



HAL
open science

Les déterminants, guidant a priori le choix d'un exercice en maison de santé rurale chez les internes de médecine générale : étude à travers l'exemple de la future maison de santé de Captieux (Gironde)

Julie Dagot

► To cite this version:

Julie Dagot. Les déterminants, guidant a priori le choix d'un exercice en maison de santé rurale chez les internes de médecine générale : étude à travers l'exemple de la future maison de santé de Captieux (Gironde). Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01635866

HAL Id: dumas-01635866

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01635866>

Submitted on 15 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.



université
de BORDEAUX

Les déterminants, guidant à priori le choix
d'un exercice en maison de
santé rurale chez les internes de médecine
générale. Etude à travers l'exemple de la
future maison de santé de Captieux
(Gironde)

DAGOT Julie

Née le 09/09/1988 à Le Blanc Mesnils (93)

Université de Bordeaux – Faculté de Médecine.

Année 2017 - Numéro de thèse : 185

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Bordeaux II

Le 26 octobre 2017

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur Bernard GAY, Président du Jury

Monsieur le Professeur William DURIEUX, Rapporteur

Madame le Docteur Cynthia GARDERET

Monsieur le Docteur Christophe ADAM

Monsieur le Docteur Pierre DUPORTE, Directeur de thèse

Remerciements :

Au Professeur GAY vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail, veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude pour votre présence

Au Docteur DURIEUX, je vous remercie pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

Au Docteur ADAM, je vous remercie pour votre participation à ce jury de thèse.

Au Docteur DUPORTE, merci d'avoir été mon directeur de thèse vous avez géré la situation malgré le fait que c'était une première d'une main de maître comme tout ce que vous faites. Merci de m'avoir donné envie de devenir médecin généraliste avec les hauts et les bas que cela comporte. Et enfin merci pour l'ensemble des albums photos de Luna, la plus jolie petite fille.

Au Docteur GARDERET, à ma future associée avec laquelle on a attendu cette thèse avec impatience. Merci d'avoir été un maître de stage exigeante mais gentille, équilibrée qui m'a permis d'imaginer concrètement mon avenir. Et merci pour tous ces repas pris près de la piscine qui ont permis de s'évader malgré tout le travail à faire.

A Galaad, parce qu'il sait qu'il doit s'estimer heureux d'apparaître avant Berny. Mais surtout merci de bien vouloir me supporter au quotidien depuis tout ce temps, tu es l'amour de ma vie.

A Berny, mon petit bouledogue d'amour qui m'a assisté à chaque instant de cette thèse sans broncher mais toujours en ronflant.

A ma maman et mon papa, qui ont toujours voulu m'aider à rédiger cette thèse comme tous les autres devoirs que j'ai eu à faire... Et qui en plus sont devenus ouvriers à temps pleins.

A Charlotte, ma petite sœur, cette jeune avocate qui je le sais ira loin et pourra enfin m'offrir un sac Chanel.

A Nathalie et Laurent ainsi qu'à Françoise et Pierre, pour être toujours là pour nous quoiqu'ils adviennent.

A Marina, ma BFF, qui a tout partagée avec moi depuis les terribles années du collège (même nos sourcils trop fins), la médecine nous a éloignée mais rien ne peut nous séparer. Et à Cécile sans qui tu ne pourrais pas être notre princesse.

A Clémentine, ma relectrice et correctrice de compétition sans qui je ne m'en serais jamais sortie. Merci pour nos parties de badminton endiablées et nos gouters salon de thé qui m'ont permis de décompresser dans ces moments de durs labeurs. Mais non je ne céderai pas à la danse des cinq rythmes.

A Hélène, merci pour ce stage qui aura été mythique, pour ces sessions shopping jusqu'au bout de la rue sainte Catherine et pour les mojitos que j'aurai bu en trop.

A Josette, une nouvelle businesswoman que je veux suivre jusqu'à ce je puisse acheter des parts dans l'entreprise...

Au Docteur RONTEIN-PEYRONNIN pour sa gentillesse et pour avoir venté mes mérites auprès des patients.

A Laurence TOULLEC, une sage-femme passionnée et passionnante.

Au Docteur JOUILLE, avec qui malheureusement je n'aurai pas pu passer autant de temps qu'il aurait fallu pour apprendre tout ce que vous avez à transmettre.

Aux membres de l'association « collectif santé des coteaux » qui permettent d'envisager un avenir meilleur pour la pratique de la médecine générale et pour leurs travaux toujours dans la bonne humeur.

TABLE DES MATIERES

Article - Résumé

Abréviations

I. Introduction	p.11
1- Démographie médicale : état des lieux.	p.11
1. <i>Augmentation de l'effectif des médecins</i>	
2. <i>Diminution du nombre de médecins actifs</i>	
3. <i>Spécificités en médecine générale</i>	
2- La densité médicale	p.15
1. <i>Définition</i>	
2. <i>Densité médicale actuelle</i>	
3. <i>Etudes projectionnelles</i>	
3- Les conséquences des disparités de la densité médicale	p.19
1. <i>Sur l'augmentation des distances</i>	
2. <i>Sur l'offre de soins</i>	
4- Les solutions envisagées	p.22
1. <i>Augmentation du Numerus Clausus</i>	
2. <i>Augmentation du nombre de poste en médecine générale</i>	
3. <i>Obligation d'installation</i>	
4. <i>Les médecins étrangers</i>	
5. <i>Le recul de l'âge de la retraite</i>	
6. <i>Le salariat</i>	
7. <i>L'augmentation du temps en stage libéral</i>	
8. <i>Les aides financières</i>	
9. <i>La télémédecine</i>	
10. <i>Les maisons de santé</i>	

5- Attentes des nouveaux médecins.	p.41
6- La maison de santé de Captieux	p.53
1. <i>Situation géographique et attractivité</i>	
2. <i>Le projet</i>	
II. Matériel et méthode	p.56
1- Objectifs de l'étude	p.56
1. <i>Objectif primaire</i>	
2. <i>Objectifs secondaires</i>	
2- Schéma d'étude	p.57
1. <i>Type d'étude</i>	
2. <i>Population étudiée</i>	
3. <i>Critères d'inclusion</i>	
4. <i>Critère de non-inclusion</i>	
5. <i>Critères d'exclusion</i>	
6. <i>Constitution du test</i>	
7. <i>Variables étudiées</i>	
8. <i>Recrutement</i>	
9. <i>Recueil des données et durée de la phase de recueil</i>	
3- Analyse statistique	p.65
III. Résultats	p.67
1- Description de l'échantillon	p.67
2- Analyse du critère de jugement principal	p.70
3- Analyse des critères des jugements secondaires	p.72
4- Comparaison des répondants aux non répondants	p.76

IV. Discussion p.77

1- Conclusions sur les résultats p.77

2- Comparaison à la littérature p.81

3- Biais p.82

1. Taille de l'échantillon

2. Biais méthodologique

3. Biais de l'analyse

V. Conclusion p.85

Annexes

Bibliographie

Serment d'Hippocrate

Article – Résumé

Les déterminants, guidant à priori le choix d'un exercice en maison de santé rurale chez les internes de médecine générale.
Etude à travers l'exemple de la future maison de santé de Captieux (Gironde)

DAGOT Julie. Département de médecine générale Faculté de médecine de Bordeaux.

Introduction :

On constate une forte disparité de la densité médicale sur le territoire français et cette situation ne va pas en s'améliorant. Les zones rurales sont particulièrement touchées. De nombreuses solutions sont envisagées pour améliorer la situation comme les maisons de santé. L'objectif de cette étude est de définir les déterminants influençant le choix d'un exercice en maison de santé en milieu rural, en prenant l'exemple d'une possible installation dans la future maison de santé de Captieux.

Matériel et méthodes :

Cette étude quantitative a été menée par questionnaire Google Forms auprès de l'ensemble des internes de médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université Bordeaux II. Le recueil des données a été réalisé entre le 10 Mars 2017 au 18 Mai 2017 par mails.

Résultats :

42 internes de médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université Bordeaux II ont répondu au questionnaire permettant de dégager plusieurs facteurs. Les facteurs permettant d'envisager une installation dans la maison de santé de Captieux étaient les conditions d'exercice, la possibilité d'exercer à temps partiel, le lieu de vie paisible, l'assurance d'un bon niveau de vie, la relation privilégiée avec les patients et enfin la mise au service des populations des zones mal desservies. Venaient ensuite les trois principaux freins à l'installation : la localisation incompatible avec la profession ou les attentes du conjoint, le

fait d'avoir un autre projet d'installation ou de ne pas avoir envie d'être fixé ou d'avoir des difficultés pour se projeter dans l'avenir et le souhait d'être salarié.

Conclusion :

Les facteurs liés à l'installation paraissent peu cohérents avec les solutions mises en place par les mesures incitatives actuelles. L'enjeu est donc de considérer les attentes des jeunes médecins pour espérer les voir s'installer en zone rurale. D'autres études pourraient préciser les mesures qui pourrait faire changer d'avis les jeunes médecins généralistes.

Mots clefs : ruralité, médecine générale, installation, désert médical

Abréviations

ARS : Agence Régional de Santé

BVA : Brulé Ville et Associé, société française d'études et de conseil

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DOM : Département d'Outre-Mer

DMG : Département de Médecine Générale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INSEE : Institut National Statistiques Etudes Economiques

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SNCF : Société nationale des chemins de fer français

TER : Train Express Régional

I. Introduction

1- Démographie médicale : état des lieux

1. Augmentation de l'effectif des médecins

Au 1er janvier 2016, la France recense 285 840 médecins toutes spécialités confondues ; soit une augmentation de 1,7% comparativement à l'année précédente. [1]

Cette augmentation peut être reliée à l'augmentation progressive du nombre de médecin en formation régulée par le numerus clausus.

Ce chiffre comprend les médecins en libéral (installés ou remplaçants), en salariat, en activité mixte mais aussi les médecins retraités qui peuvent avoir une activité professionnelle partielle. En effet il s'agit du nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins.

Parmi ces médecins, 215 583 sont en activité totale et 70 257 retraités dont 15 878 en cumul emploi-retraite (activité libérale/mixte/salariée ou remplaçant).

Il n'y aurait donc pas de problème pour trouver des médecins puisqu'ils sont plus nombreux ?

2. Diminution du nombre de médecins actifs.

Ces dix dernières années, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 87,7% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 1,2%. [1]

Le nombre de médecins formé en France, régulé par le *numerus clausus*, ne permet actuellement pas de compenser ceux partant à la retraite.

Cette situation qui a débuté en 2007 conduira à une baisse du nombre de médecins généralistes, et à une baisse plus importante de leur densité (puisque la population française continue de croître). [2]

Ainsi toutes spécialités confondues, le nombre de médecins actifs est insuffisant pour permettre un accès aux soins correct.

Qu'en est-il de la situation de la spécialité de la médecine générale ?

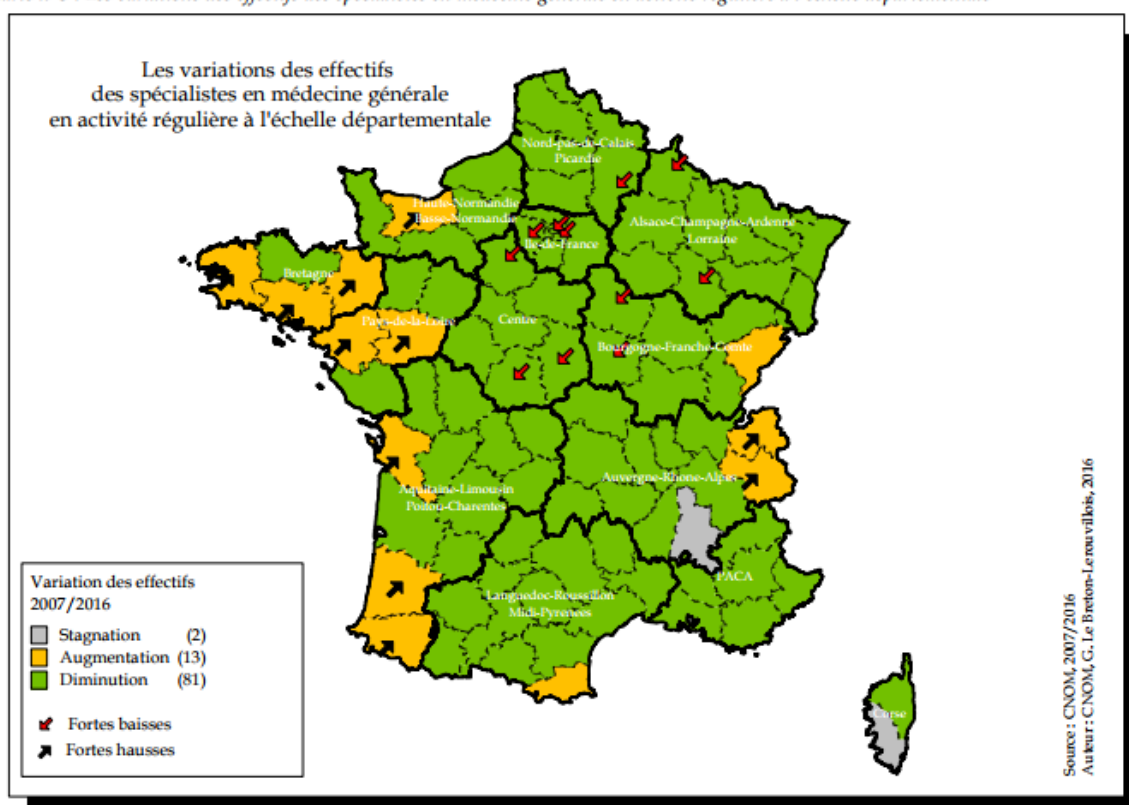
3. Spécificité en médecine générale

Si on s'intéresse uniquement à la spécialité de médecine générale, on remarque qu'au 1er janvier 2016, le tableau de l'Ordre recensait 88886 spécialistes en médecine générale exerçant en activité régulière tous modes d'exercice confondus. [1]

Sur la période 2007-2016 les effectifs ont diminué de 8,4%.

Comme on peut le voir sur la carte ci-contre, la Gironde n'est pas épargnée.

Carte n°3 : Les variations des effectifs des spécialistes en médecine générale en activité régulière à l'échelle départementale

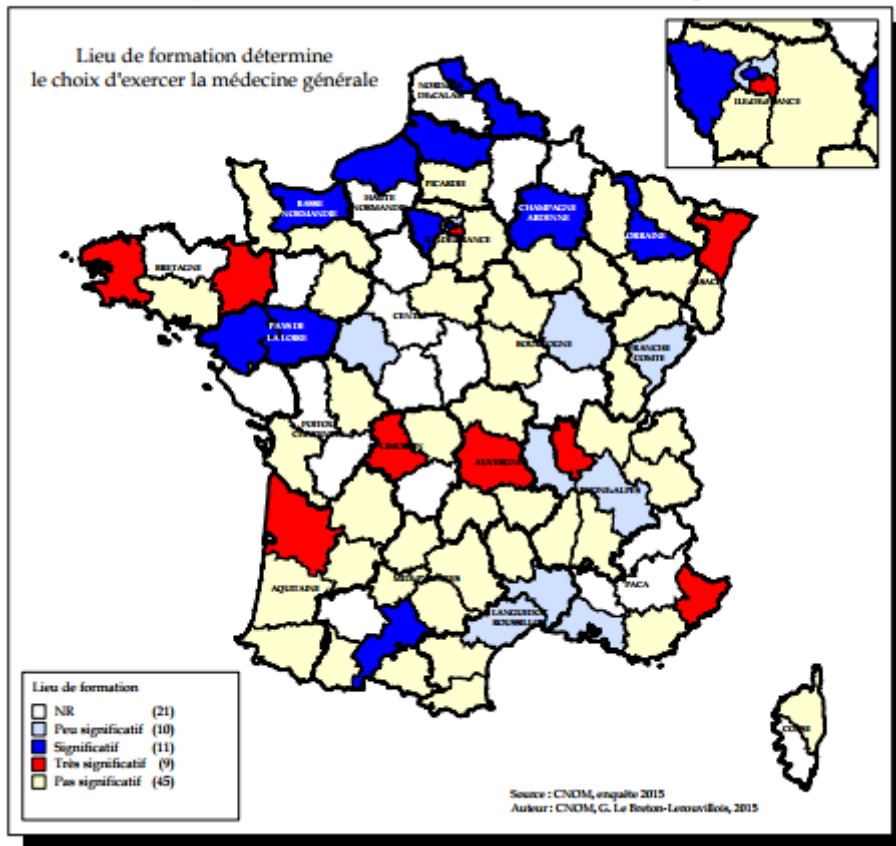


En plus d'un effectif de médecin généraliste de plus en plus faible, seulement 64% des femmes envisagent de travailler à temps plein tandis que 83% des hommes ont déclaré souhaiter travailler à temps plein. [3]

Cependant, on a remarqué que la première inscription au tableau de l'ordre en médecine générale se retrouve plus facilement proche d'une faculté.
 En effet, les modes d'exercice des médecins nouvellement inscrits sont à corrélés avec la présence ou non d'une faculté de médecine à l'échelle départementale. [1]

Fort heureusement, le département de la Gironde regroupe des étudiants dont la proportion choisissant d'exercer la médecine générale est significativement supérieure aux autres départements, comme on peut le voir sur la carte ci-contre.

Carte n°16 : Lieu de formation détermine le choix d'exercer la médecine générale



Ainsi, le nombre de médecin généraliste diminue ce qui explique en partie pourquoi l'accès aux soins peut devenir compliqué mais quels autres facteurs peuvent expliquer que certaines zones en France ne sont pas du tout touchées alors que d'autres connaissent des difficultés importantes ?

2- **La densité médicale**

1. Définition de la densité médicale.

La densité médicale est le nombre de médecins par habitant.

Or la population ne cesse d'augmenter en France on compte 66 991 000 habitants au premier janvier 2017 selon l'INSEE, soit une augmentation de 265 000 personnes correspondant à une hausse de 0,4 % en une année. [4]

Ainsi il faudrait que le nombre de médecin augmente dans les mêmes proportions.

2. La densité médicale actuelle et caractéristiques socio-démographiques.

Les médecins généralistes sont âgés en moyenne de 52 ans, ils sont représentés à 54% par les hommes et 46% par les femmes.

Ils sont représentés à 27,3% de personnes âgées de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs.

On constate que 74% de ces médecins, nouvellement installés, ont obtenu leur diplôme en France. [1]

Les médecins titulaires d'un diplôme roumain arrivent en seconde position (14,3%). [3]

On remarque que 34% des médecins, nouvellement installés, ont fait le choix d'un exercice individuel, 33% pratiquent leur activité dans un cabinet de groupe mono-disciplinaire et 22% en tant que collaborateur avec un médecin.

L'exercice en maison médicale pluridisciplinaire ou pluriprofessionnel reste marginal. [3]

Selon l'Ordre des Médecins, au 1er janvier 2016, la densité médicale métropolitaine pour la spécialité de médecine générale était de 132,1 médecins pour 100 000 habitants. [1]

Mais ce qui paraît être encore plus compliqué à gérer est la répartition des effectifs à l'échelle des régions, qui met en évidence de fortes disparités territoriales (cf graphique ci-dessous).

Ainsi la région Ile-de-France enregistre la plus forte diminution (-18,7%) du nombre de médecins généralistes sur la période 2007/2016. La région Centre occupe le 2ème rang des régions qui recensent une baisse significative du nombre de médecins généralistes (-13,1%). La région Provence-Alpes-Côte d'Azur occupe à quasi-égalité avec le Nord-Pas-de-Calais/Picardie la troisième place des régions en forte diminution du nombre de médecins généralistes inscrits à l'Ordre en activité régulière. [1]

On constate que la Région Aquitaine perçoit une baisse de 4.9% entre 2007 et 2016.

Graphique n°9 : Variations régionales des médecins spécialistes en médecine générale (2007/2016)



On peut alors se poser la question de l'évolution des choses dans le futur ?

3. Les études projectionnelles

Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, la France compterait 76,5 millions d'habitants au 1er janvier 2070, selon les données de l'Institut National Statistiques Etudes Economiques de 2016. [5]

Par conséquent, la densité médicale, devrait chuter plus fortement que l'effectif de médecins dans les années à venir.

D'après un scénario tendanciel publié en 2008, pour l'ensemble France métropolitaine et DOM, la densité médicale passerait de 327 à 292 médecins toutes spécialités confondues pour 100 000 habitants entre 2006 et 2030, diminuant ainsi de 10,6%. [6]

Au total, on constate une forte disparité de la densité médicale sur le territoire français et cette situation ne va pas en s'améliorant. Mais quelles sont les conséquences de cette situation ?

3- Les conséquences des disparités de la densité médicale

D'autres facteurs constituent des inégalités d'accès aux soins sur le territoire ; en effet on remarque que ce phénomène est plus net sur des populations fragiles, majoritairement rurales.

En effet on remarque que la population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions), d'après les projections de population diffusées en 2016, par l'INSEE. [5]

De plus, dans les espaces ruraux, les populations de plus de 65 ans y sont supérieures à la moyenne (23,5 % contre 19,2 %).

De plus, les populations des espaces en déprise ont, en moyenne, un état de santé moins bon : l'espérance de vie y est moins élevée, la mortalité prématurée et la mortalité évitable liée au système de soins sont plus fortes que la moyenne.

Ces caractéristiques témoignent, entre autres, de plus forts besoins de soins des populations, à mettre cependant en perspective avec le dépeuplement et ainsi une baisse quantitative des besoins.

Enfin, les populations y ont en moyenne des indicateurs socio-économiques plus défavorables témoignant d'une plus grande fragilité : la part de bacheliers est inférieure à la moyenne, ainsi qu'à l'ensemble des classes de la typologie, les revenus médians des ménages sont inférieurs, le taux de chômage légèrement plus élevé, et la proportion de personnes âgées vivant seules aussi. [2]

Quelles sont alors les conséquences de la désertification médicale sur ces populations qui paradoxalement auraient besoin d'un maillage de soins plus important ?

1. Obligation de déplacements et multiplication des inconvénients

Ainsi l'inégale répartition des médecins sur le territoire français provoque un étirement des distances à parcourir afin d'aller consulter un praticien dans certaines parties du territoire.

L'effectif de la population située à plus de 15 minutes d'un médecin généraliste habitent des communes, situées dans les zones montagneuses et dans les zones à très faible densité de population. [7]

Par ailleurs, la part de ménages sans voitures dans les espaces ruraux est supérieure à la moyenne, entraînant évidemment un problème d'accès aux soins. [2]

Cette augmentation des distances entraîne bien sûr, des coûts supplémentaires, une perte de temps, des risques d'accidents ou des risques liés au temps supplémentaire avant traitements et soins...

Ainsi selon un sondage BVA pour le Collectif Interassociatif Sur la Santé réalisé en octobre 2015, plus de 45% des usagers confrontés à la désertification médicale craignent pour leur sécurité. [8]

C'est un phénomène qui a beaucoup fait parler de lui concernant les maternités, en effet le nombre de maternités en France est passé de 1128 en 1981 à 816 en 1995 et 535 en 2010. L'effet de ces fermetures s'est ressenti sur la distance moyenne qu'une femme doit parcourir pour atteindre la maternité la plus proche de son domicile (de 6,6 km à 7,2 km) et sur la proportion de femmes qui vivent loin d'une maternité. En milieu rural, la distance minimale à la maternité la plus proche a augmenté (de 9,3 km à 10,7 km) ; le nombre de femmes n'ayant aucune maternité dans un rayon de 15 km autour de son domicile s'est accru de 27,6 % à 32,9 %. L'augmentation de configurations locales caractérisées par offre réduite de maternités à proximité pourrait présenter un supplément de risque pour les nouveau-nés nécessitant une prise en charge dans un centre spécialisé, comme les bébés nés prématurés. [9]

2. Diminution de l'offre de soins

L'accès aux soins devient encore plus inégalitaire pour les gens démunis et en plus éloignés géographiquement qui peuvent déjà être éloignés des proches, familles et amis.

Toujours selon l'enquête BVA menée pour le CISS, 63% des usagers ont déjà été dans l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable auprès d'un médecin (généraliste ou spécialiste).

Plus de 20% d'usagers ont eu recours aux urgences faute de pouvoir obtenir un rendez-vous chez un professionnel de santé dans un délai raisonnable.

Ces chiffres sont à croiser avec les « scores sanitaires », inférieurs dans nombre de départements désertés par les médecins. Par exemple, l'espérance de vie des hommes à la naissance en 2010, était de 75,4 ans dans le Pas-de-Calais, 76,6 ans dans l'Eure et 77,5 ans en Haute-Loire, là où la moyenne nationale s'établissait à 78 ans. [8] [10]

On peut alors se poser la question sur la qualité des soins dans ces zones en effet si le nombre de consultation est saturé comment le médecin est-il censé assurer une consultation de qualité comprenant par exemple de la prévention ou de l'éducation à la santé ?

Ainsi donc en France alors que la devise contient le mot égalité on ne peut pas dire que l'égalité des soins soit respectée alors pour obtenir une démocratie sanitaire il paraît important de faire le tour des solutions envisagées.

4- Les solutions envisagées

1. *Le numerus clausus*

Le numerus clausus en médecine augmente fortement pour la deuxième année consécutive.

Après une hausse, en 2016, de 149 places, le gouvernement a décidé de poursuivre sur cette lancée. Dès 2017, selon l'annonce de l'ancienne ministre des Affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, qui l'a annoncé à l'Assemblée nationale, le jeudi 24 novembre 2016, le numerus clausus va être augmenté de 478 places. 22 facultés de médecine – sur 39 – seront concernées, contre 11 l'an dernier.

Mais comme on peut le voir dans les simulations réalisées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques [11] les simulations de l'effet d'une augmentation du numerus clausus, montrent que les conséquences seraient très limitées sur les inégalités régionales. Pour les régions Corse, Midi-Pyrénées et Réunion, l'écart à la densité nationale se réduirait, tandis qu'il augmenterait pour le Centre, Champagne Ardenne, et les Antilles-Guyane.

Globalement, les inégalités régionales, mesurées par l'écart moyen à la densité nationale, resteraient les mêmes.

2. Augmentation du nombre de poste en médecine générale.

Le nombre de postes offerts aux ECN au titre de l'année universitaire 2015-2016 était de 8783 pour l'ensemble de la France.

Sur les 8783 postes offerts, 4012 étaient réservés à la médecine générale, soit 46% de la totalité des postes ouverts.

En 2015 sur les 8783 postes ouverts, 8477 postes ont été pourvus. 306 postes en France entière n'ont pas trouvé de preneur, soit 3,5% des effectifs totaux.

Entre 2014 et 2015, le nombre de postes ouverts est passé de 8190 à 8783, soit 593 postes de plus par rapport à l'an dernier, pour tenir compte de l'augmentation du nombre de candidats inscrits aux épreuves.

On constate qu'étrangement la part de la médecine générale est restée stable entre 2014 et 2015. [12]

L'augmentation de la part des postes ouverts en médecine générale aux ECN ne modifierait pas les inégalités régionales, mesurées globalement par l'écart moyen à la densité nationale.

En effet l'écart entre la densité régionale et la densité nationale serait plus faible pour certaines régions, et plus fort pour d'autres, toujours selon les projections de la DRESS.

Ainsi l'écart à la densité nationale en fin d'internat serait réduit en Bourgogne, dans le Centre, en Franche-Comté, en Haute-Normandie, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Picardie et en Alsace et au contraire amplifié en Basse-Normandie, en Champagne-Ardenne et en Corse.

En 2011, un dispositif de Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) a été introduit, créé par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires », qui incite financièrement les étudiants à choisir un poste d'interne dans une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée.

L'engagement porte sur une durée équivalente à la durée pendant laquelle le bénéficiaire a perçu l'allocation mensuelle prévue par le contrat. [13]

En 2013, en cumul, 591 CESP ont été signés (57 dont 79% en médecine générale et 97 en 2014 dont 71% en médecine générale). Selon le ministère, 1 500 contrats devraient progressivement être ouverts d'ici 2017. [14]

3. Augmentation du temps de stage en libéral

Les autorités semblent penser que l'augmentation du nombre de stage en cabinet de médecine générale pourrait être une solution à la désertification médicale et cela semble être confirmé par certaines études. Par exemple, dans la revue « Exercer » en janvier 2011 [15], il a été démontré que le SASPAS semblait influencer l'installation et les modalités d'exercice des internes brestois qui en ont bénéficié.

Actuellement, deux semestres de médecine générale peuvent être réalisés au cours de l'internat de médecine générale, mais seuls 30% des étudiants en bénéficient [16].

Une réforme a donc été actée par un arrêté du 21 avril 2017 pour rendre ces deux semestres ambulatoires obligatoires. [17]

Mais existe-t-il assez de lieux de stages pour le permettre ?

En effet, en consultant les listes de choix de stages ambulatoires de la faculté Bordeaux II, on a pu constater qu'entre le deuxième semestre 2013 et le premier semestre 2016, le nombre de lieux de stages proposés en Sud Gironde (selon la liste de commune préétablie) est passé de 9 à 10, soit une évolution de 10 % en 3 ans.

Des structures d'accueil devraient clairement être développées.

D'autres schémas existent, dans d'autres pays par exemple au Canada et en Australie, des programmes d'éducation fournissent la majorité de l'éducation clinique dans des régions éloignées et rurales, soutenues par des communications électroniques, y compris une surveillance clinique à distance.

Le succès de ces programmes démontre clairement que l'éducation dans les communautés rurales éloignées contribue à améliorer considérablement l'accès et la qualité des soins de santé ruraux à distance, en effet 85% des diplômés de ce parcours pratiquaient dans les collectivités rurales ou éloignées. [18]

4. Régulation d'installation

Il convient dans un premier temps de distinguer le droit d'exercer et le droit de s'installer.

L'autorisation d'exercer en France est octroyée par l'Ordre des médecins sous trois conditions selon le Code de la santé publique, L. 4111-1 17 :

- La détention d'un diplôme reconnu par le Code de la Santé Publique
- Une condition de nationalité
- L'inscription à un tableau de l'ordre des médecins.

Le droit de s'installer peut se définir ainsi : en pratique, le médecin souhaitant s'installer en ville s'inscrit auprès de l'ordre départemental des médecins correspondant, lequel s'assure qu'il remplit les conditions de diplômes et de nationalité en vigueur.

L'inscription à l'ordre départemental dépend uniquement de ces deux conditions, et n'est pas liée au nombre de médecins préalablement inscrits, à la spécialisation du médecin ou à la localisation choisie au sein du département.

La régulation à l'installation consiste à établir un numerus à l'installation.

Deux voies sont souvent évoquées : [19]

- La limitation des installations par l'instauration d'une autorisation administrative d'installation basée sur le nombre de médecins de même spécialité exerçant dans la région ou le canton et les besoins de la population.
Cette solution pose de nombreuses questions : comment définir les besoins, comment déterminer les besoins d'une population et comment définir du nombre de médecins optimum dans une spécialité. Mais également comment gérer la libération des postes par départ ou cessation ?
Cette voie se heurte d'emblée, on le voit, à différents problèmes et apparaît comme difficilement réalisable par l'ensemble des experts.
- L'obligation de passer par une installation transitoire dans une zone à forte difficulté démographique ou dans des postes hospitaliers déficitaires : ce avant de pouvoir choisir son site définitif d'activité.

Là aussi on le voit l'âge moyen de l'installation et les problèmes d'attractivité de l'environnement d'un cabinet ou d'un établissement de santé entraîne le risque de voir les choix d'activité transitoires favoriser toujours le même type d'implantation ou le refus de s'engager sur une voie temporaire libérale au bénéfice d'une activité salariée plus simple et attractive.

Cette solution est envisagée par certain (rapport Polton) « comme une obligation de service public qui n'est pas scandaleuse dans un système où les financements sont socialisés ».

5. *Le recours à des médecins étrangers*

Aujourd'hui, parmi les détenteurs d'un diplôme étranger, la réglementation distingue trois catégories de médecins : [20]

- les diplômés en Europe. Ce sont des praticiens qui ont obtenu leur diplôme dans l'Union européenne et qui sont originaires d'un État membre ;
- les titulaires d'un diplôme hors Union européenne ayant un droit de plein exercice. Ce droit est assujéti à une vérification de la valeur du diplôme par le ministère de l'Enseignement Supérieur. Les candidats qui réussissent les épreuves écrites et orales obtiennent le Certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) qui donne la possibilité d'obtenir une Autorisation individuelle d'exercice.

Les praticiens soumettent alors un dossier à une commission qui peut leur accorder, dans les limites d'un quota annuel fixé par le ministère, une autorisation d'exercice portant sur la seule médecine générale ;

- les Praticiens adjoints contractuels (PAC). Avant 1995, les praticiens à diplôme hors UE travaillaient dans les hôpitaux publics sous des statuts précaires qui ne s'accompagnaient pas officiellement d'un droit d'exercice. Depuis 1995, la création du statut de Praticien adjoint contractuel (PAC) a reconnu une forme d'exercice restreint, sous condition de reconnaissance du diplôme et en justifiant d'un exercice d'au moins trois ans dans un établissement public ou privé participant au service public hospitalier (PSPH).

Après avoir passé des épreuves nationales d'aptitude, le praticien peut obtenir une autorisation d'exercer de façon contractuelle, sous l'autorité du chef de service, dans un établissement public ou PSPH désigné dans l'arrêté de nomination. Le contrat est valable pour une durée de trois ans, renouvelable par reconduction expresse. Il est alors inscrit au Tableau de l'Ordre.

Certains élus municipaux, pour faire face au manque de médecins font appel à des praticiens étrangers. [21]

Ils exercent majoritairement dans des régions à faible densité médicale comme la Picardie (44 %) ou Champagne-Ardenne (39 %) et exercent en fait plus volontiers en statut libéral que leurs collègues français : au 1^{er} janvier 2009, sur 9 112 médecins européens ou extra-européens en activité, 51,3 % exercent comme salariés, 23,1 % en libéral, 19,2 % sont remplaçants ; moins de 10 % du total des nouveaux installés choisissent le statut libéral. [23]

Dans le département de l'Ariège, les médecins généralistes installés en 2010 ont tous obtenu leur diplôme hors de France, surtout en Roumanie.

En région Midi-Pyrénées, un nouveau médecin sur cinq a obtenu son diplôme à l'étranger, dont 38 % en Roumanie et 14 % en Belgique.

En effet, les médecins roumains sont très mal rémunérés dans leur pays d'origine : le salaire moyen d'un débutant correspond à 250 euros par mois.

De plus, un certain nombre d'étudiants français non admis en deuxième année d'études de médecine vont poursuivre leur cursus en Roumanie, ce qui peut leur permettre de devenir médecin, dentiste ou pharmacien. Alors qu'ils n'étaient encore que deux ou trois il y a quelques années, ils sont en 2010 262 à s'être lancés dans l'aventure. Un exode qui a commencé dans les années 2000 avec la création d'une filière en français.

Mais l'exercice de la médecine dans un pays différent, qui plus est en territoire rural, n'est pas aisé ; de nombreux praticiens étrangers seraient en situation d'échec.

Par exemple, en Ariège, le même scénario s'est produit dans deux communes, Bélestat et Saurat : après le départ de leur généraliste, elles ont accueilli un médecin roumain. Dans ces deux communes, les médecins sont repartis au bout de quelques mois, ce qui est très décevant pour les municipalités qui avaient tout mis en œuvre pour faciliter leur intégration.

D'autres médecins semblent cependant satisfaits d'avoir choisi de s'expatrier. Les municipalités les accueillent en avançant plusieurs mois de loyer et en les aidant dans leurs démarches administratives.

6. *Le recul de l'âge de la retraite*

Peu d'article font effet de cette proposition, mais elle fait écho à un amendement gouvernemental au projet de loi Santé. Celui-ci fixe à 72 ans la nouvelle limite d'âge des praticiens pour exercer à l'hôpital.

L'objectif affiché est d'affronter « *le choc démographique dans les établissements publics de santé afin de garantir le maintien d'une prise en charge de qualité* ». [22]

Mais on constate selon les projections de la DRESS [11], que l'effet d'un recul de l'âge de départ à la retraite pourrait être plus ou moins fort selon les régions en fonction de la composition de leur population médicale, et notamment de sa structure par âge.

Un report de l'âge de départ à la retraite de deux ans ne produirait globalement pas d'effet sur les inégalités régionales.

7. *Le salariat*

En effet le salariat pourrait constituer une solution aux nouvelles envies des jeunes médecins que l'on verra par la suite, leur offrant la stabilité et la sécurité qu'ils désirent.

On le constate notamment dans l'étude de Reumaux B. « Les modes de rémunération en médecine générale : enquête quantitative auprès de 171 internes nantais en 2013 » où 65% des internes étaient favorable au salariat, majoritairement les femmes à 77%. [24]

Ce nouveau statut pourrait également présenter d'autres avantages, en effet une modification de la rémunération des médecins généralistes permettrait de changer la relation médecin-malade.

Elle diminuerait la relation commerciale qu'un médecin peut entretenir avec son patient. Faire passer un message négatif serait plus simple, et peut être plus acceptable pour le patient. Si en plus, il existait une homogénéité parmi les médecins généralistes quant à la mise en œuvre des règles d'utilisation du parcours de soins et de l'offre de soins, changer de médecin traitant pour ces raisons deviendrait moins logique.

La modification du système de rémunération des médecins généralistes peut entraîner cette homogénéité. Quand un médecin n'est plus payé à l'acte, la quête pour augmenter le nombre de patients, le nombre d'actes et donc le nombre d'actes non justifiés, devrait diminuer. [25]

8. *Les aides financières*

Face aux inégalités du territoire d'offre de soins, les pouvoirs publics ont mis en place au milieu des années 2000 différentes mesures, pour améliorer la répartition des médecins généralistes : bourses d'étude, majoration des honoraires, exonérations fiscales.

Cet état des lieux a été réalisé au cours de l'élaboration du projet de santé de la future maison de santé de Captieux avec les chargés de missions respectifs de l'ARS (Olivier SERRE, Directeur départemental de l'ARS ; Elisabeth LESPARRE ELLIAS, Responsable de pôle territorial sud ; Caroline ALMARCHA, Inspectrice de l'action sanitaire et sociale Pôle territorial de santé sud), du conseil départemental de la Gironde (Jean-Luc GLEYZE, Président du Département de la Gironde, Conseiller Départemental du canton Sud Gironde, premier adjoint à la mairie de Captieux), M. BERLAND Denis (maire de Captieux) et de FACILIMED, coopérative dédiée aux équipes regroupées de soins primaires (Perrine BURSZTEJN, coordinatrice de santé).

La première aide est constituée par le dispositif de promotion des Praticiens territoriaux de Médecine Générale (PTMG), qui vise à favoriser l'installation des jeunes médecins pas encore installés ou installés depuis moins d'un an et à faciliter l'exercice libéral dans les territoires où l'offre médicale fait défaut, est insuffisante et où persistent des difficultés dans l'accès aux soins. [26]

Le praticien signe un contrat avec l'ARS par lequel il s'engage à implanter tout ou partie de son activité dans un territoire déficitaire, aux tarifs opposables (25€). En contrepartie, un niveau de rémunération et une couverture sociale lui sont garantis.

En effet il s'engage à pratiquer les tarifs opposables (Secteur 1), à réaliser 165 consultations par mois au minimum et à participer à la permanence des soins.

Il bénéficiera alors d'une rémunération mensuelle assurée de 6900€ brut pendant 2 ans. Un complément de rémunération est versé au médecin si son activité ne lui permet pas d'atteindre le plafond de 6900€ brut.

La protection sociale est assurée après 3 mois d'activité et le minimum de 165 consultations réalisées.

- Pour tout arrêt de travail supérieur à 7 jours, un complément de rémunération est maintenu pendant 3 mois à hauteur de 1 552,50 € brut.
- En cas de congé maternité et pendant toute la durée de ce dernier, un complément de rémunération de 3105€ brut est versé au praticien en plus des revenus de remplacement.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an renouvelable une fois.

D'autres aides financières existent :

- PER : Pôle d'excellence rurale,
- FNADT : fond national pour l'aménagement et les développements du territoire,
- exonérations fiscales sur les gardes pour les médecins s'installant en zone déficitaire,
- exonération de l'impôt sur le revenu en zone franche urbaine et zone de revitalisation rurale,
- exonération des charges patronales pour les médecins en zone de revitalisation rurale,
- aide à l'installation par l'assurance maladie dans les zones sous dotées,
- dotation de développement rurale

Leur obtention peut apparaître très variable selon le moment, le lieu, la commune.

9. *La télémédecine*

D'autres solutions sont envisagées notamment par l'Académie Nationale de Médecine [25] comme l'emploi de la « télémédecine » qui serait aussi une solution partielle à la sous médicalisation de certaines régions.

Il s'agit d'une piste intéressante qui suscite un certain enthousiasme, mais qui justifie aussi de sérieuses réserves.

Il faut en effet remarquer que la « télémédecine » risque d'alourdir et non d'alléger les contraintes administratives, avec, notamment, le consentement et l'identification des patients, l'authentification des médecins impliqués, l'inscription de l'acte dans le dossier du malade, la signature d'un « contrat particulier » entre le médecin et l'ARS.

Ce système pourrait également exposer à des risques d'erreurs médicales dues à une mauvaise présentation des faits.

Ce serait enfin risquer de déshumaniser la médecine en n'en retenant que les aspects techniques et peut-être favoriser chez les patients une attitude consumériste.

10. Les maisons de santé

Nous allons alors définir ce qu'est une maison de santé avec les définitions proposées par la fédération française des maisons et pôles de santé : [29]

a) Maison de santé

Une maison de santé est un lieu d'exercice qui rassemble au moins deux médecins généralistes et un autre professionnel de santé de premier recours (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, podologues, diététiciens...).

Ces professionnels produisent et entretiennent, ensemble, un projet de santé et contribuent ainsi à l'offre de soins de premiers recours par le biais d'un protocole de soins pluriprofessionnels.

b) Soins de premiers recours

Selon la loi Hopital, Patients, Santé et Territoires, les soins de premiers recours recouvrent [30] :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- l'éducation pour la santé

Les acteurs de ces soins sont les médecins traitants « médecins généralistes de premier recours », qui s'assurent de la coordination des soins nécessaires à leurs patients. L'Agence Régional de Santé les organise.

c) Protocoles de soins pluriprofessionnels

Outils pratiques d'aide à la décision coordonnée de professionnels de santé, intervenant dans une démarche pluridisciplinaire ou pluri professionnelle de prise en charge de pathologies ou situations cliniques.

Ces outils peuvent apporter une aide technique, organiser des champs de prévention ou d'éducation.

Les protocoles repèrent les rôles possibles des professionnels selon leurs domaines de compétences et orientent la coordination. Ces protocoles sont construits par l'ensemble des professionnels ou leur représentant. Ils nécessitent une appropriation.

Le protocole peut être d'usage interne à une structure ou partagé par différentes équipes.

d) Le projet de santé

Le projet de santé est un document texte qui définit les possibilités d'offre de soins en réponse aux besoins repérés en santé d'une population définie.

Il est écrit par les acteurs du territoire et les financeurs.

Ainsi on peut proposer d'aborder par exemple quelques thématiques : les modalités de la réponse aux demandes de soins programmés et non programmés, les modalités de prise en charge des maladies chroniques, l'organisation de la prévention et du dépistage, voire de l'épidémiologie.

Il analyse l'offre initiale et propose les évolutions de cette offre.

Les différents acteurs sont repérés et permettent une évaluation de l'offre technique de soins.

Le projet de santé a pour but de coordonner les différents acteurs selon des plans d'action en définissant les moyens, les modalités de communication et les délais de mise en action tout en évaluant les coûts prévisionnels et les impacts attendus (professionnels, sociologiques ou encore en santé publique).

Le projet de santé démarre par des hypothèses, engage des actions selon un programme et des financements.

Des évaluations régulières sont nécessaires afin d'estimer la viabilité des éléments du projet et l'impact sur la santé des populations et la vie des professionnels.

Après cette mise au point nous allons pouvoir regarder l'ensemble des aides qui sont mises en place pour faciliter la création de pôles et maisons de santé.

e) Les aides financières dédiées.

L'ARS doit permettre de simplifier la recherche de subventions pour les porteurs de projets. Les ressources du fond sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. [31]

L'accompagnement financier des fonds publics s'inscrit tout au long des différentes étapes du projet :

- l'ingénierie : analyse des besoins et élaboration du projet fondateur de la structure, accompagnement des professionnels et du territoire (diagnostic de faisabilité),
- l'investissement : subvention plafonnée des fonds publics pour la construction ou rénovation des bâtiments,
- l'aide au démarrage : système d'information, coordination.

Les principes de la participation des fonds publics :

- un plafonnement des subventions relatives à l'ingénierie et à l'aide au démarrage à 50 000 € par projet,
- un plafonnement des subventions relatives à l'investissement à 60% du coût total de l'investissement,
- une limite de 1 700 €/m² hors taxes sur la rénovation et les bâtiments neufs.

La **région Nouvelle Aquitaine** intervient au titre de ses différentes compétences mais avec la volonté toutefois de ne pas se substituer aux financements de l'État. Elle a ainsi mis en place une politique pour lutter contre la désertification médicale, paramédicale et odontologique. Son objectif est de garantir l'égalité d'accès social et géographique de tous à un service public de santé de qualité et de proximité sur l'ensemble du territoire régional, en termes de prévention et de soins. [29]

Dans ce cadre, la Région soutient les projets de pôles, maisons et centres de santé pluridisciplinaires sur l'ensemble du territoire, au travers des Contrats Régionaux de Développement Durable 2007-2013, conclus avec les Pays et les Agglomérations, ou du Fonds Régional d'Intervention Locale.

Le montant de la subvention régionale est étudié au cas par cas en fonction des projets. Le concours financier régional se fera, en priorité, dans le cadre des Contrats Régionaux de Développement Durable conclus entre la Région et les Pays et Agglomérations

La Fédération Nouvelle Aquitaine des Maisons Pluriprofessionnelles de Santé favorise les créations des maisons et pôles de santé.

Leurs objectifs principaux : [30]

- Promouvoir et représenter l'exercice pluriprofessionnel dans l'organisation des soins de la région : représentation au sein des instances de concertation régionale, rencontres des institutions, partenariat avec l'Université, etc.
- Informer les professionnels de santé et diffuser des retours d'expériences autour de l'exercice coordonné : journée régionale annuelle, rencontres de proximité, diffusion d'information, etc.
- Apporter une aide et un soutien aux professionnels de santé des maisons ou pôles de santé et autres regroupements dans la conception de leur projet, la mise en œuvre du projet de santé, sa dynamique.

Une équipe dite de facilitateurs formée par la FFMPS est à la disposition des professionnels de santé pour toute demande concernant un projet de Maison ou Pôle de Santé Pluriprofessionnel qu'il soit en réflexion, avancé ou en fonctionnement.

Tous impliqués dans une Maison ou un Pôle de Santé, ils ont une très bonne connaissance du terrain et des problématiques des professionnels. Leur intervention, en fonction du besoin pourra être diverse : échanges avec l'un des professionnels, déplacement sur site, mais aussi intervention lors d'une réunion lors de la conception du projet ou encore visite de leur propre lieu d'exercice permettant le retour d'expériences.

Cette intervention est gratuite pour l'équipe en demande

Il existe également des sociétés privées qui proposent la mise en place de « maisons de santé » contre rémunération. Il faut savoir que les institutions sous traitent certaines tâches de l'accompagnement (diagnostic du territoire par exemple) avec des partenaires privés qu'elles rémunèrent.

Dans la thèse de Wattine T. et Poumaere T. « Etat des lieux et évaluation des mesures d'accompagnement à la création des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels dans la région Nord Pas De Calais » on notait une discordance entre la volonté des professionnels de santé et les moyens mis en œuvre par les institutions régionales pour les réaliser (manque de moyen humain et financier, complexité des démarches administratives, lenteur des réponses). [32]

Ainsi, leurs effets paraissent limités.

Au total, il apparait donc que de nombreuses solutions sont mis en place ou envisagées sérieusement mais malheureusement les zones avec des densités médicales faibles persistent, il parait donc important de faire le point sur les attentes des nouveaux médecins.

5- Les nouvelles attentes des jeunes médecins.

Des changements sociologiques concernant les choix organisationnels et les comportements d'installation des jeunes médecins généralistes tendent à renforcer les inégalités constatées.

Un attrait moindre pour l'exercice libéral, des aspirations à une durée hebdomadaire de travail réduite, la féminisation de la profession [11] et le rôle du cadre de vie dans les choix d'implantation, font du milieu urbain le lieu privilégié d'installation.

Les espaces ruraux apparaissent moins attractifs auprès des médecins parce que la population y est en moyenne plus âgée, et en moins bonne santé, avec donc des besoins de soins plus importants. [33]

Dans l'étude « La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes » publié en 2009 dans *Exercer*, certains semblent hésiter face à l'engagement personnel requis tandis que d'autres se réjouissent à l'idée de s'installer prochainement et se sentent prêts à relever le défi. [34]

Leurs expériences de stage en médecine générale colorent fortement leur vision de la profession et de leur future carrière : les maîtres de stage ont été des modèles tantôt enthousiasmants, tantôt en contradiction avec leurs aspirations.

« Les mentalités des médecins ont changé avant la mentalité des patients. [...] Les patients ont beaucoup d'exigences [...] mais les médecins, je pense, ne sont plus disposés à donner autant que leurs prédécesseurs l'ont fait. »

« Moi j'ai eu très très peur. J'ai eu un maître de stage qui commençait à six heures du matin et qui finissait à huit heures du soir. Je crois que j'ai commencé à mettre mes limites ce jour-là, quand j'ai vu ça, j'ai dit : non, ce n'est pas possible ! Il doit y avoir moyen de faire cette médecine-là autrement. C'était impensable. »

Toujours dans la même étude, il paraît clair que le temps du généraliste installé pour quarante ans dans son cabinet, seul, semble bel et bien révolu.

Les participants s'imaginent à l'unanimité en pratique en réseau ou en groupe.

Cette organisation leur permettrait d'assurer une disponibilité tout en préservant une vie personnelle.

Par ailleurs, en travaillant à plusieurs, ils envisagent de s'aménager des plages d'activités professionnelles diversifiées : consultations dans les services préventifs pour la petite enfance, planning familial, travail en prison, promotion de la santé dans les écoles, enseignement, etc., ce qui leur permettrait de soulager un peu le quotidien de la médecine générale.

« Je suis sûre que je vais pratiquer une médecine de groupe. Pas toute seule. Pas se faire manger. Pas devoir rentrer tard le soir. Pas être stressée. On a l'impression de ne pas bien écouter les gens, de rater certaines choses. »

Enfin, s'ils réfléchissent à leur installation, celle-ci n'est pas perçue comme nécessairement définitive.

Les carrières sont donc décrites comme modulables au fil du temps et des opportunités.

Face à tous ces éléments nous avons réalisé une revue de la littérature sur l'ensemble des éléments qui peuvent influencer l'installation d'un jeune médecin en maison de santé, celle-ci nous servira plus tard à réaliser le questionnaire de notre étude comme on le verra dans la partie « Matériel et méthode ».

- *Revue de la littérature.*

Selon l'étude « Rural background and clinical rural rotations during medical training : effect on practice location » du Canadian Medical Association Journal. 1999 [34] ; les étudiants se déclarant être originaires d'une zone rurale sont les plus à même d'exercer plus tard dans ces zones.

Ils choisissent 2,3 fois plus que ceux originaires d'une zone « urbaine » d'exercer en zone rurale immédiatement après leur diplôme.

Dans l'enquête BVA menée pour l'ordre des médecins en Mars 2007 [35], effectuer sur 500 médecins nouvellement installés et 3701 étudiants, les mesures en zone rurale qui apparaissaient efficaces étaient :

- Mettre à disposition un local professionnel par la municipalité (26%)
- Prendre en charge une partie des cotisations sociales des médecins s'installant dans une zone surmédicalisée (16%)
- Favoriser l'exercice du temps partiel (13%)
- Développer la collaboration libérale et le travail en réseau (11%)
- Majorer de 20% les actes médicaux et consultations pour les médecins installés en groupe (7%)
- Favoriser l'exercice en lieux multiples (6%)
- Mettre en place dans les zones démedicalisées des « maisons de professionnels de santé » regroupant en un même lieu médecins, infirmiers, kinés, etc. (5%)
- Accorder une prime à l'installation pour les médecins s'installant en zones démedicalisées (5%)
- Déconventionner les médecins qui s'installeraient dans des secteurs déjà surmédicalisés (4%)
- Faciliter la délégation de tâche (4%)
- Accorder des bourses d'études par les conseils généraux aux étudiants en échange d'un engagement à rester exercer dans le secteur pendant quelques années (4%).

Dans l'étude des Septembre 2012, installation des internes : propositions de l'Association des Internes de Médecine Générale de Rennes [36], réalisée sur 27 internes. 43% des internes déclaraient vouloir exercer exclusivement en libéral et 29% souhaitaient une activité mixte libérale et salariée.

De nombreux facteurs incitaient les internes à s'installer en libéral, tels que la possibilité d'organiser son temps de travail (88%), le suivi des patients au long cours (83%), les possibilités d'orienter son activité en fonction de ses goûts (83%), la possibilité d'entretenir une relation privilégiée avec ses patients (76%), la possibilité de faire de la prévention (67%).

L'importance des revenus n'était pas un facteur déterminant puisqu'il n'était cité que par 24% des internes.

Le passage en stage chez le praticien était un événement déterminant pour la plupart des internes qui y trouvaient une envie de s'installer.

62% des internes considéraient que le médecin généraliste libéral a trop de tâches non médicales à accomplir.

Dans la thèse Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés de Clémence Arnaud et Pierre Thiron soutenue en Novembre 2013 [37], le premier frein était lié à la définition même de la ruralité, ils ne savaient pas comment la définir ni à quoi elle correspondait.

Le second frein pour les internes était l'isolement global, ils craignaient la difficulté à maintenir leurs activités de loisirs. La pénurie de services publics et de proximité était souvent dénoncée.

Le troisième frein concernait les difficultés liées à l'emploi du conjoint en zone rurale.

Le milieu rural était ressenti quasi unanimement comme un lieu de vie serein, paisible et proche de la nature, mais n'assurant pas pour autant une meilleure qualité de vie. Les internes envisageaient alors mieux une installation en zone semi rurale, qu'ils n'arrivaient pourtant pas à définir.

L'isolement professionnel dû à l'éloignement des infrastructures médicales et à la pratique seul en cabinet angoissait les internes. Exercer seul en cabinet était aussi un frein important pour les internes, qui souhaitaient tous un exercice en groupe.

Par ailleurs, la proximité avec la population a été soulevé comme étant une contrainte par le manque d'anonymat. Certains évoquaient plutôt la possibilité d'une relation privilégiée avec les patients.

Pour beaucoup la diversité des actes, la prise en charge globale et réfléchi du patient, et la confiance portée au médecin semblaient plus marquées en zone rurale.

En outre, aucun frein d'ordre économique n'a été retrouvé dans l'étude.

Ils rappelaient l'existence ancienne de mesures d'aide à l'installation, mais trop complexes et méconnues. Beaucoup d'internes trouvaient les mesures incitatives financières inadaptées pour les attirer en zone rurale. Ces mesures n'étaient pas assez convaincantes pour lever les freins liés à la qualité de vie.

Des freins liés à la sélection des futurs médecins étaient soulevés.

Le manque d'installation en zone rurale était en effet lié pour certains au numerus clausus longtemps restreint.

Ensuite, l'origine urbaine des étudiants en médecine était un frein à l'installation en zone rurale.

Egalement, l'absence de formation spécifique à la médecine générale en milieu rural représentait un frein majeur pour les internes.

La thèse de Laure Bavay de Avril 2014 recensait les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé pluriprofessionnels en prenant l'exemple du pôle de santé du canton de Saint-Savin (Haute Gironde) [38].

Encore une fois, on retrouvait des freins matériels : la charge de travail, les contraintes logistiques et administratives, l'absence de relais pour la continuité de soins, l'absence de regroupement physique mais également des freins humains : le travail du conjoint, le risque de conflits.

Dans la thèse de Julien Poimboeuf soutenue en Décembre 2015, Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature [39], plusieurs catégories de facteurs favorisants revenaient.

Des facteurs intrinsèques : l'origine rurale des médecins, le souhait de vouloir exercer la spécialité de médecine générale avant le début des études. Le sexe masculin et l'âge d'entrée dans les études médicales n'étaient pas des facteurs d'installation en zone désertifiée.

Des facteurs pendant le socle commun des études de médecine : le plus évalué était la participation à un programme universitaire tourné vers la médecine générale et les zones désertifiées. Les résultats étaient mitigés. Les études divergeaient sur l'impact des aides financières pendant le socle commun des études.

Des facteurs professionnels. Le premier était l'attractivité de la pratique médicale spécifique à ces zones. Le second était l'importance pour les médecins de pouvoir se regrouper au sein d'une même structure.

Des facteurs personnels après la fin des études de médecine. Le facteur unique était le choix et la qualité de vie en zone rurale.

On retrouve également dans la thèse de Poppelier A. « Exercice de la médecine générale : approche intergénérationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes » 97 futurs médecins généralistes, 38 médecins remplaçants et 21 médecins généralistes installés relevaient des difficultés et des avantages à l'exercice de la médecine générale. [40]

Les difficultés retrouvées étaient :

- L'éducation des patients concernant le parcours des soins, non pas l'éducation thérapeutique, mais celle concernant le parcours des soins, les visites injustifiées entre autres
- Les tâches administratives d'un médecin généraliste. Il ne s'agissait pas ici des charges administratives en lien avec la gestion du cabinet (déclaration URSSAF, les salariés etc.), mais au contraire la charge administrative pendant la consultation comme, certificats, formulaires à remplir pour les organismes sociaux mais aussi courriers et autres documents demandés par les patients.
- L'importance des horaires
- Manque de temps pour le patient et pour la formation
- Manque de remplaçants
- Comportement des patients, parfois agressifs.

Les points positifs retrouvés étaient :

- La sensation de liberté de l'exercice libéral ; pouvoir exercer le nombre d'heures que l'on souhaite, partir en vacances quand on le veut et un bon moyen de combiner la vie professionnelle à une vie personnelle.
- L'exercice varié ; variabilité du type de cabinet, du lieu de travail, du type de clientèle, des activités annexes du médecin (coordinateur d'un EHPAD, médecin pompier, généraliste enseignant, etc.). De plus le médecin généraliste ne se limite pas à un seul organe, mais à tout le corps et l'âme de ses patients. Les raisons de consulter son médecin traitant sont divers et l'activité quotidienne d'un médecin généraliste est à cette image.
- La relation médecin – malade
- L'activité en groupe, pour se faire remplacer mutuellement pendant des congés de formation ou de vacances, pour la continuité des soins pour

les patients pendant une journée de repos hebdomadaire, pour la diminution des charges financiers du cabinet, etc.

- L'organisation de vie professionnelle et de vie personnelle
- L'amour du métier, le choix de ce métier par vocation, par volonté de soigner des personnes malades

Dans l'étude de Toussaint E. « Principales contraintes administratives identifiées comme des freins à l'installation des jeunes médecins généralistes » les contraintes identifiées mettaient en exergue trois difficultés principales. [41]

D'une part les jeunes médecins ont du mal à se positionner comme chef d'entreprise, avec les charges administratives lors de l'installation, les fonctions de management, la gestion quotidienne de l'entreprise libérale, la comptabilité et la fiscalité spécifique. D'autre part, les relations avec les administrations sont perçues comme inutilement complexes.

Enfin, la rédaction de documents pour lesquels l'aval du médecin est exigé, parfois à tort (certificats « non obligatoires ») amène à hésiter à s'installer, par leur caractère fréquent et répétitif.

Dans la thèse de Zalmaï D. « Maisons de santé pluri professionnelles : attentes, réalités et perspectives. Etude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains », [42] l'exercice en maison de santé apparaissait relié à une part de hasard, sans attentes spécifiques. Certains professionnels avaient été attirés par l'exercice en maison de santé qui semblait leur garantir la présence d'une secrétaire qui permettait la prise des rendez-vous, l'orientation des patients, l'accueil et la présence physique.

Cet exercice répondait en grande partie aux attentes des professionnels de santé, notamment en termes d'organisation de l'agenda respectée. Effectivement, plusieurs professionnels de l'étude menée décrivaient en effet, un rythme de travail agréable, notamment par le fait d'exercer à plusieurs. Ils voulaient réserver une qualité de vie personnelle agréable avec notamment du temps familial. Ils sont satisfaits de ce que leur offre la maison de santé sur ce plan.

Il permettait aussi des conditions de travail agréables, plusieurs professionnels se savaient privilégiés de pouvoir travailler dans ces conditions particulièrement favorables et agréables ; sans causé de problèmes sur le plan de l'indépendance des professionnels.

Les professionnels souhaitaient exercer dans des locaux propres, fonctionnels, accessibles aux personnes handicapées.

Ils voulaient pouvoir échanger avec des collègues de différentes professions, enrichir leurs échanges ; les réunions de coordination permettaient de répondre à cette attente. Ils exprimaient leur nécessité de ne pas exercer seuls, ils souhaitaient rompre l'isolement car ils avaient besoin de communiquer.

Plusieurs professionnels aspiraient à modifier leur pratique notamment afin de prodiguer des soins de meilleure qualité. D'autres professionnels ambitionnaient de rendre service au patient.

L'exercice en MSP a permis de répondre à ces attentes

Enfin, les attentes des jeunes médecins et les solutions proposées divergent. Cependant, les possibilités qu'offrent les maisons de santé pour les jeunes médecins apparaissent comme un bon compromis entre leurs attentes et une solution durable pour inciter les jeunes médecins à venir s'installer dans les espaces où l'offre de soins est déficitaire ou fragile.

Cependant les maisons de santé peuvent être positives, favorisant l'amélioration ou le maintien de l'offre localement, ou négatives, se traduisant par des maisons de santé vides

L'ARS ainsi que le Conseil Général de Gironde et la commune de Captieux m'a alors proposé de baser ma thèse sur le projet d'une maison de santé, à Captieux, où la recherche de médecins devient un problème, notamment dans la conception du projet de santé et pour l'accès aux soins de la population du territoire.

La municipalité de Captieux a développé un projet de maison de santé, il nous a semblé pertinent d'étudier les déterminants à l'installation dans cette maison de santé, sur la base d'un exemple concret puisque celle-ci offre un panel représentatif des aides possibles étant en zone déficitaire et pour laquelle les pouvoirs publics (rassemblant l'ARS, le Conseil Général et la municipalité) mettent tout en œuvre pour attirer des futurs médecins.

En tant que médecin généraliste, il était important de réaliser une étude de terrain, ancrée dans les préoccupations des populations locales.

6- **La maison de santé de Captieux**

1. Situation géographique et attractivité

Captieux est une ville de 1 283 habitants, située à environ une heure de route au sud de la Communauté Urbaine de Bordeaux (80 Km de Bordeaux) par l'autoroute A65.

La distance entre Captieux et le premier centre hospitalier étant celui de Langon (qui possède IRM et scanner) est de 30 km donc à moins de 30 min. L'ensemble des spécialistes sont rassemblés à Langon avec un très large panel de spécialités rassemblées.

Le premier centre de radiologie et le premier laboratoire d'analyse se trouve à Bazas à environ 15 min de Captieux.

Il y existe un établissement public ESAT qui compte 85 travailleurs handicapés, une maison d'accueil pour personne âgée (trente résidents) et un projet de construction d'EPHAD qui devrait accueillir 80 résidents et qui sera livré fin 2017.

On notera que Captieux n'est pas dépourvu d'équipements publics puisqu'on y trouve : une école primaire, une école maternelle, un centre de secours, une brigade de gendarmerie, un bureau de poste et une pharmacie ; On y trouve également plusieurs restaurants, une supérette, une agence bancaire et d'assurance, trois boulangeries, une librairie, une station-service, une grande surface de bricolage. Elle peut donc constituer un lieu de vie attractif.

2. Le projet de maison de santé

Devant le déclin du nombre de médecin dans la ville de Captieux, le conseil départemental de la Gironde ainsi que la municipalité de Captieux ont décidé de mettre en place une maison de santé.

En effet, Captieux décomptait 3 médecins généralistes contre 1 actuellement, qui partira bientôt à la retraite. (Mise à jour : en Juillet 2017 un nouveau médecin serait prêt à s'installer).

Actuellement, le projet est en construction.

D'ici fin 2017, des locaux seront disponibles pour 2 cabinets médicaux ainsi qu'un studio attenant afin de permettre aux médecins généralistes ou remplaçant d'y vivre.

Un deuxième bâtiment en cours d'acquisition servira à réaliser le reste de la maison de santé à vocation pluridisciplinaire.

La situation géographique a été pensée afin que la maison de santé se situerait au cœur du bourg, en face de la pharmacie. Il a aussi été décidé que le loyer serait attractif.

Par ailleurs, une autre maison de santé à Bernos Beaulac se situant à 10 km et comprenant deux médecins généralistes, une dentiste, trois kinésithérapeutes, un ostéopathe, une diététicienne, une sage-femme, un psychologue, un psychomotricien et trois infirmières diplômées d'état.

Les médecins y participants proposent de constituer un partenariat avec les futurs médecins de la maison de santé de Captieux afin qu'un seul des médecins assure la permanence de soin jusqu'à 20h par jour et permettant de libérer du temps aux autres médecins pour d'autres activités.

Les autorités optent pour cette solution afin d'améliorer l'accès aux soins, nous voulions alors montrer que celle-ci peut être peu adaptée et peu efficace.

L'évaluation des critères qui peuvent déterminer cette installation en maison de santé nécessite d'être réalisée en Gironde.

Nous avons donc décidé d'effectuer cette étude à partir de l'exemple concret de la maison de santé de Captieux pour être au plus près des réalités de l'élaboration d'un projet d'installation d'un jeune médecin.

II. Matériel et méthode

1- Objectifs de l'étude

1. Objectif primaire

Nous cherchions donc à étudier quels sont les déterminants influençant le choix d'un exercice en maison de santé en milieu rural, en prenant l'exemple d'une possible installation dans la future maison de santé de Captieux.

2. Objectifs secondaires

Nous voulions évaluer les déterminants du choix de non installation en maison de santé, toujours par le biais de l'exemple de la maison de santé de Captieux, en fonction des caractéristiques sociodémographiques, pour essayer entre autres d'établir un lien entre installation en milieu rural et stage lors de l'internat dans un milieu similaire.

2- Schéma d'étude

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et quantitative.

En effet nous avons besoin d'une étude observationnelle permettant de décrire les facteurs d'installation en limitant les biais au niveau individuel dans les réponses en proposant un questionnaire standardisé et donc en limitant le plus possible les variations inter individuelles.

Nous disposions également peu de moyens financiers et humains, par rapport à un échantillon de taille importante ; ainsi donc ce type d'étude permettait de remplir tous les critères ainsi que la possibilité d'obtenir des résultats à nos objectifs plus facilement.

2. Population étudiée

Cette étude a été menée auprès de l'ensemble des internes de médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université de Bordeaux.

3. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient volontairement larges, en effet nous souhaitons inclure l'ensemble d'une promotion de médecin généraliste afin de déterminer ces facteurs à l'installation.

Les internes ayant débuté l'internat en novembre 2013 à l'Université Bordeaux II ont donc été inclus dans notre étude à la fin de leur dernier semestre, à un instant où une installation est donc potentiellement réfléchi.

4. Critère de non-inclusion

Les internes n'ayant pas terminés leur sixième semestre de stage en Novembre 2016 n'étaient pas inclus.

Nous voulions, en effet, toujours être représentatifs d'une population de médecin envisageant une installation à court ou moyen terme.

Le fait d'être thésé ou non n'était ni un critère d'inclusion ou d'exclusion.

5. Critères d'exclusion

Les internes ayant modifiés leur cursus (changement de filière ou de spécialité) pendant les 3 années d'internat ont été exclus.

Ainsi que les internes venant d'autre filière ou ayant pris des disponibilités pendant l'internat.

6. Constitution du test

Les questions fermées ont été réalisées par une analyse de la littérature (que l'on a vu dans la partie I.5.) à l'aide des mots-clés suivants : « maison de santé pluridisciplinaire, attentes, motivations, craintes, freins » avec les bases de données Pubmed et CISMEF, le catalogue universitaire SUDOC, Thèse IMG et le moteur de recherche Google Scholar.

En effet, nous voulions avoir l'ensemble des freins et des facteurs motivants l'installation des jeunes médecins en maison de santé pour obtenir un questionnaire à questions fermées complet sans devoir à avoir une zone d'expression libre qui aurait compliqué le recueil et l'analyse des données.

Nous avons complété notre questionnaire par plusieurs entretiens avec des membres de l'ARS et du Conseil Général ce qui a permis d'identifier d'autres critères à étudier tels que :

- L'éloignement par rapport à un centre hospitalier
- L'éloignement d'un plateau technique, radiologie ou biologie médicale
- La crainte de ne pas trouver un remplaçant

Suite à ces entretiens notamment avec Jean-Luc GLEYZE, Président du Département de la Gironde, Conseiller Départemental du canton Sud Gironde nous avons défini une zone en sud gironde que l'on a considéré comme des lieux d'exercice pouvant susciter l'envie de s'installer dans la maison de santé de Captieux.

Le choix s'est ainsi porté sur le canton Sud Gironde et le canton le Réolais et la Bastide.

Un canton comprend plusieurs communes avec fréquemment les principaux services administratifs nécessaires.

Ainsi ces deux cantons nous paraissaient assez proche de Captieux pour que les futurs médecins qui y avaient fait des stages connaissent le territoire et ainsi y envisagent une installation.

Les communes comprises dans les 2 cantons choisis sont :

Langon, Aubiac, Bazas, Bernos-Beaulac, Bieujac, Birac, Bommès, Bourideys, Captieux, Castets-en-Dorthe, Cavignac, Cazalis, Cazats, Cours-les-Bains, Cudos, Escaudes, Fargues, Gajac, Gans, Giscos, Goualade, Grignols, Labescau, Lartigue, Lavazan, Léoqeats, Lerm-et-Musset, Lignan de Bazas, Lucmau, Marimbault, Marions, Maseilles, Mazères, Le Nizan, Noaillan, Pompéjac, Préchac, Roaillan, Saint-Côme, Saint-Loubert, Saint-Michel-de-Castelanau, Saint-Pardon-de-Conques, Saint-Pierre-de-Mons, Sauternes, Sauviac, Sendets, Sillas, Toulence, Uzeste, Villandraut, Pineuilh, Aillas, Auriolles, Auros, Bagas, Barie, Bassane, Berthez, Blaignac, Blasimon, Bourdelles, Brannens, Brouqueyran, Camiran, Caplong, Casseuil, Castelmoron-d'Albret, Castelviel, Castillon-de-Castets, Cazaugitat, Cleyrac, Coimères, Cours-de-Monségur, Coutures, Daubèze, Dieulivol, Les Esseintes, Eynesse, Floudès, Fontet, Fossès et Baleysac, Gironde sur Dropt, Hure, Lados, Lamothe-Landerron, Landerrouat, Landerrouet sur Ségur, Les Lèves et Thoumeyragues, Ligueux, Lustrac de Durèze, Loubens, Loupiac de la Réole, Margueron, Massugas, Mauriac, Mérignas, Mesterriex, Mongauzy, Monségur, Montagoudin, Morizès, Neuffons, Noaillac, Pellegrue, Pondaurat, Le Puy, Puybarban, La Réole, Rimons, Riocaud, Roquebrune, La Roquille, Ruch, Saint André et Appelles, Saint Antoine du Queyret, Saint Avit de Soulège, Saint Avit Saint Nazaire, Saint Brice, Saint Exupéry, Saint Félix de Foncaude, Saint Ferme, Saint Hilaire de la Noaille, Saint Hilaire du Bois, Saint Martin de Lem, Saint Martin du Puy, Saint Michel de Lapujade, Saint Phillippe du Signal, Saint Quentin de Caplong, Saint Sève, Saint Sulpice de Guilleragues, Saint Sulpice de Pommiers, Saint Vivien de Monségur, Sainte Foy la Grande, Sainte Gemme, Sauveterre de Guyenne, Savignac, Sigalens, Soussac, Taillecavat.

7. Variables étudiées

Les variables retenues après analyse de la littérature (que l'on a vue dans la partie I.5) pour construire le questionnaire étaient :

- Des variables sociodémographiques
 - Age en année
 - Le sexe
 - Le statut marital : célibataire, marié(e) ou en concubinage.
 - Parentalité
 - Lieu de résidence

- Des variables concernant la formation
 - Stage effectué dans le sud de la Gironde
 - Nom de la ville

- Des variables concernant le désir d'installation
 - Désir d'installation dans la future maison de Captieux
 - Déterminants du « oui »
 - Lieu de vie paisible, serein, proche de la nature
 - Exercice de groupe
 - Relation privilégiée avec les patients
 - Les gardes, les urgences
 - Origine rurale
 - Diversité des actes
 - Condition d'exercice et cadre de travail
 - Mise au service des populations des zones mal desservies
 - Localisation compatible avec la profession ou les attentes du conjoint
 - Mise à disposition du local
 - Possibilité d'exercer à temps partiel
 - Développer la collaboration libérale et le travail en réseau
 - Possibilité d'aide à l'informatisation et à l'équipement
 - Prise en charge des tâches administratives
 - Sensation de liberté
 - Mode de rémunération
 - Bonne expérience dans un lieu de stage proche

- Aide à l'installation
 - Assurance d'un bon niveau de vie
 - Exonération d'impôt
 - Possibilité d'avoir du temps pour se former
- Déterminants du « non »
 - Eloignement des villes
 - Eloignement structure hospitalière
 - Manque de loisir
 - Pénuries de services publics et de proximité
 - Localisation incompatible avec la profession ou les attentes du conjoint
 - Proximité population, absence d'anonymat
 - Charge de travail importante
 - Absence de permanences de soins d'urgence/SOS médecin
 - Méconnaissance du territoire, origine urbaine/ mauvaise image de la zone
 - Absence de formation à la médecine générale rurale
 - Trop loin du lieu d'habitation
 - Souhait d'exercice salariale/ le mode de rémunération ne convient
 - Plateau technique éloigné
 - Crainte de ne pas trouver de remplaçant
 - Pas envie d'être fixé/ difficulté de se projeter dans l'avenir
 - Trouver le domicile des patients en visite
 - Trop de tâches non médicales
 - Déjà un projet d'installation ailleurs
 - Mauvaise expérience dans un lieu de stage proche
 - Crainte sur relation avec les institutions financières
 - Crainte sur relation avec confrère/ employé

8. *Recrutement*

Afin de recruter les internes de cette promotion, nous nous sommes mis en contact avec Mme BONNIN Chantal, responsable administrative du Département de Médecine Générale de l'Université Bordeaux II, elle a pu nous remettre la liste des internes et nous avons pu recouper les différents critères afin de solliciter uniquement les internes sélectionnés.

Le questionnaire, une fois constitué, a été remis à Mme BONNIN Chantal (Annexe 1 et 1bis), pour l'envoyer à la liste des étudiants définis.

Les étudiants ont été recrutés par deux emails, en date du 10 Mars 2017 et du 03 Avril 2017

9. Recueil des données et durée de la phase de recueil des questionnaires

L'enquête a été réalisée par auto-questionnaire disponible sur Google Forms, un programme d'enquête fourni dans la suite bureautique de Google (via Google Drive sur internet).

Une première partie du questionnaire était descriptive pour permettre d'évaluer la représentativité de la population.

La deuxième était constituée de questions fermées pour permettre de collecter des réponses rapides, des faits précis.

Il nous a semblé que par ce biais nous recueillions des critères plus précis sur les facteurs qui influencent les futurs médecins généralistes à s'installer en maison de santé. (Annexe 2)

Toutes les données récoltées ont été saisies dans un tableau Excell exploitable via Google Forms.

Les questionnaires ont été envoyés une première fois le 10 Mars 2017 puis relancés le 03 Avril 2017, le recueil des données a été stoppé au 18 Mai 2017.

Nous n'avons pas pu prolonger le recueil des réponses aux questionnaires, car nous avons des contraintes de temps imposées par un projet d'installation.

3- Analyse statistique

- Le taux de réponse a été déterminé pour l'ensemble de la population d'étude. Le taux de réponse est le rapport entre le nombre de personnes composant la promotion d'internes de médecine générale 2013-2014 de l'Université de Bordeaux ayant terminé leur internat en Novembre 2016 et l'effectif qui a effectivement répondu au questionnaire.
- La population d'étude a été décrite en fonction des caractéristiques sociodémographiques suivantes selon les méthodes décrites ci-dessus :
 - Age (en années)
 - Sexe
 - Le statut marital
 - Parentalité
 - Lieu de résidence
- Pour les variables qualitatives, chaque modalité a été exprimée en effectif et pourcentage. Les données manquantes n'ont pas été incluses dans le calcul des pourcentages. Les distributions des données quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type, le minimum, le maximum, la médiane, le premier et le troisième quartile. Le nombre de valeur manquante a été renseigné pour l'ensemble des données.
- La variable d'intérêt principale était le souhait de s'installer dans la future maison de santé de Captieux. Dans un second temps la distribution de chacun des déterminants du « oui » a été décrite dans l'ensemble de la population d'étude. Une analyse similaire a été employée pour les déterminants du « non ».
- Une analyse complémentaire a été réalisée sur les déterminants du choix d'installation dans la maison de santé de Captieux. La fréquence de chaque déterminant a été décrite en fonction des caractéristiques sociodémographiques et de la formation.
- Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS 9.4 (*Statistical Analysis System*).

- Gestion des données aberrantes

Avant de procéder à l'analyse des données nous avons pris quelques décisions concernant les données aberrantes. Pour la question « Avez-vous effectué un stage en cabinet dans le sud de la Gironde ? » nous n'avons pas considéré tous les sujets ayant coché la réponse « oui ». En effet, nous avons considéré qu'un sujet avait fait un stage en cabinet dans le sud de la Gironde seulement s'il avait répondu « oui » et s'il avait renseigné une commune faisant partie de notre liste.

Concernant les déterminants du choix d'installation en maison de santé, si le sujet avait répondu « oui » à la question « Seriez-vous prêts à court ou moyen terme dans ses conditions à vous installer dans la future maison de santé de Captieux ? » alors seul les déterminants du « oui » ont été pris en compte. Nous avons effectué la même démarche pour les déterminants du non.

III. Résultats

1- Description de l'échantillon

Au total 145 internes de médecine générale de la promotion 2013-2014 ont été sollicités pour répondre au questionnaire. Le taux de réponse était de 28,96%. 49 étaient des hommes (34%) et 96 étaient des femmes (66%), ce qui était représentatif de la population.

La population d'étude était composée de 42 internes de médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université de Bordeaux.

Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des internes de notre population. La moyenne d'âge était de 28 ans (Q1 = 27 ans et Q3 = 29 ans). Le plus jeune avait 27 ans et le plus âgé 32 ans. Près de $\frac{3}{4}$ (76,2%) étaient des femmes. Près de la moitié des répondants (47,6%) était en concubinage, 33% étaient célibataires, 19% mariés et la majorité n'avait pas d'enfant (85,7%).

Concernant le lieu de résidence, environ 83% des internes habitaient en région Nouvelle-Aquitaine. Deux sujets vivaient dans les DOM et un en Allemagne.

Parmi les 42 internes de médecine générale de notre population, seulement 3 ont effectué un stage dans le sud de la Gironde et plus précisément à Bernos-Beaulac, La Réole et Langon (tableau 2).

Tableau 1 : Description des caractéristiques sociodémographiques. Etude auprès des internes de médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université de Bordeaux, 2017, n=42.

Variables	DM	Population n=42	
Age (années), moyenne (ET)	1	28,27	(1,26)
Sexe , n (%)	0		
Homme		10	(23,81)
Femme		32	(76,19)
Statut marital , n (%)	0		
Célibataire		14	(33,33)
Marié(e)		8	(19,05)
Concubin		20	(47,62)
Parentalité , n (%)	0		
Non		36	(85,71)
Oui		6	(14,29)
Lieu de résidence , n (%)	0		
Gironde		27	(64,28)
Landes		2	(4,76)
Lot et Garonne		1	(2,38)
Pyrénées Atlantiques		5	(11,90)
Ile de France		1	(2,38)
Normandie		1	(2,38)
San Sébastian		1	(2,38)
DOM		2	(4,76)
Allemagne		1	(2,38)
Nouvelle Calédonie		1	(2,38)

DM : donnée manquante ; ET : écart-type

Tableau 2 : Description de la formation. Etude auprès des internes de médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université de Bordeaux, 2017, n=42.

Variables	DM	Population n=42	
Stage effectué dans le sud de la gironde, n (%)	0		
Oui		3	(7,14)
Non		39	(92,86)

DM : donnée manquante

2- Analyse du critère de jugement principal

Concernant le désir d'installation dans la maison de santé de Captieux, 3 sujets n'ont pas répondu au questionnaire.

Sur les 39 sujets ayant répondu seulement 4 éprouvent le désir de travailler à la maison de santé de Captieux (10%).

Nous nous sommes intéressés aux déterminants de ce choix.

Description des déterminants du oui

Les 4 sujets ayant répondu « oui » à la question « Seriez- vous prêts à court ou moyen terme dans ses conditions à vous installer dans la future maison de santé de Captieux ? » sont motivés par des raisons différentes :

- Les conditions d'exercice et le cadre de travail
- La possibilité d'exercer à temps partiel
- Le lieu de vie paisible, serein, proche de la nature
- L'assurance d'un bon niveau de vie
- La relation privilégiée avec les patients
- La mise au service des populations des zones mal desservies

Description des déterminants du non

Trois critères se démarquent des autres parmi les 21 proposés au départ.

Parmi les 35 internes en médecine générale ayant répondu non, 34,29% estimaient que la localisation, incompatible avec la profession ou les attentes du conjoint, était un critère déterminant de leur choix de non installation dans la future maison de santé de Captieux.

Le fait d'avoir un autre projet d'installation ainsi que de ne pas avoir envie d'être fixé ou d'avoir des difficultés pour se projeter dans l'avenir étaient des critères déterminants pour 22,86% et 20% des internes respectivement.

Aussi, 5,71% n'étaient pas prêts à s'installer dans la future maison de Captieux car ils souhaitaient, à termes, être salarié ou désiraient un autre mode de rémunération (figure 1).

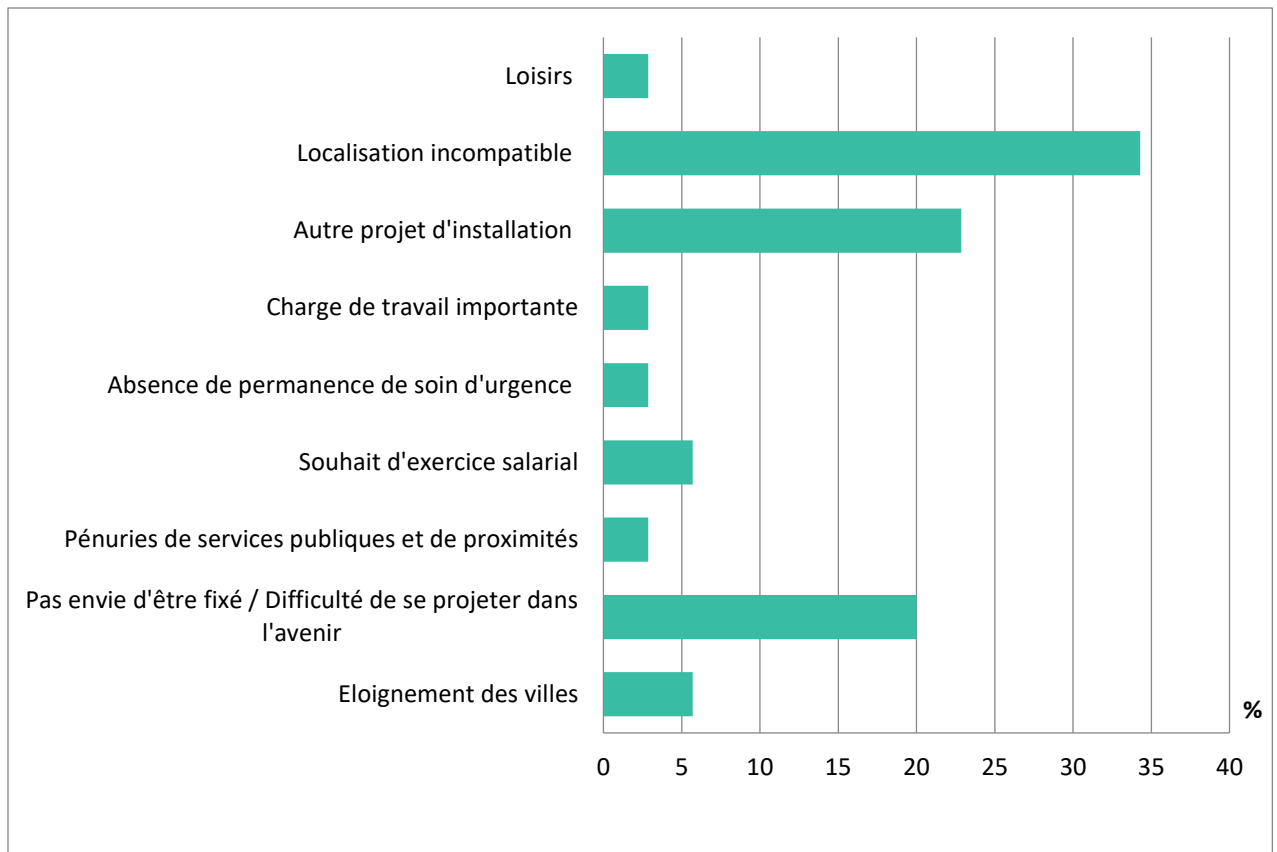


Figure 1 : Déterminants du choix de non installation dans la future maison de Captieux, étude auprès des internes en médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université de Bordeaux, 2017, n=35.

3- Analyse des critères des jugements secondaires : déterminants du choix de non installation en maison de santé en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Dans cette dernière partie nous avons voulu caractériser les déterminants du désir de non installation dans la maison de santé de Captieux en fonction des caractéristiques sociodémographique des internes afin d'avoir un aperçu des facteurs qui influencent potentiellement ce choix.

Plus de 40% des femmes de la population d'étude considèrent que la localisation est incompatible avec la profession ou les attentes du conjoint et 23% n'ont pas envie d'être fixé ou ont des difficultés à se projeter dans l'avenir (figure 2).

Aussi, près de 19% des femmes ont un autre projet d'installation.

Concernant les hommes, sur les 8 sujets ayant répondu non au désir d'installation, 3 (37%) ont un autre projet d'installation, un n'a pas envie d'être fixé ou a des difficultés pour se projeter dans l'avenir, un autre souhaite être salarié.

Les 3 sujets restants sont respectivement gênés par la charge de travail trop importante, un autre par le manque de loisir.

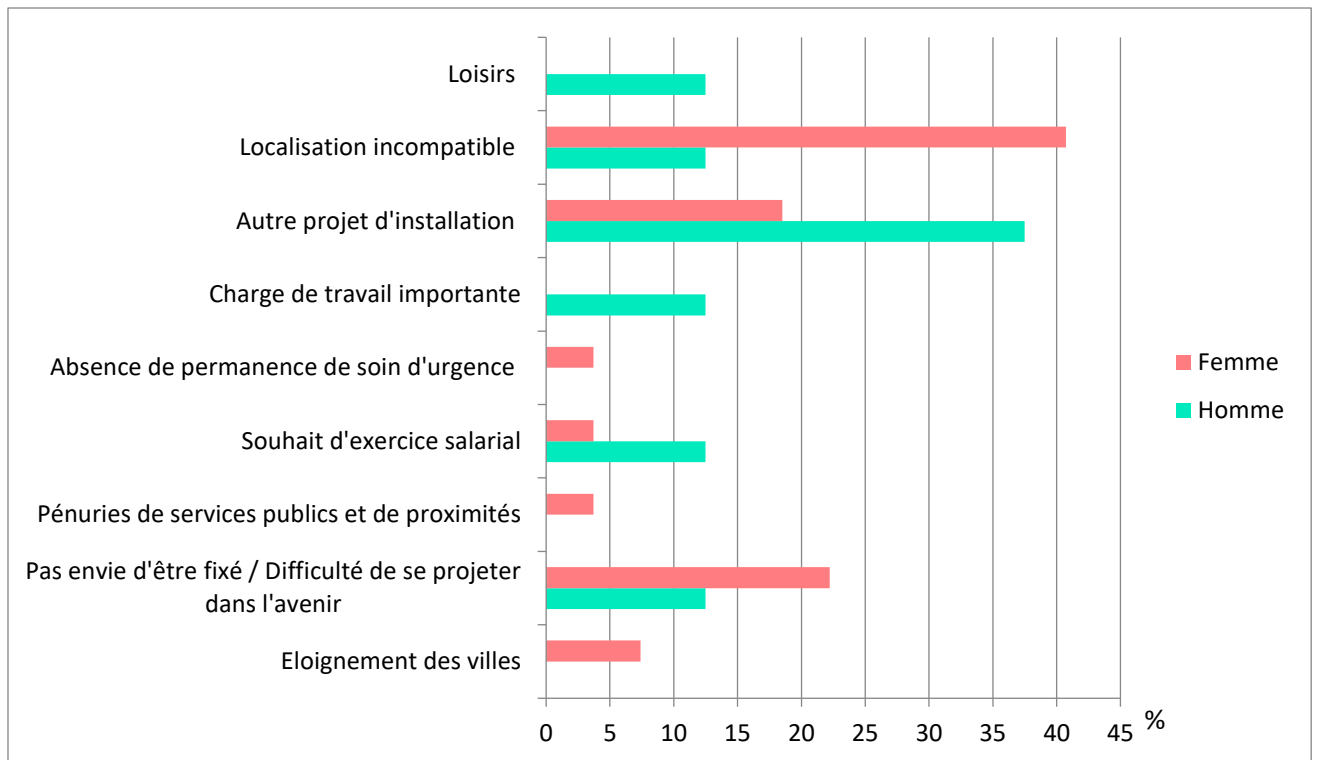


Figure 2 : Déterminants du choix de non installation dans la future maison de Captieux selon le sexe, étude auprès des internes en médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université de Bordeaux, 2017, n=35.

Si on s'intéresse au statut marital, on remarque que 60% des célibataires n'ont pas envie d'être fixé ou ont des difficultés à se projeter dans l'avenir et 30% d'entre eux ont un autre projet d'installation (figure 3).

Plus de 50% des sujets en concubinage ne désirent pas s'installer dans la maison de santé de Captieux car ils estiment que la localisation est incompatible avec la profession ou les attentes de leur conjoint.

Enfin, 42% des internes mariés ont un autre projet d'installation.

Parmi les sujets ayant des enfants, 40% ne souhaitent pas s'installer en maison de santé car ils ont un autre projet d'installation (figure 4). Le déterminant principal est également le fait d'avoir un autre projet d'installation (20%) et le fait que la localisation est incompatible avec la profession ou les attentes du conjoint (37% environ).

Pour ceux qui n'ont pas d'enfant le déterminant principal est la localisation incompatible avec la profession ou les attentes du conjoint (37 % environ), vient ensuite le fait d'avoir un autre projet d'installation (20%)

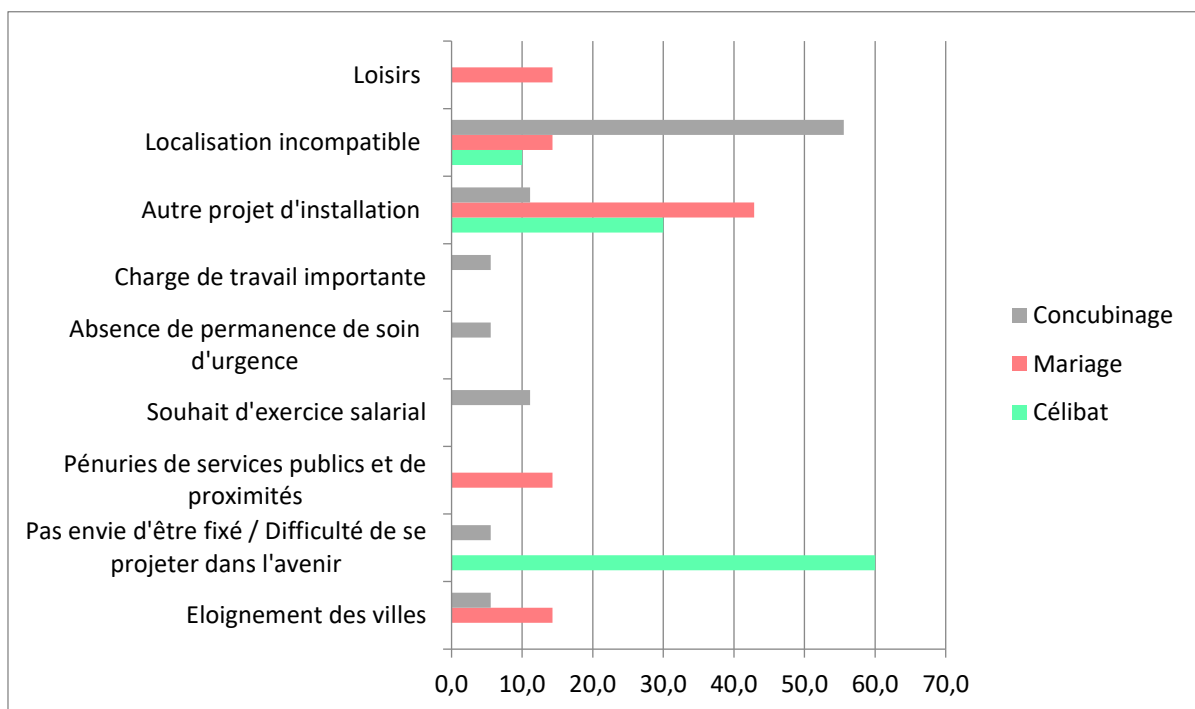


Figure 3 : Déterminants du choix de non installation dans la future maison de Captieux selon le statut marital, étude auprès des internes en médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université de Bordeaux, 2017, n=35.

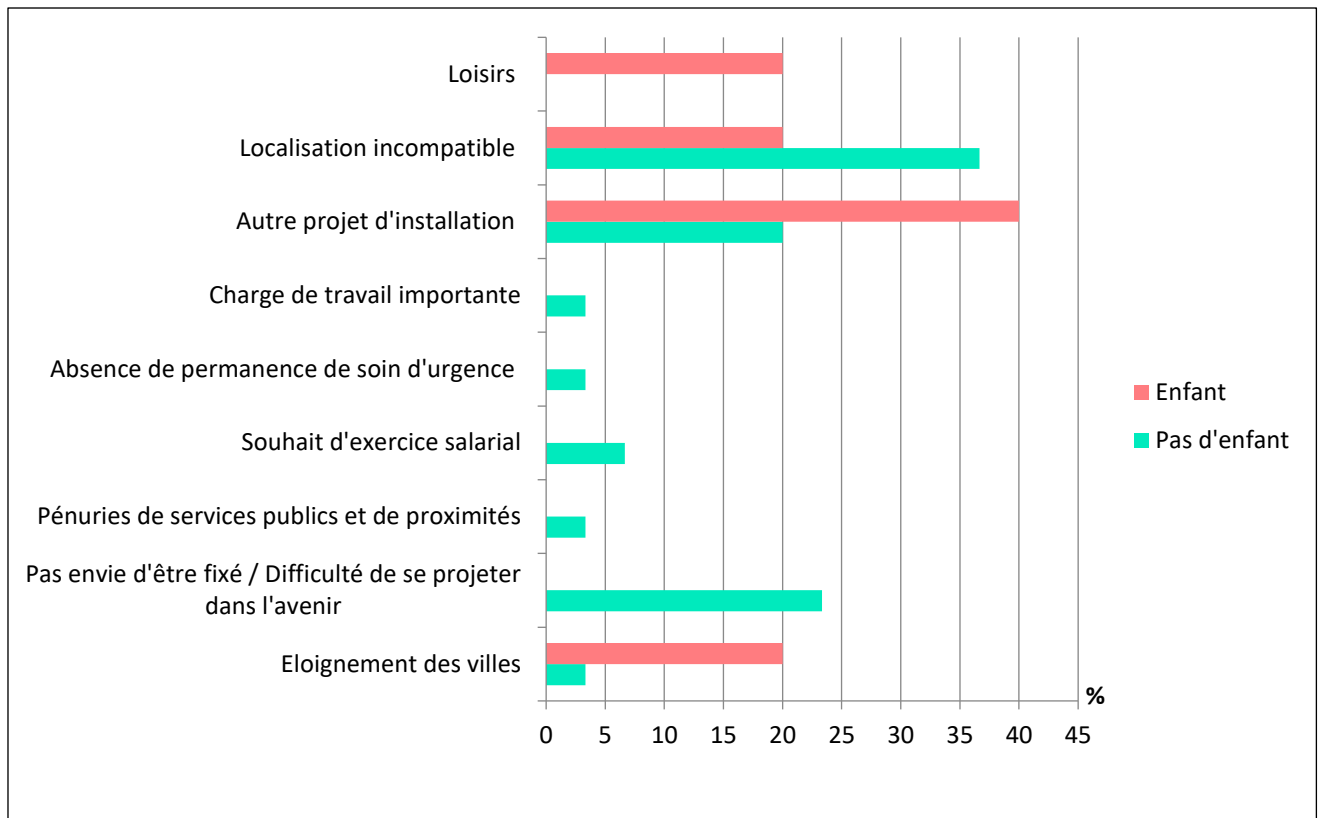


Figure 4 : Déterminants du choix de non installation dans la future maison de Captieux selon le statut parental, étude auprès des internes en médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université de Bordeaux, 2017, n=35.

4- Comparaison des répondants aux non répondants

Le taux de réponse dans notre étude étant assez faible (28,96%), il nous a semblé intéressant de vérifier si notre échantillon était représentatif de la population étudiée.

Pour cela nous avons recueilli le sexe des sujets de la promotion 2013-2014 de l'Université de Bordeaux n'ayant pas répondu au questionnaire ainsi que leur lieu de stage, grâce à la consultation des listes de choix de stage, remise par Madame Véronique RAYNAUD, responsable des stages chez le praticien et SASPAS du DMG Bordeaux II.

Parmi les 103 non répondants, 13 (12,62%) ont effectué un stage dans le sud de la Gironde contre 7,14% dans notre échantillon, cette différence n'est pas significative ($p=0,3992$) selon un test de Fisher, puisque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5.

Concernant le genre, nous n'observons pas de différence significative entre les sujets ayant répondu et les non répondants. En effet dans notre échantillon 76,19% des sujets étaient des femmes contre 62,14% dans le groupe n'ayant pas répondu au questionnaire ($p=0,1237$).

Les sujets de notre échantillon étaient donc comparables aux non répondants pour ce qui est du genre et du lieu de stage.

IV. Discussion

1- Discussions sur les résultats

Le premier constat que l'on pouvait faire est que la tendance actuelle ne serait donc pas à l'installation chez les jeunes médecins.

Elle est une étape abstraite qui les inquiète.

Ainsi il est observé un recul de l'âge d'installation des médecins généralistes : 15% des médecins de moins de 45 ans se sont installés avant 30 ans contre 71% de leurs confrères de plus de 55 ans [39].

Comme nous l'avons vu c'est le travail du conjoint qui était principalement le facteur limitant l'installation en zone rurale.

En effet, 41.5% des généralistes ont un conjoint cadre supérieur qui aurait des difficultés à trouver un emploi en zone rurale.

De plus, les jeunes médecins sont en couple avec des actifs qui ne sacrifieront pas leur travail comme ce fut le cas par le passé. [43]

Il ressortait également que les femmes médecins souhaitent de meilleures conditions de travail, tout comme les jeunes médecins masculins.

L'aspiration à davantage d'équilibre entre vie personnelle et professionnelle est donc plus une question de génération, qu'un phénomène lié à la féminisation de la profession comme le suggéraient certaines études ou les pouvoirs publics lors des entretiens. [44]

Pareillement, nous avons pu voir que la surcharge de travail inquiétait les personnes interrogées.

Cette inquiétude semble fondée, en effet :

Selon une étude de la DREES [45], la durée hebdomadaire moyenne de travail des médecins généralistes en zone rurale est de 60 heures alors qu'elle est de 56 heures en zone urbaine.

L'activité de consultation est estimée à 33 heures, le reste du temps de travail étant partagé entre les actes non rémunérés, la gestion du cabinet et la permanence des soins.

Elle représente au moins 6 heures de travail hebdomadaire, tous généralistes confondus.

De plus, compte tenu du nombre réduit de médecins dans les zones rurales, les astreintes y sont plus fréquentes.

Par ailleurs, d'autres idées ont été suggérées pour contourner ces obstacles à l'installation, les pouvoirs publics proposent des mesures incitatives financières. Mais comme nous l'avons vu, tant dans notre étude que dans celles citées ultérieurement, elle n'est pas donnée dans les raisons pour lesquels les jeunes médecins voudraient s'installer dans la maison de santé de Captieux.

Une première évaluation conduite par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à la fin 2005, les aides financières attirent peu de médecins, le taux d'adhésion des médecins éligibles étant systématiquement inférieur à 10%. [46]

Notre dernier constat était que l'on notait que 1 répondant sur 4 ayant répondu oui à la question de vouloir s'installer à court ou moyen terme dans la maison de santé de Captieux avait réalisé un stage en Sud Gironde (selon la liste de commune établie).

Du fait d'un nombre de répondant insuffisant, rendant notre test de trop faible puissance, il était difficile de conclure que l'expérience au sein d'un stage ambulatoire rural peut ou non donner l'envie au jeune médecin de s'installer dans la même zone.

Il aurait été alors intéressant de poser la question aux répondants « non » à la question envisageriez-vous de vous installer dans la maison de santé de Captieux quelles seraient les mesures qui les pousseraient à modifier leurs « non » pour un « oui ». Cette question pourrait être le sujet d'une seconde thèse pour rechercher d'autres critères qui les motivent ou qui les freinent dans leur installation. Et ainsi améliorer les mesures mises en place par les pouvoirs publics.

Dans tous les cas, les solutions proposées actuellement par les pouvoirs publics paraissent peu adaptées à améliorer l'installation en milieu rural selon les critères mis en évidence dans notre étude.

Une autre solution serait l'éducation de la population.

L'éducation de la population concernant le parcours de soins et la bonne utilisation de l'offre de soins sont compliquées pour un médecin généraliste installé qui entretient aussi une relation de type « commercial » avec son patient.

Afin d'améliorer l'éducation de la population deux solutions complémentaires peuvent être proposées.

D'une part, l'éducation de la population devient une responsabilité de l'Etat, des organismes sociaux ou de l'Agence Régionale de Santé.

Plusieurs sujets pourraient être traités : l'urgence réelle et l'urgence ressentie des patients, les visites médicalement justifiées ou non etc.

L'impact d'une campagne d'information nationale peut être considérable.

Selon une étude publiée en 2009, la campagne « Les antibiotiques, ce n'est pas automatique » (qui s'est déroulée entre 2002 et 2007 et qui visait les professionnels de santé et les patients) est responsable d'une baisse de prescription d'antibiotiques de 26,5%, voire même 45,00% dans le cadre des pathologies saisonnières de type grippal. [47]

Une campagne publicitaire nationale serait un soutien pour les médecins généralistes, qui restent les principaux effecteurs de l'éducation de la population

Le sujet est, au final, au cœur de l'actualité avec une publication de la CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français) le 20 juillet 2017, qui a détaillé ses pistes pour lutter contre les déserts médicaux, en prévision du plan prévu pour septembre par le nouveau gouvernement. [48]

Il importe d'abord, selon elle, de développer les stages dans les cabinets libéraux, de rendre obligatoires dès les premières années d'études et d'assurer pendant l'internat des stages en libéral en médecine générale et au moins six mois pour les autres spécialités.

Il faudrait parallèlement encourager les libéraux à s'engager comme maîtres de stage en améliorant la rémunération perçue.

Par ailleurs, un stage exercé en dehors du lieu d'études du futur médecin ne devrait rien lui coûter, en effet la CSMF plébiscite des indemnités pour le logement et les frais de déplacement.

Les collectivités devraient également faciliter l'installation de la famille du médecin dans un désert médical, en aidant le conjoint à trouver un travail ou en plaçant ses enfants en crèche, par exemple.

Autres préconisations : le développement de l'exercice mixte, du salariat entre médecins, du cumul emploi-retraite ou encore de la délégation de tâches entre professionnels.

Le déploiement de la télémédecine, qui doit faire l'objet de négociations avec l'Assurance maladie, leur semble essentiel.

Elle s'oppose en revanche à l'augmentation du numerus clausus.

2- Comparaison à la littérature

Une des forces de cette étude est qu'elle retrouve des résultats similaires à d'autres études tel que l'enquête BVA menée pour l'ordre des Médecins en Mars 2007 [35].

En effet il y était constaté dans les trois attentes prioritaires dans le choix d'installation sont :

- L'épanouissement personnel de soi-même et de sa famille (81%).
- Que la localisation soit compatible avec la profession ou les attentes de son conjoint.
- La possibilité d'exercer le mieux possible sa discipline (55 %).

A notre connaissance, il s'agit de la première étude en Aquitaine sur les facteurs d'installation des médecins généralistes en zone désertifiée, d'autant plus que cette étude est représentative des initiatives locales.

3- Biais

1. Taille de l'échantillon

Devant le peu de personnes ayant répondu au questionnaire malgré les deux relances par mail, nous n'avons pas pu obtenir de test assez puissant pour établir un lien entre l'installation en milieu rural et le stage. Nous nous sommes donc limités à décrire les caractéristiques socio démographiques des répondants non.

Le petit nombre de répondant conduisent à être prudent concernant l'analyse finale, en effet cela entraîne des questions sur la représentativité de notre étude.

Le taux de réponse constitue un biais de recrutement potentiel, notamment lié au volontariat des réponses au questionnaire. En effet, les gens qui répondent sont déjà peut être un peu plus intéressés que les autres, on pourrait donc supposer que le taux d'installation serait encore moindre dans le groupe des non répondants.

De plus la courte durée d'étude peut être un facteur limitant au recrutement et donc un facteur expliquant le nombre faible de répondant. Cependant on notera qu'entre les deux recrutements par mails, le nombre de répondant n'a augmenté que de 10 personnes. On peut donc penser que même en augmentant le temps de l'étude il aurait été difficile d'obtenir un nombre suffisant de répondant pour avoir un test assez puissant.

Alors, probablement le recrutement par mail n'était pas la bonne méthode pour obtenir un nombre suffisant de répondant.

2. *Biais méthodologique*

La méthode de recueil des données par voie de questionnaire Google est en revanche une faiblesse de l'étude car la perte d'éléments de communication verbale représente un biais d'investigation, notamment si les personnes étaient désireuses d'explications concernant les formulations des questions ou sur certains termes.

D'autant plus que ce questionnaire n'a pas été testé en amont, devant des contraintes de temps.

Cependant, l'extension à des interrogatoires sur 145 personnes rendait impossible la réalisation d'entretiens en personne ou par téléphone par l'investigateur, ce qui nous empêchait d'envisager une étude qualitative.

Pour limiter ce biais nous avons réalisé un questionnaire dans l'esprit que l'on peut y répondre vite, sans trop de réflexion.

Le fait d'avoir réalisé une revue de la littérature pour créer le questionnaire permet également de limiter ce biais, en donnant un nombre large de propositions.

3. Biais de l'analyse

Notre revue de la littérature s'est limitée aux études indexées et n'a pas pris en compte la littérature grise, à l'origine d'une perte possible d'informations supplémentaires.

Mais le biais de publication probable est à pondérer par la qualité des informations nécessaires, en effet nous voulions limiter le nombre de propositions possibles dans le questionnaire pour qu'il soit rapide à remplir et donc que les répondants ne se lassent pas au fur et à mesure.

V. Conclusion

Les freins et les motivations des jeunes médecins ainsi que leurs caractéristiques sociodémographiques pourraient être analysés pour formuler de nouvelles mesures d'incitations à l'installation ainsi que pour décider de la création de nouvelles maisons de santé en milieu rural.

Bien que la rémunération apparaisse comme un critère secondaire de leur exercice futur, les jeunes médecins pourraient surement envisager une installation plus facilement si celle-ci se faisait en tant que salarié. Ce statut leur permettrait d'allier plus facilement vie professionnelle et personnelle qui est, pour le coup, leur préoccupation numéro une.

Evidemment le résultat de l'accueil des étudiants et la formation à la médecine générale sur la désertification devra être précisé.

Cependant des expériences locales ont montré sur le long terme que, même dans des zones peu attractives, la désertification est moindre si les étudiants sont accueillis par des généralistes maîtres de stages et par des groupes professionnels dynamiques, comme cela s'est vu à Bernos-Beaulac.

Pour gérer la pénurie, il n'y a pas de solution miracle mais il faudrait tenter de gérer à court et moyen terme la pénurie.

Les politiques publiques paraissent erronées, il serait donc intéressant d'en modifier les principes afin de renverser peu à peu les tendances pour le long terme.

Le projet de la maison de santé de Captieux sera donc à évaluer dans quelques années.

Bibliographie

- [1] Le Breton- Lerouvillois G, Rault JF. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er Janvier 2016. [Internet] Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2016. [Consulté le 20 janvier 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medecale_2016.pdf
- [2] Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V et al. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? [Internet] Espace populations sociétés ; 2016. [Consulté le 11 Décembre 2016] Disponible sur : <https://eps.revues.org/6177>
- [3] Rault JF, Lebreton Lerouvillois G. La démographie médicale en région Aquitaine. [Internet] Ordre National des Médecins ; 2015. [Consulté le 11 Décembre 2016] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_aquitaine_2015.pdf
- [4] Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2016 [Internet] Insee. 2017. [Consulté le 24 juillet 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
- [5] Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. [Internet] Insee ; 2016. [Consulté le 12 Janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>
- [6] Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. [Internet] Doss Solidar Santé. 2008. [Consulté le 23 janvier 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>

[7] DRESS. L'Accessibilité potentielle localisée : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. [Internet] Document de travail, Série Études et recherche, n° 124, décembre 2012. [Consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur :

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT51AccessibilitePotentielleLocalisee.pdf>

[8] Institut BVA. Besoins des usagers privés d'accès aux soins près de chez eux. [Internet] CISS ; octobre 2015. [Consulté le 3 décembre 2016]. Disponible sur :

<http://www.leciss.org/sites/default/files/Deserts-Medicaux-Constats-Propositions-CISS.pdf>

[9] Pilkington H, Zeitlin J. Distance, accessibilité et inégalités de santé périnatal. [Internet] 2013. [Consulté le 3 Juillet 2017] Disponible sur : <http://iriaf.univ-poitiers.fr/>

[10] Olaya E., Barbedienne P. et *al.* Étude des mutations de la Médecine Générale. [Internet] Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, 2005. [Consulté le 10 décembre 2016]. Disponible sur : <http://ireps-ara.org/ind/m.asp?id=43>

[11] Attal Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. [Internet] DREE, 2009. [Consulté le 25 janvier 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200912t1.pdf>

[12] ARS. Affectations des étudiants en médecine reçus aux ECN 2015-2016. [Internet]. [Consulté le 23 juin 2017]. Disponible sur :

http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/Je_me_forme/Devenir_medecin/Affectations-etudiants-medicine-ECN-2015.pdf

[13] Article 46 de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009, article L.632-6 du code de l'éducation. Décret d'application du 29 juin 2010.

[14] Centre national de Gestion des Praticiens hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière. Affectation des étudiants en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales au titre de l'année universitaire 2013-2014. [Internet] 2013. [Consulté le 23 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.cng.sante.fr/Epreuves-classantes-nationales-393.html>

[15] Freche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste JY et *al.* Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? *Exercer*. Février 2011 ; Vol. 22 (95) : p 21-4

[16] Maurey H. Déserts médicaux : agir vraiment. [Internet] Rapport d'information Sénat n° 335. Session ordinaire 2012-2013, 5 février 2013. [Consulté le 23 Janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-335-notice.html>

[17] Arrêté relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. [Internet] JORF n° 0100, avril 2017. [Consulté le 12 Aout 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo/texte>

[18] Strasser R. Learning in context : education for remote rural health care. *Rural Remote Health*. Juin 2016 ;16(2) :4033.

[19] Bouet P, Bernard-Catinat M, Delga ME et *al.* Liberté d'installation, liberté d'exercice. Quelle médecine pour quels médecins ? [Internet] Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 14 juin 2003. [Consulté le 13 janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rapportdudr.bouet.pdf>

[20] Cottereau V. Les praticiens à diplôme hors Union Européenne en France : quand les hôpitaux ont recours à des médecins migrants. [Internet] *Revue francophone sur la santé et les territoires* ; Janvier 2015. [Consulté le 23 janvier 2017]. Disponible sur : https://rfst.hypotheses.org/files/2015/04/Cottereau_rfst_2015.pdf

[21] Afrite A, Bourgeuil Y, Fabien D, Mousquès J. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. [Internet] IRDES ; 2013. [Consulté le 14 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/189-l-impact-du-regroupement-pluriprofessionnel-sur-l-offre-de-soins.pdf>

[22] Bontron, Jean-Claude, Louis-Marie Voisin. « Les médecins étrangers au secours des campagnes ? », *Pour*, vol. 214, no. 2, 2012, pp. 139-142.

[23] Godeluck S. Loi Santé : la limite d'âge des médecins hospitaliers portée à 72 ans. [Internet] Les Echos ; 17 mars 2015. [Consulté le 1^{er} février 2017]. Disponible sur : https://www.lesechos.fr/17/03/2015/lesechos.fr/0204232454541_loi-sante---la-limite-d-age-des-medecins-hospitaliers-portee-a-72-ans.htm

[24] Reumaux B. Les modes de rémunération en médecine générale : enquête quantitative auprès de 171 internes nantais en 2013. Thèse d'exercice, Faculté de médecine de Nantes ; 2014.

[25] La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. [Internet] Académie nationale de médecine. [Consulté le 16 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/publication100036335/>

[26] Aides à l'installation - Praticien territorial de médecine générale (PTMG). [Internet]. ARS Nouvelle-Aquitaine, 12 janvier 2017. [Consulté le 20 février 2017]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/aides-linstallation-praticien-territorial-de-medecine-generale-ptmg>

[27] Définitions Maisons et pôles de santé. [Internet] Fédération française des maisons et pôles de santé, 11 juin 2015. [Consulté le 13 avril 2017] Disponible sur : <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions>

[28] Article 118 de la LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. [Internet] JORF, n°0167, 22 juillet 2009. [Consulté le 25 avril 2017]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&categorieLien=id#JORFARTI000020880251>

[29] Les maisons de santé pluridisciplinaires. [Internet] Conseil de l'ordre des médecins d'Aquitaine, 2013. [Consulté le 20 février 2017]. Disponible sur : <http://ordre-medecins-aquitaine.org/page.php?nom=conseil-regional-maisons-de-sante>

[30] Vous avez un projet. [Internet]. Fédération française des maisons et pôles de santé, 11 juin 2015. [Consulté le 20 février 2017]. Disponible sur : <http://www.ffmps.fr/index.php/exercice-coordonne/vous-avez-un-projet>

[31] Structures d'exercice coordonné (Maisons ou centres de santé). [Internet] ARS Nouvelle-Aquitaine. 6 janvier 2017. [Consulté le 20 février 2017]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/index.php/structures-dexercice-coordonne-maisons-ou-centres-de-sante>

[32] Wattine T, Poumaere T. Etat des lieux et évaluation des mesures d'accompagnement à la création des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels dans la région Nord Pas De Calais. Thèse d'exercice, Faculté de médecine Henri Warembourg Lille ; 2011.

[33] Dory V, Pouchain D, Beaulieu M-D et *al.* La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. *Exercer* ; 2009 ; 85 :4-7

[34] Easterbrook M, Godwin M, Wilson R et *al.* Rural background and clinical rural rotations during medical training : effect on practice location. *Canadian Medical Association Journal*. Avril 1999 ;160(8) :1159 –1163

[35] Conseil national de l'ordre des médecins, BVA. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. [Internet] 2007. [Consulté le 10 Décembre 2016]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetebvaattentesdesmedecins.pdf>

[36] Lecoustey M, Association des internes de médecine générale de Rennes. Propositions sur l'installation des internes. [Internet] Septembre 2012. [Consulté le 20 janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/propositions-sur-installation-des-internes-aimger.pdf>

[37] Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. Thèse d'exercice, Faculté de Médecine de Grenoble ; 2013.

[38] Bavay L. Les freins à l'adhésion des médecins généralistes à un projet de pôle de santé pluriprofessionnel. Thèse d'exercice, Faculté de Médecine de Nantes ; 2014.

[39] Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature. Thèse d'exercice, Faculté de Médecine de Rennes ; 2015.

[40] Poppelier A. Exercice de la médecine générale : approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes, Thèse IMG [Internet]. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers ; 2010. [Consulté le 12 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.theseimg.fr/1/node/20>

[41] Toussaint E. Principales contraintes administratives identifiées comme des freins à l'installation des jeunes médecins généralistes. Thèse d'exercice, Faculté de Médecine de Reims ; 2013.

[42] Zalmaï D. Maisons de santé pluri professionnelle : attentes, réalités et perspectives. Etude qualitative auprès de dix-sept professionnels de santé aquitains. Thèse d'exercice, Faculté de médecine de Bordeaux ; 2016.

[43] Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. [Internet] Etudes et résultats, DREES, n°430, septembre 2005. [Consulté le 23 Janvier 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-situation-professionnelle-des-conjoints-de-medecins>

[44] Aulagnier M, Obadia Y, Saliba-Serre B et al. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. [Internet] Novembre 2007. [Consulté le 10 Décembre 2016]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er610.pdf>

[45] Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. [Internet] Etudes et résultats, DREES, n° 797, mars 2012. [Consulté le 5 Décembre 2016]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>

[46] Bourgueil Y, Mousques J, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature. [Internet] Bulletin d'information en économie de la santé, IRDES, n°116, décembre 2006. [Consulté le 15 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>

[47] Sabuncu, E, David J, Bernède-Bauduin C et al. Significant reduction of antibiotic use in the community after a nationwide campaign in France, 2002-2007. PloS Med 2009 Jun 2 ;6(6) : e1000084.

[48] AFP. Déserts médicaux : les médecins libéraux détaillent leurs pistes. [Internet] L'Express. 20 Juillet 2017. [Consulté le 23 Juillet 2017]. Disponible sur : http://www.lexpress.fr/actualites/1/societe/deserts-medicaux-les-medecins-liberaux-detaillent-leurs-pistes_1929050.html

Annexes

Annexe n°1 : Courriel d'ouverture de l'enquête envoyé le 10 Mars 2017

Chantal Bonnin <chantal.bonnin@u-bordeaux.fr>

10 mars ☆  

A 

Bonjour,

Vous trouverez ci-dessous un questionnaire en vue du travail de **thèse** de Mademoiselle Julie DAGOT. Il concerne les internes ont terminé leur cursus en octobre 2016.

Merci de votre coopération.

Bien cordialement,

Chantal BONNIN

Responsable administrative
du Département de Médecine Générale

Collège Sciences de la Santé
146 rue Léo Saignat - Case 148

Bât. 5 D Porte 119
33076 Bordeaux Cedex

Tél. 05 57 57 13 11 - Fax : 05 57 57 14 13

<https://sante.u-bordeaux.fr/Vos-etudes/Troisieme-cycle-de-medecine-generale/>

Annexe n°1bis : Courriel de relance de l'enquête envoyé le 03 Avril 2017

Bonjour,

Merci à ceux d'entre vous qui ont répondu au questionnaire de Mademoiselle Julie DAGOT pour la préparation de son travail de thèse qui a pour thème l'installation des jeunes médecins.

Elle aurait besoin de quelques réponses supplémentaires pour que son étude soit probante.

Pour ceux d'entre vous qui n'ont pas pu lui répondre, vous trouverez ci-dessous son questionnaire (après son argumentaire), qui s'adresse uniquement aux internes ont terminé leur cursus en octobre 2016.

Merci de votre coopération.

Bien cordialement,

Annexe N°2 : Questionnaire de thèse

Les déterminants qui influencent le choix d'un exercice en maison de santé .Exemple de la future maison de santé de Captieux

Devant le constat que en quelques années la ville de Captieux est passée de trois médecins généralistes à un médecin généraliste , le Conseil Départemental de la Gironde et la municipalité de Captieux en quête de solutions pour permettre de maintenir un accès aux soins appropriés à la population de Captieux et de ses environs ont décidé de mettre en place une maison de santé . Pour le moment, le projet reste à construire mais des locaux à destination de 2 cabinets médicaux seront disponibles d'ici fin 2017, avec un petit studio à disposition au dessus des cabinets. Un deuxième bâtiment en cours d'acquisition servira à réaliser le reste de la maison de santé à vocation pluridisciplinaire.

Elle sera située en plein cœur du bourg derrière l'église , en face de la pharmacie .

Le loyer serait attractif .

Une installation en temps partiel est bien sur envisageable.

Cette maison de santé travaillerait en complémentarité au sein d'un pôle de santé avec la maison de santé de Bernos Beaulac (Commune à 10 Km) où exerce déjà 2 médecins généralistes , une dentiste , 2 kinésithérapeutes , 1 ostéopathe , 1 diététicienne, 1 sage femme et 3 IDE . Les 2 médecins voudraient organisé des tours de garde jusqu'à 20h pour que chacun puisse partir de son cabinet entre 17h et 18h.

Pour vous donner une idée de la situation de Captieux j'ai récolté quelques informations que je vous livre ci dessous :

- A environ une heure de route au sud de la Communauté Urbaine de Bordeaux (80 Km de Bordeaux) par l'autoroute A65 (échangeur à Captieux).
- La gare SNCF la plus proche est celle, distante de 28 km par la route vers le nord, de Langon sur la ligne Bordeaux-Sète du TER Aquitaine..

La distance entre Captieux et le premier CH étant celui de Langon (qui possède IRM et scanner) est de 30 km donc à moins de 30 min. L'ensemble des spécialistes sont rassemblés à Langon avec un très large panel de spécialités rassemblées.

Le premier centre de radiologie et le premier laboratoire d'analyse se trouve à Bazas à environ 15 min de Captieux .

La commune de Captieux compte parmi ses équipements publics : une école primaire, une école maternelle, un centre de secours, une brigade de gendarmerie, un bureau de poste et une pharmacie.

Il y existe un établissement public ESAT qui compte 85 travailleurs handicapés, une maison d'accueil pour personne âgée et un projet de construction de l'EPHAD qui devrait accueillir 80 résidents.

Face à tous ces arguments , les pouvoirs publiques se demandent "mais pourquoi donc aucun jeune médecin ne veut venir s'installer ?" , cette étude cherche donc à mieux définir les attentes des futurs médecins pour dynamiser l'installation dans les zones délaissées .

Dans cette première partie il s'agira de déterminer vos caractéristiques personnelles .

*Obligatoire

Adresse e-mail *

Votre adresse e-mail

Etes vous une femme ou un homme ?

Femme

Homme

Quel est votre âge ?

Votre réponse

Quel est votre statut ?

Célibataire

Marié(e)

Concubinage

Avez vous des enfants ?

Oui

Non

Dans quelle ville habitez vous ?

Votre réponse

Avez vous effectué un stage en cabinet dans le sud Gironde ?


Oui

Non

Si oui , dans quelle ville ?

Votre réponse

SUIVANT

 Page 1 sur 2

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

Dans cette seconde partie il s'agira de déterminer pour quelle(s) raison(s) vous envisageriez ou non de vous installer dans cette future maison de santé à Captieux ?

Seriez vous prêts à court ou moyen terme dans ses conditions à vous installer dans la future maison de santé de Captieux ?

Oui

Non

Si oui pourquoi ?


- lieu de vie paisible , serein , proche de la nature, assurance d'un bon niveau de vie
- relation privilégié avec les patients , mise aux servies des populations des zones mal desservies
- les gardes , les urgences
- vous êtes d'origine rurale
- la diversité des actes
- condition d'exercice et cadre de travail (maison de santé potentiellement pluridisciplinaire)
- localisation compatible avec la profession ou les attentes du conjoint
- mise à disposition du local / locaux neufs / accessibilité des locaux (personnes handicapées/âgées)
- Possibilité d'exercer à temps partiel
- Possibilité d'aide à l'informatisation et à l'équipement
- possibilité de prise en charge des tâches administratives et d'accueil des patients

- Sensation de liberté (organisation, horaires , vacances , etc), absence de hierarchie
- bonne expérience dans un lieu de stage proche
- exonération d'impôt, prime à l'installation
- possibilité d'avoir du temps pour se former
- facilite l'accueil des stagiaires

Si non, pourquoi ?

- Eloignement des villes
- Eloignement structure hospitalière / isolement professionnel (accès aux spécialistes)
- loisirs (pas autant qu'en ville ; piscine , cinema)
- Pénuries de services publics et de proximités (école , supermarché , banque)
- localisation incompatible avec la profession ou les attentes du conjoint, trop loin du lieu d'habitation
- proximité population , absence d'anonymat
- charge de travail important
- absence de permanence de soin d'urgence / pas de SOS médecin - les gardes / les urgences
- méconnaissance territoire , origine urbaine / Mauvaise image de la zone
- absence de formation à la médecine générale rurale (hospitalo centrisme de la formation)

- Souhait d'exercice salariale
- Plateau technique éloignée
- Crainte de ne pas trouver de remplaçant
- Pas envie d'être fixé / Difficulté de se projeter dans l'avenir
- Trouver le domicile des patients en visite
- Trop de tâches non médicales
- déjà un projet d'installation ailleurs
- Mauvaise expérience dans un lieu de stage proche
- Crainte sur relation avec les institutions financières
- Crainte sur relation avec confrère / employé

Je ne suis pas un robot 
reCAPTCHA
Confidentialité - Conditions

RETOUR

ENVOYER

Page 2 sur 2

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

Serment d'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels 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 leur dignité.

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

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

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

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

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé :

On constate une forte disparité de la densité médicale sur le territoire français et cette situation ne va pas en s'améliorant. Les zones rurales sont particulièrement touchées. De nombreuses solutions sont envisagées pour améliorer la situation comme les maisons de santé. L'objectif de cette étude est de définir les déterminants influençant le choix d'un exercice en maison de santé en milieu rural, en prenant l'exemple d'une possible installation dans la future maison de santé de Captieux.

Cette étude quantitative a été menée par questionnaire Google Forms auprès de l'ensemble des internes de médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université Bordeaux II. Le recueil des données a été réalisé entre le 10 Mars 2017 au 18 Mai 2017 par mails.

42 internes de médecine générale de la promotion 2013-2014 de l'Université Bordeaux II ont répondu au questionnaire permettant de dégager plusieurs facteurs. Les facteurs permettant d'envisager une installation dans la maison de santé de Captieux étaient les conditions d'exercice, la possibilité d'exercer à temps partiel, le lieu de vie paisible, l'assurance d'un bon niveau de vie, la relation privilégiée avec les patients et enfin la mise au service des populations des zones mal desservies. Venaient ensuite les trois principaux freins à l'installation : la localisation incompatible avec la profession ou les attentes du conjoint, le fait d'avoir un autre projet d'installation ou de ne pas avoir envie d'être fixé ou d'avoir des difficultés pour se projeter dans l'avenir et le souhait d'être salarié.

Les facteurs liés à l'installation paraissent peu cohérents avec les solutions mises en place par les mesures incitatives actuelles. L'enjeu est donc de considérer les attentes des jeunes médecins pour espérer les voir s'installer en zone rurale. D'autres études pourraient préciser les mesures qui pourrait faire changer d'avis les jeunes médecins généralistes.

Titre et résumé en anglais :

The determinants, in principle guiding the general medicine intern's choice of exercising in rural health house. Study through the example of the future health house of Captieux (Gironde).

There is a marked disparity in medical density on French territory and this situation is going for the worse. Many solutions are considered to improve the situation like the nursing homes. The objective of this study is to define the determinants inducing the choice of exercising in a rural health house, taking the example of a possible future creation of one at Captieux.

Quantitative study was conducted by Google Forms questionnaire with all the general practitioners of the promotion 2013-2014 of the University Bordeaux II. The data was collected between 10 March 2017 and 18 May 2017 by e-mail.

42 general practitioners from the Bordeaux 2013 University's 2013-2014 promotion responded to the questionnaire to identify several factors. Factors that could be considered for settlement in the Captieux health center were the conditions for exercise, the opportunity to practice part-time, the peaceful place to live, the insurance of a good living standard, the privileged relationship with the patients and finally attending the populations of the underserved areas. Then came the three main obstacles to the installation : the incompatible location with the profession or the expectations of the spouse or husband, having another installation project or not wanting to be locked on a particular location or having difficulties to project themselves into the future in the area and the wish to be find a salaried job.

The factors related to the installation appear inconsistent with the solutions implemented by the current incentives. The challenge is therefore to consider the expectations of young doctors to hope to see them settle in rural areas. Other studies could specify measures that could change the opinion of young general practitioners.

Mots clefs : ruralité, médecine générale, installation, désert médical

Université de Bordeaux, Département de Médecine Générale, 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux