

# SYNTHESE des TRAVAUX de RECHERCHE sur les déterminants et les freins à l'installation sur PMA

**Auteurs : Dr BEURET Marcel, Dr GUILLAUME-SAGE Mathilde, Dr PERCHER Thibaut.**

Les déterminants à l'installation des médecins généralistes récemment installés dans le Pays de Montbéliard, étude qualitative : Dr Thibaud Percher

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04123484/document>

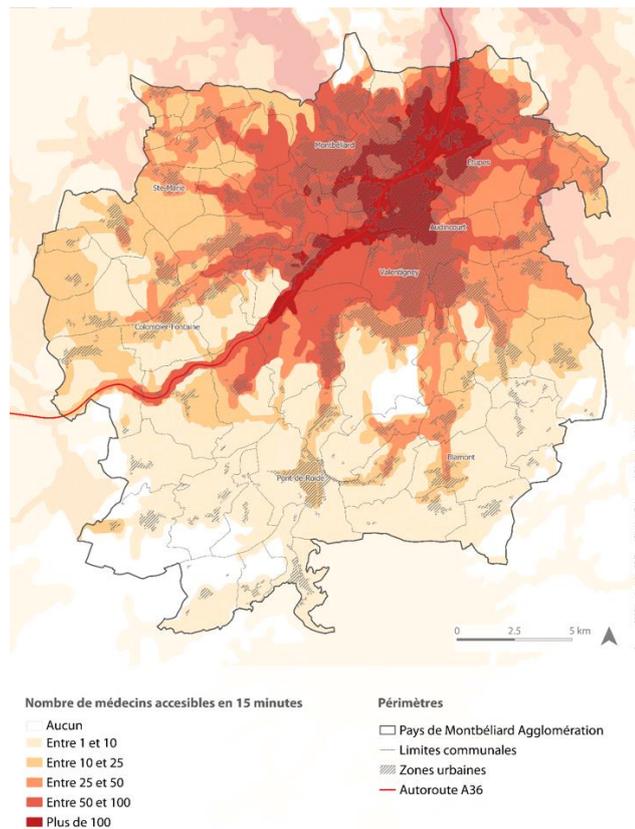
Freins à l'installation sur le Pays de Montbéliard Agglomération : une étude qualitative auprès de médecins généralistes récemment installés en dehors de ce territoire : Dr Mathilde Guillaume Sage.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04116215/document>

## Quelques statistiques démographiques en illustration contextuelles :

- De **157 médecins généralistes (MG)** installés dans le Pays de Montbéliard (PMA) en **2005**, il en reste **97 aujourd'hui**. Sur les cinq dernières années, PMA a perdu **24 MG libéraux**.
- La densité médicale est en décroissance dans tout l'hexagone et le restera jusqu'en 2025 d'après les estimations les plus optimistes. La décroissance est plus rapide sur le territoire de PMA. Elle est passée de **101 MG pour 100 000 habitants en 2009 à 69 MG pour 100 000 habitants en 2022**. (Moyenne nationale : 84 MG pour 100 000 habitants. Grand Besançon. 126 MG pour 100 000 habitants.)
- Conséquemment, l'activité des médecins installés s'avère déjà importante, avec un nombre moyen d'actes par praticien de **5970 actes** pour l'année 2021, pour une moyenne nationale d'un peu moins de 5000 actes par an. Ceci laisse peu d'opportunité de transfert de l'activité des futurs départs sur l'effectif restant en l'absence de recrutement comme l'atteste déjà le fort taux de patients sans médecin traitant sur le territoire (**14% des patient en ALD sans médecins traitants**).
- Les données démographiques attestent que seulement **25 % des médecins généralistes en activité sur PMA ont moins de 50 ans** contre 46,5% sur l'ensemble de la France. Selon les données récentes du CNOM **46% des médecins de PMA ont plus de 60 ans**.

- Des disparités territoriales existent sur PMA



Carte 3 : accessibilité des médecins dans le PMA en moins de 15mn

Le **Sud territoire** semble particulièrement affecté. On remarque l'importance de l'axe autoroutier dans la distribution de l'offre de soins et la facilitation d'accès à cette même offre.

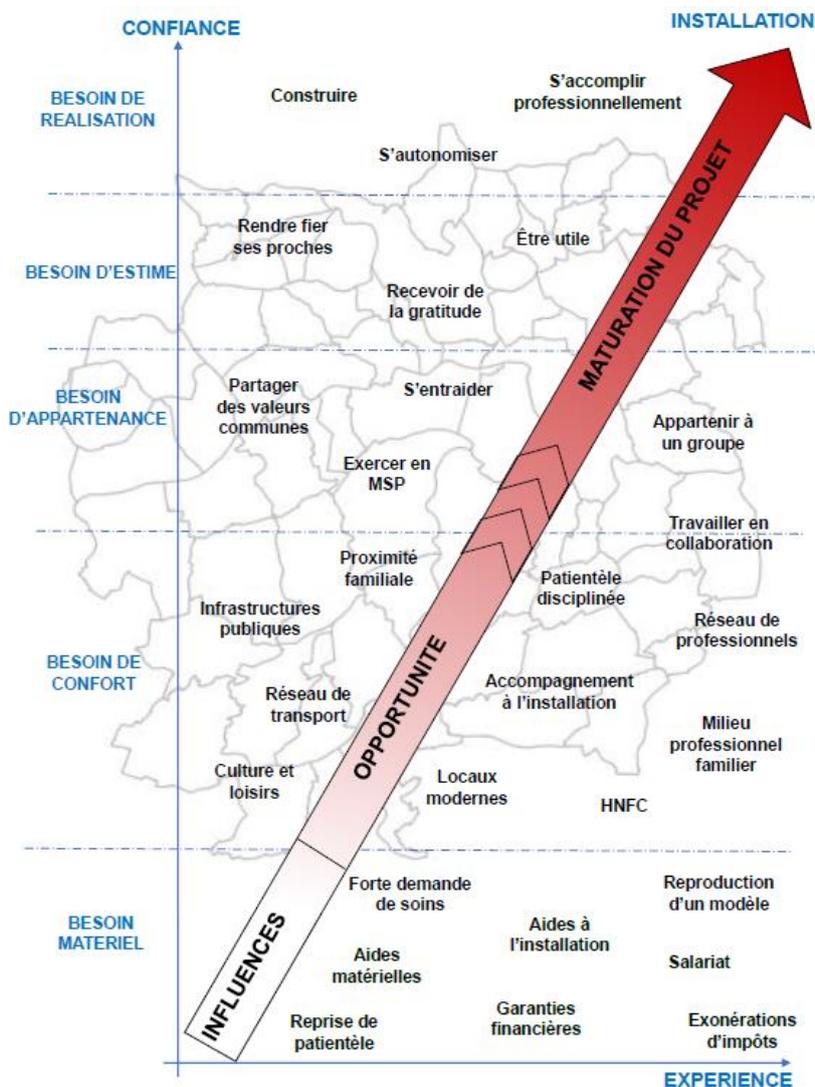
- Selon l'atlas démographique du CNOM **l'âge moyen d'installation est de 37 ans** pour les médecins généralistes. Il existe une croissance continue du nombre de médecins remplaçants. Sur les neuf dernières années, les effectifs ont augmenté de 17,1%. Parallèlement depuis 2010, on constate que les médecins généralistes ont tendance à défavoriser l'exercice libéral (- 3.5 points) au profit de l'exercice salarial (+ 4 points).
- Si la balance reste négative : **16 médecins généralistes se sont installés sur PMA en 5 ans** marquant d'une rupture par rapport aux années précédentes.

Ce que l'on retient de ces chiffres :

- L'absence de superposition avec les données nationales (la crise de la démographie médicale est plus marquée sur PMA que sur d'autres territoires, la pyramide des âges ne permet pas d'espérer la même évolution positive dans les mêmes délais) → **une mobilisation et une réponse locale est absolument nécessaire**. (Les politiques nationales tiennent peu compte des spécificités territoriales).

- Plus d'espoir dans **les politiques d'innovation frugale** (comme disait Coluche : « écrivez-nous ce dont vous avez besoin, nous vous répondrons comment vous en passez): faire plus et mieux avec moins de ressources. L'innovation technique et organisationnelle produit en général un gain qualitatif mais a peu d'impact quantitatif à court terme (délai de mise en place, appropriation, nouveaux problèmes...). Il ne faut pas s'en détourner pour autant (e-santé, organisation regroupé, dispositif CNP ou SAS, assistant médicaux, action de santé publique ...) car elle joue un rôle décisif dans l'attractivité. L'urgence (comme en témoigne la saturation du système : nombre de patients sans MT, activité par praticiens supérieure à 20% de la moyenne de la France, déplacement des usagers), pour PMA c'est d'abord le recrutement.
- **Pas de fatalisme.** (Âge moyen d'installation national 37ans, sur PMA 31,5 ans ; 15 nouvelles installations malgré des perspectives peu rassurantes) L'analyse appropriée permet de dégager des pistes efficaces d'action. C'est un des objectifs de ces 2 thèses que nous proposerons en synthèse dans ce document. Néanmoins, pas d'optimisme démesuré : la résistance au changement, le rejet des responsabilités, la lenteur de réaction, l'efficacité du ciblage des moyens, les querelles de clochers seront les pires obstacles au succès d'une politique d'attractivité auprès des professionnels de santé.

# Comprendre les mécanismes de la décision d'installation des jeunes MG sur le PMA



Dans cette étude nous avons montré que les jeunes MG de PMA suivent un **processus de maturation** qui les conduit à **la décision d'installation**.

Nous avons exploré ce processus à travers **la Pyramide de Maslow**. Le projet d'installation se construit à travers les réponses envisagées à différents besoins hiérarchisés dans un processus où chaque étape n'est accessible que par une réponse satisfaisante au besoin précédent.

L'expérience, l'expérimentation (comme les stages 2<sup>ème</sup> -3<sup>ème</sup> cycle d'études médicales - mais surtout es remplacements) consolident le projet d'installation et facilite l'accès aux opportunités :

- La **qualité des stages et des remplacements**, les **relations nouées dans ces expériences avec des médecins séniors** (maîtres de stage universitaires (MSU), médecins remplacés et leurs associés influencent à la fois positivement mais parfois négativement la décision d'installation et détermine la zone d'installation).

- **Le remplacement est une étape incontournable.**

Les jeunes professionnels peinent à se projeter et à anticiper leurs besoins futurs.

Le remplacement crée un terrain de découverte et d'expérimentation.

Tous les interrogés de l'étude ont effectué une période de remplacement sur le territoire de PMA. Une expérience qu'ils considèrent incontournable avant de s'installer, leur permettant de gagner en confiance dans leurs choix.

L'expérience offre la possibilité de conception d'un projet par le positif et le négatif : connaître ce que l'on veut comme ce que l'on ne veut pas. L'expérience sur le territoire permet de consolider ou parfois de révéler certains déterminants.

D'étape en étape le projet se précise et se concrétise.

Notre étude met en évidence le **rôle décisif de l'opportunité** dans le processus d'installation.

L'opportunité joue le rôle d'un accélérateur de décision. Quand elle répond suffisamment aux besoins, on prend alors la décision de s'installer. L'ensemble des participants de l'étude a répondu à une opportunité offerte. Ils n'ont pas cherché à la provoquer ni à créer un projet. Ils restent passifs

La cause de cette passivité interroge, d'autant que paradoxalement la prise de décision semble rapide.

Dans notre étude, les candidats ont systématiquement saisi la première opportunité offerte.

La rapidité dans la prise de décision témoigne d'une envie réelle de s'installer.

Ce qu'il faut retenir :

- L'enjeu est peut-être moins une crise de la vocation ou une crise de l'installation qu'une crise de l'opportunité, voire peut-être de modèle. La jeunesse ne trouve peut-être pas chaussure à son pied. Et sur ce point on pourrait s'interroger sur la responsabilité de la génération en place : l'absence de proposition de remplacement, de maîtrise de stage, de modernisation des cabinets, pour être en adéquation aux attentes des nouvelles générations.
- Sur PMA beaucoup de cabinets ont cessé d'avoir recours au remplacement, ils ne participent pas à la maîtrise de stage. Cumulé à une pyramide des âges défavorable, le décalage générationnel s'avère plus profond.
- Il y aurait donc intérêt à accompagner les jeunes professionnels mais aussi la génération installée dans cette démarche réflexive.
- Mais comme pour la création de terrain positif d'expérimentation, cette action peut s'avérer contre-productive. Il faut s'attacher à gommer le décalage générationnel. Nous devons recruter des pairs bienveillants qui entendent l'attente de la jeune génération, qui encouragent l'initiative, qui insufflent l'envie de l'exercice de la MG, qui soient ouverts aux changements, aux nouvelles organisations pour en faire des facilitateurs, des leaders de projets, des « influenceurs » ou des mentors, des exemples dont on souhaite reproduire le modèle (avec sa touche personnelle).
- Il est nécessaire de donner les moyens à cette génération d'entreprendre. La culture de projet doit être mis en place. Laboratoire d'initiative, incubateur d'entreprise adapté aux professionnels de santé doivent émerger. Le CNOM et le rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins recommandent une **formation à l'installation** et un **accompagnement sur le terrain** pour aider

les médecins à construire leur projet professionnel. L'intégration au 3<sup>e</sup> cycle de la culture entrepreneuriale est fondamentale.

-

## **Analyse des besoins : certains diront exigences, nous dirions « entendre la demande de rassurance ».**

- Les besoins physiologiques de Maslow convertis en besoins économiques :
  - Le futur installé recherche une aisance économique, une garantie de ressources. Ainsi, il est plus séduit par des garanties à longue qu'à courte échéance d'où une sensibilité plus marquée pour le salariat, la reprise de patientèle (mais s'il souhaite paradoxalement s'affranchir de l'héritage encombrant d'un prédécesseur), les aides fiscales (8ans), les zones à forte demande de soins, l'engagement à plusieurs, l'intégration ou la reproduction d'un modèle qui fonctionne, plus qu'une aide ponctuelle à l'installation.
- Confort de travail :
  - Travailler en groupe
  - Partager la même éthique, les mêmes valeurs de travail (qui sont génération dépendantes) : solidarité : esprit de groupe ...
  - Bénéficier d'un réseau de professionnels à disposition soit à l'intérieur de son groupe médical mais aussi au-delà en second recours (rôle important de l'HNFC en ce sens car l'HNFC correspond à l'expérience de stage). En contrepartie, la faillite de l'HNFC dans ce domaine est souvent une cause de rejet d'installation dans le PMA.
  - Une patientèle modèle
  - Un temps de travail maîtrisé
  - Locaux modernes (tant dans la structure immobilière)
- Confort de vie
  - Équilibre vie professionnelle et personnelle : qui s'exprime beaucoup dans le temps/ distance de transport.
  - La proximité du réseau social : famille, ami
  - La richesse de l'offre de service (éducation, commerces, loisirs)
- Le besoin d'appartenance
  - Exercer au sein d'un réseau de professionnels organisé : l'exercice regroupé, l'efficacité du second recours et de l'offre hospitalière.
  - Éviter l'isolement.
  - Partager des valeurs communes
- Le besoin d'estime :
  - La reconnaissance : le rôle néfaste de la médecine bashing, la perception négative de certaines mesures (délégation de tâches de désappropriation du rôle pivot du médecin généraliste, augmentation des tâches administratives ou de gestion.
  - La responsabilité des comportements des patients dans l'utilisation du système de soins et envers ses acteurs. C'est un des plus importants critères d'attractivité positive d'un territoire dans l'expérience positive d'un professionnel de santé
- Le besoin de réalisation : à la lumière de l'étude, on conclut à l'irréalité de la crise de la vocation. Peut-être certains hypothéqueront la diminution de

l'importance de l'altruisme dans le choix professionnel mais il conviendrait de s'assurer que cette disposition n'était vraiment aussi prégnante dans les générations précédentes. Comme dans l'ensemble de la société le besoin de réalisation a intégré d'autre domaine que le travail : la famille, l'épanouissement personnel, imposant des limites à ce dernier et le sortant du champ sacerdotal. Le choix de la préservation personnelle, des limites individuelles ne sont-ils pas finalement un gage plus grande maturité surtout lorsqu'il s'agit de soin, selon les recommandations du vieil adage « Charité bien ordonnée commence par soi-même ». Au regard des difficultés rencontrées en fin de carrière par la génération actuelle fleurissant souvent avec le burn-out, l'abandon des idéaux, ce schéma de préservation permettra peut-être à cette génération une fin de carrière plus apaisée, avec un meilleur bénéfice pour la population et la société. A l'instar des besoins (Maslow) qui suivent une hiérarchie dépendante de la satisfaction de la précédente, peut être qu'après avoir satisfait ces besoins d'« épanouissement », l'engagement professionnel se fera encore plus aisément. En tout cas la sensibilisation à la dimension collective de la santé, à la qualité des soins est d'ores et une notion bien plus encrée dans la nouvelle génération.

## **Les – de PMA :**

- Une représentation négative souvent caricaturale : lié à l'austérité de ces bâtiments historiques, son image de ville industrielle du XIXe, son pluriculturalisme et les problématiques d'intégration véhiculée.
- Sa comparaison systématique avec BESANCON ville universitaire de référence pour ces jeunes professionnels qui ont passé plus d'un 1/3 de leur vie consciente dans l'ex capitale régionale.
- Les difficultés d'accès aux soins responsable de la saturation du soin de premier et second recours comme de l'hospitalisation.
- L'organisation et l'exercice de la permanence des soins ambulatoires.
- La météorologie

## **Les + de PMA :**

- Sa situation géographique particulière compensant un manque d'attractivité territoriale :
- Ses infrastructures de transport : L'axe autoroutier, la proximité d'une gare LGV et TER, la proximité d'un aéroport international.
- Son accès rapide à des territoires à forte attractivité : Suisse, Allemagne, alsace, Vosges, Besançon Strasbourg ...
- Un territoire apportant une vraie garantie de revenu.
- Sa proximité avec hôpital important avec un éventail important de spécialités, doté d'un bon plateau technique.
- Un cout de l'immobilier plus favorable que les zones à forte attractivité
- Et bientôt on l'espère une politique cohérente et efficiente en faveur de l'accueil et de l'installation des jeunes professionnels de santé

## Nos recommandations :

- Mettre fin aux querelles de territoires et chercher ensemble des solutions. Il ne semble pas paradoxal de s'afficher en faveur de la régulation de l'installation, que de financer un projet concurrent au village voisin.
- Organisation sur 3 axes
  - o Individuels avec chaque candidat, pour adapter la réponse à ces besoins.
  - o Local : développer une politique générale et l'attractivité du territoire
    - Lutter contre les freins
    - Promouvoir les forces
    - Rester toujours en veille et être innovant
  - o Nationale :
    - Rechercher plus d'autonomie décisionnelle ou rappeler l'importance des spécificités territoriales.
    - Promouvoir « l'intelligence des territoires »
    - Influencer pour que la politique générale soit la plus adaptable aux problématiques de territoire.
- Actions communes et concertées entre élus, institutions et professionnels de santé de terrain pour la promotion du territoire auprès des jeunes générations. Accompagner les élus ou les institutions dans les rencontres avec la jeune génération : c'est le discours des pairs qui est le mieux entendu par ces derniers.
- Créer des opportunités :
  - o Modernisation des lieux et de l'organisation d'exercice selon les critères de la nouvelle génération. (Exercice regroupé / pluriprofessionnel/ locaux et équipements modernes/ facilitant l'exercice et la vie des professionnels de santé.
  - o Rencontres-échanges intergénérationnelles. Comprendre que le changement = évolution. Le modèle n'est pas et ne doit jamais être figé et doit sans cesse s'adapter.  
Mettre en place des tuteurs ou référents d'installation dans le territoire. Promouvoir la connaissance du réseau de professionnels de second recours avec mais aussi au-delà de l'offre de l'HNFC.
  - o Former les nouvelles générations à la conception de projet, créer des incubateurs de projet des pépinières d'entreprise adaptés aux professions de santé.
- Créer des expériences positives en stage, faciliter les remplacements
- Faciliter la création de réseaux (locaux) de soignants
- Faciliter l'intégration des professionnels de santé et de leur famille dans le territoire. L'influence du conjoint pèse lourdement dans la décision d'installation (travail du conjoint), tout comme avoir des propositions de réponse d'adaptabilité de l'exercice à l'éloignement domicile travail (, retentissement sur la vie familiale et la répartition des contraintes ....) : facilitation par les transports en commun, abaissement de l'heure de la permanence des soins, indemnisation du transport ou valorisation de l'activité. Le temps de transport doit être récupéré : diminution des contraintes de la vie personnelle ou professionnelle : service de conciergerie pour ces professionnels / assistants médicaux.

- Déconstruire l'image négative du Nord Franche Comté, promouvoir la vie culturelle, éducative, sportive, et de loisirs.
- Responsabiliser la population dans l'attractivité du territoire. Démarche éducative dans l'utilisation du système de soins et le respect de ses acteurs.
- Lutter contre la médecine bashing