



Profils et motifs d'installation des jeunes médecins généralistes libéraux installés aux Antilles entre 2010 et 2015

Ketty Marcin

► To cite this version:

Ketty Marcin. Profils et motifs d'installation des jeunes médecins généralistes libéraux installés aux Antilles entre 2010 et 2015. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01495070

HAL Id: dumas-01495070

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01495070>

Submitted on 28 Nov 2017

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.

Profil et motifs d'installation des jeunes médecins généralistes libéraux installés aux Antilles entre 2010 et 2015

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 24 Octobre 2016

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

MARCIN Ketty

Examineurs de la thèse :

Mme HELENE PELAGE Jeannie

Professeur
Président

Mr JANKY Eustase

Professeur

Mr UZEL André-Pierre

Professeur

Mme GANE TROPLENT Franciane

Docteur en Médecine
Directrice de thèse

Profil et motifs d'installation des jeunes médecins généralistes libéraux installés aux Antilles entre 2010 et 2015

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 24 Octobre 2016

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

MARCIN Ketty

Examineurs de la thèse :

Mme HELENE PELAGE Jeannie

Professeur
Président

Mr JANKY Eustase

Professeur

Mr UZEL André-Pierre

Professeur

Mme GANE TROPLENT Franciane

Docteur en Médecine
Directrice de thèse

UNIVERSITE DES ANTILLES



FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Présidente de l'Université : Corinne MENCE-CASTER

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine: Suzy DUFLO

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Serge ARFI

Médecine interne

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45

Bruno HOEN

Maladies Infectieuses

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

Pascal BLANCHET

Chirurgie Urologique

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

André-Pierre UZEL

Chirurgie Orthopédique et Traumatologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

Pierre COUPPIE

Dermatologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

Thierry DAVID

Ophtalmologie

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

Suzy DUFLO

ORL – Chirurgie Cervico-Faciale

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

Eustase JANKY

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

Georges JEAN-BAPTISTE

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

François ROQUES

Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean ROUDIE

Chirurgie Digestive

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

Jean-Louis ROUVILLAIN

Chirurgie Orthopédique

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 28

André WARTER

Anatomopathologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 50

André CABIE

Maladies Infectieuses

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 01

Philippe CABRE

Neurologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 61

Raymond CESAIRE

Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 11

Philippe DABADIE

Anesthésiologie/Réanimation

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

Maryvonne DUEYMES-BODENES

Immunologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 24

Régis DUVAUFERRIER

Radiologie et imagerie Médicale

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 84

Annie LANNUZEL

Neurologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

Louis JEHEL

Psychiatrie Adulte

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 20 44

Mathieu NACHER

Epidémiologie

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

Guillaume THIERY

Réanimation

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

Magalie DEMAR

Parasitologie et Infectiologue

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

Vincent MOLINIE

Anatomie Cytologie Pathologique

CHU de FORT DE FRANCE

Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50

Philippe KADHEL

Gynécologie-Obstétrique

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90

Jeannie HELENE-PELAGE

Médecine Générale

Cabinet libéral au Gosier

Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

Professeurs des Universités Associé

Karim FARID

Médecine Nucléaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96

- Fax : 05 96

Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Christophe DELIGNY

Gériatrie et biologie du vieillissement

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55

Jocelyn INAMO

Cardiologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

Franciane GANE-TROPLENT

Médecine générale

Cabinet libéral les Abymes

Tel : 05 90 20 39 37

Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE

Endocrinologie

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 03

Marie-Laure LALANNE-MISTRIH

Nutrition

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 00

Sébastien BREUREC

Bactériologie & Vénérologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 12 80

Narcisse ELENGA

Pédiatrie
CH de CAYENNE

Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

Rémi EYRAUD

Urologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95

MARY Julia

Rhumatologie
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 23 52

MOINET Florence

Rhumatologie et Médecine Interne
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 55 22 55

Philippe CARRERE

Médecin Générale
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 06 90 99 99 11

DE RIVOYRE Benoit

Ophtalmologie
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 14 50

SEVERYNS Mathieu

Orthopédie
CHU de FORT –DE- FRANCE
Tel : 05 90 55 22 28

DELAIGUE Sophie

Dermatologie – Maladies Infectieuses
CH de CAYENNE
Tel : 05 94 39 53 39

Katlyne POLOMAT

Médecine interne
CHU de FORT- DE - FRANCE
Tel : 05 96 55 22 55

BORJA DE MOZOTA Daphné

Gynécologie Obstétrique
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 19 89

ROSE-DITE MODESTINE Johan

Urologie
CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES
Tel : 0590 89 13 95

JACQUES-ROUSSEAU Natacha

Anesthésiologie/Réanimation
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 96 89 11 82

GUILLE Jeremy

ORL et Chirurgie Maxillo Faciale
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES
Tel : 05 90 89 13 95

BLETTERY Marie

Rhumatologie 5D

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

SCHOELL Thibaut

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

SAJIN Ana Maria

Psychiatrie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 20 44

GHASSANI Ali

Gynécologie Obstétrique

CHU de POINTE- À –PITRE/ABYMES

Tel : 0590 89 19 89

BRUNIER-AGOT Lauren

Rhumatologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52

GALLI-DARCHE Paola

Neurologie

CHU de FORT- DE - FRANCE

CHARMILLON Alexandre

Maladies Infectieuses

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39

Professeurs EMERITES

Bernard CARME

Parasitologie

CHARLES-NICOLAS Aimé

Psychiatrie Adulte

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Hélène-Pelage,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Nous vous remercions de l'attention que vous avez portée à notre travail. Recevez l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Janky Eustase,

Pour avoir accepté de bien vouloir juger notre travail. Veuillez trouver ici la marque de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur Uzel André-Pierre,

Pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Gane-Troplent Franciane,

Pour avoir accepté de diriger cette thèse. Vous m'avez accordé beaucoup de temps et donné de précieux conseils. Merci pour votre bienveillance.

A ma mère,

Pour ton amour incommensurable, ton abnégation et ta patience admirables. J'espère t'apporter en ce jour une fierté bien méritée car rien n'aurait été possible sans toi. Merci d'avoir fait de moi la femme que je suis devenue. Tu es mon modèle. Je t'aime Maman.

A mon Frère Judicaël,

Pour m'avoir rasséréiné dans mes moments de doute. Tu as toujours pris soin de moi. Ta petite sœur est devenue grande, mais pas assez pour se passer de toi. Je t'admire. Merci tout simplement d'être celui que tu es.

A mon défunt Grand Père "Papi Frantz",

Je regrette de ne pouvoir partager avec toi ce jour. La maladie t'a emporté trop tôt. Tu étais et restera pour moi un modèle de persévérance et de droiture, mais aussi le meilleur papi qu'on puisse avoir. J'espère que, d'où tu m' observes, tu es fier de moi.

A ma “Mamie Clémence”,

Pour nos longues discussions complices, ton regard espiègle et ta joie de vivre. Tes rires sont des sources de bonheur. On ne saurait rêver meilleure Grand-mère.

A David,

pour m’avoir soutenue pendant cette période difficile. Merci d’être là, ainsi que pour ta patience et le réconfort que tu m’as apporté à maintes reprises.

A mes amis, pour les bons moments passés et nos franches rigolades ! Merci pour votre aide.

A tous les médecins, enseignants, professeurs que j’ai eu la chance de côtoyer et qui m’ont accompagné dans la découverte de ce formidable métier.

Aux médecins qui ont aimablement accepté de participer à cette étude et sans qui ce travail n’aurait pas été possible.

RESUME :

Année 2016

Numéro d'identification :

MOTS-CLES : Installation, Médecins généralistes, Profils, Motivations, Antilles.

INTRODUCTION : Les données démographiques en médecine générale libérale sont préoccupantes : de moins en moins de jeunes médecins généralistes s'installent. Cette désaffection s'inscrit dans un contexte de mutations de la profession mais aussi sociétales. Les Antilles, qui souffrent d'une faible démographie médicale sont particulièrement vulnérables.

OBJECTIF : L'objectif de notre étude était de dresser le profil des médecins généralistes libéraux néo installés aux Antilles et de recenser leurs principales motivations.

METHODE : Nous avons réalisé une enquête par questionnaire téléphonique auprès de 56 médecins installés en Guadeloupe et en Martinique entre le 1^{er} Janvier 2010 et le 31 Décembre 2015.

RESULTATS : 58,9% des médecins étaient des femmes. 67,9% étaient originaires de France métropolitaine, 53,6% d'entre eux ont été internes Antilles-Guyane. Près de 9 sur 10 avaient remplacé avant de s'installer, pendant 4,1 ans en moyenne. L'âge d'installation moyen de ces médecins était de 34,1 ans. Ils exerçaient majoritairement en groupe (55,3%), possédaient un secrétariat (64,3%) et travaillaient 42,7 heures par semaine. Ils recevaient leurs patients sur un mode de consultation mixte. Le facteur "opportunité" était prépondérant dans leurs motivations à l'installation. Le choix des Antilles était majoritairement justifié par la qualité de vie. La principale difficulté concernait les charges et démarches administratives.

DISCUSSION: Notre population de médecins néo-installés aux Antilles s'inscrit en grande partie dans les tendances nationales mais se distingue par certains aspects concernant l'organisation de ses consultations et son lieu de formation.

CONCLUSIONS : Cette étude, permettant une meilleure connaissance des médecins généralistes récemment installés dans nos régions constitue un pré-requis à une meilleure lisibilité de l'évolution de l'offre de soins de premiers recours. Elle peut servir de support pour des projets visant à favoriser les installations par les instances locales.

ABSTRACT :

KEYWORDS : Installation, General practitioners, Profile, Motivations, West Indies.

INTRODUCTION : Demographic data in liberal general medicine are worrisome : fewer and fewer young general practitioners settle down. This disaffection is contextual to profession changes and society mutations. The West Indies, who are suffering from low medical population are particularly vulnerable.

AIM : The aim of our study was to draw up the profile of liberal general practitioners who recently settled down and identify their main motivations.

METHOD: We conducted a quantitative survey by telephone questionnaire among 56 doctors installed in Guadeloupe and Martinique between January 1st 2010 and December 31st 2015.

RESULTS : 58,9 % of the doctors were women. 67,9% were from metropolitan France, 53,6 % of them did their internship in West Indies-French Guyana University. About 9 on 10 had replaced before settling down, for 4,1 years on average. The average age of installation of these doctors was 34,1. Most of them were working in group (55,3%), had a secretariat (64,3%), and worked 42,7 hours a week. They were receiving his patients on a mode of mixed consultation. The "opportunity" factor was predominant in their motivations for installation. The choice of the West Indies was mainly justified by the quality of life. The main difficulty concerned the administrative burdens and procedures.

DISCUSSION : Our population of neo-installed doctors in the Antilles is largely in line with the national evolutionary tendencies, but distinguishes herself by certain aspects concerning the organization of her consultations and her place of university training.

CONCLUSION : This survey, allowing a better knowledge of General practitioners recently installed, is a prerequisite for better readability of the evolution of primary care offer. It can serve as a tool for projects to promote the facilities by local authorities.

SOMMAIRE

I)	INTRODUCTION.....	17
II)	CONTEXTE : LA CRISE DE LA MEDECINE GENERALE LIBERALE.....	19
1)	La médecine générale, une spécialité « mal-aimée ».....	19
2)	Le nombre de médecins généralistes diminue.....	20
3)	Une « fuite » de l'exercice libéral.....	21
4)	Le contexte antillais.....	21
a)	Une faible démographie médicale	21
b)	Des internes qui ne restent pas aux Antilles.....	22
III)	MATERIEL ET METHODE.....	23
1)	Type d'étude.....	23
2)	Population cible.....	23
3)	Population source	23
4)	Elaboration du questionnaire.....	24
5)	Mode de recueil des données.....	24
6)	Analyse des données	25
IV)	RESULTATS.....	26
1)	Population étudiée et Taux de participation.....	26
2)	Données socio-démographiques.....	26
a)	Sexe.....	26
b)	Age.....	27
c)	Situation familiale.....	28
d)	Origine	28
3)	Cursus universitaire et Formation.....	29
a)	Lieu de formation.....	29
-	PCEM1.....	29
-	Internat.....	29
b)	Réalisation d'un SASPAS.....	30
c)	DESC ou capacité.....	30

4) Installation.....	31
a) Période de pré installation	31
- Remplacements	31
- Période d'activité salariée.....	31
- Statut au moment de l'installation	31
b) L'installation.....	32
- Age d'installation.....	32
- Années écoulées entre thèse et installation.....	32
- Mode d'installation choisi	33
- Aides à l'installation.....	33
5) Choix d'installation et difficultés rencontrées.....	34
a) Motivations à l'installation	34
b) Motivations prépondérantes à l'installation.....	35
c) Difficultés majeures rencontrées lors de l'installation	35
d) Choix de la région	36
6) Conditions d'activité des médecins généralistes.....	37
a) Caractéristiques du cabinet et conditions matérielles.....	37
- Type de cabinet.....	37
- Secrétariat.....	38
b) Activités médicales.....	38
- Au cabinet.....	38
- Hors cabinet.....	38
- Médecine à exercice particulier.....	39
c) Temps de travail.....	39
- Volume horaire hebdomadaire.....	39
- Vacances.....	39
V) DISCUSSION.....	40
1) Limites et biais.....	40
2) Profil des médecins.....	41
a) Caractéristiques personnelles	41
- Sexe.....	41
- Lieu de formation et origine géographique.....	41
- Parcours avant l'installation.....	42

- Age d'installation.....	43
b) Exercice.....	44
- Type de cabinet.....	44
- Temps de travail.....	45
- Organisation pratique et matérielle.....	45
3) Motivations à l'installation.....	46
- Choix d'installation libérale.....	46
- Difficultés.....	48
- Choix des Antilles.....	48
4) Synthèse.....	49
 VI) CONCLUSION.....	 51
 VII) ANNEXES.....	 52
 VIII) BIBLIOGRAPHIE.....	 57

ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AJMG : Association des jeunes médecins de Guadeloupe
ALD : Affection longue durée
ARS : Agence régionale de santé
CDOM : Conseil département de l'ordre des médecins
C : Consultation
CMU : Couverture maladie universelle
CNGE : Collège national des généralistes enseignants
CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
DCEM : Deuxième cycle des études médicales
DES : Diplôme d'études spécialisées
DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DOM : Départements d'outre-mer
HAD : Hospitalisation à domicile
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ECN : Epreuves classantes nationales
EPHAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
IAG : Interne des Antilles Guyane
IMG : Interne de médecine générale
ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MEP : Médecine à exercice particulier
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
PCEM1 : 1^{ère} année du premier cycle des études médicales
PDS : Permanence des soins
PTMG : Praticien territorial de médecine générale
RDV : Rendez-vous
SASPAS: Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
U.F.R : Unité de formation et de recherche

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

V : Visite

VAD : Visite à domicile

Vs : Versus (traduction de « contre »)

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Postes d'internes ouverts aux ECN entre 2004 et 2015.....	20
Figure 2 : Répartition des hommes et des femmes par départements	27
Figure 3 : Pyramide des âges des médecins.....	27
Figure 4 : Situation maritale.....	28
Figure 5 : Régions d'origine	28
Figure 6 : Lieu de réalisation de PCEM1.....	29
Figure 7 : Lieu de réalisation de l'internat.....	30
Figure 8 : Réalisation d'un SASPAS.....	30
Figure 9 : Dernier statut avant l'installation.....	32
Figure 10 : Mode d'installation choisi.....	33
Figure 11 : Motivations à l'installation en libéral.....	34
Figure 12 : Motivations prépondérantes à l'installation.....	35
Figure 13 : Difficultés majeures lors de l'installation.....	36
Figure 14 : Motivation du choix de la région	37

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Age moyen d'installation : Différences entre sous-groupes.....	32
Tableau 2 : Mode d'installation par départements	33
Tableau 3 : Organisation de l'activité médicale par sexe	38
Tableau 4 : Activités médicales hors cabinet.....	39

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de l'enquête.....	52
Annexe 2 : Les aides incitatives à l'installation libérale.....	55

I) INTRODUCTION

La démographie médicale et la question de l'accès aux soins font l'objet de nombreuses problématiques ces dernières années. Alors que le nombre de médecins augmente globalement en France, le nombre de médecins généralistes est lui en diminution (6,8).

Le médecin généraliste est l'intervenant principal des soins de premier recours, il est placé au centre du parcours de soins et représente à ce titre une pièce maîtresse dans le bon fonctionnement du système de santé français. Cependant, il se fait de plus en plus rare, surtout dans la pratique de son mode d'exercice emblématique, à savoir la médecine générale libérale.

La désaffection pour la médecine générale libérale est de plus en plus criante. Régulièrement mise en exergue dans les médias, le malaise de la profession ne semble pas en voie d'amélioration. La forte mobilisation des praticiens généralistes libéraux contre la loi santé de 2015, en mettant la lumière sur les difficultés ressenties dans cette profession, est venue raviver ce constat amer.

La médecine générale de ville a connu des mutations importantes dans son mode d'exercice. La société actuelle, à laquelle appartiennent les nouvelles générations de médecins, s'est également transformée notamment par sa féminisation croissante, et son aspiration à un meilleur équilibre entre satisfaction professionnelle et qualité de vie (9). Dans ce contexte, le statut libéral, associé à un mode d'activité « lourd » et contraignant, ne semble plus susciter autant d'engouement qu'auparavant : les jeunes médecins choisissent préférentiellement le salariat ou une période de remplacement prolongée au détriment de l'installation.

Les raisons de ce désintérêt pour la médecine libérale ont fait l'objet de nombreuses études, le plus souvent réalisées auprès des internes ou des médecins remplaçants. Malgré ces réticences, certains font tout de même le choix de l'installation. S'intéresser à cette population semble nécessaire afin de comprendre leur parcours, les raisons qui les ont poussés à franchir ce cap et leurs conditions d'exercice. Toutes ces informations peuvent aider les jeunes confrères à mieux se projeter vers l'installation grâce au regard porté sur ceux qui l'ont réalisée.

Si les études concernant la démographie médicale ne manquent pas en Métropole grâce aux différents atlas de démographie médicale nationaux publiés depuis 2007, elles sont plus rares en ce qui concerne les Antilles. Or les spécificités liées à notre éloignement géographique et au développement relativement « récent » de l'offre de formation médicale locale, sont susceptibles d'avoir une influence sur notre dynamique démographique.

L'objectif principal de notre étude était de dresser le profil des médecins généralistes libéraux installés aux Antilles au cours des cinq dernières années. L'objectif secondaire était de recenser leurs principales motivations à l'installation.

II) CONTEXTE : LA CRISE DE LA MEDECINE GENERALE LIBERALE

1) La médecine générale, une spécialité « mal-aimée »

La médecine générale a été pendant longtemps « le parent pauvre » des disciplines médicales. Bien que le collège national des généralistes enseignants (CNGE) existe depuis 1983, il a fallu attendre l'année 2004 et la création du DES (Diplôme d'études spécialisées) de médecine générale pour avoir une reconnaissance officielle en tant que « spécialité médicale » (1).

Avant l'instauration de l'ECN (examen national classant) cette même année, les étudiants de sixième année de médecine avaient le choix entre : passer le concours de l'internat (ceux qui étaient reçus devenant alors des internes de spécialité) ou s'orienter vers le résidanat qui formait les futurs médecins généralistes (2).

Cette organisation du 3^e cycle des études médicales, avec une dichotomie manifeste entre les « internes » de spécialité ayant réussi le concours de l'internat et les « résidents » de médecine générale (qui n'avaient pas présenté ce concours, ou pire, s'y étaient vus « recalés »), a sans doute contribué à une vision assez réductrice et peu valorisante de la discipline. Cette représentation a persisté dans les mémoires collectives et surtout auprès des étudiants en médecine.

La loi du 17 Janvier 2002 de modernisation sociale, élevant la médecine générale au rang de spécialité reconnue, n'a pas vraiment contribué à la promotion de ce choix auprès de ces derniers. En effet, dès les premières années de l'ECN, un grand nombre de postes d'internes de médecine générale sont restés vacants (les étudiants préférant redoubler en grand nombre pour obtenir une « spécialité » médicale ou chirurgicale). Ainsi à l'issue de l'ECN de 2004, un tiers des postes d'interne en médecine générale (IMG) n'ont pas été pourvus (3). Cette proportion de postes restant élevée au fil des ans (18 % en 2010, 16 % en 2011), a d'ailleurs été une des principales motivations à la réforme de 2011 (décret n° 2011-954 du 10 août 2011), qui a notamment limité le droit au redoublement en DCEM 4 (3,4). Consécutivement à cette loi, à l'issue des ECN de 2015, seul 3,4% des postes d'IMG sont restés vacants (5).

2) Le nombre de médecins généralistes diminue

Les postes d'internes de médecine générale sont donc désormais mieux pourvus. Cependant, cette amélioration qui semble encourageante s'accompagne d'une relative stagnation du nombre de médecins généralistes formés depuis 5 ans (Figure 1).

Alors qu'en 2011, 52% des postes d'internes à pourvoir concernaient la médecine générale, ce taux est passé à 46% en 2015 (5). Bien que le nombre de postes d'internes ouverts aux ECN augmente, celui alloué aux internes de médecine générale stagne.

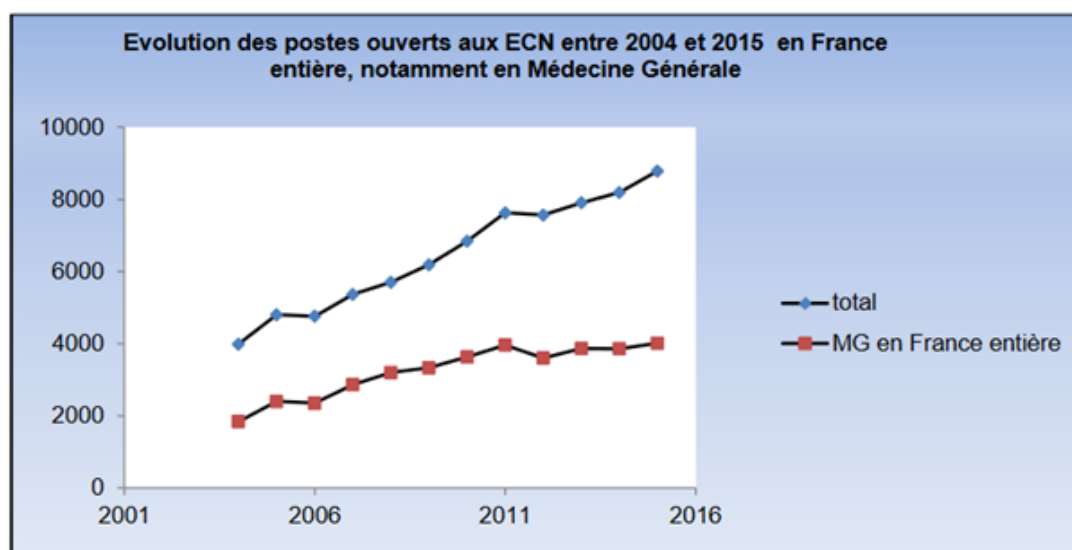


Figure 1 : Postes d'internes ouverts aux ECN entre 2004 et 2015 [tiré de « Affectation des étudiants en médecine reçus aux ECN 2015. ARS ile de France (5) »].

Dans le même temps, le nombre de médecins généralistes partant à la retraite explose : +87,7% entre 2007 et 2016 (6). Ces départs massifs de la génération du « baby-boom » touchent toutes les spécialités mais plus encore la médecine générale. 27,3% des médecins généralistes en activité ont plus de 60 ans, alors que les moins de 40 ans n'en représentent que 16 %. La proportion de médecins généralistes arrivant sur le marché du travail est inférieure à celle qui en sort (6).

La résultante est une chute inexorable du nombre de médecins généralistes. Leur effectif a diminué de 8,7% entre 2007 et 2016 (6). Les simulations prévoient une poursuite de cette baisse qui devrait aboutir à la perte d'un médecin généraliste sur quatre entre 2007 et 2025.

3) Une « fuite » de l'exercice libéral

Les jeunes médecins généralistes se tournent de moins en moins vers l'exercice libéral. Les atlas démographiques, réalisés chaque année par le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), en attestent. Dans les années 1980, un médecin sur deux choisissait l'exercice libéral au terme de ses études (7) ; en 2015, ce n'était le cas que de 23% des médecins généralistes (35% étant salariés et 40% remplaçants) (6). Même si la proportion de libéraux augmente à mesure que l'on s'éloigne de l'année de première inscription au CNOM, on notait en 2015 une baisse de 13,5% de l'effectif des médecins généralistes libéraux par rapport à 2007 (alors que la part des salariés a augmenté dans le même temps de 5,3%) (6). Actuellement, plus d'un médecin généraliste sur trois est salarié (6,8).

Le nombre de médecins remplaçants augmente aussi au fil des années. Entre 1990 et 2010, l'effectif des médecins remplaçants nouvellement inscrits au CNOM a augmenté de 562% (7) et 63,2% des remplaçants sont des médecins généralistes (6).

Cette augmentation des salariés et des remplaçants implique une moindre proportion de médecins généralistes installés. Bien que la majorité des internes de médecine générale prévoient à terme l'exercice en ambulatoire (12), ils sont de moins en moins nombreux à franchir rapidement le pas de l'installation. L'âge d'installation libérale en médecine générale est en recul de 7 ans par rapport à ce qu'il était dans les années 80 (10,11).

4) Le contexte antillais

a) Une faible démographie médicale

La densité des médecins généralistes libéraux est moins importante dans les Antilles qu'en France métropolitaine. Avec des densités respectives de 113,2 et 111,8 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015 (17), la Guadeloupe et la Martinique sont bien en deçà de la moyenne nationale qui est de 132 pour 100 000 habitants. Les Antilles font ainsi partie des départements les moins bien lotis du territoire français (18).

Les projections n'y sont pas rassurantes en ce qui concerne l'évolution de la densité des médecins généralistes libéraux. Bien qu'à l'horizon 2030 la population médicale devrait croître dans nos départements, la demande de soins augmentera également (liée au vieillissement et à la féminisation de la population), conduisant à un déficit de l'offre par rapport à la demande (20). Ce déficit relatif de médecins libéraux s'explique comme en Métropole par les départs à la retraite massifs des « baby-boomers » jusqu'en 2019 mais aussi par les nouveaux modes d'exercices des jeunes médecins libéraux qui privilégient le salariat (17) : près de 60 % des médecins généralistes nouvellement inscrits au conseil de l'ordre dans les DOM-TOM ont choisi un mode d'exercice salarié (19).

Pour combler ce déficit, il faudrait plus de médecins aux Antilles, mais aussi une proportion plus importante de médecins libéraux (20).

a) Des internes qui ne restent pas aux Antilles

La démographie médicale est dans la plupart des régions de France principalement alimentée par le pool de médecins qui y ont été formés (21,10).

Ce constat a d'ailleurs été l'une des motivations principales à la création de l'U.F.R des Sciences médicales Antilles-Guyane en 1985 et aussi à l'ouverture de la PCEM1 en 1998. Ceci permettait d'espérer un renforcement progressif de l'effectif médical régional à terme (29).

Les Antilles, à contrario semblent relativement délaissées par les étudiants qui y ont suivi leur formation. Beaucoup d'internes formés aux Antilles-Guyane quittent l'inter-région à terme, comme le confirment les données de démographie médicale : respectivement 38% et 50% des nouveaux inscrits au CDOM de Guadeloupe et Martinique en 2007 avaient en effet quitté les DOM six ans plus tard (19).

Par conséquent, seul 57,6 % des médecins généralistes formés aux Antilles Guyane y exercent, ce taux étant le plus faible du territoire national (hors région océan indien non évaluée) (18).

III) MATERIEL ET METHODE

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale.

2) Population cible

La population cible était celle des médecins généralistes libéraux nouvellement installés aux Antilles au cours des cinq dernières années. Pour être inclus, les médecins devaient :

- S'être installés en Martinique ou en Guadeloupe entre le 1^{er} Janvier 2010 et le 31 Décembre 2015
- Exercer la médecine générale libérale aux Antilles au moment du recueil de données (pour une part minimum de 30% de l'activité médicale)
- Etre des « primo-installés » : c'est-à-dire s'installer pour la première fois en tant que médecin généraliste libéral (les « ré-installations » n'étant pas prises en compte)

Les critères d'exclusions étaient :

- Le fait de ne pas exercer aux Antilles au moment du recueil
- Le fait de ne pas avoir d'activité de médecine générale au moment du recueil

3) Population source

La liste des médecins concernés par l'étude a été établie différemment entre la Guadeloupe et la Martinique.

En Martinique, elle a été établie à partir d'une liste délivrée par le CDOM concernant les installations de médecins généralistes sur les cinq dernières années que nous avons réajustée en excluant les « réinstallations ».

En Guadeloupe, nous avons constitué une liste à partir des « Pages jaunes ». Les rubriques « médecins généralistes » des annuaires de 2009 et 2016 ont ainsi été comparées, afin d'en extraire les nouveaux médecins recensés pendant ladite période. Une prospection téléphonique a ensuite été menée pour confirmer les dates d'installation.

4) Le questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à l'issue d'une recherche bibliographique (22-28). Il comprenait un total de 31 questions. (Annexe 1)

Il s'organisait en trois parties abordant successivement :

- Le profil des jeunes installés (caractéristiques socio-démographiques, parcours universitaire, circonstances d'installation, conditions d'exercice actuelles)
- Leurs motivations à l'installation en médecine générale libérale (et les difficultés rencontrées)
- Leurs motivations dans le choix de leur région d'exercice

5) Mode de recueil des données

Le recueil de données a été fait par voie téléphonique. Le questionnaire durait une quinzaine de minutes.

Les médecins ont été contactés pendant la période allant du 11 Mai au 11 Juillet 2016.

Des relances téléphoniques ont été effectuées lorsque les médecins n'étaient pas directement joignables. A l'issue de la troisième relance ils étaient considérés comme non répondants.

6) Analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide du logiciel EXCEL. Les résultats sont présentés sous forme d'effectifs et pourcentages pour les variables qualitatives, et de moyennes pour les variables quantitatives.

Nous avons procédé à des comparaisons entre variables. Les moyennes ont été comparées à l'aide des tests de Student et de Wilcoxon-Mann-Whitney (quand les conditions d'applications du test de Student n'étaient pas respectées). Les pourcentages ont été comparés avec le test du χ^2 , ou le test de Fischer quand le χ^2 était inapplicable. Le seuil de significativité de p a été fixé à 0,05. Les calculs statistiques ont été réalisés sur le site de calcul en ligne « BiostaTGV ».

IV) RESULTATS

1) Population étudiée et Taux de participation

Notre liste contenait un total de 67 médecins, certains ont été exclus secondairement :

- Un médecin pratiquait exclusivement la médecine esthétique
- Un autre avait quitté les Antilles
- Un autre n'exerçait plus la médecine générale libérale mais était désormais salarié dans une structure privée
- Un médecin pratiquait exclusivement la médecine du sport

63 médecins restaient donc éligibles à l'étude. Parmi ces derniers :

- deux médecins ont refusé de participer à l'étude
- quatre médecins n'ont pu être interrogés malgré plus de 3 relances téléphoniques
- un n'a pu être joint pour cause d'absence du département au moment du recueil

56 médecins ont donc été interrogés, soit un taux de participation de 88,9% (56/63).

2) Données socio-démographiques

a) Sexe

- La population interrogée comprenait 23 hommes et 33 femmes (soit un taux de féminisation de 58,9%)
- On comptait 18 femmes en Martinique (66,6%) et 15 en Guadeloupe (51,7%) (Figure 2).

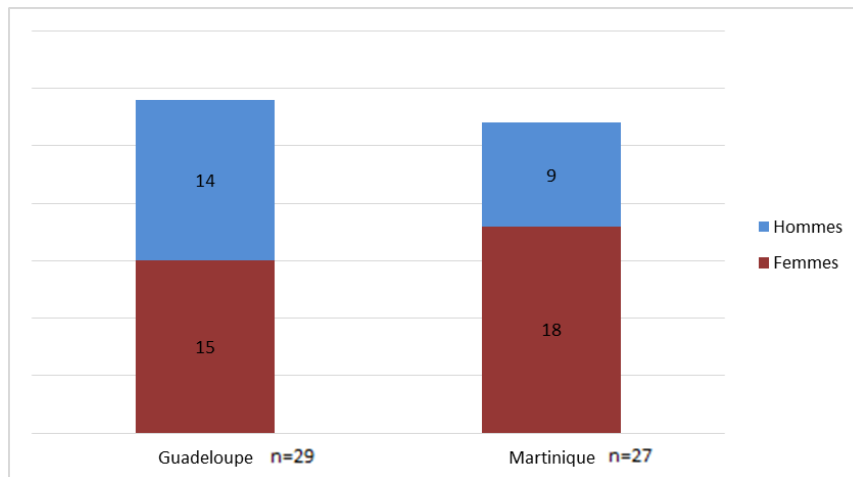


Figure 2 : Répartition des hommes et des femmes par département

b) Age

-La moyenne d'âge des médecins interrogés était de 36,9 ($\pm$ 5,1) ans. Leurs âges variaient de 28 à 52 ans.

-Les femmes étaient significativement plus jeunes : 35,7 ($\pm$ 5,2) ans de moyenne d'âge contre 38,9 ($\pm$ 4,4) ans pour les hommes ($p=0,005$).

-La moyenne d'âge des médecins nouvellement installés en Martinique était de 35,6 ($\pm$ 5) ans contre 38,3 ($\pm$ 4,9) ans en Guadeloupe ($p=0,026$)

-21 médecins (soit 37,5%) avaient moins de 35 ans, parmi lesquels on comptait 18 femmes. (Figure 3)

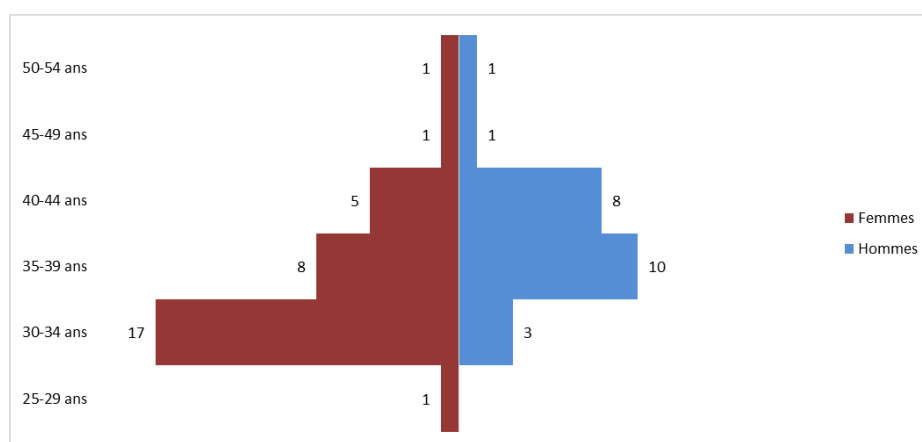


Figure 3 : Pyramide des âges des médecins

c) Situation familiale

- 32 médecins étaient mariés ou pacsés (57,1%) (Figure 4).

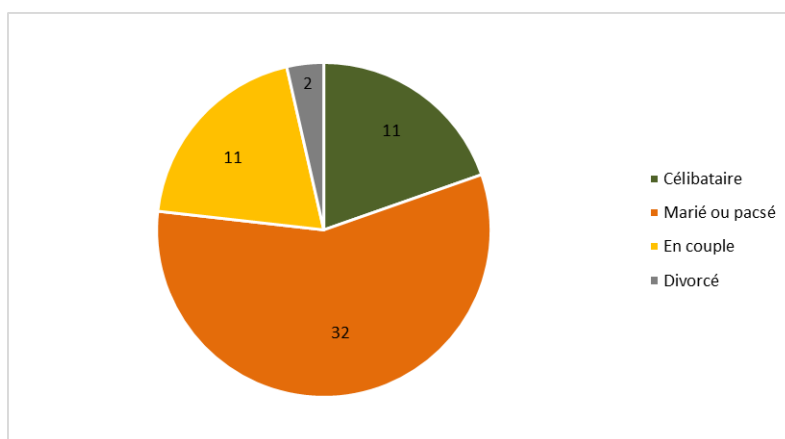


Figure 4 : Situation maritale

- 37 médecins avaient des enfants.

d) Origine

38 médecins, soit 67,9%, étaient originaires de la France Métropolitaine ; 15 étaient originaires des Antilles.

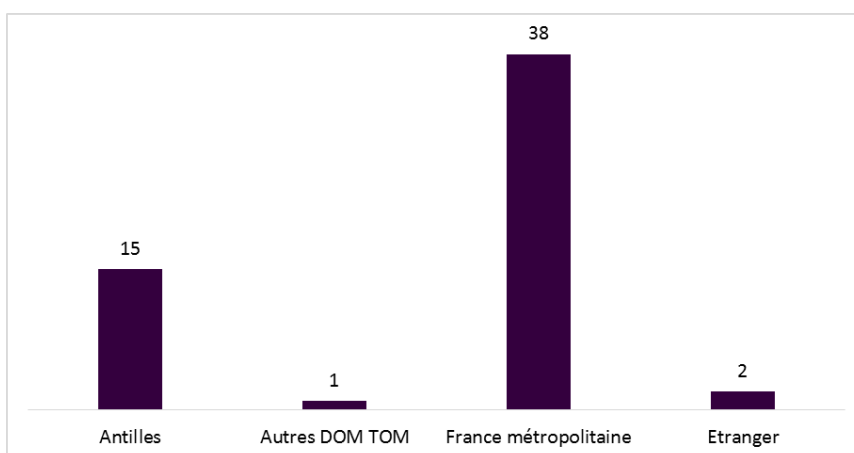


Figure 5 : Régions d'origine

3) Cursus universitaire et Formation

a) Lieu de formation

- PCEM1

44 des 56 médecins avaient effectué leur PCEM1 en France métropolitaine. Les autres facultés les plus représentées étaient celles des Antilles Guyane (11/56), de Paris et sa région (9/56) et de Bordeaux (7/56). Au total, 20 Villes de France métropolitaines étaient recensées.

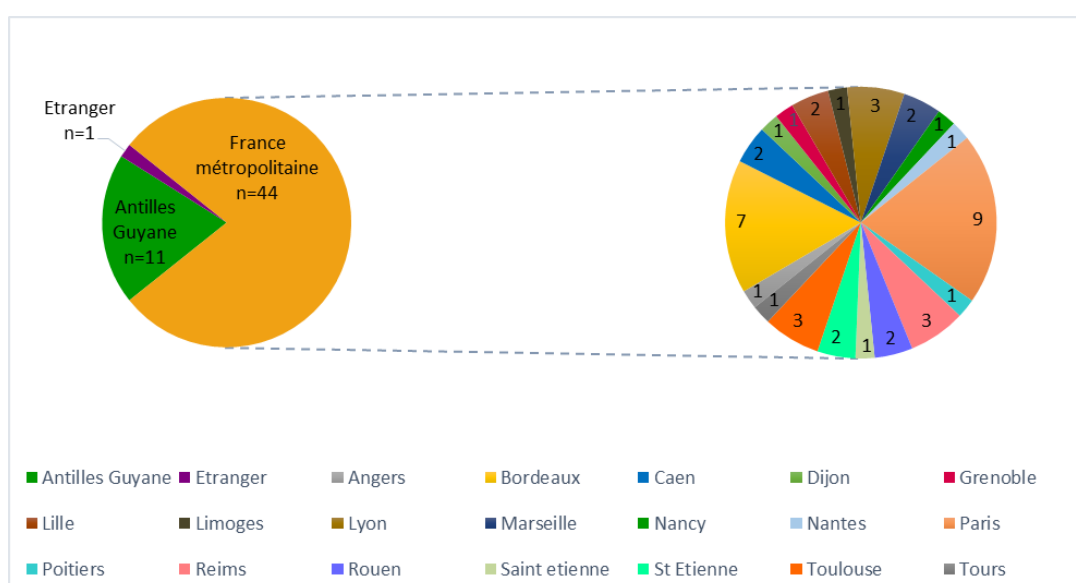


Figure 6 : Lieu de réalisation de PCEM1

- Internat

30 médecins étaient des anciens internes Antilles-Guyane (53,6%). 25 avaient réalisé leur internat en France métropolitaine au sein de 13 villes différentes (Figure 7). Parmi ces derniers, 6 avaient effectué un stage inter-CHU aux Antilles.

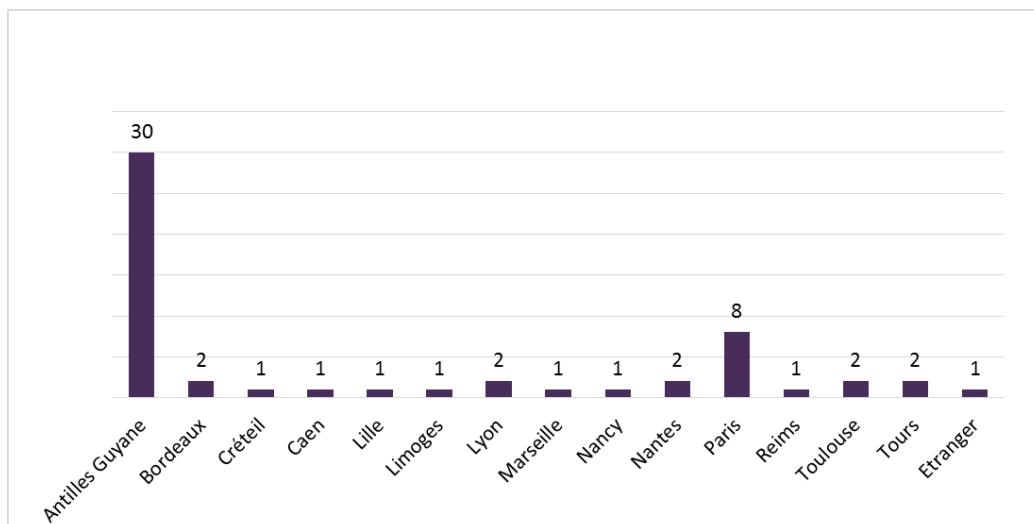


Figure 7 : Lieu de réalisation de l'internat

a) Réalisation d'un SASPAS

40 médecins n'avaient pas réalisé de SASPAS (71,4%). $\frac{3}{4}$ des médecins ayant fait un SASPAS étaient des femmes.

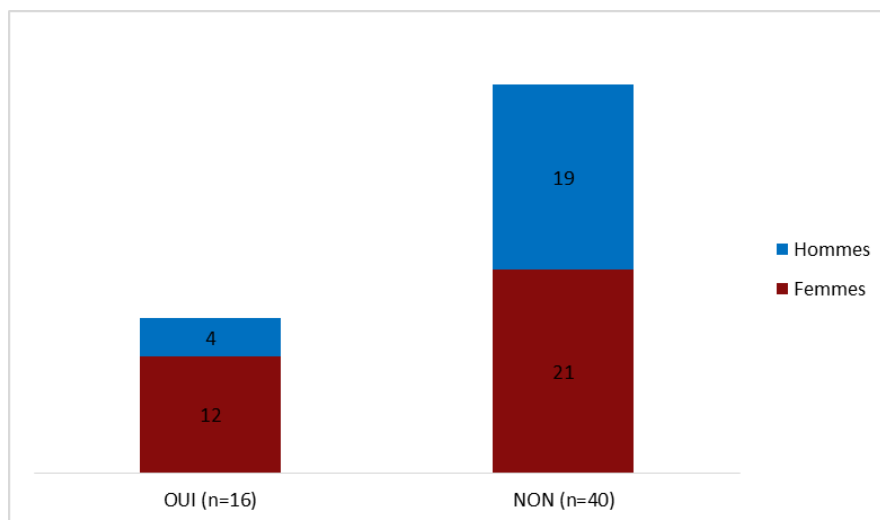


Figure 8 : Réalisation d'un SASPAS

b) DESC ou capacité

8 médecins étaient titulaires d'un DESC ou d'une capacité (14,3%) : 3 médecins avaient un DESC ou une capacité de médecine d'urgence, un médecin avait réalisé un DESC en médecine

du sport, un autre en allergologie, un en gériatrie et un en médecine légale. Un des médecins possédait conjointement un DESC de médecine d'urgence et une capacité de médecine du sport.

4) Installation

a) Période de pré installation

- Remplacements

- 50 médecins sur 56 avaient effectué des remplacements en médecine générale avant de s'installer (89,3%). Leurs remplacements avaient duré en moyenne 4,1 ans ($\pm 3,2$). Les durées de remplacement allaient de 2 mois à 15 ans.

-Concernant les 6 médecins qui n'avaient jamais fait de remplacement : 5 étaient salariés dans une structure de soin et un médecin avait choisi de s'installer directement à la fin de l'internat.

- Les hommes avaient remplacé plus longtemps que les femmes (5,1 ans contre 3,4 ans $p=0,038$) ; les anciens IAG avaient remplacé moins longtemps que les médecins issus d'autres facultés (3,1 ans contre 5,5 ans ; $p=0,007$).

- Période d'activité salariée

27 médecins avaient eu une période d'activité salariée avant leur installation. Cet exercice avait duré 3,9 ($\pm 5,3$) années en moyenne. 5 de ces 27 médecins (18,5%) étaient encore salariés au moment de l'étude.

- Statut au moment de l'installation

- 41 médecins (73,2%) étaient remplaçants quand ils se sont installés. (Figure 9)

-Un médecin exerçait une activité paramédicale et un autre était médecin collaborateur salarié d'un confrère.

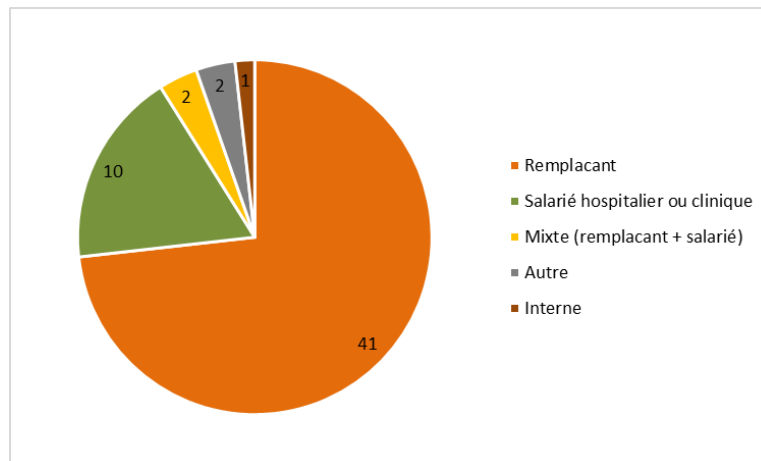


Figure 9 : Dernier statut avant l'installation

b) L'installation

- Age d'installation

-L'âge moyen d'installation des médecins interrogés était de 34,1 ans ($\pm 4,5$). Il variait entre 28 et 49 ans. La médiane d'âge d'installation était de 33 ans.

- 37 médecins (66,1%) s'étaient installés avant l'âge de 35 ans.

-L'âge d'installation variait significativement selon le sexe, le département, le lieu de réalisation de l'internat et le fait d'avoir réalisé un SASPAS (Tableau 1)

Sous groupes	Age moyen d'installation (années)	Valeur p
Femmes	33,3	0,036
Hommes	35,3	
Guadeloupe	35,1	0,039
Martinique	33	
Anciens IAG	32,4	0,0004
Anciens non IAG	36,2	
SASPAS réalisé	32	0,036
Pas de SASPAS	35	

Tableau 1 : Age moyen d'installation : Différences entre sous-groupes

- Années écoulées entre thèse et installation

Les médecins s'étaient installés en moyenne 3,1($\pm 3,9$) ans après l'obtention de leur thèse. Ceux qui avaient réalisé un SASPAS s'étaient installés plus rapidement que les autres (1,4 ans contre 3,7 ans ; $p=0,029$). Il en était de même pour les anciens IAG (1,7 ans contre 4,6 ans ; $p=0,002$).

- Mode d'installation choisi

-23 médecins avaient choisi de s'installer dans le cadre d'une création de cabinet : c'était le mode d'installation majoritaire (41,1% des interrogés). Parmi les 16 médecins ayant choisi l'association : 11 avaient rejoint un médecin déjà installé, 4 s'étaient associés en créant leur cabinet, 1 avait succédé à un confrère.

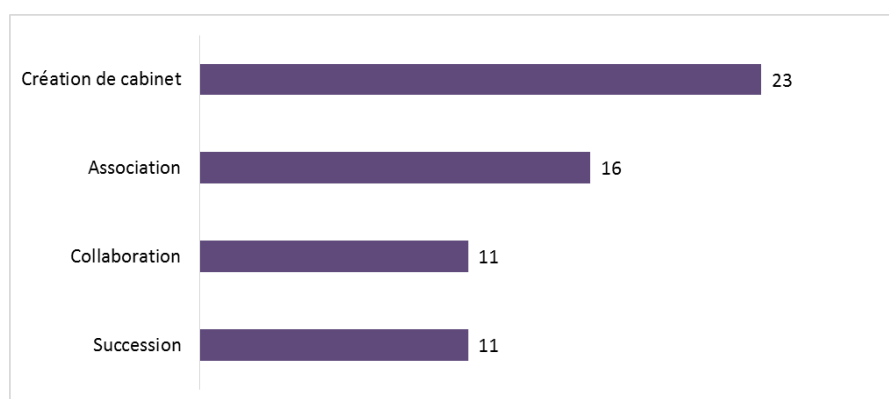


Figure 10 : Mode d'installation choisi

-La répartition des modes d'installations était différente entre les deux départements. En Martinique la création de cabinet avait concerné 7 médecins contre 16 en Guadeloupe ($p=0,026$) (Tableau 2). Il n'y avait pas de différence significative entre les sexes.

Mode d'installation	Guadeloupe (n=29) Effectif (Pourcentage)	Martinique (n=27) Effectif (Pourcentage)	Valeur p
Création de cabinet	16 (55,2)	7 (25,9)	0,026
Association	7 (24,1)	9 (33,3)	0,45
Collaboration	5 (17,2)	6 (22,2)	0,64
Succession	6 (20,1)	5 (18,5)	0,84

Tableau 2 : Mode d'installation par départements

- Aides à l'installation

- 7 jeunes installés avaient bénéficié d'aides à l'installation (soit 12,5%) : on comptait 4 contrats PTMG (Praticien territorial de médecine générale) et 4 options conventionnelles démographiques ; un médecin avait bénéficié d'une aide financière dans le cadre de la création d'une maison de santé pluri-disciplinaire.

-3 de ces médecins jugeaient que ces aides avaient influencé leur installation.

-36 des médecins interrogés (64,3%) n'avaient pas connaissance de l'existence de ces aides avant de s'installer.

5) Choix d'installation et difficultés rencontrées

a) Motivations à l'installation

Les médecins pouvaient choisir parmi plusieurs items concernant les principales motivations les ayant amenés à franchir le cap de l'installation. L'opportunité était la motivation la plus citée (par 32 médecins soit 57,1% des interrogés) puis la stabilité des revenus et le meilleur suivi des patients (mentionnées chacune par 26 des médecins). (Figure 11)

Certains médecins avaient cités des motifs ne figurant pas sur la liste initiale :

- la relation privilégiée avec les patients (1)
- une condition nécessaire à l'activité de chef de clinique (1)
- le port d'un projet de création de Maison de santé pluri disciplinaire (1)
- un conflit avec l'administration hospitalière (1)

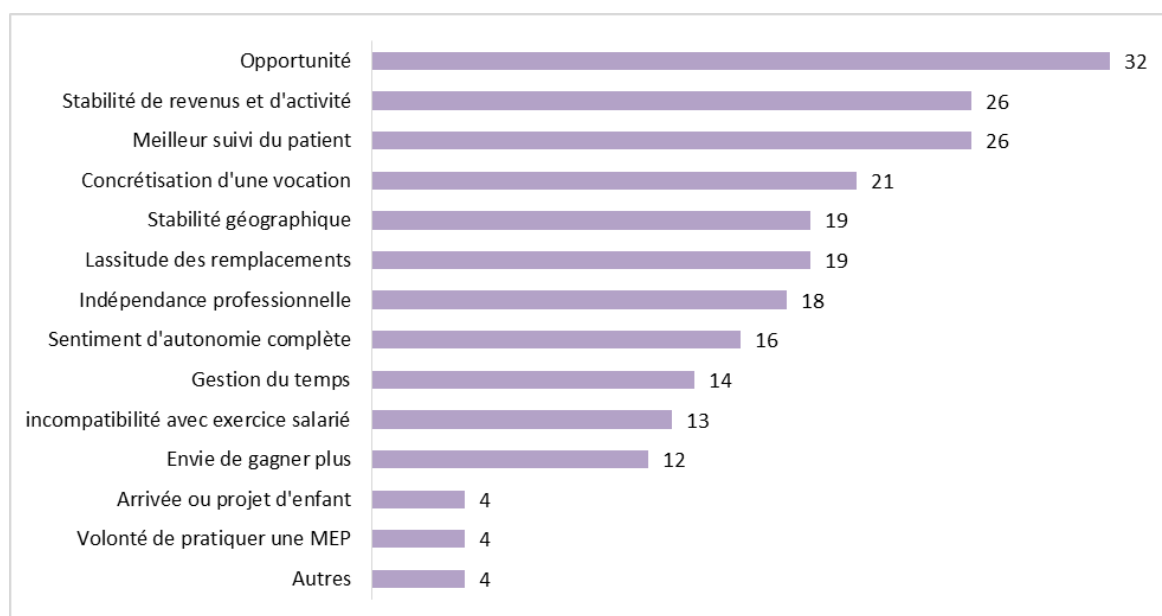


Figure 11 : Motivations à l'installation en libéral

b) Motivations prépondérantes à l'installation

Les motivations prépondérantes les plus citées étaient l'opportunité et la gestion du temps : 10 médecins (17,9%). Le troisième motif, cité par 7 médecins (12,5%), était l'indépendance professionnelle.

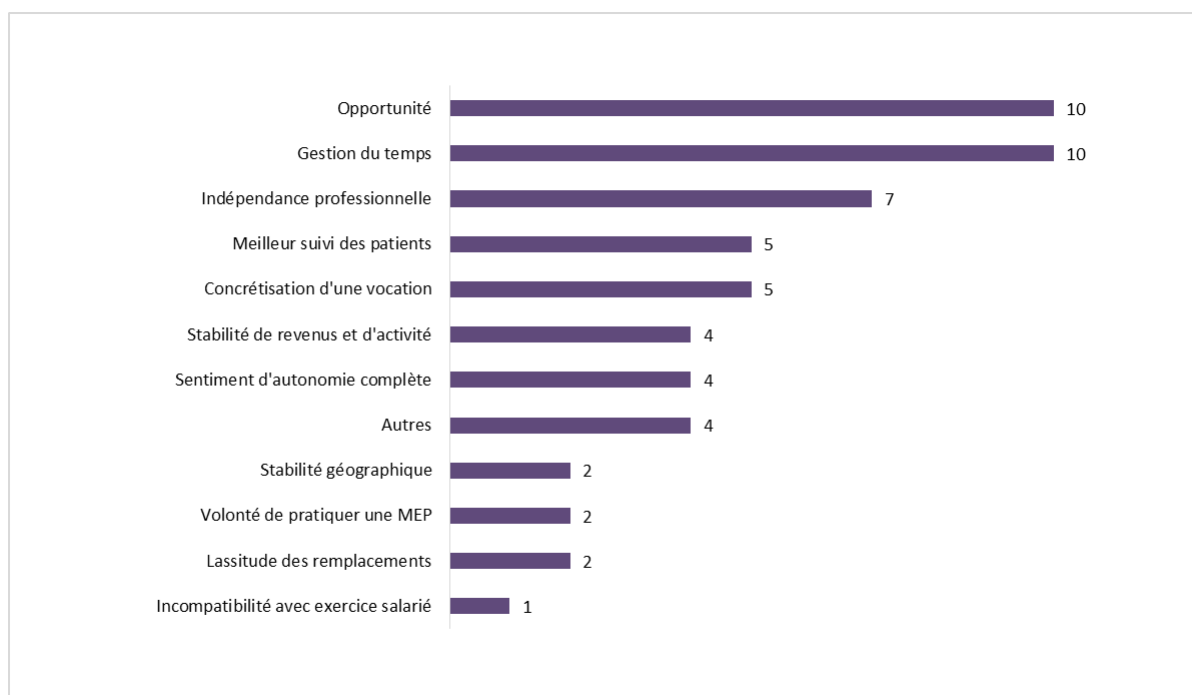


Figure 12 : Motivations prépondérantes à l'installation

c) Difficultés majeures rencontrées lors de l'installation

La principale difficulté concernait les charges et démarches administratives : 33 médecins (58,9%) (Figure 13).

Certains médecins avaient rencontré des difficultés non listées dans les propositions initiales :

- difficultés d'adaptation à la pratique du métier de médecin généraliste (adaptation des recommandations de pratiques cliniques à la médecine générale, organisation du suivi, spécificités en médecine du travail, rédaction de certificats...) (3)
- moindre richesse des pathologies rencontrées (2)
- manque de confraternité des autres médecins généralistes (1)

- manque de confraternité des spécialistes (retour des comptes rendus de consultations) (1)
- conflits d'intérêt avec les pharmacies (1)
- difficulté à trouver un associé (1)
- absence d'aiguillage dans le parcours d'installation libérale (1)
- confrontation à des actes de violence des patients au cabinet (1)

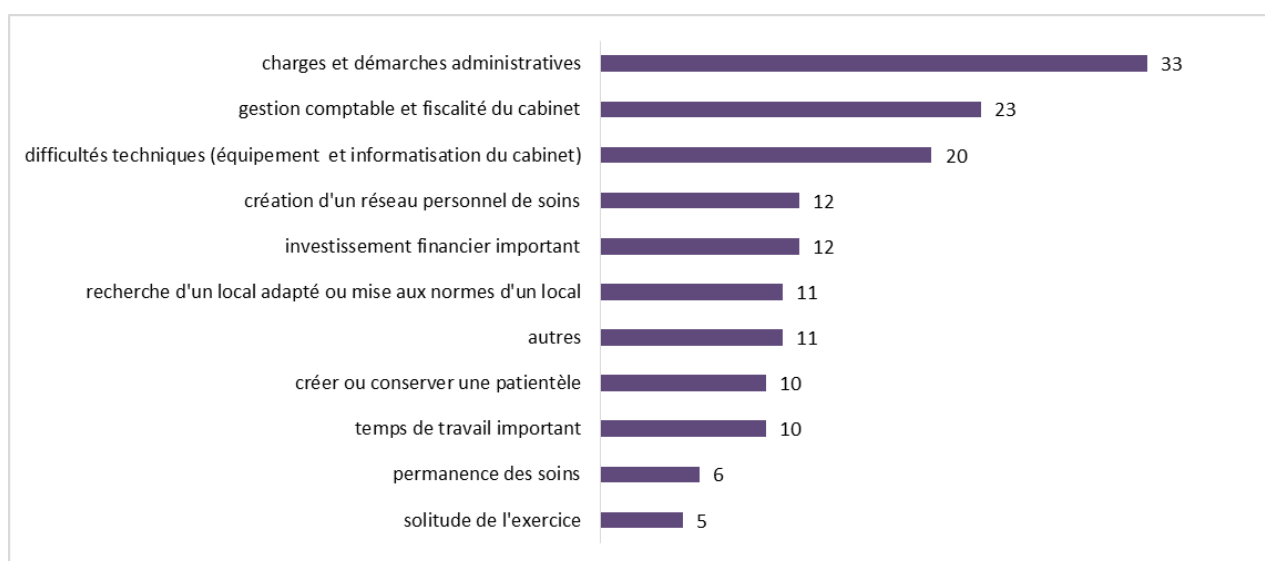


Figure 13 : Difficultés majeures lors de l'installation

d) Choix de la région

-La qualité de vie était le premier critère ayant motivé le choix des Antilles comme lieu d'installation, il était cité par plus de la moitié des répondants (32/56). Arrivait en deuxième critère le fait d'y avoir fait ses études (23/56). Les avantages financiers et les spécificités locales des pathologies étaient les moins citées. Un médecin avait motivé le choix des Antilles comme lieu d'installation par une « meilleure considération du métier de médecin généraliste » dans nos régions.

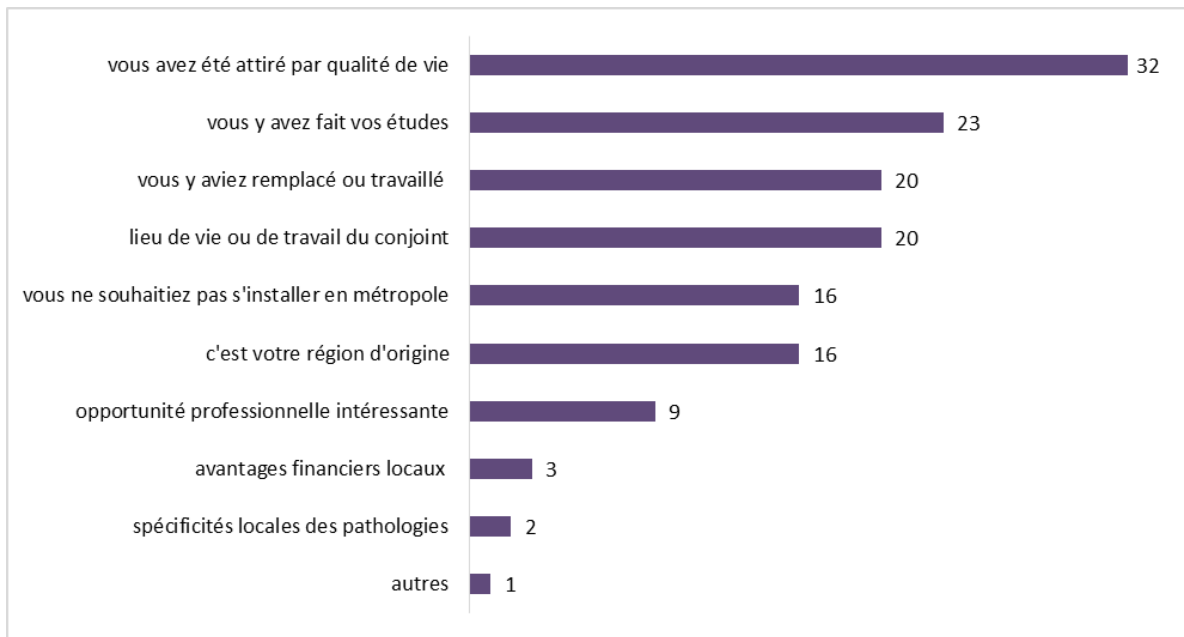


Figure 14 : Motivations du choix de la région.

- Le fait d'être originaire des Antilles avait motivé ce choix de lieu d'installation pour les 15 médecins concernés. Les motivations arrivant en tête chez les 41 autres médecins étaient : la qualité de vie aux Antilles (30/41, soit 73,1%), le fait d'y avoir fait leurs études (21/41 soit 51,2%) ou travaillé (19/41 soit 48,8%).

-22 des 36 médecins ayant réalisé tout ou une partie de leur internat aux Antilles, avaient majoritairement choisi de s'y installer car c'était leur région d'étude (soit 61,1%). 15 des 20 médecins ayant réalisé leur internat hors Antilles avaient été motivés par la qualité de vie.

6) Conditions d'exercice des médecins généralistes

a) Caractéristiques du cabinet et conditions matérielles

- Type de cabinet

-31 médecins (55,3%) exerçaient en cabinet de groupe dont 5 en MSP (Maison de santé Pluridisciplinaire). 25 médecins exerçaient en cabinet seul.

-13 des 29 médecins de Guadeloupe exerçaient en groupe (44,8%), alors que c'était le cas de 18 des 27 médecins en Martinique (66,7%). Cette différence n'était pas significative ($p=0,10$). L'exercice en groupe était majoritaire dans les deux sexes.

- Secrétariat

-36 médecins possédaient un secrétariat (64,3%) : 22 exerçaient en groupe et 14 exerçaient seul.
 - 13 des 31 médecins exerçant en groupe avaient une secrétaire sur place (41,9%) ; seul 4 des 25 médecins exerçant seuls (16%) en avaient une.

b) Activités médicales

- Au cabinet

-33 des 56 médecins recevaient leurs patients sur un mode mixte (58,9%), 13 sur rendez-vous uniquement (23,2%), 10 sur consultations libres (17,9%).
 -34 médecins pratiquaient des visites à domicile (60,7%) et 29 participaient à la permanence des soins sous forme de garde en maisons médicales (51,8%).
 -Les différences au niveau de l'organisation de l'activité médicale n'étaient pas significatives entre les sexes (Tableau3).

Organisation de l'activité	Femmes (n=33) Effectif (Pourcentage)	Hommes (n=23) Effectif (Pourcentage)	Valeur p
Mode de consultation :			
-RDV uniquement	6 (18,2)	7 (30,4)	0,28
-RDV + Plages libres	22 (66,7)	11 (47,8)	0,16
- libres uniquement	5 (15,1)	5 (21,7)	0,53
Pratique de VAD régulières	20 (60,6)	14 (60,9)	0,11
Participation à la PDS	18 (54,5)	11 (47,8)	0,62

Tableau 3 : Organisation de l'activité médicale par sexe

- Hors cabinet

14 médecins avaient une activité médicale hors du cabinet (soit un médecin sur 4).

Activités	Nombre de médecins (n=14)
Praticien hospitalier	3
Médecin coordonateur (EPHAD, MAS, HAD)	3
Médecin en crèche	3
Activité libérale en clinique	2
Médecin scolaire	1
Bénévolat associatif	1
Enseignement et recherche	1

Tableau 4 : Activités médicales hors cabinet

- Médecine à exercice particulier (MEP)

9 médecins (16,1%) consacraient des consultations spécifiques à la pratique d'une ou plusieurs MEP : en moyenne 14% de leurs consultations y étaient dédiées. Les disciplines citées dans ce cadre étaient par ordre de fréquence : L'expertise médicale (2), la médecine esthétique (2), l'homéopathie (1), la médecine du sport(1), l'allergologie (1), l'hypnose (1), la médecine préventive (1), la nutrition (1), la mésothérapie(1).

c) Temps de travail

- Volume horaire hebdomadaire

- La durée moyenne de travail hebdomadaire était de 42,7($\pm$ 9,9) heures.
- Les hommes travaillaient 46,7($\pm$ 9,9) heures par semaine contre 39,3($\pm$ 8,9) heures pour les femmes (p=0,006).
-Les médecins exerçant en cabinet de groupe travaillaient 41,6($\pm$ 12,4) heures hebdomadaires contre 43,3($\pm$ 5,6) heures pour les médecins exerçant seuls (p=0,50).
- Les médecins ayant une activité médicale hors cabinet y consacraient en moyenne 9,9 heures par semaine.

- Vacances

Les médecins prenaient en moyenne 6,9($\pm$ 3,3) semaines de congés annuels sans différence significative selon le sexe ou le type de cabinet.

V) DISCUSSION

Après avoir évoqué les limites de notre étude, nous reprendrons point par point nos résultats les plus significatifs en les comparant aux données retrouvées dans des études menées en France Métropolitaine. Nous émettrons progressivement des hypothèses pour expliquer les différences ayant pu être observées, et tenteront de dégager les perspectives pouvant découler de nos résultats.

1) Limites et biais

Notre objectif était d'établir le profil des médecins généralistes libéraux nouvellement installés aux Antilles au cours des 5 dernières années. Nous souhaitions également recenser leurs motivations à l'installation.

Notre volonté était d'interroger le maximum de médecins afin d'établir le profil le plus fidèle possible. Pour y arriver nous devions avoir une population source représentative de notre population cible ainsi qu'un taux de participation important.

Nous avons opté pour un recueil par voie téléphonique qui présentait les avantages d'une collecte rapide et d'un coût de réalisation quasi-nul. Cette méthode permettait de limiter les biais de non-réponses, traditionnellement plus importants dans les questionnaires auto-administrés par mails ou courriers. Cependant elle a pu être à l'origine d'un biais de mesure : le biais de désirabilité sociale ayant pu influencer certaines réponses, notamment sur les questions concernant les motivations à l'installation. Certaines questions concernant des données rétrospectives (parcours universitaire, période d'installation, motivations), ont pu induire un biais de mémorisation.

La définition de la population source a été faite différemment entre la Guadeloupe et la Martinique en raison d'un obstacle de confidentialité lié à la CNIL. Certaines enquêtes s'étaient également heurtées à cette problématique (24,26). Une détermination unique dans les deux départements aurait limité le biais de recrutement et permis une meilleure représentativité de la population source, mais elle n'a pas été possible.

Malgré un taux de participation élevé, la représentativité de l'étude et son extrapolation à l'ensemble de la population cible sont donc contestables.

2) Profil des médecins

a) Caractéristiques personnelles

- Sexe

Nos jeunes médecins généralistes étaient majoritairement des femmes (58,9 % sur les 2 départements et 2 médecins sur 3 en Martinique). Ces données étaient comparables aux données nationales. D'autres thèses menées sur des populations comparables en Rhône alpes et dans le secteur Nord alpin retrouvaient des taux de féminisation respectifs de 58,9% (26) et 63,3% (24). En France, les femmes représentent désormais 60 % des effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes de moins de 40 ans (31) et 58% des nouveaux inscrits au conseil de l'Ordre National (6,31).

Les Antilles n'échappent donc pas à la progression de la féminisation en médecine générale. Cette donnée sous-tend également que les femmes, souvent accusées de préférer le salariat, ne sont pas réfractaires au métier de médecin généraliste libéral au sein duquel elles deviennent majoritaires.

- Lieu de formation et origine géographique

Les médecins interrogés étaient majoritairement des anciens internes Antilles-Guyane (53,6%). Dans notre revue de la littérature, plus de 70% des médecins généralistes installés avaient été formés dans leur subdivision d'installation (25,27). 68% des médecins de notre étude étaient originaires de France métropolitaine et 80% y avaient effectué leur premier cycle.

Il est établi que la région de formation joue un rôle important dans le lieu d'installation future des médecins, qui ont tendance en majorité à rester exercer dans la région d'obtention de leur diplôme. Cependant, cette tendance est très variable en fonction des régions et de leur

attractivité (10). 75% des médecins généralistes libéraux installés entre 1997 et 2002 l'avaient fait dans la région de soutenance de leur thèse (21).

Le fait d'avoir changé de région pour la réalisation de l'internat influe sur le désir d'installation. Dans son étude Stéphane Munck montrait qu'avoir effectué son externat et son internat dans la même ville était significativement associé à un projet d'installation en ambulatoire par les internes de médecine générale (32).

La région d'origine est un des déterminants du choix du lieu d'exercice. Une étude a été réalisée en 2011 auprès des IAG en médecine générale sur leur région future d'exercice : 75% des internes originaires des Antilles-Guyane souhaitaient y exercer alors que ce n'était le cas que de 17% des internes originaires de la France Métropolitaine (14).

Dans notre population, il existe un relatif déficit de médecins originaires des Antilles ou qui y ont réalisé leur internat. Cette nuance peut s'expliquer par la particularité du cursus universitaire médical dans nos régions. Actuellement, l'offre de formation régionale s'étend jusqu'à la troisième année des études de médecine, les étudiants devant ensuite poursuivre leur cursus en France Métropolitaine jusqu'au passage de l'ECN en sixième année. Ils peuvent ensuite revenir pour la réalisation de leur internat aux Antilles, mais il semble qu'un grand nombre n'y retourne pas. Le solde migratoire déficitaire aux Antilles concerne donc aussi les étudiants en médecine et impacte la démographie médicale. Une étude s'intéressant au nombre et aux raisons des « non-retours » des étudiants ayant effectué leur première année en Guadeloupe ou Martinique permettrait de mieux comprendre ce phénomène.

Dans ce contexte, l'apport de médecins originaires d'autres régions, ou n'ayant pas été formé aux Antilles s'avère d'autant plus important pour le maintien de notre équilibre démographique.

- Parcours avant l'installation

Près de 9 médecins sur 10 avaient remplacé avant de s'installer. C'était le dernier statut avant l'installation de $\frac{3}{4}$ des médecins. Ces données étaient comparables à celles retrouvées dans la littérature (24,26).

Le remplacement, quasi-systématique, est une étape incontournable qui permet de se faire une idée plus précise du métier, de compléter sa formation de médecine générale et de se confronter aux conditions de l'exercice libéral (22,34). Dans notre étude la durée de remplacement était de 4,1 ans, comme celle retrouvée chez les jeunes médecins généralistes d'île de France en 2007 (28); elle était de 3,7 ans dans la thèse d'Augustin Decorde chez les jeunes installés du secteur Nord Alpin (24). Estimée au niveau national à 3 ans en 2012, elle tendrait à s'allonger (35,36).

Le remplacement n'avait cependant pas été leur seule expérience après l'internat dans notre étude. Près d'un médecin installé sur deux avait en effet expérimenté le salariat avant de s'installer. Seul 18,5% de ces médecins avaient conservé cette activité en plus de leur activité libérale. A l'heure où le salariat semble de plus en plus attractif, il n'est pas un mode d'exercice prisé par tous, ni immuable pour ceux qui s'y sont essayés. Les aspirations des médecins changent au cours de leurs carrières induisant des parcours professionnels, parfois émaillés d'incertitudes, de tâtonnements ou de réorientations (44). Le salariat peut être vécu comme plus opportun à une période du cheminement des médecins généralistes. Preuve en est, en 2009 si 72% des médecins généralistes des Antilles étaient salariés à leur première inscription à l'ordre, 5 ans plus tard ils n'étaient plus que 50% en Guadeloupe et 29% en Martinique (16).

- Age d'installation

Les médecins de notre population s'étaient installés en moyenne à 34,1 ans. C'était relativement plus tôt que les données nationales. L'âge d'installation en libéral n'a cessé de reculer en France : évalué à 30 ans en 1979 (11), il est passé à 37 ans en 2011 (10). D'autres travaux réalisés sur les jeunes médecins ont montré des âges d'installation plus tardifs de 35,5 ans en Ile de France (28) et même de 38,8 ans en Isère Rhodanienne (25) ; cependant le fait que ces travaux ne différencient pas les primo-installations des réinstallations peut expliquer un âge plus élevé que celui de notre population. La seule étude avec une population strictement comparable trouvait un âge d'installation égal au nôtre (26).

Les femmes de notre échantillon s'étaient installées 2 ans plus tôt que les hommes (la différence étant significative). Cette précocité féminine relative à l'installation était aussi retrouvée dans la littérature (11). L'âge d'inscription au tableau de l'Ordre pour les médecins des DOM-TOM était 3 ans plus précoce chez les femmes que chez les hommes (19).

Les médecins de notre échantillon s'étaient installés plus tôt s'ils avaient réalisé un SASPAS ou s'ils étaient des anciens internes Antilles Guyane. Concernant le SASPAS les données sont difficilement interprétables car ce stage, n'ayant été instauré que depuis 2004, n'a pas pu être réalisé par les médecins les plus âgés de notre population. En revanche, la précocité relative des anciens IAG à l'installation peut sans doute s'expliquer par leur meilleure connaissance de la région, bien que nous n'ayons pas trouvé de référence corroborant cette hypothèse.

b) Exercice

- Type de cabinet

55,3% des médecins interrogés exerçaient en groupe. L'exercice en groupe est en progression en France, la proportion de médecins concernés est passée de 42,9% en 1998 à 53,7% en 2009 (37). Deux tiers des médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans exerçaient en groupe en 2016 (8) ; selon les études, c'était aussi le souhait de 67% à 77% des internes de médecine générale (38,39). Les études comparables à la nôtre retrouvaient des pourcentages allant de 63 à 83% concernant l'exercice en groupe (24,26,27).

En analysant séparément les départements, on note que l'exercice en groupe concernait 2/3 des médecins de la Martinique et moins d'un médecin sur deux en Guadeloupe. On peut alors se demander si la plus forte proportion de médecins généralistes y exerçant « seuls » résulte d'un choix ou d'un manque d'opportunités. Notre enquête ne permettait pas de répondre à cette question ; cependant, un des médecins interrogés en Guadeloupe nous a fait part de la difficulté qu'il avait eu à trouver un confrère avec qui s'installer, ce qui l'avait finalement fait renoncer à son désir d'association.

On peut s'interroger sur le nombre de médecins exerçant en maison de santé pluridisciplinaire. Il était relativement faible mais pourrait résulter du manque de structures existantes : on en compte actuellement deux en Martinique et une en Guadeloupe (40). Leur développement est exponentiel en France : de 170 en 2012, elles sont passées au nombre de 800 en 2016 (41).

Un nombre plus important de maisons de santé pourrait sans doute inciter à l'installation des jeunes médecins qui semblent considérer ces structures comme répondant plus à leurs souhaits d'exercice (37).

- Temps de travail

La durée de travail moyenne dans notre étude était de 42,7 heures par semaine (hors gardes). Peu d'études menées sur des populations de jeunes médecins généralistes libéraux quantifiaient précisément la durée de travail hebdomadaire : les estimations étaient faites en nombre de « demi-journées travaillées » (24-26) ou en tranches horaires (26). Seule une étude réalisée par l'URML d'Ile de France retrouvait une durée hebdomadaire de travail de 44,3 heures hors gardes (28).

En 2012, les médecins généralistes français travaillaient 57 heures par semaine (toutes activités comprises), les jeunes médecins travaillant 3 heures de moins que leurs aînés (15). Nos médecins s'inscrivaient dans cette tendance de réduction du temps de travail par les jeunes générations. La valeur retrouvée ne prenait cependant pas en compte : le temps des gardes médicales, le temps consacré à la gestion du cabinet, à la formation médicale ou personnelle (difficilement quantifiables car fluctuants).

Les femmes de notre échantillon travaillaient 7 heures de moins que les hommes et les médecins en cabinet de groupe 2 heures de moins que les autres ; ces nuances entre sexes étaient retrouvées dans la littérature (15,28).

Notons que la durée de travail souhaitée par les internes de médecine générale avait été évaluée à 42,8 heures par semaine en 2012 (33), ce qui correspondait strictement à la durée de travail des médecins de notre étude.

Les médecins que nous avons interrogés s'accordaient 6,9 semaines de congés par an, ce qui représentait une semaine de plus que les valeurs retrouvées dans d'autres études (24,26). C'était en revanche proche des souhaits d'exercice des internes qui espéraient 7,4 semaines de vacances annuelles en 2012 (33).

- Organisation pratique et matérielle

L'organisation matérielle est une donnée intéressante car elle permet souvent d'optimiser le travail des médecins.

Plus de 6 médecins sur 10 possédaient un secrétariat dans notre étude. Ces résultats étaient sensiblement les mêmes que ceux retrouvés au niveau national (8,15,26). Le secrétariat sur

place restait plutôt l'apanage des cabinets de groupe. Ce mode d'exercice semble permettre un partage des frais de fonctionnement pouvant favoriser l'emploi d'une secrétaire.

Concernant l'organisation des consultations et contrairement aux données nationales, c'était le mode de consultation mixte qui dominait (58,9% des médecins, 23,2% recevant uniquement sur RDV et le reste sur un mode libre). Dans sa thèse, Emilie Milliasseau retrouvait 81% des jeunes médecins généralistes recevant exclusivement sur rendez-vous (26), le pourcentage était approximativement le même dans le travail d'Emilie Scheck (25). Ce mode, jadis peu répandu en médecine générale, se généralise désormais parmi les jeunes générations, et apparaît comme un bon moyen de réguler leur activité et leurs horaires (9) ; 41,5% des internes de médecine générale souhaitaient recevoir uniquement sur RDV, lors d'une étude menée sur 2366 étudiants en 2011 (33). Alors que les femmes sont souvent accusées de privilégier leur qualité de vie et donc la maîtrise de leur temps professionnel, on note que cette pratique était plus répandue chez les hommes de notre échantillon.

Notre population de jeunes médecins s'inscrivait partiellement dans les modifications comportementales actuelles qui accordent une plus grande place à la qualité de vie personnelle : elle se démarquait des générations précédentes en ayant des horaires de travail moins importants et en adoptant une organisation matérielle adéquate (exercice en groupe, secrétariat). On notait des nuances par rapport aux tendances actuelles dans le mode de consultation : la part de jeunes médecins recevant uniquement sur rendez-vous étant relativement faible dans notre population.

3) Motivations à l'installation

- Choix d'installation libérale

L'opportunité avait majoritairement motivé l'installation libérale dans notre étude (57,1% des médecins l'avaient citée comme motivation et 17,9% comme motivation prépondérante). La 2^e considération entrant en ligne de compte était liée à des facteurs professionnels offerts par le statut libéral : l'indépendance professionnelle et la gestion du temps. Les considérations liées à l'intérêt professionnel intrinsèque du métier de « médecin de famille », déclinées à travers le

meilleur suivi des patients et la concrétisation d'une vocation, arrivaient en 3^{ème} position. Les considérations matérielles entraient peu en jeu, puisque l'envie de gagner plus n'était pas citée comme motif prépondérant à l'installation ; la stabilité de revenus ne l'était que par 7,1% des médecins. Enfin, l'installation semblait être un choix positif assumé, car ne résultant pas de la lassitude ou de l'incompatibilité avec un ancien statut de remplaçant ou de médecin salarié.

Nos résultats rejoignent en cela ceux d'autres études :

- Dans sa thèse portant sur les déterminants à l'installation en médecine générale auprès de jeunes installés depuis 3 ans, Augustin Decorde montrait un fort poids du facteur « opportunité ». Les facteurs professionnels primaient sur les facteurs personnels et l'aspect financier n'avait qu'un faible impact. Les facteurs d'indépendance et de gestion du temps n'y avaient pas été évalués (24).

- Dans l'étude de l'Observatoire régional de Franche Comté de 2007, l'opportunité professionnelle arrivait en tête des motivations principales (pour 14%). Elle était suivie par l'intérêt du travail (12%), les conditions de travail (11%) et l'indépendance professionnelle (10%). Le niveau de rémunération n'était cité que par 1% des répondants (27).

- Parmi les nouveaux médecins généralistes en Bourgogne, les raisons ayant eu le plus d'influence sur les choix d'installation étaient les caractéristiques liées à l'exercice libéral et une opportunité d'installation. Le niveau de revenu et la présence d'aides financières étaient les critères jugés les moins importants (42).

L'opportunité semble donc être un levier puissant pour la motivation des jeunes médecins à s'installer. C'est une donnée importante, qui pourrait conduire à des projets portés par les institutions locales (ARS, Associations de médecins, collectivités). Les conditions d'exercice qu'offre le statut libéral sont également des moteurs très importants : il faudrait veiller à les maintenir. En revanche, les facteurs financiers interviennent peu.

La majorité de médecins qui ignorait l'existence des aides incitatives à l'installation interpelle dans notre étude (64,3%) : ceci devrait inciter à une meilleure communication auprès des étudiants de médecine générale de troisième cycle (Annexe 2).

- Difficultés

La difficulté la plus largement citée concernait les charges et démarches administratives, venaient ensuite les difficultés de gestion comptable et fiscalité du cabinet.

Les charges et tâches administratives constituaient la principale difficulté citée dans les études concernant l'installation et l'exercice des médecins généralistes (24,27,28,43). Ils y consacraient en moyenne 4,5 à 6 heures hebdomadaires et 19 % d'entre eux se disaient dépassés par ces dernières (13,15).

Dans la thèse d'Estelle Coppolani, elles constituaient, avec la diminution de la qualité de vie, le principal frein à l'installation des remplaçants de médecine générale thésés de Haute Garonne (23). Ces charges administratives faisaient aussi partie des principaux motifs ayant poussé les médecins généralistes libéraux à arrêter leur activité prématurément en 2010 (10).

Ce terme de « charges administratives » comporte plusieurs composantes. Dans sa thèse, Elodie Toussaint les précisait. Celles identifiées comme ayant le plus de poids sur l'installation étaient : les démarches lors de l'installation proprement dite, les relations complexes avec les administrations, la rédaction de certificats et de formulaires, l'activité de chef d'entreprise du médecin libéral avec la gestion des salariés, la comptabilité et la fiscalité spécifique. Les difficultés lors des démarches d'installation concernaient plus spécifiquement : les inscriptions séparées aux différentes institutions et l'identification des interlocuteurs au sein de ces dernières, les gestions juridiques, financières et normes réglementaires du cabinet, les signatures de conventions ou la souscription d'assurances (16).

Cette difficulté semble d'autant plus pesante que les médecins généralistes y sont mal préparés : cet aspect de la pratique libérale est insuffisamment abordé au cours du cursus médical. Mieux guider les jeunes médecins dans les démarches administratives à effectuer au cours de l'installation semble indispensable.

- Choix des Antilles

Les médecins avaient décidé de s'installer aux Antilles majoritairement pour la qualité de vie qui y est présente (6 médecins sur 10 l'avaient citée comme motivation). Les motivations les plus citées ensuite étaient le fait d'y avoir fait ses études et d'y avoir remplacé ou travaillé.

Les raisons du choix des Antilles étaient différentes en fonction des origines et lieux de formation des médecins : tous les médecins originaires des Antilles s'y étaient installés car c'était leur région d'origine. 61,1% des médecins ayant fait tout ou une partie de leur internat aux Antilles avaient choisi de s'y installer car c'était leur région de formation. Les médecins originaires de France Métropolitaine et/ou ayant fait leurs études en dehors des Antilles s'y étaient installés majoritairement par rapport à la qualité de vie.

La région d'origine et les régions de formation (internat et externat) sont déterminantes dans le choix de la région d'installation des médecins (10,32). La qualité de vie est aussi très importante (21).

Cumuler aux Antilles ces 3 facteurs paraît donc un bon moyen d'y augmenter le nombre d'installation de médecins généralistes. L'élargissement de l'offre de formation médicale aux Antilles peut constituer un levier d'action. Un plus grand nombre d'étudiants formés dans nos départements devrait accroître le nombre de médecins s'y installant. L'augmentation progressive des postes d'IMG ouverts aux Antilles va dans ce sens mais elle est relativement faible (17). Le projet de deuxième cycle complet aux Antilles serait également un moyen de renforcer les installations dans la région : si 90% des IMG envisagent d'exercer dans leur région de formation quand ils y ont fait leur premier et deuxième cycle, ils ne sont plus que 64% s'ils ont changé de région pour la réalisation de leur internat (32,33).

4) Synthèse

A l'issue de cette étude, nous pouvons établir un profil-type des médecins néo installés aux Antilles au cours des cinq dernières années.

Il s'agit d'une femme vivant en couple et âgée de 36,9 ans. Elle est originaire de France Métropolitaine et a réalisé son internat aux Antilles. Elle a effectué des remplacements en médecine générale pendant 4,1 ans, s'est installée à l'âge de 34,1 ans en créant son propre cabinet. Elle exerce en cabinet de groupe, travaille 42,7 heures par semaine, possède un secrétariat, et reçoit sur un mode de consultation mixte.

Elle se distingue de ses confrères exerçant en métropole par ces points : elle a moins souvent été formée dans sa région d'installation et ses consultations se font moins souvent sur rendez-vous.

L'opportunité a été sa principale motivation pour l'installation. Elle a aussi été motivée par l'indépendance professionnelle et la gestion de l'emploi du temps offertes par le statut libéral. Elle a choisi de s'installer aux Antilles par rapport à la qualité de vie qui y est présente. Au cours de son installation, elle a principalement été gênée par les charges et démarches administratives.

VI) CONCLUSION

Les données concernant la démographie médicale en médecine générale sont préoccupantes : le nombre de médecins généralistes libéraux décroît et le choix de l'installation libérale est de plus en plus rare. Les Antilles souffrent de plus d'un déficit chronique de la population médicale, les enjeux démographiques y sont donc majeurs.

Si le renouvellement des médecins généralistes exerçant en libéral est capital, il n'y a pas d'étude s'intéressant spécifiquement aux médecins ayant récemment fait ce choix aux Antilles. L'objectif principal de notre étude était de dresser le profil de ces médecins. Notre objectif secondaire était de recenser leurs motivations à cette installation.

L'étude a porté sur une population de 56 médecins généralistes primo-installés en libéral entre 2010 et 2015.

Notre enquête a permis d'établir un profil de médecin s'inscrivant en partie dans les dynamiques socio-démographiques actuelles (taux de féminisation, parcours avant l'installation, mode d'exercice, temps de travail), mais s'en éloignant sur certains points (lieu de formation, organisation pratique).

Ces résultats permettent de mieux cerner les jeunes générations de médecins généralistes libéraux installés aux Antilles. Cette population spécifique n'avait fait l'objet d'aucune étude préalable, or elle constitue le meilleur reflet de l'évolution de l'offre ambulatoire de soins de premier recours.

Ce travail constitue un outil potentiel pour les instances et autorités locales, qui grâce à ce profil, pourront porter un regard plus précis sur l'évolution de cet exercice dans nos régions.

Mieux cerner les circonstances de l'installation libérale permet aussi d'élaborer des stratégies visant à la faciliter. La création d'une plateforme centralisant les opportunités d'installations (création de cabinet, cession de patientèle, ouverture de MSP, proposition d'association ou de collaboration) et sa promotion auprès des étudiants serait une piste. Compte tenu du poids des difficultés administratives, l'édition d'un « guide à l'installation » régional, regroupant les démarches à effectuer, mais aussi les coordonnées des référents au sein de chaque organisme à solliciter paraîtrait bénéfique. Enfin, un renforcement de l'offre de formation aux Antilles pourrait y accroître les installations.

VII) ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire de l'enquête

1) PROFIL DES JEUNES INSTALLES

A) Données socio-démographiques

- 1.- Quel âge avez-vous ?
- 2.- Vous êtes : ☐ Un homme ☐ Une femme
- 3.- Avez-vous des enfants ? ☐ OUI ☐ NON
4. Quelle est votre situation maritale : ☐ célibataire ☐ marié ou pacsé ☐ en couple
☐ divorcé
- 5.- D'où êtes-vous originaire ? : ☐ Guadeloupe ou Martinique ☐ Guyane ☐ Autre
DOM ou TOM ☐ France métropolitaine ☐ Etranger

B) Parcours universitaire

6. Dans quelle faculté avez-vous fait votre PCEM 1 ?
7. Quelle était votre faculté d'affectation pendant d'internat ?
8. Avez-vous réalisé un SASPAS ? ☐ OUI ☐ NON
9. En quelle année avez-vous passé votre thèse ?
10. Avez-vous obtenu un DESC ou une capacité ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui laquelle : Addictologie/ Allergologie/ Cancérologie/ Gériatrie/ Douleur et
médecine Palliative/ Médecine légale et expertises/ Médecine du sport/ Médecine d'urgence/
Médecine vasculaire/ Nutrition/ Pathologies infectieuses et tropicales

C) Période pré installation et Installation

11. En quelle année vous êtes-vous installé ? : ☐ 2010 ☐ 2011 ☐ 2012 ☐ 2013 ☐ 2014
☐ 2015
12. Quel âge aviez-vous alors ?
13. Où êtes-vous installé ? : ☐ Martinique ☐ Guadeloupe
14. Avez-vous fait des remplacements de médecine générale libérale avant de vous installer ?
☐ OUI ☐ NON
- 14a Si oui : Combien d'années effectuées en tant que remplaçant libéral :
15. Après votre internat, avez-vous eu une (ou des) période d'exercice salarié ? ☐ OUI
☐ NON
- 15a. Si oui pendant combien de temps (en années) ?

16. Quel était votre dernier statut avant votre installation ? ☐ Remplaçant ☐ Salarié
 hospitalier ou clinique ☐ Salarié dans une autre structure (PMI...) ☐ Interne
☐ Sans activité ☐ Autre
17. Quel mode d'installation avez-vous choisi ? ☐ Succession ☐ Collaboration
☐ création de cabinet ☐ Association

D) Mode d'exercice

18. Vous exercez en : ☐ cabinet de groupe ☐ cabinet isolé ☐ Maison de santé pluri disciplinaire ☐ autre :
19. Combien d'heures travaillez-vous par semaine (hors gardes)?
20. Exercez-vous une activité médicale en dehors du cabinet ? ☐ OUI ☐ NON
- 20a. Si Oui laquelle ? ☐ EHPAD ☐ PMI ou dispensaire ☐ Crèche ☐ Praticien hospitalier ou en clinique ☐ Enseignement ☐ Autre (précisez)
- 20b. Si oui combien d'heures par semaine occupe cette activité ?
21. Pratiquez-vous des visites à domicile régulières (au moins 1/semaine) ? ☐ OUI ☐ NON
22. Participez-vous à la Permanence des soins ? ☐ OUI ☐ NON
23. Possédez-vous un secrétariat ? ☐ OUI ☐ NON
- 23a Si oui : ☐ Secrétaire téléphonique ☐ Secrétaire physique ☐ Les deux
24. Gestion des consultations : ☐ RDV uniquement ☐ Plages de Consultation libres + Plages de RDV (mixte) ☐ Consultations libres uniquement
25. Dédiez-vous les consultations à la pratique d'une MEP ? ☐ OUI ☐ NON
- 25a. Quel pourcentage de vos consultations occupe selon vous cet exercice ?
26. Combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?

2) MOTIVATIONS A L'INSTALLATION AUX ANTILLES

A) Le choix de s'installer en libéral

27. Motivation(s) principale(s) pour l'installation :

- ☐ Concrétisation d'une vocation pour la médecine générale libérale
- ☐ Insatisfaction ou lassitude des remplacements (envie d'avoir sa propre patientèle)
- ☐ Incompatibilité avec les conditions d'exercice salarié
- ☐ Sentiment d' « autonomie complète », envie de « sauter le pas »
- ☐ Envie d'assurer un suivi de A à Z (prise en charge globale et meilleur suivi des patients)
- ☐ Pouvoir exercer « une médecine à exercice particulier »
- ☐ Gestion du temps
- ☐ Indépendance professionnelle
- ☐ Acquérir une stabilité de revenus et d'activité
- ☐ Acquérir une stabilité géographique

- ☐ Envie de gagner plus
- ☐ Opportunité qui s'est présentée ou vous a été proposée
- ☐ Arrivée ou projet d'enfant
- ☐ Autres : précisez

28. Quel est le facteur prépondérant parmi les propositions précédentes ?

29. Parmi ces propositions, lesquelles ont constitué des difficultés majeures lors de votre installation et les premiers mois qui ont suivi ?

- ☐ Charges ou démarches administratives
- ☐ Investissement financier de départ important
- ☐ Solitude de l'exercice
- ☐ Temps de travail et investissement personnel important
- ☐ Difficultés de gestion comptable et fiscalité du cabinet
- ☐ Difficulté à créer ou conserver une patientèle
- ☐ Difficulté techniques (équipement et informatisation du cabinet, gestion des déchets...)
- ☐ Création d'un réseau personnel de soins (confrères à qui adresser les patients)
- ☐ Recherche d'un local adapté ou mise aux normes du local
- ☐ Permanence des soins
- ☐ Autre propositions

30. Avez-vous bénéficié d'aides à l'installation ? ☐ OUI ☐ NON

30a Si oui : - laquelle ou lesquelles ?

30b Ont-elles influencé votre installation ? ☐ OUI ☐ NON

30c Si non : aviez-vous connaissance de ces aides avant l'installation ? ☐ OUI ☐ NON

B) Le choix de s'installer aux Antilles

31. Pourquoi avoir choisi de vous installer aux Antilles ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ C'est votre région d'origine
- ☐ Vous avez été attiré par la qualité de vie (climats, loisirs...)
- ☐ Vous avez suivi votre conjoint/conjointe ou votre conjoint y travaille
- ☐ Vous y avez fait tout ou une partie de vos études
- ☐ Vous y avez eu une opportunité professionnelle intéressante (reprise d'un cabinet...)
- ☐ Vous avez été attiré par certaines particularités des pathologies locales (diabète, drépanocytose, pathologies tropicales infectieuses...)
- ☐ Vous ne souhaitiez pas vous installer en « Métropole »
- ☐ Vous avez été sensible aux avantages financiers locaux (tarifs du « C » supérieur, réductions d'impôts, défiscalisation, etc...)
- ☐ Vous y avez effectué des remplacements ou travaillé
- ☐ Autres : (précisez)

ANNEXE 2 : Les aides incitatives à l'installation libérale (45)

1) Le contrat de PTMG (Praticien Territorial de Médecine Générale) pour les candidats à l'installation

Depuis septembre 2013, Les médecins généralistes pas encore installés ou installés depuis moins de un an, peuvent signer le **contrat de Praticien Territorial de Médecine générale** avec l'ARS correspondante, pour une durée de 1 an ou 2.

Ce contrat a pour but d'encourager l'installation des médecins généralistes en zone fragile ou déficitaire.

Cette aide complète le revenu des médecins jusqu'à 6900€ brut par mois. Ce contrat apporte également des avantages de protection sociale : un arrêt maladie de plus de 7 jours peut donner lieu à un versement de 1552,50€ brut par mois, et en cas de congé maternité, la rémunération perçue sera de 3105€ brut par mois.

Pour accéder à ce complément de rémunération, les médecins généralistes doivent remplir plusieurs conditions :

- Pratiquer au sein d'une zone fragile ou déficitaire (définie par l'ARS)
- Exercer avec le statut de médecin libéral ou médecin collaborateur libéral
- Appliquer des tarifs conventionnels de secteur 1
- Réaliser au moins 165 consultations au tarif opposable par mois (3795€ bruts par mois hors PDSA)
- Être inscrit en tant que « médecin installé en cabinet libéral » au tableau du conseil de l'ordre des médecins depuis moins de 1 an.
- Travailler au moins 9 demi-journées hebdomadaires

A qui s'adresser : l'ARS du lieu d'installation

2) Les options conventionnelles de l'Assurance Maladie

Les médecins généralistes conventionnés ont accès à une option conventionnelle destinée à lutter contre la désertification médicale dans certains territoires français.

- Option Conventionnelle « démographie »

Il s'agit d'une aide à l'investissement pour le médecin. Cette mesure incitative soutient financièrement les médecins pour une durée de trois ans on distingue :

➤ Les aides à l'investissement :

- Le médecin exerçant en **groupe perçoit 5000€ par an**,
- Le médecin exerçant au sein d'un **pôle de santé perçoit 2500€ par an**

➤ Les aides à l'activité :

- Le médecin exerçant en **groupe reçoit un montant égal à 10% de son activité(C+V) avec un plafond de 20 000€**
- Le médecin exerçant en **pôle de santé reçoit une aide représentant 5% de son activité(C+V) allant jusqu'à 10 000€**

Pour recevoir ces aides les médecins généralistes doivent respecter certaines conditions :

- Le médecin doit s'installer dans la **zone déficitaire pour au moins trois ans**
- Les praticiens libéraux doivent exercer en groupe ou en pôle de santé dans une **zone déficitaire ou à proximité (dans un rayon de 5 km en zone rurale et 2km en zone urbaine)**.
- Les tarifs applicables du médecin doivent être soit de **secteur 1, soit de secteur 2 avec une option de coordination**, soit il s'engage à appliquer des **tarifs opposables**
- Le médecin doit réaliser **2/3 de son activité auprès de la patientèle résidant en zone déficitaire**.
- Le médecin doit avoir recours à un remplaçant ou son confrère associé pour répondre aux besoins de la patientèle du territoire concerné.
- Il ne doit pas interrompre son activité ou changer son lieu d'exercice pendant trois ans (sauf en cas de circonstances exceptionnelles). Le praticien doit donner à ses confrères et aux auxiliaires médicaux la possibilité de réaliser des vacations.
- Le médecin doit participer à la **permanence des soins**.

A qui s'adresser : la CPAM du département d'exercice

- Option Conventionnelle : « Santé Solidarité territoriale »

Il s'agit d'une **aide financière à l'activité ouverte aux médecins généralistes qui sont installés hors zone déficitaire mais qui pratiquent dans une zone déficitaire**.

Cette aide perçue par les médecins exerçant en groupe s'élève à **10% de l'activité (C+V) avec un plafond de 20 000€**. Ils bénéficient également de la prise en charge de leurs frais de déplacement.

Pour percevoir cette aide, le praticien doit exercer pour une période de 3 ans minimum, au moins 28 jours par an dans une zone déficitaire.

A qui s'adresser : La CPAM du département d'exercice

VIII) BIBLIOGRAPHIE

1. Collège national des Généralistes enseignants. Etat des lieux de la Médecine générale universitaire au premier janvier 2013. [En ligne]. http://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Etat_des_lieux_Medecine_generale_U_201301.pdf Consulté le 02/04/2016.
2. Conseil National de l'ordre des médecins. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Juin 2014. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnomrepartitionmg.pdf>. Consulté le 03/04/2016
3. DREES. Caractéristiques et résultats des Épreuves classantes nationales de médecine 2004.Octobre 2005. [En ligne] <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud52.pdf>. Consulté le 12/04/2016)
4. DREES. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves nationales classantes 2013. Etudes et résultats. Octobre 2014 ; N°894. [En ligne] <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er894.pdf> consulté le 10/04/2016
5. ARS ile de France. Affectations des étudiants en médecine reçus aux ECN 2015. Janvier 2016. [En ligne] http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/Je_me_forme/Devenir_medecin/Affectations-etudiants-medecine-ECN-2015.pdf. Consulté le 03/05/2016
6. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 Janvier 2016. [En ligne]. www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf. Consulté le 15/06/2016
7. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 Janvier 2010. [En ligne]. www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_cnom_2010.pdf. Consulté le 20/04/2016
8. DRESS. Portrait des professionnels de santé Edition 2016. Panoramas de la DRESS. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/portrait-pro-2016-010716.pdf> Consulté le 09/05/2016
9. Lapeyre N. Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociologies pratiques 1/2007(n° 14),p. 19-30. [En ligne]. www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2007-1-page-19.htm. Consulté le 31/08/2016
10. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 Janvier 2011. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2011.pdf>. Consulté le 25/04/2016)
11. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). 2004. Questions d'économie de la santé ; n°81. [En ligne] <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>. Consulté le 20/06/2016
12. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. Santé Publique. 2014;26:65-74
13. IRDES. Le temps de travail des médecins généralistes Une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé. 2009 ; n°44. [En ligne] <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf> Consulté le 13/08/2016
14. Roger D. Les internes de médecine générale de la subdivision Antilles-Guyane deviendront-ils des médecins généralistes aux Antilles Guyane ? Mémoire de DES de médecine générale. Faculté de médecine Hyacinthe Bastaraud Guadeloupe ; 2011. 49p.

15. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études et Résultats, DREES. 2012;797:1–8. [En ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>. Consulté le 20/08/2016
16. TOUSSAINT E. Principales contraintes administratives à l'installation en libéral chez les jeunes médecins généralistes. Thèse de médecine. Université de Reims;2013, 85p. [En ligne]. <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20%C3%89lodie%20Toussaint.pdf>. Consulté le 24/06/16
17. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale dans les DOM COM Situation en 2015. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_dom_com_2015.pdf. Consulté le 18/05/2016
18. Sicart D. Les médecins au 1^{er} Janvier 2013. Série statistiques. 2013 (n° 179). [En ligne] <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat179.pdf>. Consulté le 01/05/2016
19. LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale dans les DOM TOM Situation en 2013. [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dom_tom_2013.pdf. Consulté le 20/05/2016)
20. ARS de Guadeloupe, Martinique et Guyane. Projection de l'offre et de la demande de soins aux Antilles Guyane à l'horizon 2030. [En ligne]. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-demographie_medicale_ant-guy_mars_2011.pdf. Consulté le 15/05/2016
21. Delattre E, Samson AL. Stratégie de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économiques ou hédonistes. Economie et statistique.2012 (N° 455-456):115-142. [En ligne] www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES455G.pdf. Consulté le 01/07/2016
22. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes. Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Grenoble, Université Joseph Fourier ; 2013, 211p. [En ligne]. http://theseimg.fr/1/sites/default/files/chandez_charlotte.pdf. Consulté le 20/04/2016
23. Coppolani E. *Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne*. Thèse d'exercice en Médecine générale. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2014, 63p. [En ligne] <http://thesesante.ups-tlse.fr/528/1/2014TOU31035.pdf>. Consulté le 12/04/2016
24. 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 Joseph Fourier Faculté de médecine de Grenoble ; 2011, 90p. [En ligne]. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00639242/document>. Consulté le 16/03/2016
25. Scheck E. Etat des lieux des soins de premier recours à l'échelle d'un territoire en vue d'améliorer sa lisibilité : profils de médecins généralistes installés. Thèse de médecine générale. Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2014, 94 p. [En ligne]. <http://n2t.net/ark:/47881/m67w69fp>. Consulté le 16/04/2016
26. Milliasseau E. Conditions d'exercice et degré de satisfaction à l'installation libérale des jeunes médecins généralistes : A propos d'une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes installés depuis moins de 5 ans en Rhône Alpes. Thèse de Médecine. Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2010, 110p.
27. Observatoire régional de la sante de Franche Comté. Les médecins généralistes diplômés en Franche Comté : Description des situations professionnelles Analyse des motivation et freins à l'installation en libéral. Avril 2007. [En ligne] http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RapportMG_070615.pdf. Consulté le 15/04/2016)
28. Union régionale des médecins libéraux île de France. Motifs et freins à l'installation en libéral en île de France. Janvier 2008. [En ligne]. http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf. Consulté le 24/03/2016
29. Conférence nationale de santé. Rapport sur la faculté de médecine des Antilles Guyane. Novembre2007. [En ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/voeu_dfa_301107.pdf). Consulté le 02/03/2016
30. Frappé P. Elaborer un questionnaire d'enquête. In : Frappé P. Initiation à la recherche. Jouve:GMS Santé CNGE;201:114-116

31. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 Janvier 2015. [En ligne]. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf. Consulté le 25/07/2016
32. Munck S. et al. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 2015 ;vol. 27:49-58. [En ligne]. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-49.htm>. Consulté le 23/08/2016
33. Augros S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes : étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011. Thèse de Médecine. Université Joseph Fourier Grenoble;2012,107p. [En ligne]. <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00682726/document>. Consulté le 15/08/2016
34. Husson A. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France : éternellement nomade ? Enquête nationale descriptive réalisée en novembre 2011 par questionnaire en ligne. Thèse de médecine générale. Université Paris Diderot.2012.
35. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 Janvier 2012. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-2012-1245>. Consulté le 20/06/2016
36. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1 Janvier 2007. [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2008.pdf>. Consulté le 20/06/2016
37. Baudier F. et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé n°57. Septembre 2010. [En ligne]. <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>. Consulté le 17/08/2016
38. ORS Alsace. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. 2014. [En ligne]. http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/services/Devenirinternes_20140522.pdf. Consulté le 02/09/2016
39. URML - Rhône-Alpes, Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes, CAREPS, Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire. Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale Rhône-Alpes, février 2005.
40. Etat des lieux des Pôles et Maisons de Santé 2016. <http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/etat-des-lieux-des-poles-et-maisons-de-sante-2016>. Consulté le 02/09/2016
41. Commissariat général à l'égalité des territoires. Maisons de santé pluri-professionnelles. <http://www.cget.gouv.fr/thematiques/services-au-public/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>. Consulté le 02/09/2016.
42. URPS Médecins libéraux de Bourgogne. L'avenir de la médecine libérale en Bourgogne. Enquête sur les freins et leviers à l'installation. Octobre 2011.[En ligne]. <http://www.urps-ml-bfc.org/wp-content/uploads/2014/11/rapport-etude-freins-et-leviers-a-l-installation-2011.pdf>. Consulté le 31/08/2016)
43. Guais-Lerat F. Etude des facteurs influençant l'installation des médecins généralistes libéraux en Bourgogne. [En ligne]. http://www.bourgogne.paps.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/ARS/PAPS_V2/2015_MSA_ServicesBFC_-_Rapport_etude_installation_MG_Bourgogne_DEF_2_.pdf. Consulté le 07/05/2016
44. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste...ou pas ?. Série études et recherches. 2011. [En ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud104.pdf>. Consulté le 18/07/2016
45. ARS Provence Alpes Côte d'Azur. Guide d'installation pour les médecins libéraux en région PACA. Avril 2016.http://www.paca.paps.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_PAPS/Je_m_installe/Demarches_a_entreprendre/Guide_ARS_-_Avril_2016_Web_avec_liensV3-protege.pdf. Consulté le 03/09/2016

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

MARCIN Ketty

**Profil et motifs d'installation des jeunes médecins généralistes libéraux installés
aux Antilles entre 2010 et 2015**

Thèse : Médecine

Qualification : Médecine générale

Année : 2016

Numéro d'identification : 2016ANTI0061

Mots clés : Installation, Médecins généralistes, Profils, Motivations, Antilles

RESUME

INTRODUCTION : Les données démographiques en médecine générale libérale sont préoccupantes : de moins en moins de jeunes médecins généralistes s'installent. Cette désaffection s'inscrit dans un contexte de mutations de la profession mais aussi sociétales. Les Antilles, qui souffrent d'une faible démographie médicale sont particulièrement vulnérables.

OBJECTIF : L'objectif de notre étude était de dresser le profil des médecins généralistes libéraux néo installés aux Antilles, de décrire leurs motivations à l'installation.

METHODE : Nous avons réalisé une enquête par questionnaire téléphonique auprès de 56 médecins installés en Guadeloupe et en Martinique entre le 1^{er} Janvier 2010 et le 31 Décembre 2015.

RESULTATS : Nous avons dressé le profil d'un médecin féminin (58,9%) âgé de 37 ans. Il est originaire de la France Métropolitaine (67,9%) et a réalisé son internat aux Antilles-Guyane (53,6%). Il a effectué des remplacements en médecine générale 9 fois sur 10, puis s'est installé à l'âge de 34 ans en créant son cabinet (41,1%). Il exerce en groupe (55,3%), travaille 42,7 heures par semaine, possède un secrétariat (64,3%), et reçoit sur un mode de consultation mixte (58,9%). Son installation a été principalement motivée par une opportunité. Il a été gêné par les charges et démarches administratives.

DISCUSSION : Notre population de médecins néo-installés aux Antilles s'inscrit dans les tendances nationales. Les médecins se distinguent de leurs confrères métropolitains par quelques points : ils ont moins souvent été formés dans leur région d'installation, leurs consultations se font moins souvent sur rendez-vous.

CONCLUSION : Cette étude, permettant une meilleure connaissance des médecins généralistes récemment installés dans nos régions constitue un pré-requis à une meilleure lisibilité de l'évolution de l'offre de soins de premiers recours. Elle peut servir d'inspiration pour des projets visant à favoriser les installations par les instances locales.

JURY : Président : Mme le Professeur HELENE-PELAGE Jeannie

Juges : Mr le Professeur JANKY Eustase

: Mr le Professeur UZEL André-Pierre

Directrice de thèse : Mme le Docteur GANE-TROPLENT Franciane

