UNIVERSITE DE LORRAINE
2017

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
n° 9405

# THESE

pour obtenir le grade de

## DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

**Gaël CONCASTIE**

Le 26 janvier 2017

# EVALUATION DES AIDES INCITATIVES PUBLIQUES A LA REALISATION DE STAGE D'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE EN ZONE FRAGILE

*Etude observationnelle rétrospective de l'influence des aides financières du conseil régional de Lorraine sur l'installation en zones déficitaires en médecins*

Examinateurs de la thèse :

| | |
|---|---|
| M. le professeur Jean Dominique DE KORWIN | Président |
| M. le professeur François ALLA | Juge |
| M. le professeur Paolo DI PATRIZIO | Juge |
| M. le docteur Olivier BOUCHY | Juge et Directeur |
| Mme le docteur Véronique GUILLOTIN | Juge |

UNIVERSITE DE LORRAINE
2017

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
n°

# THESE

pour obtenir le grade de

## DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

**Gaël CONCASTIE**

Le 26 janvier 2017

# EVALUATION DES AIDES INCITATIVES PUBLIQUES A LA REALISATION DE STAGE D'INTERNAT DE MEDECINE GENERALE EN ZONE FRAGILE

*Etude observationnelle rétrospective de l'influence des aides financières du conseil régional de Lorraine sur l'installation en zones déficitaires en médecins*

Examinateurs de la thèse :

| | |
|---|---|
| M. le professeur Jean Dominique DE KORWIN | Président |
| M. le professeur François ALLA | Juge |
| M. le professeur Paolo DI PATRIZIO | Juge |
| M. le docteur Olivier BOUCHY | Juge et Directeur |
| Mme le docteur Véronique GUILLOTIN | Juge |

**Président de l'Université de Lorraine** :
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Assesseurs :**
**Premier cycle** : Dr Guillaume GAUCHOTTE
**Deuxième cycle** : Pr Marie-Reine LOSSER
**Troisième cycle** : Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques* : Pr Bruno CHENUEL

*Formation à la recherche* : Dr Nelly AGRINIER
*Animation de la recherche clinique* : Pr François ALLA

*Affaires juridiques et Relations extérieures* : Dr Frédérique CLAUDOT
*Vie Facultaire et SIDES* : Pr Laure JOLY
*Relations Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
*Etudiant* : M. Lucas SALVATI

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie* : Dr Guillaume VOGIN
*Commission de prospective facultaire* : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
*Orthophonie* : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
*PACES* : Dr Chantal KOHLER
*Plan Campus* : Pr Bruno LEHEUP
*International* : Pr Jacques HUBERT

==========
**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER
Professeur Henry COUDANE

==========
**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========
**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Jean-Pierre CRANCE -
Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER – Professeur François KOHLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur François PLENAT
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul VERT
Professeur Michel VIDAILHET

==========
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**
*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

**42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**
**1ère sous-section : *(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
**2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV– Professeur Bernard FOLIGUET
**3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

**43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**
**1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
**2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**
**1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
**2ème sous-section : *(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
**4ème sous-section : *(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

**45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**
**1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
**2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
**3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**
**1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
**3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
**4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**
**1ère sous-section :** ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
**2ème sous-section :** ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
**3ème sous-section :** ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT – Professeure Marie-Thérèse RUBIO
**4ème sous-section :** ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
**1ère sous-section :** ***(Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
**2ème sous-section :** ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
**3ème sous-section :** ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER
**4ème sous-section :** ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

**49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**
**1ère sous-section :** ***(Neurologie)***
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
**2ème sous-section :** ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
**3ème sous-section :** ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
**4ème sous-section :** ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
**5ème sous-section :** ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**
**1ère sous-section :** ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
**2ème sous-section :** ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
**3ème sous-section :** ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
**4ème sous-section :** ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**
**1ère sous-section :** ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET
**2ème sous-section :** ***(Cardiologie)***
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
**3ème sous-section :** ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
**4ème sous-section :** ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**
**1ère sous-section :** ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
**3ème sous-section :** ***(Néphrologie)***

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
**4ème sous-section :** ***(Urologie)***
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**
**1ère sous-section :** ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
**2ème sous-section :** ***(Chirurgie générale)***
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
**3ème sous-section :** ***(Médecine générale)***
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
**1ère sous-section :** ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
**2ème sous-section :** ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
**3ème sous-section :** ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
**4ème sous-section :** ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**
**1ère sous-section :** ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
**2ème sous-section :** ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE
**3ème sous-section :** ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

**==========**
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**
Professeur Walter BLONDEL

**64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

**==========**
**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**
Professeur associé Sophie SIEGRIST

**==========**
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**
**1ère sous-section :** ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON
**2ème sous-section :** ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Docteure Chantal KOHLER

**43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**
**1ère sous-section :** ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Jean-Marie ESCANYE
**2ème sous-section :** ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**
**1ère sous-section :** ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
**2ème sous-section** : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL
**3ème sous-section** : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**
**1ère sous-section :** ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
***2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)***
Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**
**1ère sous-section :** ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
**2ème sous-section** ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
**3ème sous-section** ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**
**1ère sous-section :** ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS *(stagiaire)*
**2ème sous-section :** ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN *(stagiaire)*
**4ème sous-section :** ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
**2ème sous-section :** ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN
**3ème sous-section :** ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
**4ème sous-section :** ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**
**1ère sous-section** : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
**3ème sous-section :** ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
**4ème sous-section** : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**
**3ème sous-section :** ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE

**52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**
**1ère sous-section :** ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**
**3ème sous-section :** ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

**54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
**5ème sous-section :** ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**
**1ère sous-section :** ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**
Monsieur Vincent LHUILLIER

**7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES**
Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**
Madame Joëlle KIVITS

**60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL**
Monsieur Alain DURAND

**64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

**65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

**66ème Section : PHYSIOLOGIE**
Monsieur Nguyen TRAN

==========
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**
Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON – Docteur Cédric BERBE
Docteur Jean-Michel MARTY

==========
**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Charles A. BERRY (1982)
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
*Brown University, Providence (U.S.A)*
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
*Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)*
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*
Professeur James STEICHEN (1997)
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
*Université de Montréal (Canada)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)
*Université de Dundee (Royaume-Uni)*
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
*Université de Wuhan (CHINE)*
Professeur David ALPERS (2011)
*Université de Washington (U.S.A)*
Professeur Martin EXNER (2012)
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

# REMERCIEMENTS

*A notre Maitre et Président de Thèse*

*Monsieur le Professeur Jean Dominique DE KORWIN*

*Professeur de médecine interne*

*Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.*

*Nous vous remercions pour vos remarques avisées et votre implication pour la médecine générale*

*Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre plus profond respect*

*A notre Maitre et Juge*

*Monsieur le professeur François ALLA*
*Professeur de santé publique*

*Nous vous sommes profondément reconnaissant d'avoir accepté de siéger dans notre jury de thèse.*

*Recevez l'expression de notre sincère gratitude*

*A notre Maitre et juge*

*Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO*

*Professeur de médecine générale*

*Vous nous honorez en acceptant d'évaluer ce travail.*

*Veuillez recevoir nos remerciements respectueux*

*A notre Juge et Directeur de Thèse*

*Monsieur le Docteur Olivier BOUCHY*

*Médecin généraliste*

*Pour avoir accepté la direction de cette thèse et pour m'avoir épaulé et orienté durant toute la réalisation de ce travail.*

*Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.*

*A notre Juge*

*Madame le docteur Véronique GUILLOTIN*

*Médecin généraliste*

*Conseillère régionale, vice-présidente santé handicap et sécurité*

*Pour avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse, veuillez recevoir notre sincère gratitude.*

*A l'association Raoul-IMG, sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour*

*A Monsieur Franck Gaüzere, Maitre de Conférences de Statistiques à l'Institut Universitaire Technologique de Metz, pour son aide si précieuse dans l'analyse statistique des données recueillies.*

*A mes maitres de stages, je garderai un excellent souvenir de mes premières expériences professionnelles à vos côtés.*

*A tous les médecins et étudiants ayant accepté de réponde à ce questionnaire.*

*A mes amis pour leur présence, leur soutien et leur joie de vivre.*

*A mes parents qui m'ont permis de réaliser mon but, m'ont soutenu et épaulé à travers ce long parcours*

*A mon frère, à ma sœur pour leur présence, leur sourire*

*A ma belle-famille, pour votre soutien*

*A mon épouse Aurélie, qui a toujours été là pour moi*
*A Thibault, arrivé en cours de route, qui a changé ma vie*

*A Thales pour son expertise féline*

## SERMENT D’HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS ..... 7

TABLE DES MATIERES ..... 25

ABREVIATIONS ..... 29

LISTE DES FIGURES ..... 31

INTRODUCTION ..... 33

PREMIERE PARTIE ..... 35

I. La prise de conscience de la désertification médicale ..... 37

A. Un problème de santé publique ..... 37

1. De la pléthore médicale… ..... 37

2. … A la situation de pénurie ..... 39

B. Inégalité de répartition au niveau national ..... 41

II. Etat des lieux de la démographie médicale en lorraine ..... 47

A. Le territoire lorrain ..... 47

B. La répartition des médecins généralistes en lorraine ..... 49

C. Caractéristiques des médecins généralistes en Lorraine ..... 53

III. Actions des pouvoirs publics ..... 55

A. Réforme de l'assurance maladie de 2004 ..... 55

B. La loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2008 ..... 56

C. Le Pacte Territoire Santé en 2012 ..... 57

D. Le Pacte territoire Santé 2 ..... 59

E. Les aides accordées aux étudiants (2ème cycle et 3ème cycle de médecine générale) par les conseils régionaux ..... 59

1. En Lorraine ..... 60

2. Autres départements ..... 60

F. Aides proposées à l'installation ..... 62

1. Les aides fiscales ..... 62

2. Les aides conventionnelles ..... 63
G. Actions entreprises à l'étranger ..... 64
DEUXIEME PARTIE ..... 67
Etude observationnelle rétrospective, évaluant l'influence des aides du conseil régional de Lorraine sur l'installation ou le projet d'installation, en zones sous dotées en médecins ..... 67
I. Objectifs ..... 69
II. Matériel et méthodes ..... 69
A. Type d'étude ..... 69
B. Population étudiée ..... 70
1. Critères d'inclusion ..... 70
2. Critères d'exclusion ..... 70
C. Méthode statistique utilisée ..... 70
D. Réalisation du questionnaire ..... 71
E. Déroulement de l'enquête ..... 73
F. Distribution du questionnaire ..... 73
III. Résultats ..... 74
A. Caractéristiques générales de la population étudiée ..... 74
1. Sexe ..... 74
2. Age ..... 75
3. Année de fin d'internat ..... 75
4. Statut marital ..... 76
5. Nombre d'enfants ..... 76
6. Volonté de faire de la médecine générale ..... 77
7. Inscription au conseil de l'ordre ..... 77
8. Lieu d'exercice ..... 78
9. Le mode d'exercice ..... 79
B. Stage chez les médecins généralistes en cabinet de ville ..... 80
1. Stage chez le praticien ..... 81

2. Stage Ambulatoire en SASPAS ..... 82
3. Réalisation de stage en zone déficitaire ..... 83
4. Les aides du conseil régional ..... 84
C. Les remplacements ..... 85
D. Le projet d'installation ..... 86
1. Le choix de l'installation ..... 86
2. La zone territoriale ..... 87
3. Le lieu de l'installation ..... 88
4. Le type de structure ..... 89
5. Critères influençant le lieu d'installation ..... 90
6. Les aides à l'installation ..... 91
E. L'installation ..... 93
1. Le lieu d'installation ..... 93
2. Le type de structure ..... 94
3. Les facteurs influençants ..... 95
4. Les aides à l'installation ..... 96
F. L'analyse par régression logistique ..... 97
DISCUSSION ..... 99
I. Analyse de la méthode et population ..... 101
A. Echantillonnage ..... 101
B. Biais ..... 101
1. Biais de sélection ..... 101
2. Biais de confusion ..... 102
C. Les caractéristiques socio démographiques de notre population ..... 102
II. Les aides financières ..... 103
A. Les aides du conseil régional de lorraine ..... 103
B. CESP, PTMG et aides à l'installation ..... 104
III. Les aides non financières ..... 106

A. Les aides au cours de la formation ..... 106

B. L'exercice en équipe ..... 107

C. Développement des infrastructures au sein des zones rurales ..... 107

D. La télémédecine ..... 108

CONCLUSION ..... 109

BIBLIOGRAPHIE ..... 111

ANNEXE ..... 117

Questionnaire ..... 119

# ABREVIATIONS

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

EGOS : Etats Généraux de l'Organisation de la Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

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

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

MRS : Missions Régionales de Santé

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTS : Pacte Territoire-Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

# LISTE DES FIGURES

FIGURE 1:EVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS EN MEDECINE DEPUIS 1971 A 2008 ..... 39
FIGURE 2:EFFECTIFS DES MEDECINS EN ACTIVITE REGULIERE, DE L'OBSERVE A L'ATTENDU, ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2015 ..... 42
FIGURE 3:EFFECTIFS DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX/MIXTES, DE L'OBSERVE A L'ATTENDU, ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2015..... 43
FIGURE 4 : VARIATION REGIONALE DES EFFECTIFS DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX/MIXTES ENTRE 2007 ET 2015 ..... 44
FIGURE 5 : DENSITE DES GENERALISTES EN EXERCICE LIBERAL/MIXTE EN 2015, A L'ECHELLE DEPARTEMENTALE (SOURCE : CNOM, INSEE) ..... 45
FIGURE 6: EVOLUTION DE LA POPULATION LORRAINE SELON LES DIFFERENTS SCENARIOS DE PROJECTION ..... 48
FIGURE 7: CONSOMMATION D'ACTES DE SOINS EN LORRAINE EN 2013..... 49
FIGURE 8 : EFFECTIFS DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET MIXTES EN ACTIVITE REGULIERE, DE L'OBSERVE A L'ATTENDU, DANS LES DEPARTEMENTS LORRAINS..... 50
FIGURE 9 : VARIATION DES EFFECTIFS EN MEDECINE GENERALE ET HAUSSE DE LA POPULATION GENERALE A L'ECHELLE DES BASSINS DE VIE..... 51
FIGURE 10 : DENSITE DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET MIXTES POUR 10 000 HABITANTS A L'ECHELLE DES BASSINS DE VIE EN LORRAINE..... 52
FIGURE 11 : ZONES DEFICITAIRES EN OFFRE DE SOINS DE PREMIERS RECOURS ARRETEES PAR L'ARS DE LORRAINE EN 2014..... 53
FIGURE 12 : ORIGINE DES DIPLOMES DES NOUVEAUX INSCRITS EN 2013 EN LORRAINE A L'ECHELLE DEPARTEMENTALE..... 54
FIGURE 13: REPARTITION PAR SEXE..... 74
FIGURE 14: REPARTITION SELON L'AGE..... 75
FIGURE 15: ANNEE DE FIN D'INTERNAT..... 75
FIGURE 16: REPARTITION DU STATUT MARITAL..... 76
FIGURE 17: NOMBRE D'ENFANTS..... 76
FIGURE 18: CHOIX POUR LA MEDECINE GENERALE ..... 77
FIGURE 19: REPARTITION DES INSCRIPTIONS AU CONSEIL DE L'ORDRE ..... 77
FIGURE 20: REPARTITION DES DEPARTEMENTS D'EXERCICE DES MEDECINS THESES ..... 78
FIGURE 21: REPARTITION DU MODE D'EXERCICE ..... 79
FIGURE 22: PROPORTION DES REPONDANTS AYANT REALISE UN STAGE EN ZONE ELIGIBLE ..... 80
FIGURE 23: REPARTITION DES AIDES FINANCIERES ACCORDEES AUX ETUDIANTS ..... 81
FIGURE 24: REPARTION DES FACTEURS INFLUENCANT LE LIEU DU CHOIX DE STAGE CHEZ LE PRATICIEN..... 82
FIGURE 25 : REPARTIION DES FACTEURS INFLUANCANT LE CHOIX DU LIEU DE STAGE EN SASPAS..... 83
FIGURE 26: INFLUENCE DE L'EXISTENCE D'AIDES DU CONSEIL REGIONAL SUR LA REALISATION DE STAGE EN ZONE DEFICITAIRE ..... 84
FIGURE 27: REPARTITION DE LA PERIODE DE DEBUT DES REMPLACEMENTS..... 85
FIGURE 28: DELAI ENTRE LA FIN D'INTERNAT ET L'INSTALLATION..... 86
FIGURE 29: CHOIX DE LA ZONE TERRITORIALE D'INSTALLATION ..... 87

FIGURE 30: CHOIX DU TYPE D'AGGLOMERATION POUR L'INSTALLATION ..... 87
FIGURE 31: REPARTITION DES DEPARTEMENTS DE PROJET D'INSTALLATION ..... 88
FIGURE 32: TYPE DE STRUCTURE D'INSTALLATION ..... 89
FIGURE 33: CRITERES POUVANT INFLUENCER L'INSTALLATION ..... 90
FIGURE 34: INFLUENCE DES AIDES A L'INSTALLATION ..... 91
FIGURE 35: IMPORTANCE RELATIVES DES MOYENS DE DIFFUSION DES AIDES A L'INSTALLATION ..... 92
FIGURE 36 : REPARTITION DES INSTALLATIONS ..... 93
FIGURE 37: OPINION SUR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DE LEUR TERRITIORE DES MEDECINS INSTALLES ..... 93
FIGURE 38: TYPE DE STRUCTURE D'INSTALLATION ..... 94
FIGURE 39: INFLUENCE DES STAGES REALISES AU COURS DE LA FORMATION ..... 95
FIGURE 40: PROVENANCE DES INFORMATIONS CONCERNANT L'AIDE A L'INSTALLATION ..... 95
FIGURE 41: TYPES D'AIDE A L'INSTALLATION DONT ONT BENEFICIE LES REPONDANTS ..... 96

# INTRODUCTION

Au début des années 1990, les études portant sur la démographie médicale faisaient état d'un excès de médecins sur le territoire français (1). Dans ce contexte, des décisions politiques ont été prises afin d'enrayer ce problème. En 1996, le rapport de Jean Choussat (2), Inspecteur des finances et ancien Directeur général de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, mettait en garde sur la pérennisation de cette situation, et soulignait le fait que l'excédent de médecins allait encore s'aggraver dans les années à venir.

Pourtant, en 1998, apparurent des débats concernant une possible pénurie de médecins prévue pour 2015. Ce fut au cours de l'année suivante qu'une crise majeure de la démographie médicale commença à être envisagée. Entre 2007 et 2014, les études démographiques mirent en évidence une diminution de l'effectif des médecins généralistes (-6.5%) alors que la population générale est en augmentation (3). Le vieillissement de la population et la part grandissante des pathologies chroniques ont conduit à l'augmentation des besoins de santé (4).

D'après un rapport du CNOM datant de janvier 2014, la Lorraine fait partie des 8 régions dont la densité est inférieure à la moyenne nationale. La région Lorraine a vu sa population croitre légèrement ces dernières années, tandis que le nombre de médecins en activité régulière est en baisse (3).

Afin de lutter contre cette évolution démographique, des initiatives politiques sont prises pour favoriser l'installation en médecine libérale.

L'ISNAR-IMG, lors d'une enquête sur les souhaits d'exercice des Internes de Médecine Générale de 2011, a révélé que 95% des internes de médecine générale déclaraient ne pas connaître les aides à l'installation, ni à l'exercice qui existent dans leur région (5).

Face à ce constat, nous avons souhaité évaluer, auprès des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy, et des jeunes médecins remplaçants ou installés dans la région, les aides mises en place actuellement, afin de lutter contre les zones sous dotées en médecins.

Dans un premier temps, nous étudierons l'évolution de la démographie médicale en France et en Lorraine, puis les différentes réponses gouvernementales instaurées afin de lutter contre la désertification médicale. Nous nous intéresserons aussi aux actions entreprises à l'étranger afin d'enrayer ce problème.

Dans un second temps, nous étudierons l'influence des aides du conseil régional favorisant la réalisation d'un stage en zone dite déficitaire, sur le lieu d'installation ou projet d'installation future. Pour ce faire, nous réaliserons une étude rétrospective observationnelle par régression logistique.

Nous discuterons alors des différents facteurs pouvant influencer sur le choix de cette installation, avant de conclure.

# PREMIERE PARTIE

# I. La prise de conscience de la désertification médicale

## A. Un problème de santé publique

Depuis plus de trente ans, la démographie médicale est étudiée par l'Ordre des médecins, la sécurité sociale et le ministère de la santé.
Ces données ont permis d'obtenir des informations sur la démographie passée, actuelle et surtout de prévoir les évolutions à venir. Ces prévisions sont toutefois à relativiser, car elles ne peuvent pas prendre en compte l'évolution de la médecine et de la société. On remarque que dans les pays développés, la demande en soins médicaux est sans limite, du fait des progrès techniques et de l'aspiration de chacun au mieux-être.

L'ensemble de la population est attaché à la qualité des soins qui lui est apportée. Celle-ci est dépendante de plusieurs facteurs, dont trois concernant directement les médecins :

- L'accès du patient aux soins
- La compétence professionnelle
- Les effectifs en professionnels de santé

Le manque de médecin sur le territoire entraine donc une dégradation de l'offre de soins(6).

### 1. De la pléthore médicale…

Face au risque d'une inflation des effectifs médicaux, et d'une augmentation des dépenses de santé stimulées par l'offre de soins croissante, gestionnaires et syndicats se regroupent pour demander une limitation du nombre de médecins formés (7) à la fin des années 1960.
A partir de 1971, un numerus clausus est fixé chaque année, par les pouvoirs publics, en fonction des besoins prévisibles en médecins. Ce numerus clausus correspond au nombre d'étudiants admis à s'inscrire en 2eme année de médecine. Il est ainsi utilisé à des fins de rééquilibrage régional du nombre de médecins formés.

A la fin des années 1980, l'ensemble de la presse professionnelle et l'assurance maladie soulèvent le problème d'un excès de médecins sur le territoire, et la nécessité de corriger cette situation au plus vite. Les experts parlent d'un excès de 20 000 médecins sur le territoire. La décision est prise de baisser le numerus clausus ainsi que de reconvertir des milliers de médecins (1).

La plupart des ordres départementaux tentent de dissuader les jeunes médecins de s'installer. Pour exemple, en 1987, le conseil de l'Ordre de la Creuse déclare qu'il n'y a aucun avenir pour un jeune généraliste qui s'installerait dans son département (7).
A partir des années 1980 débute la diminution progressive du numerus clausus qui passe de 8588 étudiants en 1971 à 7121 en 1980.

En 1990, Philippe Lazar (directeur général de l'INSERM) dans son ouvrage intitulé « 12 thèses sur le renouveau de la médecine libérale », parle de la démographie médicale ainsi : « bien qu'aucune démonstration formelle n'en conforte l'affirmation, l'un des points qui réunit d'emblée un consensus presque parfait est que le nombre de médecins est d'ores et déjà trop élevé et que le large excès prévu dans les vingt ans à venir ne manquera pas de poser de graves problèmes ». Les solutions qu'il apporte pour réduire la pléthore médicale sont : la régulation du nombre d'étudiants via le numerus clausus, favoriser les reconversions des médecins formés et en cours de formation, ainsi que l'incitation des départs en cessation anticipée d'activité (1).
Ce rapport étant relayé dans la presse, Jean François Girard (directeur général de la Santé) est alors chargé d'une mission spécifique portant sur le thème de la reconversion et la réorientation des médecins. Il estime que 15 000 médecins devront être reconvertis vers la médecine hospitalière (jugée moins couteuse à cette époque) ou la santé publique (8).

En 1992, le numerus clausus atteint son chiffre le plus bas à 3500 étudiants, pour se stabiliser ensuite jusqu'à la fin de cette décennie (9).

En 1996 le rapport de Jean Choussat (2), Inspecteur des finances et ancien Directeur général de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, estime l'excédent de médecins sous-évalué. Il déclare que le nombre de médecins va encore augmenter dans les années à venir. Dans ce contexte, les conclusions de son rapport sont claires. Il donne pour consigne de ne pas augmenter à nouveau le numerus clausus, mais rendre plus attractifs les dispositifs de retraite anticipée.
En 1999, la Cour des comptes rend un rapport sur le bilan du dispositif de cessation anticipée d'activité (MICA), et constate que ceux-ci n'ont pu supprimer l'excédent. Le MICA consistait au versement d'une

allocation de remplacement de revenu, aux médecins libéraux conventionnés, choisissant de cesser leur activité avant l'âge de 65 ans (10).
La question de la pléthore médicale est toujours d'actualité.

### 2. … A la situation de pénurie

Ce n'est qu'en 1998, que les autorités sanitaires, les syndicats et le gouvernement prennent conscience d'une possible pénurie dans les années à venir. Dans ce contexte, la décision est prise d'augmenter progressivement le numérus clausus (11).

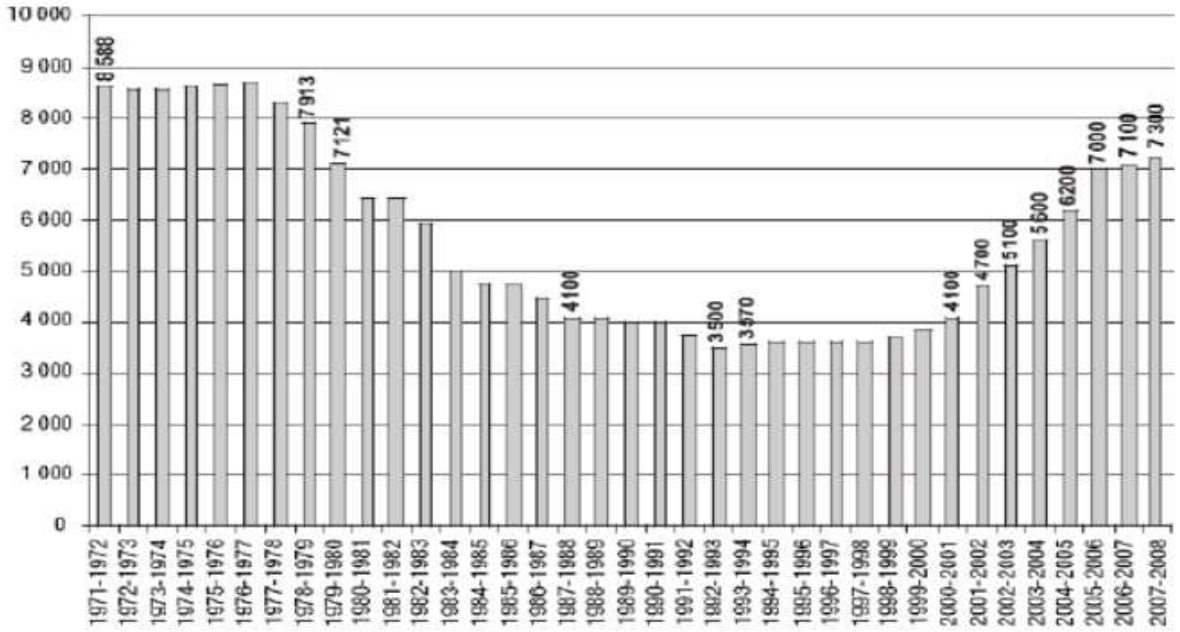


*Figure 1:Evolution du numérus clausus en médecine depuis 1971 à 2008*

Le 17 aout 2004 a été publié au journal officiel la réforme de l'assurance maladie de 2004 (12). Elle a pour but de proposer une réforme en profondeur de l'assurance maladie, dans un contexte économique déficitaire très important. Il en résulte notamment la création des missions régionales de santé (MRS), qui regroupe les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM). Elles ont pour missions de définir les zones rurales ou urbaines, qui pourront justifier l'instauration de dispositifs d'aides visant à promouvoir l'installation des professionnels ou des centres de santé, et proposer des dispositifs de permanence des soins.

L'avenant n° 20 de la convention médicale de 2005, va permettre l'instauration d'une majoration de 20% des honoraires, des médecins généralistes libéraux exerçant en groupe dans les zones déficitaires (13). Le bilan de cette mesure est très mitigé. La Cour des Comptes met en évidence un effet d'aubaine, et souligne le cout très élevé de cette mesure avec peu de résultat. Le dispositif a été redéfini en septembre 2011, avec la mise en place de « l'option démographie » ainsi que « l'option santé solidarité territoriale » (14).

L'article 32 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) de 2008, va instaurer le déconventionnement des nouveaux médecins qui souhaiteront s'installer dans des zones suffisamment dotées. Cette proposition entrainera une grève massive des internes qui aboutira au retrait de l'article (15).

Fin 2008, la ministre de la santé Roselyne Bachelot prépare la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), qui a pour objectif de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale. La loi parait le 22 juillet 2009 au Journal Officiel. Elle permet notamment la création du contrat d'engagement du service public (16). Elle fait suite aux résultats des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS). Les principaux éléments cités pour expliquer la situation sont les départs très importants à la retraite non compensés par l'arrivée des nouveaux médecins formés, une installation beaucoup plus tardive des jeunes médecins en libéral, la féminisation (dont la durée d'exercice est plus faible statistiquement), l'augmentation et le vieillissement de la population, la multiplication des pathologies chroniques, la diminution de la durée des séjours hospitaliers augmentant les besoins de prise en charge à domicile, et la mauvaise répartition des médecins sur le territoire (4).

Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, lance le Pacte Territoire Santé le 13 décembre 2012, dans un contexte où les débats publics sont centrés sur le problème des déserts médicaux. Les inégalités entre les différents territoires sont pointées du doigt. Ce pacte porte sur 3 points importants: la formation des jeunes médecins, les conditions d'exercice, et l'investissement dans les territoires isolés (17).

L'évolution de la démographie médicale est liée en partie à l'inertie des politiques mais pas seulement. La diminution du temps de travail des médecins, le vieillissement des médecins en exercice, l'augmentation des médecins remplaçants, la préférence du salariat (18), l'augmentation de la demande de soins, et surtout la nécessité d'une maitrise des dépenses de santé (19), ont conduit à la situation actuelle.

Le faible nombre de médecins actuel, entraine la nécessité d'une répartition optimale de ces derniers pour permettre un accès aux soins de qualité à l'ensemble de la population. La répartition des médecins sur le territoire n'était pas un problème, à partir du moment où leur effectif était important.

## B. Inégalité de répartition au niveau national

Entre 1990 et 2009, l'effectif des médecins en activité toutes spécialités confondues a augmenté de 22%, alors que la population augmentait de moins de 10%. Suite à l'application des différents plans pour lutter contre l'excès de médecins sur le territoire, cette évolution a progressivement ralenti. D'après les projections de l'INSEE, la densité médicale va passer de 327 à 279 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2020, pour revenir au niveau des années 1980 vers 2020 (20).

Dans un rapport du Pr J. Langlois de décembre 2001, portant sur la démographie médicale future (6), les disparités concernant la répartition des médecins y sont évoqués (Nord/Sud). Ces inégalités de répartition vont donc engendrer une source d'inégalité dans l'offre de soins de la population. Ces disparités sont décrites à l'échelle régionale mais également à l'intérieur de nombreux départements. La désertification dans certaines régions rurales y est évoquée, ainsi que des concentrations plus importantes dans les zones fortement urbanisées.

On note également de fortes disparités entre les omnipraticiens (reconnu comme spécialité depuis 2007, suite à la loi n° 2002-73 de modernisation sociale article 60) et les « spécialistes », mais aussi entre spécialités (anesthésie réanimation, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique et ophtalmologie sont déjà en crise d'effectif) (1).

Depuis 2007, le CNOM publie chaque année un atlas de la démographie médicale en France, permettant de faire un état des lieux de la répartition des médecins, et d'évaluer notamment l'évolution des effectifs à l'échelle départementale et régionale.

Au premier janvier 2016, le tableau de l'ordre recense 285 840 médecins toutes spécialités confondues, dont 9 179 en Lorraine. On dénombre 215 583 médecins en activité totale, et 70 257 retraités dont 15 878 en cumul emploi-retraite (activité libérale/mixte/salariée ou remplaçant) (21). Entre 1979 et 2016 les effectifs ont augmenté de 140.5%, les médecins actifs enregistrent une hausse

de 92,4% alors que le pourcentage de retraités augmente de 940% (21). Entre 2007 et 2015 les effectifs en activité régulière ont diminué de 0.2% et devraient décroitre encore jusqu'en 2025 selon les prévisions(18).

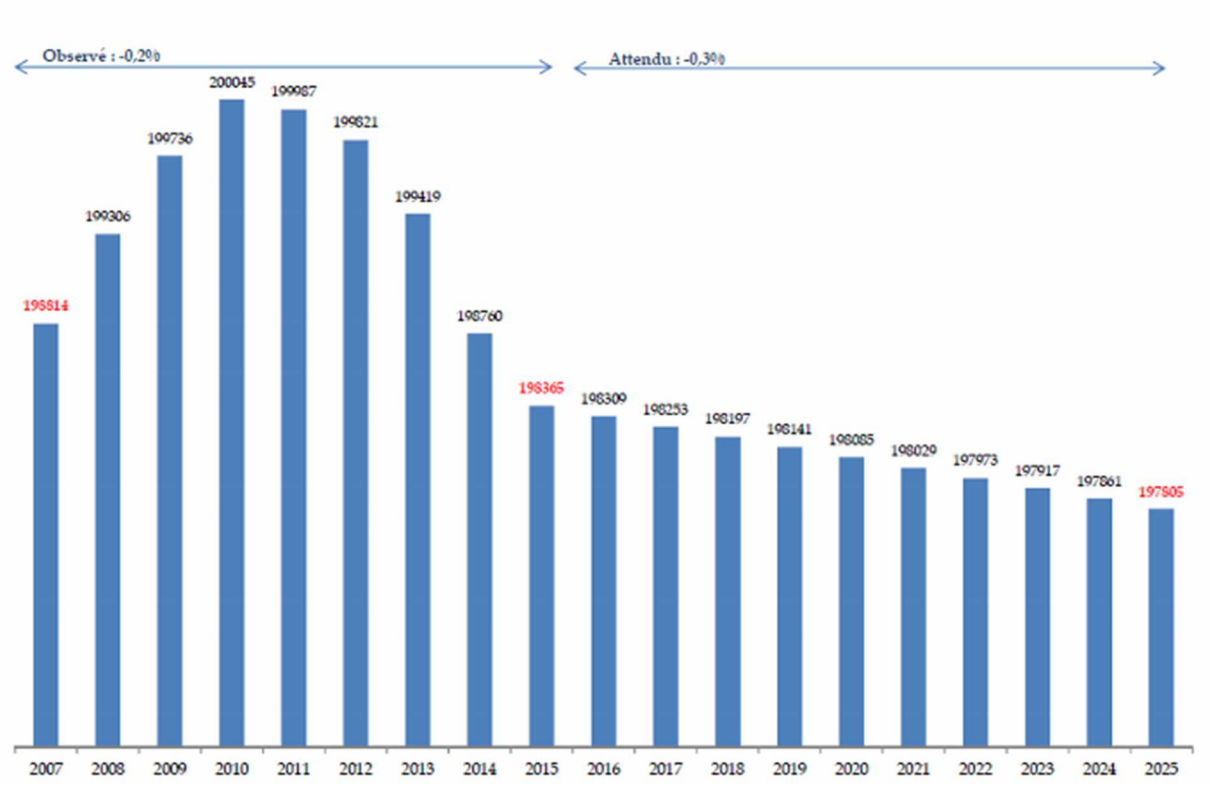


*Figure 2:Effectifs des médecins en activité régulière, de l'observé à l'attendu, Atlas de la démographie médicale 2015*

Le tableau de l'Ordre recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière au premier janvier 2016 (21). En 2015, 64.7% d'entre eux exercent en secteur libéral/mixte, soit une diminution de 10,3% sur la période 2007/2015 (18). Selon les prévisions, la baisse d'effectif devrait se poursuivre jusqu'en 2025 pour atteindre 81 455 médecins généralistes en activité régulière (21).

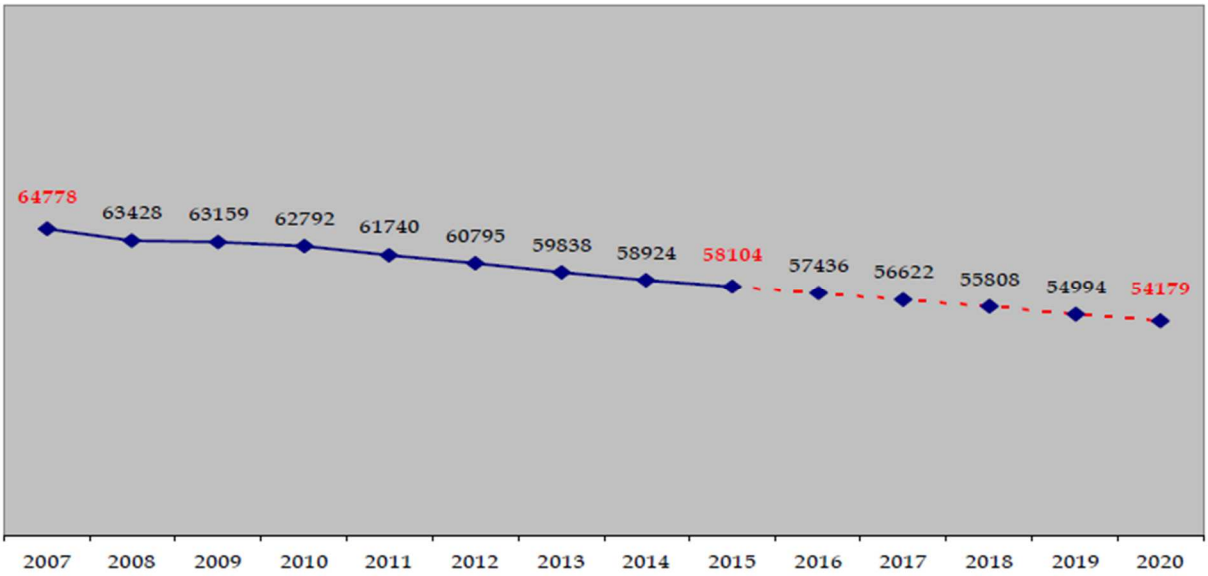


*Figure 3:Effectifs des médecins généralistes libéraux/mixtes, de l'observé à l'attendu, Atlas de la démographie médicale 2015*

Au premier janvier 2016, l'âge moyen des généralistes libéraux et mixtes est de 52 ans, 16% sont âgés de moins de 40 ans, et 27.3% ont 60 ans ou plus. Ces chiffres reflètent bien le vieillissement de la population médicale, et explique les nombreux départs à la retraite des dernières années (21).

La diminution des effectifs en médecine générale touche l'ensemble des régions françaises avec d'importantes variations. Contrairement aux idées reçues, la plus forte baisse est enregistrée en région Ile-de-France (-17.1% entre 2007/2015), et les plus faibles baisses sont relevées en Alsace et Franche Comté (-3.6% entre 2007/2015) (18).

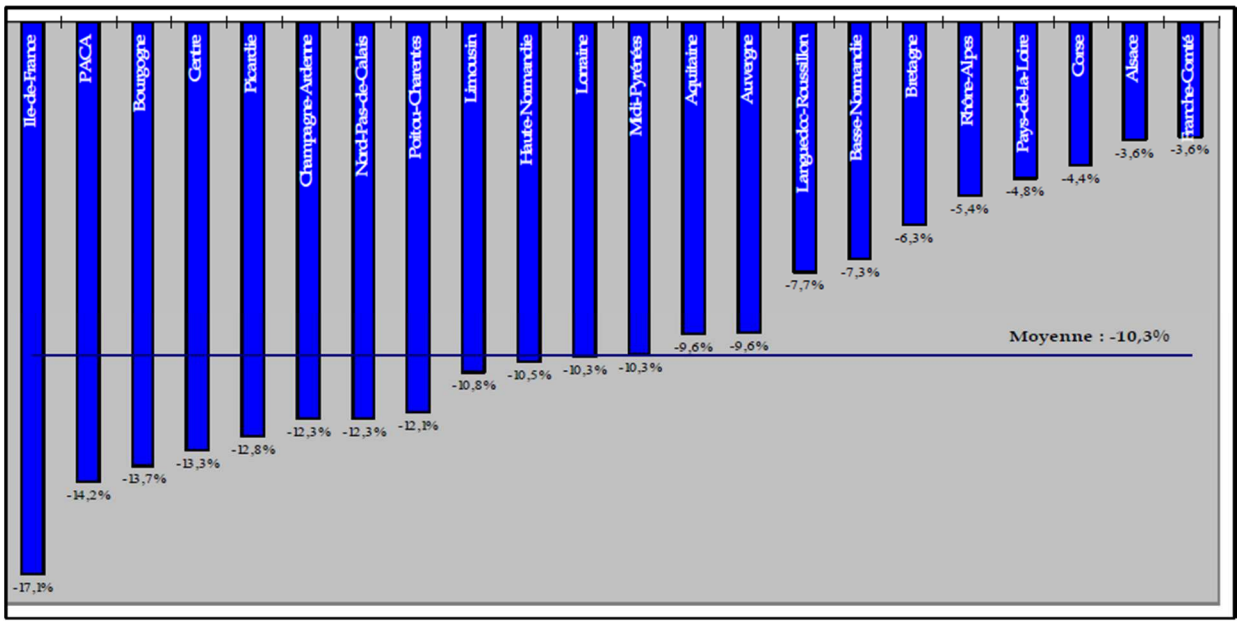


*Figure 4 : Variation régionale des effectifs des médecins généralistes libéraux/mixtes entre 2007 et 2015*

A l'échelle départementale on remarque de très fortes inégalités en termes de répartition. Sur la période 2007/2014, 16 départements enregistrent une hausse de leur effectif, mettant en évidence une forte attractivité pour le bord de mer le long de la façade atlantique, et de 5 départements de la région Rhône Alpes. La Savoie enregistre la plus forte hausse (+6.5%) puis le département de la Loire Atlantique (+6.4%). La plus forte baisse des effectifs de médecins généralistes est mesurée à Paris (-21.4%) puis vient le département de l'Aisne (-18.1%), la Nièvre et le Val de Marne (3).

Afin d'évaluer la désertification médicale, il est indispensable de prendre en compte l'évolution de la population générale. Pour exemple en 2014, la région Pays de la Loire présente une forte attractivité en termes de démographie médicale (+5.7%) mais également en termes de population générale (+5.9%). En 2014, seuls l'Alsace, la Basse Normandie et le Nord Pas de Calais, enregistrent une augmentation plus importante des effectifs des médecins en activité régulière, comparativement à l'évolution de la population générale a la même période (3).

En 2015, la densité médicale est de 88.7 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 100 000 habitants. En 2007, elle était de 100,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Toutes les régions ont enregistré une baisse de leur densité médicale.
La plus forte baisse de densité a lieu en Ile-de-France, passant de 88.7 à 73 médecins généralistes pour 100 000 habitants, entre 2007 et 2015. La région PACA contre toute attente se positionne au 3eme rang des régions qui enregistrent la plus forte baisse.

Les plus faibles baisses de densité entre 2007 et 2015, sont mesurées en Franche-Comté, Corse et Alsace (18).

Parmi les 13 régions qui composent la métropole au premier janvier 2016, la région Champagne Ardenne, Alsace et Lorraine se situe au 7éme rang en terme de densité médicale (21).

L'étude de la densité médicale des généralistes à l'échelle départementale met en évidence la présence d'inégalités importantes. Les départements de Paris et de l'Yonne enregistrent une baisse de 25% de leur densité médicale entre 2007 et 2015. Seuls les départements du Doubs et de la Savoie présentent une densité stable au même moment (18).

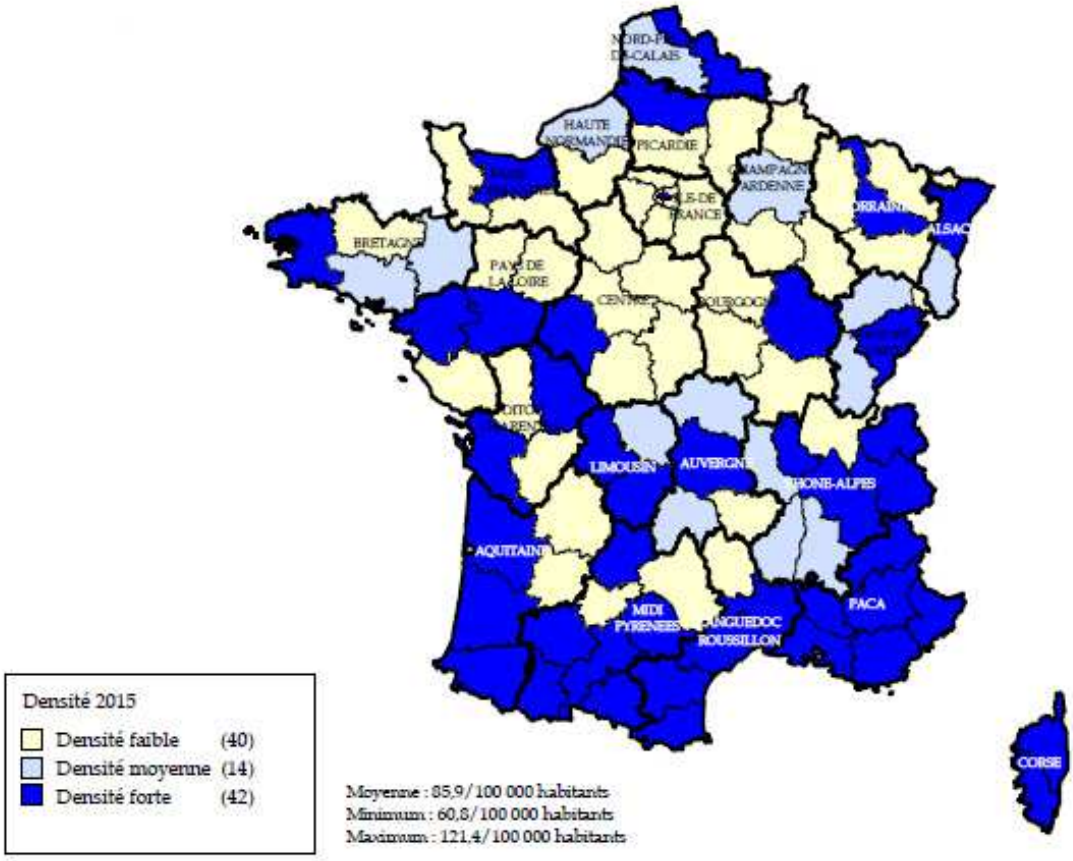


*Figure 5 : Densité des généralistes en exercice libéral/mixte en 2015, à l'échelle départementale (source : CNOM, INSEE)*

En conclusion, l'étude de la démographie médicale a permis de mettre en évidence des disparités importantes quant à la répartition des médecins sur le territoire. Lorsque que l'on étudie les chiffres à l'échelle régionale, on s'aperçoit que le problème de la désertification médicale, ne se résume pas à un simple tropisme du Nord vers le Sud, mais fait apparaitre des inégalités importantes au sein même

d’une région. C’est pourquoi à partir de 2009, le CNOM a réalisé des atlas régionaux, pour analyser de façon plus pertinente cette évolution.

# II. Etat des lieux de la démographie médicale en lorraine

## A. Le territoire lorrain

La Lorraine se décompose en 4 départements, la Meurthe-et-Moselle, la Moselle, la Meuse et les Vosges, avec des spécificités bien différentes. Dans le cadre de la réforme territoriale, la région Lorraine a fusionné le 1er janvier 2016 avec les régions Alsace et Champagne-Ardenne pour former la région Grand Est.

La Lorraine recense 2 346 292 habitants au 1er janvier 2014, 44% de sa population est installée en Moselle, 31% Meurthe et Moselle, 16% pour les Vosges et 8% en Meuse(22).

La Meurthe et Moselle est le département lorrain le plus dynamique avec une augmentation de sa population estimée à +4,1% entre 2007 et 2040. La Meuse profiterait aussi d'un accroissement démographique de +3,5%, son profil démographique étant marqué par une surreprésentation des personnes âgées, caractéristique d'un territoire rural. La Moselle devrait bénéficier d'une légère augmentation de sa population estimée +1,1%. A contrario les Vosges se situeraient parmi les huit départements métropolitains dont la population n'augmenterait pas durant cette période(23).

Cette augmentation de la population serait très faible comparée à l'échelle nationale. La Lorraine se placerait en avant dernière position (avant la Champagne-Ardenne) en termes de rythme de croissance. La population pourrait même débuter un léger déclin à partir de 2035.

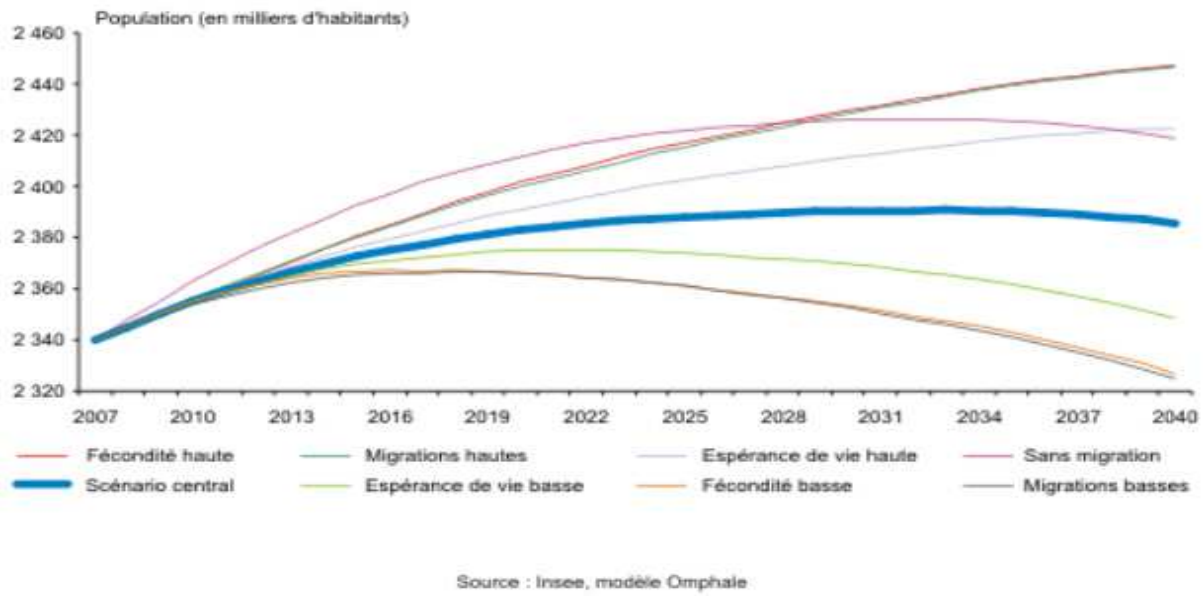


*Figure 6: Evolution de la population lorraine selon les différents scénarios de projection*

La Lorraine est marquée par le phénomène de périurbanisation. On constate que les pôles urbains perdent des habitants depuis 2007 (Metz métropole et bassin houiller notamment), contrairement aux zones situées des deux côtés du sillon lorrain qui sont très attractives (24).

A l'image de l'ensemble du territoire français, la population lorraine est appelée à vieillir. L'âge moyen devrait passer de 39 à 45 ans entre 2007 et 2040. Ce vieillissement serait plus important qu'à l'échelle nationale (de 39 à 43,7 ans). En 2040, environ un lorrain sur trois aurait plus de 60 ans, contre un sur cinq en 2007. La proportion des plus de 80 ans devrait doubler pour atteindre 10% de la population en 2040 (23).
Le vieillissement de la population est facteur important qu'il faut prendre en compte, car il entraine une augmentation de la demande de soins à terme.

La Lorraine compte 3 476 médecins généralistes au 1er janvier 2014, répartis de la manière suivante : 40% en Moselle, 36% en Meurthe et Moselle, 15% dans les Vosges et 8% en Meuse.
L'analyse de la densité médicale des médecins généralistes en Lorraine est intéressante. La Meurthe et Moselle possède une densité importante de médecins généraliste évalué à 118 médecins pour 100 000 habitants. Au niveau national elle est de 102/100 000 habitants. Par contre, la Moselle, qui est le plus important département de la lorraine, a une densité de 94/100 000 habitants, inférieure à la densité des Vosges (100/100 000 habitants). La Meuse est le département avec la plus faible densité mesurée à 90/100 000 habitants(25).

Le nombre d'actes médicaux libéraux consommés par habitants est en moyenne supérieure en

Lorraine avec 4,4 actes par an contre 3,9 en France. C'est en Moselle et dans le nord de la Meurthe et Moselle que cette consommation est la plus élevée.

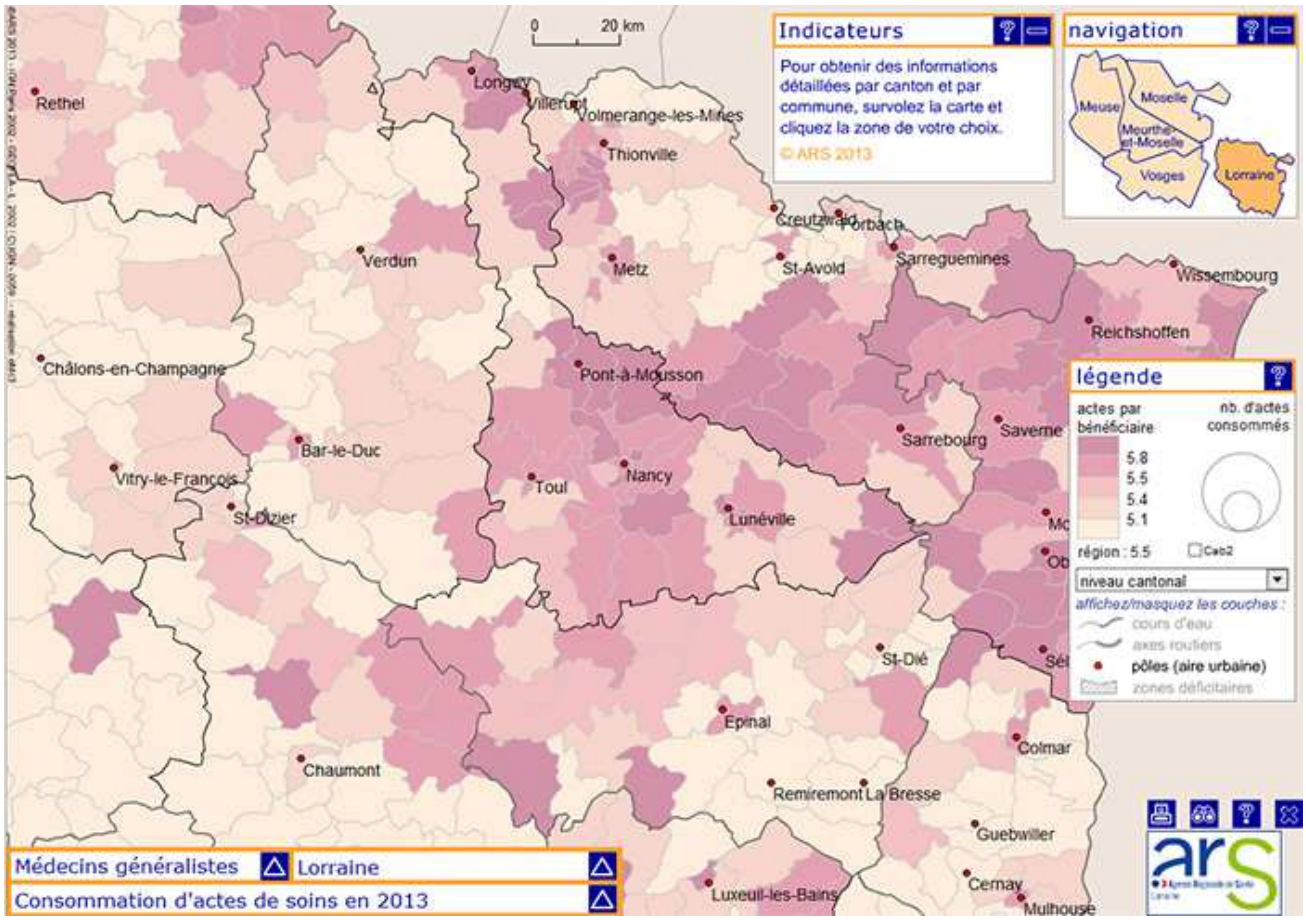


*Figure 7: Consommation d'actes de soins en lorraine en 2013*

## B. La répartition des médecins généralistes en lorraine

Les distances d'accès aux médecins généralistes sont variables sur le territoire lorrain. En moyenne, cette distance est de 5 kilomètres. Ce sont les communes rurales de la Meuse, de l'ouest Vosgien et du sud Mosellan, qui enregistrent les distances les plus longues (26).

L'effectif des médecins généralistes en activité régulière, depuis 2007 à aujourd'hui, est en diminution constante sur l'ensemble des départements lorrains, à l'exception de la Meuse qui voit son effectif stagner. Au cours de la période 2007/2013, on constate une baisse d'effectif des médecins généralistes

libéraux et mixtes en activité régulière de 1,8% en Meuse, 5,9% dans les Vosges et en Moselle. La plus forte baisse est mesurée en Meurthe-et-Moselle (-10%) (27).

La densité de médecins généralistes en activité régulière libérale ou mixte est de 85.7% en janvier 2016 (21).

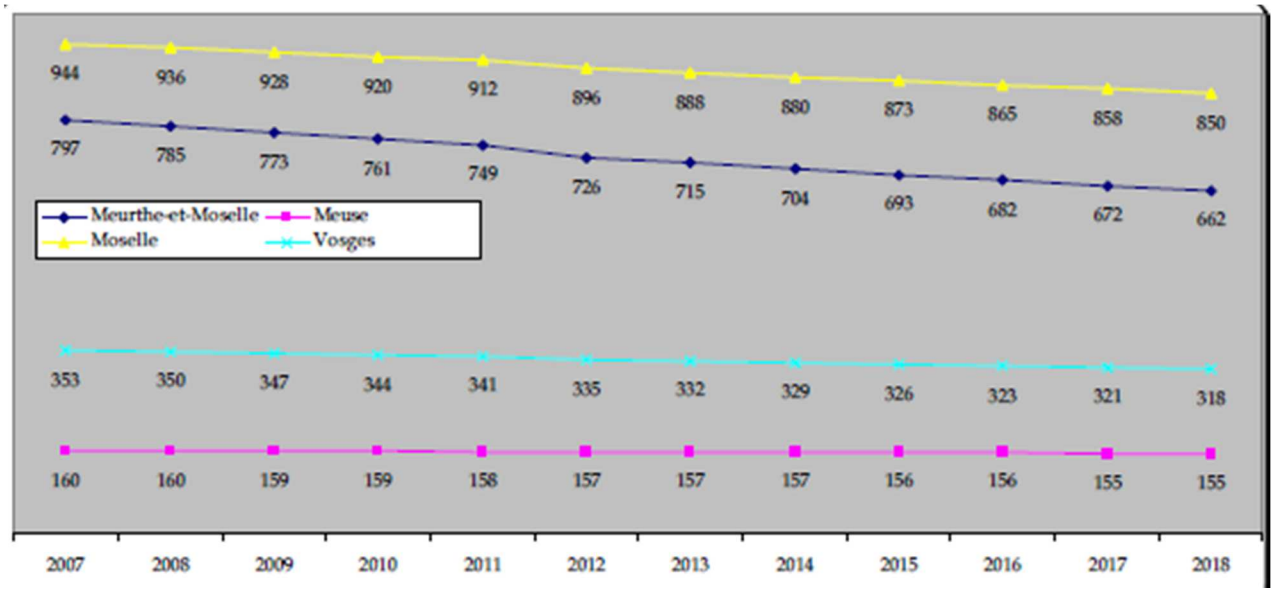


*Figure 8 : Effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière, de l'observé à l'attendu, dans les départements lorrains*

Les bassins de vies lorrains (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi) comptent 26 médecins généralistes libéraux et mixtes en moyenne en 2013. Sur les 84 bassins de vies qui composent la lorraine, 47 ont enregistrés une baisse de leur effectif entre 2007 et 2013, avec des variations très importante allant de -40% pour le bassin de vie de Nomeny à -2%. Les effectifs sont stables pour 22 bassins de vie, et 15 bassins de vie enregistrent une hausse (+5% pour Commercy, à +400% pour Boulay-Moselle) (27).

Cette évolution des effectifs en médecins doit être analysée en prenant en compte l'évolution de la population générale. La situation est inquiétante dans les bassins de vie ou la population générale augmente alors que l'effectif des médecins généralistes diminue (Nord et Est de la Moselle, le Sud de la Meurthe et Moselle et les Vosges sont essentiellement touchés) (27).

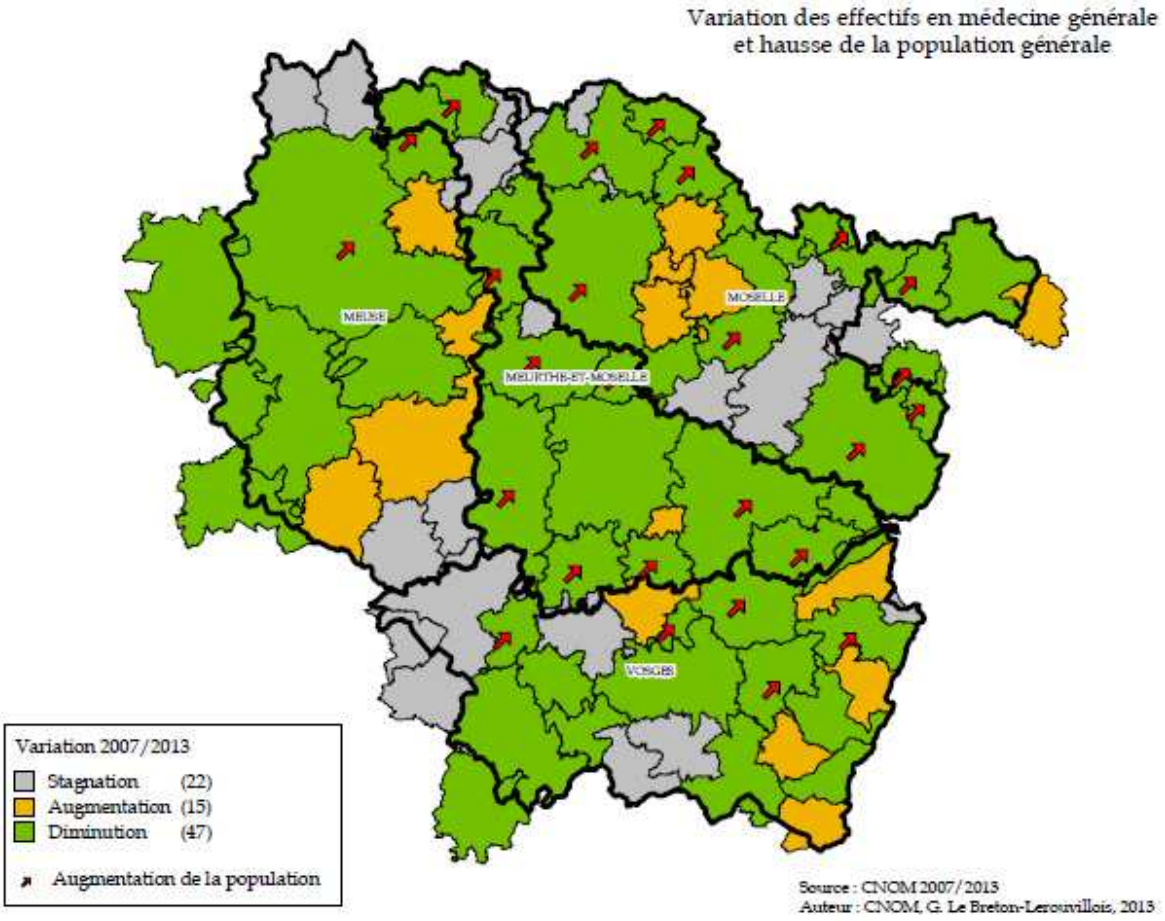


*Figure 9 : Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population générale à l'échelle des bassins de vie*

La densité moyenne à l'échelle des bassins de vie en 2013 est de 8 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 100 000 habitants. 42% des bassins de vie sont considérés à faible densité (27).

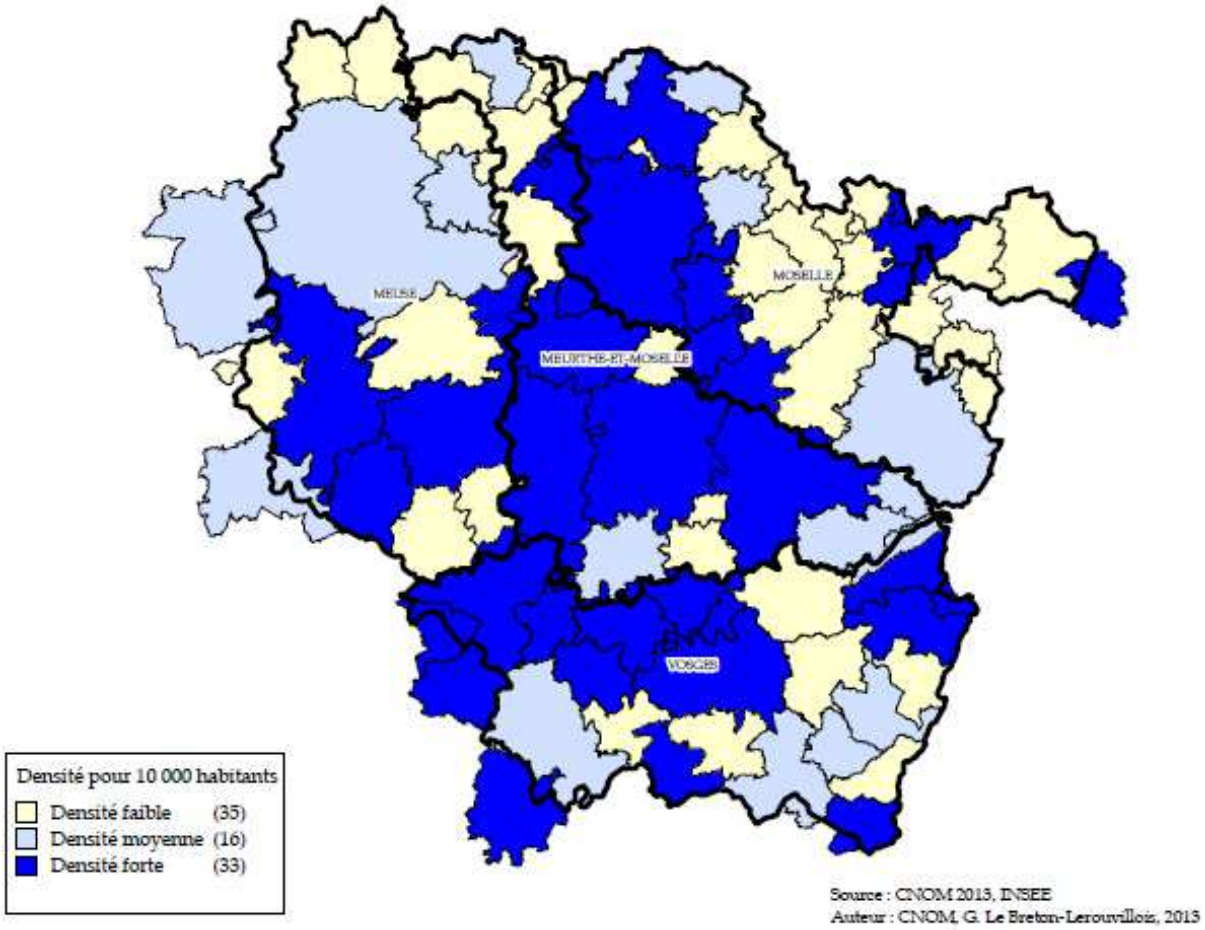


*Figure 10 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie en lorraine*

La région lorraine était composée de 24 zones déficitaires pouvant prétendre à des aides du conseil régional, dans le cadre du plan de lutte contre les déserts médicaux. La création de la région Grand Est va nécessiter de redéfinir ces zones. Les zones dites déficitaires sont déterminées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et gérée par le Centre National de Gestion (CNG). Ces zones doivent être réévaluées régulièrement en fonction de l'évolution démographique sur le territoire (28) (29).

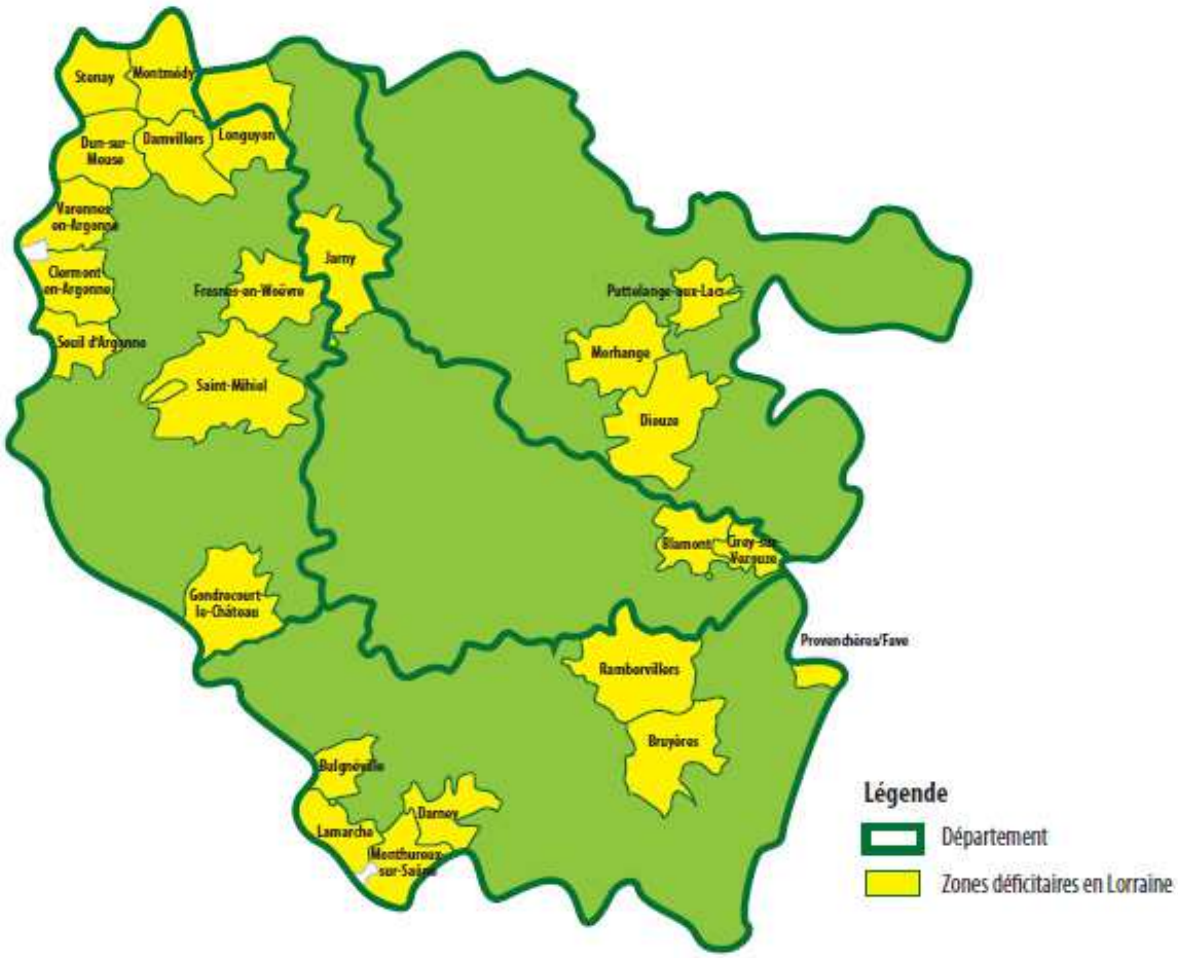


*Figure 11 : Zones déficitaires en offre de soins de premiers recours arrêtées par l'ARS de Lorraine en 2014*

## C. Caractéristiques des médecins généralistes en Lorraine

L'âge moyen des médecins généralistes libéraux et mixtes, en 2013, est de 53 ans, dont 71% d'homme. Un quart est âgé de 60 ans et plus, et 10% ont moins de 40 ans (27). Ces chiffres traduisent une population vieillissante. Ce vieillissement est un des facteurs de la pénurie présente et à venir.

On peut souligner qu'en 2013, 3 bassins de vie se retrouvent dans une situation critique avec des médecins généralistes âgés de plus de 60 ans (bassin de vie de Darney, de Provenchères sur Fave et de Saint-Dizier) (30).

Parmi les 6551 médecins généralistes recensés sur la région Lorraine en 2013, 44,1% exercent en secteur libéral exclusif, et 43,1% en tant que salarié (27).

On recense 239 nouvelles inscriptions en 2012, dont 53,1% en Meurthe et Moselle, 27,6% en Moselle, 12,6% dans les Vosges et 6,7% en Meuse. L'âge moyen d'inscription est de 35 ans. Parmi ces nouveaux inscrits 72,1% sont titulaires d'un diplôme français, 21,3% d'un diplôme européen et 6,6% d'un diplôme extra européen (27). Il est intéressant de souligner que la répartition des médecins étrangers se fait de façon inégalitaire sur le territoire. On constate très peu d'inscriptions de médecins étrangers en Meurthe et Moselle, contrairement aux Vosges, où 50% des nouveaux inscrits sont étrangers.

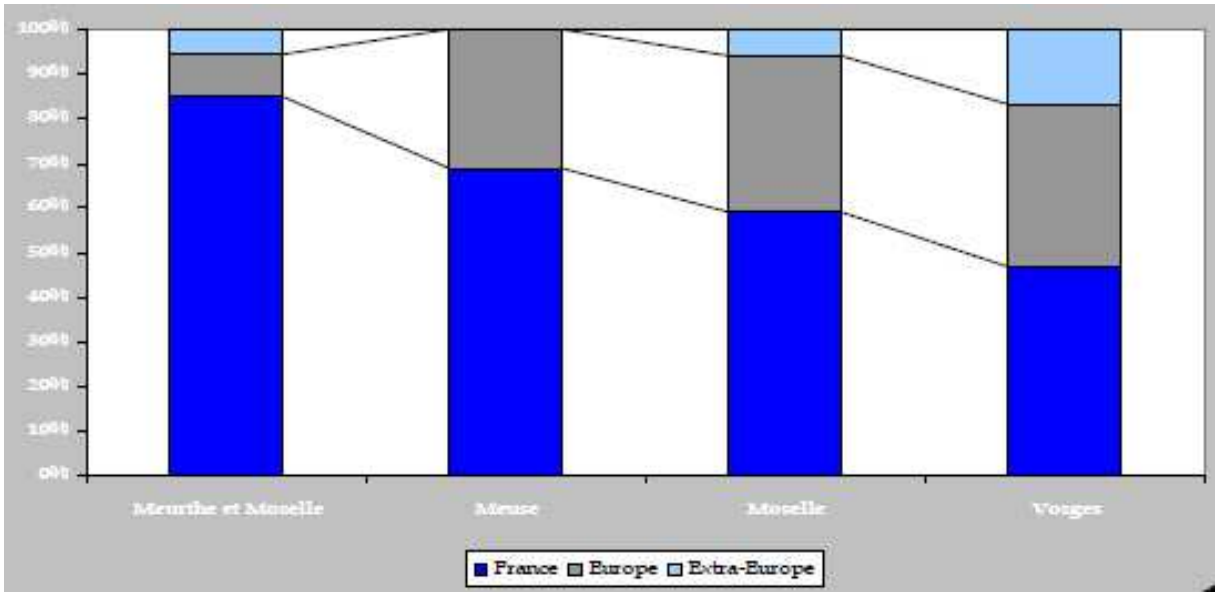


*Figure 12 : Origine des diplômes des nouveaux inscrits en 2013 en Lorraine à l'échelle départementale*

La population des médecins généralistes en Lorraine en 2011, est composée à 64% d'hommes. Le mode d'exercice libéral exclusif représente 61,5% des médecins, alors que 31,8% ont un poste salarié (30).

En 2009, 76% des médecins généralistes lorrains exercent une activité régulière, on enregistre 7.5% de médecins remplaçants, et 1.4% de retraités actifs(31).

Huit pour cent des nouveaux entrants ont une activité libérale exclusive. L'activité libérale exclusive concerne 74% d'hommes(31). On peut se demander si ce faible taux d'entrants pour la médecine libérale peut être en partie expliquée par la féminisation du corps médical, les femmes représentant 55% des généralistes libéraux dans la tranche d'âge des moins de 40 ans, en Lorraine (27).

# III. Actions des pouvoirs publics

## A. Réforme de l'assurance maladie de 2004

Le ministre de la santé et de la protection en 2004, M. Douste-Blazy, a présenté le 16 juin la réforme de l'assurance maladie au Conseil des ministres. La loi est promulguée le 13 aout 2004 et publiée au Journal officiel le 17 aout 2004.

La loi s'inscrit dans un contexte financier très dégradé, marqué par une accélération importante du déficit de la sécurité sociale. Elle a pour objectif d'améliorer l'offre de soins et la maitrise des dépenses de santé (12).

Dans le cadre d'une meilleure coordination ville-hôpital sont créées les missions régionales de santé (MRS), regroupant les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM).

L'action de ses MRS est d'organiser l'offre de soins régionale et de coordonner le secteur public et privé (32).

Elles sont chargées de mettre en place un dispositif de permanence des soins, afin d'assurer la continuité des soins.

Elles doivent définir des zones rurales ou urbaines qui pourront prétendre à des aides, visant à favoriser l'installation des professionnels de santé (primes à l'installation) ou des centres de santé. C'est à partir de cet instant que nait la notion de « zones déficitaires ». En moins d'un an, 391 zones déficitaires sont créés (33), elles concernent 1 600 médecins généralistes répartis sur 4 500 communes (12% du territoire) (34).

Dans la circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM 2005-63 du 14 janvier 2005, sont indiqués les critères à prendre en compte pour l'établissement de ce zonage. Il est demandé de privilégier les zones rurales, et de ne pas faire reposer le zonage sur un territoire dont la population est inférieure à 1 500 habitants, afin de préserver la viabilité économique des cabinets (35).

Les principaux critères à prendre en compte sont la densité et l'activité médicale, mais les MRS peuvent individuellement prendre en compte d'autres critères en fonction des spécificités de chaque région, tout en respectant le principe d'égalité.

La circulaire donne pour exemple de zones déficitaires une zone où « plus de la moitié des médecins du territoire a une activité supérieure de 30 % à 50 % à l'activité moyenne nationale et *[où]* la densité des praticiens est inférieure de 30 % à la moyenne nationale » (35).
Les critères complémentaires évoqués sont les délais d'accès aux soins pour les personnes âgées et fragiles, et la prise en compte des fragilités sociales des territoires (zones de revitalisation rurale, zone franche urbaine ou zones de redynamisation urbaine).

La loi permet le versement d'aides à l'installation, et des rémunérations forfaitaires pour l'exercice des praticiens libéraux.

## B. La loi Hôpital Patients Santé Territoires de 2008

La loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST), préparée par la ministre de la santé Roselyne Bachelot, a été adoptée le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Elle est parue au Journal Officiel le 22 juillet 2009.
La loi a pour ambition de réorganiser et moderniser l'ensemble du système de santé. L'un des enjeux majeur est de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale (16). Elle fait suite notamment aux résultats des états généraux de l'organisation de la santé de 2008, qui préconise des réponses diversifiés pour structurer l'offre de soins de premier recours (maisons de santés pluridisciplinaires, réseau de soins coordonnés, centres de santé) (4). Le rapport insiste sur la nécessité de favoriser l'installation rapide des jeunes diplômés, en privilégiant les installations en zones sous-dotées, par des mesures incitatives (garantie de ressources). Il est proposé la création d'un guichet unique d'aide à l'installation en ce sens (4).

Dans son discours du 8 février 2008, Roselyne Bachelot souligne la situation démographique alarmante qui s'explique en partie par une mauvaise répartition des médecins sur le territoire (19). On évalue à 2,6 millions le nombre de français ayant des difficultés pour trouver un médecin.
Une des réponses proposées est d'améliorer l'attractivité des jeunes pour la médecine générale en assurant une meilleure formation initiale. Le numerus clausus doit être modulé en fonction des besoins des régions, car les jeunes s'installent le plus souvent dans la région où ils ont été formés (19). Il faut favoriser les formes d'exercices groupés, et ainsi lutter contre l'isolement des médecins. Elle propose la mise en place d'outils incitatifs pour les zones les plus fragiles.

La loi permet la création du contrat d'engagement de service public (CESP) accordant aux étudiants en médecine de se voir dispenser une allocation mensuelle à partir de la 2ème année de leurs études et tout au long de leur 3ème cycle (1 200 euros par mois). En contrepartie, ils s'engagent à exercer dans une zone déficitaire avec un minimum de 2 années, au prorata du nombre d'années durant lesquelles ils auront perçu leur bourse (36).

Elle instaure la filiarisation des études médicales, qui consiste à définir au niveau national, spécialité par spécialité, un nombre maximum d'inscrits en fonction des besoins au sein des territoires de santé. Ces quotas sont fixés sur une période de 5 ans et revus chaque année. A partir des propositions des comités régionaux, l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) soumet au ministre de la santé le nombre et la répartition des effectifs médicaux (37). Cependant, il faut remarquer que l'augmentation des étudiants doit tenir compte également des capacités d'accueil et de formation des facultés, qui peut limiter ce nombre.
Sur la période 2010-2014, 35 912 postes d'internes ont été proposés, dont 50% en médecine générale (37). Cette proposition se base à partir des flux de formation attendus du fait du numerus clausus, de la répartition souhaitée entre les spécialités, de la dotation initiale des régions et du nombre de cessations d'activité prévisibles. La quasi-totalité des régions font état de difficultés quant à leur capacité de formation pour la filière médecine générale.

## C. Le Pacte Territoire Santé en 2012

Marisol Touraine lance le Pacte Territoire-Santé le 13 décembre 2012. Elle annonce les 12 engagements pris pour faire reculer les déserts médicaux (17).

Le premier axe d'action concerne la formation et l'installation des jeunes médecins. A l'issue de leur formation, 90% des jeunes médecins renonce à l'installation immédiate (38). Ce phénomène se traduit par l'augmentation croissante des médecins remplaçants depuis les années 2000 (39). Le premier engagement est l'instauration d'un stage de médecine générale au cours du 2ème cycle, pour l'ensemble des étudiants afin de susciter des vocations, et préparer les étudiants à la gestion courante d'un cabinet.

Le texte simplifie l'accès aux bourses de service public (objectif de 1 500 bourses accordées d'ici 2017), et création du contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG). Il s'adresse aux jeunes médecins non installés ou installés depuis moins d'un an, d'une durée de un an renouvelable une fois. Le PTMG s'engage à implanter tout ou partie de son activité dans un territoire fragile, et en contrepartie un niveau de rémunération lui est garanti (calculé par la différence entre un revenu mensuel brut garanti de 6 900 € brut/mois et le montant des honoraires réellement perçus). Afin de bénéficier de cette rémunération un minimum de 165 consultations par mois est nécessaire (40). Le PTMG bénéficie aussi d'un dispositif avantageux en matière de protection sociale. Dans le cas d'un arrêt de travail supérieur à sept jours et en cas de maternité, le médecin recevra une indemnisation durant toute la durée du congé.
La loi facilite l'installation des jeunes médecins par la création d'un référent installation dans chaque région.

Le second axe de la loi porte sur les conditions d'exercice des professionnels de santé. Elle insiste sur le travail en équipe en impliquant tous les professionnels de santé, le développement de la télémédecine, le transfert de compétences et le rapprochement des maisons et centres de santé des universités.

Enfin le troisième axe concerne l'investissement dans les territoires isolés. En 2015, la loi prévoit un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, sur l'ensemble du territoire. La loi permet aux médecins salariés de l'hôpital ou de centres de santé de venir aider les spécialistes installés dans des zones fragiles. Elle encourage le développement des postes d'assistants partagés afin de consolider les hôpitaux de proximité. Le développement des centres de santé est encouragé.

Un an après le lancement du PTS, Marisol Touraine, dans un discours prononcé en février 2014, fait un premier bilan de son travail (41). Le nombre de contrat d'engagement de service public a augmenté de 65%. En seulement 4 mois, les 200 contrats de PTMG ont été pourvus, et 200 PTMG supplémentaires ont été créés en 2014.
Ces premiers résultats mettent en évidence l'intérêt que portent les jeunes médecins face aux mesures incitatives mises en place par le gouvernement.

## D. Le Pacte territoire Santé 2

Le 26 novembre 2015, Marisol TOURAINE annonçait la seconde version du Pacte Territoire Santé
Elle prévoit d'amplifier et pérenniser les actions qui ont fait le succès du PTS 1, et innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires.

La loi prévoit de poursuivre le développement des stages en cabinets de ville au cours de la formation, et d'ouvrir ces stages à d'autres spécialités comme l'ophtalmologie, la dermatologie et la pédiatrie. Elle renforce les aides à l'installation mise en place dans le PTS 1 (augmentation du nombre de CESP), ainsi que le développement du travail en équipe par la création ou la rénovation de maisons ou centres de santé. Afin d'améliorer l'accès aux soins urgents, une augmentation du nombre de médecins correspondants du SAMU (700 d'ici 2017) est prévue.
La nouvelle loi va permettre une augmentation du nombre de médecins de manière ciblé, avec hausse de 6.4% du numerus clausus dans 10 régions manquant de médecins (Antilles-Guyane, Auvergne, Basse Normandie, Centre-Val-de-Loire, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, la Réunion et Rhône-Alpes). Elle propose le doublement d'ici 2017, du nombre de médecins libéraux enseignants. Pour aider les jeunes médecins à s'installer, création d'un portail d'accompagnement (www.paps.sante.fr). Enfin elle prévoit d'investir 40 millions d'euros dans le développement de la télémédecine en ville(42).

## E. Les aides accordées aux étudiants (2ème cycle et 3ème cycle de médecine générale) par les conseils régionaux

Chaque collectivité territoriale (conseil régional, conseil départemental, communauté de communes) peut si elle le souhaite, accorder des subventions pour aider les étudiants qui souhaiteraient effectuer un stage en zone déficitaire.

### 1. En Lorraine

Le conseil régional de la Lorraine permet l'attribution de subventions pour la création de maisons de santé pluri professionnelles (MSP) qui assurent des activités de soins et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé. Elles sont constituées de professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et professionnels médico-sociaux(43).
La région lorraine soutient les projets de pôles de santé ambulatoires pluridisciplinaires. Ils sont constitué entre des professionnels de santé, libéraux ou salariés, et peuvent nouer des partenariats avec des maisons de santé, centre de santé, réseaux de santés, établissements de santé… et assure des activités de soins de premier recours (44). Elle participe au financement de l'équipement de télémédecine et de santé(45).

Depuis 2010, le Conseil Régional de Lorraine propose une indemnité aux internes en médecine qui réalisent leur stage de médecine générale en zone déficitaire en professionnels de santé ou au sein d'une Maison de Santé pluri-professionnelle financées par le Conseil régional.
Les étudiants du 3ème cycle de médecine générale peuvent prétendre à une indemnité de déplacement. Elle est calculée pour un trajet routier aller/retour, dans la limite de deux par semaine, depuis la faculté de médecine de Nancy au lieu du stage (Barème kilométrique : 0,25€/km).
Ils peuvent aussi bénéficier d'indemnités d'hébergement (frais réels dans la limite de 400 euros par mois) (28).

Le conseil régional de Lorraine a soutenu 64 étudiants en 2014, qui ont perçu 2 081 euros en moyenne (46).

### 2. Autres départements

La plupart des collectivités proposent aux étudiants de médecine générale des indemnités de déplacement/hébergement pour effectuer leur stage en zones fragiles, cependant d'autres mesures peuvent être proposées.

Pour exemple, le conseil général de l'Allier propose aux étudiants du 3ème cycle une « bourse d'étude et de projet professionnel ». Les internes en bénéficient s'ils acceptent de s'installer dans une zone déficitaire en offre de soins, pour une durée minimale de 6 ans. Les montants versés sont de 700€ par mois la première année, puis 1000€ par mois la deuxième année, et enfin 1500€ par mois la dernière année (5).

Le conseil général de la Sarthe propose à tout étudiant inscrit dans une université de médecine européenne de la 2ème à la 9ème année, une aide financière (maximum 25 200€) au cours de ses études, s'il accepte de s'installer pour un minimum de 5 ans, dans une zone fragile de la Sarthe dans les 6 mois qui suivent sa thèse (5).

Enfin, le conseil général de Lozère propose une bourse de stage pour tous les étudiants qui réaliseront un stage en cabinet libéral, dans la région au cours de leur cursus (400€ par mois et remboursement des frais de déplacement). Il propose aussi une bourse d'engagement versée pendant l'internat (700€ par mois), si l'étudiant s'engage à s'installer en Lozère, pendant au moins 5 ans, dès l'obtention de son diplôme (5).

## F. Aides proposées à l'installation

### 1. Les aides fiscales

Depuis 1995, de nombreuses mesures d'allégement fiscal sont mises en place afin d'inciter l'installation des professionnels de santé de manière homogène sur le territoire.

Concernant les zones de revitalisation rurale (territoires ruraux qui rencontrent des difficultés particulières : faible densité démographique, déclin de la population active…(47), il y a eu la mise en place d'une exonération d'impôt sur le revenu à 100% pendant 5 ans, puis à 75 % la 6ème année, à 50% la 7ème année, et à 15% la 8ème année. Une exonération de la cotisation foncière des entreprises, de 2 à 5 ans, est possible à la discrétion de la commune(48).

Pour les zones franches urbaines, il existe une exonération d'impôt sur le revenu à 100% pendant 5 ans, puis à 60% les 5 années suivantes, à 40% les deux années suivantes, et enfin à 20% les deux années suivantes. Le bénéfice exonéré ne peut pas dépasser 100 000 euros par période de 12 mois. Une exonération de la cotisation foncière des entreprises et de la taxe foncière sur les propriétés bâties est possible pendant 5 ans, à la discrétion de la commune. L'exonération des cotisations patronales de sécurité sociale se fait pour une durée de cinq ans(48).

Les médecins ou remplaçants participant à la permanence des soins ambulatoires dans les zones déficitaires, sont exonérés de l'impôt sur le revenu pour les rémunérations perçues à ce titre, à hauteur de 60 jours de permanence par an (28).

## 2. Les aides conventionnelles

### *a. Convention médicale 2011*

La convention médicale de 2011 applicable jusqu'au 31 décembre 2016 propose deux types d'aides afin de favoriser l'installation en zone déficitaire.

Les médecins généralistes installés peuvent signer une « option conventionnelle démographie » avec l'assurance maladie. Elle permet l'obtention d'une aide à l'investissement s'élevant à 5 000€ par an pendant 3 ans pour les médecins exerçant au sein d'un groupe ; ou 2 500€ en cas d'exercice au sein d'un pôle de santé. Le médecin touche également une aide à l'activité, correspondant à 10% de son activité dans la limite de 20 000€, si l'exercice est réalisé au sein d'un groupe, ou 5% de son activité dans la limite de 10 000€ au sein d'un pôle de santé. Les conditions pour bénéficier de l'option sont l'exercice au sein d'un groupe de médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, la situation dans une zone déficitaire définie par l'ARS de Lorraine, et la durée minimum de 3 ans (49).

L'assurance maladie permet aussi l'adhésion à une « option conventionnelle santé solidarité territoriale ». Elle permet à un médecin généraliste non installé en zone déficitaire, de soutenir un confrère qui y travaille. Cette adhésion permet une majoration de 10% de l'activité dans la limite de 20 000€, à condition d'exercer au moins 28 jours par an, pour une durée de 3 ans minimum. Les frais de déplacement sont également pris en charge (50).

### *b. Convention médicale 2016*

La nouvelle convention médicale a été publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016.

Mise en place d'un contrat d'aide à l'installation, qui prévoit une aide forfaitaire s'élevant à 50 000 euros en deux versements, pour une activité de 4 jours par semaine. Son obtention nécessite d'exercer en zone démographiquement fragile, en tant que médecin généraliste conventionné, au sein d'un groupe de médecins ou pluri professionnel, et s'engager à participer à la permanence des soins, pour

une durée minimum de 5 ans. Le médecin peut aussi prétendre à une majoration de ce forfait d'un montant de 2500 euros, s'il s'engage à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité (51).

Création d'un contrat de transition, destiné aux médecins de 60 ans et plus, installés dans une zone fragile, accueillant au sein de leur cabinet un nouveau médecin, âgé de moins de 50 ans et en activité conventionné. Le médecin bénéficiaire s'engage à accompagner son confrère nouvellement installé, pour une durée de 3 ans. L'aide financière s'élève à 10% du montant de l'activité conventionnée en honoraires opposables, limitée à 20 000 euros par an (51).

Pour les médecins conventionnés, déjà installés en zone démographiquement fragile, au sein d'un groupe de médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, une aide de 5 000 euros par an pendant 3 ans leur est proposée (aide existante dans la convention de 2011).

On retrouve aussi dans cette nouvelle convention, la possibilité pour des médecins installés en zone non déficitaire, de soutenir leurs collègues installés en zone fragile. Elle permet l'obtention d'une aide de 10 % du montant de l'activité conventionnée en honoraires opposables, réalisé dans cette zone, pour un minimum de 10 jours par an (51).

## G. Actions entreprises à l'étranger

L'institut de recherche et documentation de la santé (IRDES), a réalisé en 2006 une revue de la littérature internationale s'intéressant à « l'évaluation des politiques visant à combattre les inégalités de répartition géographique des professionnels de santé ». L'étude s'est concentrée sur les publications en langue française, anglaise et espagnole publiées entre janvier 1998 et 2005 (52).

Cette revue de la littérature met en évidence le fait que le problème de répartition des médecins concerne l'ensemble des pays développés. En fonction des pays, des mesures incitatives ou coercitives ont été instaurées depuis plusieurs années, avec une efficacité variable.

Depuis plus de 30 ans, le Canada, les États-Unis et le Royaume uni ont privilégié notamment l'augmentation du nombre de médecins sur leur territoire (la densité médicale entre 1970 et 2000 a

augmenté de 20% au Royaume-Uni, 60% aux Etats-Unis et 40% au Canada), mais sans impact sur leur répartition (52).

Des politiques de coercition administrative ont été mis en place en Allemagne, Autriche et au Royaume-Uni, limitant les nouvelles installations dans les zones suffisamment dotés en médecins. Pour exemple, en Allemagne, la loi concernant la structure de la santé dit qu'une circonscription possédant une densité médicale de plus de 10% de la densité nationale, interdit toute nouvelle installation par la commission du Land (53). Mais ces mesures n'ont pas résolu le problème de la répartition des médecins.

Depuis les années soixante-dix aux Etats-Unis sont proposés des aides financières à la formation, en contrepartie d'un engagement d'exercice dans une zone déficitaire. Différents programmes existent dont le « National Heath Service Corps ». Une enquête réalisée en 2012, révèle que le taux de rétention des médecins 10 ans après l'achèvement de leur contrat était de 60% (54).
Selon une autre étude américaine, les médecins ayant bénéficié d'aides financières (remboursement de prêt, prêt…) se disent plus satisfaits de leur travail que ceux qui n'en ont pas reçu. Il est intéressant de remarquer que 9 médecins sur 10 ont indiqué qu'ils participeraient de nouveau à un programme s'ils devaient le refaire, mettant ainsi en évidence l'attrait que portent les médecins pour ce type d'aide (55).
Cependant l'impact positif de ce type d'aide est éphémère, car beaucoup de médecins quittent les zones rurales après leur durée d'engagement (53). L'aspect financier au cours de la formation est très important car le cout des études y est élevé, en moyenne 100 000 dollars (56).

Des aides financières ont été mises en place dans la province canadienne du Québec (majoration de la rémunération). Leur évaluation montre que l'impact à court terme n'est que modéré, et très faible à long terme, alors que les couts associés sont importants (52).

Les réformes portant sur la formation initiale sont assez développées dans les pays anglo-saxons (Australie, Canada, Etats-Unis et Royaume-Uni). Elles peuvent concerner le recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer plus tard dans les zones fragiles (étudiants originaires de zones rurales). Elles peuvent également porter sur l'adaptation de la formation aux conditions d'exercice propres aux zones mal desservies, et sur le fait de favoriser les stages en milieu rural.
Le groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), de l'université de Montréal, dans une synthèse de la littérature internationale, a révélé que ces aides sont les plus efficaces (52).

# DEUXIEME PARTIE

## Etude observationnelle rétrospective, évaluant l'influence des aides du conseil régional de Lorraine sur l'installation ou le projet d'installation, en zones sous dotées en médecins

# I. Objectifs

Notre étude a pour objectif principal, la mise en évidence d'une association entre l'utilisation des aides du conseil régional, et l'installation ou le projet d'installation en zones sous dotées en médecins.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation des connaissances des aides à l'installation, et la mise en évidence des différents facteurs pouvant influencer le choix du lieu d'installation.

# II. Matériel et méthodes

## A. Type d'étude

Nous avons choisi la réalisation d'une étude épidémiologique, rétrospective, observationnelle, avec analyse par régression logistique binaire (ou modèle logit). Elle permet l'étude de la relation entre une variable qualitative (l'installation ou le projet d'installation en zones déficitaires) et des variables explicatives qualitatives ou quantitatives (l'utilisation des aides du conseil régional). A partir de ce type d'étude, on peut alors créer des modèles prédictifs.
L'intérêt de cette technique est de quantifier la force de l'association entre chaque variable indépendante et la variable dépendante, en tenant compte de l'effet des autres variables intégrées dans le modèle. On parle de « mesure ajustée ».

## B. Population étudiée

### 1. Critères d'inclusion

La population cible est issue de l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté de Nancy, remplaçants et médecins généralistes ayant effectué leur internat à la faculté de médecine de Nancy. La variable qualitative binaire étudiée, est l'installation ou le projet d'installation en zones déficitaires.

### 2. Critères d'exclusion

L'unique critère d'exclusion est la présence de plusieurs formulaires de réponse, issue d'un même répondant. Pour se faire nous avons étudié les réponses aux trois premières questions du formulaire (les initiales, le sexe et l'année de fin d'internat). Ainsi nous avons pu établir que chaque formulaire reçu était issue d'un seul et même répondant.

## C. Méthode statistique utilisée

L'analyse par régression logistique a été effectuée avec l'aide de Mr Franck Gaüzère, chef de département du service statistique et informatique décisionnelle, et maitre de conférences en statistique, à l'IUT de Metz.

Les données ont été recueillies dans le logiciel Microsoft Excel. L'analyse statistique été effectuée par le logiciel Microsoft Excel et le logiciel R studio.

L'analyse est statistiquement significative avec un risque alpha à 5%. Le calcul des coefficients de régression ont été réalisé à partir du logiciel R studio.

A partir de ces informations, nous avons calculé un odds ratio (rapport de côte des médecins ayant bénéficié d'une aide par rapport à ceux qui n'en ont pas reçu), afin de mettre en évidence une association entre la réalisation d'un stage en zone dite déficitaire et le projet de s'y installer.

Formule pour le calcul de la côte, des médecins ayant bénéficiés d'une aide :

$$R1 = \frac{\mathrm{P}(\mathrm{Y} = 1|Aide = 1)}{\mathrm{P}(\mathrm{Y}=0|Aide=1)} = \frac{\frac{e^{a+b}}{1+e^{a+b}}}{\frac{1}{1+e^{a+b}}} = e^{a+b}$$

Formule pour le calcul de la côte, des médecins n'ayant bénéficié d'aucune aide :

$$R2 = \frac{\mathrm{P}(\mathrm{Y} = 1|Aide = 0)}{\mathrm{P}(\mathrm{Y}=0|Aide=0)} = \frac{\frac{e^{a}}{1+e^{a}}}{\frac{1}{1+e^{a}}} = e^{a}$$

Formule de l'odds ratio :

OR= $\frac{R1}{R2}$=$e^{b}$

Formule de l'intervalle de confiance de l'odds ratio :

IC = $e^{IC\ de\ b}$ = $e^{[b \pm 1.96 * 0.42]}$

IC de b = $\left[\ \hat{b} \pm 1.96 \times \hat{\sigma}_{\hat{b}}\right] = 0.91 \pm 1.96 * 0.42$

## D. Réalisation du questionnaire

Le recueil de données a été fait via un questionnaire informatique (annexe 1), la principale contrainte étant un questionnaire suffisamment informatif mais rapidement réalisable, afin qu'il puisse être complété en moins de 10 minutes. Il était composé essentiellement de questions courtes à choix multiples.

La première partie du formulaire était centrée sur les caractéristiques du répondant. L'information sur l'âge et le sexe nous est apparue essentielle, afin d'étudier le choix du lieu d'installation en prenant en compte les différentes catégories de médecins.

Nous espérions notamment évaluer l'impact de la féminisation du corps médical sur la répartition inégale des jeunes médecins.

Nous avions souhaité connaitre les lieux de naissance, lieux de vie personnels et parentaux, ces facteurs pouvant influencer le choix du lieu d'installation, tout comme la présence d'un conjoint et d'enfants.

La deuxième partie étudiait la réalisation des stages ambulatoires. Nous avions recherché la réalisation de stage en zone déficitaire dans le cadre du stage chez le praticien et/ou du SASPAS. Nous avions demandé si les aides de conseil régional (frais de déplacement et d'hébergement) avaient été déterminantes dans le choix du lieu de stage.

La troisième partie était dédiée aux remplacements. Elle servait à évaluer si cette période charnière, jouait ou non un rôle sur le choix du lieu d'installation.

Enfin, la dernière partie était consacrée à l'installation. A partir d'une échelle de Likert (échelle d'évaluation) composée de 4 choix de réponses, nous avons évalué l'influence de différents critères, pouvant intervenir sur le choix du lieu d'installation :

- *Les critères géographiques et sociaux*
- *Le type de structure d'exercice*
- *Les connaissances sur les aides à l'installation et les structures les diffusant*

A titre informatif, nous avons souhaité connaitre parmi les internes et jeunes médecins non installés, dans combien d'années ils prévoyaient s'installer, l'augmentation du nombre de remplaçant ces dernières années étant de plus en plus marquée.

Les dernières questions concernaient uniquement les médecins déjà installés. Le but était de préciser si lors de leur installation, ils ont pu bénéficier ou non d'aides. Si tel était le cas, nous évaluions la mise en œuvre de celle-ci. Nous avions également souhaité connaitre dans quelles conditions a été réalisée l'installation (succession, création d'un nouveau cabinet…), critère pouvant influencer la décision.

Suite à la rédaction du questionnaire, nous l'avons soumis à titre de test à 2 internes de médecine générale et 3 remplaçants. La réponse au questionnaire a été évaluée entre 7 et 11 minutes selon les participants. A l'issue, trois questions ont été reformulées ou complétées afin de les clarifier (questions 22, 30 et 40), une question a été supprimée du fait de sa redondance.

## E. Déroulement de l'enquête

La distribution du questionnaire débuta la première semaine de septembre 2015. Une relance en cas d'absence de réponse était envoyée 1 mois plus tard.
Le recueil des questionnaires s'est fait automatiquement par voie numérique. Les résultats ont été récupérés sous la forme d'une feuille Excel facilitant ainsi le traitement des données statistiques.
Le recueil des données s'est réalisé du 04/09/2015 au 31/10/2015.

## F. Distribution du questionnaire

Dans un premier temps, nous avons souhaité obtenir la liste des étudiants du 3ème cycle de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy, et leurs coordonnées via le service administratif de la faculté. Suite à l'impossibilité d'obtenir cette liste, nous avons contacté le conseil régional de Lorraine, dans le but d'obtenir la liste des étudiants ayant pu bénéficier des aides du conseil régional mais en vain.
Finalement, c'est avec la participation de l'association Raoul IMG, que nous avons pu diffuser le lien du formulaire électronique, à l'aide de leur listing sur la période 2012 à 2015. Ce fichier est constitué par les adresses mails des internes de médecine générale ayant adhéré à l'association syndicale. Notre enquête va donc cibler les étudiants, 2 ans après la mise en place des aides par le conseil régional.
Au final, nous avons obtenu 126 répondants. Cependant, certains participants n'ont pas toujours répondu à l'ensemble des questions.

# III. Résultats

## A. Caractéristiques générales de la population étudiée

### 1. Sexe

Les répondants sont majoritairement des femmes à 63%.

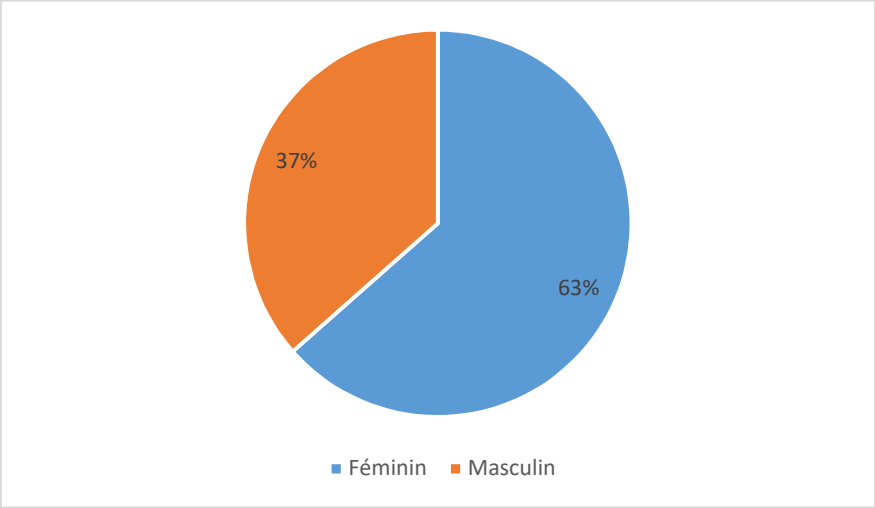


*Figure 13: REPARTITION PAR SEXE*

## 2. Age

L'âge moyen des répondants est de 28,5 ans. Le plus jeune répondant est âgé de 24 ans et le plus âgé de 40 ans. 80% des répondants sont âgé de 24 à 30 ans.

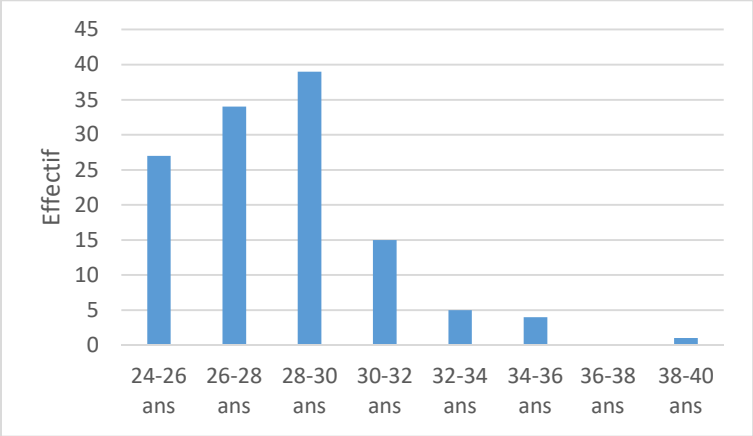


*Figure 14: REPARTITION SELON L'AGE*

## 3. Année de fin d'internat

La moitié des répondants a fini son internat. L'année de fin d'internat oscille entre 2009 et 2018. Le plus grand nombre a ou aura fini son internat entre 2013 et 2016.

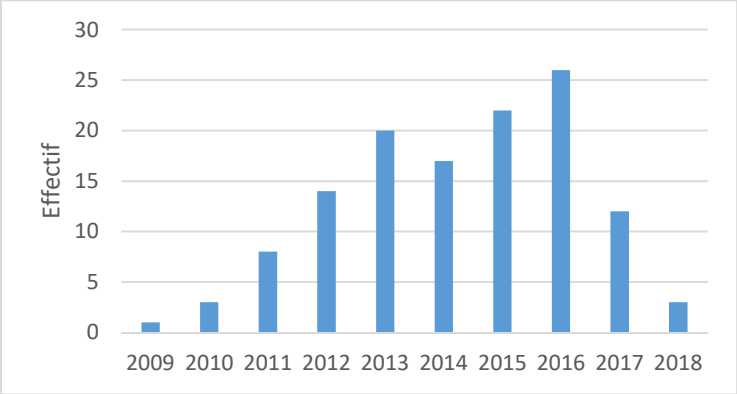


*Figure 15: ANNEE DE FIN D'INTERNAT*

## 4. Statut marital

Lors du recueil des donnés, 79% se sont déclarés en couple. Nous évaluerons par la suite ce facteur quant à l'influence qu'il peut jouer sur le choix du lieu d'installation.

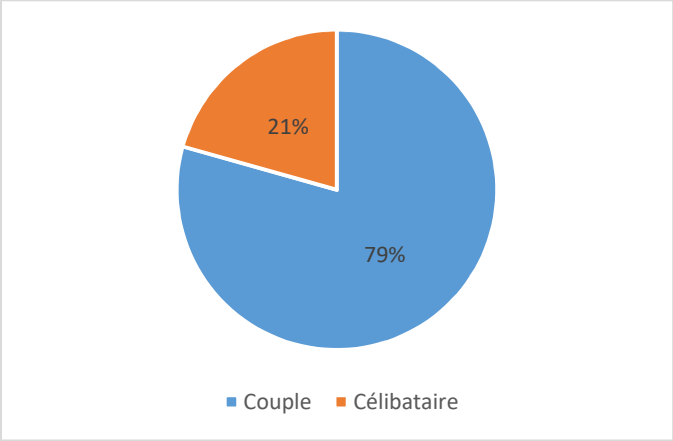


*Figure 16: REPARTITION DU STATUT MARITAL*

## 5. Nombre d'enfants

Dans notre étude, 73% des répondants sont sans enfant.

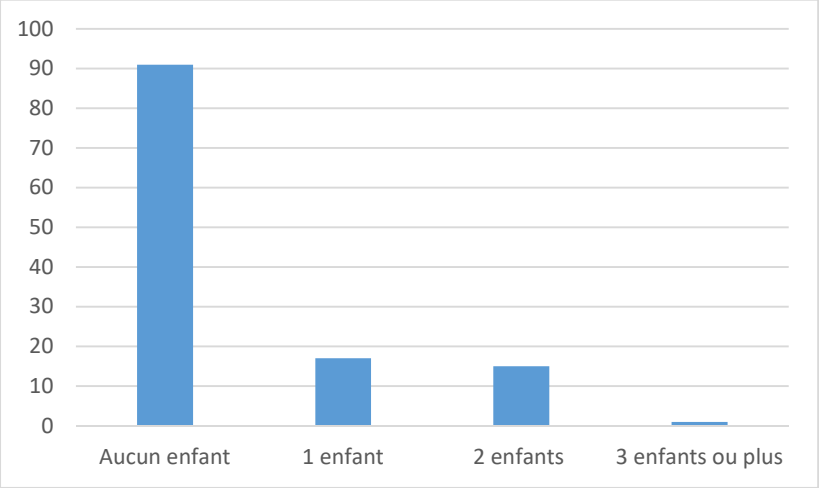


*Figure 17: NOMBRE D'ENFANTS*

## 6. Volonté de faire de la médecine générale

Nous avons souhaité étudié les raisons du choix pour la médecine générale, afin de savoir s'il a influencé sur le choix du lieu d'installation. Pour la majorité des répondants (82%) ce choix a été volontaire.

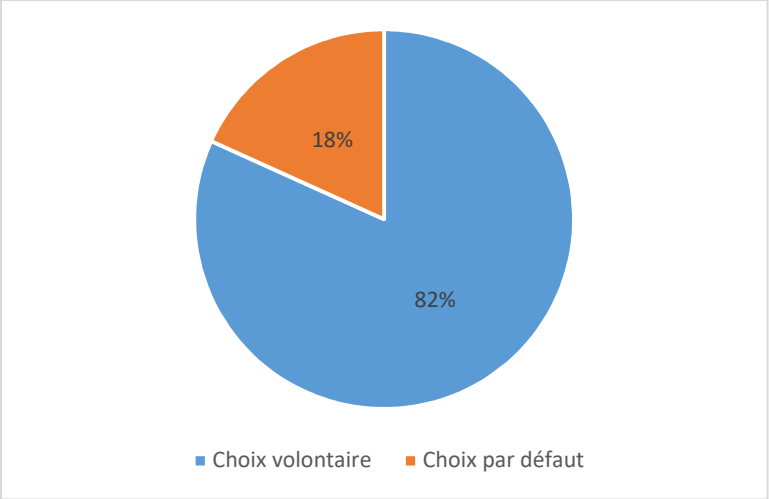


*Figure 18: CHOIX POUR LA MEDECINE GENERALE*

## 7. Inscription au conseil de l'ordre

Les participants ont répondu à 44% comme étant inscrit au conseil de l'ordre, ce qui signifie de 44% des répondants ont réalisé leur thèse et donc sont susceptibles de pouvoir s'installer ou bien le sont déjà.

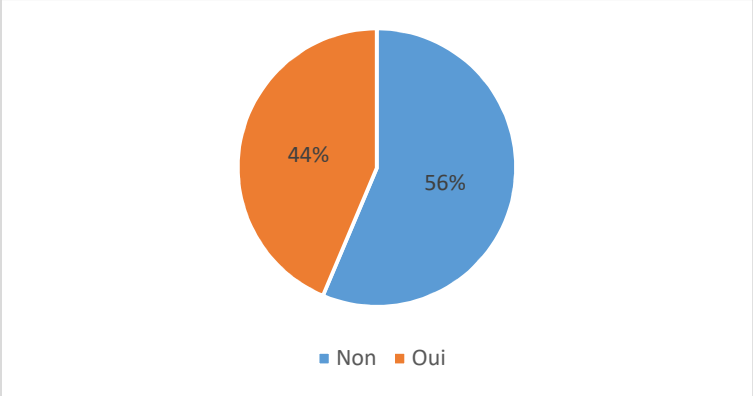


*Figure 19: REPARTITION DES INSCRIPTIONS AU CONSEIL DE L'ORDRE*

## 8. Lieu d'exercice

Parmi les médecins thésés, la moitié exerce en Meurthe et Moselle, 20% dans la Meuse et 14% dans les Vosges. Si l'on compare cette répartition avec les médecins libéraux installés sur le territoire lorrain, on constate une différence (la Meuse regroupe plus de médecins que la Meurthe et Moselle). Cette différence de répartition s'explique certainement par le fait que les jeunes thésés non installés s'inscrivent dans leur département de formation durant leur période de remplacement ou y restant habitant.

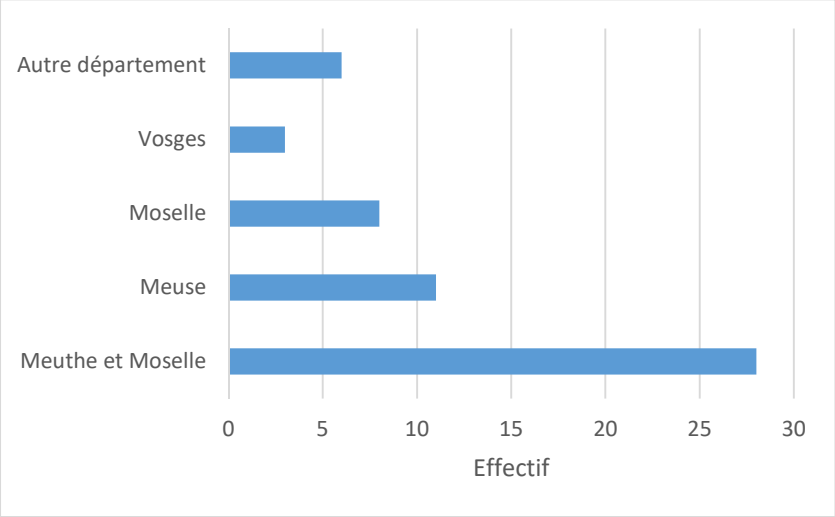


*Figure 20: REPARTITION DES DEPARTEMENTS D'EXERCICE DES MEDECINS THESES*

## 9. Le mode d'exercice

Un quart des répondants sont en situation de remplacement. La moitié des participants sont encore internes et sans activité en cabinet de ville, ce qui était prévisible compte tenu de la population ciblée. Les médecins installés en libéral représentent 15% des réponses, et enfin 10% travaillent en tant que salarié. Tous les modes d'exercices sont donc représentés dans notre étude.

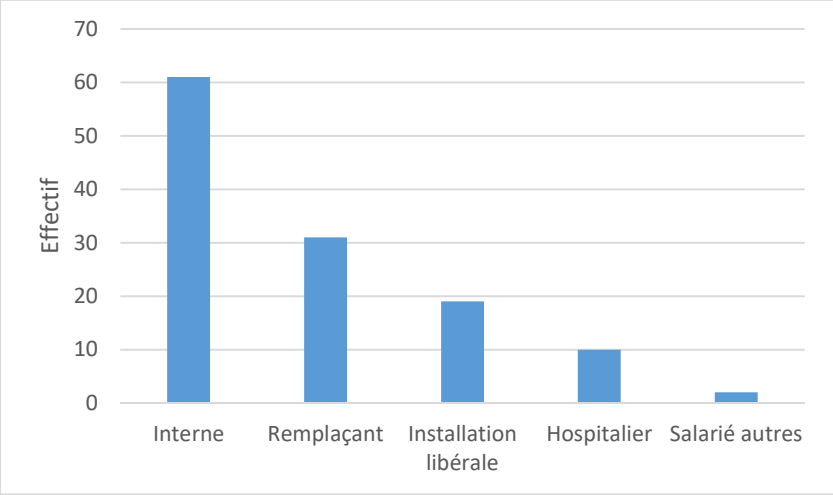


*Figure 21: REPARTITION DU MODE D'EXERCICE*

## B. Stage chez les médecins généralistes en cabinet de ville

L'analyse des données nous révèle que 89% des répondants (112/126) ont réalisé leur stage chez le praticien. Parmi eux, 49% ont également effectué leur SASPAS en cabinet de ville. Notre analyse va s'intéresser à ces 112 répondants. La proportion des répondants ayant réalisé au moins un stage en zone éligible pouvant prétendre à l'obtention des aides du conseil régional est de 63% (71 individus).

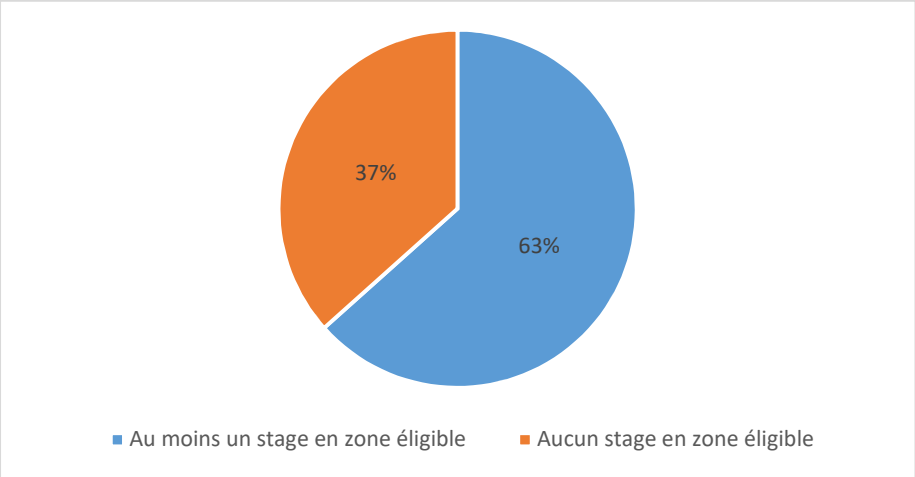


*Figure 22: PROPORTION DES REPONDANTS AYANT REALISE UN STAGE EN ZONE ELIGIBLE*

On note même que 13% d'entre eux ont effectué leurs deux stages dans ces zones éligibles (cabinets situés en zone déficitaire ou en maison de santé).

L'analyse des données révèle que 71% des répondants se disent informés de l'existence des aides financières accordées par le conseil régional.

## 1. Stage chez le praticien

Sur l'ensemble des répondants, seulement 14 n'ont pas effectué leur stage chez le praticien (12%). La proportion des stages réalisés dans les zones éligible est de 50% (56/112).

Nous nous sommes intéressés à la proportion des étudiants ayant demandé une aide lorsqu'ils étaient en zone éligible. On constate que 82% (46/56) ont reçu ou vont recevoir les aides prochainement. Il est à noter qu'un répondant n'a pas pu obtenir d'aide alors qu'il était en zone éligible, car il bénéficiait déjà d'une prime du conseil régional incompatible avec ces aides.

L'absence d'aide demandée est pour 80% des cas, due à une méconnaissance ou une connaissance erronée des conditions d'éligibilité.

Parmi les aides du conseil régional on distingue 2 types d'aides :

- Indemnité financière pour les frais de déplacement
- Indemnité financière pour les frais d'hébergement

On constate que 30% des répondants ont bénéficié des 2 aides. L'indemnité financière pour les frais de déplacement est l'aide la plus sollicitée à 98%. Un seul répondant n'a reçu que l'indemnité d'hébergement.

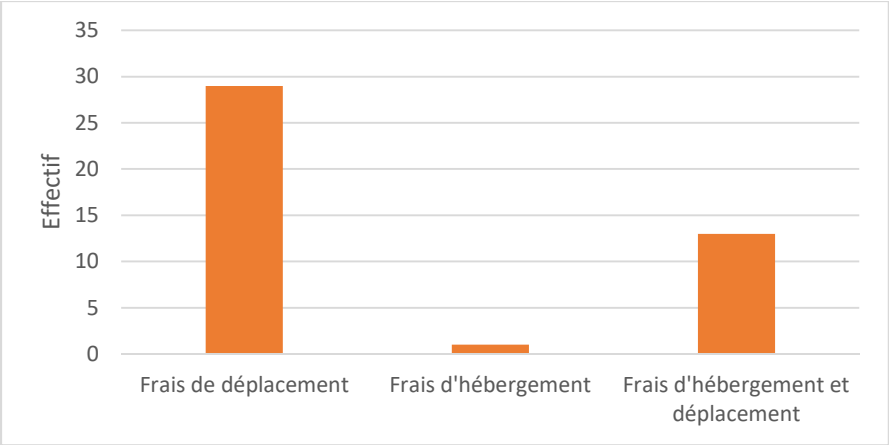


*Figure 23: REPARTITION DES AIDES FINANCIERES ACCORDEES AUX ETUDIANTS*

Outre les aides pouvant influencer le choix du lieu d'installation, nous avons souhaité connaitre quels autres facteurs pouvaient influencer ce choix. La grande majorité des participants (60%) ont répondu que la proximité du domicile (parental ou personnel) avait joué un rôle. Le choix des maitres de stage arrive en deuxième position à 49%. Le bouche à oreille a joué un rôle pour un tiers d'entre eux.

La proximité d'un hôpital où un stage avait déjà été effectué n'a influencé que 17 répondants.

Finalement la présence d'aides financières n'a influencé que 14,5% des répondants. Cependant 29% des répondants ont répondu ne pas être au courant des aides disponibles, ce manque d'information pouvant sous évaluer l'influence des aides.
Pour un faible nombre, 11% d'entre eux le choix s'est fait par défaut.

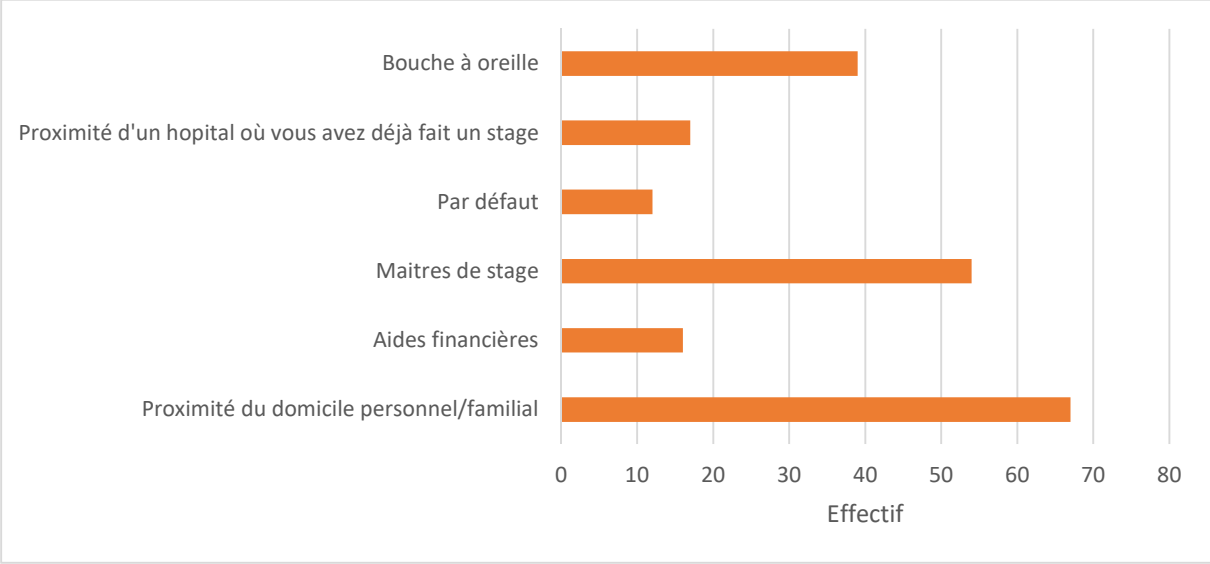


*Figure 24: REPARTION DES FACTEURS INFLUENCANT LE LIEU DU CHOIX DE STAGE CHEZ LE PRATICIEN*

## 2. Stage Ambulatoire en SASPAS

Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) est réalisé au cours de l'internat, en 5ème ou 6ème semestre, une fois le stage chez le praticien validé. La réalisation de ce stage a concerné 44% des répondants. Parmi eux, la moitié (54.5%) a réalisé leur stage en zone d'éligibilité pour les aides. La grande majorité, 83% des participants vont ou ont reçu des aides financières. Ces statistiques sont superposables par rapport au stage chez le praticien.

L'utilisation des 2 aides financières accordées s'est faite dans les mêmes proportions que lors du stage chez le praticien. Un tiers des répondants a bénéficié des 2 types d'aides. Dans 96% des cas l'indemnité de déplacement a été demandée. Un seul répondant n'a obtenu qu'une indemnité d'hébergement.

Comme précédemment nous nous sommes intéressés aux raisons du choix des lieux de stage. Les arguments qui sont mis en avant se font dans les mêmes proportions. On remarque que le bouche à oreille (45%) et le choix des maitres de stage (64%) a joué un rôle encore plus important, en

comparaison avec le stage chez le praticien. A nouveau, les aides financières n'ont eu d'influence que pour 15% des répondants.

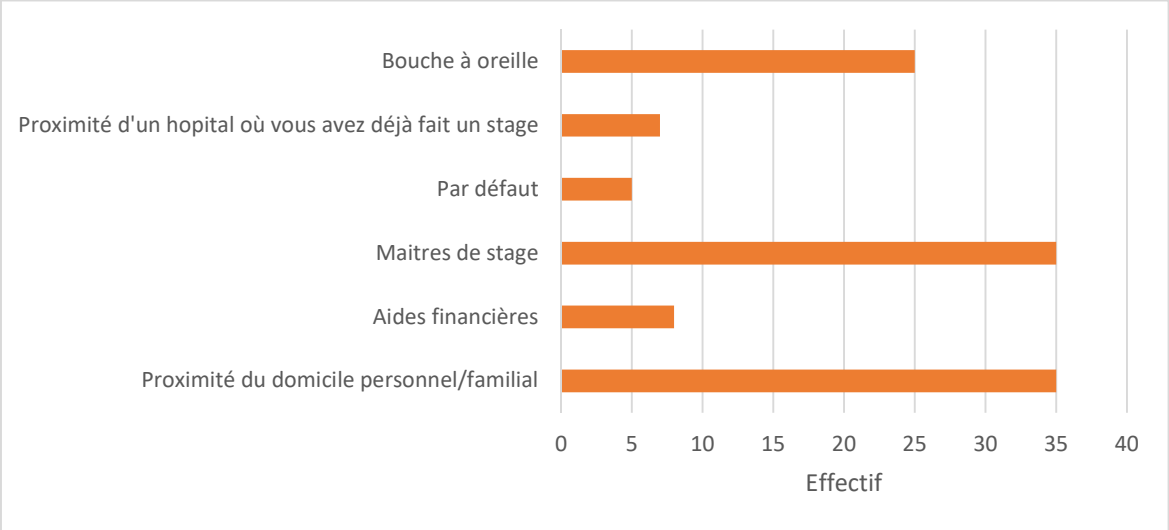


*Figure 25 : REPARTIION DES FACTEURS INFLUANCANT LE CHOIX DU LIEU DE STAGE EN SASPAS*

### 3. Réalisation de stage en zone déficitaire

Nous avons souhaité étudier l'influence de la réalisation d'un stage en zone fragile sur le lieu d'installation futur. Parmi les 71 répondants ayant réalisé un stage en zone fragile éligible aux aides du conseil régional, 53 ont répondu à la question concernant leur souhait du lieu d'installation avant la réalisation de leur stage, puis après. Ainsi nous pouvons dire que 17% d'entre eux (9/53) souhaitent désormais une installation en zone déficitaire après leur stage, alors que cela n'était pas le cas auparavant. Pour la majorité (83% des répondants), le stage a confirmé leur souhait de s'y installer.

## 4. Les aides du conseil régional

Nous avons étudié l'influence que peuvent avoir les indemnités de déplacement et d'hébergement quant au choix du lieu de stage. Plus de la moitié considère que les aides ont une forte influence sur le lieu de stage et 11% une très forte influence. Un quart estime qu'elles n'ont que peu d'importance et 6% aucune.

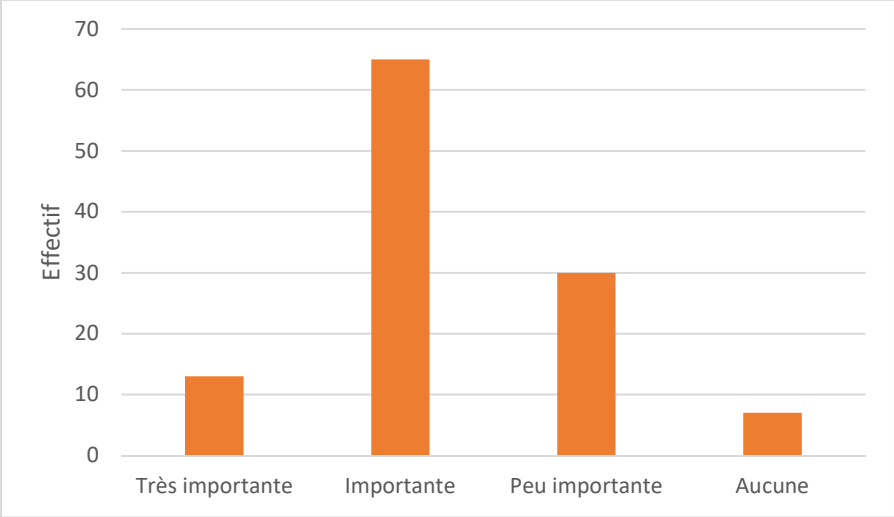


*Figure 26: INFLUENCE DE L'EXISTENCE D'AIDES DU CONSEIL REGIONAL SUR LA REALISATION DE STAGE EN ZONE DEFICITAIRE*

## C. Les remplacements

Plus de la moitié des répondants ont déjà effectué des remplacements (60% des 114 participants). Dans ce groupe, 72% ont débuté les remplacements après le stage chez le praticien, 18% après leur SASPAS et seulement 12% à la fin de leur internat.

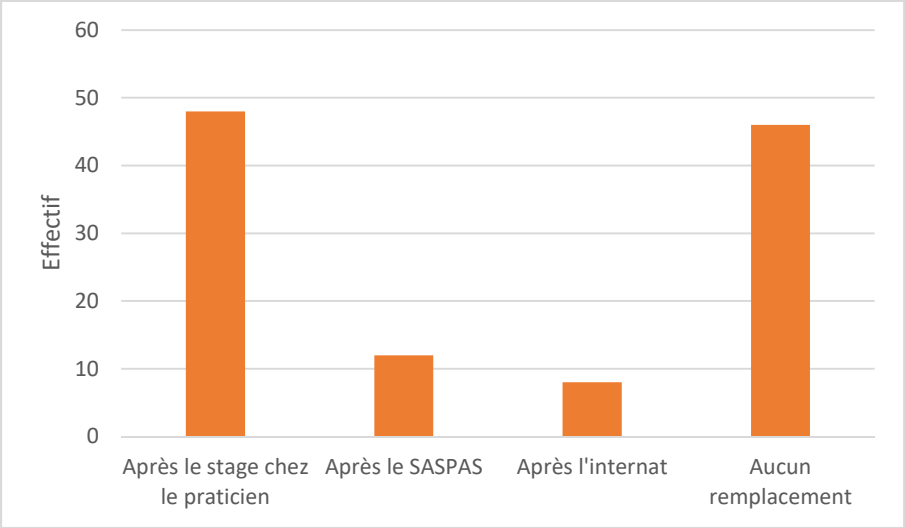


*Figure 27: REPARTITION DE LA PERIODE DE DEBUT DES REMPLACEMENTS*

## D. Le projet d'installation

### 1. Le choix de l'installation

A l'issue de leurs stages, 54% des étudiants souhaitent une installation en médecine ambulatoire. 27% se sont installés ou vont s'installer directement à la fin de leur internat. Une petite proportion (14%) souhaite ne jamais s'installer. Parmi les répondants seulement 2% ont un projet d'installation dans l'année à venir, 26% déclarent vouloir s'installer dans plus de 4 ans.

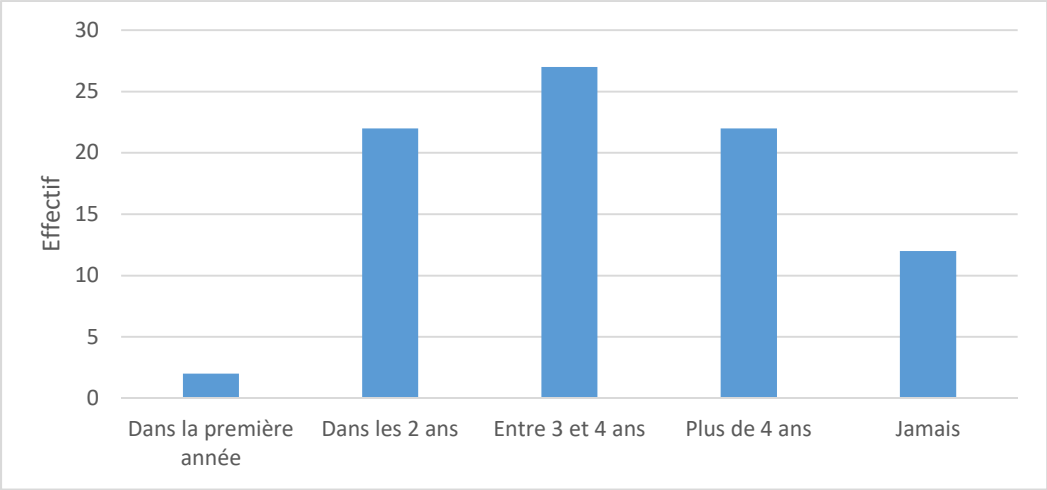


*Figure 28: DELAI ENTRE LA FIN D'INTERNAT ET L'INSTALLATION*

## 2. La zone territoriale

Lorsque l'installation est souhaitée, 71% des participants se disent prêt à s'installer en zone semi rurale, 30% en zone rurale, et seulement 25% en ville.

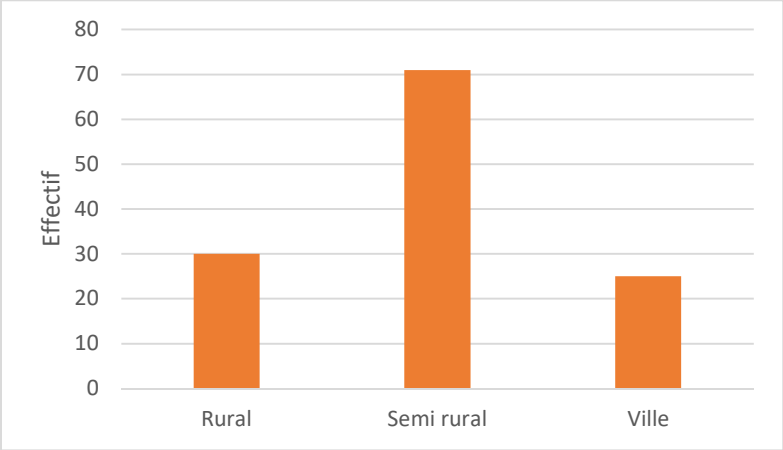


*Figure 29: CHOIX DE LA ZONE TERRITORIALE D'INSTALLATION*

Nous avons étudié dans quel type de zone les participants envisageaient s'installer ou l'étaient déjà. Pour 44% d'entre eux, une installation en zone déficitaire et dans des villes de taille moyenne supérieure à 15 000 habitants est envisageable. Un tiers des répondants envisage une installation dans une grande agglomération de type Metz / Nancy. Enfin, seulement 5% sont prêt à s'installer en zone urbaine sensible.

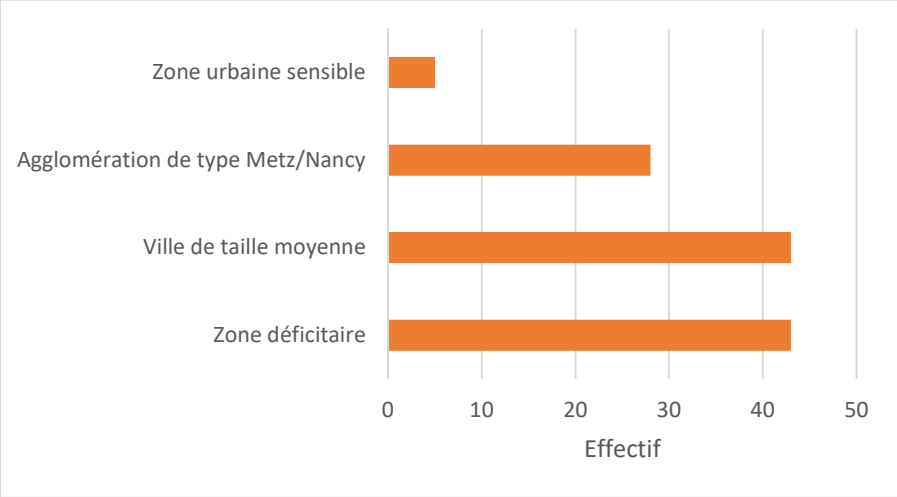


*Figure 30: CHOIX DU TYPE D'AGGLOMERATION POUR L'INSTALLATION*

### 3. Le lieu de l'installation

Vingt-cinq participants (20%), ont actuellement un projet d'installation. Une installation va avoir lieu dans une zone déficitaire dans les Vosges. Deux installations sont prévues en dehors du territoire lorrain.

Lorsque l'on s'intéresse à la répartition des futures installations, 35% (8) sont prévues en Meurthe-et-Moselle dont 71% (5) sur Nancy ou sa proche banlieue. Les projets d'installation en Meuse et Moselle représentent 26% (6) chacun. Pour le département de la Moselle, 4 projets sur 6 vont être réalisés sur Metz et sa banlieue. Enfin 17% (4) des projets concerne le département des Vosges.

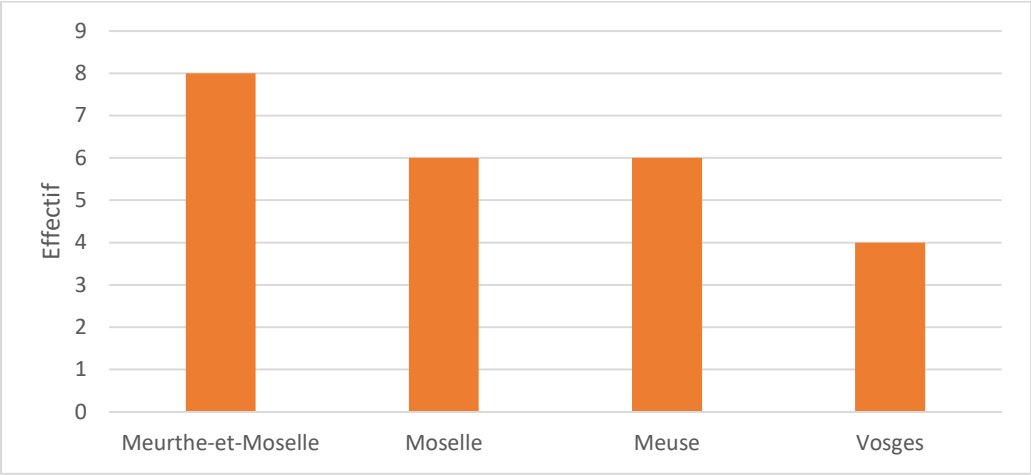


*Figure 31: REPARTITION DES DEPARTEMENTS DE PROJET D'INSTALLATION*

## 4. Le type de structure

La majorité des répondants souhaite travailler en groupe. A 58%, ils envisagent de s'installer en cabinet de groupes de médecins, à 64% en structure de type maison de santé pluri professionnelle. Seulement 12% envisagent une installation en cabinet seul.

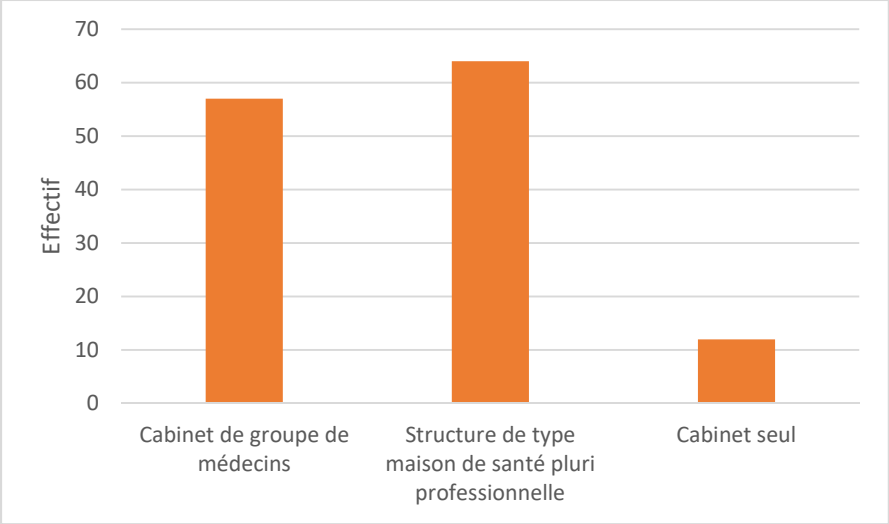


*Figure 32: TYPE DE STRUCTURE D'INSTALLATION*

## 5. Critères influençant le lieu d'installation

Nous avons évalué différents critères dont une partie est reprise de la littérature, et pouvant influencer le choix du lieu d'installation.

On constate que les critères motivant le plus, le choix du lieu d'installation sont la présence d'une maison de santé pluri professionnelles ou d'un cabinet de groupe, le relationnel avec les confrères installés, et enfin le lieu de travail du conjoint.

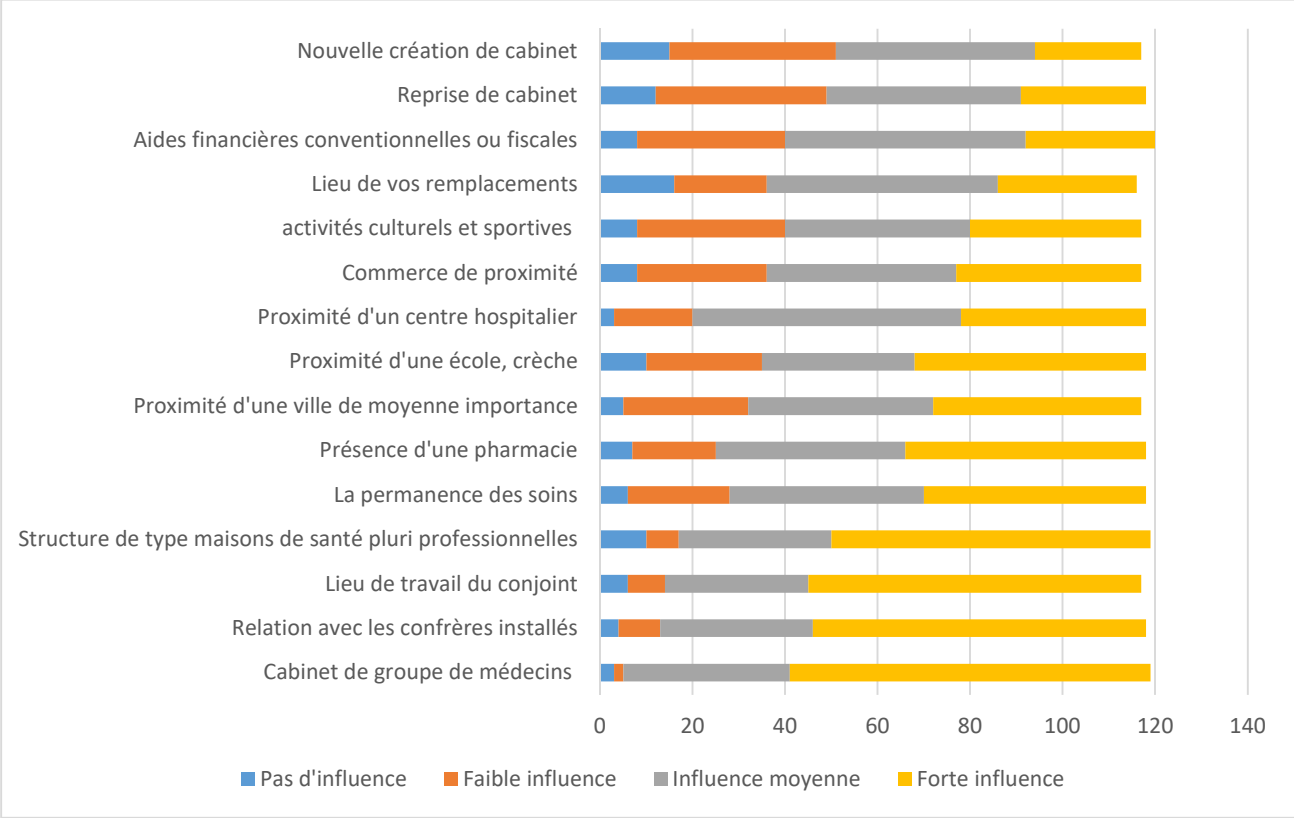


*Figure 33: CRITERES POUVANT INFLUENCER L'INSTALLATION*

## 6. Les aides à l'installation

L'existence d'aides à l'installation est connue pour 82% des répondants (102). Cependant parmi eux seulement 36% en connaissent les détails.

Lorsque l'on s'intéresse aux différentes aides à l'installation, on remarque que les plus attractives sont les exonérations fiscales et les loyers modérés au sein des maisons de santé pluri-professionnelles. Le contrat d'engagement de service public est l'aide recueillant le moins d'attractivité.

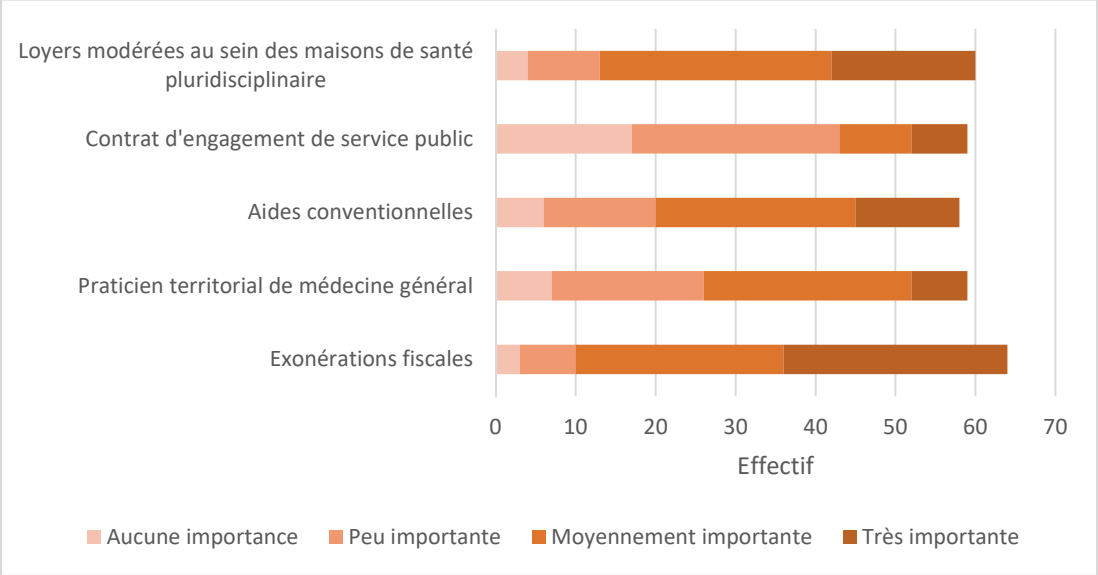


*Figure 34: INFLUENCE DES AIDES A L'INSTALLATION*

La plupart des répondants estiment que la diffusion de l'information au sujet des aides financières, doit provenir du conseil départemental de l'ordre des médecins, de la faculté et du département de médecine générale, et de l'ARS.

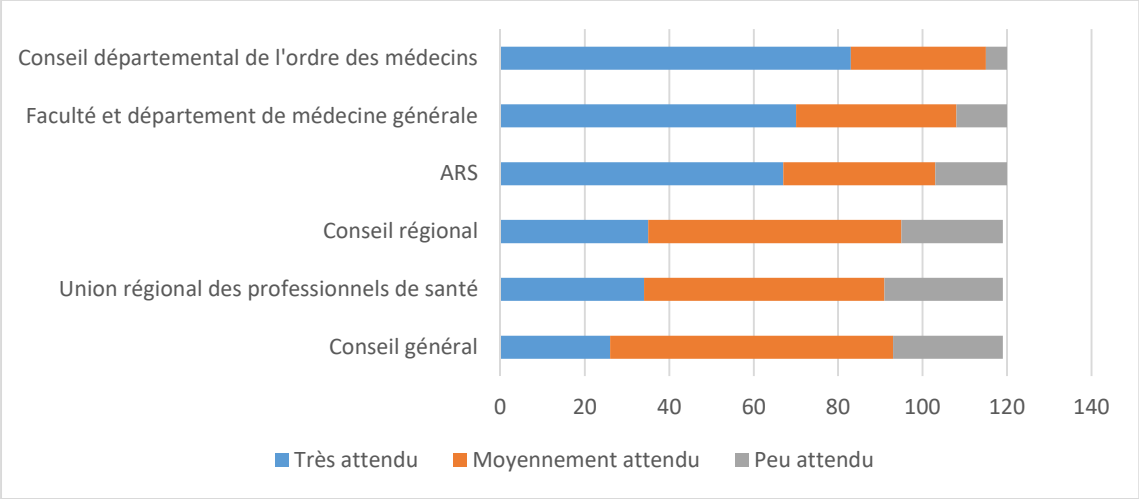


*Figure 35: IMPORTANCE RELATIVES DES MOYENS DE DIFFUSION DES AIDES A L'INSTALLATION*

## E. L'installation

### 1. Le lieu d'installation

Sur l'ensemble des participants de l'étude, 16% (20/126) sont actuellement installés en cabinet de ville. Dans ce groupe, 4 participants sont installés en dehors du territoire lorrain. La majorité des installés sont situés en Meuse.

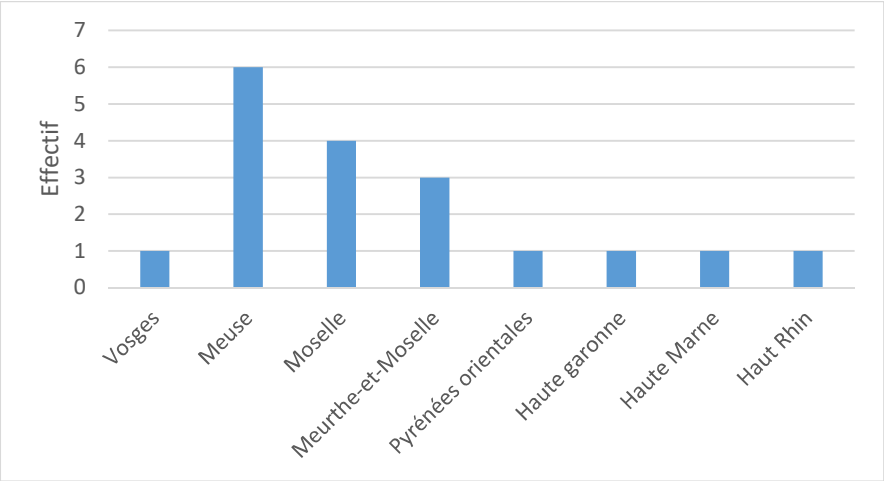


*Figure 36 : REPARTITION DES INSTALLATIONS*

Du point de vue de la démographie médicale, seulement 35% des médecins installés considèrent leur territoire correctement doté en médecins. La majorité (40%) est installée en zone déficitaire et 25% en zone fragile.

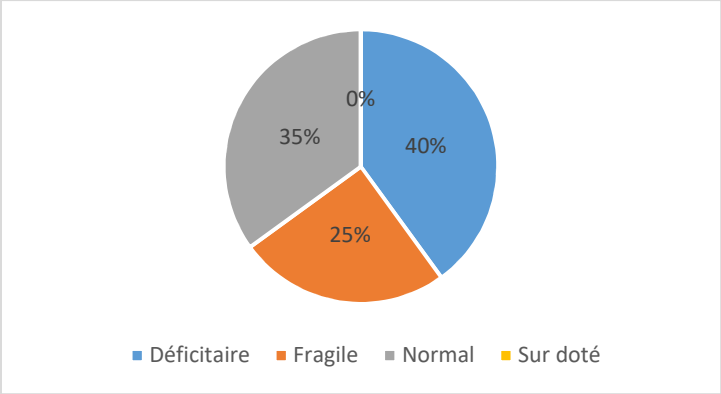


*Figure 37: OPINION SUR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE DE LEUR TERRITIORE DES MEDECINS INSTALLES*

## 2. Le type de structure

Les installations ont eu lieu soit en cabinet de groupe, soit en maison de santé pluri professionnelle à 95%. Un seul répondant s'est installé en cabinet seul. La moitié des installés (53%) se sont installés dans une nouvelle structure (cabinet de groupe ou maison de santé pluri professionnelle). Les cabinets de groupe de médecins représentent 58% des installés. Les maisons de santés pluri professionnelle concernent 37% des répondants.

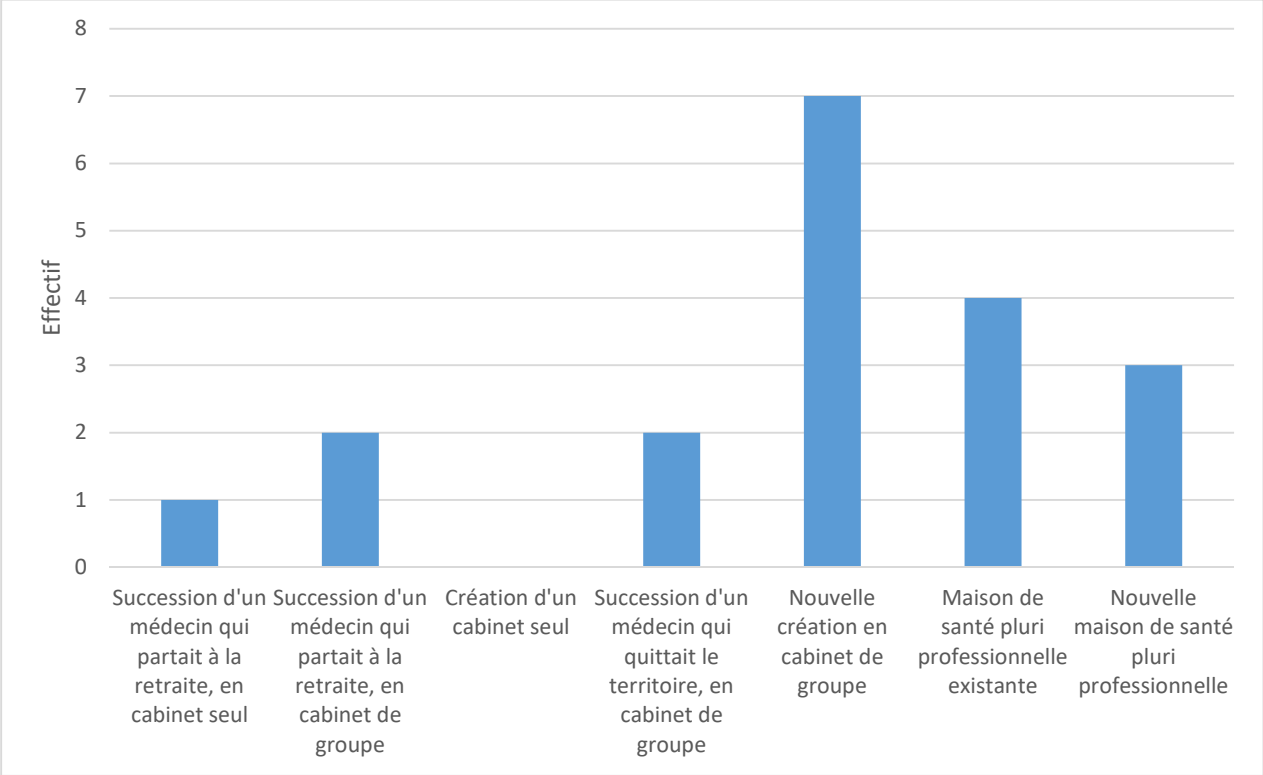


*Figure 38: TYPE DE STRUCTURE D'INSTALLATION*

### 3. Les facteurs influençants

Les stages réalisés au cours de leur formation ont influencé 45% des participants.

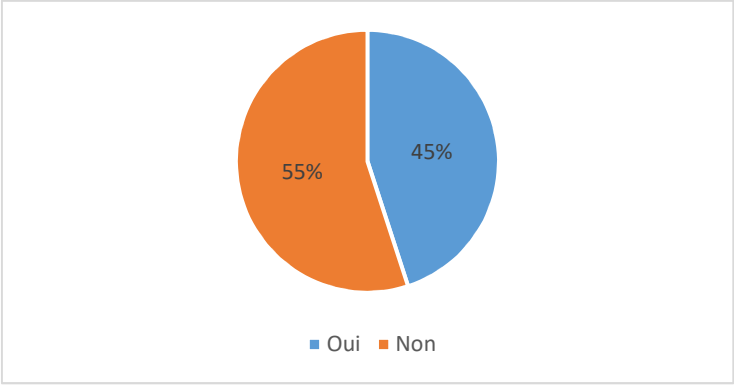


*Figure 39: Influence des stages réalisés au cours de la formation*

Les aides financières à l'installation n'ont influencé que 15% des répondants.

Cependant seulement 40% parmi eux était au courant de l'existence d'aides à l'installation.

La structure ayant le plus renseigné les médecins est l'ARS.

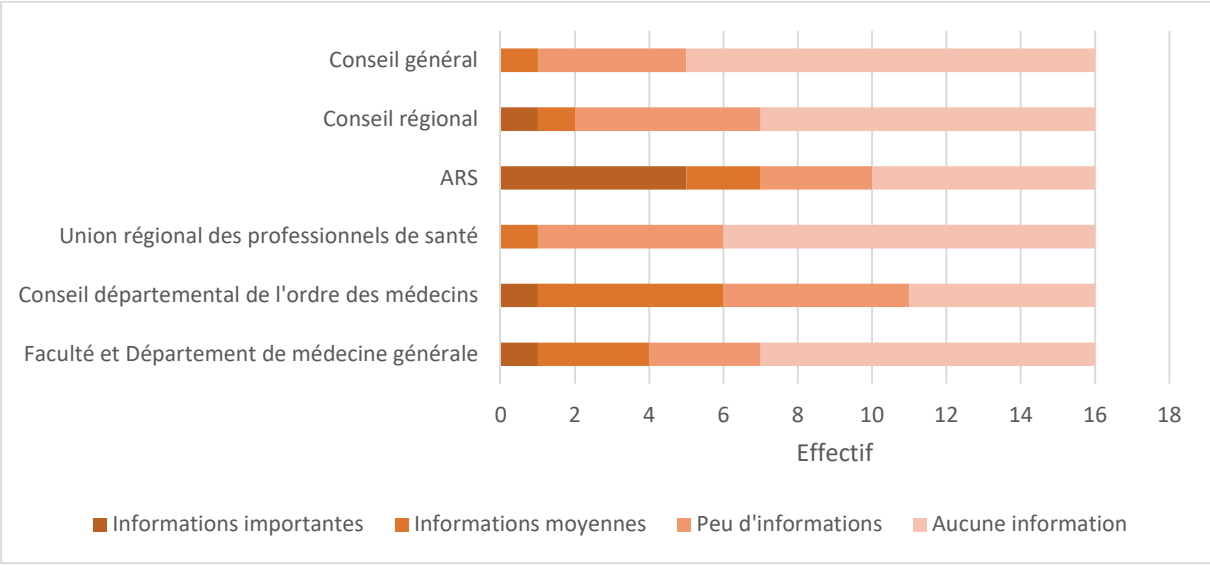


*Figure 40: Provenance des informations concernant l'aide à l'installation*

### 4. Les aides à l'installation

Un tiers des répondants ont bénéficié d'aides à l'installation (7/20). Parmi eux, tous ont bénéficié d'exonérations fiscales, 6 ont bénéficié du contrat PTMG (85%), et 3 du CESP (43%).

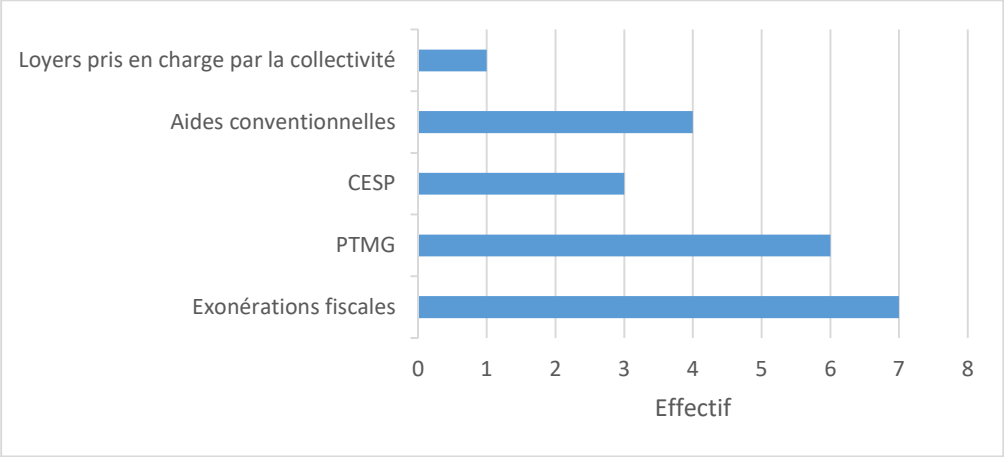


*Figure 41: TYPES D'AIDE A L'INSTALLATION DONT ONT BENEFICIE LES REPONDANTS*

L'obtention de ces aides a été compliquée pour 4 des 7 répondants, pour des raisons administratives et lenteurs de prise en charge.

## F. L'analyse par régression logistique

Notre étude a pour objectif de mettre en évidence, s'il existe, un lien entre l'utilisation des aides du conseil régional et l'installation ou le projet d'installation en zone fragile.
Parmi les répondants ayant exprimé le souhait de s'installer en zone fragile, nous avons recherché s'ils avaient bénéficié ou non, d'aides du conseil régional.
Malgré un faible effectif (95 répondants), notre analyse par régression logistique s'avère significative, avec un odds ratio de 2.48 et un intervalle de confiance à 95% IC [1.083-5.739], signifiant un lien entre le souhait ou l'installation en zone fragile, et l'obtention d'aides du conseil régional.

Par ailleurs, nous avons étudié si d'autres facteurs influençaient le choix du lieu d'installation. Les critères du statut marital, du sexe ainsi que la présence d'enfant n'ont pas révélé de lien statistiquement significatif, avec un risque alpha bien supérieur au 5% toléré (50.2% pour le sexe, 13% pour la présence d'enfant et 7% pour le statut marital).

# DISCUSSION

# I. Analyse de la méthode et population

## A. Echantillonnage

Notre étude a ciblé les internes, remplaçants ou médecins installés ayant réalisé leur formation au sein de la faculté de médecine de Nancy. La distribution des questionnaires a concerné 4 promotions de 2012 à 2015, soit 2 ans après la mise en place des aides.
Nous avons souhaité le formulaire anonyme, ce qui permet aux participants de répondre librement aux questions sans aucune retenue. Afin de s'assurer que chaque formulaire était issu d'un répondant unique, nous avons comparé les initiales, l'âge et le sexe entre les différents formulaires reçus. Tous les questionnaires ont pu être retenus en l'absence de redondance.
Lors de notre étude nous avons reçu 126 réponses. Cependant, certains participants n'ont pas toujours répondu à l'ensemble des questions.

## B. Biais

### 1. Biais de sélection

Lors de la réalisation de notre enquête, nous avions souhaité obtenir la mailing liste des internes de la faculté de médecine de Nancy auprès de la scolarité, afin de pouvoir diffuser notre questionnaire au plus grand nombre. Malheureusement, nous n'avons pu accéder à ces données dites confidentielles. Par la suite nous nous sommes tournés vers le conseil régional, qui n'a pas pu nous fournir la liste des bénéficiaires aux aides financières. Finalement c'est par l'intermédiaire de l'association RAOUL IMG que nous avons obtenu une liste de courriels. Cette liste de diffusion regroupe tous les internes de la faculté de médecine de Nancy, qui ont souhaité s'inscrire à l'association. L'adhésion n'étant pas obligatoire, notre mailing liste n'est donc pas exhaustive.

### 2. Biais de confusion

Nous avons souhaité étudié l'influence des aides financières accordé par le conseil régional lors de la réalisation de stage en zone éligible (zones fragiles et maisons de santé pluri professionnelles) sur le choix du lieu d'installation.
L'analyse par régression logistique s'intéresse à la mise en évidence d'un lien entre l'installation ou le projet d'installation en zone fragile et l'utilisation des aides financières.
Cependant, le fait de bénéficier d'aides financières est certainement un biais de confusion avec la réalisation de stages en zones éligibles.
Si l'on effectuait la même analyse en s'intéressant au fait de réaliser un stage en zone éligible et non pas au fait de bénéficier d'aides financières, le résultat aurait été encore plus significatif car 2 répondants voulant s'installer en zone fragile ont fait un stage en zone éligible et n'ont pas bénéficié des aides. Ils n'ont donc pas été pris en compte dans notre analyse.

## C. Les caractéristiques socio démographiques de notre population

Les participants sont âgés entre 25 et 30 ans pour la majorité, ce qui est normal compte tenu des critères d'inclusion. On constate une majorité de femmes, ce qui semble cohérent à la vue de la féminisation de la profession.
La plus part des participants (79%) vivent en couple, cette situation peut jouer un rôle majeur dans le choix du lieu d'installation (argument souvent relevé dans la littérature (57) (58) ).
La grande majorité des répondants sont sans enfant, peut être en raison de la durée des études.
Comme on pouvait s'y attendre, les participants sont en majorité des internes (50%). Les remplaçants représentent 25% des répondants, qui sont susceptible de pouvoir s'installer à tout moment.
Un petit groupe (15%) est déjà installé en cabinet et seulement 2% sont salariés.

Parmi les thésards, la moitié exerce en Meurthe et Moselle, 20% dans la Meuse et 14% en Moselle et 5% dans les Vosges. Si l'on compare cette répartition avec les médecins libéraux installés sur le territoire lorrain, on constate une différence (la Moselle regroupant plus de médecins que la Meurthe et Moselle). Ce phénomène s'explique certainement par le fait que les jeunes thésards non installés s'inscrivent majoritairement dans leur département de formation, durant leur période de

remplacement. Si l'on étudie les installations faites entre 2010 et 2015, c'est la Moselle qui enregistre le plus grand nombre d'installation puis la Meurthe et Moselle(59).

# II. Les aides financières

## A. Les aides du conseil régional de lorraine

Les deux tiers des répondants ont estimé que les aides avaient une influence importante (56%) et très importante (11%). Un quart des participants considère que les aides ont peu d'importance. Ce résultat est plutôt encourageant et inciterait à promouvoir la démarche.
Cependant, ce résultat est à nuancer, les aides financières étant en compétition avec d'autres critères lors du choix du lieu de stage. Les aides financières n'ont alors recueilli que 15% des suffrages quant à leur influence positive.
Le même phénomène apparait dans l'étude menée par le conseil régional (60). Les trois quarts des répondants affirmaient pouvoir être incité par des aides financières quant à leur choix de lieu de stage. Cependant lorsque ces aides étaient en compétition avec d'autres facteurs, moins de 20% répondaient favorablement sur leur influence.

Les aides financières favorisent donc la réalisation de stage en zone déficitaire, et ainsi permettre de faire découvrir les spécificités du travail des médecins généralistes dans ces territoires.
Dans une étude réalisée par des médecins généralistes en Isère, les raisons avancées pour le refus d'une installation en milieu rural sont notamment la crainte de l'isolement médical, la contrainte des gardes, la pauvreté de l'environnement en services, la difficulté de prendre des congés ou de se faire remplacer et une méconnaissance de l'environnement (61). Dans la thèse du Dr Thomas Louyot, la crainte de l'isolement et la charge de travail étaient des facteurs déterminants pour le choix du lieu d'installation (59). La réalisation de stage en zone rurale permettrait de répondre à ces différentes inquiétudes et peut-être encourager de nouvelles installations.

Notre étude a permis de mettre en évidence un lien entre l'utilisation des aides du conseil régional permettant la réalisation de stage en zone déficitaire, et l'installation ou le souhait d'installation dans ces mêmes zones.

La première limite de ce type d'aide est le manque d'information et de communication. Un tiers des répondants s'estiment non informés des aides disponibles, ce manque d'information pouvant sous évaluer leur impact.

Le deuxième frein mis en évidence est la complexité des aides, et des critères d'obtention. Le manque d'information et une mauvaise connaissance des aides ont conduit 4 répondants à ne pas les solliciter alors qu'ils étaient en droit de le faire. Il serait souhaitable de fusionner les indemnités d'hébergement et de déplacement sous la forme d'une seule bourse afin de simplifier les demandes.

Depuis le 29 avril 2016, la fusion administrative de l'Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine a donné naissance à la région Grand Est. Cette réorganisation va imposer d'uniformiser les aides du conseil régional dans ces 3 territoires. Il va être nécessaire de redéfinir les zones déficitaires en se basant sur une définition unique, ciblant un type de territoire (bassin de vie, canton, ville ou quartier). Une réévaluation fréquente de ces territoires semble nécessaire afin de répartir au mieux les aides en fonction des besoins de la population qui sont en perpétuelle évolution. Il faut s'interroger sur la nécessité d'étendre les zones dites fragiles. On peut également imaginer la création d'une échelle de sévérité parmi ces zones déficitaires.

## B. CESP, PTMG et aides à l'installation

Les gouvernements par l'intermédiaire des contrats CESP et PTMG ont souhaité aider financièrement les étudiants de médecine générale en contrepartie d'une installation en zone fragile durant une période donnée. Ces aides ont connu un franc succès (41).

Les aides à l'installation (fiscales et aides conventionnelles) ont pour objectif de favoriser de nouvelles installations dans les zones sous dotées en médecins.

Ce sont les aides fiscales qui ont été les plus sollicité dans notre étude. Plus de la moitié a eu des difficultés (administratives) pour les recevoir. Une simplification des démarches administrative est donc nécessaire.
Une étude réalisée en 2015, s'intéressant aux déterminants du projet d'installation a révélé que la méconnaissance des aides à l'installation était un frein (62).
L'ensemble des participants se déclarent informé de leur existence à 82%, mais seulement 36% les connaissent. Il semble nécessaire de développer la diffusion de l'information les concernant, surtout que 68% des répondants estiment qu'il s'agit d'un facteur moyennement à fortement influençant. La plupart des répondants souhaite que l'ARS, le CNOM et la faculté au travers du département de médecine générale aient un rôle majeur dans la transmission des informations.
Parmi les médecins installés ayant répondu à notre formulaire, seulement 40% d'entre eux déclare les connaitre.

Les exonérations fiscales et les loyers modérés au sein des MSP sont les aides ayant le plus d'attractivité. Le CESP est l'aide ayant reçu le moins d'intérêt. A la lecture de ces résultats, on constate que ce sont les aides nécessitant le moins d'engagement qui suscitent un réel intérêt.

A l'étranger (Canada et Etats-Unis) des aides similaires ont été proposées. Les résultats d'enquête ont montré que ces aides financières avec engagement n'avaient que très peu d'effet sur le long terme. L'obtention de ces aides résultaient essentiellement d'un effet d'aubaine (51)(52).

L'incitation à l'installation doit reposer aussi sur la création d'enseignements, à l'initiative du département de médecine générale en partenariat avec l'ARS, le conseil de l'ordre, les banques et assurances pour expliquer, faciliter et rassurer les internes quant à l'installation en ambulatoire.

# III. Les aides non financières

## A. Les aides au cours de la formation

A l'issue de leurs stages, seulement 54% des étudiants souhaitent une installation en cabinet de ville. Parmi les médecins ayant fini leur formation, seulement 27% s'installent ou ont un projet d'installation en fin d'internat. Un quart des nouveaux médecins songe à s'installer plus de 4 ans après leur fin d'internat et 14% ne souhaite pas ce mode d'exercice.

Il semble donc essentiel de promouvoir l'installation en libéral, avant même de s'intéresser à leur répartition. Outre l'augmentation du numerus clausus, il est important de promouvoir la médecine générale, car de nombreux postes restent vacants chaque année. La médecine générale est la spécialité qui recense le plus de postes vacants ces dernières années (55, 56).

Le CNOM a souligné dernièrement l'évolution toujours plus importante du nombre de remplaçants depuis les 7 dernières années (+17%) (21). Ce phénomène accroit le manque de médecins installés sur le territoire. Là encore, il est essentiel de promouvoir l'installation en cabinet de ville, ou encore de repenser la formation en médecine générale, qui reste pour le moment réalisé principalement en milieu hospitalier. La réalisation de remplacement au cours du 3eme cycle conduit à une augmentation des projets d'installation(62), ce qui souligne l'importance de la réalisation de stage en ambulatoire, pour préparer au mieux les étudiants à une futur installation.

La réalisation au sein des facultés de séminaires portant sur l'installation et à développer car il s'agit aussi d'un déterminant positif à l'installation(62).

Enfin, l'augmentation du nombre d'enseignants et le trinôme des maitres de stages sont des facteurs favorisant l'installation(62). Il est donc essentiel de développer les relations médecins/étudiants qui ont une réelle influence sur les choix de l'installation.

## B. L'exercice en équipe

L'exercice de la médecine générale s'envisage désormais en groupe. En effet seul 12% des répondants souhaitent exercer seuls. La très grande majorité, 88% des participants, désire travailler à plusieurs, dont 47% en cabinet de groupe de médecins et 53% en maison de santé pluri professionnelle. Le développement de ce type de structure est donc à poursuivre.

Il s'agit là d'un critère essentiel pour la nouvelle génération de médecins. L'ensemble de la littérature retrouve ce désir de travailler en groupe (59) (61) (63) (61) (39).

Les ARS ont pour objectif de promouvoir le développement des MSP, en collaboration avec les conseils régionaux qui apporte une aide financière.

Une initiative intéressante des ARS serait la création d'un coordinateur régional afin de fédérer les équipes de soins primaires et les aider à écrire un projet de santé pour évoluer vers une MSP ou un pôle de santé.

## C. Développement des infrastructures au sein des zones rurales

Dans notre étude tout comme dans la littérature, la présence d'infrastructures de type crèche, garderie et commerces de proximité  sont primordiales pour attirer les médecins (61) (64). La qualité de vie est devenue un critère important dans les choix professionnels faits par les nouvelles générations de médecins. Il est donc nécessaire que les pouvoirs publics aident au maintien des différents services proposé dans les villes et villages afin d'attirer les futurs médecins.

Les conseils départementaux ont pour rôle de communiquer à destination des internes pour valoriser les atouts de leur territoire et aider les conjoints à trouver un emploi par le biais des chambres de commerce, les pouvoirs administratifs ou encore l'état.

## D. La télémédecine

Une autre piste possible afin de soutenir le travail des médecins généralistes en campagne et améliorer l'accès aux soins de la population est le développement de la télémédecine. Elle permettra d'aider les médecins généralistes à être moins isolés et obtenir des avis de seconds recours plus rapidement.
C'est la loi HPST qui a définit la télémédecine et lui a donné un cadre légal (65). Le pacte territoire santé mis en place depuis 2012 prévoit sont déploiement. Plusieurs projets sont actuellement en cours de développement, l'exercice de la médecine semblant se diriger en ce sens dans les années à venir(63).
Récemment, la mise en place de nouveaux décrets dans la loi de financement de la Sécurité sociale de 2017, a permis de prolonger et d'étendre le cadre expérimental mis en place en 2014 pour seulement neuf régions pilotes, afin de tester le caractère soutenable des modèles tarifaires envisagés (66) (67).

# CONCLUSION

Le problème de répartition des médecins généralistes sur le territoire national fait régulièrement la une des journaux. Il s'agit là d'un véritable problème de santé publique avec l'apparition de zones dites fragiles. Les gouvernements, depuis plus de dix ans, tentent de corriger la situation. Localement, les conseils régionaux interviennent aussi en ce sens.

Notre étude a permis d'évaluer les aides financières accordées aux internes de médecine générale de Lorraine, afin de favoriser la réalisation de stage en zones dites déficitaires, et y promouvoir une installation future. Notre analyse par régression logistique a permis la mise en évidence d'un lien statistiquement significatif, entre l'installation ou le projet d'installation en zone déficitaire, et l'obtention d'une aide du conseil régional (odds ratio : 2.48). Notre étude confirme donc l'intérêt de ces aides. Leur obtention ne résulte pas seulement d'un effet d'aubaine, à l'image des aides financières qui ont été accordés aux Etats-Unis (55).
Contrairement aux idées reçues, 71% des répondants envisagent une installation en zone semi rurale, 30% en zone rurale et seulement 25% en ville. Les participants déclarent envisager une installation en zone déficitaire à 44%. Ces chiffres sont donc encourageants pour l'avenir.
Néanmoins ces résultats sont à nuancer. Seulement un tiers des étudiants souhaitent s'installer à la fin de leur internat. Ce phénomène se traduit par une augmentation de plus en plus importante du nombre de médecins généralistes remplaçants. Pourtant, la nouvelle réforme du 3ème cycle de médecine générale a pour but de multiplier les stages en ambulatoire et d'encourager de futures installations. La filière médecine générale est celle qui recense, ces dernières années, le plus grand nombre de poste vacants entrainant une diminution des effectifs théoriques chaque année, et aggravant la pénurie de médecins à venir.

Nous avons mis en évidence une association entre les aides financières et l'installation future en zone déficitaire, on peut penser que ce lien pourrait être encore plus fort, car seulement 29% des participants déclarent connaitre de façon précise ces aides. Le constat est le même avec les aides à l'installation, seulement 36% estiment les connaitre précisément. Il y a donc encore des efforts à faire quand à la diffusion de l'information. A propos des aides à l'installation, leur obtention actuelle semble compliquée, ce qui pourrait avoir un effet négatif sur leur efficacité à l'avenir. Des simplifications administratives sont donc à envisager.

Le travail en groupe s'est révélé être un critère essentiel dans notre étude, il faut donc continuer et encourager la création de maison de santé.
Il est important de promouvoir la médecine générale durant la formation afin de diminuer le nombre de postes vacants chaque année en médecine générale.

Notre analyse peut potentiellement souffrir d'un biais de sélection car seuls les étudiants inscrits à l'association Raoul IMG ont pu recevoir notre enquête. Une étude ciblant l'ensemble des étudiants serait souhaitable afin de confirmer nos résultats. Aussi, il serait intéressant d'étudié les aides financières mises en place par d'autres conseils régionaux, et d'en comparer les résultats.
Nous avons recherché si d'autres facteurs pouvaient influencer le choix du lieu d'installation (sexe, enfants et statut marital) mais aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé, possiblement en raison d'un manque de puissance de notre étude.

Les résultats de notre analyse semblent confirmer que les aides du conseil régional ont un impact positif pour la lutter contre les zones déficitaires. La promotion de ses aides est un élément majeur quant à leur efficacité, qu'il faut encore améliorer. Il serait intéressant de confirmer ces premiers résultats lors d'une enquête avec un effectif plus grand et de pouvoir les comparés avec d'autres régions.

# BIBLIOGRAPHIE


1. CNOM Démographie : difficultés présentes et à venir 2003 [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/medec2003.pdf

2. Rapport d'ensemble sur la démographie médicale J. Choussat [Internet]. [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/974071590/0000.pdf

3. CNOM Atlas de la démographie médicale 2014 [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: http://basedaj.aphp.fr/daj/public/file/openfile/id_fiche/12146/id/2844

4. Etats généraux de l'organisation de la santé 2008 [Internet]. [cité 3 déc 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf

5. ISNAR Enquete nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. [cité 5 avr 2016]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG_Enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_RESULTATS_COMPLETS.pdf

6. Rapport sur la démographie médicale  futur (CNOM décembre 2001) [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/demofuture.pdf

7. Wallach D. Numerus clausus: Pourquoi la France va manquer de médecins. Springer Science & Business Media; 2011. 296 p.

8. Assurance maladie: reconvertir 15.000 médecins économiserait 21 milliards - 1991 [Internet]. [cité 11 juin 2016]. Disponible sur: http://www.lesechos.fr/09/09/1991/LesEchos/15968-018-ECH_assurance-maladie--reconvertir-15-000-medecins-economiserait-21-milliards.htm

9. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm

10. Sénat. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/a02-053/a02-05311.html

11. Les evolutions demographiques des professions de sante - INSEE 2006 [Internet]. [cité 11 juin 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zj.pdf

12. Réforme de l'assurance maladie de 2004 [Internet]. [cité 10 mai 2015]. Disponible sur: chrome://ietab2/content/reloaded.html?url=http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/refam062005.pdf

13. Xavier Bertrand. Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes [Internet]. 2007 mars. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?dateTexte=&cidTexte=JORFTEXT000000645861&fastPos=77&fastReqId=1471446210&oldAction=rechExpTexteJorf

14. Sénat. Déserts médicaux: agir vraiment [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-33515.html

15. Les internes en grève pour défendre la liberté d'installation - Libération octobre 2007 [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.liberation.fr/societe/2007/10/05/les-internes-en-greve-pour-defendre-la-liberte-d-installation_12493

16. Loi HPST, Présentation [Internet]. [cité 27 nov 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf

17. Lancement du Pacte Territoire Santé 2012 [Internet]. [cité 13 mai 2015]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/image/organisation/Pdf/Intervention_marisol_touraine_deserts_medicaux.pdf

18. CNOM Atlas de la démographie médicale 2015 [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

19. Discours de R. Bachelot 8 février 2008 [Internet]. [cité 24 oct 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/discours_demographie_medicale_080208.pdf

20. INSEE La France et ses régions édition 2010 [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ref/fsr10g.PDF

21. CNOM Atlas de la démographie médicale 2016 [Internet]. [cité 21 août 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

22. INSEE. Insee - Évolution de la population au 1er janvier 2014 [Internet]. 2014 [cité 10 juin 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&ref_id=poptc02101

23. Insee - La Lorraine en 2040 : stagnation démographique [Internet]. [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=16907#art4)

24. INSEE Flash Lorraine Décembre 2014 [Internet]. [cité 10 juin 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/insee-flash/inf7/inf7.pdf

25. STATISS 2014 ARS Lorraine [Internet]. [cité 10 juin 2016]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/STATISS/STATISS2014Lorraine-version_web.pdf

26. ARS - Données démographiques et de santé de la population 2006 [Internet]. [cité 27 nov 2015]. Disponible sur: http://www.lorraine.paps.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/PAPS/PAPS_etude_besoins_populations.pdf

27. CNOM atlas lorraine 2013 [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lorraine_2013.pdf

28. ARS lorraine - Aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé en lorraine [Internet]. [cité 21 oct 2015]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PACTE_SANTE_TERRITOIRE/ARS_Lorraine-Guide_Aide_Maintien-Installation_PS-web.pdf

29. Liste des communes composants les 24 zones déficitaires en Lorraine [Internet]. [cité 30 mai 2015]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/Acteurs_Sante/aide_et_financement/zonage_PTMG_SROS_ambulatoire.pdf

30. CNOM atlas lorraine 2011 [Internet]. [cité 12 juin 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Lorraine_2011.pdf

31. CNOM atlas lorraine 2009 [Internet]. [cité 24 nov 2015]. Disponible sur: http://www.filieressr-57bh.fr/images/stories/documentation/lorraine.pdf?bf568b54b176f6cf591406d2ad3d407c=57dacd52fe93deb9c5c48614675d1b22

32. Projet de loi relatif à l'assurance maladie 2004 [Internet]. [cité 28 nov 2015]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/12/projets/pl1675.asp

33. Circulaire DHOS/DSS/DREES/UNCAM n o 2008-130 du 14 avril 2008 [Internet]. [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-05/ste_20080005_0100_0078.pdf

34. Rapport sur les besoins démographiques en professions de santé [Internet]. [cité 24 oct 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Definir_les_besoins_demographiques_en_professions_de_sante.pdf

35. Circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM n o 2005-63 du 14 janvier 2005 [Internet]. [cité 12 juin 2016]. Disponible sur: http://www.parhtage.sante.fr/re7/gua/doc.nsf/VDoc/7F59094FE0A1888CC12572B4006B7BA0/$FILE/cir_DHOS.03-DSS-UNCAM_14_01_2005.pdf

36. PAPS Lorraine: Le Contrat d'Engagement de Service Public [Internet]. [cité 17 juin 2015]. Disponible sur: http://www.lorraine.paps.sante.fr/Le-Contrat-d-Engagement-de-Ser.110612.0.html

37. ONDPS rapport 2010 2011 - Les internes en médecine effectifs et répartition 2010/2014 [Internet]. [cité 16 juin 2016]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010-2011_Tome_1_Les_Internes_en_medecine-_Effectifs_et_repartition_2010-2014.pdf

38. Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014 [Internet]. [cité 17 déc 2015]. Disponible sur: http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/Actu_2/2014-02-010_Dossier_de_presse.pdf

39. Husson Alexandre. Thèse soutenue publiquement le 23 Mai 2012 : Le jeune médecin généraliste remplaçant en France : Éternellement nomade ? [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.egora.fr/sites/default/files/rempla%C3%A7ant.pdf

40. Engagement 3 : 200 « praticiens territoriaux de médecine générale » dès 2013 [Internet]. [cité 16 juin 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/engagement-3-200-praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-des-2013.html

41. Bilan du Pacte territoire santé. Intervention de Marisol Touraine. Lundi 10 février 2014 [Internet]. [cité 16 juin 2016]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/bilan-du-pacte-territoire-sante,17043.html

42. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les 10 engagements du Pacte territoire santé 2 [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante-2/

43. Conseil régional de Lorraine. Dossier de subvention - Aide à l'installation des Maisons de Santé Pluridisciplinaires en zones médicalement sous équipées.

44. Cahier des charges des poles de santé ambulatoires pluridisciplinaires [Internet]. [cité 17 juin 2016]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/uploads/media/PSAP-Cahier_des_charges_regional-2012_01.pdf

45. PAPS Lorraine: Les aides et bourses [Internet]. [cité 23 juin 2015]. Disponible sur: http://www.lorraine.paps.sante.fr/Les-aides-et-bourses-d-etude-d.110614.0.html

46. Conseil régional de Lorraine. 64 internes soutenus en 2014 [Internet]. Disponible sur: http://www.lorraine.eu/accueil/actualites/zone-actus/toutes-les-actualites/64-internes-soutenus-en-2014.html

47. Zone de revitalisation rurale | Portail de l'Aménagement du Territoire [Internet]. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur: http://www.datar.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale

48. SNJMG. Démographie et installation [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: http://www.snjmg.org/outils/demographie-et-installation

49. Fiche pratique: Option démographie [Internet]. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FP_option_demographie.pdf

50. Fiche pratique: Option santé solidarité territoriale [Internet]. [cité 18 juin 2015]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FP_option_sante_solidarite_territoriale.pdf

51. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Convention médicale 2016 [Internet]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale-2016.php

52. Yann Bourgueil, Ayden Tajahmadi, Julien Mousquès. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France [Internet]. 534. Disponible sur: http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf

53. Pr Yvon Berland. Rapport de la commission «démographie médicale» au ministère de la santé et des solidarités [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf

54. NHSC 2012 Clinician Retention Policy Brief [Internet]. [cité 19 juin 2015]. Disponible sur: http://www.nhsc.hrsa.gov/currentmembers/membersites/retainproviders/retentionbrief.pdf

55. Donald E. Pathman. Outcomes of states' scholarship, loan repayment, and related programs for physicians. juin 2004; Disponible sur: http://dhss.alaska.gov/ahcc/Documents/meetings/200905/outcomesII.pdf

56. Denise Silber. Les Tribunes de la santé [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2008-2-page-51.htm

57. François Paré,, François Garnier. Pourquoi les résidents hésitent à s'installer en zone rurale? [Internet]. 2002 mai. Disponible sur: LA REVUE DU PRATICIEN - MÉDECINE GÉNÉRALE N° 577

58. E. Delattre, AL. Samson. Stratégies de localisation des médecins généralistes français [Internet]. 2011 janv. Disponible sur: www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES455G.pdf

59. Dr Thomas LOUYOT. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine. 2016.

60. La région Lorraine. Restitution de l'évaluation du dispositif d'intervention régionale. 2015.

61. Nicolas Baude, Alexandre Flacher, Jean-Luc Bosson, Olivier Marchand, Médecin généraliste en Isère. Soins primaires : crise et dynamique davenir Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/soins_primaires_crise_et_dynamique_davenir_les_attentes_des_internes_de_troisieme_cycle_de_medecine_generale__277420/article.phtml?tab=texte

62. S. Munck, S.Massin, P. Hofliger, D. Darmon. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-49.html

63. Dr Jacques MORNAT, Drs Monique VIGUIER, François-Régis CERRUTI, Gérard LAGARDE, Jacques LANGE. L'exercice médical à l'horizon 2020 - Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2004 juin.

64. Dr VACHON Baptiste. Profil et motivations des signataires d'un contrat d'engagement de service public. 2012.

65. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la Télémédecine [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: http://esante.gouv.fr/services/reperes-juridiques/le-decret-du-19-octobre-2010-relatif-a-la-telemedecine

66. Conseil des ministres. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 [Internet]. [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A10991

67. CNOM. Télémédecine et autres prestations médicales électroniques [Internet]. 2016 févr [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/uberisation_de_la_sante.pdf

# ANNEXE

Questionnaire

## *I. Caractéristiques de la population :*

1. **Vos initiales**

   _____

2. **Sexe**

   ☐ Masculin ☐ Féminin

3. **Age**

   _____

4. **Année de votre fin d'internat**

   _____

5. **Lieu de naissance (code postal, ou autres pays)**

   _____

6. **Lieu d'habitation (code postal)**

   _____

7. **Lieu d'habitation des parents (code postal, ou autres pays)**

   _____

8. **Statut**

   ☐ En couple ☐ Célibataire

9. **Nombre d'enfant**

   _____

10. **Etes-vous inscrit au conseil de l'ordre**

    ☐ Oui ☐ Non

11. **Si oui, dans quel département?**

☐ Meurthe et Moselle ☐ Moselle

☐ Meuse ☐ Vosges

☐ Autres (code postal) : _____

**12. Votre mode d'exercice**

☐ Remplaçant ☐ Installation libérale

☐ Salarié en centre de santé ☐ Salarié autres (PMI….)

☐ Hospitalier

---

## *II. Concernant vos stages*

**1. Concernant le stage chez le praticien :**

Année du stage : _____

Lieu de stage : _____

Etiez-vous informé de l'existence d'aides financières? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous bénéficié d'une aide du conseil régional? ☐ Oui ☐ Non

En cas de réponse négative, pour quelle raison: _____

Si oui, de quel type : ☐ Frais de déplacement ☐ Hébergement

Quelles sont les raisons de choix de votre lieu de stage (plusieurs réponses possibles)?

☐ Proximité du domicile personnel / familial

☐ Aides financières

☐ Choix des maitres de stage

☐ Choix par défaut

☐ Proximité d'un hôpital où vous avez fait un stage antérieure

☐ Bouche à oreille, bonne réputation

**2. Concernant votre SASPAS:**

Année du stage : _____

Lieu de stage : _____

Etiez-vous informé de l'existence d'aides financières? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous bénéficié d'une aide du conseil régional ? ☐ Oui ☐ Non

En cas de réponse négative, pour quelle raison : _____

Si oui, de quel type : ☐ Frais de déplacement ☐ Hébergement

Quelles sont les raisons de choix de votre lieu de stage (plusieurs réponses possibles)?

☐ Proximité du domicile personnel / familial

☐ Aides financières

☐ Choix des maitres de stage

☐ Choix par défaut

☐ Proximité d'un hôpital où vous avez fait un stage antérieure

☐ Bouche à oreille, bonne réputation

**3.** A l'issue de vos stages, avez-vous le souhait d'une installation future ou vous êtes-vous installé ?

☐ Oui ☐ Non

Dans quel milieu envisagez-vous une installation ou êtes-vous installé :

☐ Rural ☐ Semi rural ☐ Ville

Dans quel type de zone ?

☐ Zone dite déficitaire ☐ Zone urbaine sensible (quartier en difficulté)

☐ Agglomération de type Nancy / Metz ☐ Ville de taille moyenne (> 15 000 habitants)

**4.** **Pour les étudiants ayant réalisés un stage en zone déficitaire** : Avant la réalisation de votre stage, aviez-vous le souhait de vous installer en zone déficitaire?

☐ Oui ☐ Non

**5.** **Dans quel type de structure travaillez-vous ou en avez-vous le projet?**

☐ En cabinet de groupe de médecins

☐ En structure de type Maison de santé pluri professionnelle

☐ En cabinet seul

☐ Autres : _____

6. **Considérez-vous que les aides financières d'hébergement et de déplacement pour la réalisation de stages en zone déficitaire ont une influence :**

☐ Très importante ☐ Importante ☐ Peu importante ☐ Inexistante

---

## *III.Les remplacements*

1. **Avez-vous débuté vos remplacements?**

☐ Après le stage chez le praticien

☐ Après le SASPAS

☐ Après l'internat

2. **Quels sont les lieux de vos remplacements habituels (département, ville)?**

_____

_____

7. **Dans le cas d'un projet d'installation indiquez le lieu**

_____

## IV. *L'installation*

**1. Concernant les critères pour votre lieu d'installation, évaluation selon leur importance**

| | Pas d'influence | Faible influence | Influence moyenne | Forte influence |
|---|---|---|---|---|
| Présence d'une structure type maisons de santé pluri professionnelles | | | | |
| Présence d'un cabinet de groupe de médecins | | | | |
| Succession d'un médecin partant à la retraite ou sur un autre lieu d'exercice | | | | |
| Nouvelle création de cabinet médical | | | | |
| Lieu de vos remplacements | | | | |
| Relation avec des confrères installés | | | | |
| Aides financières conventionnelles ou fiscales | | | | |
| L'organisation de la permanence des soins | | | | |
| Proximité d'un centre hospitalier | | | | |
| Présence d'une pharmacie | | | | |
| Proximité d'une école, crèche | | | | |
| Lieu de travail du conjoint | | | | |
| Commerce de proximité | | | | |
| Activités culturels et sportives | | | | |
| Proximité de Metz / Nancy | | | | |
| Proximité d'une ville de moyenne importance | | | | |

**2. Etes-vous au courant de l'existence d'aides financières à l'installation dans certains territoires?**

☐ Oui ☐ Non

Si c'est le cas, les connaissez-vous : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles ont une influence positive sur votre choix d'installation (classement de 1 à 5 en fonction de leur importance):

| | 1 : aucune importance | 2 : peu importante | 3 : moyennement importante | 4 : très importante |
|---|---|---|---|---|
| Exonérations fiscales | | | | |
| Praticien territorial de médecine générale | | | | |
| Aides conventionnelles | | | | |
| Contrat d'engagement de service public | | | | |
| Loyers modérées au sein des maisons de santé pluridisciplinaire | | | | |

3. **Quelle structure selon vous a pour objectif de vous informer des aides mises en place**

| | **Très attendu** | **Moyennement attendu** | **Peu attendu** |
|---|---|---|---|
| Faculté et Département de médecine générale | | | |
| Conseil départemental de l'ordre des médecins | | | |
| Conseil régional | | | |
| Conseil général | | | |
| Union régional des professionnels de santé | | | |
| ARS | | | |

4. **Vous êtes-vous installé directement après l'internat, ou en avez-vous le projet immédiat en post internat?**

☐ Oui ☐ Non

5. **Si vous n'êtes pas installé (internes, remplaçants, salariés), dans combien d'année projetez-vous une installation?**

☐ Dans la première année ☐ Entre 3 et 4 ans

☐ Dans les 2 ans ☐ Plus de 4 ans

6. **Etes-vous actuellement installé?**

☐ Non : Fin du questionnaire, Un grand Merci pour votre participation

☐ Oui

**7. Quel est votre lieu d'exercice?**

_____

**8. Dans quel contexte s'est fait votre installation?**

☐ Vous avez succédé un médecin qui partait à la retraite, exerçant au sein d'un cabinet seul

☐ Vous avez succédé un médecin qui partait à la retraite, au sein d'un cabinet de groupe de médecins

☐ Vous avez succédé un médecin qui quittait le territoire, exerçant au sein d'un cabinet seul

☐ Vous avez succédé un médecin qui quittait le territoire, au sein d'un cabinet de groupe de médecins

☐ Nouvelle création dans un cabinet seul

☐ Nouvelle création dans un cabinet de groupes de médecins

☐ Intégration dans une maison de santé pluri professionnelle existante

☐ Intégration dans une nouvelle maison de santé pluri professionnelle

**9. Votre territoire d'exercice vous semblait ou vous semble-t-il sur le plan démographique en situation?**

☐ Déficitaire ☐ Fragile

☐ Normal ☐ Sur doté

**10. Vos stages ont-ils influencé votre lieu d'exercice?**

☐ Oui ☐ Non

**11. Etiez-vous au courant de l'existence d'aides financières à l'installation dans votre territoire?**

☐ Oui ☐ Non

**12. Qui vous a informé?**

| | Informations importantes | Informations moyennes | Peu d'informations | Aucune information |
|---|---|---|---|---|
| Faculté et Département de médecine générale | | | | |
| Conseil départemental de l'ordre des médecins | | | | |
| Union régional des professionnels de santé | | | | |
| ARS | | | | |
| Conseil régional | | | | |
| Conseil général | | | | |

**13. Avez-vous bénéficié d'aide à l'installation?**

☐ Oui ☐ Non

Lesquelles (plusieurs réponses possibles) :

☐ Exonérations fiscales ☐ Praticien territorial de médecine générale

☐ Aides conventionnelles ☐ Contrat d'engagement de service public

☐ Loyers prise en charge par la collectivité ☐ Aides pour les loyers de la communauté de communes

Autres : _____

**14. Si oui, avez-vous rencontré des difficultés pour les obtenir?**

☐ Oui ☐ Non

**15. Lesquelles?**

_____

_____

**16. L'existence d'aides financières a-t-elle influencé votre choix?**

☐ Oui ☐ Non

Lesquelles, à classer selon leur importance :

| | 1 : aucune importance | 2 : peu importante | 3 : moyennement importante | 4 : très importante |
|---|---|---|---|---|
| Exonérations fiscales | | | | |
| Praticien territorial de médecine générale | | | | |
| Aides conventionnelles | | | | |
| Contrat d'engagement de service public | | | | |
| Loyers prise en charge par la collectivité | | | | |

VU

NANCY, le **2 janvier 2017**
Le Président de Thèse

**Professeur Jean-Dominique de KORWIN**

NANCY, le **3 janvier 2017**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Marc Braun**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9405

NANCY, le **5 janvier 2017**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**RESUME DE LA THESE**

Depuis 2004, les pouvoirs publics tentent d'inciter les médecins généralistes à s'installer en zone fragile par la proposition d'aides diverses aux étudiants et médecins généralistes. Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective dont l'objectif principal était d'évaluer l'influence des aides du conseil régional de Lorraine, pour la réalisation de stages d'internat en zones déficitaires ou fragiles, afin d'y favoriser de futures installations.

METHODES : Ont été sollicités, à l'aide du fichier de l'association des internes en médecine générale (RAOUL-IMG), des internes et des remplaçants de médecins généralistes, ayant effectué leur internat à la faculté de médecine de Nancy. Ils ont répondu à un questionnaire informatique envoyé par mail.

RESULTATS : Au total, 126 réponses ont été reçues et analysées. Un tiers des répondants ont déclaré ne pas connaitre les aides proposées. La complexité des aides et de leur obtention avait aussi un effet limitant. Les facteurs influençant les lieux d'installation étaient par ordre décroissant (>50 % de réponses) : l'exercice en groupe, les relations avec les confrères, le lieu de travail du conjoint, les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP). Une étude par régression logistique de 95 des répondants ayant effectué au moins un stage ambulatoire de médecine générale, a permis de mettre en évidence un lien statistiquement significatif, entre la réalisation du stage ambulatoire en zone déficitaire favorisée par les aides du conseil régional, et l'installation ou le projet d'installation en zone fragile. Aucun des facteurs (sexe, statut marital, enfant) ne semblait influencer le choix du projet d'installation.

DISCUSSION : A l'étranger, ce type d'aide avait surtout un effet d'aubaine, et son effet positif sur le long terme était faible. L'incitation doit reposer aussi sur la création d'enseignements pour expliquer et rassurer les internes sur l'installation en ambulatoire. Il est important de poursuivre le développement des MSP. La création de la région Grand Est va nécessiter de redéfinir les différentes zones fragiles du territoire et d'uniformiser les aides locales existantes. La télémédecine est une piste à suivre pour désenclaver les zones rurales éloignées.

CONCLUSION : Notre étude a révélé un manque d'information et de communication vis-à-vis des aides proposées, mais a mis en évidence une influence significative des aides du conseil régional pour la réalisation des stages ambulatoires de l'internat de médecine générale en zone fragile et le projet d'installation réelle ou future dans ces zones.

---

**TITRE EN ANGLAIS**

EVALUATION OF PUBLIC INCENTIVE AIDS TO THE ACHIEVEMENT OF GENERAL MEDICINE RESIDENT STAGES IN OVERDRAWN AREA IN GENERAL PRACTITIONERS

Observational retrospective study of the influence of financial aids of the regional council of Lorraine to the installation in overdrawn area in doctors

---

THESE

MEDECINE GENERALE-ANNEE 2017

---

MOTS CLEFS

Démographie médicale, aides incitatives, zones déficitaires, enquête, installation

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R :

**UNIVERSITE DE LORRAINE**
**Faculté de médecine de Nancy**
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX