



Parcours d'installation de jeunes médecins généralistes primo-installés dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016 : rapport d'expériences et conseils aux futures générations

Alexia Setien

► To cite this version:

Alexia Setien. Parcours d'installation de jeunes médecins généralistes primo-installés dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016 : rapport d'expériences et conseils aux futures générations. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01402344

HAL Id: dumas-01402344

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01402344>

Submitted on 24 Nov 2016

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

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

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Parcours d'installation de jeunes médecins généralistes
primo-installés dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016 :
rapport d'expériences et conseils aux futures générations.

THESE

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Soutenue le 08 septembre 2016

Par

Alexia SETIEN

Née le 25 mai 1988

Membres du jury :

Président : Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier GUERIN

Monsieur le Professeur Thierry PICHE

Monsieur le Professeur Pascal STACCINI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alain GANASSI



UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er septembre 2015** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
Professeurs Honoraires	M. LALANNE Claude-Michel M. LAMBERT Jean-Claude M. LAZDUNSKI Michel M. LEFEBVRE Jean-Claude M. LE BAS Pierre M. LE FICHOUX Yves Mme LEBRETON Elisabeth M. LOUBIERE Robert M. MARIANI Roger M. MASSEYEFF René M. MATTEI Mathieu M. MOUIEL Jean Mme MYQUEL Martine M. OLLIER Amédée M. ORTONNE Jean-Paul M. SAUTRON Jean Baptiste M. SCHNEIDER Maurice M. SERRES Jean-Jacques M. TOUBOL Jacques M. TRAN Dinh Khiem M VAN OBBERGHEN Emmanuel M. ZIEGLER Gérard
M. BALAS Daniel	
M. BATT Michel	
M. BLAIVE Bruno	
M. BOQUET Patrice	
M. BOURGEON André	
M. BOUTTÉ Patrick	
M. BRUNETON Jean-Noël	
Mme BUSSIERE Françoise	
M. CAMOUS Jean-Pierre	
M. CHATEL Marcel	
M. COUSSEMENT Alain	
M. DARCOURT Guy	
M. DELLAMONICA Pierre	
M. DELMONT Jean	
M. DEMARD François	
M. DOLISI Claude	
M. FRANCO Alain	
M. FREYCHET Pierre	
M. GÉRARD Jean-Pierre	
M. GILLET Jean-Yves	
M. GRELLIER Patrick	
M. HARTER Michel	
M. INGLESAKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE (suite)

M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
----	-------------------	-------------------

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
Mme	ROSE Patricia	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale(48.03)
M	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M	COYNE John	Anatomie et Cytologie (42.03)
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	PACZESNY Sophie	Hématologie (47.01)
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
M.	DARMON David	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M	BROCKER Patrice	Médecine Interne
M	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Aux membres du Jury :

A Monsieur le Professeur Philippe Hofliger,

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Votre présence était pour moi indispensable afin de soumettre les résultats de cette étude à votre jugement aguerri en tant que médecin généraliste libéral mais également directeur du département d'enseignement et de recherche de médecine générale de la faculté de Nice.

A Monsieur le Professeur Olivier Guérin,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de contribuer à la réalisation de cette étude réalisée dans les Alpes-Maritimes où vous faites preuve chaque jour de votre engagement professionnel et citoyen notamment avec votre participation au conseil municipal de Nice en tant que délégué à la santé.

A Monsieur le Professeur Thierry Piche,

Merci d'avoir accepté cette invitation et ainsi de participer à la fin de mon cursus après avoir contribué à mon début d'internat en m'accueillant dans votre service et en me prodiguant de précieux conseils.

A Monsieur le Professeur Pascal Staccini,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, cette thèse sur le thème de l'installation des jeunes médecins n'aurait pu aboutir sans le jugement expérimenté d'un professeur de santé publique et ce d'autant plus qu'en tant que professeur à la faculté de Nice, vous nous avez appris les bases de la recherche et de la rédaction scientifique.

A Monsieur le Docteur Alain Ganassi,

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse, de m'avoir apporté tes conseils et ton expérience. En tant que maître de stage, tu m'as fait découvrir et aimer la médecine générale à travers ton enseignement mais surtout par ta façon d'exploiter toutes les facettes de la médecine pour en faire un exercice varié et passionnant.

A ma famille et mes amis :

A mes parents, merci pour votre amour inconditionnel et votre soutien sans faille depuis toujours et dans tous les domaines, si nous sommes ici ce soir, c'est grâce à vous. Je vous aime fort.

A mes grands-parents, pour être auprès de moi malgré la distance, pour tous ces moments sur le Bassin, les soirées à compter les étoiles et les avions, le nombre incalculable d'entrecôtes englouties, pour notre rituel de cartes postales qui m'a permis de tenir de cap pendant la P1 et qui continu maintenant à chacun de mes voyages... Pour tous ces souvenirs, tant d'autres et pour les futurs à venir : MERCI, je vous aime fort.

Cette thèse, à défaut d'être imprégnée de l'encre de l'imprimerie Castera, je vous la dédie.

A Vivi, Patrick et Maxou merci pour votre soutien et votre présence au fil des années malgré la distance, pour les innombrables balades en mer, les kilos de coquillages pêchés et les profiteroles ingurgitées, pour tous ces merveilleux moments passés en famille.

A Nelson, mon Amour, merci de faire partie de ma vie, de la rendre plus belle et plus heureuse chaque jour. Les mots ne sont pas assez forts pour exprimer ce que mon cœur ressent... Grace à toi j'ai confiance en l'avenir. Je t'Aime.

A Laëtitia, ma sœur de cœur, ma FDM, merci d'être toujours là depuis vingt ans maintenant, dans les bons comme dans les moins bons moments. Avec toi je sais ce qu'est l'Amitié : ce lien unique que la distance et le temps ne peut rompre.

A mon trinôme infernal : Alicia et David. En dix ans, on est passé par des moments difficiles, stress, doutes, remises en question, peines mais aussi et surtout réussites, bonheurs, fiestas, voyages au bout du monde... Si l'internat nous a éloigné c'est pour mieux nous retrouver désormais !

A mes amis, pour égayer mon quotidien, pour votre soutien dans les périodes de doutes, pour tous les moments inoubliables passés ensemble.

Un merci spécial à Fanny pour tes conseils précieux et le temps passé sans compter sur cette thèse !

Aux formidables personnes rencontrées au fil des stages dans les services de :

- Gastro-hépto-entérologie de l'Archet à Nice des Pr Hébuterne et Pr Piche
- Urgences à Grasse du Dr Louis
- Gynécologie à Cannes du Dr Toullalan
- Cardiologie à Cannes du Dr Tibi
- Endocrino-Rhumatologie à Cannes du Dr Bolla

A mes supers co-internes : Marie, Thibaud, Christelle, Arthur, Vincent, Perrine, Gregory.

Au Docteur Richard Galy, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir poussé à avoir confiance en moi dès le début de mon stage chez le praticien puis de m'avoir confié ta patientèle en remplacement dès la fin de mon internat.

Au Docteur Norbert Ozouf, pour ta bonne humeur, tes conseils et pour m'avoir accueilli au cabinet médical.

A Valérie et Murielle pour votre humeur enjouée et votre soutien quotidien, c'est un plaisir de travailler avec vous.

Au Docteur Pierre Thibaud, pour m'avoir fait confiance et confié votre patientèle régulièrement cette année.

A toute l'équipe de la clinique Plein Ciel pour votre bonne humeur et votre esprit d'équipe.

Au Docteur Christophe Perrin, pneumologue à l'hôpital de Cannes, pour m'accorder votre confiance et l'occasion de poursuivre ma formation dans votre service. En espérant être à la hauteur de cette nouvelle aventure.

Et bien entendu merci à tous ces jeunes médecins fraîchement installés qui ont accepté de témoigner et de permettre à cette étude d'exister.

Abréviations

CARMF : caisse autonome de retraite des médecins de France

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CREDES : centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

DES : diplôme d'études spécialisées

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

INPES : institut national de la prévention et de l'éducation à la santé

ISNAR-IMG : inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

IRDES : institut de recherche et documentation en économie de santé

ORS : observatoire régional de santé

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SNEMG : syndicat national des enseignants en médecine générale

URML : union régionale des médecins libéraux

URPS : union régionale des professionnels de santé

URSSAF : unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

Sommaire

Introduction

I. Les constats	1
II. Les projections futures	1
III. Les mesures gouvernementales.....	1
IV. Les freins à l'installation	3

Matériel et méthode

I. Choix de la méthode :	5
II. Sélection de l'échantillon :	6
III. L'entretien	7
VI. L'évaluation.....	8

Résultats

I. Résultats quantitatifs	9
II. Résultats qualitatifs.....	13
A. Parcours post-internat.....	13
B. Apport des remplacements	16
C. Facteurs incitant à l'installation	18
D. Le parcours administratif d'installation.....	20
E. Critères de choix du cabinet	26
F. Retours sur la formation reçue	30
G. Si c'était à refaire ?.....	34
H. Conseils aux futures générations	35
I. Pistes pour inciter les jeunes médecins généralistes à l'installation	39

Discussion

I. Notre étude	42
A. Ses forces.....	42
B. Ses faiblesses	43
II. Confrontation des principaux résultats aux autres publications	44
A. Féminisation de la profession	44
B. L'âge d'installation a tendance à se réduire	44
C. Les remplacements : une transition importante avant l'installation	45

D.	Une nouvelle médecine : centrée sur l'épanouissement personnel.....	45
E.	Des démarches administratives chronophages mais simples	48
F.	Un manque de formation pratique à l'activité libérale.....	52
G.	Un projet qui en vaut la peine	52
III.	Pistes pour le futur	53
A.	Valorisation de la médecine générale	53
B.	Développement des stages ambulatoires	53
C.	Cours de gestion et comptabilité	54
D.	Amélioration de la diffusion des informations	55
E.	Soutien de l'état pour inciter à l'installation	56
F.	Allègement des formalités administratives	57
Conclusion.....		58
Bibliographie.....		59
Annexe 1 : Tableau des caractéristiques de l'échantillon.....		63
Annexe 2 : Canevas d'entretien.....		64
Annexe 3: Consentement.....		65
Serment d'hippocrate.....		66
Résumé.....		67

Première partie : Introduction

I. Les constats

Le monde médical est en pleine évolution et la démographie médicale est au centre des débats de santé publique. En effet, le territoire se vide de ses médecins, pourtant, avec 281087 médecins inscrits au tableau de l'Ordre en 2014, la France n'a jamais compté autant de médecins.¹

La région PACA se positionne au troisième rang des régions qui enregistrent les plus fortes baisses de densité médicale. Elle est passée de 126,6 à 106 médecins généralistes pour 100000 habitants de 2007 à 2015 (variation de -15.6%).²

Cette pénurie s'explique par le fait qu'il y est moins d'entrées (nouveaux installés) que de sorties (départs à la retraite, décès), de plus, tous les postes du territoire ne sont pas pourvus.³

Chaque année, 25% des médecins diplômés d'une faculté française décident de ne pas s'inscrire à l'Ordre pour exercer d'autres professions, dans le journalisme ou l'administration par exemple, au détriment du soin.¹ En région PACA en 2015, lors de la première inscription à l'Ordre des médecins, 23,1% des jeunes médecins ont fait le choix d'un exercice libéral ou mixte, tandis que 56,5% ont privilégié d'exercer en secteur salarié.²

II. Les projections futures

Les jeunes générations abandonnent-elles définitivement l'exercice libéral ? S'il est vrai que lors de leur première inscription à l'Ordre, ces jeunes médecins délaissent l'exercice libéral, des données encourageantes montrent que cinq ans plus tard, 40 à 45% se réorientent vers une installation libérale^{1,2}.

Les projections des effectifs de médecins à l'horizon 2030 permettent de dessiner les évolutions futures de la population médicale : le nombre de médecins actifs et la densité médicale se réduirait jusqu'en 2020.⁴

III. Les mesures gouvernementales

Pour tenter d'enrayer cette crise démographique, des mesures gouvernementales ont été prises au cours de la dernière décennie :

A. Augmentation du numérus clausus :

Le nombre de places en deuxième année de premier cycle est limité par ce quota existant depuis 1971, dont le niveau et la répartition par faculté sont fixés chaque année par les pouvoirs publics. À l'issue du concours de la première année du premier cycle, seuls les étudiants classés en rang utile accèdent à la deuxième année.⁵ Devant la pénurie à venir de médecins, il a été relevé progressivement depuis 1999 pour atteindre 7646 places en 2016.⁶

B. La création des Epreuves Classantes Nationales (ECN)

Elles succèdent au concours de l'internat et sont obligatoires pour tous les étudiants depuis 2005. Le rang d'affectation permet à l'étudiant de choisir sa spécialisation et sa région pour l'internat.⁷ Depuis les ECN 2007, les effectifs d'internes de médecine générale ont augmenté de 76% et la médecine générale bénéficie de plus de 50% des postes ouverts.³

C. Le diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale

Le DES de médecine générale créé dans le cadre du processus de revalorisation de cette profession a permis à la discipline de devenir une spécialité médicale à part entière.⁸

Il comporte une partie théorique avec un total de 200 heures de cours assurées par le département universitaire de médecine générale de la faculté d'affectation du DES. Ce programme est fixé nationalement mais en vertu de l'autonomie des universités, l'application en est variable d'une faculté à une autre. La partie pratique comporte six stages de six mois chacun et intègre obligatoirement : urgences, gynécologie et/ou pédiatrie, médecine adulte, centre hospitalier universitaire et un stage de niveau 1 chez un maître de stage. La thèse, donnant le titre de Docteur en Médecine, doit être validée au plus tard, trois ans après la fin du DES.⁹

D. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HSPT)

Cette loi du 21 juillet 2009, affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle recadre tout d'abord les rôles du médecin généraliste au centre du parcours de soins pour en faire le médecin de tous les recours. Elle propose également des mesures attractives dans les déserts médicaux, dans le but d'améliorer la répartition des médecins sur le territoire¹⁰ :

1. Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

Proposé aux étudiants en médecine à compter de leur 2ème année d'études, ce contrat a pour objectif de fidéliser des jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée. Les signataires d'un CESP bénéficient d'une allocation brute mensuelle de 1 200€ jusqu'à la fin de leurs études. En contrepartie, ils s'engagent à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques proposés par les Agences Régionales de Santé (ARS) à un tarif conventionnel pour une durée équivalente à celle du versement de l'allocation, avec un minimum de deux ans.¹¹ Depuis sa mise en œuvre, le CESP connaît une montée en charge encourageante sans pour autant atteindre les objectifs fixés.

2. Le Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)

Ce dispositif s'adresse aux médecins généralistes non installés ou installés depuis moins d'un an en cabinet libéral. Son but est de favoriser l'installation des jeunes médecins et de

faciliter l'exercice médical libéral dans les territoires fragiles. Le praticien s'engage auprès de l'ARS à implanter son activité dans un territoire fragile et bénéficie en contrepartie d'un niveau de rémunération de 6900€ mensuel garanti pendant un an, renouvelable une fois.¹²

E. La reconnaissance des diplômes européens

Depuis 2005, sous réserve d'une attestation de conformité, les médecins titulaires d'un diplôme européen relèvent de la libre circulation et peuvent à ce titre s'installer où ils le souhaitent. Des commissions universitaires doivent en revanche délivrer des autorisations d'exercice au cas par cas pour ceux qui ont un diplôme extra-européen.¹³

Si le nombre de médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors de France ne cesse d'augmenter depuis 2007 (+42,7%), il n'en reste pas moins que ces médecins privilégient massivement l'exercice salarié (62%) ou mixte (13%).¹

La région PACA est l'une des régions attirant le plus de médecins étrangers.¹⁴

IV. Les freins à l'installation connus

Malgré ces mesures, les jeunes médecins généralistes tardent à s'installer au profit des remplacements.¹⁵ L'âge moyen d'installation recule régulièrement, il était de 38 ans en 2010.¹⁶

Différents travaux, réalisés au niveau national ou régional, ont abordé la problématique de l'installation des généralistes libéraux. Ces études, réalisées principalement auprès d'étudiants en médecine et de médecins généralistes remplaçants, se sont attachées à décrire les souhaits et les attentes, les motivations et les freins liés à l'installation.¹⁷

Les principaux freins à une installation en libéral ressortant de toutes les études sont :

- 1° Les charges administratives : le temps consacré par un médecin libéral aux activités administratives a été estimé entre 4 et 6 heures par semaine ¹⁸,
- 2° L'investissement et les charges financières ^{17, 19},
- 3° La peur d'une baisse de la qualité de vie. ²⁰

V. Notre étude

Nous avons constaté qu'il n'existe pas d'étude interrogeant les médecins qui ont fait le choix de l'installation libérale.

Quel est le parcours d'installation des jeunes médecins généralistes ?

Cela pourrait permettre de connaître la réalité de leur parcours, mais également les motivations incitant leur choix d'installation, les difficultés auxquelles ils ont été confrontés et les ressources utilisées pour aboutir à leur installation.

Ainsi, l'objectif principal de notre étude est de décrire les expériences des jeunes médecins généralistes installés dans les alpes maritimes.

Et secondairement de recueillir les conseils qu'ils prodiguent aux futures générations et de proposer des pistes pour favoriser l'installation des jeunes médecins.

Deuxième partie : Matériel et méthodes

I. Choix de la méthode :

A. *Enquête qualitative :*

La recherche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, et donc difficiles à mesurer. En effet, cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments, ainsi que leurs comportements et expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux.²¹

Utilisée dans des domaines aussi divers que l'anthropologie, la sociologie, la psychologie et les sciences politiques, la recherche qualitative permet aux chercheurs de collecter des données auxquelles ils ne pourraient avoir accès en n'utilisant que les seules méthodes quantitatives.²²

B. *Entretiens individuels semi-dirigés*

Les entretiens individuels sont chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats et d'approfondir le ressenti.²¹

L'entretien semi-dirigé est une méthode de recherche qualitative.

L'entretien est partiellement structuré et utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée « canevas d'entretien ». Ce canevas reprend la liste des thèmes à aborder. Pour chaque thème, des sous-questions dites de « relance » permettent d'amener les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément. Ce plan reste souple et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'interview, selon les personnes interrogées et en fonction du déroulement de la séance.²³

L'entretien individuel semi-dirigé doit répondre à certaines conditions de validité telles que^{23,24} :

- Une attitude bienveillante et empathique de la part de l'enquêteur ; ce qui a un impact direct sur la qualité des réponses.
- Des questions directives mais ouvertes ; il est nécessaire de laisser parler l'enquêté, de l'encourager à développer et à citer des exemples, de respecter des temps de pauses.
- Un guide d'entretien modulable en fonction du déroulement de la rencontre ; donc le canevas doit rester souple et flexible.

II. Sélection de l'échantillon :

A. *Caractéristiques de l'échantillon :*

La population à étudier est largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié. C'est cette diversité qui est la source de la richesse des données.²¹

L'échantillonnage en recherche qualitative n'a pas pour but la représentativité statistique et peut évoluer au cours de l'étude : l'échantillon, tout en étant le plus diversifié possible, n'est pas tenu d'être représentatif de la population générale.²³

Afin d'obtenir l'échantillon le plus diversifié possible, nos critères d'inclusion se limitaient qu'à trois caractéristiques :

- **Être médecin généraliste**, car c'est la population cible que l'on étudie,
- **Avoir passé l'examen classant national**, afin de n'interroger que des praticiens ayant bénéficiés de la formation actuellement en vigueur,
- **S'être primo-installé en libéral dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016**, car la première promotion ayant passé l'examen national classant obligatoire en 2005 a terminé l'internat en 2008.

B. *Recrutement :*

Avec l'aide du conseil départemental de l'Ordre des médecins et des bulletins officiels d'inscription au tableau de l'Ordre, nous avons recueilli les noms de tous les praticiens inscrits depuis janvier 2008 et sélectionné tous les médecins généralistes.

Afin de déterminer parmi ces médecins ceux qui étaient installés, nous avons recherché ceux ayant une adresse professionnelle libérale à l'aide d'un annuaire électronique en ligne.

Nous avons contacté ces médecins installés par téléphone afin de leur proposer un entretien individuel.

En parallèle, nous avons également envoyé un mail décrivant notre étude via la mailing-list de la faculté de Nice rassemblant tous les médecins remplaçants dans l'hypothèse que certains étaient désormais installés.

C. *Taille de l'échantillon :*

En recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité.²⁵

La taille de l'échantillon est déterminée au cours de la réalisation de l'étude elle-même. L'analyse s'effectue au fur et à mesure du recueil des données. Ce recueil s'arrête lorsque l'analyse n'apporte plus de nouveaux éléments : c'est la saturation des données.^{21 23}

III. L'entretien

A. *Guide d'entretien*

1. Elaboration

La construction du guide d'entretien s'est articulée autour de 4 parties :

- L'état civil, permettant de caractériser l'échantillon
- Le parcours professionnel, décrivant la formation reçue, les étapes d'installation, les obstacles rencontrés et les ressources utilisées
- Les conseils pour aider les futurs médecins généralistes à chaque étape de leur parcours
- Les idées pour inciter les jeunes à une installation plus rapide.

2. Validation

Ce guide d'entretien a été soumis à deux médecins généralistes faisant parti du département de médecine générale de Nice lors d'une cellule qualitative, en présence d'autres étudiants thésards, ce qui a permis de modifier quelques tournures de phrases afin qu'elles soient mieux compréhensibles.

B. *Organisation des entretiens*

1. Temps

Les entretiens se sont déroulés de janvier à mai 2016.

2. Lieux

Les entretiens se sont tous déroulés aux cabinets médicaux des participants.

3. Déroulement de l'entretien

Avant chaque entretien, le sujet et les objectifs de l'étude ont été expliqués ainsi que le déroulement de l'entretien. Un consentement écrit, permettant d'utiliser les données anonymisées devait être signé par le praticien interrogé.

4. Enregistrement

L'ensemble des entretiens oraux a été enregistré à l'aide d'un téléphone portable. En cas de panne, un ordinateur portable avec un logiciel d'enregistrement vocal était disponible.

C. *Retranscription*

Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité sur le logiciel Microsoft Word, dans les heures suivant l'entretien.

IV. L'évaluation

A. *Analyse*

Les entretiens ont été analysés via le logiciel N'VIVO permettant de définir des « nœuds » correspondants aux différents thèmes et des « sous-nœuds » caractérisant des idées.

B. *Amélioration des entretiens*

A l'issue de chaque entretien, les réponses ou les attitudes de l'interviewé permettaient de mieux cibler les questions utiles et d'améliorer le canevas d'entretien.

Troisième partie : Résultats

I. Résultats quantitatifs

A. Entretiens

Nous avons réalisé dix-huit entretiens individuels semi-dirigés de janvier à mai 2016.

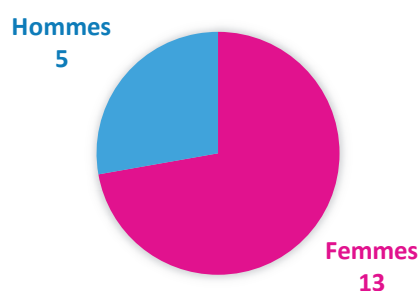
La durée moyenne des entretiens était de 32 minutes. Le plus court étant de 10 minutes et le plus long de 69 minutes.

B. Echantillon (annexe 1)

1. Etat civil

a) Sexe

Treize femmes et cinq hommes ont participé.



b) Ages

L'âge moyen au moment de l'entretien était de 33 ans.

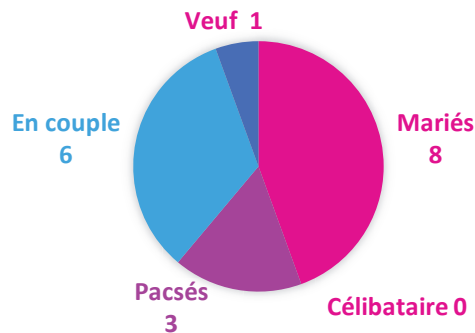
Le plus jeune ayant 29 ans et le plus âgé 38 ans.

L'âge moyen lors de l'installation était de 30.3 ans.



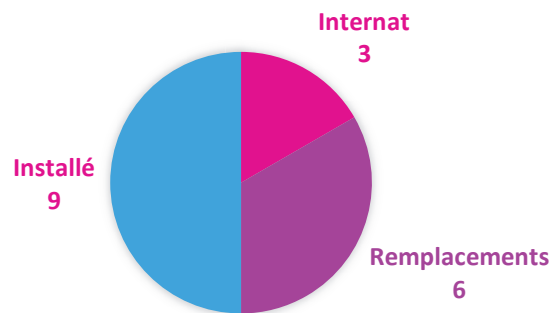
c) Statut familial

Huit participants étaient mariés, trois pacsés, six vivaient en couple et une était veuve.



d) Répartition des naissances

Quatorze participants avaient des enfants. Parmi les dix-huit enfants, trois étaient nés pendant l'internat, six pendant les remplacements, neuf une fois l'installation effectuée.



e) Facultés de formation

Treize participants ont fait leur externat à Nice, deux à Paris, un à Besançon, un à Tour, un à Nancy.

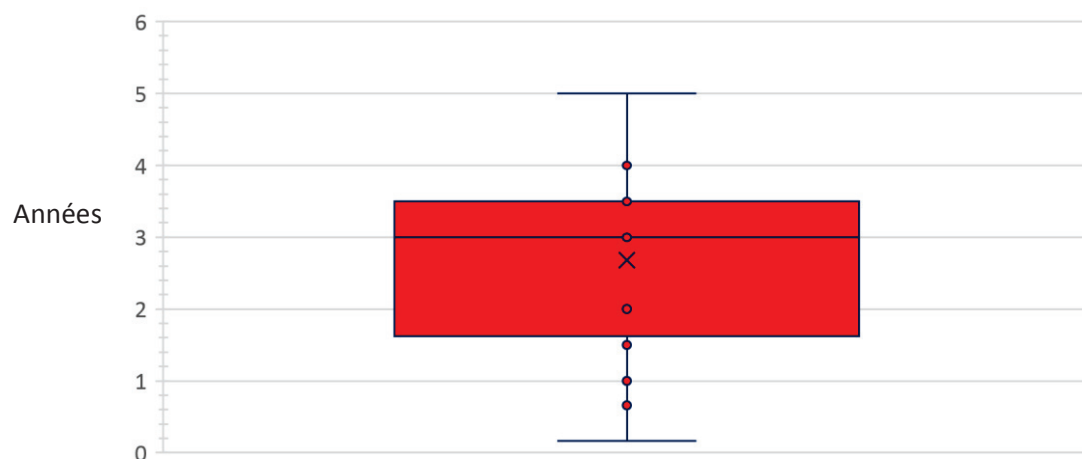
Quatorze participants ont fait leur internat à Nice, un à Strasbourg, un à Paris, deux à Grenoble.

2. Description de l'installation

a) Délai d'installation après la fin de l'internat

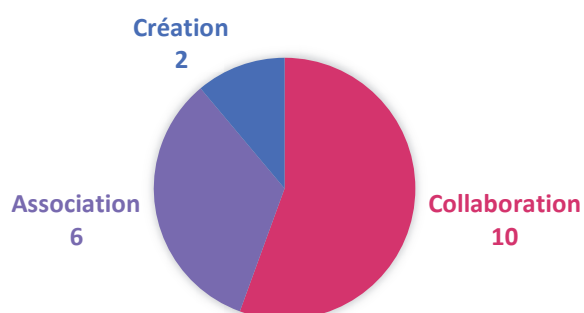
Le délai moyen d'installation après la fin de l'internat était de 2 ans et 8 mois.

Le délai le plus court était de 2 mois et le plus long de 5 ans.



b) Type d'installation initiale

Dix participants ont choisi une collaboration, six une association d'emblée, deux une création d'activité.



c) Groupe

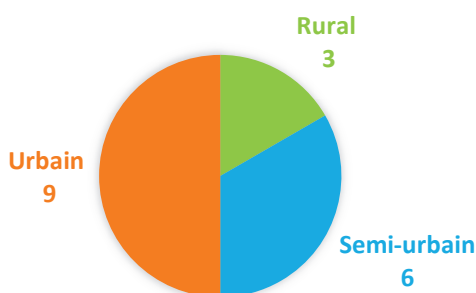
Deux médecins se sont installés seul.

Tous les autres ont choisi des cabinets de groupe avec d'autres médecins généralistes et six d'entre eux avec des professions paramédicales telles que des infirmiers, des kinésithérapeutes, des orthophonistes, des dentistes et des podologues.



d) Zone d'installation

Neuf participants se sont installés en milieu urbain, six en semi-rural et trois en rural.

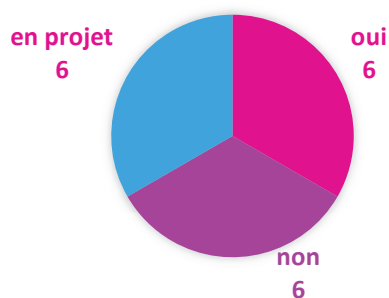


e) Convention

Tous les participants étaient conventionnés en secteur 1.

f) Maîtres de stage

Six participants étaient maîtres de stage, six ne l'étaient pas mais envisageaient de l'être dès que possible (être installé depuis au moins 3 ans) et six n'y pensaient pas pour l'instant.



II. Résultats qualitatifs

A. *Parcours post-internat*

1. La thèse : passage obligatoire

a) **Rapidement après l'internat**

« J'ai terminé l'internat en octobre 2011, ensuite j'ai passé la thèse en juillet 2012 car je l'avais commencée assez tôt, donc plus tôt c'était fait, plus tôt j'étais débarrassée ! » MG9

« J'ai fini mes stages d'internat en mai 2010, j'ai soutenu ma thèse en juin 2010 et j'ai validé le DES en octobre 2010. Pour moi l'idéal c'était de la faire le plus rapidement possible après l'internat et de ne pas la faire trainer. » MG12

« J'ai passé ma thèse 6 mois après la fin de mon internat, dans l'objectif de m'installer assez rapidement et puis surtout pour enchaîner car si on ne s'y met pas de suite on laisse trainer... » MG17

b) **A la fin des 3 ans post-internat**

« J'ai profité à fond de mes stages et de la formation à la faculté (GEASP, séminaire), en prenant le parti ne pas débiter la thèse de suite pour ne pas être trop dispersé. C'était mon choix de profiter des 3 ans autorisés post-internat avant de la passer, afin de faire des remplacements et aussi pour ne pas payer la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF). » MG3

2. Formations supplémentaires

« Après l'internat j'ai fait un DESC de médecine du sport, donc j'ai fait un an supplémentaire de stages : 6 mois à l'IM2S à Monaco et 6 mois en traumatologie à Nice. » MG14

« Après mes 3 ans d'internat à Grenoble, j'ai fait le DESC d'urgences avec 6 mois de réanimation et 6 mois de SAMU. Ensuite j'ai eu un poste de médecin sénior aux urgences de Chamonix ça a duré 3 ans. » MG15

3. Remplacements

« J'ai commencé dès ma deuxième année d'internat à remplacer mon beau-père, médecin généraliste à Paris. J'ai donc mis le pied à l'étrier très tôt dans le libéral, en alternant avec mes stages hospitaliers, et j'ai continué pendant 3 ans après l'internat » MG3

« Une fois l'internat terminé en 2011, j'ai fait 5 ans de remplacements, 3 ans en tant de remplaçant non thésé puis 2 ans thésé, ensuite je me suis installé. » MG4

« Je préférais avoir quelque-chose de plus fixe, donc je faisais un remplacement régulier 1 semaine par mois dans un cabinet qui tournait beaucoup et ça me permettait d'avoir un revenu convenable. » MG9

4. Vie Personnelle

« Pendant mon internat j'avais fait une disponibilité pour ma première grossesse, puis pendant mes remplacements je me suis de nouveau arrêtée pendant 6 mois pour profiter de mes enfants avant de m'installer. » MG12

« Une fois ma thèse passée, j'ai eu mon troisième enfant. J'avais déjà fait deux menaces d'accouchement prématuré alors je n'ai pas travaillé du tout pour la 3^e grossesse. » MG2

5. Opportunités menant à la décision d'installation

a) Via les remplacements

« Pendant trois ans, j'ai remplacé plusieurs médecins de façon régulière, dont ici avec dès le départ une optique d'installation, ça s'est bien passé donc je me suis installée en janvier 2015. » MG6

« En octobre 2012, j'ai fait un remplacement dans ce cabinet où on m'a rapidement proposé une installation pour remplacer un médecin parti à la retraite, donc je me suis installée en mars 2013. » MG10

« J'ai fini mon internat fin octobre 2015, dès novembre j'ai remplacé un des médecins du cabinet, puis les autres médecins tour à tour. Ensuite, le Dr X qui partait à la retraite m'a proposé de m'installer. Nous avons donc débuté une collaboration pour 6 mois dès janvier 2016. » MG7

b) Via le maitre de stage

« J'avais gardé contact avec mon maitre de stage puisqu'il était mon directeur de thèse. Il projetait de partir à la retraite donc j'ai fait beaucoup de remplacements chez lui, ensuite il m'a proposé une collaboration, ça a duré 4ans, puis il est parti définitivement à la retraite et j'ai repris totalement le cabinet. » MG17

c) Via une succession familiale

« J'ai pris la suite de mon oncle qui était médecin généraliste. Nous avons d'abord fait une collaboration où je travaillais au départ 3 demies-journées par semaine pendant 6 mois, puis 5 demies-journées plus des visites, puis au bout de 2 ans il est parti à la retraite et je suis devenue associée avec les autres médecins généralistes du cabinet. » MG12

d) Via le hasard

« La veille de ma thèse je me promenais dans le quartier pour prendre l'air et souffler un peu. J'ai vu le cabinet médical, j'ai tapé à la porte pour savoir s'ils ne recherchaient pas quelqu'un pour une collaboration et il s'est avéré que si, alors j'ai saisi l'occasion. » MG3

« J'habite à Vence, ville dont je suis originaire, donc j'ai beaucoup remplacé dans le secteur. Cinq médecins sont partis à la retraite en 3 ans seulement. La mairie m'a contacté directement pour me proposer une installation dans des locaux neufs à tarifs très attractif. » MG5

« Une amie m'a envoyé un mail disant que le médecin de la vallée s'en allait, et que si je n'y allais pas, personne ne viendrait. La mairie était très soulagée, elle nous a trouvé un logement, et mis à disposition un local adapté, meublé et prêt pour les consultations. »

MG15

B. *Apport des remplacements*

1. Déterminer la pratique que l'on souhaite

« Savoir ce que je voulais et surtout ce que je ne voulais pas ! Ça m'a surtout permis de voir différentes pratiques : avec ou sans rendez-vous, avec ou sans secrétaire, ça m'a permis de me créer une sorte d'idéal de ma pratique à venir. » MG10

« Les remplacements m'ont permis de me faire une idée de mon installation future : ce que je voulais éviter, et les choses auxquelles je tenais absolument, comme avoir une secrétaire. Bref de me donner des critères d'organisation et d'aménagement du cabinet que je voudrais avoir le jour où je serais installée. » MG12

« Des remplacements variés permettent de se faire une représentation de ce qu'on l'on veut pour son propre cabinet. » MG4

2. S'autonomiser

« Ils permettent d'acquérir de l'autonomie, une augmentation des capacités de prescription, des prises de décision, et un apprentissage de la médecine libérale petit à petit avec ce rôle un peu paternaliste qu'à le médecin remplacé. » MG3

« En tant que titulaire, on devient plus responsable et on fait enfin ce qu'on a envie de faire. » MG1

« A St Etienne de Tinée on faisait plus de médecine de montagne, ça m'a apporté beaucoup sur le plan pratique : autonomie, gérer l'éloignement. » MG5

3. Découvrir les spécificités de la médecine libérale

« Les remplacements offrent la possibilité de jongler entre la vie de famille et la vie professionnelle tout en apprenant les contraintes de l'activité libérale : la façon de fonctionner, l'administratif, les recettes, les bénéfices et le coût des charges. » MG3

« Quand on est remplaçant, on est confronté au quotidien du libéral : on gère seul le tout-venant, le secrétariat, l'administratif, les télétransmissions, le carnet de consultation et la comptabilité, bref on est en première ligne et ça forge l'expérience. » MG4

4. Compléter sa formation

« Je pense que c'est un complément de formation indispensable. » MG3

« J'ai fait mon premier remplacement chez mon maître de stage, donc c'était comme une prolongation de ma formation. Je pouvais demander conseil aux autres praticiens et comme c'était leur patientèle que je suivais tour à tour ils étaient contents de m'apporter leur expérience. » MG13

5. Découvrir la relation médecin traitant-patient

« Il y avait un rapprochement avec les patients qui été très intéressant. » MG1

« Comme je remplaçais souvent dans les mêmes cabinets, je connaissais les patients, c'est ce contact qui m'a plu et m'a donné envie d'avoir ma propre patientèle, et donc de m'installer, je ne serais pas restée remplaçante éternellement. » MG10

« Les remplacements m'ont beaucoup apporté dans la relation médecin-malade. » MG5

6. Avoir une bonne qualité de vie

« C'était assez agréable et surtout ça me permettait de travailler quand je voulais et d'avoir une bonne qualité de vie. » MG16

« Initialement, je remplaçais pour avoir une charge de travail légère, sans contrainte et confortable au niveau de l'emploi du temps, tout en étant assez lucrative. » MG4

C. Facteurs incitant à l'installation

1. Désir de suivi des patients

« Il me paraissait logique d'avoir ma patientèle et de suivre mes patients au long court. »
MG13

« Je trouve plus confortable d'avoir ma propre patientèle car il y a un contact particulier qui se fait au fils des consultations, ils se dévoilent plus, et pour le travail personnel c'est plutôt satisfaisant. » MG8

« En remplacement, sachant que je ne suivrai pas les patients par la suite je ne m'investissais pas à fond dans la prise en charge, donc j'ai préféré m'installer rapidement pour commencer à établir un lien avec mes patients. » MG7

« Au bout d'un moment je me suis lassé des remplacements, j'avais envie d'avoir mes propres patients, de prendre mes propres décisions. » MG4

2. Objectif final et aboutissement

« L'objectif était de m'installer dès que possible. » MG2

« Je voulais m'installer après avoir passé ma thèse car l'installation c'est pour moi le passage à l'âge adulte. » MG3

« Je pense que l'installation c'est l'aboutissement car quand on choisit la médecine générale c'est pour avoir ce côté suivi, médecin de famille, les échanges... que l'on ne peut pas avoir quand on est hospitalier ou remplaçant. » MG10

3. Désir d'autonomie

« Je n'aimais pas me mettre dans le moule du médecin remplacé car je trouvais cela frustrant de devoir « faire comme » le médecin remplacé et que mes décisions soient influencées par ses propres habitudes. » MG12

« Quand on remplace on travaille à la façon du médecin que l'on remplace, moi j'avais envie de travailler à ma manière, avec mes horaires, mon organisation et mes propres patients. »
MG2

« Au début on est considéré comme le remplaçant parce qu'on est jeune, puis avec le temps on se fait notre place et les patients reviennent nous voir NOUS. On devient les acteurs de santé sur le terrain, c'est bien valorisant et très satisfaisant. » MG14

4. Désir de stabilité d'emploi du temps

« En remplacement c'est très aléatoire : on peut travailler 60 heures une semaine, puis ne pas travailler du tout la semaine suivante, c'est assez compliqué à gérer à la maison surtout quand on a des enfants. » MG10

« Avant tout, avec les enfants je voulais stabiliser mon emploi du temps. » MG12

« Changer tout le temps d'endroit et d'horaires en remplacement au bout d'un moment c'est un peu usant » MG5

5. Désir de stabilité financière

« J'avais besoin de travailler plus régulièrement pour avoir une meilleure stabilité financière. » MG11

« Je commençais à envisager une collaboration pour avoir une situation plus stable car le statut de remplaçant n'est pas très confortable notamment lorsque l'on souhaite acheter et faire un prêt. » MG1

« En tant qu'installé il y a plus de charges qu'en tant que remplaçant ; mais en contrepartie, c'est des revenus réguliers, donc on peut se poser, construire sa famille, acheter une maison. » MG5

6. Avoir une vie de famille

« J'étais déjà papa pendant mon internat donc je savais qu'en libéral en cas d'imprévu avec les enfants je pourrais me libérer. » MG14

« Le fait d'avoir un enfant m'a poussé à m'installer pour avoir un emploi du temps et des revenus plus fixes. » MG9

« C'est ma vie personnelle qui m'a incité à m'installer car avec mon mari on voulait acheter une maison et du fait de mon statut de remplaçante je n'avais pas de contrat fixe donc la banque ne voulait pas nous accorder de prêt. Il est vrai que l'on termine nos études à 27ans, et l'on que l'on a une vie maritale, parfois des enfants, on veut poser sa vie, et pour cela le statut de remplaçant est un statut très incertain. » MG1

7. Difficulté de trouver des remplacements

« C'était difficile de trouver des remplacements, pendant les vacances scolaires ça allait, mais en dehors c'était compliqué... » MG11

« Je peinais vraiment pour retrouver des remplacements donc ça m'a vraiment renforcé dans l'optique de m'installer. » MG10

« Chercher des remplacements à droite et à gauche ce n'est pas toujours évident » MG2

8. Influence des stages ambulatoires

« Ils m'ont appris la médecine générale dans toute sa diversité, et sa non-reproductibilité par rapport à l'hôpital. Ça m'a probablement influencé pour m'installer. » MG15

« Mon stage chez le praticien m'a permis de rencontrer mes futurs associés. » MG14

D. Le parcours administratif d'installation

1. Les étapes

a) Inscription au conseil de l'ordre des médecins

« Une fois thésé, il faut s'inscrire au conseil de l'ordre des médecins. Pour cela, il faut être en possession du diplôme de DES et de la thèse. Il y a une commission qui se réunit tous les mois pour valider l'inscription au tableau de l'ordre. » MG10

b) Inscription à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)

« Une fois que le conseil de l'ordre a accepté les termes du contrat d'association, on prend rendez-vous avec la CPAM qui nous donne un numéro ADELI, commande les feuilles de soins et la carte CPS, et nous donne quelques conseils sur l'espace professionnel internet. C'est eux aussi qui transfèrent notre inscription à l'Urssaf. » MG 10

c) Inscription à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)

« Une fois ma thèse passée : je me suis inscrite au conseil de l'ordre, puis à la CPAM qui transfère le dossier à l'URSSAF et enfin à la CARMF. » MG17

« Je pense que l'on a intérêt à faire des remplacements non thésé jusqu'à la limite des 3 ans post-internat car on ne cotise pas à la CARMF, ce qui est quand même très intéressant fiscalement. » MG 3

d) Contrat d'association ou de collaboration

« A partir du moment où j'ai voulu m'installer ici, il a fallu rédiger un contrat d'association avec les collègues, et le soumettre au conseil de l'ordre des médecins. » MG 10

e) La société

« Et enfin il a fallu créer la société civile de moyens (SCM) avec l'aide du comptable. » MG 10

« Concernant l'association, comme c'était une structure qui existait déjà, on a juste rajouté mon nom au contrat. » MG14

f) Autres démarches

« En fait une fois installé il y a encore de nombreuses démarches techniques : pour le logiciel, recevoir les laboratoires et les mutuelles pour recevoir les résultats par mail, des petits détails qui permettent que tout fonctionne et soit bien réactif. » MG14

2. Difficultés rencontrées :

a) Beaucoup de temps passé à faire les formalités

« Les modalités administratives sont longues mais ne sont pas difficiles. » MG4

« Ça a mis un peu de temps pour avoir les rendez-vous avec les différents organismes, puis pour que tout se mette en place, donc il faut s'y prendre un peu à l'avance. » MG13

« Le conseil de l'ordre envoie l'accord d'installation seulement trois semaines avant la date d'installation, or il faut ce papier pour pouvoir prendre rendez-vous à la CPAM qui a lieu environ dix jours après, et puis autant de temps si ce n'est plus pour recevoir la carte professionnelle de santé (CPS) et les feuilles de soins. Donc même si vous savez six mois à l'avance la date de votre installation, tout se fait en catastrophe trois semaines avant, ça pourrait être amélioré... » MG6

b) Découverte de la charge administrative

« Quand on s'installe on a peur de ne pas être à la hauteur médicalement, mais il faut aussi apprendre à gérer des aléas administratifs divers et variés auxquels nous n'avons pas été confronté pendant notre formation. » MG10

« Pour tout ce qui est cotations, feuilles de soins, administratif, on est livrés à nous même. Même ceux qui ont fait des remplacements car on n'y reste pas assez longtemps pour voir les retours, notamment les rejets de paiement, on n'est pas du tout formé pour ça. » MG7

« Tout l'administratif ressort beaucoup, mais on apprend sur le tas. » MG1

c) Communication compliquée avec les différentes structures

« Les démarches ont été très tumultueuses au début car je passais du salariat où toutes les formalités sont déjà gérées, à une activité libérale où il faut s'occuper de tout. Et en plus je changeais de région donc ça a été un véritable choc au niveau administratif, car en Rhône-Alpes ils sont beaucoup mieux organisés. » MG15

« La migration de mon statut de la Savoie vers les Alpes-Maritimes a été long et périlleux. » MG16

« On donne quatre fois les mêmes justificatifs à l'ordre des médecins, pourtant ils nous connaissent de notre licence de remplacement. Cela devrait être la suite logique : quand on sort de la faculté, on va obligatoirement s'inscrire à l'ordre donc il devrait y avoir une communication directe entre la faculté et l'ordre des médecins. » MG7

« L'URSSAF envoie différentes factures avec un montant différent, on ne sait pas s'il faut en payer qu'une, plusieurs, laquelle ? Beaucoup de choses pourraient être simplifiées ! » MG7

d) Délais de réception des feuilles de soins / Carte CPS

« Pour avoir des feuilles de soins il a fallu faire des pieds et des mains. Je me souviens m'être dit que dans ce pays, quand on veut juste travailler il faut vraiment se battre. On n'a pas une

activité exotique quand même : médecin généraliste libéral en secteur 1, c'est quand même pas compliqué, je ne parle même pas d'avoir la carte CPS, mais rien que pour avoir de feuilles papiers ça a été terrible. » MG15

« Quand on s'installe on a rendez-vous avec la sécurité sociale, qui va déclencher la mise en route de nos feuilles de soins, mais déjà pour avoir un rendez-vous ça prend du temps, ensuite il faut le temps de générer les feuilles de soins, du coup moi je voulais initialement commencer le 06/01 mais les feuilles de soins ne sont arrivées que le 12/01, et sans feuilles de soins les patients ne sont pas remboursés et donc on ne peut pas consulter. » MG2

« Ça a été assez compliqué pour les feuilles de soin, on m'avait dit qu'il fallait 10 jours, 15 jours après toujours rien, en fait elles n'étaient même pas commandées. » MG7

e) L'organisation de la CPAM

« Les rendez-vous à la CPAM c'est l'enfer. Ne serait-ce que pour trouver les locaux qui ne sont pas indiqués, ensuite on passe des heures d'un bureau à l'autre où personne n'a les compétences pour faire avancer les choses. » MG15

« On ne m'avait pas dit qu'il fallait transmettre m'a déclaration d'URSSAF à la CPAM donc un jour je me suis retrouvée sans couverture médicale. » MG17

f) L'installation informatique

« Les gros soucis qui se sont posés à l'installation ce sont surtout des questions de logistiques, en plus je me suis installée en janvier donc il y avait les vacances de Noël au milieu ce qui n'a pas aidé, notamment pour la mise en place de la ligne internet, de la télétransmission, l'obtention et la mise en route du logiciel... en fait pendant trois semaines je n'ai pas pu télétransmettre. » MG4

g) Les subtilités en comptabilité

« Je me suis fait avoir lors de mes premières déclarations d'impôts. La première année j'ai dépassé le seuil de recettes micro-BNC de peu, donc j'ai dû faire une déclaration 2035 en urgence, du coup la deuxième année je suis resté bien en dessous du seuil mais j'ai appris à la dernière minute que lorsque qu'on a fait une 2035 on y est abonné pour 2 ou 3 ans... donc j'ai de nouveau dû faire une 2035 en deux heures... Je n'avais pas eu de formation là-dessus et c'est dommage. » MG16

« Il faut savoir faire sa comptabilité, par exemple la première année je ne savais absolument pas qu'il fallait souscrire à une association de gestion agréée (AGA), et mes impôts ont été majorés de 25%. » MG1

h) L'organisation et la gestion du cabinet

« C'est surtout la mise en place du cabinet et la gestion quotidienne administrative qui m'a surprise. Ça s'est fait petit à petit, au départ c'est le médecin que j'ai remplacé qui s'occupait de tout, puis petit à petit j'ai découvert cette face cachée de la profession. » MG17

« Je dois apprendre à mieux gérer le cabinet au niveau des formalités administratives et des stocks matériels car ce n'est pas évident au début. On prend beaucoup de temps pour les patients mais du coup tout ce qui est péri-médical on remet à plus tard... bref ça prend quand même du temps donc il faut s'organiser en conséquence. » MG8

i) Difficulté d'accès à la démographie médicale

« A Paris, la CPAM a une carte détaillée avec les endroits en manque de médecins et des médecins en partance pour la retraite, cela permet de se faire une idée d'où s'installer. En arrivant ici et commençant à réfléchir à l'installation, j'avais appelé la CPAM et l'ordre des médecins mais ils n'ont pas cela. Je ne sais pas si c'était spécifique de Paris, mais en tout cas on n'est pas aidé dans la région PACA, je trouve dommage que l'on n'ait pas d'outils et que personne ne puisse nous dire à quel endroit il y a des médecins, à quel endroit il n'y en a pas et qui va partir à la retraite. » MG13

3. Les ressources clés

a) Le Conseil de l'Ordre des Médecins

« Le conseil de l'ordre m'a vraiment beaucoup aidé sur les démarches. » MG1

« C'est surtout le conseil de l'ordre qui m'a guidé. Lors du rendez-vous, ils nous donnent une liste avec les différentes démarches qu'il faut faire, ensuite ça découle. » MG10

« Je pense qu'il a un rôle de père, de contrôle et d'orientation vis-à-vis des médecins quand ils s'installent. Ils m'ont donné des conseils, et m'ont conforté dans mon choix d'installation et de collaboration. » MG3

b) Les confrères déjà installés

« Ma première ressource a été mon père puisqu'il est médecin généraliste, mais la médecine a beaucoup évolué depuis son installation donc il n'a pas pu répondre à tous mes problèmes. » MG1

« Heureusement que je n'étais pas seule, car le choc aurait été trop dur, mais mon conjoint avait fait plusieurs années de remplacement donc il connaissait un peu la conduite à tenir. » MG15

« Un peu de bouche à oreille aussi, auprès des amis déjà installés au fur et à mesure on récolte des informations. » MG16

c) Internet

« Les forums sur internet apportent des informations précieuses. J'ai beaucoup regardé le site de l'ISNAR-MG, e-carabin.net, ReAGJIR, les forums de médecins... » MG1

« Je m'étais renseigné sur internet il y avait des sites de faculté comme celle de Paris et de Rennes qui mettaient des documents en ligne type guide d'installation ; c'était assez bien fait. » MG4

« Sur le site MG France il y a beaucoup d'informations concernant la CARMF, l'URSSAF, les démarches à faire... Ça paraît compliqué au début, mais finalement on trouve les informations assez facilement grâce à internet. » MG12

d) Le séminaire installation

« Il y avait un séminaire installation d'une journée à la faculté. Moi je l'ai fait 2 années de suite, car c'était avec 2 intervenants différents donc ça m'a permis d'avoir deux visions des choses. Il y avait une liste de tout ce que l'on doit faire à la sortie de la faculté, cela m'a bien guidée. » MG7

« A la faculté j'avais eu quelques informations via le séminaire installation, donc j'ai repris mes notes de l'époque. » MG9

e) Comptable / Association de gestion agréée (AGA)

« J'ai souscrit une AGA qui fait des formations gestion et comptabilité bien faites et qui offre aussi un logiciel de comptabilité assez simple, donc pour l'instant je ne prends pas d'expert-comptable. » MG7

« J'ai pris un comptable parce que, enceinte après six mois d'installation, je ne pouvais pas tout gérer » MG5

« Le comptable du cabinet nous a aidé concernant les modalités juridiques pour le cabinet avec la société civile de moyen et le contrat de location. » MG11

f) Les maîtres de stage

« Au cours de mon stage chez le praticien, j'avais posé beaucoup de questions pratique car je voulais m'installer rapidement, donc au moment opportun je savais globalement à quoi m'attendre. » MG8

g) La CPAM

« A la sécurité sociale ils m'ont bien guidé : le délégué qui est venu au cabinet m'a montré comment faire les cotations et les télétransmissions. J'ai aussi fait un stage de formation d'une journée pour utiliser correctement le site améli professionnel afin de faire les arrêts

maladie dématérialisés, les demandes de 100%, toutes les demandes électroniques, et en plus on est rémunéré. » MG5

« Deux personnes de la CPAM sont venues au cabinet. La première pour mettre en place le matériel et me remonter les principales fonctions liées à la télétransmission et la seconde un mois plus tard pour faire le point sur mes cotations. » MG7

h) Autres

« J'avais participé à un congrès organisé par l'ISNAR sur le thème de l'installation où il y avait beaucoup d'informations » MG7

« Fin 2013, j'ai appris qu'il existait des subventions pour ouvrir des maisons de santé, donc je me suis renseignée auprès du conseil général qui m'a aidée à monter le dossier pour acquérir des aides à l'installation. » MG15

E. Critères de choix du cabinet

1. En groupe versus seul

a) Groupe

« Je voulais être en groupe parce que ça me rassurait d'avoir un associé avec qui partager des cas cliniques. » MG11

« Cela me paraissait plus dynamisant au niveau intellectuel, mais aussi pour avoir des demi-journées off, partager les samedis, faciliter les vacances en sachant que si besoin les patients peuvent voir un associé. » MG13

« Je n'aurais jamais fait la démarche de m'installer si j'avais été seule car je suis d'une nature très compliste et ça m'aurait fait peur notamment au niveau de la charge de travail. [...] Le groupe apporte plus de richesse, plus de communication. On travaille aussi beaucoup avec la kinésithérapeute et l'infirmière on est complémentaire et c'est important pour la prise en charge globale des patients. » MG15

b) Seul

« Je préférerais être seul car la pratique de groupe a certes des avantages mais il peut vite y avoir de grosses mésententes au niveau gestion du cabinet et là ça devient l'enfer. »

2. Secrétaire versus télé-secretariat

a) Secrétaire

« Avoir une secrétaire c'était indispensable : elle filtre les appels, accueille les patients, gère les commandes, elle est autonome et gère beaucoup de papiers administratifs et c'est aussi pour pouvoir payer une secrétaire que c'était important d'être en groupe. » MG12

« Les secrétaires c'était primordial et je m'en rends compte lorsqu'elles sont absentes et que le téléphone sonne sans arrêt ; c'est ingérable » MG14

b) Télé-secretariat

« On a pris un télé-secretariat car ça enlève une charge de travail téléphonique importante et financièrement c'est bien moins onéreux qu'une secrétaire. » MG11

« Quand je me suis installé seul je ne pouvais pas payer une secrétaire donc pour l'instant j'ai un télé-secretariat avec prise de rendez-vous sur internet. Au début les patients étaient réticents mais finalement ça se passe très bien. » MG13

« Un secrétariat c'est bien, malheureusement il n'y a pas la place ici donc j'ai un télé-secretariat. C'est nouveau pour les patients qui préfèrent avoir le médecin directement mais quand le téléphone sonne quatre fois par consultation c'est très pénible, donc je trouve cela bien pratique. Il y a aussi l'aspect financier car le télé-secretariat coûte maximum 300 euros par mois, rien à voir avec le coût d'un salarié. Cela explique pourquoi beaucoup de médecins adhèrent au télé-secretariat. » MG8

3. Milieu

a) Urbain

« Je trouve extrêmement confortable d'être en ville afin d'avoir un avis complémentaire rapidement et le laboratoire ou la radiologie à proximité. » MG12

« La localisation en soi n'était pas un réel problème tant que je restais à proximité de mon domicile. Urbain ou semi-rural peu importe mais je ne voulais pas être dans l'arrière-pays éloigné. » MG7

« J'aimais beaucoup le cadre de vie du quartier » MG3

b) Semi-rural

« Je voulais être en semi-rural car cela me permet d'avoir une patientèle très diversifiée : j'ai des sans domicile fixe, des millionnaires, des nourrissons et des centenaires... Je ne me serais pas installé en centre-ville car j'aime bien aller au bout des choses avant de passer la main. » MG4

« Je suis restée en semi-rural car j'ai plus une relation de médecin de famille et il y a sans doute plus de reconnaissance. Les patients ne viennent pas avec leur liste de médicaments préétablie, ils nous font plus confiance. » MG5

« Je voulais être en semi-rural car tout en restant à proximité d'une ville et des pôles de soins, je trouve que c'est une pratique plus agréable par rapport au type de patientèle, c'est une médecine plus globale que je trouve plus intéressante. Et il y a moins de problème de circulation, c'est important car avec les visites à domicile ça peut vite devenir l'enfer. » MG6

c) Rural

« La ruralité ne me faisait pas peur car j'avais fait un stage rural à Strasbourg avec un médecin de village qui exerçait seul et ça ne m'a absolument pas repoussé. » MG1

« Je suis venue avec mon compagnon également médecin généraliste. Nous on aime la montagne et les activités de plein air, on n'aurait pas pu s'installer en ville c'est sûr. » MG15

« J'ai choisi le rural car je ne voulais surtout pas être en ville redoutant le côté clientélisme des gens. Et puis j'adore la montagne, le ski, le vélo, l'escalade, les randonnées donc pour moi il y a plus d'activités à faire sur mon temps libre ici qu'en ville. » MG16

4. Convention secteur 1

« Je voulais quitter l'hôpital dès que possible donc c'était hors de question de faire un clinicat. » MG10

« Dès le début je voulais m'installer, la question du secteur ne s'est donc pas posée, c'était une évidence. Puis certains médecins secteur 2 que j'ai remplacé me disaient qu'ils n'étaient pas gagnants au vu des charges donc je pense que l'on n'est pas si mal lotis en secteur 1. » MG12

« J'ai remplacé assez rapidement et une fois lancé dans la vie active je ne me voyais pas faire un assistantat. Et en secteur 2 il y a quand même une sélection de patientèle ce qui ne colle pas vraiment avec ma vision de la médecine pour tous. » MG13

« J'ai fait du secteur 2 pendant les remplacements et j'ai trouvé un peu délicat de demander plus d'argent. De toute manière les conventions sont vouées à disparaître au vu des dispositions ministérielles avec lesquelles on risque fort de devenir des médecins salariés. » MG3

5. Consultations sur rendez-vous

« Je voulais des consultations sur rendez-vous car ce sont des conditions de travail plus sereines, en effet je ne supporte pas d'avoir dix patients dans la salle d'attente, ça me stresse et me fait bâcler mon travail. » MG10

« Au début j'avais des plages sans rendez-vous, certes on fait plus de bénéfices mais on ne sait pas à quelle heure on va terminer et les patients attendent des heures dans la salle d'attente, donc finalement c'est plus confortable sur rendez-vous pour tout le monde. » MG12

« Je voulais être sur rendez-vous pour une question d'organisation familiale, j'avais déjà un enfant et j'étais enceinte du second donc je souhaitais être disponible pour ma famille. » MG11

« Je suis sans rendez-vous le matin et avec rendez-vous l'après-midi. C'est important d'avoir une plage sans rendez-vous pour les urgences, bien que ce soit plus pénible pour le médecin car plus aléatoire. L'après-midi en revanche c'est confortable sur rendez-vous car je sais à quelle heure je termine. Il m'arrive parfois de prendre une urgence entre deux patients, mais j'essaie de les éduquer à téléphoner avant pour savoir si je peux les prendre. » MG4

6. Temps trajet domicile-cabinet

« Je suis à peine à dix minutes de chez moi, c'était important par rapport aux enfants notamment si l'école m'appelle. Et en cas d'urgence au cabinet, c'est pratique de faire l'aller-retour facilement. » MG10

« Au niveau localisation il fallait que ce soit à proximité de mon lieu de domicile car je suis maman et j'allaites encore donc c'est important pour moi d'aller voir ma fille le midi. » MG5

« Je ne voulais pas exercer dans ma ville de résidence car je ne voulais pas que mes voisins, amis ou connaissances soient mes patients, bref je voulais garder un peu d'anonymat dans ma ville, tout en restant à 20 minutes en voiture. » MG14

« Je suis à 20 minutes de mon domicile en voiture, mais si j'avais trouvé un super cabinet plus loin, j'aurais pu déménager. » MG13

7. Emploi du temps flexible

« On a tous un jour off, j'ai mon mercredi puisque je suis la seule à avoir des enfants en bas âge et on a des horaires plutôt corrects. Je ne me serais pas mise dans un cabinet avec des gardes de nuits ou de weekend. » MG10

« On n'est pas à temps plein au cabinet, on garde du temps libre pour avoir des activités personnelles. » MG16

« J'ai toujours dit que je ferai des horaires raisonnables et pas de samedi matin. » MG7

8. Le local du cabinet

▪ Normes handicapées

« Les locaux sont refaits à neuf et aux normes handicapées, il n'y avait aucun frais à prévoir. » MG3

« C'était en construction donc il fallait que ce soit aux normes handicapées, moderne et surtout bien isolé phoniquement avec la salle d'attente. » MG5

▪ Salle personnelle

« Je voulais avoir mon espace car c'est plus agréable d'avoir un lieu personnel que l'on s'approprie. Je ne voulais pas partager mon cabinet à mi-temps. » MG7

« J'avais besoin d'une salle personnelle car je fais un peu d'ostéopathie et de l'échographie donc j'ai du matériel spécifique dont je ne pouvais imposer les frais à un associé. » MG14

9. Informatisation et tenue des dossiers

« Il était indispensable que ce soit informatisé. Mes associés ont accès aux dossiers médicaux, donc quand je ne suis pas là, mes patients peuvent consulter mes associés, la continuité des soins est assurée. » MG12

« Il fallait des dossiers informatisés et bien tenus. Moi j'ai fait une thèse sur la qualité des dossiers médicaux et il est prouvé que pour faire de la bonne médecine, il faut une bonne tenue des dossiers. Le logiciel est aussi très important donc il faut bien réfléchir avant de le choisir. » MG13

« Je voulais un logiciel efficace et facile d'utilisation. » MG5

10. Accessibilité aux structures de soins

« L'accessibilité aux structures de soins était un critère important : trente minutes de l'hôpital et quinze minutes du laboratoire et du centre de radiologie. » MG6

« Je ne voulais pas être en rural car trop isolé des autres sources de soins. » MG8

« On n'est pas loin des hôpitaux, donc s'il y a une urgence, on peut gérer facilement. » MG10

F. Retours sur la formation reçue

1. Ressenti : un manque de préparation à l'activité libérale

« On était totalement perdus. On n'est absolument pas préparé à la faculté à ce qu'est gérer un cabinet médical. Moi je me suis débrouillée toute seule. » MG1

« Quand on s'installe non seulement on a peur de ne pas être à la hauteur médicalement, mais en plus il faut gérer des choses auxquelles on n'a pas été préparé pendant notre formation. Le plus dur c'est le social, la comptabilité, les charges, les déclarations et il est très facile de se faire avoir. » MG10

« Je pense que la gestion du cabinet c'est une partie du métier pour lequel on n'est pas préparé. Les maîtres de stages n'orientent pas la formation dessus non plus, car ils ont des comptables qui s'occupent de ça donc ils n'ont pas forcément les connaissances pour expliquer aux jeunes. » MG16

« L'organisation, l'administratif, le coût de l'activité libérale : on ne l'apprend pas à la faculté. Par exemple : quelles vont être les recettes que l'on va avoir et combien doit-on ressortir pour les charges. On apprend sur le tas. Le gros problème de notre formation c'est qu'on apprend la médecine générale à l'hôpital or la médecine hospitalière ce n'est pas de la médecine générale. » MG3

2. Les stages ambulatoires : l'ouverture vers la médecine générale

« Les stages ambulatoires sont primordiaux pour la formation. J'ai eu deux maîtres de stage très concernés par la formation des internes et impliqués dans les syndicats avec l'envie de faire bouger les choses c'était plutôt motivant. J'ai aussi eu la chance de faire un SASPAS ce qui permet de découvrir la médecine générale dans des conditions idéales : pouvoir débriefer de chaque consultation c'est très rassurant avant de se pratiquer seul. C'est vraiment dommage que tout le monde n'y ait pas accès. » MG12

« Le stage ambulatoire permet de découvrir la relation patient-médecin traitant, d'apprendre à gérer le temps de consultation, les appels et d'avoir un rapport à l'argent aussi. Il permet aussi d'approcher tout ce qui est administratif, sécurité sociale, comptabilité car c'est ce qui fait peur aux jeunes et c'est le seul moment de la formation où l'on peut leur montrer, ce n'est pas à l'hôpital qu'ils vont apprendre tout ça. » MG13

« C'est indispensable. Moi j'ai eu la chance d'avoir le stage de niveau 1 et le SASPAS et c'est le minimum pour découvrir le monde du libéral car lorsqu'on s'installe on découvre pleins de formalités administratives auxquelles on n'a jamais été confrontés. Donc un an d'ambulatoire c'est le minimum pour être à peu près serein au moment de l'installation. » MG14

« Ils m'ont permis de découvrir mon métier à bac +8 ; mieux vaut tard que jamais ! Comme je voulais m'installer rapidement, le but était de faire un maximum d'ambulatoire pendant mon internat et si possible en autonomie. » MG17

3. Le DES de médecine générale : plus de stages ambulatoires.

« Passer l'internat à 4 ans c'est plutôt une bonne idée car j'aurais bien fait un ou deux stages supplémentaires, si possible en ambulatoire, par exemple en gynécologie car je ne suis pas à l'aise, et en psychiatrie de ville car ça revient très souvent en pratique. Mais le problème sera de trouver les terrains de stages... » MG13

« 50% d'hospitalier contre 50% d'ambulatoire me semblerait logique pour un internat de médecine générale. » MG14

« Si c'est pour faire 1 an d'hôpital supplémentaire ça ne sert à rien. Malheureusement, comme il n'y a pas suffisamment de maîtres de stage l'équation n'est pas favorable. » MG17

« Il faudrait trois stages ambulatoires, progressivement en autonomie et dans des secteurs différents, en restant à trois ans d'internat, car si on augmente à quatre ans ce n'est pas pour améliorer notre formation mais pour avoir des médecins à bas prix à l'hôpital ! » MG7

4. Être maître de stage : former et se reformer

a) Permettre aux jeunes de découvrir la médecine générale

« Je voulais faire bénéficier aux jeunes de la formation que j'ai eu car je pense que les stages ambulatoires sont primordiaux et comme il y a un manque cruel de maîtres de stage c'est avec plaisir que j'apporte mon expérience. » MG12

« Le stage ambulatoire a déterminé ma vie professionnelle puisque je me suis installé avec mon maître de stage, donc je trouve ça normal de rendre ce que l'on m'a donné. » MG14

« C'est très stimulant intellectuellement, en plus accueillir des jeunes médecins en rural c'est la meilleure solution pour qu'ils voient sur le terrain que la médecine rurale c'est faisable et pourquoi pas créer des vocations. » MG15

b) Une formation médicale continue enrichissante

« Avoir un interne permet d'échanger nos connaissances, de discuter des prises en charge et des recommandations, c'est une formation médicale continue très intéressante. » MG13

« Être maître de stage permet de garder un pied dans la formation et les recommandations, cela nous force à réfléchir car lorsqu'on est seul on prend de mauvaises habitudes et on peut faire des erreurs, c'est vraiment enrichissant. Et j'essaie de leur montrer la part administrative et gestion du cabinet pour ne pas qu'ils fassent les mêmes erreurs que moi car c'est ce qui m'a fait défaut. » MG16

« Le fait d'avoir un interne permet de ne pas s'encroûter, cela nous pousse à s'interroger au quotidien sur notre pratique, à justifier ce que l'on fait, à se mettre à jour, et quand il pose des questions c'est l'objet de recherches aussi bien pour l'interne que pour le maître de stage, c'est très stimulant. » MG17

c) En projet...

« J'ai adoré mes maîtres de stages et j'ai plutôt la fibre pédagogique donc j'aimerais en faire bénéficier les étudiants dès que je pourrai, je crois qu'il faut trois ans d'installation. » MG4

« Je ne sais pas si je serai maître de stage plus tard, si oui je le serai en priorité pour les externes car je trouve qu'il faut montrer la médecine générale plus tôt dans le cursus. J'aimerais leur apporter une petite lumière d'humanité que beaucoup de spécialistes oublient après. » MG7

5. Idées pour améliorer la formation

a) Valorisation de la médecine générale

« Le message que l'on passe dans les facultés reflète vraiment les envies des étudiants et ce dès les premières années. Il faut donc donner envie aux étudiants de se diriger vers la médecine générale. Il ne faut pas oublier qu'il y a de nombreux internes de médecine générale qui n'ont pas choisi cette spécialité par vocation mais par échec à l'ECN. Il faut donc leur montrer qu'il y a plein de pratiques possibles aussi différentes et variées les unes des autres afin qu'ils ne soient pas des médecins frustrés. » MG1

b) Stage ambulatoire obligatoire pendant l'externat

« Il faut faire découvrir la médecine générale aux jeunes beaucoup plus tôt dans le cursus. Le stage ambulatoire pendant l'externat doit être généralisé car à l'ECN on ne peut choisir que ce que l'on connaît, donc les jeunes étant formatés à la vision hospitalière et réductrice de la médecine générale, les vocations de généralistes ne sont pas favorisées. » MG17

« Je pense qu'un stage ambulatoire pendant l'externat est primordial. Toute la formation est faite à l'hôpital or un tiers des places de l'ECN sont allouées à la médecine générale il faut donc qu'ils sachent en quoi consiste ce métier. » MG7

c) Favoriser les stages ambulatoires

« 50% de stages ambulatoires me semble logique pour un internat de médecine générale. » MG14

« Il faut plus de stages en ville pour que les jeunes se rendent compte de toute ce qu'englobe la médecine générale libérale. » MG10

« En médecine générale il y a beaucoup de choses à faire donc il faut leur donner envie sur le terrain : il faut des stages ambulatoires, en PMI, en urbain, en rural... En parallèle, il faut que les médecins installés réalisent que c'est une richesse d'avoir des internes afin de multiplier les terrains. » MG15

« Le stage de niveau 1 devrait être obligatoire dans la première année du DES car ceux qui passent tard en ville se sont souvent inscrits au DESC d'urgence après leur passage aux urgences. » MG17

d) Mise en place de cours de gestion et comptabilité

« Si on veut plus d'installation, il faut répondre aux craintes des jeunes en mettant plus de moyens dans la formation afin de les armer aux formalités administratives et sociales. »
MG10

« Il faudrait quelques cours de comptabilité à la faculté et expliquer les formalités à remplir car beaucoup en ont peur et cela peut les influencer à rester dans le salariat. » MG16

« Un séminaire obligatoire sur l'installation, en faisant éventuellement intervenir la CPAM, l'URSSAF, l'ordre des médecins afin de bien expliquer les démarches, pourrait permettre aux jeunes de se sentir mieux encadrés et soutenus. » MG7

« Il faudrait rajouter dans les objectifs de stage un item comptabilité et gestion du cabinet. »
MG10

e) Tuteurs

« On n'a pas beaucoup de ressources, on est seul quand on sort de la faculté, je pense que ça serait bien d'avoir un tuteur attitré que l'on puisse joindre ne serait-ce que par mail en cas de besoin, pour poser des questions, avoir des conseils. » MG7

G. Si c'était à refaire ?

1. Totalement satisfait

« Je referais pareil, mon travail et mes conditions d'exercice me plaisent beaucoup. » MG11

« Quatre ans après je suis contente, l'organisation me convient, j'ai l'impression d'être bien équilibrée tant au niveau professionnel que personnel. » MG12

« Je referais pareil sans hésitation ! Même si je finissais premier à l'ECN je reprendrais médecine générale et je m'installerais ici, je considère mon installation réussie. » MG14

2. Erreurs à ne pas refaire...

« Je regrette de ne pas m'être mieux renseignée avant de commencer les remplacements, j'aurais peut-être pu éviter mon erreur sur l'association de gestion agréée. » MG1

« Comme ça n'allait pas au cabinet de groupe, j'ai recommencé seul. Je n'aurais pas dû m'associer mais prolonger la collaboration le temps que nos divergences se résolvent. » MG13

« Je pense que j'étudierais mieux la démographie médicale car on est 24 médecins généralistes dans le quartier donc ce n'est pas si facile de faire sa place. » MG9

« J'adore mon métier au quotidien, mais les dix années d'études que j'ai vécues je ne les referais pas car ce sont des études trop sadiques, ça pourrait se passer différemment. » MG7

3. Voyager

« J'aurais bien aimé faire des remplacements dans les DOMTOM ou à l'étranger, pour voir différentes choses et voyager un peu, il y a beaucoup de propositions intéressantes pour les remplaçants. » MG5

« Peut-être partir 6 mois outre-mer faire des remplacements, avant de s'installer car après c'est compliqué de partir en vacances longtemps car on n'est pas payé et les patients comptent sur nous. » MG16

H. *Conseils aux futures générations*

1. Concernant l'internat

a) Faire des stages variés et utiles pour la pratique future

« Faites des stages variés pendant l'internat » MG16

« C'est bien de savoir ce que l'on veut faire : cela permet de choisir des stages utiles pour votre future pratique et d'apprendre de façon plus ciblée. » MG8

« Profitez des stages, surtout celui chez le praticien, pour vous former et découvrir la médecine libérale, n'hésitez pas à poser des questions aux praticiens et leur demander de vous expliquer les modalités administratives que l'on n'aborde pas à l'hôpital. » MG11

b) Etre actif et réactif en stage

« Soyez actif dans tous les stages cela peut vous permettre de trouver votre voie. » MG1

« Il faut profiter de chaque stage pour faire votre propre formation, piochez à chaque endroit ce qui peut vous être utile pour la suite et faites un maximum de gestes. » MG7

« Essayez de faire des gestes techniques, aux urgences par exemple, comme des prises de sang, la pose de perfusions, de sondes urinaires, cela sert toujours en ville. » MG8

c) Débuter les remplacements pendant l'internat

« Moi j'aimerais bien que les jeunes commencent les remplacements pendant leur internat. Cela permet de se confronter à une activité libérale et de se rendre compte que l'on est mieux payé qu'à l'hôpital et ça c'est attrayant ! » MG3

2. Concernant les remplacements

a) Faire des remplacements variés pour déterminer sa pratique

« Remplacer c'est une bonne façon pour se faire une idée de la pratique que l'on souhaite avoir dans le futur car beaucoup de choses différentes sont possibles. Il faut vraiment bien réfléchir avant, car une fois lancé c'est plus difficile de modifier les choses. » MG13

« Il faut vraiment expérimenter différents types de pratiques pour vraiment savoir ce que l'on veut faire. » MG15

b) Mettre de l'argent de côté

« Lorsqu'on remplace on gagne un peu d'argent, mais attention mettez de côté car les rattrapages de l'URSSAF et de la CARMF peuvent faire très mal. » MG10

« Les charges pour les médecins qui s'installent sont énormes. L'URSSAF on est plus ou moins avertis, mais moi j'ai eu un gros choc avec la CARMF ; il faut vraiment prévoir et mettre de côté la moitié des recettes. » MG9

3. Concernant le choix d'installation

a) Cabinet de groupe : avantages et inconvénients

« Je pense que tout ce qui est groupement de médecins et maisons pluridisciplinaires, c'est la médecine du future et c'est sans doute une très bonne médecine. » MG1

« Les jeunes préfèrent l'exercice en groupe, il faut quand même être conscient que l'on perd en liberté, il faut bien peser les avantages et les inconvénients. » MG13

« Je pense qu'il faut s'installer à plusieurs pour organiser son emploi du temps et garder du temps pour sa vie personnelle. » MG5

« Il faut bien connaître ses associés car il peut y avoir des problèmes et mésententes dont l'origine est souvent pécuniaire et c'est bien dommage. » MG14

b) Bien réfléchir avant de reprendre une patientèle

« Il ne faut pas reprendre à tout prix le premier cabinet venu sous prétexte qu'il est à côté de chez vous, que vous avez vu que celui-là, que vous avez remplacé que là. Il y a tellement de choses à faire en médecine générale que ça serait dommage de vous enfermer dans une pratique qui ne vous convient pas vraiment. » MG16

« Ne vous précipitez pas, remplacez un peu pour voir comment ça se passe, savoir ce qui vous plaît et ce qui ne vous plaît pas. » MG6

c) Bien se renseigner sur la démographie médicale

« Au moment de l'installation, renseignez-vous bien sur la démographie médicale. Je pense qu'il vaut mieux reprendre une patientèle plutôt que d'en créer une, afin de partir avec une base de patientèle à agrandir si besoin. » MG11

d) La collaboration

« Le statut de collaboratrice c'est très bien car ça ne nous oblige pas de s'associer ni de mettre un apport financier que l'on n'a pas forcément à 30 ans. » MG1

e) Rassurez-vous : du travail il y en a !

« Je ne sais pas comment va évoluer la démographie médicale mais pour l'instant ça vaut le coup. Le libéral a des avantages non négligeables, il faut se lancer. » MG13

« Installez-vous ! N'ayez pas peur de l'installation ! » MG17

« Avec les circonstances actuelles où beaucoup de médecins partent à la retraite, il n'y a aucun problème pour s'installer et trouver des patients rapidement. » MG8

g) S'installer en début d'année = avantages fiscaux et financiers

« J'aurais pu m'installer en novembre mais l'URSSAF me l'a déconseillé car j'aurais dû payer des charges trop importantes par rapport à ce que j'aurais gagné donc j'ai préféré m'installer en début d'année. » MG7

4. Concernant la gestion du cabinet au quotidien

a) Faire sa propre médecine

« Comme je dis souvent, la médecine générale c'est un peu comme le baccalauréat scientifique : on peut tout faire. On n'est pas bloqué dans un seul domaine. Connaissant plusieurs médecins généralistes, je me rends compte que l'on a chacun notre mode de fonctionnement. » MG1

« Dès le début, il faut savoir comment on veut fonctionner et s'organiser pour être le mieux optimisé possible. » MG7

b) S'organiser et dédier un temps administratif

« Mes internes me disent souvent « le tiers payant, les papiers, l'informatique... ce n'est pas pour moi. », mais au bout de quelques mois on s'y fait vite, c'est un peu déstabilisant au début car on n'y est pas préparé mais ce n'est pas diabolique au point de renoncer à ce mode d'exercice qui a tout de même un certain nombre d'avantages. » MG12

« Rassurez-vous : il faut foncer ! Oui il y a beaucoup de paperasse, mais rien de compliqué : scanner des documents, tenir les dossiers à jour, gérer les ALD, vérifier les paiements... il faut juste intégrer que cela fait partie du travail, il n'y a pas que les consultations. » MG13

« Au niveau administratif, si on est organisé et que l'on prévoit un temps dans la journée, consacré aux papiers, ce n'est pas si pénible. » MG17

c) Savoir dire « NON »

« Il faut apprendre à dire « non », que ce soit aux patients, aux instances, ou à soi-même, c'est très important car si un jeune médecin ne sait pas dire non, il va se faire piétiner et finir en burnout. » MG15

« Il faut éduquer sa patientèle dès le début pour éviter l'installation de mauvaises habitudes. » MG6

« C'est important de savoir cadrer ses patients et dire « non » sinon on se laisse trop facilement déborder. » MG7

d) Prendre du temps pour soi

« Il faut se ménager pour ne pas faire de burnout, c'est très à la mode en ce moment chez les médecins, mais il est vrai qu'avec les patients et la charge administrative c'est un métier assez fatigant. » MG2

« Il faut avant tout prendre soin de soi, essayer de se ménager, prendre des temps de repos. Ce n'est pas facile comme métier mais en contrepartie c'est très gratifiant. » MG5

« On parle toujours des inconvénients, mais il y a aussi beaucoup d'avantages : on prend ses vacances quand on veut, on gère ses horaires comme on veut, il n'y a pas d'astreinte le weekend, pas de réunion obligatoire, s'il y a moins de monde on peut fermer pour aller chez le coiffeur ou faire 2 courses au supermarché. » MG17

I. Pistes pour inciter les jeunes médecins généralistes à l'installation

1. Aides financières à l'installation

« Pour inciter les jeunes médecins généralistes, les ARS devraient donner une aide financière pour leur installation. On a quand même fait dix ans d'études et s'installer c'est aussi acheter des parts dans une société, un local, du matériel, tout cela représente beaucoup d'argent que l'on n'a pas forcément à trente ans. » MG1

« Une aide financière comme un prêt à taux 0 pourrait être intéressante pour les inciter à s'installer, pour gérer les frais d'installation tels que le matériel, le logiciel informatique, les ordonnanciers, les plaques. » MG4

« Maintenant il faut que les locaux soient aux normes handicapées, cela peut être un frein pour ceux qui veulent reprendre un cabinet, alors il faudrait des aides notamment pour financer les travaux. » MG12

2. Améliorer la diffusion des informations

« On n'est pas vraiment aidé dans la région PACA, c'est incroyable que l'on n'ait pas d'outils pour nous dire à quel endroit il y a des médecins, à quel endroit il n'y en a pas, et qui va bientôt partir à la retraite, c'est censé être le rôle de l'ARS. » MG13

« Il y a la plateforme internet de l'URPS qui fonctionne super bien dans d'autres régions, mais en PACA c'est vraiment catastrophique : la plateforme est vide, cela permettrait d'avoir tous les numéros de téléphones utiles, les formulaires nécessaires. » MG7

« Mieux centraliser les annonces à la faculté, car il existe quelques sites internet mais il y a peu d'annonces. On a souvent des échos, après coups, comme quoi tel médecin recherche un successeur depuis X années, alors que l'on n'en a jamais entendu parler. Moi je ne me serais pas vu démarcher les médecins au hasard. » MG6

« Faire du marketing territorial, faire des spots publicitaires sur la médecine générale, faire un film autour des médecins généralistes en poste, faire des séminaires avec des médecins généralistes, amener les jeunes dans des territoires ruraux, leur montrer que la vie en coût et en qualité est meilleure à la campagne. » MG3

3. Rassurer les jeunes

« On parle tout le temps des inconvénients, mais il y a aussi beaucoup d'avantages. » MG17

« Il faut montrer que c'est possible d'avoir des enfants et avoir une vie de famille. » MG3

« On est toujours en relation avec d'autres professionnels médicaux et paramédicaux en cas de besoin. » MG5

« Avec les circonstances actuelles où beaucoup de médecins partent à la retraite, il n'y a aucun problème pour s'installer ! » MG8

4. Valoriser la médecine générale

« Faire en sorte que la médecine générale ait plus de reconnaissance. Cela commence à l'hôpital : en effet, quand on est externe la médecine générale c'est la voie de rattrapage et quand on est interne le médecin de ville est souvent dénigré. Cela n'est pas valorisant et n'encourage pas vers cette voie. » MG5

« Rendre la médecine générale attrayante. Un jeune va comparer un médecin hospitalier qui gagne 3000/4000 euros en travaillant au service de l'hôpital et un médecin libéral qui gagne entre 7000 et 12000 euros, qui choisit son cadre de vie et qui est autonome... » MG3

« Il n'y a pas assez de communication entre l'hôpital et la ville. Cela fait des années qu'on en parle, certes il y a les réseaux qui se sont mis en place mais je trouve que cela fonctionne mal. » MG5

5. Faciliter les procédures administratives

« Il faut vraiment rendre les démarches administratives plus simples. » MG2

« Ce serait bien que les agents de la CPAM viennent nous voir plus souvent. Non pas pour nous faire la morale sur nos chiffres et cotations, mais plutôt pour répondre à nos questions et reprendre les cas qui nous ont posé problème. » MG10

« Il faudrait une meilleure communication entre la faculté et l'ordre des médecins alors que c'est la suite logique du parcours. » MG7

6. Favoriser l'accès aux stages ambulatoires

« Il faut donner envie aux jeunes en faisant plus de stages concrets chez le praticien. Pour cela, il faudrait que les médecins installés réalisent que c'est une richesse d'avoir des internes. » MG15

« Avoir plus de maîtres de stages pour montrer aux jeunes ce qu'est le libéral ! » MG16

7. Faciliter la mise en place des maisons médicales

« Faciliter la mise en place de maisons de santé parce qu'à l'heure actuelle il faut se battre contre tout le monde pour y arriver et même en étant très volontaire c'est vraiment difficile et usant. » MG16

« Il faut favoriser l'installation de maisons médicales pour attirer les jeunes. Dans mon secteur il y a eu trois projets, qui ont tous avortés par manque de médecins. » MG5

« Quand j'étais externe en Franche-Comté, j'étais allée dans une maison de santé. C'est très attractif pour les jeunes médecins, je pense que c'est la médecine du futur. » MG7

8. Mieux soutenir les médecins installés

« On a énormément de charges à payer, cela peut faire peur aux jeunes, donc si on diminuait un peu ces charges je pense que les jeunes médecins, s'installeraient plus. » MG1

« Il faudrait que le gouvernement arrête de nous mettre des bâtons dans les roues sans cesse. Par exemple récemment : le changement de cotation des indemnités kilométriques pour les visites à domicile ; on n'a vraiment pas l'impression que des choses soient faites pour favoriser l'exercice libéral. » MG6

« Ne pas faire de tiers payant généralisé obligatoire, car cela peut faire peur aux futures générations, et ne peut que les freiner dans leur projet d'installation. » MG8

« Il y existe déjà des incitations pour les milieux ruraux, pourtant personne n'y va. Je pense que c'est aux collectivités locales de faire revivre leurs villages, en mettant des commerces, des cinémas, des activités attractives, une équipe d'infirmiers, de kinésithérapeutes, bref un minimum d'activités sur place qui permettraient de rassurer les praticiens et leurs familles. » MG8

Quatrième partie : Discussion

I. Notre étude

A. *Ses forces*

Le thème de la démographie médicale est un véritable problème de santé publique de nos jours.

L'installation des jeunes médecins est un sujet prisé par les thésards mais toujours pour interroger les médecins remplaçants et les internes sur les freins à l'installation. Il n'existait pas d'étude interrogeant les médecins récemment installés pour connaître leur parcours.

Le choix de la méthode qualitative a permis un recueil de données subjectives et personnelles propres aux interviewés concernant leurs expériences, leurs ressentis, leurs conseils, qu'aucune autre méthode n'aurait pu analyser.

La méthode de recrutement double d'une part via des appels téléphoniques au cabinet afin de sensibiliser les participants potentiels directement au sujet de l'étude et d'autre part via l'envoi d'un mail par le biais d'une mailling-list qui leur est familière a permis un engouement intéressant et donc un recrutement rapide des participants.

L'échantillon était bien diversifié de par les états civils (âge, sexe, statut familial), les facultés de formation d'origine, les différents modes d'exercices.

Le critère de sélection imposant d'avoir passé l'ECN a permis de sélectionner un échantillon ayant reçu la formation toujours en vigueur de nos jours et donc de pouvoir les interroger sur leur ressenti vis-à-vis de leur formation et d'émettre des idées d'amélioration.

De même, les participants ayant eux-mêmes soutenu leur propre thèse relativement récemment étaient fortement volontaires d'aider une nouvelle thésarde.

Par ailleurs, le critère de sélection de primo-installation entre 2008 et 2016 en fait un évènement suffisamment récent pour limiter les biais de mémorisation.

Les entretiens individuels, dans des locaux connus de l'interviewé offrant un climat de confiance, permettaient une certaine proximité et intimité propice à l'échange et à la délivrance d'informations.

La retranscription quasi-immédiate des entretiens permettait que les données soient fraîches dans la mémoire de l'interviewer afin d'inclure au récit des données non verbales du praticien (intonations, émotions, gestes...).

B. *Ses faiblesses*

Notre étude se limite aux jeunes médecins installés dans le département des Alpes-Maritimes (06). Il s'agit là de la principale faiblesse de l'étude. Bien que plusieurs participants proviennent d'autres régions de formation, permettant ainsi une analyse de la formation au niveau national, le parcours et les difficultés liées à l'installation ne peuvent être extrapolés au niveau national. Une étude plus étendue serait donc intéressante afin de déterminer si les résultats sont superposables, en revanche la faisabilité des entretiens individuels semble plus contraignante pour l'organisateur.

Un biais de recrutement apparaît lors de la recherche des médecins possédant une adresse professionnelle via l'annuaire électronique. En effet, seuls les médecins ayant fait la démarche de s'inscrire dans l'annuaire apparaissent. Il y a donc en réalité plus de médecins installés que ceux recensés par notre méthode. Néanmoins, cela n'a pas mis en péril l'obtention de la saturation des données.

Il n'y a pas eu de double codage, en effet, le recueil et l'analyse des entretiens ont été réalisés par la même personne. Cela peut induire un biais d'interprétation.

Par ailleurs, il n'y a pas eu de triangulation (comparaison des résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données différentes), ce qui aurait permis de donner plus de puissance à l'étude.

Notre étude a ciblé la spécialité de médecine générale, néanmoins, une étude semblable pourrait être menée concernant l'installation des médecins toutes les spécialités médicales libérales confondues.

II. Confrontation des principaux résultats aux autres publications

A. *Féminisation de la profession*

Notre étude montre une prévalence plus importante de femmes que d'hommes sur un échantillon sélectionné au hasard. En effet, plus féminisée, la population des médecins présente un profil démographique en constante évolution depuis une vingtaine d'années. La DREES estime que plus de 50% des médecins en exercice en 2022 seront des femmes, contre 42% en 2013.⁴

Parmi les médecins âgés de moins de 40 ans qualifiés en médecine générale, 60% sont des femmes qui ont fait le choix d'exercer en secteur libéral/mixte.¹

Elles aspirent à de nouveaux modes d'exercices permettant de conjuguer vie professionnelle et vie privée notamment en matière de gestion du temps de travail (réduction des horaires, des visites à domicile et des gardes). Selon le journal La Croix, dans une enquête ministérielle de mars 2012, les femmes généralistes déclaraient travailler 53 heures par semaine en moyenne contre 59 heures par semaine pour les hommes.

L'analyse des données qualitatives sur les parcours professionnels et familiaux des médecins hospitaliers ou libéraux montre clairement que les femmes ont impulsé une certaine prise de distance envers le modèle de la disponibilité permanente caractérisant jadis la pratique médicale en France. Désormais, une part non négligeable des hommes médecins sont également amenés à adopter des pratiques de réaménagement de leurs temps de travail et de leur investissement familial.²⁶

L'aspiration à davantage d'équilibre entre vie personnelle et professionnelle est donc plus une question de génération, qu'un phénomène lié à la féminisation de la profession comme le suggéraient certains.²⁷

B. *L'âge d'installation revu à la baisse*

L'âge moyen d'installation des participants de notre étude était de 30,3 ans ; ce qui contraste avec les données établies précédemment estimant l'âge moyen de l'entrée à l'ordre des médecins en PACA en 2013 à 34 ans.²⁸

Cela peut s'expliquer en partie par le fait que les médecins interrogés font partie de la première génération ayant eu accès au SASPAS car son introduction est récente (2004). En effet, il ressort de l'étude que sa réalisation influence vers l'installation, en permettant une autonomisation et une approche du monde libéral plus précocement et donc en réduisait par la suite la durée des remplacements.

Ces données encourageantes confirment le rôle nettement positif de ce stage, déjà souligné lors de plusieurs enquêtes^{15, 29, 30}.

Par ailleurs, cela peut également se justifier par une accentuation des départs à la retraite dans notre département vieillissant et donc la multiplication des opportunités d'installation

en effet plus de trois remplaçants sur quatre ont déjà reçu une offre concrète de reprise de patientèle.²⁹

C. Les remplacements : une transition importante avant l'installation

Après l'internat, tous nos participants ont effectué des remplacements. La durée moyenne de cette phase de remplacements est de 2ans et 8mois. Cela rejoint les résultats de diverses études sur les remplacements et les freins à l'installation où les étudiants diffèrent le moment de leur installation plus de 9 fois sur 10 et près de 6 sur 10 ne l'envisagent pas avant 3 ans après le doctorat, avec pour raisons principales le manque d'expérience professionnelle et la priorité donnée à leurs projets personnels ³¹.

Notre étude a permis de révéler que les remplacements occupent une place primordiale dans le parcours de nos participants. Ils permettent avant tout la découverte du monde libéral en autonomie dans toute sa diversité et ses subtilités. Ainsi, ils sont considérés comme un complément de formation, permettant de s'autonomiser et de déterminer ses envies pour sa propre pratique future.

Néanmoins, la phase de remplacement ne dure qu'un temps car l'objectif final de tous nos participants était bien de s'installer afin d'assurer un suivi régulier des patients, d'être autonome, d'avoir une stabilité financière et horaire.

De même, une enquête auprès des médecins libéraux inscrits du conseil régional de l'ordre des médecins d'Aquitaine, révèle que leurs principales motivations à l'installation sont l'indépendance, le contact privilégié avec la patientèle et la gestion du temps de travail.¹⁷

Dans ce sens, l'étude du Dr Decorde montre que 84,1% des remplaçants envisagent de s'installer, ce qui est plutôt encourageant, mais seuls 20% d'entre eux envisagent de s'installer dans l'année, tandis qu'un quart repoussent ce délai au-delà de 3 ans de remplacement.²⁹

D. Une nouvelle médecine : centrée sur l'épanouissement personnel

Une enquête, réalisée auprès des étudiants de la faculté de médecine et des jeunes médecins de Bourgogne, indique que 3 étudiants sur 4 privilégient les facteurs extra-professionnels pour choisir leurs conditions d'installation.³²

1. Cabinet de groupe

Seuls deux participants de notre étude exerçaient seul dans leur cabinet. Cela montre bien, la généralisation de l'exercice en groupe.

Déjà en 2002, la mission « Démographie des professions de santé » faisait état dans son rapport que, l'ensemble des professionnels de santé ne souhaitait plus l'exercice isolé, que ce soit en milieu urbain ou rural. ³³

Cette tendance au regroupement des médecins généralistes se retrouve dans plusieurs études, notamment l'enquête de l'URML Rhône-Alpes auprès des internes en médecine générale qui montrait qu'en 2005, 67 % des internes qui souhaitaient s'installer en libéral, s'imaginaient travailler en cabinet de groupe et 18 % au sein d'un centre pluridisciplinaire libéral. Très peu souhaitaient exercer seul³⁴. Les analyses de l'IRDES et de l'INPES à partir des enquêtes Baromètre santé médecins généralistes de 1998, 2003 et 2009 concluent à ce même constat^{35, 36}.

En France, la part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43% en 1998 à 54% en 2009. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe.³⁶

Cela se confirme plus récemment, avec une enquête dans les Pays de la Loire, retrouvant 67% des médecins généralistes installés en groupe, et un taux qui atteint 88 % chez les moins de 45 ans.³⁷

Les raisons de ce regroupement sont multiples : rejet de l'isolement intellectuel, souhait de préserver une qualité de vie personnelle et familiale avec un emploi du temps plus souple, partage des frais financiers, souci de faciliter la continuité des soins et leur permanence.

2. Milieu semi-rural ou urbain

La majorité des participants a privilégié les secteurs semi-rural ou urbain, seuls trois ont fait le choix du rural. Cela représente bien les tendances actuelles et les difficultés du gouvernement à attirer les jeunes générations dans les zones déficitaires en médecins.

On remarque notamment que le secteur « semi-rural » est de plus en plus prisé car il concilie les avantages des secteurs urbains et ruraux, sans en avoir les inconvénients. En effet, la patientèle y est considérée comme plus compréhensive et moins exigeante qu'en ville, les problèmes de circulation y sont moindres, sans pour autant être isolé car les pôles de santé sont relativement proches.

Ces résultats corroborent ceux de l'étude nationale du Dr Baude s'intéressant aux attentes des internes de médecine générale de l'année universitaire 2005-2006 où 42.1% des internes souhaitaient s'installer en urbain, 43.2 % en semi-rural, en revanche seulement 8 % en rural.³⁸

3. Personnalisation du temps de travail

a) Emploi du temps flexible

Au fil des entretiens, nous avons constaté de façon évidente que la priorité des jeunes médecins est désormais d'accorder du temps à leur vie de famille contrairement au modèle de la disponibilité permanente des anciens médecins.

Ainsi, la plupart des participants s'accorde des horaires sur mesure, un jour « off » par semaine et les astreintes de week-end sont souvent réparties entre associés.

Une étude réalisée sur un panel de médecins généralistes composé d'un échantillon national et de trois échantillons régionaux décrit que les praticiens consultent environ 9 demi-journées par semaine, et en PACA, la moitié des médecins déclare consulter tous les samedis matin ou un samedi sur deux. Par ailleurs, la part des visites, grandement chronophages, a fortement diminué puisqu'elles ne représentent plus que 12% du nombre total d'actes.³⁹

De plus, prendre des vacances n'est plus mission impossible de nos jours, en effet, l'exercice de groupe permet de pallier à la difficulté de trouver un remplaçant et d'assurer la continuité des soins.

b) Avec rendez-vous

Les consultations sur rendez-vous sont de plus en plus systématiques. En effet, tous les participants de notre étude consultaient sur rendez-vous, certains prévoyaient en plus quelques plages horaires sans rendez-vous pour les urgences. Ils considéraient ce fonctionnement plus confortable pour eux car ils connaissaient d'avance leurs horaires et n'étaient pas stressés par le monde s'accumulant dans la salle d'attente, mais aussi pour les patients qui n'attendent plus des heures leur consultation.

Une étude sur un panel de médecins généralistes du Pays de la Loire montre que la majorité organisent leurs consultations exclusivement sur rendez-vous et que les médecins en groupe le font beaucoup plus systématiquement (90 % vs 67 % pour ceux en cabinet individuel). Dans les autres cas, c'est l'organisation mixte qui est privilégiée.³⁷

c) Trajets domicile-cabinet

Afin de privilégier une certaine qualité de vie, les jeunes généralistes de notre étude sont plus enclins à exercer dans un cabinet plus éloigné de leur lieu d'habitation que leurs aînés. En effet, alors que 70% des généralistes de plus de 55 ans habitent à moins de 5 minutes de leur cabinet, c'est le cas pour seulement 35% des moins de 45 ans.⁴⁰ Ce choix est également perçu dans l'enquête nationale auprès des internes de médecine générale, puisque la majorité des étudiants souhaite implanter leur lieu d'exercice dans une zone d'au maximum 15-30 minutes de leur lieu d'habitation. Très peu conçoivent par contre d'exercer au-delà d'une distance de 45 minutes.⁴¹

4. Statut de collaborateur

Plus de la moitié de nos participants ont opté pour le statut de collaborateur pour débiter leur installation. Ce statut existe depuis la loi du 2 août 2005.⁴² Le collaborateur libéral est un médecin thésé qui exerce sous contrat dans le cabinet d'un médecin installé. Il exerce son activité professionnelle en toute indépendance, perçoit des honoraires à son nom, mais rétrocède un pourcentage au médecin titulaire pour les charges du cabinet. La collaboration doit ainsi permettre à un jeune médecin d'acquérir de l'expérience auprès d'un confrère souvent avant de lui succéder ou de se créer une clientèle et de s'installer à son compte dans son propre cabinet.

Ce statut récent, attire beaucoup de jeunes médecins car il n'impose pas d'investissement financier ni d'obligation d'association. Mais il n'existe pas encore d'étude pouvant corroborer nos résultats.

E. Des démarches administratives chronophages mais simples

Frein majeur à l'installation retrouvé dans nombre d'études^{29 31 43 44}, les démarches administratives ont été abordées longuement pendant nos entretiens apportant une nouvelle vision : l'expérience des médecins récemment installés. Ces données sont primordiales car ce sont les premiers retours d'expérience de médecins fraîchement installés, et cela pourrait permettre de dé-diaboliser la part administrative de la profession libérale qui repousse tant d'étudiants.

Concernant les démarches d'installation, nous avons constaté que le conseil départemental de l'ordre des médecins est d'une aide précieuse pour la majorité des nouveaux praticiens, en les orientant vers les différentes structures. Il s'avère que le temps passé à régler toutes les formalités est important, mais qu'aucune difficulté majeure n'a été rencontrée.

1. Les étapes principales de l'installation

- L'inscription au tableau de l'Ordre des médecins :

Elle est obligatoire pour tout médecin qui exerce en France. Le défaut d'inscription est constitutif du délit d'exercice illégal de la médecine et puni des peines de deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende.⁴⁵ Tout médecin qui demande son inscription au tableau de l'Ordre des médecins, doit remettre sa demande accompagnée d'un dossier complet de pièces justificatives, au conseil départemental de l'Ordre dans lequel il établit sa résidence professionnelle.⁴⁶ Le conseil départemental doit statuer sur la demande d'inscription dans un délai maximum de trois mois à compter de la réception de la demande. Il délivre une attestation d'inscription au tableau de l'Ordre sur laquelle figure le numéro répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et procède à l'enregistrement du diplôme.

La carte de professionnel de santé (CPS) est automatiquement envoyée par l'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP Santé) suite à l'inscription au tableau.

- L'inscription à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)

Une fois en possession de l'attestation d'inscription au tableau de l'Ordre, il faut prendre rendez-vous avec un conseiller de l'assurance maladie muni d'une pièce d'identité, d'un RIB professionnel et le cas échéant les justificatifs permettant l'accès au secteur 2. Lors du rendez-vous, le conseiller répond aux questions, propose d'adhérer à la convention médicale

nationale, explique l'utilisation de la carte CPS, des services de l'Assurance Maladie et les dispositifs de formation professionnelle continue.

- **L'inscription à l'Urssaf**

La plupart du temps, c'est le conseiller de l'assurance maladie qui effectue l'inscription à l'Urssaf ou selon la situation l'affiliation au régime social des indépendants (RSI).

Le régime de l'Urssaf comporte des cotisations obligatoires : assurance maladie, allocations familiales, contribution sociale généralisée (CSG) et contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), contribution aux unions régionales des professionnels de santé (CURPS), contribution à la formation professionnelle (CFP).

Chaque année, la déclaration des revenus selon des modalités spécifiques permet le calcul des cotisations. En début d'activité, le calcul des cotisations se fait sur une base forfaitaire.

Les médecins du secteur 2 peuvent être affiliés pour leur cotisation d'assurance maladie-maternité soit auprès de la CPAM soit auprès du RSI.

- **L'inscription à la CARMF**

L'adhésion à la CARMF est obligatoire pour tout médecin inscrit à l'Ordre et exerçant en libéral, même à temps partiel, même s'il exerce par ailleurs une activité salariée.

Le médecin doit se déclarer à la CARMF dans le mois qui suit le début de l'activité libérale. L'affiliation sera prononcée au premier jour du trimestre civil suivant le début de l'exercice médical non salarié.

Le médecin remplaçant doit également être affilié à la CARMF sauf s'il n'est pas encore titulaire du diplôme de Docteur en médecine et non inscrit au tableau de l'Ordre des médecins.

- **Adhésion à une assurance responsabilité civile professionnelle (RCP)**

Tous les professionnels de santé exerçant à titre libéral doivent avoir une assurance responsabilité civile couvrant l'ensemble des actes qu'ils pratiquent.⁴⁷ Le manquement à cette obligation d'assurance peut entraîner des sanctions pénales et disciplinaires.

- **L'inscription à une association de gestion agréée (AGA)**

Ces associations ont été créées en 1973 dont la vocation première est d'apporter une assistance à la gestion et une sécurité fiscale à leurs membres adhérents.⁴⁸

En contrepartie de l'engagement de sincérité fiscale qu'il prend au moment d'adhérer, le professionnel libéral peut prétendre à un avantage fiscal ne supportant pas la majoration de 25 % d'imposition applicable aux non-adhérents d'association agréée.

2. Les principaux modes d'exercices

Le cabinet médical est juridiquement et fiscalement considéré comme une réelle entreprise. La création de différents types de sociétés a pour finalité de faciliter l'exercice professionnel sur le plan économique comme sur le plan des contraintes fiscales. Bien choisir son statut est devenu un vrai challenge pour un jeune médecin.

Installation seul

Entreprise individuelle

C'est la plus couramment choisie car aucun apport de capital n'est nécessaire. Il n'y a pas de séparation entre le patrimoine privé et celui de l'entreprise. Néanmoins, l'habitation principale de l'entrepreneur individuel est automatiquement protégée car elle est insaisissable en cas de dettes professionnelles. Elle est soumise à l'impôt sur le revenu.

Entrepreneur individuel à responsabilité limitée (EIRL)

Elle possède les mêmes caractéristiques que l'entreprise individuelle mais permet de mettre à l'abri son patrimoine personnel en affectant certains biens à l'exercice de l'activité sans obligation de créer une société. Elle est soumise à l'impôt sur le revenu mais peut opter de façon irrévocable à l'impôt sur les sociétés (taux de 33,33%).

Installation en groupe

L'installation en groupe permet de mettre en commun les moyens (locaux, informatique, secrétariat, plateaux techniques...).

Groupements de moyens :

- Société Civile Immobilière (SCI) pour une mise en commun immobilière
- Société Civile de Moyens (SCM) pour une mise en commun de moyens matériels.

Ces deux types de société peuvent regrouper des professionnels de santé médicaux et paramédicaux de différentes spécialités, par la mise en commun de moyens et le partage de frais selon une répartition choisie, sans faire de bénéfices et sans mise en commun d'honoraires. Chaque associé est responsable individuellement de ses actes, ils sont responsables conjointement des dettes de la SCM ou de la SCI. La société peut acheter du matériel, ouvrir un compte bancaire, conclure un bail et engager du personnel.

Groupement d'exercices avec personnalité morale :

- Société Civile Professionnelle (SCP) :

Elle regroupe que des professionnels de la même profession, permet de mettre en commun moyens, patientèles et recettes. Il n'y a pas de capital minimum. Toutes les recettes sont mises sur le compte conjoint de la SCP. Les charges personnelles restent dues séparément. Les feuilles de soin sont au nom de la SCP et chaque associé y inscrit son nom individuellement. La société est solidairement et indéfiniment responsable des fautes professionnelles de ses associés. Elle est soumise à l'impôt sur le revenu mais peut opter de façon irrévocable à l'impôt sur les sociétés

- Société d'Exercice Libéral (SEL) :

Regroupe des individus de la même profession et dans la même situation vis-à-vis de la convention nationale. La plupart des SEL sont des SELARL (SEL à responsabilité limitée). C'est la SEL qui est inscrite au tableau du conseil de l'Ordre. La société est soumise aux bénéfices industriels et commerciaux (BIC) et à l'impôt sur les sociétés. Les associés ont des bénéfices individuels non commerciaux (BNC) soumis à l'impôt sur le revenu. Le capital est librement fixé, chaque associé est redevable de dettes qu'à hauteur de son apport.

Depuis peu, l'apport de capitaux extérieurs est autorisé dans les SEL, permettant aux jeunes confrères de s'associer au sein d'une SEL avec un apport minimum de fonds en bénéficiant du soutien financier des confrères plus anciens qui n'exercent pas ou plus, ces derniers trouvant un complément de rémunération au cours de leur activité ou lors de leur retraite.

Les nouvelles formes d'exercice en groupe :

- Les Maisons de santé :

C'est un lieu physique d'exercice qui rassemble plusieurs professionnels des soins de santé et travailleurs sociaux unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients.

- Les Pôles de santé :

C'est un regroupement de professionnels de santé unis par les mêmes règles et objectifs de fonctionnement que ceux d'une "maison de santé" mais exerçant dans et/ou hors les murs.

3. Charges administratives quotidiennes

Concernant la charge administrative au quotidien, tous s'accordent pour dire que cela fait partie intégrante du travail de médecin généraliste et qu'avec un peu de pratique outre le caractère chronophage cela ne représente pas de difficulté à condition de prévoir le temps nécessaire chaque jour en plus des consultations médicales pour ne pas se laisser déborder.

F. Un manque de formation pratique à l'activité libérale

Il faut rappeler que sur 9 ans d'études, seuls 6 mois sont obligatoires en stage de médecine générale et tout le reste du cursus universitaire est effectué en milieu hospitalo-universitaire. Cette maquette universitaire a suscité de nombreuses critiques de la part de nos participants. En effet, si le stage ambulatoire occupe une place primordiale et déterminante dans la formation, 6 mois s'avèrent beaucoup trop courts pour se confronter à toutes les spécificités de la médecine libérale et notamment le côté gestion administrative. Les internes orientent leurs choix en fonction de ce qu'ils connaissent. Puisque leur formation ne les amène que rarement au contact de la pratique de médecine générale, ils préfèrent se préparer à une activité professionnelle salariée dont ils perçoivent bien les avantages et les inconvénients.³⁸

Une étude menée auprès d'étudiants de médecine sortant de la faculté de Toulouse montre un nombre croissant d'internes qui soutiennent leur thèse directement à la fin de leur DES et s'installent rapidement. Cela est expliqué notamment par le fait d'un meilleur accès aux stages ambulatoires depuis 2008 où un grand nombre de terrains de stages sont ouverts, ils ont en effet la possibilité de passer jusqu'à un an et demi en médecine ambulatoire.⁴⁹

Les stages SASPAS sont de bonnes transitions entre le statut d'interne et celui de médecin, sans forcément passer par celui de remplaçant. Ils permettent d'acquérir de l'expérience dans le monde libéral. L'interne peut profiter durant ce stage de prendre en charge des patients nécessitant un suivi au long court, de participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion. C'est l'occasion d'appréhender le contexte administratif qui fait souvent défaut dans notre formation.³⁰

Il semble donc indispensable d'intégrer plus de stages ambulatoires, afin que des internes soit autonomes et compétant en gestion libérale à la fin de leur DES et se sentent prêts pour s'installer plus tôt.

G. Un projet qui en vaut la peine

Nos participants étaient majoritairement satisfaits de leur installation. Quelques erreurs sont à répertorier pour éviter aux jeunes médecins de les reproduire, mais tous recommandaient vivement aux étudiants de ne pas hésiter quant à la décision de s'installer et de pratiquer du libéral.

Les remplaçants avouent souvent craindre une diminution de leur qualité de vie en cas d'installation. Il n'en est rien : les jeunes installés la trouvent meilleure (50%) ou identique (32,8%) actuellement par rapport à leurs années de remplacement.²⁹ Ce hiatus, qui avait déjà été observé est probablement à mettre en avant afin d'effacer certaines craintes, injustifiées, envers l'installation.⁵⁰

Cette satisfaction des jeunes installés est confirmée par le fait qu'une infime fraction d'entre eux regrette (6,8%) de s'être installés.²⁹ De même, l'étude du CNOM montrait que 86% d'entre eux recommanderaient à un confrère d'exercer en libéral.¹

III. Pistes pour le futur

A. *Valorisation de la médecine générale*

Pour le président du syndicat national des enseignants en médecine générale (SNEMG), Mathieu Calafiore, si la médecine générale fait encore peur, c'est surtout parce qu'on ne la connaît pas : « Les étudiants évoluent dans un univers très hospitalo-centré. C'est un peu un rendez-vous en terre inconnue lorsqu'ils décident de s'orienter dans cette voie ». Il raconte que, lorsqu'il était étudiant en médecine, on entendait encore dans les amphis des phrases prononcées par les enseignants du type « Travaillez bien aux ECN sinon vous finirez généraliste dans la Creuse ». « C'était un peu vécu comme une punition de faire médecine générale », se souvient-il.

Même constat pour le président de l'inter-syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), Julien Poimbeuf, qui souligne que la discipline souffre d'une méconnaissance des étudiants. Il pointe l'absence d'items de médecine générale aux ECN alors qu'il y a des questions posées sur toutes les autres spécialités.⁸

Tous s'accordent à dire que l'ECN né en 2004 et la création de l'internat de médecine générale ont participé à redorer le blason de la discipline. La multiplication des terrains de stage, le développement de la recherche en soins primaires, l'arrivée d'enseignants en médecine générale et la création de postes de chef de clinique ont sans aucun doute contribué à la faire connaître et à la rendre « respectable ». Des progrès ont donc été accomplis ces dernières années mais il reste du chemin à faire.

B. *Développement des stages ambulatoires*

1. Généralisation du stage pendant l'externat

Ce stage est obligatoire depuis l'arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.⁵¹ Ce caractère obligatoire est rappelé par l'arrêté du 18 juin 2009. Actuellement l'ensemble des facultés propose ce stage, mais du fait d'un grand manque de maîtres de stage, il n'est pas encore possible de permettre à tous les étudiants de le réaliser au cours de leur cursus. Ce stage devrait permettre un premier contact avec cette spécialité qui n'est pas représentée dans notre enseignement jusqu'aux ECN.

Dans le travail du Dr Calvé, 75% des étudiants de la promotion toulousaine 2009 y ont eu accès contre 50% en 2008.⁵² Un effort doit être réalisé par l'ensemble des facultés pour que tous les futurs praticiens aient eu un aperçu avec la médecine générale avant le choix aux ECN car pour être choisie à l'internat notre discipline doit être connue.

2. Plus d'ambulatoire pour un DES de 3 ans.

L'augmentation du temps passé en cabinet libéral grâce aux stages pratiques en ambulatoire (niveau 1, SASPAS, Gynéco-pédiatrie ambulatoire) participe à une meilleure lisibilité de ce futur exercice professionnel et intensifie notre expérience personnelle.⁴⁹ L'ensemble des

internes et des praticiens s'accordent sur le fait que ces stages sont indispensables et devraient correspondre à 1 an ½ de la maquette de médecine générale.⁵³

Le syndicat national des enseignants en médecine générale (SNEMG) souhaite que le troisième cycle d'enseignement passe à 4 ans dans un avenir proche. Néanmoins les syndicats d'internes de médecine générale ont activement protesté en argumentant que si les stages ambulatoires manquent actuellement durant l'internat de médecine générale, ce n'est pas faute de temps, mais par carence de maîtres de stage et cette réforme ne permettrait que de fournir une main d'œuvre à moindre coût dans les hôpitaux publics sans véritable bénéfice pédagogique.^{54 55}

Le 5 Février 2016, Thierry Mandon, secrétaire d'état à l'enseignement supérieur et à la recherche a annoncé le maintien du DES de médecine générale à 3 ans comprenant une formation ambulatoire d'au moins un an.

3. Formation de nouveaux maîtres de stage

Il est impératif de procéder à des recrutements de maîtres de stage, particulièrement en région PACA où le pourcentage de médecins de moins de 60 ans impliqués dans l'encadrement est inférieur à la moyenne nationale.⁸ L'étude du Dr Munck a montré un lien significatif entre le ratio enseignants/enseignés dans les départements de médecine générale et l'existence d'un projet d'installation.⁴³

Un moyen pertinent d'attirer plus de maîtres de stage des universités et de former des étudiants de 2^e et 3^e cycles en médecine générale serait de revaloriser leur rémunération. Le SNEMG propose donc d'intégrer une rémunération spécifique de la maîtrise de stage dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).⁵⁶

Avant tout, il faudrait que les maîtres de stage actuels parlent de l'intérêt et des bénéfices d'être maître stage à leurs confrères afin de sensibiliser un maximum de praticiens.

C. Cours de gestion et comptabilité

Aucune formation en gestion et en comptabilité n'est prodiguée aux étudiants de médecine générale pourtant destinés à une pratique libérale. Les jeunes praticiens installés regrettent cette absence et plébiscitent l'instauration de cours durant l'internat, notamment en fin de DES, délivrés par des comptables ou par une association de gestion agréée.

Un point important à clarifier en début de carrière concerne les différents types de régimes d'impositions des bénéfices non commerciaux (BNC) = recettes perçues.

- Le régime de déclaration simplifiée dit « micro-BNC » :

Il s'agit d'une option possible pour le libéral indépendant si les recettes annuelles ne dépassent pas 33000€. Un abattement forfaitaire de 34% s'appliquent sur les recettes pour déterminer le bénéfice net. (L'exercice en société ne permet pas cette option).

- Le régime de déclaration contrôlée dit « réel » :

Obligatoire pour tous au-delà de 33000€ de recettes annuelles et systématiquement pour les sociétés. Sont alors déductibles des recettes toutes les dépenses réalisées et payées, nécessaires à l'exercice professionnel.

De plus, une sensibilisation à la gestion administrative du cabinet pourrait être débutée lors des stages ambulatoires car c'est l'endroit où les internes sont le plus à même de pratiquer ces actes. Pour s'assurer de l'application de cela il faudrait mettre à jour les objectifs de stages et réactualiser les connaissances des maîtres de stages, car peu d'anciens internes ont le souvenir d'avoir abordé ces points lors de leur stage.

D. Amélioration de la diffusion des informations

Notre étude a montré que de nombreuses propositions d'installations sont nées suite aux remplacements ou aux stages ambulatoires de DES. Ces faits sont retrouvés dans plusieurs études.^{57 58} Néanmoins un point important a été soulevé : le manque de diffusions des informations.

Principalement concernant les annonces de cessation d'activité. En effet, quelques sites internet révèlent parfois une annonce locale mais cela n'est pas représentatif de la réalité. Les futurs retraités misent-ils tout sur le bouche à oreille ? Il serait intéressant de concentrer les annonces sur un site internet, via la faculté ou le conseil de l'ordre des médecins et d'en faire la publicité afin de devenir une ressource active.

De plus, fortifier les relations entre la faculté et le conseil départemental de l'ordre des médecins pourrait simplifier les procédures d'obtention de licence de remplacement et d'inscription au tableau de l'ordre des médecins.

Un partenariat de la faculté avec la CPAM serait intéressant afin d'organiser des séances d'apprentissage au codage des actes, à la télétransmission, au remplissage des différents formulaires administratifs (affection longue durée, accident de travail, arrêt maladie, demandes préalables...), et ceci avant même les stages ambulatoires.

E. Soutien de l'état pour inciter à l'installation

1. Soutien financier et logistique

L'installation nécessite un apport financier important que ce soit pour l'achat des murs, les travaux, la remise aux normes handicapées, le mobilier médical et l'informatisation. Cela n'est pas toujours à la portée d'un étudiant de 30 ans et fait partie des freins à l'installation des jeunes praticiens. Afin de limiter les contraintes de l'exercice libéral et de faciliter l'installation, les médecins nouvellement diplômés et les étudiants en médecine souhaiteraient des actions de la part de l'état.

Des aides à l'installation concrètes et pas seulement réservées à l'installation en milieu rural doivent être mises en place pour aider à financer ces dépenses. Ainsi des primes à l'installation, des prêts à taux zéro, des facilités auprès des banques pour l'accession à la propriété tant professionnelle que personnelle, la mise à disposition d'un local professionnel par les mairies en déficit médical.

Depuis juillet 2011, il existe des plateformes d'appui aux professionnels de santé (PAPS) qui ont pour objectifs de renseigner les professionnels de santé sur les modalités administratives, les mesures d'aides à l'installation existantes dans leur région, les personnes contacts, les différentes institutions.

Le 1er Février 2013, vingt-six référents à l'installation ont été nommés. Il s'agit d'un interlocuteur destiné à accompagner et à orienter les jeunes professionnels de santé désirant s'installer dans la région. Il doit être disponible pour venir à la rencontre des jeunes lors des différents événements organisés par les facultés ou les représentants d'étudiants pour exposer les mesures incitatives à l'installation.

Des efforts sont faits, mais en pratique les jeunes médecins ne sont pas au courant de ces mesures.

De plus, l'exercice coordonné avec les maisons médicales pluridisciplinaires sont très attrayantes pour les jeunes médecins car elles regroupent toutes leurs exigences : elles permettent un aménagement des horaires de travail et des congés, un travail en équipe pluridisciplinaire, évitent la sensation d'isolement médical et maintiennent un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée.³⁸ Il serait judicieux de faciliter et généraliser leur mise en place sur tout le territoire.

2. Zones rurales

Il existe différents types d'aides à l'installation pour les zones rurales comme des incitations financières (contrat engagement service public, aides au logement, bourses d'étude, exonérations fiscales) et non financières (moratoire, cabinet secondaire) visant à la fois les étudiants et les médecins qui s'engagent à exercer en zone déficitaire mais leur existence est mal connue par les intéressés et leurs conditions d'obtention très restreintes ce qui a tendance à les décourager. En effet, une analyse de l'IRDES sur les stratégies financières

pour l'installation des médecins dans les zones déficitaires montre que ces actions ont une influence modérée sur la réduction des inégalités territoriales à court terme et très faible à long terme.⁵⁹

Les mesures d'incitation à l'installation en zone rurale ne sont pas forcément adaptées aux attentes des futurs généralistes qui souhaitent surtout des solutions aux problèmes personnels : proximité des écoles, ramassage scolaire, possibilité d'emploi pour le conjoint, accès aux services type poste ou banque, accès aux commerces, etc. Il y a là toute une réflexion sur l'aménagement des secteurs ruraux où les services publics se raréfient³⁸.

F. Allègement des formalités administratives

Lors de l'enquête auprès des médecins généralistes diplômés en Franche-Comté, ceux-ci ont exprimé leur souhait de voir s'alléger les contraintes administratives.⁴⁴ Pour un grand nombre, déléguer ces tâches ou embaucher un personnel administratif serait une solution mais dont le coût est trop important. L'allègement des tâches administratives est également un élément mentionné dans l'enquête de l'Ordre national des Médecins sur leurs attentes quant à l'amélioration de leur exercice professionnel.⁶⁰ De même, une enquête auprès des médecins libéraux de Bourgogne met en avant que la diminution des charges administratives est le premier point à améliorer pour envisager davantage de vocations de médecins libéraux.³²

Conclusion

La médecine générale est une discipline aux multiples facettes située au centre de notre système de santé dont l'exercice peut être abordé de façons diverses. L'installation reste une étape crainte par les internes et les jeunes médecins qui redoutent notamment les formalités administratives, les charges financières et une baisse de la qualité de vie.

Notre étude a pour la première fois donné la parole aux jeunes médecins récemment installés dans notre département afin de recueillir leurs expériences et leurs conseils.

Tous s'accordent à dire que l'installation est une concrétisation pour leur exercice permettant d'acquérir enfin leur statut de médecin de famille et de stabiliser leur vie personnelle. En effet, nous avons pu constater que les pratiques professionnelles ont évolué ces dernières années, fortement influencées par les impératifs familiaux et l'épanouissement personnel. Ainsi les jeunes médecins sollicitent un exercice en cabinet de groupe, avec secrétaire ou télé-secrétariat, en milieu péri-urbain, des horaires flexibles et des jours off. Choix accessible grâce à l'activité libérale, avantage non négligeable fortement mis en avant par les participants.

Concernant le parcours professionnel menant à une installation, il semble que les remplacements gardent une place primordiale permettant un complément de formation, une autonomisation dans le monde libéral et de déterminer sa pratique future et parfois aboutissant à une opportunité d'installation.

Cette étape de remplacement et d'autonomisation pourrait être réduite par une formation durant le DES plus centrée sur la pratique libérale. En effet, tous les participants de l'étude regrettent un manque de préparation à l'exercice libéral par l'insuffisance de terrains de stages ambulatoires et l'absence d'éducation à la comptabilité et la gestion d'un cabinet, ce qui induit des jeunes diplômés qui ne se sentent pas prêts à s'installer à la sortie du DES.

Nous avons par ailleurs mis en évidence que les craintes administratives, que ce soit pour l'installation ou pour la gestion quotidienne d'un cabinet, ne sont finalement pas difficiles à réaliser, elles sont en revanche très chronophages, il convient donc de réserver un temps consacré à ces modalités de façon régulière.

Les médecins participants à cette étude tiennent à rassurer les futures générations et les encouragent vivement à s'installer.

Bien sûr des progrès sont encore à effectuer afin de rendre ce mode d'exercice plus attrayant, notamment en le valorisant encore mieux, en améliorant l'accès aux stages ambulatoires, en proposant une initiation gestion et comptabilité, en développant des aides à l'installation pour tous...

Bibliographie

1. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015.
2. Conseil national de l'ordre des médecins. Démographie médicale en région PACA. Situation au 1er janvier 2015.
3. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé. Les internes en médecine : effectifs et répartitions 2010-2014.
4. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. *DREES*. 2009.
5. Article 15, Loi n°71-557 du 12 Juillet 1971 Aménageant de certaines dispositions de la Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 sur l'orientation de l'enseignement supérieur.
6. Arrêté du 21 Décembre 2015 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études en médecine à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2015-2016.
7. Historique des études de médecine en France. *Wikipédia*. 2015.
8. Inter-Syndicat National des Internes (ISNI). La médecine générale fait-elle encore peur aux jeunes ? *Le Généraliste*. 2014.
9. Code de L'éducation - Article R632-17. Vol R632-17.
10. LOI N° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009.
11. Décret N° 2010-735 du 29 Juin 2010 relatif au Contrat d'Engagement de Service Public durant les études médicales. 2010.
12. Décret N° 2013-736 du 14 Août 2013 relatif au Contrat de Praticien Territorial de médecine générale. 2013.
13. Béguin F. Un quart des nouveaux médecins en France ont un diplôme étranger. *Le Monde*. 2014.
14. Conseil national de l'ordre des médecins. Les flux migratoires et trajectoires des médecins. Situation en 2014.
15. Salmon J-L. Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est. *Thèse de médecine. Université de Reims*. 2009.
16. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. *Rapport au président de la république*. 2010.

17. Observatoire Régional de la Santé Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux : synthèse de la littérature. 2011.
18. DREES. L'emploi du temps des médecins libéraux. Diversité objective et écarts de perception des temps de travail. 2010.
19. Nicolle J. Caractéristiques actuelles du remplacement en médecine générale et retard à l'installation. *Thèse de médecine. Université de Picardie*. 2005.
20. Coppolanni E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne. *Thèse de médecine. Université de Toulouse*. 2014.
21. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008.
22. Lessard-Hébert M, Boutin G, Goyette G. La recherche qualitative : fondements et pratiques. *De Boeck Supérieur*. 1997.
23. Frappé P. Initiation à la recherche. *GM Santé*. 2011.
24. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. *Armand Colin*. 2011.
25. Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. *Pédagogie médicale*. 2002.
26. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*. 2005.
27. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. *Thèse de médecine. Université de Grenoble*. 2013.
28. Conseil national de l'ordre des médecins. La démographie médicale en région PACA. Situation en 2013.
29. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord Alpin. *Thèse de médecine. Université de Grenoble*. 2011.
30. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS. *Thèse de médecine. Université de Dijon*. 2012.
31. Marchand O. Enquête nationale sur les attentes des étudiants de troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale. *Thèse de médecine. Université de Grenoble*. 2006.
32. Union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. De l'étudiant au médecin : entre désirs et réalité... 2002.

33. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mission "démographie des professions de santé." 2002.
34. Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes. Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. 2005.
35. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. *INPES Baromètres santé*. 2011
36. Baudier F. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). 2010.
37. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes en Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine libérale. 2013.
38. Baude N, Flacher A, Bosson J-L, Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir : Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. *Médecine*. 2008.
39. DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes. 2012.
40. Observatoire Régional de la Santé Pays de la Loire. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de La Loire en 2007. 2008.
41. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2010.
42. Loi N° 2005-882 du 2 Août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.
43. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. *Santé Publique*. 2015.
44. Observatoire régional de la santé de Franche-Comté. Description des situations professionnelles. Analyse des motivations et des freins à l'installation libérale. 2007.
45. Code de La Santé Publique - Article L4161-1. Vol L4161-1.
46. Code de La Santé Publique - Article L4112-1. Vol L4112-1.
47. Code de La Santé Publique - Article L1142-2. Vol L1142-2.
48. Décret N° 2013-1034 Du 15 Novembre 2013 Relatif Aux Centres de Gestion et Associations Agréés et Aux Professionnels de L'expertise Comptable. 2013.
49. Boudou Battisti A-L. Le devenir des promotions de médecine générale de 2004 à 2007 de Midi-Pyrénées. *Thèse de médecine. Université de Toulouse*. 2014.
50. Le Pape E. Remplacement ou installation en médecine générale : les raisons du choix. *Thèse de médecine. Université de Paris XI*. 2008.

51. Arrêté du 4 Mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.
52. Calve Lagorce A. Le choix de la médecine générale à Toulouse par les étudiants des promotions 2008 et 2009. *Thèse de médecine. Université de Toulouse.* 2010.
53. Landry C. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis à vis du DES de médecine générale actuel. *Thèse de médecine. Université de Paris Est Créteil.* 2015.
54. Syndicat de la médecine générale. Lettre ouverte aux enseignants de médecine générale. 2015.
55. Cathalan T. Formation des internes de médecine générale : Opinions et attentes des internes vis-à-vis du DES de médecine générale « idéal ». *Thèse de médecine. Université de Paris Est Créteil.* 2015.
56. Calafiore M. Maîtrise de stage : le double jeu gouvernemental. Communiqué de presse du syndicat national des enseignants de médecine générale (SNEMG). 2015.
57. Couture Pages J. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale. *Thèse de médecine. Université de Paris Diderot.* 2010.
58. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Revue française des affaires sociales.* 2005.
59. Bourgeuil Y. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. 2007.
60. Section santé publique et démographie médicale du conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de La démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2014.

Annexe 1 : tableau des caractéristiques de l'échantillon

	Sexe	Age (an)	Externat	Internat	ECN	Année installation	Age installation	Délai (année)	Contrat	Secteur	Milieu	Groupe	Maitre de stage	Statut familial	enfants	durée entretien (min)
MG 1	F	30	Nice	Strasbourg	2009	2015	29	3	collabo	1	urbain	3 MG	non	mariée	0	25
MG 2	F	32	Paris	Nice	2009	2016	32	4	collabo	1	urbain	4 MG	non	mariée	2 internat, 1 rempla	10
MG 3	M	32	Paris	Nice	2009	2015	31	3	collabo	1	urbain	4 MG	non	marié	2 internat, 1 rempla	21
MG 4	M	32	Nice	Nice	2008	2016	32	5	création	1	urbain	seul	a venir	couple	0	31
MG 5	F	35	Nice	Nice	2005	2012	31	4	création	1	semi-rural	seule	a venir	pacée	1 installée	42
MG 6	F	33	Nice	Nice	2007	2015	32	4	asso	1	semi-rural	2 MG, 1 kiné, 1 ortho, 2 IDE	non	veuve	0	23
MG 7	F	29	Besançon	Nice	2012	2016	29	0,16	collabo	1	urbain	5 MG	a venir	pacée	0	69
MG 8	F	30	Nice	Nice	2011	2015	29	0,66	asso	1	semi-rural	2 MG	non	couple	1 rempla	25
MG 9	F	33	Nice	Nice	2008	2014	31	3	asso	1	semi-rural	2 MG	a venir	couple	1 rempla	30
MG 10	F	33	Nice	Nice	2007	2013	30	1,5	asso	1	urbain	3 MG	a venir	mariée	1 rempla, 1 installée	46
MG 11	F	38	Nice	Nice	2005	2009	31	1	asso	1	urbain	2 MG	non	mariée	1 rempla, 1 installée	14
MG 12	F	33	Tour	Nice	2006	2012	29	2	collabo	1	urbain	3 MG	oui	mariée	1 installée	46
MG 13	M	34	Nice	Paris	2005	2011	29	3	collabo	1	semi-rural	2 MG, 1 kiné	oui	pacé	1 rempla, 1 installé	40
MG 14	M	32	Nice	Nice	2008	2013	29	1	asso	1	semi-rural	6 MG, 1 dentiste, 1 kiné, 1 ortho	oui	marié	1 internat, 1 installé	36
MG 15	F	35	Nice	Grenoble	2005	2012	31	3,5	collabo	1	rural	3 MG, 1 IDE, 1 podo, 1 kiné	oui	couple	1 installée	35
MG 16	M	36	Nice	Grenoble	2005	2012	32	3,5	collabo	1	rural	3 MG, 1 IDE, 1 podo, 1 kiné	oui	couple	1 installé	31
MG 17	F	37	Nice	Nice	2004	2010	31	3	collabo puis	1	urbain	2 MG	oui	mariée	1 installée	37
MG 18	F	30	Nancy	Nice	2010	2015	29	3	collabo	1	rural	3 MG, 1 IDE, 1 podo, 1 kiné	a venir	couple	1 installée	18

Annexe 2 : Canevas d'entretien

Parcours d'installation :

Racontez-moi votre parcours depuis la fin de vos stages d'internat ?

(Thèse ? / Remplacement ? / ...)

Choix du moment de la thèse ?

Que vous ont apporté les remplacements ?

Qu'est ce qui a fait que vous avez voulu vous installer ? facteur déclenchant en particulier ?

(Influence maître de stage, opportunité, création d'activité, reprise, stages d'internat...)

Décrivez-moi le parcours/les étapes nécessaires pour réaliser votre installation.

Avez-vous rencontré des difficultés concernant la mise en place de votre installation ?

(Choix collaboration/association, administratif, gestion du cabinet au quotidien)

Quelles ressources avez-vous utilisées pour vous guider ?

(Formation fac ? Proches ? Site internet ? Documentation ? médecins installés ? conseil de l'ordre ?)

Quelle **formation** sur l'installation avez-vous eu à la faculté ?

(Cours de gestion, séminaire installation...)

Que vous a apporté le (ou les) stage(s) chez le praticien ?

Quels étaient pour vous les critères indispensables que devait avoir votre cabinet, et pourquoi ?

(Groupe, secrétaire, sur ou sans rdv, secteur 1 / 2)

Conseils pour les futures générations / Idées pour améliorer l'accès à l'installation :

Si c'était à refaire :

Avez-vous des conseils pour les futurs médecins généralistes ?

Selon vous que faudrait-il faire pour faciliter ou inciter l'installation des nouveaux praticiens ?

Avez-vous des projets à venir ?

Vous avez envie d'ajouter quelque chose ?

Etat civil :

Sexe :

Age :

Année ECN :

Faculté de formation :

Année d'installation :

Délais entre fin d'internat et installation :

Secteur :

Seul / groupe : MG / spé / paramédical

Rural/semi-rural/ citadin

Maître de stage

Situation familiale

Activité salariée ?

Annexe 3 : Consentement

Je soussigné(e) : _____

Certifie avoir donné mon consentement à Alexia SETIEN, interne en médecine générale, pour m'entretenir avec elle dans le cadre de sa thèse et autorise l'enregistrement de cet entretien et l'utilisation des données pour son étude.

Il m'a été assuré que l'entretien resterait strictement anonyme.

Fait à

le

Signature :

Serment d'Hippocrate

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

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

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un
salaire au-dessus de mon travail.*

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

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

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

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



Résumé

Introduction : Malgré des mesures gouvernementales incitatrices à l'installation, les jeunes médecins craignent les charges administratives, financières et une baisse de qualité de vie. L'objectif principal de notre étude est de décrire les expériences de jeunes installés afin de connaître leur parcours d'installation, les facteurs incitant ce choix et les difficultés rencontrées.

Méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes primo-installés dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016 jusqu'à saturation des données.

Résultats : Dix-huit entretiens ont été réalisés de janvier à mai 2016. L'installation est considérée comme un aboutissement. Les remplacements permettent un complément de formation, un gain en autonomie et de déterminer sa pratique future. Les facteurs incitants l'installation sont un désir de suivi des patients, d'autonomie et de stabilité. Est privilégié l'exercice en cabinet de groupe, péri-urbain, avec secrétariat et horaires flexibles permettant d'allier vie professionnelle et personnelle. Les modalités administratives redoutées d'installation et de gestion du cabinet sont chronophages mais simples. Les difficultés rencontrées sont principalement liées à un manque de connaissances pratiques à l'exercice libéral. Les participants regrettent un internat trop hospitalo-centré reflétant mal la médecine générale et plébiscitent plus de stages ambulatoires.

Conclusion : La majorité des participants sont satisfaits de leur installation et conseillent aux jeunes diplômés de faire le pas. Des progrès restent néanmoins à effectuer pour rendre cet exercice plus attrayant, en le valorisant dès l'externat, en améliorant l'accès aux stages ambulatoires, en proposant une initiation gestion et comptabilité, en développant des aides à l'installation pour tous...