



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin inspecteur de Santé Publique

Date du Jury : **Avril 2003**

**RECHERCHE MEDECIN DE CAMPAGNE
DESESPEREMENT !**

**A propos d'une enquête menée auprès des médecins
généralistes récemment installés en milieu rural, dans le
département de la Meuse.**

Anne FACCHIN

Sommaire

I. INTRODUCTION.....	1
II. MATERIEL ET METHODE.....	2
1. Question principale, hypothèses et objectifs.....	2
2. Méthodologie.....	3
2.1 La recherche bibliographique et documentaire.....	3
2.2 L'enquête par entretiens.....	4
2.3 La participation aux réunions départementales et régionales.....	5
III. LA PROBLEMATIQUE.....	6
1. Définitions et concepts.....	6
1.1 Démographie médicale.....	6
1.2 Milieu rural.....	6
1.3 Soins de proximité.....	8
1.4 Permanence des soins.....	10
2. Contexte général.....	11
2.1 Contexte socio- démographique.....	11
<i>a. L'évolution de la démographie médicale.....</i>	<i>11</i>
<i>b. Des métiers et des modalités d'exercice en mutation.....</i>	<i>12</i>
<i>c. Une évolution du cadre de la permanence des soins.....</i>	<i>14</i>
2.2 Une nouvelle prise de conscience des pouvoirs publics.....	15
<i>a. Un sujet à traiter des aujourd'hui.....</i>	<i>15</i>
<i>b. La réflexion nationale actuelle sur les leviers d'action possibles.....</i>	<i>16</i>
<i>c. Synthèse des propositions.....</i>	<i>18</i>
<i>d. Concernant les zones rurales.....</i>	<i>19</i>
<i>e. L'intégration de la problématique dans l'aménagement du territoire.....</i>	<i>21</i>
2.3 Des initiatives régionales.....	22
<i>a. L'exemple du Nord Pas de Calais.....</i>	<i>22</i>

<i>b. Santé et milieu rural (cf. Trois URCAM)</i>	22
<i>c. La Lorraine</i>	23
3. La problématique meusienne.....	25
3.1 Présentation du département.....	25
3.2 La démographie médicale.....	26
3.3 Intérêt du département.....	28
IV. RESULTATS ET ANALYSE DE L' ENQUETE.....	31
1. L'installation des médecins généralistes en milieu rural.....	31
2. Le lieu d'installation : critères de choix et besoin d'information.....	33
3. La situation professionnelle et financière.....	36
4. Les difficultés rencontrées, et la prime d'installation.....	37
5. Etude du cas de la première maison médicale rurale meusienne.....	39
V. DISCUSSION et PROPOSITIONS.....	43
1. Discussion sur la méthode et les limites de l'étude.....	43
2. Confirmation de l'hypothèse initiale n°3.....	45
3. Rôle et faisabilité pour le médecin inspecteur de santé publique.....	48
3.1 Participer au groupe de travail départemental.....	48
3.2 Evaluer le dispositif de permanence des soins.....	49
3.3 Développer les maisons médicales.....	49
3.4 Harmoniser les répartitions sur le territoire.....	50
3.5 Développer les réseaux.....	50
VI. CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	52
ANNEXES	56

Liste des sigles utilisés

ADELI	: Automatisation D' Edition de Listes (répertoire automatisé des professions médicales et paramédicales)
ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
CAF	: Caisse d'Allocation Familiale
CHS	: Centre Hospitalier Spécialisé
CMU	: Couverture Mutuelle Universelle
CNOM	: Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMU	: COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente
CODECOM	: COmmunauté DE COMmunes
CPAM	: Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREDES	: Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CSDM	: Centre de Sociologie et de Démographie Médicale
DATAR	: Délégation de l'Aménagement du Territoire et de l'Action Régionale
DGS	: Direction Générale de la Santé
DDASS	: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	: Direction Régionale de Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
FAQSV	: Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
HLM	: Habitation à Loyer Modéré
INSEE	: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MIR	: Médecin Inspecteur Régional de santé publique
MSA	: Mutualité Sociale Agricole
ORSAS	: Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales
SAU	: Service d'Accueil des Urgences
SCM	: Société Civile de Moyens
UE	: Union Européenne
URCAM	: Union Régionale des Caisses Assurance Maladie
URML	: Union Régionale des Médecins Libéraux
VADS	: Voie Aériennes Digestives Supérieures

I. INTRODUCTION

La démographie médicale est une priorité nationale de santé publique ; en Meuse, département lorrain rural peu attractif, elle devient la priorité des priorités... Il était donc normal qu'un médecin inspecteur de santé publique stagiaire en Meuse travaille sur cette problématique pour son mémoire !

Ayant effectué de nombreux remplacements en médecine générale dans un autre département rural, mon Ardèche d'origine, c'est finalement ma curiosité et un certain respect envers mes confrères qui m'ont poussée à étudier cette problématique, limitée aux médecins libéraux généralistes installés en milieu rural, sous l'angle sociologique :

Quel est le profil du jeune médecin généraliste qui s'installe en milieu rural ? Quels ont été les motifs de ce choix ? Enfin, est - ce - que la connaissance de son choix et de ses difficultés peut aider à enrayer la désertification médicale meusienne ?

Après avoir défini au préalable le matériel et la méthodologie de ce mémoire, une première partie sera consacrée à la problématique de la démographie médicale de façon générale et de manière plus précise en Meuse.

Puis, les résultats de l'enquête entreprise auprès des médecins généralistes nouvellement installés en Meuse seront analysés dans un second temps.

Enfin, une discussion et des propositions seront élaborées à partir des éléments recueillis, pour trouver une solution aux difficultés meusiennes, liées à la démographie médicale.

II. MATERIEL ET METHODES

Des travaux de projection de la démographie médicale dans les cinq prochaines années effectués en région Lorraine, montrent une inquiétante désertification médicale dans les zones rurales, et plus particulièrement en Meuse.

La Meuse est en effet un département rural peu attractif, avec une densité médicale bien inférieure à la moyenne nationale.

A l'occasion de la mise en place de la permanence des soins et de la sectorisation des gardes, un groupe de travail départemental s'est formé, validé par le sous comité médical du CODAMU, pour connaître et proposer des solutions aux difficultés rencontrées dans les zones rurales, où peu de médecins s'installent actuellement.

1. Question principale, hypothèses et objectifs :

Dans ce contexte, la **question principale** posée de ce mémoire est :

« Est-ce que l'analyse des motifs, des choix d'installation et des difficultés des médecins généralistes récemment installés en zone rurale peut contribuer à l'élaboration de propositions de solutions au problème de démographie médicale en Meuse ? »

- Les **hypothèses** que ce travail se propose d'explorer sont les suivantes :
 - **Hypothèse n° 1** (très, très incertaine !) : un facteur déterminant, un dénominateur commun retrouvé chez tous les médecins récemment installés, permet d'envisager une solution miracle rationnelle, possible et réalisable, qui amènerait les médecins à s'installer dans la campagne meusienne.
 - **hypothèse n° 2** : l'installation des médecins est déterminée géographiquement par des éléments propre à la vie personnelle du médecin sur les quels le système de santé ne peut avoir prise : il n'y a pas d'éléments (ou pas suffisamment) qui puissent contribuer à la recherche de solutions.

- **Hypothèse n ° 3** : les critères d'installation ne touchent pas uniquement à la vie personnelle ou familiale du médecin : certains éléments (motifs communs de ce mode d'exercice, « profil » particulier du médecin meusien...) vont permettre d'aider le groupe de travail départemental à proposer des actions d'orientations ou d'incitations et/ou de déboucher sur des expérimentations (voir avec institutions, responsable du troisième cycle universitaire pour attirer des médecins nouvellement diplômés...)
- Trois **objectifs** sont assignés à ce travail pour tenter de répondre à la question principale :
 - Connaître la démographie médicale en milieu rural meusien ;
 - Connaître les motifs, choix et difficultés des médecins généralistes installés récemment en milieu rural.
 - Connaître les propositions de solutions des différentes institutions et des acteurs concernés aux différents niveaux local, régional et national, concernant l'installation des médecins généralistes.

2. Méthodologie :

Pour répondre aux objectifs, trois activités principales ont été menées : une recherche documentaire, une série d'entretiens et une observation des réunions organisées soit au niveau départemental (groupe de travail), soit en région sur les thèmes de la démographie médicale et l'installation des médecins généralistes.

2.1 La recherche bibliographique et documentaire :

Elle a porté sur les éléments principaux suivants :

- une bibliographie sur la problématique de la démographie médicale en France et quelques expériences menées en la matière dans d'autres régions ou pays, ainsi que sur l'installation des médecins généralistes.
- les textes de lois et administratifs ayant trait à la démographie médicale, la permanence de soins et les soins de proximité.
- les rapports nationaux analysant la démographie médicale, la permanence des soins, ainsi que les travaux menés dernièrement par la MSA et trois URCAM sur la santé et le milieu rural
- les études du CREDES et du conseil de l'ordre des médecins national

- les documents de la région Lorraine concernant les soins de proximité (actes et comptes-rendus du groupe de travail) et travaux de l'ORSAS dans le cadre de l'observatoire de démographie médicale, mis à disposition par l'ARH et la DRASS de Lorraine.
- une exploitation et une comparaison (soutien technique du statisticien régional de la DRASS) des fichiers ADELI, du conseil de l'ordre départemental, puis une vérification ensuite sur l'annuaire téléphonique pour connaître la démographie des médecins généralistes libéraux meusiens.

2.2 L'enquête par entretiens :

Une série d'entretiens semi-directifs a été menée auprès des médecins généralistes récemment installés en milieu rural , sur une période de cinq ans.

- modalités de prise de contact, nombre, durée et lieu des entretiens :

La prise de contact s'est faite par téléphone ; toutes les personnes contactées ont répondu positivement et m'ont reçue sur leur lieu de travail (cabinet médical) pendant 1 heure environ. Au total, 9 personnes ont été rencontrées.

- modalités de déroulement des entretiens :

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide (voir annexe 1), avec prise de notes. Ils se sont déroulés sur un mode semi-directif : celui-ci vise non pas à obtenir des réponses à des questions précises, mais à favoriser la production d'un discours sur un certain nombre de thèmes, en évitant les ruptures que provoque une succession de questions.

- méthodologie d'analyse des entretiens :

Une analyse thématique des entretiens a été réalisée à partir des notes retranscrites et selon les cahiers de sociologie et de démographie médicale ¹:

Une grille d'analyse a été établie en confrontant le guide d'entretien au contenu des différents discours (qui ont parfois débordé le cadre du guide).

A partir des différents thèmes de cette grille, chaque entretien a été dépouillé et tous les fragments de discours ont été regroupés, permettant une analyse descriptive transversale par thème ; les résultats ainsi obtenus ont été confrontés aux questions sous-tendant ce travail.

2.3 La participation aux réunions départementales et régionales

La participation aux différentes réunions listées ci-après, a permis d'observer le début de la mise en place du groupe de travail départemental et les réflexions soulevées au niveau régional :

- réunions du sous comité médical du CODAMU et du CODAMU² pour réorganiser la permanence des soins dans le département³.
- participation à la soirée débat le 3 décembre 2002 « s'installer en médecine générale en milieu rural ? » à la Faculté de médecine de Nancy, réunissant le Président de l'URML, de l'URCAM, le responsable du département universitaire de médecine générale de la faculté de Nancy, le médecin inspecteur régional et l'ordre des médecins; cette réunion a été animé par l'association renouveau villages avec des maires de communes rurales.

III. LA PROBLEMATIQUE

1. Définitions et concepts :

¹ BUI DANG HA DOAN, LEVY D. Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, Juillet -Décembre 2000, n°3-4.

² Décret du 05/10/1995 modifiant le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires

³ Circulaire du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville

1.1 La démographie médicale⁴ :

En France , la définition porte sur l'étude des aspects démographiques des professions de santé, plutôt que sur l'étude des aspects démographiques de la maladie et de la santé (définition prévalent dans les pays de langue anglaise) : elle a tout d'abord pour but la connaissance des effectifs des médecins et de leur répartition selon l'âge et le sexe ; puis à chercher ensuite à connaître la répartition des médecins selon leur spécialité, leur mode d'exercice, leur zone de résidence, le volume plus ou moins important de leur activité ... c'est-à-dire à saisir les structures professionnelles du corps médical .

Dans une étape ultérieure, l'analyse tente de comparer ces structures avec celles de toute la population et arrive ainsi à l'étude de la problématique des besoins médicaux de la population auxquels le corps professionnel à vocation à répondre. Ce n'est pas seulement de la statistique descriptive mais c'est l'étude des aspects quantitatifs des populations avec la prise en compte dans sa totalité du facteur temps.

1.2 Le milieu rural :

On ne peut poser la question de la santé en milieu rural sans se heurter au problème de la définition de la ruralité : la difficulté de la construction d'un clivage urbain- rural pour les territoires n'est pas récente, et est à l'origine de nombreux travaux, notamment ceux de l'INSEE (le plus récent découpage territorial proposé par l'INSEE, le Zonage en Aires Urbaines- ZAU, basé sur l'activité est détaillé dans le tableau ci-dessous).

L'analyse des densités par type de zonage pour la Lorraine, montrent que le nombre de médecins généralistes pour 100000 habitants n'est pas le plus élevé dans les pôles urbains mais dans les pôles ruraux qui correspondent à de petites unités urbaines de l'espace à dominante rurale.⁵

⁴ BUI DANG HA DOAN. Qu'est-ce que la démographie médicale ? .*Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, Octobre -Décembre 2002, n°4, pp. 423-426.

⁵ ORSAS Lorraine / IRTS (institut régional du travail social). Rapport intermédiaire : dispositif d'observation des professions libérales et para- médicales, Novembre 2002

LES ZONAGES DEFINIES PAR L'INSEE⁶

- L'espace à dominante urbaine est constitué de :
 - Pôle urbain : unité urbaine offrant au moins 5000 emplois sur son territoire. Les pôles urbains donnent une image des grandes villes françaises et de leurs agglomérations.
 - Couronne périurbaine : elle est soumise à une forte influence du pôle. Elles envoient travailler au moins 40% de leur population active résidente ayant un emploi vers le pôle ou vers les autres communes de la couronne. Elles donnent une mesure de l'extension du phénomène urbain.
 - Couronnes multipolarisées qui sont les communes rurales et unités urbaines situées hors des aires urbaines, dont au moins 40% de la population résidente active ayant un emploi travaille dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.
- L'espace à dominante rurale est scindé en :
 - Pôles ruraux qui sont de petites unités urbaines de l'espace à dominante rurale, offrant entre 2000 et 5000 emplois et qui comptent plus d'emplois que d'actifs résidents.
 - Périphérie des pôles ruraux qui est constituée de communes dont au moins 20% des actifs vont travailler quotidiennement dans les pôles ruraux.
 - Espace rural isolé, catégorie résiduelle, représente un tiers du territoire français et 10% de la population française

➤ Il n'y a pas un milieu rural, clair bien identifié mais plusieurs milieux ruraux, mal délimités, mouvants, superposés : il n'existe pas un milieu rural homogène, mais des milieux ruraux dont la caractéristique commune est un accès géographique aux professionnels pas toujours satisfaisant : le milieu rural se distingue plus par la consommation de soins, en termes de structures, avec un faible recours aux soins des

⁶ INSEE lorraine. Tableaux de l'économie Lorraine, 2001

spécialistes, compensé en partie par le recours à l'omnipraticien plus important⁷.

1.3 Les soins de proximité :

Ce sont les soins de santé primaires. Ils donnent accès au plateau technique d'un cabinet libéral bien équipé. Les professionnels de santé sollicités sont le médecin généraliste, l'infirmier, le masseur-kinésithérapeute et le pharmacien. Les soins de santé primaires impliquent une notion de permanence qui suppose une organisation régulée 24 heures sur 24, pour garantir un accès aux soins rapide.⁸

➤ En 1998, le CREDES établissait une Typologie des paysages socio-sanitaires en France, fondée sur une analyse des variations dans l'espace d'indicateurs de santé (offre et consommation de soins médicaux, mortalité) en relation avec l'environnement socio-économique, en particulier l'emploi.

Dans cette lignée, l'URCAM de Lorraine⁹ a réalisée une *Typologie cantonale des soins de proximité en Lorraine* dont l'approche se distingue du CREDES par l'étude des soins de proximité seuls ; aussi, l'échelle de l'observation est le canton et non la zone d'emploi.

Des études réalisées par la DREES¹⁰, le CREDES, et dernièrement celle de la MSA groupée à trois URCAM¹¹ ont en effet montré la pertinence de l'échelle du canton pour l'observation des soins de proximité.

Par ailleurs, le canton est le niveau géographique qu'avait retenu le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité¹² dans le cadre du dispositif d'expérimentation pour

⁷ MSA- URCAM- CREDES. Santé et milieu rural : une démarche exploratoire menée par trois URCAM, Avril 2002.

⁸ Définition prise dans les compte rendus du groupe de travail régional de Lorraine concernant l'accès aux soins de proximité dans certaines zones en difficulté (ARH Lorraine. Compte- rendus du groupe de travail régional sur la démographie médicale, 2002).

⁹ URCAM de Lorraine .Typologie cantonale des soins de proximité en Lorraine: note de présentation, 2002

¹⁰ COUFFINHAL A. La démographie médicale française : état des lieux. *Questions d'économie de la santé*, CREDES, Décembre 2001, n°44

¹¹ MSA- URCAM- CREDES. Santé et milieu rural : une démarche exploratoire menée par trois URCAM, Avril 2002

l'amélioration de l'accès aux soins de proximité dans certaines zones en difficulté.

Les indicateurs pris en compte par cette étude se répartissent en cinq domaines :

- indicateurs d'offre de soins de proximité :

La densité, la structure par âge et l'activité annuelle moyenne des professionnels de santé considérés, la distance d'accès au médecin généraliste (calculée et fournie par l'INSEE Lorraine)

- indicateurs de demande de soins de proximité :

Consommations unitaire rapportées au nombre de consommateurs d'une part et au nombre d'habitants d'autre part

- indicateurs démographiques :

Densité de population, taux de variation annuel moyen, structure par âge et par niveau de diplôme de la population (recensement 1999)

- indicateurs de précarité et d'insalubrité :

Empruntés à *l'Approche cantonale de la précarité en Lorraine*¹³ et issus du recensement de la population

- indicateurs de mortalité :

Indicateurs Comparatifs de Mortalité sélectionnés à partir des 10 principales causes de décès avant 65 ans identifiées par l'ORSAS de Lorraine.

- Neuf profils pour les soins de proximité ont ainsi été retenus en Lorraine, dont trois pour la Meuse :

- Classe 1 : correspondant aux cantons de la Meuse du sud

Cantons avec faible densité de population, une population peu diplômée, une faible présence de situations précaires, une offre et un recours individuel aux soins de proximité faibles, une mortalité prématurée élevée (en particulier par cirrhose, cancer du sein chez la femme et des VADS chez l'homme) ; l'offre de soins est faible : l'activité et la densité des médecins généralistes sont inférieures à la moyenne régionale, la distance d'accès au médecin généraliste est assez élevée.

¹² Projet du premier décret relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes

¹³ réalisée par les CAF, DRASS, DRTEFP, et l'ORSAS de Lorraine

- Classe 4 : cantons non ruraux, correspondant aux deux 'grandes et principales' villes de la Meuse, Bar le Duc et Verdun (offre de soins importante).
- Classe 6 : correspondant à la Meuse du Nord (représentatif du rural isolé)
Ces cantons présentent les plus grandes difficultés d'accès aux soins de proximité : dépeuplés, avec une population âgée et faiblement diplômée, une présence de situations précaires prégnante et un niveau d'insalubrité élevée, une offre de soins faible, un recours aux soins mitigé et une mortalité prématurée issue de cirrhose et suicide élevée.

1.4 Permanence des soins :

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulé, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux en l'absence d'un médecin traitant¹⁴.

Basée juridiquement sur l'article 77 du code de déontologie jusqu'à maintenant, l'existence même d'une permanence des soins se trouve mise en cause à la fois par les aspirations des médecins à de meilleures conditions d'exercice de la profession mais aussi par leur indisponibilité sur certaines parties du territoire, et ce notamment en zone rurale.

2. Le contexte général

2.1 Le contexte socio- démographique :

¹⁴ DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, 22 Janvier 2003.

a. *L'évolution de la démographie médicale*¹⁵:

Selon l'ordre national des médecins¹⁶, la répartition des 196000 médecins en activité au premier janvier 2001 est de 52% pour les omnipraticiens (généralistes et médecin à exercice particulier) et de 48% pour les spécialistes.

Le nombre de généralistes libéraux a augmenté de 38% au cours des vingt dernières années pour l'ensemble de la France métropolitaine, la croissance a été forte entre 1980 et 1990 (+2,8% en moyenne par année), elle est nettement moins forte depuis une décennie (0,4%). Ce ralentissement résulte de la mise en place du numerus clausus qui limite, depuis 1971, le nombre d'étudiants en médecine admis en seconde année.

Avec un nombre de médecins formés de 4700 par an (numerus clausus 2002) et dans l'hypothèse de constance des comportements d'installation et de départ à la retraite, le nombre de médecins en France métropolitaine serait amené à diminuer d'environ 20% d'ici 2020.

Si l'on tient compte de l'augmentation de la population française de 6% selon les projections de l'INSEE¹⁷, la densité médicale devrait alors baisser de 24% sur la même période, passant de 335 pour 100000 habitants à 253 pour 100000 habitants.

Des prévisions de démographie médicale ont été réalisées par la DREES¹⁸ et les URCAM (étude réalisé par le CSDM) pour 2008 et 2013. Ces projections prévoient une diminution de la densité à l'horizon 2008.

➤ La situation démographique des professions de santé présente des caractéristiques paradoxales liées à l'existence d'une densité globale de professionnels jamais atteinte dans la plupart des cas, et l'apparition de forts

¹⁵ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Les professions de santé, éléments d'information statistiques. *DREES, Dossier Solidarité et Santé n°1*, Janvier- Mars 2001, La documentation française

¹⁶ CNOM, CREDES. Démographie médicale française, situation au premier janvier 2001

¹⁷ BRUTEL C. Projections de population à l'horizon 2020, *Insee première*, n°762, Mars 2001

¹⁸ NIEL X. La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002. *Etudes et résultats, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES*, 2002, n°161.

contrastes géographiques. L'inquiétude des professionnels confrontés à des conditions d'exercice difficiles dans certaines zones se trouve amplifiée par les projections statistiques qui font apparaître des risques de pénurie géographiques et disciplinaires dans les prochaines années¹⁹. Il existe de fortes disparités régionales et une forte hétérogénéité des densités médicales départementales. En effet, la densité de la population médicale varie de 1 à 4 entre le département le plus faiblement doté, la Mayenne (205 médecins pour 100000 habitants) et le département le mieux pourvu, Paris (834 pour 1000000 habitants). De manière générale, l'offre est concentrée principalement dans les zones urbaines, les zones rurales en particulier sont souvent sous-médicalisées²⁰.

b. Des métiers et des modalités d'exercice en mutation

D'une manière générale l'ensemble des professionnels de santé déclare ne plus souhaiter l'exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. Les raisons sont multiples : rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale, partage de plateau administratif, souci de faciliter la continuité des soins et leur permanence : l'attrait est vif chez les jeunes généralistes pour l'exercice salarié, qui minimise les contraintes de gestion d'un cabinet.

La mobilisation à l'installation est devenue, en dix ans, un facteur d'hétérogénéité des densités médicales: Quelques études²¹ ont été réalisées pour analyser les motifs d'installation des médecins et les critères de choix d'installation. Les critères d'ordre personnel (cadre de vie, possibilité d'études pour les enfants, possibilités d'activité professionnelle du conjoint) interviennent de plus en plus.

Dans le cas particulier de l'Île de France, les motifs les plus importants pour les médecins qui s'installent sont les propositions d'installation et la présence du

¹⁹ BERLAND Y. Rapport de la Mission « démographie des professions de santé », Novembre 2002.

²⁰ VILAIN A. Les inégalités régionales de densité médicale. Le rôle de la mobilité des jeunes médecins. *Etudes et résultats- DREES*, Paris, 1999, n°30.

²¹ BUI DANG HA DOAN. L'installation des médecins : les déterminants du choix géographique (1974-1999). *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, Octobre -Décembre 2002, n°4, pp. 337-358

conjoint dans la région²². Le troisième critère dans l'ordre d'importance porte sur le lieu d'obtention du diplôme et on observe une assez forte corrélation entre la région d'installation et celle où ont été effectuées les études. Selon la même étude, 67% des médecins qui se sont installés entre octobre 2000 et septembre 2001, avaient obtenu leur diplôme dans une faculté de la région.

Aussi, les changements socioéconomiques et les phénomènes de société récents font que la tendance actuelle est à la réduction du temps de travail, qu'il s'agisse de la durée hebdomadaire ou de la durée de la vie active.

Dans les zones rurales l'isolement, la nécessité d'assurer une permanence et une continuité des soins sont très contraignantes et retentissent sur le cadre de vie. La désertification des zones rurales n'est également pas propice à permettre au conjoint de trouver facilement un emploi et aux enfants d'être scolarisés. La féminisation de la profession médicale aggravera naturellement la situation actuelle.

Les réticences à l'installation dans ces zones renvoient à la question plus globale de l'aménagement du territoire, comme à l'aménagement des conditions d'exercice des professionnels de santé.

c. Une évolution du cadre de la permanence des soins :

Le mouvement des médecins libéraux depuis près d'un an pose la question des limites de la mise en œuvre de la permanence des soins, dont le cadre juridique repose aujourd'hui sur l'article 77 du code de déontologie. C'est pourquoi, à la demande du gouvernement, un groupe de travail opérationnel national sur la permanence des soins s'est mis en place afin d'analyser la nature de la mission de continuité des soins, pour garantir un égal accès aux soins²³ ; ceci en vue de l'élaboration du décret prévu par la loi de financement de la sécurité sociale, et de l'organisation dans les départements d'un dispositif opérationnel.

²² LAPORTE JM., GALLI J. Les motifs d'installation des médecins libéraux en Ile de France. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, Octobre -Décembre 2002, n°4, pp. 379-394.

²³ DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, 22 Janvier 2003.

Parmi les propositions formulées par ce groupe, le CODAMU devient le CODAMUPS, rénové dans sa composition et dans ses missions pour prendre en charge l'organisation de la permanence des soins, et devra définir un cahier des charges départemental.

Quant à la participation des médecins, elle doit être volontaire ; en cas d'absence de volontaires : concertation ; en cas de carence, la mission incombera au Conseil départemental de l'ordre des médecins.

Le développement de maisons de garde soulève le problème des transports du patient vers celle-ci. Des solutions peuvent être trouvées localement en relation avec les collectivités territoriales. Toutefois, le groupe de travail national souhaite l'organisation d'une réflexion auprès du ministère sur les modalités d'accès des malades aux consultations.

Par ailleurs, les usagers doivent devenir aussi des acteurs de la permanence des soins.

2.2 Une nouvelle prise de conscience des pouvoirs publics aujourd'hui et le retour de l'état sur le thème de la démographie médicale :

a. UN SUJET A TRAITER DES AUJOURD'HUI²⁴ :

Les médecins constituent l'un des principaux leviers d'action de toute système de santé ; parce que le médecin est prescripteur, la démographie médicale fait l'objet d'une attention soutenue (comme dans la plupart des pays occidentaux)²⁵

L'année 1971 a vu s'instaurer la mise en place du numerus clausus.

L'année 2000 a connu un regain d'intérêt²⁶ pour la question de la détermination des besoins en médecins par les différents acteurs et institutions concernés, que ce soit au niveau national, mais aussi régional et même infra régional.

En 2001, la conférence nationale de santé a travaillé sur la problématique de la démographie médicale et s'est prononcée sur différentes propositions, notamment en faveur d'aides à l'installation²⁷.

Différents groupes de travail et rapports nationaux (rapport de la DGS, mission nationale d'études et de propositions sur la démographie médicale...) montrent que des difficultés existent dès à présent : elles sont liées aux disparités géographiques fines à la répartition entre les spécialités et les modes d'exercice plus qu'à une insuffisance globale du nombre des médecins²⁸.

Par ailleurs, une démarche d'homogénéisation des statistiques est entreprise par le ministère²⁹ depuis quelques années. Elle devrait permettre de mettre à jour

²⁴ Direction Générale de la Santé. Synthèse du rapport : perspectives de la démographie médicale, juin 2001.

²⁵ BOURGUEIL Y. La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume Uni. *Etudes et résultats- DREES*, Paris, 2001.

²⁶ CREDES, Conseil scientifique de la CNAMTS. Démographie médicale : peut-on évaluer les besoins en médecins ? . *Série Colloque CREDES, actes du séminaire*, Paris, 2001.

²⁷ Conférence Régionale de Santé. De nouvelles priorités de santé ? Quelles nouvelles dimensions pour les priorités actuelles ? , mardi 26 Février 2002.

²⁸ FLAMENT L. Les disparités régionales de la démographie des médecins libéraux en France (1998- 2008). *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 2001, pp. 173- 194.

²⁹ par la DREES et par la DHOS (mission MARINE) en particulier.

pour chacune des professions de santé une information précise, fiable et homogène dans la durée, pour faciliter analyses et comparaisons.

Il est intéressant de noter qu'en 2001, la DGS proposait de définir le délai d'accès aux soins comme le paramètre commun pour toutes les études démographiques. En effet, le critère pertinent pour l'équité en matière sanitaire paraît être d'avantage l'accessibilité que la distance³⁰.

b. *La réflexion nationale actuelle sur les leviers d'action possibles :*

Ce contexte général a engendré un débat sur les mesures qui permettraient de maintenir, voire d'améliorer l'équité géographique dans l'accès aux soins.

Cependant, les leviers d'actions envisagés intègrent certaines contraintes :

- Le délai d'action du numerus clausus :

Le choix des modes d'action pour influencer sur la démographie médicale doit intégrer le délai effectif de l'action. Ce délai n'est pas simplement égal à la durée des études (10 ans). C'est une vingtaine d'années qu'il faut attendre afin d'obtenir un effet net du changement du numerus clausus sur la démographie médicale.

- L'évolution des comportements et leur effet sur la durée de travail des médecins :

A comportements constants, on constaterait une diminution du temps de travail médical³¹ (de 5 à 7%) du fait de la féminisation (une femme travaille en moyenne 6 heures de moins par semaine qu'un homme³²) et de l'évolution de la pyramide des âges (avec un vieillissement global : d'ici une dizaine d'années les classes en âge de prendre leur retraite seront numériquement très importantes). D'autres facteurs influent déjà sur cette diminution du temps de travail disponible et de la part de l'activité médicale consacrée aux soins. Ils proviennent notamment de la réduction légale du temps de travail et de la

³⁰ VIGNERON E. Distance et santé. La question de la proximité des soins. Médecine et société ; *territoires et économie de la santé*, P.U.F, Paris, 2001

³¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité DATAR- CREDES. Rapport préparatoire au schéma de services collectifs et sanitaires : quel système de santé à l'horizon 2020 ? , La Documentation Française, 2000.

³² NIEL X. Le temps de travail des médecins. *Etude et résultats*, DREES, n°114, mai 2001.

nouvelle définition du temps de travail hospitalier, qui conduit à intégrer le temps de garde dans le temps de travail médical.

- L'impossible définition d'une densité médicale optimale :

Il n'existe pas de densité médicale globale normative qui s'imposerait à partir d'une relation simple avec les données de morbidité. L'évolution des besoins doit néanmoins être prise en compte. Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie, notamment des malades atteints de pathologies chroniques, vont conduire à une augmentation de la demande de soins. Il est difficile de modéliser à 20 ans les effets des innovations technologiques. En outre, il convient de garder une flexibilité en matière de démographie en vue de pouvoir faire face à des événements rares mais vraisemblables (épidémie massive de grippe par exemple) qui pourraient dans un système à flux tendu mettre en péril la qualité du système de soins. Il faut aussi tenir compte des nouveaux métiers de santé publique correspondant à une exigence accrue pour la sécurité sanitaire et la qualité des services de santé dispensés.

L'exemple des autres pays³³ montre la difficulté de trouver des leviers efficaces et l'intérêt de ne pas se contenter de simples incitatifs financiers³⁴.

- Si des difficultés importantes risquent de survenir à terme, il faudra dès les prochaines années pouvoir répondre aux besoins de zones où l'accès aux soins ne sera pas assuré de manière satisfaisante. Il faut agir vite pour aider à remédier aux difficultés constatées localement³⁵ et prévenir leur multiplication.
- Le Conseil Régional de la Santé prévu par la loi du 4 mars 2002³⁶ devait avoir une section définissant les zones urbaines ou rurales avec un déficit en matière d'offre de soins, cependant les décrets décrivant les modalités d'application ne sont jamais parus.

³³ DURIEZ M. Les systèmes de santé en Europe. *Que sais je*, P.U.F, 1998.

³⁴ BOURGUEIL Y. La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume Uni. *Etudes et résultats- DREES*, Paris, 2001.

³⁵ Santé : le malaise du monde rural, 36000 communes, n° 193, mars 2002, p.7.

³⁶ article 35.

c. *Synthèse des propositions en ce qui concerne plus particulièrement les médecins généralistes :*

Ces propositions résultent des différents travaux au niveau national, portés à la connaissance des pouvoirs publics :

- mise en place d'un observatoire national de la démographie médicale de professions de santé, et de son réseau d'observatoires régionaux.

- hausse progressive du numerus clausus (nombre de places en deuxième année du premier cycle d'études médicales) de 5 100 en 2003 à 8 000 d'ici à 2007³⁷.

- mettre en place des passerelles entre les différents professionnels de santé, redéfinir les contours des métiers, mettre en place un partage des tâches, créer de nouveaux métiers : Redéfinir le rôle des médecins généralistes et reconnaître le rôle des professionnels de santé non médecins ; "décloisonner" l'univers des professionnels de santé et redéfinir les champs de compétence de chacun, de manière à faire intervenir les médecins "là où leur compétence est indispensable".

- Instituer une régulation à l'installation des médecins spécialistes et des médecins généraliste. Les propositions pour remédier à l'inégale répartition du corps médical sur le territoire peuvent respecter le principe de la liberté d'installation. Privilégiant des mesures incitatives, les rapports préconisent des aides fiscales pérennes et des exonérations de charges. Ces mesures pourraient favoriser le développement de l'exercice dans plusieurs sites secondaires et de maisons de soins dans les zones rurales désertifiées (en élaborant un statut de collaborateur salarié, en mettant en place un mécanisme de conventionnement adapté pour les zones démedicalisées).

- Définir les modalités d'insertion de la formation aux métiers de la santé dans le cadre universitaire, Revoir les maquettes de formation en y intégrant des tronc communs de formation.

³⁷ BLANCHARD S. Face à la pénurie annoncée de médecins, un rapport préconise un fort relèvement du numerus clausus. *Le Monde*, 5 Décembre 2002.

- Intégrer l'objectif d'éducation sanitaire de la population et des malades dans l'organisation des soins.

- régionaliser le concours de l'internat afin de stabiliser les étudiants dans la région où ils effectuent le troisième cycle de leurs études, ainsi que le recrutement de quelque 2 à 3 000 médecins en dehors de l'Union européenne.

Par ailleurs, les évolutions sur les comportements professionnels en matière de choix de lieu d'installation ou de choix de spécialités doivent faire l'objet d'études³⁸.

d. Concernant plus particulièrement les zones rurales :

Une étude cantonale³⁹ sur 1998 -2001 montre que les comportements actuels ont plutôt tendance à renforcer les déficits constatés dans les zones rurales : de ce travail émergent huit types de cantons au sein desquels les comportements d'installation des jeunes médecins sont relativement homogènes, avec en particulier des cantons ruraux isolés ou artisanaux dans lesquels la situation se dégrade. Cette étude souligne par ailleurs que ce ne sont pas tant des critères de revenus ou d'activité espérés qui guident le choix du lieu d'installation des omnipraticiens que des critères relatifs au contexte socio- économique et démographique, ou au niveau d'équipement des cantons (que sont le niveau d'urbanisation, l'âge de la population, les indicateurs de « défavorisation », autrement dit les critères socio-économiques défavorables).

Aussi, les rapports indiquent clairement une urgence en termes de mesures correctives à prendre afin d'empêcher une forte dégradation de l'offre de soins de premiers recours dans ces zones : il conviendrait d'inciter les professionnels à se regrouper au sein de maisons de soins abritant généralistes, spécialistes, et différents professionnels de santé, en apportant un appui administratif aux professionnels ; la mise à disposition d'une structure d'accueil et des aides

³⁸ Direction Générale de la Santé. Synthèse du rapport : perspectives de la démographie médicale, juin 2001.

³⁹ COUFFINHAL A. Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? . *Bulletin d'information en économie de la santé*, Décembre 2002, n°61.

financières devraient être également envisagées avec le soutien de l'ensembles des acteurs locaux concernés (Conseil régional, conseil général, CRAM, CPAM, MSA, communes...)

- La Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2002 a ainsi posé le principe général de la mise en œuvre d'une aide à l'installation (pour les médecins) dans les territoires où se pose un problème d'accès aux soins.

Le décret relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes est toujours en attente de parution...

Afin, de déterminer les zones dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins, le projet initial de décret comportait des données relatives à la géographie, à la densité médicale, à la démographie et aux politiques publiques relatives à la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale, ainsi que l'organisation des soins sur ces secteurs (temps d'accès au médecin, densité médicale et volume d'activité, proportion de personnes âgées, facteur de précarité, politique de la ville) .

Enfin, une politique volontariste devrait être mise en œuvre pour doter ces zones en outils d'information et de communication moderne.

e. L'intégration de la problématique dans l'aménagement du territoire :

L'aménagement sanitaire du territoire⁴⁰ est inscrit dans les ordonnances du 24 Avril 1996 qui ont donné aux ARH, aux URCAM ainsi qu'aux CNS et CRS des responsabilités évidentes en la matière. Les orientations politiques ont déjà été définies en 1997 par le Comité interministériel d'aménagement du territoire : assurer l'égalité d'accès des populations au système de santé sur l'ensemble du

⁴⁰ VIGNERON E, CORVEZ A. Santé publique et aménagement du territoire. *ADSP*, Décembre 1999, n°29, pp.19- 70.

territoire, mieux coordonner l'action des partenaires impliqués en matière sanitaire et sociale.

Depuis, la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire du 25 Juin 1999 a prévu l'élaboration de schémas de services collectifs, qui constituent, dans différents domaines des politiques publiques, des stratégies de planification territoriale à long terme.

Parmi les propositions présentées dans le rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires⁴¹, la conception et la mise en oeuvre des politiques visant à assurer l'accessibilité aux services sanitaires de proximité prenant en compte les problèmes de démographie médicale sont détaillées : une véritable gestion des ressources humaines doit être identifiée au niveau national et un accompagnement local doit être prévu pour l'application sur le terrain (diagnostic sur les risques de couverture des besoins dans certaines zones géographiques, maillage fin du territoire par les médecins de premier recours, politique adaptée de transports...) .

2.3 Des initiatives régionales :

a. L'exemple du Nord -Pas-de-Calais⁴² :

L'ensemble des acteurs régionaux de la santé a mené une réflexion commune qui a abouti à l'adoption d'un plan d'action pour le développement des ressources médicales afin de palier à la baisse de la démographie médicale, et aux disparités géographiques.

⁴¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité DATAR- CREDES. Rapport préparatoire au schéma de services collectifs et sanitaires : quel système de santé à l'horizon 2020 ? , La Documentation Française, 2000.

⁴² LEMONNIER H. Démographie médicale, Nord Pas de Calais : un plan pour maintenir les effectifs. *Acteurs magazines*, Juin 2002, n°66, p. 15.

Parmi les actions retenues, notons l'aide financière du conseil régional, visant à augmenter le taux de réussite au concours de l'internat, la mesure de l'évolution de la démographie à l'horizon 2020 et la valorisation de la région et de son dispositif de santé.

b. Santé et milieu rural : une démarche exploratoire menée par trois URCAM⁴³ :

Le projet santé et milieu rural a été lancé en 1998 à l'initiative de la CCMSA, de trois URCAM (Franche Comté, Languedoc Roussillon, Aquitaine) et du CREDES. Il vise à caractériser le milieu rural afin de mieux comprendre les inégalités géographiques de santé et d'accès aux soins.

L'état des lieux a montré que :

- Le rural ne se distingue de l'urbain qu'en terme de structures de consommations de soins.

Une étude a été réalisée en Auvergne afin de déterminer les interactions entre l'activité des médecins et les territoires⁴⁴ : elle montre que la consommation de soins est très proche en zone urbaine ou en zone rurale. Cependant, l'offre de soins étant plus faibles dans les zones rurales, les prescriptions par les professionnels sont plus importantes.

- Il n'y a pas un mais des milieux ruraux, et tous ne sont pas défavorisés en termes de santé.

- Le risque de désertification est à relativiser :

Il faudra observer surtout les modifications d'accessibilité à tous les professionnels de santé et d'agir pour garantir à tous un accès aux soins satisfaisant.

Cette étude a permis d'apporter des éléments pour la constitution de bassins de santé à partir de flux de patients, et de reproduire la démarche méthodologique

⁴³ MSA- URCAM- CREDES . Santé et milieu rural : une démarche exploratoire menée par trois URCAM, Avril 2002.

⁴⁴ EVRARD C. Activités des médecins généralistes et territoire : une étude en Auvergne. *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)*, Septembre 2002, n°40, p. 57- 60.

pour d'autres régions (un projet de système d'échange régional pour la valorisation des informations de santé- *SERVIS* est en cours d'élaboration).

c. La Lorraine : une des 8 régions expérimentales :

- Un groupe de travail réunissant des représentants des DRASS, DDASS 55, URML, URCAM, MSA Lorraine, CPAM55, ARH, s'est mis en place en 2002, pour étudier l'accès aux soins de proximité dans certaines zones en difficulté, définir et proposer des critères de qualification de « zone difficile » en milieu rural, afin d'être le lieu d'expérimentations.

Les préconisations du groupe de travail pour la mise en œuvre de la démarche en Lorraine regroupent différentes mesures et associent les différents partenaires. Ces mesures recoupent de très près les propositions et les réflexions nationales (mesures visant à améliorer l'environnement professionnel, mesures d'incitation financière...)

Les critères proposés en vue de la préparation des dispositions réglementaires d'application des articles 35 et 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 se déclinaient sous quatre axes :

- l'évaluation de la difficulté d'accès aux soins : critères géographiques (distance en durée maximum de 30 minutes) ; critères démographiques (3 médecins généralistes pour 5000 habitants, avec une pondération par la proportion de personnes âgées ...).
- critères de santé publique : taux de mortalité, morbidité, et indice de « défavorisation » (proportion de CMU).
- critères de politique publique : politique de la ville et aménagement du territoire et zone de revitalisation rurale.
- mesures des volumes d'activité (nombres d'actes et de jour travaillés par an).

- Mise en place d'un observatoire de la santé :

Le dispositif a pour objectifs ⁴⁵ : de caractériser la population des professionnels de santé en activité, simuler l'évolution à cinq ans, évaluer les besoins en emploi à l'horizon des cinq années sur le plan quantitatif et qualitatif ; un rapport doit être produit pour le mois d'avril 2003.

⁴⁵ Décrits dans la convention de prestations de service : dispositif d'observation des professions médicales, paramédicales et sociales.

Il est intéressant de voir qu'une analyse bibliographique des travaux méthodologiques déjà menés en France et à l'étranger sera effectuée pour l'étude de l'adéquation de l'offre existante ou projetée aux « besoins » repérés et analysés.

- Concernant le milieu rural :

Une réunion soirée- débat sur l'installation des médecins généralistes en zone rurale s'est déroulée en décembre 2002, organisée par le responsable du troisième cycle de la faculté de médecine de Nancy en collaboration avec des représentants du conseil de l'ordre , le président de l'URML, de l'URCAM, le MIR ⁴⁶: une association « renouveau village » ainsi que des maires de communes rurales de la région ont exprimés à cette occasion leurs difficultés et leur volonté de « recruter » des médecins généralistes, certains faisant même de la « publicité » aux résidents et remplaçants qui étaient présents dans la salle...

⁴⁶ GRAVELAT C. La démographie médicale en Lorraine, à l'occasion de la soirée débat : s'installer en milieu rural, faculté de médecine de Nancy, 03/12/2002 .

3. La problématique meusienne

3.1 Présentation du département :

Le département de la Meuse faisant partie de la région Lorraine est un des moins peuplés en France (85° sur 96) avec ses 192198 habitants (recensement 1999).

La Meuse a une densité se situant aux alentours de 31 habitants au km², concentrés sur 2 zones urbaines Bar le Duc et Verdun, le reste du département étant rural et ayant une densité inférieure à 30 hab/km²

La Meuse connaît un taux légèrement inférieur à la moyenne nationale (8.1%), une proportion d'ouvriers (36.5%) et d'agriculteurs (7.5%) supérieures aux chiffres nationaux ; l'agriculture utilise 54% du territoire du département.

La population meusienne a tendance à vieillir en même temps qu'elle diminue ; La Meuse connaît un taux de mortalité plus élevée (10.5%) que celui de la France (9.2%), de même pour l'espérance de vie (83° rang). Les taux de mortalité sont élevés en matière de cardiopathies ischémiques, cancer (des VADS, poumon, sein), et morts violentes (suicides).

Le nombre d'hôpitaux est de cinq (Verdun comportement un S.A.U, Bar le Duc, deux hôpitaux locaux : Commercy, Saint Mihiel, et le CHS de Fains - Veel) couvrant le département, mais des difficultés d'accès existent à cause des distances et surtout des temps d'accès élevés pour certains cantons.

Selon l'INSEE⁴⁷, le département comporte 473 communes rurales totalisant 66% de la population (105651 habitants), et 25 communes urbaines, représentant 44% de la population (86555 habitants).

La cartographie de la Meuse⁴⁸ montre qu'environ 70% de la superficie du département correspond à des espaces à dominante rurale (pôles ruraux et leurs périphéries, espaces ruraux isolés).

⁴⁷ INSEE lorraine. Tableaux de l'économie Lorraine, 2001

⁴⁸ disponible sur le site de l'INSEE

Répartition de la population selon la taille de la commune sur l'ensemble des communes rurales

h= habitants	<50 h	50-99h	100-199h	200-499h	500- 999h	1000- 1999h	2000 h ou +	total
Nombre de communes	52	123	138	117	31	11	1	473
% de la population	1%	5%	10%	18%	11%	8%	12%	66%

3.2 Démographie médicale :

- Effectifs, densités et répartition sur le territoire⁴⁹ :

C'est le département de la Meuse qui présente la densité médicale (nombre de médecins / nb d'habitants*100000) la plus basse de Lorraine : la densité médicale des généralistes (tout mode d'exercice confondu) est de 125 et de 143 en Lorraine, la densité des spécialistes est de 76 pour 136 en Lorraine (source ADELI au 01/01/2001). Le calcul des densités corrigées (la densité corrigée standardise les densités médicales par rapport à une population de référence, en l'occurrence la population française) destiné à neutraliser l'effet de la structure par âge des zones géographiques étudiées, réduit le nombre de médecins généralistes libéraux accusant un vieillissement plus prononcé de leur population en Meuse.

Nombre de médecins généralistes libéraux et densités médicales au 01/01/2001- source ADELI

	effectif	Densité brute	Densité corrigée
Meuse	165	85,0	83,1
Lorraine	2230	95,6	97,7
France	60823	103,1	103,1

Répartition des médecins sur le territoire : pour beaucoup de cantons ruraux, les médecins généralistes sont installés au chef-lieu⁵⁰, ce qui pose le

problème de leur accessibilité ; c'est dire aussi que la seule observation des densités médicales ne suffit pas pour apprécier la complexité de la répartition des médecins sur le territoire et ses conséquences en termes d'accès aux soins.

- Aspect socio- démographiques :

Les médecins généralistes sont très largement de sexe masculin (87,7% contre 72,2% pour la France) ; la classe d'âge la plus importante est celle des 50-54 ans : la proportion des médecins généralistes libéraux âgés de 50 ans ou plus est de 52% chez les hommes (42% en Lorraine, au 01/01/2001) ; ils ont donc de fortes probabilités de cesser leur activité à l'issue des dix prochaines années.

- Projections démographiques :

Les travaux de projection effectués sont préoccupants dans l'hypothèse où les médecins ne seront pas remplacés : voir en annexes 2 et 3 les cartographies des proportions de médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans par canton en 2001 projetées 5 ans après (en 2006).

- Les installations :

Quatorze médecins se sont installés en Meuse depuis cinq ans, dont neuf en milieu rural.

Un tableau (voir page suivante) a été réalisé avec l'aide de la statisticienne de la DRASS, pour évaluer les installations en fonction des départs des médecins (en retraite ou dans un autre mode d'exercice).

Il montre que c'est le département des Vosges qui paraît le plus touché, avec un nombre de départs important et peu de nouveaux installés. De plus, ce tableau effectué cette fois par cantons montre des variations relativement grandes infra départementales: ce sont certains cantons ruraux meusiens et vosgiens qui ont les soldes négatifs les plus élevés.

⁴⁹ DRASS de Lorraine- statistiques et indicateurs de la santé et du social- 2001

⁵⁰ ORSAS Lorraine / IRTS (institut régional du travail social). Rapport intermédiaire : dispositif d'observation des professions libérales et para- médicales, Novembre 2002.

Médecins généralistes (en Lorraine) libéraux en 2002-remplaçants inclus.

Effectifs total en 2002- Source ADELI- DRASS

Médecins installés depuis le 01/01/2000

Médecins n'exerçant plus depuis le 01/01/2000

Département	Effectif total des médecins	installés	partis	solde	%solde sur total
Meuse	168	11	14	-3	-1,8
Meurthe et Moselle	874	75	97	-22	-2,5
Moselle	1022	63	67	-4	-0,4
Vosges	397	20	44	-24	-6,0

3.3 Intérêt du département :

Lors d'une réunion du sous comité médical du CODAMU pour la mise en place de la permanence des soins et de la sectorisation des gardes⁵¹, les participants ont exprimés leurs inquiétudes et leur préoccupations pour l'avenir des secteurs : compte tenu des départs en retraite, certains secteurs seront en difficulté dans les cinq prochaines années s'il n'y a pas de nouvelles installations.

Le projet de mise en place d'un groupe de travail départemental concernant le problème de la démographie médicale meusienne (proposé par le médecin

⁵¹ Il existe actuellement 20 secteurs de gardes couvrant le département; il n'y a pas véritablement de régulation téléphonique pour la médecine de ville mais un standard téléphonique centralisé (permanenciers), autonome par rapport au centre 15 (mais se trouvant dans le même local) ; ce système est financé par le FAQSV.

De plus, un réseau de médecins correspondants de Samu, expérimenté depuis une dizaine d'années, couvrent aujourd'hui presque la totalité du territoire : c'est un réseau de médecins généralistes libéraux volontaires, formés (formations régulières sur 2 jours, au centre 15 du département, financées par le FAQSV, à raison de 15 C par jour pour chaque médecin), et salariés (payés en vacations hospitalières à chaque déplacements)) qui font le premier relais de l'urgence après appel de la régulation du Samu.

inspecteur de santé publique) a été accepté à l'unanimité lors du sous comité médical du CODAMU du 30 Septembre 2002 .

Ce groupe de travail départemental ayant comme support le sous comité médical du CODAMU⁵², est alors élargi à d'autres participants (représentants des professions paramédicales, représentant du conseil Général).

Le conseil de l'ordre s'est porté volontaire pour en assurer son pilotage.

Ce groupe de travail est chargé de :

- suivre et évaluer la mise en place du dispositif de permanence des soins, en particulier proposer les regroupements de secteurs pertinents.
- élaborer des propositions pour anticiper et prévenir les problèmes à venir liés à la démographie médicale : le départ des médecins (retraites, départs vers d'autres secteurs d'activité ou d'autres régions) risque de produire des zones « blanches », en difficulté, par rapport à l'offre de soins médicale, et de façon plus globale, liées aux professionnels de santé (infirmiers, kiné, pharmaciens...).
- explorer les innovations possibles (maisons médicales en particulier).

Il doit se réunir au mois de mars à l'initiative conjointe des services de la DDASS et du CDOM pour dresser un état des lieux : les représentants de chacune des professions donneront à cette occasion le nombre, date de naissance et lieux d'installation des professionnels libéraux ; ces chiffres seront alors comparés aux fichiers ADELI de la DDASS et de la CPAM. Une analyse prospective pourra alors être faite à 5 et 10 ans, permettant d'évaluer les besoins futurs.

Le groupe de travail devrait se réunir ensuite pour essayer d'apporter des réponses et des propositions adaptées au département.

Par ailleurs, la MSA Marne Ardennes Meuse organise à ce sujet un forum départemental en mai 2003. Il sera consacré à une table ronde sur « la proximité et la santé » : la DDASS, le Conseil Général ainsi que l'association Régionale des MSA de Lorraine seront représentés ; un chercheur du CREDES sera présent et apportera un éclairage plus large sur ce problème et sur les solutions préconisées.

⁵² Procès Verbal de la réunion du sous comité médical du CODAMU de la Meuse, trente Septembre 2002.

- En Meuse, tous les partenaires et acteurs locaux sont sensibilisés et s'investissent afin d'éviter la désertification rurale notamment médicale, tant les professionnels eux-mêmes que les institutions et les collectivités territoriales.

IV. RESULTATS ET ANALYSE DE L'ENQUETE

1) L'installation des médecins généralistes

◆ Profil du « jeune » médecin libéral en Meuse :

• Age, sexe et origine :

Sept médecins sur les 9 installés sont des hommes, la moyenne d'âge à l'installation est de 38 ans. Huit sont d'origine lorraine (dont deux meusiens), un est d'origine mauricienne.

• Deux tiers exercent en groupe :

Sur les 9 médecins installés depuis 1999 en milieu rural, 6 exercent en association. Un des trois médecins s'étant installé seul à la suite d'un rachat de clientèle et désirant travailler en groupe a monté un projet de création de maison médicale (que nous étudierons par la suite) ; il a demandé à son confrère du village de s'y associer.

• Le multi - exercice n'existe pas :

Les généralistes déclarent travailler en cabinet privé, ils ne travaillent ni à l'hôpital ni dans une clinique privée ; le désir de continuer à fréquenter les établissements pour parfaire leur formation en commençant leur carrière n'est pas exprimé : au contraire, en s'installant en rural, ils ne désirent pas *retrouver le milieu hospitalier et cherchent plutôt à le fuir*⁵³.

◆ L'entrée dans la carrière libérale :

• Un délai de latence sépare le doctorat de l'installation :

Tous sauf un (médecin d'origine mauricienne ayant fait ses études à Bordeaux) ont effectué leurs études à Nancy.

Dans l'ensemble, c'est le remplacement qui constitue l'occupation la plus fréquente avant l'installation : plus de 80% d'entre eux le mentionnent, ces remplacements s'étant effectués pour la plupart en milieu rural ou semi rural

⁵³ Les phrases, mots et expressions qui sont en italiques ont été exprimés par les médecins pendant les entretiens.

(dans la région Lorraine : Vosges, Meuse et Moselle). Les remplacements en milieu urbain (en particulier la Meurthe et Moselle) sont très rares : moins de 15% s'y réfèrent.

Les autres occupations sont nettement moins fréquentes : un praticien a effectué des vacations salariées avant l'installation ; le service national est guère évoqué.

- 8 médecins sur 9 ont succédé à un confrère :

L'installation s'est effectuée de deux manières différentes : 8 ont succédé à un autre praticien et une femme généraliste s'est associée à des confrères déjà établis (le terme d'association est réservé aux médecins qui viennent grossir l'effectif d'un groupe médical ; lorsqu'un médecin succède à un confrère qui est lui-même membre d'un cabinet de groupe, il s'agit d'une succession et non d'une association) : aucun praticien n'a créé son propre cabinet .

Le rachat de « clientèle » (ou du droit de présentation de clientèle) est par définition lié aux installations par succession ou par association. De fait, parmi les médecins installés en 1999-2003, 70% ont procédé à un rachat de « clientèle ». Cependant, deux médecins ont succédé à un autre praticien sans racheter de clientèle, *car ils n'auraient trouvé personne*.

Il est intéressant de noter que 60% des médecins qui ont cédé leur cabinet sont partis dans une autre mode d'exercice (médecine salariée : médecine du travail, hôpital...) pour des raisons diverses selon les médecins nouvellement installés (*stress, fatigue, trop d'activité*) ; 40% sont partis eux en retraite.

- Ces caractéristiques montrent que peu de femmes s'installent en campagne. La moyenne d'âge élevée illustre l'existence de freins importants à l'installation et à la pratique libérale : les incitations ou les mesures possibles devraient s'adapter ainsi à l'âge du professionnel auxquels on s'adresse.
- La plupart des médecins nouvellement installés sont lorrains, ont fait leurs études et ont effectué des remplacements dans cette région ; la proximité du lieu d'étude comme critère de choix dans l'installation des médecins ne paraît donc pas une hypothèse à rejeter ; néanmoins elle peut être faussée par le fait qu'ils sont tous (sauf un) d'origine lorraine.
- De plus, l'absence de création depuis 5 ans et le pourcentage élevé de médecins changeant de mode d'exercice (et qui cèdent leur cabinet en milieu rural) sont des éléments inquiétants à prendre en compte.

2) Le lieu d'installation : critères de choix et besoin d'information

Dans le contexte actuel, le choix géographique du lieu d'installation est entièrement libre. Mais les implications de ce choix ne sont pas négligeables, ni pour le professionnel, ni pour le système de santé : l'enquête essaie d'analyser ces divers aspects :

- ◆ critères de choix : tous les médecins souhaitent s'installer en milieu rural.
- A priori, dans la sélection des jeunes praticiens, ils privilégient en première approche trois critères :

- L'installation dans un milieu rural ou semi rural pour 100% des cas : c'est une *vocation* soit d'emblée à l'entrée des études (vision de la médecine, vrai médecin, venant d'un milieu rural et /ou agricole pour trois d'entre eux), soit en effectuant le stage chez un référent en milieu rural (deux d'entre eux le considèrent *comme leur maître*), soit après avoir effectué des remplacements en milieu urbain puis en rural (pour deux cas).

Les raisons sont : *relation privilégiée avec les patients, clientèle stable, respect du médecin, plus de cas intéressants avec une diversité des pathologies, à la fois plus de responsabilités mais plus de compréhension des patients si erreurs...*

- La satisfaction des besoins personnels avec un cadre de vie agréable (cela participe au choix du milieu rural), la satisfaction du conjoint et de son travail...

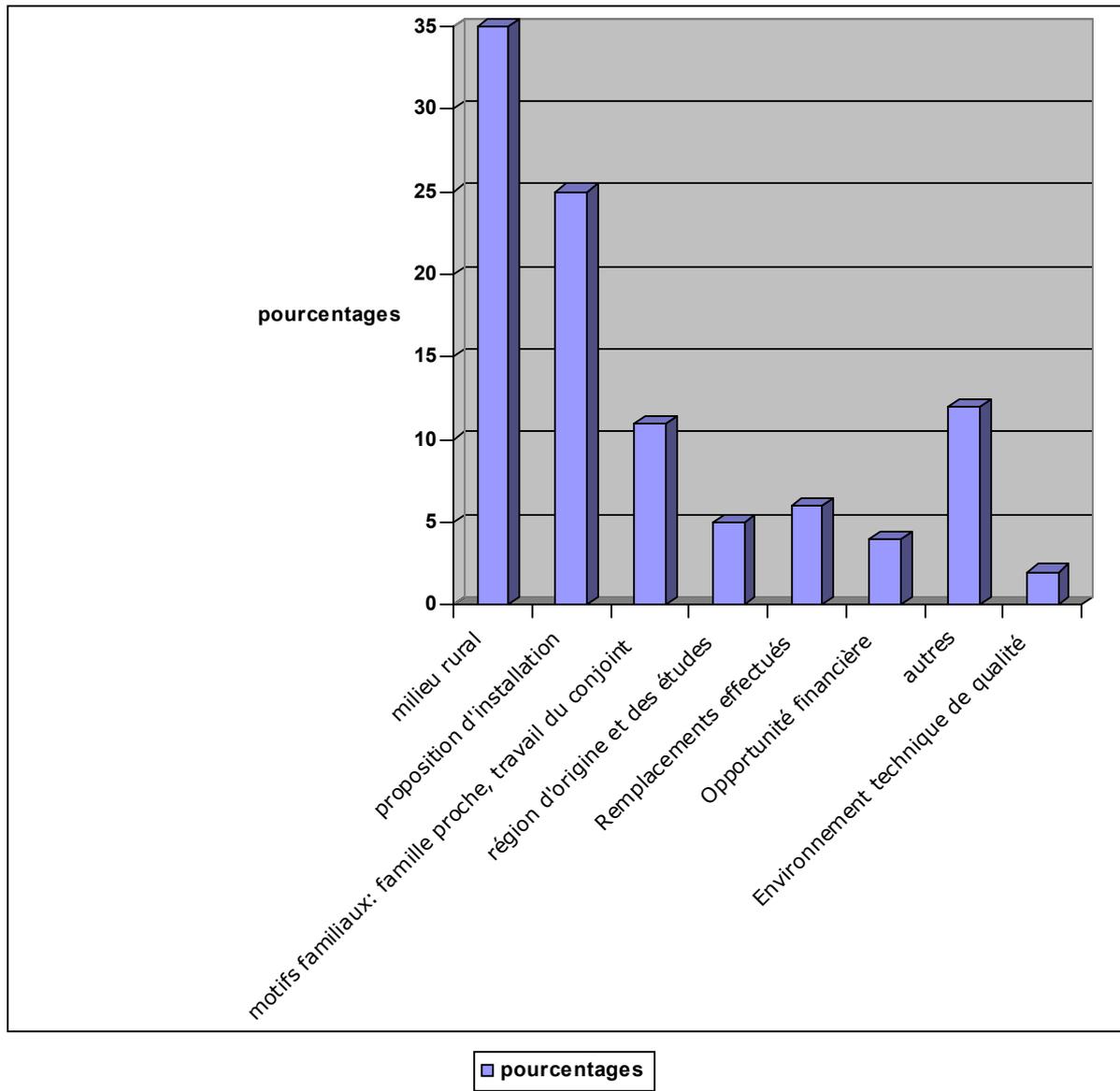
- En troisième lieu la possibilité d'un rachat de cabinet ou la possibilité d'une association.

La proximité d'un hôpital, que ce soit celui de sa formation ou un autre n'a pas été exprimée⁵⁴.

Un tableau regroupe les différents critères et motifs d'installation des médecins nouvellement installés selon leurs ordres de priorités :

⁵⁴ Dans l'étude des cahiers de sociologie et de démographie médicale effectuée en 1999 sur un échantillon de 1700 jeunes médecins installés, la proximité d'un hôpital était le troisième critère choisi, mais n'avait de poids finalement a posteriori que pour une installation sur dix.

les motifs les plus importants pour les médecins qui s'installent



- A posteriori, c'est finalement la possibilité d'un rachat ou la possibilité d'une association en milieu rural qui a déterminé leur lieu d'installation (70%).

En effet, beaucoup disent qu'ils ont saisi des opportunités qui se sont présentées (succession sans rachat de clientèle, ou à prix peu élevé...). Ce sont pour les deux tiers des cas des propositions faites par des praticiens qu'ils remplaçaient déjà, et pour lesquels ils connaissaient bien la clientèle et l'activité.

- Pour terminer, on peut noter que sur les 9 installations, 2 sont déterminées géographiquement par des critères relevant de la vie personnelle du médecin

(en particulier en fonction du conjoint et de son travail), sur la quelle le système de santé ne peut guère avoir prise. Mais pour les autres, une éventuelle action aurait pu se concevoir. On ne peut cependant généraliser cette déduction à tous les médecins car au vu de cette enquête, il y a une condition essentielle et première pour qu'un médecin s'installe en milieu rural : c'est qu'il le désire d'emblée de lui-même.

◆ Démarche concrète et quête d'informations :

- La démarche : 40% déclarent avoir lu les offres dans la presse professionnelle (lectures de petites annonces, recherche sur des sites internet pour un cas), 50% ont demandé aux différents conseils de l'ordre des médecins départementaux lorrains. Mais, c'est la recherche auprès de connaissances qui priment, avec 70% des enquêtés la mentionnant.

Finalement, certains soulignent qu'ils n'ont effectué aucune démarche, puisqu'ils n'ont fait qu'accepter les offres qu'on leur a proposées.

Ces réponses laissent à penser que dans les années à venir, à la faveur de la décrue de la démographie médicale, le comportement de « non-démarche » va devenir fréquent.

- la quête d'information sur le marché potentiel pour le succès de l'installation est quasiment nulle et les médecins considèrent que ce type d'information ne leur aurait pas été utile (*il n'y a pas de risques...*) : aucun médecin n'a eu recours à une société spécialisée, ni ne s'est procuré de statistiques (DDASS, etc...); ils ont uniquement rechercher des renseignements auprès de collègues, après avoir étudié l'activité des praticiens aux quels ils ont succédé.
- La quête d'information irait plutôt vers l'étude et la connaissance des âges des praticiens environnants, car l'inquiétude est de se retrouver seul et d'avoir énormément d'activité !

➤ Ces éléments sont à prendre en compte pour une politique volontariste de répartition territoriale : une prime à l'installation ne serait être suffisante pour réduire les disparités actuelles de la densité médicale. Le choix géographique définitif résulte à la fois des opportunités qui se présentent mais aussi, en

fonction de critères personnels. 80% n'ont cherché aucune information sur le marché potentiel de leur lieu d'exercice avant de fixer leur choix définitif sur celui-ci : c'est un fait que dans le cadre actuel du financement des soins, et compte tenu du caractère intrinsèque de la médecine, les potentialités positives du marché n'entrent que pour une faible part dans le succès professionnel du médecin généraliste en libéral.

3) La situation professionnelle et financière du 'jeune' installé

- ◆ une activité *largement* satisfaisante :
- avec en moyenne 20 à 25 actes par jour (entre 15 minimum pour un cas et 35 maximum pour un cas) par médecin. A leur satisfaction, le nombre de visites a diminué depuis 2002 mais la part reste encore importante. Comme on peut s'y attendre, l'activité augmente avec la durée de la carrière, mais l'activité d'emblée la première année est d'au moins 15 actes par jour.
- pour 70% des médecins, l'activité est nettement suffisante, et pour 30% importante : ils se sentent déjà *dépassé*

- ◆ Aucun médecin ne déclare rencontrer des difficultés financières :

Ils ont en très grande partie effectué un prêt au départ de 15000 euros (par l'intermédiaire d'une assurance médicale professionnelle). Le rachat de clientèle est apparemment peu coûteux (mais les médecins enquêtés n'ont pas voulu indiquer les montants de leur transaction de façon précise), et l'amortissement est rapide.

Certains expriment *une baisse de régime*, sans rencontrer de réelles difficultés financières (l'activité augmentant) au bout de la troisième année d'exercice, à cause de l'accroissement simultané des charges et des cotisations.

- ◆ Changer de vie :
- 3 médecins aspirent au changement : un tiers des médecins (dont une femme sur deux) déclarent qu'ils comptent dans les années à venir changer de localité ou de mode d'exercice; la moitié dit *ne pas y avoir encore pensé* .
- les raisons évoquées :

Deux médecins avancent des raisons professionnelles (*quand les autres médecins du secteur seront partis en retraite, quand les gardes seront trop nombreuses...*),

et une femme médecin invoque des raisons d'ordre personnel (*pour se rapprocher d'une grande ville, quand j'aurai une famille et des enfants...*)

Aucune raison financière n'est évoquée.

4) Les difficultés du médecin nouvellement installé, et la prime d'installation :

40% des enquêtés environ n'ont émis aucun commentaire sur la question des difficultés.

◆ les difficultés d'ordre professionnelles :

- difficulté de mise en place d'un réseau au départ avec les spécialistes, l'hôpital...
- difficulté pour se faire remplacer ;
- ils n'ont pas de difficultés réelles concernant les démarches administratives : 70% ont demandé une aide au conseil de l'ordre, qu'ils considèrent comme satisfaisante et suffisante ;
- permanence des soins : pour l'instant le nombre de gardes et d'astreintes leur convient (en moyenne, une garde par semaine, et un week - end tous les 5 à 7 semaines), même si cela leur occasionne beaucoup de déplacements : seule une femme déclare que *c'est trop quand on a une vie familiale et des enfants, et que ce sera une raison pour laquelle je partirai dans quelques années*;

Cependant, certains ont peur de l'avenir considérant les départs en retraite de certains confrères d'une part, et l'évolution nouvelle du cadre « volontaire » des gardes d'autre part.

- une des propositions pour faciliter l'installation est de créer un système de parrainage par le conseil de l'ordre ou par un système de pair, afin d'être accompagner avant, pendant et après l'installation.

◆ les difficultés morales :

- isolement moral par une activité pratiquée seul (volonté de créer une maison médicale par l'un d'entre eux) ;

- aucune aide ni d'encouragement par les institutions et les collectivités territoriales : pour l'instant, deux d'entre eux ont pu bénéficier d'une aide au logement par les maires de leurs communes (logement en HLM au début de leur installation); quant au projet de création d'une maison médicale à Vigneulles, le financement doit être assuré en partie par la communauté de communes.
- Certains médecins se plaignent d'avoir trop de travail et déclarent avoir *peur de l'avenir : peur de se retrouver seul (car les confrères vont partir à la retraite) et de ne pas pouvoir tenir.*
- C'est pour cette raison que deux d'entre eux expriment clairement la volonté de se regrouper dans l'avenir dans des maisons médicales localisées... *peut être dans le chef lieu du canton.*

◆ La prime à l'installation :

A la question, « pensez qu'une prime d'environ 10000 euros aurait pu vous faire choisir une autre région ? », les médecins ont répondu à 80% « non », et 20% « peut être » ; L'acceptation aurait pu se faire sous certaines conditions : dans la même région et en milieu rural.

5) Etude du cas de la première maison médicale rurale meusienne : création d'un « pôle médical relais » à Vigneulles les Hattonchatel

Suite à cette enquête, une étude du projet de création d'une maison médicale a été faite, en collaboration avec le médecin généraliste (installé depuis 2000) qui en a pris l'initiative : pour lui, la raison majeure était de faire face à l'avenir et de ne pas être seul ; il a proposé ainsi au confrère du village de venir s'y associer.

- La démarche :

Début 2002, les deux médecins locaux ont pris contact avec le maire de Vigneulles, qui en informe le président de la CODECOM pour soutenir le projet financièrement courant 2002 : une rencontre est alors effectuée avec les praticiens qui demandent la création d'une maison médicale pour conforter l'avenir médical du secteur. Après concertation, ils souhaitent louer un bâtiment commun, construit sous maîtrise d'ouvrage d'une collectivité : les besoins exprimés sont donc de l'investissement immobilier uniquement. Ceux-ci

demandent aussi au dentiste (qui avait à cette époque un projet de cabinet dentaire) et à une infirmière (travaillant auparavant en hospitalier) de s'y associer également.

Dans ce cadre, une SCM semble convenir comme structure juridique.

- Rôle de la CODECOM :

La CODECOM montre à ce moment là un réel intérêt pour ce projet, et peut assurer une partie de son financement ; ceci pour deux raisons : par l'opportunité de sa maîtrise d'ouvrage dans le cadre de l'aménagement du territoire, et par sa compétence dans le cadre de son développement économique.

La CODECOM du Pays de Vigneulles souhaite en effet se doter « de ce que l'on appelait autrefois un dispensaire rural », toutefois à l'initiative et sur la demande des médecins.

En outre, le contexte local est préoccupant dans 10 ans, si l'hypothèse d'une absence de remplacement localement est retenue compte tenu du problème de la démographie médicale :

Canton de Vigneulles : 2 médecins actuellement dont un a plus de 50 ans ;
canton voisin de Fresnes : 6 médecins dont 4 de plus de 50 ans ;
Secteur de Saint Mihiel voisin : 5 médecins dont 3 de plus de 50 ans.

Pour la CODECOM, la création doit répondre à certains critères⁵⁵ :

- maintien et développement de l'attractivité du secteur, des services de santé actuels,
- maintien et développement de l'accessibilité aux habitants aux premiers soins de santé,
- l'intégration paysagère des bâtiments, une signalisation au sol doivent être également réalisées ;
- la sécurité d'accès au pôle

Les six points importants qu'elle retient de ce projet sont :

⁵⁵ CODECOM de Vigneulles. Projet de création d'un « pôle médical relais » à Vigneulles, Novembre 2002.

- le maintien des professionnels de santé actuels et leur développement ;
- la création d'emplois sur le territoire (installation d'une infirmière, 2 postes de secrétariat...)
- l'augmentation du potentiel fiscal de la collectivité,
- l'inscription du projet dans le projet de territoire de la CODECOM,
- l'intégration paysagère et urbanistique du projet,
- le lien avec l'opération mobilité pour l'accessibilité des habitants au pôle médical.

- Description du pôle médical relais :

Les travaux envisagés (le projet technique a été travaillé par les praticiens et l'architecte) concernent la construction d'un bâtiment de 480 m² de surface, implanté sur du terrain communal situé près du centre de secours, et qui comprendra :

- 2 cabinets dentaires et un laboratoire commun
 - 2 cabinets médicaux
 - 1 cabinet infirmière
 - 2 logements de garde au premier étage pour les remplaçants
 - 1 salle de réunion et 2 bureaux (pour l'accueil de spécialiste par exemple)
- et la possibilité d'une extension

Le financement de la création du « pôle médical relais » sera donc assuré en partie par la CODECOM, mais aussi avec les aides sollicitées auprès de l'Europe et de la région.

Le tableau ci- dessous représente le plan de financement prévisionnel :

Ressources / dépenses pour les principaux corps de construction	Montants en euro
Autofinancement (20%) :	88420
CODECOM du Pays de Vigneulles par emprunt (couvert par les loyers perçus)	
Aides sollicitées (80%) :	
D.D.R (41,2%)	182146
Conseil régional de Lorraine (8,8%)	38905
UE Objectifs 2 FEDER (30%)	132631
Total (HT)	442102

La durée de l'opération est prévue sur 2 ans, dont voici le calendrier :

Septembre- novembre 2002 : dépôt des dossiers de demande de subvention Etat, UE , Conseil Régional de Lorraine .

Premier trimestre 2003: accord officiel des co-financeurs

Second trimestre 2003 : consultation

Troisième trimestre 2003 : démarrage de la construction

Premier semestre 2004 : opérationnalité des bâtiments

- La création de ce type de structure d'accueil (regroupant au départ les 2 médecins du secteur, le dentiste, une infirmière, comprenant des salles de réunions, des logements pour le personnel remplaçant, la possibilité d'extension et d'accueil de spécialistes à la demi journée sur rendez-vous) aura finalement comme objectifs :
 - ✓ d'assurer et de maintenir une couverture médicale et paramédicale polyvalente minimale sur le secteur du Pays de Vigneulles afin de lutter contre la désertification médicale du milieu rural,
 - ✓ et de rendre plus attractif le canton de Vigneulles pour les futurs professionnels de santé, lors de remplacements ou de départs en retraite, en leur offrant de meilleures conditions de travail.

- Les professionnels s'engagent à « faire vivre le système », et notamment de demander et d'accueillir des spécialistes à la demi journée sur rendez-vous, de devenir un pôle de formation continue en accueillant aussi des stagiaires, et enfin de gérer les ressources humaines et anticiper les mouvements...

Pour conclure, on peut dire que les résultats attendus pour ce type de création sont de trois ordres :

- ✓ maintenir les professionnels et service de santé existants, les développer et en attirer de nouveaux.
- ✓ favoriser l'accès à la santé en milieu rural en rapprochant, optimisant et développant les services de santé.
- ✓ Et finalement, recréer un « dispensaire » rural...

V. DISCUSSION et PROPOSITIONS

1) Discussion sur la méthode et les limites de l'étude :

- L'enquête s'est limitée à l'abord sociologique, et à l'étude des médecins généralistes nouvellement installés en milieu rural ; la problématique n'a donc pas été vue dans sa globalité ; aussi, le nombre de médecins enquêtés étant de neuf, il est difficile de faire des statistiques à partir des résultats et surtout de dégager des généralités en fonction de l'analyse et des propositions élaborées.

- L'étude des soins de proximité avec tous les professionnels de santé dans leur globalité (et la définition des besoins pour une meilleure adéquation avec l'offre) aurait été utile à l'analyse de la problématique de la démographie médicale mais il n'existe pas pour l'instant de réelles 'normes' en matière de soins de proximité, de densité médicale et d'accessibilité au médecin. Cette étude aurait fait à elle seule l'objet d'un mémoire ...

- L'enquête étant limitée à la Meuse volontairement (pour ne pas être influencée ni orientée d'emblée), il est intéressant de voir les expérimentations dans d'autres départements et d'autres pays :

- Expérimentations départementales :

Des initiatives infra régionales existent avec la création de maisons médicales ; mais sous cette appellation existent différents modes de fonctionnement et de financement selon les départements ; ce sont en majeure partie des maisons médicales « de garde », créées à la suite d'expérimentations menées en France au titre de la permanence des soins, et fonctionnent en dehors des horaires de journée.

Une expérimentation en milieu rural est menée actuellement dans l'Ain : la création de la maison médicale de garde d'Ambérieu⁵⁶ répond à deux nécessités : la première est de faciliter l'accès aux soins pour les patients ; la deuxième est de faciliter l'accès au repos pour les médecins.

⁵⁶ DE SAINT ROMAN H. Permanence des soins : les maisons médicales fleurissent un peu partout en France. *Le quotidien du médecin*, dix Janvier 2003, n°7249, p.3.

En Mayenne, où le problème se pose également : le premier chantier est de diminuer les nombre de gardes ; de plus, une expérimentation actuellement en cours consiste en la création de maisons médicales virtuelles : chaque médecin reste dans son village mais est relié en permanence à un groupe de confrères par un extranet sécurisé pour l'échanges de courrier, dossier médicaux...(la difficulté est de pouvoir faire bénéficier tous le département du haut débit).

Dans le Val d'Oise, des avantages financiers sont fixés pour certaines zones désertées (essentiellement exemption des impôts, taxes professionnelles et charges sociales URSSAF sur salaire pendant au moins cinq ans)

- Ce qui se fait dans d'autres pays ⁵⁷:

En Allemagne depuis 2000, les médecins souhaitant s'installer dans une zone saturée peuvent se voir refuser le conventionnement (mais liberté d'exercer).

Au Québec, le mécanisme principal de régulation repose sur une modulation de la rémunération à l'acte (majorées dans les zones déficitaires pendant trois ans, minorées si trop nombreux) et permet d'améliorer la répartition de l'offre médicale sur tout le territoire ; des bourses d'étude sont accordées aux étudiants en contre partie d'une obligation de service dans une zone définie ; des primes à l'installation, la rémunération de journées de formation continue figurent également au registre des mesures incitatives.

Au Royaume- Uni, c'est un organisme (MPC) qui contrôle et gère l'installation des généralistes au niveau du district : à partir du nombre de patients enregistrés auprès de chaque médecin généraliste, il définit ainsi les zones sous dotées et peut avoir le pouvoir de refuser l'installation dans des zones sur - dotées.

2) Les éléments recueillis tout au long de l'étude confirme la dernière hypothèse émise initialement, et vont permettre d'aider le groupe de travail départemental à proposer des actions et des expérimentations :

⁵⁷ Dossier démographie médicale, état des lieux, état d'urgence, bulletin de l'ordre des médecins, n°13 mars 2003.

La raison principale est que dans l'enquête, deux installations seulement sont déterminées géographiquement par des critères relevant de la vie personnelle du médecin sur la quelle le système de santé ne peut guère avoir prise. Pour les sept autres, une éventuelle action aurait pu se concevoir et permis d'avoir un impact sur le lieu définitif d'installation.

Cette enquête confirme bien les différentes études déjà effectuées de façon plus générale au niveau national et régional : le choix du lieu d'installation ne se fonde pas tant sur le revenu espéré que sur des critères relatifs au contexte démographique et aux conditions de vie...

Avec cet éclairage sur les motifs, choix et difficultés des médecins récemment installés, l'analyse de cette enquête permet de prolonger la réflexion sur les incitations à l'installation, et pourrait déboucher sur d'éventuelles propositions de solutions à la problématique meusienne :

- L'idée d'une prime à l'installation, par exemple, ne semble pas être une option pertinente au regard de cette enquête et des motifs exprimés par les médecins. Les motifs familiaux, les conditions d'exercice, l'environnement et plus généralement une proposition d'installation paraissent plus déterminants dans la décision que l'opportunité financière (même si le contexte financier est minimisé dans le cadre d'une enquête auprès des professionnels).

- Des mesures actives d'information sur l'état de l'offre et de la demande de soins, (cessions de cabinets, opportunité d'association, mais aussi nombre de gardes à effectuer par secteur, description de la démographie médicale avec notamment l'âge des confrères environnants) se révéleraient être un outil nécessaire pour une politique volontariste, puisque c'est finalement l'opportunité d'une proposition qui détermine le lieu d'installation.

- En ce qui concerne le département de la Meuse, ces mesures actives doivent obligatoirement informer non seulement les jeunes médecins sortant de l'université de la faculté de médecine de Nancy, mais aussi les médecins remplaçants du département et de la région (l'enquête montre que 80% de médecins installés avaient effectués des remplacements en région lorraine).

- De plus, la condition essentielle (sine qua non ?) retrouvée chez tous les médecins installés en milieu rural nécessite la *vocation d'emblée* et le désir de s'installer en campagne a priori.

Une démarche pourrait donc consister à encourager et faire connaître la médecine rurale aux jeunes médecins pour qu'ils y prennent goût et qu'ils puissent choisir ce mode d'exercice en connaissance, en :

- facilitant les remplacements en milieu rural
- développant le nombre de référents maître de stage en milieu rural, et les stages pendant les études du troisième cycle universitaire
- revalorisant la médecine de campagne (par rapport notamment à la spécialisation) dans les carrières médicales (développer le département de médecine générale , augmenter le nombre d'assistants maître de conférence, formation continue spécifique....) :la nouvelle réforme de l'internat peut en être le point de départ.

- Compte tenu des difficultés rencontrées et exprimées par les médecins, il faudrait pouvoir proposer une aide à l'installation avec les collectivités territoriales d'une part, et la possibilité d'un accompagnement par un « pair » d'autre part (avant, pendant et après l'installation notamment pour l'aide aux tâches administratives) en collaboration avec le conseil de l'ordre.

- Faciliter les conditions d'exercice des médecins est une nécessité pour limiter les départs de ceux qui sont déjà installés dans un autre mode d'exercice ou dans un autre lieu, et encourager les jeunes à s'installer.

Pour cela, il faut organiser au mieux la permanence des soins et limiter leur nombre de gardes et d'astreintes.

Il faudrait donc aider et favoriser le regroupement des médecins isolés en créant des maisons médicales (pour qu'ils aient moins peur de leur avenir).Ceux-ci d'autant plus qu'ils sont demandeurs et initiateurs.

En outre, il est intéressant de développer la mise en place de réseau ville hôpital comme un outil d'aide, et l'intervention de spécialiste.

- Dans la mise en place de mesures visant à améliorer l'environnement professionnel, il paraît aussi nécessaire d'encourager les remplacements (*trop de difficultés pour trouver un remplaçant*) : il faudrait pouvoir privilégier les licences de remplacement en milieu rural, en prenant en charge leurs financements (si nombre d'actes insuffisants...) : prévoir un local d'hébergement dans la maison médicales pour le remplaçant peut être aussi une solution à envisager

- Enfin, organiser un « ramassage » des patients (taxi, covoiturage...) pour certaines visites trop 'chronophages' visant à privilégier les consultations, permettrait de diminuer le temps de transport pour le médecin.
- L'exercice médical en lieux multiples⁵⁸, dans des cabinets secondaires n'apparaît pas comme une solution envisageable en l'état pour les médecins récemment installés : il ne ferait qu'augmenter les déplacements, l'activité, et ne faciliterait pas a priori les conditions d'exercice.
- Par contre, dans le cas où un statut d'assistantat salarié serait rénové par l'ordre des médecins⁵⁹ (comme cela existe chez les pharmaciens, les dentistes ou les avocats), il conviendrait de revoir et réinterroger les médecins, en particulier les femmes désirant s'installer en milieu rural mais rencontrant des difficultés d'ordre personnel (vie familiale incompatible avec les horaires et l'activité libérale)

3) Rôle et faisabilité pour le médecin inspecteur de santé publique départemental :

En préambule, il est intéressant de reprendre la réflexion régionale lors des travaux de préparation de la loi quinquennale de santé publique :

« Du niveau national relèvent l'élaboration du cadre juridique et des référentiels de pratiques, la recherche, la formation initiale, la détermination des priorités, la mobilisation des ressources et l'évaluation globale et ultime des politiques publiques.

Du niveau régional dépendent l'observation, le cadre du financement, l'évaluation, le cadre méthodologique (mise en œuvre, évaluation...), la définition des priorités, la formation continue.

⁵⁸ Article 85 du code de déontologie médicale

⁵⁹ CNOM. Dossier : démographie médicale : état des lieux, état d'urgence. *Le bulletin de l'ordre des médecins*, Mars 2003, n°13.

Du niveau local relèvent le repérage des besoins, la mise en œuvre, y compris expérimentale, et l'évaluation : c'est le lieu de l'observation, du diagnostic, de l'expérimentation. Il doit avoir une marge d'initiative propre, pour assurer la réactivité du système aux évolutions de la société et préserver des dynamiques d'acteurs insuffisamment prises en compte. Il faut arriver à combiner la volonté d'harmoniser ce qui se fait sur le territoire et la nécessité de prendre en compte les dynamiques d'acteurs »⁶⁰.

➤ Il faut donc développer le rôle de coordination et d'animation, être en capacité d'impulser des dynamiques locales et de faciliter le développement d'initiatives de terrain.

3.1 Participer au groupe de travail départemental (mis en place par le sous comité médical du CODAMU), l'animer et faire des propositions d'expérimentations :

Un travail collectif entre les partenaires institutionnels et professionnels, doit déboucher sur des orientations précises et réellement opérationnelles.

Il faut coordonner les institutions et les interventions, mutualiser les moyens et rechercher des partenariats pour engager des expérimentations.

Certaines propositions doivent être étudiées par ce groupe départemental, telles que :

- encourager les remplaçants à s'installer et faciliter les installations, par la mise à disposition d'outils d'aide : un recueil de données et d'informations utiles pour l'installation pourrait être élaboré avec le groupe de travail (notamment le conseil de l'ordre, les professionnels et l'assurance maladie) ;
- proposer des projets d'associations aux remplaçants de la région (eux mêmes localisés par le partage des fichiers ADELI, ordre des médecins, assurance maladie) ; en liaison avec le responsable du troisième cycle de la faculté de Nancy, faire des propositions aussi à ceux qui sont intéressés par une installation en milieu rural ;
- encourager les médecins à devenir maître de stage, et créer un système de pair pour inciter les médecins à s'installer en milieu rural ;

⁶⁰ Synthèse des travaux de la région Lorraine dans le cadre de la préparation de la loi quinquennale en santé publique

- bien que les médecins meusiens ne soient pas tous informatisés (et de loin !), et que l'enquête n'aie pas mis l'accent sur cette éventualité, il pourrait être envisagé un système extranet (ex. de la Mayenne) qui permettrait une liaison entre les professionnels de santé et l'hôpital.

3.2 Evaluer et articuler le dispositif de **permanence des soins** pour faciliter les conditions de travail des professionnels (important d'après l'enquête) :

- dans un premiers temps, étudier avec les professionnels et l'ordre des médecins (but de la prochaine réunion du groupe de travail) les différents secteurs de garde qui pourront être en difficulté du fait des départs en retraite ou dans d'autres modes d'exercice ;

- puis dans un deuxième temps : regrouper les secteurs en difficulté en concertation avec les médecins généralistes, et faciliter la création de maisons médicales, en vue d'un regroupement de secteurs ; ceci avec l'aide des collectivités territoriales, qui sont également représentées dans ce groupe de travail (un financement serait possible aussi avec le FAQSV) ; il serait intéressant de pouvoir créer une **maison médicale de garde** (comme celle de l'Ain)...à voir avec l'ordre et les professionnels.

3.3 Développer les maisons médicales de proximité et faciliter le regroupement des professionnels :

- sensibiliser les politiques locaux, en montrant l'exemple de création du pôle relais santé de Vigneulles.

- faciliter les démarches administratives et simplifier les financements : recherche de partenariat assurance maladie, collectivités locales, aides à l'installation ...

- proposer aux médecins seuls de se regrouper par l'intermédiaire du conseil de l'ordre.

3.4 Harmoniser la Répartition sur le territoire :

- dresser un état des lieux significatif, en **coordination avec l'observatoire régional** : l'analyse de la démographie médicale à un niveau plus fin (département, bassin de vie, communes, cantons...) doit permettre une définition plus précise des priorités en fonction des besoins.

- mener une analyse et un maillage plus fin départemental et infra départemental pour une adéquation de l'offre et des besoins (mais il faudra attendre les directives ou normes nationales en la matière).

- assurer l'accessibilité à la population (avec collectivités territoriales) en cas de regroupement sur des chefs lieu de cantons par exemple .
- il sera utile de pouvoir évaluer l'impact du futur décret sur l'aide à l'installation, et son suivi en concertation les différents partenaires.

3.5 Développer l'organisation en **réseaux de santé** et notamment avec les hôpitaux locaux (réseaux de proximité ville- hôpital); certains spécialistes hospitaliers, des assistantes sociales, pourraient intervenir à la demande dans ces maisons médicales de proximité

VI. CONCLUSION

L'adaptation de la démographie médicale constitue un enjeu majeur de santé publique pour les années à venir. Le constat établi aujourd'hui est unanime sur le fait que les difficultés potentielles sont plus liées à l'inégalité de répartition des médecins entre les différents territoires (et entre les spécialités) qu'à un problème d'effectif global à court ou à moyen terme.

Les services déconcentrés, et en particulier le médecin inspecteur de santé publique en DDASS, ont un rôle important à jouer pour assurer un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, travailler aujourd'hui en collaboration avec les médecins généralistes libéraux est facilité grâce à une fenêtre d'opportunité : suite aux mouvements de grève, une relation nouvelle s'est instaurée avec les médecins libéraux.

Ils sont eux mêmes en demande de changements concernant l'évolution de leurs pratiques et de leurs métiers...

Ce mémoire m'a permis à la fois de cerner la problématique meusienne, centrée sur la médecine générale en milieu rural, mais aussi de dresser un inventaire des différents leviers d'action qui sont susceptibles d'être mobilisés pour modifier l'offre de soins sur le territoire.

L'incitation à l'installation et l'amélioration des conditions d'exercice en sont principalement les deux bras de levier.

Par l'intermédiaire de l'enquête, j'ai rencontré certains médecins généralistes meusiens et fait un premier « diagnostic » sur leurs pratiques et leurs problèmes : un secteur en difficulté a été identifié, dans lequel notamment certains médecins rencontrés désirent se regrouper, la création d'une maison médicale à Vigneulles pourrait servir d'exemple dans le département...

Le travail doit bien sur être approfondi ; mais il semble que la tâche sera facilitée car cette problématique est d'ores déjà partagée par l'ensemble des acteurs et partenaires totalement investis en Meuse ; quant à l'utilisateur, il ne faudra pas l'oublier...

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°2002- 303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Loi n°99- 533 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire du 25 juin 1999.
- Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2002.
- Projet du premier décret relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes.
- Décret du 05/10/1995 modifiant le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.
- Circulaire DHOS/SDO n°2002- 399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville.

Rapports, études et conférences

-Nationaux

- BERLAND Y. Rapport de la Mission « démographie des professions de santé », Novembre 2002.
- BOURGUEIL Y. La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume Uni. *Etudes et résultats- DREES*, Paris, 2001.
- CNOM. Dossier : démographie médicale : état des lieux, état d'urgence. *Le bulletin de l'ordre des médecins*, Mars 2003, n°13, pp. 8- 13.
- CNOM, CREDES. Démographie médicale française, situation au premier janvier 2001.
- CNOM. Démographie médicale : la situation en 2002. *Le bulletin de l'ordre des médecins*, Février 2003, n°12, p. 5.

- COUFFINHAL A. La démographie médicale française : état des lieux. *Questions d'économie de la santé, CREDES*, Décembre 2001, n°44.
- DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, 22 Janvier 2003.
- Direction Générale de la Santé. Synthèse du rapport : perspectives de la démographie médicale, juin 2001 .
- DELAPORTE. Les professions de santé, éléments d'information statistiques. *DREES, Dossier Solidarité et Santé n°1*, Janvier- Mars 2001, La documentation française.
- NIEL X. La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002. *Etudes et résultats, Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES*, 2002, n°161.
- NIEL X. Le temps de travail des médecins. *Etude et résultats, DREES*, n°114, mai 2001.

-Régionaux

- ARH Lorraine. Compte- rendus du groupe de travail régional sur la démographie médicale, 2002.
- Conférence Régionale de Santé. De nouvelles priorités de santé ? Quelles nouvelles dimensions pour les priorités actuelles ? , mardi 26 Février 2002.
- DRASS de Lorraine- statistiques et indicateurs de la santé et du social- 2001
- GRAVELAT C. La démographie médicale en Lorraine, à l'occasion de la soirée débat : s'installer en milieu rural, faculté de médecine de Nancy, 03/12/2002
- INSEE Lorraine. Tableaux de l'économie Lorraine, 2001.
- INSEE Lorraine. Densité médicale : de fortes disparités. *Economie lorraine*, 1998, n° 181.
- MSA- URCAM- CREDES. Santé et milieu rural : une démarche exploratoire menée par trois URCAM, Avril 2002.
- ORSAS Lorraine / IRTS (institut régional du travail social). Rapport intermédiaire : dispositif d'observation des professions libérales et para-médicales, Novembre 2002.
- URCAM de Lorraine .Typologie cantonale des soins de proximité en Lorraine: note de présentation, 2002.

-départementaux

- CODECOM de Vigneulles. Projet de création d'un « pôle médical relais » à Vigneulles, Novembre 2002.
- Procès Verbal de la réunion du sous comité médical du CODAMU de la Meuse, trente Septembre 2002.

Articles

- BRUTEL C. Projections de population à l'horizon 2020, *Insee première*, n°762, Mars 2001.
- BUI DANG HA DOAN. L'installation des médecins : les déterminants du choix géographique (1974-1999). *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, Octobre -Décembre 2002, n°4, pp. 337-358.
- BUI DANG HA DOAN. Qu'est-ce que la démographie médicale ? .*Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, Octobre -Décembre 2002, n°4, pp. 423-426.
- BUI DANG HA DOAN, LEVY D. Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, Juillet - Décembre 2000, n°3-4.
- COUFFINHAL A. Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? . *Bulletin d'information en économie de la santé*, Décembre 2002, n°61.
- DESMOULINS C. Meuse : un réseau de médecins correspondants de Samu. *Le généraliste*, vendredi 15 Novembre 2002, n°2225.
- EVRARD C. Activités des médecins généralistes et territoire : une étude en Auvergne. *Actualité et Dossier en Santé Publique (ADSP)*, Septembre 2002, n°40, p. 57- 60.
- FLAMENT L. Les disparités régionales de la démographie des médecins libéraux en France (1998- 2008). *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 2001, pp. 173- 194.
- LAPORTE JM., GALLI J. Les motifs d'installation des médecins libéraux en Ile de France. *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, Octobre - Décembre 2002, n°4, pp. 379-394.
- LEMONNIER H. Démographie médicale, Nord Pas de Calais : un plan pour maintenir les effectifs. *Acteurs magazines*, Juin 2002, n°66, p. 15.
- P.Y.P. Démographie médicale : l'inadéquation de l'offre de soins. *Le concours médical*, 21 Février 2002, Tome 124- 40
- Santé : le malaise du monde rural, 36000 communes, n° 193, mars 2002, p.7
Anne FACCHIN - Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique - 2003

- VIGNERON E. Santé publique et aménagement du territoire. *ADSP*, 1999, n°29.
- VILAIN A. Les inégalités régionales de densité médicale. Le rôle de la mobilité des jeunes médecins. *Etudes et résultats- DREES*, Paris, 1999, n°30.

Ouvrages, monographies

- CREDES, Conseil scientifique de la CNAMTS. Démographie médicale : peut-on évaluer les besoins en médecins ?. *Série Colloque CREDES, actes du séminaire*, Paris, 2001.
- DURIEZ M. Les systèmes de santé en Europe. *Que sais je*, P.U.F, 1998.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité DATAR- CREDES. Rapport préparatoire au schéma de services collectifs et sanitaires : quel système de santé à l'horizon 2020 ? , La Documentation Française, 2000.
- VIGNERON E. Distance et santé. La question de la proximité des soins. *Médecine et société ; territoires et économie de la santé*, P.U.F, Paris, 2001.

Presse (notamment médicale)

- BLANCHARD S. Face à la pénurie annoncée de médecins, un rapport préconise un fort relèvement du numerus clausus. *Le Monde*, 5 Décembre 2002.
- DE SAINT ROMAN H. Permanence des soins : les maisons médicales fleurissent un peu partout en France. *Le quotidien du médecin*, dix Janvier 2003, n°7249, p.3.

Annexes

- ANNEXE I : Grille d'entretien.....57

- ANNEXE II : Carte de la proportion des médecins généralistes en Meuse de plus de 55 ans en 2001.....59
- ANNEXE III : Carte de la proportion des médecins généralistes en Meuse de plus de 55 ans projetée en 2006.....60

GRILLE D' ENTRETIEN

Présentation de l'objectif de l'entretien

Je suis médecin de santé publique en formation à l'école de Rennes, et je prépare un mémoire sur l'installation des médecins généralistes en zone rurale.
(Nom, date et lieu de naissance du médecin interrogé, date de l'installation)

Si vous ne vous êtes pas installé tout de suite après votre doctorat, pouvez-vous m'indiquer ce que vous avez fait jusqu'à votre installation ?

Date et lieu d'obtention du doctorat, diplômes ; cursus : remplacement, hôpital, combien de temps ?

J'aimerais que vous me racontiez pour quelles raisons vous êtes vous installé ici ?

A partir de quel moment avez vous commencé à réfléchir à votre lieu d'installation ?

Sur quels critères de choix a priori et a posteriori (ordre personnel : proximité famille, conjoint, cadre de vie ; ordre professionnel : proximité hôpital, locaux, rachat clientèle ; autres)

Création, succession, association

J'aimerais que vous me racontiez les démarches concrètes que vous avez effectuées avant de vous installer ?

Recherche connaissances, offre de presse, ordre des médecins ; pas de démarche

Informations sur le marché potentiel, comment, auriez vous souhaité en parler ?

J'aimerais que vous me décriviez votre situation professionnelle et financière actuelle :

Nombres d'activité, de gardes, difficultés financières

Concernant le rachat (s'il y a lieu de poser la question) :

montant de cette transaction, les bases, d'où vient l'argent, l'amortissement, et si c'était à refaire ?

Parmi les difficultés que vous avez rencontrées pendant ces premières années, quelles ont été pour vous les plus importantes ?

*Financières, morales, par rapport à la famille, d'ordre professionnel :
permanences des soins, démarches administratives*

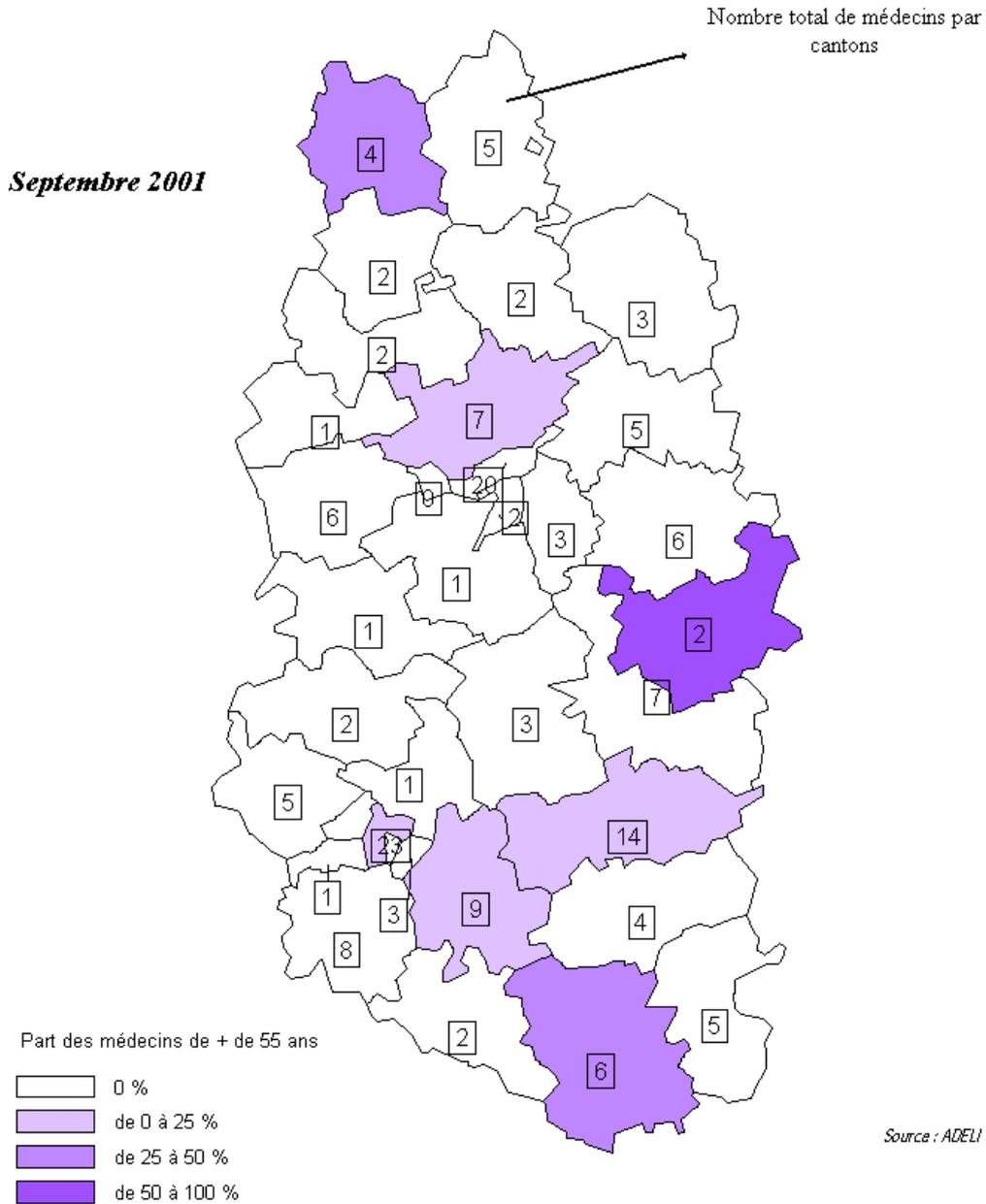
A votre avis, une prime d'installation aurait-elle pu vous inciter à vous installer dans un autre lieu ? Suffirait-elle pour vous faire changer ?

De manière générale, d'après vous que peut -on faire pour inciter d'autres médecins à s'installer en milieu rural?

(En italique, les relances en cas de besoin ou d'oubli)

Proportion de médecins généralistes libéraux de plus de 55 ans

*en exercice principal et/ou secondaire
un médecin peut être compté plus d'une fois
(remplaçants exclus)*



Proportion de médecins généralistes de plus de 55 ans

*en exercice principal et/ou secondaire
un médecin peut être compté plus d'une fois
(remplaçants exclus)*

En 2006

