

2021-2022

# THÈSE

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**MEDECINE GENERALE**

## **Mise en place de mesures restrictives et coercitives à l'installation des médecins généralistes : pour ou contre ?**

Opinion des médecins généralistes des 5 départements des Pays de la Loire.

**VANWORMHOUDT Laura**

Née le 2 janvier 1991 à Colombes (92)

Sous la direction du Dr. PY Thibaut

Membres du jury

Pr CONNAN Laurent | Président

Dr PY Thibaut | Directeur

Pr DE CASABIANCA Catherine | Membre

Dr LOIEZ Anthéa | Membre

Soutenue publiquement le :  
12 mai 2022



**FACULTÉ  
DE SANTÉ**  
UNIVERSITÉ D'ANGERS



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Melle VANWORMHOUDT Laura déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par VANWORMHOUDT Laura le 20/03/2022

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

**Doyen de la Faculté** : Pr Nicolas Lerolle

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie** : Pr Frédéric Lagarce

**Directeur du département de médecine** : Pr Cédric Annweiler

### PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BELLANGER William	Médecine Générale	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	Gynécologie-obstétrique	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COPIN Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
D'ESCATHA Alexis	Médecine et santé au travail	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILLET David	Chimie analytique	Pharmacie
GUITTON Christophe	Médecine intensive-réanimation	Médecine

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HENNI Samir	Médecine Vasculaire	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Géraud	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Médecine d'urgence	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENARA Aurélien	Chirurgie viscérale et digestive	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

# MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et Biostatistiques	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BEGUE Cyril	Médecine générale	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	Physiologie Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BRIET Claire	Endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques	Médecine
BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
GUELFF Jessica	Médecine Générale	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	Biotechnologie	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	Médecine générale	Médecine
KHIATI Salim	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Médecine
LACOEUILLE Franck	Radiopharmacie	Pharmacie
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	Neurochirurgie	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
LUQUE PAZ Damien	Hématologie biologique	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MIOT Charline	Immunologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
POIROUX Laurent	Sciences infirmières	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine

RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
RIQUIN Elise	Pédopsychiatrie ; addictologie	Médecine
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	Médecine Générale	Médecine
VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie

## AUTRES ENSEIGNANTS

<b>PRCE</b>		
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine
<b>PAST</b>		
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
DILÉ Nathalie	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie
PAPIN-PUREN Claire	Officine	Pharmacie
SAVARY Dominique	Médecine d'urgence	Médecine
<b>ATER</b>		
Arrivée prévue nov 2021	Immunologie	Pharmacie
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	Economie-gestion	Médecine
<b>AHU</b>		
CORVAISIER Mathieu	Pharmacie Clinique	Pharmacie
IFRAH Amélie	Droit de la Santé	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie





# REMERCIEMENTS

A Monsieur le **Docteur Thibault Py**,

Je vous remercie de m'avoir aidée à traiter ce sujet et de m'avoir dirigée toujours avec bienveillance et disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le **Professeur Conan**,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon plus profond respect.

A Madame le **Docteur Angoulvant Cécile**,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assurée de ma haute considération et de mon profond respect.

A Madame **Anthea Loiez**,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de toute l'aide que vous m'avez apporté.

A Monsieur le **Docteur Matthieu Peurois**,

Je vous remercie de m'avoir aidée dans toutes ces analyses statistiques difficiles à mener à distance. Je vous remercie de m'avoir accordé du temps pour ce travail.

A tous les médecins qui m'ont accordé de leur temps pour participer à cette étude,

A tous les enseignants qui m'ont formée durant mes études médicales.

Des remerciements aux Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins de Loire Atlantique, du Maine et Loire, de Mayenne, Sarthe et de Vendée qui ont fortement contribué à la constitution des listings et à l'envoi du questionnaire dans cette étude.

A mes parents, à mon petit frère qui m'ont toujours soutenue, pour leur intérêt pour mon travail et leurs encouragements assidus depuis toutes ces années. Une attention particulière pour ma mère et sa relecture attentive afin d'améliorer mon écriture.

A ma grande sœur, pour sa confiance inconditionnelle, toujours présente même dans les moments d'incertitude ou de déprime.

Et enfin à Nils, pour son soutien, ses encouragements et son amour.

## Liste des abréviations

[illegible]

## Plan

### LISTE DES ABREVIATIONS

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Contexte.....</b>	<b>1</b>
1.1. Démographie médicale en France .....	1
1.2. Moyens de régulation de l'offre de soins .....	8
1.2.1. La régulation des effectifs .....	8
1.2.2. La régulation de la répartition .....	9
<b>2. Mesures proposées dans la littérature .....</b>	<b>14</b>
<b>MÉTHODE .....</b>	<b>17</b>
<b>1. Objectifs.....</b>	<b>17</b>
<b>2. Population de l'étude.....</b>	<b>17</b>
2.1. Critères d'inclusion/d'exclusion.....	17
<b>3. Elaboration du questionnaire .....</b>	<b>18</b>
3.1. Concept du questionnaire.....	18
3.2. Design du questionnaire.....	19
<b>4. Recueil des données.....</b>	<b>20</b>
<b>5. Statistiques et méthodologie.....</b>	<b>21</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>22</b>
<b>1. Diagramme de flux.....</b>	<b>22</b>
<b>2. Description de la population .....</b>	<b>23</b>
2.1. Caractéristiques sociodémographiques .....	23
2.2. Conditions d'exercice .....	27
<b>3. Opinion des MG concernant les mesures proposées par l'Etat... </b>	<b>30</b>
3.1. Législation actuelle et mesures incitatives financières .....	30
3.2. Mesures désincitatives .....	32
3.3. Mesures coercitives.....	35
<b>4. Analyse croisée .....</b>	<b>41</b>
4.1. Analyse croisée entre opinion et situation personnelle .....	41
4.1.1. Mesure désincitative et caractéristiques sociodémographiques .....	41
4.1.2. Mesure restrictive et caractéristiques sociodémographiques .....	43
4.2. Analyse croisée entre opinion et conditions d'exercice .....	44
4.2.1. Mesure désincitative et conditions d'exercice .....	44
4.2.2. Mesure restrictive et conditions d'exercice .....	44

<b>5. Résultats secondaires .....</b>	<b>45</b>
5.1. Impact des mesures restrictives et coercitives sur les conduites des MG .....	45
5.1.1. Pour les MG installés .....	45
5.1.2. Pour les MG remplaçants.....	46
5.2. Voies d'amélioration pour l'avenir .....	46
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>49</b>
<b>1. Représentativité de la population.....</b>	<b>49</b>
<b>2. Discussion des résultats principaux.....</b>	<b>50</b>
2.1. Accès aux MG et spécialistes de premier recours.....	50
2.2. Législation actuelle .....	53
2.3. Mesures restrictives et coercitives .....	53
<b>3. Forces et faiblesses de l'étude.....</b>	<b>57</b>
3.1. Forces .....	57
3.2. Faiblesses .....	58
<b>4. Perspectives d'amélioration.....</b>	<b>59</b>
<b>5. Législation à l'étranger.....</b>	<b>62</b>
5.1. Mesures concernant la formation initiale .....	62
5.2. Mesures d'aides à l'installation ou au maintien de l'exercice en zone prioritaire.....	63
5.3. Mesures de limitation ou de contraintes à l'installation .....	64
5.4. Recours aux médecins étrangers.....	67
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>70</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>75</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>80</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>81</b>
<b>LISTE DES CARTES .....</b>	<b>82</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>83</b>
<b>1. Annexe n°1 – Trame du questionnaire diffusé sur Lime Survey.....</b>	<b>83</b>
<b>2. Annexe n°2 - Courrier diffusé avec le questionnaire .....</b>	<b>88</b>
<b>3. Annexe n°3 - Tableaux d'analyses croisés .....</b>	<b>89</b>

# INTRODUCTION

## 1. Contexte

### 1.1 Démographie médicale en France

En France, dans un contexte de démographie médicale préoccupante, un débat permanent autour de l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire règne entre la communauté médicale et l'Etat. La remise en question de la liberté d'installation semble désormais indispensable pour les autorités afin de garantir à la population un égal accès aux soins sur tout le territoire. Des mesures politiques sont donc à attendre prochainement.

La liberté d'installation fait partie des principes fondamentaux de la médecine générale, inscrits dans la chartre de 1927, constituant le socle du métier, et les médecins restent très attachés au principe d'indépendance professionnelle. Mais le contexte de l'exercice de la médecine a évolué.

Pour mieux appréhender l'offre de soins sur le territoire, il faut tout d'abord étudier la démographie médicale et la répartition géographique des médecins généralistes (MG).

**La démographie** est l'étude des populations visant à connaître leur effectif, leur composition par âge, sexe, statut marital, etc. et leur évolution future.

Plusieurs concepts existent dans la littérature médicale pour définir le nombre de médecins.

La DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) comptabilise les médecins « actifs », c'est à dire les médecins remplaçants, ainsi que ceux qui cumulent emploi et retraite ; elle exclut les médecins temporairement sans activité.

Le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) définit l'activité « régulière » (médecins actifs, hors remplaçants et médecins cumulant emploi et retraite) ou « totale » (tous médecins y compris médecins remplaçants et médecins temporairement sans activité, hors médecins cumulant emploi et retraite).

Ainsi, selon le CNOM, le nombre de MG a baissé ces dernières années parce que seuls les médecins en « activité régulière » sont considérés, contrairement aux chiffres de la DRESS de 2018 (1), d'autant que les médecins qui cumulent emploi et retraite et les remplaçants, ont fortement augmenté ces dernières années.

Depuis 2012, le nombre total de médecins a progressé de 4,5%. Au cours de cette période, le nombre de MG a stagné (+0,7%), tandis que le nombre de spécialistes a progressé de 7,8% (1). En effet, au 1er janvier 2019, 301 842 médecins étaient inscrits au Tableau de l'Ordre, soit une augmentation de plus de 15,5% par rapport à 2010 (2). Pour la première fois, ce nombre a franchi la barre des 300 000. Mais pour autant, seuls 2 médecins sur 3 sont actifs (activité régulière), et 17 732 médecins sont en cumul emploi retraite, soit une hausse de plus de 216% par rapport à 2010. Le nombre de MG en activité régulière de premier recours a diminué de 7% depuis 2010 (Figure 1). Les jeunes médecins, libéraux ou mixtes, exercent pour les deux tiers d'entre eux en tant que remplaçants (3). D'après les projections du CNOM, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 MG en activité régulière (Figure 2).

D'autre part, on compte aujourd'hui beaucoup plus de médecins salariés qu'en 2010 : en effet les MG en activité salariée ont augmenté de 3,5% contre une baisse de 13,4% en libéral, pouvant ainsi questionner la disponibilité des ressources en offre de soins de 1er recours (2).

Figure 1 : Evolution des effectifs de MG en activité régulière depuis 2010 (extraite de l'Atlas de la démographie médicale en France au 1<sup>er</sup> janvier 2018)

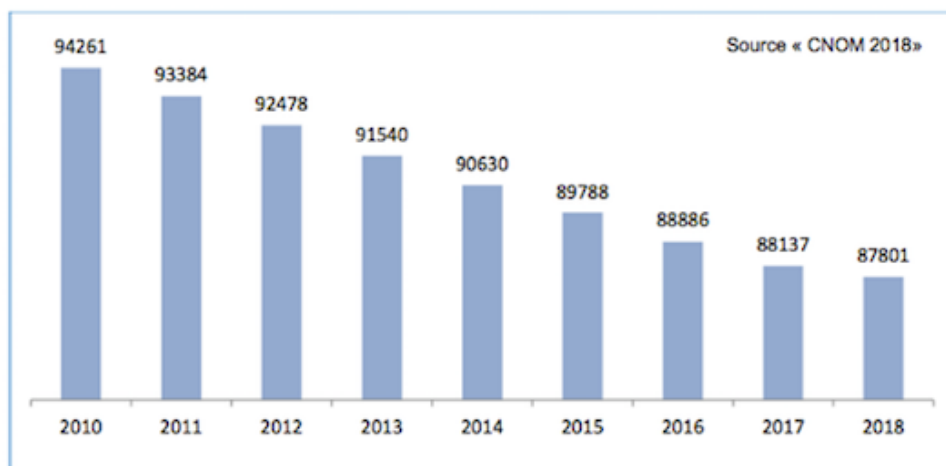
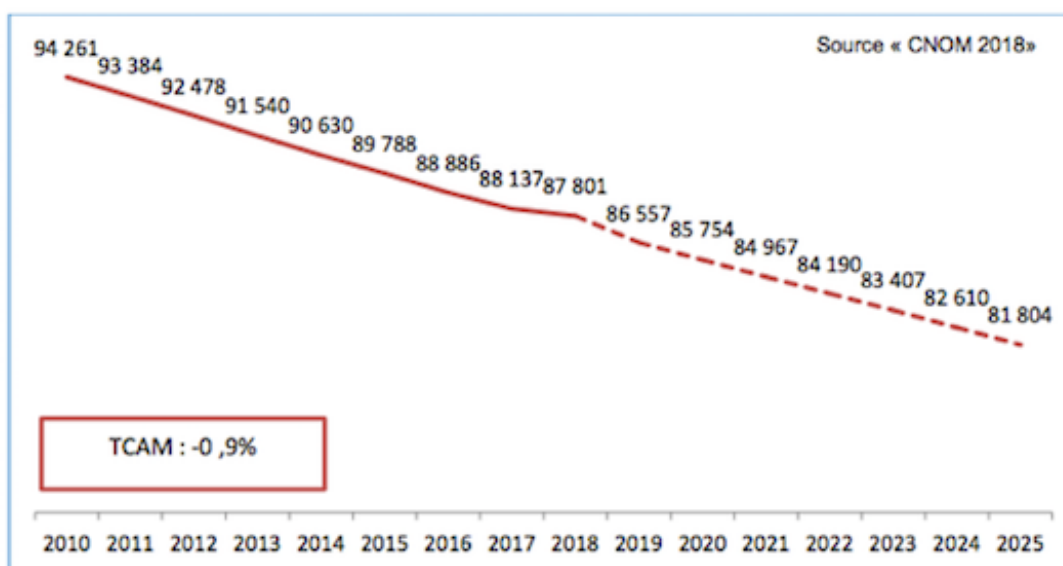


Figure 2 : Projection des effectifs de MG en activité régulière jusqu'en 2025 (extraite de l'Atlas de la démographie médicale en France au 1<sup>er</sup> janvier 2018)



Enfin, un problème d'âge et de renouvellement insuffisant des générations explique aussi l'évolution de la démographie médicale. L'âge moyen des MG est de 50,4 ans, car les générations proches de la retraite sont issues des numéros classés élevés des années 1970 (proches des niveaux actuels, autour de 8000), tandis que les générations suivantes ont connu des numéros classés plus bas (inférieurs à 4000 dans les années 1990). Les femmes représentent 46% des médecins. Elles sont majoritaires parmi les médecins de moins de 60 ans (52%) (1).

L'évolution du nombre de généralistes sortant des facultés de médecines depuis 2010 montre également une baisse de 1000 généralistes par an. La médecine générale attire de moins en moins. Malgré la liberté d'installation, la charge de travail ou les contraintes de gestion sont éloignées de la qualité de vie chère aux nouvelles générations de médecins.

Concernant **la répartition territoriale** des MG, son évolution couplée à celle de la démographie médicale fait craindre l'apparition de « **déserts médicaux** », terme issu du langage médiatique. Selon le rapport de mai 2017 de la DREES, la notion de désert médical peut être défini par une difficulté d'accès aux soins (4).

L'accessibilité aux MG est une notion complexe difficile à mesurer, qui dépend de la densité des médecins sur le territoire et de leur temps d'accès. Les inégalités d'accès sont complexes à mesurer. Pour cela, la DRESS et l'IRDES ont développé conjointement un indicateur d'accessibilité potentielle localisée ou APL qui permet de tenir compte conjointement de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale. Il prend en compte le temps d'accès et intègre aussi une estimation de l'activité des médecins, mais aussi des besoins de la population locale en fonction de l'âge. Il prend en compte les MG libéraux, les omnipraticiens, certains médecins à exercice particulier, mais aussi les consultations des centres de santé et l'activité des remplaçants en fonction du nombre de consultations qu'ils pratiquent. Il est donc plus fin que les indicateurs traditionnels de densité médicale. Développé en 2012, il a été mobilisé depuis pour définir le cadre national de la construction des zones sous-denses en médecins (arrêté du 13 novembre 2017).

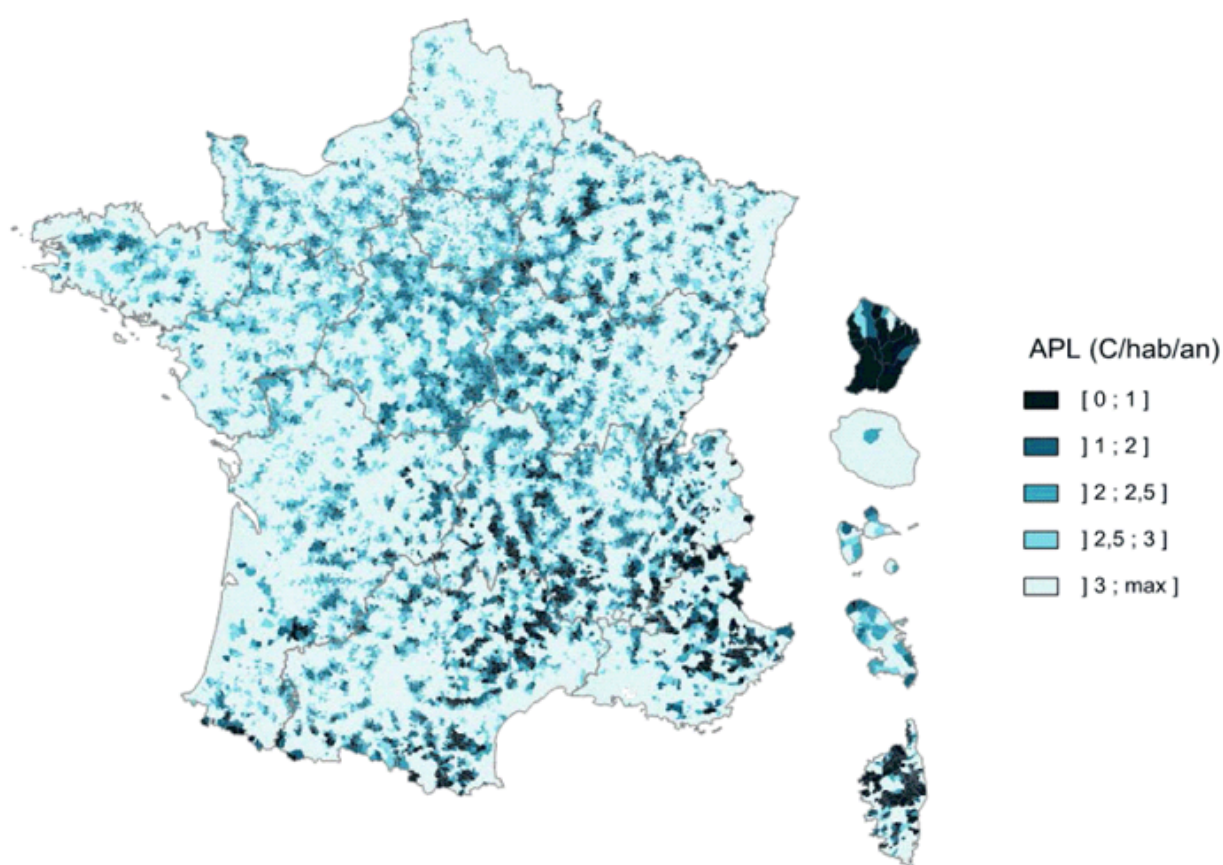
L'indicateur d'APL aux MG se lit comme une densité et rapporte une offre de consultations disponibles à une demande de soins standardisée. Cela permet de comparer l'accessibilité de deux territoires ayant des populations d'âges très différents et donc des besoins de soins hétérogènes.

Un médecin est considéré comme accessible jusqu'à 20 minutes en voiture. L'accessibilité moyenne aux MG libéraux est de 4,11 consultations par an et par habitant en 2015.



En prenant le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant, près de 5,7 millions de personnes résident en 2016 dans une commune sous-dense en MG. 8,6% de la population a une accessibilité aux MG inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant (4). 9142 communes sont en situation de sous-densité. Quel que soit le seuil retenu, les régions les plus touchées sont Antilles-Guyane, Corse, Centre Val-de-Loire, Auvergne Rhône-Alpes, Bourgogne Franche Comté et Ile de France (Carte 1), (5).

Carte 1 : Répartition des communes en fonction de l'indicateur APL

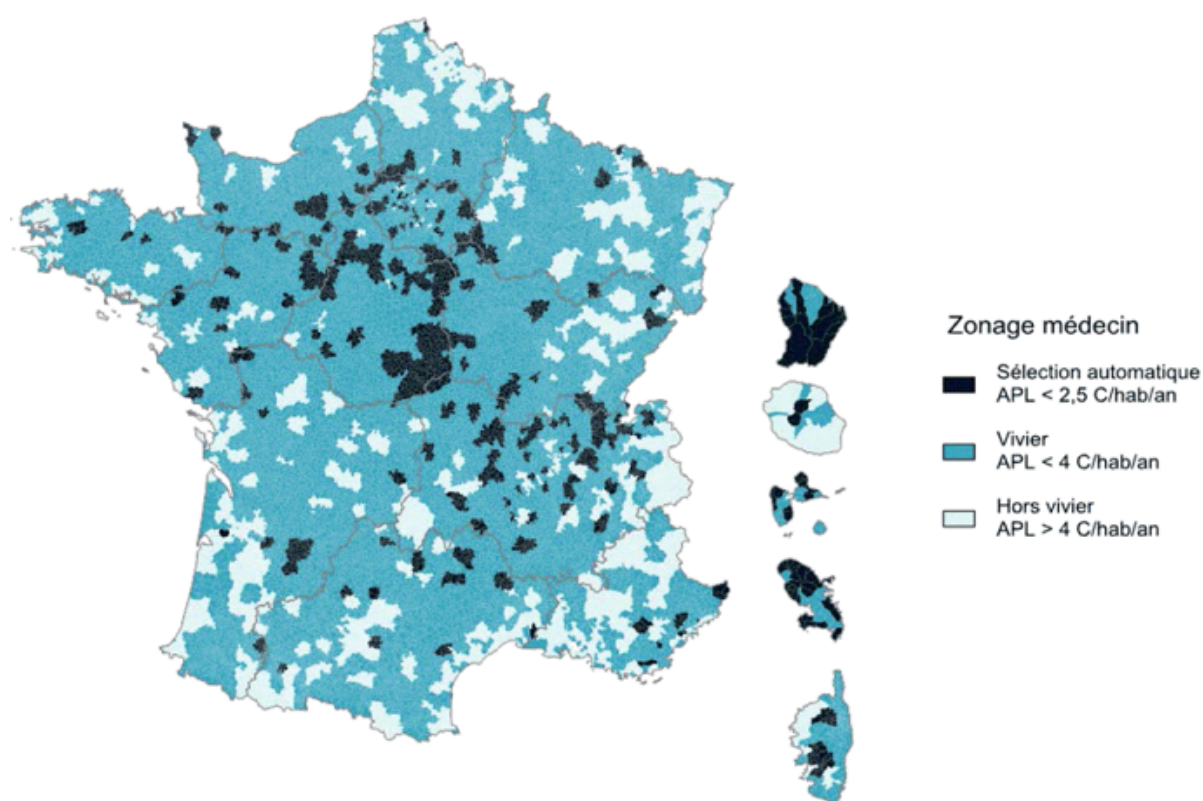


Source : Drees, *les Déserts médicaux*, op.cit. p 28

Cette faible accessibilité touche des espaces ruraux comme urbain : un quart de cette population réside en particulier dans un pôle urbain, dont près de 18% dans l'unité urbaine de Paris. De nouveaux territoires connaissent en 2015 une sous densité en MG, principalement dans les communes rurales périphériques des grands pôles et les communes isolées hors influence des pôles.

La cartographie des zones fragiles pour l'attribution des aides incitatives des ARS (Agences Régionales de Santé) et de l'assurance maladie est établie à partir des territoires de vie et non des communes, avec le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant. Les territoires de vie, sous-ensembles des bassins de vie, comportent plusieurs communes afin de tenir compte des mobilités au sein d'un même espace. Un territoire de vie est défini comme fragile si l'accessibilité aux MG de moins de 65 ans y est inférieure au seuil de 2,5 consultations par an. Les territoires correspondant à ce critère représentent 6,6% de la population hors Mayotte (Carte 2), (5).

Carte 2 : Territoires fragiles pour l'accès aux MG



Source : Drees, *les Déserts médicaux*, op.cit. p 35

L'indicateur APL a le mérite de proposer une objectivation des zones fragiles en fonction de l'offre effectivement disponible, dans des territoires qui dépassent l'échelon communal. Cependant, il ne dit rien des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous, ni de la réalité des mobilités des patients qui peuvent avoir développé des stratégies propres pour accéder aux soins. Il ne prend pas non plus en compte la coopération entre professionnels de santé, ni l'accessibilité de certaines offres de premier recours (hôpitaux, pharmacies ...) qui peuvent influencer sur le ressenti des habitants d'un territoire.

Les personnes âgées n'ont cependant pas moins accès aux MG que le reste de la population.

Concernant l'évolution de la situation, les disparités départementales de peuplement médical sont aujourd'hui d'un niveau semblable, voire légèrement inférieur, à celui des années 1980. Pour les MG, la variabilité des densités départementales est du même ordre de grandeur en 2016 qu'en 1983 (16% à 18% en 2016, contre 20% en 1983) et le nombre de communes où est installé au moins un MG est passé de 8843 en 1981 à 9595 en 2016.

En 2016, 98% de la population accède à un MG en moins de 10 minutes; moins de 0,1% de la population doit parcourir un trajet de 20 minutes ou plus en voiture pour consulter un MG. La distribution des temps d'accès au MG est aussi similaire à celle observée pour les principaux services de la vie courante.

La situation actuelle des médecins libéraux est relativement égalitaire en comparaison des autres professionnels de santé.

Ces évolutions, démographiques et géographiques, sont susceptibles d'entraîner un accroissement des inégalités d'accès aux soins de premier recours, aggravées par les mutations de l'exercice médical (exercice en salariat, remplaçant prolongé).

Par conséquent, pour réguler l'offre de soins, plusieurs « leviers » d'actions sont possibles, en agissant sur la démographie ou la répartition des médecins.

Les dispositifs actuels en faveur du rééquilibrage territorial de l'offre de soins sont extraits du Pacte Territoire Santé de décembre 2012 pour lutter contre les déserts médicaux (6) et du Rapport du Dr Elisabeth Hubert de 2010, ancienne ministre de la santé, sur la médecine de proximité (7). Ils peuvent être classés en deux catégories selon le niveau d'action : la régulation de la démographie médicale avec la régulation des effectifs, et la régulation de la répartition territoriale via des mesures incitatives essentiellement, avec une réflexion vers des mesures plus coercitives dans l'avenir.

## **1.2 Moyens de régulation de l'offre de soins**

### **1.2.1 La régulation des effectifs :**

La régulation des effectifs s'effectue via :

- l'augmentation du numerus clausus (avec une « révision » à compter de la rentrée 2020), qui vise à garder le principe de sélectivité mais en tenant compte des capacités de formation de chaque faculté et des besoins en professionnels de santé dans les territoires à l'horizon de dix à quinze ans,
- l'augmentation du nombre de postes ouverts à l'ECN (50% en 2005 pour la médecine générale contre 54% en 2014),
- la promotion de la médecine générale via un stage ambulatoire durant le 2ème cycle des études médicales rendu obligatoire dans la plupart des facultés de médecine de France depuis 2006.

L'augmentation de ces effectifs est une condition nécessaire mais non suffisante car la formation des étudiants en région sous dotée ne garantit pas leur installation dans cette région et encore moins dans une zone sous dotée, ni qu'ils exercent exclusivement la médecine générale de premier recours. De plus, compte tenu de la durée des études, les modifications du numerus clausus ne produiront des effets que dix à douze ans plus tard. C'est pourquoi d'autres moyens de régulation sont envisagés notamment la régulation de la répartition géographique des médecins sur le territoire.

### 1.2.2 La régulation de la répartition :

Par principe, les pouvoirs publics ont tenté de lutter contre les inégalités territoriales en préservant la liberté d'installation des professionnels de santé, laquelle est protégée par la loi. Ainsi, les instruments actuels se fondent essentiellement sur l'incitation pour favoriser l'installation des professionnels dans des zones déficitaires. Parmi ces mesures incitatives, financières principalement, on retrouve :

#### a) Des aides financières aux étudiants :

- Le CESP ou Contrat d'Engagement de Service Public, qui permet à un étudiant de bénéficier d'une allocation mensuelle de 1200€ bruts par mois à partir de la 2ème année des études médicales en contrepartie d'une installation future en zone sous dense pendant une durée équivalente à celle de versement, avec une durée minimale de deux ans.
- Des indemnités de logement et de déplacement.
- Des indemnités d'études et de projet professionnel.

#### b) Des aides à l'installation et au maintien de l'activité :

- L'Option Conventionnelle est une prime à l'activité en cas d'exercice en zone déficitaire, en groupe.
- La création de postes de « praticiens territoriaux de médecine générale » (PTMG), qui garantit une rémunération mensuelle de 6 900€ bruts en contrepartie d'une installation en zone sous dense et d'une protection sociale avantageuse (maladie, maternité/paternité). L'idée de ce contrat est de sécuriser les deux premières années d'exercice, généralement considérées comme les plus délicates économiquement (frais d'installation, temps de constitution de la patientèle ...).

- Les aides aux remplacements, si le cabinet est situé à plus de 20 minutes des urgences et avec une densité de MG < 3 pour 5000 habitants.
- Des exonérations fiscales.
- Des aides des collectivités territoriales avec la mise à disposition de locaux professionnels, personnel, des primes à l'installation, des prêts à taux zéro ou encore des salariés payés par l'ARS.
- Des mesures sont plus récentes, issues de la Convention médicale de 2016 (8) :
  - . Le contrat d'aide à l'installation du médecin (CAIM),
  - . Le contrat de stabilisation et coordination des médecins (Coscom),
  - . Le contrat de transition (Cotram) entre un médecin « quittant » et un nouveau médecin,
  - . Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) qui permet de consacrer une partie de l'activité libérale au soutien de confrères installés en zone sous denses.
- Le développement de la télémédecine, via l'avenant n°6 à la convention, signée le 14 juin 2018.
- Le déploiement des assistants médicaux, dont l'objectif principal est le « transfert de tâches ». Le médecin sera accompagné dans sa pratique quotidienne, ce qui lui permettra de se dégager de certaines tâches, par exemple administratives, et de libérer du temps médical. Il pourra donc recevoir davantage de patients, et consacrer plus de temps aux soins et au suivi médical de qualité des patients. Les missions confiées à l'assistant peuvent être diverses : des tâches administratives, des tâches en lien avec la consultation (aide au déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier patient (dépistages, vaccinations, mode de vie), délivrance de tests de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques...) ou encore des missions d'organisation et de coordination, notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients. Cette nouvelle fonction est en cours de création.

Aussi bien intentionnées soient-elles, le bilan de ces mesures demeure controversé, plusieurs reproches leur sont faites (9).

D'abord, elles paraissent d'une pertinence relative parce qu'elles se focalisent sur l'aspect financier, ne prenant pas en compte les déterminants sociaux et familiaux d'une installation. Or, il est évident qu'un projet d'installation est influencé par des éléments individuels et contextuels : mode de vie espéré, projets personnels et familiaux. Ne tenter d'attirer de nouveaux professionnels qu'en axant l'incitation sur des éléments financiers est une réponse trop partielle. Les difficultés du conjoint à trouver un emploi et les problèmes de scolarisation des enfants ont plus de poids. Le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) a pu, en effet, montrer que les facteurs d'attractivité majeurs d'un territoire sont sa qualité et son cadre de vie (distance domicile travail, type d'agglomération...), les possibilités d'emploi qu'il offre à un conjoint, l'existence de services à la population, ses équipements et infrastructures (établissements scolaires ou de garde d'enfant, commerces...).

Les mesures fiscales sont proposées à de jeunes médecins pour qui les considérations pécuniaires ne sont donc pas prioritaires, comme le confirment les thèses de P.Sengler de 2018 sur l'état des lieux des dispositifs d'aide à l'installation des médecins en France (10) et celle de B. Brabant en 2013 sur l'influence des aides incitatives sur l'installation des MG en zones sous dotées (11). Ce constat est également retrouvé récemment dans une enquête sur les déterminants à l'installation, publiée le 11 avril 2019, menée par la commission des jeunes médecins du CNOM, qui retrouve comme facteurs clés pour l'installation le cadre de vie, les conditions d'exercice, le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé et dans une moindre mesure les aides financières. 15 300 médecins y ont répondu : 70% de médecins installés, 16% d'internes et 14% de remplaçants. Le territoire et la proximité familiale sont des déterminants majeurs à l'installation, ainsi que les services publics puis les équipements culturels et sportifs, devant les transports. L'exercice libéral en groupe ou en maison

de santé pluri professionnelle (MSP) est plébiscité par 72% des internes. Le souhait d'un réseau de professionnel de santé sur lequel s'appuyer est déterminant pour 81% des internes et 87% des médecins remplaçants. Les aides financières sont perçues comme importantes mais non déterminantes pour 48% des internes et 47% des remplaçants.

Preuve en est : l'exercice regroupé en MSP, pourtant séduisant pour les jeunes médecins, se solde en zones fragiles par de nombreux locaux inoccupés. La grande diversité des dispositifs favorise le manque de coordination, les rendant peu visibles et sous-utilisés. D'autre part, un effet d'aubaine est souvent constaté, induisant qu'avec ou sans incitation, le parcours personnel du médecin l'aurait fait s'installer de toute manière dans la zone sous dense.

Concernant les outils nouveaux, parmi lesquels le PTMG, celui ci semble inadéquat. Selon l'analyse de Guillaume Rousset (9), Maître de conférence à l'IFROSS (Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales) : « le problème des médecins installés dans des zones sous-denses n'est pas le manque de patients et donc un revenu insuffisant, mais au contraire une patientèle trop importante ».

Le bilan des CESP, quant à lui, est mitigé, car il reste encore peu appliqué. Une étude réalisée en 2011 par la DGOS (Direction Régionale de l'Organisation des Soins) a montré que seulement 148 contrats avaient été signés sur les 400 prévus, ce qui se confirme plus tard également. Cela ne contribue donc pas à agir immédiatement sur les inégalités territoriales, comme il est pourtant nécessaire.

L'impact des dispositifs les plus récents issus de la convention médicale de 2016 (développement de la télémédecine, assistant médical et transfert de tâches) n'est pas évaluable, faute de recul.

Malgré ces mesures, les projections démographiques de la DRESS pour 2025, vues précédemment, montrent une tendance à la baisse des médecins en activité (Figure 2) et des densités médicales



régionales avec une augmentation des disparités. Les projections à l'horizon 2030 vont dans le même sens, en tenant compte d'une féminisation de la médecine et du vieillissement de la population, ainsi qu'une hausse de 10% de la population française.

Les solutions à apporter aux problèmes de démographie médicale dépassent de ce fait largement les mesures financières...

Finalement, les évaluations des mesures incitatives concluent chaque fois à un caractère attractif mais insuffisant avec un effet d'aubaine, et n'ont pas générées de hausse d'installation en zones fragiles. La rémunération n'apparaît pas comme un critère déterminant du choix du lieu d'installation d'après les enquêtes pour les internes et les jeunes médecins, dorénavant plus tournés vers la qualité du cadre d'exercice et de la vie familiale.

Ce résultat pousse alors les autorités à s'interroger sur la pertinence d'outils plus coercitifs, qui apparaîtraient comme une solution temporaire, mais le Ministère de la Santé et l'Ordre des médecins marquent encore leur opposition. Les syndicats de médecins comme le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (REAGJIR), la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CMSF) et la Fédération Française des MG (MG France) s'opposent à la coercition, notamment en termes d'installation des médecins. Ils avancent que les pays ayant utilisé ce moyen ont échoué et qu'il vaut mieux répondre aux aspirations des médecins. La coercition aurait pour effet selon eux de détourner les jeunes médecins de la médecine ambulatoire et d'augmenter le nombre de médecins hors convention (12, 13, 14).

## 2. Mesures proposées dans la littérature

Les principales mesures de coercition envisagées par les autorités en France sont discutées depuis plus de dix ans par de nombreuses institutions, sans réelles avancées depuis 2007.

- L'Académie Nationale de Médecine envisageait déjà en 2007 l'obligation d'exercer dans des zones prioritaires pour les médecins qui y seraient affectés pour une période de 3 à 5 ans (15). Cette proposition fut reprise par le CNOM en 2012.

- L'instauration de pénalités financières en cas d'installation en zone de surdensité apparaît aussi en 2007 par le Haut Conseil pour l'Assurance Maladie.

- L'idée d'un *numerus clausus* à l'installation, où toute demande d'installation d'une zone devrait d'abord être validée par l'ARS qui se fonderait sur les données démographiques en prenant en compte un "seuil de population" défini par décret, voit le jour en 2015 via certains députés, puis est reprise dans des publications scientifiques (16).

- Le CESE (Conseil Economique Social et Environnemental) préconise de combler les lacunes de l'offre médicale par le développement de l'exercice mixte ambulatoire hôpital de praticien hospitalier de médecine générale et de spécialistes effectuant des consultations avancées dans les zones les moins dotées, ainsi que le développement des centres de santé où les médecins seraient salariés, pourraient organiser leur emploi du temps et effectuer des mobilités géographiques au cours de leur carrière (17).

- La mise en place d'un conventionnement sélectif avec la régulation de l'installation en bloquant le conventionnement des médecins s'installant dans les zones sur denses (sauf s'ils remplacent leur confrère) semble être la proposition qui revient le plus souvent dans les débats parlementaires,

évoquée également dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale ou PLFSS en 2017 (18), appuyée par l'argument que cette solution a déjà été adoptée par plusieurs professions médicales et para médicales. En 2008, les infirmiers ont signé une convention avec l'assurance maladie qui instaure des zones, en régulant le conventionnement dans les zones sur dotées et en incitant l'installation en zones sous dotées. Les effets semblent avoir été bénéfiques, puisqu'on observe une progression de 33,5% des IDE libéraux dans les zones très sous dotées entre 2008 et 2011 et une baisse de 3% des effectifs dans les zones sur dotées qui avaient enregistré une hausse des effectifs de 8,5% entre 2006 et 2008 (19). Les kinésithérapeutes, sages femmes, dentistes ont également adopté ce type de convention.

Cependant, le conventionnement sélectif n'a jamais été adopté, la liberté d'installation du corps médical reste un sujet sensible, source de conflits entre les médecins et l'Etat, c'est pourquoi les parlementaires parlent de « sacralisation » de la liberté d'installation. Des auteurs ont tenté d'expliquer cette notion de « sacralisation », et ont cherché à comprendre pourquoi l'Etat a tant de mal à « trancher » sur la question de la suppression de la liberté d'installation.

Eva Barbereau a effectué un mémoire en Sciences Politiques à l'Université de Lyon sur les enjeux politiques de la désertification médicale (20). Selon elle, la mise en place de l'Assurance Maladie a créée une véritable dichotomie entre le secteur de la santé et l'Etat, quand celui-ci a délégué la régulation de la médecine de ville à l'Assurance Maladie (La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie est chargée de définir le champ des prestations admises au remboursement et fixe le taux de prise en charge des soins), ce qui pose désormais un problème de légitimité avancé par de nombreux médecins pour intervenir sur la situation actuelle de la désertification médicale.

Pourtant, l'Etat maintient son « pouvoir » sur le secteur de la santé par le Parlement qui vote annuellement la loi de financement de la Sécurité Sociale et par la création des ARS via la loi HPST. Elles sont l'aboutissement du pouvoir de l'Etat dans les régions.

Mais les médecins ont un rôle important face à l'Etat : les professionnels de santé libéraux concluent des conventions avec l'assurance maladie, la direction apparente de l'Etat est de ce fait « faussée », puisque les médecins sont prescripteurs et ce sont donc eux qui définissent le budget final consacré à la santé, et non le Parlement. Toutefois, ils sont dépendants en parallèle de l'Etat pour leur financement...

De plus, les MG sont dépositaires d'enjeux plus larges, puisqu'il s'agit d'influer sur l'attractivité d'un territoire et sur l'accès aux soins de la population. L'absence de médecins dans un territoire est devenue un véritable enjeu politique pour les élus locaux qui considèrent que l'attractivité de leur territoire diminue quand il ne dispose plus de MG. Le médecin semble donc avoir une importance sociale forte.

Cette influence des médecins est étudiée dans la littérature. Tabuteau considère que les médecins apparaissent comme une profession législatrice (21), en créant leurs normes professionnelles avec les pouvoirs publics. Depuis 1980, la moitié des postes de Ministre de la Santé sont occupés par des médecins ou pharmaciens. Cette position entrainerait selon cet auteur une incapacité pour les gouvernements à mener une réforme remettant en cause la place des médecins, considérant ainsi que le pouvoir des médecins est un pouvoir négatif de « blocage » des décisions, et que celui ci s'est amplifié du fait de la désertification médicale.

La question de la suppression de la liberté d'installation demeure complexe. Il nous a donc semblé intéressant de recueillir l'opinion des MG dans les différents départements des Pays de la Loire concernant l'acceptabilité ou non de telles mesures, car si ces mesures n'ont pas encore été validées par aucun gouvernement, elles demeurent en discussion et pourraient dans un avenir proche voir le jour ...

# MÉTHODE

## 1. Objectifs

L'objectif principal de ce travail était de connaître l'opinion des MG installés et des remplaçants dans les 5 départements des Pays de la Loire concernant la mise en place éventuelle de mesures restrictives à l'installation.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les répercussions et les impacts de ces mesures sur la future répartition médicale géographique.

Une comparaison avec l'opinion des internes de la faculté d'Angers a été effectuée également (22).

## 2. Population de l'étude

Il s'agit d'une enquête d'opinion : étude descriptive, quantitative, observationnelle et prospective, multicentrique, menée du 5 octobre 2020 au 5 février 2021, soit 4 mois.

### 2.1 Critères d'inclusion / critères d'exclusion

Le questionnaire était adressé à l'ensemble des MG (thésés ou non), installés ou remplaçants, exerçants la médecine générale, sur les 5 départements des Pays de la Loire : Loire-Atlantique (44), Maine et Loire (49), Mayenne (53), Sarthe (72) et Vendée (85).

La population incluait les MG de tout âge, thésés ou non, exerçant la médecine générale comme activité principale. Les médecins pratiquant une spécialité exclusive (homéopathie, médecine du sport, nutrition) étaient exclus de la population d'étude car considérés comme n'exerçant plus la médecine générale comme activité principale et de ce fait pouvant avoir une opinion moins objective. Les médecins étaient inclus qu'ils aient une pratique libérale exclusive et/ou salariée, en centre de soins de premier recours ou en hospitalier, la pratique en tant que salarié n'excluant pas d'être confronté à la pénurie d'offre de soins.

Le choix d'interroger des MG installés et remplaçants permettait d'avoir une population d'étude plus grande. En effet, les MG remplaçants ont un rôle important dans le système de soins actuel, ils participent à la permanence et à la continuité des soins en remplaçant les médecins installés, souvent surchargés, pour qu'ils puissent partir en formation, prendre des congés, un jour fixe dans la semaine, ou en cas d'arrêt maladie (23).

De plus, les MG s'installent de plus en plus tard par crainte de non satisfaction des conditions d'exercice et des contraintes administratives et financières liées à l'installation. Cette volonté de maintenir un statut de remplaçant à plus ou moyen long terme pose question. Avoir leur opinion nous paraissait donc essentielle puisqu'ils sont les plus concernés par les conditions d'installation à venir et que leur proportion augmente, comme le confirme les résultats de l'étude REMPLACT réalisée par ReAGJIR ayant pour but de quantifier et qualifier l'activité des remplaçants en France. Sur la période 2007-2016, le nombre de médecins remplaçants n'a cessé de croître (+17,1 %) pendant que celui des généralistes installés diminue de 8,4 %.

### **3. Elaboration du questionnaire**

#### **3.1 Concept du questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré à partir des propositions de lois émanant de documents de politiques de santé récents (vus précédemment) et de thèses (10, 22).

L'objectif était de réaliser le plus possible de questions fermées, plus faciles à analyser statistiquement. Nous nous sommes inspirés de la méthode des enquêtes de satisfaction avec l'utilisation d'échelles de Likert.

Le questionnaire était introduit par un texte expliquant le but de l'étude et rappelant la problématique de la liberté d'installation à travers l'état des lieux de la situation actuelle.

Il a été conçu en suivant la technique de « l'entonnoir » : le répondant était d'abord invité à répondre à des questions précises sur la situation actuelle, et l'amenant à réfléchir à la question de la

suppression de la liberté d'installation, pour ensuite aborder des questions plus complexes se rapportant à l'évolution souhaitée.

### 3.2 Design du questionnaire

L'auto-questionnaire était divisé en quatre parties et était anonyme :

- En première partie, la situation personnelle et l'organisation de travail des répondants étaient questionnées (questions 1 à 12) : âge, sexe, nombre d'années d'exercice en libéral, secteur d'exercice, type d'exercice, situation géographique, organisation du travail.
- En seconde partie, la satisfaction des MG par rapport à la situation actuelle de répartition (questions 13 à 17) et leur souhait éventuel d'évolution étaient recueillis.
- En troisième partie, l'opinion des répondants concernant les mesures coercitives et restrictives proposées dans la littérature était interrogée (questions 18 et 19).
- Enfin, l'impact de ces mesures dans la pratique future des MG et les propositions des médecins pour améliorer l'avenir étaient sondés (questions 20 et 21).

Il a été soumis à une phase dite « pré test », réalisée au préalable l'été 2020 afin de tester le questionnaire sur un petit groupe de 5 MG landais. Cette pré-enquête avait pour but de constituer un questionnaire d'essai pour améliorer la mise en forme, la lisibilité et la compréhension. Ceci a également permis de reformuler certaines questions et phrases introductives.

## 4. Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire en ligne, via le site Lime Survey (Annexe 1), puis diffusé par mail aux MG directement (départements 49, 53, 72 et 85) ou sur le site de l'ordre (44).

Au total, environ 3869 MG ont été contactés dont : 450 via le conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) de Vendée par envoi du questionnaire à l'adresse mail des médecins directement, 180 via le CDOM de Mayenne par envoi sur les boîtes mails des MG. Le CDOM de Loire-Atlantique a refusé d'envoyer le questionnaire aux médecins directement et l'a donc déposé seulement sur leur site comportant 1392 inscrits. Enfin, les MG du Maine et Loire et de la Sarthe ont été contactés directement par mail via une liste fournie par la faculté d'Angers en collaboration avec mon directeur de thèse à cause d'un refus des CDOM, comportant environ 1580 pour les médecins du Maine et Loire et 267 pour la Sarthe.

Le questionnaire a été envoyé par mail le 5 octobre 2020 sur une période de recueil de 4 mois d'octobre à février 2021. Trois relances successives à un mois d'intervalle ont été effectuées sur la période de recueil à compter du 05/12/21, sauf pour le CDOM de Mayenne qui a refusé de relancer notre questionnaire pour cause de saturation des boîtes mails des MG en raison d'un nombre trop important d'envoi de questionnaire de thèse.

Les réponses réceptionnées jusqu'au 5 février 2021 ont été prises en compte.



## 5. Analyse statistique et méthodologique

L'analyse des données a débuté en février 2021. Elle a été réalisée avec l'aide de mon directeur de thèse et d'un chercheur compétent en statistiques (Dr Peurois Matthieu, MG et Chef de clinique universitaire en Médecine Générale à la faculté d'Angers, et d'Anthea Loiez, coordinatrice de recherche au Département de Médecine Générale de l'Université d'Angers).

Les réponses données ont été transmises sous forme de tableau Excel, de façon totalement anonyme. Le tutoriel Lime Survey « Analyser et exporter ses données » de l'Université de Québec à Chicoutimi (UQAC) nous a aidé à analyser et exporter les données directement via Lime Survey (24).

Les questions fermées ont été traitées en variables quantitatives et codées par un chiffre 0 ou 1. Une échelle de Likert était aussi utilisée pour les questions d'opinion sur la législation, les réponses données ont été regroupées en « plutôt d'accord », « indifférent », « plutôt en désaccord » et « ne sait pas ». Les 4 réponses sont codées respectivement avec les chiffres 1/2/3/4.

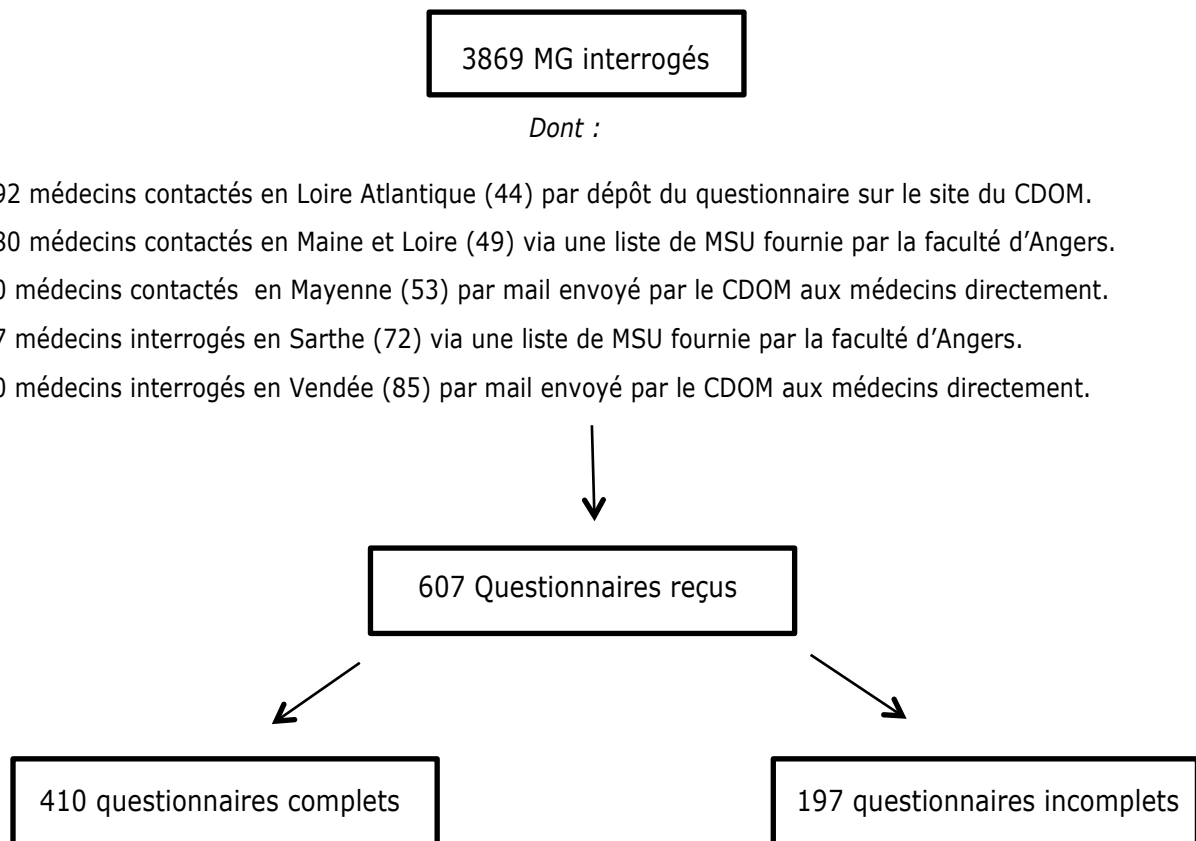
Pour l'analyse descriptive, les variables quantitatives sont présentées sous la forme de pourcentages dans un premier temps.

Une analyse en sous groupe a ensuite été effectuée. Un test de Chi 2 a été réalisé grâce au logiciel « BiostaTGV » afin de déterminer s'il existait une association entre 2 variables statistiquement significatives. Un test de Fischer a dû être utilisé pour les effectifs < 5.

Les questions ouvertes ont été traitées comme variables qualitatives. Une analyse inductive des verbatims a permis de dégager des thèmes et des sous thèmes.

# RESULTATS

## 1. Diagramme de flux



Nous avons obtenus un taux de réponse de 15,69 %.

D'après la fiche technique et méthodologique pour calculer la taille d'un échantillon nécessaire pour une enquête, quand la population d'étude est estimée aux environs de 1000 individus, un échantillon de 278 individus sera nécessaire, contre 370 avec une population à 10 000 individus, pour une marge d'erreur à 5 % avec un intervalle de confiance à 95 %, ce qui varie peu au final (25).

La taille de notre échantillon est de taille suffisante pour être considérée comme représentative.

## 2. Description de la population

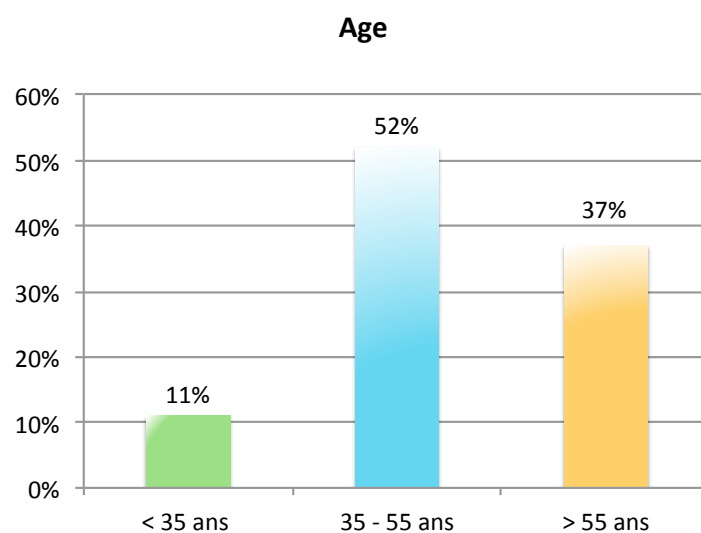
### 2.1 Caractéristiques sociodémographiques

#### 2.1.1 Age

410 médecins au total ont répondu au questionnaire. La majeure partie des médecins est âgée de 35 à 55 ans. 45 des médecins interrogés ont moins de 35 ans.

Il n'est pas possible de préciser la moyenne d'âge, les réponses étant données en tranche d'âge.

Figure 3 : Répartition par tranches d'âges des médecins interrogés, en pourcentages.



#### 2.1.2 Genre

Notre échantillon comporte 56% d'hommes pour 44% de femmes. On retrouve une légère prédominance masculine dans notre enquête.

Tableau I – Répartition des effectifs en fonction du genre

	Hommes	Femmes
n (%)	228 (56)	182 (44)

Le tableau descriptif de la population en détail (tableau II) retrouve parmi les hommes une majorité de plus de 55 ans (52%), alors que les femmes interrogées sont en majorité plus jeunes entre 35 et 55 ans (65%), ce qui correspond aux données de la littérature (26). La population de médecins généralistes actuelle retrouve des femmes en nombre croissant, plus jeunes que les hommes. Les femmes représentent 65% des jeunes MG de moins de 40 ans.

Tableau II – Analyse de la population en détail par sexe

\* Femmes seules

CARACTERISTIQUES		HOMME	FEMME
<b>Age</b>	< 35 ans	15 (7%)	31 (17%)
	35 – 55 ans	94 (41%)	118 <b>(65%)</b>
	> 55 ans	119 <b>(52%)</b>	33 (18%)
<b>Situation familiale</b>	Célibataire	17 (7%)	27 (15%)*
	En couple	211 <b>(93%)</b>	155 (85%)
<b>Enfants</b>	Oui	215 (94%)	158 (87%)
	Non	13 (6%)	24 (13%)
<b>Région d'installation</b>	Même que les études	141 <b>(62%)</b>	113 <b>(62%)</b>
	Autre	85 (38%)	68 (38%)
<b>Ancienneté</b>	< 5 ans	14 (6%)	28 (15%)
	5 – 10 ans	36 (16%)	58 (32%)
	10 – 20 ans	50 (22%)	52 <b>(29%)</b>
	20 – 30 ans	46 (20%)	27 (15%)
	> 30 ans	82 <b>(36%)</b>	17 (9%)

### 2.1.3 Situation personnelle

Concernant la situation familiale des médecins répondants, 89% sont en couple et 91% ont des enfants. Parmi les 44 médecins célibataires, les femmes sont majoritaires (15%) contre 7% d'hommes célibataires seulement, alors qu'il y a plus d'hommes répondants.

### 2.1.4 Région d'installation actuelle ou envisagée

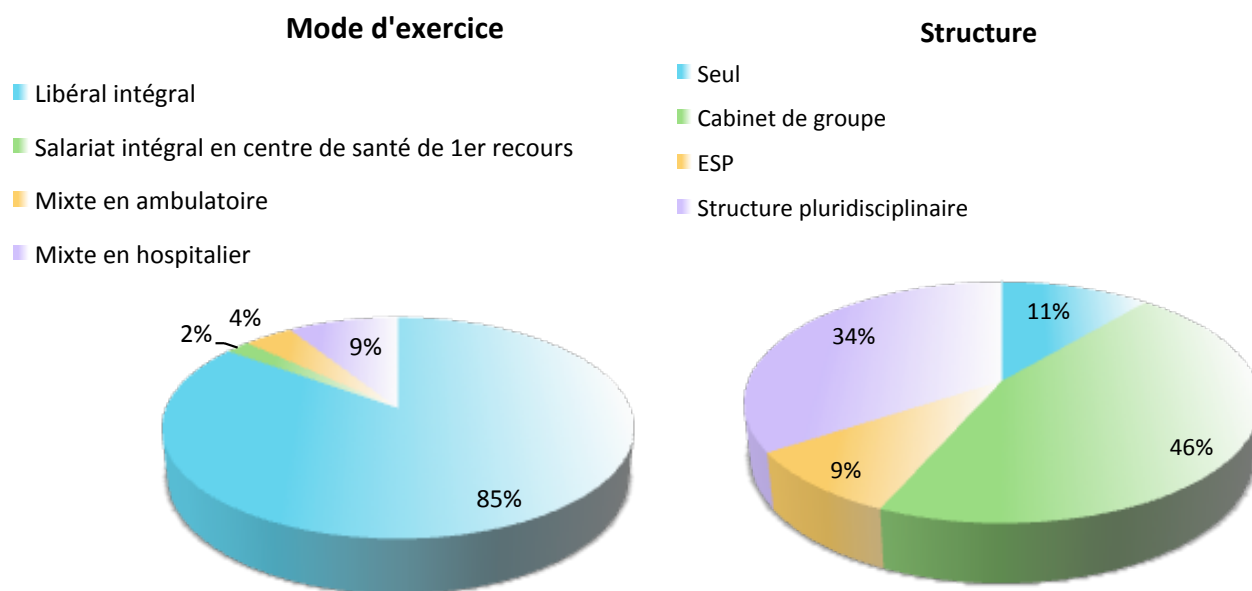
62% des MG interrogés sont installés dans la même région que celle de leurs études. 38% envisagent une installation ou se sont installés dans une autre région, ce taux est identique quelque soit le sexe dans notre population interrogée (tableau II).

### 2.1.5 Temps de trajet

Le temps de trajet est majoritairement de moins de 15 min pour 58% des médecins interrogés, 36% effectuent un trajet de 15 à 30 min pour se rendre sur leur lieu de travail et seulement 7% mettent plus de 30 min.

### 2.1.6 Mode d'exercice et type de structure

Figure 4 et 5 : Répartition du mode d'exercice et du type de structure des médecins interrogés en pourcentage.



On note une majorité de MG exerçant en libéral intégral (85%) et en cabinet de groupe (46%). 9% des MG interrogés ont un exercice mixte avec une activité hospitalière et 4% ont une activité mixte

en ambulatoire (cabinet libéral et salariat en centre de santé de 1er recours). Seulement 2% des médecins interrogés ont un exercice salarié exclusif en centre de santé de 1er recours.

Concernant la structure d'exercice choisie par les médecins interrogés, 89% ont privilégié l'exercice regroupé (cabinet de groupe, ESP ou structure pluridisciplinaire) et 11% ont préféré l'exercice en cabinet individuel. Parmi les médecins ayant un exercice en cabinet individuel, 81% sont des hommes de plus de 55 ans.

### **2.1.7 Zone géographique**

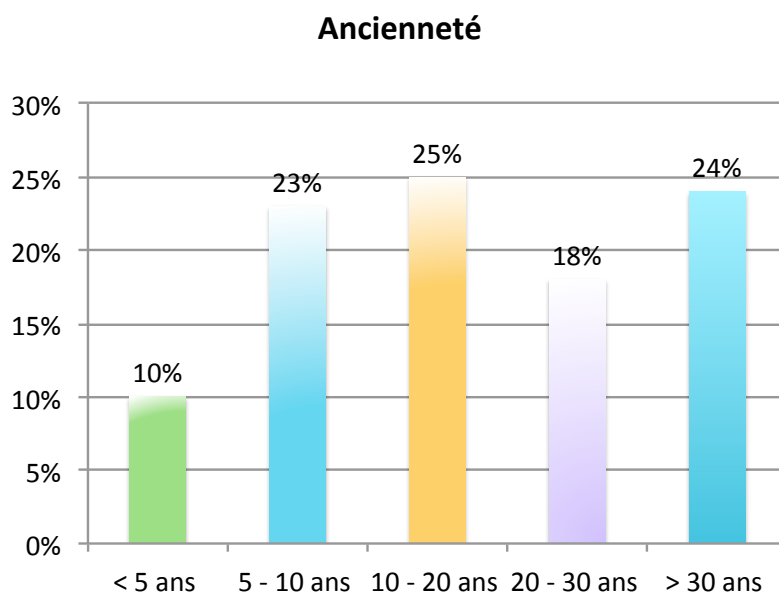
58 % des médecins interrogés pensent être situés dans une zone géographique à densité normale, et 44 % se considèrent dans une zone à faible densité médicale. 18% des médecins pensent se situer dans une zone menacée à court terme.

La répartition des médecins interrogés en fonction de la Commune d'exercice n'est pas analysable dans notre étude du fait d'un biais lors de la réalisation du questionnaire. La question n'a pas été rendue obligatoire et un faible taux de réponse a été obtenu avec seulement 181 répondants et 229 données manquantes, soit un taux de non-réponse de 56%.

Nous verrons cependant plus bas les variations de la population des MG effectives selon les différents départements de la région des Pays de la Loire enregistrées par le CNOM, ainsi que la comparaison au niveau national, afin de voir comment se situe la région Pays de la Loire et ses différents départements en terme de densité médicale.

### 2.1.8 Ancienneté

Figure 6 : Répartition des médecins interrogés en fonction de l'ancienneté en années.

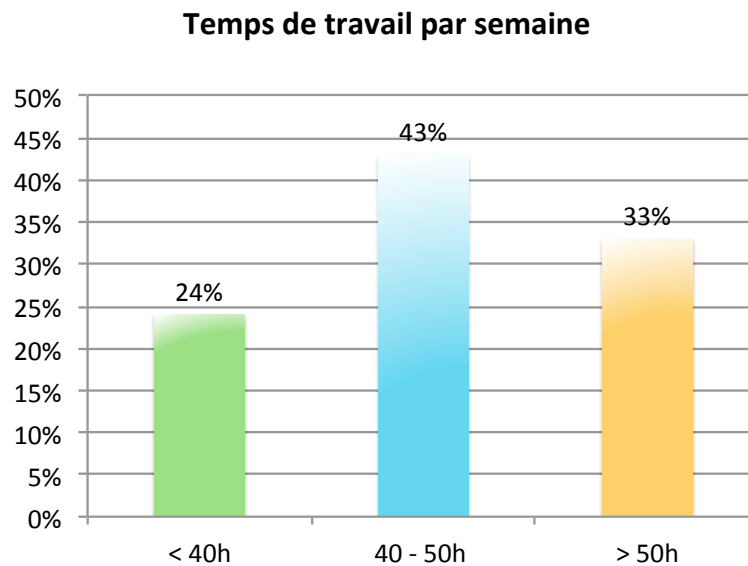


L'ancienneté des MG ayant répondu à notre questionnaire est plutôt homogène, la grande majorité des répondants ayant plus de 5 ans d'exercice en libéral, ont donc plusieurs années d'expérience et de recul pour pouvoir répondre à notre questionnaire en connaissance du terrain et des conditions d'exercice. Seulement 10% des médecins interrogés ont moins de 5 ans d'exercice.

## 2.2 Conditions d'exercice

Le temps de travail hebdomadaire des MG répondants est pour la majorité entre 40 et 50 heures par semaine.

Figure 7 : Répartition du temps de travail hebdomadaire des MG.



Environ 71 % des MG interrogés se déclarent satisfaits de leur vie professionnelle.

Il y avait possibilité de laisser une réponse libre à cette question :

Les médecins **satisfaits** de leur temps de travail évoquaient comme motifs :

- Un **emploi du temps aménagé**, adapté au rythme de vie : travail à temps partiel, adapté à la vie de famille ; *je travaille à mi-temps, j'adapte mes horaires, j'ai du temps pour les enfants ;*
- Le **choix des vacances** : *je choisis huit semaines de vacances, travail en groupe permettant une organisation à la carte grâce à une activité avec un(e) remplaçant(e), associé(e) ; je partage la semaine avec une remplaçante pour assurer une présence auprès des enfants ;*
- **L'aide d'un SASPAS** : *le rythme soutenu est allégé grâce au saspas, installation à plusieurs libérant du temps personnel, l'organisation pluriprofessionnelle permet de se dégager du temps personnel, l'exercice en groupe permet de prendre un jour de repos par semaine et de partager la permanence des soins.*



117 médecins interrogés (28%) se déclaraient **non satisfaits** de leur temps de travail pour plusieurs raisons, regroupées en 6 catégories (par ordre de fréquence) :

- Des **amplitudes horaires importantes** : *j'aimerais travailler moins, je travaille trop, les journées sont trop longues, je termine trop tard.*
- Le **manque de temps dans la vie privée** : *l'équilibre avec la vie privée est difficile, mon temps de travail est délétère pour la vie de famille, je manque de temps libre.*
- **Le temps administratif excessif** : *je passe trop de temps à la comptabilité, il n'y a pas assez de temps pour la clinique, imputé par l'administratif, le social, le temps de travail passé à côté augmente au fil des années.*
- **La pression au travail liée à la pénurie de MG** : *mes journées sont trop pleines du fait d'une démographie médicale insuffisante, on refuse énormément de patients ce qui n'est pas satisfaisant, trop de travail mais obligation de répondre à la demande du fait de la pénurie.*
- **Le manque d'accessibilité aux spécialistes** : *j'utilise mon jour off pour demander des avis à mes confrères spécialistes qui ne peuvent recevoir nos patients dans des délais corrects.*
- **Le problème de rémunération par rapport au temps de travail** : *je travaille trop par rapport aux revenus, certaines consultations chronophages ne permettant pas le rendement prévu.*

Pour 59% des médecins, il est difficile de trouver des remplaçants. Cependant, 46 MG n'ont pas répondu à la question soit un taux de 11% de non-réponse.

Concernant l'accessibilité aux rendez vous chez le MG, 67% des répondants considèrent que leur patients n'ont pas de problème d'accessibilité pour obtenir un rendez vous chez le généraliste. Cela semble plus compliqué pour les spécialistes de premier recours, puisque 92% des MG interrogés pensent que l'obtention d'un rendez-vous chez un spécialiste de premier recours est difficile pour leurs patients.

### 3. Opinion des MG concernant les mesures proposées par l'Etat

#### 3.1 Législation actuelle et mesures incitatives financières

**Près de 40% soit 168 médecins interrogés demeurent pour le maintien de la liberté d'installation** et sont d'accord avec le maintien de mesures incitatives en évoquant plusieurs raisons parmi lesquelles on retrouve :

- Une liberté d'installation essentielle au métier libéral, à préserver : *la liberté d'installation est l'essence du métier libéral, les mesures coercitives vont à l'encontre d'une vraie médecine libérale, notre exercice est soit disant libéral, c'est une des dernières libertés que nous avons.*
- Des mesures incitatives à privilégier, *préférables, qui restent un bon compromis, la meilleure solution.*

**Environ 53% des médecins consultés sont contre la liberté d'installation et les mesures incitatives uniquement** et évoquent plusieurs pistes de changement, regroupées en 5 grands thèmes, qui seront reprises en détail par la suite :

- Les mesures incitatives sont jugées insuffisantes, *favorisent des installations temporaires et éphémères*, et sont considérées comme *inadaptées*, car *favorisent les opportunistes et les chasseurs de primes*. Elles peuvent *enclencher une installation mais ne permettent pas de les maintenir dans le temps*.
- Une installation selon des conditions : *conventionnement si installation en zone déficitaire, interdiction d'installation en zone de densité médicale élevée ou normale sauf si départ en retraite, installation régulée comme le système des pharmaciens.*

- Une obligation temporaire de travail en zone sous dotée (+/- avec numerus clausus à l'internat en fonction des besoins des régions avec obligation d'exercer temporaire) : *je suis pour l'obligation de donner quelques années à la campagne pour renforcer, il faut ouvrir plus de postes en 1<sup>ère</sup> année, avec obligation de travailler dans les zones désertes sur une certaine durée, des places d'internat proportionnelles au déficit de soin dans la région avec obligation d'exercer au sein de cette région pendant une certaine période.* Certains évoquent le cas des instituteurs comme exemple : *les instituteurs ont vécu cela avec une obligation de « rendu » de leurs années de formation payées sous la forme d'un temps obligé dans certaines écoles.*
- Des pénalités financières pour les médecins remplaçants, *il faudrait rendre le statut de médecin remplaçant moins attractif financièrement au bout de quelques années.*
- Une limitation de durée des remplacements, *il faudrait limiter la durée des remplacements des médecins thésés à 5 ans.*
- Des pénalités financières en fonction de la zone d'exercice.
- Une augmentation du tarif de consultation pour les zones déficitaires, *l'acte doit simplement être honoré à sa juste valeur.*

24% de la population d'étude n'a pas émis d'avis.

Pour beaucoup de médecins interrogés, le problème des zones déficitaires n'est pas financier, expliquant l'inefficacité des mesures actuelles. Les mesures incitatives ne sont *qu'une petite partie des facteurs d'installation*, les zones sous dotées sont des zones *sous tension avec une qualité de travail difficilement gérable à long terme*. En effet, pour beaucoup de médecins, ce n'est pas l'argent mais l'isolement qui freine à se rendre en zone déficitaire. *Ce qui compte c'est l'attractivité des territoires, aucune incitation financière ne peut motiver à s'installer dans un désert social, associatif ou culturel.* Selon notre population de médecins, *les jeunes médecins ne sont plus intéressés par l'argent mais par la qualité de travail et de vie, de l'argent ou des charges diminuées ne remplacent pas la qualité de vie familiale.*

*Il est illusoire d'inciter par l'argent de jeunes médecins à s'installer dans des territoires que même l'Etat a déserté à travers ses structures de proximité. Difficile d'imposer à un médecin de 30 ans une installation alors qu'il a déjà des enfants, une conjointe et une accroche dans une ville.*

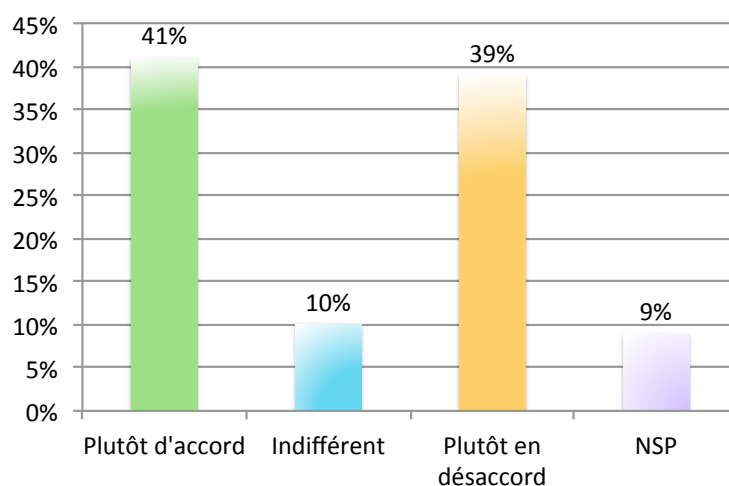
## 3.2 Mesures désincitatives

### 3.2.1 Bonus malus à l'installation en fonction de la densité

#### médicale

La proposition de loi portant sur la mise en place d'un bonus malus à l'installation pour les installations futures était **pertinente pour 41% des médecins interrogés**. 39% ne sont pas d'accord avec cette proposition, 10% des médecins répondants étaient indifférents, et 9% ne savaient pas quoi répondre.

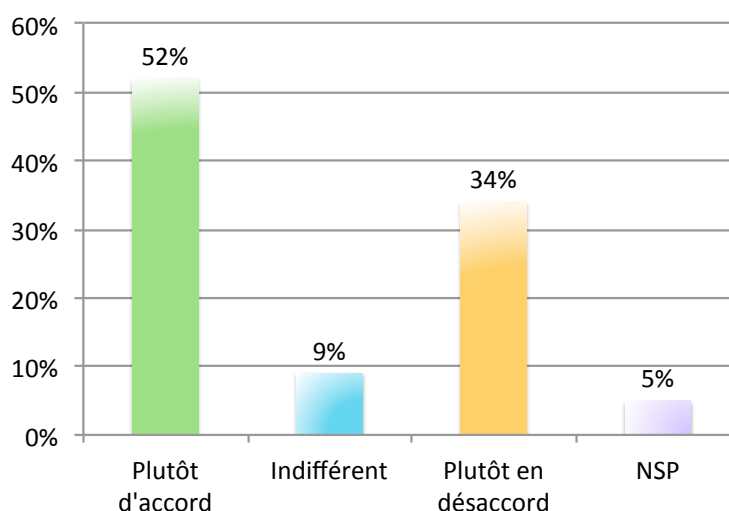
Figure 8 : Opinions des MG interrogés à la mise en place d'un bonus malus à l'installation selon la densité médicale



### 3.2.2 Conventionnement si cessation d'activité en zone sur dense :

A la proposition d'un conventionnement en zone sur dense en cas de cessation d'activité, seulement **52% des médecins interrogés sont plutôt d'accord**, 9% sont indifférents, 34% sont plutôt en désaccord et 5% ne se prononcent pas.

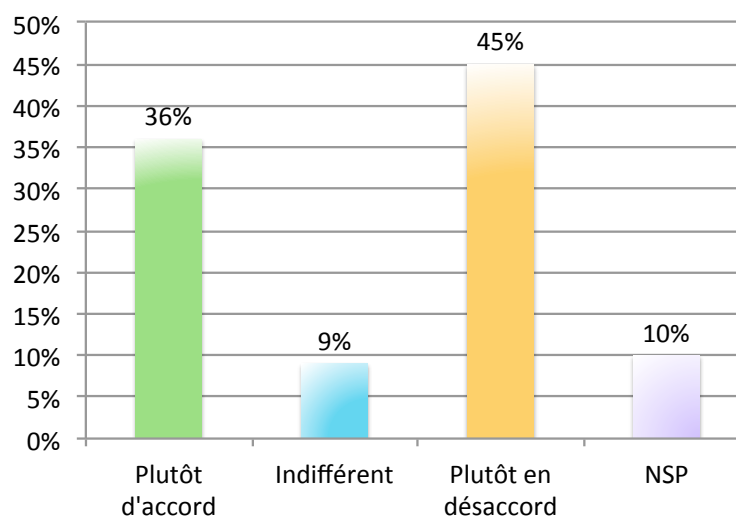
Figure 9 : Opinions des MG interrogés à la mise en place d'un conventionnement si cessation d'activité en zone surdense



### 3.2.3 Conventionnement en fonction de la densité de l'offre de soins du territoire

Le conventionnement sélectif en fonction de la densité de l'offre de soins du territoire d'installation ne plait qu'à 36% des MG interrogés. 9% sont indifférents, **45% soit près de la moitié n'est pas d'accord** et 10% des médecins interrogés ne se prononcent pas.

Figure 10 : Opinion des MG à un conventionnement sélectif en fonction de l'offre de soins

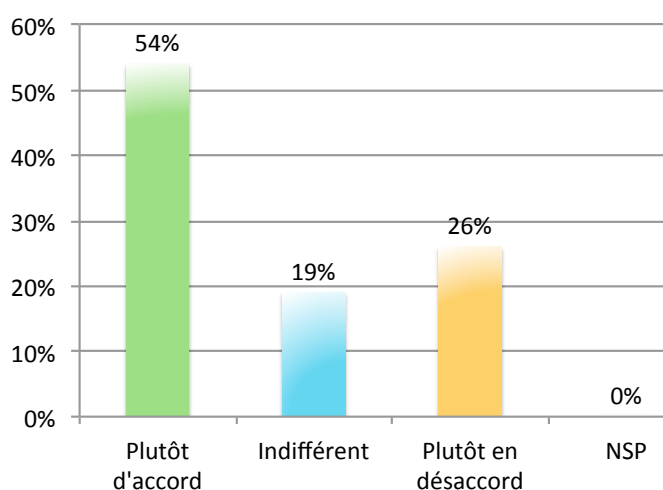


### 3.2.4 Création d'un nouveau statut de praticien hospitalier de

#### MG en zone de faible densité contre des avantages sociaux

La proposition de créer un nouveau statut de praticien hospitalier de MG (MGH) en zone de faible densité en échange d'avantages sociaux **a séduit 54% des MG interrogés**. 26% des médecins sont plutôt en désaccord avec la mise en place d'une telle loi, 19% sont indifférents (aucun médecin ne s'est pas prononcé sur cette proposition).

Figure 11 : Opinion des MG à la création d'un statut praticien hospitalier de médecine générale.



### 3.3 Mesures coercitives

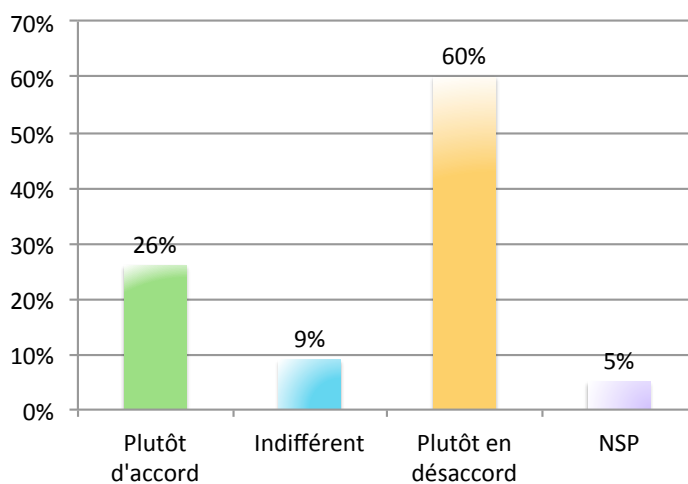
#### 3.3.1 Exercice imposé en zone sous dense pour les jeunes MG

après leurs études quelque soit leur statut :

a) Pendant leurs trois premières années dans leur région de formation

La proposition de loi visant à imposer un exercice 3 ans après l'internant dans la région de formation initiale remporte **60% de désaccord** contre 26% de MG d'accord et 9% de répondants indifférents (0% ne se prononcent pas).

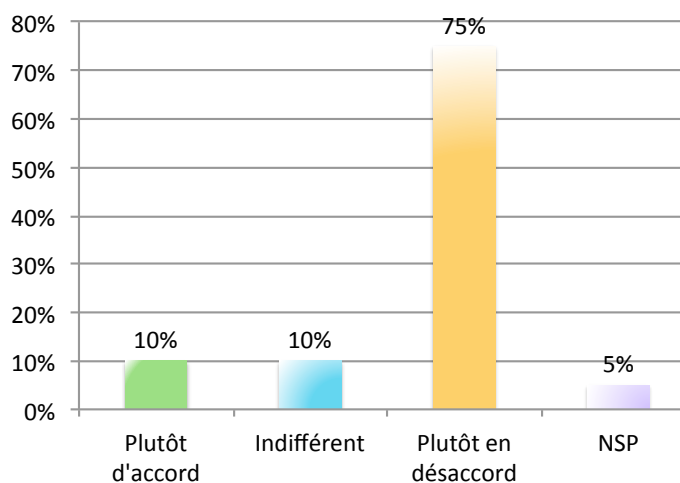
Figure 12 : Opinion des MG à un exercice imposé en ZSD pendant 3 ans dans la région de formation



b) Pendant leurs cinq premières années dans la région de formation

La tendance est identique et encore plus accentuée pour un exercice imposé 5 ans après l'internat dans la région de formation, puisque **75% des MG interrogés sont en désaccord** avec cette proposition, contre 10% plutôt d'accord. 10% des médecins restent indifférents et 5% ne se prononcent pas.

Figure 13 : Opinion des MG à un exercice imposé en ZSD pendant 5 ans dans la région de formation

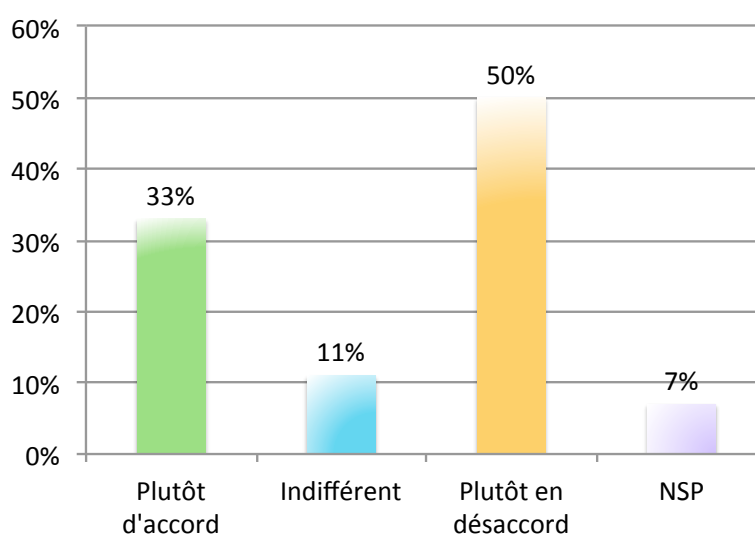




c) Pendant leurs trois premières années dans la région de leur choix

En proposant 3 ans d'installation imposée après l'internat dans une région au choix cette fois-ci, l'avis est moins tranché même si la majorité des MG interrogés demeurent en **désaccord à 50%**. 33% des MG interrogés sont plutôt d'accord, 11% sont indifférents et 7% de se prononcent pas.

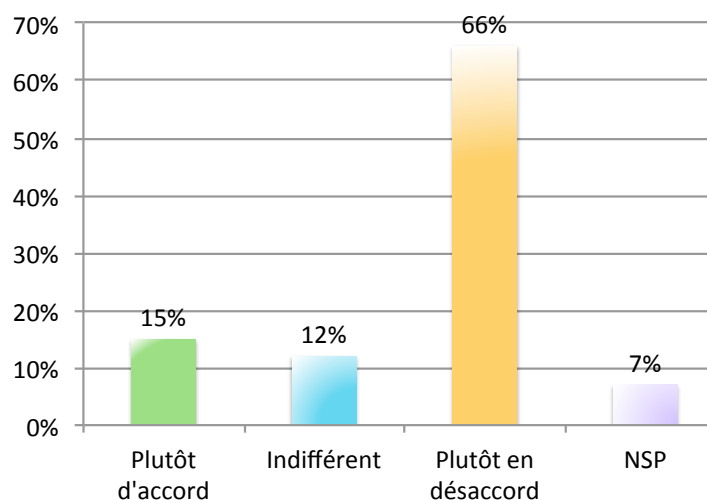
Figure 14 : Opinion des MG à un exercice en ZSD 3 ans dans la région de leur choix



d) Pendant leurs cinq premières années dans la région de leur choix

La proposition de maintien 5 ans après l'internat dans une région au choix après l'internat remporte aussi une majorité de **désaccord à 66%**, contre 15% de MG d'accord, 12% indifférents et 7% qui ne se prononcent pas.

Figure 15 : Opinion des MG à un exercice en ZSD pendant 5 ans après l'internat dans une région au choix



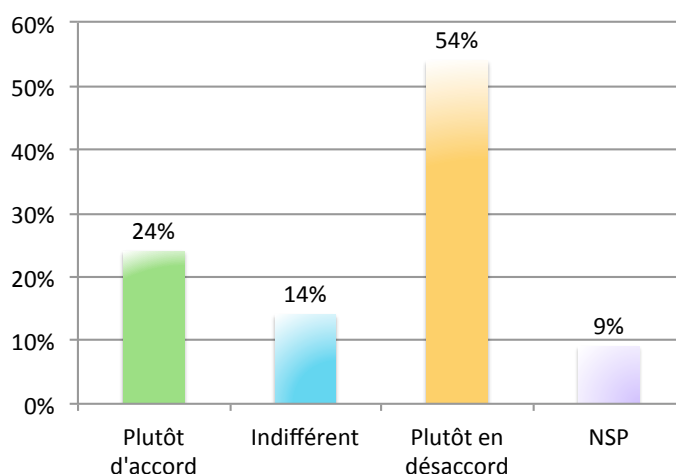
### 3.3.2 Exercice imposé en zone sous dense pour les MG

#### remplaçants :

##### a) En dehors des vacances scolaires :

Certains textes de littérature envisagent des mesures pour les MG remplaçants seulement, un exercice imposé en zone sous dense pour les MG uniquement, pour les périodes en dehors des vacances scolaires. Cette proposition est en majorité, soit pour **54%** des MG interrogés **refusée**. 24% des MG seraient en faveur d'une telle proposition, 14% sont indifférents, 9% ne se prononcent pas.

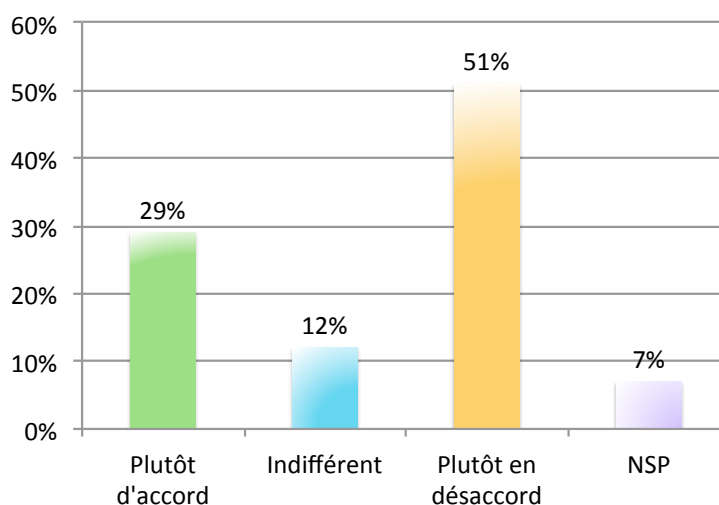
Figure 16 : Opinion des MG pour un exercice imposé en ZSD pour les remplaçants en dehors des vacances scolaires



b) Au moins 50% du temps d'activité :

Une autre proposition vise à limiter l'exercice des MG remplaçants en zone sous dense pendant au minimum 50% de leur temps d'activité. Cette mesure est **rejetée** également pour la plupart des MG interrogés (**51%**). 29% seraient d'accord, et 12% indifférents, enfin 7% ne se prononcent pas.

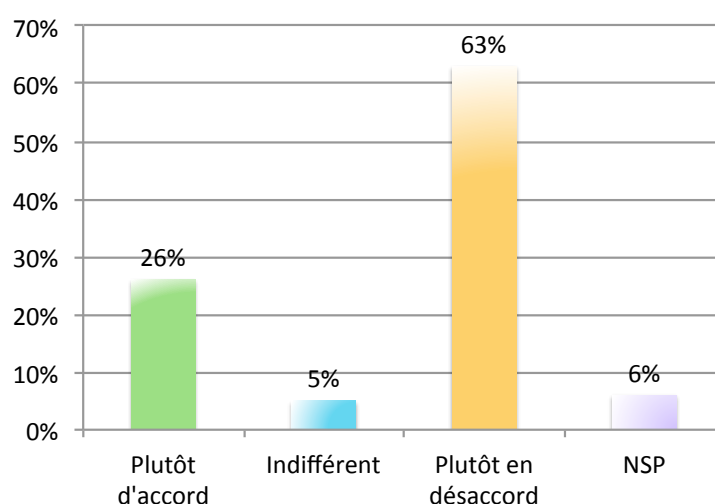
Figure 17 : Opinion des MG pour un exercice imposé en ZSD pour les remplaçants au moins 50% du temps d'activité



### 3.3.3 Mise en place d'un numerus clausus à l'installation avec le choix du lieu d'installation lors de la dernière année d'internat sur une liste nationale définie par l'ARS en fonction des besoins :

Une grande partie des MG interrogés soit **63%** est là encore en **désaccord** avec une mesure coercitive de ce type imposant un numerus clausus à l'installation avec le choix du lieu d'exercice défini lors de la dernière année d'internat via une liste tenue par l'ARS en fonction des besoins de santé des territoires. 26% sont plutôt d'accord, 5% demeurent indifférents et 6% ne se prononcent pas.

Figure 18 : Opinion des MG pour la mise en place d'un numerus clausus à l'installation



## 4. Analyse croisée

Afin de déterminer si les caractéristiques socio démographiques et les conditions d'exercice des MG interrogés étaient associées à leur opinion de façon significative, nous avons utilisé le test de Khi 2.

Pour tester cette association éventuelle, les réponses entre mesures restrictives et coercitives étant proches comme vu précédemment, nous n'avons sélectionné qu'une seule catégorie pour chaque groupe, la plus parlante.

Pour les petits effectifs, les réponses données sur l'échelle de Likert ont été regroupées en « plutôt favorable », « neutre » (regroupant les catégories « indifférent » et « sans réponse ») et « plutôt défavorables » afin d'augmenter les effectifs et que le test soit réalisable.

Dans certains cas, le test de Fisher a dû être utilisé, les effectifs restant malgré tout  $< 5$ .

Cependant, dans certains cas, le test de Fisher n'a pas pu être utilisé car il existait trop de cases à faibles effectifs.

### 4.1 Analyse croisée entre opinion et situation personnelle

#### 4.1.1 Mesure désincitative et caractéristiques socio-démographiques

Nous avons effectué une analyse croisée entre la mesure désincitative suivante « conventionnement sélectif si et seulement si cessation d'activité en zone sur dense » et les caractéristiques sociodémographiques des MG interrogés. Les données sont inscrites dans le tableau III ci dessous.

Tableau III : Opinion des MG à propos du conventionnement sélectif en zone sur dense en cas de cessation d'activité et caractéristiques personnelles des médecins.

CARACTERISTIQUES		D'ACCORD (52%)	INDIFFERENT (9%)	PAS D'ACCORD (34%)	SANS REPONSE (5%)
<b>Sexe</b>	Homme (228)	125 (55%)	19 (8%)	75 (33%)	9 (4%)
	Femme (182)	88 (48%)	16 (9%)	66 (36%)	12 (7%)
<b>Age</b>	< 35 ans (46)	23 (50%)	3 (7%)	18 (39%)	2 (4%)
	35 – 55 ans (212)	101 (48%)	19 (9%)	81 (38%)	11 (5%)
	> 55 ans (152)	89 (59%)	13 (9%)	42 (28%)	8 (5%)
<b>Situation familiale</b>	Célibataire (44)	21 (48%)	0 (0%)	20 (45%)	3 (7%)
	En couple (366)	192 (52%)	35 (10%)	121 (33%)	18 (5%)
<b>Enfants</b>	Oui (373)	197 (53%)	30 (8%)	126 (34%)	20 (5%)
	Non (37)	16 (43%)	5 (14%)	16 (4%)	1 (3%)
<b>Ancienneté</b>	< 5 ans (42)	20 (48%)	3 (7%)	18 (43%)	1 (2%)
	5 – 10 ans (94)	45 (48%)	8 (9%)	38 (40%)	3 (3%)
	10 – 20 ans (102)	50 (49%)	10 (10%)	36 (35%)	6 (6%)
	20 – 30 ans (73)	43 (59%)	4 (5%)	21 (29%)	5 (7%)
	> 30 ans (99)	55 (56%)	10 (10%)	28 (28%)	6 (6%)
<b>Région d'installation</b>	Même que les études (256)	142 (55%)	18 (7%)	81 (32%)	15 (6%)
	Autre (155)	73 (47%)	17 (11%)	59 (38%)	6 (4%)

Aucune différence significative n'est observée entre hommes et femmes sur l'opinion concernant le conventionnement sélectif en cas de cessation d'activité en zone sur dense ( $p=0,47$ ).

De même on ne retrouve pas de différence en fonction de l'âge des médecins ( $p=0,23$ ), du fait d'avoir ou non des enfants ( $p=0,38$ ), d'être célibataire ou en couple ( $p=0,049$  considérée non significative car trop proche de 0,05) ou même de la région d'installation ( $p=0,17$ ).

Le test de Fisher n'a pas pu être effectué pour l'ancienneté, trop de cases ayant de faibles effectifs.

## 4.1.2 Mesure restrictive et caractéristiques socio-

### démographiques

Une analyse croisée entre la mesure restrictive suivante « exercice en zone sous dense pendant 5 ans dans la région de formation » et les caractéristiques sociodémographiques des MG interrogés a ensuite été effectuée. Les données sont inscrites dans le tableau IV ci dessous.

CARACTERISTIQUES		D'ACCORD (10%)	INDIFFERENT (10%)	PAS D'ACCORD (75%)	SANS REPONSE (5%)
<b>Sexe</b>	Homme (228)	25 (11%)	29 (13%)	<b>161 (71%)</b>	13 (6%)
	Femme (182)	17 (9%)	10 (5%)	<b>146 (80%)</b>	9 (5%)
<b>Age</b>	< 35 ans (46)	0 (0%)	3 (7%)	<b>43 (93%)</b>	0 (0%)
	35 – 55 ans (212)	17 (8%)	13 (6%)	171 (81%)	11 (5%)
	> 55 ans (152)	<b>25 (16%)</b>	23 (15%)	93 (61%)	11 (7%)
<b>Situation familiale</b>	Célibataire (44)	5 (11%)	2 (5%)	32 (73%)	5 (11%)
	En couple (366)	37 (10%)	37 (10%)	275 (75%)	17 (5%)
<b>Enfants</b>	Oui (373)	39 (10%)	35 (9%)	280 (75%)	19 (5%)
	Non (37)	3 (8%)	4 (11%)	27 (73%)	3 (8%)
<b>Ancienneté</b>	< 5 ans (42)	0 (0%)	1 (2%)	40 (40%)	1 (2%)
	5 – 10 ans (94)	6 (6%)	8 (9%)	78 (83%)	2 (2%)
	10 – 20 ans (102)	12 (12%)	8 (8%)	77 (75%)	5 (5%)
	20 – 30 ans (73)	9 (12%)	2 (3%)	55 (75%)	7 (10%)
	> 30 ans (99)	15 (15%)	20 (20%)	57 (58%)	7 (7%)
<b>Région d'installation</b>	Même que les études (256)	27 (11%)	20 (8%)	<b>194 (76%)</b>	15 (6%)
	Autre (155)	16 (10%)	19 (12%)	<b>113 (73%)</b>	7 (5%)

Tableau IV : Opinion des médecins à propos d'un exercice en zone sous dense pendant 5 ans dans la région de formation et caractéristiques socioprofessionnelles des médecins.

Aucune différence significative n'a été observée en fonction du sexe ( $p=0,06$ ), de la situation familiale des médecins ( $p=0,23$ ), du fait d'avoir ou non des enfants ( $p=0,74$ ) ou même de la région d'installation ( $p=0,48$ ).

Le test de Fisher n'a pas pu être effectué pour l'âge et l'ancienneté, trop de cases ayant de faibles effectifs également.

## **4.2 Analyse croisée entre opinion et conditions d'exercice**

### **4.2.1 Mesure désincitative et conditions d'exercice**

L'analyse croisée entre la mesure désincitative « conventionnellement sélectif seulement si cessation d'activité en zone sur dense » et les conditions d'exercice des MG a été réalisée selon les mêmes conditions que ci-dessus (tableau V en annexe n°3).

Aucune différence significative n'a été observée entre le temps de trajet des médecins interrogés ( $p = 0,39$ ), la zone d'exercice ( $p=0,43$ ), le temps de travail ( $p=0,34$ ), la facilité à trouver des remplaçants ( $p=0,98$ ), ou même la facilité à trouver un rendez vous chez le MG généraliste ou spécialiste ( $p=0,07$  et  $p=0,46$ ) et l'opinion à propos de cette mesure désincitative. Le mode d'exercice et le type de structure n'ont pas pu être testés, les effectifs restant trop petits même en regroupant les effectifs et en effectuant un test de Fisher.

### **4.2.2 Mesure restrictive et conditions d'exercice**

Enfin, l'analyse croisée entre la mesure restrictive « conventionnellement sélectif seulement si cessation d'activité en zone sur dense » et les conditions d'exercice des MG a été effectuée (tableau VI en annexe n°3).

Aucune différence significative n'est retrouvée entre les conditions d'exercice des MG et leur opinion à cette question. Pour la facilité à trouver un rendez vous chez le MG, le test de Chi 2 retrouvait une valeur de  $p=0,001$ . Cela nous renseigne juste sur le fait qu'une des valeurs du tableau diffère des autres en terme de répartition, mais ne nous dit pas dans quel sens. Le test de Fisher n'a pas été possible pour le mode d'exercice, le type de structure, le temps de travail.



## 5. Résultats secondaires :

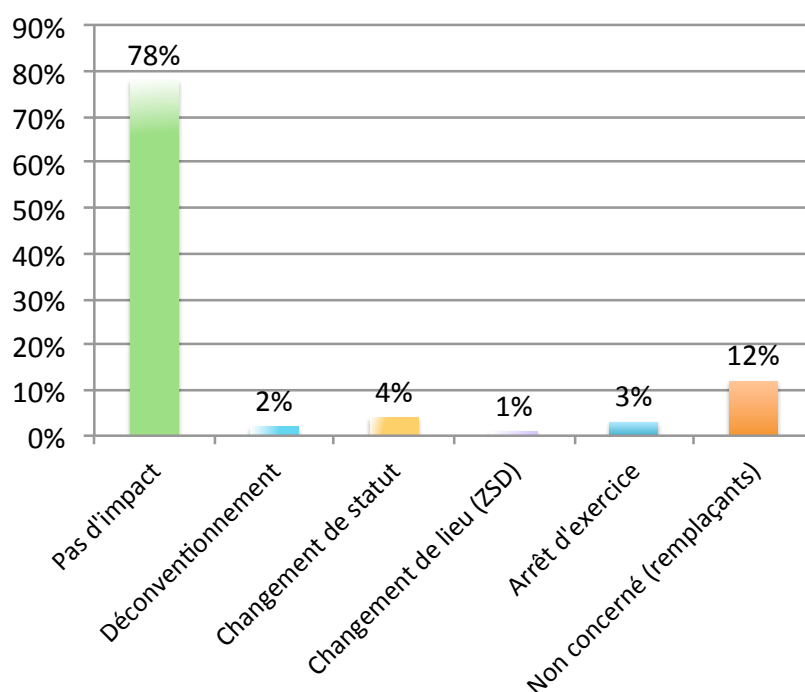
### 5.1 Impact des mesures restrictives et coercitives sur les conduites des MG

#### 5.1.1 Pour les MG installés

Pour les MG installés, la mise en place de telles mesures législatives ne changerait pas leur comportement vis à vis de leur exercice actuel. Une grande partie de ces médecins (78%) prévoit de poursuivre leur activité dans les mêmes conditions qu'actuellement (Figure 19).

Parmi les 22% restants, 4% des médecins installés préféreraient changer de statut, 3% arrêteraient d'exercer, 2% souhaiteraient se déconventionner, et 1% d'entre eux changeraient de lieu d'exercice pour une zone sous dense.

Figure 19 : Impact comportemental de la mise en place des mesures législatives pour les MG installés.



### 5.1.2 Pour les MG remplaçants

12% des médecins interrogés (51 réponses) étaient remplaçants et non installés. Pour la majorité d'entre eux, la mise en place de ces mesures n'entraînerait pas d'impact non plus sur leur pratique future.

## 5.2 Voies d'amélioration pour l'avenir

Une question ouverte posée aux médecins à la fin de l'enquête portait sur les possibilités ou conseils pour favoriser l'installation des médecins dans les campagnes et améliorer la répartition des MG.

8 grands thèmes ont ainsi été abordés, par ordre de fréquence :

- **L'attractivité du territoire. 55 médecins ont suggéré la réhabilitation des zones déficitaires** comme primordiale pour augmenter l'installation des jeunes MG. *Les conditions d'accueil des zones sous dotées sont essentielles : l'aménagement du territoire avec une accessibilité aux transports et aux commerces, l'existence de loisirs, l'emploi pour le conjoint, la vie extra professionnelle sont des services fondamentaux pour espérer que des médecins s'y installent. Il n'y a aucune raison valable pour que le médecin soit le dernier service en zone sous dense.*

- **28 médecins ont proposé le maintien et le renforcement d'avantages financiers en zone sous dense** avec la baisse des charges fiscales, la location de locaux gratuite ou à prix réduits, une prime à l'installation, une exonération de charges (URSSAF/CARMF) pendant 5 ans. D'autres proposent le maintien de ces mesures non limitées dans le temps qui pourraient éviter l'effet d'aubaine actuellement pointé du doigt.

- **19 médecins ont souligné la nécessité de revalorisation de l'acte en zone déficitaire.** *La France est le pays d'Europe où la consultation est la plus basse. Certains évoquent l'idée d'un autre*

*mode de rémunération avec une part fixe, liée au lieu d'exercice et une part variable liée au quota d'activité.*

- **23 médecins ont milité pour le développement des MSP** pour lutter contre l'isolement des jeunes médecins, qui constitue un frein à l'installation en zone sous dotée. *Des conditions d'accueil qui permettent d'envisager une vie professionnelle intéressante et en interaction avec d'autres soignants, de manière à avoir du temps et de l'énergie pour une vie personnelle également satisfaisante, sans épuisement par excès de sollicitation.*

- **23 médecins pensent qu'un stage ambulatoire en zone sous dotée pendant l'internat** pourrait favoriser l'installation des jeunes. *Ces stages devraient s'accompagner de la mise en place d'internats ruraux pour lutter contre l'isolement et apprendre le fonctionnement des sociétés libérales. Favoriser le développement de ces stages permettrait aux internes de connaître ces zones, avec une aide financière et au logement pendant les études dans les régions sous dotées qui pourraient entreprendre un projet familial.*

D'autres médecins proposent des mesures visant à modifier la formation des étudiants comme l'augmentation du *numerus clausus* proposé par 13 médecins, ou un *numerus clausus géographique* avec une installation en fonction du classement à l'internat.

- **20 médecins soulignent l'importance de bonnes conditions de travail** pour favoriser le travail en zone sous dense. Plusieurs propositions sont évoquées comme *la limitation des heures de travail (gestion des urgences, permanence des soins, gardes), favoriser le secrétariat en baissant les charges administratives, une meilleure protection sociale (maladie/grossesse) et juridique pourraient renforcer l'installation des MG dans les zones déficitaires et rendre la médecine libérale plus attractive. Une accessibilité aux consultations de spécialistes facilitée dans ces zones avec la mise en place de partenariats avec les spécialistes pour des avis urgents ou d'une plateforme de téléconsultation réservée aux professionnels* est proposée. Certains médecins proposent le

*financement par la ville dans les zones sous dotées d'auxiliaires et assistants médicaux pour libérer du temps médical.*

- **20 médecins pensent que le salariat hospitalier dans les zones sous denses** serait bénéfique pour renforcer l'offre médicale dans ces zones : par exemple *la création d'un service hospitalier salarié de médecine générale d'urgence, avec un statut salarié à 35h, avec des avantages comme un PH, ou bien des centres de consultation avancé avec rotation des médecins en parallèle d'une activité libérale salariée en incluant dans cette rotation des médecins remplaçants et internes en SASPAS.*

- **Finalement, 13 médecins seulement maintiennent la nécessité de mesures restrictives** citées précédemment.

- **5 réponses ont été classées comme « autres »** : on retrouve dans cette catégorie la proposition de sectorisation des patients en zone sous dotée comme le système anglais par un médecin. 3 médecins proposent un système comme les pharmaciens, c'est à dire *ne pouvoir s'installer en zone sur dense que pour remplacer un médecin en retraite ou définir un nombre de médecins conventionnées pour un nombre de patients (dans un bassin de population).*

# DISCUSSION

## 1. Représentativité de la population

Concernant la taille de notre échantillon, 410 questionnaires ont été exploités, sur une population estimée à 3869 MG interrogés. Le taux de réponse peut sembler faible mais semble acceptable en termes de représentativité statistique de notre population.

*Ces résultats sont ils représentatifs de la démographie des médecins en Pays de la Loire ?*

D'après le rapport de **démographie des MG en Pays de la Loire en 2017** (27), **3 700** MG exercent en Pays de la Loire en secteur libéral ou mixte (libéral et salarié), dont **16 % sont âgés de moins de 35 ans**, contre **27 % de 60 ans et plus**. 65% ont obtenu leur diplôme dans la région et n'ont donc pas changé de région après leurs études. 65% sont installés en cabinet de groupe. On retrouve **13% de MG remplaçants**.

En comparaison, **notre population MG interrogés est plutôt semblable** avec **11% de MG de moins de 35 ans**, contre 37% de plus de 55 ans et plus féminine (44 %).

62% sont installés dans la même région que celle de leur étude, 45% sont installés en cabinet de groupe. Une question à part entière aurait du être posée pour connaître le statut des MG interrogés, à savoir s'ils étaient remplaçants ou installés. Une question indirecte, portant sur l'impact à venir sur la pratique des MG interrogés si ces mesures entraient en vigueur nous renseigne potentiellement sur le pourcentage de MG remplaçants puisque 51 MG ont répondu « non concerné » par la question réservée aux MG installés. On peut donc supposer que notre panel comportait **12% de médecins remplaçants**.

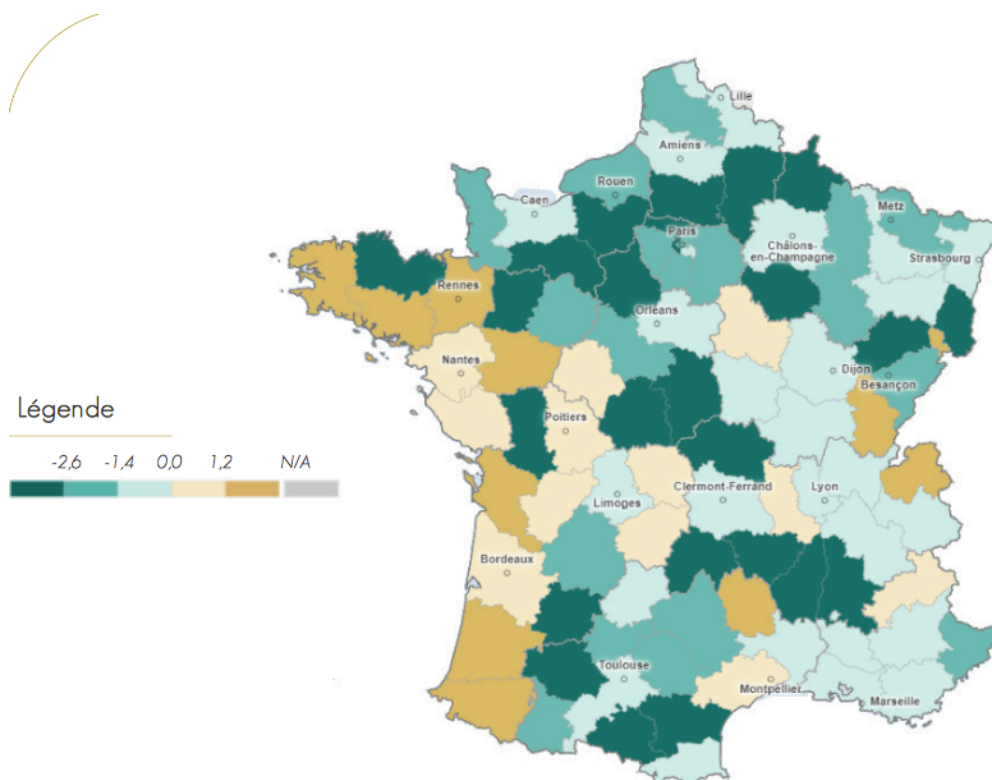
## 2. Discussion des principaux résultats

### 2.1 Accès aux MG et spécialistes de premier recours

Bien que la notion « d'accessibilité » restait subjective dans ce questionnaire, cela a permis de confronter ce que pensent les médecins de la répartition de l'offre de soins dans leur zone d'exercice aux données bibliographiques.

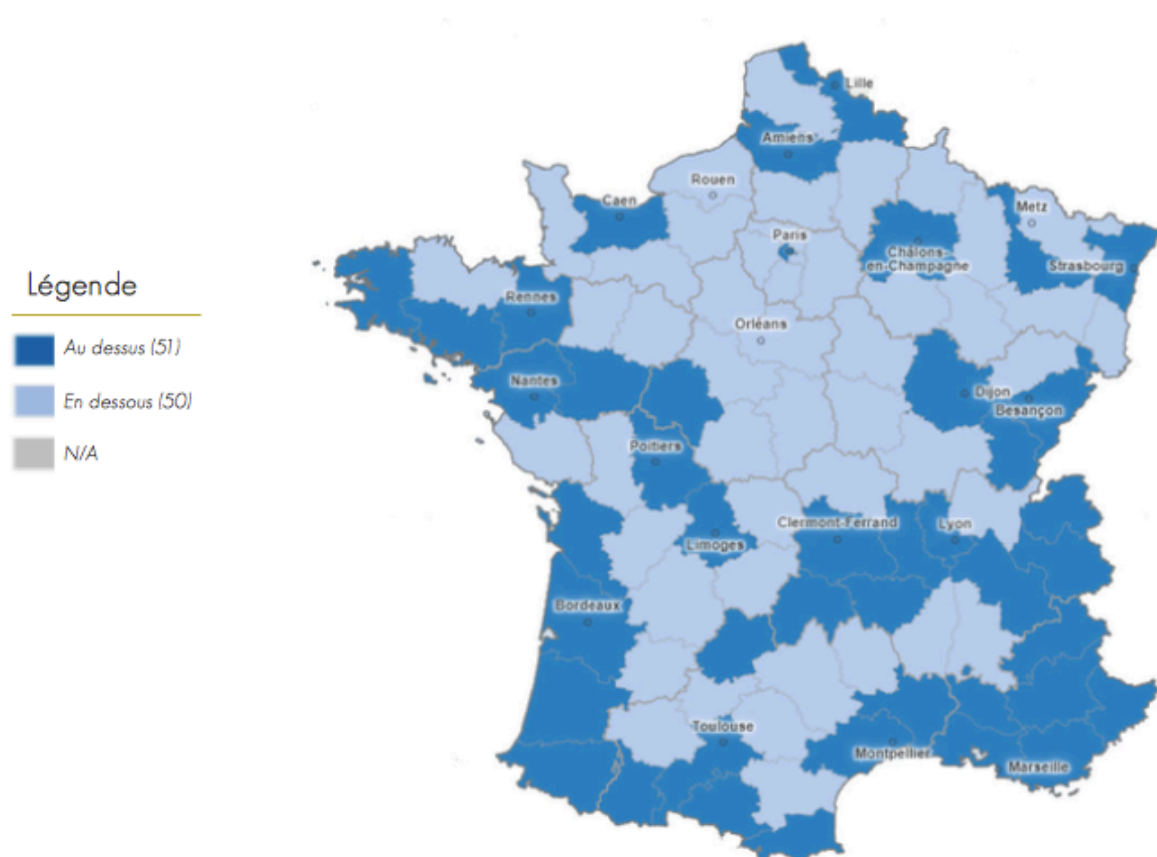
Dans notre questionnaire, la question relative à la commune d'exercice n'est pas analysable car il y a trop de données manquantes, mais d'après les données du CNOM (27), l'effectif de MG en activité régulière de la région des Pays de la Loire est plutôt stable, avec une variation de +0,4% en un an, de 2019 à 2020, avec toutefois des inégalités départementales. Comme le montre la carte ci dessous, de nombreux contrastes intra régionaux persistent. En Loire Atlantique, on retrouve une augmentation des effectifs de MG en activité régulière de 12,1% de 2010 à 2020, et de 0,8% de 2019 à 2020, contre +5,1% de 2010 à 2020 en Maine et Loire et 1,6% de 2019 à 2020. En Mayenne, la baisse d'effectif est majeure, avec une baisse de -17,5% de 2010 à 2020, et -2,8% de 2019 à 2020, signant une persistance de la tendance. On constate le même phénomène en Sarthe, avec une baisse de -16,9% en dix ans, et -1,7% de 2019 à 2020. Enfin en Vendée, la tendance est également à la baisse, toutefois moins marquée, avec une baisse de -3,3% de MG de 2010 à 2020, et une stabilité récente avec +0,3% de 2019 à 2020.

Carte 3 : Variation départementale 2019-2020 des effectifs de MG en activité régulière (%).



Si l'on compare le positionnement des départements de la région des Pays de la Loire par rapport à la médiane nationale en termes de densité de MG en activité régulière (carte 4), la médiane étant à 123,8 médecins pour 100 000 habitants, les départements du Maine et Loire et de Loire Atlantique se situaient en 2020 au dessus de la médiane, comparativement aux départements de Mayenne, Sarthe et Vendée.

Carte 4 : Positionnement des départements par rapport à la médiane en termes de densité de MG en activité régulière.



En ce qui concerne les spécialistes, leur nombre a augmenté de 1,1% depuis 2019 et 6% depuis 2010 (26). Pour la région des Pays de la Loire, on constate une augmentation de +2,6% en dix ans, et de +2,4% de 2019 à 2020 de spécialistes médicaux en activité régulière. Concernant les variations inter régionales, là encore de nombreuses disparités sont constatées, avec une variation en Loire Atlantique de +3,40% en dix ans et +2,40% de 2019 à 2020, +7,10% en Maine et Loire de 2010 à 2020 et +3,10% de 2019 à 2020. Le département de Vendée enregistre une baisse de -3,40% de 2010 à 2020 mais une augmentation de +3,20% de 2019 à 2020. Par contre, les médecins spécialistes en activité régulière de Mayenne et de Sarthe sont en baisse importante avec des variations de densités respectives de -14,60% et -1,50% de 2010 à 2020, avec -3% de 2019 à 2020 en Mayenne mais +1,60% de 2019 à 2020 en Sarthe.



A propos des variations générales des MG et spécialistes, sur le plan national, la tendance est à la baisse pour les généralistes avec une baisse de -9% des MG de 2010 à 2020 et -1% de 2019 à 2020, mais du côté des médecins spécialistes, on enregistre une hausse sur le territoire de +6% ces dix dernières années et +1,1% de 2019 à 2020.

## 2.2 Législation actuelle

A propos de la législation actuelle, **40% des médecins interrogés étaient pour le maintien de la liberté d'installation**, la justifiant comme propre au métier libéral. **Une majorité de médecins (53%) était contre** la liberté d'installation, soutenant l'installation en zone déficitaire selon des conditions.

## 2.3 Mesures restrictives et coercitives

Concernant les **mesures désincitatives**, les MG interrogés sont mitigés.

Ils étaient favorables pour **41%** d'entre eux à la mise en place d'un **bonus malus à l'installation** c'est à dire qu'une installation en zone surdense entrainerait une pénalité financière. 39% demeurent en désaccord. **52%** des MG interrogés sont d'accord pour la mise en place d'un **conventionnement sélectif en cas de cessation d'activité** uniquement en zone surdense.

La proposition de **création d'un statut de MGH** avec des avantages sociaux proche de ceux des salariés remporte une majorité d'accord pour **54%** des MG.

Par contre, le conventionnement sélectif en fonction de l'offre de soins ne remporte pas l'unanimité. 45% des MG sont contre, et 36% des MG seraient d'accord avec cette mesure.

**Les mesures coercitives**, quant à elles, sont refusées par la majorité des MG interrogés.

En effet, les mesures visant à contraindre les jeunes MG à un exercice en zone sous dense pendant 3 à 5 ans dans leur région de formation ou une région de leur choix sont refusées par au moins la moitié des MG interrogés. 33% des MG sont d'accord avec la proposition d'un exercice en zone sous dense après la fac durant 3 ans dans une région au choix.

Le numerus clausus à l'installation est refusé pour 63% des répondants.

L'exercice contraint pour les MG remplaçants ne fait pas l'unanimité non plus.

**Concernant les tests statistiques effectués, nous n'avons pas retrouvé de résultats significatifs. L'opinion des médecins interrogés ne diffère pas selon des critères objectifs sociodémographiques** (sexe, âge, situation familiale, région d'installation, ancienneté) **ou des conditions d'exercice** (temps de trajet, exercice, structure, zone d'installation, temps de travail, facilité à trouver des médecins remplaçants) **mais plutôt selon des critères subjectifs personnels, choix de vie, etc . Ce sont des choix de vie personnels qui échappent à une logique mathématique.**

Ces résultats sont concordants avec le travail de Master 2 de Romain Clisson qui s'est intéressé au processus d'installation des jeunes MG en zone rurale (28), et plus particulièrement aux **facteurs motivant l'installation de jeunes MG en zone rurale** (entretiens semi dirigés auprès de dix jeunes MG installés en zone rurale). Selon cette étude qualitative, « l'installation d'un jeune généraliste semblait reposer sur un triptyque : projet professionnel, volonté de devenir médecin traitant et projet de vie ...//... le choix de l'installation en zone rurale n'était pas un choix de la ruralité mais la recherche d'un exercice dont les caractéristiques étaient celles d'un MG exerçant en zone rurale. Pour aller vers un exercice rural, le jeune médecin devait avoir bénéficié de **l'expérience** d'un exercice en milieu rural, d'une **opportunité** d'exercice en zone rurale et d'avoir réussi à **concilier son projet de vie** avec son projet professionnel en rural ». Amener les étudiants à découvrir l'exercice sur le terrain pourrait inciter un plus grand nombre de jeunes MG à s'installer en zone rurale.

De même l'étude de Florence GUAIS-LERAT, dans son rapport d'étude de 2015 concernant les **facteurs favorisant l'installation des MG libéraux** en Bourgogne (29), constatait déjà que « plusieurs facteurs n'ont que peu d'impact sur le choix du lieu d'installation. **L'origine géographique des médecins ne semble pas déterminer leur lieu d'installation.** Le critère majeur pour choisir le lieu d'installation en ce qui concerne les médecins installés en milieu rural est **l'importance du cadre de vie et de l'environnement** ».

Le travail de thèse de deux internes de la faculté d'Angers en 2020 retrouve des **opinions similaires du côté des internes angevins en cas d'instauration de telles mesures coercitives** (22). Cette enquête transversale descriptive monocentrique réalisée entre le 1<sup>er</sup> octobre 2019 et le 12 janvier 2020 comprenait tous les internes en médecine, toutes spécialités confondues, inscrits à la faculté d'Angers et avait pour but de les questionner concernant l'impact sur leur installation en cas d'instauration de mesures coercitives par l'état via un questionnaire.

Une opposition relative aux mesures coercitives était constatée avec une opinion défavorable allant jusqu'à 98% pour une obligation d'installation dans une zone sous dotée durant 5 ans. Au sein de cette étude seule un peu plus de la moitié des internes verrait son projet professionnel non modifié ou bien s'adapterait à ces mesures. Pour les autres étudiants, une adaptation au mode d'exercice par les remplacements, le travail hospitalier, voir un arrêt total de l'exercice médical (7 à 15% des étudiants en fonction de la durée des mesures coercitives) serait envisagé.

D'autre part, **une grande majorité des étudiants interrogés étaient des internes de médecine générale (71,65%) et 35% des internes enquêtés n'auraient pas fait médecine si ces mesures avaient été mises en place**, faisant craindre un désintérêt pour cette spécialité si ces mesures voyaient le jour.

Un autre argument avancé par les internes défavorables à la mise en place des mesures restrictives était la **pénibilité des études**. 77% des internes interrogés ne se sentent pas redevables à la société en raison de la gratuité de leurs études. Cette pénibilité se traduit par une souffrance

psychologique (27,7% des étudiants en médecine souffriraient d'un syndrome dépressif d'après une enquête des syndicats des étudiants en médecine de 2017). De telles mesures seraient donc vues comme une contrainte supplémentaire par les étudiants, en plus de celles présentes dans leur parcours.

Par contre, la moitié des internes étaient favorables au conventionnement en zone sur dense suite à un départ en retraite. Ce constat reflète bien une **prise de conscience des internes** avec une possibilité de négociation.

L'objectif secondaire de cette thèse était de définir le **profil des étudiants intéressés pour travailler en zone rurale**, territoire majoritairement concerné par les déserts médicaux.

36% des étudiants interrogés étaient issus de milieux ruraux, et ils étaient significativement plus nombreux à vouloir exercer en dehors des pôles urbains. « On peut donc penser que l'augmentation du nombre d'internes issus de milieux ruraux serait un facteur facilitant pour les installations dans les campagnes. Une piste de travail serait d'encourager les étudiants issus de milieux ruraux à se lancer dans les études de médecine. Cependant, la plupart des étudiants en médecine sont des enfants de cadres ou professions intermédiaires diplômés du supérieur, majoritairement présents en milieu urbain ».

Concernant le lieu d'exercice souhaité, « 34% des internes de l'échantillon souhaitaient idéalement exercer en milieu rural, 41% l'envisageaient. Pourtant, les installations en milieu rural ne concerneraient que 18% des installations. Plusieurs hypothèses sont émises expliquant cette discordance : des freins liés à l'entourage proche (70% des internes interrogés étaient en couple, 17% parents), l'absence de travail pour le conjoint, l'absence d'accès aux structures scolaires ou de loisirs de proximité. Malgré cela, 30% des internes interrogés se déclarent prêts à accepter de résider à 30 min de leur lieu de travail. Le problème d'accès à ces villes avec un manque de transport en commun ou la suppression des petites lignes de trains est-il en cause ? »

Par rapport à la structure d'exercice, 81% des jeunes MG exercent en groupe. Or, en ruralité, la pratique se fait plutôt en cabinet personnel, expliquant la modification de projets pour certains, même si on note une possible évolution avec les MSP.

## 3. Forces et faiblesses de l'étude

### 3.1 Forces

Cette enquête a permis de mieux appréhender les attentes des médecins libéraux concernant la suppression de liberté d'installation et notamment l'évolution possible avec des propositions pour le futur visant à améliorer la répartition médicale.

Il s'agit de la seule enquête française récente sur ce sujet interrogeant l'opinion des MG par questionnaire sur les mesures restrictives et coercitives retrouvées lors de nos recherches bibliographiques.

Le sujet avait été conçu initialement comme une enquête visant à recueillir l'opinion des MG vis à vis d'une possible suppression de la liberté d'installation en vue des prochaines négociations. L'actualité politique en a fait un sujet de premier plan suite aux débats politiques, ouvrant la voie à de nouvelles modalités d'installation.

Le choix d'interroger des MG installés et remplaçants permet d'avoir une population interrogée plus grande avec des tranches d'âges plus jeunes, en effet, les MG s'installent de plus en plus tard par crainte de non-satisfaction des conditions d'exercice. Avoir leur opinion nous paraissait donc essentielle puisqu'ils sont les plus concernés par les conditions d'installation future. La mobilité des médecins remplaçants permet également d'avoir un regard plus large sur leur ressenti en fonction des zones déjà remplacées, en zone urbaine ou rurale où parfois la démographie médicale est

insuffisante, on peut comprendre la difficulté d'exercer en cas de pénurie de MG et l'appel de certains médecins pour des mesures coercitives ou restrictives.

Les médecins pratiquant une spécialité exclusivement (homéopathie, médecine du sport, nutrition) étaient exclus de la population d'étude car considérés comme n'exerçant plus la médecine générale comme activité principale et de ce fait pouvant avoir une opinion moins objective.

## 3.2 Faiblesses

Plusieurs biais peuvent être identifiés dans notre étude.

**Un biais de recrutement** est présent car le questionnaire a été envoyé par voie dématérialisée (mail), excluant de principe les médecins non informatisés.

Les médecins retraités n'ont pas pu répondre à notre enquête, bien que souvent intéressés pour donner leur avis et propositions, leur expérience aurait pu contribuer à enrichir les propositions pour l'avenir.

Comme pour toute enquête d'opinion par réponse libre, seuls les médecins intéressés par le sujet d'étude répondent.

Concernant la répartition des MG répondants, le questionnaire n'a pas pu être relancé pour le département de Mayenne, à cause d'un refus du CDOM, entraînant un taux de participation plus faible (180 MG interrogés soit le plus petit effectif parmi les 5 départements).

Enfin, pour les médecins joints directement par mail, le taux de participation était plus élevé que pour le département où le questionnaire a été déposé sur le site du CDOM (Loire Atlantique).

Les médecins du Maine et Loire et de Sarthe ont été recrutés grâce à une liste « MSU » obtenue par l'aide de mon directeur, un biais de recrutement peut être estimé car ces médecins, maîtres de stage universitaire, peuvent se sentir plus impliqués dans les questionnaires de thèses.

**La question portant sur le département d'exercice n'est pas interprétable** car le taux de réponse est insuffisant, surement du fait de l'absence d'obligation de réponse.

De même, **la zone d'exercice** (urbaine, rurale, semi rurale) **a été omise** dans le questionnaire, rendant l'analyse croisée par zone d'exercice impossible, ce qui aurait pu être intéressant pour compléter les connaissances concernant les conditions d'exercice de notre population.

Enfin, une question portant sur le statut exercé en tant que médecin remplaçant ou installé aurait pu être posée, afin de voir si l'opinion différait en fonction du statut.

Une analyse croisée entre l'opinion des MG et le statut du médecin remplaçant ou installé aurait pu être intéressante, de même qu'une analyse portant sur le type d'exercice urbain ou rural, mais ces questions n'étaient pas représentées ou pas analysables dans le questionnaire.

## 4. Perspectives d'amélioration

L'intérêt de cette étude réside dans la contribution à la communication des opinions des MG à destination des représentants des médecins libéraux et des autorités dans le débat autour de la liberté d'installation des MG, mais aussi à destination des maires et élus des territoires afin de mieux comprendre les attentes et propositions des médecins pour le futur en vue d'une installation dans leur territoire pérenne et non transitoire.

Les propositions pour l'avenir visant à améliorer la démographie médicale proposées par notre population interrogée étaient davantage axées sur l'incitation et non la restriction.

**L'aménagement des territoires** avec la réhabilitation des zones déficitaires semble indispensable pour la majorité des MG interrogés. En effet, le choix du lieu d'installation est dépendant du cadre de vie et de l'environnement, les territoires ruraux doivent donc valoriser leurs territoires et leur cadre de vie.

**Le maintien des avantages financiers** est aussi plébiscité, ainsi qu'une revalorisation de l'acte en zone déficitaire.

**La lutte contre l'isolement** est essentielle, le développement des MSP est largement encouragé, ainsi que le compagnonnage des jeunes médecins.

En parallèle, les étudiants en médecine doivent dès leur entrée en deuxième cycle être sensibilisés à la médecine générale et l'exercice libéral en milieu rural avec le développement pour tous des **stages ambulatoires en zones sous dotées**. Cette proposition est d'ailleurs une des conclusions du travail de Florence GUAIS-LERAT (29), « l'acquisition d'expérience et la connaissance du secteur géographique sur lequel le médecin prévoit d'exercer sont deux conditions qui favorisent l'installation ». Les stages réalisés au cours de la formation permettent de procurer cette expérience et connaissance du secteur. Des hébergements collectifs comme pour les stages hospitaliers pourraient être envisagés afin de regrouper les étudiants en stage dans le même territoire et augmenter l'attractivité de ces lieux de stages.

La mise en place d'un **statut de MGH** pourrait aussi renforcer l'offre de soins dans certaines zones sous denses où l'installation en cabinet seul peut faire peur aux jeunes médecins, en particulier dans une ère où les MG semblent de plus en plus attirés vers un exercice hospitalier avec des avantages sociaux proches du milieu du salariat et souhaitent éviter l'isolement professionnel. Des centres de consultations de médecine générale au sein d'une structure hospitalière pourraient être créés permettant un plateau technique disponible proche avec des avis spécialisés facilités. En effet, d'après le travail de Florence GUAIS-LERAT, « la proximité d'un plateau technique et d'autres professionnels de santé influence positivement le choix d'un lieu d'installation » (29).

Si la majorité des médecins est contre des mesures coercitives, **les risques de la coercition** ont été évoqués par certains des MG interrogés :



- Certains pensent que les mesures coercitives rendraient la médecine générale « encore moins attractive à l'internat ».
- D'autres pensent que « cela provoquerait une baisse du nombre de MG car les MG femmes étant d'autant plus nombreuses, elles s'installent où les hommes trouvent du travail ».
- Un médecin cite comme risque à la coercition « le déconventionnement des médecins et à terme une médecine beaucoup moins égalitaire pour les patients ».
- Beaucoup évoquent que « les mesures financières quelles qu'elles soient ne peuvent pas à moyen-long terme contrebalancer les sacrifices qui doivent être faits en termes d'équilibre vie professionnelle - vie personnelle où la surcharge cognitive imposée par un exercice isolé ».
- Plusieurs citent aussi que « ces mesures ne prennent pas en compte le fait que le médecin qui remplacera ou s'installera dans ces zones n'est pas un petit étudiant de 20 ans qui n'a pas encore construit sa vie ».

**Pour les infirmières, un changement a été négocié avec les syndicats dans le cadre de la Convention en 2008, pour mettre en place le conventionnement sélectif.**

Ce conventionnement sélectif est effectif pour les sages femmes également depuis janvier 2012, et conditionne l'accès au conventionnement dans les zones identifiées comme sur-dotées à la cessation définitive de l'activité libérale d'un confrère conventionné. Cette coercition a été acceptée en échange d'une revalorisation des tarifs. Ces deux professions étant confrontées à une croissance dynamique de leurs effectifs.

Le même projet était envisagé pour les masseurs kinésithérapeutes, mais les syndicats ont récemment refusé de signer, jugeant les revalorisations tarifaires insuffisantes.

Ces mesures n'ont pourtant pas permis de rééquilibrage franc sur le territoire. D'après un rapport récent du Sénat (30), en ce qui concerne les infirmiers libéraux, la part des installations dans les zones « sur-dotées » a été réduite de moitié entre 2010 et 2016 (passant de 25 % à 12,4 %).

Cependant, le mouvement s'est davantage fait au profit des zones dites « intermédiaires », en dépit des aides financières instituées en cas d'installation dans les zones « très sous-dotées ».

En outre, la dynamique semble s'essouffler : la part des installations dans les zones sur-dotées reste stable, avec un nombre d'installations dans ces zones qui augmente même en valeur absolue depuis 2013. En ce qui concerne les sages-femmes, l'évolution de la part des installations dans les zones sur-dotées est plus sensible, celle-ci étant passée de près de 24 % en 2012, au moment de l'adoption de la mesure de régulation, à moins de 10 % en 2016.

Si l'on se tourne vers l'international, l'expérience des pays étrangers nous apprend que les mesures incitatives sont essentiellement utilisées pour réguler la démographie médicale. Certains pays ont un système plus restrictif. Les rapports de la littérature nous renseignent sur les principaux enseignements à tirer des mesures prises à l'étranger.

## **5. Législation à l'étranger**

### **5.1 Mesures concernant la formation initiale**

- L'augmentation des effectifs globaux a montré que malgré la concurrence et la saturation des zones à forte densité, les médecins continuent de s'y installer, et la situation des zones déficitaires ne s'améliore pas (11).
- Des formations spécifiques pour sensibiliser les futurs médecins aux zones déficitaires ont été développées en Australie, au Canada et aux Etats-Unis. Elle vise les étudiants originaires des zones sous dotées pour les « sensibiliser ».
- Des aides financières aux étudiants en échange d'engagement à exercer dans des zones déficitaires pour une durée déterminée existent aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume Uni et en Australie mais elles ont été jugées inefficaces au long terme du fait de la limitation dans le temps de l'obligation de service et de la possibilité de rachat de la bourse ou du prêt avant son terme. Au Québec, 37% des internes de médecine générale et des étudiants ne tiennent pas leur engagement jusqu'au bout (31).

## 5.2 Mesures d'aides à l'installation ou au maintien de l'exercice

### en zone prioritaire :

- Des aides financières ont été utilisées dans les provinces du Québec, de l'Ontario, au Royaume Uni, aux Etats-Unis et en Australie mais l'efficacité de ce dispositif a été jugée faible à long terme avec des effets d'aubaine voir pervers sur la productivité comme au Royaume Uni (le montant des capitations par patient étant majoré pour les MG en zone prioritaire a conduit à une baisse de taille des listes de patients pour les MG). De même, la prime à l'installation, instaurée entre 2001 et 2005 au Royaume Uni a été abandonnée car jugée inefficace (11).
- Des aides budgétaires sont aussi proposées pour lutter contre l'isolement professionnel (frais de déplacement, frais de FMC, investissement pour favoriser la collaboration, médecine de groupe, télémédecine, constitution de réseaux, ...) en zone prioritaire.

Le GRIS ou Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé de Montréal a fait une revue documentaire synthétisant les conclusions de la littérature internationale sur les facteurs favorisant l'implantation des médecins dans les zones rurales isolées (11). Le facteur le plus déterminant est le fait d'avoir vécu en milieu rural. La réalisation de stages en milieu rural et la formation spécifique à la pratique rurale montrent des résultats positifs. Les mesures d'incitation financières n'ont eu qu'un effet limité dans le temps (lié à la levée des obligations après une durée déterminée). Les facteurs motivants le départ de ces zones sont : la surcharge de travail, l'insuffisance de remplacement, l'isolement, la rémunération faible quand l'activité est faible, le manque de formation spécifique, les ressources insuffisantes de patientèle et d'ordre personnel : accès aux services, difficultés d'intégration.

Grâce à cette étude, de nouvelles stratégies ont été proposées pour favoriser l'implantation des médecins dans les zones rurales isolées comme le **développement de facultés de médecine en milieu rural et le renforcement des programmes de formations** adapté à la pratique rurale dans le cursus, ou encore des mesures visant à encourager l'effort des communautés et des régions

pour intégrer les médecins, ainsi que l'organisation d'un **système de mentorat** pour rassurer les jeunes médecins.

### 5.3 Mesures de limitation ou de contraintes à l'installation :

La régulation démographique médicale à l'étranger diffère selon les pays, certaines mesures sont plutôt basées sur l'incitation comme au Québec, tandis qu'elles sont presque inexistantes aux Etats Unis (32).

**Au Québec**, il n'y a pas de mesures de limitation à l'installation mais des mesures incitatives et désincitatives (les permis restrictifs d'installation concernent uniquement les étrangers). Les besoins sont planifiés par région socio-sanitaire, l'installation des professionnels est subordonnée à l'obtention d'une autorisation, et des avantages financiers sont offerts aux médecins qui s'installent dans les zones sous-médicalisées (actes majorés de 30%). Dans les 4 années suivant la mise en place de ces règles, les flux d'installations se sont inversés dans ces zones comparativement aux grandes villes. Avant de s'installer, les MG conventionnés doivent obtenir un avis de conformité au Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) de l'une des dix-huit régions socio-sanitaires dans laquelle ils veulent exercer. Les MG conventionnés qui exercent sans avis de conformité dans une région donnée voient leur rémunération réduite de 30 % pour chaque trimestre d'activité. Pour ceux qui souhaitent avoir une activité en milieu hospitalier, il faut en outre que des places soient prévues dans le Plan d'effectifs médicaux (PEM) de l'établissement qui doit les engager. Les PREM sont élaborés par les agences de la santé, qui sont instituées par le gouvernement dans chaque région, et sont révisés tous les trois ans.

**Aux Etats-Unis**, il n'existe pas à proprement parler de régulation de la démographie médicale. Elle est très peu administrée par l'Etat fédéral. La démographie médicale dépend en grande partie des places disponibles dans les universités dont un bon nombre sont privées. Les médecins peuvent s'installer librement où ils veulent. Leur statut social est comparable à celui des médecins français, même si le niveau moyen de revenus des praticiens français est moindre.

**En Australie**, un modèle FIFO a été proposé ("Is Fly In / Fly Out") où les médecins visitent régulièrement les communautés éloignées plutôt que d'y habiter à temps plein. Dans ce modèle, les médecins passent un nombre déterminé de jours au travail géographiquement éloignés de leur domicile et de leur famille, avec un soutien logistique (logement, transport), suivi d'un nombre déterminé de jours de retour à domicile.

Concernant les pays européens, deux grands modèles d'organisation règnent (33) : les systèmes "publics" comme la Grande Bretagne et l'Espagne, où le pouvoir de régulation des autorités publiques y est puissant et coercitif ; les systèmes "assurantiels" qui reposent sur un principe de conventionnement des médecins par des assurances (publiques ou privées) et qui donnent une certaine liberté d'installation (médecine essentiellement libérale avec conventionnement par l'assurance maladie, exercice en cabinet privé) en Allemagne, aux Pays Bas et en Belgique. L'installation des médecins de ville est libre dans ces pays et ne souffre d'aucune contrainte quant à l'installation dans un territoire.

**En Espagne**, l'installation d'un médecin dans un centre est conditionnée par son affectation par la Communauté Autonome au sein de laquelle il a fait ses études.

**En Angleterre**, la régulation de l'installation est géographique avec une contractualisation du National Health Service (NHS) pour chaque cabinet de généraliste qui régit principalement les conditions de rémunération du cabinet, sachant que les soins fournis en cabinet de généralistes sont gratuits pour le patient. Par conséquent en absence de contrat entre le NHS et le cabinet, il ne peut y avoir d'accès aux soins. Le NHS England fixe le budget correspondant par zone géographique et décide in fine de l'ouverture des cabinets de MG. Ensuite, la FHSA (Family Health Service Authority) doit approuver l'installation d'un nouveau médecin, et il dispose, pour ce faire, d'indicateurs fixant un taux minimum par rapport à la population d'une zone. Ce FHSA est un organisme local, dont le territoire correspond à celui d'un comté. Les généralistes n'ont pas le droit de s'installer dans des zones à forte densité médicale, et des incitations financières sont prévues pour les orienter vers des zones à faible densité. Chaque médecin est sous contrat avec le FHSA qui le rémunère en proportion de la clientèle inscrite chez lui (sa clientèle ne peut donc excéder une certaine taille), mais surtout en fonction du respect d'objectifs.

Dans les deux cas, l'installation des médecins de ville est donc soumise à un système d'affectation qui les répartit dans les cabinets en fonction des places disponibles. Cependant, si en Angleterre les médecins ont la "liberté" de postuler aux postes vacants sur l'ensemble du territoire, en Espagne ils doivent postuler aux postes vacants publiés par la Communauté Autonome dans laquelle ils ont fait leurs études. La restriction de la liberté d'installation semble donc plus marquée en Espagne avec une installation limitée d'une part en termes de quantité de postes disponibles et également d'autre part via une limitation de l'installation sur le plan géographique.

**L'Allemagne** est le seul pays à système assurantiel ayant mis en place un dispositif quasiment coercitif (à travers le "Bedarfsplan") avec la restriction des nouvelles installations par spécialité et par zone géographique. Le principe est de n'autoriser l'installation de nouveaux médecins que dans des zones où le nombre de médecins par habitant est inférieur au seuil fixé par le Comité national. Un rapport récent a montré que le conventionnement sélectif (principe « d'une installation

pour un départ » dans les zones sur denses) empêche l'installation de nouveaux médecins dans les zones sur denses, mais ne l'impose pas dans les zones sous denses. Ils ont constaté une fuite des médecins vers d'autres formes d'exercice, ou des installations à la limite des zones sur denses (34). Un effet de détournement des étudiants des filières médicales a aussi été retrouvé sans améliorer la répartition des professionnels de santé (35).

**Aux Pays Bas**, il n'y a pas de problème de démographie médicale, les MG sont libres de s'installer là où ils le souhaitent.

**La Belgique** a introduit depuis la fin des années 1990 des quotas de conventionnement de nouveaux médecins par spécialité, au niveau national. Ces quotas visaient à réguler le nombre de nouveaux conventionnements pour certaines spécialités.

#### 5.4. Recours aux médecins étrangers :

Le recours à des médecins diplômés à l'étranger est de plus en plus utilisé dans de nombreux pays comme levier permettant de résoudre les problèmes de raréfaction et de répartition des médecins (33). En 2010, la part des médecins diplômés à l'étranger représentait 19,5% des médecins en activité en France alors qu'ils étaient respectivement de 26,4%, 52,8%, 34,9%, 35,4% et 25,4% aux Etats-Unis, Australie, Canada, Royaume Uni et Belgique. En France, les médecins étrangers exercent principalement à l'hôpital, et leur installation en ambulatoire n'est pas conditionnée à des critères géographiques.

Les travaux du CNOM de 2014 à 2017 dressent une géographie des médecins diplômés étrangers et de leur lieu d'installation ainsi que de leur profil. Ils exercent principalement une activité salariée à 60% contre 25% de libéraux, et ont une répartition régionale contrastée. L'évolution de la libre circulation et de l'installation des médecins à l'échelle mondiale ou européenne avec la forte migration des pays d'Europe Centrale et de l'Est (Pologne, Rép. Tchèque, Slovaquie, Hongrie, Roumanie) ont eu

un impact important en France. La Directive Européenne de 2005 a institué une reconnaissance automatique des diplômés européens, rendant la libre circulation des médecins titulaires d'un diplôme européen et peuvent à ce titre s'installer où ils le souhaitent. Avec l'entrée de la Roumanie dans l'Union Européenne en 2007, la France a connu une entrée massive de médecins provenant de ce pays. Entre 2007 et 2017, les effectifs de médecins roumains ont bondi de 629%, passant de 560 à 4254 ce qui place la Roumanie comme premier pays pourvoyeur parmi les pays européens, devant la Belgique (16%).

Toutefois, contrairement aux idées reçues, cette population de médecins diplômée à l'étranger n'est pas une réponse aux difficultés territoriales d'accès aux soins. Ces médecins étrangers, quelque soit leur nationalité, ne s'installent pas dans les zones déficitaires, et la part d'exercice salariée est dominante (36).

Les contraintes à l'installation pour les médecins étrangers ont été testées aux EU, au Canada et en Australie avec une efficacité jugée à court terme. Ces 3 pays autorisent à exercer en contrepartie de le faire en zone prioritaire. Aux EU, l'obligation est limitée à la première année d'installation, à 5 ans au Canada et 10 ans en Australie. Cependant, il existe une possibilité de rachat pour soustraire l'obligation aux EU et au Canada, mais pas en Australie. L'efficacité de ces mesures est donc fonction de la durée des obligations (33).

**Les mesures de coercition ne semblent donc pas fournir une solution pérenne pour les territoires sous denses, en France comme à l'étranger.** Les rapports de la littérature soulignent l'absence de solution unique, durable et satisfaisante au problème de la répartition des services de soins et de santé sur le territoire.

**Les stratégies incitatives financières,** qu'elles portent sur la formation initiale ou sur l'installation, semblent n'avoir qu'une **influence modérée à court terme et très faible à long terme.**



Surtout, leur intérêt d'un point de vue coût-résultat, compte tenu des effets d'aubaine intrinsèques, reste très discuté.

La littérature mentionne des **résultats plus favorables en ce qui concerne les politiques visant à réformer la formation initiale**, et notamment celles conduisant à mieux cibler les étudiants les plus à même de s'installer ultérieurement dans des zones déficitaires ou à mieux adapter le contenu des formations au contexte particulier de la pratique dans ces zones.

Par ailleurs, l'importance de l'association des différents types de mesures, des approches conjointes sur les différentes professions est soulignée.

## CONCLUSION

Les MG des Pays de la Loire sont en majorité en désaccord avec la mise en place de mesures coercitives à l'installation. L'opinion demeure moins tranchée pour les mesures désincitatives. 52% des MG interrogés sont d'accord pour la mise en place d'un conventionnement sélectif en cas de cessation d'activité uniquement en zone surdense.

La position des MG n'est donc pas « arrêtée ». La nécessité d'évolution est soulignée par une grande majorité des sondés. Toutefois, les mesures restrictives ne semblent pas être la piste à emprunter.

Les études de la littérature confirment l'inefficacité à moyen et long terme des mesures incitatives financières.

L'agencement des territoires semble un élément indispensable pour favoriser l'installation des jeunes médecins. Un jeune médecin qui termine ses études n'est pas un étudiant(e) seul(e) sans attache, mais a déjà un parcours de vie avec des choix de vie personnels et familiaux à prendre en compte dans sa future installation. Ces choix de vie n'obéissent pas à une loi mathématique mais sont orientés par des critères subjectifs difficiles à analyser...

Un territoire aménagé avec des structures d'accueil suffisantes permettrait aux jeunes médecins de concilier vie personnelle et professionnelle, ambition majeure des nouvelles générations, moins désireuses de travailler 70 heures par semaine, malgré un revenu important.

Ce phénomène est d'autant plus accentué avec la féminisation de la médecine, particulièrement de la médecine générale, car, en l'état actuel de la société, ce sont encore essentiellement les femmes qui s'occupent des enfants durant les premières années, nécessitant d'une part des services publics, d'autre part un aménagement de l'emploi du temps, difficile dans des territoires déserts où on exerce seul(e) sans structures adaptées.

Notre travail permet aussi d'amener des pistes de travail pour l'avenir, en cherchant des voies d'amélioration pour l'exercice en zone sous dotée. La peur d'une charge cognitive excessive, souvent incompatible avec un exercice à long terme dans ces zones, permet de se concentrer sur des pistes d'améliorations et de propositions, pour rassurer les jeunes médecins et permettre une installation sans crainte d'un exercice solitaire. Le développement des MSP pourrait apporter des éléments de réponse, en privilégiant d'avantage le travail collectif et les interactions avec les autres professionnels, tout comme le développement du salariat de médecine générale.

Les MSP se développent depuis une dizaine d'années et rencontrent un certain succès. Il a été montré qu'elles améliorent l'accès aux soins (37). Entre 2008 et 2020, 1300 MSP ont été créées en France ; elles sont très majoritairement implantées dans les territoires médicalement défavorisés. Au cours de la période 2008-2014, les revenus des MG ayant choisi d'exercer dans une MSP progressent plus rapidement que ceux de leurs confrères. Cela s'explique notamment par une augmentation plus rapide de la taille de leur file active et donc des rémunérations forfaitaires associées. Pour autant, l'évolution du nombre de leurs consultations et visites n'apparaît pas significativement différente. La capacité des médecins en MSP à accroître leur patientèle sans augmenter le nombre d'actes dispensés peut s'interpréter comme un effet de la coordination entre professionnels de la MSP. Compte tenu de l'implantation géographique des MSP, plutôt en zone faiblement dotée en MG, cette hausse de la taille de la patientèle peut également s'interpréter comme une amélioration de l'accès aux soins.

Mais la mise en place des MSP demande une participation des pouvoirs publics non négligeables... Et malgré tout, il existe des zones où même en collectif, des professionnels refusent de s'installer.

Les installations en structures collectives couplées à la revitalisation des zones sous denses pourraient réduire cette appréhension. De même, des mesures identiques dès l'internat, avec le regroupement d'étudiants en zone rurale durant les premiers stages, visant à adapter la formation

initiale des étudiants en adaptant le contenu des formations au contexte particulier de la pratique dans ces zones pourraient être favorables.

Tout cela rappelle la complexité de la notion de « déserts médicaux », qui ne se résume pas à l'accès aux consultations ou à la présence de professionnels de santé sur un territoire.

D'ailleurs, le terme « médical » renvoie souvent au seul manque de MG, qui sont les médecins du quotidien. En réalité, toutes les professions de santé sont concernées par ces questions de densité insuffisante dont sages femmes, dentistes, et aussi les professions paramédicales : masseurs kinésithérapeutes, infirmières ou pharmaciens...

D'autre part, ces territoires retrouvent parfois d'autres services publics désertés comme la poste, l'école, la boulangerie, banque, et des commerces fermés.

Il sera donc difficile de convaincre un professionnel d'une trentaine d'années de s'installer dans un territoire où ses proches ne pourront pas trouver d'emploi, où il lui sera difficile de scolariser ses enfants au-delà de l'école primaire, et où la vie culturelle ou sociale n'est pas celle à laquelle il aspire...

Les inégalités territoriales ne sont donc qu'un aspect d'un problème plus large d'aménagement du territoire. Il semble illusoire d'espérer les réduire sans prendre en compte toutes les composantes.

La régulation géographique des installations des praticiens libéraux est un dispositif contraignant qui doit reposer sur l'adhésion des praticiens. Sans négociation avec les concernés, une évolution inefficace pourrait avoir lieu en défaveur des zones sous dotées. S'intéresser aux mesures centrées sur les déterminants de l'installation est une piste de réflexion qui pourrait rassembler l'opinion des médecins ... .

Les questions soulevées par ce débat sont multiples : en contraignant, ne risque t-on pas de remplacer une complication (les inégalités territoriales de santé) par une autre (pénurie généralisée de médecins libéraux) ?

Le projet de loi santé 2022 ne contient pas de mesures contre la liberté d'installation mais plusieurs mesures pour adapter l'organisation des soins aux évolutions parmi lesquelles :

- une réforme des études médicales avec la suppression du numerus clausus depuis la rentrée 2021 au profit d'objectifs nationaux pluriannuels. Cela signifie que les effectifs d'étudiants seront fixés par les universités, en accord avec les ARS, selon les capacités et les besoins des territoires. L'objectif est d'augmenter de 20% environ le nombre de médecins formés.
- un stage d'au moins 6 mois dans les zones sous tensions en MG, en cabinet de ville ou en maison de santé dans les zones manquant de professionnels pour les futures MG : les facultés et les ARS devront trouver des terrains de stage en priorité dans les territoires en tension.

Cependant, cette réforme est perçue par beaucoup comme un « effet d'annonce », comme l'explique le vice-présidente chargée de l'enseignement supérieur à l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France). « La sélection pour entrer en deuxième année de santé reste tout aussi importante car la capacité d'accueil des facs est limitée ». Le doyen de l'université de Caen, président de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé), est plus optimiste. Selon lui "chaque territoire va devoir estimer ses besoins sur les 10-15 prochaines années, en fonction de l'âge de sa population, des flux de médecins, des capacités d'accueil dans les formations... En parallèle, une concertation nationale avec l'ONDPS évaluera les grandes évolutions de la population, des maladies, etc. pour dégager les grandes tendances à venir" (38).



## BIBLIOGRAPHIE

1. DRESS. Dossier de presse. Démographie des professionnels de santé. 2018. [Internet].  
[cité le 9 mai 2020]  
Disponible sur : [https://dress.solidarites-gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_presse\\_demographie.pdf](https://dress.solidarites-gouv.fr/IMG/pdf/dossier_presse_demographie.pdf)
2. Bulletin de l'Ordre National des médecins. N°63. Septembre octobre 2019.
3. CNOM.fr. Atlas de la démographie médicale de France, situation du 1<sup>er</sup> janvier 2019. [Internet].  
[cité le 9 mai 2020]  
Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)
4. Dossiers de la DRESS. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Von Lennep Franck. Mai 2017. N°17. ISSN 2495-120X
5. Sénat.fr. Rapport d'information du Sénat, « Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires ». [Internet] [cité le 9 mai 2020]  
Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6865.html>
6. Pacte Territoire Santé, « Pour lutter contre les déserts médicaux ». Communiqué de presse du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Dossier de presse. 13 décembre 2012.
7. Rapport du Dr Elisabeth Hubert, ancien Ministre de la Santé, sur la médecine de proximité, 2010.
8. Améli.fr. L'essentiel de la convention médicale de 2016. [Internet] [cité le 10 mai 2020]  
Disponible sur : <https://www.ameli.fr/bayonne/medecin/textes-reference/convention-medicale-2016/convention-2016-essentiel>
9. Rousset G. « Déserts médicaux », accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au cœur des préoccupations de santé. CIST2016 – En quête de territoire(s) ?, Collège international des sciences du territoire (CIST). Mars 2016. Grenoble, France. Pp.415-420. Hal-01353678

10. Sengler P. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine - Etat des lieux des dispositifs d'aide à l'installation des médecins en France et perspectives innovantes. Université de Strasbourg ; 2018.
11. INSAR-IMG 2010. Brabant B. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine - Influence des aides incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones sous dotées. Université de Paris Diderot ; 2013.
12. REAGJIR. Réduire les déserts médicaux. La coercition une fausse bonne idée. [Internet]  
[cité le 11 mai 2020]  
Disponible sur : <https://www.reagjir.fr/presse/reduire-les-deserts-medicaux-la-coercition-une-fausse-bonne-idee/>
13. CMSF. Rapport sur les déserts médicaux : le Cese manque la cible. [Internet]  
[cité le 11 mai 2020]  
Disponible sur : <https://www.csmf.org/actualites/2017-12-13-000000/rapport-su-les-deserts-medicaux-le-cese-manque-la-cible>
14. MG France. Démographie médicale : le retour des travaux forcés ? [Internet]  
[cité le 11 mai 2020]  
Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/index.php/component/tags/tag/coercition>
15. Academie-medecine.fr. Rapport d'information du Sénat, séance du 27 mars 2007, « Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? ».  
[Internet] [cité le 9 mai 2020]  
Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/07-11-comment-corriger-linegalite-de-loffre-de-soins-en-medecine-generale-sur-le-territoire-national/>
16. Rousset G. "Déserts médicaux", accès aux soins et liberté d'installation : le territoire au coeur des préoccupations de santé. Collège international des sciences du territoire (CIST). mars 2016. pp 415-420. Hal-01353678
17. Castaigne S. et Lasnier Y. « Les déserts médicaux », avis du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE). Décembre 2017. [Internet] [cité le 10 mai 2020]  
Disponible sur : [https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017\\_27\\_deserts\\_medicaux.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_27_deserts_medicaux.pdf)



18. Rapport d'information sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, n° 123. [Internet]

Disponible sur : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/plfss\\_2017](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/plfss_2017)

19. Sénat.fr. Déserts médicaux, agir vraiment. Maurey H. Rapport d'information Parlementaire. N°335. 5 Février 2013. p.34. [Internet]. [cité le 11 mai 2020]

Disponible sur : [http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-335\\_mono.html](http://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-335_mono.html)

20. Barbereau E. La désertification médicale : un enjeu politique ? Appropriation et investissement du problème par les élus locaux. Mémoire Sciences Politiques Université de Lyon. Institut d'Etudes Politiques de Lyon, 2015-2016.

21. Tabuteau D. « Les pouvoirs de la santé, la complexité d'un système en quête de régularisation ». Les Tribunes de la Santé. N°41, 2013/4, p 37 à 55.

22. Gandon P, Salardaine E. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine - Impact sur l'installation des jeunes médecins angevins en cas d'instauration de mesures coercitives par l'Etat. Faculté d'Angers ; 2020. [cité le 20 janvier 2022].

23. Coppolani E. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine - Je peux m'installer mais je ne le fais pas, pourquoi ? Université de Toulouse ; 2014.

24. Tutoriel Lime Survey : « Analyser et exporter ses données ». Université de Québec à Chicoutimi (UQAC). [Internet]

Disponible sur : <https://www.uqac.ca/tutoriel/guides/limesurvey-2019pdf>

25. SurveyMonkey.fr. Taille de l'échantillon de sondage.

[Internet] [cité le 9/02/2021]

Disponible sur : <https://fr.surveymonket.com/mp/sample-size>

26. ORS des Pays de la Loire (2018). Démographie des médecins en Pays de la Loire : généralistes. Situation 2017 et évolution. La santé observée. #1. 4p.

27. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2020.

28. Clisson R. Mémoire de Master 2. Recherche en Santé Publique - Comment les jeunes médecins généralistes s'installent en zone rurale ? Université d'Angers ; Année 2020-2021.
29. Guais Lerat F. Rapport d'étude : étude des facteurs favorisant l'installation des médecins généralistes libéraux en Bourgogne. 1<sup>er</sup> juillet 2015. [cité le 20 janvier 2022]
30. Senat.fr. Accès aux soins : promouvoir l'innovation en santé dans les territoires. [Internet]
31. Bertrand Y. Rapport de Commission « Démographie médicale » au ministère de la santé et des solidarités. avril 2005.
32. DRESS. Document de travail. La régulation de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni. Etude monographique, n°120 juin 2001.
33. ONDPS. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. Volume 1. Mars 2015.
34. Vanlerenberghe J-M, Daudigny. Organisation et financement de la médecine de ville en Allemagne. Rapport d'information au Sénat. Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales. Rapport n°867. 30 septembre 2016. p23
35. Bourgueil Y. et Mousquès J. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé, les enseignements de la littérature. N°116, décembre 2016.
36. CNOM. Bouet. P et Rasse. S. Etudes longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France : perspectives des flux migratoires et trajectoires. Paris. 2017. CNOM. p166
37. Cassou M, Mousquès J, Franc C. Rapport de la DREES, Exercer en maison de santé pluri professionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. Mai 2021. N° 1193, p1.
38. Bluteau P. La suppression du numerus clausus : un effet d'annonce ?  
[Internet] [cité le 10 février 2021]  
Disponible sur : <https://www.letudiant.fr/educpros/actualite/la-suppression-du-numerus-clausus-un-simple-effet-d-annonce.html>



# LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Evolution des effectifs de MG en activité régulière depuis 2010.....	3
Figure 2 - Projection des effectifs de MG en activité régulière jusqu'en 2025.....	3
Figure 3 - Répartition par tranches d'âges des médecins interrogés, en pourcentages.....	23
Figure 4 - Répartition du mode d'exercice des médecins interrogés en pourcentage.....	25
Figure 5 - Répartition du type de structure des médecins interrogés en pourcentage.....	25
Figure 6 - Répartition de l'ancienneté des médecins interrogés en années.....	27
Figure 7 - Répartition du temps de travail hebdomadaire des MG.....	28
Figure 8 - Opinions des MG à la mise en place d'un bonus malus à l'installation selon la densité.....	32
Figure 9 - Opinions des MG interrogés à la mise en place d'un conventionnement si cessation d'activité en zone surdense.....	33
Figure 10 - Opinion des MG à un conventionnement sélectif en fonction de l'offre de soins.....	34
Figure 11 - Opinion des MG à la création d'un statut praticien hospitalier de médecine générale.....	35
Figure 12 - Opinion des MG à un exercice imposé en ZSD 3 ans dans la région de formation.....	36
Figure 13 - Opinion des MG à un exercice imposé en ZSD 5 ans dans la région de formation.....	36
Figure 14 - Opinion des MG à un exercice imposé en ZSD 3 ans dans la région de choix.....	37
Figure 15 - Opinion des MG à un exercice imposé en ZSD 5 ans dans la région de choix .....	38
Figure 16 - Opinion des MG pour un exercice imposé en ZSD pour les remplaçants en dehors des vacances scolaires.....	39
Figure 17 - Opinion des MG pour un exercice imposé en ZSD pour les remplaçants au moins 50% du temps d'activité.....	39
Figure 18 - Opinion des MG à la mise en place d'un numerus clausus à l'installation.....	40
Figure 19 - Impact comportemental des mesures législatives pour les MG installés.....	45

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I - Répartition des effectifs en fonction du genre.....	23
Tableau II - Analyse de la population en détail par sexe.....	24
Tableau III - Analyse univariée de l'opinion des MG à propos du conventionnement sélectif en zone sur dense en cas de cessation d'activité et des caractéristiques personnelles des médecins.....	42
Tableau IV - Analyse univariée de l'opinion des MG à propos d'un exercice en zone sous dense pendant 5 ans dans la région de formation et caractéristiques personnelles des médecins.....	43

## LISTE DES CARTES

Carte 1 - Répartition des communes en fonction de l'indicateur APL .....	5
Carte 2 - Territoires fragiles pour l'accès aux MG.....	6
Carte 3 - Variation départementale 2019-2020 des effectifs de MG en activité régulière (%).....	51
Carte 4 - Positionnement des départements par rapport à la médiane en termes de densité de MG en activité régulière.....	52

# ANNEXES

## 1. Annexe n°1 - Trame du questionnaire diffusé sur Lime Survey

Partie 1 : Situation personnelle et organisation de travail (cochez la case correspondante)

1) Quel est votre sexe ?

☐ Féminin                      ☐ Masculin

2) Quel est votre âge ?

☐ < 35 ans                      ☐ Entre 35 et 55 ans                      ☐ > 55 ans

3) Quel est votre situation personnelle ?

☐ En couple                      ☐ Célibataire

4) Avez vous des enfants ?

☐ Oui                      ☐ Non

5) Envisagez vous ou vous êtes-vous installé dans une autre région que celle où vous avez fait vos études ?

.....

6) Quel est le temps de trajet entre votre lieu de résidence et votre lieu d'exercice (en min) ? .....

7) Quel est votre mode d'exercice ?

☐ Libéral intégral  
☐ Salariat intégral de premier recours en centre de santé  
☐ Mixte comme libéral et salarié en centre de santé (ambulatoire) \*  
☐ Mixte comme libéral et salarié hospitalier \*

\* Si exercice mixte, précisez le pourcentage d'exercice salarié en commentaire dans le carré ci-contre :

.....

8) Dans quel type de structure exercez vous ?

☐ Seul  
☐ En cabinet de groupe  
☐ En cabinet de groupe avec une ESP (Equipe de Soins Primaires)  
☐ En structure pluridisciplinaire

9) Dans quelle zone géographique d'exercice vous situez vous ?

- ☐ Zone à densité normale de médecins
- ☐ Zone menacée à court terme
- ☐ Zone à faible densité médicale

Précisez la commune en commentaire dans le carré ci-contre : .....

10) Depuis combien d'années exercez vous en libéral ?

- ☐ < de 5 ans
- ☐ Entre 5 et 10 ans
- ☐ Entre 10 et 20 ans
- ☐ Entre 20 et 30 ans
- ☐ Plus de 30 ans

Partie 2 : Satisfaction par rapport à la situation actuelle

11) Combien d'heures de travail par semaine effectuez vous ?

- ☐ < 40 heures
- ☐ Entre 40 et 50 heures
- ☐ Plus de 50 heures

12) Votre temps de travail vous satisfait-il (commentaires libres) ?

.....  
.....

13) Trouvez vous facilement des remplaçants ?

- ☐ oui
- ☐ non

14) Pensez vous que vos patients ont facilement accès à un rendez-vous ?

- Chez un médecin généraliste :

- ☐ oui
- ☐ non

- Chez un médecin spécialiste de premier recours (cardiologue, ORL, dermatologue, ophtalmologue, pédiatre) :

- ☐ oui
- ☐ non

15) Que pensez-vous de la législation actuelle à savoir la liberté d'installation avec des mesures incitatives financières privilégiées ? .....

.....



Partie 3 : Opinion concernant les mesures proposées par l'Etat

16) A propos des mesures désincitatives suivantes qui pourraient être envisagées, seriez vous favorables à :

- L'instauration d'un système de bonus malus à l'installation en fonction de la densité médicale :

- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Ne sait pas

- En zone sur-dense, un conventionnement à l'assurance maladie possible seulement en cas de cessation d'activité d'un médecin généraliste de la zone :

- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Ne sait pas

- Un conventionnement sélectif en fonction de la densité de l'offre de soins de la zone d'installation (c'est à dire en fonction du manque de médecin ou non de la région) :

- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Ne sait pas

- La mise en place d'un nouveau statut de praticien hospitalier de médecine générale avec un exercice mixte ambulatoire hôpital, effectuant des consultations avancées dans des centres de santé, avec une pratique libérale mais des avantages sociaux proches du salariat (congrés payés, assurance maladie, retraite, complémentaire, 35 heures, ...) valables dans des zones de faible densité médicale uniquement :

- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Ne sait pas

17) A propos de mesures coercitives ressortant le plus fréquemment dans le débat public, seriez vous favorables à l'obligation pour les jeunes médecins après leur formation d'exercer dans une zone sous dense quelque soit leur statut (remplaçant, collaborateur ou associé) :

	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt en désaccord	Ne sait pas
* Pendant leurs trois premières années <u>dans la région où ils ont été formés :</u>				
* Pendant leurs cinq premières années <u>dans la région où ils ont été formés :</u>				
* Pendant leurs trois premières années <u>dans la région de leur choix :</u>				
* Pendant leurs cinq premières années <u>dans la région de leur choix :</u>				

- La mise en place de mesures restrictives pour les médecins remplaçants uniquement à savoir :

	Plutôt d'accord	Indifférent	Plutôt en désaccord	Ne sait pas
* Des remplacements obligatoires en zone déficitaire <u>en dehors des vacances scolaires :</u>				
* Des remplacements obligatoires en zone déficitaire <u>au moins 50% du temps d'activité :</u>				

- L'instauration d'un numerus clausus à l'installation avec le choix du lieu de l'installation lors de la dernière année de l'internat sur une liste nationale définie par l'ARS en fonction des besoins :

- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Indifférent
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Ne sait pas

#### Partie 4 : Impact des mesures coercitives et restrictives et propositions d'amélioration

18) Si les mesures citées plus haut venaient à entrer en vigueur, quel impact pensez-vous que cela aurait sur votre pratique ?

- Si vous êtes installé(e) : (éventuelles difficultés à trouver des collaborateurs ou des remplaçants si déjà installé en zone surdense, en raison d'un malus ou d'un statut plus avantageux en zone sous-dense)

- ☐ Je continuerais d'exercer de la même manière,
- ☐ Je ferais le choix de me déconventionner (patients pas remboursés par la sécurité sociale),
- ☐ Je modifierais mon mode d'exercice (pratique hospitalière ou salariée ou remplaçant),
- ☐ Je modifierais mon lieu d'exercice (déménagement hors zone sur dense),
- ☐ J'arrêterais mon exercice (réorientation ou autre).
- ☐ Non concerné \*

\* Si vous êtes remplaçant, cochez la case « non concerné » pour passer à la question suivante.

- Si vous êtes remplaçant :

- ☐ Je continuerais d'exercer de la même manière,
- ☐ J'adapterais mon projet d'installation à la législation,
- ☐ Je ne souhaiterais pas m'installer et resterais remplaçant,
- ☐ Je souhaiterais m'installer et ne serais plus remplaçant même en cas de pénalités financières,
- ☐ Je ferais le choix de ne pas me conventionner (patients pas remboursés par la sécurité sociale),
- ☐ J'arrêterais mon exercice (réorientation ou autre).
- ☐ Non concerné \*

\* Si vous êtes installé, cochez la case « non concerné » pour passer à la question suivante.

19) Selon vous, quelles mesures favoriseraient l'installation des médecins généralistes en zones sous dotées ?

.....  
.....

Merci de votre participation.

Je suis disponible pour toute question à l'adresse mail suivante : lauravw14@gmail.com

## **2. Annexe n°2 – Courrier diffusé avec le questionnaire**

Bonjour,

Je me permets de vous envoyer un mail car je suis actuellement remplaçante en médecine générale et je travaille sur ma thèse ayant pour thème la liberté d'installation des médecins généralistes.

Je suis dirigée par le Dr PY de la faculté d'Angers et j'aimerais effectuer une enquête d'opinion via un questionnaire s'adressant aux médecins généralistes installés et remplaçants des Pays de la Loire pour connaître leur avis sur la mise en place éventuelle de mesures restrictives à l'installation.

Afin de recueillir des avis sur une population la plus hétérogène possible avec des zones géographiques distinctes et de plusieurs départements, je me permets de vous adresser le lien de mon questionnaire.

Lien du questionnaire :

<http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/597833?lang=fr>

Merci de votre réponse

Bien cordialement,

Melle Vanwormhoudt Laura

### 3. Annexe n°3 – Tableaux d'analyse croisé

CONDITIONS D'EXERCICE		D'ACCORD (%)	INDIFFERENT (%)	PAS D'ACCORD (%)	SANS REPONSE (%)
<b>Temps de trajet</b>	T < 15 min (237)	133 (56%)	22 (9%)	72 (30%)	10 (4%)
	T 15 à 30 min (147)	67 (46%)	11 (7%)	59 (40%)	10 (7%)
	T > 30 min (28)	15 (54%)	2 (7%)	10 (36%)	1 (4%)
<b>Mode d'exercice</b>	Libéral (349)	<b>188 (54%)</b>	26 (7%)	118 (34%)	17 (5%)
	Salarié (9)	3 (33%)	1 (11%)	<b>5 (56%)</b>	0 (0%)
	Mixte ambulatoire (17)	7 (41%)	3 (18%)	6 (35%)	1 (6%)
	Mixte hospitalier (35)	15 (43%)	5 (14%)	12 (34%)	3 (9%)
<b>Structure</b>	Seul (47)	<b>26 (55%)</b>	4 (9%)	15 (32%)	2 (4%)
	En groupe (186)	89 (48%)	19 (10%)	65 (35%)	13 (7%)
	ESP (36)	<b>21 (58%)</b>	2 (6%)	12 (33%)	1 (3%)
	Pluridisciplinaire (141)	<b>77 (55%)</b>	10 (7%)	49 (35%)	5 (4%)
<b>Zone géographique</b>	Normale (157)	83 (53%)	10 (6%)	53 (34%)	11 (7%)
	Menacée à court terme (73)	33 (45%)	8 (11%)	27 (37%)	5 (7%)
	Faible (180)	97 (54%)	17 (9%)	61 (34%)	5 (3%)
<b>Temps de travail</b>	< 40 H (97)	47 (48%)	7 (8%)	39 (40%)	4 (4%)
	Entre 40 et 50 H (177)	90 (51%)	15 (8%)	64 (36%)	8 (5%)
	> 50 H (136)	<b>76 (56%)</b>	13 (10%)	38 (28%)	9 (7%)
<b>Facilité remplacements</b>	Oui (123)	64 (52%)	12 (10%)	41 (33%)	6 (5%)
	Non (241)	125 (52%)	19 (8%)	85 (35%)	12 (5%)
	NR ? (46)	24 (52%)	4 (9%)	15 (33%)	3 (7%)
<b>RDV MG facile</b>	Oui (276)	143 (52%)	20 (7%)	94 (34%)	19 (7%)
	Non (134)	70 (52%)	15 (11%)	47 (35%)	2 (1%)
<b>RDV SPE facile</b>	Oui (33)	17 (52%)	1 (3%)	12 (36%)	3 (9%)
	Non (377)	196 (52%)	34 (9%)	129 (34%)	18 (5%)

Tableau V : Analyse croisé entre l'opinion des MG concernant un « conventionnement sélectif seulement si cessation d'activité en zone sur dense » et les conditions d'exercice des médecins.

CONDITIONS D'EXERCICE		D'ACCORD (%)	INDIFFERENT (%)	PAS D'ACCORD (%)	SANS REPONSE (%)
<b>Temps de trajet</b>	T < 15 min (237)	26 (11%)	29 (12%)	169 (71%)	13 (5%)
	T 15 à 30 min (147)	15 (10%)	11 (7%)	112 (76%)	9 (6%)
	T > 30 min (28)	1 (4%)	1 (4%)	26 (93%)	0 (0%)
<b>Mode d'exercice</b>	Libéral (349)	38 (11%)	30 (9%)	261 (75%)	20 (6%)
	Salarié (9)	1 (11%)	2 (22%)	6 (67%)	0 (0%)
	Mixte ambulatoire (17)	1 (6%)	3 (18%)	12 (71%)	1 (6%)
	Mixte hospitalier (35)	2 (6%)	4 (11%)	28 (80%)	1 (3%)
<b>Structure</b>	Seul (47)	10 (21%)	5 (11%)	25 (53%)	7 (15%)
	En groupe (186)	17 (9%)	18 (10%)	140 (75%)	11 (6%)
	ESP (36)	3 (8%)	2 (6%)	30 (83%)	1 (3%)
	Pluridisciplinaire (141)	12 (9%)	14 (10%)	112 (79%)	3 (2%)
<b>Zone géographique</b>	Normale (157)	11 (7%)	11 (7%)	123 (78%)	12 (8%)
	Menacée à court terme (73)	5 (7%)	7 (10%)	58 (79%)	3 (4%)
	Faible (180)	26 (14%)	21 (12%)	126 (70%)	7 (4%)
<b>Temps de travail</b>	< 40 H (97)	3 (3%)	7 (7%)	82 (85%)	5 (5%)
	Entre 40 et 50 H (177)	21 (12%)	13 (7%)	137 (77%)	6 (3%)
	> 50 H (136)	18 (13%)	19 (14%)	88 (65%)	11 (8%)
<b>Facilité remplacements</b>	Oui (123)	9 (7%)	9 (7%)	102 (83%)	3 (2%)
	Non (241)	28 (12%)	27 (11%)	171 (71%)	15 (6%)
	NR (46)	5 (11%)	3 (7%)	34 (74%)	4 (9%)
<b>RDV MG facile</b>	Oui (276)	18 (7%)	23 (8%)	221 (80%)	14 (5%)
	Non (134)	24 (18%)	16 (12%)	86 (64%)	8 (6%)
<b>RDV SPE facile</b>	Oui (33)	3 (9%)	5 (15%)	25 (76%)	0 (6%)
	Non (377)	39 (10%)	34 (9%)	282 (75%)	22 (6%)

Tableau VI : Analyse croisé entre l'opinion des MG à propos d'un exercice en zone sous dense pendant 5 ans dans la région de formation et les conditions d'exercice des MG.

**Mise en place de mesures restrictives et coercitives à l'installation des médecins généralistes :  
pour ou contre ?**

**RÉSUMÉ**

**Introduction :** Face aux déserts médicaux et à l'échec des mesures restrictives, des mesures coercitives sont de plus en plus proposées par les politiques afin de limiter la liberté d'installation des médecins généralistes, revendiquée par la population générale. Face à la mise en place de telles mesures, quelle serait l'opinion des médecins généralistes ?

**Sujets et Méthodes :** Une enquête descriptive a été réalisée du 5 octobre 2020 au 5 février 2021 auprès des médecins généralistes des cinq départements des Pays de la Loire. Le recueil des données a été effectué par un questionnaire, via le site Lime Survey, dont le lien a été diffusé via les différents Conseils Départementaux des Médecins.

**Résultats et discussion :** 607 réponses ont été obtenues dont 410 questionnaires complets exploités. Les médecins généralistes sont fortement opposés à la plupart des mesures restrictives mais sont plus ouverts aux mesures désincitatives évoquées, avec 52% d'accords si dans les zones sur-denses, le conventionnement d'un nouveau médecin n'était possible qu'en cas de cessation d'activité d'un autre. Les propositions pour favoriser l'installation en zone sous dense par les médecins interrogés portent sur l'amélioration des conditions de travail, l'allègement des tâches administratives, l'aménagement des territoires et un exercice en groupe.

**Conclusion :** Les médecins généralistes sont en grande majorité fortement opposés aux mesures coercitives. Cependant, ils ne sont pas « fermés » et apportent des propositions afin d'améliorer la répartition médicale géographique. Ces ouvertures pourraient être rapportées dans le débat politique afin de ne pas prendre des décisions trop rapides sans concertation avec les principaux intéressés, qui risqueraient d'impacter négativement l'installation des futurs médecins généralistes, comme en témoigne les résultats du travail de thèse sur les internes angevins (22).

**Mots-clés :** restriction, coercition, déserts médicaux, installation, médecins généralistes

**Restrictive and coercive measures' implementation to general practitioner'installation :  
for ou against ?**

**ABSTRACT**

**Introduction :** Faced with medical deserts and the failure of restrictive measures, coercive measures are increasingly proposed by politicians to limit the freedom of general practitioners' installation, claimed by the general population. Faced with the implementation of such measures, what would be the opinion of general practitioners ?

**Subjects and Method :** A descriptive survey was carried out from October 5, 2020 to February 5, 2021 among general practitioners in the five Pays de la Loire' departments. The data was collected by a questionnaire, through the Lime Survey site. Internet link was distributed through the Departmental Medical Order Councils.

**Results and discussion :** 607 responses were obtained, including 410 complete and exploited questionnaires. General practitioners are strongly opposed to most restrictive measures but are more disposed to the disincentive measures mentioned, with 52% of positive opinions if in over-dense areas, the agreement of a new doctor was only possible in case of another doctor's cessation activity. Proposals to encourage the underdense areas' installation by the doctors interrogated concern the work conditions' improvement, the administrative tasks' reduction, the territories' development, and the group exercise.

**Conclusion :** The vast majority of general practitioners are strongly opposed to coercive measures. However, they have proposals to improve the geographical medical distribution. These proposals could be reported in the political debate in order not to take too quickly decisions without consultation with the main stakeholders, which could have a negative impact on the future general practitioners' installation, as evidenced by the results of the thesis work on Angevin interns (22).

**Keywords :** restriction, coercion, medical deserts, installation, general practitioners

