



HAL
open science

Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes: enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse

Brice Aubertin

► To cite this version:

Brice Aubertin. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes: enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2008. hal-01732201

HAL Id: hal-01732201

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732201v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale.

Par

Brice AUBERTIN

Le 27 octobre 2008

**LES ASPIRATIONS PROFESSIONNELLES DES FUTURS
MEDECINS GENERALISTES.**

**ENQUETE AUPRES DES INTERNES DU D.E.S. DE MEDECINE
GENERALE DE LORRAINE ET DES MEDECINS REMPLACANTS
EN MEUSE.**

Examineurs de la thèse :

Mr J.D. de KORWIN
Mr J-P. KAHN.
Mr M. BRAUN
Mr J-L. ADAM

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en médecine

Président de thèse
Juge
Juge
Directeur de thèse

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale.

Par

Brice AUBERTIN

Le 27 octobre 2008

**LES ASPIRATIONS PROFESSIONNELLES DES FUTURS
MEDECINS GENERALISTES.**

**ENQUETE AUPRES DES INTERNES DU D.E.S. DE MEDECINE
GENERALE DE LORRAINE ET DES MEDECINS REMPLACANTS
EN MEUSE.**

Examineurs de la thèse :

Mr J.D. de KORWIN
Mr J-P. KAHN.
Mr M. BRAUN
Mr J-L. ADAM

Professeur
Professeur
Professeur
Docteur en médecine

Président de thèse
Juge
Juge
Directeur de thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Asseurs :	
du 1 ^{er} Cycle :	M. le Professeur François ALLA
du 2 ^{ème} Cycle :	M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
du 3 ^{ème} Cycle :	M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
Filières professionnalisées :	M. le Professeur Christophe CHOSEROT
Prospective :	M. le Professeur Laurent BRESLER
FMC/EPP :	M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====
PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET - Guy RAUBER – Paul SADOUL
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX
Michel MANCIAUX – Pierre PAYSANT- Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX
Jean DUHEILLE - Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH
Michel PIERSON - Jacques ROBERT – Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE
Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT
Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER - Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER
Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS
Francis PENIN – Michel STRICKER - Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE
Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –
Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUÉL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHULLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK -- Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT
Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET
Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY – Professeur Jean FLOQUET
Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER -

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre maître et président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Sous votre férule, avec vos conseils avisés la réalisation de ce travail fut menée à bien, vous avez très largement contribué à son amélioration.

Votre investissement rigoureux dans la formation des médecins généralistes au sein de votre service, comme à la faculté vous honore.

Permettez-moi de vous assurer mes remerciements et mon profond respect.

A notre maître et juge

Monsieur le professeur Jean Pierre KAHN

Professeur de Psychiatrie d'adultes

Soyez ici remercié de nous juger, ce travail sera-t-il à la hauteur de vos attentes ?

Nous vous sommes respectueusement reconnaissant.

A notre maître et Juge

Monsieur le Professeur Marc BRAUN

Professeur d'anatomie (option clinique radiologie et imagerie médicale)
Chevalier dans l'ordre des palmes académiques

Nous vous remercions d'avoir accepté d'être notre juge.

Puisse ce travail ne pas vous lasser.

Veillez accepter notre respectueuse reconnaissance.

A notre maître et juge

Monsieur le Docteur Jean Louis ADAM

Maître de conférence associé

Vous nous avez aidé à poser la première pierre de ce travail.

L'accueil dans votre cabinet fut chaleureux.

Inlassable cheville ouvrière de la médecine générale, nous sommes honorés de vous avoir comme juge.

A MES PARENTS

Il ne faut désespérer de rien, tout arrive, certains hommes sont ainsi faits.

A MES AMIS

Nous avons pris ensemble les chemins de l'école buissonnière, ils continuent, jusqu'à l'échappée belle.

A MES DIFFERENTS COLLEGUES DE TRAVAIL

Ceux qui m'apprécient se reconnaîtront, les autres aussi.

SERMENT

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIERES.

<u>A - INTRODUCTION.</u>	17
1. Etat des lieux de la démographie médicale en France et en Lorraine	17
2. Attentes, aspirations, motivations	19
3. Une gestion politique difficile	19
<u>B - OBJECTIFS DE L'ENQUETE.</u>	22
<u>C - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE.</u>	23
<u>D - RESULTATS DE L'ENQUETE.</u>	25
1. Réponses aux questionnaires :	25
2. Résultats de l'enquête auprès des internes DES	26
3. Commentaires de l'enquête auprès des internes DES	53
3.1) <i>Situation personnelle</i>	53
3.2) <i>Le futur exercice:</i>	53
3.3) <i>Type d'exercice et environnement profession :</i>	53
3.4) <i>Vie professionnelle et familiale :</i>	54
3.5) <i>Exercice en milieu rural :</i>	54
3.6) <i>Esquisse d'un profil type :</i>	54
4. Résultats comparatifs médecins remplaçants et internes DES	55

<u>E – DISCUSSION.</u>	74
1. Analyse critique de l'enquête.	74
2. Discussion et comparaison des résultats aux données de la littérature.	75
2.1) <i>Préambule</i>	75
2.2) <i>La féminisation</i>	76
2.3) <i>L'épanouissement personnel et familial</i>	77
2.4) <i>La maison pluridisciplinaire de santé</i>	78
2.5) <i>SASPAS et transmissions des savoirs</i>	79
2.6) <i>Installation en milieu rural</i>	80
2.7) <i>Revalorisation des actions de prévention et de dépistage</i>	81
2.8) <i>La télémédecine</i>	81
2.9) <i>Les mesures coercitives</i>	82
2.10) <i>Le désengagement de l'état</i>	83
2.11) <i>Bourses et sites pour l'installation</i>	83
<u>F – CONCLUSION.</u>	85
<u>G - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.</u>	87
<u>H – BIBLIOGRAPHIE CONSULTEE.</u>	90
<u>I – ANNEXES.</u>	96

A - INTRODUCTION

1. Etats des lieux de la démographie médicale en France et en Lorraine

A l'heure actuelle, le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France (208191, au 01/01/2007), mais la répartition est inégale sur le territoire. Il en résulte le développement de zones où l'accès aux soins primaires est difficile.

La Lorraine apparaît globalement dans les zones de moindre démographie médicale, accompagnée par : la Picardie, la Normandie, le Centre, la Champagne-Ardenne, la Franche-Comté, la Bourgogne.

Les Missions Régionales de Santé (MRS) ont défini les zones déficitaires en médecins : zones dont la densité médicale est inférieure à 30 % à la moyenne nationale et dont l'activité est supérieure de 30% à la moyenne nationale.

Le rapport Berland (1) a établi en 2002 un état des lieux de la répartition médicale sur le territoire. Ces zones déficitaires correspondaient à 2,5 % des cantons, soit 4,1 % de la population française (étude CNIS*, sources CNAMTS** DREES***). (31)

L'accroissement et le vieillissement de la population (16,4 % de la population a plus de 65 ans), l'essor de nouvelles technologies à visée diagnostique et thérapeutique, la vulgarisation de la médecine au sein des médias, conduisent à une augmentation de la demande de soins. De plus, le départ à la retraite de nombreux médecins généralistes est programmé dans les années futures, accompagné d'un vieillissement des médecins en activité (âge moyen de 48 ans). L'ensemble de ces constatations rend, à court comme à moyen terme, la situation préoccupante. Certaines zones de notre région sont touchées par ce phénomène.

Au 1^{er} janvier 2007, si l'on exclut les remplaçants et les médecins à exercice particulier (médecine du sport ou médecine thermale), la Lorraine comptait près de 2300 médecins généralistes exerçant à titre libéral. Comme au plan national, le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui et, paradoxalement le manque de médecins n'a jamais été ressenti aussi vivement par la population. La densité des médecins généralistes, 4,9 pour 5000 habitants, est inférieure à celle du niveau national (5,4) et risque de le rester à l'avenir. D'ici à 2015, c'est environ 700 médecins généralistes qui vont partir à la retraite. Pour conserver la même couverture médicale, il faudrait que 70 à 80 jeunes médecins s'installent sur le territoire lorrain :

- 20 à 25 pour la Meurthe et Moselle
- 5 à 6 pour la Meuse
- 30 à 37 pour la Moselle
- 12 à 15 pour les Vosges

La répartition de l'offre de soins est disparate au niveau de notre région. La Meuse et les Vosges, départements ruraux, ont une couverture moins dense qu'en Moselle qui, elle, est dans la moyenne nationale, la Meurthe et Moselle ayant une densité de médecins généralistes supérieure à la moyenne nationale.

Les disparités sont importantes au sein même des départements, en fonction des bassins de vie, qui représentent des zones peu enclavées, prisées par les jeunes (Thionville, Nancy, Commercy, Lunéville, La Bresse, Saint-Dié, Saint-Avold). En revanche, en dehors de cet axe, des bassins cumulent les difficultés :

- Faiblesse de la présence médicale aujourd'hui.
- Professionnels âgés.
- Professionnels en place ayant une forte activité.
- Distance élevée entre les patients et les médecins.

Les plus exposés sont : Saint-Mihiel, Gondrecourt-le-Château, Vaucouleurs, Stenay, Revigny-sur-Ornain, Provenchères-sur-Fave, Rambervillers et Darney et en Moselle (Farébersviller). Il n'y aura plus de médecins à court terme à Provenchères-sur-Fave et à Vaucouleurs si les jeunes médecins ne s'y installent pas. D'autres bassins sont concernés, mais les difficultés sont d'une autre nature, la couverture médicale est correcte, mais la charge de travail des médecins y est lourde. Sont concernés : Montmédy en Meuse du Nord ainsi que l'Est des bassins de vie de Verdun ou Bar-le-Duc (les cantons de Dun-sur-Meuse, Montfaucon-d'Argonne, Seuil-d'Argonne), les anciennes zones ferrifères du Nord de la Meurthe et Moselle (Piennes, Villerupt, Jarny), les zones de l'Est de Metz (Bitche, Boulay-sur-Moselle, Courcelles-Chaussy et Puttrelange-aux-Lacs) ou plus au Sud (Morhange et Dieuze).

Au total, nous avons une vingtaine de bassins de vie sur les 78 existants correspondant à 220000 habitants, soit 10% de la population lorraine, où la présence médicale est faible ou menacée.

Tous les ans, 70 à 100 médecins généralistes sortent de la Faculté de Nancy, mais tous ne s'installent pas en cabinet pour y exercer la médecine de « ville ». Entre 2000 et 2006, 40 à 50% d'entre eux ont préféré pratiquer un exercice salarié en milieu hospitalier (source : URCAM Lorraine). Compte tenu des problèmes démographiques actuels et à venir et des incertitudes concernant l'exercice professionnel futur des internes en médecine générale, il était judicieux que le Département de Médecine Générale de la Faculté de Nancy puisse connaître les attentes des futurs médecins généralistes quant à leur futur exercice professionnel.

CNIS* : Centre National de l'Information Statistique.

CNAMTS** : Caisse nationale de l'assurance maladie des Travailleurs Salariés.

DREES*** : Direction la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.

2. Attentes, aspirations, motivations

Une enquête à l'échelon national confiée à l'institut BVA par l'Ordre National des Médecins (2) concernant, les médecins nouvellement inscrits (depuis moins de 5 ans), soit un nombre de 500 et 3701 étudiants (2308 étudiants de DCEM2 et 1393 internes en 3ème année) sur leurs attentes, aspirations et motivations (enquête effectuée entre décembre 2006 et février 2007) dessine un profil nouveau.

Les réponses ont confirmé une évolution vers la féminisation. Chez les médecins nouvellement installés la répartition homme/femme est de 51/49. Elle passe de 1/3 d'hommes pour 2/3 de femmes chez les étudiants. Autre constatation, une confirmation de l'installation, qui se fait de plus en plus au profit des centres villes (34 %), des petites villes de province (27 %), les zones rurales n'attirant que 18 % d'entre eux, les banlieues pavillonnaires 13% et les cités populaires 8 %.

Lorsqu'on regarde les attentes figurant en tête et par ordre de préférence pour l'installation professionnelle, apparaissent l'épanouissement personnel et familial (81%), installation compatible avec l'activité professionnelle du conjoint (58%), la possibilité d'exercer le mieux possible son métier (55%), la relation avec les patients (43%), l'environnement géographique (41%). Et étonnamment comme anecdotes, le revenu (16%), l'utilité sociale du métier (14%), arguments qui pourraient faire pencher la balance pour les zones déficitaires.

Ces constatations recourent celles de l'enquête réalisée en 2004 par l'URLM de Rhône-Alpes. (3)

3. Une gestion politique difficile :

Pour clore cette introduction nous allons esquisser la gestion politique de ce problème sur les trente dernières années, la chronologie des événements étant bien plus complète sous le paragraphe « La gestion de la pléthore » dans la thèse de Olivier Marchand (4), la gestion politique visant déjà à réduire les dépenses de santé et protéger les revenus des médecins issus du « baby boom » :

- 1971 : instauration du numerus clausus à l'issue de la première année de médecine (limite le nombre de futurs médecins et minimise la concurrence)
- En 1982, la réforme du troisième cycle des études médicales tente de contrôler l'accès à certaines spécialités avec la généralisation du concours de l'internat mis en vigueur à partir de 1984 (5).

La médecine générale va payer un lourd tribut à cette réforme, les spécialités d'internat se développent (filiales de recherche, enseignants, revalorisations tarifaires, etc....).

La médecine générale sera pendant de longues années le parent pauvre

- Ce n'est qu'en 1988 qu'est créé le résidanat de médecine générale (6).

- Mais il faudra patienter jusqu'en 1997 pour qu'un premier stage en cabinet de médecine générale soit enfin effectif. Un décret du 15 avril 1981 en organisait déjà les contours (7).

De 1980 à 1990, les politiques se résument à ce slogan : l'augmentation des dépenses de santé est liée au nombre de prescripteurs. Il faut donc réduire ce nombre. Le numérus clausus atteint son étiage en 1992, avec 3500 places contre 8588 en 1971 (1), soit une réduction aux alentours de 60% des effectifs d'étudiants en médecine. Concomitamment, à partir de 1988, des mesures sont mises en place pour réduire le nombre de prescripteurs.

En 1988, le M.I.C.A (Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité) permet aux médecins de plus de 60 ans (rabaissé à 56 ans, puis remonté à 57 ans) de cesser leur activité. En échange, ils bénéficient d'une allocation de cessation d'activité, au prorata de leur activité libérale, jusqu'à 65 ans, tout en conservant une activité médicale « non prescriptive » l'acquisition des droits à la retraite se poursuivant .(11 et 10). Cette mesure a pris fin le 1^{er} janvier 2003. Elle a bénéficié à 10500 médecins (9). La loi du 17 janvier 2002 (10) avec son décret d'application (11) a permis aux médecins généralistes de réorienter leur carrière vers la médecine du travail et la médecine préventive. Ces deux lois ont favorisé la diminution des effectifs, alors qu'en 2001, l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rennes avait déjà un module intitulé « Comment anticiper la raréfaction annoncée des médecins et ses conséquences au niveau d'une région » (12).

En 2002-2003, revirement total, on passe de la gestion de la pléthore à celle de la pénurie. En 2003, la mission ministérielle confiée au Sénateur Honoraire Charles Descours, faisant suite au rapport alarmant du Professeur Yvon Berland de 2002, a pour titre : « Proposition en vue d'améliorer la répartition des futurs professionnels de santé sur le territoire » (13), le but étant des mesures immédiatement applicables :

- Création d'un stage ambulatoire de médecine générale dès le 2^{ème} cycle des études médicales. En 1997, un décret en prévoyait déjà les contours (14).Ce stage ne sera mis en place qu'en 2007, et encore pas dans toutes les régions faute de moyens suffisants.

- Favoriser la réalisation du 6^{ème} semestre ambulatoire en zone défavorisée, en donnant une prime indemnisant la charge financière engendrée par cet éloignement. Cette mesure n'est encore pas en acte.

En 2004, le Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale est créé, en même temps que les Epreuves Classantes Nationales (E.C.N) qui y donnent accès (15). Loin de conclure à une revalorisation de la Filière de Médecine Générale et de favoriser son choix par les futurs internes, c'est l'inverse qui se produit avec une désaffection encouragée par la possibilité de choisir sa spécialité et son lieu d'exercice en fonction de son classement. En 2004, la première édition des E.C.N

révèle l'ampleur du malaise : 600 postes notés vacants sur 1800, avec en point d'orgue celle de 2005, avec 971 postes vacants sur 2000 proposés : 17 internes en médecine générale à Limoges au lieu de 50, 57 à Nancy au lieu de 80 à 100 avant la réforme.

Des mesures de correction sont appliquées depuis 2 ans, avec une augmentation rapide du nombre de postes de médecine générale dans le Nord de la France, compensée par une diminution des postes d'internes dans le Sud, afin de contrer l'héliotropisme des choix des étudiants et essayer de rétablir une égalité démographique. La future loi « Bachelot » (Hôpital – Santé – Patients – Territoires) complète ces mesures par une planification sur 5 ans des postes ouverts à l'E.C.N et d'une modification de la répartition géographique des places au numerus clausus de 1^{ère} année.

Des mesures incitatives, pour favoriser l'implantation dans les zones déficitaires, sont déjà mises en place depuis 2 à 3 ans. Ce sont essentiellement des aides à l'installation avec différentes origines de financement (état, région, département, URCAM) qui complexifient le dispositif qui n'est pas toujours facile à appréhender. D'autres mesures sont à l'étude, aucune ne semblant déboucher sur des mesures coercitives, que les étudiants ne sont pas prêts à accepter.

La régionalisation en marche, avec la création prochaine des agences nationales de santé, témoigne du souci de l'Etat et des tutelles de tenir compte des particularités régionales. Dans diverses régions, particulièrement en Lorraine, des groupes de travail sont mis en place à l'initiative des préfetures et des DDASS. Les universitaires responsables de la formation médicale sont sollicités pour y participer (Meuse et Meurthe et Moselle) afin de coordonner les actions et d'anticiper les changements. Prendre en compte les aspirations des étudiants, dans chaque région, est une approche nouvelle importante, quand on sait que la majorité d'entre eux s'installe en général dans la région où les études ont été achevées. Cette notion s'applique plutôt aux médecins généralistes.

C'est dans cette démarche que s'inscrit l'enquête menée par le Département de Médecine Générale (D.M.G.) de la Faculté de Médecine de Nancy, à l'initiative du Professeur de KORWIN, en lien avec les enseignants généralistes de Lorraine.

Ce travail de thèse en présente la méthodologie et les résultats.

B - OBJECTIFS DE L'ENQUETE

- Analyser la manière dont les futurs médecins envisagent les conditions de leur exercice professionnel.
- La relation entre vie professionnelle et vie privée. Y a t il un effet sur le lieu d'installation ?
- Identifier d'éventuels facteurs discriminants. Les réponses (sexe, orientation envisagée, remplaçants).
- Essayer de dégager des axes de travail pouvant servir aux autorités de tutelles, collectivités locales pour remédier aux problèmes des zones déficitaires de la Région Lorraine.

C - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

Le questionnaire d'enquête a été envoyé en juin 2007 à la totalité des internes de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy par le D.M.G., soit au total un effectif de 176. Les coordonnateurs en sont le Professeur J.D. de KORWIN, coordonnateur du D.E.S de Médecine Générale et le Docteur J.L. ADAM, Maître de conférences associé au sein du D.M.G.

Une deuxième enquête est envoyée à la même date aux médecins remplaçants en Meuse soit un effectif de 54, par le Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins (CDOM) de la Meuse, avec comme coordonnateur le Docteur O. BOUCHY, en lien avec le Docteur A. CHARISSOU, président du syndicat des jeunes médecins remplaçants (R.E.A.J.I.R.).

Le questionnaire se divise en 6 grands thèmes (cf. annexe)

- 1) Situation personnelle (vous-même).
- 2) Futur exercice.
- 3) Modalités d'exercice de la Médecine Générale ambulatoire.
- 4) Environnement professionnel.
- 5) Vie personnelle et familiale.
- 6) Installation en milieu rural.

Pour le questionnaire des remplaçants, un thème supplémentaire ayant pour objet la motivation du remplacement dans le Département de la Meuse a été rajouté. Cette précision était demandée par le groupe de travail mis en place par la préfecture et la D.D.A.S.S. de Meuse dans le cadre du plan départemental sur la démographie des professions de santé : Groupe de travail 3 « Communication faculté/milieu professionnel », présidé par Mr F. DOSE, à l'époque député maire de Commercy et le Pr J.D. de KORWIN

Les réponses devaient être adressées fin août 2007, soit au Département de Médecine Générale à la Faculté de Médecine (internes DES), soit au CDOM de la Meuse (médecins remplaçants).

L'exploitation des résultats a été confiée au Docteur GILLOIS du Département Bio statistiques, informatique et technologie de la communication de la Faculté de Médecine de Nancy.

Pour rappel, le test du khi deux est utilisé pour des effectifs supérieurs à 30, le test de Fischer pour des effectifs inférieurs à 30, le test de Student pour la comparaison entre deux groupes.

Il n'y a pas eu de relance effectuée pour obtenir un nombre supérieur de réponses, en raison du calendrier fixé.

D - RESULTATS DE L'ENQUETE

1. Réponses aux questionnaires

Pour les internes le DMG a reçu 57 questionnaires sur 176 envoyés.

Le C.D.O.M. de la Meuse a lui reçu 17 questionnaires sur 54 envoyés, dont 2 par courriel.

Nous avons décidé d'exploiter séparément les résultats de l'enquête auprès des internes et des médecins remplaçants en Meuse, vu les différences de taille d'échantillon.

Sont donc présentés successivement les résultats de l'enquête auprès des internes DES, puis de façon comparative et à titre purement indicatif les résultats des médecins remplaçants mis en perspective avec ceux des internes. N'ont été retenus que les items principaux. Lorsque les résultats étaient similaires nous les avons présentés confondus et séparément s'ils différaient.

Les internes n'ayant pas répondu à tous les items du questionnaire, nous indiquerons le nombre de réponses respectives obtenues.

Pour certains items les réponses étaient graduées comme suit :

- 1) Pas d'intérêt.
- 2) Peu d'intérêt.
- 3) Intérêt moyen.
- 4) Fort intérêt.

En raison du nombre relativement faible de réponses, nous avons décidé de regrouper ces réponses en deux catégories :

- NON pour pas d'intérêt et peu d'intérêt.
- OUI pour moyen et fort intérêt.

Nous n'avons pas discriminé en fonction du sexe les réponses car les effectifs sont faibles et un biais est déjà introduit.

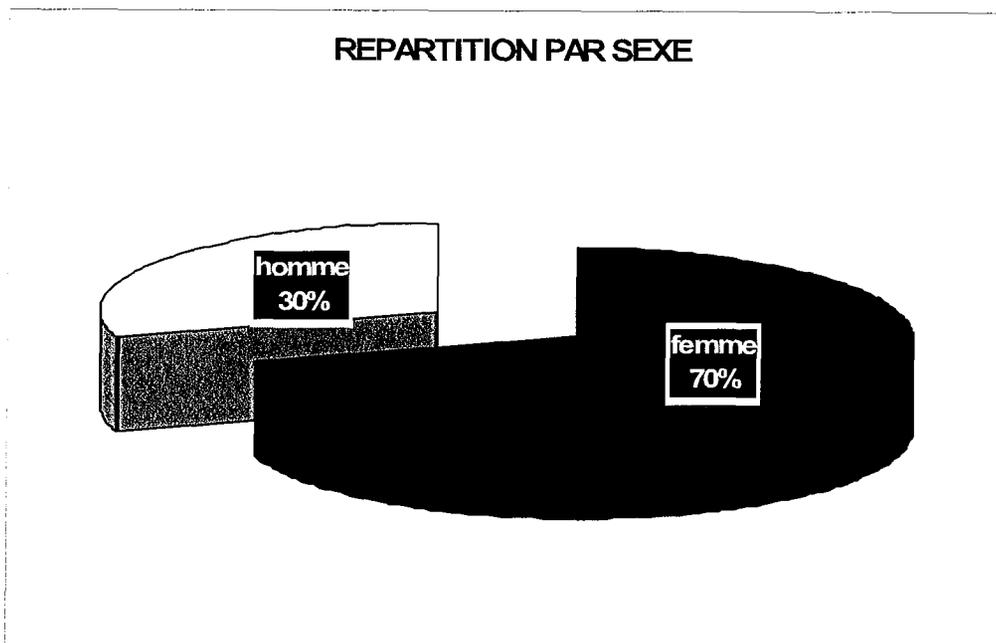
2. Résultats de l'enquête auprès des internes DES

Sont présentés successivement sous forme de graphiques, les réponses aux différentes questions, suivis de commentaires regroupés en un seul chapitre.

1 VOUS – MEME.

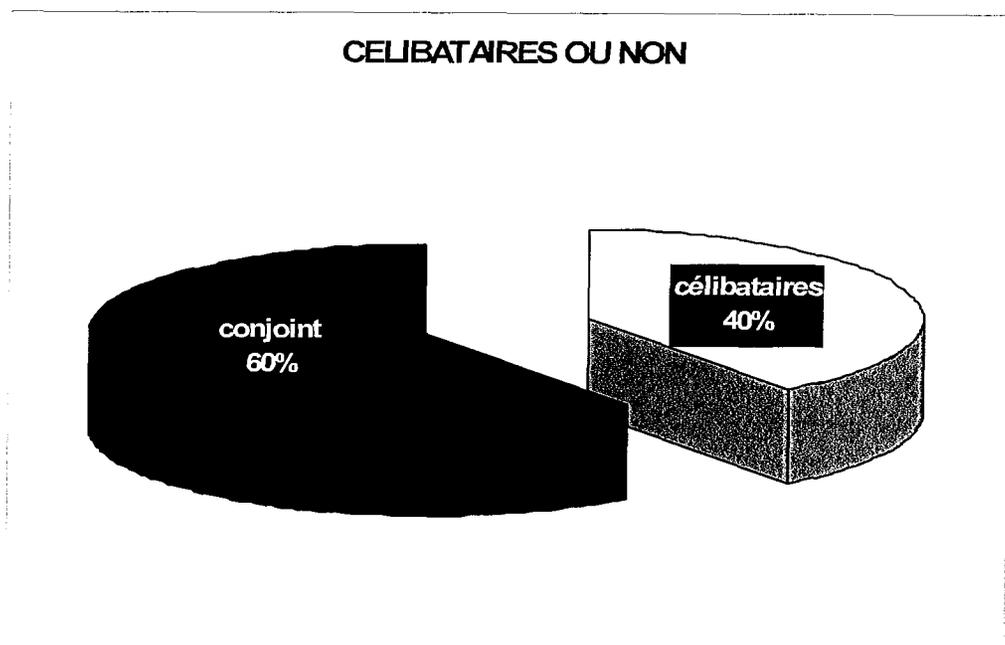
Homme ou femme.

Nombre de réponses : 57



Célibataires ou non.

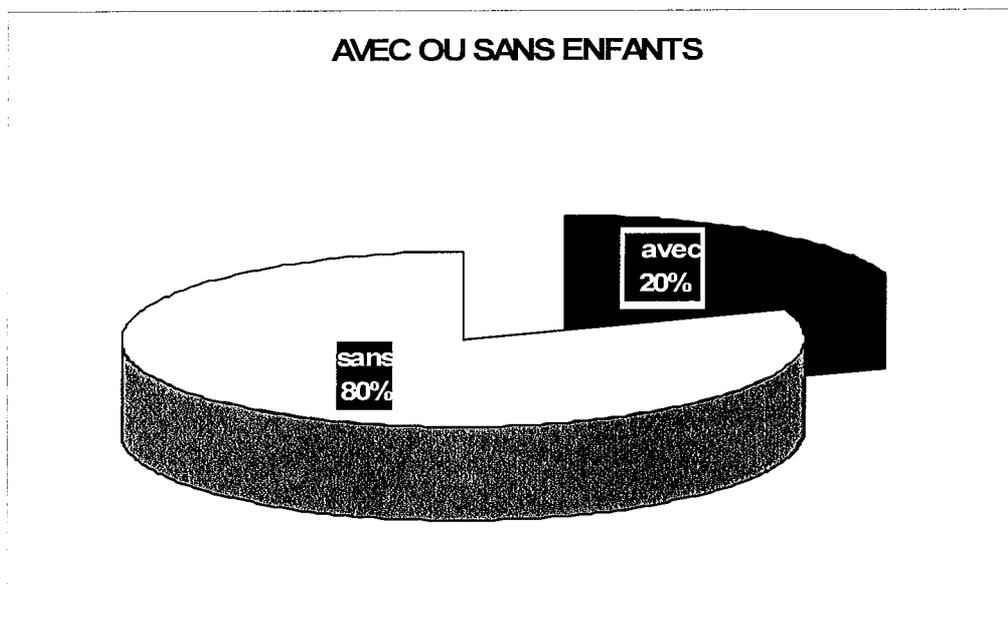
Nombre de réponses : 57



1 : VOUS – MEME (suite).

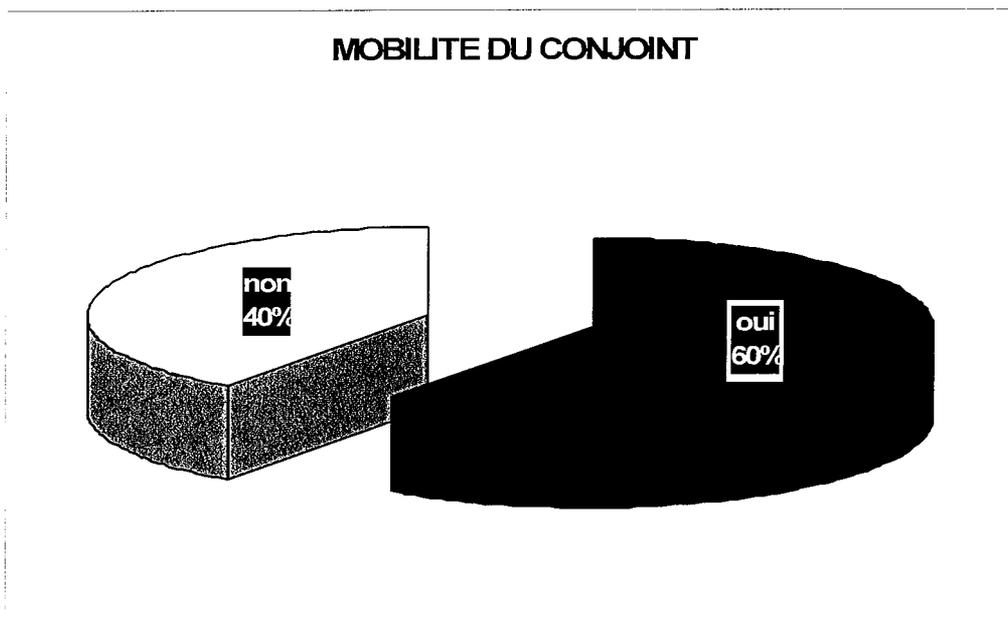
Avec ou sans enfants.

Nombre de réponses : 57



Mobilité du conjoint.

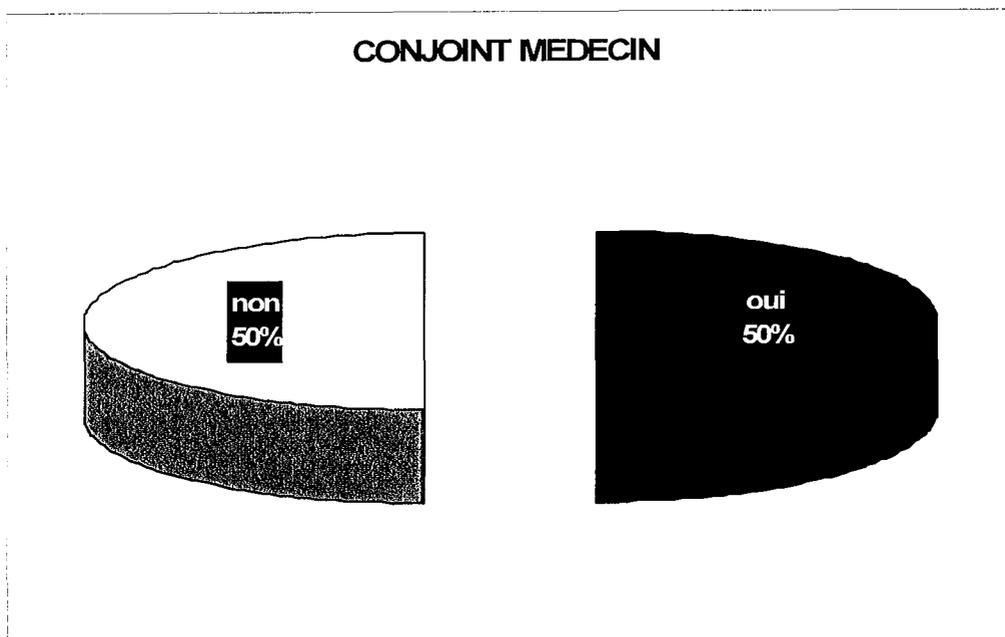
Nombre de réponses : 57



1 : VOUS – MEME (suite).

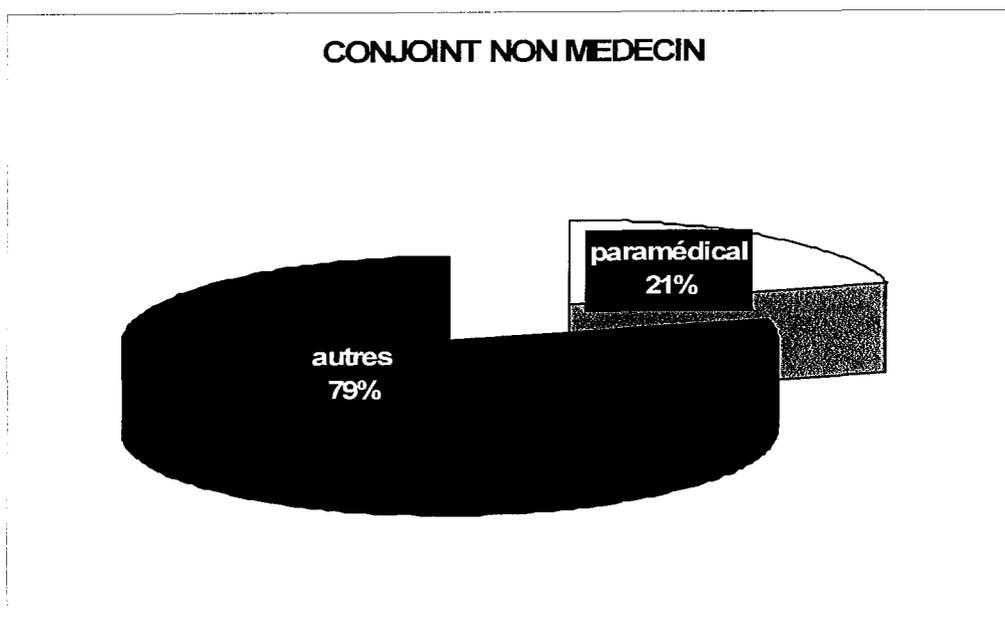
Conjoint médecin.

Nombre de réponses : 57



Conjoint non médecin.

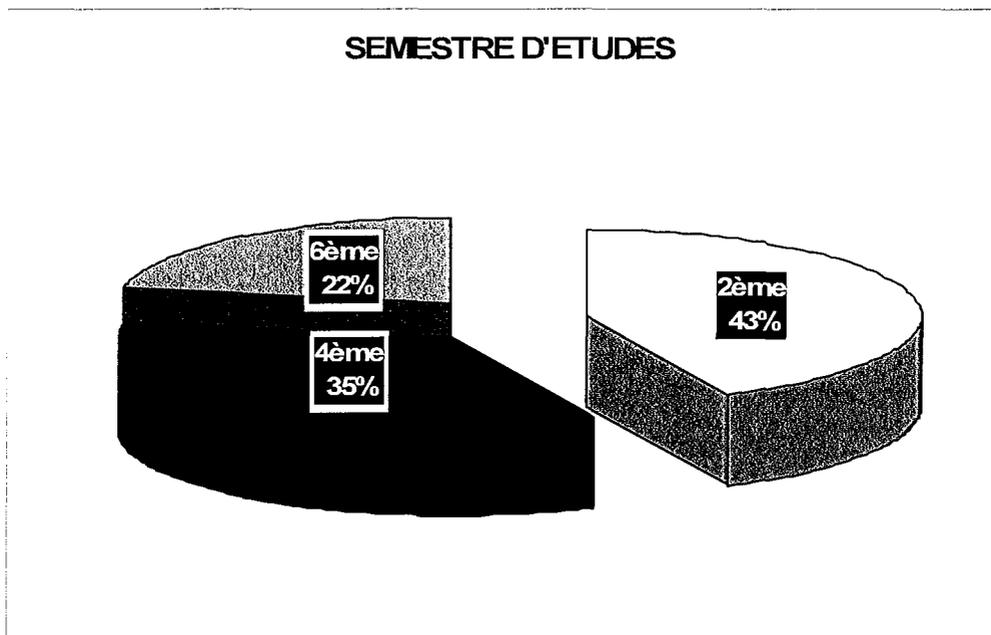
Nombre de réponses : 57



1 : VOUS – MEME (suite).

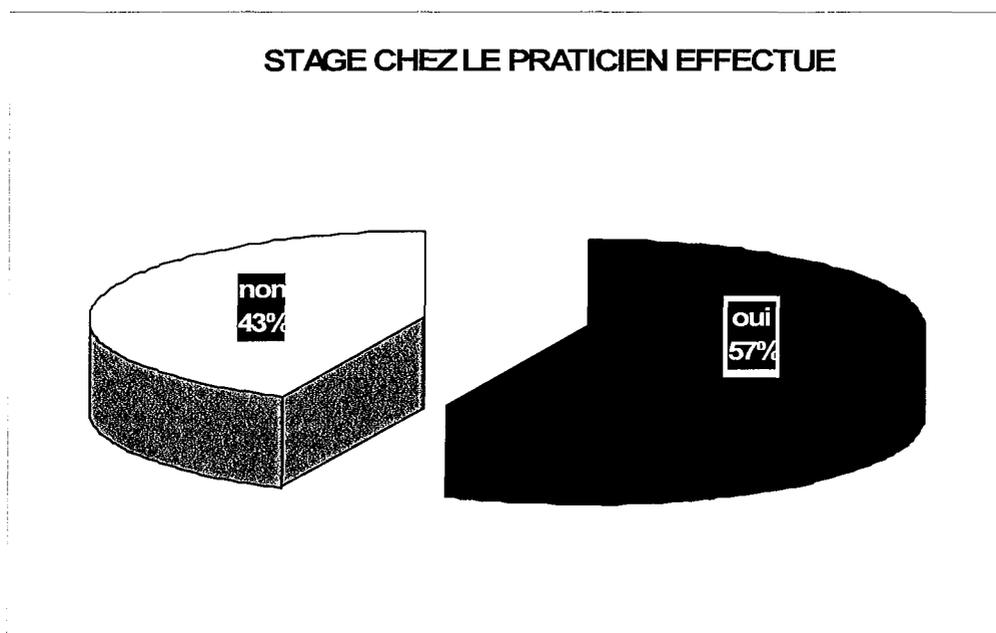
Semestre d'études.

Nombre de réponses : 51



Stage chez le praticien.

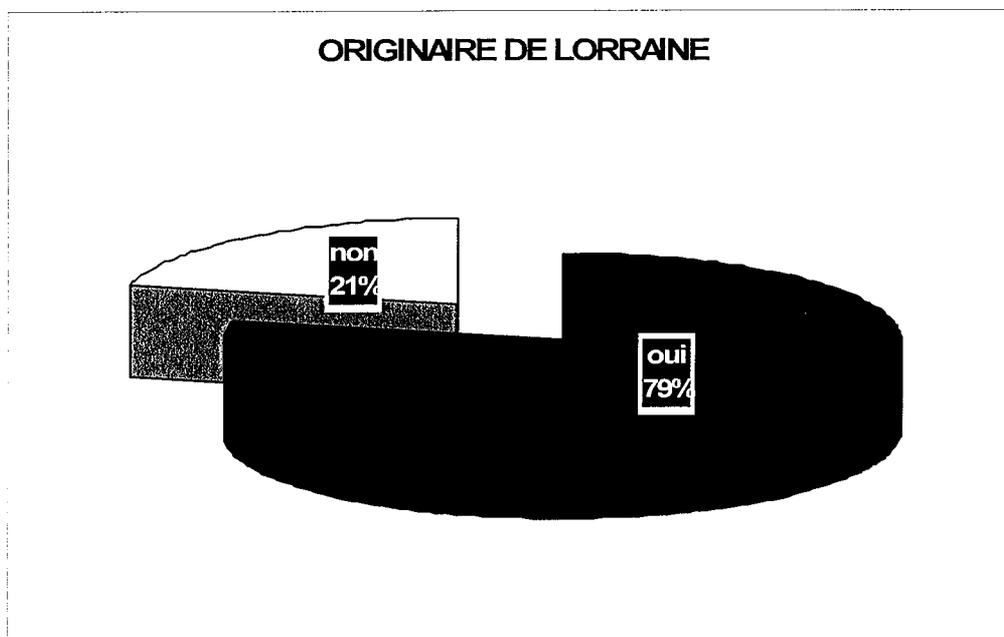
Nombre de réponses : 57



1 : VOUS – MEME (suite).

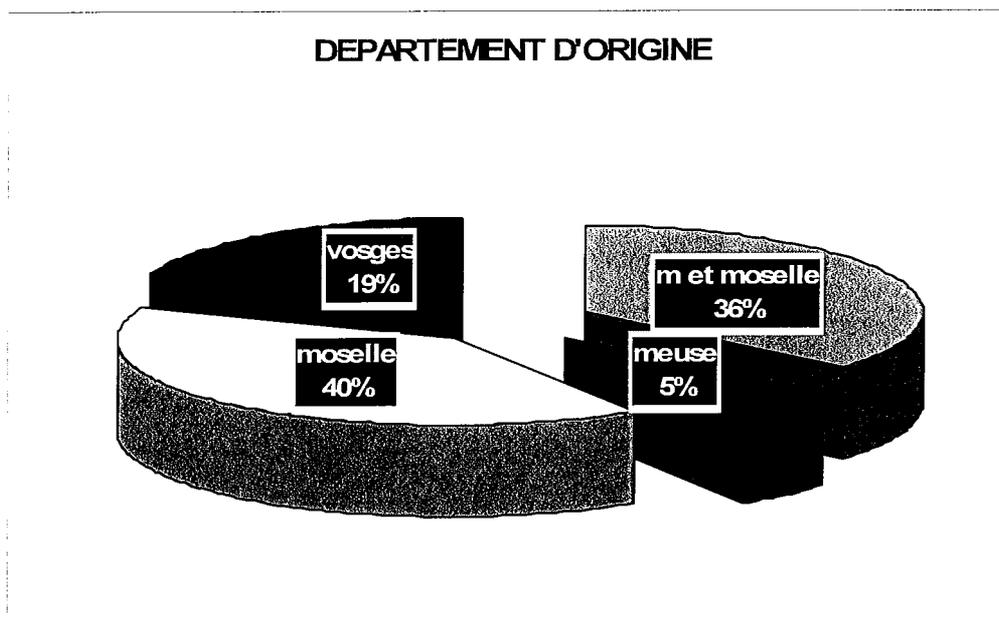
Origine lorraine.

Nombre de réponses : 54



Département d'origine.

Nombre de réponses : 56

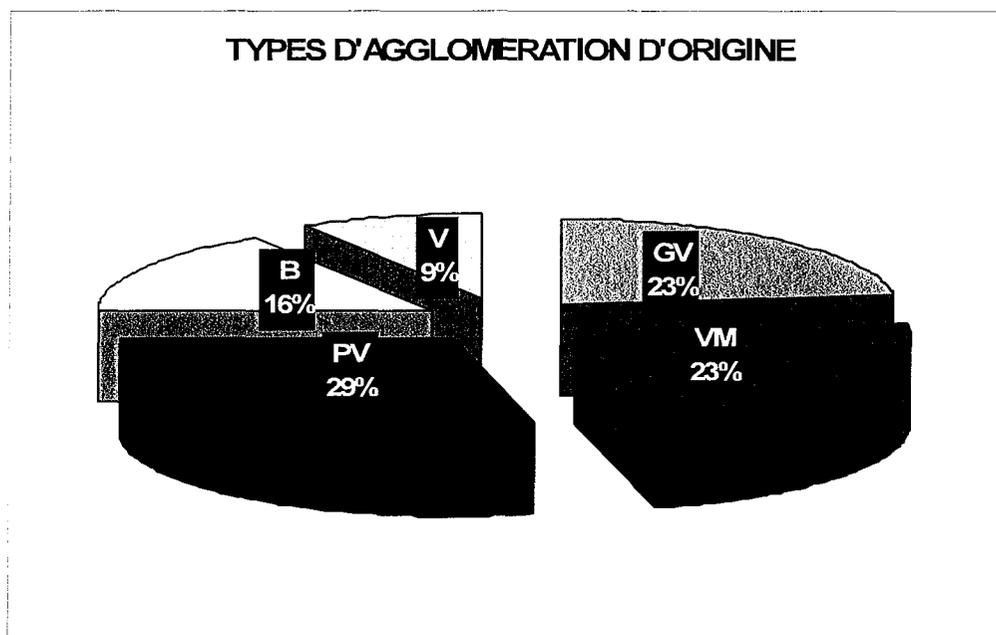


1 : VOUS – MEME (fin).

Type d'agglomération d'origine.

Grande Ville plus de 100 000 hab.	GV
Ville Moyenne de 20 000 à 100 000 hab.	VM
Petite Ville de 2500 à 20 000 hab.	PV
Bourg de 1000 à 2500 hab.	B
Village moins de 1000 hab.	V

Nombre de réponses : 54



2 : VOTRE FUTUR EXERCICE.

La médecine générale ambulatoire.

M.G.A.

Nombre de réponses : 47/56

La médecine polyvalente hospitalière.

M.P.H.

Nombre de réponses : 7/56

PMI médecine scolaire.

P.M.I.

Nombre de réponses : 2/56

	<u>TOTAL</u>	TEMPS PLEIN	TEMPS PARTIEL
M.G.A.	<u>84%</u>	61,7%	38,3%
M.P.H.	<u>12,5%</u>	29%	71%
P.M.I.	<u>3,5%</u>		

Parmi toutes ces réponses 48% envisagent une formation complémentaire en D.E.S.C. d'urgences.

3 : MODALITES D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE

1) Lieu d'exercice :

Dans une grande ville ou environs (plus de 100 000 hab.) GV

Nombre de réponses : 46

Dans une ville moyenne (20 000 à 100 000 hab.) VM

Nombre de réponses : 47

Dans une petite ville (2500 à 20 000 hab.) PV

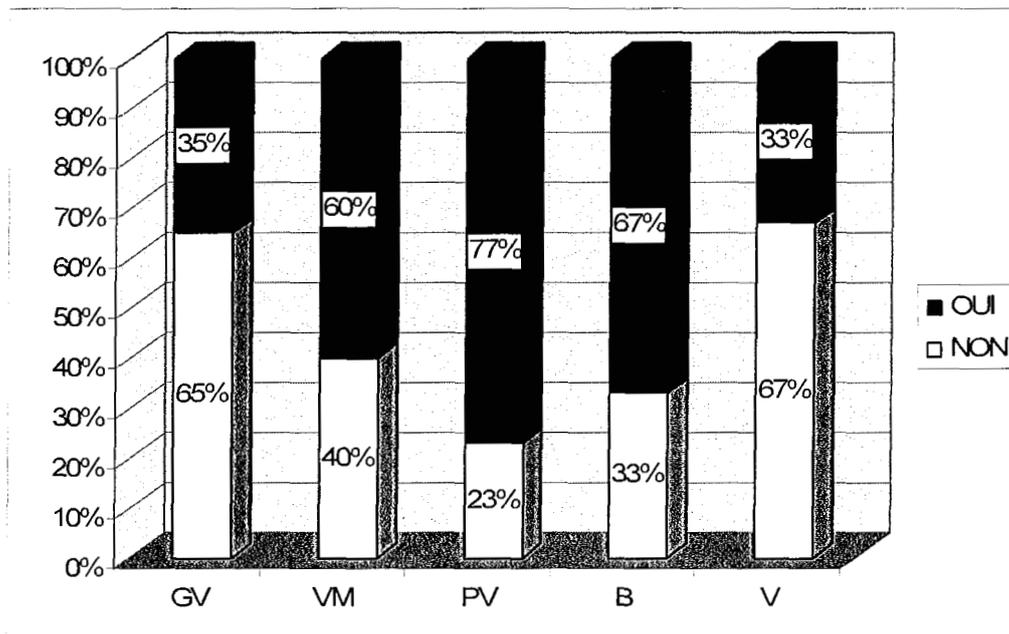
Nombre de réponses : 49

Dans un bourg (1000 à 2500 hab.) B

Nombre de réponses : 46

Dans un village (moins de 1000 hab.) V

Nombre de réponses : 46



3 : MODALITES D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE (suite)

2) *Exercice personnel au cabinet :*

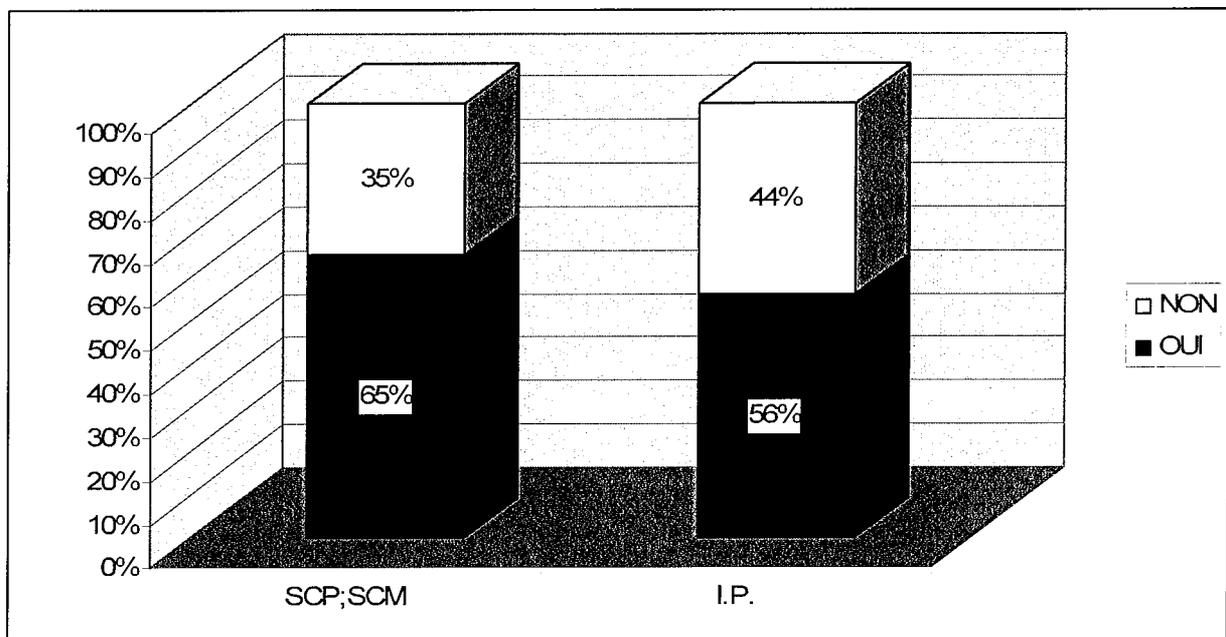
Investissement financier personnel.

- *Rachat de parts d'une SCM ou d'une SCP dans un cabinet de groupe.* **SCP, SCM**

Nombre de réponses : 53

- *Immobilier professionnel.* **I. P.**

Nombre de réponses : 50



3 : MODALITES D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE (suite)

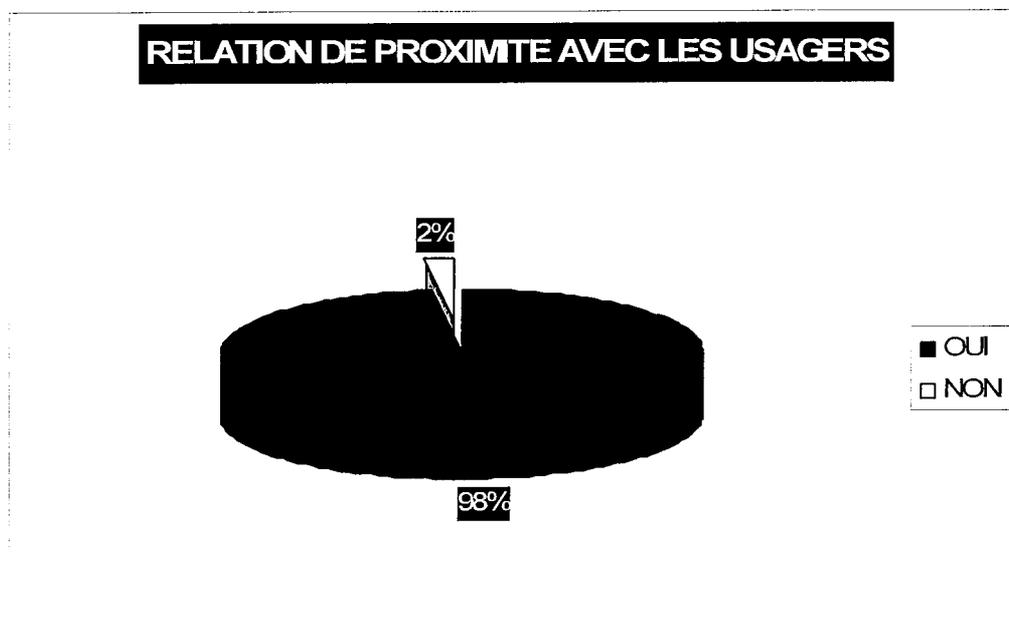
2) *Exercice personnel au cabinet*

Charge de travail hebdomadaire envisagé.

Pas de réponse à cet item.

Relation de proximité avec les usagers.

Nombre de réponses : 53

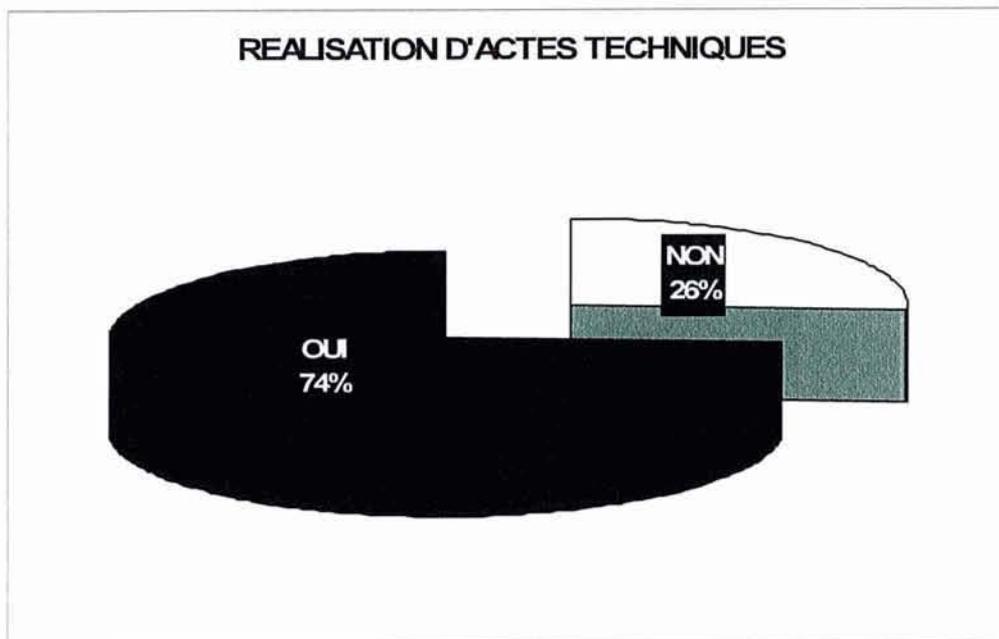


3 : MODALITES D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE
(suite)

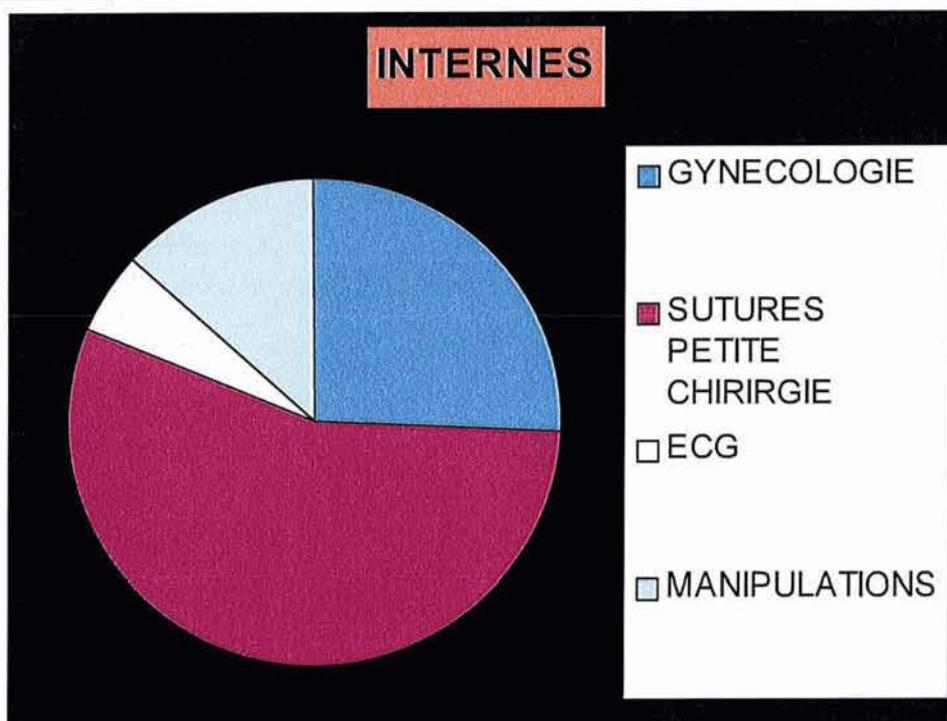
2) *Exercice personnel au cabinet :*

Réalisation d'actes techniques.

Nombre de réponses : 46



Préciser

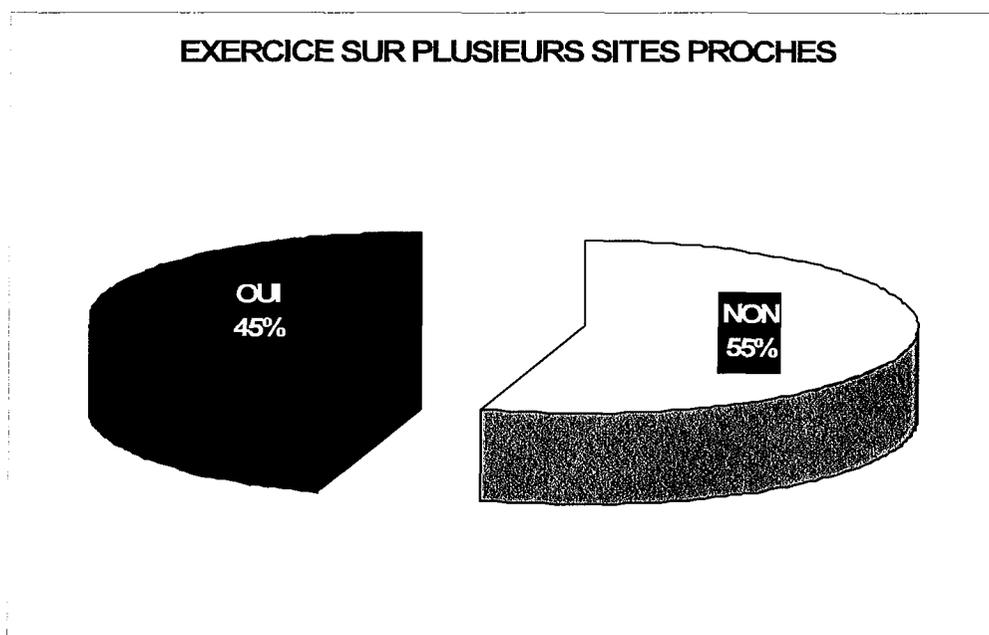


3 : MODALITES D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE (suite)

2) *Exercice personnel au cabinet :*

Exercer sur plusieurs sites proches.

Nombre de réponses : 45



Intégration dans un réseau de soins.

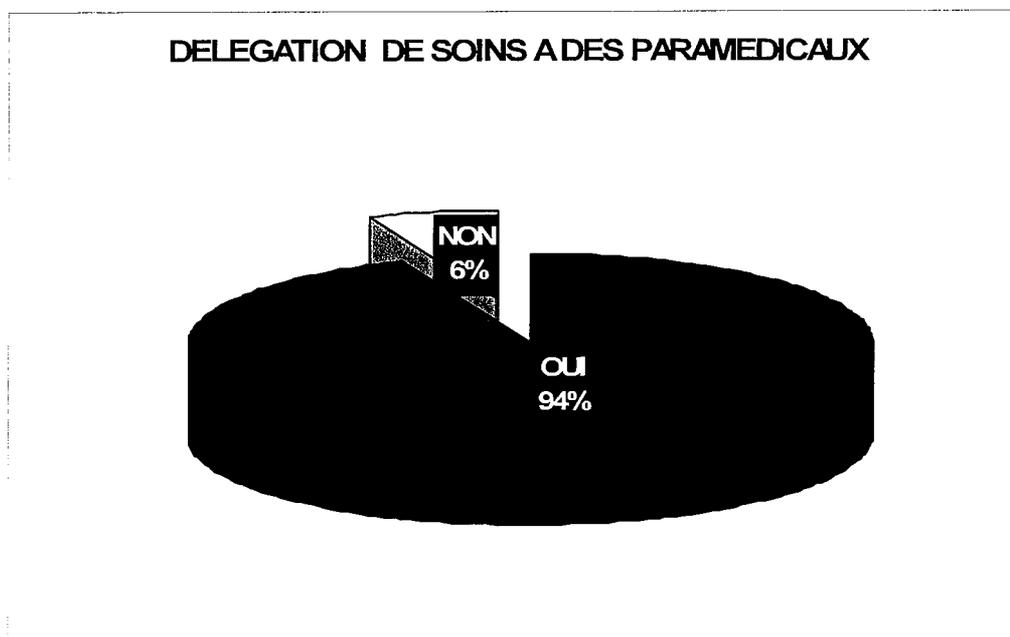
Pas de réponse à cet item.

3 : MODALITES D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE (suite)

2) *Exercice personnel au cabinet :*

Délégation de soins à des paramédicaux .

Nombre de réponses : 49



Préciser

CATEGORIES PROFESSIONNELLES	POURCENTAGE
<i>INFIRMIER</i>	36%
<i>KINESITHERAPEUTE</i>	28%
<i>EREGOTHERAPEUTE</i>	18%
<i>ORTHOPHONISTE</i>	9%
<i>AIDES SOIGNANTES</i>	9%

3 : MODALITES D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE (suite)

3) *Permanence des soins souhaitez vous participer aux :*

Gardes de week-end.

WE

Nombre de réponses : 50

Gardes de nuit profonde (0h- 6h).

NP

Nombre de réponses : 50

Gardes de nuit en dehors des horaires précédents.

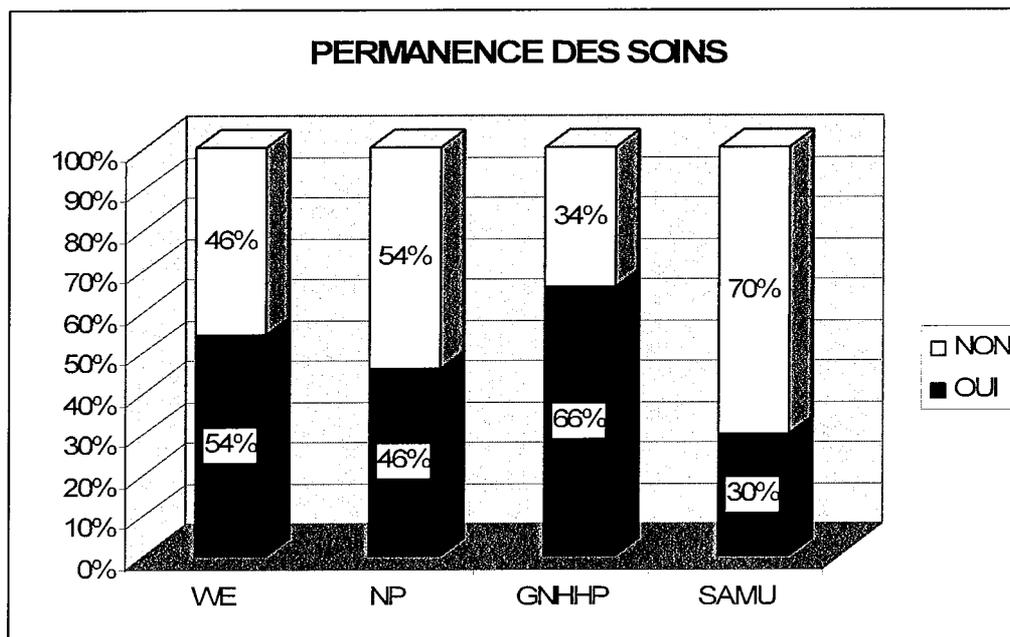
GNHP

Nombre de réponses : 49

Etre correspondant SAMU.

SAMU

Nombre de réponses : 48



3 : MODALITES D'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE
(suite)

4) *Autres fonctions médicales souhaitées :*

Médecin dans un E.H.P.A.D.

EHPAD

Nombre de réponses : 40

Vacation de médecine générale dans un hôpital de proximité.

VHP

Nombre de réponses : 49

Médecin généraliste dans une structure médico-sociale.
(Foyer d'enfance, handicapés...)

MSMC

Nombre de réponses : 47

Education pour la santé.

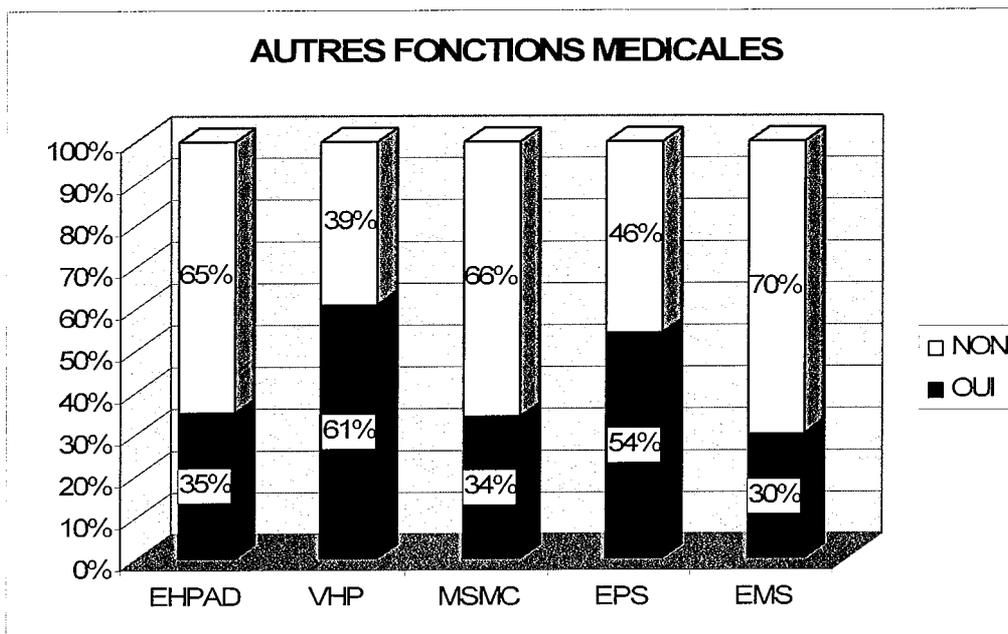
EPS

Nombre de réponses : 48

Enseignement et maîtrise de stage.

EMS

Nombre de réponses : 47



4 : ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL.

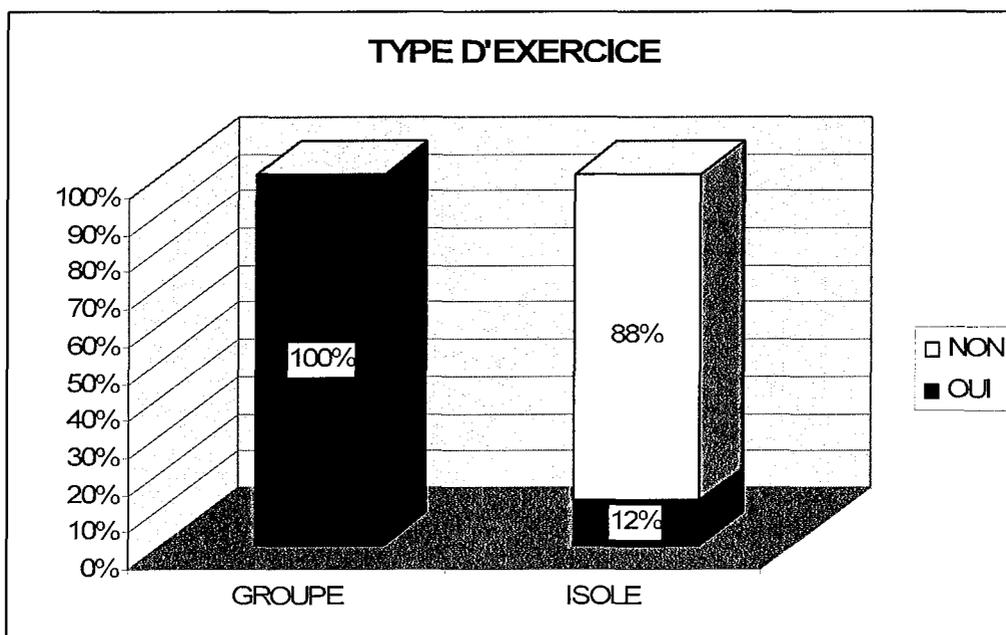
1) Type d'exercice de la médecine générale ambulatoire souhaitée :

Exercice isolé

Nombre de réponses : 45

Exercice en groupe (cabinet, maisons de santé.).

Nombre de réponses : 42



Avec quels types de professionnels.

PROFESSIONNELS CITES		
<i>MEDECINS</i>	<i>100%</i>	<i>des réponses</i>
<i>INFIRMIERES</i>	<i>100%</i>	<i>des réponses</i>
<i>KINESITHERAPEUTES</i>	<i>91%</i>	<i>des réponses</i>
<i>DENTISTES</i>	<i>46,5%</i>	<i>des réponses</i>

4 : ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL (suite).

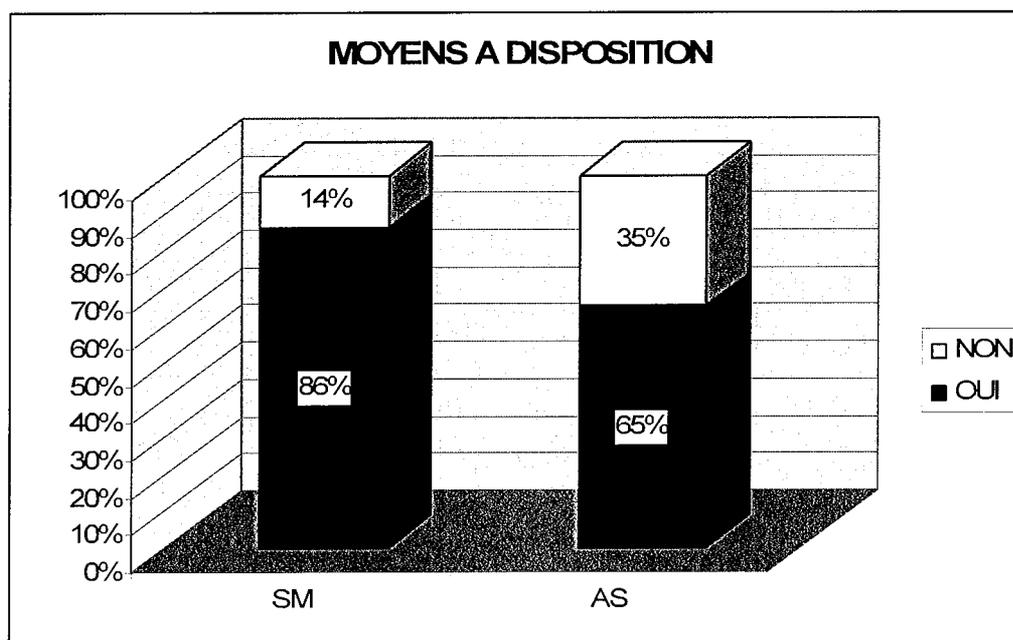
2) Moyens à disposition :

Présence d'un secrétariat médical. SM

Nombre de réponses : 49

Assistance de gestion . AS

Nombre de réponses : 45



Autres moyens à disposition.

Pas de réponse à cet item.

4 : ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL (suite).

3) Environnement sanitaire :

Proximité d'un centre hospitalier (moins de 30 mn). CH

Nombre de réponses : 50

Proximité d'un CHU (moins de 60 mn). CHU

Nombre de réponses : 49

Présence d'une pharmacie dans la localité. PHA

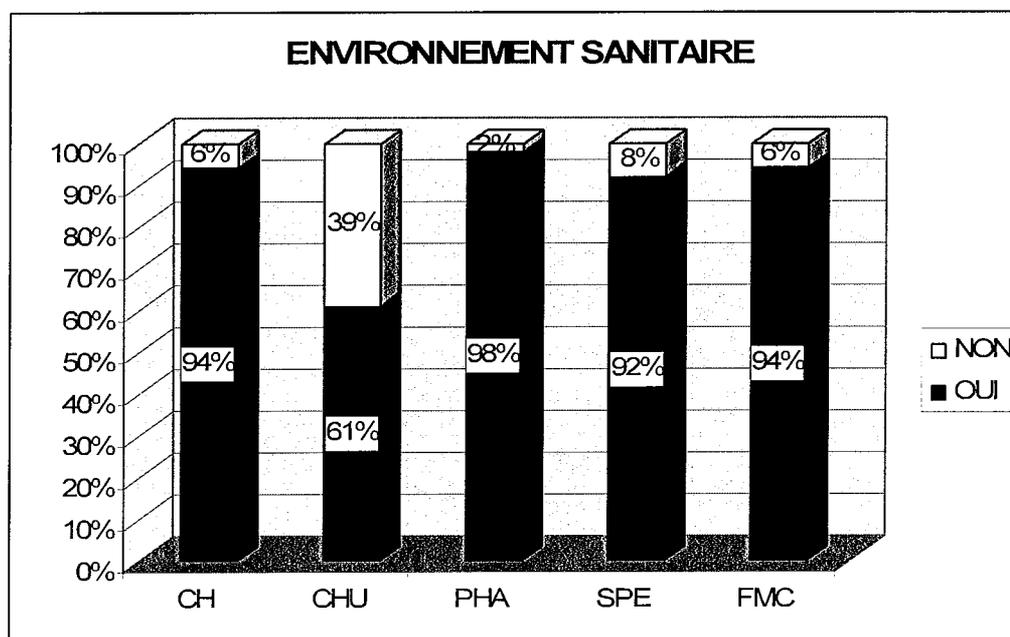
Nombre de réponses : 50

Proximité de spécialistes. SPE

Nombre de réponses : 50

Présence d'une FMC (formation médicale continue). FMC

Nombre de réponses : 50



4 : ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL (fin).

4) Quelle est votre opinion sur le développement des maisons de santé :

Nombre de réponses : 49

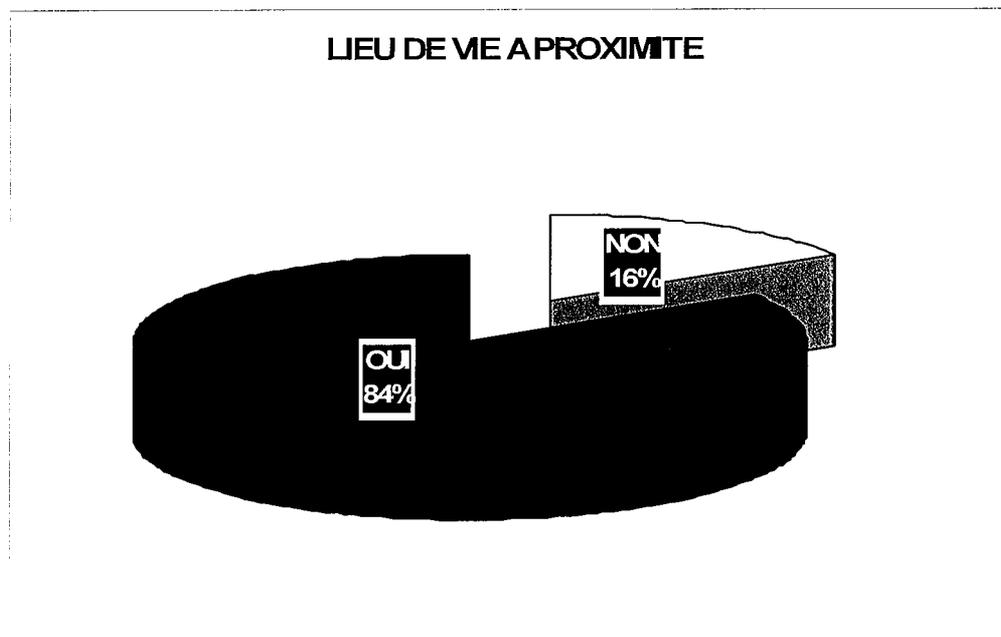


Il n'y a pas eu de suggestions au sujet des maisons pluridisciplinaires de santé

5 : VIE PERSONNELLE ET FAMILIALE.

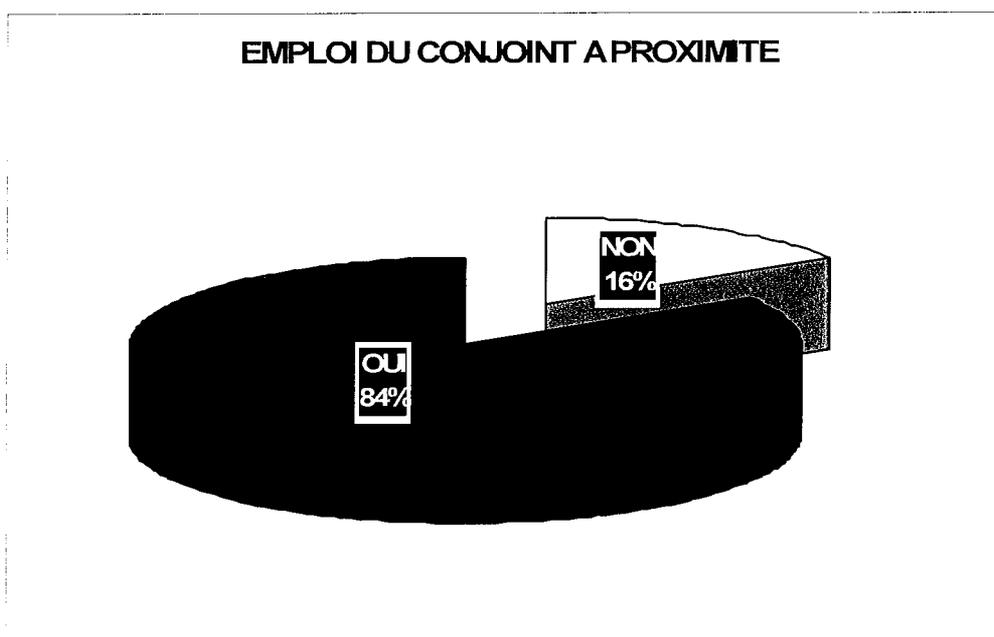
1) *Lieu de vie à proximité du lieu d'exercice :*

Nombre de réponses : 50



2) *Emploi du conjoint à proximité :*

Nombre de réponses : 49



5 : VIE PERSONNELLE ET FAMILIALE (suite).

3) *Accueil périscolaire (gardes crèches...)* : **AP**

Nombre de réponses : 49

4) *Scolarisation des enfants à proximité*

Ecole élémentaire. **EE**

Nombre de réponses : 46

Collège. **COL**

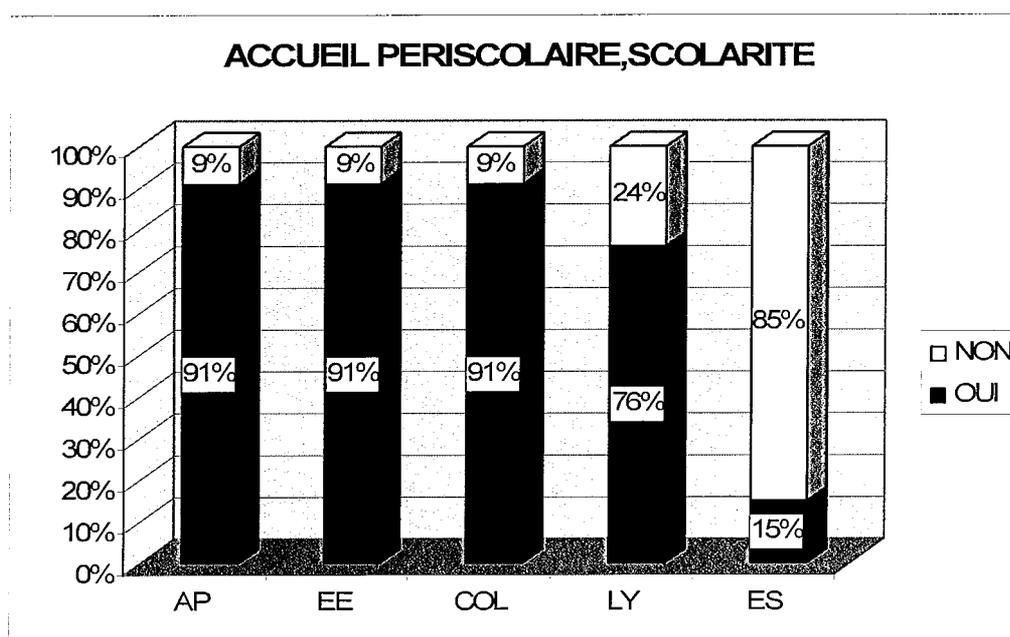
Nombre de réponses : 46

Lycée. **LY**

Nombre de réponses : 46

Etudes supérieures. **ES**

Nombre de réponses : 46



5 : VIE PERSONNELLE ET FAMILIALE (fin).

5) Loisirs à proximité : LOI

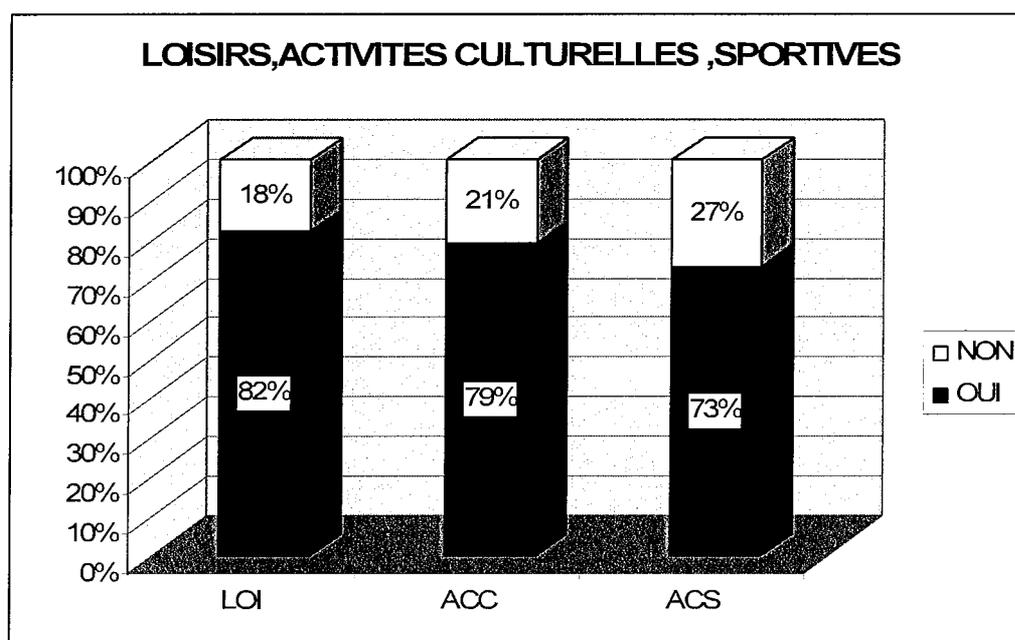
Nombre de réponses : 55

6) Activités culturelles proximité : ACC

Nombre de réponses : 48

7) Activités sportives : ACS

Nombre de réponses : 48



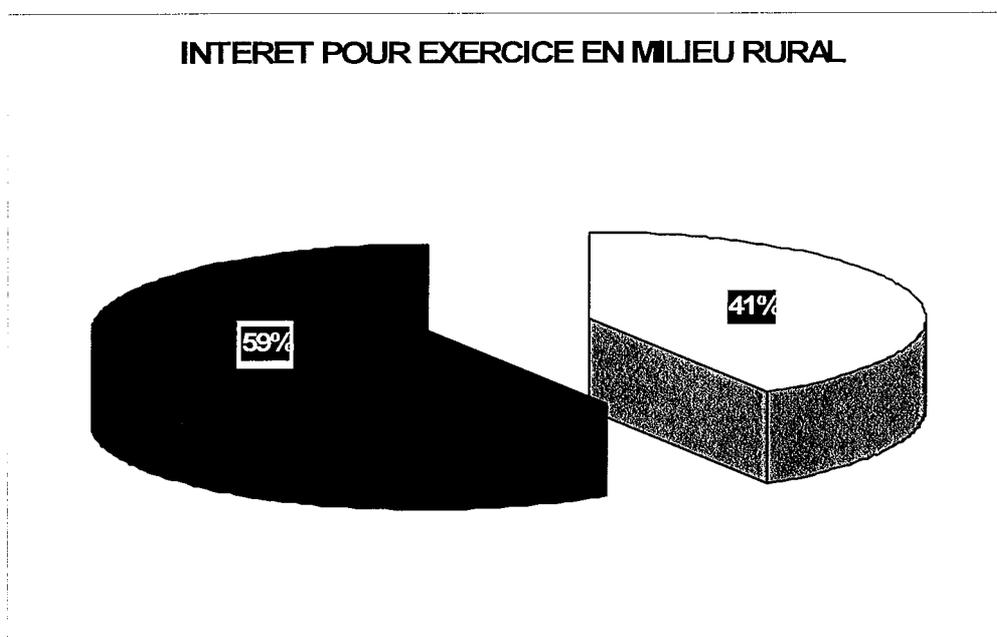
8) Vie associative ou citoyenne :

Pas de réponse à cet item. Certainement les internes ne connaissent pas leur futur lieu d'exercice.

6 : INSTALLATION EN MILIEU RURAL.

1) *Quel est votre intérêt pour un futur exercice en milieu rural :*

Nombre de réponses : 49



2) *Préciser l'importance que vous accordez aux propositions suivantes pour améliorer les conditions d'exercice en milieu rural ou semi rural et favoriser les installations :*

Bourses d'études médicales avec engagement d'installation ultérieure.

En second cycle.

Nombre de réponses : 47

En troisième cycle.

Nombre de réponses : 47

BOURSES D'ETUDES MEDICALES	OUI	NON
<i>SECOND CYCLE</i>	42%	58%
<i>TROISIEME CYCLE</i>	70%	30%

6 : INSTALLATION EN MILIEU RURAL (suite).

2) *Préciser l'importance que vous accordez aux propositions suivantes pour améliorer les conditions d'exercice en milieu rural ou semi rural et favoriser les installations :*

Aides au transport et au logement pour les étudiants effectuant leurs stages en milieu rural.

Nombre de réponses : 49

AIDES AU TRANSPORT, AU LOGEMENT	OUI	NON
	86%	14%

Aides à l'installation.

Financement : FI

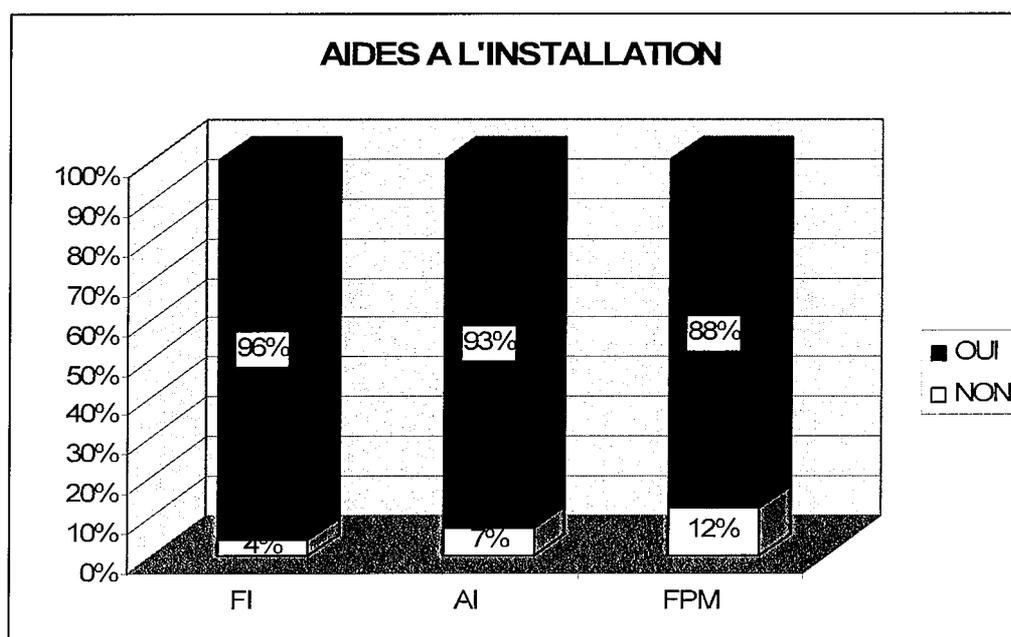
Nombre de réponses : 49

Accompagnement à l'installation : AI

Nombre de réponses : 47

Financement public des maisons de santé FPM

Nombre de réponses : 49



6 : INSTALLATION EN MILIEU RURAL (suite).

- 2) *Préciser l'importance que vous accordez aux propositions suivantes pour améliorer les conditions d'exercice en milieu rural ou semi rural et favoriser les installations :*

Abattements de charge.

ABC

Nombre de réponses : 46

Aides aux fonctionnements.

AF

Nombre de réponses : 45

Aides aux transports des malades.

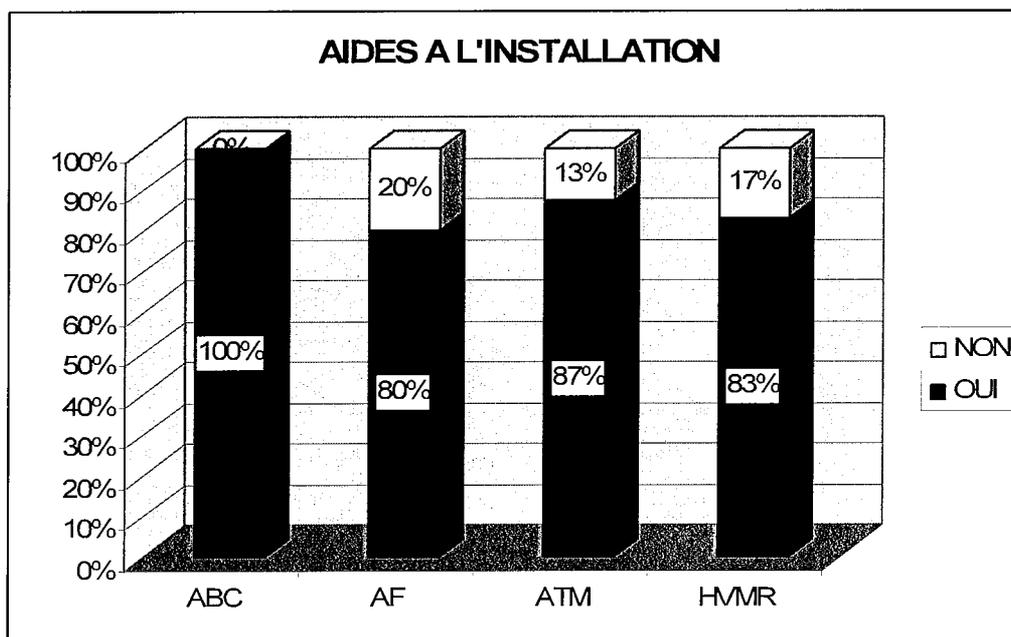
ATM

Nombre de réponses : 48

Honoraires valorisés en milieu rural.

HVMR

Nombre de réponses : 47



6 : INSTALLATION EN MILIEU RURAL (fin).

2) Préciser l'importance que vous accordez aux propositions suivantes pour améliorer les conditions d'exercice en milieu rural ou semi rural et favoriser les installations :

Possibilité de temps partiel dans d'autres structures hospitalières ou non. PTHP

Nombre de réponses : 47

Exercice salarié dans un cabinet médical. SCM

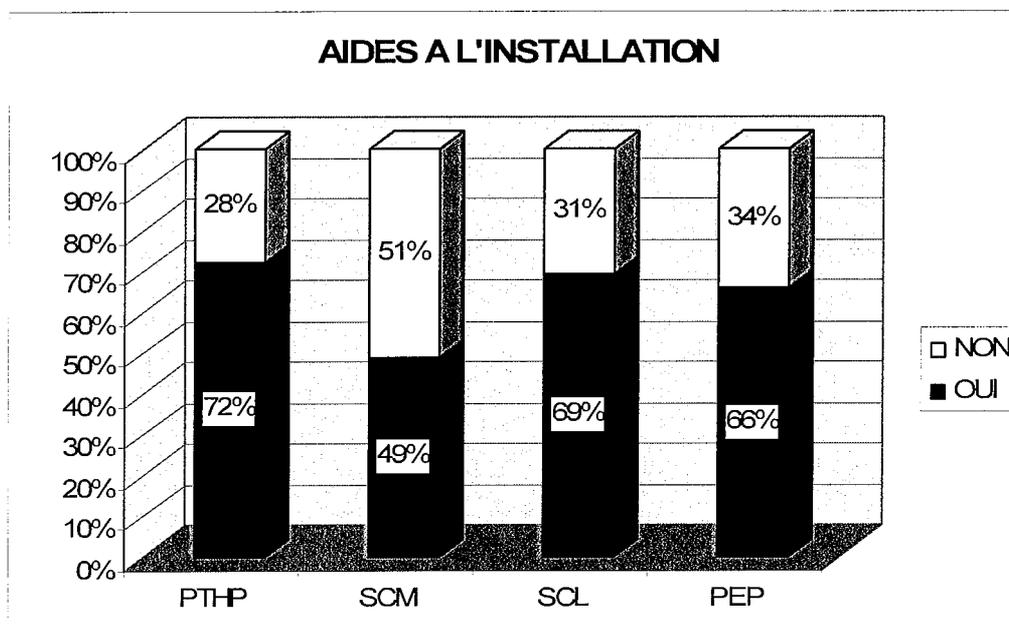
Nombre de réponses : 47

Statut de collaborateur libéral. SCL

Nombre de réponses : 41

Aides ou priorités pour l'emploi du conjoint. PEC

Nombre de réponses : 47



3) Quelle(s) autre(s) aide(s) jugeriez-vous également utile(s) ?

Pas de réponse à cette question.

3. Commentaires des résultats de l'enquête auprès des internes DES

N.B. : Pour l'enquête BVA, quand les résultats sont présentés sans précision, ils concernent les internes toutes spécialités confondues.

3.1) Situation personnelle :

La féminisation est confirmée, 70% pour les internes de médecine lorrains, (BVA recense 61% de femmes), 60% vivent en couple (73% pour BVA) 20% ont des enfants (20% pour BVA) 50% ont un conjoint médecin (48% appartiennent à des catégories socio- professionnelles dites « supérieures » pour BVA, internes et jeunes médecins). Se pose déjà le problème de l'emploi du conjoint (22). Les zones défavorisées ont-elles des possibilités pour employer le conjoint ? A noter que 60% d'entre eux se disent mobiles. L'origine des étudiants pour la majorité est lorraine, la répartition par départements proportionnelle à leur population. Pour 75%, la provenance se fait à partir des agglomérations de plus de 2500 habitants, la moitié originaire de villes de moins de 20000 habitants.

3.2) Le futur exercice :

Le choix est en faveur de la médecine générale ambulatoire à 84%, mais seulement 62% à temps plein, ce qui favorise la réduction de l'offre de soins.

Pour lieu d'exercice, les grandes villes (plus de 100000 habitants) et les villages (moins de 1000 habitants) sont délaissés respectivement 65% et 67%, (pour BVA 62% et 63%).

La relation avec les patients est très importante (98%).

3.3) Type d'exercice et environnement professionnel :

La réalisation d'actes techniques est prisée.

La délégation des soins est plébiscitée à 94%. Elle démontre la volonté de se concentrer sur les actes médicaux.

Pour la permanence des soins, elle est tout juste majoritaire avec le refus d'être correspondant S.A.M.U., ce qui peut sembler contradictoire avec les 48% inscrits à un D.E.S.C d'urgence (mais ce diplôme ouvre les portes à un service d'urgence, avec des salaires attractifs, des horaires programmés). La vacation dans un hôpital de proximité est souhaitée pour 61%, elle permet un revenu fixe donc de réguler l'activité libérale. Cette aspiration est en contradiction avec la volonté de supprimer les hôpitaux de proximité.

L'investissement dans l'éducation pour la santé (54%) va dans le sens voulu par l'Etat « projet de loi Bachelot ».

L'enseignement et la maîtrise de stage sont délaissés à 70%.

Les maisons pluridisciplinaires de santé sont plébiscitées à 100% (l'exercice isolé est rejeté à 88%) avec présence de médecins, infirmières, kinésithérapeutes, dentistes par ordre de fréquence.

Ces maisons permettent de rompre l'isolement à 93% pour BVA (internes et jeunes médecins) avec secrétariat et assistance de gestion. Mais le maillage du réseau sanitaire doit persister. Présence d'un hôpital de proximité pour 94%, présence de spécialistes pour 92%, d'une pharmacie (indispensable pour 98%), d'une F.M.C accessible rapidement, elle aussi fait l'unanimité (94%).

La maison de santé ne doit pas se retrouver isolée, la présence d'un plateau technique proche est indispensable, notamment l'hôpital de proximité, ce qui, comme nous l'avons déjà dit, va à l'inverse de la politique actuelle de fermeture de ces hôpitaux.

3.4) Vie personnelle et familiale :

Rappelons les priorités de l'enquête BVA internes et jeunes médecins :

- Epanouissement personnel de vous-même et de votre famille (81%)
- Localisation compatible avec la profession du conjoint ou ses attentes (58%)
- La possibilité d'y exercer le mieux possible son métier (55%)

Pour les internes lorrains, ils souhaitent vivre inséré dans l'environnement professionnel en préservant la vie familiale : lieu de vie à proximité (84%), emploi du conjoint à proximité (84%), scolarité des enfants : accueil périscolaire (crèches, garderies...), école élémentaire, collège, lycée(avec 91% pour les 3 premiers, le lycée à un degré moindre soit 76%), avec présence d'activités culturelles, sportives et de loisirs, l'ensemble est en défaveur des villages.

3.5) Exercice futur en milieu rural :

59% y ont un intérêt (perspective attrayante pour un équilibre de la démographie médicale).

Pour les aides financières proposées, un large consensus en leur faveur se dégage, avec de nouveau l'aide à l'emploi du conjoint (66% de oui).

A noter que les bourses en 3^{ème} cycle avec engagement futur d'installation sont vues d'un bon œil (57% des internes ont effectué le stage chez le praticien).

Ici aussi, de nouveau le temps partiel dans une autre structure est souhaité (72%). Le salariat dans un cabinet médical est envisagé pour 49%, sensiblement à égalité avec le paiement à l'acte. La connaissance d'un hôpital de proximité est jugée comme un facteur favorisant pour l'installation. (17)

3.6) Esquisse d'un profil type :

Le département de l'Allier a diffusé une affiche pour rechercher des médecins dont l'accroche était « WANTED ».

Nous pouvons essayer de dégager un profil type, pour ne pas dire un portrait robot.

- Une femme recherchant un épanouissement personnel et familial.
- Son conjoint médecin, avec un emploi proche de son lieu de travail.
- Possibilité de garde des enfants, de scolarisation jusqu'au lycée, dans les environs proches.
- Soucieuse d'exercer son métier le mieux possible, avec présence indispensable d'un plateau technique à moins de 30 minutes (hôpital de proximité), maillage professionnel accessible indispensable (FMC, pharmacie, spécialistes).
- Temps partiel souhaité dans une autre structure.
- Préférence forte, voire indispensable pour un exercice en maisons pluridisciplinaires de santé.
- Installation en milieu rural envisageable sous conditions :
 - o Aides financières.
 - o Aides au fonctionnement et à l'installation.

4. Résultats comparatifs médecins remplaçants et internes DES

**Enquête 2007 étudiant(e)s DES médecine générale,
et des médecins remplaçant(e)s en Meuse,
des jeunes médecins affiliés au syndicat REAJIR**

**Le Département de Médecine Générale (DMG) de la
Faculté de Médecine de Nancy :**

Pr JD.de Korwin, Coordonnateur du DES Médecine Générale
Dr JL. Adam, Maître de Conférence A. Médecine Générale
Mr B. Aubertin, Etudiant de 3ème année du DES de M.G.

**Le conseil départemental de l'ordre des médecins
de la Meuse (CDOM55):**

Dr O. Bouchy

Origine des dossiers Exploités

DES de Médecine Générale : 57 enquêtes sur 176 envoyées

CDOM55 : 15 enquêtes sur 54 envoyées

Syndicat des jeunes Médecins : 2 retours Courriel

1er commentaire

Le retour des étudiant(e)s est peu important.

Ceci peut s'expliquer par le commentaire de la 2ème page de l'enquête : *Si vous optez pour la médecine générale ambulatoire, à temps plein ou à temps partiel, ou si vous êtes encore indécis, continuer le questionnaire. Sinon, nous vous remercions de votre participation et vous demandons de nous retourner le questionnaire.*

Nous pouvons certainement extrapoler que les étudiants qui ont répondu au questionnaire envisage la possibilité d'une installation en Médecine Générale ambulatoire.

Exploitation des réponses

- « **Remplaçant(e)s** » (RP, n=17): remplaçant(e)s inscrit au CDOM 55 (n=15) et syndicat des jeunes médecins (n=2), nombre insuffisant de réponses pour tirer des conclusions significatives.
- « **Internes** » (INT, n=57): étudiants DES MG, dont 54 questionnaires totalement remplis.
- **Certaines questions posées n'ont pas reçues de réponses ce qui explique des sous totaux différents.**

1- Vous-même (1)
Il était demandé : Situation familiale

Répartition par sexe

	RP	INT	TOTAL
Femmes	37.5%	68.4%	61.8%
Hommes	62.5%	31.6%	38.2%

1- Vous-même (1)
Il était demandé : Situation familiale

Pourcentage de célibataires

Remplaçants	Internes
14.3%	39.7%

1- Vous-même (1)

Il était demandé : Situation familiale

Avec conjoint

Remplaçants	Internes
93.8%	36%

1- Vous-même (1)

Il était demandé : Situation familiale

Mobilité du conjoint

Remplaçants	Internes
64%	60%

1- Vous-même (1)

Il était demandé : Situation familiale

Avec ou sans enfant

	Remplaçants	Internes
Avec	50%	19.6%
Sans	50%	80.4%

1- Vous-même (1)

Il était demandé : Situation familiale

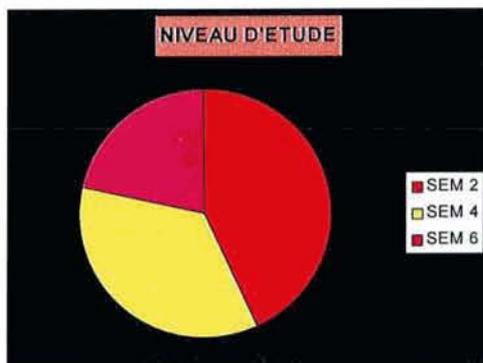
Profession du conjoint

	Remplaçants	Internes
Médicale	50%	41.2%
Non médicale	50%	58.8%
Paramédicale	21.4%	14.3%
Autres	78.6%	85.7%

1- Vous-même (1)

Il était demandé : Situation familiale

Niveau d'étude des étudiants du DES de MG

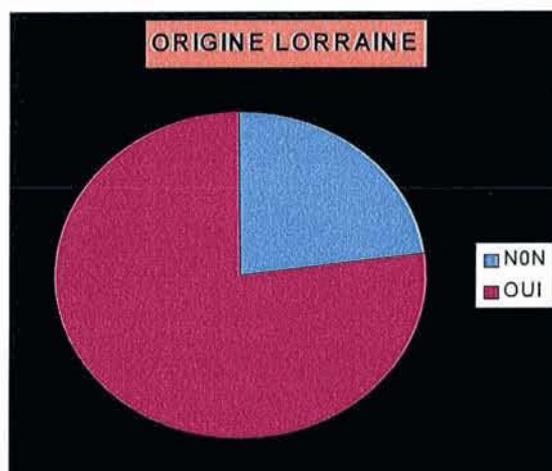


10 remplaçants sur 15 sont thésés, plus les 2 jeunes médecins installés

1- Vous-même (1)

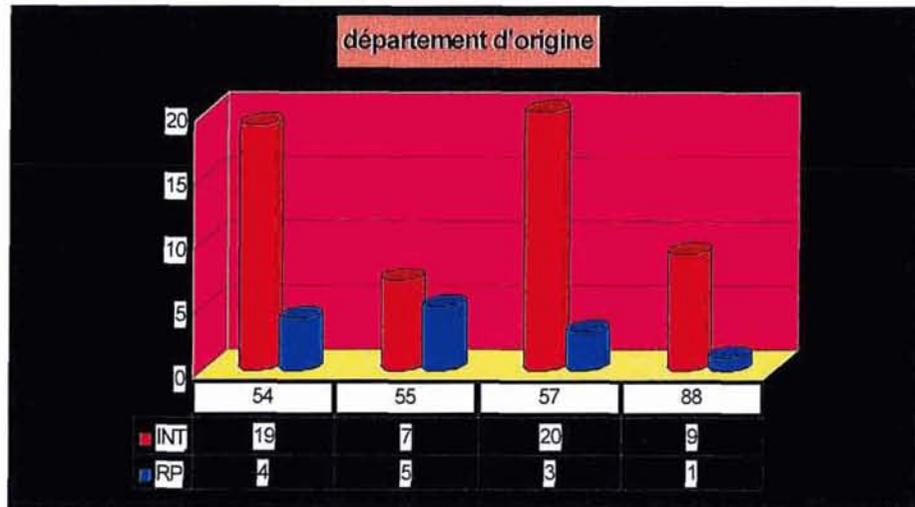
Il était demandé : D'où venez-vous?

Origine lorraine ou non



1- Vous-même (1)
Il était demandé : D'où venez-vous?

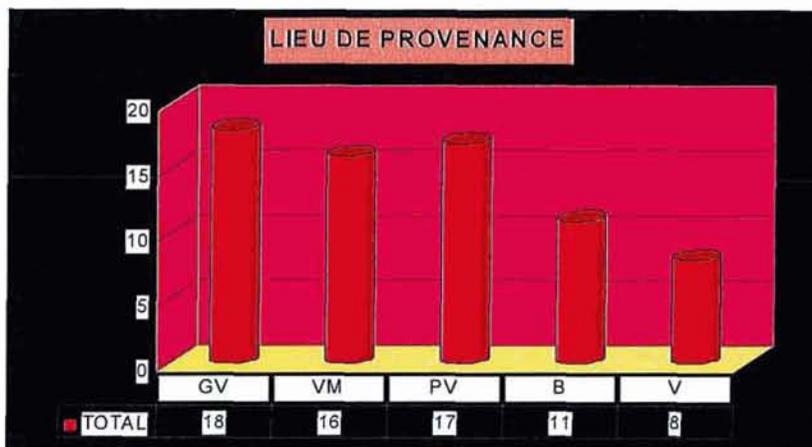
Département lorrain d'origine



1- Vous-même (1)

Il était demandé : D'où venez-vous?

Taille de la ville de provenance



3- Modalités d'exercice de la médecine générale ambulatoire (exercice libéral)(1)

Il était demandé : Lieu d'exercice

Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

	GV	VM	PV	B	V
INTERNES PEU OU PAS D'INTERET	65%	40%	22%	32%	67%
INTERNES MOYEN OU FORT INTERET	35%	60%	78%	68%	33%
REMPLAÇANTS PEU OU PAS D'INTERET	76%	53%	17%	23%	59%
REMPLAÇANTS MOYEN OU FORT INTERET	24%	47%	83%	77%	41%

3- Modalités d'exercice de la médecine générale ambulatoire (exercice libéral)(3)

Il était demandé : Exercice personnel au cabinet

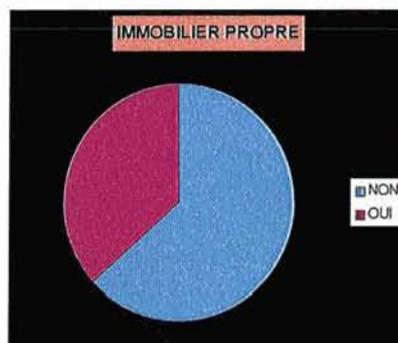
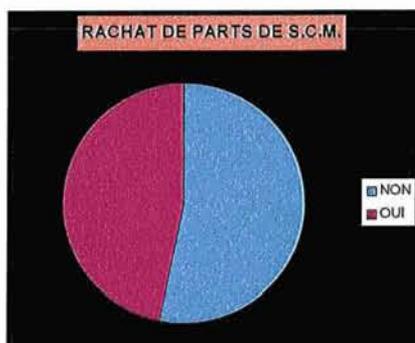
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Investissement personnel et financier



3- Modalités d'exercice de la médecine générale ambulatoire (exercice libéral)(3)

Il était demandé : Exercice personnel au cabinet

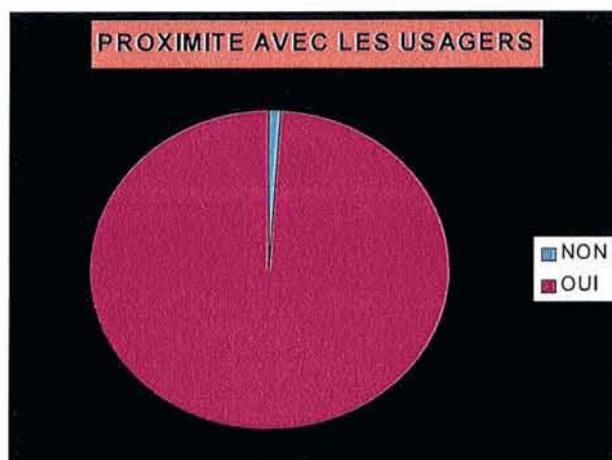
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Proximité avec les usagers



3- Modalités d'exercice de la médecine générale ambulatoire (exercice libéral)(4)

Il était demandé : Exercice personnel au cabinet

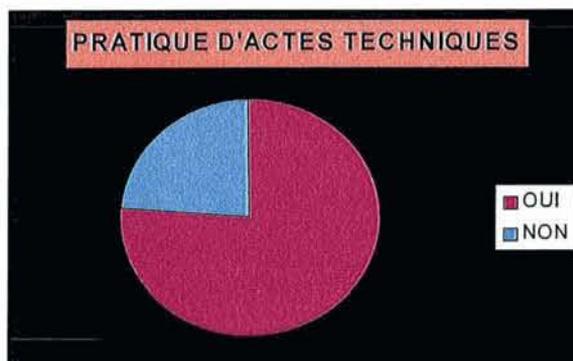
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

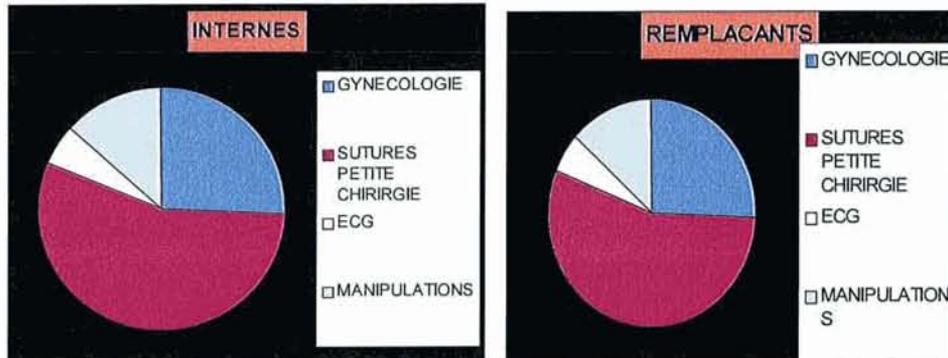
Réalisation d'actes techniques



3- Modalités d'exercice de la médecine générale ambulatoire (exercice libéral)(4)
Il était demandé : Exercice personnel au cabinet

Réalisation d'actes techniques

Type d'actes



3- Modalités d'exercice de la médecine générale ambulatoire (exercice libéral)(3)

Il était demandé : Exercice personnel au cabinet

Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Exercice sur plusieurs sites

	INTERNES	REPLAÇANTS
PEU OU PAS D'INTERET	62%	78%
MOYEN OU FORT INTERET	38%	22%

Délégation de tâches aux para médicaux

Une forte majorité se dégage dans les deux groupes pour une délégation de tâches.

3- Modalités d'exercice personnel de la MG ambulatoire (exercice libéral)(7)

Il était demandé : Permanence des soins: souhaitez vous participer aux...

Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Permanence des soins



3- Modalités d'exercice personnel de la MG ambulatoire (exercice libéral)(7)

Il était demandé : Permanence des soins : souhaitez vous participer aux...

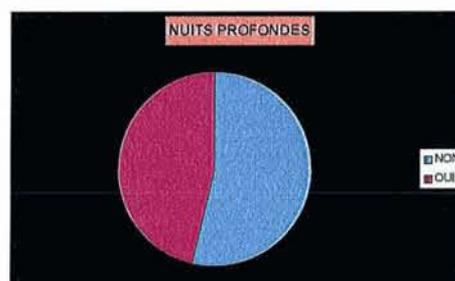
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Permanence des soins



3- Modalités d'exercice personnel de la MG ambulatoire (exercice libéral)(7)
 Il était demandé : Permanence des soins : souhaitez vous participer aux...

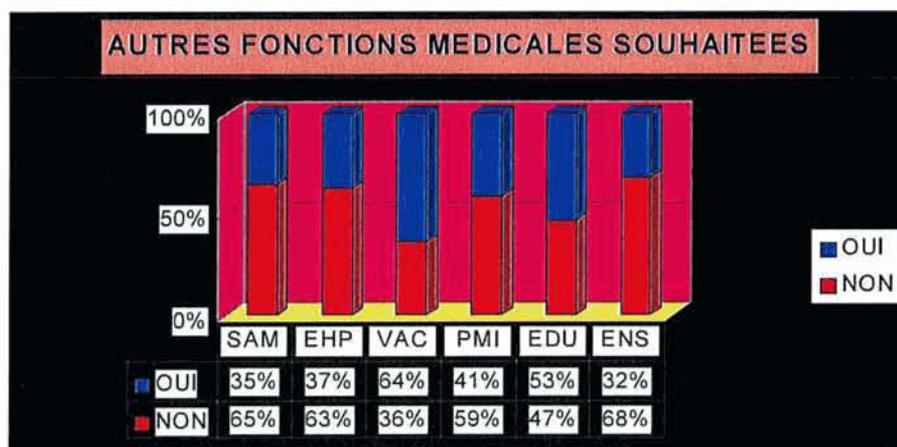
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Permanence des soins



4- Environnement professionnel (exercice libéral)(1)
 Il était demandé : Type d'exercice de la médecine générale ambulatoire souhaité

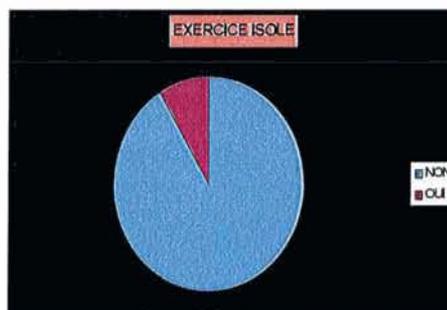
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Exercice isolé ou en groupe



4- Environnement professionnel (exercice libéral)(1)

Il était demandé : Type d'exercice de la médecine générale ambulatoire souhaité

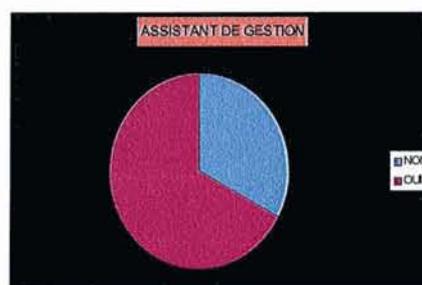
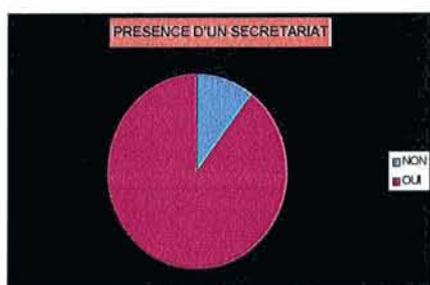
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Moyens à disposition



4- Environnement professionnel (exercice libéral)(5)

Il était demandé : Environnement sanitaire,

Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

- **100% des remplaçants et 97% des internes, sont favorables aux maisons de santé pluridisciplinaires.**
- **Leur financement devrait en être assuré par les collectivités locales, les loyers des professionnels remboursant l'investissement.**

4- Environnement professionnel (exercice libéral)(5)

Il était demandé : Environnement sanitaire,

Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)



5- Vie personnelle et familiale (exercice libéral)(1)

Il était demandé : Lieu de vie à proximité de votre lieu d'exercice - Emploi du conjoint à proximité

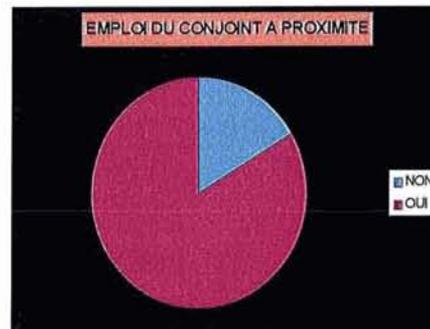
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

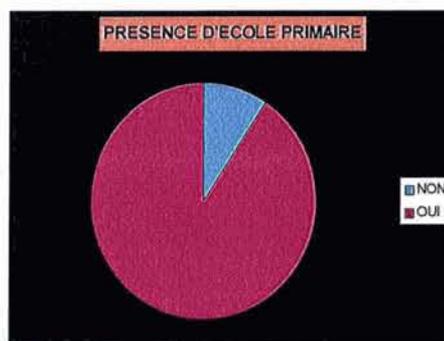
Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Lieu de vie à proximité, emploi du conjoint à proximité



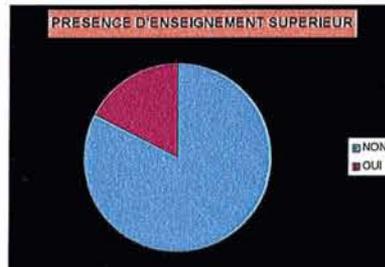
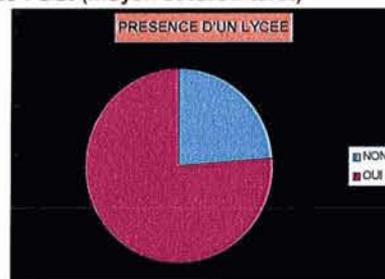
5- Vie personnelle et familiale (exercice libéral)(2)
 Il était demandé : Scolarisation des enfants à proximité
 Graduez votre réponse comme indiqué :
 1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt
 Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)
 Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Accueil périscolaire et scolarisation des enfants à proximité



5- Vie personnelle et familiale (exercice libéral)(2)
 Il était demandé : Scolarisation des enfants à proximité
 Graduez votre réponse comme indiqué :
 1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt
 Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)
 Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Accueil périscolaire et scolarisation des enfants à proximité



5- Vie personnelle et familiale (exercice libéral)(2)

Il était demandé :

Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Loisirs,activités culturelles et sportives à proximité

Oui: moyen et fort intérêt	Remplaçants		Internes	
Non: peu ou pas d'intérêt	Oui	Non	Oui	Non
Loisirs	62%	38%	82%	18%
Activités culturelles	84%	16%	79%	21%
Activités sportives	76%	24%	73%	27%

6-Installation en milieu rural (exercice libéral)(1)

Il était demandé : Quel est votre intérêt pour un futur exercice en milieu rural

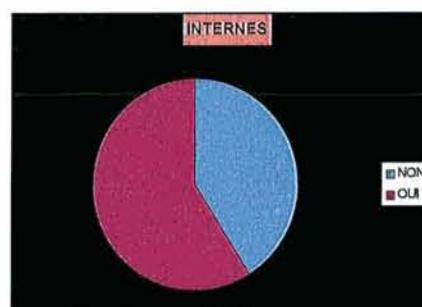
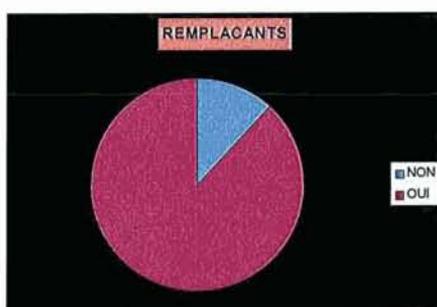
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Intérêt pour un futur exercice en milieu rural



6-Installation en milieu rural (exercice libéral)(1)

Il était demandé : Quel intérêt accordez-vous aux propositions suivantes pour améliorer les conditions d'exercice ?

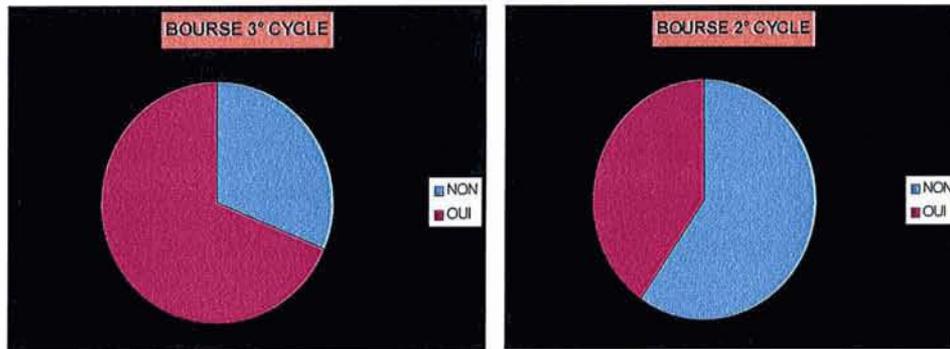
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Bourses d'études avec engagement d'installation ultérieure



6-Installation en milieu rural (exercice libéral)(1)

Il était demandé : Quel est votre intérêt pour un futur exercice en milieu rural ?

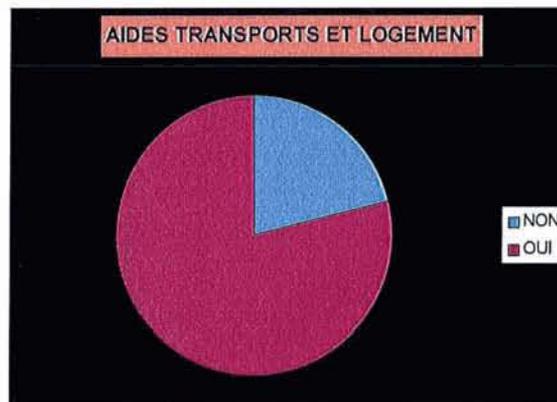
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Aide au transport et logement pour les étudiants effectuant leur stage en milieu rural



6-Installation en milieu rural (exercice libéral)(1)
Il était demandé : Quel est votre intérêt pour un futur exercice en milieu rural ?

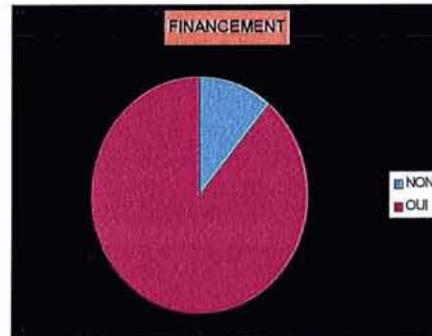
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Aides à l'installation: Financement - Accompagnement à l'installation



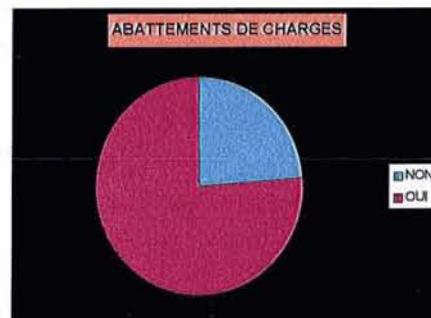
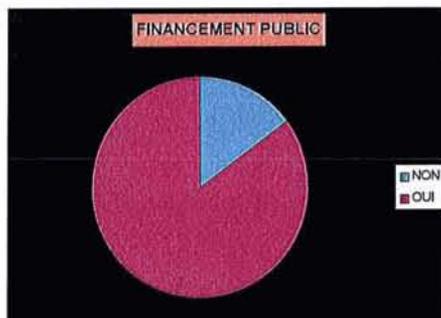
6-Installation en milieu rural (exercice libéral)(1)
Il était demandé : Quel intérêt accordez-vous aux propositions suivantes pour améliorer les conditions d'exercice? Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Financement public,abattements de charge,aides aux fonctionnements,aux transports des malades,valorisation des honoraires en milieu rural.



6-Installation en milieu rural (exercice libéral)(1)

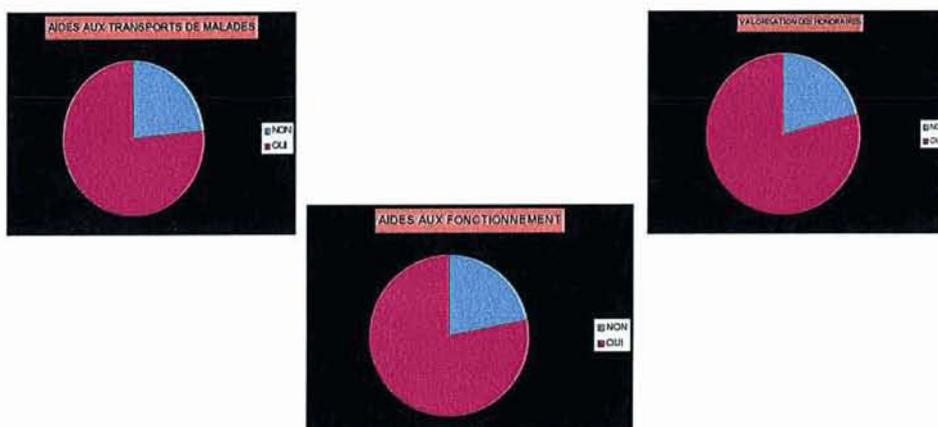
Il était demandé : Quel intérêt accordez-vous aux propositions suivantes pour améliorer les conditions d'exercice? *Graduez votre réponse comme indiqué :*

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Aides diverses en milieu rural.



5- Vie personnelle et familiale (exercice libéral)(3)

Il était demandé : Vous remplacez en Meuse pour les raisons suivantes
Graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

Nous avons regroupé 1 et 2 sous la rubrique : NON (peu ou pas d'intérêt)

Nous avons regroupé 3 et 4 sous la rubrique : OUI (moyen et fort intérêt)

Remplaçant(e)s de Meuse sur 15 réponses

- Proximité de votre lieu de résidence : **5 réponses favorables**
- Proximité de la famille : **6 réponses favorables**
- Intérêt pour l'exercice en Meuse : **14 réponses favorables**
- Relations patient/médecin / Relations médecin remplacé-remplaçant / Relation avec les spécialistes / Présence d'un cabinet de groupe / Présence d'un secrétariat / Présence d'un hébergement / Intérêt financier / Cabinet avec une activité soutenue: **0 réponses**

E - DISCUSSION

1. Analyse critique de l'enquête.

Nous avons décidé d'exploiter séparément les résultats de l'enquête auprès des internes et des médecins remplaçants en Meuse, vu les différences de taille d'échantillon.

En effet, la longueur de l'intervalle de confiance augmentant avec la diminution des effectifs, la marge d'erreur est trop importante pour l'échantillon des médecins remplaçants. Pour l'enquête des internes de Médecine Générale, l'intervalle de confiance diminue avec une marge d'erreur aux alentours de 10%.

Ont donc été présentés successivement les résultats de l'enquête auprès des internes DES, puis de façon comparative et à titre purement indicatif les résultats des médecins remplaçants mis en perspective avec ceux des internes. N'ont été retenus que les items principaux. Lorsque les résultats étaient similaires nous les avons présentés confondus et séparément s'ils différaient. Ils ont fait l'objet d'un traitement oral lors de la présentation en préfecture de la Meuse, effectuée le 16/01/2008 par Monsieur le Professeur de KORWIN et le Docteur ADAM.

La représentativité a été considérée comme bonne pour l'échantillon des internes (57 retours sur 176 envois), mais nous devons signaler l'introduction d'un biais, dû au mode de recrutement :

- soit il aurait fallu récolter la totalité des 176 enquêtes.
- soit distribuer l'enquête parmi les 176 internes de façon aléatoire.

Les internes n'ayant pas répondu à tous les items du questionnaire, nous l'avons précisé par le nombre de réponses.

Pour certains items les réponses ont été regroupées en raison du faible échantillon. Cela ne permet pas une analyse fine, mais donne des résultats indicatifs plus parlants. Nous avons vérifié que la répartition des pourcentages de réponses en deux catégories (oui ou non) ne modifiait pas les tendances observées pour l'ensemble des items : pas d'intérêt, peu d'intérêt, intérêt moyen et fort intérêt.

Nous n'avons pas discriminé en fonction du sexe les réponses car les effectifs sont faibles et un biais est déjà introduit.

2. Discussion et comparaison des résultats aux données de la littérature.

2.1) Préambule :

« Nous n'avons pas à avoir honte de souhaiter une bonne qualité de vie »

Tels sont les propos d'un des membres de la commission jeunes médecins du Conseil de l'Ordre, qui enfonce le clou en terminant par « Jusqu'à preuve du contraire, pour être à l'écoute des patients, mieux vaut un professionnel équilibré dans son exercice ».

Apposons en filigrane, l'article de Raphaël Ruffier-Fossoul (16), « Les médecins au bout du rouleau », relatant les propos de 2000 médecins généralistes réunis à Lyon en juin 2008 lors du Congrès National :

« Ce n'est pas un congrès, c'est une psychothérapie de groupe : pendant trois jours, 2000 médecins généralistes se sont réunis à la Cité Internationale. Il suffisait de tendre le micro pour comprendre que la profession va mal ».

Parmi les récriminations :

- Excès de paperasserie pour 96% (24).
- Non reconnaissance de l'action du médecin pour 90%.
- Charge de travail qui augmente pour 89%.
- Augmentation des contraintes collectives pour 88%.
- Exigence des patients en augmentation pour 84%.
- Manque de temps pour la vie privée pour 84,1%.
- Augmentation des risques contentieux pour 83%.

Le plus beau métier du monde est devenu une profession de râlours surmenés. Le burn-out ?

Tempérons ces propos par un extrait de médecins généralistes « Un accompagnement est-il possible ? » des dossiers de l'URCAM de Bretagne (17)

« La promotion de la médecine générale appelle aussi une prise de conscience de la part des généralistes installés qui, par leurs discours, renvoient une image contrastée de l'omnipratique. Une sensibilisation de leur rôle en terme d'affichage professionnel ne semblerait pas inutile. Enfin, une réflexion doit être engagée sur les aspects positifs du travail des généralistes ».

Ces différentes déclarations nous amènent à poser les attentes des futurs médecins généralistes. Toujours selon l'enquête B.V.A., 3 attentes sont prioritaires pour le choix de l'installation :

- L'épanouissement personnel et familial (81%).
- La localisation doit être compatible avec la profession du conjoint ou ses attentes (58%).
- La possibilité d'y exercer le mieux son métier (55%).

Ensuite :

- La relation avec les patients.
- L'environnement géographique.

Apparaissent comme anecdotiques :

- Le revenu (16%).
- L'utilité sociale du métier (16%).

Les internes lorrains ont aussi les mêmes préoccupations prioritaires.

Rappelons que 60% vivent en couple avec possible mobilité du conjoint et nécessité d'aides ou priorités pour son emploi (66%). Le problème des offres d'emploi des zones défavorisées apparaît comme un frein à leur venue.

Les internes au niveau national vivent avec des conjoints appartenant le plus souvent à des catégories socioprofessionnelles dites supérieures (2).

Pour notre région, ceux qui vivent en couple ont un conjoint médecin dans la majorité des cas.

Il ressort que l'installation se fait prioritairement en centre ville ou vers les petites villes de province, là où la présence d'écoles, de crèches est proche et où les activités sportives et culturelles sont possibles.

Ce désir géographique correspond aussi avec un maillage territorial : présence d'un hôpital (possibilité d'un temps partiel d'emploi pour le conjoint), présence de structures administratives et commerciales proches. Le nombre de collègues y exerçant réduit le nombre de gardes.

2.2) La féminisation :

Pour les internes lorrains 70% sont des femmes, pour BVA elles sont 66% en DCEM2 et 61%(pour les internes toutes spécialités confondues), en janvier 2002 elles représentaient 64% des étudiants inscrits en 1^{ère} année de médecine. (30) ; pour les médecins installés elles sont majoritaires chez les moins de 40 ans et en particulier chez les moins de 35 ans 57%.

Cela n'est pas sans retentissement sur le temps de travail. Une étude du CNOM* du 01/01/2004 montre qu'une activité intermittente voire pas d'activités touche d'avantage les femmes notamment les généralistes. Les médecins de moins de 45 ans avec activité irrégulière sont à plus de 60% des femmes.

La féminisation est un phénomène important, mais il s'accompagne d'un fort taux de précarité en début de vie active. Les femmes travaillent plus souvent à temps partiel (25 % d'entre elles contre 2 % des hommes). Lorsqu'elles travaillent à temps plein, elles font 10 heures de moins par semaine que les hommes (46 % contre 56 %), et à temps partiel, un peu plus (28 % contre 26 %). Ces chiffres sont tirés de l'enquête

emploi de l'INSEE de 1999. Les internes lorrains choisissent à 84% la médecine générale ambulatoire comme type d'exercice mais 38% en temps partiel.

Pour comprendre l'impact propre d'un certain nombre de caractéristiques des médecins sur leur temps de travail, Vilain et Niel (29) ont mené une étude économétrique "toutes choses égales par ailleurs". Ils mesurent simultanément l'impact sur le temps de travail des médecins de variables démographiques (l'âge, le sexe, le nombre d'enfants) et de variables caractérisant l'exercice (généraliste ou spécialiste, libéral ou salarié, hospitalier ou non hospitalier, temps complet ou partiel, travail de nuit ou le week-end). Il ressort notamment de cette étude que les femmes travaillent, toutes choses égales par ailleurs, environ 6 heures de moins par semaine que les hommes. En postulant une stabilité dans le temps des comportements des médecins, les seules évolutions démographiques conduiraient d'ici 2020 à une diminution d'environ 2 heures par semaine du temps de travail. Traditionnellement, les femmes sont davantage touchées par le chômage mais aussi préfèrent bien souvent en début d'activité une activité à temps partiel afin de concilier vie professionnelle et désir d'enfant.

Toutes ces études montrent que malgré l'augmentation des effectifs l'offre de soins se réduit, d'autant qu'une tendance se dessine chez les hommes à vouloir réduire leur temps de travail au profit de leur vie familiale et personnelle. Les tutelles devront tenir compte de ces évolutions pour maintenir une offre de soins suffisante et de qualité.

Citons les propos du Dr Kahn-Bensaude présidente de la section santé publique du CNOM* :

« La féminisation de la médecine est sans aucun doute le moteur du changement auquel on assiste depuis quelques années. C'est en effet sous l'impulsion des femmes que les médecins, dans leur globalité, revendiquent aujourd'hui une meilleure qualité de vie. Cela va nous obliger à changer radicalement l'organisation des soins, à favoriser le temps partiel, à encourager la création de "maisons de santé". Il faudra aussi tenir compte des particularités de l'exercice au féminin pour revoir certaines questions (sur le temps médical par personne, sur les spécialités, etc.), afin que l'offre de soins, en France, reste satisfaisante. Et je ne vois pas comment on pourrait y arriver sans augmenter le numerus clausus pour le fixer à 8 000. » (32)

*CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins.

2.3) L'épanouissement personnel et familial :

Il correspond à une dimension professionnelle et personnelle. Il est possible de changer de lieu, mais le cadre futur doit apporter une meilleure qualité de vie. Un équilibre entre vie privée et professionnelle doit être possible, cela passe par une réduction du temps de travail. Pour l'enquête BVA (2) cette revendication est au premier rang des attentes avec 81%.

De nouveau apparaissent l'emploi du conjoint et la possibilité d'exercer le mieux possible son métier, ajoutons la garde et la scolarisation des enfants. La présence d'activités de loisirs, culturelles et sportives. Dans le paragraphe précédent nous avons montré les changements apportés par la féminisation, ils sont en première ligne dans l'épanouissement personnel.

Pour les internes de l'enquête BVA (33) les freins à l'épanouissement personnel sont des conditions d'exercice imaginées difficiles et contraignantes. Un métier chronophage :

- visites à domicile, obligation de suivi.

- heures sup., urgence, et contraintes administratives « .Le Docteur Laurent SIDO(DMG Nancy) a publié un article (24) en novembre 2003, résultat d'une enquête prouvant que le travail administratif était un facteur négatif sur la qualité de vie sans différence entre les urbains et les ruraux ,ni entre homme et femme.

- une conciliation vie privée / vie professionnelle perçue comme difficile (Ne pas prendre des vacances, ne pas être absent.).

2.4) La maison de santé pluridisciplinaire :

En 2008, la loi donnait la définition suivante des Maisons de santé :

« Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ».

La maison de santé pluridisciplinaire fait l'unanimité, 100% y sont favorables. Elle a pour avantages de rompre l'isolement, la mutualisation des moyens (secrétariat, assistante de gestion,) qui permet l'allègement des tâches administratives, la prise de rendez-vous, la gestion des dossiers médicaux, donc le recentrage sur le « vrai métier ». Elle doit se situer à proximité d'un plateau technique pour permettre une efficacité de la prise en charge, la fermeture des hôpitaux de proximité concourrait à son isolement, elle n'a pas pour vocation une mission hospitalière.

Son organisation plus souple du travail facilite l'accueil de remplaçants et l'expérience montre par ailleurs que les maisons de santé constituent un lieu de stage recherché par les étudiants, dont elles peuvent influencer le futur lieu d'implantation.

A 93 %, les internes et jeunes médecins considèrent que la création des maisons de santé dans les zones sous-médicalisées constitue une « mesure convaincante » pour attirer les professionnels de santé. (2)

Mais elle ne peut être envisagée comme la « Solution », encore faut-il la volonté de la faire vivre. (27,28)

Préalable important :

Il est essentiel de ne pas plaquer la solution (la Maison de santé) avant d'avoir posé le problème à résoudre. (28)

2.5) SASPAS et transmissions des savoirs :

Seulement 30% d'entre nous se consacreront à l'enseignement des futurs étudiants. Ce chiffre est inquiétant pour le renforcement de la filière de Médecine Générale. Le manque de maître de stage risque de retentir sur la transmission des savoirs et l'installation, car beaucoup d'internes méconnaissent l'exercice de la médecine générale.

Pour sa thèse (18), Cécile Mari a effectué en 2004 une étude auprès des internes de Médecine Générale de toute la France qui ont fait un stage de type SASPAS (*), lors de sa première mise en place.

Quels sont les objectifs de ce stage ?

Selon la circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004, le SASPAS doit notamment permettre aux résidents et aux internes de médecine générale :

- d'être confrontés aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent,
- de se familiariser avec l'analyse des difficultés rencontrées et l'élaboration des solutions qui permettent d'y remédier,
- de prendre en charge des patients dont la situation relève d'un suivi au long cours (affections chroniques, affections évolutives, grossesses, nourrissons...),
- de participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion, d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien,
- d'établir des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins,
- de participer à l'organisation d'actions collectives de prévention en médecine scolaire, PMI...

A travers cette étude, elle prouve que le SASPAS a permis à certains étudiants de changer d'avis sur le métier de médecin généraliste et qu'ils projettent désormais d'en faire leur métier. A la fin de ce stage, 77% des internes projettent de s'installer et 36% de le faire plus tôt que prévu. 8% ne désirent toujours pas s'installer et 15% sont indécis. Un tiers d'entre eux songe à une installation en milieu rural et les deux tiers prévoient une installation de groupe. (18,19)

(*) Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés.

2.6) Installation en milieu rural :

Les inconvénients estimés :

- Une charge de travail surdimensionnée qui correspond à l'image du médecin de campagne exerçant seul avec un nombre de garde important et de longues journées, avec une vie de famille et personnelle très médiocre.
- Les difficultés pour attirer le conjoint : quelles sont les possibilités d'emploi proposées par ces régions aux conjoints ?
- La faiblesse du plateau technique qui limiterait le meilleur exercice possible.

Les atouts estimés :

- Une meilleure considération de la part de la population campagnarde, le médecin généraliste n'aurait pas perdu son aura.
- Les meilleures relations de ce fait avec la patientèle.
- Les revenus plus importants en rapport avec l'importance de la patientèle.
- Il faut parler aussi de la mise à disposition de locaux et d'appartements, conditions qui sont très attractives.

La maison de santé pluridisciplinaire est une solution pour le milieu rural, elle doit permettre et favoriser le travail en réseau. Qui est élément indispensable pour la dispensation des soins primaires en milieu campagne. Un exemple dans notre région, le Regesa (**) de Dieuze (Moselle) qui regroupe des représentants du Secteur Public Hospitalier (Hôpital local de Dieuze, Hôpital de Château-Salins), du Secteur Médico-social privé et public, les professionnels de santé libéraux et les usagers et qui a pour but la prise en charge, en l'optimisant, des patients gériatriques âgés de 60 ans et plus. Il regroupe un secteur rural de 128 communes et 28500 habitants dont 5400 de 60 à 79 ans et 1260 de plus de 80 ans. Le médecin généraliste continue à coordonner les soins de son patient lorsqu'il est inclus dans le réseau. Les internes connaissent ils leur fonctionnement leur existence, leur répartition sur le territoire régional ? (20)

Les aides financières et d'accompagnement à l'installation doivent être maintenues, connues, notamment celles pour le conjoint. Les bourses de 3^{ème} cycle avec engagement ultérieur d'installation sont une piste à exploiter, il ne faut pas oublier les résultats de l'enquête de Cécile Mari (18), elles ne sembleraient intéresser que les internes ayant un projet bien défini. D'autre part, le registre prioritairement

économique des aides à l'installation semble sous estimer la portée du constat suivant: le problème de l'installation en zone éligible n'est pas d'abord économique mais sociologique parce que le facteur déterminant du choix est celui des conditions de vie. (17)

(**) Réseau Gérontologique du Saulnois

2.7) Revalorisation des actions de prévention et de dépistage :

Le rôle de dépistage et de prévention dans les soins primaires est fondamental, mais hélas, la tarification à l'acte, la valorisation des gestes techniques, ne favorisent pas sa prise en compte. Il faudra certainement repenser le mode de rémunération (33), qui permettra de valoriser ce pan de la médecine générale, de changer l'image de l'exercice du point de vue des étudiants. Cela rejoint une des priorités de l'état, voir le projet de loi « Bachelot », hôpital, patient, santé, territoire.

Elle apparaît comme une des revendications des médecins généralistes de l'enquête BVA pour l'Académie Nationale de Médecine. (33)

Cette voie de réflexion parmi d'autres est actuellement poursuivie au sein de la Commission XV (Problèmes hospitalo universitaires) et de la Commission XVI (La médecine libérale), présidées respectivement par D. Loisançe et P. Ambroise Thomas.

Une enquête de l'Ifop pour le Quotidien du Médecin (34) révèle que les médecins en exercice n'y sont pas favorables ; 53% sont contre, 44% pour, 3% ne se prononcent pas. Il faut remarquer que 52% des médecins exerçant en communes rurales sont pour, alors qu'ils ne sont que 45% pour les communes urbaines de province et 33% en agglomération parisienne.

2.8) La télémédecine :

Elle peut être un puissant vecteur d'équité à l'accès aux soins. Il s'agit d'une pratique émergente, en 2004, on dénombrait 426 applications contre 166 en 1998. Des actions récemment mises en œuvre encouragent le développement de la télémédecine. (21)

- Issu de cette dynamique, est créé en juillet 2003, l'Observatoire des Réseaux de Télé santé. Il permet de suivre le développement de ces nouvelles pratiques médicales. Il faut créer un contexte propre à son développement. Elle est une innovation au service des patients et des professionnels de santé. Elle permet le passage d'un exercice isolé à celui de la pratique en réseaux. Elle est encore au stade expérimental et est reconnue comme acte médical dans la loi N° 2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie.

- Elle peut être un des moyens qui favorise l'installation et le maintien des médecins en zones rurales isolées (isolement rompu, décloisonnement des activités des secteurs publics et privés).
- Elle peut être une réponse à la médecine de 1^{er} recours de qualité, pouvant pallier les difficultés des problèmes de démographie médicale en optimisant le temps de soins dans certaines disciplines.
- Elle permet par la visioconférence de bénéficier de l'avis d'un autre médecin expert ou référent, également le maintien des connaissances médicales et l'acquisition de nouvelles.
- Un médecin peut adhérer à un réseau thématique (exemple la cancérologie).
- Elle peut permettre un accès direct des médecins au dossier de leur patient hospitalisés (avec autorisation de ces derniers). Cela participe du développement des réseaux ville hôpital. Nous citons ici un exemple probant : en Midi Pyrénées (22), où des médecins d'une commune et une maison de retraite, en présence du patient, le font bénéficier d'une téléconsultation en accédant à un centre hospitalier par visioconférence. Il faut toutefois apporter un bémol à ces pratiques nouvelles :

Le manque d'un cadre juridique.

Quelles en sont les sources de financement ?

Certaines zones rurales isolées ne bénéficient pas de l'ADSL.

2.9) Les mesures coercitives :

Les étudiants n'en veulent pas. En Suisse, Royaume Unis, Canada ou encore en Allemagne : de telles mesures ont été testées. Elles se soldèrent par un échec. L'exemple Allemand est criant : depuis 1982, un système de Numerus Clausus territorial s'applique à la médecine libérale Allemande. (23)

Pour être conventionné avec l'assurance maladie, le nouveau médecin allemand doit s'installer dans des zones non surmédicalisées. Le critère de surmédicalisation est calculé pour chaque discipline et chaque zone géographique en tenant compte de la supériorité de la densité de la zone par rapport à la densité nationale.

Le système conduit à une raréfaction des jeunes praticiens et par conséquent, à un vieillissement du corps médical, même dans la médecine hospitalière non soumise au numerus clausus territorial. Non seulement, on observe une baisse de l'attractivité des études médicales, mais aussi une déperdition grandissante des étudiants en médecine.

Beaucoup de ces derniers, à la fin de leur formation médicale, préfèrent choisir des carrières s'écartant du soin, ou situées en dehors du système de santé. Précisons que

lors de la mise en place de cette réforme, l'Allemagne faisait face à une mauvaise répartition des médecins, pas à une pénurie.

2.10) Le désengagement de l'Etat :

Depuis des années, l'Etat se désengage des zones rurales sous médicalisées en fermant les hôpitaux périphériques et les services publics (La Poste, les écoles), le constat est le même pour les zones périurbaines dites difficiles. Peut-on blâmer un jeune diplômé de ne pas vouloir s'y installer ?

2.11) Bourses et sites pour l'installation :

Faut il créer une bourse de l'installation ? Où les offres d'installation seraient proposées et mises à jour par les communes concernées, sur un site Internet par exemple. Regrouper les différentes aides au sein d'un même référentiel, pour faciliter les démarches d'installation, tout en diminuant le dédale administratif, conseiller les internes. Surtout au moment où ils sont le plus concernés, pour les maisons de santé par exemple : trouver un maître d'œuvre, définition des statuts juridiques, partage de l'informatique...

E - CONCLUSION

Les zones démedicalisées ou en voie de démedicalisation sont confrontées à un véritable problème d'accès aux soins.

Notre enquête montre que les internes lorrains ne veulent pas s'installer prioritairement en zone défavorisée. Mais leur intérêt pour un exercice en milieu rural est réel : 59 % d'entre eux y sont favorables à condition de maintenir et de faire connaître les aides incitatives à l'installation.

Ces mesures incitatives ont leurs faveurs mais il faut qu'ils trouvent pour leur installation des réponses à leurs priorités.

- Epanouissement personnel.
- Possibilité d'un travail pour le conjoint dans la région.
- Exercice professionnel de qualité avec diminution du travail administratif.

La revalorisation du travail de dépistage, de prévention fer de lance des soins primaires est à envisager, mais la rémunération à l'acte ne s'y prête guère.

Il est donc nécessaire de poursuivre dans cette voie en consolidant et faisant connaître les différentes aides, plutôt que de recourir à des méthodes coercitives qui n'ont pas leurs faveurs et qui se sont soldées par des échecs en Allemagne notamment.

La féminisation de la médecine générale entraîne une modification de la manière de travailler à laquelle les médecins hommes se rallient (temps partiel, exercice sur plusieurs sites, vacation dans d'autres structures, réduction du temps hebdomadaire de travail) à court terme une diminution de l'offre de soins est à prévoir.

Des mesures urgentes doivent être appliquées rappelons les chiffres de l'enquête BVA de Mars 2008(33) ; c'est la sécurité sociale et la santé qui sont la 2^{ème} priorité des Français, juste après l'emploi. La profession de médecin est celle qui est jugée la plus prestigieuse par les Français, ils sont 58% à la plébisciter. 91% ont une bonne opinion de leur médecin généraliste, 90% pour les médecins spécialistes, 88% pour les médecins hospitaliers. Mais un français sur deux estime que, l'image des médecins généralistes, s'est détériorée depuis 10 ans.

L'enquête (33) révèle un grand paradoxe alors qu'il apparaît tout à fait prestigieux le métier est peu attractif. La profession de médecin n'arrive qu'au 5^{ème} rang ; parmi le choix des Français en tant que métier qu'ils ont envisagé d'exercer.

Il est temps de dire que la qualité de vie des médecins n'est pas si mauvaise, notamment celle des généralistes. Il est urgent de revaloriser la médecine généraliste et de communiquer sur la réalité de la profession.

F - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

- 1) BERLAND Y. Démographie des professions de santé .Ministère de la santé, novembre 2002.
- 2) Conseil de l'Ordre National des médecins BVA : Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, mars 2007.
- 3) Perception des étudiants en 3^{ème} cycle sur les mutations de la médecine générale, URLM Rhône Alpes 2004.
- 4) MARCHAND O. Enquête nationale sur les attentes des étudiants du 3^{ème} cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale. Thèse médecine, Grenoble 2007.
- 5) Loi ordinaire 82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques paru au J.O. du 26 décembre 1982 page 3861.
- 6) Décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du 3^{ème} cycle des études, Loi médicales, Ministère de l'éducation nationale.
- 7) Décret n° 81-364 du 15 avril 1981 relatif à l'indemnisation des maîtres de stage, texte abrogé. <http://www.legifrance.gouv.org>
- 8) FLACHER A., BANDE N. Exercice médical des futurs généralistes. Thèse médecine, Grenoble 2007.
- 9) LUCAS-GABRIELLIV., SOURTY-LE GUELLEC M.J, Evolution de la carrière médicale des généralistes selon leur date installation (1979-2001).Questions d'économie de la santé n° 81, C.R.E.D.E.S., avril 2004.
- 10) Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, NOR : MESX0000077L parue au J.O. n°15 du 18 janvier 2002, page1008, texte n° 1. <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 11) Décret n°2003-958 du 3 octobre 2003 relatif à la mise en place d'un dispositif de reconversion vers la médecine du travail et la médecine de prévention, Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, NOR : SOCT0311418D paru au J.O. 8 octobre 2003, page17170, texte n° 11. <http://www.legifrance.gouv.fr>

- 12) BOURGUEIL Y., Comment anticiper la raréfaction annoncée des médecins et ses conséquences sur l'accès aux soins à l'échelon d'une région ?
Module interprofessionnel de Santé Publique, thème n°4, E.N.S.P., Rennes 2004.
- 13) DESCOURS C. Proposition en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire, Ministère la Solidarité de la Protection sociale, Rapport 2003. <http://www.bdsp.tm.fr/base>
- 14) Arrêté du 4 mars relatif à la deuxième partie du 2^{ème} cycle des études médicales, Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la recherche paru au J.O. du 26 mars 1997, page 4684.
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- 15) Décret n°2004-67 du 18 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche NOR : MENS0302822D, paru au J.O. n°15 du 18 janvier 2004, page 1394, texte n° 14.
<http://www.legifrance.gouv.fr>
- 16) Raphaël RUFFIER –FOSSOUL, Les médecins au bout du rouleau.
[www.lyon .capitale.fr](http://www.lyon.capitale.fr)
- 17) L'installation des jeunes médecins. Un accompagnement est il possible ? Etude sur un dispositif d'accompagnement à l'installations jeunes médecins généralistes en Bretagne « DjemB ». Dossiers de l'URCAM Bretagne n°25, décembre 2006.
- 18) MARI C., BAIL P., LE RESTE J-Y., Enquête nationale sur la perception des internes à propos de la supervision mise en place. Rev Prat Med Gen 2006 :20 :252.
- 19) Circulaire DGS/DES2004n°192du26 avril relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé, Ministère de la Santé de l'Education Nationale.
- 20) Regesa le dernier né en Lorraine par Nicole NOLFO. Les publications MSA, Les réseaux gérontologiques.
- 21) Commission de Démographie Médicale. Rapport présentée par le Professeur Y. BERLAND. Avril 2005.
- 22) La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes et résultats n° 430 DREES 2005.

- 23) Cahiers de sociologie et de démographie médicale 43^{ème} année, juillet - sept 2003, pages 529-542 ; 44^{ème} année, avril - juin 2004 pages 169-180.
- 24) Charge de travail et qualité de vie chez le médecin généraliste. Enquêtes comparatives médecins urbains et ruraux. Laurent SIDO (1), M. THIEBAUT (1), Philippe REMY (1), J.M. VIRION (2). J.D. de KORWIN (1)
(1) D.M.G. U.H.P. U.F.R. Médecine, 54500 Vandoeuvre les Nancy. (2) SIMES CHU Hôpital Central 54035 Nancy Cedex. (3) URML de Lorraine.
- 25) BLOY G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales, n°1, janvier -mars 2005, 103-126.
- 26) FICHEUX D., Installation : les syndicats sur le qui-vive, in Panorama du médecin. 2003 : Paris.
- 27) Les Maisons de santé en Franche-Comté : présentation et évaluation de leur activité. Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté. Juillet 2007.
- 28) Séminaire national de Besançon. Synthèse des recommandations : Concevoir et faire vivre une Maison de Santé .14 juin 2008, Organismes (URCAM, Femasac, MSA et Région de Franche- Comté).
- 29) Vilain A et Niel X. : « Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques », DREES, Etudes et Résultats n°114, 2001.
- 30) Labarthe G. et Hérault D. : « Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 », DREES, Études et Résultats n°244, 2003.
- 31) Conseil National de l'Information Statistique. Formation Santé, protection sociale. Rapport du groupe de travail harmonisation des données. Président : M. Philippe Cuneo, Rapporteur: M. Xavier Niel Septembre 2002.
- 32) Le bulletin de l'Ordre National des Médecins. La féminisation de la médecine, un moteur de changement, n°4 Avril 2006.
- 33) Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Enquête réalisée par l'Institut BVA pour l'Académie Nationale de Médecine. Mars 2008.
- 34) Le jugement des médecins sur différentes réformes ou mesures envisagés. Sondage Ifop – Le Quotidien du Médecin. 11 mars 2008.

H – BIBLIOGRAPHIE CONSULTEE

- 2.1) BOUTIN S., Le C à 24 euros pour les zones sous-médicalisées, Egora, jeudi 26 janvier 2006.
- 2.2) Circulaire n°2004-153 du 26 mars 2004 relative aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes,
<http://www.medsyn.fr/mgfrance/loi/circulaire26mars2004.htm>
- 2.3) CNAMTS, FORMMEL, aides installation, CREDES, programme de recherche 2002, p.51,
<http://www.irdes.fr/irdes/Progrecherche/Prog2002/fiches02/formmel.pdf>
- 2.4) Circulaire DHOS-03/DSS/UNCAM/2005 n°63, D.H.O.S., 14 janvier 2005 :
http://www.urml-idf.org/urml/DHOS_050114.pdf
- 2.5) ROUPRET M., HUPERTAN V., CHARTIER-KASTLER E., Souhaits professionnels de 600 étudiants en médecine français préparant les épreuves classantes nationales, La Presse Médicale, vol. 34-11, p. 786-790,
<Http://www.bdsp.tm.fr/Base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=325742>
- 2.6) TONNELIER F., KERSVADOUE J-De., PICHERAL H., Carnet de santé de la France en 2004 : santé et territoire. Médecine de ville : retour à la démographie, F.N.M.F., 2004, p. 41 à 51,
<Http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=332022>
- 2.7) PASSOUANT M-CI., Zones déficitaires : vers une politique territoriale d'installation des médecins libéraux, U.R.C.A.M., Santé Languedoc-Roussillon, septembre 2005, vol. 7, p. 1-3,
<Http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=332179>
- 2.6) MABLE A.L., MARRIOT J., Etre stable – parvenir à un équilibre qui soit durable : examen international de la planification des effectifs de santé, Division des stratégies des ressources humaines de la santé, 2001,
<Http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=326135>
- 2.9) LE FUR P., LUCAS-GABRIELLI V., L'offre de soins dans les communes périurbaines en France métropolitaine (hors Ile-de-France), Question d'économies de la santé n°86, novembre 2004.

- 2.10) CLAUDE C., ARNAUD G., Rapprochement offre et besoins de soins en Rhône-Alpes, U.R.C.A.M. Rhône-Alpes, janvier 2004,
[Http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=309020](http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=309020)
- 2.11) CHABROL A., Exercice libéral : l'indispensable mutation, Bulletin de l'Ordre des Médecins, septembre 2004, vol. 7, p. 8-11,
[Http://bulletin.conseilnational.medecin.fr/CNOM/bulletin.NSF/\(html\)/409BOMN409P08A1](http://bulletin.conseilnational.medecin.fr/CNOM/bulletin.NSF/(html)/409BOMN409P08A1)
- 2.12) HOCHART A., HOSTEIN J., CAREL D., SEKRI D., Démographie des professions de santé et accès aux soins : l'exemple de la zone Maîche-Morteau et les principaux axes d'intervention envisagés en Franche-Comté, Objectif santé en Franche-Comté, février 2002, vol. 5,
[Http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=282967](http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/ShowA.bs?bqRef=282967)
- 2.13) TONNELIER F., Réduction des inégalités géographiques et démographie médicale, Congrès Santé et Territoire, 2 avril 2002,
[Http://www.irdes.fr/En_ligne/PowerPoint/geo/reducineg.pdf](http://www.irdes.fr/En_ligne/PowerPoint/geo/reducineg.pdf)
- 2.14) LEVASSEUR G., BATAILLON R., SAMZUN J.L., Baromètre des pratiques en médecine libérale : Synthèse des résultats « Le schéma régional d'organisation sanitaire », U.R.M.L. de Bretagne, septembre 2004,
[Http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/showA.bs?bqRef=326130](http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/showA.bs?bqRef=326130)
- 2.15) BESSIERE S. BREUIL-GENIER P., DARRINE S., La démographie à l'horizon 2025. Une régionalisation des projections, Etudes et Résultats vol. 353, D.R.E.E.S., novembre 2004,
[Http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/showA.bs?bqRef=313007](http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/showA.bs?bqRef=313007)
- 2.16) SCHWEYER F.X., LEVASSEUR G., Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne : rapport d'étape – Etat des connaissances à partir d'une étude documentaire et d'une revue de littérature, U.R.M.L. de Bretagne, décembre 2003,
[Http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/showA.bs?bqRef=309699](http://www.bdsp.tm.fr/base/Scripts/showA.bs?bqRef=309699)
- 2.17) BOUET P., BERNARD-CATINAT M., DELGA M-E., GRILLET G., MONIER B., POUILLARD J., Liberté d'installation, liberté d'exercice : quelle médecine pour quels médecins ?, rapport de la Commission Nationale Permanente, Assises du C.N.O.M., 14 juin 2003,
[Http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/rapportdudr.bouet.pdf](http://www.web.ordre.medecin.fr/rapport/rapportdudr.bouet.pdf)
- 2.18) WINCKLER M., Médecins sous influence, Le Monde Diplomatique, janvier 2004, p.3,
[Http://www.monde-diplomatique.fr/2004/01/WINCKLER/10693](http://www.monde-diplomatique.fr/2004/01/WINCKLER/10693)

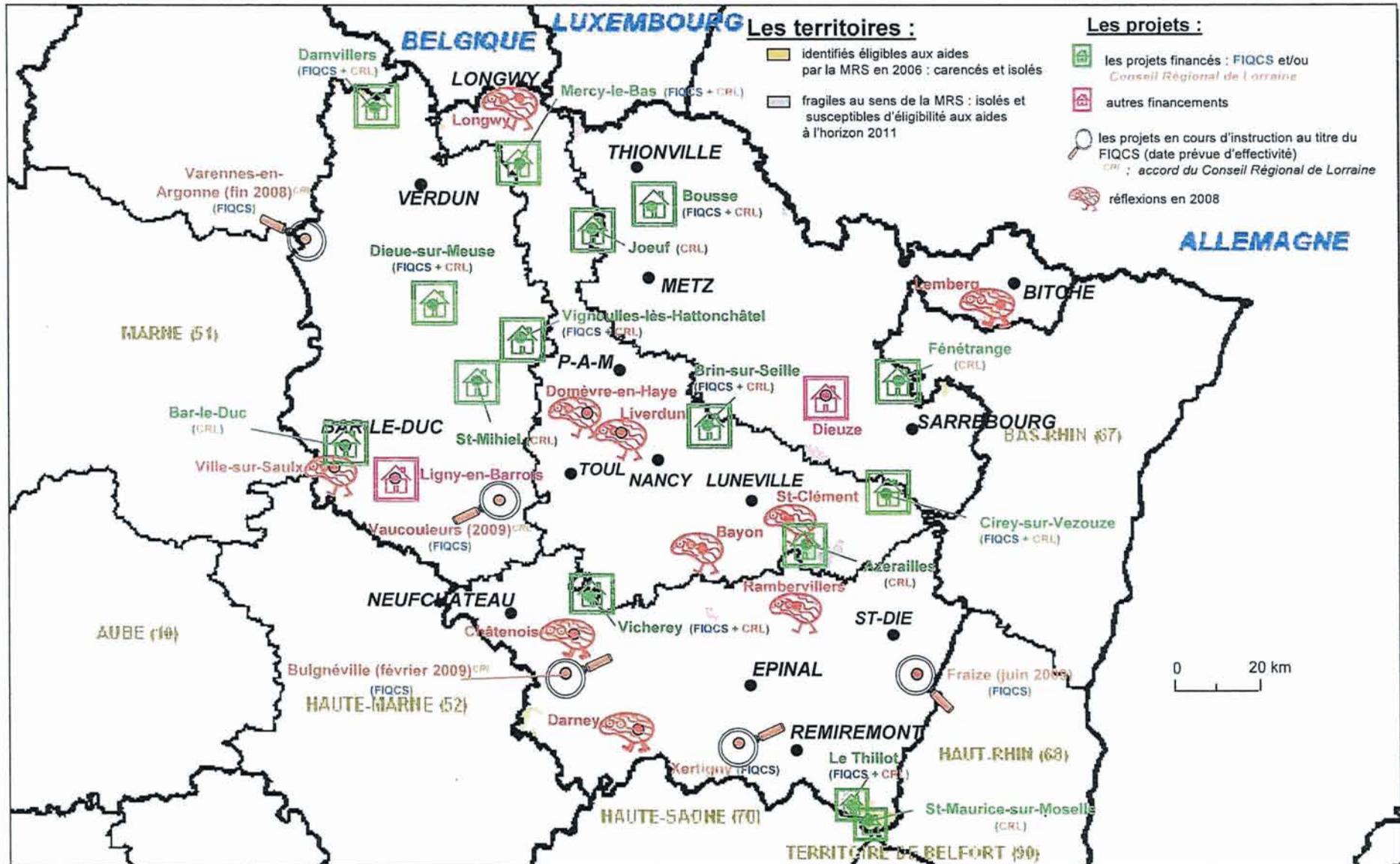
- 2.19) Le choix des internes après les ECN (épreuves classantes nationales) : le top et le flop des spécialités, Le Quotidien du Médecin, n°7807, vendredi 23 septembre 2005, p.3
- 2.20) Les internes de moins en moins séduits par la médecine générale, Le Monde, mercredi 28 septembre 2005, p.7
- 2.21) Chute inquiétante de la médecine généraliste, Espace social européen, n°738, 7 au 13 octobre 2005, p.9
- 2.22) Démographie médicale, le plan gouvernemental avant décembre, Le Quotidien du médecin, n°7832, vendredi 28 octobre 2005.
- 2.23) Le fossé des générations : une réalité en médecine, Le Quotidien du médecin, n°7844, jeudi 17 novembre 2005, p.15
- 2.24) Plan 2006-2007 pour le développement de la médecine générale en Belgique, Association des Médecins de Famille – V.V.H.,
[Http://www.amf-vvh.be](http://www.amf-vvh.be) : news /news_news_082
- 2.25) De SAINT ROMAIN H., Ce que le plan du gouvernement devrait prévoir, Le Quotidien du Médecin, lundi 19 décembre 2005,
[Http://lateliersante.free.fr/documents/051219_Quoti_med_demographie_medicale.pdf](http://lateliersante.free.fr/documents/051219_Quoti_med_demographie_medicale.pdf)
- 2.26) Communiqué de presse, Où sont les médecins traitants de demain ? Collège National des Généralistes Enseignants, 27 septembre 2005.
- 2.27) Communiqué de presse, Un projet universitaire, une volonté politique, Collège National des Généralistes Enseignants, 7 février 2006.
[Http://www.cnge.fr/article.php3?id_article=930](http://www.cnge.fr/article.php3?id_article=930)
- 2.28) Communiqué de presse, Collège National des Généralistes Enseignants, 16 janvier 2006.
[Http://www.cnge.fr/article.php3?id_article=904](http://www.cnge.fr/article.php3?id_article=904)
- 2.29) 4^{ème} Congrès National du Collège National des Généralistes Enseignants, Grenoble, 28 au 30 novembre 2003.
- 2.30) Communiqué de presse, La filière universitaire de médecine générale passera-t-elle par Matignon ?, ISNAR-IMG, 15 février 2006
[Http://www.oapiti.com/i](http://www.oapiti.com/i)

- 2.31) Communiqué de presse, Plan Démographie Médicale 2006 : L'heure des choix, ISNAR-IMG, 26 janvier 2006
[Http://www.oapiti.com/isnar/](http://www.oapiti.com/isnar/)
- 2.32) 6^{ème} Congrès National de la Médecine Générale du XXI^{ème} siècle, Pour une spécialité au cœur du système de soins, ISNAR-IMG, Montpellier, 14 et 15 janvier 2005.
- 2.33) 5^{ème} Congrès National de la Médecine Générale du XXI^{ème} siècle, Le plein essor d'une discipline, ISNAR-IMG, La Rochelle, 16 et 17 janvier 2004,
[Http://www.oapiti.com/isnar/congres.php](http://www.oapiti.com/isnar/congres.php)
- 2.34) 4^{ème} Congrès National de la Médecine Générale du XXI^{ème} siècle, Un système de soins à réformer : explorer pour créer, ISNAR-IMG, Nancy, 21 et 22 mars 2003,
[Http://www.oapiti.com/isnar/congres.php](http://www.oapiti.com/isnar/congres.php)
- 2.35) Décret n°2003-530 du 19 juin 2003 fixant le statut des internes et résidents en médecine..., Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, NOR : SANH0321432D, paru au J.O. n°142 du 21 juin 2003, page 10427, texte n°21,
[Http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=618514&indice=2&table=JORF&ligneDeb=1](http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=618514&indice=2&table=JORF&ligneDeb=1)
- 2.36) Décret n°2001-64 du 19 janvier 2001 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales, Ministère de l'Education Nationale, NOR : MENS0003165D, paru au J.O. n°22 du 26 janvier 2001, page 1371,
[Http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/visu?cid=54987&indice=2&table=JORF&ligneDeb=1](http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/visu?cid=54987&indice=2&table=JORF&ligneDeb=1).
- 2.37) Décret n°99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et résidents en médecine..., Ministère de l'emploi et de la solidarité, NOOR : MESH9923007D, paru au J.O. n°262 du 11 novembre 1999, page 16804,
[Http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/visu?cid=685612&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1](http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/visu?cid=685612&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1).
- 2.38) Décret n°97-494 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés, Ministère du Travail et des Affaires Sociales, NOR : TASP9720681D, par au J.O. n°115 du 18 mai 1997, page 7537.
[Http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/visu?cid=515828&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1](http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/visu?cid=515828&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1).

- 2.39) Arrêté du 19 octobre 2001 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, Ministère de l'Education Nationale, NOR : MENS0102293A, paru au J.O. n°250 du 27 octobre 2001, page 16963,
[Http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/visu?cid=568528&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1](http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/visu?cid=568528&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1).
- 2.40) .NICOLAS G., DURET M., rapport démographie médicale, Ministère de la santé, juin 2001,
[Http://www.afpep-snpp.org:snpp:actualite%20syndicale:rapnicolas.html](http://www.afpep-snpp.org:snpp:actualite%20syndicale:rapnicolas.html)
- 2.41) COUFFINHAL A., DOURGNON P., GEOFFARD P.-Y., GRIGNON M., JUSOT F., LAVIS J., NAUDIN F., POLTON D., Politique de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé. Février 2005, Questions d'économie de la santé n°92, série « Synthèse », 6 pages,
[Http://www.irdes.fr:Publications:Bulletins:QuestEco:pdf:quesnum92.pdf](http://www.irdes.fr:Publications:Bulletins:QuestEco:pdf:quesnum92.pdf)
- 2.42) Comité interministériel présidé par POLTON D., Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DATAR, CREDES (devenu IRDES le 1^{er} juin 2004), édité par La Documentation Française., 2000 :10, 358 pages, (biblio n° 133

I - ANNEXES

Les maisons pluridisciplinaires de santé en Lorraine, connues de la MRS ou du Conseil Régional (situation à fin juin 2008)



Cher(e) interne du DES de médecine générale,

Afin de mieux connaître vos aspirations et vous aider dans le choix de votre exercice médical futur, en lien avec les partenaires professionnels et institutionnels, nous vous sollicitons pour remplir ce questionnaire.

1. Vous-même

Les réponses aux items marqués () sont facultatives*

Cocher ou entourer la bonne réponse

Nom* : **Prénom*** : **âge** : **Sexe** :

Situation familiale : Célibataire oui non
 Conjoint(e) oui non
 Enfants oui non

Profession conjoint (e) : Médicale oui non
 Para-médicale oui non
 Possibilité de mobilité oui non
 Autres :

- **Semestre d'études dans le troisième cycle :**
- **Avez-vous déjà fait votre stage chez le praticien ? :** oui non
- **D'où venez-vous ?**
 - **Lorraine :** oui non
 - Si oui département (*entourer*) : 54 55 57 88
 - **Autre région/pays :**
 - **Etes vous originaire d'une :**
 - grande ville (plus de 100 000 ha)
 - ville moyenne (20 000 - 100 000 ha)
 - petite ville (2 500 - 20 000)
 - bourg (1 000 - 2 500)
 - village (moins de 1 000 ha)

2. Votre futur exercice

Quelle spécialité envisagez-vous d'exercer ?

- **La médecine générale ambulatoire**
- A temps plein A temps partiel
- **La médecine polyvalente hospitalière**
- A temps plein A temps partiel
- **La médecine préventive (PML, scolaire...) :**
- **Une autre spécialité (DESC, capacité...) :**
- **Laquelle (médecine d'urgence, gériatrie...):**

Si vous optez pour la médecine générale ambulatoire, à temps plein ou partiel, ou si vous êtes encore indécis, continuer le questionnaire.

Sinon, nous vous remercions de votre participation et vous demandons de nous retourner le questionnaire.

Pour les questions suivantes, indiquer vos préférences concernant les modalités d'exercices, votre environnement professionnel et personnel.

Le cas échéant, graduez votre réponse comme indiqué :

1 : pas d'intérêt, 2 : peu d'intérêt, 3 : intérêt moyen, 4 : fort intérêt

3. Modalités d'exercice de la médecine générale ambulatoire (exercice libéral) :

1. Lieu d'exercice :

- Dans une grande ville ou environs (plus de 100 000 ha) :

1 2 3 4

- Dans une ville moyenne (20 000 – 100 000 ha) :

1 2 3 4

- Dans une petite ville (2 500 – 20 000) :

1 2 3 4

- Dans un bourg (1 000 – 2 500) :

1 2 3 4

- Dans un village (moins de 1000 ha) :

1 2 3 4

2. Exercice personnel au cabinet :

- Investissement financier personnel :

- Rachat de parts d'une SCM

ou d'une SCP dans un cabinet de groupe

oui non

- Immobilier professionnel

oui non

- Charge de travail hebdomadaire envisagée (en heures ou ½ journée) :

- Relation de proximité avec les usagers (médecine de famille) : oui non

- Réalisation d'actes techniques :

1 2 3 4

Préciser :

- Exercer sur plusieurs sites proches (cabinets secondaires) : 1 2 3 4

- Intégration dans un réseau de soins 1 2 3 4

- Délégation de tâches à des para-médicaux : 1 2 3 4

Préciser :

3. Permanence des soins : souhaitez vous participer aux

- Gardes de week-end : 1 2 3 4

- Gardes de nuit profonde (0h-6h) : 1 2 3 4

- Gardes de nuit en dehors des horaires précédents : 1 2 3 4

- Être Correspondant SAMU : 1 2 3 4

4. Autres fonctions médicales souhaitées (à temps partiel) :

- Médecin dans un EHPAD : 1 2 3 4

- Vacation de médecine générale dans un hôpital de proximité 1 2 3 4

- Médecin généraliste dans une structure médicosociale (Foyer d'enfance, structures médico-sociale, handicapés...) 1 2 3 4
- Education pour la santé 1 2 3 4
- Enseignement et maîtrise de stage 1 2 3 4

4. Environnement professionnel

1. Type d'exercice de la médecine générale ambulatoire souhaité :

- Exercice isolé 1 2 3 4
- Exercice en groupe (cabinet, maisons de santé...) : 1 2 3 4
 - avec des médecins exclusivement
 - avec des paramédicaux : 1 2 3 4
 - kiné , infirmière , dentiste , autre (s) (préciser) :

2. Moyens à disposition :

- Présence d'un secrétariat médical : 1 2 3 4
- Assistance de gestion : 1 2 3 4
- Autre (s) moyen (s) souhaité (s) :

3. Environnement sanitaire :

- Proximité d'un centre hospitalier (moins de 30 minutes) : 1 2 3 4
- Proximité d'un CHU (moins de 60 minutes) : 1 2 3 4
- Présence d'une pharmacie dans la localité : 1 2 3 4
- Proximité de spécialistes : 1 2 3 4
(radiologue, cardiologue, Gastro-entérologue ,ORL) (moins de 30 minutes)
- Présence d'une formation médicale continue proche (réunion à proximité) : 1 2 3 4

4. Quelle est votre opinion sur le développement de maisons pluridisciplinaires de santé (regroupant médecins, paramédicaux, services sociaux...) :

1 2 3 4

Suggestions éventuelles :

5. Vie personnelle et familiale :

1. Lieu de vie à proximité de votre lieu d'exercice (même localité) :

1 2 3 4

2. Emploi du conjoint à proximité

1 2 3 4

3. Accueil péri-scolaire (gardes, crèches...)

1 2 3 4

4. Scolarisation des enfants à proximité :

- École élémentaire : 1 2 3 4
- Collège: 1 2 3 4
- Lycée: 1 2 3 4
- Etudes supérieures: 1 2 3 4

5. **Loisirs à proximité :**

1 2 3 4

Préciser lesquels :

6. **Activités culturelles à proximité :**

1 2 3 4

Préciser lesquels :

7. **Activités sportives :**

1 2 3 4

Préciser lesquelles :

8. **Vie associative ou citoyenne :**

1 2 3 4

6. **Installation en milieu rural :**

1. **Quel est votre intérêt pour un futur exercice en milieu rural :**

1 2 3 4

2. **Préciser l'importance que vous accordez aux propositions suivantes pour améliorer les conditions d'exercice en milieu rural ou semi-rural et favoriser les installations :**

- Bourses d'études médicales avec engagement d'installation ultérieure :
 - en second cycle : 1 2 3 4
 - en troisième cycle : 1 2 3 4
- Aides au transport et au logement pour les étudiants effectuant leurs stages en milieu rural : 1 2 3 4
- Aides à l'installation :
 - Financement : 1 2 3 4
 - Accompagnement à l'installation 1 2 3 4
- Financement public des maisons de santé : 1 2 3 4
- Abattements de charge (taxe professionnelle ...) : 1 2 3 4
- Aides aux fonctionnements : 1 2 3 4
- Aides aux transports des malades : 1 2 3 4
- Honoraires valorisés en secteur rural : 1 2 3 4
- Possibilité de temps partiel dans d'autres Structures hospitalières ou non : 1 2 3 4
- Exercice salarié dans un cabinet médical : 1 2 3 4
- Statut de collaborateur libéral : 1 2 3 4
- Aides ou priorités pour l'emploi du conjoint : 1 2 3 4

3. **Quelles (s) autre (s) aide (s) jugeriez vous également utiles ? :**

C'est fini !

Merci beaucoup de votre participation.

Retournez ce questionnaire rempli à :
Professeur Jean Dominique de KORWIN
Département de Médecine Générale
Faculté de Médecine
9 Avenue de la Forêt de Haye
BP 184
54505 Vandoeuvre les Nancy

Téléphone : 03.83.68.34.40 -Télécopie : 03.83.68.34.49
 E-mail : dumg@medecine.uhp-nancy.fr

Pour le groupe de travail

Dr J.-L. Adam
 Département de
 Médecine Générale

Dr O. Bouchy
 Conseil Départemental
 de l'Ordre des Médecins
 de la Meuse

Pr J.-D. de Korwin
 Coordination du
 DES de Médecine Générale

2. Vous remplacez en Meuse pour les raisons suivantes

1 Proximité de votre lieu de résidence	1	2	3	4
2 Proximité du lieu de résidence de votre famille	1	2	3	4
3 intérêts de l'exercice	1	2	3	4
4 relations patient /médecin	1	2	3	4
5 Relation médecin remplacé/remplacant	1	2	3	4
6 Relation avec les spécialistes	1	2	3	4
7 présence d'un cabinet de groupe	1	2	3	4
8 présence d'un secrétariat	1	2	3	4
9 présence d'un hébergement	1	2	3	4
10 Interet financier	1	2	3	4
11 Cabinet avec une activité soutenue	1	2	3	4

MAISONS DE SANTE.

FINANCEMENT FEADER.

3.3.6 Dispositif 321-3 : Développement de services aux personnes (Accès à la santé dans les territoires à faible densité médicale).

Base réglementaire

- Articles 52.b.i et 56 du Règlement CE 1698/2005
- Décret relatif aux règles nationales d'éligibilité des dépenses des programmes de développement rural 2007-2013 (à paraître)
- Décret n°99-1060 du 16 décembre 1999 relatif aux subventions d'Etat pour des projets d'investissement modifié par le décret n°2003-367 du 18 avril 2003

Enjeux de l'intervention

Les enjeux visés au travers ce dispositif sont d'améliorer la qualité de vie, de développer et de gérer l'attractivité résidentielle pour les populations des zones rurales.

Objectifs

Ce dispositif vise différents types d'action relatifs à l'accès dans les zones rurales fragiles du point de vue de l'offre de soins médicaux et paramédicaux, visant à anticiper les besoins et à trouver des formules adaptées de réponse, y compris en termes de méthodes alternatives d'accès au soin et de programmes de prévention. L'investissement du FEADER pourra être concentré sur des opérations structurantes pour les zones rurales, visant un effet d'entraînement à l'échelle régionale.

Le maintien du tissu socio-économique et, a fortiori, le développement des capacités d'accueil pour les entreprises et les populations des zones rurales nécessitent une meilleure offre et un effort d'innovation. Il importe aussi d'adapter les structures de services, notamment des services de proximité. Il s'agit de susciter des projets destinés à créer ou améliorer une offre de service répondant à des besoins essentiels de proximité, particulièrement lorsque ce service est menacé de disparition. L'amélioration des services peut correspondre à une mutualisation de services existant.

Le dispositif pourra contribuer à favoriser l'insertion économique de publics spécifiques, tels les jeunes ou les femmes.

Les interventions précises seront décidées sur la base d'une analyse territoriale des besoins et des potentialités ainsi que du contexte local de concurrence sur les activités concernées.

Bénéficiaires

Le public éligible comporte les porteurs de projet suivant :

- **maîtres d'ouvrage publics :**

Pour les investissements lourds (maisons de santé), seuls les projets portés par les **collectivités territoriales et leurs groupements** sont concernés ; en effet, les aides existantes suffisent à répondre aux possibilités réglementaires d'aider les projets privés, portés par des sociétés professionnelles. Il est par ailleurs nécessaire de situer ce type d'équipement au moins au niveau intercommunal.

Le dispositif vise en priorité les EPCI . Dans des cas exceptionnels, la structure porteuse pourra être communale, pour des raisons d'organisation locale qui ne remettraient pas en cause l'intérêt et le soutien intercommunaux.

Pour les actions de prévention :
Toutes collectivités,

Etablissements publics notamment d'enseignement en milieu rural (pour les actions d'étude ou d'animation, notamment sur la prévention),

- **Les maîtres d'ouvrage privés** sont éligibles s'ils s'intègrent dans un projet global de territoire ou relevant d'une action d'intérêt général, limités dans le cas de ce dispositif aux études et à l'animation

Associations et leurs fédérations

Champ et actions

Les opérations éligibles à cette mesure sont de différentes natures et concernent les champs suivants :

La création de maisons de santé dans les zones rurales fragiles du point de vue de l'offre de soins médicaux et paramédicaux, et dans les cas où l'initiative privée ne pourra à elle-seule subvenir aux besoins de la population.

- Il s'agit d'opérations portées par les collectivités locales, visant à mettre des locaux aménagés à la disposition de plusieurs médecins et le cas échéant professionnels de santé, de manière à les inciter à s'installer, et à pérenniser cette installation, non seulement en abaissant le coût de celle-ci, mais surtout en créant des conditions plus favorables à l'exercice de leur métier, notamment par des possibilités de collaboration et de remplacement.

Les projets retenus auront fait la preuve d'une approche globale des besoins de la population, de la qualité de leur articulation avec les réseaux de soin existants dans la zone concernée, ainsi que de leur capacité à lutter contre l'isolement des professionnels, et à pérenniser une offre de soin complète et de qualité.

- Des programmes expérimentaux sur des méthodes alternatives d'accès au soin (hors télé médecine, prise en charge par le FEDER)

- Le démarrage de programmes de prévention en milieu rural, dans une perspective d'exemplarité, notamment du point de vue de la coordination des initiatives et de la mobilisation de nouveaux acteurs.

- L'anticipation des besoins et l'élaboration des projets au niveau des territoires et, plus largement :

- Toutes études de besoins et de définition de priorités concernant l'accès à la santé en milieu rural

Le mesure 331 (formation) pourra prendre en charge des programmes d'éducation à la santé en milieu rural.

Description des opérations

Territoires visés :

Zones rurales de Lorraine fragiles du point de vue de l'accès aux soins

Les zones rurales étant définies comme exclusives des communes et unités urbaines de plus de 30000 habitants, cf liste des communes exclues page 24)

Critères d'éligibilité spécifiques:

Toute action candidate au soutien par ce dispositif doit avoir reçu préalablement l'aval des autorités sanitaires.

Une étude préalable des besoins, de la viabilité et de la faisabilité du projet dans la perspective d'un maillage territorial global de l'offre de soins est nécessaire. La défaillance ou la carence de l'initiative privée en particulier doit avoir été constatée.

(La réalisation de cette étude peut également être soutenue.)

L'esprit du dispositif est rendre plus attractif pour les personnels de santé, les territoires fragiles du point de vue de l'accès aux soins. Il ne peut s'agir d'accompagner l'installation spontanée de ces professionnels dans des zones démographiquement plus favorisées.

Investissements matériels éligibles :

- Construction, rénovation ou aménagement de locaux (y compris études préalables)
- Equipements médicaux ou techniques lourds
- Surcoût des aménagements extérieurs lié à l'accès des personnes handicapées

Dépenses matérielles non éligibles :

- VRD (sauf surcoût lié à l'accès des personnes handicapées)
- Aménagement des abords (sauf surcoût lié à l'accès des personnes handicapées)
- Dépenses relatives à l'éventuelle pharmacie
- Dépenses d'entretien

Dépenses immatérielles éligibles:

- Animation pour actions de prévention ou d'expérimentation (dépenses salariales et intervenants extérieurs)
- Coordination notamment sur une base territoriale
- Réalisation de diagnostic, formulation de plans d'action
- Etudes
- Démarches qualité

Dépenses immatérielles non éligibles:

- Dépenses de fonctionnement de la structure

Intensité de l'aide

- Aide publique totale :
 - Si maître d'ouvrage public : 100% des dépenses éligibles retenues, en effet l'autofinancement public est éligible au FEADER,
 - Si maître d'ouvrage privé : 40 à 100% des dépenses éligibles retenues,
- Assiette éligible maximum : 800 000 euros, ce plafond pouvant être éventuellement levé par le comité de programmation pour prendre en compte des situations particulières liées au caractère rural isolé ou au caractère innovateur du projet.
- Assiette éligible minimum : 4000€ (concerne les études et l'animation)
- Aide communautaire : 50% des dépenses publiques éligibles

Engagements des bénéficiaires, points de contrôle des engagements et régimes de sanctions

Points de contrôle :

Investissements et prestations extérieures : factures acquittées

Dépenses de personnel : fiches salariales, relevés d'activité à la demi-journée

Justification du versement des cofinancements publics.

Objectifs quantifiés

Type d'indicateur	Indicateur	Cible
Réalisation	Nombre d'actions aidées	4
	Volume total des investissements	2 400 000

Circuits de gestion

Orientation du dispositif	Comité de suivi
Décision d'orientation	Préfet de Région

Dépôt des dossiers	Préfecture de département
Instruction des dossiers	Préfecture de département
Rapport d'instruction	
Avis	DDASS ou DRASS, DRAF, TG pour les investissements d'un coût global supérieurs à 100 000 €
Comité consultatif	Comité technique de programmation commun FEDER - axe 3 du FEADER
Engagement et décision juridique	Convention ou arrêté préfectoral décision de chaque financeur
Contrôle de service fait	Préfecture de département
Païement	Transmission du CSF au CNASEA

MAISONS DE SANTE.

FINANCEMENT CONSEIL REGIONAL

ET GENERAL DE LA MEUSE.

Accueil des professionnels de santé

Aide à la création de maisons de santé

OBJECTIFS

- Garantir la présence de professionnels de santé sur tout le territoire.
- Eviter l'isolement des professionnels de santé.
- Améliorer la qualité et l'offre de soins dans les zones insuffisamment médicalisées.

BENEFICIAIRES

- Communes rurales.
- Groupements de communes.
- Personnes morales de droit privé regroupant des professionnels de santé.

CONDITIONS D'ELIGIBILITE

- Le projet doit répondre aux conditions d'éligibilité fixées par la convention relative à la mise en place de Maison de Santé signée par le Conseil Régional, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.
- L'aide régionale concerne en priorité les projets de maisons de santé implantés dans une des zones déficitaires en offre de soins, listées par l'arrêté en vigueur de la MRS Lorraine. Pour les projets se situant dans des zones potentiellement fragiles en termes de démographie médicale (selon la liste prospective communiquée au CRL par la MRS ou selon un diagnostic partagé entre les signataires de la convention régionale), la Région se réserve le droit d'examiner ou pas le projet en fonction de son intérêt et de son lieu d'implantation et sous réserve du respect des autres critères d'éligibilité.
- Le projet ne doit pas entraver la concurrence dans la zone de chalandise, seuls les projets s'inscrivant dans des zones médicalement dévitalisées seront pris en compte.
- Engagement des professionnels de la santé hébergés dans le local d'exercer leur activité pendant au moins cinq ans.
- Le porteur de projet s'engage à rester propriétaire du bâtiment pendant au moins dix ans.
- La maison de santé doit être accessible aux personnes à mobilité réduite

DEPENSES ELIGIBLES

- **Dépenses éligibles à une aide régionale :**
 - Les travaux d'investissements liés à la construction ou la réhabilitation d'un bâtiment destiné à accueillir les services médicaux et/ ou de soins.
 - Les travaux d'aménagement intérieur du bâtiment.

MONTANT DE L'AIDE

- **Montant de l'aide :** La participation régionale est fonction de l'intérêt du projet. L'aide du conseil régional est plafonnée à 150 000 euros.
Le taux maximal de l'aide appliqué au montant subventionnable du projet est de 50%.
- **Nature de l'aide :** Subvention d'investissement.

COMPOSITION DU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE

- le dossier de demande de subvention et les annexes (la présentation des professionnels de santé, le montage financier du projet, le plan de financement prévisionnel, l'évaluation du caractère déficitaire du territoire en matière de santé et l'attestation sur l'honneur)
- une copie des statuts mis à jour de l'entité juridique de la personne morale de droit privé le cas échéant
- un relevé d'identité bancaire ou postal
- la/les attestation(s) de financement bancaire (le cas échéant)
- les devis descriptifs et estimatifs des investissements envisagés
- une copie du permis de construire (le cas échéant)

Accueil des professionnels de santé

- les lettres des professionnels de santé mentionnant leur adhésion au projet

LIEU DE DEPOT DU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE

Conseil Régional de Lorraine

Direction de la santé

Place Gabriel Hocquard

BP 81004

57036 METZ Cedex 1

Aide à la création de maisons de santé

OBJECTIFS

- Garantir une présence de services de santé pluridisciplinaires sur l'ensemble du territoire meusien
- Favoriser les liens et la coopération entre les différents professionnels de santé sur chaque territoire

BENEFICIAIRES

Collectivités locales (communes, communauté de communes)

CONDITIONS D'ELIGIBILITE

- Maisons de santé **pluridisciplinaires** permettant l'accueil d'au moins trois spécialités (médecine générale obligatoirement + soins infirmiers, chirurgie-dentaire, kinésithérapie,...)
- Localisation en **zone fragile** en terme d'offre de soins (cette caractéristique étant à démontrer dans le dossier de demande d'aide)
- Les locaux devront comprendre un **appartement** permettant de loger des remplaçants ou étudiants.

DEPENSES ELIGIBLES

- Travaux d'investissement pour la construction ou la réhabilitation du bâtiment destiné à accueillir la maison de santé
- Travaux d'aménagement intérieur du bâtiment (gros œuvre, gros matériel fixe). Le mobilier et plus généralement tout matériel mobile ne sera pas pris en compte

MONTANT DE L'AIDE

- Taux maximum de 30% d'une dépense subventionnable plafonnée à 1.000.000 € HT, soit une aide maximale de 300.000 € (financement public plafonné à 80%).

COMPOSITION DU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE

- Délibération du maître d'ouvrage sollicitant une aide départementale
- Note explicative détaillée, présentant notamment les spécialités accueillies et les professionnels pressentis (présentation des démarches pour l'accueil des professionnels, éventuellement de leurs engagements à venir s'installer dans la maison de santé) et les données prévisionnelles concernant les patientèles
- Plans cadastral, de situation et de travaux côté
- Attestation de propriété
- Devis ou estimation détaillée du coût des travaux par le maître d'œuvre
- Plan de financement
- Echancier prévisionnel de réalisation des travaux
- Budget de fonctionnement prévisionnel

LIEU DE DEPOT DU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE

Conseil Général de la Meuse
Mission d'Aide et d'Appui aux Collectivités
Place Pierre François Gossin
BP 514
55012 BAR LE DUC Cedex



MAISONS DE SANTE.

FINANCEMENT D.D.R.

I. Les principales sources de financement à votre disposition

Dans cette partie vous trouverez :

- un aperçu des différentes formes de financement mobilisables pour votre projet de maison médicale
- la procédure à suivre et des conseils pour déposer vos demandes de financement
- le cheminement que suivront vos dossiers

BIEN COMMENCER ...

Où vous documenter ?

Selon le type de financement et le profil de votre projet, différents organismes publics sont chargés de vous fournir toute l'information nécessaire pour démarrer. De nombreux renseignements sont également disponibles sur l'internet.

1. Visitez les sites suivants

Site Internet de la préfecture de la Meuse
Site Internet de la préfecture de région Lorraine
Site Internet du Conseil Régional de Lorraine
Site Internet du Conseil Général de la Meuse
DDASS ?; DRASS, URCAM/ARH ?

2. Prenez contact avec les organismes suivants : (préciser services concernés+coordonnées téléphoniques)

DDASS
Préfecture de la Meuse, DAERCL
URCAM/ARH
Ordre des Médecins
CRL
CG

Comment vous faire aider dans vos démarches ?

Lister les personnes ressources par services aux différentes étapes d'élaboration du projet : étude faisabilité, montage du plan de financement etc

Au préalable quelles questions devez-vous vous poser ?

- Mon projet est-il situé dans une zone déficitaire (cf carte du zonage en annexe) ou fragile ?
- Contribue t – il à maintenir ou améliorer l'offre de soins ?
- A – t – il un impact positif sur la permanence de soins ?

- Etes – vous un bénéficiaire potentiel des aides financières mobilisables ?
- Mon projet peut-il être mis en œuvre dans des délais rapprochés ?

1) Critères de recevabilité des projets

LOCALISATION ANCRAGE RURAL	OUI	NON	COMMENTAIRES
Quel est le territoire concerné par le projet ? (préciser nombre de communes et d'intercommunalités, nombres d'habitants, ville centre et sa population)			
Le territoire est-il du point de vue de l'accès aux soins : - en zone bénéficiaire ? - en zone fragile ? - Inclus en totalité en ZRR			
CONDUITE DU PROJET			
Consultation de l'ensemble des partenaires mentionnés notamment les professionnels de santé à toutes les phases d'élaboration du projet Mobilisation locale et implication des acteurs autour du projet : (réunions, débats, avis sollicités)			
APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE			
- Approche pluridisciplinaire et intégrée - Articulation avec les dispositifs de coordination des acteurs de santé déjà existants			

2) Grille d'évaluation des projets

- Cette grille a uniquement une valeur indicative. Elle constitue une aide à la décision qui permet de préciser des critères de sélection et leur pondération. Elle est indépendante de l'évaluation des projets effectués après leur mise en œuvre.

MAITRE D'OUVRAGE :

INTITULE DU PROJET :

COÛT TOTAL DU PROJET :

TOTAL DES AIDES PUBLIQUES SOLLICITEES :

NOTE TOTALE :

APPRECIATION GLOBALE :

RUBRIQUE	Note 0 à 5	Coefficient (à définir)	Note pondérée	Commentaires
QUALITE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL				
<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence, Actualité des données statistiques utilisées - Prise en compte d'éléments de prospective - Enjeux essentiels dégagés et priorités - Implication des acteurs 				
PERTINENCE ET COHERENCE DU PROJET				
<ul style="list-style-type: none"> - Pertinence du territoire par rapport aux enjeux - Objectifs locaux clairement exprimés et hiérarchisés - Adéquation entre diagnostic, objectifs, moyens et résultats attendus - Approche pluridisciplinaire et intégrée - Stratégie de coopération / Mutualisation - Convergence de la stratégie avec les objectifs de la maison de santé - Cohérence avec les dispositifs de lutte contre la désertification médicale 				
VALEUR AJOUTEE DU PROJET EN TERME DE PERMANENCE DE SOIN				

AMBITION DU PROJET				
<p>- Accueil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité (personnes à mobilité réduite, personnes âgées, enfants) ; - Création ou non de cabinets secondaires pour désenclaver certaines zones ; - Prévision des flux de patients : transports, parking, accueil, attente, consultation, sortie. <p>- Composition et qualité de l'offre de soin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Collaborations interprofessionnelles ; - Mise en place éventuelle de délégation et de transfert de tâches - Précisions des compétences particulières éventuelles (diabétologie, petite chirurgie, gynécologie ...) ; - Conduite à tenir aux soins non programmés ; - Conduite à tenir face aux situations d'urgence ; - Organisation de la permanence des soins ; - Organisation de la continuité des soins ; - Pédiatrie et gériatrie. <p>- Santé publique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention : vaccination, nutrition, sevrage tabagique ... - Education à la santé : au sein des écoles, avec les parents au sein des crèches ... - Dépistage : cancer du sein, du 				

<p>col de l'utérus, du colon, mélanome, état dentaire des personnes âgées</p> <p>- Formation et recherche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accueil de stagiaires ; - Participation à la formation médicale initiale ; - Projet de formation médicale et paramédicale continue ; - Evaluation des pratiques professionnelles ; - Projet de recherche ; - Modalités de mise en commun éventuelle d'abonnement à des revues professionnelles ; - Création et fonctionnement d'une bibliothèque. <p>- Coopération, mutualisation, mise en réseau</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dossier du patient partagé : Réseau informatique, extension du réseau dans la salle de réunion - Postes informatiques et périphériques adaptés (scanner) - Logiciel médical - Formation des professionnels concernés à ce logiciel - Désignation d'un référent informatique pour gérer les problèmes - Contrat de maintenance - Plan d'amortissement - Anticiper les évolutions en matière de communication : - Télé-médecine et visio conférence. <p>- Innovation</p> <ul style="list-style-type: none"> Innovation dans les partenariats Innovation organisationnelle Innovation technologique 				
--	--	--	--	--

MONTAGE DU PROJET				
<ul style="list-style-type: none"> - Faisabilité et capacité opérationnelle - Mutualisation - Fiabilité du plan de financement - Effet levier des subventions sollicitées - Fiabilité de l'échéance de réalisation - Actions prévues en termes de suivi / Evaluation 				
TOTAL DES CRITERES				

INTITULE DE L' AIDE :**DOTATION DE DEVELOPPEMENT RURAL****OBJECTIFS GENERAUX :**

- Réalisation d'un projet de développement économique et social et d'actions en faveur des espaces naturels
- Réalisation de projets destinés à maintenir et développer les services publics en milieu rural.

BENEFICIAIRES POTENTIELS :

- Communautés de communes
- Les communes éligibles à la seconde fraction de la dotation de solidarité rural (DSR).

LIEU DE DEPOT DES DOSSIERS DE DEMANDES

Préfecture de la Meuse : Guichet unique

Contacts :

Direction des Actions de l'Etat et des Collectivités Locales,
- Bureau de l'aménagement du Territoire et des finances de l'état.

M. BOVET : 03.29.77.56.80

Mme KOWALIK : 03.29.77.56.83

CRITERES DE SELECTION DES PROJETS :

cf. annexe 1 : Grille d'évaluation

TAUX DE SUBVENTION :

Taux Maximal : 50 %

Taux Minimal : 25 %

Taux minimum d'autofinancement exigible : 20 %

PROCEDURE :

- Dépôt et instruction des dossiers

La DDR est mise en œuvre sur la base d'un appel à projets annuel.
Les dossiers, déposés en 6 exemplaires, sont instruits en préfecture

- Examen des dossiers

Après instruction, les dossiers sont présentés à une commission des élus qui rend un avis consultatif sur leur éligibilité.

- Sélection

L'ensemble des projets est ensuite soumis pour décision au Préfet de la Meuse.

- Calendrier

Février	Mi-avril	Mi-juin	30 juin
↓	↓	↓	↓
Diffusion appel à projets	Date limite de réception des dossiers	Examen en commission d'élus Avis consultatif sur l'éligibilité des projets	Décision du Préfet arrêtés attributifs

COMPOSITION DU DOSSIER DE DEMANDE :

- Dossier type figurant dans l'appel à projets

- Récapitulatif des pièces à joindre

- . délibération du conseil communautaire adoptant le projet d'investissement et approuvant le plan de financement prévisionnel dans lequel la DDR est sollicitée,
- . note explicative,
- . échéancier prévisionnel de réalisation de l'opération (durée, calendrier) avec ventilation des dépenses par année,
- . plan de situation et cadastral, plan de masse pour les travaux,
- . état d'avancement des procédures réglementaires (le cas échéant),
- . devis détaillé de l'opération par postes de dépenses,

- . plan de financement,
- . attestation de propriété ou convention de mise à disposition du bien établie conformément aux dispositions de l'article L 1321 et suivant du code général des collectivités territoriales.

Pour les acquisitions :

- . promesse de vente au profit de la collectivité,
- . estimation des domaines,

Pour les locations ventes ou locations simples :

- . projet de bail de location - avec estimation du montant des loyers et de la valeur de rachat, en cas de location vente, par le service des Domaines.

Pour les opérations fractionnées :

- . attestation de fonctionnalité des tranches

REFERENCES :

Article L 2334-40 du code général des collectivités territoriales

MAISONS DE SANTE.

FICHE TECHNIQUE SERVICES FISCAUX.

FICHE TECHNIQUE

MEDECINS et PROFESSIONS PARAMEDICALES

Dispositions applicables à la date du 13 juin 2007

Généralités :

- Les bénéfices réalisés par les professions libérales sont imposés à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux.
- Les professions libérales sont celles où l'activité intellectuelle joue un rôle principal et qui consistent en la pratique personnelle d'une science ou d'un art que l'intéressé exerce en toute indépendance.
- Les membres des professions libérales peuvent exercer leur activité à titre individuel, dans le cadre d'une société de personnes ou d'une société à exercice libéral.
- Le bénéfice non commercial imposable est celui réalisé au cours de l'année civile. Il est déterminé par différence entre les recettes encaissées et les dépenses professionnelles payées au cours de l'année, sauf en cas d'option pour la prise en compte des créances acquises et des dépenses engagées.

Obligations comptables :

Tenue d'une comptabilité de trésorerie :

- un livre journal présentant le détail des recettes et des dépenses ainsi que l'identité du client, le montant, la date et la forme du versement des honoraires ;
- un registre des immobilisations et amortissements.

Les médecins conventionnés sont dispensés d'inscrire sur le livre journal les honoraires conventionnels mais cette tolérance ne concerne pas les médecins adhérents d'une association agréée.

Frais déductibles fiscalement :

Déductions spécifiques pour les médecins conventionnés du secteur 1 :

- ces derniers peuvent opter pour une déduction forfaitaire de 2% qui couvrent les frais de représentation, prospection, réception, blanchissage, cadeaux professionnels, petits déplacements et travaux de recherche (*les frais de congrès ne sont pas inclus dans la déduction forfaitaire*)

Cas des médecins conventionnés du secteur 1 non adhérents d'une association agréée :

- prise en compte des sujétions particulières des médecins du secteur 1
- abattement de 3% sur le montant des honoraires conventionnels

Exonération des bénéfices :

Article 44 sexies du Code Général des Impôts (CGI)

Pour les créations ou premières installations dans une Zone de Revitalisation Rurale (ZRR), le montant de l'exonération est déterminé comme suit :

- 100% les 60 premiers mois ;
- Abattement de 60% les 60 mois suivants ;
- Abattement de 40% durant 24 mois ;
- Abattement de 20% également 24 mois.

Zones de revitalisation rurale en Meuse :

Toutes les communes de l'arrondissement de VERDUN, l'arrondissement de COMMERCY, les cantons de VAUBECOURT, SEUIL D'ARGONNE, MONTIERS SUR SAULX et VAVINCOURT (*sauf la commune de GERY*)

Exonération de Taxe professionnelle

Article 1465 A du CGI

- Exonération de droit pendant 5 ans pour les créations dans les ZRR ;
- Exonération de droit pendant 5 ans pour les reprises dans les communes de moins de 2000 habitants situées en ZRR (*condition : moins de cinq salariés*).

Article 1464 D du CGI (exonération réservée aux médecins et auxiliaires médicaux)

Exonération de 2 à 5 ans selon les délibérations des collectivités locales :

- Pour les installations ou regroupement dans les ZRR ;
- Pour les créations d'établissements secondaires dans les ZRR ;
- Pour les créations dans les communes de moins de 2000 habitants.

Bases retenues pour l'établissement de la taxe professionnelle

(*titulaires de bénéfices non commerciaux employant moins de cinq salariés*) :

- Valeur locative des locaux
- 6% des recettes

Pour toute information complémentaire, vous pouvez vous adresser à la
Direction des Services Fiscaux de la MEUSE

Votre correspondant : Danielle TEUMER / Tel : 03 29 76 83 79 /
danielle.teumer@dgi.finances.gouv.fr

Vous pouvez également vous procurer auprès de la Direction Générale des
Impôts le Livret fiscal du créateur d'entreprise « BNC »

MAISONS DE SANTE.

FINANCEMENT URCAM.

LES AIDES AU MAINTIEN OU A L'INSTALLATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

Avertissement : Ce tableau ne comporte que le récapitulatif des **dispositifs en vigueur pour les médecins libéraux au 25 mai 2007**.

D'autres dispositifs sont prévus par divers textes mais leurs modalités d'application ne sont pas encore connues soit parce qu'ils n'ont pas encore leur décret d'application, soit qu'ils sont soumis à la conclusion d'un accord conventionnel. Ces dispositifs seront intégrés à ce tableau au fil de leur entrée en vigueur.

Services et outils	Aides aux étudiants	Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé	Aides au remplacement	Modes d'exercice particuliers	Exonérations fiscales	Exonérations de charges sociales	Cumul emploi/retraite
--------------------	---------------------	---	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation / Contact	Texte de référence
Services et outils	CartoS@nté	Sur tout le territoire	Pas une aide financière Outil qui fournit des données socio-économiques et de consommation médicale à l'échelle d'un canton ou d'une commune	En ligne sur le site internet des URCAM	
	CartoS@nté Pro	Sur tout le territoire	Pas une aide financière Outil qui fournit des données socio-économiques et de consommation médicale à l'échelle d'une zone d'achalandage	Services des Relations avec les professionnels de santé des CPAM	
	LégiS@nté	Sur tout le territoire	Pas une aide financière Service de veille juridique	En ligne sur le site internet des URCAM	
	RechercheSanté	Sur tout le territoire	Pas une aide financière Moteur de recherche documentaire dédié aux acteurs de santé	En ligne sur le site internet des URCAM	
	inst@LSanté	Sur tout le territoire	Pas une aide financière Service en ligne d'information et d'aide à l'installation ou au maintien des professionnels de santé	En ligne sur le site internet des URCAM	

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
<p>Aides aux étudiants</p>	<p>Indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale en stage dans les zones déficitaires</p>	<p>Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS</p>	<p>Déplacements et trajets résidence/stage : base kilométrique fixée par la collectivité locale Pour le logement : montant mensuel plafonné à 20% des émoluments forfaitaires de 3^e année d'internat</p> <p>Installation pour au moins 5 ans dans la zone déficitaire concernée</p>	<p>Collectivités locales ou leur regroupement</p> <p>Signature d'un contrat entre la collectivité locale et l'étudiant</p> <p>Information de la MRS</p>	<p>Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Décret 2005-1728 du 30/12/2005</p> <p>Art. L 1511-8 du Code des collectivités territoriales</p>
	<p>Indemnités d'étude et de projet professionnel pour les titulaires du concours de médecine, inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire</p>	<p>Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS</p>	<p>Montant annuel plafonné à celui des émoluments annuels de 3^e année</p> <p>Engagement d'exercer au moins 5 années dans la zone déficitaire concernée en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste</p>	<p>Collectivités locales ou leur regroupement</p> <p>Signature d'un contrat entre la collectivité locale et l'étudiant</p> <p>Information de la MRS</p>	<p>Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Décret 2005-1728 du 30/12/2005</p> <p>Art. 80 Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2007</p> <p>Art. L 1511-8 du Code des collectivités territoriales</p>

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation / Contact	Texte de référence
<p align="center">Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé</p> <p align="center">(1/2)</p>	<p align="center">Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé et des centres de santé</p>	<p align="center">Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS</p>	<p>Peut prendre forme de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prime d'exercice forfaitaire, - prime à l'installation, - mise à disposition d'un logement - prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins 	<p align="center">Signature d'une convention tripartite entre la collectivité ou le groupement qui attribue l'aide, l'assurance maladie et le(s) professionnel(s) de santé</p> <p align="center">Soumise à l'avis de la MRS</p>	<p align="center">Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005)</p> <p align="center">Décret 2005-1724 du 30/12/2005</p>
	<p align="center">Aides à l'installation ou au maintien des médecins généralistes</p>	<p align="center">Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement individualisé et offre de service pour analyses - Aide forfaitaire annuelle représentant 20 % de l'activité (C+V) du médecin dans la zone <p align="center">Aide soumise à conditions dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'exercice en groupe - l'exercice pendant 3 ans dans la zone 	<p align="center">Adhésion à l'option conventionnelle auprès de la CPAM</p> <p align="center">Adhésion et versement de l'aide soumises au respect de conditions vérifiées par la CPAM</p>	<p align="center">Arrêté du 23 mars 2007 approuvant l'Avenant 20 à la Convention nationale avec les médecins</p>

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation / Contact	Texte de référence
<p>Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé</p> <p>(2/2)</p>	<p>Dérogation au parcours de soins</p>	<p>Première installation en exercice libéral : sur tout le territoire</p> <p>Installation ou exercice dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone déficitaire en offre de soins définies par la MRS</p>	<p>Pendant 5 ans, les consultations réalisées par un médecin généraliste dans l'une des 2 situations ci-contre sont exonérées des pénalités financières qui s'appliquent au patient hors parcours de soins.</p>	<p>CPAM</p>	<p>Art. L 162-5-4 du Code Sécurité Sociale Décret du 2 janv. 2006 Article D 162-1-8 du Code Sécurité Sociale</p> <p>Art. 72 LFSS pour 2007</p>
	<p>Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice du médecin généraliste dans les stations de sports d'hiver (CBP)</p>	<p>Cabinet situé dans une station de sports d'hiver située dans les départements :</p> <p>04 ;05 ;06 ;09 ;12 ;15 ;31 ;34 ;38 ;39 ;43 ;64 ;65 ;66 ;73 ;74 ;63 ;88</p>	<p>2 000 € / an sous réserve d'avoir respecté les conditions du contrat</p> <p>Engagement pour 3 ans</p>	<p>Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM</p>	<p>Annexe à la Convention nationale de janv. 2005</p>

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation / Contact	Texte de référence
<p>Aides au remplacement</p>	<p>Contrat de bonnes pratiques relatif aux spécificités de l'exercice de la médecine générale en milieu rural</p>	<p>Cabinet éloigné de + 20 minutes d'un service urgence <u>et</u> exercice dans un canton dont la densité de généralistes par habitant est inférieure à 3 pour 5000 (*)</p>	<p>300€/ jour de remplacement dans la limite de 10 jours maximum/an Engagement pour 3 ans</p>	<p>Instruction de la demande et contrôle du respect des critères par URCAM Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM</p>	<p>Annexe à la Convention nationale de janv. 2005</p>
	<p>Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice du médecin généraliste en zones franches urbaines</p>	<p>Zones franches urbaines (ZFU) Liste fixée par la Loi</p>	<p>300€/ jour de remplacement dans la limite de 18 jours maximum/an + 240€ /vacation d'une demi-journée de prévention et éducation à la santé et/ou de coordination médico-sociale dans la limite de 12 par an</p>	<p>Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM</p>	<p>Annexe à la Convention nationale de janv. 2005</p>

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
<p>Modes d'exercice particuliers</p>	<p>Exercice sur lieux multiples</p>	<p>Sur tout le territoire où l'intérêt de la population le nécessite et notamment lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins</p>	<p>Mesure non financière Possibilité d'exercer son activité sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle</p>	<p>Autorisation délivrée par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins</p>	<p>Art. 85 du Code de Déontologie</p>
	<p>Contrat de collaboration libérale</p>	<p>Sur tout le territoire</p>	<p>Mesure non financière Possibilité de conclure un contrat de collaboration libérale entre praticiens de même discipline</p>	<p>Conseil départemental de l'Ordre des Médecins (un contrat type peut être fourni)</p>	<p>Art. 18 de la Loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises</p>

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Exonérations fiscales	Exonération de l'impôt sur le revenu pour la rémunération au titre de la permanence des soins	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	Exonération fiscale qui concerne les médecins ou leur remplaçant Dans la limite de 60 jours par an	Administration fiscale	Art. 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Instruction fiscale 5G-2-07
	Exonération de l'impôt sur le revenu pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale	Création d'un cabinet en zone de revitalisation rurale (ZRR) Liste fixée par Arrêté 13 596 communes au 30/12/05 Révision annuelle	Exonération totale de l'impôt sur les revenus pendant 5 ans puis dégressivité durant 9 ans (installation > 01/01/04)	Administration fiscale Vérifier si les conditions sont remplies auprès du correspondant «entreprises nouvelles»	Art. 7 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Circulaire DIACT du 02/05/06
	Exonération de la taxe professionnelle pour les professions libérales soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux	Création d'un cabinet dans une commune de moins de 2000 habitants ou en zone de revitalisation rurale (ZRR)	Exonération de la taxe professionnelle à compter de l'année qui suit l'installation accordée pour 2 à 5 ans	Délibération de la Collectivité territoriale Demande auprès de l'Administration fiscale Vérifier si les conditions sont remplies auprès du correspondant «entreprises nouvelles»	Art. 114 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi 05-157 du 23/02/2005) Articles 1464D et 1465A du code général des impôts Instruction fiscale 6E-10-05

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Exonérations de charges sociales	Exonération des cotisations patronales	Embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale Liste fixée par Arrêté 13 596 communes au 30/12/05 Révision annuelle	Sous conditions : Exonération d'une partie des cotisations patronales de Sécurité Sociale Durée 12 mois	Vérifier que les conditions sont remplies auprès de l' URSSAF du département Demande sur imprimé spécifique auprès de la DDTEFP (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi)	
	Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise (ACCRE)	Sur tout le territoire	Sous conditions : Exonération d'une partie des cotisations sociales personnelles Accompagnement administratif sous la forme de chèques-conseils	Vérifier que les conditions sont remplies auprès de la DDTEFP (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi) Demande sur imprimé spécifique Cerfa n° 12254*02	Art. L351-24, R 351-41 et suivants du code du travail. Art. L161-1, L161-1-1, L161-24 et D.161-1, D.161-1-1, D.161-1-1-1 du code de la sécurité sociale.

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Cumul emploi/retraite	Permettre aux médecins libéraux de prolonger leur activité en cumulant retraite et activité	Sur tout le territoire	Revenus annuels < à 130 % du plafond SS (plafond SS annuel = 32 184 euros du 01/01 au 31/12/07)	Informar la Caisse autonome de retraite des médecins de France, CARMF , et la CPAM	D 2007-581 du 19/04/07 Art. L 643-6 et D 643-10 du code de la sécurité sociale

DEPARTEMENT DE LA MEUSE.

MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE BOURSES D'ETUDES

EN FAVEUR DES ETUDIANTS EN MEDECINE.

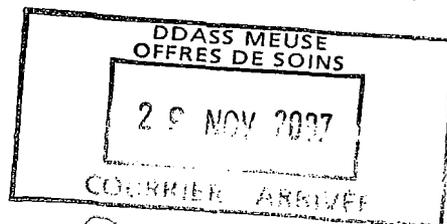
DEPARTEMENT DE LA MEUSE
COMMISSION PERMANENTE
du jeudi 25 octobre 2007

EXTRAIT DES DELIBERATIONS

NATURE DE L'AFFAIRE

MISE EN OEUVRE DU DISPOSITIF DE BOURSES D'ETUDES EN FAVEUR DES
ETUDIANTS EN MEDECINE

AIDE & APPUI AUX COLLECTIVITES



DELIBERATION DEFINITIVE :

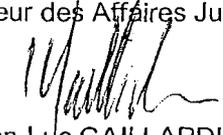
La Commission Permanente,

Vu le rapport soumis à son examen et tendant à la mise en œuvre du dispositif de bourses d'études en faveur des étudiants en médecine.

Après en avoir délibéré,

Emet un avis favorable aux propositions contenues dans le rapport et autorise M. le Président du Conseil Général à signer tout document relatif à l'application de ce dispositif.

Pour extrait conforme
Le Directeur des Affaires Juridiques


Jean-Luc GAILLARDIN

REÇU LE

29 OCT. 2007

PREFECTURE DE LA MEUSE

RAPPORT A LA COMMISSION PERMANENTE

Aide & Appui aux collectivités

Aménagement et Environnement
Bourse

NATURE DE L'AFFAIRE

MISE EN OEUVRE DU DISPOSITIF DE BOURSES D'ETUDES EN FAVEUR
DES ETUDIANTS EN MEDECINE

L'Assemblée Départementale a adopté, lors de sa réunion du 10 mai dernier, un dispositif en faveur de l'accueil de professionnels de santé en milieu rural et a délégué sa mise en place à notre Commission Permanente.

Il vous est rappelé que ce dispositif comprend la création de maisons de santé pluridisciplinaires, la création ou la rénovation de cabinets médicaux privés et l'institution d'une bourse ou indemnité d'étude et de projet professionnel pour les étudiants en médecine.

Nous sommes saisis aujourd'hui de propositions tendant à préciser nos modalités d'attributions de bourses d'études.

Il est précisé que celles-ci sont accordées aux étudiants de 2^{ème} cycle de médecine, durant leur externat soit de la 4^{ème} à la 6^{ème} année, dès lors qu'ils souhaitent venir s'installer dans notre département en zone déficitaire, à l'issue de leurs études. Le montant mensuel fixé est de 500 € en 4^{ème} année, 700 € en 5^{ème} année et 1 000 € en 6^{ème} année.

Ce dispositif est mis en place pour une période de 5 ans, avec un objectif de signature de 5 contrats maximum par an.

En contrepartie de l'octroi de ces bourses, les bénéficiaires s'engageront par convention à s'installer à l'issue de leur formation dans une des zones déficitaires et à exercer pendant une durée minimum de 5 ans. Ils devront en outre effectuer leur stage obligatoire de 3^{ème} cycle dans un cabinet médical en Meuse.

Dans ce cadre, il vous est proposé de :

- mettre en place, sous l'autorité des deux vice-présidents du Conseil Général ayant en charge le développement et l'aménagement du territoire et la solidarité, une commission paritaire, chargée du suivi du dispositif et notamment de l'examen des candidatures. Celle-ci pourrait en sus être constituée du Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy (ou son représentant) ainsi que du Président de l'Ordre Départemental des Médecins de la Meuse (ou son représentant),
- vous prononcer sur les critères de sélection des candidats suivants :
 - 1^{er} critère : niveau le plus élevé dans le cursus des études médicales
 - 2^{ème} critère : attache et/ou intérêt pour le Département de la Meuse
 - 3^{ème} critère : prise en compte des résultats au cours de la scolarité, étant précisé que les redoublements successifs sont éliminatoires
- vous prononcer sur le projet de contrat d'indemnité d'étude et de projet professionnel ci-joint.

En tout état de cause, le remboursement de l'aide sera sollicité en totalité, en cas d'arrêt des études ou de non-installation et au prorata des années restant à courir, en cas de départ anticipé.

Je vous demanderais de bien vouloir vous prononcer sur ces propositions, et de m'autoriser à signer tous documents nécessaires à l'application de ce dispositif.

Pour le Président du Conseil Général
et par délégation

Denis GORDONNIER
Vice-Président du Conseil Général

CONTRAT D'INDEMNITE D'ETUDE ET DE PROJET PROFESSIONNEL

Entre

Le Département de la Meuse, représenté par son Président, Monsieur Christian NAMY, agissant en vertu de la délibération de la Commission Permanente du 25 Octobre 2007

Et

Madame, Mademoiselle, Monsieur étudiant en.....année de 2^{ème} cycle de médecine à la faculté de médecine de l'université de

Il est convenu ce qui suit, à savoir :

Article 1 : Engagement du bénéficiaire

M certifie qu'il est inscrit en faculté de à au titre du diplôme pour l'année universitaire.....

Il s'engage à suivre les enseignements dispensés par la Faculté ou l'institut de rattachement et à se présenter à toutes les épreuves organisées dans le cadre de cette formation, que ce soit au titre du contrôle continu ou de l'examen terminal.

Il s'engage aussi à effectuer son stage obligatoire de 3^{ème} cycle dans un cabinet médical en Meuse.

M.....s'engage une fois ses études terminées avec succès et dans l'année qui suit l'obtention de son diplôme à exercer son activité professionnelle dans le département de la Meuse, sur le territoire d'une commune située en zone déficitaire validée au cours de la deuxième année de 3^{ème} cycle par le Conseil Général de la Meuse avec l'aide technique de l'Ordre Départemental des Médecins de la Meuse, pour une durée qui ne saurait être inférieure à 5 ans. Cette précision de lieu d'implantation fera l'objet d'un avenant au présent contrat.

Article 2 : Montant de la bourse et versement

Le Département de la Meuse s'engage à verser à M , durant la période de son externat, contre l'engagement pris à l'article 1, une bourse d'étude et de projet professionnel ainsi décidée :

- 4^{ème} année d'études, soit 1^{ère} année d'externat (une seule fois) : 500 euros par mois, soit pour l'année universitaire 6 000 euros,
- 5^{ème} année d'études, soit 2^{ème} année d'externat (une seule fois) : 700 euros par mois, soit pour l'année universitaire 8 400 euros,
- 6^{ème} année d'études, soit 3^{ème} année d'externat (une seule fois) : 1 000 euros par mois, soit pour l'année universitaire 12 000 euros.

Il est possible à tout étudiant d'intégrer le dispositif, après accord du Conseil Général, et ce quel que soit son niveau d'études dans le 2^{ème} cycle, à partir de la 4^{ème} année. Un calcul de la bourse sera effectué à partir de la date d'entrée dans le dispositif, et ce, uniquement pour les mois d'études restant à courir jusqu'à l'obtention du diplôme.

L'étudiant devra, préalablement au versement de la bourse de l'année suivante, produire un certificat d'assiduité à la fin de chaque année universitaire. De plus avant chaque rentrée universitaire, il devra produire un document signé des autorités universitaires attestant son passage dans l'année supérieure. La production de ce document conditionnera le maintien de la bourse et les versements mensuels ultérieurs.

Article 3 : Durée du contrat

Le présent contrat prend effet à la date de signature, s'il est souscrit en cours d'année universitaire ou bien, s'il est souscrit avant l'entrée en externat, à la date du 1^{er} octobre suivant.

Il se termine au bout des 5 ans de pratique de la médecine générale sur le secteur qualifié de déficitaire en matière d'offre de soins à l'origine de l'obtention de la bourse.

Article 4 : Conditions particulières et résiliation

L'étudiant amené à redoubler une année verra l'aide du Département suspendue jusqu'à son passage dans l'année supérieure.

Si l'étudiant abandonne sa formation ou décide d'acquérir une spécialisation autre que celle de médecine générale, rendant ainsi inapplicable le contrat conclu, ou s'il décide de ne pas procéder à son installation comme convenu, il se verra contraint de rembourser les aides reçues dans un délai de trois mois, l'objectif du contrat ne pouvant être atteint, à savoir la satisfaction en matière de facilité d'accès aux soins pour la population de la zone déficitaire concernée.

Si le contractant décide d'abréger la durée de son exercice sur le périmètre défini, sans accord préalable du Département, il se verra contraint de rembourser les aides reçues au prorata des années de pratique non effectuées, l'objectif du contrat ne pouvant être atteint. Il disposera alors d'un délai d'un mois après son départ pour s'acquitter de ce remboursement.

Le Département pourra résilier le présent contrat par lettre recommandée avec effet à réception si les autorités universitaires lui ont signifié un défaut injustifié d'assiduité de l'étudiant. Le remboursement des aides versées prévu au deuxième alinéa du présent article s'impose alors au contractant.

Article 5 : Litige

Les parties s'engagent à résoudre à l'amiable tout litige qui pourrait porter sur l'interprétation ou les conditions d'exécution de ce contrat.

En tout état de cause, le Tribunal Administratif de Nancy sera seul compétent pour régler tout désaccord persistant.

Fait en deux exemplaires
à Bar le Duc, le

L'étudiant,

Le Président du Conseil Général
de la Meuse,

M.

M.....

VU

NANCY, le 27 septembre 2008

Le Président de Thèse

Professeur J.D. de KORWIN

NANCY, le 29 septembre 2008

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 2 octobre 2008

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE :

A l'heure actuelle le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France, mais la répartition est inégale sur le territoire .Il en résulte le développement de zones défavorisées où l'accès aux soins est difficile .La Lorraine est touchée par ce problème et notamment le département de la Meuse.

L'objectif de l'enquête était de connaître les aspirations des futurs médecins généralistes (internes de médecine générale de la Faculté de Nancy et remplaçants du département de la Meuse) sur leur futur exercice professionnel en particulier leur installation en milieu rural et dans les zones défavorisées.

Les principaux enseignements de l'enquête auprès des internes sont : la féminisation, la volonté d'exercer leur profession à proximité de leur lieu de vie en préservant l'épanouissement personnel et la qualité de vie familiale, les aides incitatives à l'installation sont un facteur favorisant pour certains, mais dans le cadre d'une maison pluridisciplinaire de santé.

TITRE EN ANGLAIS

Work expectations of future general practitioners. Inquiry conducted with housemen from the Lorraine region medical school and replacement doctors from the Meuse region.

THESE : MEDECINE GENERALE - 2008

MOTS- CLEFS

- Aspirations professionnelles.
- Internes de médecine générale.
- Zones défavorisées.
- Féminisation.
- Epanouissement, qualité de vie.
- Maison de santé.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy

9 avenue de la forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex