



HAL
open science

Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin

Augustin Decorde

► To cite this version:

Augustin Decorde. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00639242

HAL Id: dumas-00639242

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00639242>

Submitted on 8 Nov 2011

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

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



UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2011

N°

**DETERMINANTS A L'INSTALLATION EN MEDECINE GENERALE.
ANALYSE CROISEE DES MEDECINS GENERALISTES REMPLACANTS ET
JEUNES INSTALLEES DU SECTEUR NORD ALPIN.**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT
Par

Augustin DECORDE

Né le 19 septembre 1980 à Mont-Saint-Aignan (76)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 07 Novembre 2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury :

Monsieur le Professeur Olivier CHABRE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Vincent DANIEL

Monsieur le Professeur Gérard ESTURILLO

Monsieur le Docteur Xavier CRESSENS, directeur de thèse

** La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Remerciements

Monsieur le Professeur Olivier CHABRE,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter avec enthousiasme de présider cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail et de votre engagement vers la médecine de montagne. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Vincent DANIEL,

Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous portez à la médecine générale. Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma considération.

Monsieur le Professeur Gérard ESTURILLO,

Vous avez accepté avec spontanéité de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Je vous en remercie. Soyez ainsi assuré de toute ma gratitude.

Monsieur le Docteur Xavier CRESSENS,

C'est sans réserve que tu as accepté d'être mon directeur de thèse quand je désespérais, et de m'accompagner dans ce qui n'était qu'un projet. Je t'en suis reconnaissant et je te remercie d'y avoir porté tout ton habituel intérêt et ta curiosité.

A Myriam : merci de n'avoir jamais désespéré, d'avoir su rester aussi patiente et de m'avoir fait confiance. A la fin de cette année on pourra vraiment dire : ça y est, on est grands ! Mi aime a ou.

A mes parents : merci de votre amour et de votre soutien. Merci d'avoir sans cesse cru dans vos enfants, d'avoir toujours été à nos côtés et d'avoir parfois même su être derrière...

A François et Anne-Lise : merci de ne pas avoir attendu votre grand frère pour obtenir vos diplômes...

Aux Docteurs CADILHAC, JAUSIONS et MICHEL : merci du temps consacré à la relecture et à vos yeux d'experts.

A tous ceux qui m'ont régulièrement encouragé pendant la longue gestation de cette thèse et qui m'en ont parfois montré l'exemple.

A tous mes amis pour leur fidélité. A Anne-Laure, Guénoyée, Benoît et Philippe pour votre complicité.

Au Docteur Jérôme JUND : merci pour ton accueil agréable, ta collaboration amicale, ton aide précieuse et le temps consacré à l'élaboration des statistiques.

A tous les médecins remplaçants et les jeunes installés des 3 départements qui m'avez donné un peu de votre temps pour répondre à mes questions. J'espère que mon travail pourra aussi vous être utile.

A tous ceux qui m'ont donné l'envie d'exercer cette belle spécialité, et à tous ceux aux côtés de qui j'ai pu me former au fil des ans.

Aux pandas ...

Liste des Professeurs Universitaires et Praticiens Hospitaliers

Doyen de la Faculté de Médecine :
Monsieur le Professeur Jean-Paul ROMANET

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

ALBALADEJO	Pierre	Clinique d'Anesthésie
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Clinique de Chirurgie et de l'Urgence
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques et Informatique Médicale
BAGUET	Jean-Philippe	Clinique Cardiologie / Hypertension Artérielle
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Clinique Médecine Légale
BAUDAIN	Philippe	Clinique Radiologie et Imagerie Médicale
BEANI	Jean-Claude	Clinique Dermatologie, Vénérologie, Photobiologie Allergologie
BENHAMOU	Pierre-Yves	Clinique Endocrino Diabéto Nutrition Education Thérapeutique
BERGER	François	Oncologie Médicale
BLIN	Dominique	Clinique Chirurgie Cardiaque
BOLLA	Michel	Centre Coord. Cancérologie
BONAZ	Bruno	Clinique Hépato Gastro Entérologie
BOSSON	Jean-Luc	Dpt de Méthodologie de l'Information de Santé
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'Adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Dpt Anatomie et Cytologie Pathologiques
BRICHON	Pierre-Yves	Clinique de Chirurgie Vasculaire et Thoracique
BRIX	Muriel	Clinique Chirurgie Maxillo-Faciale
CAHN	Jean-Yves	Cancérologie
CARPENTIER	Patrick	Clinique Médecine Vasculaire
CARPENTIER	Françoise	Clinique Urgence
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stéphane	Clinique de Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Clinique Endocrino Diabéto Nutrition Education Thérapeutique/Endocrinologie
CHAFFANJON	Philippe	Clinique Chirurgie Thoracique, Vasculaire et Endocrinienne
CHAVANON	Olivier	Clinique de Chirurgie Cardiaque
CHIQUET	Christophe	Clinique Ophtalmologique
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Dpt d'Innovations Technologiques
COHEN	Olivier	Délégation – HC Forum
COUTURIER	Pascal	Clinique Médecine Gériatrique
CRACOWSKI	Jean-Luc	Laboratoire de Pharmacologie
DE GAUDEMARIS	Régis	Dpt Médecine et Santé du Travail
DEBILLON	Thierry	Clinique Réa. et Médecine Néonatale
DEMATTEIS	Maurice	Clinique de Médecine Légale
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques et Informatique Médicale
DESCOTES	Jean-Luc	Clinique Urologie
ESTEVE	François	Dir Equipe 6 U836 – ID17 / ESRF
FAGRET	Daniel	Clinique de Médecine Nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Clinique de Chirurgie Digestive et de l'Urgence

FAVROT	Marie-Christine	Dpt de Biologie Intégrée / Cancérologie
FERRETTI	Gilbert	Clinique Radiologie et Imagerie Médicale
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	Clinique Nutrition Artificielle
FRANCOIS	Patrice	Dpt de Veille Sanitaire
GARNIER	Philippe	Pédiatrie
GAUDIN	Philippe	Clinique de Rhumatologie
GAY	Emmanuel	Clinique Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie Infantile
HALIMI	Serge	Clinique Endocrino Diabéto Nutrition
HOMMEL	Marc	Clinique de Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Département Génétique et Procréation
JUVIN	Robert	Clinique de Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Clinique de Neurologie
KRACK	Paul	Clinique de Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Clinique Neuroradiologie et IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	Département d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
LE BAS	Jean-François	Clinique Neuroradiologie et IRM
LEBEAU	Jacques	Clinique Chir. Maxillo-Faciale
LECCIA	Marie-Thérèse	Clinique Dermatologie Vénérologie Photobiologie Allergologie
LEROUX	Dominique	Département Biologie et Pathologie de la Cellule
LEROY	Vincent	Clinique d'Hépatogastroentérologie
LETOUBLON	Christian	Clinique Chirurgie Digestive et Urgence
LEVERVE	Xavier	Laboratoire Thérapeutique UFR Biologie
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie ADN
MACHECOURT	Jacques	Clinique de Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Clinique Chirurgie Vasculaire et Thoracique
MAITRE	Anne	Médecine du Travail EPSP / Dpt de Biologie Intégrée
MASSOT	Christian	Clinique Médecine Interne
MAURIN	Max	Département des Agents Infectieux / Bactériologie
MERLOZ	Philippe	Clinique Chir. Orthopédie Traumatologie
MORAND	Patrice	Dpt des Agents Infectieux / Virologie
MOREL	Françoise	Biochimie et Biologie Moléculaire
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie Physiologie
MOUSSEAU	Mireille	Oncologie Médicale
MOUTET	François	Chir. Plastique et Reconstructrice et Esthétique
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Clinique Réanimation
PELLOUX	Hervé	Département des Agents Infectieux Parasitologie et Mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Clinique Physiologie Sommeil et Exercice
PERENNOU	Dominique	Clinique MPR
PERNOD	Gilles	Clinique de Médecine Vasculaire
PIOLAT	Christian	Clinique de Chirurgie Infantile
PISON	Christophe	Clinique Pneumologie

PLANTAZ	Dominique	Clinique Médicale Pédiatrie
POLACK	Benoît	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule
POLLAK	Pierre	Neurologie
PONS	Jean-Claude	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Clinique Urologie
REYT	Emile	Clinique ORL
RIGHINI	Christian	Clinique ORL
ROMANET	Jean-Paul	Clinique Ophtalmologique
SARAGAGLIA	Dominique	Clinique Orthopédique et Traumatologie
SCHAAL	Jean-Patrick	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique
SCHMERBER	Sébastien	Clinique ORL
SEIGNEURIN	Daniel	Dpt Anatomie et Cytologie Pathologiques
SEIGNEURIN	Jean-Marie	Bactériologie, Virologie, Hygiène
SELE	Bernard	Dpt Génétique et Procréation
SESSA	Carmine	Chirurgie Thoracique Vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Clinique Infectiologie
TIMSIT	Jean-François	Clinique Réanimation Médicale
TONETTI	Jérôme	Clinique Orthopédique et Traumatologie
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et Biologie Moléculaire
VANZETTO	Gérald	Clinique de Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et Traitement de l'Image
ZAOUI	Philippe	Clinique Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Clinique Hépatogastroentérologie

Maîtres de Conférence Universitaires – Praticiens Hospitaliers

BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule
BRENIER-PINCHART	M. Pierre	Parasitologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et Imagerie Médicale
BRIOT	Raphaëlle	Départ. De Cancérologie et d'Hématologie
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique
CROIZE	Jacques	Bactériologie – Virologie
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN
DETANTE	Olivier	Cancérologie et Hématologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie SUD
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale
FAURE	Anne-Karen	Département de Génétique et Procréation
FAURE	Julien	Département Génétique et Procréation
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique Thérapie Cellulaire
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine Interne Gériatrique
GILLOIS	Pierre	Information et Informatique Médicale
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (IRM)
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du Développement et de la Reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
LABARERE	José	Dpt de Veille Sanitaire
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire
LARDY	Bernard	Laboratoire d'Enzylogie
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Lab. Explorations Fonctionnelles Cardio-Respiratoires
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, Economie de la Santé (Mal. Inf.)
MAUBON	Danièle	Département des Agents Infectieux Parasitologie Mycologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Département d'Innovations Technologiques
MOUCHET	Patrick	Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et Biologie Moléculaire
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path.
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire
PAYSANT	François	Clinique de Médecine Légale
RAY	Pierre	Génétique BDR
RENVERSEZ	Jean-Charles	Biochimie et Biologie Moléculaire
RIALLE	Vincent	Information et Informatique Médicale
SATRE	Véronique	Génétique Chromosomique
STANKE-LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie-Josée	UM Diagnostic et Recherche Granulomatose Septique
TAMISIER	Renaud	Physiologie
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales

Table des matières

Remerciements	2
Liste des Professeurs Universitaires et Praticiens Hospitaliers	5
Table des matières	10
1. INTRODUCTION	13
2. MATERIELS ET METHODES	15
2.1. Type d'enquête	16
2.2. Définition des populations	16
2.2.1. Groupe Remplaçants :.....	16
2.2.2. Groupe Jeunes Installés :	16
2.3. Questionnaires.....	17
2.3.1. Groupe Remplaçants :.....	17
2.3.2. Groupe Jeunes Installés :	17
2.4. Recueil des adresses et taille des échantillons	18
2.4.1. Groupe Remplaçants :.....	18
2.4.2. Groupe Jeunes Installés :	18
2.5. Analyse statistique	19
3. RESULTATS	20
3.1. Retour des questionnaires	21
3.1.1. Groupe Remplaçants :.....	21
3.1.2. Groupe Jeunes Installés :	21
3.2. Identité	22
3.2.1. Sexe :	22
3.2.2. Age :.....	22
3.2.3. Nationalité :.....	22
3.2.4. Situation familiale :.....	23
3.2.5. Logement :.....	23
3.2.6. Fin du 3 ^{ème} cycle :.....	24
3.2.7. Thèse :	24
3.2.8. Formation à la pratique libérale durant le cursus :.....	25
3.2.9. Inscription à l'Ordre :.....	25
3.3. Activité	26
3.3.1. Début d'activité :	26
3.3.1.1. Durée d'exercice :.....	26
3.3.1.2. Avant l'installation :	26
3.3.1.3. Mode d'installation :	27
3.3.2. Types d'activité :.....	27
3.3.3. Secteurs d'exercice :	28

3.3.4.	Types de cabinet :	28
3.3.5.	Temps de trajet :	29
3.3.6.	Temps de travail :	29
3.3.7.	Permanence des soins (PDS) :	30
3.3.8.	Revenus :	31
3.3.9.	Qualités de vie :	32
3.4.	Installation	33
3.4.1.	Questions spécifiques aux remplaçants :	33
3.4.1.1.	Proposition d'installation :	33
3.4.1.2.	Projet d'installation :	33
3.4.1.3.	Délai d'installation :	34
3.4.1.4.	Modes d'installation :	35
3.4.1.5.	Types de cabinets :	35
3.4.1.6.	Secteurs :	36
3.4.1.7.	Temps de trajet :	36
3.4.2.	Questions communes :	36
3.4.2.1.	Motivations à l'installation :	36
3.4.2.2.	Freins à l'installation :	38
3.4.2.3.	Aides à l'installation :	40
3.4.3.	Questions spécifiques aux jeunes installés :	40
4.	DISCUSSION	41
4.1.	A propos de la méthode	42
4.1.1.	Type d'enquête :	42
4.1.2.	Définition des populations :	42
4.1.3.	Recueil des adresses et taille des échantillons :	44
4.1.4.	Format des questionnaires et taux de retour :	47
4.2.	A propos des résultats	48
4.2.1.	Effectifs :	48
4.2.2.	Identité :	48
4.2.3.	Activité :	51
4.2.4.	Installation :	55
4.2.5.	Portrait du potentiel installé :	63
5.	CONCLUSION	64
	Liste des abréviations	67
	Liste des tableaux et figures	69
	Annexes	71
	Bibliographie	85
	Serment d'Hippocrate	90

1. Introduction

Thème d'actualité, la démographie médicale fait l'objet de nombreuses études et rapports. La densité médicale en France n'a jamais été aussi élevée que sur la dernière décennie.¹ Pourtant, son évolution inquiète.² Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publie chaque année un Atlas de la démographie médicale du territoire.

Au 1^{er} janvier 2011, la France comptait 93394 médecins ayant une activité régulière en médecine générale, dont 6705 médecins remplaçants.³

Année après année ces états des lieux montrent une augmentation permanente du nombre de médecins remplaçants. Même si le « statut » ordinal officiel de remplaçant n'a pas encore été créé, nous sommes bien devant ce que l'on pourrait appeler un « état » de remplaçant.

En conséquence directe, l'âge moyen à l'installation recule régulièrement. Il est actuellement de 37 ans.⁴ Parmi les nouveaux médecins généralistes inscrits à l'Ordre en 2010, seuls 17,86 % ont choisi l'installation en milieu libéral, contre 36,93 % le salariat et 44,41 % le remplacement.³

Les remplaçants ont désormais un rôle clé dans le système de soins. Ils permettent notamment d'en assurer la continuité.

Cependant, leur population est mal connue et difficile à étudier. Peu d'enquêtes se sont intéressées à cette population labile, aucune sur le secteur Nord Alpin.

On connaît également très mal les médecins qui ont fait le choix d'une installation récente et les raisons de leur choix.

L'objectif principal de ce travail est donc de mettre en avant les déterminants, positifs ou négatifs, à l'installation en médecine générale. Quels sont les facteurs qui font basculer vers une installation en secteur libéral? Quels en sont les freins?

Pour comprendre, nous avons interrogé directement les remplaçants et les jeunes installés des départements Nord Alpins : Isère, Savoie et Haute-Savoie. Qui sont-ils ? L'étude sociodémographique de ces populations est l'objectif secondaire de ce travail.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'enquête

Cette étude descriptive transversale, portait sur deux populations interrogées par questionnaires, entre le 30 avril et le 15 juin 2011.

2.2. Définition des populations

2.2.1. Groupe Remplaçants :

Le premier groupe était constitué de médecins généralistes remplaçants titulaires d'une licence de remplacement ou inscrits aux tableaux de l'Ordre des départements Nord-Alpins de l'Isère (38), Savoie (73) et Haute-Savoie (74).

Nous avons exclu de ce groupe :

- les remplaçants ayant déjà été installés en libéral,
- les remplaçants n'ayant aucune activité libérale.
- les remplaçants présents sur les listings ordinaires, mais inscrits à un autre Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) que ceux concernés par l'étude.

2.2.2. Groupe Jeunes Installés :

Le deuxième groupe était constitué de médecins généralistes installés en libéral dans ces trois mêmes départements entre le 1^{er} janvier 2008 et le 15 avril 2011.

Les médecins collaborateurs ont été inclus dans ce groupe. En effet, la collaboration médicale est légalement reconnue comme un mode d'exercice propre.⁵

Nous avons exclu de ce groupe les médecins ayant déjà été précédemment installés.

2.3. Questionnaires

2.3.1. Groupe Remplaçants :

Afin de tenter d'optimiser le taux de réponses et la rapidité de leur recueil, nous avons réalisé un questionnaire sous forme électronique.

Via le site Google Documents®, nous avons réalisé un envoi groupé par mail aux membres de ce groupe. Un courrier d'introduction précisant le sujet et le but de l'étude donnait accès à un lien :

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dFFZVEZMYURpeDR4VmtueEZtTE1OdFE6MQ>

En cliquant sur ce lien, les répondants avaient accès directement au questionnaire, précédé d'une mention précisant les critères d'inclusion et de non inclusion. Il était constitué de 38 questions fermées et d'un espace pour commentaires libres.

A la fin du questionnaire, une cellule « Envoyer » permettait l'envoi de la réponse. Celle-ci était saisie automatiquement sur une feuille de calcul du logiciel Excel®, de façon totalement anonyme.

Un pré-test du questionnaire a été réalisé avant sa diffusion. Réalisé auprès de 5 médecins généralistes remplaçants, il a permis de reformuler certaines questions et d'estimer le temps moyen nécessaire de réponse à 5 minutes.

Le questionnaire est disponible sous sa version papier en Annexe 1.

2.3.2. Groupe Jeunes Installés :

De façon plus classique, le questionnaire a été expédié par voie postale. Un courrier d'accompagnement précisait le sujet et le but de l'étude ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion. Une enveloppe retour préaffranchie était jointe.

Le questionnaire était constitué de 35 questions fermées et d'un espace de commentaires libres. La majorité des questions (18) était identique à celles du groupe Remplaçants.

Le questionnaire était totalement anonyme.

La saisie des données a été faite manuellement sur une feuille de calcul Excel®.

Un pré-test du questionnaire a été réalisé avant sa diffusion. Réalisé auprès de 5 médecins généralistes, il a permis de reformuler certaines questions et d'estimer le temps moyen nécessaire de réponse à 6 minutes.

Le questionnaire est disponible en Annexe 2.

2.4. Recueil des adresses et taille des échantillons

2.4.1. Groupe Remplaçants :

Le recueil des adresses électroniques de ce groupe a été fait par différents moyens :

- liste de diffusion du CDOM de Haute-Savoie, site internet des CDOM de l'Isère (www.conseil38.ordre.medecin.fr) et de Savoie (www.cdom73.org),
- réunions de formation médicale continue,
- site internet gratuit d'annonces de remplacements www.medecin-replacant.com .

Au total, 159 adresses électroniques ont été recueillies.

2.4.2. Groupe Jeunes Installés :

Les adresses ont été recueillies dans les Revues officielles des CDOM de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie.

159 installations ont été recueillies sur la période pour ce secteur géographique. Chacune a été vérifiée sur l'annuaire en ligne du CNOM (www.conseil-national.medecin.fr/annuaire). 5 étaient sans adresse postale. 7 médecins avaient cessé leur activité pour le remplacement et 9 pour une autre installation ou pour le salariat.

Au total, 138 adresses ont été recueillies, soit 30 pour l'Isère, 39 pour la Savoie et 69 pour la Haute-Savoie.

2.5. Analyse statistique

L'analyse statistique des données a été faite avec l'aide du Docteur Jérôme JUND du service d'informatique et d'études médicales du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, Haute-Savoie.

Les valeurs moyennes, médianes et les écarts types (σ) ont été calculés.

Le test du Khi-deux de Pearson, pour les variables qualitatives et le test-t de Student, pour les variables quantitatives ont été appliqués, avec un seuil de significativité p fixé à 0,05.

Au-delà de ce seuil, toute valeur est notée NS comme non significative.

3. Résultats

3.1. Retour des questionnaires

3.1.1. Groupe Remplaçants :

Questionnaires envoyés	Questionnaires reçus	Taux de réponse	Exclus	Total interprétables	Taux de réponses interprétables
159	120	75,5%	6	114	71,7%

Tableau 1 : Retour des questionnaires, groupe Remplaçants.

6 questionnaires ont été exclus :

- 2 étaient incomplets et non analysables,
- 4 ont été validés vierges par des remplaçants ne remplissant pas les critères d'inclusion, conformément à la consigne donnée en introduction du questionnaire.

Le nombre de questionnaires retournés interprétables retenu pour ce groupe est :
n = 114.

3.1.2. Groupe Jeunes Installés :

Questionnaires envoyés	Questionnaires reçus	Taux de réponse	Exclus	Total interprétables	Taux de réponses interprétables
138	95	68,8%	35	60	43,5%

Tableau 2 : Retour des questionnaires, groupe Jeunes Installés.

35 questionnaires ont été exclus :

- 1 était incomplet et non analysable,
- 6 ont été reçus hors délais (soit après le 15 juin 2011),
- 28 concernaient des médecins ayant déjà été installés. A ce titre, ils ne remplissaient pas les critères d'inclusion. Ils n'ont donc pas été retenus pour l'analyse.

Le nombre de questionnaires retournés retenu pour ce groupe est : n = 60.

3.2. Identité

3.2.1. Sexe :

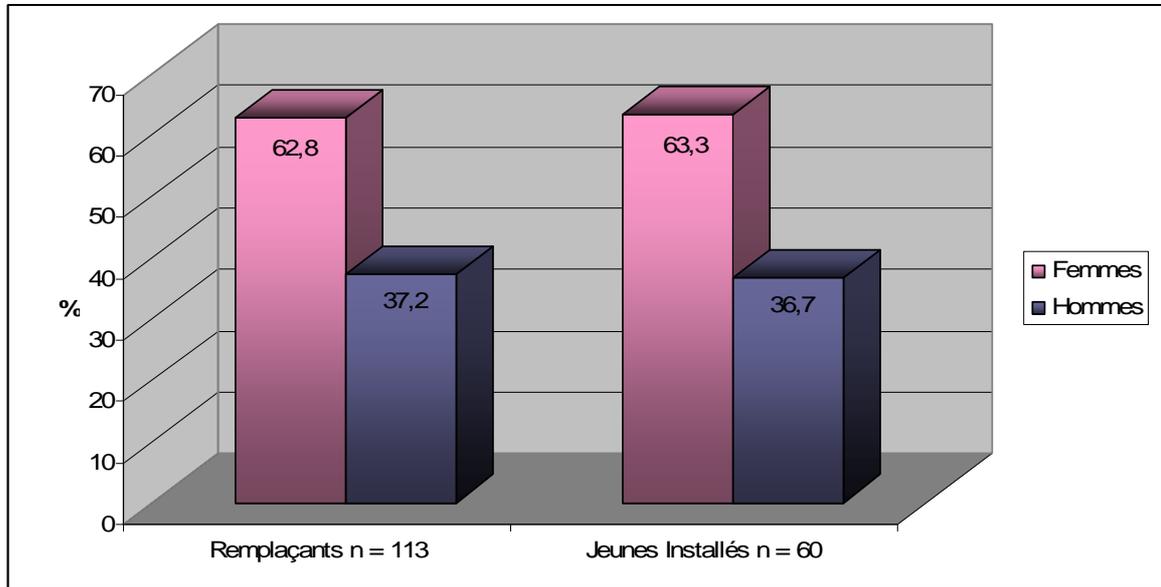


Figure 1 : Répartition des sexes.

La différence entre les 2 groupes n'est pas significative (NS).

3.2.2. Age :

L'âge moyen des remplaçants est de 30,7 ans. σ : 3,4 ans. L'âge médian est de 30 ans.

L'âge moyen des jeunes installés est de 33,8 ans. σ : 3,7 ans. L'âge médian est de 33 ans.

La différence d'âge est significative entre les 2 groupes, $p < 0,001$.

Dans chacun des groupes, il n'y a aucune différence d'âge en fonction du sexe.

3.2.3. Nationalité :

100% des remplaçants sont de nationalité française.

98,3% des jeunes installés sont de nationalité française.

La différence n'est pas significative.

3.2.4. Situation familiale :

- 79,8 % des remplaçants vivent en couple (mariage, PACS ou concubinage), et 85,0% des jeunes installés.

La différence n'est pas significative.

- 33,3% des remplaçants ont des enfants. C'est le cas de 71,7% des jeunes installés.

La différence est significative, $p < 0,001$.

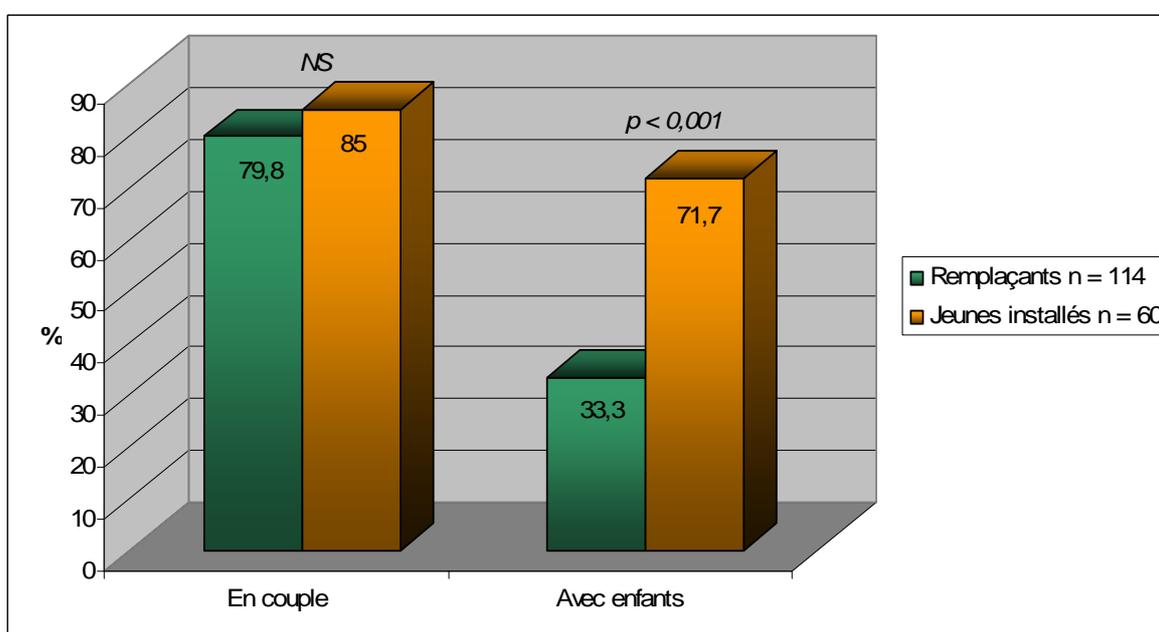


Figure 2 : Situation familiale.

3.2.5. Logement :

- 30,5% des remplaçants sont propriétaires de leur logement. C'est le cas de 69,5% des jeunes installés.

La différence est significative, $p < 0,001$.

- Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes concernant les secteurs de résidence, répartis comme suit :

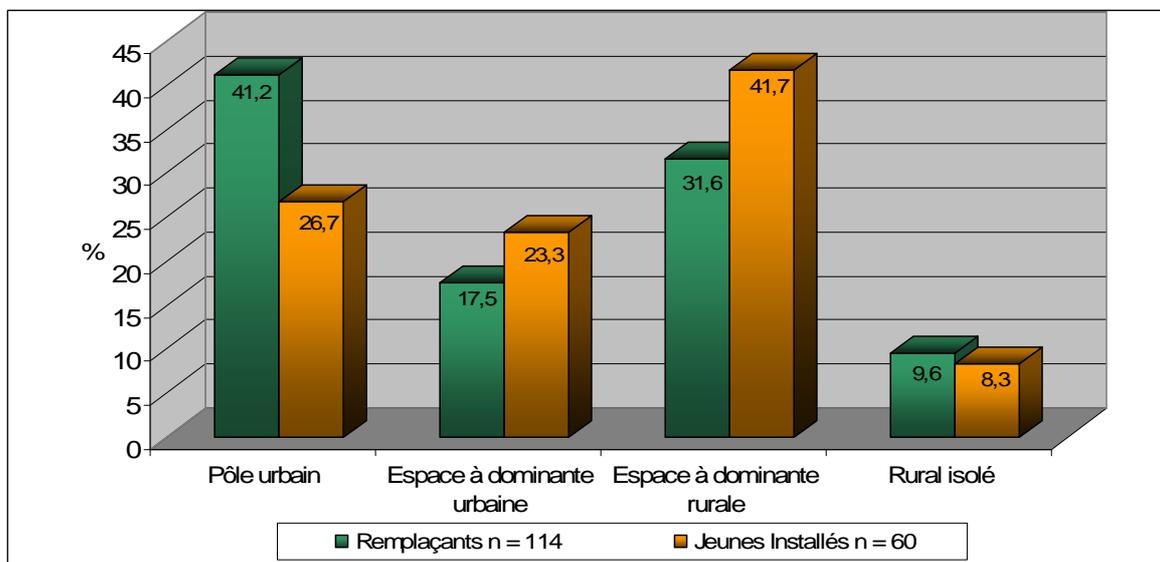


Figure 3 : Secteurs de résidence.

3.2.6. Fin du 3^{ème} cycle :

- 93,9 % des remplaçants ont terminé leur internat (ou résidanat) ; depuis 3,1 ans en moyenne. Médiane : 2 ans. σ : 3,2 ans.
- Les jeunes installés l'ont terminé depuis 5,9 ans en moyenne. Médiane : 5 ans. σ : 3,7 ans.
- La différence entre les 2 groupes est significative : $p < 0,001$.

3.2.7. Thèse :

- 58,8% des remplaçants ont soutenu leur thèse ; depuis 2,5 ans en moyenne. Médiane = 1 an. σ : 3,7 ans.
- Les jeunes installés l'ont soutenue depuis 4,7 ans en moyenne. Médiane = 4 ans. σ : 3,7 ans.
- La différence entre les 2 groupes est significative : $p = 0,001$.

3.2.8. Formation à la pratique libérale durant le cursus :

Elle regroupe les stages de premier niveau de type compagnonnage et les stages de second niveau où l'interne est en autonomie, de type Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée (SASPAS).

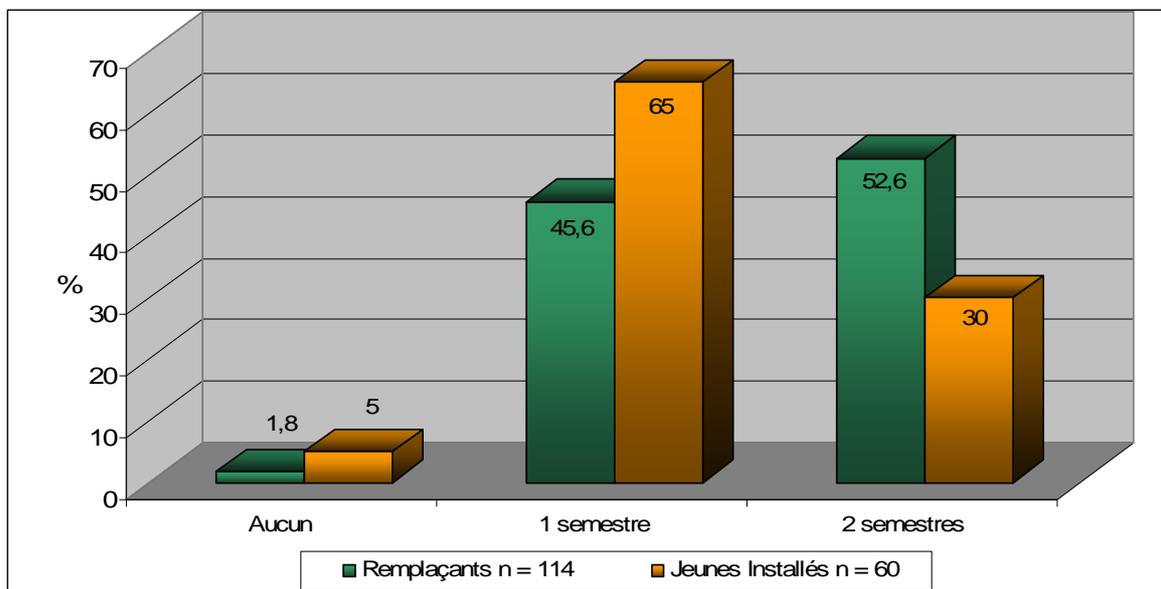


Figure 4 : Nombres de semestres effectués en libéral au cours du 3^{ème} cycle.

La différence entre les 2 groupes n'est pas interprétable, en raison du nombre trop faible de réponses « Aucun ».

3.2.9. Inscription à l'Ordre :

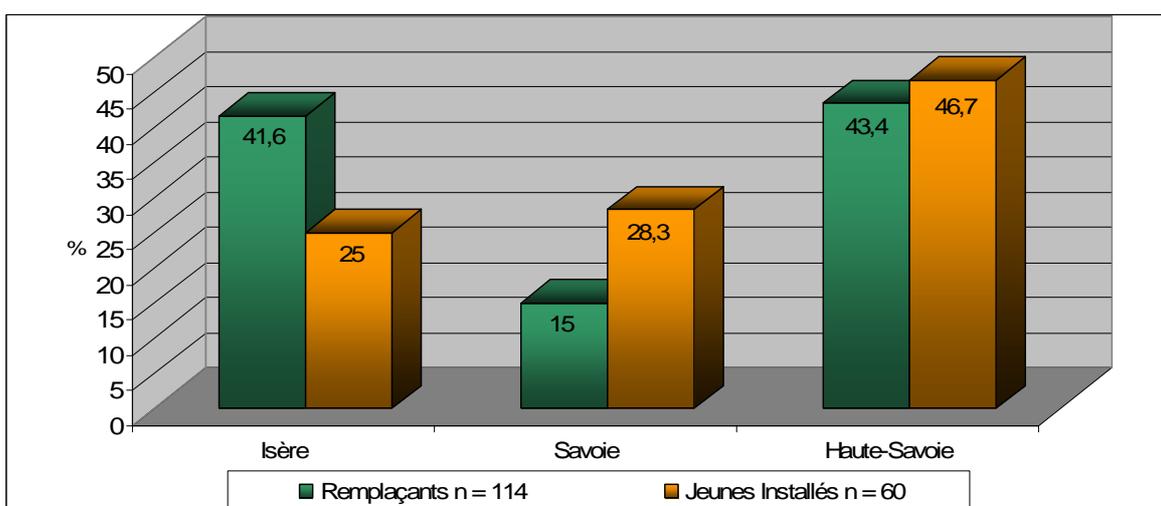


Figure 5 : CDOM d'inscription.

Il existe une différence significative de répartition géographique entre les deux groupes, $p = 0,036$.

3.3. Activité

3.3.1. Début d'activité :

3.3.1.1. Durée d'exercice :

- Le groupe Remplaçants exerce son activité depuis 2,8 ans en moyenne.
 σ : 2,3 ans. La durée médiane est de 2 ans.
- Le groupe Jeunes Installés exerce son activité depuis 1,5 an en moyenne.
 σ : 1,2 an. La durée médiane est de 1 an.

3.3.1.2. Avant l'installation :

- 96,7 % des jeunes installés ont effectué des remplacements en libéral avant de s'installer, et ce pendant 3,7 ans en moyenne.
 σ : 3 ans. La durée médiane est de 3 ans.
- Le remplacement était en large majorité le dernier mode d'exercice avant l'installation :

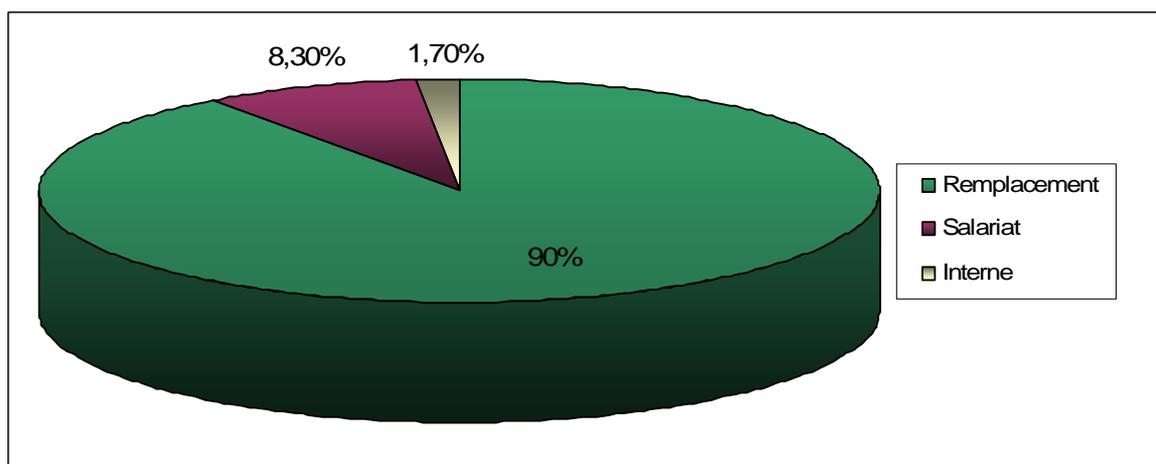


Figure 6 : Jeunes Installés : Dernier mode d'exercice avant l'installation.

3.3.1.3. Mode d'installation :

Les jeunes installés ont principalement choisi la collaboration comme mode d'installation : La différence entre les sexes n'est pas significative.

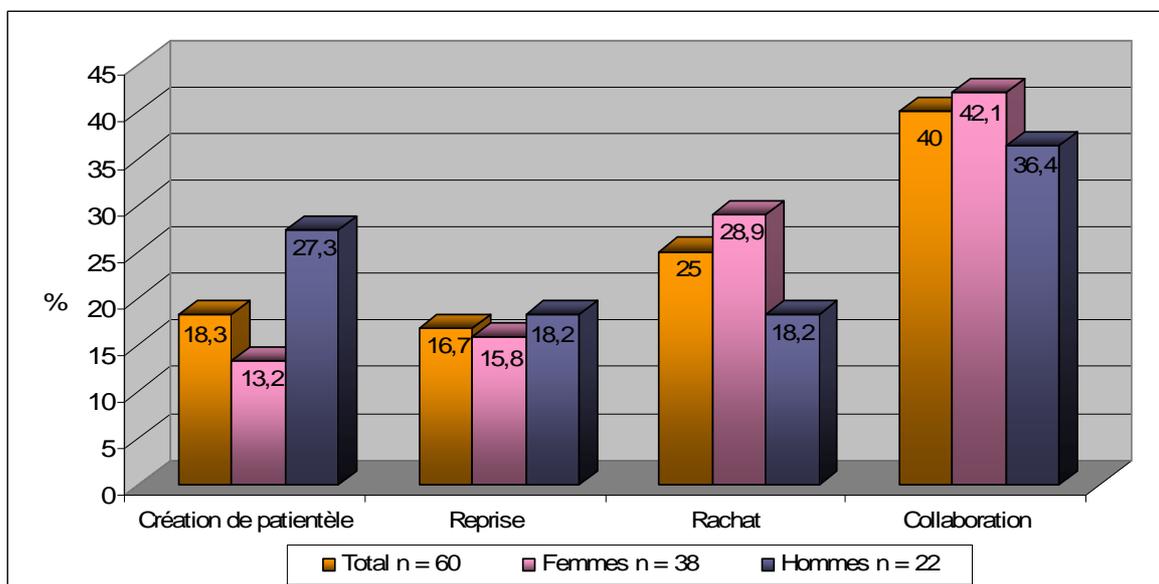


Figure 7 : Jeunes Installés : Mode d'installation.

3.3.2. Types d'activité :

- 76,3% des remplaçants (n = 114) exercent une activité exclusivement libérale.

C'est le cas de 81,7% des jeunes installés (n = 60).

La différence n'est pas significative.

- Parmi les remplaçants ayant une activité mixte (n = 27), 81,5% exercent principalement en libéral, 18,5% principalement en salariat.
- 27,2% des remplaçants (n = 114) affirment avoir un remplacement fixe (de un à plusieurs jours par semaine) en dehors des vacances scolaires.
- 22,7% des jeunes installés sous le mode collaboration (n = 22) déclarent poursuivre parallèlement une activité de remplacement.

3.3.3. Secteurs d'exercice :

Pour les deux questions suivantes, le total des réponses est supérieur à 100% pour le groupe Remplaçants, car plusieurs réponses étaient possibles.

Les différences entre les 2 groupes ne sont donc pas analysables.

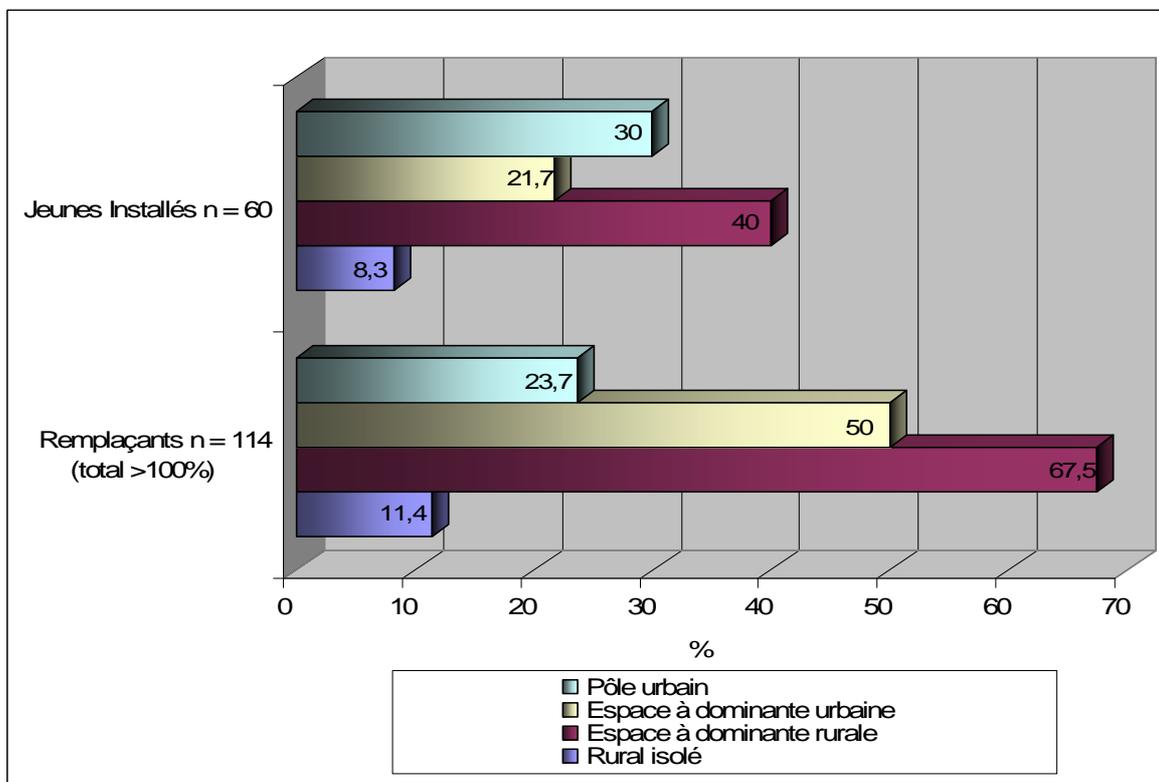


Figure 8 : Secteurs d'activité.

3.3.4. Types de cabinet :

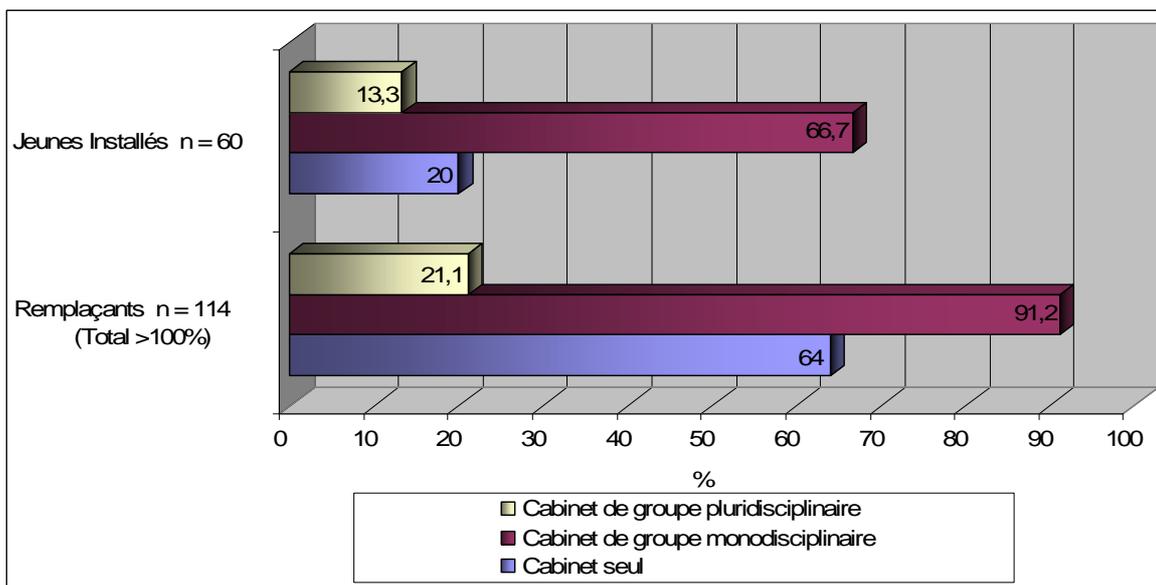


Figure 9 : Types de cabinet.

3.3.5. Temps de trajet :

- Le temps de trajet moyen « Domicile-Cabinet » des remplaçants (n = 114) est de 22,6 minutes.
 σ : 8,8 minutes. Médiane : 20 minutes.
- Celui des jeunes installés (n= 60) est de 16,8 minutes.
 σ : 11,8 minutes. Médiane : 14 minutes.
- La différence est significative : $p < 0,001$.

- Le temps de trajet maximal parcouru par les remplaçants (n = 113) au cours de leur activité est de 46,3 minutes. σ : 26,3 minutes. Médiane : 45 minutes.

3.3.6. Temps de travail :

► Pour le groupe Remplaçants, le temps de travail a été estimé en nombre de jours de travail par an :

- 24,6 % de l'ensemble des remplaçants (n = 114) souhaitent travailler d'avantage.
- Il n'existe pas de différence significative selon le sexe.
- Pour chaque fraction, ce souhait a été représenté en violet dans le graphique ci-dessous :

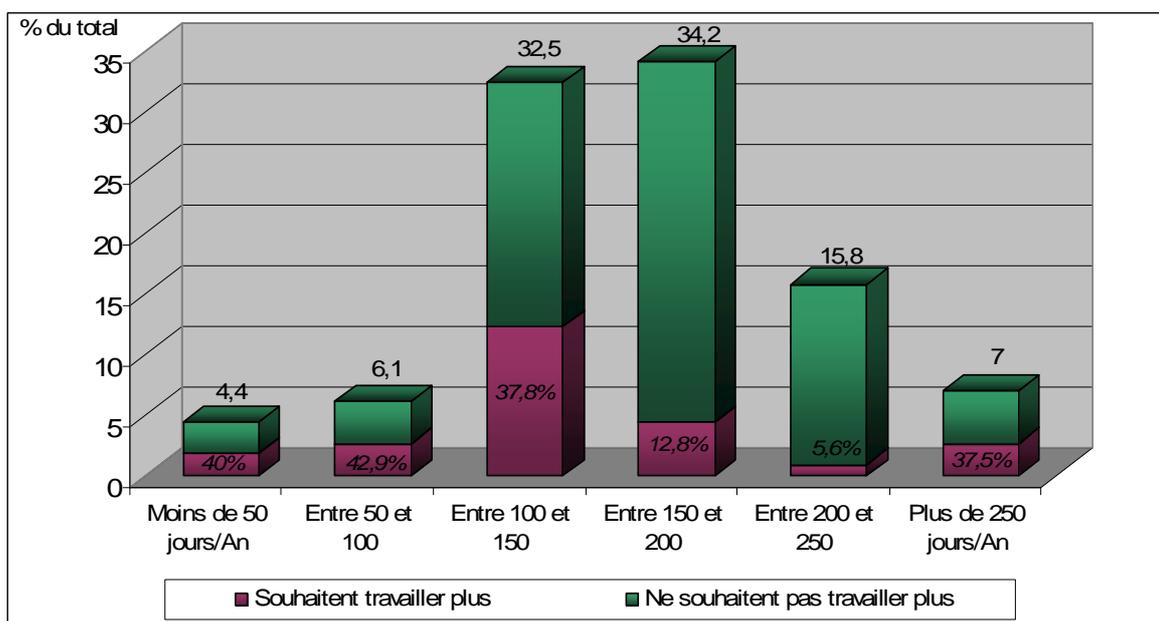


Figure 10 : Remplaçants : Temps de travail annuel. Souhait de travailler plus.

► Pour le groupe Jeunes installés, le temps de travail a été estimé en temps de travail hebdomadaire :

- 7,9 demi-journées de travail par semaine en moyenne (n = 59).
 σ : 1,7, médiane à 8.
- 5,8 semaines de congés par an en moyenne (n = 47).
 σ : 3,1, médiane à 6.
- 23,3 % de l'ensemble des jeunes installés pensent travailler trop (n = 60).
- Pour l'ensemble de ces valeurs, aucune différence significative selon le sexe n'a été observée.

3.3.7. Permanence des soins (PDS) :

- 86,8% des remplaçants (n = 114) déclarent participer à la PDS, contre 91,7% des jeunes installés (n = 60)
La différence n'est pas significative.

► Pour le groupe Remplaçants, la participation se répartit comme suit :

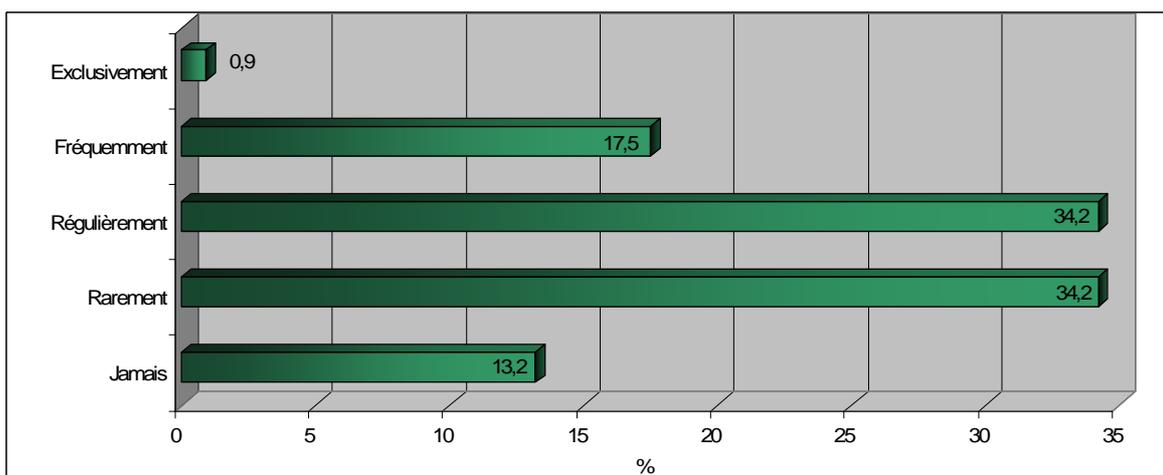


Figure 11 : Remplaçants : Participation à la PDS.

► Pour le groupe Jeunes Installés, la participation moyenne est de :

- 18,6 jours de semaine par an. σ : 25,1. Médiane à 12. (n = 53).
- 8,3 jours de week-end par an. σ : 12,7. Médiane à 4. (n = 52).

3.3.8. Revenus :

Le revenu brut moyen estimé de l'activité libérale pour les deux groupes est représenté dans le graphique ci-dessous, en euros, de même que le degré de satisfaction :

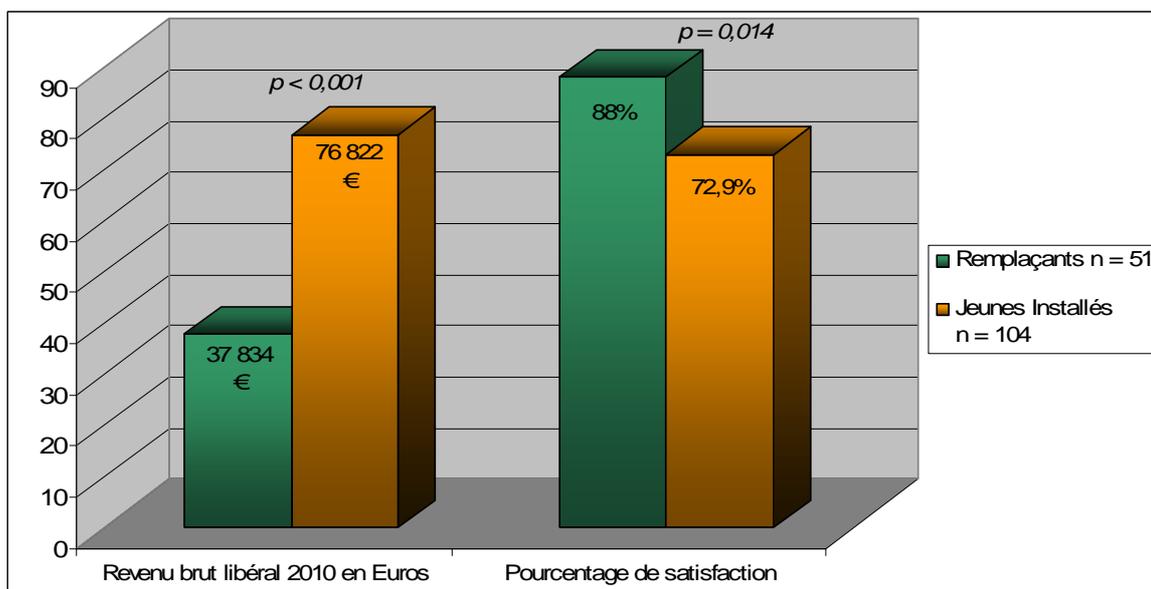


Figure 12 : Revenus bruts 2010 de l'activité libérale. Degré de satisfaction.

Les valeurs médianes sont de 38 000 euros pour les remplaçants (σ : 22 877) et de 70 000 euros pour les jeunes installés (σ : 44 326).

Les différences entre les 2 groupes sont significatives.

Cependant, pour chaque groupe, nous n'avons retrouvé aucune différence significative selon le sexe pour chacune des variables.

3.3.9. Qualités de vie :

Nous avons demandé à chaque groupe d'estimer sa qualité de vie actuelle, sur une échelle numérique de 0 (très mauvaise) à 10 (excellente) :

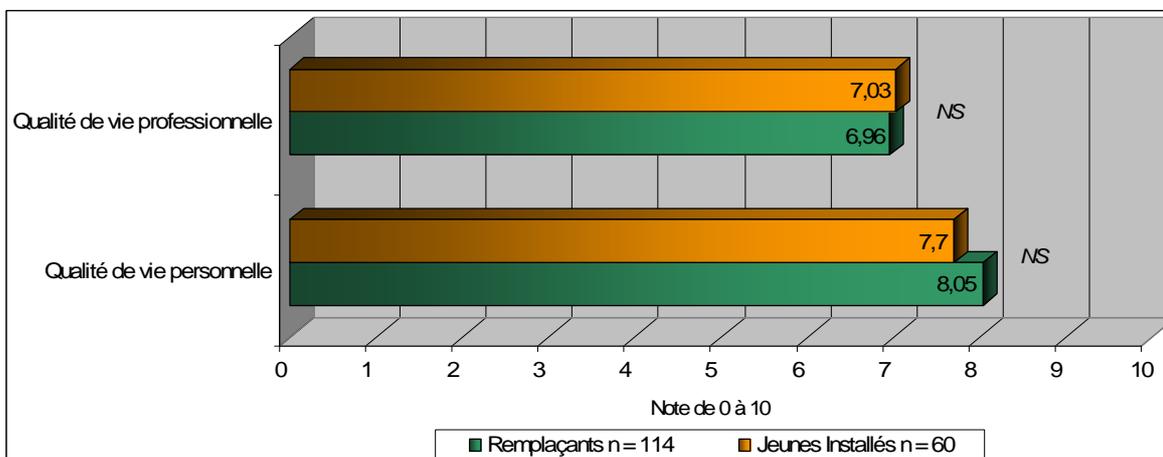


Figure 13 : Estimation de la qualité de vie.

Pour chaque variable, aucune différence n'est retrouvée selon le sexe au sein de chaque groupe.

Les jeunes installés concernés (n = 58) ont également comparé leur qualité de vie globale actuelle à celle de leurs années de remplacement :

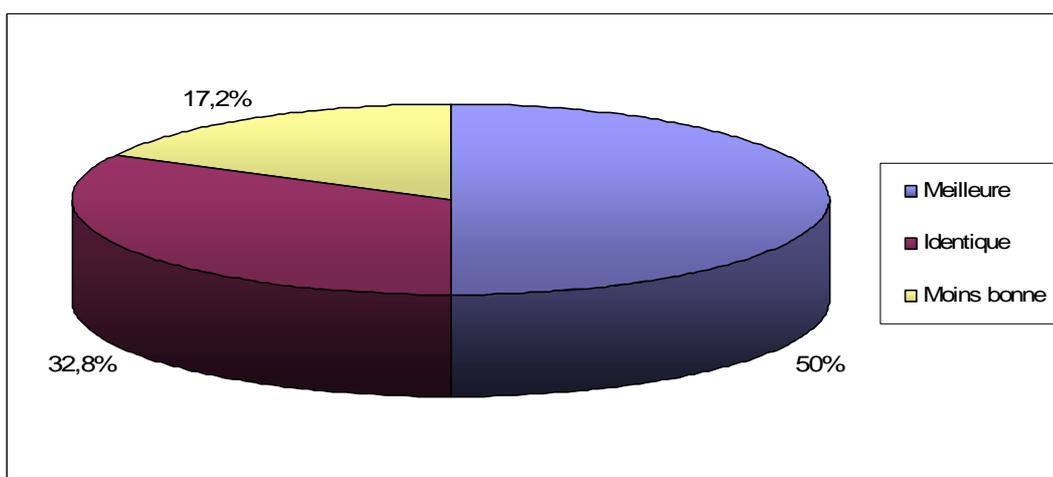


Figure 14 : Jeunes Installés : Comparaison des qualités de vie globales.

3.4. Installation

3.4.1. Questions spécifiques aux remplaçants :

3.4.1.1. Proposition d'installation :

Une installation a déjà été concrètement proposée à 75,4 % des remplaçants (n = 114).

3.4.1.2. Projet d'installation :

84,1 % des remplaçants (n = 113) affirment envisager une installation en libéral.

Il n'y a pas de différence significative selon l'âge moyen.

Il n'y a pas de différence significative selon le sexe :

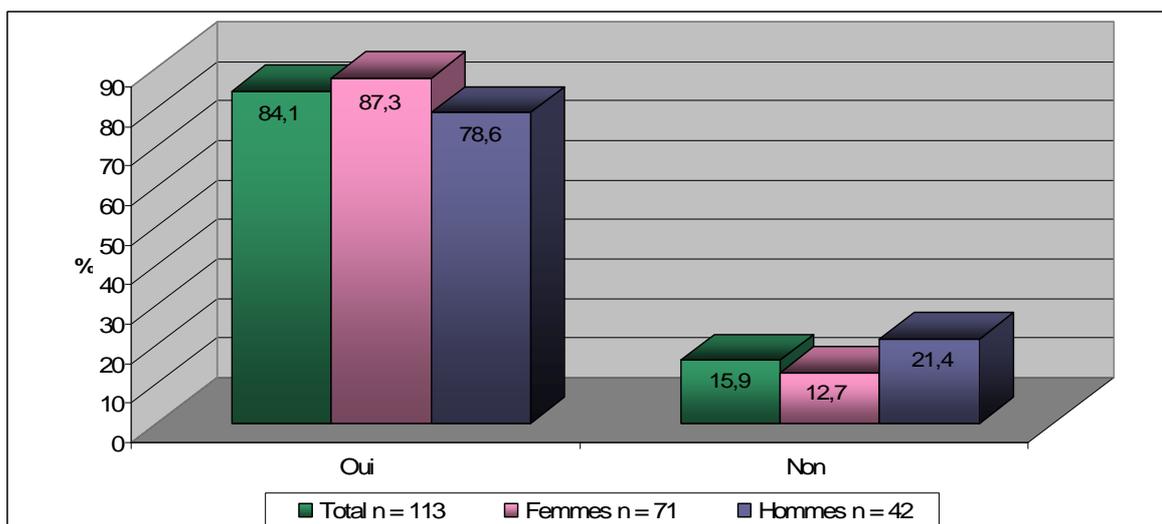


Figure 15 : Remplaçants : Envisagez-vous une installation en libéral ?

La formation à la pratique libérale durant le cursus influence ce projet :

- ils sont 93,3 % à l'envisager quand ils ont réalisé 2 semestres libéraux (n = 60).
 - ils sont 75 % quand ils ont réalisé 1 seul semestre libéral (n = 52).
 - ils sont 50 % quand ils n'en ont réalisé aucun (n = 2)
- La différence est significative ($p = 0,005$) entre ceux qui ont effectué 2 semestres et ceux qui ont eu une formation plus courte (aucun semestre et un semestre confondus).

Parmi les remplaçants qui n'envisagent pas l'installation (n = 18), un seul souhaite changer de profession :

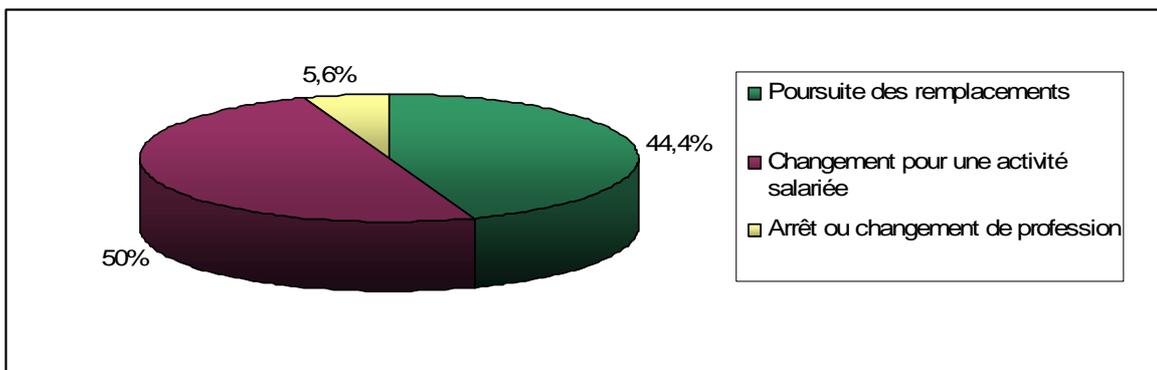


Figure 16 : Remplaçants : Qu'envisagez-vous si vous ne souhaitez pas vous installer ?

3.4.1.3. Délai d'installation :

La majorité des remplaçants projettent leur installation dans un délai de 1 à 3 ans.

Il n'y a pas de différence significative selon le sexe :

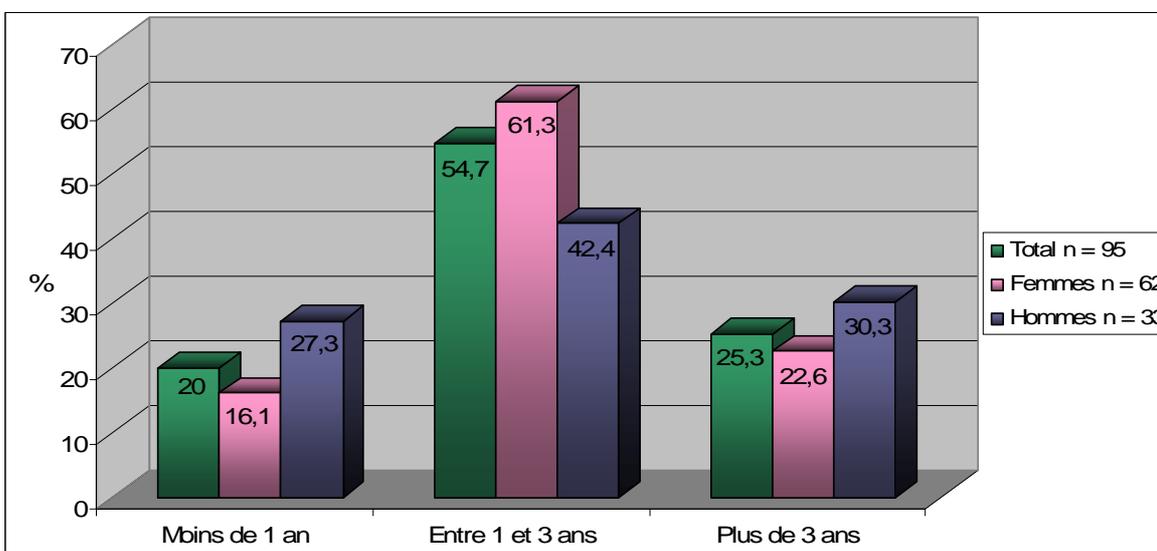


Figure 17 : Remplaçants : Délai d'installation envisagé.

3.4.1.4. Modes d'installation :

Parmi les différents modes d'installation envisagés, la collaboration est le mode le plus cité.

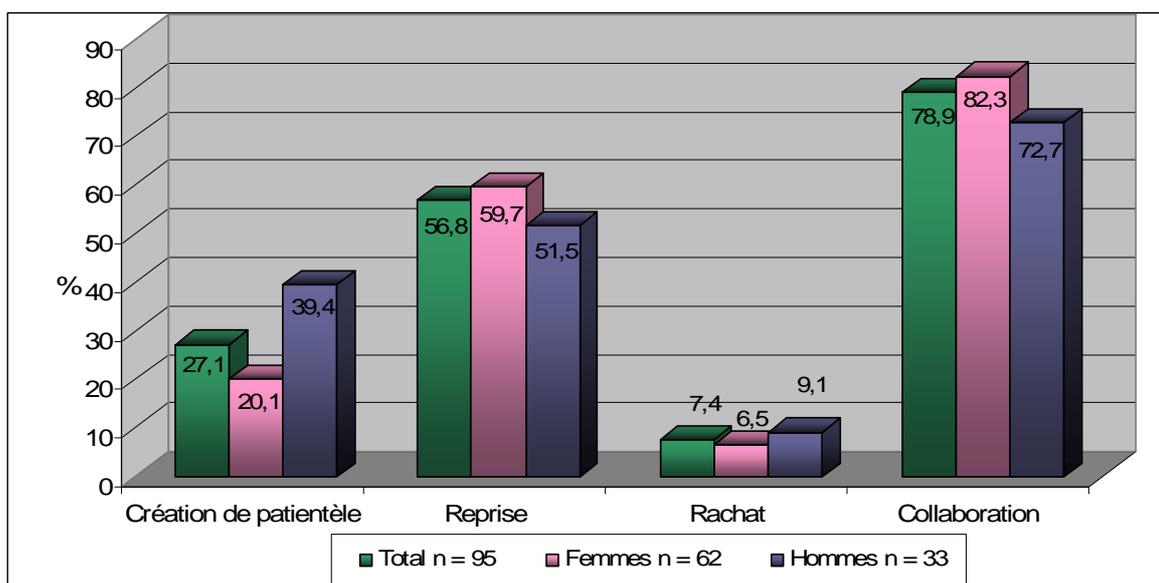


Figure 18 : Remplaçants : Modes d'installation envisagés.

3.4.1.5. Types de cabinets :

Parmi les différents types de cabinets envisagés, l'exercice en cabinet de groupe est majoritaire.

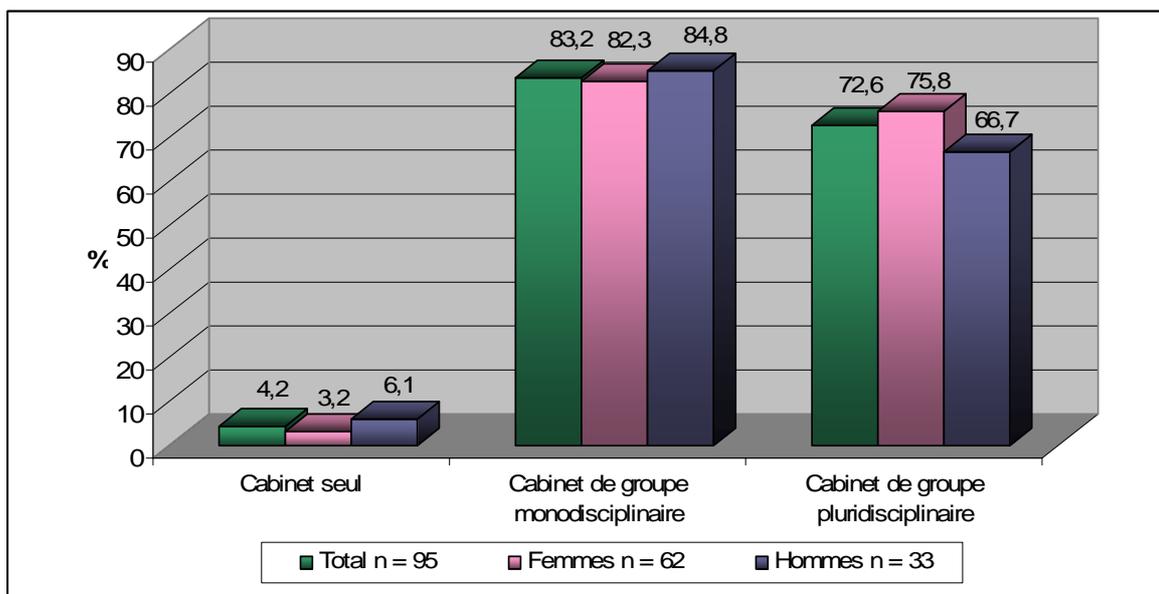


Figure 19 : Remplaçants : Types de cabinets envisagés.

Pour ces 2 graphiques, le total est supérieur à 100% car plusieurs réponses étaient possibles, la différence n'est donc pas analysable.

3.4.1.6. Secteurs :

Le graphique ci-dessous montre les différents secteurs d'exercice envisagés. Le total est supérieur à 100% car plusieurs réponses étaient possibles, la différence n'est pas analysable.

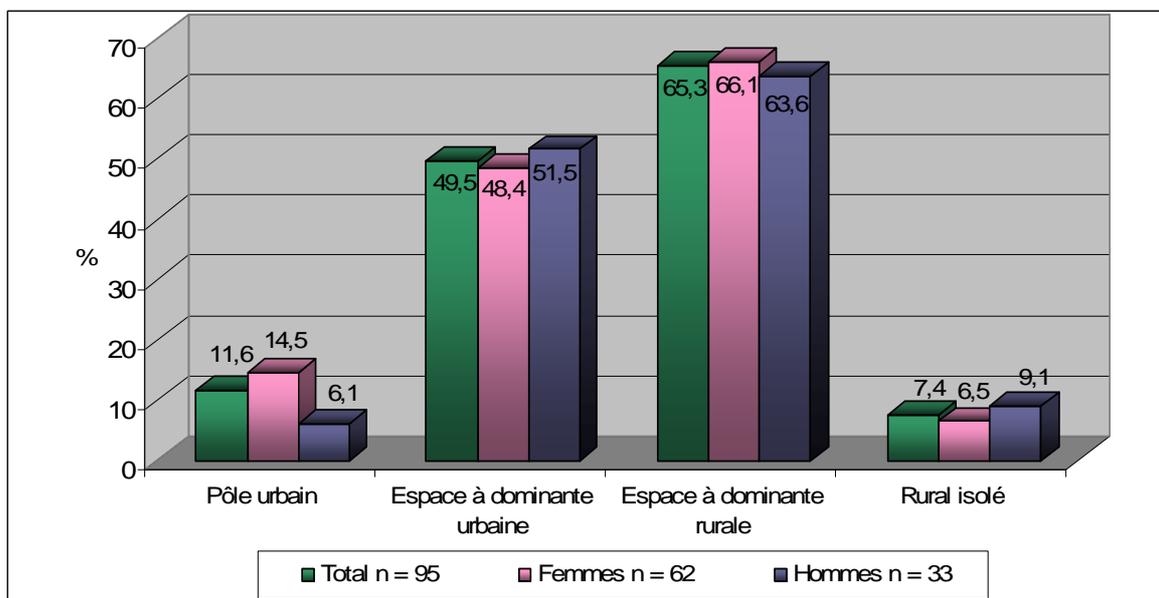


Figure 20 : Remplaçants : Secteurs d'exercice envisagés.

3.4.1.7. Temps de trajet :

Le temps de trajet « Domicile-Cabinet » maximal envisagé est de 22,7 minutes.

σ : 7,1 minutes. Médiane : 20 minutes.

Il n'y a pas de différence significative selon le sexe :

3.4.2. Questions communes :

3.4.2.1. Motivations à l'installation :

Nous avons demandé à nos 2 groupes de citer 5 items au maximum parmi les 13 proposés, qui constituaient pour eux des éléments favorables à l'installation.

Les 5 items les plus cités sont les mêmes pour les 2 groupes :

Note de lecture : MEP : Mode d'Exercice Particulier : homéopathie, acupuncture, médecine du sport, etc.

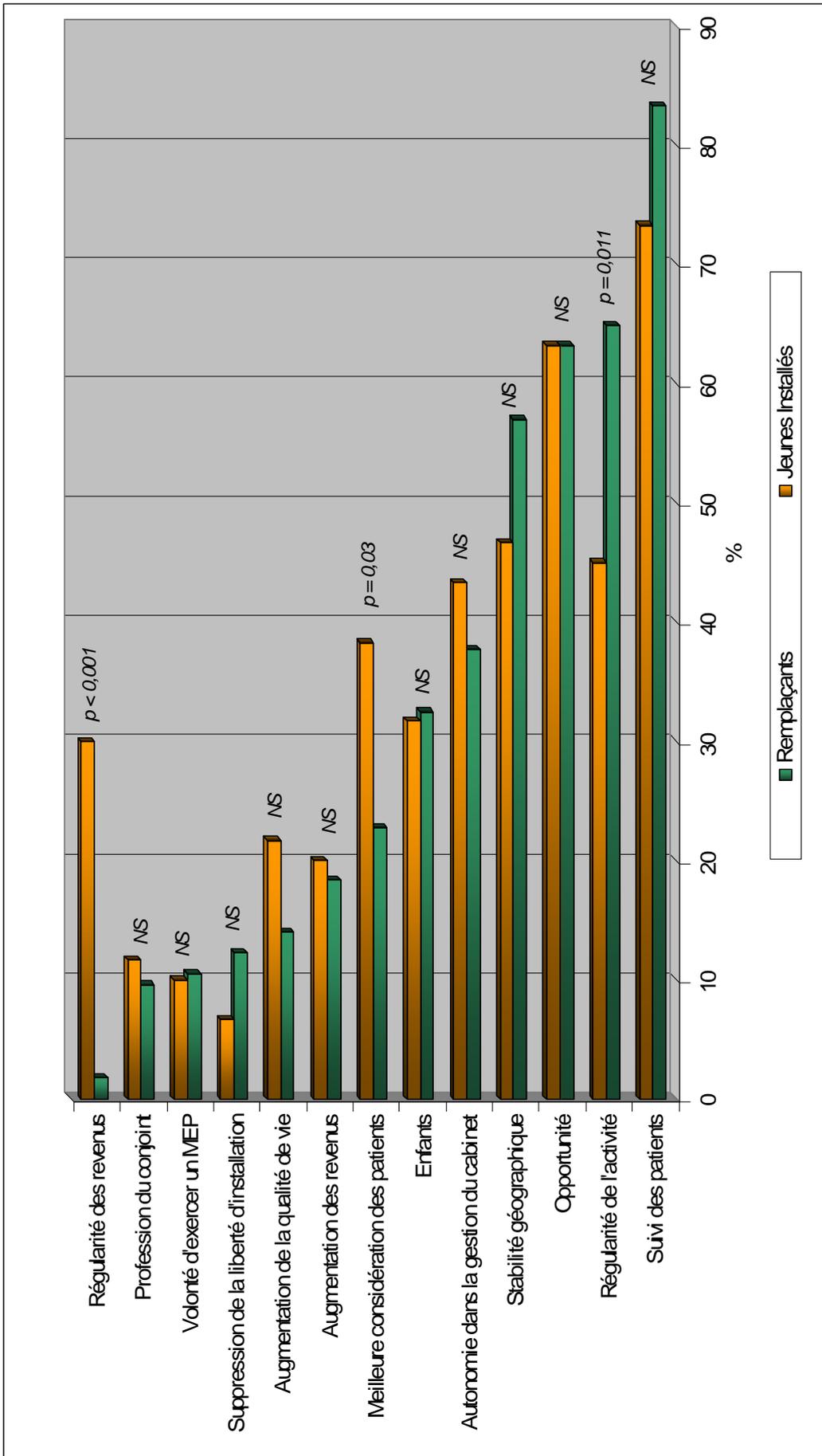


Figure 21 : Motivations à l'installation.

3.4.2.2. Freins à l'installation :

Nous avons demandé à nos 2 groupes de citer 5 items au maximum parmi les 13 proposés, qui constituaient pour eux des éléments défavorables à l'installation.

Les 5 items les plus cités sont là aussi les mêmes pour les 2 groupes :

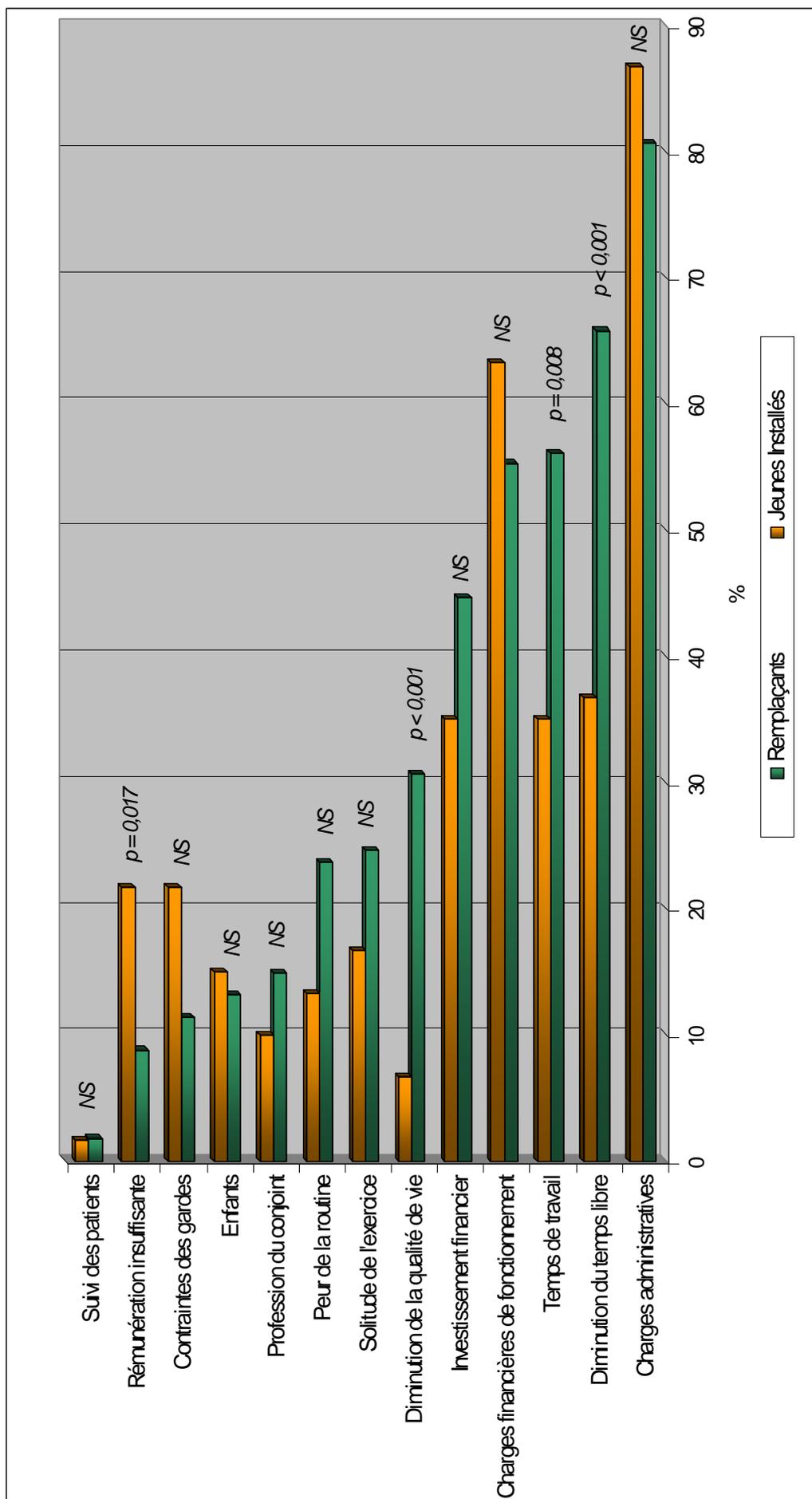


Figure 22 : Freins à l'installation.

3.4.2.3. Aides à l'installation :

- Seuls 15,8% des remplaçants (n = 114) déclarent connaître les aides à l'installation.
50 % des jeunes installés (n= 60) les connaissaient avant de s'installer.
La différence est significative, $p < 0,001$.
- 33% des remplaçants savent où les trouver (n = 112).
- Aucun des jeunes installés n'en a bénéficié (n = 60).
- 98,3% des jeunes installés affirment qu'elles n'ont pas influencé leur installation (n = 58).
- 48,2% du total des remplaçants (n = 114) pensent qu'elles peuvent influencer la leur.
51% de ceux souhaitant s'installer (n = 96) ont la même opinion.

3.4.3. Questions spécifiques aux jeunes installés :

6,8 % des jeunes installés regrettent leur installation (n = 59).

4. Discussion

Cette étude a permis de répondre à l'objectif principal de notre travail, en mettant en évidence des déterminants positifs et négatifs à l'installation en médecine générale.

Au milieu des multiples rapports négatifs sur le retard à l'installation et le désintérêt des nouvelles générations pour la médecine libérale, le résultat essentiel de cette étude est autrement plus optimiste.

Dans notre région, une large majorité des remplaçants envisagent une installation.

Cette étude a également donné lieu à la première analyse sociodémographique des remplaçants et des jeunes installés sur le secteur Nord-Alpin. En cela, elle répond ainsi à son objectif secondaire.

4.1. A propos de la méthode

4.1.1. Type d'enquête :

Seule une enquête descriptive transversale a semblé pouvoir répondre à nos objectifs de façon réalisable.

Aucune donnée officielle n'étant disponible concernant les populations étudiées, l'utilisation d'un questionnaire est apparue comme la seule façon de les sonder.

Notre analyse est donc soumise aux biais de mesure et d'échantillonnage propres à ce type d'enquête.

La principale force de ce travail réside dans le fait d'avoir analysé simultanément ces deux populations proches, sur un même secteur géographique, ce qui n'avait été réalisé qu'à une seule reprise.⁶ Ceci a permis de comparer les données de façon plus précise.

4.1.2. Définition des populations :

► Secteur géographique :

Nous avons étendu notre zone d'étude aux 3 départements du secteur Nord-Alpin, afin de recueillir un échantillon de taille suffisante à l'analyse des résultats.

Ces 3 départements regroupent plus de 2 330 000 habitants, soit 38 % de la population et 44,4 % des généralistes remplaçants de la Région Rhône-Alpes.⁷

En plus d'être notre lieu de vie et de pratique, ils composent une certaine unité géographique et médicale. Ils sont regroupés au sein de nombreux réseaux médicaux comme le Réseau Nord Alpin des Urgences (RENAU).

► Remplaçants :

Nos critères de sélection avaient pour but d'étudier une population ayant choisi de remplacer, sans jamais avoir été installée.

Nous avons exclus les remplaçants ayant déjà été installés, notamment les retraités qui représentent 6,2% du total.¹ Leurs expériences professionnelles ont probablement modifié leurs déterminants à l'installation. En cela, ils constituent une population particulière dont l'étude n'était pas l'objet de notre travail. Le CNOM s'y est récemment intéressé.^{1,3}

Nous avons également exclus les remplaçants n'ayant aucune activité libérale, estimés à 3,6 % du total.¹

Le but était d'obtenir un échantillon le plus homogène possible, directement concerné par le sujet.

Nous avons, à l'inverse, inclus les remplaçants non thésés, car ils sont nombreux à exercer avant d'obtenir leur diplôme. Ils représentent environ un quart des généralistes remplaçants^{6,8} mais ne sont que très rarement le sujet d'études. Le CNOM les avait exclus de son enquête parue au commencement de notre travail.¹ La plus grosse étude non ordinale, réalisée en 2009 ne les avait pas pris en compte.⁹

On peut cependant discuter sur la pertinence de leurs réponses au sujet de l'installation. En effet, pour pouvoir s'installer, un médecin doit être thésé.

► Jeunes installés :

En étudiant les jeunes installés, nous voulions mettre en évidence les raisons qui les ont fait franchir le pas de l'installation. Nous avons donc inclus une population s'installant pour la première fois, et de manière récente.

Nos critères de sélection avaient pour but d'étudier une population de « *primo-installés* ».

Les médecins recréant une activité ont donc été exclus de l'analyse. Ils représentaient 29,5% (n = 28) de nos répondants.

Nous avons inclus dans ce groupe les médecins collaborateurs. En effet, la collaboration médicale est reconnue depuis 2006 comme un mode d'exercice propre d'un point de vue ordinal¹⁰ et législatif.⁵

Nous avons défini arbitrairement une période de 3 ans (de janvier 2008 à avril 2011) pour l'analyse, afin d'étudier uniquement les « *néo-installés* ».

Le but était de réduire les éventuels biais de mémoire, et ceux liés aux modifications des politiques de santé publique au fil des années, tout en nous permettant d'avoir un échantillon de taille suffisante. Cette période varie de 2 à 5 ans dans les rares études sur le sujet.^{3, 6, 11}

4.1.3. Recueil des adresses et taille des échantillons :

► Groupe Remplaçants :

Le recensement des remplaçants a posé de nombreuses difficultés.

Dans un premier temps nous nous sommes adressés aux CDOM concernés par l'étude, afin de connaître le nombre total de remplaçants dans chaque département et ainsi de pouvoir leur adresser notre questionnaire.

Malheureusement les fichiers sollicités auprès des CDOM n'ont pas tous pu être fournis soit pour des raisons de confidentialité, soit par inexistence :

- Pour la Haute-Savoie :

Après avoir rencontré ses membres, le CDOM a bien voulu nous fournir une liste des personnes désirant effectuer des remplacements. Elle recensait 57 médecins thésés et 56 non thésés. Leurs adresses n'ont pas pu nous être transmises.

Il n'existe pas de site internet du CDOM de Haute-Savoie.

- Pour la Savoie :

Nous avons pu exploiter les données du site internet du CDOM (www.cdom73.org) qui met à dispositions de tous, une liste de remplaçants et leurs adresses.

-Pour l'Isère :

Le CDOM a malheureusement refusé de nous communiquer cette liste malgré de nombreuses sollicitations, citant des impératifs imposés par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) et des données légales concernant la tenue du Tableau de l'Ordre des Médecins.

Le site internet du CDOM (www.conseil38.ordre.medecin.fr) accessible uniquement aux médecins thésés possédant un numéro ADELI recense quelques remplaçants.

La vérification de ces listes dans l'annuaire national de l'Ordre, nous a montré qu'un certain nombre d'entre eux n'effectuait plus de remplacement, soit parce qu'ils s'étaient installés, soit qu'ils étaient hospitaliers. C'était le cas pour 30% (34) des médecins présents sur la liste du CDOM de Haute-Savoie. Ce problème de mise à jour des listes est également mis en évidence dans d'autres études.^{9, 12}

Nous avons donc ici rencontré un premier écueil de type ordinal.

Une étude dans le Bas-Rhin avait connu les mêmes difficultés.¹³

L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile de France avait également été confrontée à cet obstacle dans une étude de 2008.¹⁴

En 2006, le CNOM lui-même s'était vu opposé un refus par 39 des 103 CDOM lors d'une enquête sur l'activité des médecins généralistes.¹⁵

A contrario, plusieurs études sur le sujet ont été réalisées avec la coopération des CDOM dans les régions Picardie⁶, Centre⁸ et sur l'inter-région Nord-Est.⁹

L'URML de Rhône-Alpes n'a pu nous aider car elle ne dispose pas de ces informations.

Nous avons également recueilli ces adresses lors de différentes réunions de formation continue et sur un site gratuit d'annonce de remplacements.

Au total, 159 adresses ont été recueillies.

Pour mémoire, la seule donnée officielle disponible à ce jour sur le nombre de remplaçants émane du CNOM. En janvier 2009 il comptabilisait un total théorique de 271 remplaçants sur notre bassin d'étude (Haute-Savoie : 72, Savoie : 62, Isère : 137) soit un taux légèrement supérieur à la moyenne nationale par rapport aux médecins généralistes en activité régulière (7,8% contre 7,18%).⁷

Notre échantillon a donc par sa taille une certaine valeur représentative des remplaçants sur le secteur étudié.

Ce mode de recueil constitue, par contre, un réel biais de recrutement limitant la valeur de notre étude. Cependant il ne nous est apparu aucun moyen d'obtenir un échantillon plus exhaustif.

► Groupe Jeunes Installés :

Le recueil des adresses a été beaucoup plus aisé.

Nous avons recueilli, dans les Revues des Conseil de l'Ordre mises à disposition, l'intégralité des inscriptions au Tableau de l'Ordre mentionnant une installation en médecine générale libérale.

Pour les CDOM de Savoie et de Haute-Savoie, le recueil a pu être fait sur l'ensemble de la période.

Pour le CDOM de l'Isère, les données de l'année 2009 et celles depuis juillet 2010 n'ont pas été rendues disponibles.

Au total, c'est donc une très grande majorité de l'ensemble des installations qui a pu être analysée.

4.1.4. Format des questionnaires et taux de retour :

Afin de comparer au mieux les populations, la majorité des questions étaient identiques, d'autres propres aux spécificités de chaque activité.

Nous avons voulu des questionnaires clairs, assez brefs et des questions fermées ce qui a permis d'obtenir un taux très faible de questionnaires incomplets.

► Remplaçants :

Les remplaçants n'ayant pas d'adresse professionnelle, il nous a paru plus aisé de les toucher au moyen de leur adresse électronique.

En utilisant un lien, comme nous l'avons précédemment décrit, les impératifs d'anonymat ont été pleinement respectés.

Les autres avantages de cette formule ont été sans conteste sa rapidité, sa simplicité, son moindre coût et l'absence d'erreur dans la saisie des données. Son originalité et son aspect ludique étaient également en sa faveur.

A l'inverse, par ce mode, il n'était pas possible d'effectuer de relance sélective.

► Jeunes Installés :

Pour ce groupe les adresses professionnelles ont été beaucoup plus facilement collectées. Nous avons donc choisi une forme plus traditionnelle par voie postale.

Là aussi, l'anonymat a été conservé.

Les inconvénients principaux de cette formule ont été un coût plus élevé, un temps de réponse au questionnaire un peu allongé, un délai de réponse plus long, et une saisie des données plus fastidieuse avec un risque d'erreur majoré.

Ces points peuvent probablement expliquer la différence des taux de retour des questionnaires (75,5% des remplaçants contre 68,8% des jeunes installés). Pour autant, elle reste peu marquée.

Ces taux de retour sont très satisfaisants et supérieurs à ceux des principales études sur ces populations qui varient de 12%¹⁴ à 66%.⁹ Le taux de participation à l'étude du CNOM sur les remplaçants thésés était de 18,4%.¹

4.2. A propos des résultats

4.2.1. Effectifs :

▶ Remplaçants :

Notre effectif interprétable (n = 114) permet une analyse statistique satisfaisante. Il est limité par la taille du secteur géographique analysé. Les données de la littérature sont très variables sur ce point, variant d'une trentaine^{6, 11}, à 437 pour l'inter-région Nord-Est.⁹

▶ Jeunes installés :

L'effectif interprétable (n = 60) est bien inférieur au nombre de répondants (n = 95). En effet, nous n'avons aucun moyen de connaître les médecins ayant déjà été installés avant l'envoi des questionnaires. Cela explique le nombre élevé de questionnaires exclus de l'analyse.

Le format du questionnaire a également entraîné une proportion importante de réponses hors délais.

Cet effectif reste plus important que ceux des études comparables^{6, 11}, et statistiquement interprétable. Le CNOM n'a pas précisé les effectifs de son étude de 2010.³

4.2.2. Identité :

▶ Sexe : Une majorité de femmes.

Notre étude confirme la féminisation de la profession qui n'est plus à démontrer. Les publications retrouvent des proportions variant de 55 %⁶ à 66 %¹ pour ces populations et 62,4% pour les internes en médecine générale de Rhône-Alpes.¹⁶

Nos échantillons n'échappent pas à cette tendance majeure, sans différence entre les deux groupes, avec un sex-ratio F/H à 1,7.

Malgré ce constat, nos résultats ont montré que le sexe n'avait pas d'influence pour la grande majorité des facteurs étudiés.

► Nationalité : L'exception.

L'exercice des médecins étrangers reste exceptionnel en médecine générale libérale dans notre région et pour les autres travaux publiés.^{6,9}

Toutes spécialités confondues, un quart des jeunes installés a pourtant obtenu son diplôme à l'étranger.³

► Age : Des remplaçants plus jeunes.

L'âge moyen des remplaçants est plus faible ici que dans la plupart des études. Il diffère selon les échantillonnages entre 30,5 ans¹³ et 45,1 ans.³

Cet écart peut s'expliquer par la composition du groupe, incluant des médecins non thésés et excluant ceux ayant déjà été installés.

L'âge moyen des jeunes installés est retrouvé concordant à la seule référence.⁶ Le CNOM n'avait pas précisé cette valeur dans son étude.³

Les jeunes installés sont donc plus âgés que les remplaçants.

On peut cependant discuter de la réalité du retard à l'installation sur notre secteur géographique. En effet, la moyenne d'âge des jeunes installés est inférieure de plus de 3 ans à l'âge moyen d'installation observé sur l'ensemble du territoire estimé à 37 ans.⁴ Cette donnée est encourageante et concordante avec d'autres études.^{11,17}

► Situation familiale : Des remplaçants sans enfants.

Nos 2 groupes vivent, sans distinction, majoritairement en couple. Nos résultats sont concordants avec les valeurs de référence : 76,3%⁶ à 82,9%¹² selon les populations pour les remplaçants et 86% pour les jeunes installés.³

De façon générale, les médecins généralistes libéraux vivent plus fréquemment en couple que les autres actifs, toutes professions confondues (87% contre 73%).¹⁸

Nous observons par contre une nette différence de parentalité entre les 2 groupes. Cette différence est probablement d'avantage marquée que dans la littérature^{9, 12, 13}, en raison de la présence de remplaçants non thésés, plus jeunes.

► Logement : Des disparités sur les conditions de logement.

Pour les mêmes raisons, le taux de propriétaires chez les remplaçants est nettement inférieur à celui observé par la seule référence, sur l'inter-région Nord-Est⁹ où le coût de l'immobilier est également moindre.

Celui des jeunes installés est supérieur à la moyenne des français (58%).

Nous avons utilisé pour cette étude les données les plus récentes sur le découpage territorial proposé par l'INSEE, qui utilise les notions d'espaces à dominante rurale et d'espaces à dominante urbaine.¹⁹ Les définitions, complexes, de ces termes n'ont pas été précisées dans l'énoncé des questions, pour des raisons de clarté.

Ce découpage nous a paru plus explicite et plus précis que le terme « semi-rural » utilisé dans de nombreuses études et sujet à de multiples biais d'interprétation. Cette notion de bassin de vie reste toutefois subjective.

Les résultats ne montrent pas de différence significative entre les 2 groupes mais une tendance nette pour les remplaçants à vivre en pôle urbain. Le secteur rural isolé est délaissé. Il n'existe pas de données comparatives sur ce point.

► Cursus : Une proportion importante de remplaçants non thésés.

La proportion de remplaçants non thésés dans notre échantillon est importante, alors qu'ils ont tous ou presque terminé leur 3^{ème} cycle. Elle est supérieure à celle d'études comparables.^{6, 8}

Un retard dans la soutenance de thèse et l'exercice transitoire du remplacement pourraient aller dans le sens de cette tendance.

Ces résultats sont plus certainement liés aux biais de recrutement rencontrés. Malheureusement, il n'existe aucune donnée officielle permettant la comparaison. On peut penser que la proportion réelle est inférieure à nos données.

► Une formation libérale plus complète pour les remplaçants.

Le SASPAS, dont la réalisation est encadrée par une circulaire²⁰, s'installe progressivement dans les pratiques. S'il n'est pas encore obligatoire, la majorité des remplaçants ont eu accès à cette formation libérale supplémentaire. Ce n'était pas le cas de nos jeunes installés, ni des remplaçants interrogés dans des enquêtes de 2008⁸ et 2009.⁹

Nous aborderons par la suite l'importance de cette formation sur l'installation.

► Une répartition inégale selon les CDOM, mais biaisée.

On note proportionnellement moins de remplaçants inscrits au CDOM de la Savoie.

Celui-ci ne peut pas délivrer de licence de remplacement aux médecins non thésés, qui sont orientés vers le CDOM de l'Isère.

De même, le nombre de jeunes installés est proportionnellement plus faible en Isère en raison du biais de recrutement lié aux données manquantes des Revues du Conseil de l'Ordre.

4.2.3. Activité :

► Une similitude des expériences.

Nos résultats montrent que sauf exception, tous les jeunes installés ont effectué des remplacements.¹¹ Notre échantillon vient de quitter ce mode d'exercice depuis un peu plus d'un an. La durée de cette expérience est semblable à celle de notre groupe de remplaçants et conforme aux références.¹⁷

Nos deux populations sont donc très proches d'un point de vue de l'expérience professionnelle, et font des jeunes installés les « aînés » des remplaçants.

Cette similitude, recherchée par nos critères de sélection, nous a permis d'analyser le plus fidèlement possible la transition entre ces deux conditions d'exercice.

► Une activité exclusivement libérale.

Notre analyse confirme que ces populations conservent indistinctement une activité libérale exclusive.^{3, 8, 9} Cependant, on observe une proportion plus importante d'exercice mixte dans nos groupes, comparativement à l'ensemble des médecins généralistes hors exercice spécifique (91%).¹⁵

Il s'agit probablement d'une tendance qui pourra se confirmer à l'avenir, comme alternative au salariat à temps plein.

► Un exercice rural ... mais pas trop.

Si le secteur rural isolé est boudé, en revanche nos populations exercent principalement dans les espaces à dominante rurale.

Cette donnée peut s'expliquer facilement pour les jeunes installés car ils correspondent à leur lieu de résidence.

En revanche pour les remplaçants, majoritairement urbains, on peut penser qu'il s'agit d'un lieu d'exercice privilégié pour son intérêt professionnel, comme de nombreux commentaires nous l'ont rapporté.

Les données comparatives sont limitées du fait de l'originalité du découpage volontairement choisi ici.

► Une tendance nette à la réduction du temps de travail.

Notre étude confirme la grande hétérogénéité de l'activité des remplaçants.¹¹

Ils sont en grande majorité satisfaits de leur quantité de travail, et moins d'un quart souhaitent travailler plus, ce qui confirme les données existantes.¹²

Pour les deux tiers d'entre eux, le temps de travail est estimé entre 100 et 200 jours par an. Du fait de l'intitulé de la question, destiné à faciliter la réponse, la moyenne n'a pas pu être calculée. La seule donnée chiffrée existante est de 123 jours par an.¹³

Il faut cependant noter la présence dans notre étude de remplaçants en tout début d'activité qui, eux, souhaitent travailler d'avantage.

Les jeunes installés sont également satisfaits de leur temps de travail. Moins d'un quart d'entre eux pensent travailler trop.

Leur temps de travail estimé est calculé à partir des réponses à 184 jours par an. C'est beaucoup moins que la moyenne des médecins généralistes libéraux, estimée en 2010 à 251 jours par an, au rythme de 10 heures par jour.²¹

Ces résultats sont peut-être à relativiser par la présence de médecins en début d'activité. Cependant ils mettent clairement en évidence une volonté des jeunes installés à s'astreindre à une moindre quantité de travail que leurs aînés.

Nous assistons aujourd'hui à une transformation du référentiel d'organisation du travail.¹⁵ Cette tendance sociétale, devient également dominante dans le milieu médical. Nous verrons plus loin ses conséquences sur l'installation.

► Une participation active à la Permanence Des Soins.

Dans notre étude, 9 médecins sur 10 déclarent participer à la PDS, indépendamment de leur statut. Cette participation est supérieure à celles estimées par ailleurs.^{12, 13, 17}

C'est sur ce point que l'hétérogénéité des pratiques est la plus marquée. Elle est bien mise en évidence par les valeurs élevées des écarts-types. Ainsi un jeune installé a-t-il déclaré effectuer 150 jours de semaine et 70 jours de week-ends de PDS par an. Son activité de médecin de montagne éclaire cette réponse. Inversement, plusieurs médecins ont répondu ne pratiquer aucune garde de semaine. Tous sont installés en milieu urbain.

La participation à la PDS n'est pas vécue comme une contrainte majeure, y compris pour les jeunes installés. Nous le détaillerons plus loin.

► Des médecins satisfaits de leurs revenus.

Il n'est jamais simple d'aborder les questions relatives aux revenus. Nous avons donc été surpris par les taux de réponses élevés à ces questions (plus de 85%). Du fait même de la composition de nos populations, constituées notamment de médecins débutant leur activité, les valeurs sont assez hétérogènes, avec des écarts-types très importants.

Les valeurs quantitatives sont donc à relativiser, d'autant plus qu'il est probable que certains répondants aient confondu revenus nets et revenus bruts, malgré nos efforts de clarté dans les énoncés.

Pour mémoire, le revenu libéral net moyen des omnipraticiens en 2008 était de 71690 €, avec un taux de charges de 43,3%.²²

Il existe un écart important entre les revenus de nos deux populations, en partie lié à la différence dans la charge de travail.

Le point le plus important à souligner nous semble être la grande satisfaction de chacun dans ses revenus : 9 remplaçants sur 10 et 3 jeunes installés sur 4.

Ces chiffres sont concordants avec les travaux similaires.^{6, 9, 12}

Cette donnée vient conforter que ce ne sont pas les critères financiers qui sont déterminants dans les évolutions de carrière des jeunes médecins.²³

► Une très bonne qualité de vie.

Nous avons choisi afin d'estimer la qualité de vie par une échelle simple, rapide, reproductible et familière de tous les médecins : l'échelle numérique.

Plusieurs travaux ont évalué favorablement sa pertinence dans ce type d'enquête.²⁴ Elle permet également aisément les comparaisons.

Notre étude met clairement en évidence une très bonne qualité de vie, aussi bien personnelle que professionnelle, pour chacun de nos groupes.

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, il n'apparaît aucune différence entre les jeunes installés et les remplaçants.

S'il n'existe aucun élément comparatif pour ces populations, nos chiffres montrent une qualité de vie nettement supérieure à celle de l'ensemble de médecins généralistes installés.

Qu'elles soient personnelles, professionnelles ou globales, les qualités de vie de ces médecins varient de 5,07 à 6,7 selon les études publiées sur le sujet.^{24, 25, 26, 27}

► L'installation : Un succès.

Les remplaçants avouent souvent craindre une diminution de leur qualité de vie en cas d'installation. Il n'en est rien : les jeunes installés la trouve meilleure (50%) ou identique (32,8%) actuellement par rapport à leurs années de remplacement.

Ce hiatus, qui avait déjà été observé¹¹ est probablement à mettre en avant afin d'effacer certaines craintes, injustifiées, envers l'installation.

Cette satisfaction des jeunes installés est confirmée par le fait qu'une infime fraction d'entre eux regrette (6,8%) de s'être installés. L'étude du CNOM montrait que 86% d'entre eux recommanderaient à un confrère d'exercer en libéral.³

4.2.4. Installation :

► Des remplaçants sollicités, qui envisagent massivement une installation.

Les données actuelles de la démographie médicale et le nombre toujours croissants des cessations d'activité³, se traduisent directement sur les propositions d'installation. Plus de 3 remplaçants sur 4 ont déjà reçu une offre concrète.

Notre étude montre que 84,1% des remplaçants envisagent de s'installer. Dans ce contexte, cette proportion très importante est réjouissante.

Elle est encore plus marquée que dans les études récentes menées sur le sujet, où elle variait de 59%⁹ à 78,6%.¹³ L'étude de CNOM retrouvait une proportion de 45% mais toutes spécialités confondues.¹ Celle de l'URML d'Ile de France l'estimait à 23%, mais sur un échantillon très limité et peu représentatif de 12% des remplaçants.¹⁴

Il faut cependant relativiser ce constat encourageant. En effet, seuls 20% d'entre eux envisagent de s'installer dans l'année, ce qui laisse supposer que peu ont un réel projet en cours d'aboutissement, ce que confirme le CNOM.¹ Un quart d'entre eux repoussent ce délai au-delà de 3 ans, mais la majorité l'envisage toutefois avant. Ceci dénote la possibilité d'une concrétisation prochaine de leur installation.

► L'influence positive du SASPAS.

Si les critères d'âge ou de sexe n'influencent pas ce désir d'installation, en revanche la formation libérale réalisée durant le cursus semble primordiale.

Peu de jeunes installés ont eu la possibilité de réaliser cet apprentissage à l'autonomie, car son introduction est récente.

Les remplaçants, plus jeunes, sont beaucoup plus nombreux à y avoir eu accès.

Notre étude montre que sa réalisation influence de façon significative les remplaçants vers l'installation.

Ces données confirment le rôle nettement positif de ce stage, qui avait déjà été souligné lors d'enquêtes récentes.^{8, 9, 28}

Le rapport de Mme Elisabeth HUBERT reprend d'ailleurs cette constatation, en proposant de donner un caractère obligatoire au SASPAS qui viendrait en complément de 2 semestres libéraux en cabinet de médecine générale.⁴

► Mode d'installation : La collaboration privilégiée.

Quel que soit le sexe, le récent statut de collaborateur est le mode d'installation privilégié de tous.

Les jeunes installés sont majoritaires à avoir débuté leur activité de la sorte.

Les remplaçants le citent majoritairement dans leurs choix.

Ce statut a été voulu et développé afin de diversifier les aides à l'installation.^{23, 29}

On ne peut que constater son succès.

Malgré l'absence d'étude comparative, on peut cependant présumer que ce statut est plus fréquent dans notre région.

En effet, un certain nombre de médecins le choisissent pour exercer en cabinet de médecine de montagne, de façon saisonnière. Les commentaires libres nous l'ont confirmé.

Ce mode d'exercice est parfois considéré comme une « fausse installation ».

La principale critique de ce statut repose sur le plus faible engagement personnel et financier qu'il impliquerait, engendrant de ce fait une installation plus « fragile », moins pérenne. Ce sont justement là les raisons de son succès.

La collaboration semble donc promise à un bel avenir. En constituant une petite révolution dans le mode d'installation, elle initiera peut-être un changement plus profond sur les modes de pratique de la médecine libérale.

A contrario, le rachat de clientèle est un mode d'installation envisagé par seulement 7,4% des remplaçants. Ce souhait est à modérer par les faits : 25% des jeunes installés y ont eu recours.

Néanmoins, notre étude confirme l'abandon progressif de ce mode d'installation qui représentait 61% du total dans les années 90³⁰ et encore 36% avant la création du statut de collaborateur.¹¹

► Type de cabinet : L'exercice en cabinet de groupe plébiscité.

Seuls 4,2% des potentiels installés envisagent un exercice en cabinet seul.

Nos résultats confirment une forte tendance : cette proportion varie entre 4 et 15% selon les études.^{1, 8, 12, 13, 14}

Elle est observée dans les mêmes proportions chez les internes.^{16, 31}

Cette volonté est encore plus marquée que chez nos jeunes installés qui ne sont que 20% à exercer seuls, soit moins encore que dans les études comparatives.^{3, 32}

Elle marque une tendance : dans les années 90, 52% des généralistes s'installaient encore seuls.³⁰ Actuellement, 54% de l'ensemble des médecins généralistes libéraux déclarent travailler en groupe, 77,4% chez les moins de 40 ans.³²

Ce choix semble éclairé, puisque les 2/3 de nos remplaçants, exercent dans ce type de cabinet, données équivalentes à celles du CNOM.¹ L'exercice seul n'est donc pas abandonné des remplaçants.

Au contraire, l'exercice au sein de maisons de santé pluridisciplinaires est encore peu développé. Pourtant il attire une grande majorité des potentiels installés.

Comment expliquer ce plébiscite alors que le temps de travail et la qualité de vie sont similaires entre cabinet de groupe et cabinet seul ?^{21, 27}

Il existe probablement une recherche générationnelle d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, mais également une certaine idéalisation de l'exercice en groupe pluridisciplinaire.

Quoi qu'il en soit, il apparaît que le modèle libéral d'exercice isolé, autrefois considéré comme la forme la plus noble de l'exercice libéral ne s'impose plus comme une évidence.⁴

► Secteurs d'exercice : L'abandon des pôles urbains et des secteurs ruraux isolés.

Les potentiels installés aimeraient pouvoir concilier un mode de vie citadin (ils résident majoritairement dans les pôles urbains et les espaces à dominante urbaine) et un exercice en espace à dominante rurale, considéré comme attrayant.

Pour cela, ils sont prêts à supporter un temps de trajet similaire à ce qu'ils effectuent actuellement, et supérieur à leurs aînés.

Nos résultats viennent confirmer cet attrait pour le « semi-rural » constaté dans d'autres régions.^{6, 8, 12}

Ainsi, les pôles urbains sont boudés, alors qu'un quart des remplaçants y exercent. La pratique y est souvent jugée moins intéressante dans les commentaires collectés.

Pourtant, 30% des jeunes installés ont finalement choisi ce secteur. Y ont-ils été amenés par facilité ?

Le secteur rural isolé est délaissé par tous. Seul 1 remplaçant sur 14 envisage de s'y installer. Dans les faits, 1 jeune installé sur 12 l'a fait.

Ces résultats sont encore à modérer par le succès des collaborations en médecine de montagne dans notre région, qui majore probablement ces chiffres.

► Motivations à l'installation : Les facteurs professionnels priment sur les facteurs personnels.

Nous avons choisi dans notre liste les items les plus fréquemment recueillis lors d'enquêtes comportant des questions ouvertes sur le sujet.

Les résultats notent quelques différences significatives sur ces déterminants positifs à l'installation, cependant nous avons été surpris de la grande similitude des réponses entre les deux groupes.

Les 5 items les plus cités sont en effet les mêmes pour les remplaçants et les jeunes installés.

Les critères de stabilité de l'activité sont prioritaires, aussi bien sur le plan médical (suivi des patients, cité ici en 1^{ère} place comme dans d'autres études^{6,11}), pratique (stabilité géographique, régularité de l'activité) ou logistique (autonomie dans la gestion du cabinet).

Les déterminants à l'installation sont donc autres que financiers, ce qui vient confirmer les mots des rapports HUBERT⁴ et DESCOURS²³, et qui est concordant avec la proportion élevée de remplaçants satisfaits de leurs revenus.

Un déterminant positif, cité sans distinction par plus de 60 % des répondants, est à analyser séparément : il s'agit du facteur opportunité.

Les jeunes installés le mentionnent au 2^{ème} rang des facteurs ayant motivés leur installation. Si cette observation peut surprendre, elle avait déjà été évoquée.^{11, 15}

Les critères personnels sont peu évoqués, qu'il s'agisse du rôle du conjoint ou des enfants alors qu'ils concernent comme nous l'avons vu une majorité de nos répondants.

A la vue de ces résultats, on peut légitimement penser que le moment où se décide l'installation semble principalement motivé par la lassitude des remplacements, qui ne répondent plus aux aspirations professionnelles. La présence d'une opportunité peut alors faire basculer vers l'installation.

► Freins à l'installation : L'obstacle des charges administratives et financières.

Là aussi, les 5 items les plus cités ont été les mêmes pour les deux groupes.

Les répondants s'entendent sans distinction à plus de 80% pour dire que les charges administratives constituent le principal frein à l'installation.

Cette pression avait déjà été retrouvée chez les remplaçants^{1, 11} et chez les jeunes installés.^{3, 14}

Pour mémoire, le temps consacré par un médecin libéral aux activités administratives (paperasse, tâches médico-administratives et gestion du cabinet) a été estimé entre 4 et 6 heures par semaine.²¹

Les deux groupes évoquent également prioritairement le montant des charges de fonctionnement et l'investissement financier d'une installation comme une entrave, ce qui avait déjà été évoqué.⁶

Devant ce constat, on pourrait donc proposer un nouveau mode d'exercice.

Il permettrait d'allier les atouts de l'installation en libéral, tout en modérant ces principaux obstacles matériels.

Les collectivités locales ou les organismes d'assurance maladie pourraient être les propriétaires-gestionnaires de cabinets médicaux, dont les médecins seraient les effecteurs-salariés.

S'il soulève quelques difficultés, ce système permettrait à la fois de satisfaire des collectivités demandeuses et des médecins qui souhaitent simplement se concentrer sur l'activité médicale.

Il apparaît toutefois quelques différences notables dans l'évocation des freins à l'installation.

Les remplaçants mentionnent plus souvent la diminution du temps libre, le temps de travail et la diminution de la qualité de vie comme obstacle à leur installation.

Or, nous avons vu précédemment qu'il n'en est rien, les jeunes installés déclarant majoritairement avoir actuellement une meilleure qualité de vie. Ces données

trouvent ici leur confirmation, en révélant le décalage entre l'image des remplaçants et la réalité des jeunes installés.

La décision d'installation est peu influencée par les potentiels revenus, le temps libre semblant plus précieux que l'argent.

Les critères personnels comme la profession du conjoint et les enfants ne sont là aussi que très peu évoqués, ce que SALMON avait également montré.⁹

La contrainte des gardes n'est pas non plus évoquée prioritairement comme étant un frein à l'installation.

► Des aides à l'installation mal connues, mais jugées inadaptées.

Notre étude confirme la profonde méconnaissance des aides à l'installation par les remplaçants. Elles sont synthétisées, pour information, en Annexe 3.

Seuls 15,8% les connaissent, c'est moins encore que dans l'inter-région Nord-Est⁹ et qu'en Bretagne.¹² Les deux tiers ne savent pas où les trouver.

Pourtant la moitié d'entre eux pensent qu'elles peuvent les influencer dans leur installation.

A l'inverse, la moitié des jeunes installés les connaissaient avant de s'installer.

Cependant elles sont jugées par une immense majorité d'entre eux comme n'ayant eu aucune influence sur leur installation.

Cette constatation est générale.^{3, 6, 14, 15}

De fait, les jeunes installés ayant bénéficié de ces aides sont des exceptions. Aucun dans notre étude, entre 2,6%¹¹ et 5%³³ ailleurs. Le faible nombre de zones jugées comme déficitaires dans notre secteur intervient donc peu.

Ces constatations, sous réserve des biais de mémoire inévitables, viennent corroborer les deux points faibles de ces aides à l'installation :

- D'une part un défaut dans leur diffusion et leur lisibilité :

Ces faiblesses ont été l'objet de vives prises de position dans les rapports successifs DESCOURS²³, BERLAND²⁹ puis HUBERT⁴ et très récemment dans celui de la Cour des Comptes.³⁴ Le regroupement des informations en un seul et même point semble indispensable.

Le CNOM devrait avoir un rôle déterminant dans la diffusion de ces aides.⁹ Pour cela, il a mis en place au printemps l'Observatoire de Veille Démographique³, qui n'est pas encore efficient.

Les services InstaS@nté, CartoS@nté et LégiS@nté initialement gérés par les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), sont désormais disponibles sur le site des Agences Régionales de Santé (ARS) (www.ars.sante.fr). Une plateforme d'appui aux professionnels de la santé est en cours de finalisation (www.rhonealpes.paps.sante.fr).

- D'autre part leur orientation prioritairement financière :

Ces aides sont essentiellement construites sur des incitations financières, qui n'arrivent pas dans les principales motivations à l'installation. En plus de cela, notre étude, comme d'autres⁶, montre que les remplaçants sont satisfaits de leurs revenus.

Les aides financières à l'installation ne devraient donc être utilisées que comme mesures d'accompagnement d'une panoplie d'actions plus large.³⁰

En plus de ces nombreuses *aides à l'installation*, ce sont réellement la création *d'aides à l'exercice* qui pourront améliorer l'efficacité de ce système. Nous avons vu ainsi le succès du statut de collaborateur médical, souhaitons que l'autorisation d'exercice en cabinet secondaire puisse y contribuer également.

4.2.5. Portrait du potentiel installé :

Au terme de ce travail, à partir des facteurs retrouvés comme étant significatifs, nous pouvons résumer les caractéristiques du médecin remplaçant qui souhaite s'installer, en dressant son portrait type.

Il s'agit d'une femme ou d'un homme, de 31 ans, qui a déjà reçu concrètement au moins une proposition d'installation et qui a effectué deux semestres libéraux dans sa formation.

Il désire s'installer dans un délai de 1 à 3 ans, après 3 années de remplacement, en collaboration, dans un cabinet de groupe, en espace à dominante rurale, à 20 minutes maximum de son domicile.

Il ne connaît pas les aides à l'installation et ne sait pas où les trouver. Il est donc partagé à propos de leur influence sur son installation.

Il est motivé par le désir de suivre ses patients et de gérer son cabinet de façon autonome, par un besoin de stabilité géographique et de régularité de son activité. Il pense qu'une opportunité pourrait accélérer les choses.

Il est freiné par la lourdeur des charges administratives, le poids des charges de fonctionnement et de l'investissement financier d'une installation. Il a également peur d'une surcharge de travail et d'une diminution du temps libre.

6. Conclusion

Thèse soutenue par : Augustin DECORDE

Titre : Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord-Alpin.

CONCLUSION

L'évolution de la démographie médicale et le retard à l'installation dans le secteur libéral sont régulièrement l'objet d'inquiétudes. Pourtant les populations de médecins remplaçants et de médecins récemment installés sont mal connues. Les raisons de leurs choix le sont tout autant.

L'objectif principal de notre travail a donc été d'identifier les déterminants, positifs ou négatifs, à l'installation en médecine générale. Nous avons tenté de définir les facteurs qui font basculer vers l'installation en secteur libéral, et à l'inverse, ceux qui en constituent des freins.

Pour cela, nous avons réalisé une étude descriptive transversale par questionnaire, en interrogeant directement les remplaçants et les jeunes installés des départements Nord-Alpins de l'Isère, de la Savoie et de la Haute-Savoie.

Ce questionnaire visait également à obtenir les données sociodémographiques indispensables de ces populations

Une grande difficulté de ce travail a été d'accéder aux populations cibles, l'obtention des adresses a nécessité des interventions multiples auprès des Conseils de l'Ordre et de réunions de formations.

L'utilisation du format électronique nous a permis d'obtenir un taux de réponses satisfaisant de 75.5% pour les remplaçants et 68.8% pour les jeunes installés.

Le résultat essentiel qui ressort de ce travail est nettement optimiste. En effet, dans notre région, une large majorité des remplaçants envisagent une installation.

Nous n'avons pas observé de différence liée au sexe pour l'ensemble de nos résultats, alors que les femmes constituent une large majorité de ces médecins.

Remplaçants et jeunes installés s'accordent globalement sur les motivations et sur les freins à l'installation.

Les facteurs qui influencent positivement ce choix sont d'ordres professionnels comme le suivi des patients, le besoin de stabilité géographique et de régularité de l'activité. L'opportunité d'installation constitue un facteur déclenchant important.

Les principaux obstacles déclarés sont l'importance des charges administratives ainsi que le montant des charges de fonctionnement et de l'investissement financier lié à l'installation.

A l'inverse la décision d'installation est peu influencée par les revenus potentiels, le temps libre semblant plus précieux que l'argent. De même la profession du conjoint et la présence d'un enfant ne guident pas ce choix.

Notre étude a montré que les aides à l'installation sont très mal connues de ces médecins, qu'elles sont jugées inadaptées et sans effet.

Notre travail a donc permis d'améliorer la connaissance de ces populations, ce qui semble être le préalable nécessaire aux propositions qui seront faites afin de résoudre les menaces démographiques.

Pour cela, il sera essentiel de rendre à la fois exhaustif et plus lisible le recensement des médecins remplaçants.

Les critères financiers n'étant pas prioritaires, il paraît nécessaire de développer des aides à l'exercice plutôt que des aides à l'installation, et d'en améliorer la diffusion. Dans ce sens, nous avons proposé un nouveau mode d'exercice.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le 03 octobre 2011

LE DOYEN

Professeur Jean-Paul ROMANET

LE PRESIDENT DU JURY

Professeur Olivier CHABRE



C.H.U. de GRENOBLE
HOPITAL NORD
ENDOCRINOLOGIE-DIABÉTOLOGIE
Professeur O. CHABRE

Liste des abréviations

ADELI : Automatisation DEs LIstes

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale Informatique et Liberté

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MEP : Mode d'Exercice Particulier

NS : Non Significatif

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PDS : Permanence Des Soins

RENAU : Réseau Nord Alpin des Urgences

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

σ : écart-type

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Retour des questionnaires, groupe Remplaçants.....	p21
Tableau 2 : Retour des questionnaires, groupe Jeunes Installés.....	p21
Figure 1 : Répartition des sexes.....	p22
Figure 2 : Situation familiale.....	p23
Figure 3 : Secteurs de résidence.....	p24
Figure 4 : Nombres de semestres effectués en libéral au cours du 3 ^{ème} cycle...	p25
Figure 5 : CDOM d'inscription.....	p25
Figure 6 : Jeunes Installés : Dernier mode d'exercice avant l'installation.....	p26
Figure 7 : Jeunes Installés : Mode d'installation.....	p27
Figure 8 : Secteurs d'activité.....	p28
Figure 9 : Types de cabinet.....	p28
Figure 10 : Remplaçants : Temps de travail annuel. Souhait de travailler plus...	p29
Figure 11 : Remplaçants : Participation à la PDS.....	p30
Figure 12 : Revenus bruts 2010 de l'activité libérale. Degré de satisfaction.....	p31
Figure 13 : Estimation de la qualité de vie.....	p32
Figure 14 : Jeunes Installés : Comparaison des qualités de vie globales.....	p32
Figure 15 : Remplaçants : Envisagez-vous une installation en libéral ?.....	p33
Figure 16 : Remplaçants : Qu'envisagez-vous si vous ne souhaitez pas vous installer ?.....	p34
Figure 17 : Remplaçants : Délai d'installation envisagé.....	p34
Figure 18 : Remplaçants : Modes d'installation envisagés.....	p35
Figure 19 : Remplaçants : Types de cabinets envisagés.....	p35
Figure 20 : Remplaçants : Secteurs d'exercice envisagés.....	p36
Figure 21 : Motivations à l'installation.....	p37
Figure 22 : Freins à l'installation.....	p39

Annexes

Annexe 1. Questionnaire Remplaçants (Version papier)

Ce questionnaire anonyme s'adresse aux médecins généralistes remplaçants (ou internes en médecine effectuant des remplacements) :

- jamais installés
- et ayant une activité libérale au moins partiellement
- et inscrits ou titulaires d'une licence de remplacement à l'ordre de Savoie, Haute Savoie ou Isère.

Répondez-vous à ces critères ?

- Oui : merci de poursuivre le questionnaire
- Non : cette étude ne vous concerne pas. Merci de cliquer sur « Envoyer » en fin de questionnaire

IDENTITE :

1. Etes-vous ?

- Une femme
- Un homme.

2. Quel est votre âge ?

3. Quelle est votre nationalité

- Française
- Autre

4. En quelle année avez-vous terminé votre internat ou résidanat ?

Menu déroulant : encore interne, 2010, 2009,

5. En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

Menu déroulant : non thésé, 2011, 2010, 2009,

6. Durant votre internat / résidanat, combien de semestres avez-vous effectué en libéral ?

- Aucun
- Un (stage praticien, UPL, ...)
- Deux (idem + SASPAS ou SUMGA)

7. Depuis quelle année faites-vous des remplacements ?

8. Situation familiale : êtes-vous ?

- Célibataire (ou veuf, ou divorcé)
- En couple (marié ou PACS ou concubinage)

9. Situation familiale : avez-vous des enfants ?

- Oui
- Non

10. Votre logement : êtes-vous ?
- Propriétaire
 - Locataire (y compris à titre gratuit)
11. Votre logement : dans quel secteur résidez-vous ?
- Pôle urbain
 - Espace à dominante urbaine
 - Espace à dominante rurale
 - Rural isolé
12. A quel Conseil Départemental de l'Ordre des médecins êtes vous inscrit ?
- 38, Isère.
 - 73, Savoie.
 - 74, Haute-Savoie.

ACTIVITE :

13. Quel est votre type d'activité de remplacement ?
- Libérale exclusivement
 - Principalement libérale
 - Principalement salariée
14. Dans quel(s) secteur(s) exercez vous vos remplacements ? (*Plusieurs réponses possibles*)
- Pôle urbain
 - Espace à dominante urbaine
 - Espace à dominante rurale
 - Rural isolé
15. Au cours de vos remplacements, quel a été votre temps de trajet maximal Domicile<>Cabinet ?
- (en minutes)
16. Au cours de vos remplacements, quel a été votre temps de trajet moyen Domicile<>Cabinet ?
- (en minutes)
17. Dans quel type de cabinet exercez-vous vos remplacements en libéral ?
- Cabinet seul
 - Cabinet de groupe monodisciplinaire
 - Cabinet de groupe pluridisciplinaire (ou maison médicale)
18. A combien estimez-vous votre temps de travail annuel ?
- Moins de 50 jours par an
 - Entre 50 et 100
 - Entre 100 et 150
 - Entre 150 et 200
 - Entre 200 et 250
 - Plus de 250 jours par an.
19. Souhaiteriez-vous travailler plus ?
- Oui
 - Non

20. Etes-vous engagé, hors vacances scolaires, pour un remplacement fixe (de un à plusieurs jours par semaine) ?

- Oui
- Non

21. Participez-vous à la Permanence Des Soins (garde de soir, de week-ends, maison médicale de garde, SOS médecins) ?

- Jamais
- Exceptionnellement
- Rarement
- Fréquemment
- Exclusivement

22. Quel a été le revenu brut de votre activité libérale en 2010 ?

- (en euros)

23. Etes-vous satisfait de ce revenu ?

- Oui
- Non

24. Estimez votre qualité de vie personnelle actuelle ? Notez-la comme sur une échelle numérique de 0 (Très mauvaise) à 10 (Excellente).

- Note

25. Estimez votre qualité de vie professionnelle actuelle ? Notez-la comme sur une échelle numérique de 0 (Très mauvaise) à 10 (Excellente).

- Note

INSTALLATION :

26. Envisagez-vous une installation en libéral ?

- Oui (*Poursuivez question 27*)
- Non (*Rendez-vous à la question 32*)

27. SI OUI : Dans quel délai ?

- Dans un délai de 1 an
- Dans un délai de 3 ans
- Dans un délai supérieur à 3 ans

28. SI OUI : Sous quel mode ? (Plusieurs réponses possibles)

- Reprise ou rachat de patientèle
- Création de patientèle
- Collaboration

29. SI OUI : Dans quel type de cabinet ? (Plusieurs réponses possibles)

- Cabinet seul
- Cabinet de groupe monodisciplinaire
- Cabinet de groupe pluridisciplinaire (ou maison médicale)

30. SI OUI : Dans quel secteur ? (Plusieurs réponses possibles)

- Pôle urbain
- Espace à dominante urbaine
- Espace à dominante rurale
- Rural isolé

31. SI OUI : Quel temps de trajet MAXIMUM accepteriez-vous pour votre parcours

Domicile<>Cabinet ?

- (En minutes) *Poursuivez Question 33*

32. SI NON : si vous n'envisagez pas de vous installer, quel est votre projet ?

- Poursuite des remplacements
- Changement pour une activité salariée
- Changement de profession ou arrêt

33. POUR TOUS : MOTIVATIONS A L'INSTALLATION :

Cochez 5 items maximum dans la liste qui, pour vous, influencent positivement l'installation :

- Profession du conjoint
- Enfants
- Stabilité géographique
- Augmentation de la qualité de vie
- Augmentation des revenus
- Régularité des revenus
- Régularité de l'activité
- Suivi des patients
- Volonté de pratiquer un MEP (Mode d'Exercice Particulier : Homéopathie, Acupuncture, Médecine du sport...)
- Meilleure considération des patients
- Autonomie dans la gestion du cabinet
- Crainte d'une suppression de la liberté d'installation
- Opportunité

34. POUR TOUS : FREINS A L'INSTALLATION :

Cochez 5 items maximum dans la liste qui, pour vous, influencent négativement l'installation :

- Profession du conjoint
- Enfants
- Diminution du temps libre
- Dégradation de la qualité de vie
- Investissement financier d'une installation
- Rémunération insuffisante
- Charges financières de fonctionnement
- Temps de travail
- Contraintes des gardes
- Charges administratives
- Peur de la routine
- Solitude de l'exercice
- Suivi des patients

35. Aides à l'installation : Les connaissez-vous ?

- Oui
- Non

36. Aides à l'installation : Savez-vous où trouver ces informations ?

- Oui
- Non

37. Aides à l'installation : Pensez-vous qu'elles peuvent influencer votre installation ?

- Oui
- Non

38. Vous a-t-on déjà concrètement proposé une installation ?

- Oui
- Non

Commentaires libres éventuels :

MERCI.

Annexe 2. Questionnaire Jeunes Installés

IDENTITE :

1. Etes-vous ? Une femme Un homme.
2. Quel âge avez-vous ? Ans
3. Quelle est votre nationalité ? Française Autre
4. En quelle année avez-vous terminé votre internat ou résidanat ?
5. En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?
6. Durant votre internat / résidanat, combien de semestres avez-vous effectués en libéral ?
 - Aucun
 - Un (stage praticien, UPL, ...)
 - Deux (idem + SASPAS ou SUMGA)
7. Depuis quelle année êtes vous installé(e) ?
8. Avant votre installation actuelle, quel était votre dernier mode d'exercice ?
Une seule réponse possible :
 - Remplacement Salariat Collaboration
 - Sans activité Autre installation Interne
9. Avez-vous remplacé en libéral avant votre installation ? Oui Non
Si Oui : combien de temps ?
10. Situation familiale : êtes-vous ?
 - Célibataire (ou veuf, ou divorcé)
 - En couple (marié, ou PACS, ou concubinage)
11. Situation familiale : avez-vous des enfants ? Oui Non
12. Votre logement : êtes-vous ?
 - Propriétaire
 - Locataire (y compris à titre gratuit)
13. Votre logement : dans quel secteur résidez-vous ?
 - Pôle urbain
 - Espace à dominante urbaine
 - Espace à dominante rurale
 - Rural isolé

14. A quel Conseil Départemental de l'Ordre des médecins êtes-vous inscrit(e)?
- 38, Isère.
 - 73, Savoie.
 - 74, Haute-Savoie.

ACTIVITE :

15. Quel est votre type d'activité ?

- Libérale exclusive
- Activité mixte : libérale et salariée (PMI, vacations hospitalières, etc...)

16. Si vous êtes collaborateur, poursuivez-vous une activité de remplacement en parallèle ?

- Oui
- Non

17. Dans quel secteur exercez-vous ?

- Pôle urbain
- Espace à dominante urbaine
- Espace à dominante rurale
- Rural isolé

18. Quel est votre temps de trajet Domicile<>Cabinet ? (en minutes)

19. Dans quel type de cabinet exercez-vous ?

- Cabinet seul
- Cabinet de groupe monodisciplinaire
- Cabinet de groupe pluridisciplinaire (ou maison médicale)

20. Combien de ½ journées travaillez-vous par semaine ?

21. Combien de semaines de congés avez-vous pris en 2010 ?

22. Pensez-vous travailler trop ? Oui Non

23. Participez-vous à la Permanence Des Soins (garde de soir, de week-ends, maison médicale de garde, SOS médecins) ?

- Oui
- Non

Nombre de jours de semaine / An ?

Nombre de jours de week-end / An ?

24. Quel a été le revenu brut de votre activité libérale en 2010 ? euros

25. Etes-vous satisfait de ce revenu ? Oui Non

26. Estimez votre qualité de vie personnelle actuelle ?

Notez-la comme sur une échelle numérique de 0 (Très mauvaise) à 10 (Excellente).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Estimez votre qualité de vie professionnelle actuelle ?

Notez-la comme sur une échelle numérique de 0 (Très mauvaise) à 10 (Excellente).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Votre qualité de vie globale actuelle est :

Meilleure Identique Moins bonne
que celle de vos années de remplacement ?

INSTALLATION :

29. Sous quel mode vous-êtes vous installé ?

- Création de patientèle
- Reprise de patientèle
- Rachat de patientèle
- Collaboration

30. Cochez 5 items maximum dans la liste qui, pour vous, ont favorisé votre installation :

- Profession du conjoint
- Enfants
- Stabilité géographique
- Augmentation de la qualité de vie
- Augmentation des revenus
- Régularité des revenus
- Régularité de l'activité
- Suivi des patients
- Volonté de pratiquer un MEP (Mode d'Exercice Particulier : Homéopathie, Acupuncture, Médecine du sport...)
- Meilleure considération des patients
- Autonomie dans la gestion du cabinet
- Crainte d'une suppression de la liberté d'installation
- Opportunité

31. Cochez 5 items maximum dans la liste qui, pour vous, représentent les inconvénients de votre installation :

- Profession du conjoint
- Enfants
- Diminution du temps libre
- Dégradation de la qualité de vie
- Investissement financier d'une installation
- Rémunération insuffisante
- Charges financières de fonctionnement
- Temps de travail
- Contraintes des gardes
- Charges administratives
- Peur de la routine
- Solitude de l'exercice
- Suivi des patients

32. Regrettez-vous le fait de vous être installé(e) ? Oui Non

33. Avant de vous installer, connaissiez-vous les aides à l'installation ?

Oui Non

34. En avez-vous bénéficié ? Oui Non

35. Ont-elles influencé votre installation ? Oui Non

Commentaires libres éventuels :

MERCI

Annexe 3. Synthèse des aides à l'installation. Dispositifs en vigueur au 11 septembre 2009.

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

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

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation / Contact	Texte de référence
<p align="center">Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé</p> <p align="center">(1/2)</p>	Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé et des centres de santé	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	Peut prendre forme de : - prime d'exercice forfaitaire, - prime à l'installation, - mise à disposition d'un logement - prise en charge de tout ou partie des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins	Signature d'une convention tripartite entre la collectivité ou le groupement qui attribue l'aide, l'assurance maladie et le(s) professionnel(s) de santé Soumise à l'avis de la MRS	Art. 108 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Décret 2005-1724 du 30/12/2005
	Aides à l'installation ou au maintien des médecins généralistes	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	- Accompagnement individualisé et offre de service pour analyses - Aide forfaitaire annuelle représentant 20 % de l'activité (C+V) du médecin dans la zone Aide soumise à conditions dont : - l'exercice en groupe - l'exercice pendant 3 ans dans la zone	Adhésion à l'option conventionnelle auprès de la CPAM Adhésion et versement de l'aide soumises au respect de conditions vérifiées par la CPAM	Arrêté du 23 mars 2007 approuvant l'Avenant 20 à la Convention nationale avec les médecins www.ameli.fr Arrêté de la MRS publié au recueil des actes administratifs

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation / Contact	Texte de référence
<p align="center">Aides à l'installation ou au maintien des professionnels de santé</p> <p align="center">(2/2)</p>	Aides à l'installation ou au maintien des infirmiers => entrée en vigueur le 19 avril 2009	Zones « très sous dotées » définies par la MRS	- 3 000€ p/an sur 3 ans - Participation aux cotisations d'AF Aide soumise à conditions dont : - l'exercice en groupe - des engagements liés à l'activité (vaccinations, pathologies chroniques, télétransmission ...)	Adhésion individuelle à l'option conventionnelle appelée « Contrat santé solidarité » CPAM	Avenant 1 à la convention nationale des infirmiers Arrêté de la MRS publié au recueil des actes administratifs
	Dérogation au parcours de soins (médecin traitant)	Première installation en exercice libéral : sur tout le territoire Installation ou exercice dans un centre de santé nouvellement agréé dans une zone déficitaire en offre de soins définies par la MRS	Pendant 5 ans, les consultations réalisées par un médecin généraliste dans l'une des 2 situations ci-contre sont exonérées des pénalités financières qui s'appliquent au patient hors parcours de soins.	CPAM	Art. L 162-5-4 du Code Sécurité Sociale Décret du 2 janv. 2006 Article D 162-1-8 du Code Sécurité Sociale Art. 72 LFSS pour 2007
	Contrat de bonnes pratiques relatif à l'exercice du médecin généraliste dans les stations de sports d'hiver (CBP)	Cabinet situé dans une station de sports d'hiver située dans les départements : 04 ; 05 ; 06 ; 09 ; 12 ; 15 ; 31 ; 34 ; 38 ; 39 ; 43 ; 64 ; 65 ; 66 ; 73 ; 74 ; 63 ; 88	2 000 € / an sous réserve d'avoir respecté les conditions du contrat Engagement pour 3 ans	Signature d'un contrat entre le professionnel et la CPAM	Annexe à la Convention nationale de janv. 2005 www.ameli.fr

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

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

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Exonérations fiscales	Exonération de l'impôt sur le revenu pour la rémunération au titre de la permanence des soins	Zones déficitaires en offre de soins définies par la MRS	Exonération fiscale qui concerne les médecins ou leur remplaçant Dans la limite de 60 jours par an	Administration fiscale	Art. 109 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Instruction fiscale 5G-2-07
	Exonération de l'impôt sur le revenu pour les professions libérales exerçant dans une zone de revitalisation rurale	Création d'un cabinet en zone de revitalisation rurale (ZRR) Liste fixée par Arrêté Dernier arrêté pris en avril 2009 avec effet au 01/01/2009 JO DEUIL09046384 Révision annuelle	Exonération totale de l'impôt sur les revenus pendant 5 ans puis dégressivité durant 9 ans (installation > 01/01/04)	Administration fiscale Vérifier si les conditions sont remplies auprès du correspondant «entreprises nouvelles»	Art. 7 de la loi relative au développement des territoires ruraux (Loi 05-157 du 23/02/2005) Circulaire DIACT du 02/05/06 www.diact.gouv.fr www.territoires.gouv.fr/zonages
	Exonération de la taxe professionnelle pour les professions libérales soumises à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires non commerciaux	Création d'un cabinet dans une commune de moins de 2000 habitants ou en zone de revitalisation rurale (ZRR) Liste fixée par Arrêté Dernier arrêté pris en avril 2009 avec effet au 01/01/2009 JO DEUIL09046384 Révision annuelle	Exonération de la taxe professionnelle à compter de l'année qui suit l'installation accordée pour 2 à 5 ans	Délibération de la Collectivité territoriale Demande auprès de l'Administration fiscale Vérifier si les conditions sont remplies auprès du correspondant «entreprises nouvelles»	Art. 114 de la loi relative au développement des territoires ruraux (loi 05-157 du 23/02/2005) Articles 1464D et 1465A du code général des impôts Instruction fiscale 6E-10-05

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Exonérations de charges sociales	Exonération des cotisations patronales	Embauche d'un salarié dans un cabinet installé en zone de revitalisation rurale ZRR ou ZRU Liste fixée par Arrêté Dernier arrêté pris en avril 2009 avec effet au 01/01/2009 JO DEVI/09046384 Révision annuelle	Sous conditions : Exonération d'une partie des cotisations patronales de Sécurité Sociale Durée 12 mois	Vérifier que les <u>conditions</u> sont remplies auprès de l'URSSAF du département Demande sur imprimé spécifique auprès de la DDTEFP (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi)	Article L 322-13 du code du travail Article L 131-4-2 du code de la sécurité sociale www.urssaf.fr
	Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise (ACCRES)	Sur tout le territoire Dispositions spécifiques en ZFU, ZRU, ZUS, ZFR	<u>Sous conditions d'éligibilité :</u> Exonération d'une partie des cotisations sociales personnelles Nouveau dispositif au 01/01/09 : NACRE	Vérifier que les <u>conditions</u> sont remplies auprès de la DDTEFP (Direction Départementale du Travail et de l'Emploi) Demande sur imprimé spécifique Cerfa n° 12264*02	Art. L351-24, R 351-41 et suivants du code du travail. Art. L161-1, L161-1-1, L161-24 et D.161-1, D.161-1-1, D.161-1-1-1 du code de la sécurité sociale. www.apce.com

	Intitulé de l'aide	Territoire concerné	Nature de l'aide et montant	Financement Formalisation /Contact	Texte de référence
Cumul emploi/retraite	Permettre aux médecins libéraux de prolonger leur activité en cumulant retraite et activité	Sur tout le territoire	Revenus annuels < à 130 % du plafond SS (plafond SS annuel = 34 308 euros du 01/01 au 31/12/09)	Vérifier auprès de la CARMF que les <u>conditions</u> sont bien remplies Informez la CARMF, l'URSSAF et la CPAM	D 2007-661 du 19/04/07 Art. L 643-6 et D 643-10 du code de la sécurité sociale www.carmf.fr Nouvelles conditions fixées par art 88 LFSS pour 2009

Bibliographie

- 1. Conseil National de l'Ordre des Médecins.** Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2010.
- 2. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M.** La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES. Etudes et Résultats ; n°679. Février 2009.
- 3. Conseil National de l'Ordre des Médecins.** Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2011.
- 4. HUBERT E.** Mission de concertation sur la médecine de proximité. Rapport au Président de la République Française. Novembre 2010.
- 5. Code de Santé Publique.** Article R.4127-87 modifié par le décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006.
- 6. NICOLLE J.** Caractéristiques actuelles du remplacement en médecine générale et retard à l'installation. A propos d'une enquête. Thèse de Médecine. Amiens. 2005.
- 7. Conseil National de l'Ordre des Médecins.** Atlas de la démographie médicale en Région Rhône-Alpes. Situation au 1^{er} janvier 2009.
- 8. TROPHEME G.** Influences du cursus universitaire et du remplacement dans l'élaboration du projet professionnel en médecine générale. Enquête chez les remplaçants en Région Centre. Thèse de Médecine. Tours. 2008.
- 9. SALMON JL.** Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est. Thèse de Médecine. Reims. 2009.
- 10. Code de Déontologie Médicale.** Article 87.
- 11. LE PAPE E.** Remplacement ou installation en médecine générale : les raisons du choix. Thèse de Médecine. Paris XI. 2008.

- 12. LE TACON M.** Les médecins généralistes remplaçants en Bretagne : profils, activités et projets professionnels. Thèse de Médecine. Rennes 1. 2008.
- 13. RAMPONT F.** Le remplacement de médecine générale : état des lieux dans le Bas-Rhin en 2003. Thèse de Médecine. Strasbourg. 2006.
- 14. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France.** Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile de France. Janvier 2008.
- 15. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.** Rapport annuel 2006-2007. Tome 1. 2008.
- 16. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire.** Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. Rapport n°488. Février 2005.
- 17. FAOU-BRINDEJONC A.** Jeunes généralistes bretons installés en libéral : état des lieux et opinions sur la profession. Thèse de Médecine. Rennes 1. 2006.
- 18. BREUIL-GENIER P, SICART D.** La situation professionnelle des conjoints de médecins. DREES. Etudes et résultats ; n°430. Septembre 2005.
- 19. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.** Structuration de l'espace rural : une approche par les bassins de vie. Rapport, avec la participation de l'IFEN, INRA, SCEES, pour la DATAR. Juillet 2003.
- 20. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004** relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé, Ministère de la Santé et Ministère de l'Education Nationale.
- 21. MICHEAU J, MOLIERE E.** L'emploi du temps des médecins libéraux. DREES. Dossiers Solidarité et Santé ; n°15. 2010.

22. BELLAMY V. Les revenus libéraux des médecins en 2007 et 2008. DREES. Etudes et Résultats ; n°735. Juillet 2010.

23. DESCOURS C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Juin 2003

24. HILTBRAND G. Etude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur lieu d'exercice. Thèse de Médecine. Lyon 1. 2008.

25. THIEBAUT M. Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural. Thèse de Médecine. Nancy 1. 2003.

26. BERSAC S. Etude des caractéristiques socioprofessionnelles influençant la qualité de vie des médecins généralistes ruraux du département des Alpes-Maritimes. Thèse de Médecine. Nice Sophia-Antipolis. 2007.

27. LAI-LING N. Qualité de vie en médecine générale : enquête comparative entre cabinet seul et cabinet de groupe. Enquête réalisée auprès de médecins généralistes installés en Gironde. Thèse de Médecine. Bordeaux 2. 2010.

28. MARI C, BAIL P, LE RESTE JY. Premiers SASPAS : enquête nationale sur la perception des internes à propos de la supervision mise en place. Rev Prat Med Gen. 2006 ; 20 : 252-256.

29. BERLAND Y. Rapport de la commission « Démographie médicale » au ministère de la santé et des solidarités. Avril 2005.

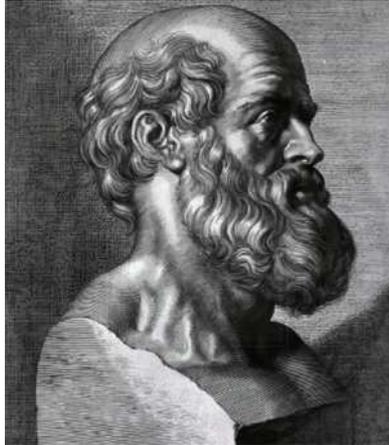
30. DANG HA DOAN B. Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale. Cah. Socio.Démo. Méd. 40(3-4) : 252-345, juillet-décembre 2000.

31. EUDO C. Les déterminants à l'installation chez les internes en médecine générale de la Région Centre. Thèse de Médecine. Tours 2009.

32. BAUDIER F, BOURGUEIL Y, EVRARD I, GAUTIER A, LE FUR P, MOUSQUES J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES. Questions d'économie de santé ; n°157. Septembre 2010.

33. Direction de la Sécurité Sociale. Enquête auprès de médecins généralistes nouvellement installés et d'internes en médecine générale. Les déterminants du lieu d'installation et la perception des aides à l'installation en zones sous médicalisées. Rapport d'étude réalisé par Eurostaf Kaliopé. Paris 2006.

34. Cour des Comptes. Rapport sur la Sécurité Sociale. Septembre 2011.



Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.