reçu le questionnaire. Parmi eux, 21 participants y avaient répondu à l'issue d'une entrevue pour un tout autre objet ; ces derniers exerçaient tous dans une zone sous dotée de la Haute-Vienne. Cela laisse à penser que la majorité des répondants travaillaient dans ce département ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble de la région Limousin.

Nous pouvons également noter un biais de mesure puisque 4 répondants figurant sur la liste nominative des médecins remplaçants du CDOM de la Haute-Vienne étaient momentanément salariés dans un hôpital. Ils ont donc été exclus d'une partie de l'analyse statistique puisque nous voulions comparer les réponses des médecins installés dans les zones sous médicalisées du Limousin à celles des médecins remplaçants.

Par ailleurs, 3 participants affirmaient avoir travaillé plus de dix ans dans une MSP alors que celles-ci n'existent que depuis 2008. Nous pouvons en déduire qu'ils avaient probablement confondu MSP et groupes médicaux par méconnaissance de leur définition respective. De ce fait, ces derniers avaient répondu aux questions suivantes concernant les MSP ce qui entraîne un autre biais de mesure.

IV.1.3. Échantillonnage

Sur 219 questionnaires distribués par mail aux médecins généralistes installés dans les zones sous-dotées du Limousin, 53 réponses ont été obtenues soit un taux de participation de 24,2% ce qui représente un petit échantillon de la population cible et donc minimise la puissance de l'étude. Ce taux de participation traduit toute la difficulté que nous avons eu à diffuser le questionnaire. L'absence de relance est probablement l'une des conséquences de ce manque d'investissement.

35 médecins remplaçants inscrits au conseil de l'ordre des médecins ont participé à l'étude sur 70 remplaçants exerçant dans la région Limousin, soit la moitié de l'effectif recensé. Pour rappel, 4 d'entre eux étaient momentanément salariés dans une structure.

Il est donc possible que les médecins remplaçants, plus jeunes et soucieux de leur installation future, soient plus sensibles à cette question que leurs aînés déjà installés.

Au total, nous avons comptabilisé 88 répondants entre le premier janvier et le 2 août 2017 parmi lesquels se répartissaient 35,2% de médecins remplaçants et 60,2% de médecins installés.



Ce faible effectif ainsi que la différence de taux de participation entre les médecins installés et les médecins remplaçants impliquent que notre échantillon n'était pas strictement représentatif de la population en médecine générale en Limousin, notamment concernant la répartition par âge et par sexe.

En effet, dans notre étude, les femmes étaient légèrement sous représentées à 38,6 % alors qu'en Limousin la part des femmes en médecine générale est de 42,6% . (4)

Par ailleurs, la majorité des répondants avaient moins de 35 ans à 43,2 % tandis que 36,4% d'entre eux étaient âgés de plus de 55 ans alors que la moyenne d'âge des médecins généralistes du Limousin inscrits au tableau de l'ordre est de 58 ans.(4) La population de notre échantillon est donc beaucoup plus jeune que celle observée à l'échelle régionale.

IV.2. Analyse des résultats

IV.2.1. Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

IV.2.1.1. Age et sexe de l'échantillon

La répartition des répondants selon le sexe et par tranche d'âge montre que les participants âgés de plus de 55 ans étaient majoritairement des hommes à 78,1 % tout comme la tranche d'âge des 35 à 55 ans à 61,1%.

A l'inverse, la tranche d'âge des moins de 35 ans comptaient une légère majorité de femmes à 52,6%.

Dans notre échantillon, la population féminine était significativement plus jeune que la population masculine ($p=0,031$).

Ces données traduisent une féminisation progressive de la profession qui n'est plus à démontrer puisqu'en 2017, 62 % des médecins âgés de moins de 40 ans étaient des femmes versus 34% des médecins sortants. La même année, on recensait 47% de femmes versus 38% en 2007. (5)

De même, selon une étude prévisionnelle de la DREES, les femmes représenteraient 56,4% des médecins généralistes en 2030. (6)

Cette féminisation de l'exercice impacterait-elle sur le choix du lieu d'installation ?

D'après une étude menée par Magali Dumontet en 2015, la féminisation de la médecine générale ne semblerait pas influencer les comportements d'installation des jeunes médecins au sein d'une région. En revanche les femmes auraient une offre de soins inférieure à celle des hommes ce qui suppose une augmentation du numerus clausus suffisante afin de contrebalancer l'effet de cette féminisation. (7)

Cependant, Dr Bouthors démontre dans sa thèse que la modification des pratiques est plus liée à un effet de génération qu'à la féminisation : "les aspirations professionnelles et privées

des femmes et des hommes tendent à s'uniformiser avec une certaine forme de mimétisme réciproque".(8)

Dans notre enquête, il existait également une différence significative d'âge et de sexe en fonction de la situation professionnelle ($p < 0,05$)

En effet, les médecins généralistes remplaçants étaient majoritairement âgés de moins de 35 ans à 93,5 % et comptaient 58,1% de femmes.

A contrario, les médecins généralistes installés avaient plus de 55 ans à 60,4% et étaient des hommes à 69,8%. Seulement 9,4 % d'entre eux avaient moins de 35 ans.

Ces chiffres sont révélateurs du vieillissement des médecins généralistes installés et donc prédictifs de départs massifs à la retraite qui ne seront compensés qu'en 2020 selon les prévisions de la DREES (6).

A l'échelle nationale, 47% des médecins inscrits au tableau avaient plus de 60 ans en 2017 et seulement 15% d'entre eux avaient moins de 40 ans. (5)

Au regard de ces données, nous pouvons supposer que les jeunes médecins généralistes retardent leur installation ou s'orientent à terme vers le salariat. A noter que l'âge moyen d'installation des médecins recule régulièrement et est actuellement de 38 ans alors qu'il était de 31 ans dans les années 80. (5)

D'après une étude qualitative menée par le Dr Coliche en 2013, l'une des causes à ce retard à l'installation est le manque de pratique ambulatoire durant la formation initiale. La période de remplacement est donc prolongée afin de renforcer la formation et élaborer un projet professionnel. (9)

Par ailleurs, le Dr Huon-Wojtarkowski nous explique que pour les femmes médecins, la période de remplacement serait plus propice à la maternité ce qui contribue à retarder l'installation. (10)

IV.2.1.2. Situation familiale

83,9% des médecins remplaçants vivaient en couple tout comme 90,6% des médecins généralistes installés. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes.

Ce résultat démontre qu'à l'issue des études de médecine, la plupart des médecins généralistes mènent déjà une vie de couple. Cela s'explique par la longueur conséquente du cursus de médecine.

D'après une enquête sur les déterminants à l'installation en milieu rural auprès d'internes de Lyon effectuée par le Dr Meunier, le conjoint est un frein majeur à l'installation en milieu rural (11). Une revue de la littérature rédigée par le Dr Rasse ainsi que l'étude qualitative du Dr Migoux sur le devenir des internes en Limousin en arrivent au même constat. (9) (13)

En effet, l'offre d'emploi dans les zones sous dotées, notamment pour les conjoints titulaires d'un diplôme du supérieur, est souvent faible. Or, dans l'étude du Dr Meunier, 95% des conjoints d'internes étaient titulaires de ce type de diplôme.



En revanche, 64,5% des médecins remplaçants n'avaient pas d'enfant à charge contrairement à 94,3% des médecins installés.

Les médecins installés étaient significativement plus nombreux à avoir des enfants que les médecins remplaçants ($p < 0,05$).

Cette différence est liée au plus jeune âge des médecins remplaçants dans notre étude.

A noter que chez les femmes médecins, le fait d'avoir des enfants en bas âge semblerait plutôt être un frein à l'installation en médecine générale ambulatoire mais aurait l'effet inverse chez les hommes dont l'activité serait alors plus forte.(7) (12)

IV.2.1.3. Formation initiale

Près des deux tiers des répondants avaient effectué leurs études médicales à la faculté de Limoges soit 65,9%.

8 % des participants avaient étudié à Paris, 5,7% à Clermont-Ferrand et 4,5% à Poitiers et à Bordeaux.

Ces résultats indiquent que les médecins généralistes exercent préférentiellement dans la région où ils ont effectué leur cursus médical.

L'article d'Eric Delattre et Anne-Laure Samson illustre bien ce phénomène. Il paraîtrait que 75% des médecins s'installent dans la région de leur cursus médical. On observe donc un comportement marqué de sédentarité probablement en lien avec l'âge avancé des médecins lors de leur installation qui ont alors acquis une certaine stabilité familiale. De cette observation, pourrait être discutée la pertinence de la modulation régionale du numerus clausus afin de pallier aux déserts médicaux mais cette mesure serait limitée par les capacités de formation des différentes régions.

Néanmoins, il apparaîtrait que les régions ensoleillées et du littoral retiennent plus leurs étudiants. Ainsi l'Île de France et le Limousin feraient partie des régions les plus exportatrices d'étudiants en médecine. (14)

IV.2.1.4. Origine géographique

Environ la moitié des participants (52,3%) étaient originaires de la région Limousin, 11,4% d'Aquitaine et 9,1% d'Île de France et de la région Centre.

89,1% des répondants originaires du Limousin avaient effectué leurs études médicales à Limoges (n=41).

19,3% des répondants étaient originaires d'une autre région mais avaient étudié à la faculté de Limoges (n=17) dont 5 venaient de la région Aquitaine et 4 de la région Centre.

Selon ces résultats, les médecins exerceraient d'avantage dans la région de leur formation initiale plutôt que dans leur région d'origine. La faculté de Limoges attire les étudiants des régions limitrophes comme ceux de la région Centre et de la région Aquitaine. Les raisons de

ce choix de faculté ne sont pas connues. Est-ce pour des raisons de proximité familiale ? Est-ce pour des raisons financières : le coût de la vie à Limoges étant moindre que dans d'autres villes ? Ou encore, est-ce pour maximiser les chances d'obtenir le concours, réputé plus dur d'accès dans les plus grandes universités ?

Toutefois, 5 répondants originaires du Limousin et ayant étudié dans une autre faculté que Limoges étaient finalement revenus travailler dans leur région d'origine. D'ailleurs, plusieurs études démontrent que l'origine rurale des médecins généralistes conditionnerait leur choix d'exercer dans une région dite rurale. (10)(9)

Ainsi, un programme pratiqué aux États-Unis consistant à recruter et former des étudiants en médecine ayant grandi en zone rurale a permis de constater que ces derniers étaient huit fois plus nombreux à s'installer dans ces zones que ceux qui n'y avaient pas participé. (15)

Selon la thèse du Dr Poimboeuf, un recrutement ciblé des étudiants originaires de zones rurales et faisant le choix de pratiquer la médecine générale avant le début de leurs études pourrait donc en partie pallier aux déserts médicaux. (16)

Paradoxalement, 28,4% des participants étaient originaires d'une autre région et n'avaient pas effectué leur cursus à la faculté de Limoges (n=25). Plus d'un quart d'entre eux avaient étudié à Paris ou étaient originaires de la région Île de France. Peut-on en conclure que le Limousin est une région globalement attractive ? Ces chiffres confirment cependant que l'Île de France est une région assez exportatrice d'étudiants en médecine comme décrit dans l'étude de Delattre et Samson. (14)

IV.2.1.5. Mode d'exercice

Parmi les médecins généralistes installés dans une zone sous dotée, 36,5% exerçaient dans un groupe médical, 36,4% travaillaient seul, 19,2% étaient au sein d'une MSP et 9,6% au sein d'un pôle de santé.

L'exercice de groupe est donc le mode d'exercice le plus fréquemment rencontré dans ces zones à 65,3 % qu'il s'agisse d'un groupe médical, d'un regroupement pluri-professionnel (MSP) ou d'une organisation collective (pôle de santé).

Ces chiffres concordent approximativement avec leur représentation du mode d'exercice idéal puisque 73,6% d'entre eux préféreraient travailler en groupe, seulement 17% sembleraient privilégier l'exercice seul et 9,4% n'auraient pas de préférence. Cependant, nous en déduisons qu'environ 10% des médecins installés seuls auraient finalement souhaité exercer en groupe.

Concernant les médecins remplaçants, l'exercice de groupe serait plébiscité par 83,9% d'entre eux. Aucun de ces derniers n'aurait de préférence pour l'exercice seul. 16,1% n'y accorderait pas d'importance.

Même si les remplaçants, représentant la jeune génération dans notre étude, étaient plus nombreux à préférer l'exercice de groupe ($p=0,038$), nos résultats montrent que la majorité des médecins généralistes plébiscitent ce mode d'exercice.

Ainsi, une étude du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) s'appuyant sur une analyse documentaire démontre que l'exercice en groupe est l'un des facteurs



d'attractivité prépondérant d'un territoire. "Les objectifs de ce mode d'exercice étant d'éviter l'isolement professionnel, de pouvoir organiser son temps de travail avec des confrères, de partager un projet professionnel ou encore de partager des charges." (17)

L'exercice en groupe est donc un des facteurs influençant le choix du lieu d'installation décrit par de nombreux autres travaux tels que ceux du Dr Decorde (18), du Dr Grassaud (19) du Dr Rassu (12) ou bien du Dr Coliche (6).

IV.2.1.6. Information sur les aides possibles à l'installation dans les zones sous dotées.

Une majorité de médecins remplaçants (77,4%) et de médecins installés dans les zones sous médicalisées (58,5%) pensait être insuffisamment informée sur les aides possibles à l'installation en zones sous dotées ($p=0,12$).

La méconnaissance de ces aides a été mise en évidence dans de nombreuses autres études. Ainsi, dans une enquête nationale de l'ISNAR-IMG en 2011, 95% des internes interrogés déclaraient ne pas connaître les aides à l'installation (20)

Nous pouvons également citer la thèse du Dr Jardel, dont la population cible était également des internes et dont le niveau moyen de connaissance des aides était de 27,9% (21).

D'après l'étude du Dr Decorde, ces aides sont mal connues par manque de diffusion de l'information et de lisibilité (18). Le constat est le même dans la thèse du Dr Concastie qui suggère d'améliorer leur promotion et d'établir un rapport d'évaluation pour chacune d'entre elles. (22)

Jean-Noël Cardoux et Yves Daudigny, auteurs du rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous dotées, confirment que la mise en place de ces mesures est imparfaite et que celles-ci auraient dû être évaluées. (23)

Il serait donc nécessaire d'évaluer l'impact de ces différentes aides afin de promouvoir les plus sollicitées, de faciliter l'information et de simplifier les démarches d'obtention de ces dernières.

IV.2.2. Connaissance et évaluation des MSP et des NMR

IV.2.2.1. MSP

L'exercice de groupe étant largement privilégié, les pouvoirs publics fondent beaucoup d'espoir sur la création des maisons de santé pluriprofessionnelles depuis 2008 pour inciter les médecins généralistes à s'installer dans les zones sous dotées. D'après une étude de l'IRDES en 2013, on observerait une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans les espaces fragiles où se sont développés les MSP.(24) Une autre enquête de l'IRDES a démontré que les médecins exerçant dans les sites pluri-professionnels auraient une meilleure qualité des pratiques comparativement à l'exercice isolé.(25) Il nous est donc apparu important d'évaluer la connaissance et l'avis des répondants concernant ces structures.

32,3% des médecins remplaçants déclaraient bien connaître la différence entre un groupe médical et une MSP. A noter que 58,4% d'entre eux pensaient la connaître mais n'en étaient pas certains.

Les médecins installés étaient significativement plus nombreux que les médecins remplaçants à déclarer connaître cette différence à 64,2% ($p=0,003$).

Au vu de ces résultats, une question se pose : la diffusion des informations auprès des jeunes médecins concernant ce mode d'installation qui est pourtant l'une des principales mesures incitatives soutenues par les pouvoirs publics est-elle de qualité ?

Ainsi l'étude qualitative du Dr Moutoussamy menée auprès de jeunes médecins généralistes non installés de la Vienne confirme cette supposition. En effet, les participants à cette enquête méconnaissaient les caractéristiques des MSP notamment concernant leur gestion et le projet de soin. Ils déploraient un manque d'expérience qui pourrait se résoudre par la proposition de stages au sein de ces structures lors de la formation initiale. (26)

Par ailleurs, une large majorité des médecins remplaçants (67,7%) et des médecins installés (71,7%) n'avaient jamais exercé dans une MSP ($p=0,89$).

Parmi les répondants ayant déjà travaillé dans ce type de structure, plus de la moitié d'entre eux y avait exercé moins d'un an (57,2%), ce qui est l'indicateur de leur création récente. Cependant, 17,9 % des participants y avait travaillé entre 1 et 5 ans et 14,3% entre 5 et 10 ans.

A noter que 3 participants déclaraient avoir exercé plus de 10 ans dans des MSP, ce qui est improbable puisque celles-ci ont été expérimentées en France en 2007. Ce résultat montre que certains répondants avaient probablement confondu MSP et groupes médicaux par méconnaissance de leur définition respective ou par défaut de compréhension du questionnaire, ce qui met à mal l'interprétation des différents résultats de cette thématique.

En outre, les médecins remplaçants et les médecins installés ayant à priori exercé dans une MSP étaient satisfaits à 80% de ce mode d'exercice, ce qui est un résultat



encourageant pour la création de nouvelles MSP dans les prochaines années. Néanmoins, ce taux de satisfaction est à interpréter avec prudence puisque certains répondants avaient certainement confondu MSP et groupe médical.

Certains travaux soulignent les points positifs de ce mode d'exercice tels que la coopération entre les différents professionnels de santé grâce au dossier médical partagé, le confort matériel, et une offre de soins de meilleure qualité. Néanmoins, il existe également des inconvénients dont les principaux cités sont la gestion contraignante de ce type de structure, la lourdeur administrative, le coût onéreux des charges par rapport à une installation seule, le manque de temps pour réaliser les projets et les conflits entre professionnels. (22) (28) (24) (25).

En conclusion, la moitié des médecins remplaçants (51,6%) et des médecins installés (52,8%) pensaient que la création des MSP dans les zones sous dotées pourrait inciter les médecins généralistes à s'y installer. Cependant, l'interprétation de ce résultat est à nuancer car il est évident que la majorité de nos répondants méconnaissaient ce mode d'exercice. Il est donc impératif de mieux faire connaître ces structures, notamment auprès des jeunes médecins généralistes non installés, en proposant des stages d'immersion et en améliorant l'accès à l'information. Au regard du taux de satisfaction des répondants ayant travaillé au sein de MSP, il est important de continuer à promouvoir la création de celles-ci dans les zones sous médicalisées tout en proposant des solutions afin d'alléger leur gestion jugée trop contraignante.

IV.2.2.2. NMR

Les NMR, obtenus après avoir passé une convention avec la CPAM et appliqués dans les MSP, sont des modes de rémunération forfaitaires, ayant pour objectif d'améliorer l'accès aux soins et de développer le travail en équipe coordonnée. Cette rémunération finance en partie le coût important des charges au sein de ces structures.

Une large majorité des médecins remplaçants (74,2%) avouaient méconnaître les NMR. Les médecins installés étaient plus nombreux à connaître ce mode de rémunération à 45,3% (p=0,007). Cependant, 47,2% de ces derniers en ignoraient la définition.

Cette méconnaissance de cette rémunération forfaitaire pratiquée dans les MSP mais aussi au sein des pôles de santé et des centres de santé, notamment par les médecins remplaçants, n'est pas surprenante puisqu'ils étaient déjà nombreux à ne pas bien différencier groupe médical et MSP.

Selon l'étude qualitative du Dr Cottenceau réalisée en 2016, les modalités des NMR étaient même assez méconnues des médecins généralistes exerçant dans les MSP. (27)

La mise en place récente de ce type de rémunération peut expliquer l'ignorance de certains médecins à ce sujet et leur confusion.

En effet, les NMR sont passés par une série d'étapes depuis leurs créations en 2010. Ainsi, les ENMR (2010-2015) sont devenues le RA (Règlement Arbitral) permettant la généralisation des NMR le 23 février 2015, puis les négociations conventionnelles du 20 avril

2017 ont abouti à un ACI (Accord Conventionnelle Interprofessionnel).

A noter qu'au moment de la rédaction de notre questionnaire, l'ACI n'était pas encore créé. Néanmoins, celui-ci a gardé les mêmes principes que le RA tout en lui apportant des améliorations et des moyens supplémentaires pour les équipes, dont les précisions ont été faites dans les généralités de notre travail.

Une minorité des médecins remplaçants (16,1%) et des médecins installés (24,6%) pensaient que la forfaitisation de certains actes pourrait être attractive.

En limite de significativité, l'avis des médecins remplaçants était moins tranché que celui des médecins installés ($p=0,06$). En effet, la moitié des médecins remplaçants (51,6%) ne se positionnaient pas sur cet item probablement par méconnaissance de ce mode de rémunération, tandis que les médecins installés étaient 47,2 % à penser que la forfaitisation de certains actes ne serait pas attractive.

Néanmoins, l'application des ces ACI au sein des MSP est encore trop récente pour en évaluer les bénéfices. Il serait donc intéressant de réaliser une évaluation de ce type de rémunération d'ici quelques années afin de juger de leur réelle attractivité.

IV.2.3. Évaluation des différentes autres mesures incitatives

IV.2.3.1. Télé médecine

Le pacte territoire santé 2, présenté par Marisol Touraine en 2015, prévoyait de favoriser l'accès à la télé médecine en ambulatoire pour les patients chroniques et les soins urgents afin de faciliter l'accès aux soins dans les zones déficitaires.(31) Pour rappel, la télé médecine s'articule autour de 5 types de prise en charge : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale décrites dans les généralités.

Néanmoins, les multiples expérimentations engagées n'ont pour l'instant pas débouché sur la mise en œuvre de dispositifs à même d'être généralisés et susceptibles d'être financés dans un cadre de droit commun par l'assurance maladie. (32)

Le rôle de la télé médecine en ambulatoire reste donc à préciser ainsi que sa tarification.

Environ la moitié des médecins remplaçants (48,4%) et des médecins installés (50,9%) estimaient que le développement de la télé médecine en ambulatoire faciliterait les conditions de travail des médecins installés en zones sous médicalisées.

Environ un tiers des répondants ne partageait pas cet avis.

Le développement de la télé médecine obtenait donc des avis plutôt favorables dans les deux groupes ($p=0,82$).

Une étude qualitative menée par Maxime Durupt en 2017 aborde le ressenti des médecins



généralistes concernant la télémédecine. Il apparaîtrait que les médecins participant à ce travail méconnaissaient cette pratique par manque d'information ou par refus d'innovation ce qui altérerait quelque peu leur jugement. Ils craignaient une dégradation de la relation médecin-malade, une perte d'autonomie sur la décision médicale et une perte d'information sur le patient. Ils souhaitaient conserver leur rôle de médecin pivot et ne voulaient pas que la télémédecine leur soit imposée. Les avantages soulevés étaient la facilité d'accès aux soins de second recours et la réduction du temps de déplacement notamment pour les patients à mobilité réduite. (33)

Il serait donc utile de proposer des formations sur cette pratique aux médecins volontaires afin de mieux la faire connaître.

Au vu de nos résultats, la télémédecine est un outil prometteur qui doit être développé afin de faciliter l'accès aux soins et rompre l'isolement du médecin installé dans une zone sous dotée.

IV.2.3.2. Mesures incitatives financières

Ces dernières années, les pouvoirs publics ont multiplié les aides financières afin d'inciter les médecins à s'installer dans les zones sous dotées telles que le CESP, le PTMG, le PTMA, les aides de l'assurance maladie (CAIM, CSTM, COTRAM, COSCOM), les aides des collectivités territoriales et les aides fiscales (exonération de la CFE et des impôts sur le revenu dans certaines conditions). Mais ces aides suffisent-elles à susciter l'installation des médecins dans les zones sous médicalisées ?

La majorité des médecins remplaçants (61,3%) et des médecins installés (56,6%) pensaient que les aides financières étaient pertinentes mais insuffisantes pour susciter l'installation des médecins dans les zones sous dotées ($p=0,95$). Un quart des répondants estimaient que ces aides n'inciteraient pas les médecins à s'installer dans ces zones.

Cependant, ce résultat est d'interprétation délicate puisque la plupart des répondants avouaient ne pas avoir été suffisamment informés de toutes ces aides à l'installation. Leur avis serait-il le même s'ils en avaient connaissance ?

Ainsi, la conclusion est la même dans la thèse du Dr Fradet-Goodfellow qui souligne le fait que ces aides sont peu connues des étudiants et des médecins généralistes et qu'elles ne suffisent pas à pallier aux déserts médicaux. (34)

Le travail du Dr Brabant constate également que le manque d'efficacité des aides incitatives est en partie lié à un défaut d'information. Néanmoins, celles-ci améliorent les conditions d'exercice des bénéficiaires qui, pour la plupart, souhaitaient déjà s'installer dans une zone sous dotée avant de souscrire à ces aides. Il existe donc un effet d'aubaine indéniable. (35)

Cet effet d'aubaine est également relevé dans l'étude qualitative du Dr Phelipot dont l'objectif était de décrire l'influence du CESP sur le choix de l'activité professionnelle des signataires. Cependant, même si les participants avaient choisi de s'installer dans une zone sous médicalisée avant de signer ce contrat, celui-ci les a incités à s'installer plus rapidement. (36)

L'étude qualitative du Dr Petiteau constate aussi que les souscripteurs du contrat PTMG



s'installent plus vite que les autres médecins même si celui-ci n'est pas l'argument principal pour l'installation des médecins généralistes en territoire vulnérable. En effet, il apporte une sécurité financière et une couverture sociale notamment pendant les congés maternité et les congés maladie. Comme dans les autres enquêtes, ce travail dénonce un manque de communication sur ce contrat.(37)

A noter que selon le Dr Fradet-Goodfellow, le PTMG serait une aide peu appropriée à l'exercice de la médecine générale en zone sous dotée puisque le plafond de consultations ,défini à 300/mois (soit 15 patients/jour), est vite dépassé dans ces zones. Le complément de rémunération est donc peu souvent perçu. Elle propose d'adapter le plafond de ce contrat par rapport à des activités moyennes de médecine générale dans ces zones pour que celui-ci soit plus attractif.(34)

Par ailleurs, une étude descriptive menée par le Dr Rozier, évaluant l'impact de ces mesures incitatives financières auprès des bénéficiaires, démontre que seul l'aide à la création de MSP a une influence positive sur l'installation ; l'exercice de groupe étant de plus en plus plébiscité.(38)

Enfin, une analyse de l'IRDES sur les stratégies financières pour l'installation des médecins montre que ces aides ont une influence modérée sur la réduction des inégalités territoriales à court terme et très faible à long terme. (39)

Force est de constater que ces mesures incitatives financières ne suffiront pas à elles seules, à pailler aux déserts médicaux mais elles peuvent être un catalyseur de l'installation pour les médecins qui choisissent d'exercer dans les zones sous médicalisées. Pour ce faire, il serait judicieux de clarifier et d'adapter ces aides à la réalité du terrain. L'amélioration du système d'information est également nécessaire.

IV.2.3.3. Augmentation du Numerus Clausus

Le 5ème engagement du pacte territoire santé 2 prévoyait d'augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine dans 10 régions à faible densité médicale (Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre-Val-de-Loire, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, La Réunion, Rhône-Alpes, Antilles-Guyane). Cette mesure avait pour but de lutter contre l'inégale répartition des médecins sur le territoire.(31) Ainsi, 478 places supplémentaires ont été ouvertes pour le passage en deuxième année en 2017 et 81 places de plus seront disponibles en 2018. (40)

Dans notre étude, 67,7% des médecins remplaçants et 75,5% des médecins installés étaient favorables à l'augmentation du numerus clausus dans les régions sous denses (p=0,61).

Comme nous avons pu le constater dans un précédent chapitre, les médecins avaient tendance à exercer dans la région de leur formation initiale, c'est pourquoi cette mesure semble pertinente.

Cependant, la limite de la régionalisation du numerus clausus est la capacité réelle de formation des étudiants dans les universités concernées. Pourront-elles assumer



financièrement une augmentation du nombre d'étudiants ? Et qu'en est-il des terrains de stage déjà difficiles à trouver et qu'il faudra multiplier ?

En outre, ouvrir le numerus clausus ne résoudra pas les problèmes dans l'immédiat puisqu'il faut dix ans pour former des médecins...

L'augmentation du numerus clausus doit donc s'échelonner dans le temps afin que les facultés concernées puissent suivre le mouvement et que cela ne nuise pas à la formation initiale. Cette mesure sera efficace à long terme et pourra certainement contribuer à répondre au problème de désertification médicale d'ici quelques années.

IV.2.4. Impact de l'aménagement du territoire et de l'organisation de la permanence des soins

IV.2.4.1. Impact de la proximité des services publics et des commerces

La proximité des services publics et des commerces était indispensable pour une nette majorité des médecins remplaçants (96,8%) et des médecins installés (84,9%) (p=0,28).

On peut donc en déduire que la présence de services de proximité a un impact direct sur le choix du lieu d'installation des médecins généralistes. Malheureusement, de nombreuses zones sous-dotées, notamment certaines zones rurales, sont dépourvues de tels services ce qui les rend probablement moins attractives et contribue à renforcer les inégalités territoriales en offre de soins.

Ainsi, l'enquête de l'ISNAR-IMG démontre que la majorité des futurs praticiens considèrent indispensables certains services de proximité comme une école (72%), une épicerie (63,2%), un bureau de poste (61,4%)...(20)

De même, selon une analyse de la littérature française réalisée par l'ORS d'aquitaine, l'environnement extra-professionnel est l'un des éléments décisifs à l'installation des médecins compte tenu des contraintes familiales telles que l'activité professionnelle du conjoint et la scolarité des enfants. (41)

D'après l'étude du CGET, l'existence de services à la population, d'équipements et d'infrastructures sur le territoire est un facteur secondaire d'attractivité. (17)

Dans sa thèse, le Dr Grassaud constate également que les services de proximité ont une importance sur le choix du lieu d'installation.(19)

Le développement d'infrastructures locales dans les zones sous denses favoriserait incontestablement l'installation des jeunes médecins qui privilégient avant tout la qualité de vie.



IV.2.4.2. Impact de la proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux

La proximité d'un service d'urgences et des autres services médicaux du lieu d'exercice (< 30 min de trajet) était capitale pour 77,4% des médecins remplaçants et 66% des médecins installés ($p=0,39$).

Nous retrouvons des chiffres similaires dans l'étude du Dr Grassaud puisque la présence de professionnels et de structures de santé à moins de 30 minutes du lieu d'exercice avaient une influence sur le choix du lieu d'installation chez 72,7% des répondants. (19)

Selon l'étude de l'ISNAR-IMG, près de 90% des internes estimaient qu'il était indispensable d'avoir à proximité un laboratoire, une pharmacie, des professionnels paramédicaux libéraux (IDE, kinésithérapeute...) et un cabinet de radiologie avec échographie.(20)

Enfin, le CGET constate aussi que, dans une moindre mesure, la proximité d'un petit centre hospitalier comprenant un service d'urgences et un plateau technique est un facteur d'attractivité à considérer. A noter que les petits établissements ont une influence bien plus importante que les très gros établissements et les CHU.(17)

La forte influence qu'a la proximité de certains services médicaux sur le choix du lieu d'installation traduit la peur de l'isolement professionnel mais aussi la volonté de tisser un réseau de soin solide afin de permettre une meilleure continuité et coordination des soins. Le maintien ainsi que le développement de petites structures de santé dans les zones sous dotées sont donc primordiaux pour pallier aux déserts médicaux.

IV.2.4.3. Impact de l'organisation de la permanence des soins

L'organisation de la permanence des soins diffère sur certains points d'un département à l'autre. Sur l'ensemble du territoire, elle repose sur la régulation médicale des appels assurée par les médecins régulateurs hospitaliers et libéraux via un numéro de permanence des soins ambulatoires (le 15 le plus souvent). Chaque département se découpe en secteurs de garde. A titre d'exemple, en Haute-Vienne, la permanence des soins ambulatoires est organisée sur la base d'une double sectorisation avec 11 secteurs de consultations (gardes fixes) et 6 secteurs de visites à domicile (gardes mobiles). Seuls les médecins volontaires participent à la permanence des soins. La rémunération des gardes est spécifique à chaque département et varie selon le type de garde.

L'organisation de la permanence des soins a-t-elle un impact sur le choix du lieu d'installation ? Est-elle bien connue des médecins généralistes ?

Dans notre enquête, les médecins remplaçants semblaient moins bien connaître l'organisation de la permanence des soins en Limousin comparativement aux médecins installés ($p=0,002$). Ils étaient 48,4% à affirmer la connaître contre 84,9% des médecins installés.

Cette différence est probablement liée à une moins grande implication des médecins

remplaçants dans la permanence des soins. Par ailleurs, au cours du cursus médical, peu de stages ambulatoires proposent de participer aux astreintes.

Les médecins installés sont majoritaires à penser que l'organisation de la permanence des soins est un facteur influençant l'installation à 62,3%.

Paradoxalement, 74,2% des médecins remplaçants accordaient également de l'importance à l'organisation de la permanence des soins s'ils faisaient le choix de s'installer. Peut-on en déduire qu'ils se sentiront concernés par la permanence des soins dès lors qu'ils seront installés ? L'ISNAR-IMG répond par l'affirmative à cette hypothèse puisque 78% des internes avaient l'intention d'effectuer des gardes en ambulatoires (principalement des gardes régulières).

Toutefois, selon le rapport d'information de l'assemblée nationale sur l'organisation de la permanence des soins (2015), le nombre de médecins volontaires diminue du fait d'une baisse continue du nombre de médecins généralistes, de considérations sociologiques en rapport avec l'aspiration à une certaine qualité de vie, et de la rationalisation des territoires de garde. (42)

L'organisation de la permanence des soins est un facteur influençant le choix du lieu d'installation. Elle doit être compatible avec la vie familiale et sociale car les médecins généralistes aspirent de plus en plus à une certaine qualité de vie. D'après une étude menée auprès d'internes de médecine générale de la faculté de Lille, la majorité d'entre eux souhaiterait prendre des gardes au sein d'une maison médicale de garde.(43) Leur implantation dans les zones sous denses pourrait donc être un facteur attractif. Ce travail souligne aussi qu'une meilleure formation des internes à la permanence des soins devrait être prodiguée.

IV.2.5. Solutions pouvant favoriser l'installation dans les zones sous-dotées

Plusieurs solutions ont été évoquées par les répondants de notre étude via une question ouverte. Même si ces réponses ne sont pas statistiquement interprétables, elles semblent suivre la même ligne directrice que celles des autres études sur les déterminants à l'installation en zones sous denses.

Un tiers des répondants préconisait de renforcer la politique d'aménagement du territoire en maintenant les services publics, les commerces et les infrastructures locales afin d'améliorer la qualité de vie si chère aux médecins généralistes d'aujourd'hui. En outre, l'implantation de micro-entreprises dans ces zones diversifierait l'offre d'emplois pour les conjoints. Ainsi, redynamiser les zones rurales permettrait en grande partie de pallier aux déserts médicaux.

La qualité de vie familiale et professionnelle est d'ailleurs le principal critère retrouvé dans la plupart des études sur les déterminants à l'installation. Elle est étroitement liée à l'environnement de proximité. La présence des différents services publics, des structures de santé de proximité et de certains professionnels paramédicaux est donc primordiale.(8) (17) (10)(42)(6).



De nombreux participants pensaient qu'une revalorisation financière des actes médicaux dans ces zones ainsi qu'une limitation de l'imposition pourraient susciter l'installation. Quelques uns d'entre eux évoquaient même l'idée du passage au salariat. 2 répondants souhaitaient la forfaitisation de certains actes tels que la prise en charge des maladies chroniques, celles-ci étant plus chronophages.

Pourtant, la plupart des études démontrent que les incitations financières ont une faible efficacité comme nous avons pu le constater dans le chapitre correspondant. La revalorisation financière de l'acte lui même dans ces zones serait-elle plus incitative que la multiplication des aides financières à l'installation mal connues et d'obtention difficile ?

Néanmoins, il serait nécessaire d'améliorer le système d'information concernant ces aides à l'installation avant de conclure à leur inefficacité comme le suggéraient certains de nos répondants ainsi que le travail du Dr Rassu et du Dr Brabant.(10)(33)

L'installation groupée étant très largement plébiscitée, un grand nombre de répondants étaient favorables au développement des MSP dans les centres bourgs. Il est donc important de maintenir l'aide à la création des MSP et de proposer des stages ambulatoires dans ces structures lors de la formation initiale afin de mieux les faire connaître. Des améliorations sont à apporter quant à leur gestion jugée jusqu'à présent trop contraignantes. Ainsi, d'après la majorité des enquêtes, l'exercice de groupe est un des facteurs d'attractivité prépondérants sur un territoire. (15)(17)(10)(7)

D'autres solutions, moins souvent proposées mais tout aussi pertinentes pourraient contribuer à lutter contre la désertification médicale. Parmi elles, Nous pouvons citer l'obligation de réaliser des stages dans les zones sous-dotées, notamment au sein des MSP, durant la formation initiale. A ce sujet, le Dr Poimboeuf souligne dans sa thèse, l'importance qu'avait la formation universitaire dans le choix du lieu d'installation des médecins généralistes et l'impact positif des stages d'internat en zones rurales. (14)

Le Dr Rassu et le Dr Meunier suggèrent également de centrer la formation médicale sur l'exercice libéral durant l'internat.(9)(10) En effet, connaître et maîtriser une pratique donne d'avantage envie de l'exercer.

Les autres propositions étaient d'augmenter le numerus clausus dans les territoires déficitaires en soins (mesures déjà appliquées dans certaines régions), d'alléger la permanence des soins, de développer la télémedecine et d'accorder une meilleure reconnaissance du travail des médecins généralistes.

Quelques répondants évoquaient la mise en place de mesures coercitives avec l'obligation d'exercer dans les zones sous-dotées. Mais la limitation de la liberté d'installation est loin de faire l'unanimité car la majorité des médecins généralistes souhaitent encore préserver leur statut de médecin libéral. Par ailleurs, la voie coercitive a été un échec dans tous les pays européens qui l'ont tentée car elle conduit à des systèmes de contournement.

Enfin, quelques participants pessimistes pensaient qu'il n'y avait aucune solution pour résoudre le problème de la désertification médicale.

En conclusion, il existe probablement des solutions potentielles pour remédier aux inégalités territoriales. Les enjeux politiques seraient de revitaliser les zones rurales en repensant



l'aménagement du territoire afin de garantir une qualité de vie. Par ailleurs, la formation initiale a toute son importance et doit se concentrer sur l'exercice ambulatoire en zones sous-dotées afin de taire les a priori. L'accès à l'information sur les différentes aides incitatives et les MSP doit être facilité.



Conclusion

Comme la plupart des régions françaises, l'ex région Limousin est concernée par le phénomène préoccupant de désertification médicale. En effet, même si la densité des médecins généralistes en activité régulière est supérieure à la moyenne française, celle-ci tend à diminuer dans les 3 départements alors que la population vieillissante, grande consommatrice de soins, s'accroît. Il existe des inégalités territoriales en offre de soins avec des zones rurales moins bien dotées à l'Est de la région et des zones urbaines plus attractives.

Notre travail a étudié l'impact des différentes mesures incitatives mises en place par le gouvernement sur le choix du lieu d'installation en comparant l'avis des médecins généralistes installés dans les zones fragiles du Limousin à celui des médecins généralistes remplaçants du Limousin.

Ainsi, les mesures incitatives non financières auraient plus d'influence sur le choix du lieu d'installation que les mesures incitatives financières. En effet, elles garantissent une meilleure qualité de vie tant professionnelle que familiale si chère aux jeunes médecins généralistes d'aujourd'hui.

Le fonctionnement des MSP est encore trop peu connu, notamment auprès des jeunes médecins généralistes. Malgré cette constatation, une majorité des répondants pensaient que ce type de structure pouvait être un facteur déterminant de l'installation ; l'exercice de groupe étant largement plébiscité. De plus, la quasi totalité des médecins ayant déjà exercé dans une MSP étaient satisfaits de ce mode d'exercice. Il est donc indispensable d'en faire la promotion ainsi que de les faire connaître auprès des jeunes médecins généralistes en leur proposant, par exemple, des stages d'immersion. En revanche, la forfaitisation de certains actes pratiquée dans certaines MSP (ACI), peu connue de nos répondants, ne paraît pas être un facteur attractif.

La télé-médecine semble être un outil prometteur et doit être développée en médecine ambulatoire puisque la moitié des répondants estimaient que celle-ci améliorerait leur conditions de travail dans les territoires isolés.

Pour la majorité des médecins généralistes participant à notre étude, l'augmentation progressive du numerus clausus dans les régions sous dotées doit être maintenue. Cette mesure est d'autant plus pertinente que les médecins auraient tendance à s'installer dans la région de leur formation initiale.

L'organisation de la permanence des soins ambulatoires influence également le choix du lieu d'installation. Elle doit permettre de conserver une certaine qualité de vie privée et professionnelle.

La plupart des médecins généralistes méconnaissent les différentes aides financières à l'installation par manque d'informations. Malgré cela, ils estiment qu'elles sont insuffisantes pour susciter une installation. Une évaluation du bénéfice apporté par ces aides serait nécessaire d'autant qu'elles occasionnent des dépenses de santé importantes.

Enfin, il est indispensable de restaurer et de maintenir les services publics, les petits commerces et les services médicaux de proximité dans nos campagnes. La présence de ces derniers influencent grandement le choix du lieu d'installation car ils contribuent à garantir la



qualité de vie tant pour le médecin que pour son conjoint et ses enfants.

Les mesures incitatives non financières sont donc de réelles solutions pour lutter efficacement contre les déserts médicaux à condition que les zones concernées offrent un minimum de services de proximité. Les espoirs se fondent notamment sur le développement des MSP et de la télémédecine d'où l'importance de proposer des stages et des formations afin de mieux les faire connaître.



Références bibliographiques

1. PAPS Nouvelle-Aquitaine: Accueil [Internet]. [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.nouvelle-aquitaine.paps.sante.fr/Accueil.39796.0.html>
2. CartoSanté [Internet]. [cité 22 juin 2018]. Disponible sur: <http://cartosante.atlasante.fr/mobile.php#>
3. Observatoire des territoires [Internet]. [cité 21 juin 2018]. Disponible sur: <http://carto.observatoire-des-territoires.gouv.fr/mobile.php#homepage>
4. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [Internet]. [cité 13 nov 2017]. Disponible sur: <https://demographie.medecin.fr/#l=fr>
5. Démographie médicale 2017 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2365>
6. la démographie médicale à l'horizon 2030 [Internet]. [cité 12 nov 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
7. Féminisation, activités libérales et lieu d'installation : quels enjeux en médecine générale ? Analyse micro-économétriques de l'offre de soins [Internet]. [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01215131/document>
8. Bouthors F. Impact de la féminisation sur les médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais: enquête comparative auprès des médecins thésés, à la faculté de médecine de Lille, en 2000 et 2010 [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2015.
9. Coliche T, Noel G. Quels sont les déterminants à la 1ère installation en médecine générale ? : étude qualitative de médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du Nord-Pas-de-Calais [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
10. Huon-Wojtarkowski C, Godard-Martins C. Les femmes remplaçantes dans la Somme face à une installation en médecine générale libérale: attentes et réticences. Amiens, France: Université de Picardie; 2015.
11. Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.
12. Rassu C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France: une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.
13. Migoux M, Menard D. Le devenir, en Limousin, des internes en médecine générale formés à la faculté de médecine de Limoges: étude qualitative réalisée auprès des internes en médecine générale de la faculté de médecine de Limoges. France; 2017.
14. Delattre E, Samson AL. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes ? Econ Stat. 2012;455(1):115-42.
15. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. JAMA. 20 janv 1999;281(3):255-60.



16. Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature. | Thèse IMG [Internet]. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/291>
17. Commissariat Général à l'Égalité des Territoires. (C.G.E.T.). Paris. FRA. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. 2015 nov p. 95p.
18. 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]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
19. Grassaud M-H. Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement de service public [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Ranguéil; 2013.
20. enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes en médecine générale (2011) [Internet]. [cité 22 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
21. Jardel A, Mauviard É. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands. France; 2013.
22. Concastie G. Évaluation des aides incitatives publiques à la réalisation de stage d'internat de médecine générale en zone fragile: Étude observationnelle rétrospective de l'influence des aides financières du conseil régional de Lorraine sur l'installation en zones déficitaires en médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017.
23. CARDOUX J-N, DAUDIGNY Y. Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées. 2017 p. 129p.
24. répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>
25. impact de l'exercice regroupé pluri-professionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf>
26. Moutoussamy A. Intérêt des jeunes médecins généralistes de la Vienne pour les maisons de santé pluriprofessionnelles: enquête auprès de 15 jeunes médecins généralistes par entretiens semi directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2014.
27. Cottenceau D. Apports et inconvénients à l'installation des médecins généralistes au sein des maisons de santé pluridisciplinaires en Languedoc Roussillon en zones rurales, étude observationnelle auprès de 5 structures [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.



28. Didier F. Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle: enquête auprès de dix-sept médecins généralistes par entretiens semi-directifs [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
29. Hénocque M. L'exercice en maison de santé pluriprofessionnelle: enquête qualitative auprès des professionnels de santé de trois Maisons de santé de la Somme [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
30. Marchand O, Seigneurin A, Chermand D, Boussat B, François P. Développement et fonctionnement des maisons de santé pluri-professionnelles dans la région Rhône-Alpes, Development and functioning of Multiprofessional Primary Care Practices in Rhône-Alpes region. Santé Publique. 5 nov 2015;27(4):539-46.
31. Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes. Paris. FRA. pacte territoire santé : engagements pour lutter contre les déserts médicaux. Paris: Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes; 2015 nov p. 15p.
32. La télémédecine : rapport de la cour des comptes (2017) [Internet]. [cité 14 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017-telemedecine.pdf>
33. Durupt M, Bouchy O, Christophe S, Kivits J, Boivin J-M. LA TÉLÉMÉDECINE EN ZONES RURALES: REPRÉSENTATIONS ET EXPÉRIENCES DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES. Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy Fr. 2016;28:487-97.
34. Fradet-Prot Goodfellow E. Les aides à l'installation des médecins généralistes en zone fragile en Limousin: étude auprès de la population bénéficiaire en 2016 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2016.
35. Brabant B. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
36. Phelipot A. Quelle a été l'influence du « Contrat d'Engagement de Service Public » sur le choix de l'activité professionnelle de ses signataires?: Enquête nationale qualitative auprès de médecins signataires actuellement en exercice [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
37. Petiteau Guillaume. Influence du contrat praticien territorial de médecine générale sur l'installation des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon [Internet]. [cité 29 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nomem.jsp?NOMEM=2016MONT1262>
38. Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2015.
39. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes122.pdf>
40. Meur S. Numerus Clausus Médecine 2018 : (un peu) plus de places en 2e année [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: <https://diplomeo.com/actualite->



numerus_clausus_medecine

41. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux : synthèse de la littérature [Internet]. [cité 21 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/motivations-et-freins-a-linstallation-des-medecins-generalistes-liberaux%C2%A0-synthese-de-la-litterature>
42. Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 16 févr 2018]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=permanence%20des%20soins%20&_sort=auto&_start=3
43. État des lieux et perception des internes en médecine générale de la permanence des soins dans la région Nord Pas De Calais. | Thèse IMG [Internet]. [cité 17 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.theseimg.fr/1/node/202>



Annexes

Annexe 1. Questionnaire de l'étude.....	117
Annexe 2. Échantillon de réponses à la question 23	122



Questionnaire de thèse de médecine générale concernant l'installation des médecins généralistes dans les zones sous médicalisées en Limousin.

Madame, Monsieur,

Interne de médecine générale dans le Limousin et bientôt future remplaçante dans cette même région, je réalise actuellement ma thèse avec l'aide de mon directeur de thèse, le Pr Buchon, directeur du DUMG et médecin généraliste installé dans une zone déficitaire du Limousin. Cette dernière s'intéresse à l'installation des médecins généralistes dans les zones sous médicalisées en Limousin, incluant les zones fragiles et les zones déficitaires définies par le SROS. En effet, malgré les différentes mesures incitatives et les divers modes d'installation déjà mis en place, il existe encore de nombreuses zones sous dotées. Je me demande donc si ces mesures sont adaptées aux attentes des médecins généralistes installés et remplaçants. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'évaluer les différentes mesures incitatives et les divers modes d'installation existants, à travers un questionnaire visant à comparer les réponses des médecins généralistes installés dans les zones sous médicalisées du Limousin à celles des remplaçants en médecine générale du Limousin. Ce questionnaire est anonyme et d'une durée estimée de 3 minutes environ.

Merci par avance d'avoir donné de votre temps afin de m'aider à réaliser ce travail.

Claire Laforêt,
Interne de DES 3 , université de Limoges.

***Obligatoire**

1) Vous êtes : *

- a) Un homme
- b) Une femme

2) Votre âge : *

- a) < 35 ans



b) Entre 35 et 55 ans

c) > 55 ans

3) Vous êtes : *

a) En couple

b) Célibataire

4) Avez-vous des enfants ? *

a) Oui

b) Non

5) Dans quelle université avez-vous effectué votre formation initiale ? *

Votre réponse

6) De quelle région êtes-vous originaire ? *

Votre réponse

7) Quelle est votre situation professionnelle ? *

a) Remplaçant en médecine générale

b) Médecin généraliste installé en zone sous médicalisée

c) Momentanément salarié(e) dans un hôpital où un autre centre de santé

8) Pensez-vous avoir été suffisamment informé(e) sur toutes les aides possibles pour s'installer en zone sous médicalisée ? *

a) Oui

b) Non

9) Si installé(e), vous exercez :

a) En maison de santé pluriprofessionnelle

b) Au sein d'un groupe médical

c) Au sein d'un pôle de santé

d) Seul(e) dans votre cabinet



10) Dans l'idéal, vous préféreriez travailler : *

- a) Seul(e)
- b) En groupe
- c) Peu importe

11) Connaissez-vous la différence entre une maison de santé pluriprofessionnelle et un groupe médical ? *

- a) Oui
- b) Non
- c) Je pense connaître

12) Avez-vous déjà travaillé dans une maison de santé pluriprofessionnelle ? *

- a) Oui
- b) Non

Si oui, combien de temps ? *

Votre réponse

En êtes-vous satisfait(e) ? *

- a) Oui
- b) Non
- c) Sans avis

13) Pensez-vous que la création de maisons de santé pluriprofessionnelles dans les zones déficitaires puisse inciter les médecins à s'y installer ? *

- a) Oui
- b) Non
- c) Sans avis

14) Avez-vous connaissance des nouveaux modes de rémunération appliqués dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et au sein des pôles de santé ? *

- a) Oui
- b) Non



c) Je pense connaître

15) Dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, pensez-vous que la forfaitisation de certains de vos actes soient attractive ? *

a) Oui

b) Non

c) Sans avis

16) Pensez-vous que le développement de la télémédecine dans les zones sous dotées puisse améliorer les conditions de travail du médecin installé ? *

a) Oui

b) Non

c) Sans avis

17) Trouvez-vous que les mesures incitatives financières telles que l'exonération d'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins, la création de CESP et de praticiens territoriaux, et les différents financements à l'initiative des collectivités territoriales suffisent à susciter l'installation des médecins dans les zones sous médicalisées ? *

a) Oui

b) Non

c) Mesures pertinentes mais insuffisantes

18) Êtes-vous favorable à l'augmentation du numerus clausus dans les régions sous dotées ? *

a) Oui

b) Non

19) La proximité des services publics (écoles, gares, postes...) et des commerces est-elle indispensable pour vous ? *

a) Oui

b) Non

c) Sans avis



20) La proximité d'un service d'urgence (< 30 minutes de votre lieu de travail) et des autres services médicaux est-elle capitale pour vous ? *

- a) Oui
- b) Non

21) Connaissez-vous l'organisation de la permanence des soins en Limousin ? *

- a) Oui
- b) Non
- c) Je pense connaître

22) L'organisation de la permanence des soins a-t-elle une importance quant à votre installation ? *

- a) Oui
- b) Non
- c) Sans avis

23) En conclusion : Selon vous, quelles mesures des pouvoirs publics favoriseraient l'installation des médecins généralistes en zones sous médicalisées ? *



Annexe 2. Échantillon de réponses à la question 23

Remplaçant de sexe masculin de moins de 35 ans :

" Il faut que la vie de famille puisse se faire dans ces zones (travail du conjoint, écoles pour les enfants, garde des enfants, etc). Je veux bien travailler dans une de ces zones mais il n'y a pas de travail pour ma compagne et pas forcément de mode de garde pour les enfants. Les maisons de santé ne sont pas forcément attractives en soit, c'est le travail de groupe qui est intéressant. D'après moi, les MSP sont des usines à gaz en ce qui concerne la gestion et le fonctionnement..."

Remplaçant de sexe féminin de moins de 35 ans :

"- Favoriser la création des structures pluridisciplinaires dans ces zones, le regroupement des médecins déjà présents via des MSP et pourquoi pas des centres de santé (structures développées en région parisienne mais peu existantes en province). On pourrait imaginer par exemple un centre de santé dans une petite ville et des antennes dans les villages les plus éloignés où seraient organisés des jours de consultations (les médecins tourneraient sur ces différents pôles)

- Meilleure communication auprès des internes et remplaçants sur les zones = centraliser les demandes de remplacements et d'installation au niveau d'un organisme public (ARS ou conseil de l'ordre) pour une meilleure vision d'ensemble

- Meilleure communication sur les aides à l'installation et les rémunérations : info à laquelle on accède que lorsqu'on est déjà dans la démarche de s'installer en zone sous médicalisée"

Remplaçant de sexe féminin de moins de 35 ans :

"Salariat"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"Cas désespéré , arrêter l'inflation de l'imposition lorsque vous êtes imposés sur l'IR à 45% que vous ajoutez 14% de RDS + CSG + URSSAF+ CARMF + CFE vous obtenez 75 % d'imposition. L'altruisme à des limites. Certains intellectuels ne croient plus à la valeur du travail et militent pour une société des loisirs , pourquoi les médecins en seraient-ils exclus ? les jeunes médecins ont compris cette évidence et ils ont raison .bon courage pour cette thèse"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe féminin de plus de 55 ans :

"Maintien des services publics (écoles ,crèches ,postes...),stages obligatoires pendant les études dans ces régions, baisse des charges et de l'impôt pour ceux qui s'y installent"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"Augmenter le numerus clausus et aménager le territoire (pourquoi l'État incite les jeunes médecins à s'installer dans des territoires dont lui même se désintéresse : retrait des services publics ,aménagement déficient de la téléphonie mobile ou internet , ou sont les autoroutes de la communication)?"



Remplaçant de sexe masculin de moins de 35 ans :

" Adapter le mode de financement au type de patientèle. Il faut doubler le C et le V (pour atteindre une moyenne européenne). En 1980: V=70% et C=30% des actes. Actuellement, V=10% et C=90% des actes qui confinent parfois à l'abattage. En campagne, 70% de la population >65ans, polypathologiques, consultation longue. Médecin isolé= secrétaire à mi-temps dans le meilleur des cas. En GB: 2,3 secrétaires par médecin. En France, 0,3 secrétaires par médecin. Surcharge administrative++ avec arrivée de nouveaux acteurs (payants) pour prise en charge du TPGO à venir car nous faisons l'avance de frais aux payeurs institutionnels (sécu/complémentaires santé) dont nous dépendons (risque de fragilité de trésorerie dans le cadre d'un ONDAM toujours en baisse, les libéraux doivent-ils être les premiers acteurs incriminés compte tenu du service rendu?) La mise aux normes handicapés empêche la reprise d'anciens cabinets, donc arrêt des VAD pour les handicapés du secteur à défaut de repreneurs... Augmentation des cotisations CARMF avec une retraite prévue à partir de 69-70ans. 90 jours de délai de carence en cas d'arrêt maladie. Tout ces problèmes ne seraient pas un écueil si le C et le V était doublé: diminution des fréquences de RO, financer 1 ou 2 secrétaires médicales pour éviter une perte de temps en logistique, mise aux normes d'accessibilité moins rédhibitoire, augmentation du nombre de remplaçants potentiels (salaire attractif) et donc envisager l'installation plus sereinement, diminution des consultations aux urgences (moy: 200euros/patient). Si le libéral redevient attractif, + de médecins libéraux= - d'heure à travailler donc - de stress (et de burn-out). Nous avons 180000 médecins en 1980 et 280000 en 2012: Où sont les libéraux? 8000 internes formés par ans et 6000 seulement inscrit à l'ordre: où vont les internes? (ce n'est pas un problème de numerus clausus, d'ailleurs après le papy-boom l'ordre des médecins le dit lui-même: nous aurons trop de médecins dans 10 ans). La désertification médicale est surtout la résultante d'un problème tabou: c'est un problème de sous-rémunération+++ (personne n'ose le dire, personne n'approche cet aspect dans les thèses, personne ne veut en entendre parler...donc les déserts médicaux augmentent -même dans les grandes villes (manque 600 médecins à Paris, 60% de départ en retraite à Toulouse dans les 15 prochaines années)- en effet, ce ne sont pas des déserts médicaux mais des déserts économiques tout court). A salaire égal, un salariat à "mi-temps"(35h) en grande ville est beaucoup plus intéressant, d'autant que le conjoint y trouve du travail plus facilement (d'autant que cadre moyen=revenu horaire quasi identique qu'un MG libéral). Doublez le C et le V pour les populations vieillissantes ou en zone de sous-démographie médicale et les déserts médicaux deviendront un lointain souvenir. Les indicateurs de soin ne serviront à rien sinon à justifier le salaire de ceux qui les imposent.

<http://www.fredericbizard.com/annexes.pdf> <http://www.atoute.org/n/article300.html>

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de moins de 35 ans :

"Une meilleure reconnaissance du travail du MG = revalorisation correcte de l'acte"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe féminin de moins de 35 ans :

"Aucune mesure ne sera suffisante. C'est une évolution de la société. Travaillant en maison de santé dans une région sous dotée, en effet cela est attractif pour les zones denses de population mais pour les campagnes (la mienne de creuse) les médecins isolés ne sont pas remplacés et la maison de santé a du mal à gérer tous les patients; les zones étant très grandes ... Même avec les mesures prises, le temps de travail et la quantité de travail peuvent décourager. "



Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"Obliger les étudiants en médecine à faire un stage de 6 mois chez un généraliste en zone dite sous médicalisée."

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"Formation des internes en MSP. Compagnonnage..."

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"Les regroupements professionnels et la forfaitisation de certaines activités, à temps partagé"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe féminin de moins de 35 ans :

"Mieux rémunérer les médecins et cela de façon conséquente et transparente pour le grand public donc assumée / que la CPAM arrête de réduire les médecins à de vulgaires applicateurs de bonnes pratiques avec point à la clef "

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"Améliorer la rémunération des actes, augmenter le numerus clausus, diminuer les tâches administratives, aider les conjoints à trouver du travail, rendre la parité obligatoire en première année de médecine (50% garçons , 50 %filles) "

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin d'un âge entre 35 et 55 ans :

"La France entière sera bientôt sous-dotée en MG. C'est la politique entière de la santé qu'il faut revoir. En zone sous-dotée, on gagne bien sa vie => Des défiscalisations accrues seraient les bienvenues"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin d'un âge entre 35 et 55 ans :

"Aucune, c'est surtout l'attractivité économique et les conditions de vie de l'entourage qui conditionnent une installation. Les mesures incitatives n'ont aucun impact."

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe féminin de plus de 55 ans :

"Offrir des possibilités d'installation dans des cabinets sur un même lieu, pas forcément organisation en maison de santé qui ont un coût certain et un fonctionnement lourd avec beaucoup de contraintes et pas obligatoirement pluridisciplinaire."

Médecin remplaçant de sexe féminin d'un âge entre 35 et 55 ans :

"L'augmentation du numerus clausus. Si nous étions plus nombreux , il n'y aurait pas de quoi satisfaire tous les médecins en ville , ceux qui souhaiteraient avoir des revenus plus conséquents devraient aller chercher leur patientèle plus loin."

Médecin remplaçant de sexe masculin de moins de 35 ans :

"Création de plus de MSP, revitalisation des zones rurales, poursuite des avantages financiers avec dégressivité sur 5 ans au moins, mise en place d'un service de télé-médecine pour avis spécialisés plus rapides ! "

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de moins de 35 ans :

"Suppression des gardes obligatoires, adaptation de la permanence des soins, augmentations financières."

Médecin remplaçant de sexe masculin de moins de 35 ans :

"La construction de maisons médicales est indispensable mais ce n'est pas suffisant, il faut rendre attractif les zones rurales du point de vue emploi et services publics si l'on veut que les médecins viennent s'installer avec leur famille"

Médecin remplaçant de sexe féminin de moins de 35 ans :

"Augmentation du numerus clausus franche et sur le long terme au niveau national. Il faudrait plus de stages d'internes en libéral, et moins de stages inutiles à l'hôpital pour boucher les trous... Il faudrait plus de SASPAS."

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin d'un âge entre 35 et 55 ans :

"ça c'est une bonne question, je pense qu'il est surtout important que les internes fassent des stages dans ses zones et que le tissu d'accueil (travail du conjoint, école, commerce) soit là. L'argent, c'est la cerise sur le gâteau."

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe féminin d'un âge entre 35 et 55 ans :

"Favoriser les maisons médicales et informer les médecins déjà installés des avantages financiers pour eux aussi, faire que la permanence des soins commence plus tôt le soir (18 ou 19 H) et termine plus tard le matin pour que les futurs installés puissent éventuellement habiter ailleurs que sur leur lieu de travail: quels que soient les avantages financiers les jeunes médecins n'iront pas s'installer là ou il n'y a plus rien ou alors n'y resteront pas (et c'est bien normal!)"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"Avoir une réflexion territoriale à l'échelle des bassins de vie et ne pas implanter des maisons médicales dans chaque commune. Mutualiser l'informatique entre professionnels à l'échelle de ces bassins de vie. Améliorer les conditions de rémunération au niveau des bassins de vie déficitaires sans oublier les médecins déjà installés et les retraités qui peuvent avoir une activité partielle de soutien. Avoir une vraie politique de maintien des services publics et de développement des moyens de communication au sein de ces territoires. "

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"Meilleure reconnaissance du travail du MG"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"D'une façon générale ne plus considérer les MG comme des vaches à lait taillables et corvéables à merci et une rémunération qui soit au moins égale à la moyenne observée dans les pays d'Europe occidentale comparable (40 euros...eh oui en moyenne) et une amélioration de la couverture sociale extrêmement coûteuse pour 90 jours de carence! une retraite à pleurer etc...et que l'étatisation en marche s'arrête de formater les étudiants qui n'ont aucune référence en la matière à leur faire miroiter des MSP qui ne sont ni une panacée ni le paradis sur terre."

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin de plus de 55 ans :

"Beaucoup de choses ont été essayées et vont dans le bon sens mais il s'agit d'une problématique d'aménagement du territoire avec un ensemble de mesures plus politiques afin de préserver le tissu économique dans ces territoires. Ne s'occuper que des médecins, restera une difficulté. Actuellement, il faut faire une campagne d'explications au grand public que l'on aura des maisons de santé dans les bourgs centre attractifs et non pas dans chaque communes, comme pour les supermarchés. Cela évitera de culpabiliser les jeunes médecins et de leurrer les élus locaux qui rêvent d'avoir un médecin dans leur commune. "

Médecin remplaçant de sexe masculin de moins de 35 ans :

"Uberisation prochaine de la médecine, paupérisation des campagnes, consumérisme des patients de tout niveau de vie, font que les mesures actuelles ne changeront rien. Construire des maisons médicales sans s'assurer au préalable de la présence d'un médecin est une idiotie et sert surtout à vider nos impôts dans des entreprises de construction. Le salariat des médecins, demandé par certains n'est que la conséquence de la baisse des revenus libéraux par rapport au niveau de vie moyen. C'est accepter de s'enchaîner pour se dégager des acquis sociaux."

Médecin remplaçant de sexe masculin de moins de 35 ans :

"Les mesures mises en place ne sont pas du tout incitatives, elles sont un plus pour les gens qui veulent s'installer en campagne mais en aucun cas ne peuvent décider quelqu'un de s'y installer si cette personne n'a rien à y faire. Pour bien connaître la campagne, y travailler et vouloir y faire ma carrière professionnelle je pense que le problème est bien plus profond que du point de vue simplement médical. Les campagnes sont des endroits abandonnés par les pouvoirs publics (au même titre que certains quartiers qui connaissent des problématiques similaires). Les médecins gagnent assez bien leur vie partout en France pour vouloir s'installer dans des endroits où il n'y a plus de poste, d'école.... "

Médecin momentanément salarié de sexe masculin de moins de 35 ans :

"Une meilleure information, une rémunération attractive, une permanence des soins efficace sans être trop contraignante. Obliger les médecins à s'installer en zone sous médicalisée réglerait le problème mais c'est contraire à la philosophie de la médecine libérale privée."

Médecin remplaçant de sexe masculin de moins de 35 ans :

"Il faut arrêter la désertification des campagnes donc: Inciter les entreprises à s'installer dans les zones paupérisées par des réductions de fiscalité, faciliter le télétravail par le développement de la fibre, réorienter la PAC pour favoriser l'agriculture raisonnée ou biologique qui augmentera le nombre d'agriculteurs, maintenir voire augmenter les services



publics dans ces zones. En miroir, il faudra également limiter la démographie dans les grandes villes, interdire le conventionnement par l'assurance maladie des médecins s'installant dans des communes ayant une densité médicale supérieure à deux ou trois fois la moyenne nationale. Il faut arrêter la T2A et la saignée des hôpitaux périphériques. On peut également créer des cabinets secondaires dans les petites communes de moins de 800 habitants mis à la disposition des différents professionnels de santé pour venir au plus près des patients. Densifier le réseau de transports avec notamment des routes nationales 2x2 voies pour diminuer le temps de trajet vers les centres urbains"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe féminin de moins de 35 ans:

"Un programme d'information de toutes les aides à l'installation possible dans ces zones, auprès des internes et remplaçants de médecine générale, pour dédramatiser la situation des MG en campagne et attirer d'avantage de jeunes plutôt que de médecins étrangers"

Médecin installé en zone sous-dotée de sexe masculin d'un âge entre 35 et 55 ans :

"Il faut revitaliser les zones déficitaires par la création de nouveaux réseaux commerciaux, de loisirs culturels, de transports médicaux (urgence, maternité), y réimplanter des services publics, créer des bassins d'emploi à proximité... Ces zones ne sont pas désertiques parce qu'elles manquent de médecins, elles manquent de médecins car elles sont désertiques. Personne ne voudra aller s'installer dans un "trou" ou son conjoint ne pourra pas trouver d'emploi, où le temps de transport jusqu'aux écoles, collèges et lycée sera aberrant, où il n'y aura pas d'activités attractives pour passer son temps libre, et où tout acte de la vie quotidienne nécessitera des temps de trajets complètement déraisonnables vu le prix du carburant aujourd'hui... Aucune des mesures incitatives actuellement en place ne permettra une repopulation médicale pérenne dans ces zones. Les déserts portent bien leur nom : ils sont déserts, mais de tout, médecins y compris "



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



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.

Contexte : Le Limousin est concerné par le phénomène préoccupant de désertification médicale. Les zones rurales moins bien dotées contrastent avec les zones urbaines plus attractives. Pour lutter contre ces inégalités d'accès à la santé, l'État propose des mesures incitatives à l'installation. Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle épidémiologique descriptive déclarative menée auprès des médecins généralistes installés dans des zones sous-dotées et des médecins remplaçants en Limousin entre le 02 mars et le 02 août 2017 à l'aide d'un questionnaire. L'objectif principal est d'évaluer l'impact qu'ont les mesures incitatives sur le choix du lieu d'installation. L'objectif secondaire est d'apporter des solutions pouvant rendre les zones sous-denses plus attractives. Résultats : 35 médecins remplaçants et 53 médecins installés ont participé. 65,9% d'entre eux connaissent mal ces aides. Ils sont 53,4% à penser que la création des MSP influence positivement l'installation, 47,7% à approuver le développement de la télémédecine, 73,9% à être favorable à l'augmentation du numerus clausus, 21,6% à penser que la forfaitisation de certains actes est attractive et 13,6% à estimer que les aides financières sont suffisantes pour susciter une installation. La présence des services de proximité, qu'ils soient médicaux ou publics, ainsi qu'une organisation de la permanence des soins optimale sont capitales pour la majorité des répondants. Conclusion : Le développement des MSP et de la télémédecine est à encourager. Des stages d'immersion et différentes formations doivent être proposées afin de potentialiser leur attractivité. Le maintien des services de proximité est primordial.

Mots-clés : médecins généralistes, désertification médicale, mesures incitatives à l'installation, Limousin

Abstract :

Background : The Limousin region is concerned by the lack of medical care. Rural areas less endowed contrast with attractive urban areas. To fight against these inequalities of access to care, the French state put forward some incentives for installation. Methods : This is a descriptive epidemiological study conducted among general practitioners based in less endowed areas and locums GP working in Limousin between March and August 2017 by means of a questionnaire. The main objective is to evaluate the impact of that incentives on the choice of installation place. The secondary objective is to find solution to make less endowed areas more attractive. Results : 35 locums GP and 53 general practitioners based have participated. 65,9% of them are not familiar with these incentives. They are 53,4% to think that the creation of MSP is a favorable factor for installation, 47,7% to approve the development of telemedicine, 73,9% to encourage the increase of numerus clausus, 21,6% to think that flate rate for some medical acts is attractive and 13,6% to consider that financial incentives are sufficient for installation . A place with local services for medical care or publics and a good organisation of the permanence care is essential for the most of the respondent. Conclusion : Promote MSP and telemedicine is an important point. Immersion courses and formation must improve their attractiveness. Local services must be maintained too.

Keywords : general practionners, the lack of medical care, incentives for installation, The Limousin region

