

ÉVALUATION DES AIDES À L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS

A decorative graphic consisting of several overlapping, semi-transparent blue ribbons that create a sense of movement and depth, extending from the left side of the page towards the right.

**RAPPORT DU DR SOPHIE AUGROS,
DÉLÉGUÉE NATIONALE À L'ACCÈS AUX SOINS**

SEPTEMBRE 2019

Le docteur Sophie Augros, médecin généraliste, a présidé l'antenne régionale du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (Reagpir) en Rhône-Alpes avant d'en assurer la présidence nationale en 2016 et 2017. Installée en maison de santé à Aime-la-Plagne (Savoie), elle exerce aussi le rôle de facilitatrice pour la Fédération régionale des maisons de santé en Auvergne-Rhône-Alpes.

Lors du lancement du plan d'accès aux soins en octobre 2017, le docteur Sophie Augros a été désignée « déléguée nationale à l'accès aux soins », aux côtés de Thomas Mesnier, député de Charente, et d'Élisabeth Doineau, sénatrice de Mayenne. Les délégués nationaux sont en charge de suivre le déploiement de ce plan sur le terrain, de faire remonter les expériences réussies ainsi que d'identifier les difficultés et les freins rencontrés par les acteurs locaux. Ils ont publié un premier rapport en octobre 2018, fruit des éléments recueillis au terme d'une année de déplacements.

Dans la poursuite de cette mission, le docteur Sophie Augros s'est vu confier une réflexion sur les contrats d'aide à l'installation, et plus particulièrement ceux relevant de l'État. Elle a été chargée de réaliser un diagnostic et d'élaborer des propositions quant aux évolutions susceptibles de mieux sécuriser et accompagner les débuts d'exercice en ville des jeunes médecins. Ces travaux s'inscrivent notamment dans la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Ils se sont déroulés entre janvier et fin juin 2019, autour de trois phases principales : l'élaboration d'un diagnostic (février/avril), l'identification des premières pistes (avril/mai), l'analyse et l'instruction des propositions (mai/juin). À cette fin, plusieurs sources d'informations complémentaires ont été mobilisées :

- ▶ une revue de littérature sur les déterminants à l'installation des médecins et les dispositifs pratiqués dans d'autres pays développés ;
- ▶ l'exploitation des données statistiques disponibles auprès du Centre national de gestion (pour le CESP) et au sein des rapports d'activité du FIR ;
- ▶ des enquêtes spécifiques auprès des ARS en complément des statistiques disponibles :
 - ◆ pour le CESP, un questionnaire auprès de toutes les agences régionales de santé (ARS) portant sur les actions d'accompagnement des signataires, assorti d'une enquête sur les signataires installés,
 - ◆ pour le PTMG, une enquête auprès de six ARS¹, permettant d'obtenir des données sur un échantillon de 727 contrats – données fortement représentatives puisque ces contrats représentent environ les deux tiers des contrats PTMG signés depuis la création du dispositif. Pour quelques informations qui nécessitaient un travail de recueil et de saisie de données plus poussées sur la base des contrats signés - comme l'âge ou le statut à la signature du contrat - les informations ont été recueillies sur un échantillon réduit de 150 signataires répartis sur les cinq régions,
 - ◆ pour les autres contrats (PTMA, PTMR), un questionnaire auprès de toutes les ARS pour disposer d'un point actualisé sur la signature des contrats,
 - ◆ pour le contrat PIAS, une enquête auprès des ARS éligibles², sur l'exhaustivité des contrats.
- ▶ des auditions généralistes ou thématiques avec les institutionnels, les représentants des étudiants et des jeunes professionnels (voir en annexe : liste des personnes rencontrées) ;
- ▶ deux séquences d'échanges téléphoniques avec les référents ARS des 17 régions, d'une part sur les contrats PTMG, PTMA, PTMR et d'autre part sur le contrat CESP ;
- ▶ des entretiens téléphoniques individuels auprès de signataires de contrats PTMG menés par le docteur Sophie Augros : cinq médecins installés actuellement en région Rhône-Alpes ont ainsi été interrogés.

1 Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Hauts-de-France, Île-de-France.

2 La mesure étant ciblée sur les médecins de montagne, le financement de ce contrat n'est proposé que dans trois régions : AURA, PACA et Occitanie.

Le présent rapport se décompose en trois grandes parties :

- ▶ la première (I) offre un panorama général des aides à l'installation en France et dans d'autres pays développés ;
- ▶ la seconde (II) détaille le bilan des différents contrats incitatifs proposés par l'État : le contrat d'engagement de service public puis les contrats « jeunes médecins » ;
- ▶ enfin la troisième (III) propose une réforme d'ensemble des contrats jeunes médecins.

Table des matières

I. LES AIDES A L'INSTALLATION : PANORAMA GENERAL.....	3
A. Les aides à l'installation sont pratiquées dans la plupart des pays développés.	3
B. La France dispose aujourd'hui d'une large palette de dispositifs incitatifs, qui repose sur un triple niveau d'intervention.	6
a. Les aides conventionnelles.....	6
b. Les aides de l'État.....	7
c. Les aides des collectivités territoriales.....	11
d. L'existence d'un zonage de ces aides doit en principe en assurer la cohérence d'ensemble mais il n'est pas toujours respecté	12
e. Bien que la palette d'aides soit déjà particulièrement bien fournie, certaines lacunes ou insuffisances peuvent être soulignées	13
C. Les contrats incitatifs répondent à un besoin réel d'accompagnement et de soutien aux projets d'installation en territoire fragile, mais rencontrent un succès mitigé en pratique	15
a. Bien que ces aides aient un impact indirect et particulièrement difficile à évaluer, elles semblent susceptibles de conforter des projets d'installation et de renforcer l'attractivité des territoires fragiles.....	15
b. Pourtant, elles rencontrent en pratique un succès inégal et globalement mitigé	16
II. QUEL BILAN DES CONTRATS INCITATIFS À LA MAIN DE L'ÉTAT ?	19
A. Le contrat d'engagement de service public a fait ses preuves mais pourrait être simplifié et conforté	19
a. Dix ans après sa création, le CESP semble solidement installé dans le paysage des études en santé.....	19
b. Il est aujourd'hui nécessaire de revoir l'accompagnement proposé aux signataires de ce dispositif	20
b.1. L'accompagnement à la construction du projet professionnel	20
b.2. L'accompagnement à la création d'entreprise	22
c. Des ajustements dans les paramètres et dans la mise en œuvre semblent également opportuns	23
d. De manière plus structurante, la suppression de la liste parallèle aux ECN pourrait également être envisagée, au profit d'une simple obligation d'installation en zone sous-dense.....	24

B. Les contrats « jeunes médecins » : une attractivité à restaurer.....	26
a. Le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) : une attractivité à restaurer après la création de l'avantage supplémentaire maternité.....	26
a.1. Panorama.....	26
a.2. La garantie de revenus.....	27
a.3. L'avantage maladie - maternité.....	28
b. Le PTMA : un contrat qui n'a pas su trouver sa place au sein de la palette de dispositifs.....	28
b.1. Panorama général.....	28
b.2. Des avantages trop maigres pour assurer l'attractivité du contrat.....	29
b.3. Un contrat d'aide au maintien des généralistes plutôt qu'à l'installation des spécialistes.....	29
c. Le contrat de praticien territorial de médecine de remplacement (PTMR) : un besoin réel pour favoriser le remplacement en zone fragile mais un contrat mal calibré et complexe d'utilisation.....	29
c.1. La localisation géographique des remplacements, une question stratégique pour les pouvoirs publics.....	29
c.2. Le PTMR rencontre pourtant peu de succès en pratique.....	30
c.3. La garantie de revenus.....	30
c.4. L'avantage maladie / maternité.....	31
d. Le contrat de Praticien Isolé à Activité Saisonnière : répondre à la situation particulière de l'exercice dans les zones de montagne à afflux touristique.....	31
d.1. Panorama.....	31
d.2. Les spécificités de l'exercice isolé avec une activité saisonnière justifient un soutien spécifique.....	31
d.3. Les critères et le mode de calcul du PIAS mériteraient toutefois d'être revus en profondeur.....	33
III. PROPOSITION DE REFORME DES CONTRATS « JEUNES MEDECINS » : VERS UN CONTRAT UNIQUE DE PRATICIEN TERRITORIAL ?	34
A. Un contrat ouvert aux jeunes médecins, nouveaux et futurs installés, sous condition d'exercice coordonné.....	34
a. Un contrat ouvert à l'ensemble des jeunes médecins s'installant en zone sous-dense.....	34
b. Un contrat sous condition de tarifs opposables et d'exercice coordonné.....	35
c. Une condition de participation à la permanence des soins ?	35
B. Des avantages rénovés : le futur contrat pourrait s'appuyer sur une garantie de revenu différentielle associée à un avantage maladie et à un accompagnement adapté.....	37
a. Une garantie de revenus pour tous les signataires.....	37
b. Une couverture sociale recentrée sur l'avantage maladie.....	39
c. Un accompagnement entrepreneurial des signataires.....	40
IV. ANNEXE 1 – LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES	41
V. ANNEXE 2 – LES AIDES FACULTATIVES DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : ANALYSE D'UN ÉCHANTILLON DE DISPOSITIFS	43
VI. ANNEXE 3 – LE CONTRAT UNIQUE : SYNTHÈSE DES ÉVOLUTIONS PROPOSÉES	45

I. LES AIDES A L'INSTALLATION : PANORAMA GENERAL

Un nombre croissant de territoires peinent aujourd'hui à attirer des médecins : 8,6 % de la population réside dans une commune considérée comme médicalement « sous-dense » par la Drees. Afin de réduire les inégalités territoriales dans la répartition des médecins, de nombreux dispositifs nationaux ont été mis en place pour les inciter à s'installer dans les zones les plus fragiles.

A. Les aides à l'installation sont pratiquées dans la plupart des pays développés.

Ce type de politique n'est pas propre à la France. L'ensemble des pays développés connaît aujourd'hui des inégalités géographiques de répartition des professionnels de santé.

Les incitations financières constituent l'un des leviers privilégiés pour agir sur ce phénomène ; elles sont plus fréquemment pratiquées que celles axées sur la formation initiale ou sur la régulation coercitive des installations³. Au sein de l'OCDE, 21 pays ont fait le choix de mettre en place des incitations financières, contre dix qui n'en proposent aucune⁴.

Ces incitations empruntent des modalités variables selon des pays. Elles diffèrent en particulier selon :

- ▶ les **territoires ciblés** : les dispositifs « les plus structurés et les plus dotés en moyens » sont orientés vers des zones définies comme prioritaires (cartographie nationale), comme c'est le cas en France (mais également en Belgique avec Impulseo). D'autres dispositifs laissent la possibilité d'interventions sur des territoires « ciblés de façon *ad hoc* et non systématique »⁵ ;

Le dispositif Impulseo en Belgique

Impulseo est le nom d'un ensemble de mesures destinées à encourager l'installation des médecins généralistes en Belgique. Les généralistes ou cabinets de généralistes peuvent prétendre à :

- ▶ une prime de 20 000 euros en cas de nouvelle installation dans une commune comportant une faible densité de médecins généralistes, avec une majoration (à 25 000 euros) pour les communes qui connaissent les difficultés les plus aigües. Ces primes bénéficient d'un taux réduit d'imposition. Elles sont remboursables à la collectivité si le médecin cesse son activité ou déménage dans les cinq ans ;
- ▶ in soutien aux charges salariales relatives à leur employé, lorsque celui-ci est en charge d'activités d'accueil et de soutien administratif (prise en charge de la moitié des charges salariales, avec un plafond de 6 300 euros), sous certaines conditions (notamment, le recours au dossier médical électronique) ;
- ▶ un accompagnement gratuit facultatif pendant 18 mois par une structure d'appui à la gestion du cabinet.

- ▶ le **moment ciblé** : ces aides peuvent être proposées au moment des études (Royaume-Uni), lors de la première installation (Belgique) et/ou pour les médecins déjà en exercice (Allemagne, Espagne). Certains pays ont fait le choix de cibler leurs incitations sur les médecins approchant de l'âge de la retraite, afin de les encourager à poursuivre leur activité : c'est le cas notamment au Danemark ou dans certains *Länders* allemands. La France cible l'ensemble de ces champs, et présente donc une palette particulièrement large et complète ;
- ▶ les **professionnels ciblés** : si, en principe, la plupart de ces dispositifs sont ouverts à la totalité des spécialités médicales présentes en ville, « en pratique, c'est la médecine générale qui fait l'objet de la plupart des mesures ». Par ailleurs, qu'elle fasse ou non l'objet d'aides incitatives dédiées, la présence d'autres types de professionnels de santé est identifiée comme un facteur de nature à favoriser l'installation de médecins sur un territoire ;

3 ONDPS, « Les conditions d'installations des médecins de ville en France et dans cinq pays européens », *Rapport 2015*, vol 1.

4 Tomoko Ono, Michael Schoenstein, James Buchan, « Geographic imbalances in doctor supply and policy responses », *Working papers*, n°69.

5 ONDPS, *op. cit.*

- ▮ leur caractère **plus ou moins national et uniforme** : la France et la Belgique se distinguant par une politique nationale homogène et adossée à un zonage, là où d'autres États se bornent à permettre par voie réglementaire la possibilité d'aides incitatives, dont la mise en place effective relève des parties prenantes elles-mêmes (*Länders*, collèges de spécialités médicales...);
- ▮ leur **mode de calcul**⁶ : ces aides peuvent être ponctuelles, comme c'est le cas des aides forfaitaires ou des garanties de revenus conditionnées à une installation en zone fragile et, parfois, à l'atteinte d'une certaine taille de patientèle. Le modèle danois propose une palette particulièrement riche de dispositifs de ce type. Elles peuvent également prendre la forme de compléments de revenus réguliers : bonus annuels alloués en fonction des caractéristiques du territoire (Colombie-Britannique), parfois croissants avec l'ancienneté du médecin (Alberta)⁷. Enfin, si les compléments de revenus sous ces diverses formes sont souvent prépondérants, ils sont parfois complétés par des avantages touchant au soutien à l'embauche ou à la gestion (Impulseo en Belgique, aide à l'embauche d'une infirmière dans certaines provinces danoises, prise en charge du salaire du remplaçant en cas de départ en vacances au Canada, ou au congé parental en Allemagne).

Les aides à l'installation en Allemagne

Si l'Allemagne est connue pour avoir mis en place une régulation coercitive des installations, elle pratique également, depuis 2012, des mesures incitatives visant les régions rurales et mal desservies. Onze des seize *länder* ont ainsi mis en place une subvention à la première installation dans les zones de pénurie. Cette aide varie entre 12 000 et 60 000 euros en fonction du *länder*, du nombre de patients, de la taille de la zone et de la gravité de la pénurie. De plus, l'installation de cabinets secondaires est facilitée pour les médecins dans ces régions. Dans certains *länder* (Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Mecklembourg-Poméranie-Occidentale, Basse-Saxe), le médecin doit s'engager en contrepartie à occuper son poste pendant une durée de cinq à dix ans.

La nouvelle loi inclut également des règles pour faciliter l'équilibre vie privée/vie professionnelle pour des médecins qui s'installent dans les régions mal desservies. Cela comprend la possibilité d'un congé parental pouvant s'étendre jusqu'à douze mois à la naissance d'un enfant, pendant lequel le médecin sera remplacé.

Les aides à l'exercice en zone fragile au Danemark

Au Danemark, deux provinces (Jutland du Nord, région capitale) ont mis en place des garanties de revenus proposés aux médecins généralistes qui n'atteignent pas une taille de patientèle minimale (1600 patients) : en deçà de ce seuil, ils touchent 1 500 couronnes danoises par « patient manquant », sans limite de durée, jusqu'à ce qu'ils aient atteint ce seuil. Dans la région capitale, cette garantie a pour contrepartie un engagement de service de cinq ans dans la zone considérée.

De nombreuses provinces (Jutland du Nord, Zélande) ont également mis en place des incitations financières liées à la taille de la patientèle, et ce afin de compenser l'accroissement dans la charge de travail qui peut survenir au moment de la fermeture d'un cabinet médical situé à proximité. Ces aides reposent sur un bonus versé pendant une période de deux ans pour chaque patient nouveau au-delà d'un certain seuil.

⁶ Tomoko Ono, Michael Schoenstein, James Buchan, « Geographic imbalances in doctor supply and policy responses », *Working papers*, n°69.

⁷ *Ibid.*

Toutes les politiques mises en œuvre doivent en tout état de cause composer avec le fait que l'attractivité médicale des territoires obéit principalement à des facteurs exogènes au système de santé : en premier lieu, l'environnement général et les conditions de travail⁸. De fait, l'analyse de la littérature menée par l'IRDES⁹ montre que les incitations financières à l'installation ou au maintien (notamment avec des durées d'obligation de service en zones prioritaires) n'auraient qu'une influence modérée à court terme et faible à long terme.

Les comparaisons internationales tendent ainsi à montrer le faible effet des stratégies reposant uniquement sur des incitations financières, quels que soient leur montant et leurs modalités. Elles soulignent en revanche l'importance de conjuguer différents types de mesures et leviers d'action. Les aides financières sont d'ailleurs mobilisées le plus souvent en complément d'autres leviers touchant par exemple à la formation initiale ou à l'optimisation du temps médical par un meilleur partage de tâches entre professionnels de santé. C'est toute la logique, en France, du plan pour un égal accès aux soins et de Ma Santé 2022.

8 ONDPS, « Les conditions d'installations des médecins de ville en France et dans cinq pays européens », *Rapport 2015*, vol 1.

9 IRDES, « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature », *Question d'économie de la santé*, n°116, décembre 2006.

B. La France dispose aujourd'hui d'une large palette de dispositifs incitatifs, qui repose sur un triple niveau d'intervention.

a. Les aides conventionnelles

Les zones qui connaissent les difficultés les plus aigües (dites « zones d'intervention prioritaires ») bénéficient d'aides financées par l'Assurance maladie. Celles-ci reposent essentiellement sur des avantages pécuniaires.

Ces aides dites « conventionnelles » ont été évaluées et renouvelées en 2016, à l'occasion de la renégociation de la convention médicale¹⁰.

Le contrat d'aide à l'installation pour les médecins (CAIM) offre une prime forfaitaire à l'installation d'un montant pouvant atteindre 50 000 euros sur la durée du contrat (contrat d'une durée de cinq ans non renouvelable). Le contrat de stabilisation et de coordination médecins (Coscom) propose une prime forfaitaire pour le maintien dans ce type de territoire (5 000 euros par an, sous condition d'exercice coordonné), avec des majorations possibles lorsque le médecin réalise des consultations dans un hôpital de proximité et/ou accueille des stagiaires ou internes (contrat de trois ans renouvelables). Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) permet une bonification d'honoraires (25 %) aux médecins acceptant de réaliser des consultations au moins dix jours par an dans une zone sous-dense (contrat de trois ans renouvelables). Enfin, le contrat de transition pour les médecins (COTRAM) offre une bonification des honoraires (10 %) aux médecins préparant leur cessation d'exercice, et accueillant dans cette perspective au sein de leur cabinet un confrère âgé de moins de 50 ans (contrat de trois ans renouvelables une fois). Ces quatre contrats peuvent bénéficier à l'ensemble des spécialités médicales. Sur chacun de ces contrats conventionnels médecins, des majorations sur l'aide forfaitaire annuelle peuvent être appliquées par les ARS sous réserve qu'elles les aient prévues dans le cadre des contrats type régionaux qu'elles établissent sur la base des modèles types de contrats définis dans la convention médicale.

Les aides conventionnelles en chiffres

L'Assurance maladie dénombrait en juin 2019 :

- 859 CAIM actifs, en hausse de 24 % sur un an (année glissante) ;
- 2004 Coscom actifs, en hausse de 72 % sur un an (année glissante) ;
- 66 COTRAM actifs, en hausse de 55 % sur un an (année glissante) ;
- 74 CSTM actifs, en hausse de 33 % sur un an (année glissante).

¹⁰ Les évolutions apportées visaient à augmenter l'attractivité des contrats, et à prendre en compte l'évolution des modes d'exercice. Les nouveaux contrats sont également plus ciblés (un contrat pour les jeunes qui s'installent, et un contrat pour les médecins déjà en exercice) ; ils s'ouvrent aussi à un public plus large (contrat pour les médecins préparant leur retraite) ; ils relaient aussi certains leviers d'actions reconnus comme ayant un impact sur l'évolution de l'offre de soins (valorisation de l'activité de maître de stage ou encore de l'exercice partiel en hôpital de proximité).

b. Les aides de l'État

L'État finance, en parallèle, sur un périmètre géographique plus étendu (zones dites « d'action complémentaire »), ses propres aides contractuelles : le contrat de praticien territorial de médecine générale¹¹, le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire¹², le contrat de praticien territorial de médecine de remplacement¹³ et enfin le contrat de praticien isolé à activité saisonnière¹⁴.

Ces aides ne prennent pas la forme de primes forfaitaires : elles reposent sur des mécanismes de garantie financière permettant de sécuriser les médecins pendant la période d'amorçage de leur patientèle ou pendant leurs éventuels congés maladie ou maternité, avec des modalités différentes selon les contrats.

Seul le contrat d'engagement de service public repose sur un avantage forfaitaire : il s'agit d'une bourse d'études (1 200 euros bruts par mois) destinée à des étudiants ou internes en médecine ou en odontologie en contrepartie de leur installation pour une durée déterminée dans l'un de ces territoires.

11 L. 1435-4-2 du Code de la santé publique (CSP).

12 L. 1435-4-3 du CSP.

13 L. 1435-4-5 du CSP.

14 L. 1435-4-4 CSP.

Contrat	Public éligible	Engagements du signataire	Avantages et garanties proposés	Durée
<p>PTMG (praticien territorial de médecine générale)</p>	<p>Médecins généralistes qui souhaitent s'installer ou qui sont déjà installés (depuis moins d'un an) en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou en zone d'action complémentaire (ZAC), en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral depuis moins d'un an ; conventionnés.</p>	<p>Engagements personnalisés (PDSA, actions destinées à améliorer la prescription ;</p> <p>Actions d'amélioration des pratiques ; actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé ;</p> <p>Actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins ;</p> <p>Actions de collaboration auprès d'autres médecins, etc.).</p>	<p>Complément de rémunération versé (à condition d'avoir réalisé au minimum 165 consultations dans le mois) au médecin si son activité ne lui permet pas d'atteindre un plafond de 6 900 euros bruts mensuels (référence temps plein) ;</p> <p>Protection sociale étendue (après trois mois d'activité et à la condition d'avoir réalisé au minimum les 165 consultations) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ pour tout arrêt de travail supérieur à sept jours, complément de rémunération maintenu pendant trois mois à hauteur de 1 552,50 euros* bruts, ▶ en cas de congé maternité et pendant toute la durée de ce dernier, un complément de rémunération de 3 105 euros* bruts est versé au praticien en plus des revenus de remplacement. <p>* base temps plein</p>	<p>1 an renouvelable une fois.</p>
<p>PTMA (praticien territorial de médecine ambulatoire)</p>	<p>Médecins toutes spécialités en ZIP ou ZAC, en cabinet libéral (ou exerçant en tant que médecin collaborateur libéral), secteur 1 ou adhérent à un dispositif de maîtrise de la pratique tarifaire (OPTAM ou OPTAM CO), installés à partir du 1^{er} janvier 2015.</p>	<p>Garantir son remplacement durant toute la période d'interruption d'activité pour cause de maternité, paternité ou maladie ;</p> <p>Engagements personnalisés (PDSA, dépistage, prévention, etc.).</p>	<p>Rémunération forfaitaire complémentaire versée après trois mois d'activité en tant que PTMA et à la condition d'avoir réalisé au minimum 165 consultations au cours d'un de ces trois mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ en cas de congé maternité et dans la limite de trois mois : complément mensuel de rémunération de 3 105 euros* bruts ; 	<p>36 mois renouvelables une fois</p>

Contrat	Public éligible	Engagements du signataire	Avantages et garanties proposés	Durée
			<ul style="list-style-type: none"> ▶ en cas de congé paternité, complément est de 1 138 euros bruts ; ▶ en cas de congé maladie supérieur à sept jours et dans la limite de trois mois, complément mensuel de rémunération à hauteur de 1 552,50 euros bruts. <p>* base pour une activité de neuf demi-journées par semaine ou plus.</p>	
PTMR (praticien territorial de médecine de remplacement)	Praticiens en médecine générale autorisés à effectuer des remplacements en tant qu'internes, ou ayant soutenu avec succès leur thèse en médecine depuis moins de trois ans.	Exercer une activité libérale de remplacement en ZIP ou ZAC, équivalente à un minimum de 5 000 consultations/an pour une activité exercée à temps plein et de 2 500 consultations/an pour une activité exercée à temps partiel (hors PDSA).	<p>Rémunération forfaitaire complémentaire pour couvrir les périodes de disponibilité entre deux contrats, de 4 600 euros pour un temps plein et de 2 300 euros pour un temps partiel ;</p> <p>Indemnité supplémentaire pour les périodes de congés paternité, maternité et maladie, établie sur la même base de calcul que dans le contrat PTMG pour un exercice temps plein ;</p> <p>Service d'appui à la gestion des remplacements, assuré par l'ARS (suivi des besoins de remplacement, mise en regard des besoins et de l'offre de remplacement, assistance dans les démarches concernant les conventions de remplacement).</p>	1 an, renouvelable par tacite reconduction, durée totale ne pouvant excéder 72 mois.
PIAS (praticien isolé à activité saisonnière)	Médecins généralistes exerçant en cabinet libéral ou en tant que collaborateurs libéraux, en zone isolée (éloignement de plus de 30 min du service d'urgence le plus proche + densité de population	<p>Respecter les tarifs opposables ;</p> <p>Engagements individualisés (actions destinés à favoriser l'accès aux soins, prévention, PDSA, etc.).</p>	Aide à l'activité à hauteur de 5 % des revenus des activités de soins, plafonnée à 4 600 euros (référence : 200 consultations en tarif opposable) ;	Minimum 3 ans et maximum 6 ans.

Contrat	Public éligible	Engagements du signataire	Avantages et garanties proposés	Durée
	<p><100 hab au km²) ; avec une activité saisonnière (ratio des honoraires perçus au cours de la moitié de la période d'activité réalisée/honoraires perçus sur les autres mois > ou égal à 1,25) ; avoir un niveau de revenu (honoraires hors PDSA) < à la moyenne régionale (hors dépassements).</p>		<p>Aide forfaitaire à l'investissement à hauteur de 2 300 euros maximum (référence : 100 consultations).</p>	

c. Les aides des collectivités territoriales

Les collectivités territoriales bénéficient de la faculté de financer des bourses d'études ou aides financières forfaitaires en contrepartie d'une installation.

La loi permet en effet aux collectivités territoriales d'attribuer « des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé » dans les zones sous-denses au sens du Code de la santé publique (sont ici visées à la fois les ZIP et les ZAC). Elles peuvent aussi accorder une « indemnité d'étude et de projet professionnel » (dite « bourse d'études ») à tout étudiant en médecine ou odontologie s'il s'engage à exercer au moins cinq années dans l'une de ces zones. Là encore, un plafond ainsi que des conditions d'attribution sont définis au niveau réglementaire.

Il n'existe pas aujourd'hui de vision d'ensemble consolidée de ces aides facultatives. Un certain nombre de constats peuvent toutefois être formulés en s'appuyant sur le recensement conduit au printemps 2019 par l'ISNI auprès des conseils départementaux, et en conduisant un travail similaire auprès des conseils régionaux.

Les collectivités territoriales semblent privilégier les bourses d'études, ciblées sur les étudiants et internes en médecine en contrepartie d'un engagement d'installation : au moins une vingtaine de conseils départementaux, sur les 80 ayant répondu à l'enquête de l'INSI, et au moins un conseil régional ont mis en place des aides de ce type. Bien que le recensement en soit mécaniquement plus difficile, on note que certaines intercommunalités¹⁵ offrent, elles aussi, ces bourses d'études. Ces bourses empruntent des modalités variables comme le montre le tableau en annexe :

- ▶ la plupart s'adressent seulement aux médecins généralistes, mais certaines visent toutes les spécialités ;
- ▶ une majorité exigent des étudiants un engagement d'installation dans une zone sous-dense, mais certains conseils départementaux se contentent d'une installation sur leur territoire, quelle que soit la zone ;
- ▶ les montants proposés varient du simple au double ;
- ▶ les durées d'installation exigées vont de deux à sept ans, et il est souvent demandé le remboursement des sommes perçues en cas de rupture de l'engagement. Une collectivité (département de la Vienne) propose un dispositif hybride entre une aide à l'installation et une bourse d'études, puisqu'elle permet au jeune praticien de percevoir le reliquat entre le montant maximum de la bourse (38 400 euros) et le montant total qu'il a perçu durant ses études s'il s'installe effectivement en zone déficitaire.

Les collectivités sont en revanche un peu moins nombreuses (une dizaine de conseils départementaux, un seul conseil régional) à proposer des aides financières aux jeunes médecins désireux de s'installer sur leur territoire, en dehors du soutien à l'investissement dans les maisons de santé pluri-professionnelles. Là encore, les modalités sont extrêmement variables, comme en témoigne l'échantillon de dispositifs analysé en annexe 1 :

- ▶ elles peuvent prendre la forme de **subventions d'équipement** permettant l'investissement immobilier ou l'acquisition de matériel professionnel (informatique, matériel médical, équipements de sécurité...) ou, plus rarement, de **primes forfaitaires** ;
- ▶ elles sont la plupart du temps **ciblées sur les seuls médecins généralistes** (parfois uniquement les jeunes diplômés ou primo-installés). On recense quelques exceptions, telles que le dispositif du conseil départemental de l'Yonne (l'ouverture aux autres spécialités étant envisagée au cas par cas) ou celui du conseil régional d'Île-de-France (ouvert à l'ensemble des spécialités de premier recours) ;
- ▶ elles sont généralement plafonnées entre 10 000 ou 15 000 euros par médecin, mais peuvent être dans certains cas beaucoup plus généreuses (jusqu'à 40 000 euros dans l'Oise et 50 000 euros dans l'Indre). **Les montants en jeu** positionnent les aides facultatives des collectivités territoriales comme moins attractives que celles proposées par l'Assurance maladie, mais bien plus élevées, en revanche, que celles financées par l'État ;

¹⁵ Par exemple, celle de Maubeuge-Val de Sambre.

- ▶ les **contreparties exigées des jeunes médecins** sont parfois peu définies, mais prennent la plupart du temps la forme d'un engagement d'exercice sur une durée de trois à cinq ans, parfois associé à un temps de travail minimal (28 h, 35 h par semaine) ;
- ▶ enfin, alors-même que la loi impose aux collectivités d'adosser leurs aides facultatives **au zonage du Code de la santé publique**, la plupart des conseils départementaux s'en affranchissent au profit d'une cartographie ad hoc, voire en soutenant l'ensemble des installations sur leur territoire indépendamment de toute considération de zonage. Dans un des cas étudiés, l'aide accordée est même d'un montant supérieur (50 000 euros) lorsque le médecin s'installe hors ZIP.

d. L'existence d'un zonage de ces aides doit en principe en assurer la cohérence d'ensemble mais il n'est pas toujours respecté

Ces trois types d'aides distincts – aides conventionnelles, aides de l'État, aides facultatives des collectivités territoriales – sont en principe articulés de manière cohérente grâce au zonage. Celui-ci assure, on l'a vu, une gradation à deux niveaux : les zones d'intervention prioritaire qui bénéficient de l'ensemble des dispositifs, et les zones d'action complémentaire qui bénéficient uniquement des aides de l'État et de celles financées par les collectivités territoriales.

Dans les faits, si les aides conventionnelles et les aides de l'État respectent parfaitement ce schéma, on observe, comme on l'a vu, qu'**un certain nombre de collectivités territoriales s'affranchissent des contraintes de zonage dans l'attribution de leurs aides facultatives**. Elles sont nombreuses à proposer ainsi des aides à l'installation dans des territoires qui ne constituent ni des ZIP ni des ZAC, ce qui peut brouiller les incitations adressées aux professionnels de santé, au détriment des territoires les plus fragiles. Il est vrai que le cadre législatif et réglementaire de ces aides facultatives locales semble aujourd'hui largement méconnu et que la définition par les ARS de leurs zonages médecins est rarement présentée et vécue comme une cartographie engageant l'ensemble des pouvoirs publics.

Il existe par ailleurs, parallèlement à ces aides à l'installation, **des dispositifs d'exonérations sociales et fiscales pour les créateurs d'entreprises sur certains territoires**, dont le principal est aujourd'hui celui des zones de revitalisation rurale (ZRR). Ces dispositifs ont pour objectif le développement économique et ne ciblent pas spécifiquement les professionnels de santé libéraux, même s'ils y sont le plus souvent¹⁶ éligibles. Le zonage de ces aides est établi en fonction de critères économiques et donc distinct de celui qu'établissent les ARS. En pratique, ces deux zonages ne se recoupent que partiellement :

- ▶ 2209 communes sont classées zones de revitalisation rurale sans constituer des zones sous-denses (elles représentent 12 % des communes ZRR) ;
- ▶ inversement, 11 000 communes sont classées en ZIP ou en ZAC sans constituer des zones de revitalisation rurale (elles représentent 40 % des communes sous-denses).

Cela peut contribuer à brouiller les incitations adressées aux professionnels de santé, d'autant que les avantages fiscaux et sociaux attachés aux ZRR sont bien supérieurs dans leur durée (jusqu'à huit ans) et, potentiellement, leur montant, aux aides à l'installation proposées aux médecins.

¹⁶ Les collaborateurs libéraux ne sont pas éligibles à ces exonérations puisque leur activité est considérée comme une extension et non une création d'entreprise.

e. Bien que la palette d'aides soit déjà particulièrement bien fournie, certaines lacunes ou insuffisances peuvent être soulignées

La palette de dispositifs d'aide est aujourd'hui particulièrement bien fournie. Une grande majorité de situations (installation, maintien, départ) et de fonctions (accueil de stagiaires, exercice partiel au sein d'un hôpital de proximité, cabinet secondaire) font aujourd'hui l'objet d'un soutien financier dans les zones sous-denses. **Cette profusion n'exclut pas, cependant, l'existence de quelques angles morts.**

À titre d'exemple, on peut s'interroger **sur la valorisation des téléconsultations au sein des dispositifs incitatifs, notamment conventionnels.** Le contrat de solidarité territoriale médecins permet de soutenir l'organisation de consultations avancées, dans des locaux (cabinet secondaire) situés en zone sous-dense. Il implique un déplacement physique du médecin ; le même service peut toutefois être proposé par le biais de téléconsultations, ce qui permet d'ailleurs d'économiser les coûts et le temps liés au temps de trajet. La prise en compte dans le CSTM des téléconsultations, lorsqu'elles sont réalisées dans le respect des principes de l'avenant 6 et au bénéfice exclusif d'une patientèle située en zone sous-dense (par exemple, depuis une cabine de téléconsultation ou dans le cadre d'un partenariat avec une structure de soins qui y serait implantée), pourrait à ce titre être étudiée à l'occasion de la prochaine révision de la convention médicale.

Un autre angle mort semble être **la prise en compte de l'exercice mixte par ces dispositifs incitatifs.** Aujourd'hui, le CSTM permet de valoriser l'exercice ponctuel dans une zone sous-dense (au moins dix jours par an) sous statut libéral. La prime d'exercice territorial permet, quant à elle, de soutenir financièrement les praticiens hospitaliers qui réalisent une partie de leur temps de travail sur un site hospitalier distinct, distant d'au moins quinze kilomètres du site principal. Rien n'existe, en revanche, pour rendre incitatif l'exercice multi-site lorsqu'il est réalisé partiellement sous un statut hospitalier, et partiellement sous un statut libéral. Cette situation semble peu cohérente avec l'objectif affiché dans Ma Santé 2022 d'un développement rapide de l'exercice mixte, destiné à favoriser le décroisement des soins. De la même manière, les contrats incitatifs « État » reposent souvent sur des paramètres peu adaptés à l'exercice mixte, comme on le verra dans la troisième partie.

Enfin, on note que les études internationales mettent l'accent sur l'importance **des dispositifs de soutien scolaire ciblant les jeunes issus des territoires fragiles, avant même l'entrée dans les études de médecine.** Ces mesures sont identifiées parmi les plus efficaces dans plusieurs publications scientifiques¹⁷.

Les dispositifs ciblés sur les études de médecine : panorama international

Les mesures ciblées sur l'amont des études de médecine peuvent prendre plusieurs formes :

- ▶ le développement de formations ou de stages au sein des territoires fragiles : c'est par exemple le cas depuis près de 30 ans en Australie, où la généralisation de stages obligatoires de deux à six semaines en zone rurale date des années 90¹⁸ ; cela peut aller jusqu'à la création de cursus de formation entièrement dédiés à la médecine rurale, comme au Japon (université de médecine Jichi), en Norvège ou en Australie (Rural clinical schools) ;
- ▶ et/ou le recrutement prioritaire d'étudiants qui en sont originaires : cette stratégie est déployée à vaste échelle au Japon, au Canada, aux États-Unis ou encore en Australie. Elle peut aller jusqu'à l'établissement de quotas de sélection, comme le pratique l'université de Tromsø en Norvège. Il est en effet démontré qu'il est plus facile de fidéliser un jeune médecin sur un territoire rural ou défavorisé lorsqu'il en est lui-même originaire.

¹⁸ Pineau, Chantal, « Spécificités de la médecine rurale : l'expérience australienne », *Les Tribunes de la santé*, vol. 33, no. 4, 2011, p. 91-97.

Or, si la France promet aujourd'hui de façon volontariste le développement des stages ambulatoires au cours des études de médecine, le soutien aux études de médecine des étudiants issus de zones fragiles ne fait l'objet en revanche que d'initiatives ponctuelles. Celles-ci visent à intervenir auprès des lycées de zones fragiles afin de lever les obstacles matériels, scolaires ou sociaux (manque d'ambition et de confiance, défaut de soutien familial, etc.) à l'entrée dans les études de médecine, voire à leur réussite universitaire pendant les premières années du cursus.

Ces dispositifs reposent le plus souvent sur des cours de remise à niveau ou de méthodologie dispensés pendant le lycée, associés à un dispositif de tutorat par des étudiants en médecine.

Dispositif	Cible	Modèle organisationnel et financier	Contenu
« Filière d'excellence » de l'université Jules Verne en Picardie	Lycéens de quatorze lycées picards sélectionnés dès la seconde sur des critères sociaux, scolaires et de motivation.	Labellisé « Cordées de la réussite »	Enseignements spécifiques par un binôme formé entre un enseignant du secondaire et un médecin généraliste : cours de renforcement spécifique et de méthodologie ; Stage de découverte de l'université au cours de l'année de terminale ; Depuis peu, le dispositif accompagne également ces lycées après leur inscription dans les études de santé (résidence étudiante, tutorat spécifique, etc.).
« Ambition PACES » en Centre-Val de Loire	Lycéens de quatorze lycées situés en zone rurale ou en zone urbaine sensible.	Partenariat <i>ad hoc</i> entre le rectorat, l'université et l'ARS.	Module d'environ 1 h 30 par semaine proposé à des élèves volontaires par des enseignants du secondaire, tutorat par des étudiants en médecine, réalisation de supports vidéos par des professeurs et étudiants en médecine de l'université de Tours.
Année préparatoire aux études en santé (APES) en Seine-Saint-Denis	Bacheliers du 93, exclusivement, prioritairement ceux issus de la filière scientifique, avec une sélection sur dossier.	Filière universitaire, reconnue comme une formation de l'enseignement supérieur et dispensée par l'université de Paris XIII.	Année de remise à niveau scientifique et de préparation aux méthodes de travail universitaires, avant une inscription en PACES ou en licence scientifique.

Une généralisation de ce type de dispositifs pourrait s'opérer dans le cadre du dispositif des « Cordées de la réussite », qui repose sur des partenariats entre des collèges ou des lycées et des établissements d'enseignement supérieur, dans le but de favoriser l'orientation et la réussite des jeunes issus de territoires fragiles vers des filières universitaires d'excellence. Il pourrait ainsi être demandé à l'ensemble des UFR Santé de s'engager dans un partenariat de ce type à la rentrée 2020, avec le soutien des ARS.

C. Les contrats incitatifs répondent à un besoin réel d'accompagnement et de soutien aux projets d'installation en territoire fragile, mais rencontrent un succès mitigé en pratique

a. Bien que ces aides aient un impact indirect et particulièrement difficile à évaluer, elles semblent susceptibles de conforter des projets d'installation et de renforcer l'attractivité des territoires fragiles

S'il existe aujourd'hui peu de travaux évaluant l'impact des aides à l'installation sur la localisation géographique des médecins, que ce soit en France ou dans les pays de l'OCDE, c'est avant tout parce qu'une telle évaluation se heurte à un obstacle méthodologique majeur : il n'existe pas de contrefactuel, c'est-à-dire qu'il n'est pas possible d'identifier quel aurait été le comportement des médecins en l'absence d'incitation financière. La seule méthode possible est déclarative : elle consiste à interroger les médecins sur les déterminants de leur choix, soit en amont, soit à l'issue de leur installation.

► Les déterminants à l'installation des jeunes médecins sont multiples et ne se résument pas à des considérations financières

La revue de littérature conduite en 2015 par le Commissariat général à l'égalité des territoires¹⁹ a montré que si les attaches antérieures sur un territoire, personnelles ou professionnelles (lieu de naissance, de vie, d'études, de stages, etc.) restent le premier déterminant du choix du lieu d'exercice, trois autres facteurs apparaissent aussi comme prépondérants : la qualité et le cadre de vie offerts sur le territoire ; l'existence d'un projet professionnel collectif porté par des confrères (MSP...) et les possibilités d'emploi du conjoint. Parmi les autres déterminants, figurent la présence de confrères sur le territoire, la proximité d'équipements et services médicaux de santé (pharmacie, laboratoire, radiologie) et l'accompagnement dans les démarches d'installation.

Plus récemment, l'enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)²⁰ réalisée auprès de près de 13 000 médecins et de 2 400 internes confirme que le cadre de vie, les conditions d'exercice, le travail en réseau avec d'autres professionnels de santé sont des facteurs clefs pour l'installation des médecins sur les territoires.

Contrats incitatifs et aides financières ne peuvent donc pas résumer à eux seuls la politique d'attractivité des zones sous-denses. D'autres leviers, inscrits dans le plan d'accès aux soins et la stratégie Ma Santé 2022, y concourent : le développement des stages ambulatoires et de l'exercice coordonné dans ces territoires, la structuration des réseaux professionnels et du lien ville – hôpital, en particulier. L'intervention des collectivités territoriales sur le cadre de vie et les conditions matérielles d'accueil sur ces territoires est également déterminante.

L'accompagnement des installations par les collectivités territoriales

Les collectivités territoriales proposent souvent des accompagnements personnalisés relatifs au cadre de vie des praticiens au moment de leur installation. À titre d'exemple, quelques domaines d'intervention :

- l'appropriation du lieu de vie : en Saône-et-Loire, on trouve le dispositif Instal'Box permettant de découvrir le territoire et ses acteurs locaux via des circuits thématiques ;
- l'aide à la recherche de locaux : à Paris, le dispositif Paris Med' facilite l'accès à des locaux aménagés contre un loyer modéré notamment dans les QPV, en mobilisant les parcs fonciers de la ville et les bailleurs sociaux ;
- l'emploi du conjoint : en Lot-et-Garonne, des groupes de travail conjoints ARS/Conseil départemental sont mobilisés pour cibler le projet professionnel du conjoint et faciliter son installation ;
- la garde d'enfants : plusieurs conseils départementaux proposent de faciliter l'accès à des places en crèche lors de l'installation d'un médecin parent d'un enfant en bas âge.

¹⁹ Retrouver la référence précise (septembre 2015).

²⁰ Conseil national de l'Ordre des médecins, *Étude sur l'installation des jeunes médecins*, avril 2019.

► **Ce type d'aides apparaît cependant susceptible de conforter des projets d'installation et de renforcer l'attractivité des territoires fragiles**

Les contrats incitatifs apparaissent toutefois comme un outil indispensable au sein de cette palette de dispositifs. Si elles jouent rarement un rôle unique et prépondérant dans les choix d'installation des jeunes médecins, elles peuvent néanmoins contribuer à les influencer. Ainsi, selon l'enquête du CNOM, seuls 10 % des internes estiment que les aides proposées ne détermineront « pas du tout » leur installation. Ils sont 48 % à considérer qu'elles la détermineront « un peu » ou « partiellement » et 41 % à considérer qu'elles la détermineront « plutôt » ou « tout à fait ». L'impact des aides semble moins important chez les remplaçants interrogés, qui sont 22 % à considérer qu'elles n'influenceront « pas du tout » leur lieu d'installation.

Les entretiens conduits avec des signataires dans le cadre de ce rapport tendent à corroborer ce constat. La totalité des signataires de PTMG interrogés avaient déjà choisi leur spécialité, leur mode d'exercice et leur lieu d'installation au moment de conclure le contrat.

Il serait cependant prématuré de résumer l'effet de ces contrats à un pur effet d'aubaine. S'ils déterminent rarement le projet d'installation, ils permettent en revanche de le soutenir et de l'accompagner, et peuvent donc favoriser ou accélérer sa concrétisation, voire sa pérennisation sur le moyen terme.

« Le PTMG n'a pas influencé mon lieu d'installation car je savais que je voulais m'installer dans ce village. J'ai d'abord choisi où je voulais m'installer, puis ensuite s'il y avait des aides ou non. Sans cette aide je pense que je ne me serais pas installée directement : j'aurais fait des remplacements multiples avant pour avoir une sécurité financière. »

Une signataire du contrat PTMG

b. Pourtant, elles rencontrent en pratique un succès inégal et globalement mitigé

► **Les différents contrats présentent, dans l'ensemble, un succès assez mitigé.**

Les contrats « État » aujourd'hui :

- **3 185** étudiants ou internes en médecine, étudiants en odontologie ont bénéficié d'une bourse d'étude à travers le contrat d'engagement de service public (CESP) depuis sa création.
- **1 208**²¹ jeunes s'installant ou installés depuis moins d'un an ont signé un contrat de praticien territorial de médecine générale. Le contrat est toujours actif pour 274 d'entre eux²².
- **71** médecins installés ont opté pour le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire. Parmi ceux-ci, 48 sont encore engagés par le contrat²³.
- **19** praticiens en médecine générale, autorisés à effectuer des remplacements en tant qu'internes, ou ayant soutenu leur thèse depuis moins de trois ans peuvent prétendre à travers le contrat praticien territorial de médecin remplaçant à une garantie financière forfaitaire complémentaire pour couvrir les périodes de disponibilité entre deux contrats ; tous sont encore sous contrat.
- **9** médecins de montagne, isolés et confrontés à une forte variation d'activité saisonnière, ont signé un contrat de praticien individuel à activité saisonnière. Le contrat est toujours en cours de validité pour huit d'entre eux.

21 Données provisoires mai 2019.

22 Données provisoires mai 2019.

23 Données provisoires mai 2019.

Les données manquent pour apprécier de façon fine le taux de recours à chacun des dispositifs incitatifs État. On dispose toutefois de quelques ordres de grandeur. Le nombre de contrats PTMG signés en 2018 (environ 200) peut ainsi être rapproché du nombre de médecins ayant démarré une activité en libéral la même année dans une zone sous-dense. Une exploitation rapide du fichier RPPS permet de l'estimer à au moins 2 489 généralistes (il s'agit d'un minimum puisqu'il manquait le lieu d'exercice dans le cas de 2 580 activités de médecins généralistes ayant démarré en 2018), dont une très grande majorité exerce en secteur 1 ou OPTAM, puisque le secteur 2 reste peu répandu en médecine générale. **On peut donc estimer qu'environ 7 à 8 % des médecins éligibles au PTMG en 2018 ont effectivement signé un contrat.**

Ce taux de recours estimé est inférieur à celui observé pour les aides conventionnelles. La Cnam évoque ainsi 733 médecins ayant adhéré au CAIM depuis sa création, un chiffre à rapporter aux 1070 médecins exerçant en secteur 1 ou en OPTAM / OTAM CO et s'étant installés en ZIP en 2017 ou 2018. Elle estime, sur cette base, le taux de recours à 68 %. Le contrat COSCOM, quant à lui, serait effectivement signé par 34 % des médecins éligibles sur la même période.

Cette attractivité, somme toute limitée, des contrats État interroge notamment l'attractivité des zones d'action complémentaires : sur ces zones, pourtant en difficulté, les médecins ne peuvent pas prétendre aux contrats conventionnels démographiques ni à l'exonération fiscale des actes de PDSA.

► **Ce succès mitigé s'explique en partie par une notoriété insuffisante, nourrie en partie par la complexité du dispositif**

L'existence d'un nombre important de dispositifs peut, manifestement, constituer un frein dans le recours à ces contrats. Un jeune médecin qui s'interroge sur les aides disponibles sur son lieu d'installation se voit ainsi confronté à une dizaine de dispositifs distincts : cinq contrats proposés par l'ARS, quatre contrats par l'Assurance maladie, sans compter les aides éventuelles des collectivités territoriales. En effet, si les différences dans le zonage utilisé (les aides conventionnelles ciblant les territoires les plus difficiles) garantissent en principe la cohérence du dispositif d'ensemble, il n'en reste pas moins que les aides incitatives proposées par l'État semblent avoir été construites par empilement historique, au coup par coup, sans réelle vision d'ensemble, ce qui les rend par nature peu lisibles pour leurs bénéficiaires potentiels.

Force est ainsi de constater que ces contrats demeurent très souvent méconnus du public auquel ils sont destinés. Un sondage réalisé par le syndicat MG France auprès de ses adhérents (371 répondants) confirme leur notoriété encore toute relative : le CESP demeure le contrat le mieux connu (par environ les deux tiers des répondants), suivi du PTMG (la moitié environ des répondants). Les trois autres contrats, en revanche, restent plus confidentiels (identifiés par un répondant sur cinq). Ces chiffres tendent probablement à surévaluer la notoriété de ces dispositifs, en raison des biais touchant à la méthode employée comme la composition de l'échantillon (médecins syndiqués, fréquentant le site MG France, avec une forte proportion de maîtres de stage universitaires et d'enseignants).

Des efforts importants ont pourtant été déployés ces dernières années par les ARS ainsi que par l'Assurance maladie afin de permettre aux signataires potentiels de bénéficier d'une information précise et actualisée sur les aides disponibles, notamment par le biais des plateformes d'accompagnement des professionnels de santé.

Les PAPS

Les PAPS ou plateformes d'accompagnement des professionnels de santé, sites Internet destinés aux professionnels de santé libéraux, déclinés dans chaque région, au demeurant encore mal identifiées par les étudiants ou des jeunes diplômés, présentent une information de référence et quasiment exhaustive sur les aides existantes. Ils permettent aussi d'identifier au sein de chaque ARS le référent installation, à même d'orienter ou de renseigner plus précisément les professionnels. Afin d'améliorer la fréquentation, une démarche de rénovation complète de ces sites a d'ailleurs été engagée dans le cadre du plan pour un égal accès aux soins pour en améliorer l'ergonomie, faire évoluer les contenus ou encore proposer de nouveaux services (cartographie interactivité, etc.). La consultation de ces sites est d'ailleurs en progression depuis que cette rénovation a été engagée : entre janvier et mi-juin, le nombre de visites a augmenté de près de 40 % (310 000 visites en juin).

Les PAPS s'adressent essentiellement à un public déjà bien averti, qui connaît le principe de ces aides et cherche à s'enquérir de leurs modalités précises d'attribution. Faire connaître en amont l'existence même de ces dispositifs aux jeunes médecins requiert en revanche des démarches proactives plus coûteuses en temps et en énergie, et nécessairement ponctuelles et variables selon les territoires.

- ▶ Des campagnes nationales de promotion (affiches, réseaux sociaux...) ont été menées à la création de ces dispositifs. Elles ont permis d'en faire connaître l'existence aux premières promotions d'étudiants et d'internes concernés, mais cet effet semble s'essouffler pour les promotions suivantes.
- ▶ Les ARS organisent régulièrement des actions locales de promotion de ces dispositifs, telles que l'organisation de journées d'information au sein des facultés ou la participation à des événements dédiés à l'installation. On peut d'ailleurs regretter que dans un grand nombre de cas, la promotion des contrats « État » s'effectue par des canaux et des supports distincts de ceux utilisés par l'Assurance maladie pour promouvoir ses aides conventionnelles.

D'autres partenaires jouent un rôle essentiel dans cette activité de promotion. Ainsi, dans les entretiens qui ont été menés dans le cadre de ce rapport, l'université et les syndicats étudiants sont fréquemment cités comme relais d'information, mais certains signataires déclarent avoir pris connaissance du dispositif par l'intermédiaire de leurs pairs, qu'il s'agisse de leurs maîtres de stage pendant leurs études ou de leurs confrères une fois installés.

De manière générale, les relais d'information tendent trop souvent à centrer leurs actions de promotion sur les médecins généralistes alors que certains dispositifs d'aides – en particulier conventionnels - sont aussi ouverts aux autres spécialités. Cela peut contribuer à expliquer la méconnaissance de ces derniers ou la croyance persistante qu'ils n'y sont pas éligibles.

Ces différents constats plaident pour l'organisation de campagnes nationales régulières (par exemple, tous les trois ans), coordonnées avec l'Assurance maladie. Ces campagnes devraient être ciblées non seulement sur les internes en médecine, de toutes spécialités, mais également sur les médecins déjà installés en zones fragiles, et notamment les maîtres de stage.

- ▶ **Il peut également s'expliquer par l'inadaptation de certains paramètres ou conditions d'éligibilité**

Un certain nombre de paramètres utilisés dans ces différents contrats pour déterminer l'éligibilité des signataires, ou pour calculer les avantages qui leurs sont proposés, sont aujourd'hui jugés trop complexes ou inadaptés aux besoins et à la pratique des jeunes médecins.

La seconde partie du rapport reviendra en détail sur les paramètres de chaque contrat. Une problématique transversale semble toutefois se dégager : la prise en compte du temps de travail des signataires. En effet, une proportion significative des jeunes médecins souhaite aujourd'hui exercer en libéral à temps partiel, que ce soit par souci de conciliation vie privée/vie professionnelle, pour développer un exercice mixte ou des activités annexes au soin (enseignement, etc.). Comme on le verra, cet état de fait n'est pas pris en compte aujourd'hui de manière satisfaisante dans les contrats jeunes médecins et se trouve complètement passé sous silence par les textes relatifs au CESP.

- ▶ **L'accès des médecins spécialistes à ces dispositifs est aujourd'hui particulièrement limité.**

Deux de ces dispositifs – le PTMG et le PTMR – sont ciblés sur les médecins généralistes. Ceux-ci représentent également une très forte majorité (69 sur 71) des signataires du contrat PTMA depuis sa création. Pourtant, les difficultés d'accès aux soins s'accroissent aujourd'hui dans un grand nombre de spécialités. Une récente étude de la Drees sur les délais d'attente des patients font état d'un délai médian de plus de 100 jours en ophtalmologie, et supérieur à un mois en dermatologie, cardiologie, gynécologie ou encore rhumatologie.

Cela peut s'expliquer en partie par l'inadaptation des dispositifs et en partie par le déficit de communication, et une confusion fréquente entre existence d'un zonage spécialiste et inéligibilité aux aides. À noter que ce phénomène n'est pas spécifique aux contrats État : les spécialistes représentent 10 % des signataires du CAIM, 11 % des signataires du COSCOM, et vraisemblablement une part très limitée des bénéficiaires des aides facultatives locales.

II. QUEL BILAN DES CONTRATS INCITATIFS À LA MAIN DE L'ÉTAT ?

A. Le contrat d'engagement de service public a fait ses preuves mais pourrait être simplifié et conforté

a. Dix ans après sa création, le CESP semble solidement installé dans le paysage des études en santé

Le contrat d'engagement de service public (CESP) a été créé en 2009²⁴ dans le but de favoriser une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire. Ce contrat peut être signé à tout moment à partir de la deuxième année de médecine et jusqu'à la fin du DES. En contrepartie de l'allocation mensuelle qui leur est versée (1 200 euros bruts/mois), les étudiants s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation et pour une durée égale à celle correspondant au versement de l'allocation et qui ne peut être inférieure à deux ans, à titre libéral ou salarié, dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante.

Le CESP constitue aujourd'hui un dispositif plutôt bien rodé et approprié par les acteurs en charge de sa mise en œuvre, qu'il s'agisse des universités, des ARS ou du Centre national de gestion (CNG). Ainsi, la récente enquête réalisée par l'ISNAR-MG auprès d'un panel de signataires²⁵ montre que les difficultés liées au versement de l'allocation sont aujourd'hui peu fréquentes.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) va permettre de conforter ce contrat, en répondant notamment à l'une des difficultés pointées par les organisations étudiantes²⁶. Elle permet en effet de ne pas pénaliser, en cas de changement du zonage, les signataires qui avaient construit un projet professionnel dans un territoire et qui ne seraient finalement plus éligibles au dispositif²⁷.

Le CESP semble trouver progressivement son public. Entre 2010-2011 et 2018-2019, 3 185 contrats ont été signés: 2 543 en médecine et 642 en odontologie. Les données issues du rapport annuel du CNG²⁸ révèlent que :

- le nombre de nouveaux signataires augmente chaque année. Comme le montre le tableau ci-dessous, cette augmentation se fait à un rythme plus élevé en odontologie (croissance de 269% entre 2010-2011 et 2017-2018) qu'en médecine (+ 180 %) ;

Tableau 6 : Evolution du nombre de contrats signés

Discipline	Statut	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	Total cumulé	Evolution 2010-2017 (en %)
Médecine	Etudiants	104	131	119	165	222	236	248	269	1 494	158,7
	Internes	45	73	73	92	113	136	109	149	790	231,1
	Ensemble	149	204	192	257	335	372	357	418	2 284	180,5
<i>Part des étudiants (%)</i>		69,8	64,2	62	64,2	66,3	63,4	69,5	64,4	65,4	
Odontologie	Etudiants				76	108	98	129	132	543	73,7
Ensemble	Etudiants	104	131	119	241	330	334	377	401	2 037	262,5
	Internes	45	73	73	92	113	136	109	149	790	142,2
	Ensemble	149	204	192	333	443	470	486	550	2 827	269,1
<i>Part des étudiants (%)</i>		69,8	64,2	62	72,4	74,5	71,1	77,6	72,9	72,1	

Source : CNG – Données statistiques publiées en juillet 2019 – Données CESP sur les campagnes 2010/2011 à 2017/2018.

24 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

25 Résultats de l'enquête CESP de l'ISNAR – IMG, avril 2019.

26 Résultats de l'enquête CESP de l'ISNAR – IMG, avril 2019.

27 En l'état actuel de la législation, ils sont en effet confrontés à l'alternative consistant à confirmer leur projet professionnel, mais à devoir rembourser en conséquence les sommes perçues au titre du contrat d'engagement de service public, assorties le cas échéant d'une pénalité, ou à devoir changer de projet professionnel au dernier moment et à en reconstruire un autre dans un lieu figurant dans le nouveau zonage.

28 Rapport d'activité du CNG pour 2018.

- ▮ signe que l'attractivité du dispositif s'est considérablement accrue au fil du temps, le nombre de contrats signés rapporté à celui des CESP offerts a fortement progressé : de 37,3 % en 2010-2011, cette part atteint 85 % en 2017-2018, tous CESP confondus²⁹ ;
- ▮ en médecine, la place des spécialités, autre que la médecine générale, est marginale : au 1^{er} janvier 2019, parmi les **1 115 internes** attributaires d'un CESP signés entre 2010 et 2017, 926 ont choisi la médecine générale, soit 83,0 %, et, très loin derrière, deux autres spécialités, l'ophtalmologie (3,4 %) et la psychiatrie (2,5 %)³⁰ ;
- ▮ les premiers effets du CESP sur le renforcement de l'offre dans les territoires en tension s'observent concrètement avec les premières installations : à ce jour, 426 signataires en médecine et 102 signataires en odontologie sont aujourd'hui en exercice dans des zones en difficultés identifiées par les ARS.

b. Il est aujourd'hui nécessaire de revoir l'accompagnement proposé aux signataires de ce dispositif

Les entretiens, les enquêtes des syndicats font ressortir un décalage entre les actions menées par les ARS et les attentes exprimées par les jeunes signataires en matière d'accompagnement. Ainsi, les ARS sont très mobilisées en amont pour faire connaître aux internes et jeunes médecins les aides existantes, et entre autre le CESP, dans différents cadres³¹. Elles peinent, en revanche, à assurer un accompagnement individualisé auprès des signataires.

b.1.L'accompagnement à la construction du projet professionnel

▮ Une attente forte de la part des signataires

Les ARS sont en charge d'organiser un accompagnement individualisé du signataire au cours de sa formation pour préciser le projet professionnel et identifier la zone dans laquelle il souhaite réaliser son engagement. Cet accompagnement est particulièrement attendu des signataires. Lors des entretiens, les jeunes ont souligné que la perspective d'un accompagnement personnalisé faisait partie des éléments qui pouvaient inciter à la signature d'un contrat.

« L'accompagnement est un vrai facteur incitatif pour la signature des contrats, or la déception est grande à ce niveau. »

Un représentant de l'ISNI

Les demandes exprimées en matière d'accompagnement portent notamment sur la maturation du projet professionnel : 85 % des internes interrogés dans le cadre de l'enquête du CNOM n'ont pas de projet professionnel bien défini.

L'une des dimensions importantes de cet accompagnement est l'aide à la connaissance du maillage des structures collectives sur le territoire (structures ouvertes, en projet, postes à pourvoir...). Une telle information est en effet essentielle à l'heure où les jeunes professionnels privilégient massivement l'exercice regroupé voire coordonné. L'enquête du CNOM sur les souhaits d'installation montre en effet que l'installation en libéral s'envisage plutôt soit dans le cadre d'une activité de groupe (24 %), soit d'une MSP (21%), soit d'un exercice mixte (27 %).

29 Source : CNG, Données statistiques publiées en juillet 2019, Données CESP sur les campagnes 2010/2011 à 2017/2018.

30 Source : CNG, Données statistiques publiées en juillet 2019, Données CESP sur les campagnes 2010/2011 à 2017/2018.

31 Actions organisées avec leurs partenaires (facultés, représentants des étudiants et des jeunes ...) : intervention au sein des facultés, manifestations dédiées à l'installation (par exemple : nuits de l'installation en Pays de la Loire).

► Des ARS qui peinent, faute de moyens, à assurer l'accompagnement prévu par les textes

L'accompagnement des signataires est prévu de manière précise par les textes réglementaires relatifs au CESP³² : des échanges entre l'ARS et le signataire doivent avoir lieu au minimum un an après la signature du contrat ainsi qu'à la fin du deuxième cycle des études odontologiques ou médicales. Ils doivent avoir lieu une fois par an à compter de la première année d'internat et jusqu'à l'installation ou la prise de fonctions du signataire.

Toutes les ARS disposent d'un référent CESP. En pratique, toutefois, les contacts avec les signataires se font surtout par mail et par téléphone et principalement à la demande du signataire, et non sur proposition de l'ARS. Celles-ci tendent à concentrer leurs efforts sur deux périodes clés : avant les ECN et au cours de la dernière année d'internat.

La taille de la région et du nombre de signataires jouent bien sûr sur le service proposé. Certaines régions comptent aujourd'hui plusieurs centaines de signataires, ce qui ne leur permet plus du tout d'organiser des contacts réguliers et personnalisés, faute de moyens humains

Ces difficultés identifiées par les ARS font échos aux conclusions de la récente enquête de l'ISNAR-IMG, réalisée auprès de 202 signataires CESP³³ : « la continuité de l'accompagnement n'a été que rarement assurée et ainsi jugée décevante, tant au cours du deuxième que du troisième cycle des études médicales », écrit ainsi l'ISNAR.

Parmi les répondants ayant signé leur CESP au cours des premier et deuxième cycles des études médicales, 78 % déclaraient ne pas avoir eu de référent d'accompagnement. Pour ceux qui déclaraient en avoir un, moins de 20 % d'entre eux le rencontraient régulièrement. L'échange, très rare, avait surtout eu lieu au moment de la signature, de façon plutôt dématérialisée, par mail (40 %) ou entretien téléphonique (32 %). Ces rencontres étaient plus souvent à l'initiative de l'étudiant que du référent du dispositif. La tendance était la même au cours de l'internat alors qu'en principe c'est en troisième cycle que le besoin d'accompagnement est le plus marqué.

► Cet accompagnement pourrait être redéfini et recentré

Dans un contexte de tensions sur les effectifs des ARS, il pourrait être envisagé une réécriture des textes réglementaires relatifs au CESP, afin de recentrer leur accompagnement sur les moments charnières du parcours des signataires (la fin du second cycle et le choix de la spécialité ; la dernière année d'internat). Un rendez-vous individuel, de préférence physique, devrait être proposé à cette occasion. Les autres contacts se feraient par mail ou téléphone, et uniquement à la demande du signataire.

Le contenu de l'accompagnement proposé par les ARS pourrait également être redéfini, et centré principalement autour de deux dimensions :

- d'une part, l'application et l'interprétation des textes réglementaires, qui continuent aujourd'hui à susciter de nombreuses interrogations de la part des signataires ;
- d'autre part, l'information relative aux dynamiques territoriales, afin par exemple de mettre en relation les signataires du CESP avec les éventuels leaders professionnels sur leur futur territoire d'installation.

32 Arrêté du 27 juillet 2010 relatif aux modalités de sélection des bénéficiaires du contrat d'engagement de service public, d'attribution et de suspension de l'allocation prévue à l'article L. 632-6 du Code de l'éducation (art. 2 bis). Arrêté du 29 octobre 2013 relatif aux modalités de passation et d'exécution du contrat d'engagement de service public durant les études odontologiques (art.4).

33 Enquête CESP ISNAR-IMG avril 2019.

Enrichir la FAQ CESP et garantir la fiabilité des réponses

Une foire aux questions (FAQ) nationale a été publiée sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé afin de répondre aux questions fréquemment posées par les étudiants et les internes sur le dispositif CESP.

Les représentants des étudiants, des internes et des jeunes médecins, entendus en audition, ont souligné la qualité de cette FAQ, en regrettant toutefois qu'elle ne couvre pas tous les sujets, et que des divergences d'interprétation subsistent parfois dans les réponses apportées localement.

Leurs interrogations portaient notamment sur les points suivants : le délai possible entre la fin des études et l'installation, la possibilité d'un cumul entre une activité en zone déficitaire et une activité en non déficitaire, les modalités de réalisation des remplacements...

Au-delà de ces deux aspects, les ARS ne disposent ni des effectifs, ni des compétences pour appuyer les étudiants et les internes dans la définition et la maturation de leur projet professionnel. Sur cet aspect, d'autres pistes mériteraient donc d'être explorées, en lien avec les réflexions actuelles sur le guichet unique des professionnels de santé :

- ▶ l'intégration d'un module dédié au sein des maquettes de troisième cycle ;
- ▶ la mise en place de partenariats entre universités et acteurs professionnels (CDOM, URPS, ...), à l'image de ce qui existe en Grand-Est avec le dispositif Passerelles, ou encore en Île-de-France avec le dispositif Initiatives Territoires, afin d'apporter au sein des universités une information précise sur les offres d'installation dans le territoire ;
- ▶ la mise en réseau, via l'ARS et/ou ses partenaires (URPS par exemple), des signataires du CESP entre eux et avec des anciens signataires du contrat, afin de permettre des partages d'expérience, voire de faciliter l'émergence de projets professionnels communs ;
- ▶ plus largement, les dispositifs de parrainage entre médecins d'une même spécialité, organisés par les CDOM, les URPS voire les CPTS dans le cadre de leur mission « Attractivité territoriale ». La récente enquête du CNOM montre en effet que les médecins souhaitent majoritairement être accompagnés par des confrères ou consœurs (à 68 %).

b.2. L'accompagnement à la création d'entreprise

Les jeunes médecins se disent également en demande d'une aide après l'installation pour la gestion entrepreneuriale : cet accompagnement dont la teneur est différente est aussi une demande des signataires des contrats ciblés sur les jeunes médecins qui débutent leur activité (comme le PTMG). Ainsi, 59 % des internes et 43 % des remplaçants enquêtés par le CNOM affirment craindre l'échec économique d'une installation. De fait, s'ils sont 75 % à déclarer envisager l'exercice libéral dans cette enquête, cette aspiration ne se retrouve pas dans le mode d'exercice des nouveaux inscrits à l'Ordre (19 % seulement d'exercice libéral) : on peut supposer que la complexité qui s'attache à la création d'une activité libérale constitue un frein pour de nombreux jeunes médecins.

Il pourrait donc être envisagé de développer en région des partenariats avec les acteurs publics ou privés de l'aide à la création d'entreprise, au bénéfice des signataires du CESP, voire des autres contrats d'aide à l'installation (infra). Cela pourrait permettre de leur proposer en sortie d'internat des formations dédiées ou des offres d'accompagnement sur quelques compétences clés telles que l'élaboration d'un plan de financement ou le choix de la structure juridique.

c. Des ajustements dans les paramètres et dans la mise en œuvre semblent également opportuns

► Encadrer le temps de travail pendant la durée d'engagement

Les textes relatifs au CESP³⁴ prévoient que les signataires s'engagent à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié, dans des lieux d'exercice situés en zone sous-dense, pour une durée déterminée³⁵. Ils sont en revanche silencieux quant aux modalités de cet exercice et, notamment, le temps de travail exigé du jeune médecin.

Les ARS signalent pourtant qu'un grand nombre de signataires envisagent d'exercer à temps partiel, soit pour des raisons touchant à la conciliation entre leur vie privée et leur vie professionnelle, soit parce qu'ils projettent un exercice mixte – par exemple avec un établissement de santé n'étant pas lui-même situé dans une zone sous-dense – ou envisagent de consacrer une partie de leur temps de travail à des activités annexes aux soins, tels que l'enseignement.

Cette évolution interroge l'efficacité du dispositif, puisque cela vient réduire de fait le temps médical proposé dans les zones sous-denses en contrepartie de la bourse d'études. Il pourrait être envisagé d'introduire un encadrement du temps de travail³⁶, en prévoyant qu'un exercice à temps partiel rallonge d'autant la durée d'engagement du bénéficiaire. Par exemple, un interne ayant signé le CESP deux ans avant la fin de ses études est en principe tenu à un exercice dans une zone sous-dense pendant au moins deux ans : dans l'hypothèse où il choisirait d'exercer à mi-temps, cette durée serait doublée (quatre ans au total)³⁷.

La définition du « temps plein » est simple dans le cas d'un exercice salarié, plus délicate s'agissant de l'exercice libéral, l'approche par heures travaillées étant moins pertinente. Il est donc proposé de la définir dans ce cas de figure comme un exercice de neuf demi-journées par semaine. Ce temps de travail ferait l'objet d'une déclaration sur l'honneur par les signataires et serait contrôlé par le biais des horaires de consultations déclarés sur Ameli et/ou les sites dédiés à la prise de rendez-vous en ligne.

► Renforcer le suivi et le contrôle des engagements des signataires

Donner tout son sens au dispositif passe aussi par un renforcement du suivi effectif des engagements des signataires. En effet :

- ce suivi n'est pas aujourd'hui assuré de manière systématique par les ARS, le sujet n'étant pas identifié comme une priorité de leur activité d'inspection – contrôle ;
- lorsqu'une irrégularité dans le respect des engagements est constatée, il est le plus souvent demandé au signataire de rembourser les indemnités qu'il a perçues, mais pas de s'acquitter des majorations prévues par les textes réglementaires ;
- il n'est prévu aucune possibilité de rupture du contrat à l'initiative de l'ARS ou du CNG, alors que certains cas de redoublements successifs pourraient le justifier³⁸. Une possibilité de suspension des versements, voire de rupture unilatérale après un certain nombre de redoublements, pourrait être introduite dans les textes.

34 Article L. 632-6 du Code de l'éducation, article R. 632-66 à 74 du Code de l'éducation. La foire aux questions publiée sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé reste silencieuse sur ce point.

35 La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à deux ans.

36 Cette évolution nécessite une mesure législative, et ne relève pas de la loi de financement de la sécurité sociale puisqu'elle est dénuée d'impact financier.

37 Cette règle a d'ailleurs été mise en œuvre pour certains cas d'exercice mixte ville/hôpital par l'instruction DGOS du 30 janvier 2019 dans le cadre du dispositif dit des « 400 médecins ».

38 Arrêté du 27 juillet 2010.

d. De manière plus structurante, la suppression de la liste parallèle aux ECN pourrait également être envisagée, au profit d'une simple obligation d'installation en zone sous-dense

Le fonctionnement du CESP repose aujourd'hui sur une procédure d'affectation spécifique à deux niveaux du parcours universitaire des signataires.

► Au moment des épreuves classantes nationales

Les étudiants qui ont conclu un CESP en second cycle choisissent, à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN), leur poste d'interne sur une liste spécifique. Cette liste est établie chaque année par arrêté ministériel, qui consulte les ARS, ce qui lui permet de prendre en compte les projets professionnels formulés par les étudiants, soutenus par les ARS. Les ARS répartissent et affectent ces étudiants dans les subdivisions, en fonction du souhait exprimé par les intéressés, de leur rang de classement dans la spécialité et des postes offerts et disponibles sur cette « liste spécifique ».

Ce mécanisme de la liste spécifique a été conçu, au départ, comme un levier d'attractivité du dispositif : la signature d'un CESP pouvait, en effet, permettre à un étudiant d'opter sur cette liste spécifique pour une spécialité que son rang de classement ne lui aurait pas permis de choisir s'il avait eu à choisir sur la même liste que les autres étudiants.

Toutefois, en pratique, ce principe a pu être source d'effets d'aubaine, mal vécus par les promotions d'étudiants de second cycle, et nourrir plusieurs recours contentieux, les étudiants signataires du CESP en venant à considérer à tort comme un droit l'inscription dans la spécialité de leur choix à l'issue des ECN.

Les ARS ont d'ailleurs indiqué que les postes proposés étaient maintenant pour la quasi-totalité des postes de médecine générale. Si les chiffres transmis par le Conseil national de gestion³⁹ ne permettent pas d'objectiver cette évolution de manière flagrante, il convient de prêter une certaine vigilance à ce phénomène, qui de fait rend inefficace la mesure CESP pour orienter les installations des médecins spécialistes vers les territoires en tension et peut restreindre l'attractivité du dispositif auprès des étudiants de second cycle.

La suppression de cette liste parallèle pourrait être une piste pour mettre fin à ces difficultés. Cela pourrait accroître l'attractivité du dispositif au cours du second cycle et permettre de diversifier le profil des signataires CESP (en matières de spécialités médicales). Le CESP serait perçu davantage qu'aujourd'hui comme une véritable bourse d'études en contrepartie d'un exercice en territoire fragile, indépendamment de toute stratégie ou projet lié au choix de spécialité médicale.

Le principal point de difficulté résiderait alors dans le cas de figure où un étudiant signataire du CESP opterait au moment de l'internat pour une spécialité ne connaissant pas de tensions de recrutement (ni en milieu hospitalier ni en milieu ambulatoire). Il y aurait alors un effet d'aubaine pour le signataire, qui bénéficierait de la bourse d'études sans que son exercice ultérieur ne réponde à un besoin particulier en matière d'accès aux soins. Les ARS estiment toutefois que ce cas de figure demeurerait marginal (peu de spécialités concernées). Un garde-fou pourrait toutefois être imaginé, par exemple la possibilité pour l'ARS de rompre le contrat dans le cas d'une spécialité qui serait sur-dotée sur son territoire, ou l'exclusion par arrêté national d'un petit nombre de spécialités médicales qui ne connaissent pas de problèmes de démographie ni d'accès aux soins.

Cette solution comporte aussi un inconvénient, en faisant l'impasse sur le projet professionnel, qui s'avère être une assurance supplémentaire que le signataire ne rompra pas son contrat avant l'installation ; c'est aussi le gage d'une bonne intégration sur le territoire.

En tout état de cause, si cette mesure était adoptée, elle ne pourrait être toutefois que transitoire. En effet, la réforme des épreuves classantes nationales prévue dans la loi OTSS devrait impliquer de fait une disparition de cette liste spécifique.

³⁹ Source CNG.

► À la sortie des études

Au cours de leur dernière année d'étude, les signataires d'un CESP choisissent un futur lieu d'exercice sur une liste nationale de lieux d'exercice. Cette liste est établie par le Centre national de gestion, sur proposition des ARS, qui arrêtent les lieux d'exercice au regard des besoins de la population, de la démographie médicale et du projet professionnel de l'étudiant.

Cette disposition semble moins problématique. Elle constitue même un garde-fou intéressant dans l'hypothèse d'une plus grande ouverture du choix des spécialités, évoquées supra, afin de garantir une orientation effective des jeunes médecins vers des établissements ou des territoires qui connaissent effectivement des tensions de recrutement dans la spécialité concernée. En outre, elle constitue un levier intéressant pour les ARS dans un travail d'animation et de régulation de l'offre de soins sur les territoires. Si elle était pérennisée, il serait opportun d'y inscrire davantage de postes au sein d'établissements médico-sociaux, ainsi que de postes mixtes entre plusieurs établissements ou modes d'exercice, ainsi que le permettent les textes réglementaires relatifs au CESP.

Il pourrait toutefois être étudié la possibilité de supprimer cette liste de lieux d'exercice, au profit d'une obligation pour les professionnels concernés d'exercer dans une zone sous-dense (pour les médecins généralistes) ou sur un poste bénéficiaire de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (pour les médecins de toutes spécialités qui opteraient pour un exercice hospitalier)⁴⁰.

Pour les médecins souhaitant exercer en ambulatoire dans des spécialités autres que la médecine générale, qui ne bénéficient pas encore de zonages adaptés à leur spécialité, les ARS pourraient conserver la faculté d'établir une liste, sur la base d'indicateurs de leurs choix (par exemple la densité médicale, ou la moyenne d'âge dans la spécialité concernée) ; cette liste serait établie de manière pluriannuelle afin d'offrir une visibilité plus importante aux signataires.

40 La PECH vise à soutenir le recrutement des centres hospitaliers pour les spécialités les plus en tension avec un taux national de postes vacants importants ou dans certains territoires ; elle s'adresse aux jeunes praticiens ou assistants contractuels, qui perçoivent une prime en contrepartie d'un engagement à passer le concours de praticien hospitalier et rester, une fois titularisé, au moins trois ans sur ce poste (cf. arrêté du 14 mars 2017).

B. Les contrats « jeunes médecins » : une attractivité à restaurer

a. Le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) : une attractivité à restaurer après la création de l'avantage supplémentaire maternité

a.1. Panorama

Le contrat de praticien territorial de médecine générale s'adresse aux médecins qui souhaitent s'installer ou qui sont installés depuis moins d'un an en cabinet libéral dans un territoire classé comme ZIP ou comme en ZAC. Il est conclu pour une durée d'un an, renouvelable une fois.

Un complément de rémunération (« garantie de revenus ») est versé au signataire si son activité ne lui permet pas d'atteindre un plafond de rémunération établi à 6 900 euros bruts par mois, et à condition qu'il ait réalisé a minima 165 consultations par mois.

Après trois mois d'activité, et toujours sous condition d'avoir réalisé a minima 165 consultations par mois, le signataire peut aussi bénéficier⁴¹ :

- d'un complément de rémunération pour tout arrêt de travail supérieur à sept jours, à hauteur de 1 552,50 euros bruts par mois et ce pendant un maximum de trois mois ;
- d'un complément de rémunération de 3 105 euros bruts mensuels en cas de congé maternité et pendant toute la durée de ce dernier.

1 208 contrats⁴² ont été signés depuis la mise en œuvre de la mesure en septembre 2013. Le nombre annuel de signataires a connu une phase de montée en charge entre 2013 et 2016. En 2017 et, surtout, en 2018, il était en légère décline, ce qui s'explique probablement par l'entrée dans le droit commun de l'avantage supplémentaire maternité, qui a mécaniquement réduit l'attractivité de ce contrat.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre de nouveaux contrats signés (flux)	128	187	203	225	211	207
Stock total de contrats (estimé)	128	315	390	428	436	418

L'enquête conduite auprès des ARS permet de disposer de quelques données sur le profil des signataires :

- il s'agit à peu près de 70 % de femmes⁴³, une proportion plus importante que leur poids dans la population-cible : pour mémoire, les femmes représentaient 64 % des médecins de moins de 34 ans en activité régulière en 2018 ;
- une nette majorité (66 %) exerçait en tant que remplaçants au moment de la signature⁴⁴. Dans 8 % des cas, les signataires avaient été dans le passé signataires d'un CESP.
- Le contrat est généralement signé au moment de la première installation (87 cas sur 150), même s'il peut être conclu à tout moment pendant la première année suivant cette installation.
- La quasi-totalité exercerait toujours sur le même lieu, une fois libérée des engagements du contrat (à un an, à deux ans).

41 Pour une activité de neuf demi-journées par semaine ou plus.

42 Données provisoires mai 2019.

43 Sur l'échantillon de 727 signataires.

44 Sur l'échantillon de 150 signataires.

a.2. La garantie de revenus

L'enquête quantitative conduite auprès de six ARS (échantillon de 727 contrats PTMG) montre que la garantie de revenus constitue le premier poste de dépenses effectuées au titre du contrat PTMG : elle concerne 74 % des dépenses constatées en 2017 et 65 % de celles constatées en 2018. Les entretiens réalisés avec des signataires du contrat confirment que **la garantie de revenus constitue le « cœur » du contrat PTMG, son avantage principal** : « j'ai signé ce contrat pour la sécurité des revenus (...) Évidemment le côté sécurité sociale a compté, mais j'avais déjà une bonne prévoyance. J'ai pris le PTMG comme une aide à la mise en route du cabinet, qui m'a permis d'être un peu plus sereine », a par exemple déclaré l'une des signataires enquêtées.

La mobilisation de cette garantie n'est pas systématique mais concerne une très nette majorité des signataires.

- ▶ Au cours du premier mois, 10 % des signataires n'avaient pas atteint le seuil minimal (165 consultations) et 48 % avaient immédiatement dépassé le plafond du PTMG. Seuls 42 % avaient mobilisé la garantie de revenu sur cette période.
- ▶ Au cours des trois premiers mois, seulement 3 % des signataires n'avaient jamais atteint le seuil minimal, 33 % avaient systématiquement dépassé le plafond et 64 % avaient mobilisé la garantie au moins une fois.

Au total, sur l'ensemble de la durée du contrat (deux ans), l'enquête conduite auprès des ARS permet d'estimer que la garantie financière est mobilisée au moins une fois dans 85 % des cas.

Les signataires interrogés au cours de la mission semblent considérer qu'elle est surtout utile au cours de la première année :

« La garantie de ressource a été primordiale les 9 premiers mois et rassurante quasiment la première année, maintenant ma patientèle est faite, je n'en ai financièrement plus besoin et je suis psychologiquement rassurée sur l'évolution de mon cabinet, je n'ai plus besoin de cette béquille qui m'a sécurisée initialement. »

Une signataire

Qu'elle soit mobilisée ou non de manière régulière, la garantie de revenus peut avoir un effet psychologiquement sécurisant, y compris pour ceux des bénéficiaires qui ne la mobilisent pas, ou très peu, en pratique. Elle apparaît comme rassurante, dans une période particulièrement anxiogène pour les jeunes médecins, et dans un contexte où le risque économique associé à l'exercice libéral fait peur : l'enquête du CNOM montre ainsi que le risque économique est perçu comme un frein à l'installation pour 59 % des internes et 43 % des remplaçants (« tout à fait le cas » dans respectivement 23% et 24% des cas).⁴⁵

« Quand on s'installe et qu'on entreprend pour la première fois c'est l'inconnu, et je craignais les aléas matériels, j'avais peur que les patients ne viennent pas me voir et que l'activité du cabinet ne décolle pas. »

Une signataire

Cette anxiété peut paraître étonnante, puisque les jeunes médecins ont rarement du mal à constituer leur patientèle dans les territoires frappés par la désertification médicale. Elle doit toutefois être replacée dans le contexte personnel qui est souvent celui des signataires : « On s'installe tous vers les 30 ans : on a des charges familiales, souvent un prêt immobilier. Il existe un certain besoin de garantie de revenus les premiers mois, quel que soit le lieu où l'on exerce, et d'autant plus s'il est isolé ».

⁴⁵ CNOM/commission jeunes médecins/Étude sur l'installation des jeunes médecins.

La garantie de revenus permet ainsi de sécuriser économiquement les jeunes installés pendant la période de constitution de leur patientèle. De l'aveu-même des signataires interrogés, elle remplit également une autre fonction : celle de limiter la perte de revenus pendant leurs périodes de congés. Cet usage n'était probablement pas celui initialement envisagé au moment de la conception du dispositif, et peut parfois être perçu comme un effet d'aubaine. Toutefois, il peut également s'avérer vertueux, en accompagnant la transition des jeunes médecins entre le modèle salarié qu'ils ont connu pendant leur internat – associé à des congés payés – et un modèle libéral au sein duquel toute interruption de travail est synonyme de perte de chiffres d'affaires. À ce titre, on peut considérer que ce type de mobilisation de la garantie de revenus contribue, au moins la première année, à faciliter et à pérenniser l'installation en libéral.

a.3. L'avantage maladie - maternité

La garantie maternité est mobilisée pour 20 % des contrats de l'échantillon. La garantie maladie est mobilisée pour 7 % d'entre eux.

En novembre 2017, la signature de l'avenant 3 à la convention médicale a instauré des aides maternité, paternité, et adoption, dites avantage supplémentaire maternité, au bénéfice de l'ensemble des médecins conventionnés. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017⁴⁶ prévoit le non-cumul de ces aides conventionnelles avec celles accordées dans le cadre des contrats PTMG et PTMA⁴⁷.

Certaines ARS continuent toutefois de prendre en charge l'avantage maternité sur leur FIR : dans l'enquête conduite auprès de 6 ARS, c'était le cas de 51 contrats actifs. Il s'agit pour l'essentiel de contrats signés avant novembre 2017, mais également de contrats ultérieurs. En effet, le décret fixant le contrat-type PTMG n'a pas été modifié suite à ces évolutions, de sorte qu'il prévoit toujours des dispositions relatives à l'avantage maternité. En conséquence, certaines CPAM refusent de payer ces indemnités au titre de l'avantage supplémentaire maternité en application de la règle de non cumul. Le FIR reste alors mobilisé pour les congés maternité des professionnels signataires de contrats PTMG.

L'avantage maladie seul, au vu de sa faible mobilisation par les signataires, semble insuffisant pour préserver l'attractivité du contrat PTMG à l'avenir, dans un contexte où l'avantage maternité fait désormais partie du droit commun pour les jeunes installés.

b. Le PTMA : un contrat qui n'a pas su trouver sa place au sein de la palette de dispositifs

b.1. Panorama général

Le praticien territorial de médecine ambulatoire peut être un médecin généraliste ou spécialiste. Il s'engage, pour une durée de 36 à 72 mois, à exercer une activité en tarifs opposables (ou contrat OPTAM) dans une zone sous-dense pendant cette période, en contrepartie du versement d'une rémunération forfaitaire lorsqu'il interrompt son activité médicale pour cause de maternité ou de paternité⁴⁸, à la seule condition de se faire remplacer pendant cette période. La LFSS pour 2017 a prévu, pour tirer les conséquences de la bascule dans le droit commun de l'avantage maternité/paternité, de le remplacer par une rémunération complémentaire en cas d'interruption d'activité pour maladie, sur le modèle de celle prévue dans le contrat PTMG.

Opérationnel depuis fin 2015⁴⁹, ce dispositif peine à décoller avec seulement 71 signataires répartis dans dix régions.⁵⁰

46 Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016.

47 Les articles L. 1435-4-2 (contrat de PTMG) et L. 1435-4-3 (contrat de PTMA) ont été modifiés. Ces deux articles précisent que « La conclusion de ce contrat n'est pas cumulable avec la perception de l'aide financière prévue au 25° de l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale. »

48 Article L1435-4-3 du Code de la santé publique.

49 Décret et arrêté du 26 octobre 2015.

50 Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand-Est, IDF, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, PACA, Pays de la Loire.

85 % des signataires sont des femmes, une surreprésentation nette si on compare avec la proportion de femmes parmi les médecins toutes spécialités en activité régulière en 2018 (64 % de femmes parmi les moins de 34 ans et 57 % parmi les 35-39 ans), et 64 % avaient moins de 35 ans au moment de la signature du contrat. Cette physionomie des signataires semble cohérente avec l'objet du contrat, qui permet principalement de sécuriser les contrats maternité et paternité.

b.2.Des avantages trop maigres pour assurer l'attractivité du contrat

D'après l'enquête conduite auprès des ARS, depuis la création du PTMA, quatre signataires avaient pu bénéficier d'un versement maladie (6 %) et treize d'un versement au titre de la maternité (19 %). Une très grande majorité de signataires n'ont jamais touché quoi que ce soit, ce qui confirme le peu d'intérêt de ce dispositif, que certaines organisations syndicales ont même pu décrire comme un « contrat gadget ».

b.3.Un contrat d'aide au maintien des généralistes plutôt qu'à l'installation des spécialistes

La création du PTMA se justifiait par une double spécificité par rapport au contrat PTMG. D'une part, celui-ci est ouvert aux spécialités autres que la médecine générale. D'autre part, contrairement au PTMG, réservé aux médecins non encore installés, ou installés depuis moins d'un an, il est ouvert à l'ensemble des médecins, quelle que soit leur date d'installation. La vocation du PTMA était donc double, à la fois contrat « spécialistes » et contrat de « maintien » sur le territoire sous-dense.

En pratique, en réalité, seulement deux spécialistes (deux pédiatres) figurent parmi les signataires du dispositif depuis sa création (soit 3% des signataires).

La quasi-totalité des signataires sont des généralistes (69 sur 71). Dans la majorité des cas, la signature s'inscrit dans le prolongement d'un contrat PTMG : le PTMA est donc, dans les faits, essentiellement un contrat d'aide au maintien des médecins généralistes sur les zones fragiles.

c. Le contrat de praticien territorial de médecine de remplacement (PTMR) : un besoin réel pour favoriser le remplacement en zone fragile mais un contrat mal calibré et complexe d'utilisation

c.1.La localisation géographique des remplacements, une question stratégique pour les pouvoirs publics

L'exercice en tant que remplaçant est fréquent pendant l'internat ou les années suivant l'obtention du DES. D'après l'Atlas de la démographie médicale du CNOM, 23 % des médecins nouvellement inscrits à l'Ordre des médecins exercent comme remplaçants, deux fois plus que ceux exerçant comme libéraux (12 %). Contrairement à une idée répandue, le remplacement n'est que très rarement conçu comme un projet professionnel pérenne : il constitue dans une très grande majorité des cas une transition vers l'installation de plein exercice. 80 % des remplaçants interrogés par le CNOM ont ainsi prévu de s'installer (dans l'année pour 28 % des cas, dans les trois ans à venir pour 37 % des cas).

Les remplaçants « actifs » sont géographiquement très concentrés dans les départements universitaires et urbains. Pourtant, orienter les remplacements vers les zones fragiles en matière d'offre de soins est doublement stratégique. D'une part, parce que cela contribue au confort d'exercice des médecins qui y sont installés et donc à la pérennité de leur présence dans ces territoires. D'autre part, parce que cela peut contribuer à y orienter les installations. Le remplacement, « premier contact réel avec le statut de libéral »⁵¹, constitue souvent un moyen pour le jeune médecin d'affiner son projet professionnel en découvrant différents territoires, modes d'exercice et types de patientèle. Ainsi, un jeune médecin a considérablement plus de chances de s'installer sur un territoire fragile s'il y a déjà effectué des remplacements, qui lui auront permis de se familiariser avec ses spécificités et d'y développer un réseau professionnel. 81 % des installés ont été remplaçants exclusifs avant de s'installer selon la récente étude du CNOM⁵².

« Le temps de remplacement est essentiel. Il permet de faire connaissance humainement avec ses futurs collègues. On s'installe le plus souvent là où on a remplacé. »

Une jeune médecin

c.2. Le PTMR rencontre pourtant peu de succès en pratique

Pour les jeunes médecins, la période de remplacement peut être « source d'angoisses et de perte de repères après la fin d'études longues et exigeantes »⁵³. Le PTMR a été conçu comme un outil d'accompagnement et de sécurisation proposé aux jeunes praticiens pendant cette période charnière, à condition qu'ils réalisent leurs remplacements dans des territoires considérés comme sous-denses. Il a été ciblé sur les seuls généralistes.

Ce contrat, conclu pour douze mois, offre en principe à ces signataires un appui à la gestion de ses remplacements par l'ARS, ainsi que des rémunérations complémentaires pour couvrir les périodes de disponibilité entre les remplacements ainsi que les périodes d'interruption d'activité pour cause de maternité, paternité ou maladie⁵⁴. Ces deux avantages sont soumis à des seuils d'activité différents (cf. infra).

D'application récente⁵⁵, il est peu répandu en pratique : 19 contrats ont été signés depuis 2017. La région Pays de la Loire concentre une grande partie de ces effectifs (30 %), preuve qu'une politique régionale de promotion dynamique peut s'avérer déterminante dans le succès du contrat. Les internes n'ayant pas soutenu leur thèse au moment de la signature sont les plus nombreux (15 sur 19). Il s'agit essentiellement de femmes (16 sur 19).

c.3. La garantie de revenus

Le contrat permet le versement d'une rémunération forfaitaire, égale au montant de 200 consultations de médecine générale au tarif opposable soit 5 000 euros, à condition d'avoir réalisé au moins 5 000 actes au cours de l'année écoulée. Ce seuil est ramené à 2 500 pour les jeunes médecins déclarant travailler à temps partiel.

51 Réagjir, sécurisation des débuts d'exercice, 2018.

52 Étude CNOM sur l'installation des jeunes médecins avril 2019.

53 Réagjir.

54 Article L. 1435-4-5.

55 Publication des textes d'application en mai 2017.

Cette rémunération semble toutefois peu voire jamais mobilisée en pratique, ce qui peut d'ailleurs contribuer à expliquer l'attractivité relativement limitée de ce contrat. Le seuil d'activité (5 000 actes par an) est jugé extrêmement difficile à atteindre par les médecins comme par les ARS. De fait, il est supérieur au nombre d'actes annuels moyens réalisés par les médecins généralistes⁵⁶. Par ailleurs, le mécanisme de versement annuel semble peu adapté aux contraintes de trésorerie des signataires, qui doivent affronter des périodes d'inactivité alors même qu'ils débutent le plus souvent leur vie professionnelle sans épargne significative.

c.4.L'avantage maladie / maternité

Les autres garanties (maladie / maternité) sont accessibles à partir de 3 750 consultations par an (1 875 en cas de temps partiel).

Les remplaçants qui ne sont pas directement conventionnés à l'Assurance maladie ne bénéficiant pas des avantages conférés par l'avenant conventionnel (avenant 3 à la convention médicale) en matière d'avantage supplémentaire maternité, le contrat PTMR conserve son attrait sur ce point. Les ARS en ont d'ailleurs fait un argument de promotion du contrat.

d. Le contrat de Praticien Isolé à Activité Saisonnière : répondre à la situation particulière de l'exercice dans les zones de montagne à afflux touristique

d.1.Panorama

Le contrat de praticien isolé à activité saisonnière, prévu à l'article L. 1435-4-4 du Code de la santé publique, d'une durée plus longue que les autres contrats (36 à 72 mois), est ciblé sur les médecins généralistes conventionnés en secteur 1, à condition qu'ils exercent de manière continue et exclusive dans un territoire isolé⁵⁷, situé ou non dans une zone sous-dense, avec une activité marquée par une forte saisonnalité⁵⁸. Les revenus tirés de leur activité de soins doivent être inférieurs à un seuil fixé par rapport au montant régional moyen d'honoraires des généralistes (sans dépassement).

Les médecins éligibles peuvent prétendre à une rémunération complémentaire, composée d'une aide à l'investissement forfaitaire (2 300 euros), ainsi que d'une aide à l'activité (5 % des revenus annuels des activités de soins, plafonné à 4 600 euros par an).

En pratique ce contrat s'adresse aux médecins de zone de montagne. De ce fait, seules trois ARS se sont vu déléguer les crédits permettant la mise en œuvre de ce contrat : l'Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Aujourd'hui, on dénombre seulement neuf bénéficiaires de ce contrat sur les trois régions concernées.

d.2.Les spécificités de l'exercice isolé avec une activité saisonnière justifient un soutien spécifique

Les zones qui connaissent de forts afflux saisonniers – généralement, des afflux touristiques pendant l'hiver ou la période estivale – ont souvent des difficultés à maintenir une présence médicale à l'année. Les médecins peinent en effet à dégager un revenu suffisant pendant la basse saison. Les zones touristiques présentent souvent des loyers et un coût de la vie supérieur à la moyenne, dans des proportions cependant variables selon les territoires.

56 D'après les données transmises par la Cnam : en 2018, les médecins Généralistes hors MEP ont réalisé 232 millions de consultations et 20,5 millions de visites. Soit un total annuel de 4 400 consultations et 390 visites par médecin généraliste (4 790 actes par an).

57 Zone reconnue comme fragile par l'ARS, caractérisée par un éloignement de plus de 30 minutes d'un service d'urgence et ayant une densité de population inférieure à 100 habitants au kilomètre carré.

58 Avoir pendant 6 mois de l'année, non obligatoirement consécutifs, une rémunération supérieure de 25 % aux six mois restant de la période annuelle.

En outre, les flux touristiques impliquent une typologie particulière des activités de soins. Le suivi de patients au long cours (activité de médecin traitant) représente une part naturellement faible de l'activité des médecins implantés dans ces territoires, au profit des prises en charge ponctuelles et généralement non programmées. Dans les territoires isolés, situés à une distance importante du Smur le plus proche, ces demandes de soins non programmés incluent la prise en charge de petites urgences, telles que la petite traumatologie.

Cela peut avoir des conséquences négatives sur la rémunération des médecins : les soins non programmés les plus complexes impliquent des durées de consultations plus longues, et la faible proportion de patients suivis au long cours réduit mécaniquement les rémunérations conventionnelles associées (rémunération sur objectifs de santé publique, forfait patientèle médecin traitant, etc.).

On peut noter toutefois que ces difficultés liées à la saisonnalité ne sont pas propres aux seules zones de montagne. Elles se présentent de manière similaire dans l'ensemble des zones touristiques isolées, telles que les îles, ou même certaines presqu'îles enclavées, et sur lesquelles aucun service d'accueil d'urgence n'est implanté (telles que, par exemple, la presqu'île de Quiberon).

Les cabinets de montagne présentent, certes, d'autres caractéristiques qui leur sont propres. En particulier, la pratique des sports de montagne impose aux cabinets médicaux la présence d'équipements d'imagerie, eux-mêmes assez coûteux, ainsi que de compétences spécifiques en matière d'aide médicale urgente. Les ARS ont conçu des dispositifs de soutien ad hoc, au travers du label « cabinet de montagne », pour répondre à ces difficultés.

Les « cabinets de montagne » : un label créé par ARS Auvergne-Rhône –Alpes, pour répondre aux besoins sanitaires spécifiques dans les zones de montagne

Les cabinets de montagne sont indispensables à la prise en charge des populations touristiques saisonnières et locales.

Toutefois leur pérennité est fragilisée du fait de la lourdeur des charges de structures qu'ils doivent assumer et les difficultés rencontrées pour assurer le remplacement des médecins qui partent en retraite.

Les charges de structures de ces cabinets sont bien plus importantes que celles habituellement observées dans les cabinets de médecine générale : les médecins de montagne, du fait de la spécificité de leurs pratiques, doivent doter leurs cabinets d'équipements d'imagerie coûteux.

La reconnaissance de ces besoins spécifiques a conduit l'ARS AURA à créer un label « cabinet de montagne » ; cette labellisation permet de définir le niveau de prise en charge des patients et de déterminer, en fonction, le montant du soutien financier pour l'équipement adapté.

Deux niveaux ont été définis :

- ▶ le niveau 1 correspond à un niveau technique de base pour assurer les diagnostics et les soins traumatologiques ;
- ▶ le niveau 2 doit permettre la prise en charge des patients qui ne peuvent pas attendre plus d'une heure ce qui nécessite par conséquent un plateau technique plus développé en terme d'équipements et de ressources humaines formées. Dans ce cas de figure, des médecins généralistes sont formés à être « médecins correspondants du Samu ».

L'aide accordée peut aller jusqu'à 28 000 euros des dépenses estimées pour l'investissement projeté pour les cabinets de niveau 1, et jusqu'à 45 000 euros pour les cabinets de niveau 2. Pour la labellisation, l'ARS procède par appel à projet, sur la base d'un cahier des charges précis. L'ARS a labellisé à ce jour 44 cabinets de montagne⁵⁹.

59 Données juin 2019.

d.3. Les critères et le mode de calcul du PIAS mériteraient toutefois d'être revus en profondeur

Les critères du PIAS, trop restrictifs et peu adaptés, peuvent expliquer son faible succès. En particulier :

- ▶ le critère de revenu (les revenus tirés par les médecins de leurs activités de soins doivent être inférieurs à un seuil fixé par rapport au montant régional moyen d'honoraires des généralistes sans dépassement) est complexe à appréhender pour les ARS comme pour les signataires. En outre, l'approche par le revenu d'activité des médecins ne permet pas de prendre en compte les charges, alors mêmes que celles-ci sont, on l'a vu, structurellement plus élevées que la moyenne ;
- ▶ le critère d'activité isolée – ou du moins sa traduction réglementaire (éloignement de 30 minutes d'un service d'accueil d'urgence) – est paradoxal, à l'heure où on incite les médecins à prendre en charge « en ville » les soins non programmés. Il est surtout d'application difficile et contestée en pratique, puisque l'éloignement effectif varie selon les conditions météorologiques (un facteur important dans les stations de montagne) et le trafic routier.

III. PROPOSITION DE REFORME DES CONTRATS « JEUNES MEDECINS » : VERS UN CONTRAT UNIQUE DE PRATICIEN TERRITORIAL ?

Les contrats « jeunes médecins » souffrent aujourd'hui, on l'a vu, de leur nombre important et du manque de lisibilité du dispositif d'ensemble. Associé à des conditions d'accès complexes, et variables d'un contrat à l'autre, cet éparpillement constitue probablement une source importante de non-recours. Il est donc proposé de fusionner les quatre contrats « jeunes médecins » existants (le PTMG, le PTMA, le PTMR et le PIAS) dans un contrat unique de praticien territorial. Cela permettrait de les rassembler dans une « marque » commune, avec des conditions d'accès identiques et une dénomination unique. Les représentants des jeunes médecins proposent de baptiser ce nouveau contrat : « contrat de début d'exercice ».

Ce contrat unique conserverait toutefois des « options » permettant aux médecins spécialistes, aux médecins remplaçants ainsi qu'aux médecins installés dans les territoires à forts afflux saisonniers, de bénéficier de paramètres adaptés à leurs spécificités.

A. Un contrat ouvert aux jeunes médecins, nouveaux et futurs installés, sous condition d'exercice coordonné

a. Un contrat ouvert à l'ensemble des jeunes médecins s'installant en zone sous-dense

Le contrat de praticien territorial serait ouvert aux jeunes médecins non encore installés, ou aux installés depuis moins d'un an dans une zone sous-dense, ainsi qu'aux étudiants ou médecins exerçant en tant que remplaçants. Par rapport à la palette de dispositifs antérieurs, cela sous-tend plusieurs évolutions importantes.

D'une part, le nouveau contrat serait uniquement centré sur le soutien aux installations, et non plus au maintien dans les territoires fragiles. Cette évolution est cohérente avec les évolutions apportées en 2016 dans le champ des aides conventionnelles par l'Assurance maladie, qui ont favorisé les aides à l'installation (montant d'aide substantielle pour aider à l'installation et mise en place d'une aide plus faible pour le maintien dans les zones sous denses), dans le souci de limiter les effets d'aubaine.

Si le maintien sur le territoire constitue aujourd'hui l'une des cibles du PTMA, on observe qu'en pratique ce contrat touche essentiellement des anciens signataires du PTMG, qui se voient ainsi proposer une sortie progressive des dispositifs incitatifs. Le contrat de praticien territorial pourrait donc être proposé pour une durée de deux à trois ans, avec une diminution progressive des avantages proposés aux signataires : cela lui permettrait de remplir efficacement cette fonction de stabilisation de ses signataires, tout en évitant les effets d'aubaine qu'implique nécessairement l'octroi d'avantages substantiels à des médecins déjà installés.

D'autre part, ce nouveau contrat serait ouvert à l'ensemble des spécialités médicales, dès lors que le médecin signataire exerce en libéral et exerce en secteur 1 ou adhère à l'OPTAM-OPTAM-CO. Aujourd'hui, les médecins exerçant une spécialité autre que la médecine générale n'étaient éligibles qu'au contrat PTMA, qui ne comportait pas de garantie de revenus. Les remplaçants de ces spécialités médicales n'étaient éligibles à aucune aide contractuelle.

Cette ouverture plus large aux spécialités médicales posera nécessairement la question du zonage applicable. Il est proposé d'utiliser, pour attribuer ces aides, le zonage « médecins généralistes », en accordant aux ARS la possibilité d'y déroger, afin de pouvoir soutenir une installation dans un territoire qui, sans être classé en ZIP ou en ZAC, présenterait toutefois des difficultés objectives d'accès aux soins dans la spécialité concernée.

b. Un contrat sous condition de tarifs opposables et d'exercice coordonné

Les dispositions législatives relatives au PTMG et au PTMA prévoient que ces contrats puissent « prévoir des engagements individualisés », qui peuvent porter sur « les modalités d'exercice, le respect des tarifs opposables, la prescription, des actions d'amélioration des pratiques, des actions de dépistage, de prévention et d'éducation à la santé, des actions destinées à favoriser la continuité de la coordination des soins, la permanence des soins ainsi que sur des actions de collaboration auprès d'autres médecins ».

En pratique, toutefois, cette clause semble inscrite de manière automatique et rarement personnalisée au sein des contrats signés par les jeunes médecins. Il est très difficile pour les ARS de définir des engagements précis, à la fois parce qu'elles risquent de limiter ainsi l'attractivité du dispositif, et parce qu'une partie de ces « engagements » (dépistage, prévention, prescription...) relève en réalité des bonnes pratiques valorisées dans le cadre conventionnel de droit commun au travers, notamment, de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Plus fondamentalement, il leur est difficile, voire quasiment impossible, d'en vérifier le respect effectif par les signataires.

Il est donc proposé de ne pas reproduire cette référence dans les dispositions relatives au futur contrat unique, au profit de deux conditions plus simples et plus aisément vérifiables :

- ▶ l'obligation pour les médecins conventionnés d'exercer en tarifs opposables (secteur 1) ou d'adhérer au contrat de maîtrise des dépassements d'honoraires OPTAM ou OPTAM CO ;
- ▶ l'obligation pour le signataire de s'inscrire dans un dispositif d'exercice coordonné, qu'il s'agisse d'une équipe de soins primaires ou spécialisée, d'une maison de santé, d'un centre de santé ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé.

Cette seconde obligation serait cohérente avec l'ambition portée par Ma Santé 2022, qui entend faire de l'exercice coordonné le cadre de droit commun pour l'exercice ambulatoire des professionnels de santé d'ici la fin du quinquennat. Elle est également un facteur d'efficacité et d'efficience à double titre : l'exercice coordonné est de nature à favoriser le maintien des médecins sur un territoire, ainsi qu'un gage d'amélioration des pratiques, de continuité et de coordination des soins, comme l'ont montré les travaux de l'IRDES.

Elle introduirait en outre une cohérence nouvelle entre les contrats incitatifs proposés par l'État et les aides conventionnelles. Les deux principaux contrats (CAIM et COSCOM) sont en effet en grande partie soumis à une condition semblable, bien qu'elle soit formulée de façon plus large, incluant à la fois l'exercice coordonné et l'exercice regroupé.

Il convient d'ailleurs de noter que les aides des collectivités locales peuvent également être « subordonnées à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluri-professionnel destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins »⁶⁰ : cette possibilité, prévue par la loi, semble toutefois très peu utilisée en pratique.

c. Une condition de participation à la permanence des soins ?

Au-delà de cette double condition d'exercice coordonné et de tarifs opposables, on peut s'interroger sur l'opportunité d'inscrire, dans ce nouveau contrat, une condition de participation à la permanence des soins, telle qu'elle figure par exemple dans le contrat CAIM de l'Assurance maladie⁶¹. La permanence des soins était mentionnée comme une contrepartie parmi d'autres au sein des nombreux « engagements individualisés » que comportaient les contrats PTMG et PTMA. Elle faisait l'objet de pratiques différentes selon les ARS, certaines ayant choisi de mettre résolument l'accent dessus dans leur communication vis-à-vis des signataires et potentiels signataires quand d'autres conservaient prudemment un silence pudique sur le sujet.

60 L. 1518-11 du Code général des collectivités territoriales.

61 Une autre solution envisageable – probablement moins efficace – serait de laisser les signataires libres de participer ou non à la PDSA, mais de les y inciter financièrement via le mode de calcul de la garantie de revenus, en incluant les actes réalisés pendant la PDSA dans le calcul du seuil d'activité, mais pas du plafond de revenus.

La participation des jeunes médecins à la permanence des soins ambulatoires constitue un enjeu stratégique à l'heure où l'on observe une érosion continue du volontariat des médecins (38,6 % en 2018), en raison de facteurs multiples : évolution du temps de travail des médecins et de leurs attentes en matière de conciliation vie privée/vie professionnelle, modifications dans l'organisation de la PDSA, redécoupage des territoires de garde, etc. Or, la faiblesse du nombre de médecins volontaires peut remettre en cause l'existence même d'une permanence des soins, particulièrement sur les territoires fragiles, ou conduire à l'accroissement du nombre de gardes par médecin, parfois dans des proportions difficilement supportables, entraînant ainsi un cercle vicieux du désengagement.

Une telle condition pourrait permettre de consolider le tour de garde dans les territoires d'installation des signataires. Elle représenterait pour les signataires une charge de travail relativement raisonnable : d'après le Conseil national de l'ordre des médecins⁶², en effet, les médecins effecteurs de la PDSA auraient chacun réalisé 31 gardes en moyenne en 2018⁶³, soit deux toutes les trois semaines, un chiffre probablement légèrement surévalué puisqu'il intègre les médecins travaillant dans des associations spécialisées telles que SOS Médecins.

Cette moyenne masque toutefois d'importantes disparités, comme le souligne d'ailleurs ce même rapport du CNOM. Or, **cette condition se révélerait probablement d'application difficile dans les territoires qui connaissent d'ores et déjà une situation très tendue en matière de PDSA**, puisqu'elle entraînerait de ce fait une charge de travail supplémentaire très importante. 37 % des territoires de PDSA sont couverts par moins de dix médecins volontaires, et 18 % par moins de cinq médecins volontaires ; le nombre de gardes par effecteur peut s'élever, dans certains départements, à plus de 130 par an. L'effet répulsif serait alors extrêmement puissant pour les signataires potentiels. Une solution pourrait être d'inscrire dans le futur contrat une obligation de participation à la PDSA « sauf dérogation accordée par le conseil d'Ordre des médecins », à l'image de la clause qui figure dans le CAIM. Le CDOM dispose en effet de la possibilité d'exempter les médecins de cette participation, pour tenir compte de leur âge, de leur état de santé mais aussi de leurs « conditions d'exercice »⁶⁴.

62 Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la PDSA en médecine générale au 31 décembre 2018.

63 Une garde correspondant majoritairement à un créneau de 4 heures mais pouvant aussi être un créneau de 8 heures ou de 12 heures les dimanches et jours fériés.

64 Article R. 6315-4 du Code de la santé publique.

B. Des avantages rénovés : le futur contrat pourrait s'appuyer sur une garantie de revenu différentielle associée à un avantage maladie et à un accompagnement adapté

a. Une garantie de revenus pour tous les signataires

Parmi les quatre contrats existants, trois proposent un complément de revenus⁶⁵, mais selon des modalités différentes :

- ▶ le PTMG repose, on l'a vu, sur une logique de garantie de revenus, c'est-à-dire sur un complément de revenus calculé de manière « différentielle » (différence entre le niveau de revenu du signataire et un plafond fixé par décret) ;
- ▶ le PTMR et le PIAS reposent en revanche sur des compléments de revenus forfaitaires, c'est-à-dire une somme fixée à l'avance et versée dans son intégralité dès lors que le signataire en remplit les conditions.

Parmi ces différents mécanismes possibles, **il convient de privilégier, au sein du futur contrat unique, le mécanisme de garantie de revenus du PTMG**. Bien que son calcul soit plus complexe pour l'administration en charge de la liquidation, ce mécanisme est en fait plus simple à appréhender et surtout, plus facile à gérer pour le signataire qu'un versement forfaitaire, puisqu'il lui permet de connaître à l'avance son niveau global de revenus. En outre, il limite considérablement les effets de seuil que présente nécessairement un versement forfaitaire.

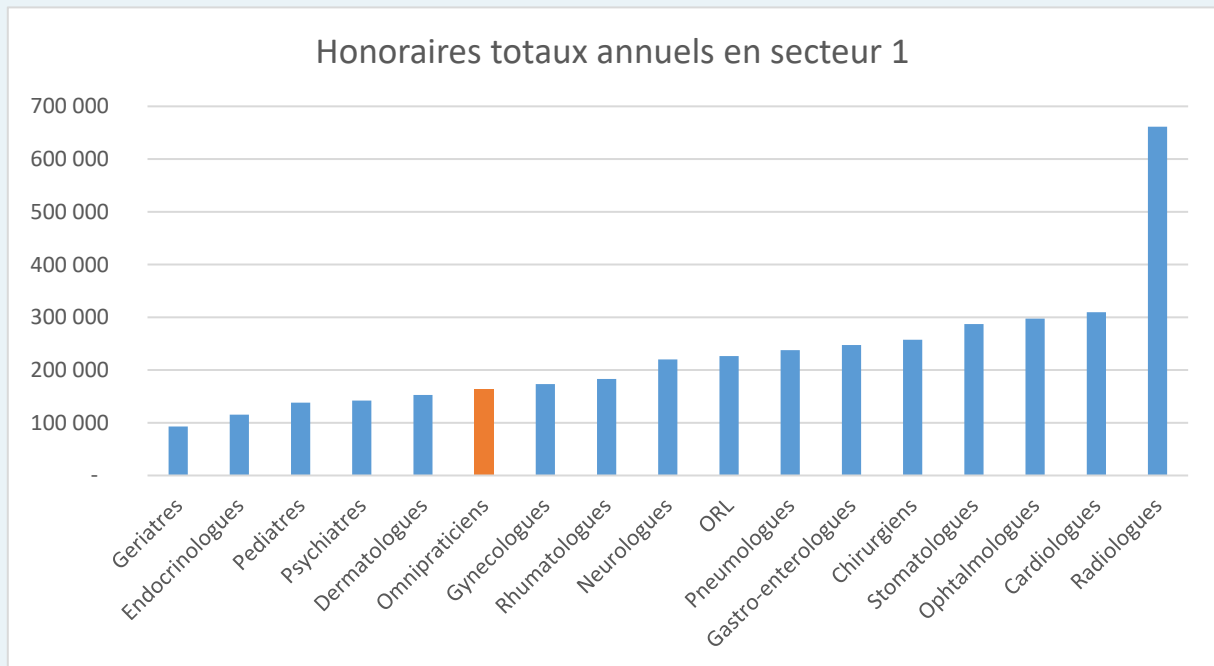
Une garantie de revenus pourrait ainsi à l'avenir être proposée à tous les jeunes médecins signataires du contrat de praticien territorial, quel que soit leur profil : généraliste, spécialiste, remplaçant, praticien à activité saisonnière. Des adaptations dans le mode de calcul devront toutefois être prévues pour prendre en compte les spécificités de certains profils :

- ▶ S'agissant des **spécialités** autres que la médecine générale : le niveau (plafond) de la garantie proposée devra être adapté à chaque spécialité médicale afin de prendre en compte la part souvent élevée des actes techniques dans le revenu de certains médecins spécialistes.

⁶⁵ Le PTMA, on l'a vu, ne propose pas de garantie de revenus.

Actes techniques et revenu des spécialistes hors médecine générale

Les revenus des médecins varient considérablement selon leur spécialité d'exercice. Le graphique ci-dessous, issu des données de l'Assurance maladie, présente les honoraires annuels moyens par spécialité pour les seuls praticiens exerçant en secteur 1 en 2019.



Si de nombreuses spécialités en tension (les pédiatres, les psychiatres ou encore les gynécologues) présentent des revenus proches de ceux des généralistes, d'autres, en particulier les ophtalmologues, ont des revenus moyens très supérieurs.

Le poids des actes techniques dans le total des honoraires varie très fortement d'une spécialité à l'autre, ce qui contribue évidemment à expliquer ces écarts de revenus. Ainsi, si les actes techniques ne représentent que 7 % des honoraires sans dépassement des omnipraticiens en secteur 1 (mais 3 % seulement pour les généralistes, sans exercice particulier), cette proportion s'élève à 78% en moyenne chez les spécialistes du même secteur. Elle est supérieure à 20 % pour toutes les spécialités sauf les pédiatres (13 %) et les dermatologues (24 %).

- ▶ s'agissant des **remplaçants** : le calcul de cette garantie de revenus (seuil d'activité, calcul du montant) devra être annualisé, afin de prendre en compte le caractère nécessairement irrégulier de leur activité. Le seuil annuel d'activité devrait être fixé à un niveau légèrement supérieur à celui exigé d'un médecin signataire installé – puisque les remplaçants ne rencontrent pas, en principe, de difficultés dans la constitution de leur patientèle, mais moins élevé que celui actuellement exigé dans le cadre du contrat PTMR ;
- ▶ enfin, les médecins exerçant dans des **zones à fort afflux saisonnier** pourraient bénéficier, comme les remplaçants, d'une annualisation du mode de calcul, voire d'un avantage forfaitaire supplémentaire destiné à compenser les charges structurellement plus élevées. Au sein des zones sous-denses, les zones éligibles à ce mode de calcul plus favorable pourraient être identifiées par la capacité des communes en hébergement touristique (donnée Insee), complétée par un **critère d'isolement**, qui pourrait prendre la forme d'un engagement du médecin de devenir médecin correspondant du Samu⁶⁶, ce qui implique qu'il exerce dans un territoire situé à 30 minutes d'un Smur. Une alternative serait de recourir à une définition territoriale, en incluant l'ensemble des communes classées « communes de montagne » au sens de la loi Montagne ainsi que les communes situées sur une île.

Si le contrat de praticien territorial était proposé pour une durée de deux ou trois ans, la garantie, en revanche, ne serait **ouverte que la première année**. Cette durée semble en effet suffisante pour sécuriser les jeunes médecins pendant la période de constitution d'une patientèle.

Enfin, **cette garantie devra être proratisée en fonction du temps de travail déclaré par le signataire**, afin de proposer un mode de calcul adapté aux médecins exerçant à temps partiel ou en exercice mixte. Les contrats existants ne prennent en compte la quotité de travail que dans le calcul de l'avantage maladie – et non du complément de revenus – et uniquement selon un mécanisme binaire (au moins neuf demi-journées et demi ou moins de huit demi-journées travaillées par semaine) qui est évidemment source de nombreux effets de seuil. Il est proposé, dans le futur contrat :

- ▶ une durée minimale de deux jours et demi par semaine, par cohérence avec les dispositions des contrats conventionnels, et afin d'inciter les jeunes médecins à une activité conséquente ;
- ▶ une pro-ratisation du seuil et du montant de la garantie en fonction du nombre de demi-journées de travail hebdomadaires déclaré par le bénéficiaire, en considérant qu'un temps complet correspond à neuf demi-journées par semaine.

b. Une couverture sociale recentrée sur l'avantage maladie

Le futur contrat unique de praticien territorial ne pourra proposer qu'une gamme restreinte d'avantages touchant à la protection sociale, dans la mesure où, on l'a vu, l'ensemble des médecins conventionnés bénéficient désormais d'une couverture conventionnelle, complémentaire au droit commun, en cas de congé maternité ou paternité.

Le contrat proposé aux médecins conventionnés, quelle que soit leur spécialité, sera donc recentré sur l'avantage maladie, ciblé sur les arrêts d'une durée supérieure à sept jours et donc relativement peu mobilisé en pratique par les signataires. Le nombre de jours de carence pourrait être maintenu à sept jours, à l'image de ce qui est proposé actuellement dans le cadre du contrat PTMG, et par les assurances privées ; sachant toutefois que les représentants des jeunes estiment qu'un raccourcissement à trois jours serait un vrai facteur d'attractivité.

Les médecins remplaçants, en revanche, ne sont pas conventionnés, et ne sont donc pas éligibles aujourd'hui au dispositif prévu dans l'avenant n°3 à la convention médicale. Il est donc proposé de maintenir, pour ces médecins, l'avantage maternité. Celui-ci semble en effet particulièrement adapté, et donc attractif, les remplaçants actifs constituant un groupe particulièrement jeune (44 ans en moyenne, contre 51 ans pour l'ensemble des médecins en activité régulière), et très fortement féminisé (58 %).

66 La fonction de médecin correspondant du Samu (MCS) est réservée à un médecin du premier recours, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du service mobile d'urgence et de réanimation (Smur), sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à 30 minutes.

c. Un accompagnement entrepreneurial des signataires

L'ensemble des études réalisées en France et à l'étranger, ainsi que les entretiens menés avec les signataires actuels du dispositif, montrent que les attentes des jeunes médecins sont loin de se résumer à l'octroi de prestations monétaires. Le besoin d'accompagnement est particulièrement fort.

Aujourd'hui, les ARS remplissent de manière très satisfaisante leur rôle d'accompagnement des signataires dans l'ensemble des questions relatives à leur contrat. Ce rôle de suivi administratif, qui requiert disponibilité et expertise, est pourtant particulièrement exigeant, notamment dans les régions qui comptent plusieurs dizaines de signataires.

Les jeunes médecins, et notamment leurs organisations représentatives, semblent pourtant attendre bien davantage des pouvoirs publics. Au-delà du soutien administratif apporté dans les diverses démarches liées à l'installation, elles mettent en effet l'accent sur le besoin d'accompagnement :

- d'une part, dans la découverte du territoire et l'intégration professionnelle du jeune médecin ;
- d'autre part, dans la création d'entreprise (choix du statut juridique, plan d'affaires, recrutement éventuel d'un secrétaire médical, etc.) ainsi que dans les premiers actes de gestion comptable, RH ou fiscale, du cabinet médical.

« J'ai vu des collègues totalement démunis dans la gestion de leur secrétaire, incapables de signer un contrat de travail ou de confirmer une période d'essai. »

Un jeune médecin

« J'ai eu quatre heures de cours dans mon DES pour m'apprendre à remplir une fiche d'impôts, et c'est à peu près tout. »

Une jeune médecin

Si le premier aspect semble relever pour l'essentiel du rôle des collectivités territoriales ainsi que des communautés professionnelles territoriales de santé, le second reste en revanche un domaine aujourd'hui peu couvert, à l'exception d'un nombre très limité de startups dédiées. Il pourrait donc être envisagé de doter le nouveau contrat unique d'un dispositif de formation et d'accompagnement renforcé à la création et à la gestion d'un cabinet médical. Les ARS pourraient recruter des prestataires spécialisés – par le biais de marchés publics – ou choisir de confier cette responsabilité à leurs partenaires régionaux, qui bénéficieraient alors d'un financement dédié.

IV. ANNEXE 1 – LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

ANEMF (Association nationale des étudiants en médecine de France)

Thomas Lampietro, vice-président

Raphael Sturm, vice-président

ISNAR-IMG (Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale)

Pierre Guillet, vice-président

ISNI (Intersyndicale nationale des internes)

Isabelle Riom, vice-présidente

Jeunes Médecins

Gabriel Saiydoun

Reagjir (Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants)

Laure Dominjon, présidente

Marie Brosset, vice-présidente (précédent bureau)

SNJMG (Syndicat national des jeunes médecins généralistes)

Sayaka Oguchi, présidente

SNIO (Syndicat National des Internes en Odontologie)

Mathilde Oyallon, présidente

UNECD (Union nationale des étudiants en chirurgie dentaire)

Adrian Rabelle, vice-président

Morgane Berdoulat, vice-président

Association des médecins de montagne

Dr Jean-Baptiste Delay, président

Dr Patrick Joubert

Dr Suzanne Mirtain

Joris Frère

CSMF (Confédération des syndicats médicaux français)

Dr Jean-Paul Ortiz, président

Dr Martine Aoustin, conseillère

MG France

Dr Jacques Batistoni, président

Rose-Marie Royer, chargée de mission

CNG (Centre national de gestion)

Bernard Chenevière, chef du département de gestion des praticiens hospitaliers-CNG

Benoît Magrez, en charge de la coordination de la gestion des CESP-CNG

Conférence des doyens

Jean SIBILIA, président

Médecins généralistes signataires de contrats PTMG

Dr Mattieu Chevrier

Dr Pauline Fossier

Dr Pauline Girard

Dr Charlotte Prudhomme

Dr Florian Valle

ARS (agences régionales de santé)

Représentants régionaux (référents plan d'accès aux soins, référents CESP)

V. ANNEXE 2 – LES AIDES FACULTATIVES DES COLLECTIVITÉS TERRITORIALES : ANALYSE D'UN ÉCHANTILLON DE DISPOSITIFS

Collectivité	Nature	Conditions et cible	Zonage	Montant
CD Indre	Prime forfaitaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Médecins généralistes et spécialistes, si première installation à temps complet. ▶ Engagement d'exercice pendant cinq ans sur le territoire, l'aide étant remboursable en cas de cessation d'activité ou de déménagement. 	Ensemble du département, mais aide de niveau variable selon le zonage	15 000 euros dans le cas des zones prioritaires ARS, 50 000 euros dans le reste des cas
CD Isère	Subvention d'équipement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Médecins généralistes. ▶ Limité à la création d'un cabinet médical (hors transferts) et à une liste départementale de matériel éligible. 	<i>Ad hoc</i>	Montant maximal de 10 000 euros . Cumulable avec les aides de l'ARS
CD Yonne	Prime forfaitaire	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Jeunes diplômés en médecine générale, de moins de 50 ans, voire médecins spécialistes au cas par cas. ▶ Engagement d'installation pour cinq ans ▶ Activité à temps plein (35 heures par semaine sur dix mois). 	Tout le département	Montant forfaitaire de 12 000 euros , versé en une fois, compatible avec les aides de l'État (sous réserve que le maximum d'aides ne dépasse pas 15 000 euros), mais non cumulable avec la bourse d'études ou avec le CAIM.
CD Loiret	Subvention d'équipement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Médecins généralistes ▶ Engagement d'installation pour cinq ans. ▶ Subvention destinée à l'achat de matériel professionnel et à la mise aux normes des locaux. 	<i>Ad hoc</i>	Subvention plafonnée à 15 000 euros.

Collectivité	Nature	Conditions et cible	Zonage	Montant
CD Oise	Subvention d'équipement et prêt à taux 0	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Médecins généralistes, première installation uniquement ▶ Engagement à exercer pendant cinq ans l'Oise, au moins 28 heures par semaine. ▶ Subvention destinée à l'investissement immobilier, matériel, informatique ou l'achat d'un véhicule professionnel. 	<i>Ad hoc</i>	<p>Pour la subvention d'équipement : 50 % des dépenses engagées, jusqu'à un plafond de 40 000 euros, en zone sous-dotée ; 40 % seulement en zone non sous-dotée.</p> <p>Pour le prêt à taux zéro : 8 000 à 50 000 euros.</p>
CD Manche	Prime forfaitaire d'exercice	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Médecins généralistes et spécialistes diplômés depuis moins de trois ans. ▶ Engagement : un équivalent mi-temps minimum de remplacements ou de collaborations sur le territoire. 	Zonage <i>ad hoc</i> reposant sur la carte du conseil département de l'Ordre des médecins.	<p>Prime forfaitaire de :</p> <ul style="list-style-type: none"> – 4 200 euros / semestre pour des remplacements ou collaborations, les trois premiers semestres ; – 4 200 euros / semestre pour des collaborations, ou 2 100 euros/semestre pour des remplacements, les trois semestres suivants
CR Ile de France	subvention d'investissement / équipement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Généralistes ou spécialistes de premier recours (gynécologues, pédiatres, pédopsychiatres, ophtalmologistes, stomatologues). <p>Subvention destinée aux travaux d'installation et/ou acquisition d'équipement (médical, informatique ou de sécurité)</p>	Hors des zones définies comme prioritaires par l'ARS, le bénéficiaire doit être en capacité de démontrer le besoin d'implantation nouveau par un diagnostic local de santé, élaboré par une collectivité locale ou une structure reconnue par les autorités publiques de santé.	50 % dans la limite de 15 000 euros par médecin, avec un plafond à 30 000 euros par cabinet.

VI. ANNEXE 3 – LE CONTRAT UNIQUE : SYNTHÈSE DES ÉVOLUTIONS PROPOSÉES

