

## **S'installer en ville : l'exemple des jeunes médecins généralistes des Hauts-de-Seine**

**Philippe Abecassis et Jean-Paul Domin**

### **Dossier : Ville et santé**

*La question de l'installation de jeunes médecins généralistes est centrale dans la mesure où elle est intimement liée aux inégalités spatiales de santé. En s'appuyant sur l'exemple des Hauts-de-Seine, Philippe Abecassis et Jean-Paul Domin montrent que les jeunes praticiens s'installent dans des zones fortement concurrentielles et que les caractéristiques de leur patientèle dépendent fortement du profil des médecins.*

La question de l'installation des jeunes médecins est aujourd'hui centrale dans la mesure où si la France reste un pays où la densité médicale est élevée par rapport aux autres pays de l'OCDE, les médecins généralistes sont très inégalement répartis sur le territoire. En effet, 4 % de la population vivraient dans une zone déficitaire (c'est-à-dire où la densité de généralistes est inférieure d'au moins 30 % à la moyenne nationale et où leur activité est supérieure d'au moins 30 % par rapport à la moyenne nationale) selon certaines études (Cour des comptes 2007). Mais il existe de fortes disparités entre les régions. Ainsi, 10 % de la population de Bourgogne, Champagne-Ardenne et Franche-Comté vit dans une zone déficitaire.

*A contrario*, les Hauts-de-Seine sont un département à forte densité médicale, atteignant 165 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 155 au niveau national, même si le taux de remplacement des omnipraticiens<sup>1</sup>, inférieur à un depuis plusieurs années<sup>2</sup>, la réduit progressivement. Dans ces conditions, est-il rationnel pour un praticien de s'installer dans ce type de territoire ? S'il s'installe, comment le nouvel omnipraticien se construit-il sa patientèle ? A-t-il intérêt, pour optimiser son revenu, à rechercher des rémunérations forfaitaires supplémentaires en privilégiant certaines catégories de patients, comme ceux en affections de longue durée (ALD), au détriment d'autres, moins « rentables », comme les malades bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ?

### **Pourquoi s'installer dans les Hauts-de-Seine entre 2009 et 2012 ?**

Le contexte économique des Hauts-de-Seine est assez favorable. En 2009<sup>3</sup>, le taux de chômage des 15 à 64 ans était de 7,7 %, contre 9,6 % pour la France métropolitaine. Le taux d'activité pour la même catégorie d'âge était de 77,4 %, contre 71,9 % ; enfin, le revenu net déclaré moyen par foyer fiscal en 2009 était de 35 484 euros pour les Hauts-de-Seine, contre 23 433 euros pour la France métropolitaine. Si le département reste favorisé, c'est également une terre de contrastes où

<sup>1</sup> Les omnipraticiens regroupent les médecins généralistes et les médecins à exercice particulier (médecins acupuncteurs, médecins du sport, etc.).

<sup>2</sup> Le taux de remplacement était de 77,6 % entre 2009 et 2012.

<sup>3</sup> Année qui correspond au début de notre étude.

cohabitent des villes riches, comme Neuilly-sur-Seine avec un revenu net moyen déclaré de 83 835 euros, et des villes plus pauvres, comme Gennevilliers avec un revenu net moyen déclaré de 17 101 euros.

Ce contexte correspond en partie aux critères mis en évidence dans plusieurs travaux qui ont tenté de comprendre quelles étaient les motivations des jeunes praticiens à l'installation. Une première étude, réalisée en 1999 sur un échantillon de 1 706 médecins généralistes et spécialistes, a montré que 81 % des réponses privilégiaient les motifs d'ordre personnel (activité du conjoint, qualité du cadre de vie, possibilités d'études pour les enfants, etc.). Ces raisons ont même tendance à augmenter pour les plus jeunes générations de praticiens (Bui et Lévy 2000). Une seconde étude, réalisée entre 1998 et 2001 et menée au niveau cantonal – échelle d'analyse alors jugée pertinente dans la mesure où elle constitue un bon compromis entre le niveau communal trop précis et le niveau départemental trop grand – s'intéresse aux choix d'installation d'une population d'omnipraticiens libéraux. Elle montre que les facteurs explicatifs du choix de l'installation ne sont pas tant le revenu et le niveau d'activité du cabinet que le contexte économique (taux de chômage, niveau de formation de la population, niveau de revenu, etc.) et démographique (opposition entre cantons jeunes et âgés) ainsi que les conditions de vie (distance d'accès à des services de proximité). Les métropoles régionales, les grandes villes et les cantons urbains favorisés sont ainsi des zones attractives alors que les cantons ruraux isolés restent peu attractifs (Couffinhal, Lucas-Gabrielli et Mousquès 2001).

### **Où s'installer dans les Hauts-de-Seine...**

Les motivations à s'installer peuvent être affinées par une analyse de la répartition des médecins entrants sur le territoire. Conformément aux analyses des motivations à l'installation, le revenu, bien que très contrasté dans le département, ne semble pas être un critère pertinent (Couffinhal, Lucas-Gabrielli et Mousquès 2001). Les analyses économétriques menées sur les 87 médecins qui se sont installés dans les Hauts-de-Seine entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2012<sup>4</sup> montrent, par ailleurs, que le nombre de patients ne semble pas non plus être un critère de choix d'installation déterminant : les jeunes médecins ne vont pas spontanément dans les zones où la densité médicale est la plus faible. Au contraire, c'est dans les communes les plus denses, en population comme en médecins, que s'installent les nouveaux omnipraticiens. Si ce résultat contre-intuitif peut en partie s'expliquer par des facteurs contextuels tels que les conditions de vie (Bilodeau et Leduc 2003), il résulte aussi d'un comportement notable : parmi leurs critères de recherche, les candidats à l'installation privilégient la possibilité de rachat d'un cabinet et considèrent l'existence d'un marché potentiel comme un atout (Bui et Lévy 2000). Or c'est bien dans les zones les plus peuplées, où le nombre de médecins en exercice est le plus important, favorisant le *turnover*, que les deux critères sont les plus favorables. Ainsi, dans l'étude d'Augustin Decorde (2011), parmi les jeunes installés, 60 % considèrent que le marché a été un déterminant à leur installation et seulement 20 % d'entre eux exercent seuls.

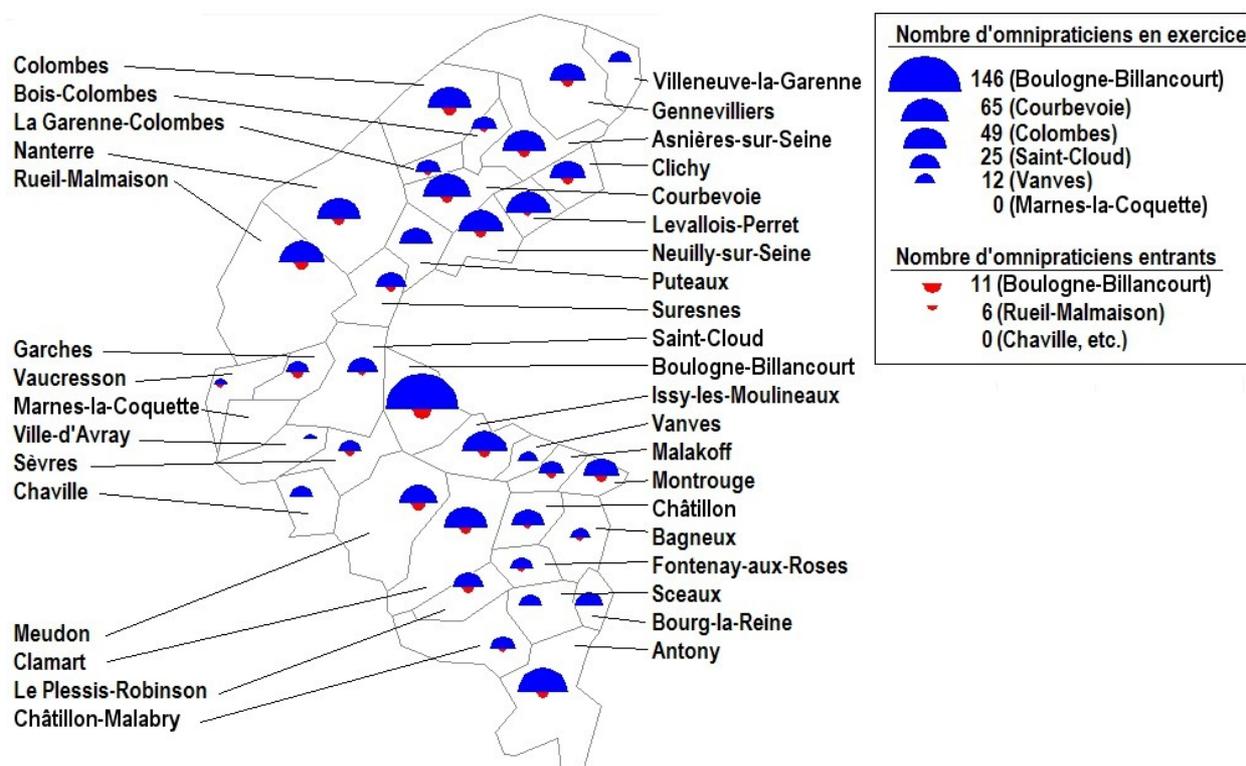
Pourtant, dans les Hauts-de-Seine, les jeunes médecins ne réussissent pas à exploiter pleinement ces deux critères. Sur la durée de l'étude citée, un seul généraliste a bénéficié d'une reprise

---

<sup>4</sup> Ces résultats sont issus de l'exploitation d'un travail d'analyse économétrique des comportements des 87 omnipraticiens qui se sont installés dans les Hauts-de-Seine entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2012. Leur secteur tarifaire est majoritairement le secteur 1 dit « conventionné » (50 femmes et 29 hommes). Le secteur 2 dit « à honoraires libres » est minoritaire (5 femmes et 2 hommes). Un seul médecin est hors convention. L'âge médian est de 35 ans. Les données sont issues de la base de données Érasme 92 qui recense l'ensemble des informations transmises par les omnipraticiens *via* les feuilles de soins. En plus des informations liées aux soins (actes et dates des actes, etc.), cette base contient des données sociodémographiques et professionnelles des praticiens (secteur conventionnel, lieu et mode d'exercice, date d'installation, âge, sexe, etc.) ainsi que des données sociodémographiques de la patientèle. Elle ne prend, cependant, en compte que les assurés du régime général des Hauts-de-Seine.

complète (rachat) de patientèle<sup>5</sup>. Les autres médecins ont dû affronter une concurrence avec les médecins en exercice et les autres médecins entrants – concurrence qu'ils ont en partie alimentée par leurs propres choix. Cette configuration peut mener l'ensemble des généralistes à adopter des stratégies concurrentielles. Étant donné les contraintes imposées par le secteur 1 dont relève la majorité des omnipraticiens, la concurrence ne peut se limiter à porter sur les tarifs (Abecassis et Domin 2012). Les stratégies concurrentielles prennent alors la forme d'un arbitrage entre la durée des consultations (qualité) et leur nombre (quantité) (Videau, Rolland et Ventelou 2009). Plus récemment, la concurrence prend aussi la forme d'une course à la prime, compte tenu de la part croissante des revenus forfaitaires, dont le montant dépend en grande partie des caractéristiques de la patientèle. Une telle évolution mène inévitablement à une discrimination de la patientèle en fonction du montant des revenus forfaitaires que chaque patient peut générer. En effet, certains patients, comme ceux atteints d'ALD, génèrent un revenu forfaitaire supplémentaire (quarante euros par patient) alors qu'aucune prime n'accompagne les bénéficiaires de la CMU et qu'aucun dépassement d'honoraire ne peut leur être appliqué.

**Figure 1. Nombre d'omnipraticiens en exercice et nombre de nouveaux omnipraticiens par commune des Hauts-de-Seine (2009-2012)**



Source : Auteurs, à partir de données de la base Érasme 92

### ... pour quel type de patientèle ?

Afin d'étudier les effets de cette dernière forme de concurrence sur la distribution des patients parmi les omnipraticiens entrants, leurs patientèles ont été scindées en trois grandes catégories. La première (58 % de la patientèle étudiée) regroupe des individus sans caractéristique particulière. La deuxième (36 % de la patientèle) regroupe des bénéficiaires du régime des ALD, c'est-à-dire d'une pathologie qui ouvre droit à une exonération du ticket modérateur. Enfin, la troisième catégorie

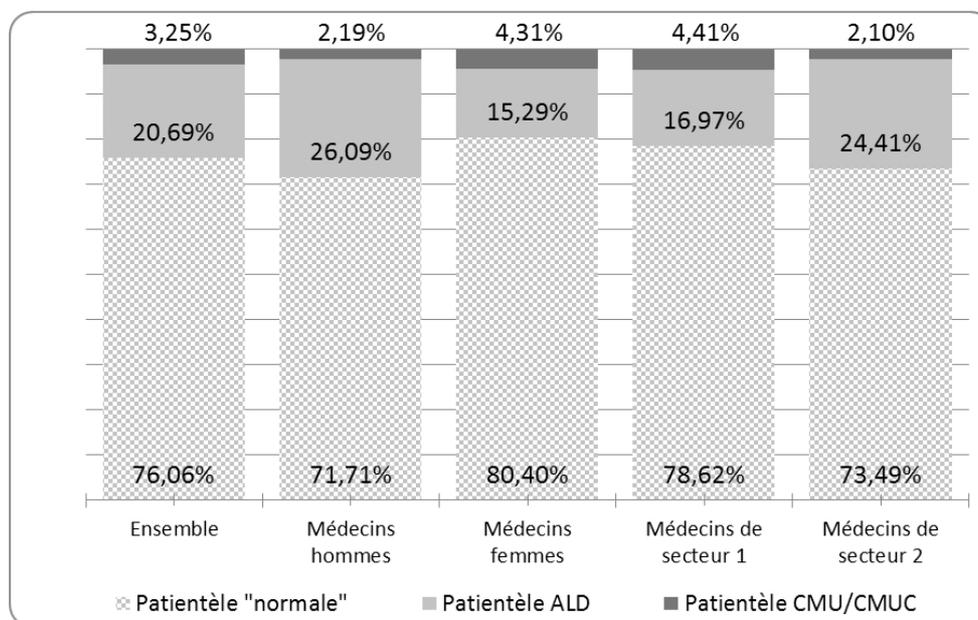
<sup>5</sup> Compte tenu de la durée de l'étude, cette donnée n'est qu'illustrative. Par ailleurs, la structure par âge des médecins en activité, non prise en compte dans cette étude, peut modifier le résultat.

(6 % de la patientèle) regroupe des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU). Cette dernière catégorie est plus jeune, plus féminine et pose des problèmes de santé spécifiques.

On observe alors que les caractéristiques de la patientèle dépendent fortement du profil du jeune omnipraticien, en termes notamment de sexe et de secteur. Il y a, en particulier, un effet genre clairement identifié s'agissant de la patientèle CMU<sup>6</sup>. Une femme médecin a en effet 38 % de chances en plus que ses collègues masculins de capter une patientèle bénéficiaire de la CMU lors de son installation dans le département. Un effet secteur est également identifié : un omnipraticien entrant de secteur 2 a 22,4 % de chances en moins de capter une patientèle bénéficiaire du régime des ALD et 136 % de chances en moins d'accueillir un patient en CMU.

Le volume comme la structure de la patientèle des nouveaux omnipraticiens évoluent fortement au cours des 36 à 40 premiers mois puis se stabilisent. La constitution de la patientèle ALD se distingue de celle des patients sans caractéristique particulière et CMU. En effet, la proportion de patients ALD représente environ 50 % de la patientèle totale sur les cinq à six premiers mois d'activité et leur nombre se stabilise plus tôt (autour du vingtième mois d'activité).

**Figure 2. Profil moyen des patientèles des nouveaux omnipraticiens selon le sexe et secteur tarifaire du praticien (Hauts-de-Seine, au 31 décembre 2012)**



Calculs sur la base de tous les omnipraticiens installés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2012.

### Une stratégie d'implantation en plusieurs étapes

Malgré la forte densité médicale des Hauts-de-Seine, l'hypothèse initiale de rationalité des médecins semble plausible. Le département attirerait les nouveaux omnipraticiens pour son contexte économique et les conditions de vie qu'il propose. Pour les jeunes installés, une stratégie concurrentielle d'installation envisageable consisterait, dans ce cadre, à capter dans un premier temps des revenus forfaitaires en privilégiant les patientèles en ALD puis à construire leur patientèle en fonction d'inclinations plus personnelles comme le secteur tarifaire, le sexe, le mode d'exercice ou la commune. Ainsi, en superposant des revenus forfaitaires à la tarification à l'acte, la politique économique de santé introduirait une priorité d'ordre économique dans la constitution de la patientèle.

<sup>6</sup> La littérature a montré que la proportion de bénéficiaires de la CMU variait d'un praticien à l'autre (Boisguérin 2009 ; Boisguérin et Pichetti 2008).

## Bibliographie

- Abecassis, Philippe et Domin, Jean-Paul. 2012. « Une analyse économique de la tarification des actes en médecine générale : quelles conséquences éthiques ? », *Revue éthique et économique*, vol. 9, n° 2, p. 85-107.
- Bilodeau, Henriette et Leduc, Nicole. 2003. « Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 43, n° 3, p. 485-504.
- Boisguérin, Bénédicte. 2009. « Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ? », *Études et Résultats*, n° 675, janvier.
- Boisguérin, Bénédicte et Pichetti, Sylvain. 2008. « Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006 », *Études et Résultats*, n° 629, mars.
- Bui, Dang Ha Doan et Lévy, Danièle. 2000. « Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, vol. 40, n° 3-4, p. 257-345.
- Couffinhal, Agnès, Lucas-Gabrielli, Véronique et Mousquès, Julien. 2002. « Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001 », *Questions d'économie de la santé*, n° 61, décembre.
- Cour des comptes. 2007. *La Sécurité sociale*, Paris : La Documentation française.
- Decorde, Augustin. 2011. *Déterminants à l'installation en médecine générale*, thèse de doctorat en médecine, université Grenoble-1 Joseph Fourier.
- Videau, Yann, Rolland, Sophie et Ventelou, Bruno. 2009. « De la motivation des médecins généralistes français », in Barnay, Thomas et Legendre, François (dir.), *Emplois et politiques sociales*, Paris : L'Harmattan, p. 347-359.

**Philippe Abecassis** est maître de conférences en sciences économiques à l'université Paris-13 Nord (établissement membre du PRES Sorbonne–Paris–Cité), où il est rattaché au Centre d'économie de l'université de Paris-Nord (CEPN ; UMR 7234). Ses travaux se concentrent à la fois sur l'industrie pharmaceutique, où il s'intéresse aux relations et influences croisées des firmes et de la politique du médicament, et sur la décision médicale, dont il cherche à analyser les déterminants et motivations.

**Jean-Paul Domin** est maître de conférences en sciences économiques à l'université de Reims Champagne-Ardenne (Regards, EA 6292). Il travaille plus particulièrement sur les réformes hospitalières et les pratiques tarifaires en médecine ambulatoire. Il est rédacteur en chef adjoint du *Journal de gestion et d'économie médicales*.

### Pour citer cet article :

Philippe Abecassis et Jean-Paul Domin, « S'installer en ville : l'exemple des jeunes médecins généralistes des Hauts-de-Seine », *Métropolitiques*, 4 juin 2014.  
URL : <http://www.metropolitiques.eu/S-installer-en-ville-l-exemple-des.html>.