

Étude comparative en Haute Normandie des conditions d'exercice des médecins généralistes installés et collaborateurs de moins de 5 ans et des remplaçants

Maud Dachy

▶ **To cite this version:**

Maud Dachy. Étude comparative en Haute Normandie des conditions d'exercice des médecins généralistes installés et collaborateurs de moins de 5 ans et des remplaçants. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01203523

HAL Id: dumas-01203523

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01203523

Submitted on 23 Sep 2015

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2015

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

PAR

DACHY MAUD

NEE le 15 avril 1984 à Longjumeau

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25/06/2015

Etude comparative en Haute Normandie des conditions d'exercice des Médecins généralistes installés et collaborateurs de moins de 5 ans et des remplaçants

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Christophe Girault

ANNEE UNIVERSITAIRE 2014 - 2015

U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	**Professeur Pierre FREGER**
ASSESSEURS :	**Professeur Michel GUERBET**
	Professeur Benoit VEBER
	Professeur Pascal JOLY
	Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno **BACHY** *(surnombre)*	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise **BEURET-BLANQUART** *(surnombre)*	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy **BONMARCHAND** *(surnombre)*	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mr Jean-François **CAILLARD** *(surnombre)*	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE**	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition

Mme Danièle **DEHESDIN** *(surnombre)*	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel **GODIN** *(surnombre)*	HB	Néphrologie
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Philippe **GRISE** *(surnombre)*	HCN	Urologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - Vénéréologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Xavier **LE LOET**	HCN	Rhumatologie
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mr Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David **MALTETE**	HCN	Neurologie
Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Bruno **MIHOUT** *(surnombre)*	HCN	Neurologie
Mr Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc **PERON** *(surnombre)*	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
Mr François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe **RICHARD** *(détachement)*	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato-gastrologie
Mme Céline **SAVOYE-COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mr Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moise **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX - NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mr Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**	Chimie Organique
Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean-François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie **MARTINET**	Immunologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie
Mr François **HALLOUARD**	Galénique
Mme Caroline **LAUGEL**	Chimie organique
Mr Souleymane **ABDOUL-AZIZE**	Biochimie
Mme Maïté **NIEPCERON**	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mr Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mr Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine Générale
Mr Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN - Hôpital Charles Nicolle	*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*
CB - Centre Henri Becquerel	*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*
CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	*SJ – Saint Julien Rouen*

Remerciements

Monsieur le Professeur HERMIL

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur CZERNICHOW

Vous me faites l'honneur d'accepter et de juger cette thèse. Soyez assuré de mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur BENICHOU

Vous me faites l'honneur d'accepter et de juger cette thèse. Soyez assuré de mon plus grand respect.

Monsieur le Docteur GIRAULT

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse pour le temps que tu as passé à m'aider et pour l'intérêt que tu portes à ce sujet.

Elus URPS

Merci pour le temps passé que vous avez consacré pour cette thèse. Merci de votre soutien.

Monsieur le Professeur MICHEL

Vous m'avez formé lorsque j'étais encore très jeune externe. Votre envie de transmettre votre savoir et votre exigence envers nous m'a permis d'être particulièrement rigoureuse dans ma formation et dans mon exercice actuel.

Madame le Professeur DURON

Votre passion pour l'endocrinologie et votre rigueur scientifique ont été un réel guide pour moi lors de ma formation. Merci pour tout ce savoir transmis.

A Vincent GUYADER

Merci pour ton travail d'analyse statistique dans cette étude et pour le temps que tu m'as consacré.

Aux 156 médecins généralistes qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire. Merci de votre participation.

A Yann

Merci pour ton soutien depuis plus de 10 ans. Malgré les mauvais vents et les tempêtes nous sommes toujours là l'un pour l'autre. Nous nous découvrons toujours un peu plus et profitons davantage des moments de joie qu'ils soient grands ou petits, nous avons encore tellement à partager.

A Gwladys

Merci mon trésor tu inondes nos vies de bonheur, tes éclats de rire remplissent notre maison et nos cœurs. Tu es notre rayon de soleil.

A mes parents à ma famille

Merci à mes parents aux fous en plein milieu des champs. Vous m'avez donné le goût de la liberté et de la volonté à déplacer des montagnes. Merci d'avoir été là pour moi.
Ce n'est pas parce qu'un modèle n'existe pas encore qu'il n'est pas viable.
« Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait » Mark Twain

Merci à ma famille de sang et de cœur Marie-France, Marc, Brigitte, Marie-Do, Claude, Mme Benoit, Danièle, Fredy.
Vous m'avez vu grandir et devenir médecin. Merci de m'avoir soutenue toutes ces années.

A mes amis

A Stéphanie

Merci de m'avoir fait partager ta vision de la gynécologie et d'avoir démystifié les appareils d'échographie. Merci pour ces innombrables cafés et pour nos discussions en espérant qu'il y en ait encore beaucoup d'autres.

A Katy

On a fait nos premiers pas d'internes ensemble. On a partagé de terribles journées aux urgences d'Elbeuf mais c'était toujours un plaisir de travailler ensemble. Merci pour ton soutien et pour tes encouragements tout au long de ce travail de thèse.

A Elodie

Merci pour les moments partagés en stage et pour ceux qu'on s'accorde encore maintenant.

A Maritxu et à Vincent

Merci pour notre amitié, pour le soutien que vous m'avez apporté.

A Coco

Merci pour les fous rires partagés en stage avec toi. Merci de m'avoir sauvé du naufrage avec mes résultats en me confiant les coordonnées de Vincent Guyader comme statisticien.

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Table des matières

1 Liste des abreviations 21
2 Graphiques et tableaux 22
3 Introduction 24
4 Généralités sur la médecine générale et hypothèses de travail 27
4.1 Définition de la médecine générale par la WONCA 2002 27
4.2 L'exercice médical en médecine générale 28
4.2.1 La médecine salariée 28
4.2.2 La médecine libérale 29
4.2.2.1 Le médecin remplaçant 29
4.2.2.2 Le médecin collaborateur 29
4.2.2.3 Le médecin installé 30
4.3 Hypothèses de travail 30
5 Matériels et méthode 31
5.1 Population 32
5.1.1 Population cible 32
5.1.2 Méthode de recrutement 32
5.1.2.1 Les médecins installés depuis moins de 5 ans et les collaborateurs. 32
5.1.2.2 Les remplaçants 33
5.2 Type d'étude 33
5.3 Les questionnaires 34
5.3.1 Préparation du questionnaire 34
5.3.2 Réalisation du questionnaire final 34
5.4 Méthode de recueil 35
5.4.1 Type de questionnaire adressé 35
5.4.2 Critères d'exclusion 35
5.4.3 Tests et logiciels utilisés 35
5.5 Recherche bibliographique 36
6 Résultats 37
6.1 Préambule aux résultats 38
6.1.1 Présentation des résultats 38
6.1.2 Quelques informations sur les boites à moustaches 38
6.2 Taux de participation 39
6.3 Eléments comparés entre les groupes remplaçants, installés depuis 5 ans et collaborateurs 40
6.3.1 Aspect socio-démographique 40
6.3.1.1 Sexe 40
6.3.1.2 Moyenne d'âge 41

6.3.1.3 Localisation de la résidence personnelle 42
6.3.1.4 Etes-vous propriétaire de votre résidence? 43
6.3.1.5 Quel statut marital avez-vous? 44
6.3.1.6 Votre conjoint(e) a-t-il (elle) un travail qui nécessite de rester proche de son lieu d'habitation? 45
6.3.1.7 Avez-vous des enfants? 46
6.3.1.8 Depuis combien d'années avez-vous soutenu votre thèse? 47
6.3.1.9 Depuis combien d'années avez-vous le statut de médecin généralistes installés ou remplaçants collaborateur? 48
6.3.1.10 Quelle était votre activité antérieure? 49
6.3.1.11 Avez-vous réalisé des stages auprès de médecins généralistes lors de votre formation? 50
6.3.1.12 Ressentis lors des stages chez les médecins généralistes 50
6.3.2 Modalités d'exercice 52
6.3.2.1 Combien de consultations en moyenne réalisez-vous par jour? 52
6.3.2.2 Combien de semaines de vacances prenez-vous par an? 53
6.3.2.3 Combien de jours par semaine travaillez-vous ? 54
6.3.2.4 Combien de semaines travaillez-vous par an? (remplaçant) 55
6.3.2.5 A combien de km de votre lieu d'habitation exercez-vous? 56
6.3.2.6 Avez-vous souscrit une prévoyance? 57
6.3.2.7 Etes vous conseillé(e) facilement pour les démarches administratives lorsque vous rencontrez des difficultés? 58
6.3.2.8 Satisfaction du mode d'exercice 60
6.4 Choix déterminant à l'installation et à la collaboration 62
6.4.1 Comment avez-vous trouvé votre lieu d'installation ou de collaboration? 62
6.4.2 Environnement 63
6.4.3 Avez-vous bénéficié d'aides et conseils dans le choix de l'installation 63
6.4.4 Pour quel type d'installation? 64
6.4.5 Avez-vous bénéficié d'aides financières à l'installation? 65
6.4.6 Avez-vous participé à des séminaires sur la gestion du cabinet? 65
6.4.7 Avez-vous rencontré des difficultés administratives au moment de l'installation? 66
6.4.8 Avez-vous rencontré des difficultés administratives au moment de la collaboration ? .66
6.4.9 Rencontrez-vous des difficultés au niveau de la gestion du cabinet? 67
6.4.10 Avez-vous un comptable? 68
6.4.11 Avez-vous un secrétariat sur place ou à distance? 68
6.4.12 Etes-vous informatisé? 69
6.4.13 Exercez-vous en groupe ? 69
6.4.14 Etes-vous proche d'un plateau technique? 71

6.5 Evolution de carrière et exercice du collaborateur 73
6.5.1 Exercez-vous en dehors de la collaboration? 73
6.5.2 Comment envisagez-vous votre pratique future? 74
6.6 Remplaçants 75
6.6.1 Choix des remplacements 75
6.6.1.1 Choix du remplacement 75
6.6.1.2 Privilégiez-vous des cabinets avec une forte activité (> 30 consultations par jour)? 76
6.6.1.3 Avez-vous des jours fixes de remplacements? 76
6.6.1.4 Remplacez-vous régulièrement dans les mêmes cabinets? 77
6.6.1.5 Prenez-vous des gardes et des astreintes lors des remplacements ? 77
6.6.1.6 Privilégiez-vous des remplacements dans des cabinets de groupe? 78
6.6.1.7 Privilégiez-vous des remplacements dans des cabinets informatisés? 78
6.6.1.8 Privilégiez-vous des cabinets proches d'un plateau technique? 79
6.6.2 Evolution de carrière des médecins remplaçants 80
6.6.2.1 Avez-vous déjà eu des propositions pour vous installer en libéral? 80
6.6.2.2 Avez-vous déjà eu des propositions pour une activité salariée? 81
6.6.2.3 Installation future 82
6.6.2.4 Types de structure 82
6.6.2.5 Groupe 83
6.6.2.6 Dans quel environnement 83
6.6.2.7 Est ce que l'ensemble des démarches administratives serait un frein à l'installation future? 84
6.6.2.8 Est ce que les mesures incitatives proposées par votre région favoriseraient votre installation? 85
6.6.2.9 Seriez-vous incité à vous installer si les démarches liées à la gestion du cabinet étaient facilitées? 85
6.6.2.10 Si vous n'envisagez pas de vous installer à long terme quels types d'activités envisagez-vous? 86
7 Discussion 88
7.1 Travaux similaires et antérieurs 89
7.1.1 Travaux internationaux 89
7.1.1.1 "Etude sur les motivations dans le choix de la médecine générale et la satisfaction au travail auprès des stagiaires en médecine générale et des jeunes médecins généralistes libéraux à travers l'Europe : une enquête transversale sept pays" education of primary care 2014 25:202-10 89
7.1.1.2 Exemple canadiens - L'expérience du Québec sur 35 ans 90
7.1.2 Travaux français 91
7.1.2.1 Les institutions 91

7.1.2.1.1 Conseil de l'Ordre des Médecins (CDOM) 91
7.1.2.1.1.1 Atlas 2014 de la démographie médicale 91
7.1.2.1.2 La Direction de Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) 92
7.1.2.1.2.1 Les emplois du temps des médecins généralistes 92
7.1.2.1.2.2 La démographie médicale à l'horizon 2030 de nouvelles projections nationales et régionales 93
7.1.2.1.3 Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé (IRDES) 94
7.1.2.2 Les recherches non gouvernementales 95
7.1.2.2.1 Approches qualitatives des sociologues 95
7.1.2.2.2 Thèses hors régions Haute Normandie 96
7.1.2.2.2.1 Les freins à l'installation rapide des internes en médecine générale N.Baril 2012 Nantes 96
7.1.2.2.2.2 Déterminants installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord Alpin A. Decorde 2012 Grenoble 96
7.1.2.2.2.3 Les nouvelles générations de médecins généralistes: profils et perspectives de l'expérience d'Union des Remplaçants de Basse Normandie URBAN), première association de remplaçants G.Szwarc 2007 Caen 97
7.1.2.2.2.4 Etat des lieux des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire en vue d'améliorer sa lisibilité: Profil des médecins généralistes installés E.Scheck 2014 Lyon Est 98
7.1.2.3 Les recherches en Haute Normandie 99
7.1.2.3.1 CDOM Haute Normandie 99
7.1.2.3.2 Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de Haute-Normandie (URPS) 101
7.1.2.3.2.1 Les missions de l'URPS 101
7.1.2.3.2.2 Rapport sur les jeunes installés en Haute Normandie URPS médecins 102
7.1.2.3.3 Thèse réalisées en Haute Normandie 103
7.1.2.3.3.1 Le choix de l'exercice professionnel en médecine générale - Les souhaits des internes Rouennais en 2012 M, Lerouge 103
7.1.2.3.3.2 Médecins généralistes remplaçants en Haute Normandie: Profil, projet professionnel et intérêt pour les zones rurales C,Terrier 104
7.1.2.3.3.3 Organisation des soins primaires Analyse de l'offre des soins primaires sur le territoire de la communauté d'Agglomération Seine-Eure C, Debaecker 2014 105
7.2 Intérêt de notre travail 106
7.2.1 Aspect socio démographique 106
7.2.2 Modalités d'exercice 107
7.2.2.1 Facteurs déterminants du nombre de consultations et de jours travaillés 107

7.2.2.2 Exercice de groupe 108
7.2.2.3 Délégation des tâches 108
7.2.2.4 Difficultés rencontrés au niveau de la gestion du cabinet 109
7.2.2.5 Vacances 109
7.2.2.6 Satisfaction mode d'exercice 109
7.2.3 Choix déterminants à l'installation et à la collaboration 110
7.2.4 Perspectives de carrière des remplaçants 110
7.2.5 Perspectives de carrière des collaborateurs 111
7.2.6 Les maîtres de stages 111
7.2.7 L'environnement d'exercice 111
7.2.8 Aides à l'installation 112
7.2.9 Exercez-vous en dehors de la collaboration? 113
7.2.10 Avez-vous souscrit une prévoyance? 113
7.3 Les biais et les défauts de notre étude 114
7.3.1 Les biais 114
7.3.1.1 Les biais de sélection 114
7.3.1.2 Biais d'omission où de subjectivité 114
7.3.1.3 Biais de mesure 115
7.3.1.4 Biais d'analyse 115
7.3.2 Défauts de l'étude 116
7.3.2.1 Choix de l'étude 116
7.3.2.2 Construction du questionnaire 116
7.3.2.3 Difficultés de recrutement 116
7.3.2.3.1 Installés de moins de 5 ans et collaborateurs de moins de 5 ans 117
7.3.2.3.2 Remplaçants 117
7.3.2.4 Taux de participation 118
7.3.2.5 Représentativité de la population étudiée 118
7.4 Comment aller plus loin 119
7.4.1 La collaboration 119
7.4.2 Mieux décrire le parcours des jeunes médecins généralistes dans leurs cursus universitaire à leur début d'activité 119
7.4.3 Association succession avec ancien de maître de stage 119
7.4.4 Mieux identifier les médecins à exercice particulier 119
7.4.5 Profils des médecins généralistes salariés 119
7.5 Proposition pour l'avenir 120
7.5.1 Les maîtres de stage et le parcours de l'étudiant 120
7.5.2 Une base de données des installés et des remplaçants 120

7.5.3 Une meilleure protection sociale de l'activité libérale incluant les problématiques de maternité 120

7.5.4 Répartition géographique : une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins 121

7.5.5 Aller à la rencontre des étudiants; présenter les profils qui se dégagent et débattre sur les idées reçues sur les différents modes d'exercice 121

8 Conclusion 122

9 Annexes 126

9.1 Annexe 1 126

9.2 Annexe 2 131

9.3 Annexe 3 137

10 Bibliographie 142

11 Résumé 146

1 LISTE DES ABREVIATIONS

AGA : Association Gestion Agrée

ARS : Agence Régionale de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurances Maladies

DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques

EGPRN : European General Practive Research Network

EHPAD : Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes

ENC : Epreuve Nationale Classante

EURACT : EURopean ACademy of Teacher in General Practice Family Medicine

F : Femme

H : Homme

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IJ : Indemnités Journalières

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régionaux de Santé

REGJIHN : Syndicat des Remplaçants Généralistes et Jeunes Installés Haute Normandie

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

URBAN : Union des Remplaçants de BAsse Normandie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

WONCA : World organization of national Colleges, Academies and academic associations of general practionners

2 GRAPHIQUES ET TABLEAUX

Figure 1 Répartition des différents groupes en fonction de leur sexe

Figure 2 Répartition des différents groupes en fonction de leurs âges

Figure 3 Répartition des différents groupes en fonction du lieu de leurs résidences personnelles

Figure 4 Répartition des différents groupes en fonction de leurs statuts propriétaires ou locataires

Figure 5 Répartition des différents groupes en fonction de leurs statuts maritals

Figure 6 Répartition des différents groupes en fonction de la mobilité de leur conjoint

Figure 7 Répartition des différents groupes en fonction de leur statut parental

Figure 8 Répartition des différents groupes en fonction du nombre d'années depuis leur soutenance de thèse

Figure 9 Répartition des différents groupes en fonction du nombre d'années avec leur différent statut

Figure 10 Répartition des différents groupes en fonction de leur activité antérieure

Figure 11 Répartition des différents groupes en fonction de leurs ressentis lors des stages

Figure 12 Répartition des différents groupes en fonction du nombre de consultations réalisées par jour

Figure 13 Répartition des différents groupes en fonction du nombre de semaines de vacances pris par an

Figure 14 Répartition du nombre de jours travaillés par semaine chez les installés et les collaborateurs

Figure 15 Répartition du nombre de semaines travaillées par an chez les remplaçants

Figure 16 Répartition des différents groupes en fonction du nombre de km réalisés entre leur lieu d'habitation et leur lieu d'exercice

Figure 17 Répartition des différents groupes en fonction de leur souscription à une prévoyance

Figure 18 Répartition des différents groupes sur les conseils reçus lorsqu'ils rencontrent des difficultés administratives

Figure 19 Répartition des différents groupes en fonction des différents organismes avec lesquels les conseils sont facilités

Figure 20 Répartition des différents groupes en fonction de leur satisfaction de leur mode d'exercice

Figure 21 Répartition des collaborateurs et des installés; comment ont-ils trouvé leur lieu d'exercice

Figure 22 Répartition des installés et des collaborateurs en fonction de l'environnement choisi

Figure 23 Aides et conseils dans le choix de l'installation

Figure 24 Organismes fournissant des conseils à l'installation

Figure 25 Type d'installation

Figure 26 Aides financières à l'installation

Figure 27 Participation à des séminaires sur la gestion du cabinet

Figure 28 Difficultés administratives au moment de l'installation

Figure 29 Difficultés administratives au moment de la collaboration

Figure 30 Difficultés administratives au niveau de la gestion du cabinet chez les collaborateurs et les installés

Figure 31 Comptable chez les installés et les collaborateurs

Figure 32 Secrétariat chez les installés

Figure 33 informatisation chez les installés et les collaborateurs
Figure 34 Exercice de groupe chez les installés et les collaborateurs
Figure 35 Nombre de personnes en cabinet de groupe chez les installés et les collaborateurs
Figure 36 Exercice proche d'un plateau technique chez les installés et les collaborateurs
Figure 37 Exercice en dehors de la collaboration
Figure 38 Exercice pour la pratique future envisagée par les collaborateurs
Figure 39 Choix des différents lieux de remplacements
Figure 40 Choix des cabinets avec une forte activité par les remplaçants
Figure 41 Répartition des remplaçants ayant des jours fixes
Figure 42 Répartition des remplaçants exerçant régulièrement dans les mêmes cabinets
Figure 43 Répartition des remplaçants prenant des gardes ou des astreintes
Figure 44 Répartition des remplaçants exerçant dans des cabinets de groupe
Figure 45 Répartition des remplaçants exerçant dans des cabinets informatisés
Figure 46 Répartition des remplaçants exerçant dans des cabinets proches de plateau technique
Figure 47 Répartition des remplaçants ayant eu des propositions pour s'installer en libéral
Figure 48 Répartition des remplaçants ayant eu des propositions pour une activité salariée
Figure 49 Répartition des remplaçants envisageant l'installation
Figure 50 Type de structure envisagée pour les remplaçants souhaitant s'installer
Figure 51 Répartition des remplaçants souhaitant s'installer en groupe
Figure 52 Répartition des différents lieux d'installation envisagés par les remplaçants
Figure 53 Répartition des remplaçants estimant les démarches administratives comme un frein à l'installation
Figure 54 Répartition des remplaçants estimant les mesures incitatives proposées par la région favoriseraient leurs installation
Figure 55 Répartition des remplaçants si les démarches liées à la gestion du cabinet étaient facilitée
Figure 56 Répartition des remplaçants n'envisageant pas l'installation

3 INTRODUCTION

Le problème de la démographie médicale que connait actuellement la France est rencontré dans de nombreux autres pays comme le Canada, l'Australie, la Nouvelle-Zélande ou les États-Unis et, dans une moindre mesure, dans la plupart des pays développés. L'attrait de la pratique médicale de famille pose une réelle problématique et chaque pays cherche des pistes afin de comprendre et d'améliorer l'accès aux soins pour leur population.(1)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un système de santé performant lorsqu' il y a une offre de services de qualité pour tous, quel que soit le moment et le lieu où ils en ont besoin. La configuration exacte des services varie d'un pays à l'autre, mais exige en toutes circonstances : un mécanisme de financement solide, un personnel qualifié, des informations fiables sur lesquelles il appartiendra d'arrêter et de fixer des décisions politiques, une infrastructure bien entretenue, et des moyens logistiques pour acheminer des médicaments et des technologies de qualité.(2)

Au niveau international il n'existe pas de définition du terme de « désert médical ». Dans une publication datant de 2009, « l'OMS jugeait improbable que les pays disposant de moins de 23 professionnels de santé (seuls médecins, personnels infirmiers et sages-femmes) pour 10 000 habitants obtiennent des taux de couverture convenables pour les interventions essentielles en matière de soins de santé primaires considérées comme prioritaires par les Objectifs du Millénaire pour le développement».(3)

Par ailleurs elle observe depuis quelques décennies des flux migratoires inquiétant de professionnels de santé à l'échelle mondiale pour combler les pénuries de personnels de santé. Des agences spécialisées dans le recrutement de personnel médical sont florissantes et dans l'avenir il est à craindre qu'elles contribuent à favoriser la migration d'agents de santé originaires de pays à bas revenu. On peut citer comme exemple ce qui se passe à Varsovie où les agences de recrutement prolifèrent et s'efforcent d'inciter les médecins polonais à venir exercer au Royaume-Uni.

Nombreux sont ceux qui se demandent si ces officines agissent dans le respect des règles de déontologie professionnelle.(4)

En 2000, plusieurs pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) faisaient état de pénuries de médecins et d'infirmiers et plusieurs de ces données laissent à penser que celles-ci vont s'aggraver entre les départs en retraite anticipés des travailleurs de la santé et la demande croissante de services de santé.(5)

Selon les projections de population des Nations Unies, la part des cohortes de jeunes dans la population va décroître dans de nombreux pays de l'OCDE entre 2005 et 2025.

En dépit de différences dans leur approche pédagogique, la plupart des pays de l'OCDE exerce une forme de contrôle à l'entrée des écoles de médecine et d'infirmiers. Dans les années 80 et 90, plusieurs pays de l'OCDE ont adopté des politiques plus strictes en matière d'inscription dans un objectif de maîtrise des coûts. En conséquence, le nombre des diplômés des écoles de médecines et d'infirmiers a diminué. Autour de l'an 2000, de nombreux pays de l'OCDE se sont trouvés confrontés à des pénuries de travailleurs de santé qui ont été en partie résorbées par un recours accru à l'immigration. (5)

Si les recrutements internationaux de travailleurs de santé peuvent jouer un rôle dans la résorption des pénuries à court terme, dans une perspective de long terme on a clairement le choix entre le recours à l'immigration et d'autres politiques telles que le développement de la formation nationale ou l'amélioration de la productivité, pour remédier aux déséquilibres entre l'offre et la demande. (5)

La demande dans ce secteur devrait croître en raison de l'augmentation de la population, de l'évolution continue des technologies médicales et du vieillissement des populations de l'OCDE. Le stock des travailleurs de la santé va diminuer à mesure que la génération du « baby-boom » va arriver à l'âge de la retraite. (5)

Pour réduire l'écart attendu entre la demande et l'offre de professionnels de santé au cours des vingt prochaines années, les pays de l'OCDE auront principalement le choix entre quatre solutions :

- Former chez eux davantage de professionnels ;
- Favoriser la rétention et retarder le départ à la retraite des professionnels de santé dans les pays de l'OCDE;
- Améliorer la productivité des travailleurs de santé
- Recruter au niveau international des travailleurs de santé en provenance d'autres pays de l'OCDE ou de pays extérieurs à la zone OCDE(5)

En France la démographie médicale s'est beaucoup modifiée en quelques décennies. Le modèle du médecin de famille travaillant seul en milieu rural est très loin d'être majoritaire aujourd'hui. De nombreux déterminants ont contribué à sa modification. Une partie d'entre eux sont intrinsèques aux médecins généralistes : féminisation, modification de la répartition du temps de travail, évolution médicale, modification des prises en charges. D'autres sont plus extrinsèques: population vieillissante, environnement défavorisé, marchandisage de la santé, judiciarisassions des rapports patient-médecin, contrôle institutionnel des budgets alloués à la santé malgré des dépenses croissantes... (6)

Au premier janvier 2014, on comptait 102 140 médecins généralistes avec 42,4% de femmes, 62 986 étaient des libéraux exclusifs avec seulement 35% de femmes, 6 240 avaient un exercice mixte avec 35,6% de femmes ,17 597 en salariés hospitaliers avec 50.6% de femmes et 15 317 avec un autre exercice salarié où les femmes représentaient alors 66,7%. (7)

Chaque région rencontre des difficultés plus ou moins liées à son environnement et à ses bassins de vies. En 2014, au niveau national la densité régionale des médecins généralistes en activité régulière était de 132,7 pour 100 000 habitants. En Haute Normandie, la densité était de 120,1 pour 100 000 habitants avec des disparités importantes entre les deux régions, l'Eure ayant une densité plus faible que la Seine-Maritime. (8)

En 2013 une analyse a été effectuée sur la démographie médicale en Haute Normandie. Les bassins de vie de cette région recensaient 1660 médecins généralistes libéraux et mixtes. Une baisse de 6.1% des effectifs a été observée entre 2007 et 2014 pour cette région. Selon les perspectives d'avenir elle devrait encore se poursuivre.(9) Le découpage de la France" en bassin de vie" a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire en France métropolitaine. Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Les services et équipements de la vie courante servant à définir les bassins de vie sont classés en 6 domaines ; service aux particuliers, commerce, enseignement, santé, sport, loisir, culture et transports(10)

Les jeunes médecins généralistes une fois thèsés peuvent exercer en libéral sous trois formes: l'installation, la collaboration ou le remplacement. L'exercice des nouveaux inscrits en médecine générale en Haute Normandie en 2013 se répartissait ainsi :

- Pour la Seine-Maritime 16,9% exerçait en libéral, 3,1% en mixte, 30,8% en salarié, 49,2%. en remplaçant et cinq ans après la première inscription 52,9% étaient en libéral, 5,9% avaient une activité mixte, 29,4% salariés, et 11,8% de remplaçants.

- Pour l'Eure 62,5% libéral, 25% salarié, 12,5% remplaçant et cinq ans après la première inscription 61,5% exerçait en libéral et 38,5% en salarié. (9)

Pour cela, j'ai entrepris une enquête auprès de ces médecins libéraux me permettant ainsi d'effectuer une analyse comparative des caractéristiques socio-démographiques et des modalités d'exercice.

Dans un second temps nous avons examiné des critères de choix des remplacements et des perspectives de carrières des collaborateurs et des remplaçants.

4 GENERALITES SUR LA MEDECINE GENERALE ET HYPOTHESES DE TRAVAIL

4.1 Définition de la médecine générale par la WONCA 2002

En France, aujourd'hui, un généraliste n'est plus défini par défaut dans un système de soin avec des tâches à accomplir.

En 1982 la réforme des spécialités médicales a marqué le début de l'enseignement de la médecine générale dans les universités en créant un internat qualifiant. Cependant la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité par les universitaires est relativement récente. C'est en 2004 que les premiers étudiants ont pu la choisir comme spécialité lors des Epreuves Nationale Classantes (ENC).

Lors de la convention nationale du 12 janvier 2005, la place du médecin généraliste dans le système de soins français a été pour la première fois définie avec l'instauration du "parcours de soins" et le dispositif du "médecin traitant". Soit plus de vingt ans après la création du Collège National des généralistes enseignants en 1983. Les premiers professeurs de médecine générale ont été titularisés en 2009. On comprend mieux les difficultés de reconnaissance de cette discipline au sein de notre société.(11)

Au niveau international, la WONCA voit le jour en 1972 et regroupe 102 pays et 126 organisations. Elle soutient et engagent des travaux de recherche dans différents domaines de la médecine générale et contribue à leur diffusion.

En 2002 la WONCA est la première à définir la médecine générale comme une discipline scientifique et universitaire avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques.

Le médecin généraliste-médecin de famille est un médecin spécialiste formé aux principes de cette discipline. Il est le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Il soigne les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Il accepte d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers la communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, il intègre les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. L'activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Il agit personnellement ou fait appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Il a la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de ses compétences professionnelles, de son équilibre personnel et de ses valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients (12)

Cette définition claire nous semble un préambule nécessaire à notre travail.

4.2 L'exercice médical en médecine générale

L'exercice médical peut se faire de trois manières: libéral, salarié ou mixte.

En 2014 l'activité des médecins généralistes en libéral représentait 51% contre 38,7% de médecins salariés et 10,3% de médecins avaient une activité mixte. (13)

4.2.1 La médecine salariée

La médecine salariée est définie au niveau juridique par:

- Une situation de subordination administrative par rapport à l'organisme employeur qui définit ses obligations de service (lieu et horaires de travail, moyens fournis en matériel et en personnel).
- La perception d'un salaire versé par la structure employeur.
- L'absence de clientèle personnelle
- L'indépendance professionnelle est conservée concernant les décisions médicales (notamment le respect du secret professionnel)
- Un contrat écrit appliqué aux médecins du secteur privé, ainsi qu'aux contractuels du service public. Ce contrat est indispensable pour que le médecin soit rémunéré à plein temps, à temps partiel ou même simplement vacataire. Ce contrat est soumis au conseil départemental de l'ordre des médecins.

La médecine salariée se divise en deux: la médecine hospitalière et non hospitalière

- La médecine générale hospitalière

Les médecins exerçant à l'hôpital public sont des agents publics. Le recrutement se fait par concours, la rémunération est fixée par voix réglementaire et dépend du statut et de l'échelon du médecin ainsi que de son nombre de gardes et d'astreintes. (14)

Les médecins peuvent exercer aussi dans des hôpitaux privés.

Il s'agit de médecins généralistes ayant fait une formation complémentaire, médecine appliquée aux sports, angéiologue, allergologue, médecine du travail, médecine exotique, médecine thermale…

- La médecine générale non hospitalière

Il existe une grande diversité de situations.

Volontairement je ne détaille pas chaque situation

- La médecine de soins ; liée à certaines catégories socio professionnelles telles que SNCF, Médecines des Mines, centres de santé, dispensaires municipaux
- La médecine de prévention ; PMI, médecins scolaires…
- La médecine de contrôle et d'inspection ; CPAM, MSA…
- La médecine de recherche ; INSERM, CNRS, groupes privés pharmaceutiques
- Autres ; médecins territoriaux, médecins pénitentiaires…

4.2.2 La médecine libérale

4.2.2.1 Le médecin remplaçant

Le remplaçant libéral est un médecin thèsé inscrit au tableau de l'Ordre des médecins ou un étudiant en médecine disposant d'une licence de remplacement valide.

Le remplaçant doit avoir la même qualification que le médecin remplacé Le remplacement comprend toutes les activités habituelles du médecin remplacé ou les techniques dont il a la maîtrise.

Le remplacement est personnel et ne concerne qu'un seul médecin nommément désigné pour une durée de temps limité correspondant à l'indisponibilité du médecin remplacé.

Le médecin titulaire et le médecin remplaçant sont liés par un contrat qui est soumis à l'approbation du conseil départemental de l'ordre des médecins. Le médecin remplaçant utilise les feuilles et les ordonnances au nom du médecin titulaire. Le contrat garanti un pourcentage des honoraires (rétrocession) au remplaçant.

Le remplaçant exerce sous sa propre responsabilité.

Il doit contracter une assurance en responsabilité civile et professionnelle. (15) (16)

4.2.2.2 Le médecin collaborateur

Le collaborateur libéral est un médecin thèsé inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins qui exerce sous contrat dans le cabinet d'un médecin installé.

Le collaborateur libéral exerce son activité en toute indépendance, sans lien de subordination. Il utilise ses feuilles de soins et ses ordonnances à son nom, il encaisse ses honoraires à son nom. Il peut se constituer sa patientèle.

Son statut social et fiscal est celui d'un professionnel exerçant en qualité d'indépendant. Il perçoit des honoraires et verse une redevance au titulaire du cabinet. Celle-ci devra évidemment être fixée selon un accord préalable figurant au contrat et devra tenir compte des frais engagés par l'utilisation du cabinet. Il est responsable de ses actes professionnels. Il doit contracter une assurance en responsabilité civile et professionnelle

Le titulaire reste l'unique propriétaire du cabinet et est entièrement maître de sa gestion, choisit le matériel, prend les décisions, etc., Mais il partage les frais de fonctionnement (matériel, secrétariat, informatique du cabinet avec son collaborateur

L'objectif le plus souvent d'une collaboration est une association. (17)

4.2.2.3 **Le médecin installé**

L'installé libéral est un médecin thèsé inscrit à l'ordre des médecins. Il exerce son activité en toute indépendance dans son ou ses cabinets.

Il utilise ses feuilles de soins et ses ordonnances à son nom. Il encaisse ses honoraires à son nom. Il a sa propre patientèle.

Il peut exercer sous 3 formes juridiques:

- Exercice libéral sans création de société La responsabilité du praticien au niveau de ses dettes sociales est illimitée

- Exercice en société civile professionnelle(SCP)

L'exercice se fait en groupe dans le cadre d'une société civile, pour laquelle la responsabilité des associés au niveau des dettes sociales de la société est illimitée. La SCP, personne morale, exerce la profession médicale en son nom, indépendamment de chacun des associés qui l'exercent à titre individuel. Elle est soumise aux dispositions disciplinaires, au même titre que ses associés. Elle ne peut exercer la profession médicale qu'après son agrément, son inscription et son immatriculation au Conseil de l'Ordre

- Exercice en Société d'exercice Libéral (SEL)

L'exercice se fait en groupe dans le cadre d'une société de capitaux, pour laquelle la responsabilité des associés au niveau des dettes sociales est normalement limitée à leurs apports La SEL, personne morale, exerce la profession médicale en son nom, indépendamment de chacun des associés qui l'exerce à titre individuel. Elle est soumise aux dispositions disciplinaires, au même titre que ses associés. Elle ne peut exercer la profession médicale qu'après son agrément, son inscription et son immatriculation au Conseil de l'Ordre.

La gestion des moyens peut être mise en commun sous les formes suivantes; Société civile de moyens (SCM), Société civile immobilière (SCI), Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), Maison de santé…

Il doit contracter une assurance en responsabilité civile et professionnelle

4.3 **Hypothèses de travail**

L'hypothèse principale de ce travail est de savoir si les conditions d'exercice entre installés et collaborateurs de moins de cinq ans en Haute Normandie sont différentes de celles des remplaçants. Par conditions nous entendons un ensemble de critères décrivant aussi bien la vie professionnelle que la vie privée qu'il nous a semblé pertinent d'explorer.

L'hypothèse secondaire était de connaitre si les conditions d'exercice entre hommes et femmes étaient différentes dans ces trois populations.

5 MATERIELS ET METHODE

5.1 Population

5.1.1 Population cible

La population cible est constituée par des médecins généralistes installés et collaborateurs de moins de 5 ans en Haute Normandie et de remplaçants thèsés ou non ayant une activité libérale au moins partielle sur la période du 17/02/2014 au 06/06/2014.

Nous avons obtenu une population de 394 médecins dont 158 médecins installés et collaborateurs et 236 médecins remplaçants.

5.1.2 Méthode de recrutement

5.1.2.1 Les médecins installés depuis moins de 5 ans et les collaborateurs.

Nous avons utilisé une méthode pragmatique pour retrouver les médecins installés de moins de 5 ans et les collaborateurs.

Notre démarche a été:

- D'appeler chaque cabinet de l'Eure et de la Seine-Maritime répertorié dans les pages jaunes, mais devant le nombre peu important de médecins répondant à nos critères nous avons délaissé cette méthode.
- Alors nous avons appelé le conseil de l'ordre de l'Eure et de la Seine-Maritime.
- Ensuite nous avons contacté la CPAM de l'Eure et de la Seine-Maritime.
- Puis nous avons appelé l'URSSAF.
- Enfin nous avons appelé l'URPS qui avait produit un travail similaire auprès de 158 médecins généralistes installés et collaborateurs depuis moins de 5 ans en Haute Normandie, ainsi nous avons pu obtenir la liste de cette population.

5.1.2.2 **Les remplaçants**

Nous avons utilisé une méthode pragmatique pour retrouver les remplaçants.

Notre démarche a été:

- D'appeler chaque cabinet de l'Eure et de la Seine-Maritime répertoriés dans les pages jaunes, mais devant le nombre peu important de médecins répondant à nos critères nous avons délaissé cette méthode.
- Alors nous avons appelé le conseil de l'ordre de l'Eure et de la Seine-Maritime.
- Ensuite nous avons contacté la CPAM de l'Eure et de la Seine-Maritime.
- Puis nous avons appelé l'URSSAF.

Devant les obstacles rencontrés pour constituer une liste des remplaçants, le principal étant les règles imposées par la CNIL de non communication de fichier informatique, nous avons changé de méthode.

Nous avons contacté le syndicat REGIJHN afin de leur transmettre par le biais du président du REGIJHN, le questionnaire que nous avons élaboré aux remplaçants volontaires.

Nous avons utilisé des listes de courriels de médecins datant des trois années précédant notre enquête. Elles ont été récupérées lors des pré-choix de stage pour les années 2009, 2010 et 2011.

Nous avons également utilisé mon réseau de cinq amis issus de la faculté de médecine de Rouen dont trois remplaçants, un collaborateur et un installé en libéral. Exerçant dans diverses parties du territoire Haut Normand, ils ont pu, eux-mêmes, solliciter leurs propres réseaux d'amis. C'est ainsi que grâce au réseau de garde de la ville du Havre nous avons récupéré dix remplaçants. Lorsqu'en croisant les listes nous ne trouvions plus de nouveaux remplaçants, nous avons cessé toutes recherches.

5.2 **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale descriptive et comparative portant sur trois populations de médecins généralistes.

5.3 Les questionnaires

5.3.1 Préparation du questionnaire

Nous avons préparé les questionnaires à partir de ceux déjà réalisés dans la thèse de Decorde Augustin. (18)

Nous avons parcouru sa thèse et repris les questions qui nous semblaient les plus pertinentes, en nous intéressant particulièrement au statut des collaborateurs et en élargissant les questions au mode d'installation.

Nous avons collaboré avec un médecin spécialiste en santé publique travaillant au sein de l'URPS et expert en méthodologie de recueil d'information.

Nos questionnaires ont été testés chez deux remplaçants (un homme et une femme) et une femme médecin installée. Une reformulation a été réalisée pour trois questions :

- Le travail du conjoint
- Le plateau technique
- La distance entre le lieu d'exercice et l'habitation

5.3.2 Réalisation du questionnaire final

Nous avons décidé de réaliser des questionnaires différents pour les trois populations; remplaçants, collaborateurs et installés, avec de nombreuses questions identiques, nous permettant ainsi de croiser nos résultats.

Nous avons choisi quarante questions fermées pour faciliter le choix des réponses et augmenter le taux de participation.

Nous avons utilisé des questions ouvertes pour huit questions chiffrées et cinq questions pour préciser des questions fermées.

Le questionnaire est constitué d'une première partie divisée en deux sous groupes pour les trois populations:

- Aspect socio-démographique,
- Modalités d'exercice.

La deuxième partie diffère en fonction du groupe:

- Pour les installés et les collaborateurs; choix de l'installation, choix de la collaboration et le devenir de la collaboration,
- Pour les remplaçants; choix des remplacements et évolution de carrière.

5.4 Méthode de recueil

5.4.1 Type de questionnaire adressé

Les questionnaires ont été envoyés par courriel sous format Google Document via Drive à 236 médecins remplaçants et aux médecins installés et collaborateurs qui avaient un courriel connu depuis moins de 5 ans à partir de la liste fournie par l'URPS.

En Avril 2014 une version papier sous format Word Office a été faite et envoyée aux remplaçants, médecins installés et collaborateurs dont nous nous avions les coordonnées.

L'URPS était juste mentionné comme apportant son soutien pour ce travail.

Les résultats ont été recueillis jusqu' au 6 juin 2014.

5.4.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion des médecins installés et des collaborateurs

- 1 mail n'était plus valide,
- 1 médecin installé a déménagé et fait des remplacements en Alsace,
- 1 n'était pas médecin généraliste,
- 3 questionnaires reçus après la date de clôture de l'étude.

Les critères d'exclusion des médecins remplaçants

- 15 mails n'étaient plus valides,
- 4 médecins remplaçants devenus salariés (2 en gériatrie et 2 en service d'urgences).

5.4.3 Tests et logiciels utilisés

L'analyse statistique a été réalisée par Vincent Guyader.

Pour comparer les variables quantitatives entre les groupes, nous avons utilisé soit le test de Student lorsqu'il s'agissait de deux moyennes, soit l'ANOVA (analyse de variance) lorsque nous avions plus de deux moyennes.

Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé du khi2 ou du Fisher en fonction des conditions d'application.

Tous ces tests ont été faits au seuil de 5%, et les tests multiples ont été contrôlés par la méthode de Holm pour les variables quantitatives ou le HSD de Tukey pour les variables qualitatives.

5.5 **Recherche bibliographique**

Les recherches ont été effectuées avec une des bibliothécaires de la faculté de médecine de Rouen. Les bases de données utilisées ont été le SUDOC, PUBMED, OMS, CAIRN, CDOM, WONCA, OCDE, INSEE, URPS, MG France.

Les mots clés utilisés dans la recherche bibliographiques étaient :

<u>En français :</u>

Médecine générale (MESH)

Installation (mots du titre)

Cabinets médicaux

Exercice de moins de 5 ans

Remplaçants – remplacement (SUDOC)

Collaborateurs – comportement coopératif (MESH) – coopération médicale

Relations interprofessionnelles

Ressources humaines ET santé ET médecine générale

Exercice libéral

Recrutement

<u>En anglais :</u>

General practice

Physicians' offices

Cooperative behavior

Interprofessional relations

Recrutement

6 RESULTATS

6.1 Préambule aux résultats

6.1.1 Présentation des résultats

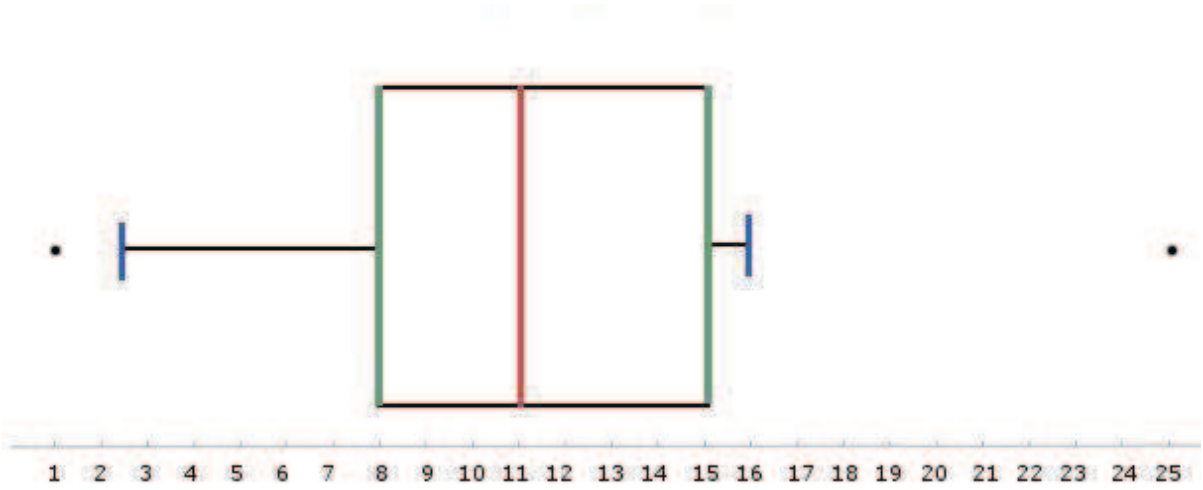
En raison de la densité du questionnaire et pour faciliter la lecture des résultats, nous avons fait le choix de ne présenter que les différences significatives.

- Pour les variables quantitatives avec les $p < 0,05$ et leurs intervalles de confiance à 95%.
- Pour les variables qualitatives les $p < 0,05$.

Nous avons initialement comparé les groupes entre eux, et dans un deuxième temps nous avons fait une analyse des résultats en fonction du sexe pour chaque groupe.

6.1.2 Quelques informations sur les boites à moustaches

Les **boites à moustaches** permettent de visualiser plusieurs paramètres de distribution d'une variable quantitative : la médiane, l'intervalle interquartile et les centiles (5^{e} et 95^{e}) ou les déciles (1er et 9^{e}) correspondant à la valeur maximale et minimale de 95% des résultats. On retrouve également représentées les données aberrantes (*outliers*).



Représentation graphique en boîte à moustaches. En rouge, la médiane, en vert, les premier et troisième quartiles, en bleu, les premier et neuvième déciles. Les points noirs sont les données aberrantes. © Bruno Scala(19)

6.2 **Taux de participation**

Le panel était constitué de 394 médecins.

158 médecins installés et collaborateurs et 236 médecins remplaçants.

Exclusion des installés et des collaborateurs :

- 1 mail n'était plus valide
- 1 médecin installé a déménagé et fait des remplacements en Alsace
- 1 n'était pas médecin généraliste
- 3 questionnaires reçus après la date de clôture de l'étude
- 2 questionnaires incomplets

Exclusion des médecins remplaçants :

- 15 mails n'étaient plus valides
- 4 médecins remplaçants devenus salariés (2 gériatries et 2 urgences)
- 2 questionnaires incomplets

61 questionnaires ont été inclus pour les remplaçants.

80 questionnaires inclus pour les médecins installés depuis moins de 5 ans.

15 questionnaires pour les collaborateurs sous populations des médecins installés.

Taux de participation de 60.1% pour les installés et les collaborateurs.

Taux de participation 25.8% pour les remplaçants.

Le nombre total de remplaçants pour l'année 2014 est imprécis. Le CDOM nous a informé qu'il y avait 210 licences de remplacements délivrées pour les médecins remplaçants non thèsés pour l'année 2014 et 128 remplaçants thèsés à la date 04 mars 2015.

6.3 Eléments comparés entre les groupes remplaçants, installés depuis 5 ans et collaborateurs

6.3.1 Aspect socio-démographique

6.3.1.1 Sexe

	Homme	Femme	Effectifs
Remplaçants	31%	69%	61
Installés	36%	64%	80
Collaborateurs	33%	67%	15

Pas de différence significative entre remplaçants-installés-collaborateurs

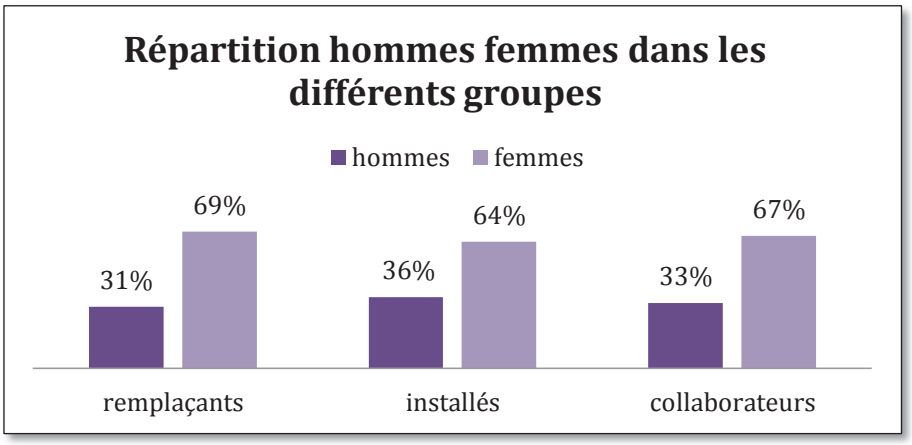


Figure 1 Répartition des différents groupes en fonction de leur sexe

6.3.1.2 **Moyenne d'âge**

	Moyenne	(min-max)	Effectifs
Remplaçants	30,04	(27-45)	61
Installés	35,55	(27-54)	80
Collaborateurs	34,7	(30-45)	15

Différence significative entre
Ages des remplaçants < Ages des installés p 0.00 IC [-7.22-3.77]
Ages des remplaçants < Ages des collaborateurs p 0.00 IC [-7.6-1.75]

Pas de différence significative installés-collaborateurs

Différence significative chez les remplaçants en fonction du sexe

Ages F remplaçantes < Ages H remplaçants p 0.00 IC [1,4-4,7]

Pas de différence significative en fonction du sexe chez installés, collaborateurs

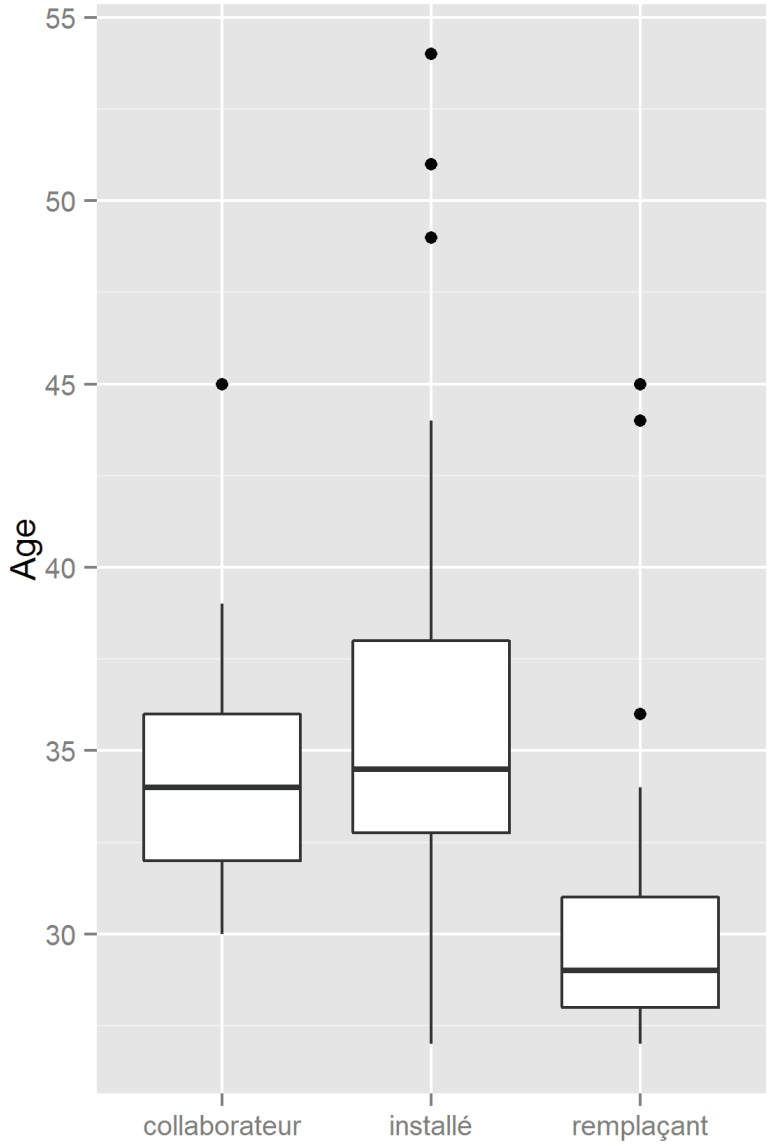


Figure 2 Répartition des différents groupes en fonction de leurs âges

6.3.1.3 **Localisation de la résidence personnelle**

	Rural	Semi-rural	Urbain	Effectifs
Remplaçants	18%	16%	66%	61
Installés	35%	23%	43%	80
Collaborateurs	26.5%	26.5%	47%	15

Pas de différence significative entre remplaçants-installés-collaborateurs

Pas de différence significative en fonction du sexe entre remplaçants, installés, collaborateurs

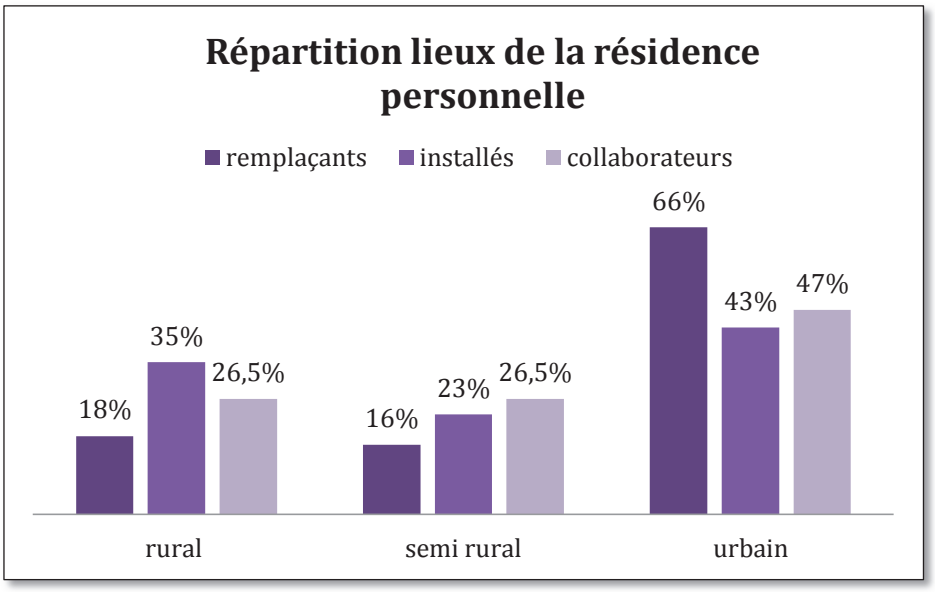


Figure 3 Répartition des différents groupes en fonction du lieu de leurs résidences personnelles

6.3.1.4 **Etes-vous propriétaire de votre résidence?**

	Propriétaire	Locataire	Effectifs
Remplaçants	46%	54%	61
Installés	87.5%	12.5%	80
Collaborateurs	87%	13%	15

Différence significative entre
Nb propriétaires collaborateurs > nb propriétaires remplaçants p 0.02
Nb propriétaires installés > nb propriétaires remplaçants p 0.0
Pas de différence significative collaborateurs-installés

Pas de différence significative en fonction du sexe remplaçants, collaborateurs, installés

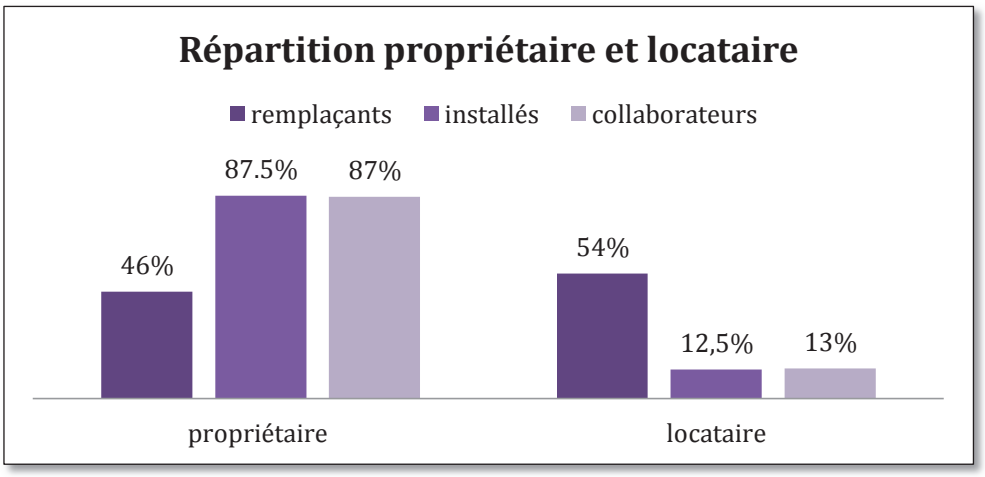


Figure 4 Répartition des différents groupes en fonction de leurs statuts propriétaires ou locataires

6.3.1.5 **Quel statut marital avez-vous?**

	Célibataire	Marié	Pacsé	Concubinage	Effectifs
Remplaçants	18%	39%	20%	23%	61
Installés	7.5%	61%	22.5%	9%	80
Collaborateurs	13.5%	73%	13.5%	0	15

Différence significative entre p 0.03
Installés célibataires < remplaçants célibataires
Installés mariés > remplaçants mariés
Installés concubinages > remplaçants concubinages
Pas de différence entre installés-collaborateurs, collaborateurs-remplaçants

Pas de différence significative en fonction du sexe remplaçants, collaborateurs, installés

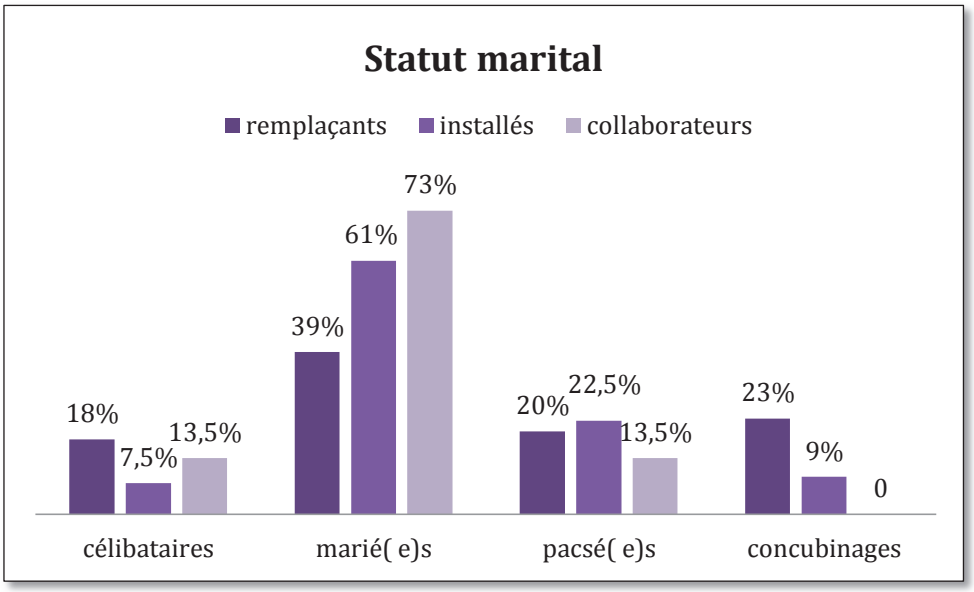


Figure 5 Répartition des différents groupes en fonction de leurs statuts maritals

6.3.1.6 Votre conjoint(e) a-t-il (elle) un travail qui nécessite de rester proche de son lieu d'habitation?

	Oui	Non	Effectifs
Remplaçants	60%	40%	55
Installés	53%	47%	74
Collaborateurs	54%	46%	13

Pas de différence significative entre remplaçants-collaborateurs-installés

Pas de différence en fonction du sexe remplaçants, collaborateurs, installés

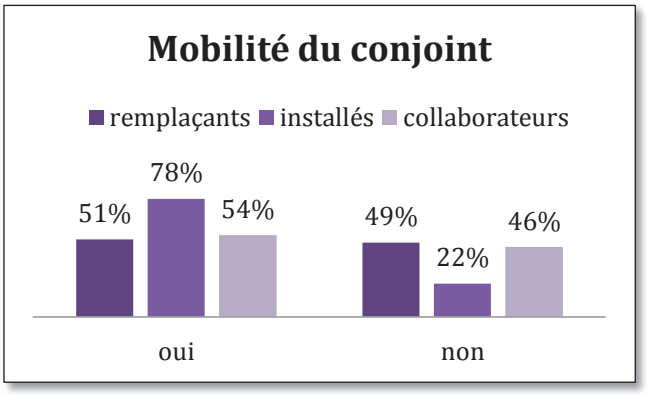


Figure 6 Répartition des différents groupes en fonction de la mobilité de leur conjoint

6.3.1.7 **Avez-vous des enfants?**

	Avec Enfant	Sans Enfant	Effectifs
Remplaçants	51%	49%	61
Installés	78%	22%	80
Collaborateurs	73%	27%	15

Différence significative entre
Nb parents installés > nb parents remplaçants p 0.0
Pas de différence significative entre collaborateurs-installés, collaborateurs-remplaçants

Pas de différence significative en fonction du sexe remplaçants, collaborateurs, installés

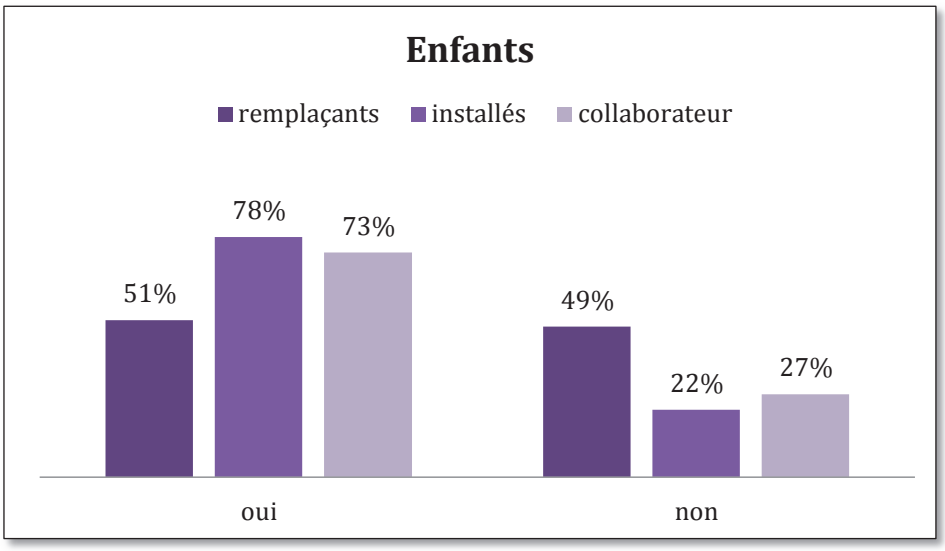


Figure 7 Répartition des différents groupes en fonction de leur statut parental

6.3.1.8 **Depuis combien d'années avez-vous soutenu votre thèse?**

	Moyenne	(min-max)	Effectifs
Remplaçants	2.7 ans	(0,5-15)	24
Installés	5,7 ans	(0,5-21)	80
Collaborateurs	5 ans	(1-12)	15

Différence significative entre
Nombre d'années depuis la soutenance installés > nombre d'années depuis la soutenance remplaçants
p 00 IC [-5.12-0.9]
Pas de différence significative collaborateurs-installés, collaborateurs-remplaçants

Différence significative chez les remplaçants en fonction du sexe
Nombre d'années depuis la soutenance de thèse F remplaçantes < nombre d'années depuis soutenance thèse H remplaçants
p 0.04 IC [0.10-5.8]
Pas de différence significative en fonction du sexe chez installés, collaborateurs

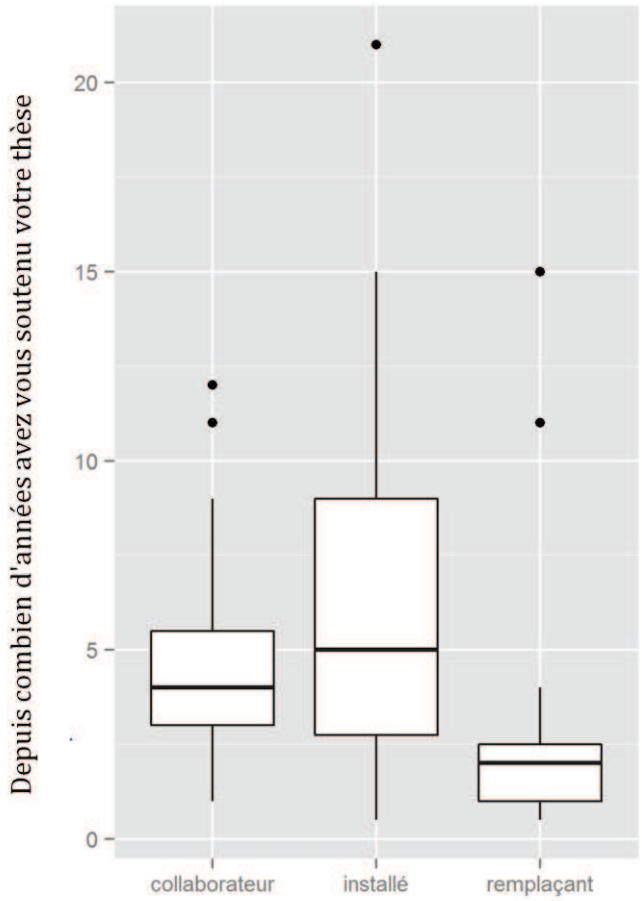


Figure 8 Répartition des différents groupes en fonction du nombre d'années depuis leur soutenance de thèse

6.3.1.9 **Depuis combien d'années avez-vous le statut de médecin généralistes installés ou remplaçants ou collaborateurs?**

	Moyenne	(min-max)	Effectifs
Remplaçants	2.31 ans	(0.3-14)	61
Installés	2.52 ans	(0.3-5)	80
Collaborateurs	2.4 ans	(0.5-6)	15

Pas de différence significative remplaçants-installés-collaborateurs

Différence significative chez les remplaçants en fonction du sexe
Nombre d'années statut de F remplaçantes < Nombre d'années statut H remplaçants
p 0.01 IC [0.38-2.94]
Pas de différence significative en fonction du sexe collaborateurs, installés

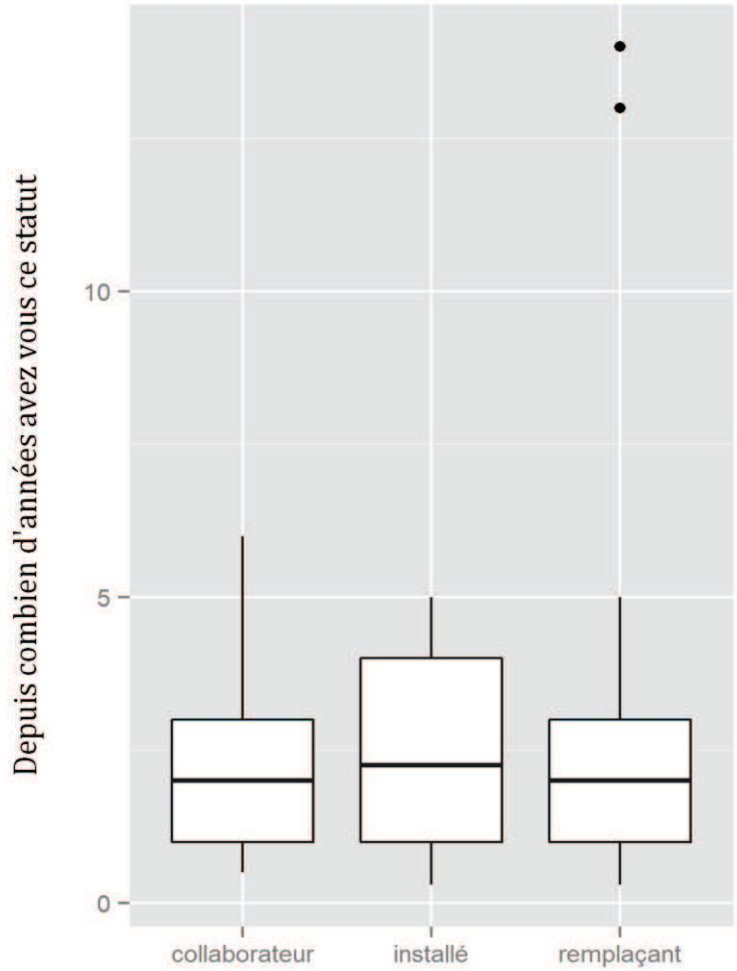


Figure 9 Répartition des différents groupes en fonction du nombre d'années avec leur différent statut

6.3.1.10 **Quelle était votre activité antérieure?**

	Installé	Collaborateur	Salarié	Interne	Autres	Remplaçant	Effectifs
Remplaçants	0	0	2%	93%	5%	0	61
Installés	0	3%	6%	8%	3%	80%	80
Collaborateurs	0	0	6,5%	6.5%	0	87%	15

Différence significative entre
Activité antérieur collaborateurs -remplaçants p 0.0
Installés-remplaçants p 0.0
Pas de différence significative entre activités antérieures collaborateurs-installés

Pas de différence significative en fonction du sexe collaborateurs, installés, remplaçants

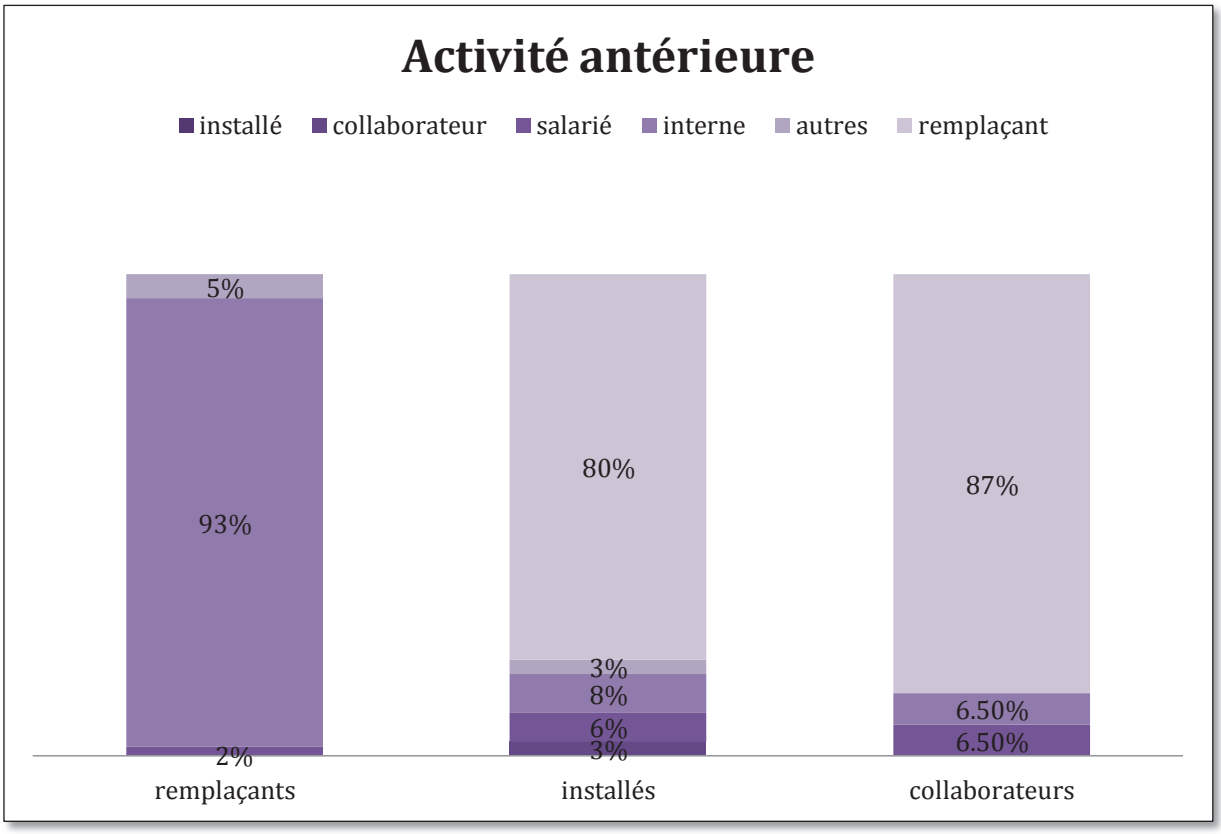


Figure 10 Répartition des différents groupes en fonction de leur activité antérieure

Type de salariat:

- Remplaçants: 1 praticien hospitalier contractuel, 1 salarié à temps partiel
- Installés: 2 urgences, 1 consultation prénatale, maternité, 1 gériatrie
- Collaborateurs:

6.3.1.11 **Avez-vous réalisé des stages auprès de médecins généralistes lors de votre formation?**

100% oui

Pas de différence significative remplaçants-collaborateurs-installés

Pas de différence significative en fonction du sexe remplaçants, collaborateurs, installés

6.3.1.12 **Ressentis lors des stages chez les médecins généralistes**

	1 pas satisfait	2	3	4 très satisfait	Moyenne	Effectifs
Remplaçants	2%	1%	41%	48%	3.34	61
Collaborateurs	0	13%	40%	47%	3.33	15
Installés	1%	9%	41%	49%	3.38	80

Pas de différence significative collaborateurs-remplaçants-installés

Pas de différence significative en fonction du sexe collaborateurs, remplaçants, installés

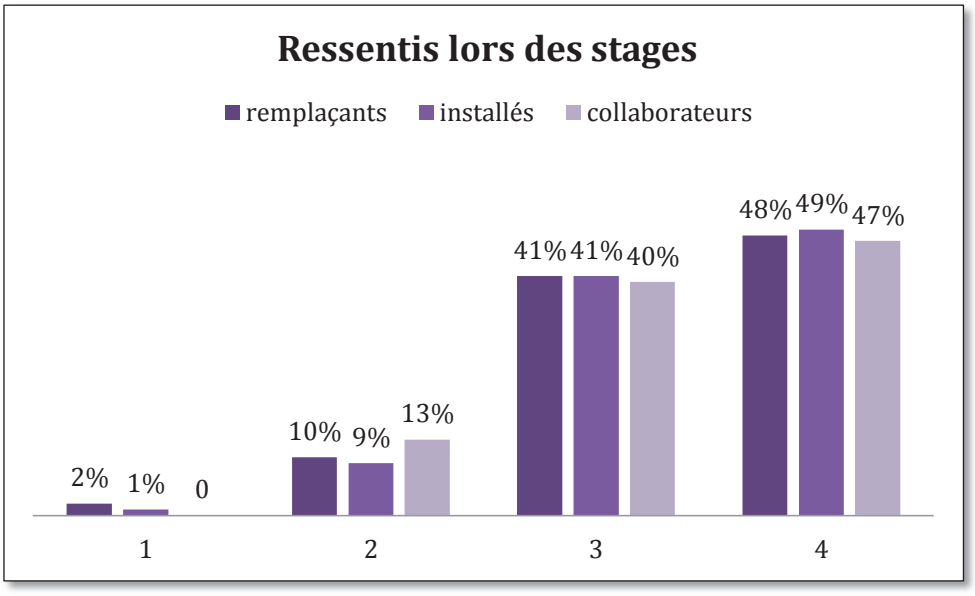


Figure 11 Répartition des différents groupes en fonction de leurs ressentis lors des stages

Dans notre étude on dégage trois profils

La remplaçante de 30 ans vivant en milieu urbain en couple, non mariée pas encore propriétaire, avec ou sans enfants, anciennement interne, non thèsée, possédant ce statut depuis 2 ans et demi.

La collaboratrice de 34 ans vivant en milieu urbain, en couple le plus souvent mariée, propriétaire, avec des enfants, anciennement remplaçante thèsée depuis 5 ans et possédant ce statut depuis 2 ans.

L'installée de 35 ans vivant en milieu urbain, en couple mariée, propriétaire, avec des enfants, anciennement remplaçante, thèsée depuis 5 ans et possédant ce statut depuis 2 ans et demi.

6.3.2 Modalités d'exercice

6.3.2.1 Combien de consultations en moyenne réalisez-vous par jour?

	Moyenne	(min-max)	Effectifs
Remplaçants	24.7	(10-40)	61
Installés	25.8	(10-45)	80
Collaborateurs	22.93	(15-45)	15

Pas de différence significative entre remplaçants-collaborateurs-installés

Différence significative chez les installés en fonction du sexe
Nb consultations F installées < Nb consultations H installés
p 0.02 IC [0.6-6.09]
Pas de différence significative en fonction du sexe collaborateurs, remplaçants

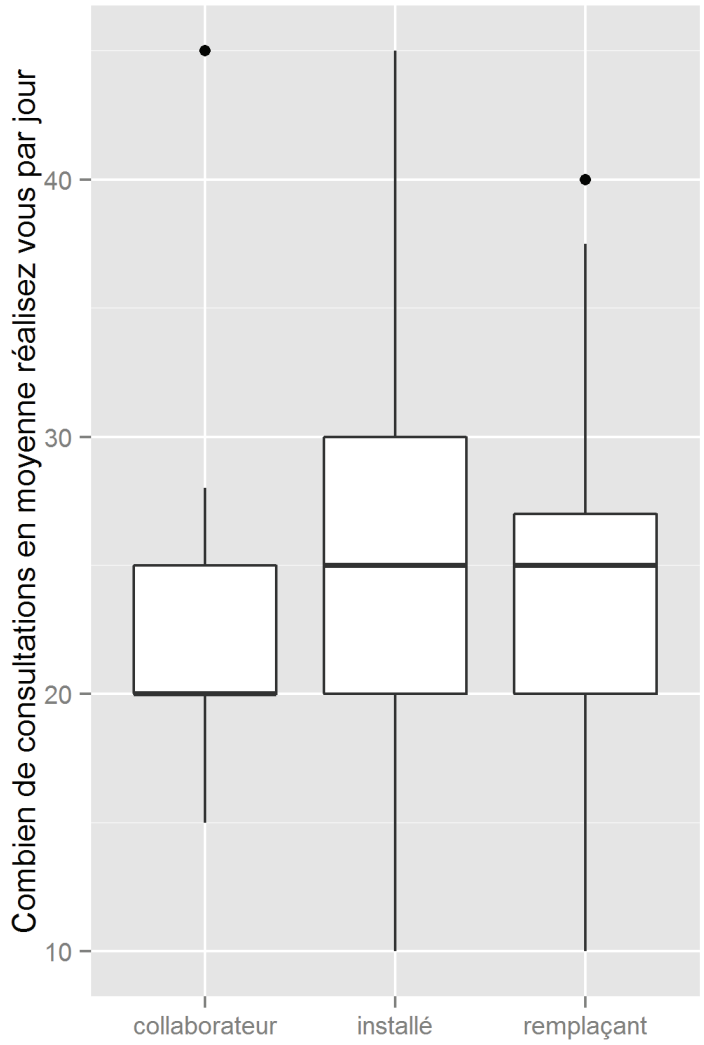


Figure 12 Répartition des différents groupes en fonction du nombre de consultations réalisées par jour

6.3.2.2 **Combien de semaines de vacances prenez-vous par an?**

	Moyenne	(min-max)	Effectifs
Remplaçants	8.7	(3-40)	61
Installés	6.79	(2-16)	80
Collaborateurs	5.7	(0-8)	15

Différence significative entre
Nb semaines vacances par an remplaçants > nb de vacances par an collaborateurs
p0.04 IC [0.15-5.8]
Nb semaines vacances par an remplaçants > nb de vacances par an installés
p0.02 IC [0.23-3.58]
Pas de différence significative entre installés-collaborateurs

Pas de différence significative en fonction du sexe remplaçants-collaborateurs-installés

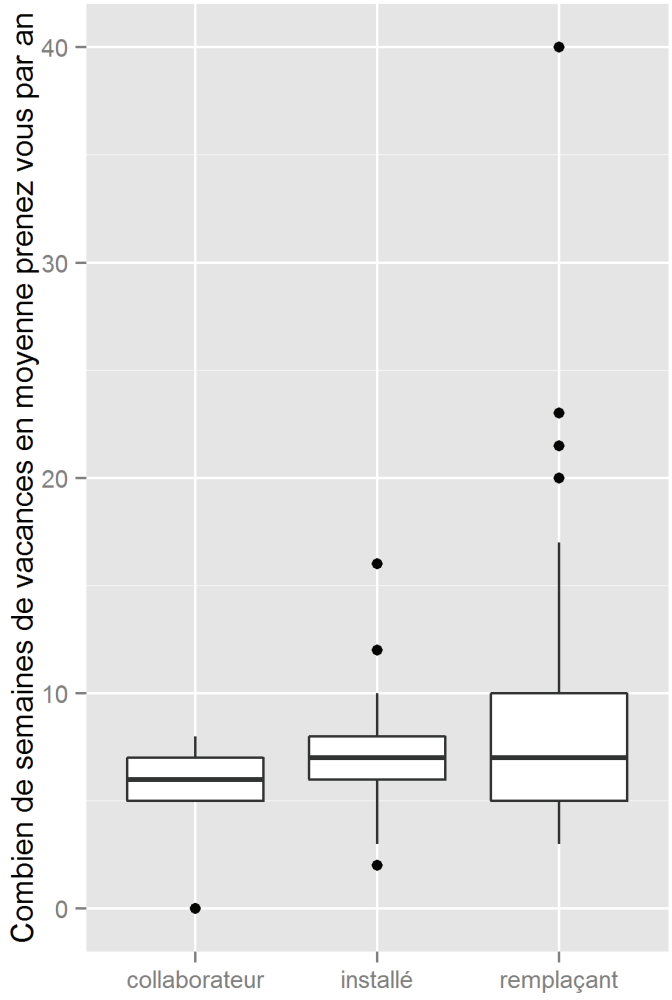


Figure 13 Répartition des différents groupes en fonction du nombre de semaines de vacances pris par an

6.3.2.3 **Combien de jours par semaine travaillez-vous ?**

	Moyenne	(min-max)	Effectifs
Installés	4.16	(2-6)	80
Collaborateurs	3.4	(1-4.5)	15

Différence significative entre
Nb de jours travaillés par semaine collaborateurs < Nb de jours travaillés par semaine installés
p 0.0 IC [0.24-1.11]

Différence significative chez les installés en fonction du sexe
Nb de jours travaillés F installées < Nb de jours travaillés par semaine H installés
p 0.02 IC [0.1-0.7]
Pas de différence significative en fonction sexe collaborateurs

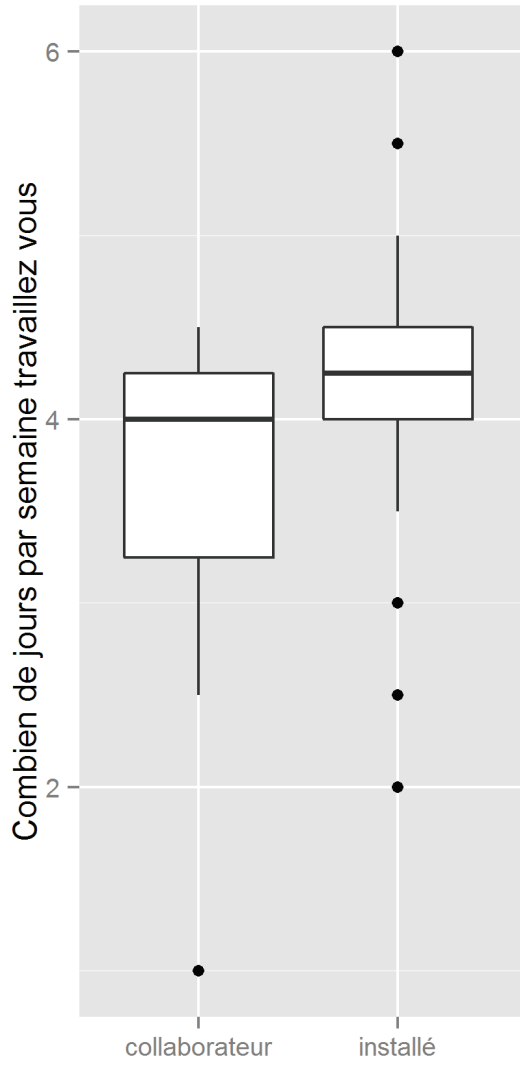


Figure 14 Répartition du nombre de jours travaillés par semaine chez les installés et les collaborateurs

6.3.2.4 **Combien de semaines travaillez-vous par an? (remplaçant)**

	Moyenne	(min-max)	Effectifs
Remplaçants	39.4	(12-52)	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

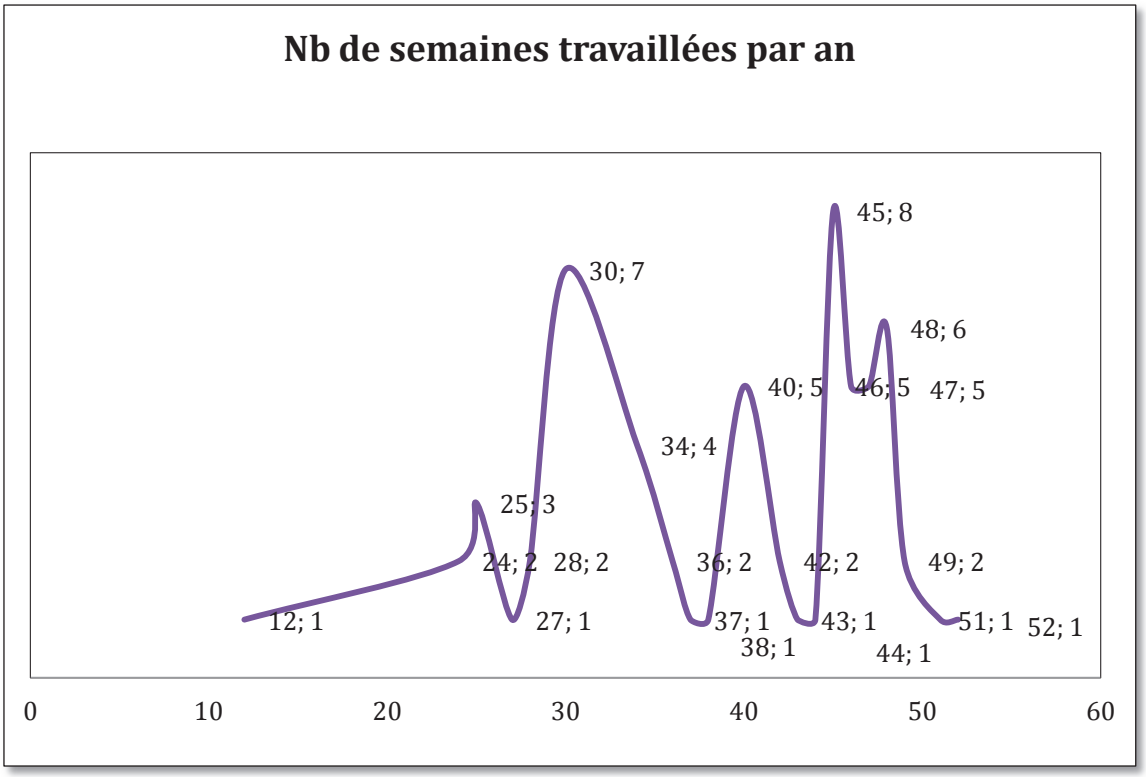


Figure 15 Répartition du nombre de semaines travaillées par an chez les remplaçants

6.3.2.5 **A combien de km de votre lieu d'habitation exercez-vous?**

	Moyenne	(min-max)	Effectifs
Remplaçants	39.4	(1-450)	61
Installés	15.7	(0-120)	80
Collaborateurs	17.8	(5-45)	15

Différence significative entre remplaçant-collaborateur, remplaçant-installé
Nb de km réalisés remplaçants > nb de km réalisés collaborateurs p 0.04 IC [1.5-53.1]
Nb de km réalisés remplaçants > nb de km réalisés installés p 0.00 IC [14.3-44.9]

Pas de différence significative entre installés-collaborateurs

Pas de différence significative en fonction du sexe collaborateurs, remplaçants, installés

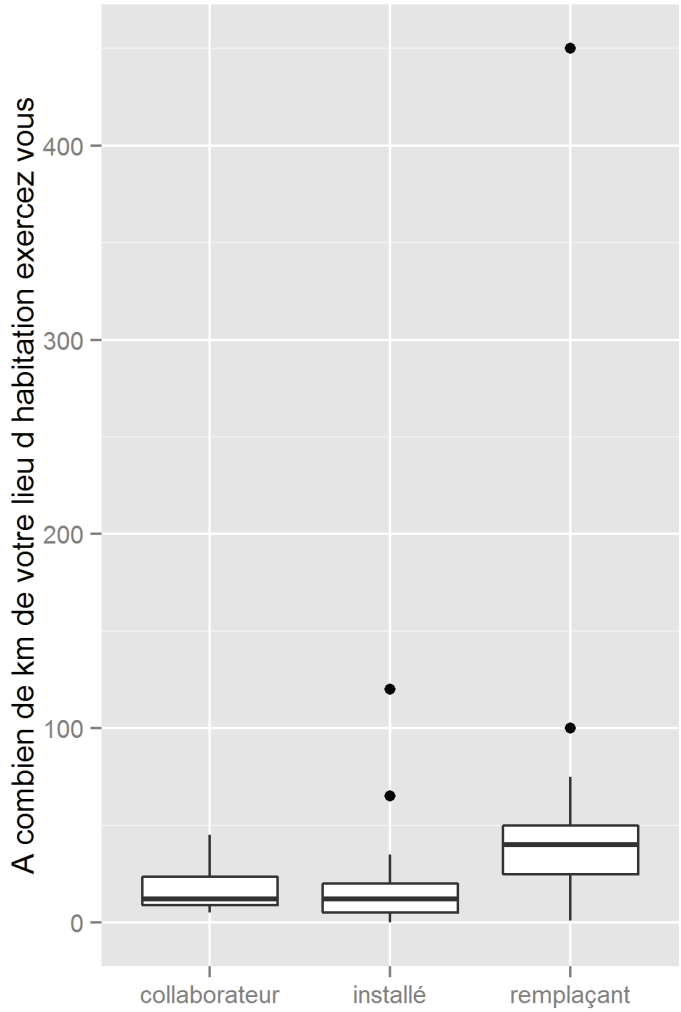


Figure 16 Répartition des différents groupes en fonction du nombre de km réalisés entre leur lieu d'habitation et leur lieu d'exercice

6.3.2.6 **Avez-vous souscrit une prévoyance?**

	Avec prévoyance	Sans prévoyance	Effectifs
Remplaçants	80%	20%	61
Installés	92.5%	7.5%	80
Collaborateurs	93%	7%	15

Pas de différence significative entre remplaçants collaborateurs installés

Différence significative chez les remplaçants en fonction du sexe
Prévoyance F remplaçantes > prévoyance H remplaçants p 0.04
Pas de différence significative en fonction du sexe collaborateurs, installés

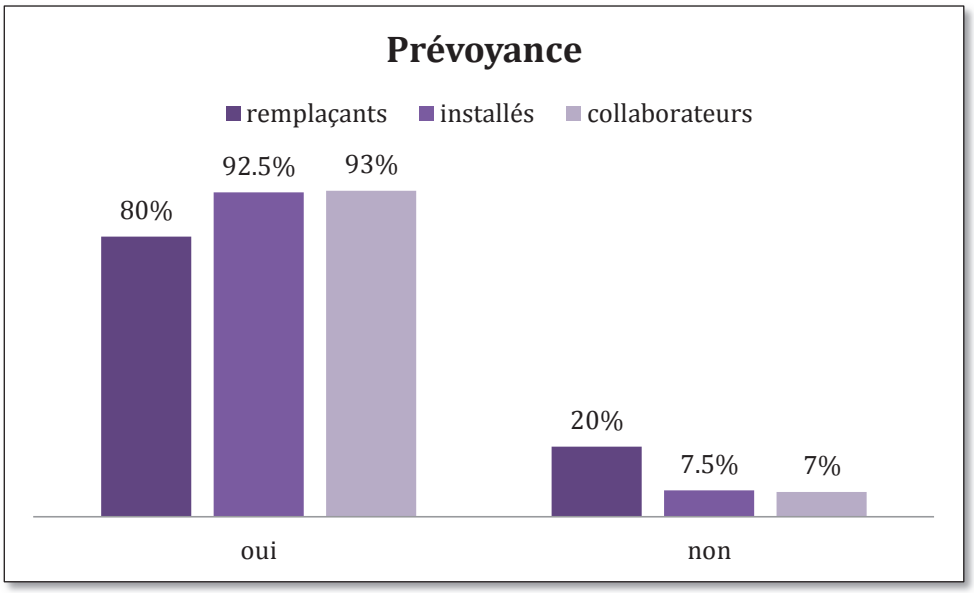


Figure 17 Répartition des différents groupes en fonction de leur souscription à une prévoyance

6.3.2.7 Etes vous conseillé(e) facilement pour les démarches administratives lorsque vous rencontrez des difficultés?

	Conseils faciles	Conseils difficiles	Effectifs
Remplaçants	31%	69%	61
Installés	55%	45%	80
Collaborateurs	73%	27%	15

Différence significative entre

Conseils faciles remplaçants < conseils faciles collaborateurs p 0.02

Conseils faciles remplaçants < conseils faciles installés p 0.0

Pas de différence significative en fonction du sexe remplaçants, collaborateurs, installés

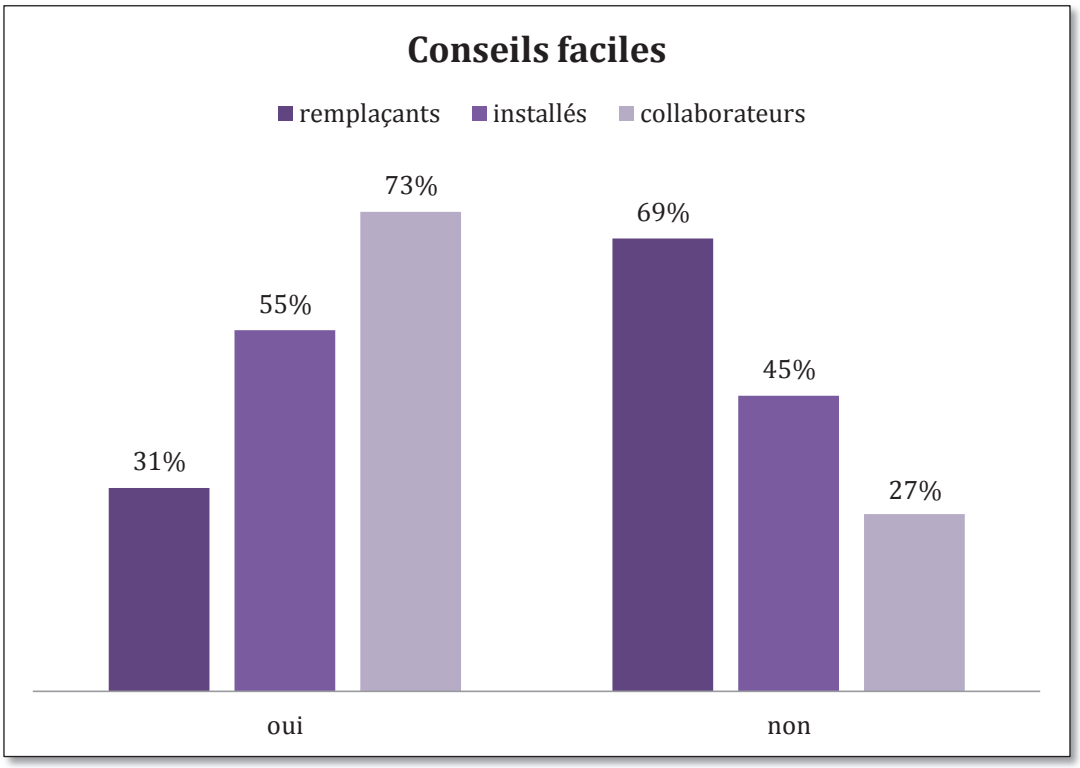


Figure 18 Répartition des différents groupes sur les conseils reçus lorsqu'ils rencontrent des difficultés administratives

Si oui avec quels organismes ces démarches sont facilitées?

	URSSAF	CARMF	Prévoyance	AGA	CPAM	CDOM	Autres	Effectifs
Remplaçants	23%	3%	13.5%	13.5%	13.5%	20%	13.5%	19
Installés	16%	7.5%	6%	6%	24.5%	12%	14.5%	44
Collaborateurs	4%	12%	16%	16%	28%	0	12%	11

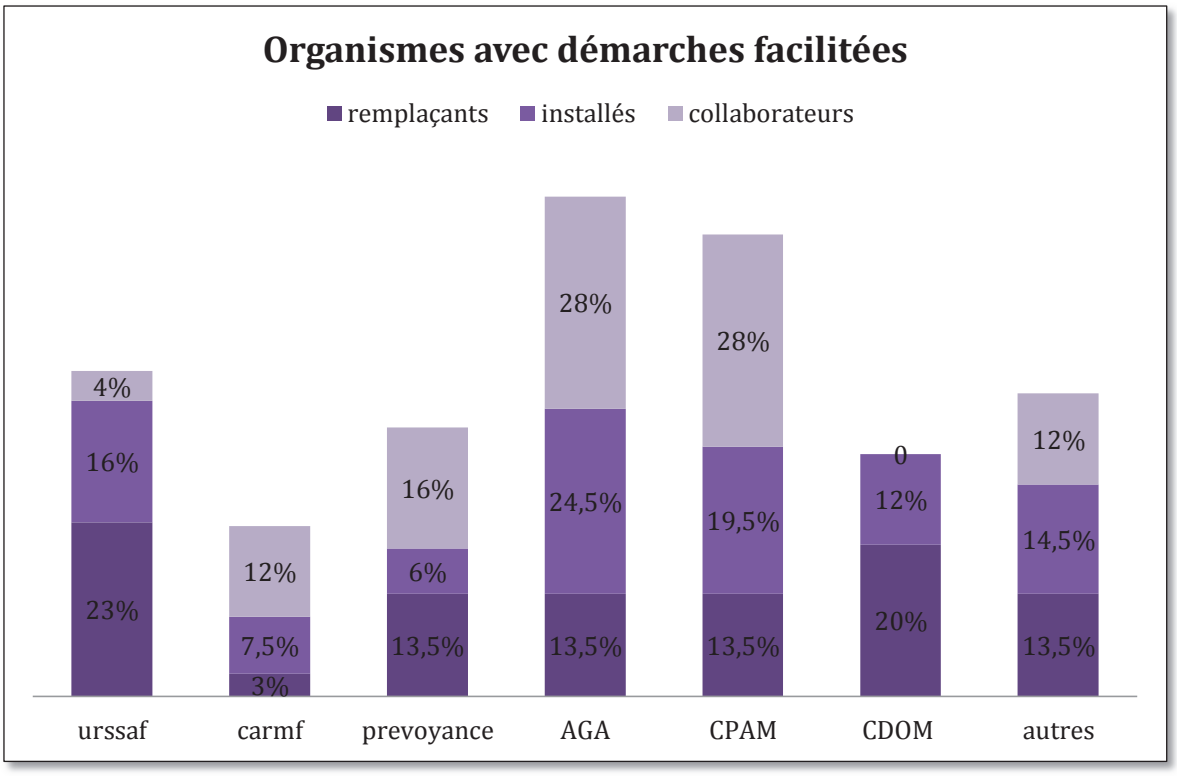


Figure 19 Répartition des différents groupes en fonction des différents organismes avec lesquels les conseils sont facilités

Autres :

Remplaçants : 1 REGJIHN, 1 médecin remplacé, 1 confrère

Installés : 1 REGJIHN, 4 associés, 4 comptables, 1 media santé, 1 ARAPL

Collaborateurs : 2 associés, 1comptable

6.3.2.8 **Satisfaction du mode d'exercice**

	1 Pas satisfait	2	3	4 Très satisfait	Moyenne	Effectifs
Remplaçants	0	15%	49%	36%	3.21	61
Installés	2.5%	10%	40%	47.5%	3.32	80
Collaborateurs	0	13%	40%	47%	3.34	15

Pas de différence significative remplaçants-collaborateurs-installés

Différence significative chez les remplaçants en fonction du sexe

F remplaçantes satisfaites mode d'exercice > H remplaçants satisfaits mode d'exercice

p 0.03

Pas de différence significative en fonction du sexe collaborateurs, installés

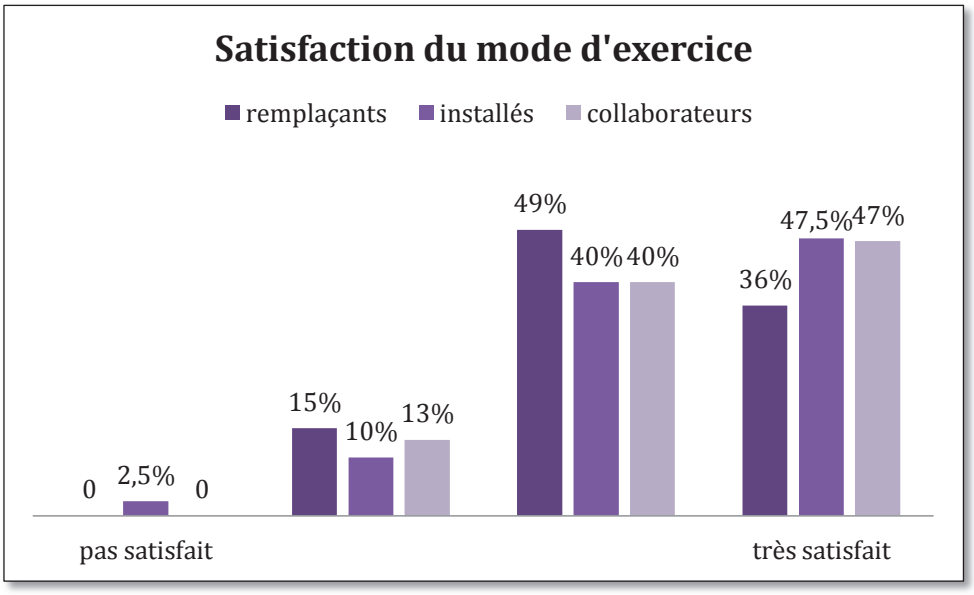


Figure 20 Répartition des différents groupes en fonction de leur satisfaction de leur mode d'exercice

Les installés réalisent entre 20 et 30 consultations par jour, travaillent 4,15 jours par semaine.
Les femmes voient un peu moins de patients par jours et travaillent moins de jours par semaine que leurs homologues masculins.
Les installés prennent en moyenne 6 semaines de vacances par an.
Ils sont en moyenne à 15 km de leurs lieux d'exercice.
Ils ont majoritairement souscrit une prévoyance.
Ils sont facilement conseillés lorsqu'ils rencontrent des difficultés administratives.
Ils sont satisfaits de leurs modes d'exercice.

Les collaborateurs réalisent entre 20 et 25 consultations par jour, ils travaillent 3,4 jours par semaine.
Ils prennent en moyenne 5 semaines de vacances par an.
Ils sont en moyenne à 17 km de leurs lieux d'exercice.
Ils ont majoritairement une prévoyance.
Ils sont facilement conseillés lorsqu'ils rencontrent des difficultés administratives.
Ils sont satisfaits de leurs modes d'exercice.

Les remplaçants réalisent entre 20 et 27 consultations par jour, ils travaillent 40 semaines par an.
Ils prennent en moyenne 8 semaines de vacances par an. Ils sont en moyenne à 39 km de leurs lieux d'exercice.
Ils ont majoritairement une prévoyance, les femmes en souscrivent plus que les hommes.
Ils ont du mal à obtenir des conseils lorsqu'ils rencontrent des difficultés administratives.
Ils sont satisfaits de leur mode d'exercice, cependant les hommes remplaçants semblent moins satisfaits que leurs homologues féminins.

6.4 Choix déterminant à l'installation et à la collaboration

6.4.1 Comment avez-vous trouvé votre lieu d'installation ou de collaboration?

	Remplacement	Ancien maitre de stage	Annonce	Famille	Collaboration	Autres	Effectifs
Installés	48%	31.5%	8.5%	4%	2%	6%	37
Collaborateurs	80%	13%	0	0	0	7%	15

Autres :

Installés : 2 relations confraternelles, 1visiteur médical

Collaborateurs : 1 relation confraternelle

Pas de différence significative entre installés-collaborateurs

Pas de différence significative en fonction du sexe chez les installés, collaborateurs

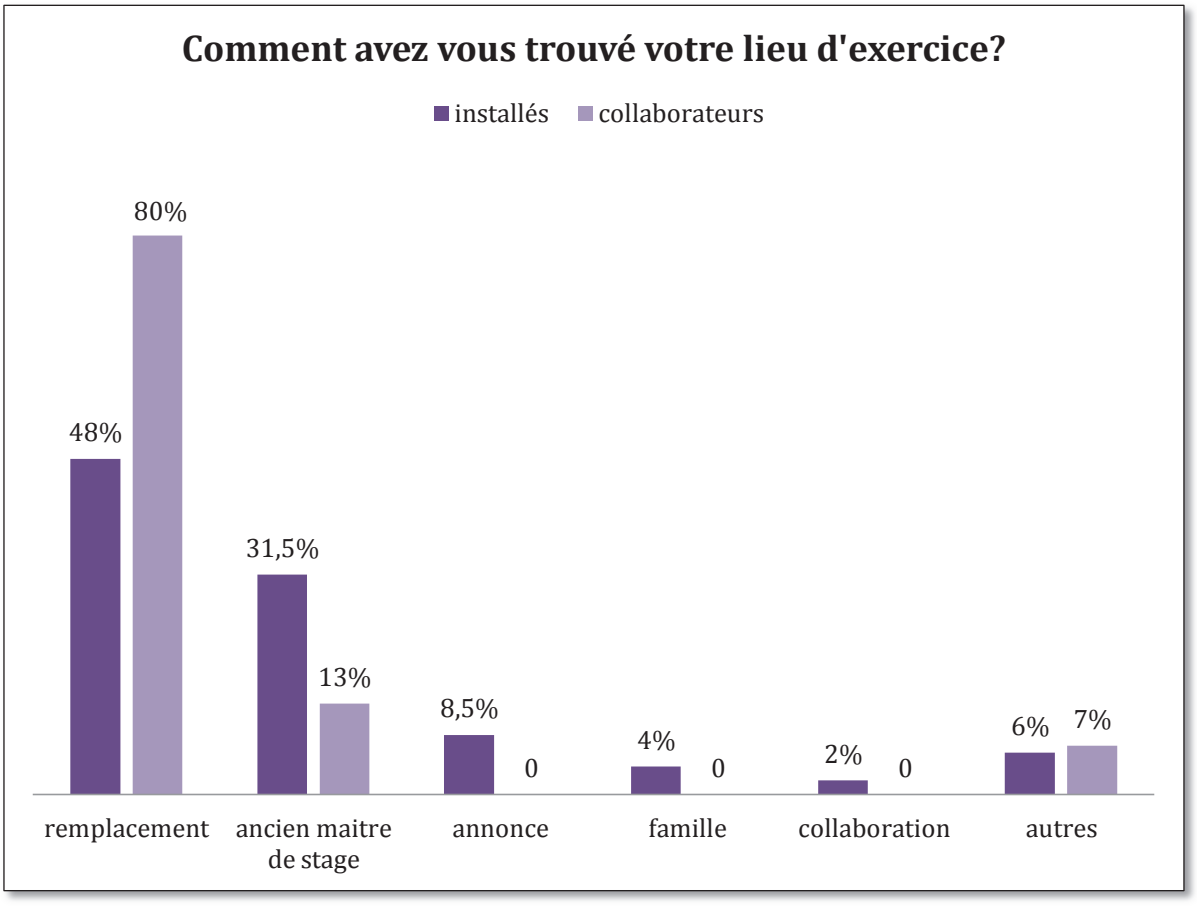


Figure 21 Répartition des collaborateurs et des installés; comment ont-ils trouvé leur lieu d'exercice?

6.4.2 **Environnement**

	Urbain	Rural	Semi rural	Effectifs
Installés	39%	23.5%	37.5%	80
Collaborateurs	40%	13%	47%	61

Pas de différence significative entre installés-collaborateurs

Pas de différence significative en fonction du sexe installé, collaborateur

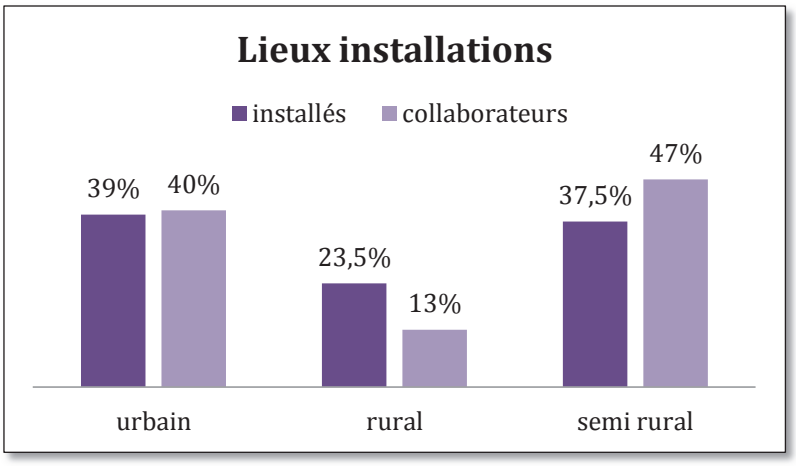


Figure 22 Répartition des installés et des collaborateurs en fonction de l'environnement choisi

6.4.3 **Avez-vous bénéficié d'aides et conseils dans le choix de l'installation**

	Aides +	Aides-	Effectifs
Installés	15%	85%	80

Pas de différence significative en fonction du sexe

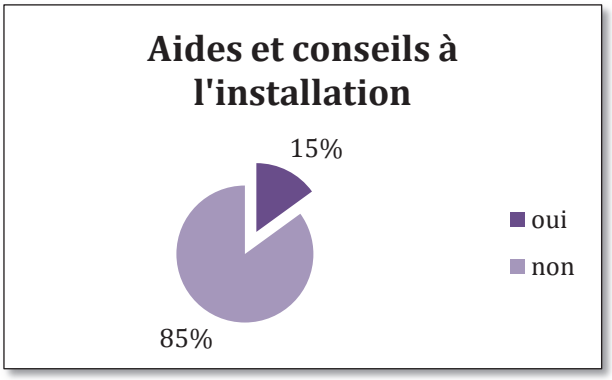


Figure 23 Aides et conseils dans le choix de l'installation

Si oui par quels organismes?

	cartosanté	insatl@santé	ARS	CDOM	Autres	Effectifs
Installés	50%	8,5%	33,3%	16,6%	41,6%	12

Réponses à choix multiples supérieur à 100%

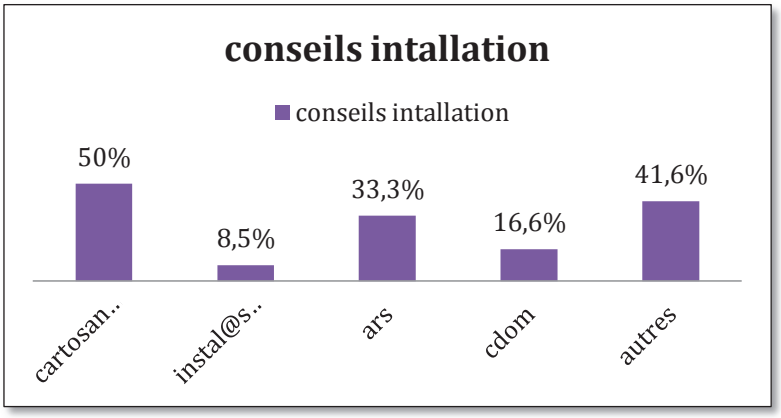


Figure 24 Organismes fournissant des conseils à l'installation

Autres : 2 relations confraternelles, 1 entourage, 1 séminaire, 1 CPAM

6.4.4 Pour quel type d'installation?

	Création	Association	Succession	Autres	Effectifs
Installés	15%	43%	35%	7%	80

Pas de différence significative en fonction du sexe

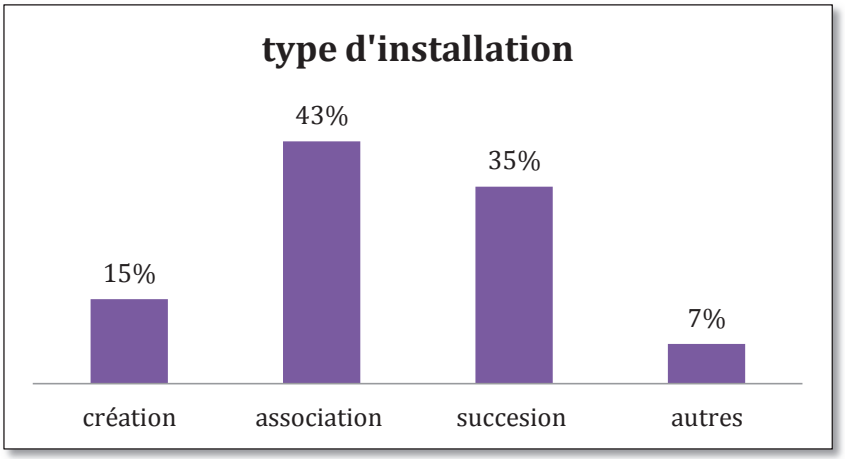


Figure 25 Type d'installation

6.4.5 Avez-vous bénéficié d'aides financières à l'installation?

	Aides financières+	Aides financières-	Effectifs
Installés	6%	94%	80

Différence significative

Nombre d'H bénéficiaires d'aides à installation > Nb de F bénéficiaires d'aides à l'installation

p 0.04

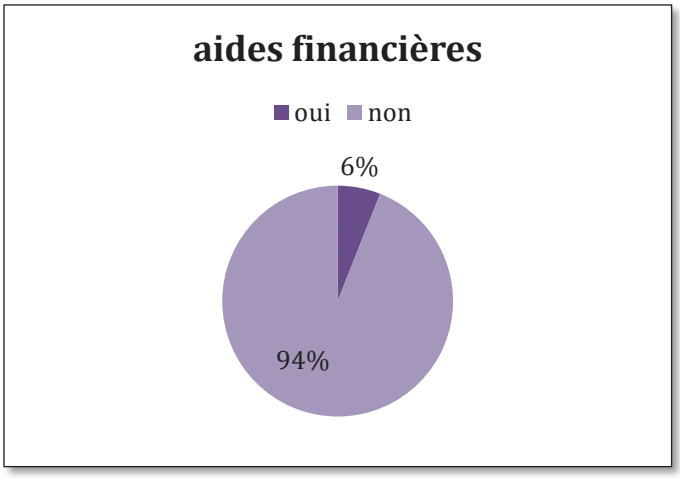


Figure 26 Aides financières à l'installation

6.4.6 Avez-vous participé à des séminaires sur la gestion du cabinet?

	Séminaires+	Séminaires-	Effectifs
Installés	17.5%	82.5%	80

Pas de différence significative en fonction du sexe

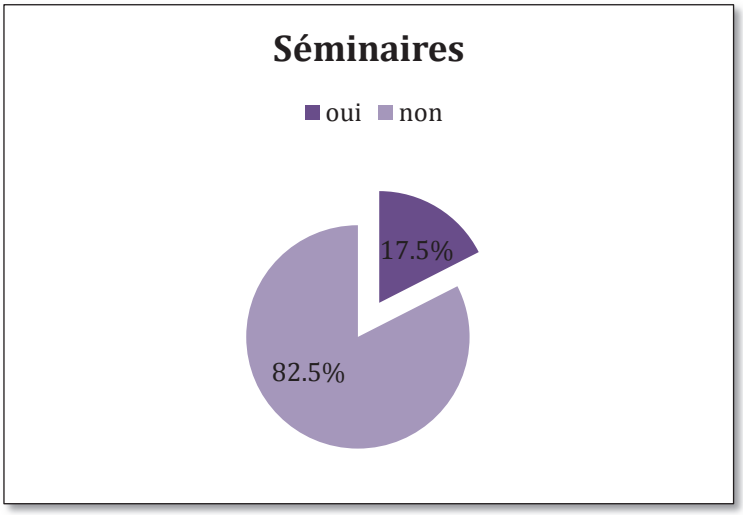


Figure 27 Participation à des séminaires sur la gestion du cabinet

6.4.7 Avez-vous rencontré des difficultés administratives au moment de l'installation?

	Difficultés administratives installation+	Difficultés administratives installation -	Effectifs
Installés	36%	64%	80

Pas de différence significative en fonction du sexe

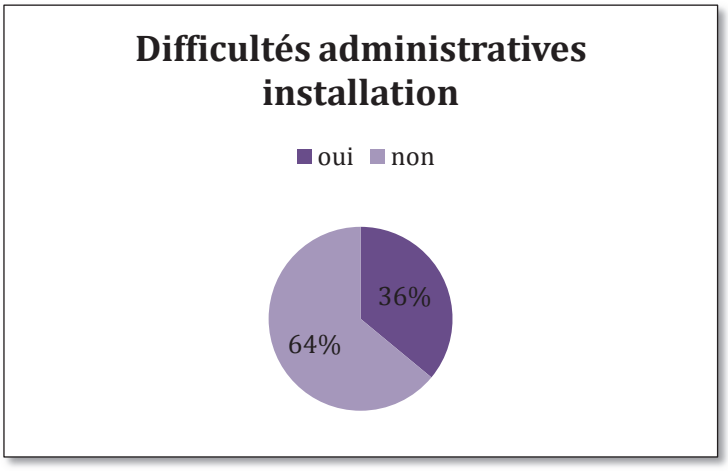


Figure 28 Difficultés administratives au moment de l'installation

6.4.8 Avez-vous rencontré des difficultés administratives au moment de la collaboration ?

	Difficultés administratives collaboration+	Difficultés administratives collaboration-	Effectifs
Collaborateurs	60%	40%	15

Pas de différence significative en fonction du sexe

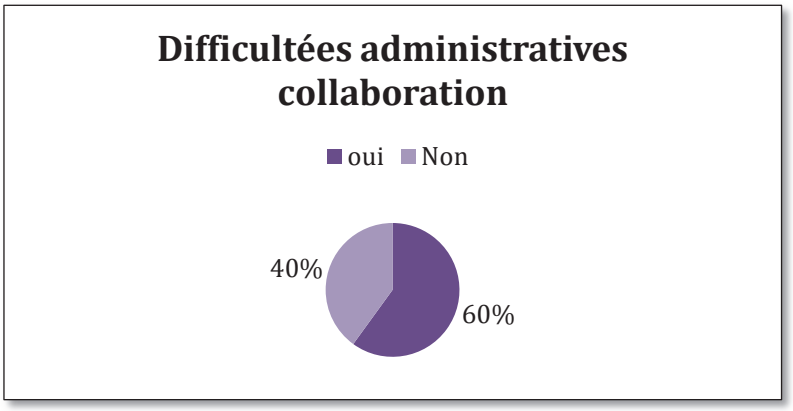


Figure 29 Difficultés administratives au moment de la collaboration

6.4.9 **Rencontrez-vous des difficultés au niveau de la gestion du cabinet?**

	Gestion cabinet difficile	Gestion cabinet facile	Effectifs
Installés	28,5%	71,5%	80
Collaborateurs	40%	60%	61

Pas de différence significative collaborateurs-installés

Pas de différence significative en fonction du sexe

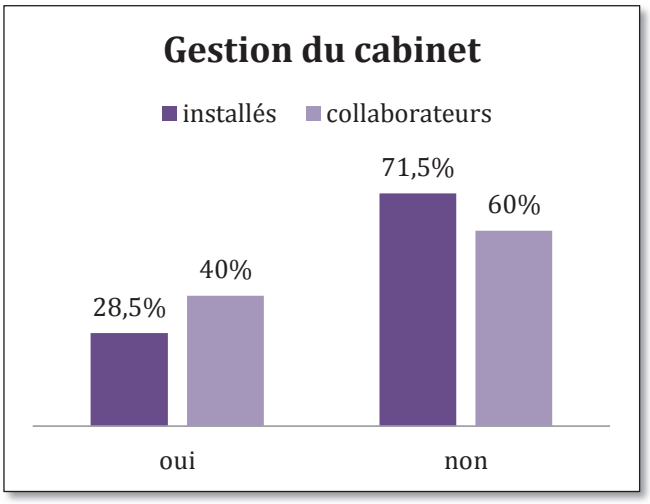


Figure 30 Difficultés administratives au niveau de la gestion du cabinet chez les collaborateurs et les installés

6.4.10 **Avez-vous un comptable?**

	Comptable +	Comptable-	Effectifs
Installés	76%	24%	80
Collaborateurs	67%	33%	15

Différence significative entre

Nb collaborateurs avec comptable < nb installés avec comptable

p 0.0

Pas de différence significative en fonction du sexe

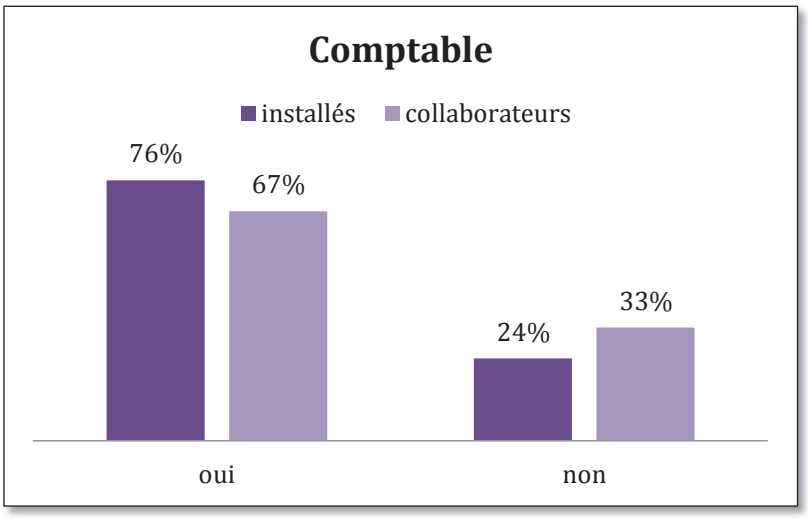


Figure 31 Comptable chez les installés et les collaborateurs

6.4.11 **Avez-vous un secrétariat sur place ou à distance?**

	Secrétariat +	Secrétariat-	Effectifs
Installés	95%	5%	80

Pas de différence significative en fonction du sexe

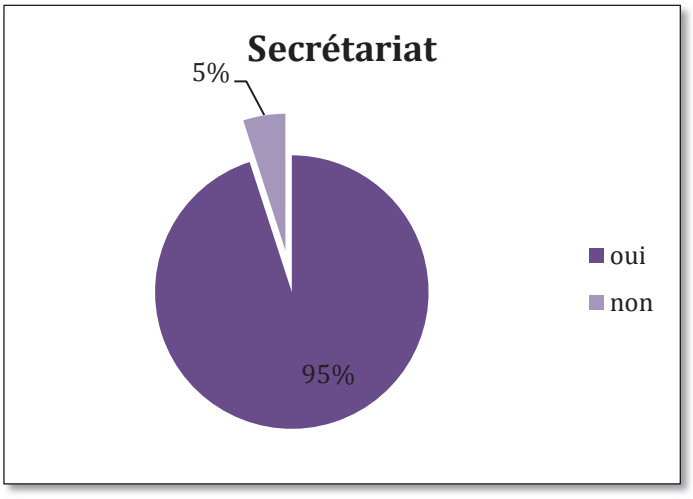


Figure 32 Secrétariat chez les installés

6.4.12 Etes-vous informatisé?

	Informatisé +	Informatisé -	Effectifs
Installés	99%	1%	80
Collaborateurs	100%	0	15

Pas de différence significative collaborateurs-installés

Pas de différence significative en fonction du sexe collaborateurs, installés

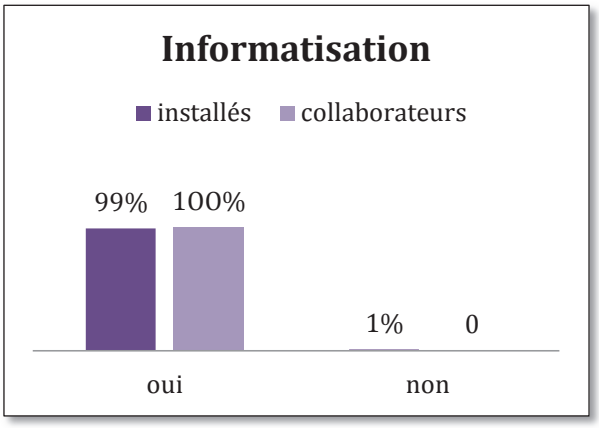


Figure 33 Informatisation chez les installés et les collaborateurs

6.4.13 Exercez-vous en groupe ?

	Groupe +	Groupe -	Effectifs
Installés	87,5%	12,5%	80
Collaborateurs	100%	0	15

Pas de différence significative entre collaborateurs-installés

Pas de différence significative en fonction du sexe

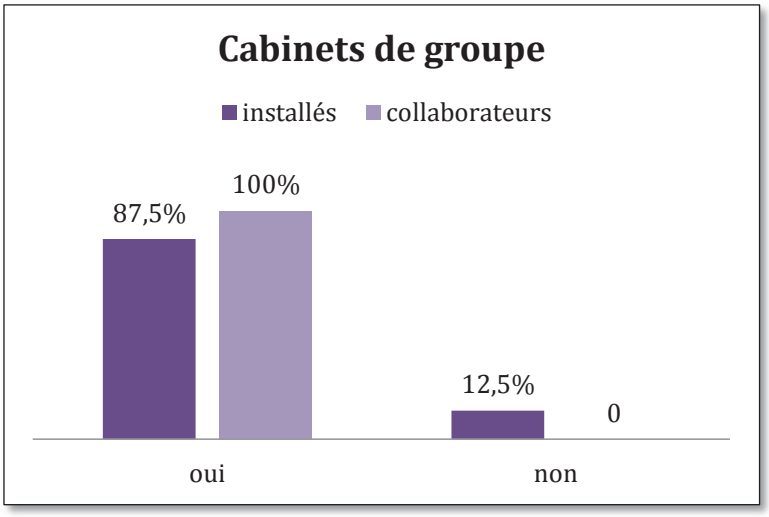


Figure 34 Exercice de groupe chez les installés et les collaborateurs

Quels nombres êtes-vous?

	Moyenne	(min-max)	Effectifs
Installés	4,15	(2-15)	70
Collaborateurs	4,47	(2-15)	15

Pas de différence significative collaborateurs installés

Pas de différence significative en fonction du sexe

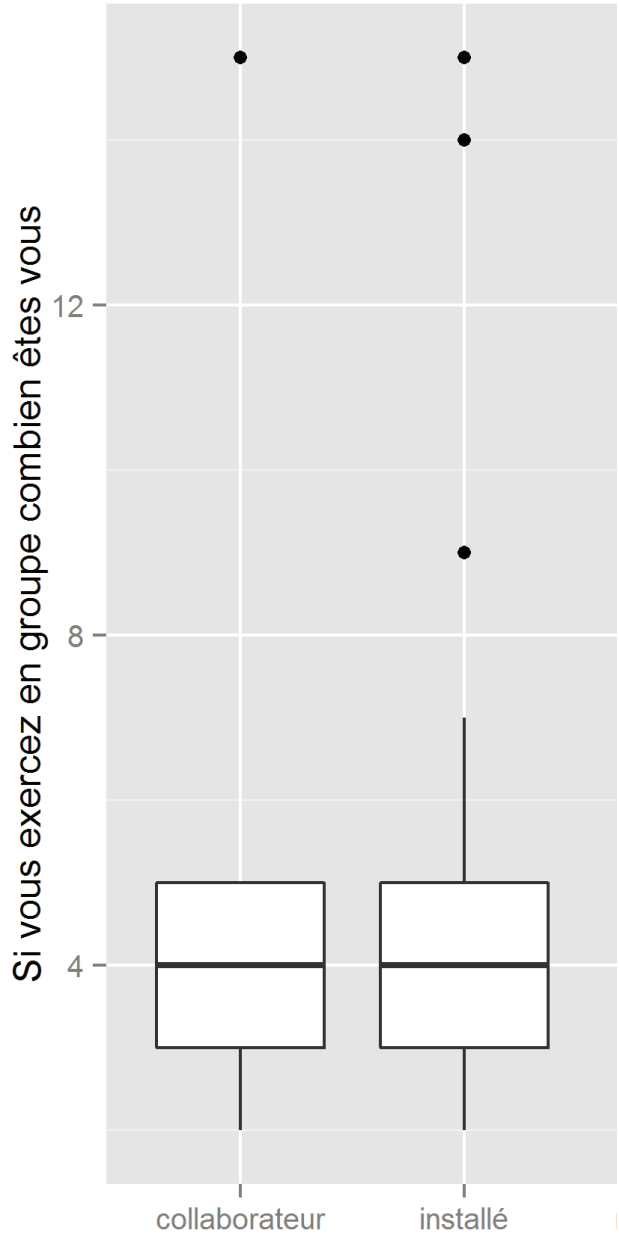


Figure 35 Nombre de personnes en cabinet de groupe chez les installés et les collaborateurs

6.4.14 Etes-vous proche d'un plateau technique?

	Proche	Eloigné	Effectifs
Installés	60%	40%	80
Collaborateurs	40%	60%	15

Pas de différence significative entre installés collaborateurs

Différence significative chez collaborateurs en fonction du sexe
Nb F collaboratrices proches plateau technique > nb H collaborateurs proches d'un plateau technique p 0.03

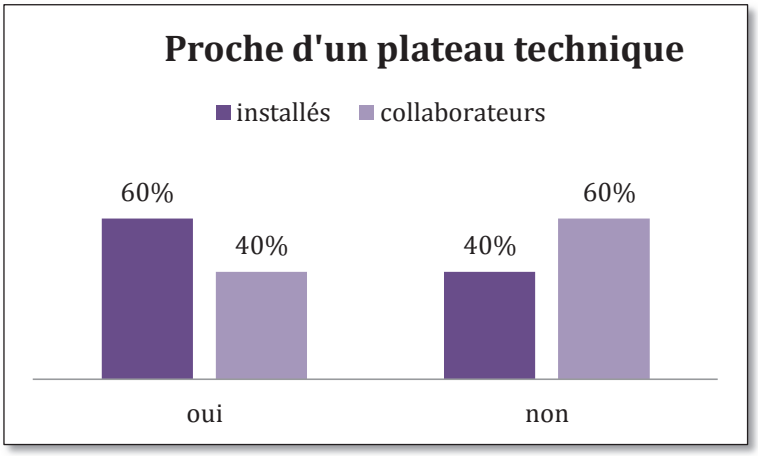


Figure 36 Exercice proche d'un plateau technique chez les installés et les collaborateurs

Les installés ont majoritairement trouvé leur lieu d'exercice suite à un stage ou à un remplacement.

Ils exercent majoritairement en milieu urbain.

Ils n'ont pas sollicité d'aides ou de conseils dans leurs choix d'installation.

L'installation s'est faite le plus souvent par association et/où succession.

Très peu ont eu des aides financières et les hommes en ont plus bénéficié.

Ils n'ont pas assisté à des séminaires sur la gestion des cabinets.

Ils n'ont pas rencontré de difficultés administratives lors de leurs installations.

Ils ne semblent pas avoir de difficultés au niveau de la gestion du cabinet. Ils ont un comptable, un secrétariat, sont informatisés et proches d'un plateau technique.

Ils exercent en groupe.

Les collaborateurs ont majoritairement trouvé leur lieu d'exercice suite à un stage ou à un remplacement.

Ils exercent majoritairement en milieu urbain.

Ils n'ont pas sollicité d'aides ou de conseils dans leurs choix de collaboration.

Ils ont rencontré des difficultés administratives au moment de leur collaboration.

Ils ne semblent pas avoir de difficultés au niveau de la gestion du cabinet. Ils ont un comptable, un secrétariat, sont informatisés et peu proches d'un plateau technique.

Ils exercent en groupe.

Un certain confort dans la pratique de la médecine générale libérale est recherché aussi bien au niveau des collaborateurs qu'au niveau des installés délaissant un maximum les tâches non médicales (secrétariat, comptabilité, gestion), l'exercice de groupe est la règle comme l'informatisation.

6.5 Evolution de carrière et exercice du collaborateur

6.5.1 Exercez-vous en dehors de la collaboration?

	Exercice extérieur +	Exercice extérieur-	Effectifs
Collaborateurs	26%	74%	15

Pas de différence significative en fonction du sexe



Figure 37 Exercice en dehors de la collaboration

Types d'exercices :

1 Maison de retraite

1 urgences de gardes 24h

1 université

1 salarié, SAMU, SMUR, médecins sans frontières

6.5.2 Comment envisagez-vous votre pratique future?

	Installation	Remplacement	Salarié	Autres	Effectifs
Collaborateurs	65%	0%	6%	29%	15

Autres ;

1 rester collaborateur,

1 en fonction conjoint mutation régulière

Pas de différence significative en fonction du sexe

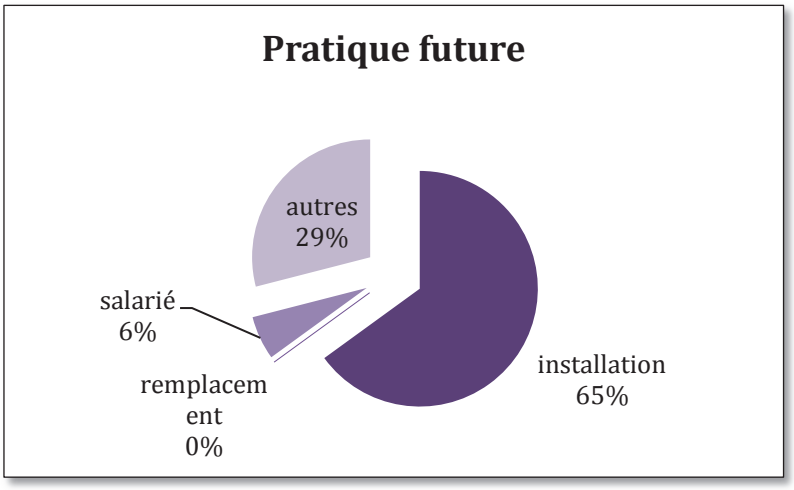


Figure 38 Exercice pour la pratique future envisagée par les collaborateurs

Un quart des collaborateurs exerce en dehors de leur collaboration 65% d'entre eux envisagent l'installation et 29% veulent rester collaborateur seuls 6% souhaitent s'orienter dans le salariat.

6.6 Remplaçants

6.6.1 Choix des remplacements

6.6.1.1 Choix du remplacement

	Ancien maitre de stage	Internet	Connaissance	Autres	Effectifs
Remplaçants	63,93%	44,26%	65,57%	21,31%	61

Autres;

1 Laboratoire

1 Pages jaunes

4 Coordonnées des médecins remplaçants mise à disposition aux Havre

2 Conseil de l'Ordre

3 Appels des cabinets proches du domicile

2 Bouche à oreille

1 Annonce

1 Site Rempla Haute Normandie

Réponse à choix multiples résultat supérieur 100%

Pas de différence significative en fonction du sexe

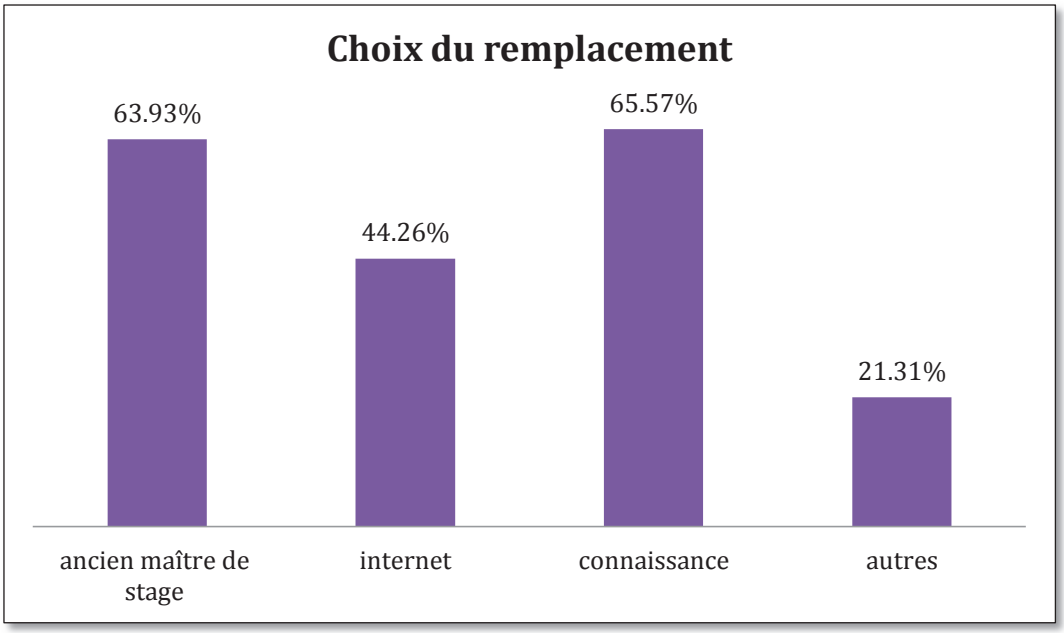


Figure 39 Choix des différents lieux de remplacements

6.6.1.2 **Privilégiez-vous des cabinets avec une forte activité (> 30 consultations par jour)?**

	Forte activité+	Forte activité -	Effectifs
Remplaçants	16%	84%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

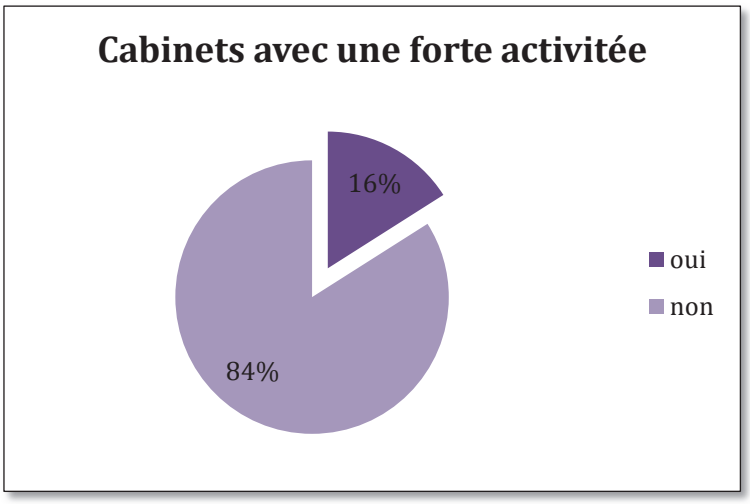


Figure 40 Choix des cabinets avec une forte activité par les remplaçants

6.6.1.3 **Avez-vous des jours fixes de remplacements?**

	Jours fixes +	Jours fixes -	Effectifs
Remplaçants	41%	59%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

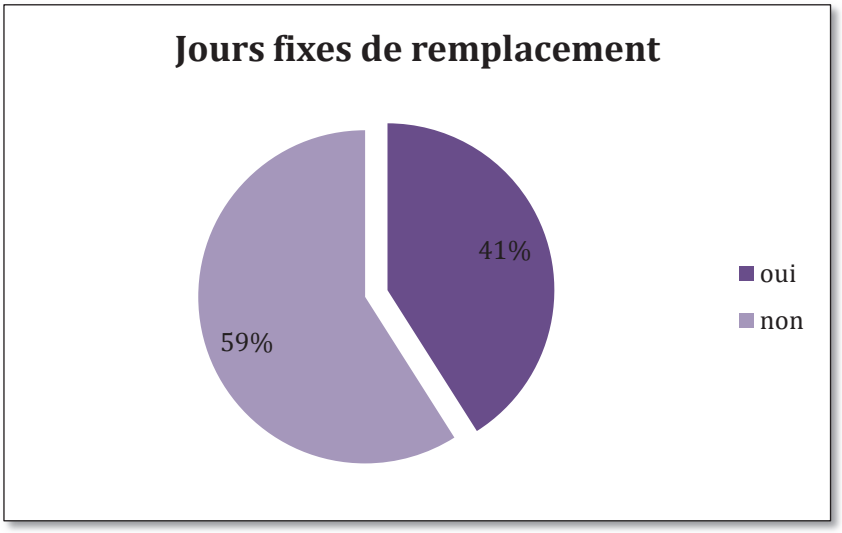


Figure 41 Répartition des remplaçants ayant des jours fixes

6.6.1.4 **Remplacez-vous régulièrement dans les mêmes cabinets?**

	Régulier +	Régulier-	Effectifs
Remplaçants	97%	3%	61

Différence significative

Nb de F remplaçantes dans les mêmes cabinets > Nb H remplaçants dans les mêmes cabinets

p 0,03

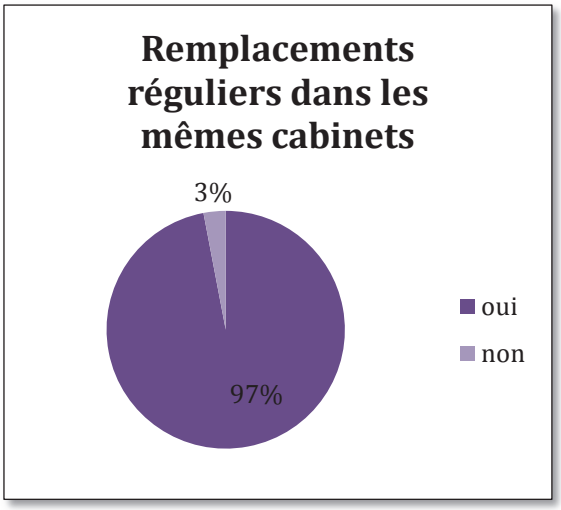


Figure 42 Répartition des remplaçants exerçant régulièrement dans les mêmes cabinets

6.6.1.5 **Prenez-vous des gardes et des astreintes lors des remplacements ?**

	Gardes/Astreintes +	Gardes/Astreintes -	Effectifs
Remplaçants	66%	34%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

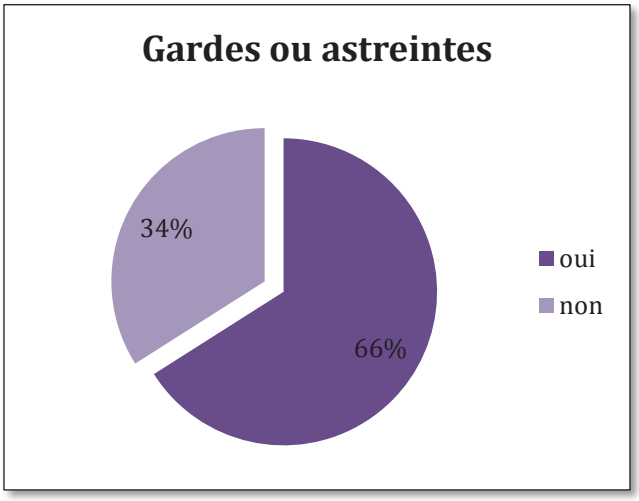


Figure 43 Répartition des remplaçants prenant des gardes ou des astreintes

6.6.1.6 **Privilégiez-vous des remplacements dans des cabinets de groupe?**

	Cabinets de groupe+	Cabinet de groupe -	Effectifs
Remplaçants	75%	25%	61

Différence significative

Nb F remplaçant cabinet groupe > nb H remplaçant cabinet groupe

p 0,03

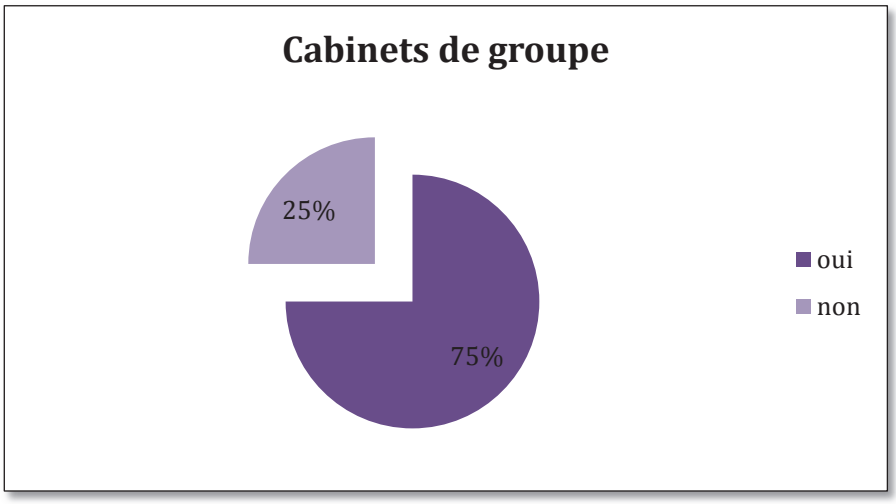


Figure 44 Répartition des remplaçants exerçant dans des cabinets de groupe

6.6.1.7 **Privilégiez-vous des remplacements dans des cabinets informatisés?**

	Cabinets informatisés+	Cabinets informatisés -	Effectifs
Remplaçants	84%	16%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

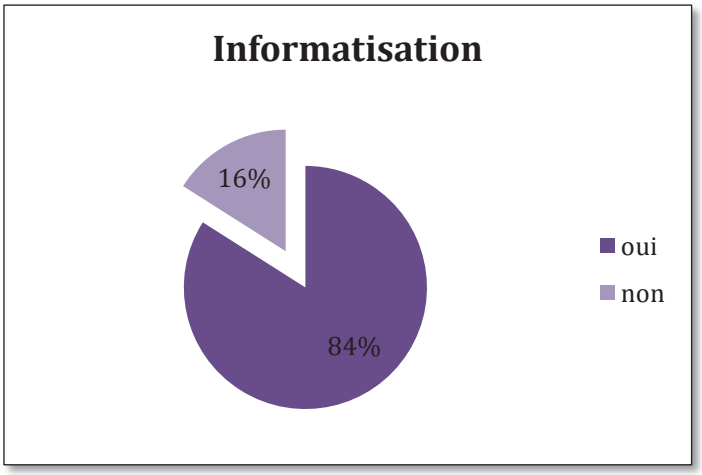


Figure 45 Répartition des remplaçants exerçant dans des cabinets informatisés

6.6.1.8 **Privilégiez-vous des cabinets proches d'un plateau technique?**

	Proches plateau technique +	Proches plateau technique -	Effectifs
Remplaçants	15%	85%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

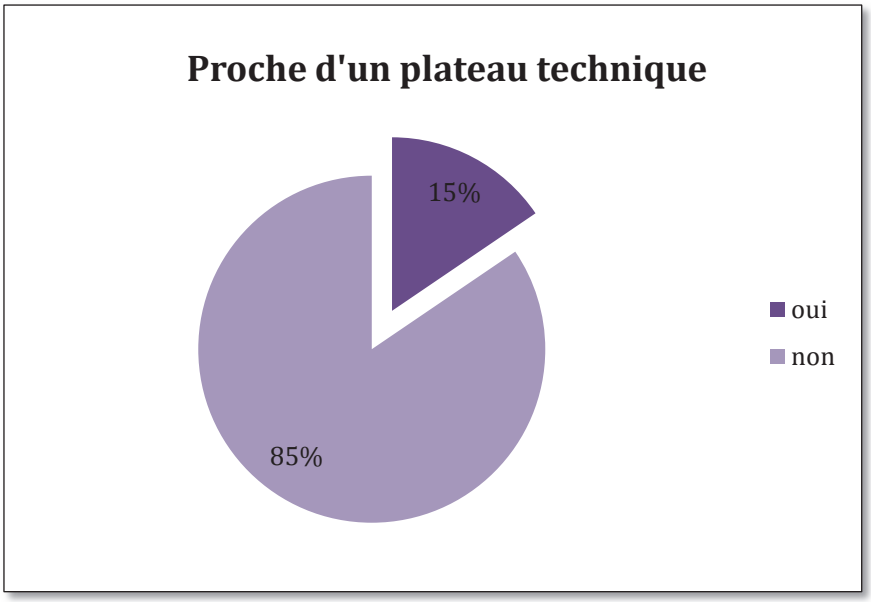


Figure 46 Répartition des remplaçants exerçant dans des cabinets proches de plateau technique

Le lieu du remplacement est le plus souvent trouvé par connaissance puis par les maîtres de stage.
Moins de la moitié ont des jours fixes de remplacements.
Une très grande majorité remplace dans les mêmes cabinets et on retrouve plus de femmes remplaçantes qui le font.
Il s'agit de cabinets de groupes informatisés, et 15% des remplaçants cherchent un cabinet proche d'un plateau technique.
La plupart d'entre eux assurent la continuité des soins 66%.

6.6.2 Evolution de carrière des médecins remplaçants

6.6.2.1 Avez-vous déjà eu des propositions pour vous installer en libéral?

	Propositions libérales +	Propositions libérales -	Effectifs
Remplaçants	90%	10%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

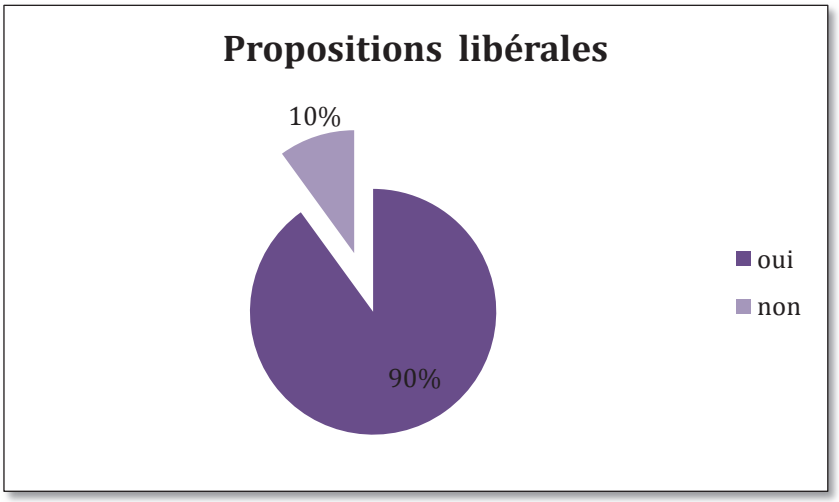


Figure 47 Répartition des remplaçants ayant eu des propositions pour s'installer en libéral

6.6.2.2 **Avez-vous déjà eu des propositions pour une activité salariée?**

	Propositions salariat +	Propositions salariat	Effectifs
Remplaçants	46%	54%	61

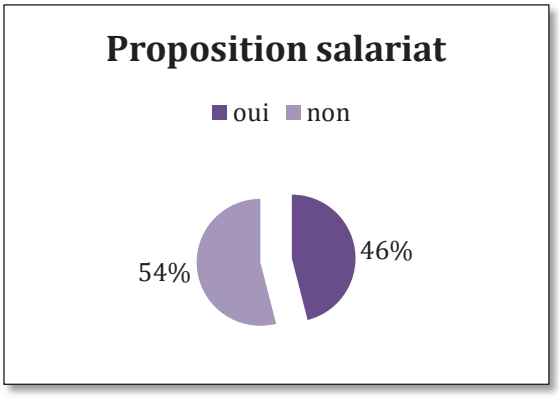


Figure 48 Répartition des remplaçants ayant eu des propositions pour une activité salariée

Si oui dans quels secteurs

2 assistance publique

1 associatif

1 CHU

3 EHPAD

1 institut médico-social

1 médecine polyvalente

1 associatif,

1 médecine interne

1 urgences

1 gériatrie

2 prévention

2 SSR

1 urgences pédiatriques,

2 PMI

Pas de différence significative en fonction du sexe

6.6.2.3 **Installation future**

	Installation +	Installation -	Effectifs
Remplaçants	85%	15%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

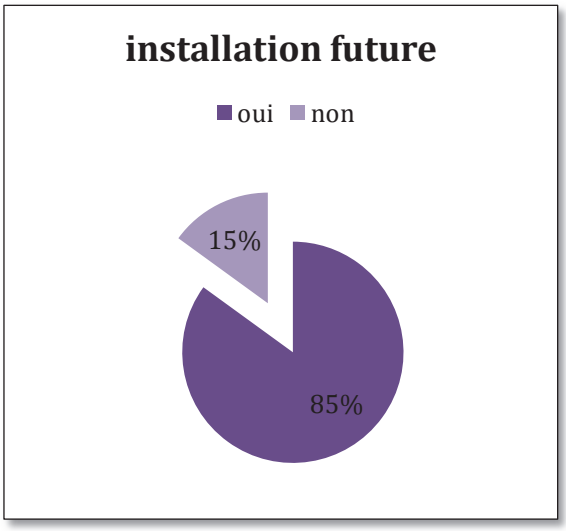


Figure 49 Répartition des remplaçants envisageant l'installation

6.6.2.4 **Types de structure**

	Création	Association	Succession	Autres	Effectifs
Remplaçants	21,57%	72,55%	37,25%	7,84%	51

Réponse à choix multiples résultat supérieur à 100%

Autres: pole de santé libéral, soins ambulatoires, service d'urgences privées

Pas de différence significative en fonction du sexe

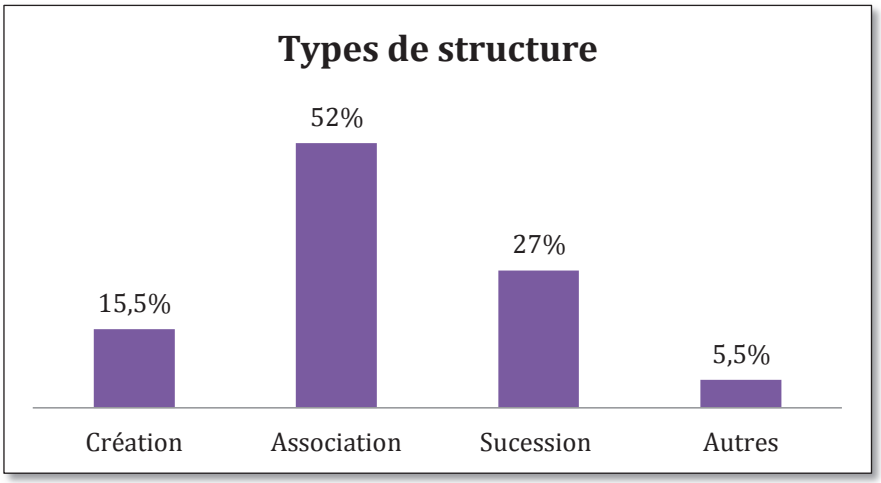


Figure 50 Types de structure envisagés pour les remplaçants souhaitant s'installer

6.6.2.5 **Groupe**

	Groupe +	Groupe -	Effectifs
Remplaçants	94%	6%	53

Pas de différence significative en fonction du sexe

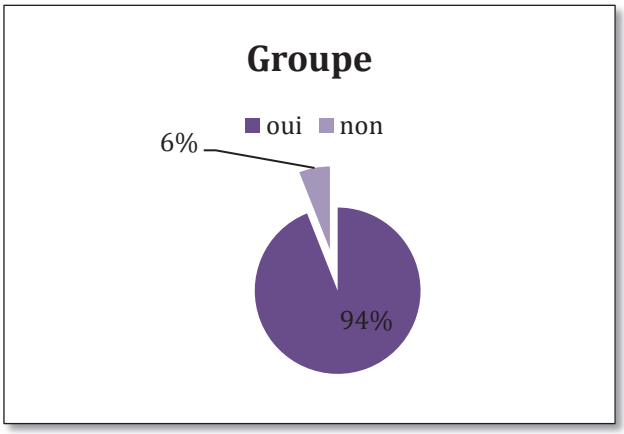


Figure 51 Répartition des remplaçants souhaitant s'installer en groupe

6.6.2.6 **Dans quel environnement**

	Urbain	Rural	Semi rural	Effectifs
Remplaçants	23%	17%	60%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

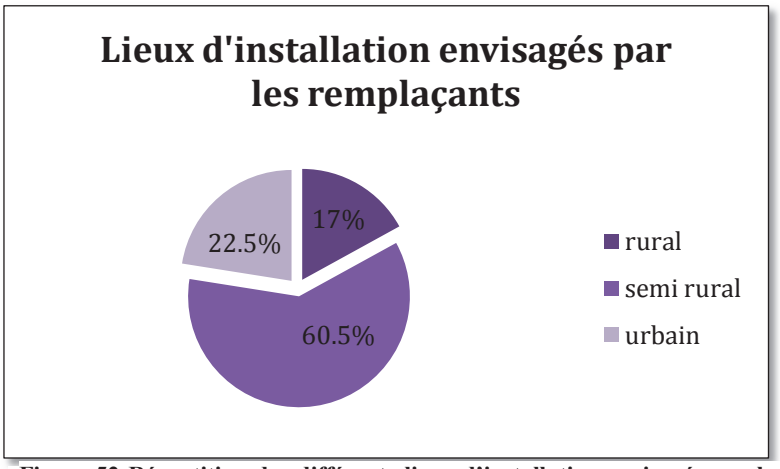


Figure 52 Répartition des différents lieux d'installation envisagés par les remplaçants

6.6.2.7 Est ce que l'ensemble des démarches administratives serait un frein à l'installation future?

	Démarches administratives frein installation+	Démarches administratives frein installation -	Effectifs
Remplaçants	59%	41%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

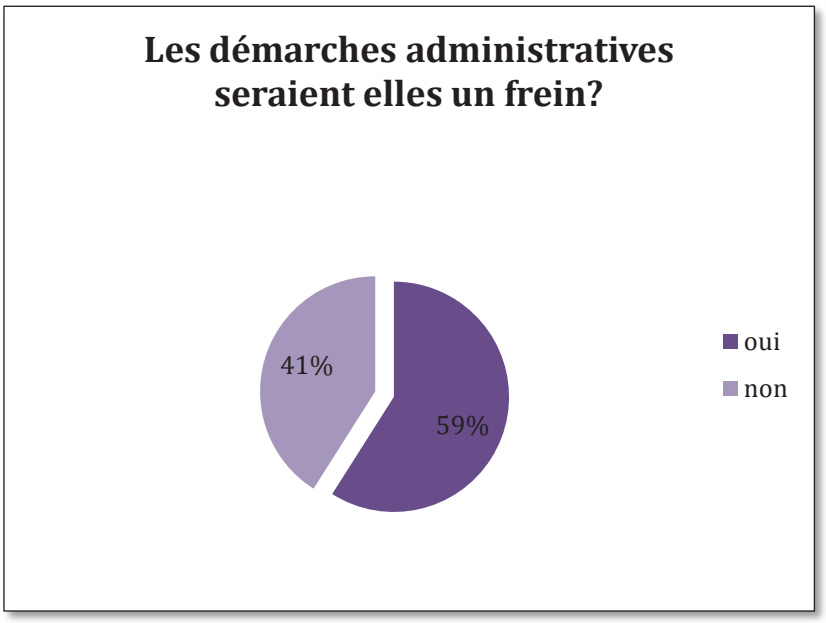


Figure 53 Répartition des remplaçants estimant les démarches administratives comme un frein à l'installation

6.6.2.8 Est ce que les mesures incitatives proposées par votre région favoriseraient votre installation?

	Mesures incitatives favorisant installation+	Mesures incitatives favorisant installation-	Mesures non connues	Effectifs
Remplaçants	26%	51%	23%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

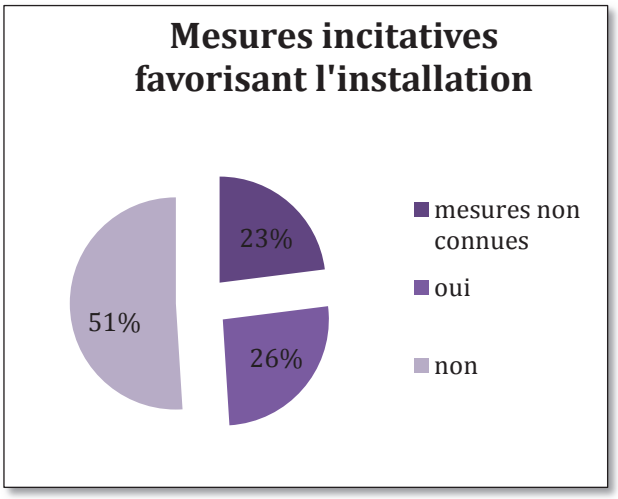


Figure 54 Répartition des remplaçants estimant que les mesures incitatives proposées par la région favoriseraient leur installation

6.6.2.9 Seriez-vous incité à vous installer si les démarches liées à la gestion du cabinet étaient facilitées?

	Démarches gestion du cabinet facilité+	Démarches gestion du cabinet facilité-	Effectifs
remplaçants	82%	18%	61

Pas de différence significative en fonction du sexe

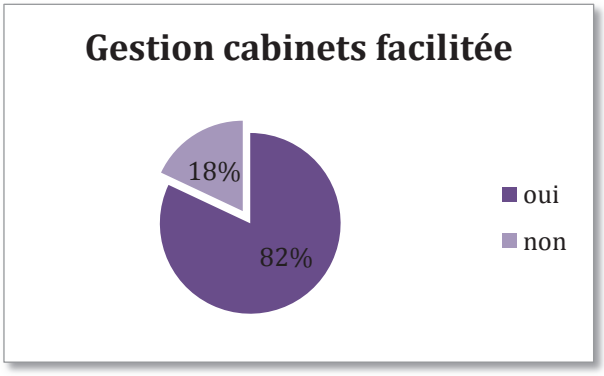


Figure 55 Répartition des remplaçants si les démarches liées à la gestion du cabinet étaient facilitées

6.6.2.10 **Si vous n'envisagez pas de vous installer à long terme quels types d'activités envisagez-vous?**

	Collaborateur	Rester remplaçant	Salarié	Autres	Effectifs
Remplaçants	43,5%	39%	17,5%	0%	24

Pas de différence significative en fonction du sexe

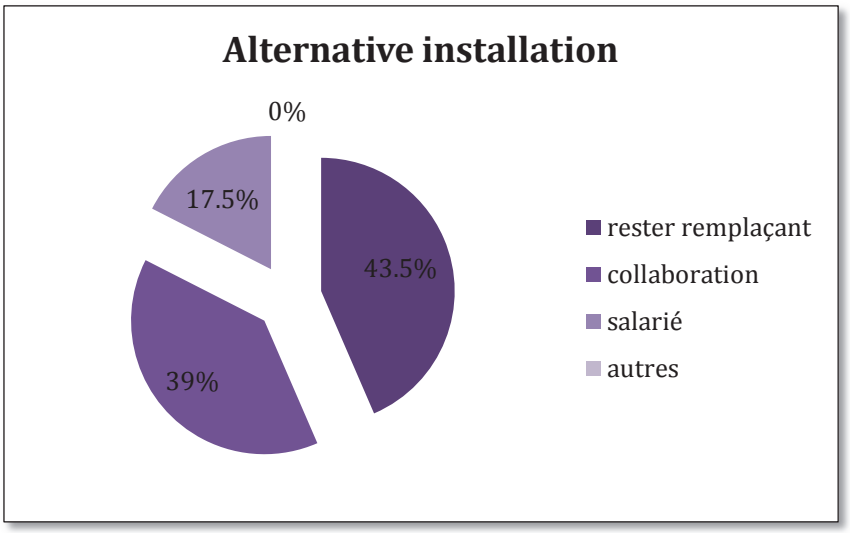


Figure 56 Répartition des remplaçants n'envisageant pas l'installation

Une très grande majorité des remplaçants a eu des propositions pour s'installer en libéral et moins d'un sur deux a eu des propositions pour une activité salariée.
85% d'entre eux envisagent l'installation, le plus souvent pour une association ou une succession.
L'exercice de groupe est très largement sollicité, le milieu semi rural est le plus souvent envisagé.
L'ensemble des démarches administratives représente un frein à l'installation pour nos répondants.
Les mesures incitatives proposées par la région pour favoriser l'installation ne semblent pas répondre aux besoins des remplaçants.
Si les démarches liées à la gestion du cabinet étaient facilitées nos répondants seraient plus incités à s'installer.
Si l'installation à long terme n'est pas envisagée, ils souhaitent le plus souvent rester remplaçants, ou devenir collaborateurs, seuls 17.5% envisagent le salariat.

7 DISCUSSION

7.1 Travaux similaires et antérieurs

7.1.1 Travaux internationaux

7.1.1.1 "Etude sur les motivations dans le choix de la médecine générale et la satisfaction au travail auprès des stagiaires en médecine générale et des jeunes médecins généralistes libéraux à travers l'Europe : une enquête transversale sept pays" education of primary care 2014 25:202-10

Le recrutement des nouveaux médecins généralistes est une préoccupation majeure dans de nombreux pays. (20)

L'objectif de cette étude était d'explorer les motivations du choix de la carrière de médecin généraliste et la satisfaction au travail des stagiaires en médecine générale et des jeunes médecins généralistes dans sept pays européens ; la République Tchèque, le Danemark, l'Allemagne, l'Italie, la Norvège, le Portugal et le Royaume-Uni.

Ils ont été interrogés par un questionnaire sur le Web. Les premières ébauches de ce questionnaire ont été réalisées lors du congrès de la WONCA Europe à Florence en 2006 avec des membres du mouvement de la Vasco de Gama qui est une branche de la WONCA. Elle est constituée par des futurs et des jeunes médecins généralistes.

Le nombre de personnes qui ont répondu était de 3722 ; 2533 stagiaires en médecine générale et 1189 jeunes médecins généralistes.

Les raisons les plus fréquemment citées pour choisir la médecine générale étaient :

- La compatibilité avec une vie de famille (59,5%),
- Le choix d'une discipline médicale vaste et intéressante (58,9%),
- La relation médecin malade (40,1%),
- L'approche globale du patient dans son intégralité (37,8%),
- L'autonomie et l'indépendance (30,4%).

Malgré les différences de charge de travail des différents médecins et stagiaires, l'équilibre entre le travail, la vie personnelle et les revenus, semblait avoir été trouvé.

La satisfaction globale de leur exercice était élevée, et plus de 80% des répondants choisirait de nouveau d'être médecins si c'était à refaire et parmi eux 78,4% choisirait d'être médecins généraliste.

La prise en compte de ces résultats permettrait une meilleure appréhension dans le choix de la médecine générale auprès des jeunes générations de médecins généralistes et pourrait contribuer à éclairer la planification des effectifs.

Cette étude devrait être complétée par d'autres études qualitatives pour explorer les questions soulevées plus en détail.

7.1.1.2 **Exemple canadiens - L'expérience du Québec sur 35 ans**

Il y a eu une prise de conscience précoce de la pénurie globale de médecins au Québec avec dès 1971, l'apparition des premières mesures incitatives telles que la rémunération différenciée ou la mise en place de programmes de bourse aux étudiants, la rémunération majorée.

L'ensemble de ces mesures n'a eu que peu d'impact sur leur démographie.(1)

En 2004 la mise en place d'un train de mesures de type incitatif et coercitif a permis de mesurer les premiers effets sur la démographie québécoise ; avec au sein des facultés un regain d'intérêt pour la médecine générale au cours de la formation et l'implication des associations régionales. (1)

Sur la base des besoins identifiés pour chaque territoire, des mesures incitatives à l'installation en zones sous dotées ont été mis en place (primes frais de déménagement).

Les médecins qui persistent à s'installer dans des zones bien dotées sont sanctionnées financièrement.(3)

Une redistribution des rôles entre les différents partenaires de santé; exemple des nouveaux rôles donnés aux infirmières, valorisation de la télémédecine...

Celle ci a été mise en place dès 2005 étant jugée comme un outil approprié pour dispenser des soins dans des territoires isolés sous dotés. (3) Cependant nous n'avons pas trouvé d'information permettant de savoir si ces choix ont été pertinents pour les soins primaires de ce pays.

7.1.2 Travaux français

7.1.2.1 Les institutions

7.1.2.1.1 Conseil de l'Ordre des Médecins (CDOM)

7.1.2.1.1.1 Atlas 2014 de la démographie médicale

Le CDOM rédige chaque année un atlas sur la démographie médicale afin de mieux préciser l'offre de soins au niveau national et régional et de définir en partie les profils des médecins.

La démographie médicale pour l'année 2014, toutes spécialités confondues, est représentée par 56% d'hommes âgés en moyenne de 53 ans, et 44% de femmes âgés en moyenne de 49 ans.(13)

Les nouveaux inscrits, toutes spécialités confondues, ont 34,2 ans en moyenne avec 58% de femmes. Entre 2007 et 2014, l'orientation vers la médecine générale a diminué de 6,5% alors que dans le même temps l'orientation vers les spécialités médicales augmentaient de 6,1% et vers les spécialités chirurgicales de 6,7%.(13)

Il y a un recours plus important aux médecins retraités actifs. Ils représentent 5% de la population des médecins en 2014. (13)

Les nouveaux inscrits choisissant l'exercice libéral représentent 10,7%, cette proportion augmente après 5 années d'exercice et passe à 40%. (13)

Au niveau national 33% des médecins pratiquent en groupe mono disciplinaire. (13)

Cependant malgré l'intérêt de ces chiffres, ils ne reflètent que d'assez loin les besoins de la population en termes d'accès aux soins.

On ne connait pas la proportion de médecins travaillant à temps partiel, ni celle ayant un exercice particulier comme l'ostéopathie, l'acupuncture, l'hypnose... ni combien de temps est accordé à ces pratiques particulières par rapport à l'exercice plus classique de la médecine générale.

De plus on ignore aussi l'offre réelle de soins proposée sur le territoire, le nombre de jours ouvrables et les jours non travaillés pour chaque médecin d'une même région. Ce pourcentage reste une grande inconnue.

7.1.2.1.2 La Direction de Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

7.1.2.1.2.1 Les emplois du temps des médecins généralistes

Etude réalisée en 2010 sur un panel de 2161 de médecins généralistes libéraux sur 8320 médecins sollicités soit un taux de participation de 25,9% suite à un partenariat entre le DREES les Observatoires Régionaux de Santé (ORS) et les URPS de 3 régions Bourgogne Pays de la Loire et Provences-Alpes-Côtes d'Azur (21).

Les intervalles de confiance n'étaient pas précisés dans l'article.

- Temps de travail par semaine

	Moyenne	Médecins en zone rurale	Médecins en zone urbaine	F médecins	H médecins
Nb heures/sem	57	60	56	53	59

- Nombre de demi-journées travaillées par semaines

	Moyenne	44% médecins généralistes	21% médecins généralistes	21% médecins généralistes
Nb 1/2 journées travaillées/sem	9	9	8.5	8

- Vacances

	Moyenne	Médecins en couple	Médecins célibataires	Médecins en groupe	Médecins seuls
Vacances sem/an	5,3	5,4	4,4	5,7	4,8

- Durée des consultations

	Moyenne	57% F médecins	35% H médecins	47% Médecins	30% Médecins
Durée (min)	18	20 et plus	20 et plus	15	20

- Médecins recevant des stagiaires

Les médecins exerçant en groupe reçoivent plus de stagiaire

	Internes	Externes
% de médecins recevant des stagiaires	15%	9%

- Secrétariat

	Médecins généralistes	Médecins en groupe	Médecins seuls	Médecins de moins de 45 ans	Médecins de plus de 45 ans
Secrétariat +	56%	76%	34%	70%	53%

- Comptable

	Comptable à l'année	Comptable lors déclarations fiscales	Pas de comptable	Tâche confiée à une tierce personne (conjoint...)
% médecins	54%	15%	22%	9%

Cette étude avait pour objectif de préciser les données démographiques nationales concernant l'activité horaire et le temps de présence des médecins généralistes. Elle a été rendue possible grâce à la collaboration des URPS qui ont représenté la profession auprès des institutions et de leur volonté de ne pas "subir" les chiffres nationaux sans que les besoins spécifiques de leurs territoires en soin primaire ne soient oubliés.

7.1.2.1.2.2 La démographie médicale à l'horizon 2030 de nouvelles projections nationales et régionales

- Une densité médicale plus faible

Avec la régulation du numérus clausus, les effectifs médicaux nationaux devraient baisser de près de 10% jusqu'en 2019 et reviendrait aux taux de 2010 vers 2030.Tous les départs en retraite des médecins généralistes ne pourront être compensés. (22)

Par ailleurs la croissance de la population prévue aux alentours de 10% et l'augmentation du nombre de patients de plus de 60 ans devraient majorer la demande de soins. Avec un nombre de médecins identique à l'heure d'aujourd'hui, la densité médicale s'abaisserait. (22)

Toutes les régions verraient leur densité médicale baisser avec des différences interrégionales. (22)

- Un exercice salarié sollicité au dépend du libéral

D'après leur prévision en 2030, 55,5% des généralistes serait libéraux contre 60,2% en 2006. (22)

La proportion de médecins hospitaliers augmenterait fortement au détriment de l'exercice libéral ou mixte pour les généralistes comme pour les spécialistes. (22)

- Une population médicale plus jeune et largement féminisée

La part des médecins âgés de moins de 45 ans commencerait à croître à partir de 2020 et vers 2025 les médecins de moins de 45 ans devraient être majoritaires.

En 2006 on comptait seulement 39% de femmes médecins en activité vers 2030 elles seraient 53,8%. (22).

7.1.2.1.3 Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé (IRDES)

La dynamique de regroupement des médecins généralistes de 1998 à 2009 (23)

Relations entre volume d'activité, formation et exercice en groupe des généralistes libéraux de secteur 1 en 2009

	Effectif	Pourcentages bruts (test chi-2)*	*Odds ratios* ajustés*, b
Volume d'activité			
Moins de 5 jours en cabinet par semaine	1 802		
Cabinet individuel		*27,5*	*Réf.*
Cabinet de groupe		**53,9 *****	**2,6 *****
Plus de 25 actes en moyenne par jour	1 802		
Cabinet individuel		*32,0*	*Réf.*
Cabinet de groupe		**42,0 *****	**1,7 *****
Plus de 135 actes en moyenne par semaine	1 795		
Cabinet individuel		*34,6*	*Réf.*
Cabinet de groupe		30,9	1,0
Autre activité médicale en dehors du cabinet	1 802		
Cabinet individuel		*36,4*	*Réf.*
Cabinet de groupe		33,1	1,0
Informatisation du cabinet			
Utilisation de dossiers patient informatisés	1 802		
Cabinet individuel		*74,0*	*Réf.*
Cabinet de groupe		**84,3 *****	**1,6 ****
Formation			
Activité de formateur ou de maître de stage	1 802		
Cabinet individuel		*16,8*	*Réf.*
Cabinet de groupe		**21,7 ****	**1,5 ****
Obtention d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) au cours des 12 derniers mois	1 789		
Cabinet individuel		*35,9*	*Réf.*
Cabinet de groupe		**41,6 ***	**1,3 ***
Au moins ½ journée de formation médicale continue (FMC) hors EPP au cours des 12 derniers mois	1 750		
Cabinet individuel		*80,6*	*Réf.*
Cabinet de groupe		**87,9 *****	**1,7 *****
Participation à une formation en éducation à la santé	1 793		
Cabinet individuel		*46,2*	*Réf.*
Cabinet de groupe		**54,4 ****	**1,4 ****

[a] Seuil de significativité : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001.

[b] Ajustement par le sexe, l'âge, le mode d'exercice particulier, le nombre d'actes moyens par jour (sauf si facteur expliqué), le nombre de jours travaillés (sauf si facteur expliqué), le lieu d'exercice et la taille d'agglomération.

Guide de lecture : chaque ligne du tableau correspond à une régression logistique. Les *odds ratios* indiquent l'effet de l'exercice en groupe par rapport à l'exercice individuel sur une variable, par exemple la probabilité de travailler moins de 5 jours en cabinet libéral. Le sens de l'association se mesure en comparant la valeur de l'*odds ratio* à 1. Comme il est supérieur à 1, le fait d'exercer en groupe augmente la probabilité de travailler moins de 5 jours par semaine ; cette augmentation est significative. L'*odds ratio* est ajusté car la mesure de l'effet de l'exercice en groupe sur la probabilité de travailler moins de 5 jours par semaine est corrigée des effets des autres caractéristiques des médecins.

Source : Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes. **Exploitation** : Irdes.

Dans cette étude l'activité en groupe semble présenter des avantages en termes de qualité et de sécurité pour les patients ainsi qu'en termes de qualité de vie pour le médecin.

Les médecins généralistes déclarent travailler moins de jours par semaine mais font plus d'actes au quotidien et un peu moins par semaine. Ils sont le plus souvent informatisés et participent plus souvent à la formation initiale et continue.

Devant les difficultés démographiques annoncées le regroupement est à encourager.

7.1.2.2 Les recherches non gouvernementales

7.1.2.2.1 Approches qualitatives des sociologues

- **Les remplacements**

Ils permettent de tester différents mode d'exercice ainsi que de compléter la formation médicale initiale. Ils donnent la possibilité de se faire une idée plus précise du métier

Il s'agit d'une période de transition permettant souvent d'ajuster une vie de couple et une activité professionnelle.

Le remplacement peut être une solution en cas d'incertitude quant à l'emploi du conjoint.

L'installation en libéral n'est qu'une proposition parmi d'autres, l'Hôpital Public recrute les jeunes médecins généralistes dans des services d'urgences, de gériatrie, de médecine interne. (24)

- **Le choix de l'installation**

Le choix de l'installation résulte d'un compromis entre différents facteurs parmi lesquels la recherche d'activité et de revenu mais aussi la recherche de bonnes conditions de travail, elle- mêmes définies en fonction des conditions de vie souhaitées. (24)

- **Modification de la conception du travail et de la vie privée du médecin généraliste**

La féminisation a contribué en partie à ces changements mais le travail des jeunes générations aspirent à une pratique différente sans forcément qu'il y ait un clivage entre homme et femme.

Un grand nombre de jeunes médecins sont en couple et le fait qu'ils soient deux modifie la répartition du temps de travail. Les jeunes médecins ne sont plus les seuls pourvoyeurs de revenus, et ils n'ont plus la nécessité d'être disponible en permanence et d'offrir des accès aux soins à des horaires atypiques à leurs patients.

Ils préfèrent privilégier une qualité de vie en s'octroyant du temps pour leurs vies privées. Ils n'envisagent la pratique médicale qu'en fonction d'une double carrière de parents et de médecins.

Le choix du lieu d'installation est donc un compromis entre différents facteurs au premier rang desquels on retrouve la qualité de vie.

Au niveau personnel les critères influençant leurs choix sont l'accès à l'emploi pour le conjoint, l'accès aux services culturels et sociaux (plus facile en ville).

Au niveau professionnel les critères les plus souvent retrouvés sont l'environnement, la possibilité de partager la charge de travail, de séparer le lieu d'exercice et le lieu de vie, la possibilité de faire une coupure entre travail et vie privée. (24)

- **Une organisation du travail différente**

Un des critères les plus cité pour réussir sa carrière est de maitriser l'organisation de son travail. Afin d'y parvenir il y a une planification du travail avec des consultations sur rendez-vous, une adaptation des horaires de consultations, une limitation du nombre de visites…

Les jeunes générations remettent en question la disponibilité constante pour les patients. Ils peuvent être très engagés dans leur travail sans que cela affecte leur vie privée.

Le travail de groupe est particulièrement sollicité par la jeune génération. Il permet des échanges entre médecins, aide à la continuité des soins des patients. Il permet aussi de partager les soucis logistiques, les locaux et les secrétariats. (24)

7.1.2.2.2 Thèses hors régions Haute Normandie

7.1.2.2.2.1 Les freins à l'installation rapide des internes en médecine générale N.Baril 2012 Nantes

Dans son étude, N. BARIL ne relève pas de nouveaux freins majeurs à l'installation des internes. (25)

Il note une modification de la perception du travail de médecin généraliste. Ce n'est plus le travail qui impose le mode des vies des internes mais la famille et le travail du conjoint qui orientent ce choix.

La féminisation de la profession est sans doute un facteur de poids à l'origine de ce changement.

En outre dans cette étude la facilité à trouver des remplacements permet au jeune médecin de suivre plus facilement leur partenaire en recherche d'emploi.

Plutôt qu'une solution unique c'est un ensemble de mesures incitatives qu'il faudrait. Les aides financières n'étant qu'une partie de ces mesures. Simplifier et diminuer la lourdeur administrative aiderait les internes à se projeter plus facilement dans une installation.

7.1.2.2.2.2 Déterminants installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord Alpin A. Decorde 2012 Grenoble

Une large majorité des remplaçants envisagent l'installation. (18)

Il n'y a pas de différence liée au sexe pour l'ensemble des résultats de son étude, les remplaçants s'accordent globalement sur les motivations et sur les freins à l'installation.

Les facteurs influençant positivement ce choix sont d'ordre professionnel 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.

Le temps libre semble plus précieux que l'argent, la décision de l'installation étant peu influencée par les revenus potentiels.

Dans son étude la profession du conjoint et la présence d'un enfant ne semblent pas guider ce choix.

Son étude a montré que les aides à l'installation étaient très mal connues des médecins, et qu'elles étaient jugées sans effet.

Une meilleure connaissance de ces populations semble être le préalable nécessaire aux propositions à faire afin de résoudre les menaces démographiques.

Les critères financiers n'apparaissant pas comme prioritaires, il paraît nécessaire de développer des aides à l'exercice plutôt que des aides à l'installation, et d'en améliorer la diffusion.

7.1.2.2.2.3 Les nouvelles générations de médecins généralistes: profils et perspectives de l'expérience d'Union des Remplaçants de Basse Normandie URBAN), première association de remplaçants G.Szwarc 2007 Caen

Dans cette thèse on retrouve des remplaçants déjà bien installés dans leur vie familiale (plus de la moitié sont mariés et/ou ont des enfants). (26)

Les remplaçants décrivent par le biais de son questionnaire comment ils souhaiteraient exercer en s'installant. On retrouve une certaine similitude avec leurs pratiques lors des remplacements.

Il observe trois grandes tendances :

- **Une qualité de vie choisie:**

Avec une activité en groupe bien organisée matériellement (secrétariat, informatisation).

En expérimentant des modes d'exercice et de rémunération différents (salariat, temps partiel ou complet).

- **Un aspect financier passant en arrière plan :**

Les secteurs éligibles aux aides financières à l'installation ne recrutent quasiment pas de remplaçants (l'Orne reste désespérément vide).

Dans son étude les remplaçants prennent 13 semaines de vacances par an (sans bénéficier de congés payés …).

- **Les remplaçants ne semblent pas prêts à" se sacrifier":**

Ils ne souhaitent pas travailler dans les zones qui se désertifient. Ils sollicitent les milieux péri-urbain, ou semi-rural (à moins de 20 minutes d'une ville),

Ils veulent se laisser tout le temps qu'ils estiment nécessaire pour « visser leur plaque », en attendant des conditions d'exercice qu'ils estiment favorables (pendant ce temps, ils ont toujours la possibilité de remplacer ou bien de proposer leurs compétences au secteur hospitalier).

La justification donnée à ces nouveaux modes d'exercice est identique à celle exprimée par les étudiants en médecine interrogés dans d'autres études.

Les remplaçants Bas Normands veulent conserver une bonne qualité de vie personnelle, comme celle qu'ils ont pu expérimenter au cours de leurs remplacements.

7.1.2.2.2.4 Etat des lieux des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire en vue d'améliorer sa lisibilité: Profil des médecins généralistes installés E.Scheck 2014 Lyon Est

Dans cette thèse on retrouve la réalisation du profil des médecins généralistes en Isère Rhodanienne.

Ainsi elle a pu dresser un portrait des faiblesses et les forces de l'offre de soin sur ce territoire. (27)

- **Les faiblesses :**

L'âge moyen est de 51,1 ans, et un tiers des généralistes ont plus de 60 ans. Ils envisagent de partir en retraite dans les cinq ans à venir.

Un tiers des généralistes du territoire, notamment les moins de 50 ans n'acceptent plus de nouveaux patients alors que la population est en croissance continue.

Le territoire compte seulement 5 maitres de stage. Or, les immersions chez les praticiens favorisent la découverte du territoire et constituent un levier fort d'intégration car ils suscitent l'envie de s'y installer. Ce fut le cas notamment pour les deux derniers médecins nouvellement installés.

Le territoire compte une seule maison de santé. Pourtant les maisons de santé sont plébiscitées par les jeunes générations car elles sont adaptées aux exigences d'un exercice « actuel » de la médecine générale. Faute de structures adaptées, la région se prive potentiellement de l'installation de jeunes médecins.

La jeune génération de médecins du territoire boude le secteur rural. Son étude a montré que cette situation est à mettre en lien avec le fait qu'aucun généraliste du secteur rural ne s'implique dans la formation universitaire et que peu d'entre eux fait appel à un remplaçant en cas d'absence.

L'absence de maison médicale de garde ne favorise pas la permanence des soins. Les cantons de Vienne sud et Vienne nord possèdent une maison de santé. Les généralistes d'astreinte y assurent une permanence des soins sur place. Ils sont majoritairement satisfaits de cette organisation.

Le canton de Roussillon ne possède pas de maison de santé. Les médecins généralistes de ce canton n'assurent plus les astreintes en semaine qui par conséquent sont reportées sur les services d'urgences hospitalières.

- **Les forces :**

Deux tiers des médecins généralistes sondés s'estiment satisfaits voire très satisfaits de leur vie professionnelle au sein du territoire.

Les principaux facteurs ayant influencé leur installation en Isère rhodanienne sont l'attractivité socio économique du territoire et la qualité de vie dans un environnement semi-urbain à proximité de grandes agglomérations. Par conséquent, ils sont très majoritaires à recommander l'installation libérale aux jeunes diplômés.

Les médecins généralistes installés ont tous testés préalablement les lieux par des remplacements. Motiver les généralistes à se faire remplacer pourrait favoriser la découverte du territoire et susciter d'éventuelles installations futures.

Les maitres de stage qui accueillent des étudiants en médecine contribuent à la découverte du territoire pouvant susciter une envie d'installation.

Dans son étude les maitres de stage ont le même nombre de patients horaires et des revenus similaires à leurs confrères. Par conséquent l'accueil d'étudiants ne constitue pas une gêne dans le quotidien du généraliste. Au contraire son étude révèle que l'implication dans la formation des jeunes générations apporte un épanouissement professionnel et permet de trouver aisément des remplaçants au sein du réseau étudiant.

7.1.2.3 Les recherches en Haute Normandie

7.1.2.3.1 CDOM Haute Normandie

L'âge moyen de l'inscription à l'ordre est de 33 ans pour les femmes et 35 ans pour les hommes (9).

La répartition des médecins généralistes à leur première inscription à l'ordre est résumée dans le tableau ci-dessous :

	Libéral	Mixte	Salarié	Remplaçant
Seine-Maritime	16,9%	3,1%	30,8%	49,2%
Eure	62,5%	-	25%	12,5%

- pas de données fournies

La répartition 5 ans après leur première inscription à l'ordre est résumée dans le tableau ci-dessous :

	Libéral	Mixte	Salarié	Remplaçant
Seine-Maritime	52,9%	5,9%	29,4%	11,8%
Eure	61,5%	-	38,5%	-

- pas de données fournies

En 2013 l'âge moyen des médecins généralistes était de 53 ans. Les hommes représentaient 67% des 1660 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Haute Normandie.

28,1% des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de plus de 40 ans et 10,5% sont âgés de moins de 40 ans.

Les femmes représentent 63% des effectifs des moins de 40 ans (9).

Les bassins de vie sont composés en moyenne de 24 médecins généralistes libéraux et mixtes.

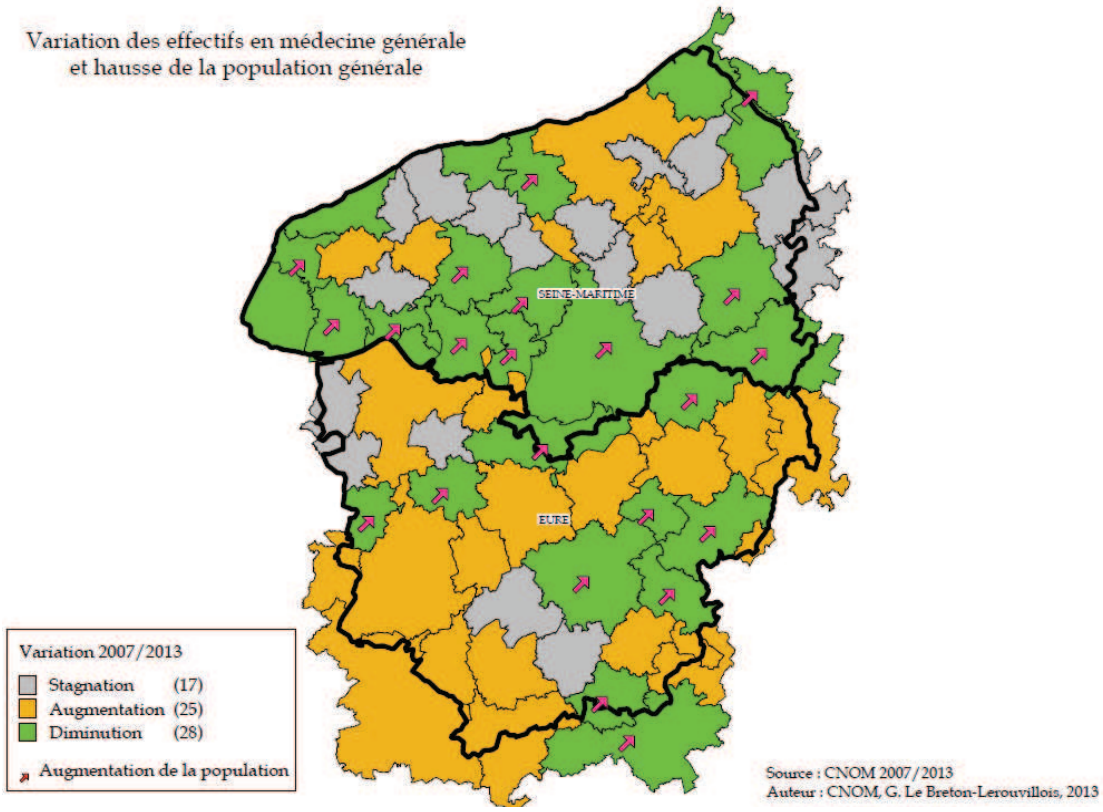
Durant cette période, 28 bassins de vie ont enregistré une baisse des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes allant de -38% à -3%.

17 bassins de vie maintiennent leurs effectifs tandis que 25 enregistrent une augmentation pouvant aller de +3% (Dieppe) à +100% (Les Andelys et l'Aigle) (9).

On note que certains bassins de vie enregistrant une baisse des effectifs en médecine générale sont également confrontés à une diminution de la population générale. Il s'agit des bassins de vie suivants : Fécamp, Notre Dame-de-Gravenchon, Saint-Valéry-en-Caux et Le Havre.

À contrario, des bassins de vie recensent une diminution des médecins généralistes libéraux et mixtes alors que la population générale augmente. Se pose alors la question de l'accessibilité aux soins primaires. Il s'agit des bassins de vie en vert sur la carte suivante. (9)

Carte n°3 : Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population générale



7.1.2.3.2 Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux de Haute-Normandie (URPS)

7.1.2.3.2.1 Les missions de l'URPS

Les URPS ont été créées par la Loi HPST du 21 juillet 2009 et le Décret n° 2010-585 du 2 juin 2010 relatif aux unions régionales de professionnels de santé.

Dans l'article R4031-2 du code de santé publique les missions sont définies comme suit.

Les unions régionales contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale. Elles participent notamment :

- ***A la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé,***

- ***A l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins,***

- ***A l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice,***

- ***A des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique,***

- ***A la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins mentionnés à l'article L, 4135-4,***

- ***Au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés,***

- ***A la mise en œuvre du développement professionnel continu***,(28)

7.1.2.3.2.2 Rapport sur les jeunes installés en Haute Normandie URPS médecins

Etude réalisée chez les jeunes installés auprès de 181 médecins généralistes (112 F et 69 H). (29)

Les femmes ne s'installent pas plus tard que les hommes (en moyenne 4,3 ans après la thèse et la moitié dans les 3 ans (médiane)).

Le médecin généraliste réside à proximité de son lieu d'exercice en moyenne à 18 min, 20% d'entre eux résident cependant à plus de 30 min. Cet élément peut être favorable aux zones rurales où les jeunes n'ont pas toujours l'envie de résider mais où la pratique professionnelle peut être attractive.

Il semble y avoir un certain centre d'attractivité vers le milieu rural et semi rural puisque certaines petites communes ont vu s'installer plusieurs médecins.

Il y a une prépondérance d'installation en Seine-Maritime avec un déficit de 20% pour l'Eure si on ne prend en compte que le ratio de population.

- **Sur le mode d'exercice**

L'installation en groupe est largement sollicitée. Il semblerait que les jeunes installés ne recherchent pas une simple « cohabitation », mais plutôt un réel travail de groupe.

- **Sur le moyen par lequel ils ont trouvé leur lieu d'installation**

Il semble très important de faire des remplacements et ou des stages pour permettre de connaître préalablement son lieu d'installation.

Ces éléments sont à prendre en considération pour les médecins qui cherchent un successeur ou un associé.

La part des « connaissances privées » reste étonnamment importante. Les annonces sur site ou revue sont peu efficaces.

- **Sur les déterminants du choix d'installation**

Il y a deux déterminants que le médecin installé ne peut influencer :

La « localisation », qui semble être le premier facteur de choix et le « profil de la patientèle » qui semble de moindre importance, surtout pour les femmes.

Le « cadre de travail » et « l'ambiance » semblent importants.

Le temps de travail est un déterminant controversé et probablement mal exploré. Il semble que cette dimension ne soit pas « imposée » par l'offre et que chacun puisse adapter son travail à ses aspirations.

Le « coût de l'installation » n'est pas un déterminant important. Une analyse détaillée de la variabilité de ces coûts permettrait probablement de voir qu'ils sont peu variables.

La possibilité d'un temps partiel est aussi citée.

7.1.2.3.3 Thèses réalisées en Haute Normandie

7.1.2.3.3.1 Le choix de l'exercice professionnel en médecine générale - Les souhaits des internes Rouennais en 2012 M. Lerouge

Dans son étude elle a interrogé les internes en médecine générale en formation à la faculté de médecine de Rouen sur leurs choix d'exercice en médecine générale.

Les futurs médecins généralistes ont mis en avant leur qualité de vie en vue d'un exercice plus serein de leur profession. Pour ce faire. ils sont de plus en plus séduits par des modes d'exercice moins contraignants comme la collaboration libérale ou le salariat.

Certains envisagent également d'effectuer des remplacements pendant de nombreuses années. La médecine libérale les effraie par ses tâches de gestion et de formalités administratives qui sont de plus en plus chronophages et pour lesquelles ils estiment ne pas avoir reçus de formation suffisante. Ils sont également freinés par les contraintes horaires et organisationnelles.

On observe cependant une revalorisation de la médecine générale depuis sa spécialisation en 2004. De plus en plus de postes sont pourvus, et les internes sont nombreux à vouloir exercer au moins une part de l'activité en milieu libéral.

L'instauration des différents stages en milieu ambulatoire au cours de leur formation contribue à cette valorisation. En découvrant le milieu libéral, les internes sont nombreux à le plébisciter pour leur choix de carrière**.** ***Il est donc important de développer la mise en place de nouveaux terrains de stage mais aussi de les rendre accessibles aux internes par des mesures facilitant leur logement ou leur transport.***

Les futurs praticiens ne sont pas effrayés par la médecine de campagne. Les internes réalisant un stage en milieu rural sont plus nombreux à envisager de s'y installer. Mais ils ne souhaitent pas se retrouver isolés personnellement ou professionnellement.

Pour maintenir l'offre de soins dans ces secteurs, il semble nécessaire d'y maintenir des structures de soins de proximité (hôpitaux. maisons de santé...) mais aussi des services publics comme les écoles.

Les mesures incitatives financières et matérielles n'intéressent pas les futurs praticiens obligeant aujourd'hui le conseil de l'ordre à envisager une limitation de la liberté d'installation. Cette contrainte pourrait avoir pour conséquence de freiner le choix des étudiants pour la médecine générale et la médecine libérale et ainsi aggraver les inégalités territoriales en matière d'offre de soins. les médecins optant alors pour un statut salarié dans des structures de soins déjà implantées. (30)

7.1.2.3.3.2 Médecins généralistes remplaçants en Haute Normandie : profil, projet professionnel et intérêt pour les zones rurales C.Terrier

Son étude a permis de dresser un portrait des médecins généralistes remplaçants thèsés et non thèsés de Haute-Normandie.

Les médecins généralistes remplaçants sont majoritairement propriétaires d'une maison en zone urbaine et en Seine-Maritime. Ils sont âgés en moyenne de 33 ans. Ils sont largement satisfaits de leur revenu. Les femmes représentent 69% d'entre eux.

Pendant leur cursus universitaire, 91% des médecins remplaçants ont effectués un stage en médecine libérale et 59% un SASPAS.

Les médecins non thèsés sont plus nombreux à avoir réalisé un SASPAS et envisagent plus facilement de s'installer. Il parait important de continuer à favoriser les stages en libéral pendant le cursus universitaire.

73% des médecins remplaçants envisagent une installation dans les 5 ans à venir.

Les principaux facteurs retrouvés de leur non installation sont le manque d'expériences et la gestion d'un cabinet trop chronophage. La famille ne semble plus être un frein important.

Les médecins remplaçants portent un intérêt aux zones rurales. 75% des remplaçants travaillant dans ces zones ont envie de s'y installer. Les critères qui les inciteraient sont le cadre de vie et la relation médecin-malade. Mais la charge de travail plus importante en zone rurale serait un frein majeur. Le sentiment d'isolement est aussi un point clé.

Les médecins remplaçants considèrent la désertification des services publics et l'éloignement des spécialistes avec les plateaux techniques comme des critères majeurs pour éviter de s'installer à la campagne.(31)

7.1.2.3.3.3 Organisation des soins primaires Analyse de l'offre des soins primaires sur le territoire de la communauté d'Agglomération Seine-Eure C, Debaecker 2014

Son étude est une analyse territoriale sur la Communauté d'Agglomération Seine Eure (CASE) réalisée auprès de pharmaciens de médecins généralistes de kinésithérapeutes et d'infirmiers.(32)

Sa population de médecins généralistes est de 40 avec un taux de participation de 69%, la moyenne d'âge est de 54,5 ans pour les hommes et 41,8 ans pour les femmes. Les femmes représentent 40% des répondants.

85% exercent en libéral intégral, 30 % exercent seul. Des exercices particuliers sont retrouvés auprès de 6 répondants soit 15% de l'effectif; acupuncture, homéopathie, médecin du sport, mésothérapie, nutrition, ostéopathe.

En moyenne le temps de travail est de 8,5 demi-journées par semaine. Dans son étude, il semble apparaître que les plus de 50 ans et les hommes travaillent davantage. ***Dans la semaine les mercredis et les jeudis sont les jours les moins travaillés.***

Au niveau des congés, ils prennent 42,6 jours de congés par an avec des écarts importants de 7 à 64 jours. Les femmes de plus de 50 ans en prennent plus que leurs homologues masculins.
18% des médecins ne se font jamais remplacer lors de leurs congés. Les moins de 50 ans sont 78% à se faire remplacer alors que les plus de 50 ans ne sont que 45% à le faire.

90% sont informatisés, 32% sont maîtres de stage, 60% des répondants partiront en retraite dans les 10 ans. L'âge moyen envisagé est de 65,5 ans.

Au niveau des conditions d'exercice dans l'ensemble ils sont plutôt satisfaits. Cependant les femmes semblent un peu plus satisfaites ainsi que les jeunes et ceux travaillant en groupe.

7.2 Intérêt de notre travail

7.2.1 Aspect socio démographique

Dans notre étude, on constate une féminisation importante de la nouvelle génération avec des taux presque semblables dans les 3 groupes : 69% de femmes chez les remplaçants, 64% chez les installés et 67% chez les collaborateurs.

Il est intéressant de constater des taux quasiment à l'opposé de ceux retrouvés dans le rapport sur la démographie en région Haute Normandie en 2013 réalisé par le conseil de l'Ordre. Les femmes représentaient 36% des effectifs dans l'Eure et 43% dans la Seine Maritime pour une moyenne d'âge des médecins généralistes de 54 ans pour l'Eure et 52 ans pour la Seine-Maritime. (9)

Selon les projections en 2030 les femmes médecins généralistes représenteront 56,4%(22), La féminisation massive va profondément modifier le profil de la profession.

Les installés et les collaborateurs ont des profils presque superposables. Ils ont en moyenne 35,5 ans chez les installés et 34,7 ans chez les collaborateurs. Ils sont très majoritairement propriétaires (87,5%, 87%) en couple et mariés avec des enfants, on observe assez peu de célibataires.

Les remplaçants sont un peu plus jeunes, leur moyenne d'âge est de 30 ans, les femmes sont un peu moins âgées. Ils sont de façon plus fréquente en location, en couple et la moitié d'entre eux est parent. On note cependant une proportion non négligeable de célibataires et de concubins.

On peut supposer que la période de remplacement pour certains correspond aussi à un moment de leur vie où il existe une certaine instabilité personnelle. Ce constat a déjà été retrouvé dans d'autres études. (33)(34)

Les installés et les collaborateurs sont un peu plus établis dans leurs vies personnelles et professionnelles. Ils représentent les ainés des remplaçants.

Dans cette étude nous avons un nombre important de remplaçants non thèsés ce qui explique en partie l'âge plus jeune retrouvé. Il nous semblait important de les observer au vu de la proportion de médecins non thèsés par rapport à celle des thèsés exerçant dans notre région et du faible nombre d'études réalisés sur eux.

7.2.2 Modalités d'exercice

7.2.2.1 Facteurs déterminants du nombre de consultations et de jours travaillés

Dans notre étude les trois groupes réalisent environ le même nombre de consultations par jour soit entre vingt et trente. Il est à noter que les remplaçants recherchent peu les cabinets avec une forte activité, seul un quart exerce dans des cabinets à plus de 30 consultations par jour.

Les installés travaillent un peu plus (4,16 jours/semaine) que les collaborateurs (3,4 jours/semaine), sans que cela soit réellement significatif.

Dans l'étude faite sur les emplois du temps en 2012, les médecins généralistes travaillaient en moyenne 4,5 jours/semaine. (21)

Mais une partie des collaborateurs exerce en dehors de leurs collaborations, ce qui nous permet sans doute d'avoir un début d'explication de cette petite nuance entre les deux groupes et en raison du faible effectif des collaborateurs. Il nous parait prudent de ne pas trop s'attarder sur cette différence de résultat.

Les femmes installées travaillent moins de jours par semaine et réalisent un peu moins de consultations que leurs homologues masculins. Ce constat sur la diminution du temps de travail des femmes médecins a déjà été fait dans d'autres études avec l'apparition pour certaines femmes médecins d'un nouveau mode de travail à temps partiel qui n'existait quasiment pas chez les hommes auparavant.(26)(24) (32) De plus la durée des consultations est souvent un peu plus longue chez les femmes médecins. (24)

Par ailleurs la zone d'implantation géographique modifie aussi la durée de travail. Ainsi la durée de travail déclarée en zone rurale est plus importante que celle en zone urbaine. (35)

Il semblerait aussi que la situation professionnelle du conjoint modifie le temps de travail. En 2004, le temps de travail déclaré par les médecins pour leur activité principale était de 49 heures ; 42 heures pour les femmes et 53 heures pour les hommes. Les médecins ne vivant pas en couple ou ayant un conjoint inactif travaillait 2-3 heures de plus par semaine que ceux dont le conjoint avait une activité professionnelle. (36)

Les sociologues avaient déjà noté une partie des modifications qu'engendrait la féminisation du monde médical sur les changements de la façon d'exercer; avec une diminution du temps de travail et une sollicitation du temps partiel. (24)

Dans notre étude les remplaçants travaillent un peu moins d'une quarantaine de semaines par an. Il nous semblait qu'il était plus facile de chiffrer en semaines l'exercice médical des remplaçants plutôt qu'en jours par semaine en raison de la variété des modes d'exercice des remplaçants et des médecins qu'ils remplacent.

L'écart très important de semaines travaillées constaté entre les répondants est très probablement dû aux très jeunes remplaçants encore internes au moment où ils ont répondu au questionnaire.

41% des remplaçants ont des jours fixes. La plupart (97%) travaillent régulièrement dans les mêmes cabinets et cette tendance est encore plus marquée chez les femmes. Cet exercice surtout pour ceux ayant des jours fixes ressemblent très fortement à une collaboration avec des médecins généralistes non thèsés.

7.2.2.2 **Exercice de groupe**

Dans notre étude l'exercice de groupe est particulièrement sollicité par les installés et la totalité des collaborateurs avec des groupes pouvant être assez important (supérieur à dix) le nombre moyen est de quatre pour les remplacés et les collaborateurs.

Depuis une quinzaine d'années les cabinets de groupe sont de plus en plus représentés et d'autant plus si les médecins ont moins de 40 ans. (37) (38)(35) (32)

Dans ces études il a été mis en évidence que le regroupement transformait le rythme de travail avec un travail hebdomadaire moins important et un nombre de consultation de plus 25 par jour et avait pour conséquence une facilité dans la continuité des soins. (23)(38)

Les cabinets de groupes sont aussi très recherchés par les remplaçants. Ce constat est aussi présent dans la thèse de Szwarc (26), et les femmes recherchent plus ce type de remplacement que leurs homologues masculins.

7.2.2.3 **Délégation des tâches**

Les installés et les collaborateurs cherchent un confort d'exercice pour cela ils délèguent beaucoup plus les tâches non médicales que leurs ainés.

La majorité des installés 76% et des collaborateurs 67% ont un comptable même si les collaborateurs sollicitent moins ce service. Il faut certainement mettre en lien le temps de travail moins important déclaré et de ce fait cette tâche est moins souvent déléguée à un professionnel.

Dans l'étude sur les emplois du temps des médecins généralistes pour l'année 2012, 54% avaient un comptable à l'année 15% juste au moment de la déclaration fiscale. (21) Dans l'étude de Scheck 58% ont un comptable. (27)

Un secrétariat sur place ou à distance est aussi très largement sollicité par les installés (95%),

Dans l'étude sur l'emploi du temps des médecins généralistes 67% en ont un. (21) Dans l'étude de Scheck 80% des répondants avaient un secrétariat sur place ou à distance. (27)

Le cabinet informatisé est la règle pour les installés à un taux de 99% et les collaborateurs à un taux de 100%.

Dans la dynamique de regroupement des médecins généralistes, on retrouve une corrélation entre le cabinet de groupe et l'informatisation ; les jeunes générations favorisent l'échange au sein d'un même cabinet des dossiers informatiques pour une prise en charge optimale de leurs patients. (23)(26)

7.2.2.4 **Difficultés rencontrés au niveau de la gestion du cabinet**

La gestion du cabinet ne semble pas trop poser de difficultés aux installés et aux collaborateurs, cependant les collaborateurs rencontrent plus de problèmes que les installés.

Ces derniers sont facilement conseillés lorsqu'ils rencontrent des difficultés administratives.

Quant aux remplaçants, ils semblent rencontrer plus de désagrément et ont plutôt du mal à obtenir des conseils lorsqu'ils sont en difficultés.

L'ensemble des organismes (AGA URSSAF CPAM CDOM) semblent donner des conseils lorsque des difficultés administratives sont rencontrées, sans qu'aucun ne se détache réellement.
Cependant on peut noter que c'est auprès de leurs confrères qu'une grande partie des médecins cherchent des conseils.

La différence observée chez les remplaçants est peut être due en grande partie à leurs exercices jeunes en libéral et à l'isolement qu'impose cet exercice. Les tâches administratives font peur.

Lors de différentes enquêtes sur les internes on retrouve la demande d'un enseignement sur la gestion du cabinet et sur la comptabilité , ce qui leur permettrait de se projeter plus sereinement en libéral.(38)

7.2.2.5 **Vacances**

Dans notre étude les remplaçants prennent un peu plus de vacances avec 8,7 semaines/an, alors que les installés prennent 6,7semaines/an et les collaborateurs 5,7 semaines/an.

Le taux plus élevé observé chez les remplaçants est peut être aussi dû à des périodes d'inactivité par absence de contrat de remplacement sur certaines périodes.

On retrouve un taux de vacances légèrement supérieur à la moyenne retrouvée dans l'étude sur les emplois du temps de 2012 qui était en moyenne de 5,3 semaines de vacances pour l'année de 2010. (21) Dans l'étude de Scheck et l'étude de Debaeker les médecins déclaraient en moyenne 6 semaines de congés par an.(27)(32)

7.2.2.6 **Satisfaction mode d'exercice**

Dans notre thèse l'ensemble des médecins semblent satisfaits voir très satisfaits de leur statut actuel. Cependant les hommes remplaçants semblent un peu moins satisfaits que leurs homologues féminins, ils sont aussi un peu plus âgés que celles-ci.

Il est plutôt rassurant dans notre échantillon de trouver des jeunes médecins généralistes installés et collaborateurs satisfaits de leur mode d'exercice en libéral.

Ce constat est retrouvé dans d'autres études. (29)(27)(18)(32)

7.2.3 Choix déterminants à l'installation et à la collaboration

La majorité des installés et des collaborateurs sont d'anciens remplaçants (80% et 87%). Les remplaçants sont le plus souvent d'anciens internes (93%).

Les installés et les collaborateurs ont trouvé majoritairement leur lieu d'exercice soit par les remplacements soit par des anciens maîtres de stages, assez peu sont passés par des annonces ou par leur entourage. Les lieux d'exercice de leur installation ont été testés par des remplacements ou de la collaboration.(29)

Le plus souvent l'installation se fait par association avec d'autre de médecins puis vient la succession. La création plus difficile à mettre en place arrive en troisième position.

7.2.4 Perspectives de carrière des remplaçants

Le choix des remplacements se fait le plus souvent par connaissance, ensuite on retrouve les anciens maitres de stages puis internet. Ce constat a été fait aussi dans la thèse de Szwarc (26).

Les autre ressources pour trouver des remplacements sont assez diverses; laboratoire, pages jaunes, coordonnées des médecins remplaçants mises à disposition au Havre, le Conseil de l'Ordre et le site de L'Agence du Remplacement et de l'Installation des Médecins.

Les remplaçants présentent des profils personnels un peu moins fixés que les installés et les collaborateurs. Lors de la formation médicale, les internes sont souvent contraints à une période d'errance géographique. Le remplacement est le mode d'exercice le plus plébiscité sorti d'internat. (9)

Dans notre étude 90% des remplaçants ont déjà eu des propositions pour s'installer en libéral. Ce chiffre est supérieur à celui observé dans d'autre étude. (18)

Un peu moins de la moitié des remplaçants (46%) ont eu des propositions pour une activité salariée.

Les secteurs concernés sont assez variés; EHPAD, médecine polyvalente, PMI, hôpital publique, gériatrie, prévention, SSR, urgences pédiatriques, médecine interne, associatif.
Ces postes peuvent offrir une certaine qualité d'exercice ; travail en équipe, horaires fixes, congés, arrêt maladie, congé maternité...

Un nombre très important de remplaçants 85%, semble désireux de s'installer. Une partie des remplaçants est encore non thèsée et donc ne peut pas le réaliser.

D'autres études retrouvent des taux variant entre 59% (33) et 84,1%. (39) (18)

Les remplaçants envisagent le plus souvent une association 72,5%, puis secondairement on retrouve une succession 37,2% et enfin une création est envisagée par 21,5%.
Ces résultats semblent comparables à ceux observés chez les installés dans notre étude.

Un peu moins de 8% envisagent de travailler dans d'autres types de structures ; pôle de santé libéral, soins ambulatoires, services d'urgences privées.

Ceux qui n'envisagent pas l'installation à long terme souhaitent le plus souvent rester remplaçants (43,5%), ensuite on retrouve la collaboration (39%) et seuls 17,5% envisagent le salariat.

L'ensemble de ces résultats semblent montrer qu'une fois passée l'expérience des premiers remplacements, la recherche d'une installation en Haute Normandie n'est plus concurrencée par le salariat par la suite.

7.2.5 Perspectives de carrière des collaborateurs

La plupart des collaborateurs (65%), envisagent l'installation, les autres souhaitent rester sur ce statut ayant des obligations plus ou moins personnelles. Exemple de conjoint militaire ayant des mutations régulières. Seuls 6% d'entre eux envisagent le salariat.

Ce type de contrat semble offrir un modèle d'exercice permettant d'inclure les déterminants de la vie privée sans les contraintes liées au remplacement.

La collaboration semble apparaitre comme une période intermédiaire permettant de tester une future installation.

Aucun n'envisage de retourner vers le remplacement.

En raison du faible effectif c'est avec toute prudence qu'il nous faut interpréter ces résultats.

7.2.6 Les maîtres de stages

Dans notre étude 100% des répondants ont réalisés des stages auprès des médecins généralistes. Le ressenti lors de ces stages est satisfaisant à très satisfaisant pour les 3 groupes.

Les stages chez les médecins généralistes ont un impact très important dans le choix de l'exercice libéral et on retrouve une proportion importante de remplaçants qui font le choix de retourner exercer auprès de leur ancien maître de stage(63%).

L'intérêt d'un stage en médecine générale dès le 2e cycle permettrait de faire une immersion beaucoup plus précoce dans le monde libéral. Une enquête en Bourgogne en 2010 a fait apparaître que seulement 37% des étudiants réalisaient ce stage(38).

7.2.7 L'environnement d'exercice

Les remplaçants vivent majoritairement en milieu urbain. On retrouve cette tendance au niveau des installés et des remplaçants mais il est intéressant de constater que plus d'un tiers des installés vivent en milieu rural.

Les installés effectuent environ une quinzaine de km (15,7 km) pour rejoindre leur travail, les collaborateurs font entre quinze et vingt kilomètres (17,8km) et les remplaçants parcourent environ une quarantaine de kilomètres (39,4km).

Cet écart important retrouvé chez les remplaçants nous permet de supposer qu'ils n'hésitent pas à réaliser une certaine distance pour trouver un exercice leur correspondant.

Les jeunes généralistes semblent un peu plus enclins à exercer plus loin de leurs lieux d'habitation que leurs ainés. Ainsi sur une enquête de médecins généralistes des Pays de la Loire on constatait que 70% des plus de 55 ans habitaient à moins de 5 min tandis que les jeunes généralistes sont plus entre 15 et 30 min. (38) Dans l'étude de Scheck 57% des médecins généralistes sont à moins de 10 min de leurs cabinets. (27)

Dans les 3 groupes, le travail du conjoint prend une place importante dans le choix du lieu d'habitation. Cet état de fait avait déjà été retrouvé auparavant et ne fait que confirmer l'importance du conjoint dans le choix du lieu d'habitation et dans le lieu d'exercice pour les collaborateurs et les installés.(38)

L'environnement dans lequel exerce majoritairement les installés et les collaborateurs est urbain puis vient ensuite le milieu semi rural et en dernier le milieu rural.

La notion subjective du terme rural, semi-rural et urbain a été laissée à l'appréciation des différents médecins interrogés, ces termes ont été préférés à la définition exacte de l'INSEE.

Il est à noter que cette donnée est très subjective et est associée à un affect très important (rural proximité). Dans cette étude nous avons eu l'exemple de deux médecins installés dans le même cabinet à la même période, alors qu'ils ont donné une appréciation différente, urbaine pour l'un et semi rural pour l'autre, pour leur lieux d'exercice.

Le délaissement des milieux ruraux est retrouvé régulièrement dans les études. La charge de travail y est considérée bien souvent comme trop lourde et l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle semble difficile à trouver; difficultés à se faire remplacer, à prendre des congés...(38)

Dans notre étude le milieu semi rural est sollicité par les remplaçants (60%), il arrive en première position avec toute la subjectivité que nous avons déjà détaillé plus haut de ce terme puis vient le milieu urbain (23%) et enfin le milieu rural (17%).

Dans d'autres études la plupart des remplaçants souhaitent aussi une installation dans une zone à dominante rurale trouvant que l'exercice y est plus diversifié. Alors qu'ils résident majoritairement dans des zones urbaines. Ils souhaiteraient concilier un mode de vie citadin avec un exercice plutôt rural.

Beaucoup d'études ont été réalisées sur la motivation déclarative des internes et des remplaçants. Qu'en est il vraiment de cette installation qui est parfois bien indépendante de l'installé lui-même?

7.2.8 Aides à l'installation

La grande majorité des installés n'ont pas bénéficié d'aides et de conseils dans le choix de leur installation. Les différentes aides apportées citées sont ; Carto-santé, Instal-santé, ARS, CDOM, les confrères et l'entourage.

Les aides financières ont assez peu d'effet sur l'installation, seul 6% en ont bénéficié. Les hommes installés en ont plus bénéficié que leurs homologues féminins.

Ces différentes aides ne répondent peut être pas aux besoins des jeunes femmes médecins dans notre région. D'autres études ont retrouvé aussi cet état de fait. Les jeunes installés en bénéficiant font exception entre 2,6%(40) et 5%(41); nous sommes même un petit peu au-dessus dans notre étude.

Ces aides sont jugées le plus souvent comme inadaptées et elles devraient pour avoir une action plus importante être proposées dans un panel d'aides à l'installation plus large.(42)

Peu de médecins ont participé à des séminaires sur la gestion du cabinet; existe-il un réel intérêt à ce type de séminaires ? Dans notre étude on retrouve des jeunes installés préférant déléguer au maximum les tâches non médicales.

Les collaborateurs ont rencontré plus de difficultés administratives au début de leurs exercices que les installés. Leur statut relativement récent peut sans doute expliquer cette différence.

Les remplaçants montrent une certaine appréhension face aux difficultés administratives qu'ils pensent rencontrer au moment de leur installation.

Chez 59% des remplaçants, l'ensemble des démarches administratives agit comme un frein à l'installation. Cet état de fait avait déjà été retrouvé dans d'autres études(38)

Seuls un quart (26%) des remplaçants trouvent que les mesures incitatives proposées par la région favoriseraient leur installation, 23% des remplaçants ne connaissent pas ces mesures et 51% les trouvent inadaptées. Chez nos jeunes installés seuls 6% ont bénéficié d'aides financières.

D'autres études avaient conclu que ces mesures surtout basées sur des aides financières semblaient ne pas correspondre aux réels besoins.(42)

Le souhait d'alléger les contraintes liées à la gestion du cabinet favoriserait l'installation. (38)

Dans notre étude 82% des remplaçants seraient incités à s'installer si les démarches liées à la gestion du cabinet étaient facilitées.

7.2.9 Exercez-vous en dehors de la collaboration?

Seuls 26%des collaborateurs exercent en dehors, avec des exercices très divers; maison de retraite, urgences de gardes 24h, université, salarié, SAMU, SMUR, médecins sans frontières.

Une fois entrée dans le monde libéral très peu veulent retourner vers le salariat.

7.2.10 Avez-vous souscrit une prévoyance?

Dans notre étude les installés et les collaborateurs ont souscrit très majoritairement une prévoyance. Chez les remplaçants, on retrouve ce constat dans une moindre mesure et les femmes remplaçantes souscrivent plus une prévoyance que leurs homologues masculins.

Le fait que la prévoyance soit majoritairement souscrite laisse supposer qu'il y a un réel besoin de sécurité « sociale ».

La féminisation du monde médical est sans doute responsable en partie de cet état. Le statut libéral étant un statut relativement précaire en cas de problème de santé (grossesse pathologique, maternité…), il semble raisonnable de souscrire une prévoyance assez tôt.

On retrouve cette notion dans la synthèse de la littérature sur les motivations et les freins de l'installation des médecins généralistes libéraux de 2011. Effectivement l'amélioration de la protection sociale arrive en deuxième position pour aider à l'installation. Il existe une différence flagrante entre l'activité salariée et libérale.(38)

Le terme de prévoyance avait déjà été utilisé dans une autre thèse sans être détaillé et il correspond aux indemnités journalières versées en cas d'incapacité de travail.(26)

7.3 Les biais et les défauts de notre étude

7.3.1 Les biais

7.3.1.1 Les biais de sélection

Dans notre étude nous avions beaucoup de remplaçants non thèsés (61%), nous avons comparé leurs profils pour savoir si ils étaient semblables.

Nous avons obtenu un très faible nombre de questions qui différaient entre les 2 groupes;

- Le nombre d'années avec le statut
- L'âge,
- Les enfants,
- L'activité antérieure
- Les propositions pour s'installer en libéral ou en salarié,
- L'ensemble des démarches administratives seraient-elles un frein à une installation?

Il nous paraissait important de garder les remplaçants non thèsés, ceux-ci représentent plus de la moitié des remplaçants selon les données du CDOM pour l'année 2014 dans la région Haute Normandie et ils sont relativement peu étudiés.

Les remplaçants non thèsés sont plus jeunes et sans enfant. Ils sont d'anciens internes n'ayant pas encore eu de proposition pour s'installer dans le salariat où en libéral, et ces derniers pensent que l'ensemble des démarches administratives seraient un frein à une installation future.

7.3.1.2 Biais d'omission ou de subjectivité

Un certain nombre de questions laissaient une estimation subjective auprès des individus répondants.

Exemple pour les termes semi ruraux, ruraux et urbain. Il nous semblait que ce découpage était plus explicite que celui de l'INSEE et ces termes approximatifs avaient déjà été utilisés dans d'autres études.(38)(18)

Devant la complexité des définitions de l'INSEE au niveau des espaces urbains et ruraux, nous avons laissé place à une grande subjectivité de nos répondants en ne donnant pas volontairement la définition exacte de ces termes.

- Définition espace urbain INSEE

L'espace urbain est l'ensemble, d'un seul tenant, de plusieurs aires urbaines et des communes multipolarisées qui s'y rattachent. Dans l'espace urbain multipolaire, les aires urbaines sont soit contiguës, soit reliées entre elles par des communes multipolarisées. Cet espace forme un ensemble connexe. Un espace urbain composé d'une seule aire urbaine est dit monopolaire. La France compte actuellement 96 espaces urbains. Cette définition n'est plus en vigueur dans le nouveau zonage en aires urbaines(octobre 2011).(43)

- Définition espace rural INSEE:

L'espace à dominante rurale, ou espace rural, regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées). Cet espace est très vaste, il représente 70% de la superficie totale et les deux tiers des communes de la France métropolitaine, Cette définition n'est plus en vigueur dans le nouveau zonage en aire urbaine(octobre 2011).(44)

- Définition aire urbaine INSEE:

Une aire urbaine ou « grande aire urbaine » est un ensemble de commune, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de plus de 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines (couronne périurbaine) dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi, travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.

Le zonage en aires urbaines 2010 distingue également :

- les « moyennes aires », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain (unité urbaine) de 5 000 à 10 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.
- les « petites aires », ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle (unité urbaine) de 1 500 à 5 000 emplois, et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci.(45)

Les questions déclaratives pour le nombre de consultations par jour et le nombre de vacances souffrent aussi de ce biais. Si le questionnaire avait été envoyé en période hivernale nous n'aurions peut être pas eu le même taux de participation ni les mêmes réponses.

7.3.1.3 **Biais de mesure**

Les questionnaires envoyés par mails ont permis un meilleur taux de participation ; pas d'erreur dans la saisie des réponses. Il est à noter qu'une partie des répondants n'ont pas réussi à aller sur le questionnaire en ligne en raison de problème de compatibilité de logiciels avec Google drive et des versions anciennes de Windows.

Les questionnaires papiers étaient parfois illisibles ou incomplets. Ils ont été écartés de l'étude c'est le cas de deux installés et de deux remplaçants.

En raison de la différence de support entre la version papier et informatique, les réponses obtenues ne sont peut-être pas tout à fait semblable.

7.3.1.4 **Biais d'analyse**

Tous les résultats ont été analysés de façon anonyme par un statisticien Vincent Guyader.

J'étais dans l'impossibilité du fait de l'anonymat de réaliser une relance avec d'autres moyens de communication auprès des médecins n'ayant pas répondu aux questionnaires. Mais il a sans doute contribué au taux de participation.

7.3.2 Défauts de l'étude

7.3.2.1 Choix de l'étude

Il nous semblait qu'une étude épidémiologique transversale descriptive et comparative nous permettrait le mieux de répondre à nos objectifs.

Il serait intéressant de réaliser ce type d'étude de façon prospective pour permettre d'avoir une meilleure description sur le devenir des jeunes médecins généralistes.

Elle pourrait permettre de mieux comprendre les différents évènements aboutissant à une installation en milieu libéral et les évènements ayant un impact sur le choix du moment de l'installation. Par exemple devant la féminisation massive de la profession, l'évaluation du moment où se dessine le projet de grossesse et son retentissement sur l'installation.

7.3.2.2 Construction du questionnaire

Nous avons préparé nos questionnaires à partir de questionnaires déjà réalisés dans la thèse de Decorde Augustin. (18)

Nous avons repris les questions qui nous semblaient les plus pertinentes, en nous intéressant particulièrement au statut des collaborateurs qui sont encore peu étudiés en raison de ce statut relativement récent.

Nous avons collaboré avec un médecin spécialiste en santé publique travaillant au sein de l'URPS et aguerri dans la méthodologie de recueils d'informations de questionnaires informatiques ou papiers.

Nous avons testé préalablement nos questionnaires et modifié les questions qui ne semblaient pas assez claires.

7.3.2.3 Difficultés de recrutement

Nous avons réussi à obtenir de l'aide pour le recrutement des installés et des collaborateurs de moins de 5 ans mais le recrutement des remplaçants a été particulièrement compliqué, les différents organismes nous ayant répondu négativement en nous citant les règles de confidentialité imposés par la CNIL.

Un certains nombres de thèses ont eu des facilités locales pour constituer leurs échantillons de population, en particulier des remplaçants.

Dans la thèse de Grégory Szwarc, les coordonnées des médecins remplaçants ont été obtenues par les trois conseils départementaux de l'Ordre des médecins de Basse Normandie. Son fichier comportait les noms des médecins remplaçants qui voulaient bien y figurer. Son autre source a été le fichier d'URBAN (Syndicat Union des Remplaçants de Basse Normandie).

Dans la thèse d'Augustin Decorde, le recueil des adresses des remplaçants a pu se faire auprès du CDOM de Haute Savoie qui diffuse les listes des remplaçants par le biais des sites internets des CDOM de l'Isère et de la Savoie. (18)

Dans la thèse de Clémence Terrier en Haute Normandie, le questionnaire a directement été envoyé aux remplaçants par les conseils de l'Ordre des départements de l'Eure et de la Seine-Maritime a leurs frais. (31)

7.3.2.3.1 Installés de moins de 5 ans et collaborateurs de moins de 5 ans

Lors de la méthode de recrutement pragmatique en essayant de contacter les cabinets médicaux de Haute Normandie, nous nous sommes rendus compte que peu de médecins correspondaient à notre population cible.

La difficulté d'entrer en relation avec eux, rendait cette méthode peu pertinente au vu du risque de perdu de vue lié au manque de confiance des médecins dans une conversation téléphonique et au barrage mise en place par les secrétariats.

Nous avons par la suite contacté le conseil de l'ordre de l'Eure et de la Seine-Maritime, l'URSSAF et, la CNAM de l'Eure et de la Seine-Maritime, afin de garantir l'exhaustivité de la population ciblée compte tenu du fait que la mise à jour des listes varie en fonction des différents organismes.

L'ensemble de ces organismes ont refusé de nous communiquer ces listes en nous citant les impératifs imposé par la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) et des données légales concernant la tenue du Tableau de l'Ordre des Médecins.

7.3.2.3.2 Remplaçants

Lors de la méthode pragmatique de recrutement très peu de médecins remplaçants ont pu être retrouvés pour les raisons cités dans le paragraphe précédent.

Ensuite lorsque nous avons contacté le Conseil de l'Ordre de l'Eure et de la Seine-Maritime, l'URSSAF et , la CNAM de l'Eure et de la Seine-Maritime, nous avons reçu à chaque fois une réponse négative de leur part en nous citant les impératifs imposés par la CNIL et les risques légaux qu'ils encouraient.

Nous avons contacté le syndicat REGIJHN afin de transmettre par le biais du président du REGIJHN, le questionnaire que nous avons élaboré aux remplaçants volontaires.

Nous avons utilisé des listes de mails de médecins sans savoir si il s'agissait de médecins installés de moins de 5 ans ou des remplaçants ou des collaborateurs afin de toucher un plus large panel de médecins. Ces listes de mails d'étudiants de la faculté de médecine de Rouen ont été récupérées lors des pré-choix de stage pour les années 2009, 2010 et 2011.

Nous avons également utilisé mon réseau de cinq amis exerçant dans diverses parties du territoire Haut Normand issus de la faculté de médecine de Rouen dont trois remplaçants, un collaborateur et un installé en libéral.

La constitution de l'échantillon des remplaçants avait déjà posé de réelles difficultés et il s'agit d'un des grands biais de notre étude. Ce problème avait déjà été rencontré dans d'autres thèses.(18) (26)

Nous avons par la suite obtenu du CDOM de Haute Normandie le nombre de remplaçants.

Les remplaçants non thèsés en 2014 était de 210. Il correspond aux demandes de licence de remplacement pour l'année 2014.

Le nombre global de remplaçants thèsés en médecine générale totale à la date du 27 janvier 2015 était de 128.

Il est difficile de connaitre le nombre exact ; une partie d'entre eux ont probablement soutenu leurs thèses et sont donc comptés deux fois…

Nous avons fait le choix de garder les médecins remplaçants non thèsés. En effet ces remplaçants sont plus nombreux que les remplaçants thèsés. Nous ne pouvions négliger leurs réponses.

Nous les avons au préalable comparés entre eux et peu de différences les séparaient.

7.3.2.4 **Taux de participation**

Le taux de participation au niveau des installés et des collaborateurs est de 60% (95/158), il reste satisfaisant au vu de la taille du questionnaire.

Le taux de participation pour les remplaçants est de 25,8%,(61/236). Ce taux assez faible est du en partie aux difficultés à obtenir des courriels valides et aux problèmes de compatibilité de logiciel avec Google Drive. En conséquence, il reste difficile à préciser, ne connaissant pas le nombre exact de remplaçants sur la période de l'étude.

7.3.2.5 **Représentativité de la population étudiée**

En raison des difficultés à constituer une liste exhaustive des remplaçants nous avons un groupe de remplaçants assez jeunes qui n'est pas forcément un échantillon représentatif de cette population.

Le nombre total de remplaçants pour l'année 2014 reste imprécis. Le CDOM nous a informé qu'il y avaient 210 licences de remplacements délivrées pour les médecins remplaçants non thèsés pour l'année 2014 et 128 remplaçants thèsés à la date du 04 mars 2015.

Dans le groupe des installés et des collaborateurs, même si nous avons eu un bon taux de participation, les personnes n'ayant pas répondu ont surement des profils bien différents de ceux ayant participés à l'étude et des conditions d'exercices autres.

Le manque de temps pour répondre aux questionnaires est souvent signalé par les médecins généralistes qui sont par ailleurs beaucoup sollicités pour les travaux de thèses.

L'exercice libéral permet d'avoir des conditions d'exercice particulièrement variés, les médecins n'ayant pas répondu ont peut-être des activités plus importantes ou des exercices mixtes.

7.4 Comment aller plus loin

7.4.1 La collaboration

En raison de son statut relativement récent elle est encore assez peu étudiée, elle offre une alternative intéressante à l'exercice en libéral, et elle est souvent sollicitée par les jeunes médecins.

Ce statut permet une plus grande flexibilité par rapport à celui des installés et il convient mieux à des jeunes qui ont des conjoint(e)s avec des postes à contraintes géographiques.

Ce statut apporte une vraie qualité de vie. Il permet le suivi des patients de manière épisodique dans le temps sans avoir les réelles contraintes d'une installation.

7.4.2 Mieux décrire le parcours des jeunes médecins généralistes dans leur cursus universitaire à leur début d'activité

Les sociologues décrivent un certain cheminement dans le choix de la médecine générale. Il serait intéressant de pouvoir suivre une cohorte d'externes puis d'internes en stage SASPAS et de les suivre jusqu'au début de leur activité et peut-être jusqu'à leur installation.

7.4.3 Association succession avec ancien de maître de stage

Il pourrait être intéressant de connaître par une étude qualitative, les médecins s'étant installés ou ayant fait une association avec leur ancien maître de stage.

Nous avons l'exemple d'installation de jeunes médecins avec leur ancien maître de stage proposant des avantages particuliers au niveau social.

7.4.4 Mieux identifier les médecins à exercice particulier

Il serait intéressant de tenter de mettre en œuvre des diagnostiques de territoires afin de mieux connaitre l'activité des médecins.

Un nombre non négligeable de médecins s'orientent vers des exercices particuliers (acupuncture, homéopathes ostéopathe…) et l'ampleur de ce phénomène est encore actuellement peu étudiée. Il en ressort une certaine difficulté à apprécier l'offre réelle de soins.

7.4.5 Profils des médecins généralistes salariés

Une étude sur le profil des médecins généralistes s'orientant vers le salariat serait intéressante. Le ressenti de ces médecins généralistes lors de leur formation et leurs semestres chez les maîtres de stage est-il bien différent de ceux qui s'orientent vers le libéral ?

Connaître leur mode d'exercice et les déterminants leur ayant fait faire le choix de la médecine salariée permettrait de mieux comprendre et d'anticiper la fuite observée vers le salariat.

7.5 Proposition pour l'avenir

7.5.1 Les maîtres de stage et le parcours de l'étudiant

Le rôle des maîtres de stage au cours de la formation des médecins est primordial. Dans de nombreuses études on observe que les anciens maîtres de stage restent des interlocuteurs de choix pour les jeunes praticiens. Bien souvent les premiers remplacements sont réalisés chez eux, et un nombre non négligeable d'associations sont réalisées dans les suites d'un stage.

Dans ce contexte il serait souhaitable qu'un stage dès le deuxième cycle soit proposé à l'ensemble des étudiants pour permettre de mieux appréhender cette profession. Parfois bien malmenés lors du cursus universitaire étant plutôt décrit comme une voie par dépit et non d'un réel choix.

7.5.2 Une base de données des installés et des remplaçants

Dès le début d'exercice une pratique conventionnée impose la réalisation de feuilles de soins électroniques ou papiers qu'il s'agisse d'un remplaçant ou d'un installé sauf médecins non conventionnés qui ne réalisent pas de feuille de soins.

Au moment de l'inscription on pourrait afficher une extension autorisant l'échange de données pour des travaux de recherche.

Dans notre région ne pourrait-on pas faire comme dans les Alpes, obtenir du Conseil de l'Ordre une transmission périodique des remplaçants et jeunes installés, avec une mise en commun nationale des données annuelles. Un tel fichier permettrait d'envisager des études prospectives sur les jeunes praticiens.

7.5.3 Une meilleure protection sociale de l'activité libérale incluant les problématiques de maternité

La féminisation massive du monde médical pose de nouvelles problématiques en termes de protection sociale des médecins généralistes libéraux. Des améliorations ont été faites mais beaucoup de chemin reste à parcourir.

L'attrait d'un certain nombre de jeunes médecins généralistes pour le salariat et en particulier des femmes semblent montrer une certaine défaillance du système libéral.

Ce n'est qu'à partir de 2006 que les congés maternités des femmes médecins se sont alignés à ceux des libéraux. Auparavant elles bénéficiaient de 60 jours d'arrêt consécutifs en cas de naissance simple où 90 jours en cas de naissance multiple ainsi qu'en cas d'état pathologique résultant de la grossesse.

Cependant malgré les améliorations effectuées, il est particulièrement difficile à une femme médecin installée, d'assumer les frais de cabinet même si elle est remplacée. Le montant des indemnités maternités étant identiques pour toutes les professionnelles de santé: les remplaçantes, les kinésithérapeutes, les infirmières libérales les orthophonistes...

Et si malheureusement la grossesse devient pathologique avec obligation d'arrêter le cabinet elle ne touche d'indemnités journalières qu'à partir du 91e jour d'arrêt par la CARMF. Il est possible de réduire ce délai à 15 jours si le médecin adhère à un régime complémentaire, MG France. (46)

Une amélioration de la protection sociale des femmes médecins enceintes aiderait sans doute plus facilement les jeunes générations de femmes médecins à se projeter dans le libéral.

7.5.4 Répartition géographique : une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de soins

Mieux comprendre comment exercent les médecins s'installant en libéral et mieux définir le mode d'exercice des remplaçants pourraient permettre une meilleure anticipation de leur répartition sur le territoire et plus précisément sur les bassins de vie.

Ainsi nous pourrions tenter d'apporter une réponse pour adapter au mieux l'offre de soins à la population…

C'est un des projets de la loi HPST datant de juin 2009

"Tout en respectant la liberté d'installation des professionnels libéraux, ce volet de la loi permet la réorganisation du système de soins en mettant en place un parcours de soins coordonné. Celui-ci se décline en 2 niveaux de recours : les soins de premier recours centrés autour du médecin généraliste qui assure l'orientation du patient et les soins de second recours, dispensés par les médecins spécialistes et les établissements de santé, voire dans des structures adaptées comme les centres hospitaliers universitaires (CHU)".(47)

7.5.5 Aller à la rencontre des étudiants; présenter les profils qui se dégagent et débattre sur les idées reçues sur les différents modes d'exercice

Le but est de faire tomber un certains nombre d'idées reçues sur le mode d'exercice en libéral en particulier sur la gestion du temps, la satisfaction du mode d'exercice… et d'orienter la réflexion des internes vers le libéral.

8 CONCLUSION

Le problème de démographie médicale que connait actuellement la France touche de nombreux pays de l'OCDE et différentes mesures sont testées pour endiguer ce phénomène.
Plusieurs pistes pour essayer de combler les déficits en professionnels de santé ont été citées, comme le recrutement de médecins à l'étranger, le retour en activité des retraités, l'augmentation du nombre de professionnels de santé à former et l'amélioration de leurs productivités. Un certain nombre d'entre elles ne peuvent perdurer dans le temps.

Les flux migratoires de professionnels de santé engendrent des difficultés d'accès aux soins dans les pays d'origines de ces soignants et ces flux augmentent des difficultés dans des pays parfois déjà instables. Une fois sur le territoire on connait assez peu leur devenir; s'intègrent-ils facilement et restent ils sur les postes de zones déficitaires pour lesquels ils sont recrutés ?

La reprise d'activité des médecins retraités ne peuvent être en soi une solution, même si une partie d'entre eux retournent bien volontiers auprès de leurs malades. Bien souvent ils partent tardivement à l'âge de la retraite, vers 65 ans (13)après avoir effectué de nombreuses années au service de la communauté et de leurs patients. Ils ont le droit de bénéficier de leurs retraites.

La régulation du numérus clausus au cours de ces dernières décennies n'a fait que majorer les problèmes de démographie. Dans les années 70 le numérus clausus était aux alentours de 8500, puis des années 80 et 90 il y a eu une diminution drastique évaluée aux environ de 4000. L'augmentation du nombre de professionnel de santé s'est faite progressivement depuis les années 2000 pour arriver aux nombres de 7000 en 2009 (48). Il y a eu une prise de conscience tardive des effets de cette régulation et les premiers résultats de l'augmentation devraient commencer à avoir un impact sur la démographie actuellement. Cependant il n'y a pas de corrélation entre le numerus clausus et la croissance de la population nationale, ni avec le vieillissement de celle-ci, ni avec sa consommation réelle de soins.

Par ailleurs sur la même période, le MICA a été mis en place (1988). Il permettait une cessation d'activité anticipée pour les médecins libéraux choisissant d'arrêter leur activité avant 65 ans. L'objectif initial de ce dispositif était de réduire l'offre de soins ambulatoires et de contribuer à maîtriser les dépenses de l'assurance maladie (49) raison du surplus estimé de professionnels de santé. Les derniers bénéficiaires du MICA ont pris leur retraite fin 2012. (50)

L'amélioration de la productivité des médecins passent par une organisation différente de celle par le passé avec une délégation plus importante des tâches non médicales, une planification des rendez-vous un regroupement des professionnels de santé.

Les nouvelles générations de médecins généralistes vont faire face à de nombreux défis pour concilier leurs souhaits personnels et les contraintes imposées par la pratique de la médecine générale. La conception de la médecine générale et le rapport aux soins de la population ont beaucoup évolué en quelques années. Les patients d'aujourd'hui ont une vision bien différente de leur santé et de leurs médecins qu'il y a vingt ou trente ans.

Le contexte est plutôt difficile pour les jeunes médecins s'orientant vers la médecine générale. Ils ont d'autres aspirations que celles de leurs ainés. Mieux connaitre leurs souhaits permettrait de mieux anticiper leur répartition sur le territoire et plus précisément à l'échelle des bassins de vie.

Car même si nous arrivons à un équilibre entre les entrées et les sorties des médecins vers 2020 il semblerait que l'exercice de la médecine générale entre les entrants et les sortants soit tout à fait différent.

La Haute Normandie fait partie des régions souffrant le plus de la baisse de la démographie médicale. Pourtant notre étude montre que des jeunes s'installent et se plaisent dans leur exercice. Notre hypothèse de travail était qu'il existait des différences dans la façon d'exercer entre les installés, les collaborateurs et les remplaçants.

Notre travail nous a permis d'avoir une idée plus précise de cette population et de sa façon de travailler.

Les points essentiels mis en valeur sont:

- Au niveau des aspects socio-démographique

Les installés et les collaborateurs ont une vie personnelle et professionnelle établie. Ils représentent les ainés des remplaçants. Ils sont le plus souvent mariés avec des enfants et propriétaire.

- Au niveau des modalités d'exercice

Dans notre étude les trois groupes réalisent environ le même nombre de consultations par jour, à savoir, entre vingt et trente. Les installés travaillent un nombre de jours plus important. Les remplaçants prennent un peu plus de vacances.

Les installés et les collaborateurs réalisent entre quinze et vingt kilomètres pour rejoindre leur travail. Les remplaçants n'hésitent pas à parcourir une quarantaine de kilomètres pour trouver un cabinet leur convenant. Le travail du conjoint prend une place importante dans le choix du lieu d'habitation et dans le lieu d'exercice.

Ils cherchent un confort de travail en sollicitant largement l'exercice de groupe et en déléguant facilement les taches non médicales. La majorité a un comptable et un secrétariat. La gestion du cabinet ne semble pas trop leur poser de difficultés.

Il est plutôt rassurant dans notre échantillon de trouver des jeunes médecins généralistes installés et collaborateurs satisfaits de leur mode d'exercice en libéral.

La façon d'exercer des remplaçants est aussi intéressante. 41% des remplaçants ont des jours fixes. La plupart (97%) travaillent régulièrement dans les mêmes cabinets et cette tendance est encore plus marquée chez les femmes. Cet exercice surtout pour ceux ayant des jours fixes ressemblent très fortement à une collaboration avec des médecins généralistes non thèsés.

- Au niveau de la féminisation: ses défis et ses enjeux

Les femmes installées travaillent moins de jours par semaine et réalisent un peu moins de consultations que leurs homologues masculins. Leurs consultations sont en général un peu plus longues. De plus on voit l'apparition d'un exercice de la médecine libérale à temps partiel qui n'existait quasiment pas auparavant.

Cependant on ne sait si cet exercice perdure dans le temps mais nous ne pouvons négliger l'impact de ces changements.

De plus on note qu'il existe une réelle défaillance en termes de couverture sociale au vu du nombre très important de prévoyance souscrite.

Cette nouvelle façon d'exercer va profondément modifier le paysage médical, le ratio Homme Femme étant pour l'instant encore en faveur des hommes. Il va s'agir d'un des plus grands défis de pouvoir donner une offre de soins de qualité à la population tout en conservant une qualité de vie aux médecins s'installant en ville.

C'est l'organisation complète de la façon d'exercer qui va devoir évoluer pour ne pas majorer les problèmes de démographie médicale que nous connaissons actuellement.

- Au niveau des choix déterminants à l'installation et à la collaboration

La majorité des installés et des collaborateurs sont d'anciens remplaçants Ils ont trouvé majoritairement leur lieu d'exercice soit par les remplacements soit par des anciens maîtres de stages.

Les aides financières ont assez peu d'effet sur l'installation, seul 6% en ont bénéficié.

- Au niveau des perspectives de carrière des remplaçants

Dans notre étude 90% des remplaçants ont déjà eu des propositions pour s'installer en libéral et 46% pour une activité salariée. Cependant 85%, semble désireux de s'installer.

Ceux qui n'envisagent pas l'installation à long terme souhaitent le plus souvent rester remplaçants (43,5%), ensuite on retrouve la collaboration (39%) et seuls 17,5% envisagent le salariat.

L'ensemble des démarches administratives agit comme un frein à l'installation. Les remplaçants seraient plus incités à s'installer si les démarches liées à la gestion du cabinet étaient facilitées.

L'ensemble de ces résultats semblent montrer qu'une fois passée l'expérience des premiers remplacements la recherche d'une installation en Haute Normandie n'est plus concurrencée par le salariat par la suite.

- Au niveau des perspectives de carrière des collaborateurs

Ce type de contrat semble offrir un modèle d'exercice permettant d'inclure les déterminants de la vie privée sans les contraintes liées au remplacement. Il permet de faire le suivi des patients dans le temps sans les obligations liées au cabinet.

La collaboration paraît adapter au mode de vie actuelle et à la flexibilité parfois obligée des médecins et de leurs conjoints. De plus on note qu'une partie des remplaçants non thèsés ont des exercices proches d'une collaboration.

- Au niveau des maîtres de stages

Les stages chez les médecins généralistes ont un impact très important dans le choix de l'exercice libéral et on retrouve une proportion importante de remplaçants qui font le choix de retourner exercer auprès de leur ancien maître de stage.

De plus une partie non négligeable des installés et des collaborateurs ont trouvé leur lieu d'exercice par le biais de leur ancien maître de stage.

Le recrutement des maîtres de stage et leur implication dans la formation des futurs médecins généralistes permettent de pérenniser l'exercice de la pratique en ville et de susciter des vocations dans des zones pas forcément attractives de prime abord. Il est à encourager.

Cette étude nous a permis de mettre en avant les nouveaux modes d'exercice des jeunes médecins généralistes en libéral. Dans les années à venir, il y aura nécessairement des modifications dans l'organisation du système de santé pour apporter une meilleure offre de soins à la population mais elle ne se fera que si les jeunes généralistes peuvent continuer à garder une qualité de vie.

Il est tout de même rassurant de trouver des médecins, exerçant en libéral, satisfaits de leur statut et de constater que par la suite très peu envisage un retour vers le salariat.

9 ANNEXES

9.1 Annexe 1

Thèse profil des médecins généralistes installés depuis 5 ans en Haute Normandie

Thèse réalisée par Maud Dachy

*Obligatoire

Aspect socio démographique

Sexe? *

- ◯ Masculin
- ◯ Féminin

Age? *

Localisation de la résidence personnelle? *

- ◯ urbain
- ◯ rural
- ◯ semi rural

Etes-vous propriétaire de votre résidence? *

- ◯ oui
- ◯ non

Quel est votre statut marital? *

- ◯ Célibataire
- ◯ Marié(e)
- ◯ Pacsé(e)
- ◯ Concubinage

Votre conjoint(e) a-t-il(elle) un travail qui nécessite de rester proche de votre lieu d'habitation?

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous des enfants?

- ◯ oui
- ◯ non

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse? *

Quel était votre activité antérieure? *

- [ ] remplaçant(e)
- [ ] collaborateur(collaboratrice)
- [ ] salarié(e)
- [ ] interne
- [ ] autre

Si vous étiez salarié(e) dans quel secteur?

Depuis combien d'années avez vous le statut de médecin génraliste installé(e)? *

Exercice professionnel

Choix de votre installation

Avez vous réalisé des stages auprès de médecins généralistes lors de votre formation? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si oui quel a été votre ressenti lors de ces stages?

sur une échelle de 1à 4 (1 pas satisfait du tout 4 très satisfait)

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4

Dans quel environnement êtes vous installé(e)? *

- ◯ urbain
- ◯ rural
- ◯ semi rural

Avez vous bénéficié d'aides et de conseils dans le choix de votre lieu d'installation? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si oui par quels organismes?

- [ ] cartosanté
- [ ] instal@santé
- [ ] ARS
- [ ] CDOM
- [ ] autres

Autres?

Comment avez vous trouvé votre lieu d'installation?

- [ ] remplacement
- [ ] ancien maître de stage
- [ ] annonce
- [ ] famille
- [ ] collaboration
- [ ] autres

autres?

Pour quel type d'installation? *

- [ ] Création
- [ ] Association
- [ ] Succession
- [ ] autres

autres?

Avez vous bénéficié d'aides financières pour votre installation? *

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous participé à des séminaires sur la gestion de cabinets médicaux avant votre installation?

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous rencontré des difficultés administratives au moment de votre installation? *

- ◯ oui
- ◯ non

Rencontrez vous des difficultés au niveau de la gestion du cabinet?

- ◯ oui
- ◯ non

Modalités d'exercice

Combien de consultations en moyenne réalisez vous par jour? *

Combien de semaines de vacances en moyenne prenez vous par an ? *

Combien de jours par semaine travaillez vous?

Exercez vous en groupe ? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si vous exercez en groupe combien êtes vous?

Etes vous informatisé(e)?

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous un secrétariat sur place ou à distance? *

- ◯ oui
- ◯ non

Etes vous proche d'un plateau technique? *

(scanner IRM service urgences à moins de 10 km)

- ◯ oui
- ◯ non

A combien de km de votre lieu d'habitation exercez vous?

Etes vous conseillé facilement pour les démarches administratives lorsque vous rencontrez des difficultés? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si oui avec quels organismes ces démarches sont facilitées?

- ☐ URSSAF
- ☐ CARMF
- ☐ PREVOYANCE
- ☐ AGA
- ☐ CPAM
- ☐ CDOM
- ☐ Autres

Si autres lesquels?

Avez vous souscrit à une prévoyance? *

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous un comptable ? *

- ◯ oui
- ◯ non

Est ce que vous êtes satisfait de votre mode d'exercice? *

sur une échelle de 1à 4 (1 pas satisfait du tout, 4 très satisfait)

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Signaler un cas d'utilisation abusive - Conditions d'utilisation - Clauses additionnelles

9.2 **Annexe 2**

Thèse profil des médecins généralistes remplaçants en Haute Normandie

Thèse réalisée par Maud Dachy

*Obligatoire

Aspect socio démographique

Sexe? *

- ◯ Masculin
- ◯ Féminin

Age? *

Localisation résidence personnelle? *

- ◯ urbain
- ◯ rural
- ◯ semi rural

Etes-vous propriétaire de votre résidence? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Quel statut marital avez vous? *

- ◯ Célibataire
- ◯ Marié(e)
- ◯ Pacsé(e)
- ◯ Concubinage

Votre conjoint(e) a-t-il (elle) un travail qui nécessite de rester proche de son lieu d'habitation?

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous des enfants? *

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous soutenu votre thèse? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si oui en quelle année avez vous soutenu votre thèse?

Quelle était votre activité antérieure? *

- ◯ Installé(e)
- ◯ Collaborateur (collaboratrice)
- ◯ Salarié(e)
- ◯ Interne
- ◯ Autre

Si vous étiez salarié(e) dans quel secteur?

Depuis combien d'années avez vous le statut de médecin généraliste remplaçant? *

Exercice Professionnel

Choix du remplacement

Comment trouvez vous vos remplacements? *

- ☐ ancien maître de stage
- ☐ internet
- ☐ connaissance
- ☐ autres

Si autres?

Privilégiez vous les cabinets avec une forte activitée? *

(plus de 30 consultations)

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous des jours fixes de remplacements dans certains cabinets? *

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous soutenu votre thèse? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si oui en quelle année avez vous soutenu votre thèse?

Quelle était votre activité antérieure? *

- ◯ Installé(e)
- ◯ Collaborateur (collaboratrice)
- ◯ Salarié(e)
- ◯ Interne
- ◯ Autre

Si vous étiez salarié(e) dans quel secteur?

Depuis combien d'année avez vous le statut de médecin généraliste remplaçant? *

Exercice Professionnel

Choix du remplacement

Comment trouvez vous vos remplacements? *

- ☐ ancien maître de stage
- ☐ internet
- ☐ connaissance
- ☐ autres

Si autres?

Privilégiez vous les cabinets avec une forte activitée? *

(plus de 30 consultations)

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous des jours fixes de remplacements dans certains cabinets? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si oui avec quels organismes ces démarches sont facilitées?

- ☐ URSSAF
- ☐ CARMF
- ☐ PREVOYANCE
- ☐ AGA
- ☐ CPAM
- ☐ CDOM
- ☐ Autres

Si Autres?

A combien de km maximum de votre lieu d'habitation remplacez vous? *

Avez vous souscrit une prévoyance? *

- ◯ oui
- ◯ non

Est ce que vous êtes satisfait de votre statut de médecin remplaçant? *

sur une échelle de 1 à 4 (pas satisfait du tout 4 très satisfait)

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4

L'évolution de votre carrière

Avez vous réalisé des stages auprès de médecins généralistes lors de votre formation ? *

- ◯ oui
- ◯ non

Quel a été votre ressenti lors de ces stages?

sur une échelle de 1 à 4 (1 pas satisfait du tout 4 très satisfait)

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4

Avez vous déjà eu des propositions pour vous installer en libéral? *

- ◯ oui
- ◯ non

Avez vous déjà eu des propositions pour une activité de salarié(e)? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si oui dans quel secteur seriez vous salarié(e)?

Envisagez vous de vous installer? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si oui dans quels types de structure?

- ☐ Création
- ☐ Association
- ☐ Succession
- ☐ Autres

Autres?

Si oui pour quels types d'activités?

- ◯ en groupe
- ◯ seul

Si oui dans quel environnement?

- ◯ urbain
- ◯ rural
- ◯ semi rural

Est ce que l'ensemble des démarches administratives serait un frein pour une installation future?

- ◯ oui
- ◯ non

Est ce que les mesures incitatives proposées par la région favoriseraient votre installation?

- ◯ oui
- ◯ non
- ◯ mesures non connues

Si oui dans quel environnement?

- ◯ urbain
- ◯ rural
- ◯ semi rural

Est ce que l'ensemble des démarches administratives serait un frein pour une installation future?

- ◯ oui
- ◯ non

Est ce que les mesures incitatives proposées par la région favoriseraient votre installation?

- ◯ oui
- ◯ non
- ◯ mesures non connues

Si vous n'envisagez pas de vous installer à long terme quels types d'activités envisagez vous?

- ◯ rester remplaçant(e)
- ◯ devenir collaborateur(collaboratrice)
- ◯ salarié(e)
- ◯ autres

Autres

Seriez vous incité à vous installer si les démarches liées à la gestion de cabinet étaient facilités?

- ◯ oui
- ◯ non

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

Fourni par Google Forms

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.
Signaler un cas d'utilisation abusive - Conditions d'utilisation - Clauses additionnelles

9.3 Annexe

Thèse profil des médecins généralistes collaborateurs en Haute Normandie

réalisée par Maud Dachy

*Obligatoire

Aspect socio démographique

Sexe? *

- ◯ Masculin
- ◯ Feminin

Age? *

Localisation résidence personnelle? *

- ◯ urbain
- ◯ rural
- ◯ semi rural

Etes vous propriétaire de votre résidence? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Quel est votre statut marital? *

- ◯ Célibataire
- ◯ Marié(e)
- ◯ Pacsé(e)
- ◯ Concubinage

Votre conjoint(e) a-t-il(elle) un travail qui nécessite de rester proche d'une ville importante?

ville avec infrastructure type gare transport en commun mode de garde facilité

- ◯ Oui
- ◯ Non

Avez vous des enfant(s)? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse? *

Quel était votre activité antérieure? *

- ◯ remplaçant(e)
- ◯ installé(e)
- ◯ salarié(e)
- ◯ interne
- ◯ autre

Depuis combien d'années avez-vous le statut de médecin généraliste collaborateur? *

Exercice professionnel

Choix de votre collaboration

Avez-vous réalisé des stages auprès de médecins généralistes lors de votre formation? *

- ◯ Oui
- ◯ Non

Quel a été votre ressenti lors de ces stages?

sur une échelle de 1 à 4 (1 pas satisfait du tout 4 très satisfait)

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4

Dans quel environnement travaillez-vous? *

- ◯ urbain
- ◯ rural
- ◯ semi rural

Comment avez vous trouvé votre lieu de collaboration? *

- ☐ remplacement
- ☐ ancien maître de stage
- ☐ annonce
- ☐ famille
- ☐ autres

Si autres?

Rencontrez-vous des difficultés administratives lors de votre exercice? *

- ◯ oui
- ◯ non

Rencontrez vous des difficultés au niveau de la gestion de cabinet? *

- ◯ oui
- ◯ non

Modalité d'exercice

Combien de consultation en moyenne réalisez-vous par jour? *

Combien de semaines de vacances en moyenne prenez vous par an? *

Combien de jours par semaines travaillez vous? *

Exercez vous en groupe? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si vous exercez en groupe combien êtes vous?

Etes vous informatisé(e)? *

- ◯ oui
- ◯ non

Etes-vous proche d'un plateau technique? *

(scanner IRM service urgences à moins de 10 km)

- ◯ oui
- ◯ non

A combien de km de votre lieu d'habitation exercez-vous? *

Etes vous conseillé(e) facilement pour les démarches administratives lorsque vous rencontrez des difficultés? *

- ◯ oui
- ◯ non

Si oui avec quels organismes ces démarches sont facilitées?

- ☐ URSSAF
- ☐ CARMF
- ☐ PREVOYANCE
- ☐ AGA
- ☐ CPAM
- ☐ CDOM
- ☐ Autres

Si autres lesquels?

Est ce que vous avez souscrit à une prévoyance? *

- ◯ oui
- ◯ non

Avez-vous un comptable? *

- ◯ oui
- ◯ non

Est ce que vous êtes satisfait de votre mode d'exercice? *

Sur une échelle de 1 à 4 (1 pas satisfait du tout, 4 très satisfait)

- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ 4

Exercez-vous en dehors de votre collaboration? *

- ◯ oui
- ◯ non

si oui quels types d'exercices?

- ◯ remplacement
- ◯ PMI
- ◯ Maison de retraite
- ◯ autres

si autres?

Comment envisagez vous votre pratique future? *

- ☐ installation
- ☐ remplacement
- ☐ salarié
- ☐ autres

Autres?

Envoyer

N'envoyez jamais de mots de passe via Google Forms.

10 BIBLIOGRAPHIE

1. Marc-André Fournier. M.Sc.. André-Pierre Contandriopoulos. Ph.D.. Charles Patrick Diene. B.Sc.. Louise-Hélène Trottier. Ph.D. Mesures d'attraction et de rétention des médecins en région éloignée : politique adoptées dans les provinces canadiennes et dans certains pays et leçons à en tirer [Internet]. [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R04-08.pdf

2. OMS | Systèmes de santé [Internet]. [cited 2015 Apr 9]. Available from: http://www.who.int/healthsystems/fr/

3. Rapport pour améliorer la démographie médicale (ISNIH) [Internet]. [cited 2015 Apr 9]. Available from: http://fr.slideshare.net/Atlantico_fr/doc-reli-n

4. Les flux internationaux de personnel de santé. une illustration des inégalités de développement — Géoconfluences [Internet]. [cited 2015 Apr 9]. Available from: http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteScient3.htm

5. Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE - Livres - OECD iLibrary [Internet]. [cited 2015 Apr 9]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/les-personnels-de-sante-dans-les-pays-de-l-ocde_9789264050792-fr

6. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes - Cairn.info [Internet]. [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2007-1-page-19.htm

7. RPPS Médecins - Synthèse des effectifs au 1er janvier 2014 - rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_janvier_2014.pdf [Internet]. [cited 2015 Mar 19]. Available from: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rpps_medecins_-_synthese_des_effectifs_au_1er_janvier_2014.pdf

8. Microsoft Word - Atlas de la Démographie Médicale 2014 - atlas_2014.pdf [Internet]. [cited 2015 Mar 19]. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

9. haute-normandie_2013.pdf [Internet]. [cited 2015 Mar 19]. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/haute-normandie_2013.pdf

10. Insee - Définitions et méthodes - Bassin de vie [Internet]. [cited 2015 Mar 19]. Available from: http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/bassin-de-vie.htm

11. M.A Bousquet J Chouilly O. Kandel. Manuel théorique de médecine générale 41 concepts nécessaire à l'exercice de la discipline. SFMG;

12. Microsoft Word - European definition_F.doc - WONCA definition French version.pdf [Internet]. 2002 [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

13. Microsoft Word - Atlas de la Démographie Médicale 2014 - atlas_2014.pdf [Internet]. [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

14. fhfremunerationmedecin.pdf [Internet]. [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://ph-parinteret.com/files/fhfremunerationmedecin.pdf

15. Le remplacement [Internet]. [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/mode-d-exercice/le-remplacement

16. Remplacements | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/remplacements-1235

17. Le collaborateur libéral [Internet]. [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/mode-d-exercice/le-collaborateur-liberal

18. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale Analyse croisée des Médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord Alpins [thèse]. Grenoble 2012;

19. Définition > Boîte à moustaches - Boxplot [Internet]. [cited 2015 Mar 27]. Available from: http://www.futura-sciences.com/magazines/mathematiques/infos/dico/d/mathematiques-boite-moustaches-9452/

20. Motivation for career choice and job satisfaction of GP trainees ...: ingentaconnect [Internet]. [cited 2015 May 21]. Available from: http://www.ingentaconnect.com/content/rmp/epc/2014/00000025/00000004/art00005

21. Les emplois du temps des médecins généralistes - er797-2.pdf [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf

22. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cited 2015 Mar 12]. Available from: http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et-regionales.4230.html

23. Bloy G Scheweyer FX. Singuliers généralistes Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP. 2010.

24. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale [thèse]. Nantes; 2012.

25. Szwarc G. Les nouvelles générations de médecins généralistes: profils et perspectives: de l'expérience d'URBAN. première association de remplaçants [thèse]. [2007]: Caen;

26. Scheck E. Etat des lieux des soins de premiers recours à l'échelle d'un territoire en vue d'améliorer sa lisibilité: profil des médecins généralistes installés [thèse]. Lyon Est; 2014.

27. Les missions des URPS [Internet]. [cited 2015 May 20]. Available from: http://urps-medecins-hn.org/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=67

28. Revillion M. Ils se sont installés en Haute Normandie Comment et pourquoi? URPS; 2014.

29. Lerouge M. Le choix de l'exercice professionel en médecine générale les souhaits des internes Rouennais en 2012 [Thèse]. Rouen; 2012.

30. Terrier C. Médecins généralistes remplaçants en Haute Normandie: Profil. projet professionnel et intérêt pour les zones rurales [Thèse]. Rouen; 2013.

31. C.Debaeker. Organisation des soins primaires Analyse de l'offre de soins primaires sur le territoire d'Agglomération Seine-Eure. [Rouen]; 2014.

32. Salmon JL. Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est. [thèse]. Reims; 2009.

33. Galand E. Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant? Methode focus groupe et entretiens semi directifs [Thèse]. [Nantes]; 2012.

34. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles - Qes144.pdf [Internet]. [cited 2015 Mar 23]. Available from: http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf

35. La situation professionnelle des conjoints de médecins - er430.pdf [Internet]. [cited 2015 Mar 24]. Available from: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er430.pdf

36. Microsoft Word - 20110113 - CR DEBAT INTEGRAL - Corrigé - debat jeunes médecins.pdf [Internet]. [cited 2015 Feb 24]. Available from: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/debat%20jeunes%20m%c3%a9decins.pdf

37. Observatoire régional de la santé Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux synthèse de la littérature. 2011;

38. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009 - Qes157.pdf [Internet]. [cited 2015 Mar 23]. Available from: http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf

39. Rampont F. Le remplacement de médecine générale : état des lieux dans le Bas-Rhin en 2003 [thèse]. [Strasbourg]; 2006.

40. Le Pape E. Remplacement ou installationen médecine générale: les raisons du choix [Thèse]. [Paris XI]; 2008.

41. 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. Paris; 2006.

42. Dang Ha Doan B. Les jeunes médecins et l'installation en pratique libérale. 2000 juillet-décembre;252–345..

43. Insee - Définitions et méthodes - Espace urbain [Internet]. [cited 2015 Mar 19]. Available from: http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-urbain.htm

44. Insee - Définitions et méthodes - Espace rural [Internet]. [cited 2015 Mar 19]. Available from: http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-rural.htm

45. Insee - Définitions et méthodes - Aire urbaine [Internet]. [cited 2015 Mar 19]. Available from: http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/aire-urbaine.htm

46. Congés maternité [Internet]. [cited 2015 Apr 21]. Available from: http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/la-protection-sociale/la-maternite/conges-maternite

47. Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf [Internet]. [cited 2015 Apr 21]. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf

48. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. [cited 2015 May 15]. Available from: http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm

49. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 [Internet]. [cited 2015 May 15]. Available from: http://www.senat.fr/rap/a02-053/a02-05311.html

50. untitled - la-carmf-en-2014-web.pdf [Internet]. [cited 2015 May 21]. Available from: http://www.carmf.fr/doc/documents/la_carmf/la-carmf-en-2014-web.pdf

11 RESUME

Contexte. A l'image de nombreux pays, la répartition des professionnels de santé sur le territoire français ainsi que l'organisation globale des soins de premiers recours posent de réelles difficultés.

L'installation des jeunes générations de médecins généralistes est souvent mise en avant pour expliquer en partie ce problème. Mais assez peu de travaux ont cherché à étudier comment ces nouveaux médecins exerçaient.

Objectifs. Dans ce contexte nous avons voulu comparer les conditions d'exercice en Haute Normandie des jeunes médecins généralistes installés et collaborateurs de moins de 5 ans à celles des remplaçants. Dans un deuxième temps nous avons comparé les conditions d'exercice entre hommes et femmes.

Méthode. Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale comparative dans ces 3 groupes entre février 2014 et juin 2014.

Résultats. 158 médecins ont été inclus : 80 installés, 15 collaborateurs et 61 remplaçants.

Les 3 groupes réalisent le même nombre de consultations par jour, soit entre 20 et 30. Les installés travaillent 4,16 jours/semaine et les collaborateurs 3,4 jours/semaine. Ils délèguent au maximum les tâches non médicales. Les installés et les collaborateurs sont à une quinzaine de kilomètres de leurs lieux d'exercice contre une quarantaine de kilomètres pour les remplaçants. Les remplaçants prennent 8,7 semaines de vacances par an alors que les installés 6,7 semaines/an et les collaborateurs 5,7 semaines/an.

Ils sont satisfaits de leur exercice.

Les hommes installés réalisent plus de consultations par jour et travaillent un nombre de jours plus important par semaine que leurs homologues féminins.

Discussion /Conclusion. Cette étude nous a permis d'avoir une idée sur l'exercice des jeunes médecins généralistes travaillant en libéral et sur l'impact de la féminisation. Dans les années à venir il y aura nécessairement des modifications dans l'organisation du système de santé, les entrants n'exerçant pas tout à fait de la même façon que les sortants.