



HAL
open science

Devenir professionnel des internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien issus des promotions 2004 à 2012

Jonathan Knittel

► To cite this version:

Jonathan Knittel. Devenir professionnel des internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien issus des promotions 2004 à 2012. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01815344

HAL Id: dumas-01815344

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01815344>

Submitted on 14 Jun 2018

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.

Ce document est une oeuvre de l'esprit, à ce titre il est protégé par le droit d'auteur (article L. 111-1 du Code de la propriété intellectuelle).¹

Son utilisation implique le respect des règles de citation et de référencement en vigueur (Article L122-5).

Tout usage en violation des droits de son auteur constitue une contrefaçon donnant lieu à des poursuites pénales (Article L335-2 et Article L335-3).

Le plagiat est susceptible de sanction disciplinaire (Article R712-10, 2° du code de l'éducation)

1



UNIVERSITE DE LA REUNION

U.F.R SANTE

Unité de
Formation et de
Recherche



ANNEE 2018

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement par

KNITTEL Jonathan

Née le 06/01/1990 à Colmar

Le 24 janvier 2018

**Devenir professionnel des internes de
médecine générale de la subdivision Océan
Indien issus des promotions 2004 à 2012**

Directeur de thèse

Professeur Jean-Marc FRANCO

Membres du Jury :

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| - Professeur Xavier COMBES | <i>Président</i> |
| - Docteur Hector SIMON | <i>Rapporteur</i> |
| - Docteur Adeline DUTARTRE | |
| - Docteur Line RIQUEL | |
| - Professeur Jean-Marc FRANCO | <i>Directeur</i> |

Remerciements

Table des matières

REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	7
TABLE DES FIGURES	11
TABLE DES TABLEAUX	13
TABLE DES CARTES	14
LISTE DES ABREVIATIONS	15
INTRODUCTION	17
1.2 LA MEDECINE GENERALE EN FRANCE	17
1.2.1 <i>Rôle de la médecine générale</i>	17
1.2.2 <i>Caractéristiques des médecins généralistes</i>	17
1.2.3 <i>Effectifs des médecins généralistes français</i>	18
1.2.4 <i>Répartition des médecins généralistes sur le territoire français</i>	21
1.3 L'OFFRE DE SOINS ACTUELLE DANS L'OCEAN INDIEN	26
1.3.1 <i>Effectif des généralistes et évolution</i>	26
1.3.2 <i>Répartition des généralistes à l'échelle départementale</i>	27
1.3.3 <i>Profil des médecins généralistes de l'Océan Indien</i>	29
1.3.4 <i>Etudes de médecine à la Réunion</i>	30
1.4 TROIS LEVIERS MIS EN PLACE PAR LES POUVOIRS PUBLICS POUR MIEUX REPARTIR LES MEDECINS	30
1.5 LES JEUNES MEDECINS	33
1.5.1 <i>Modes d'exercice des nouveaux inscrits</i>	33
1.5.2 <i>Les raisons du désamour pour la médecine générale libérale</i>	33
1.5.3 <i>L'évolution souhaitée par les jeunes médecins</i>	34
1.6 QUESTIONS DE RECHERCHE ET HYPOTHESES	36
MATERIEL ET METHODES	37
2.1 TYPE D'ETUDE	37
2.2 POPULATION D'ETUDE	37
2.3 QUESTIONNAIRE	37
2.4 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES	38
RESULTATS	39
3.1 RESULTATS CONCERNANT TOUTES LES PROMOTIONS (2004 A 2012).....	40
3.1.1 <i>Données socio-démographiques</i>	40
3.1.1.1 Age.....	40
3.1.1.2 Sexe.....	40
3.1.1.3 Statut marital.....	40

3.1.1.4	Nombre d'enfants	41
3.1.1.5	Résidence principale	41
3.1.2	<i>Parcours professionnel</i>	43
3.1.2.1	Avant l'internat	43
3.1.2.1.1	Promotion d'internat	43
3.1.2.1.2	Faculté d'origine	44
3.1.2.1.3	Raison du choix de la médecine générale	45
3.1.2.1.4	Modalités de connaissance de l'Océan Indien	45
3.1.2.1.5	Motivation principale dans le choix de l'Océan Indien	46
3.1.2.2	L'internat	47
3.1.2.2.1	Nombre de semestre Réunion/Mayotte et zone géographique privilégiée..	47
3.1.2.2.2	Réalisation d'un ou plusieurs stages en inter-CHU	49
3.1.2.2.3	Réalisation d'un SASPAS	49
3.1.2.2.4	Remplacements pendant l'internat	50
3.1.2.2.5	Année de passage de thèse	50
3.1.2.2.6	Suivi d'une formation complémentaire	50
3.1.2.3	Après l'internat	52
3.1.2.3.1	Mode d'exercice	52
3.1.2.3.2	Salariés	53
3.1.2.3.2.1	Structure d'exercice	53
3.1.2.3.3	Libéral	54
3.1.2.3.3.1	SASPAS	54
3.1.2.3.3.2	Type de cabinet	54
3.1.2.3.3.3	Zone d'exercice	55
3.1.2.3.3.4	Département et ville d'exercice : cartographie	55
3.1.2.4	A l'avenir	58
3.1.2.4.1	Intention de quitter l'Océan Indien	58
3.1.2.4.2	Intention d'installation des remplaçants	60
3.1.2.4.3	Les raisons motivant à rester ou au contraire à quitter l'Océan Indien	61
3.1.3	<i>Comparaisons selon le mode d'exercice</i>	63
3.1.3.1	Comparaison des données socio-démographiques selon les modes d'exercice	64
3.1.3.2	Comparaison du parcours professionnel selon les modes d'exercice	65
3.1.3.3	Comparaison des libéraux et des salariés	66
3.1.4	<i>Analyse des médecins originaire de l'Océan Indien</i>	67
3.2	PROMOTIONS 2009 A 2012 ET COMPARAISONS AVEC LES PROMOTIONS 2004 A 2008	68
3.2.1	<i>Données socio-démographiques</i>	68
3.2.1.1	Age	68
3.2.1.2	Sexe	68
3.2.1.3	Lieu de résidence principale	69
3.2.2	<i>Parcours professionnel</i>	70

3.2.2.1 Avant l'internat	70
3.2.2.1.1 Raison du choix de la médecine générale	70
3.2.2.1.2 Raison du choix de l'Océan Indien	71
3.2.2.2 L'internat	71
3.2.2.2.1 Réalisation d'un SASPAS	71
3.2.2.2.2 Remplacements pendant l'internat	71
3.2.2.3 Après l'internat	72
3.2.2.3.1 Mode d'exercice	72
3.2.2.3.2 Libéral	73
3.2.2.3.2.1 Type de cabinet	73
3.2.2.3.2.2 Lieu d'exercice	74
DISCUSSION	75
4.1 FORCES DE NOTRE ETUDE.....	75
4.1.1 Taux de participation	75
4.1.2 Effectif important et homogène	75
4.1.3 Questionnaire	75
4.1.4 Recul.....	75
4.1.5 Recueil et analyse des données	76
4.2 FAIBLESSES DE NOTRE ETUDE	76
4.2.1 Surreprésentation de certaines promotions	76
4.2.2 Questionnaire	76
4.2.3 Recul différent	76
4.3 ANALYSE DES DONNEES	77
4.3.1 Caractéristiques socio-démographiques.....	77
4.3.1.1 Sexe.....	77
4.3.1.2 Statut marital.....	77
4.3.1.3 Parentalité	78
4.3.1.4 Lieu de résidence principale	78
4.3.2 Parcours universitaire avant l'internat.....	79
4.3.2.1 Faculté d'origine	79
4.3.2.2 Choix de la médecine générale	79
4.3.2.3 Choix de l'Océan Indien : connaissance antérieure et motivations	80
4.3.3 Réalisation de l'internat.....	82
4.3.3.1 Géographie des lieux de stage	82
4.3.3.2 SASPAS.....	83
4.3.3.3 Remplacements pendant l'internat.....	83
4.3.3.4 Délai de passage de thèse.....	83
4.3.3.5 Qualification supplémentaire	84
4.3.4 Parcours après l'internat	85
4.3.4.1 Mode d'exercice	85

4.3.4.2 Evolution des modes d'exercice : plus de salariés.....	85
4.3.4.3 Service d'exercice.....	88
4.3.4.4 Les remplaçants	88
4.3.4.5 Les installés.....	89
4.3.4.6 Cartographie.....	90
4.3.5 <i>A l'avenir</i>	93
4.3.5.1. Perspective et solutions.....	94
4.3.6 <i>Comparaison entre les libéraux et les salariés</i>	96
4.4 CONCLUSION.....	98
BIBLIOGRAPHIE	101
ANNEXES	107
RESUME	117
ABSTRACT	118
SERMENT D'HIPPOCRATE	119

Table des figures

Figure 1 : Pyramides des âges des généralistes français	18
Figure 2 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre depuis 1979	19
Figure 3 : Evolution et prévision des effectifs de médecin généralistes	19
Figure 4 : Nombre et densité des médecins en activité (projection de 2009)	20
Figure 5 : Evolution de la densité médicale (généralistes) à la Réunion (pour 100 000 habitants)	26
Figure 6 : Répartition des généralistes de la Réunion par âge et sexe en 2017	29
Figure 7 : Evolution du numerus clausus et des postes d'internat à la Réunion	30
Figure 8 : Evolution du numerus clausus depuis sa création	31
Figure 9 : Statut marital des répondants	40
Figure 10 : Nombre d'enfants des répondants	41
Figure 11 : Lieu de résidence principale	42
Figure 12 : Répartition des répondants par promotion	43
Figure 13 : Pourcentage des répondants par promotion	44
Figure 14 : Faculté d'externat	44
Figure 15 : Modalités des connaissances de l'Océan Indien	46
Figure 16 : Motivation principale dans le choix de la subdivision Océan Indien	47
Figure 17 : Nombre de semestres réalisés à la Réunion	48
Figure 18 : Nombre de semestres réalisés à Mayotte	48
Figure 19 : Zones géographiques du plus grand nombre de semestres	49
Figure 20 : Délai de passage de la thèse après la fin de l'internat	50
Figure 21 : Formations complémentaires les plus fréquemment suivies	51
Figure 22 : Mode d'exercice des médecins répondants	52
Figure 23 : Mode d'exercice par promotion	53
Figure 24 : Structure d'exercice des médecins salariés	53
Figure 25 : Services d'exercice des médecins salariés	54
Figure 26 : Structure d'exercice en libéral	55
Figure 27 : Intention de quitter l'Océan Indien	58
Figure 28 : Intention de quitter l'Océan Indien	59

Figure 29 : Intention de quitter l’Océan Indien par promotions	59
Figure 30 : Intention d’installation à la Réunion des médecins remplaçants	60
Figure 31 : Lieu de résidence principale	69
Figure 32 : Raison du choix de la médecine générale.....	70
Figure 33 : Motivation principale dans le choix de la subdivision Océan Indien	71
Figure 34 : Mode d’exercice des médecins répondants	72
Figure 35 : Type de cabinet des médecins exerçant en libéral (hors remplaçants)	73
Figure 36 : Lieu d’exercice des médecins libéraux (promotions 2009 à 2012)	74

Table des tableaux

Tableau 1 : Raisons de rester pour les médecins n'ayant pas l'intention de quitter l'Océan Indien.....	61
Tableau 2 : Raisons motivant les médecins à envisager un départ	62
Tableau 3 : Raisons avancées par les médecins déjà partis.....	62
Tableau 4 : Comparaison socio-démographique en fonction du mode d'exercice	64
Tableau 5 : Comparaison du parcours professionnel selon le mode d'exercice	65
Tableau 6 : Comparaison des libéraux et des salariés	66
Tableau 7 : Comparaison entre les métropolitains et les médecins originaires de l'OI.....	67
Tableau 8 : Comparaison des modes d'exercice entre les promotions 2004 à 2008 et 2009 à 2012.....	73

Table des cartes

Carte 1 : Densité médicale des médecins généralistes à l'échelle départementale	21
Carte 2 : Densité médicale des médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie	22
Carte 3 : Variations des effectifs entre 2010 et 2017 des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle départementale.....	23
Carte 4 : Distance d'accès (en kms) à un médecin généraliste	24
Carte 5 : APL des médecins généralistes libéraux	25
Carte 6 : Densité médicale des généralistes à la Réunion au niveau infra-communale	27
Carte 7 : Les médecins généralistes libéraux à Mayotte (2017).....	28
Carte 8 : Taux de croissance du numerus clausus entre 1997 et 2005	31
Carte 9 : Région d'externat	45
Carte 10 : Département d'exercice libéral.....	56
Carte 11 : Ville d'exercice des médecins libéraux à la Réunion (hors remplaçants).....	57
Carte 12 : Comparaison entre les installations des médecins issus de l'internat OI et les zones sous tension à la Réunion	92

Liste des abréviations

- APL** : Accessibilité potentielle localisée
- ARS** : Agence régionale de santé
- CESP** : Contrat d'engagement de service public
- CGET** : Commissariat général à l'égalité des territoires
- CHGM** : Centre hospitalier Gabriel Martin
- CHM** : Centre hospitalier de Mayotte
- CHUFG** : Centre hospitalo-universitaire Félix Guyon
- DES** : Diplôme d'études spécialisées
- DESC** : Diplôme d'études spécialisées complémentaire
- DFASM** : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales
- DOM** : département d'outre-mer
- DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- DU/DIU** : diplôme universitaire / diplôme interuniversitaire
- ECN** : épreuves classantes nationales
- GHER** : Groupe hospitalier Est Réunion
- GHSR** : Groupe hospitalier Sud Réunion
- ISNAR-IMG** : Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
- OI** : Océan Indien
- PACES** : première année commune aux études de santé
- PMI** : protection maternelle et infantile
- SASPAS** : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée
- SSR** : soins de suites et de réadaptation
- TAAF** : Terres australes et antarctiques françaises
- TOM** : territoire d'outre-mer
- URML** : Union régionale des médecins libéraux

1.2 La médecine générale en France

1.2.1 Rôle de la médecine générale

« Les médecins généralistes-médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients » (1). Telle est la définition européenne de la médecine générale selon l'Organisation mondiale des médecins généralistes.

Le médecin généraliste est donc considéré comme le pivot de l'organisation des soins en France et plus généralement dans les pays occidentaux.

1.2.2 Caractéristiques des médecins généralistes (2)

Les médecins généralistes français ont en moyenne 52 ans et sont encore majoritairement des hommes à 53%. Les nouvelles générations sont à quant à elles bien plus féminisées puisque les femmes représentent plus de 64% des généralistes de moins de 40 ans.

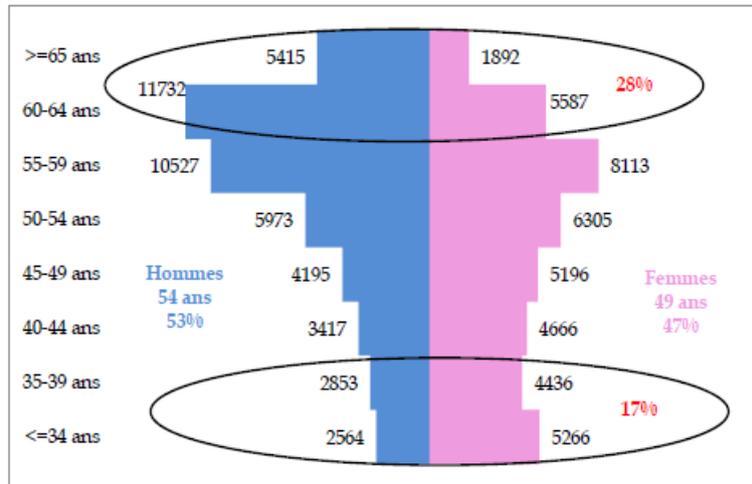


Figure 1 : Pyramides des âges des généralistes français

1.2.3 Effectifs des médecins généralistes français (2)

Au 1^{er} janvier 2017, la France recensait 290 974 médecins inscrits au tableau de l'Ordre toutes spécialités confondues dont 215 941 en activité totale et 75 033 retraités actifs. La France connaît depuis 2008 une stagnation du nombre de médecins en activité régulière, tandis que la part des retraités actifs s'est accrue de près de 1007,3% depuis 1979.

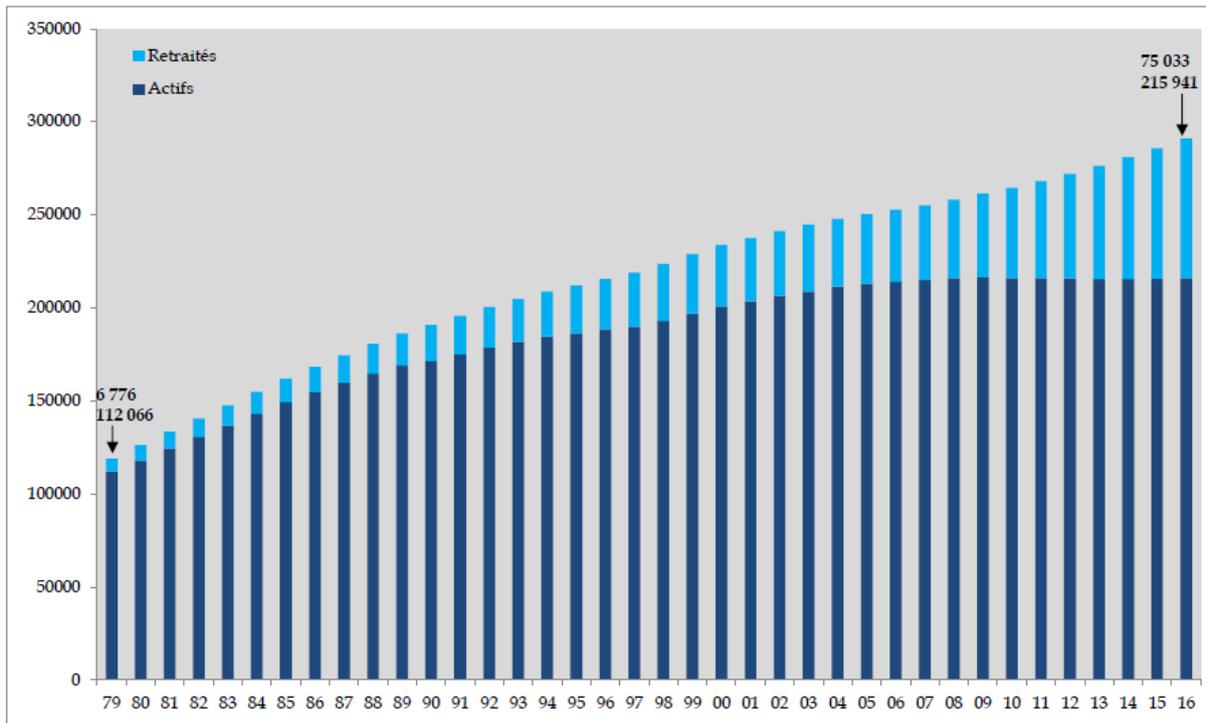


Figure 2 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre depuis 1979

Concernant la médecine générale, l'Ordre recensait au 1^{er} janvier 2017 88 137 médecins généralistes en activité régulière, avec une baisse de 9,1% des effectifs depuis 2007. Les prévisions de l'Ordre ne sont guère rassurantes puisqu'elles prévoient une poursuite de la baisse jusqu'en 2025 au moins.

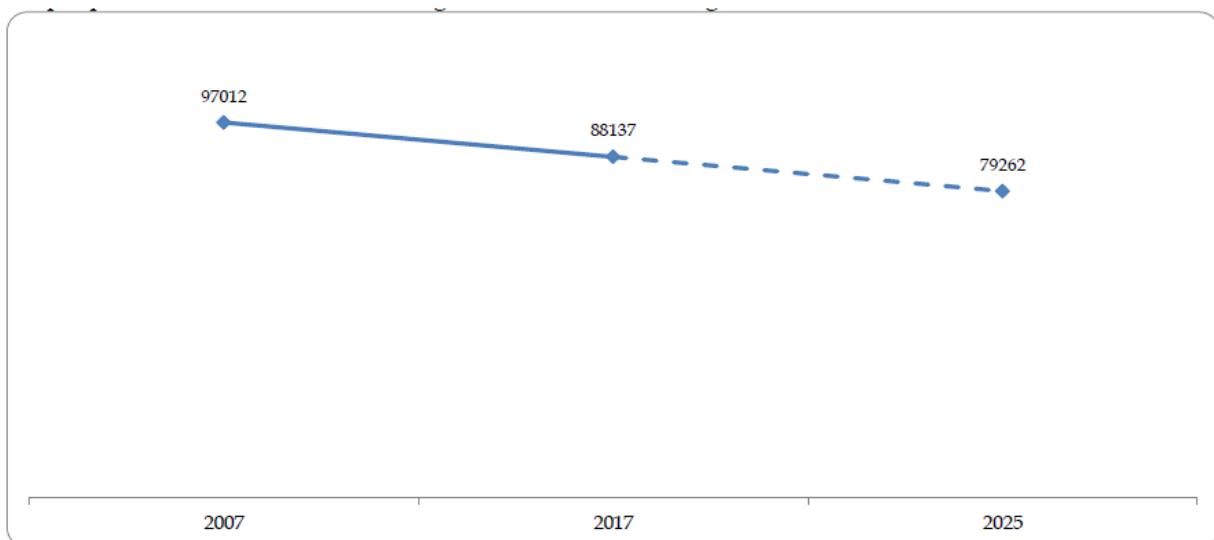


Figure 3 : Evolution et prévision des effectifs de médecin généralistes

Il est important de souligner qu'il existe de fortes disparités régionales, en effet sur la période 2010/2017, si la Bretagne (-30%), l'Occitanie (-18,3%) et l'Île de France (-15,5%) ont connu une baisse de leurs effectifs de médecins généralistes, les DOM en revanche (Guyane, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Mayotte) ont connu une hausse moyenne de 13% (14% pour la Réunion et 26,7% pour Mayotte).

Parallèlement, l'effectif des médecins spécialistes hors médecins généralistes a augmenté de 7% sur la même période avec là aussi une prévision à la hausse jusqu'en 2025 au moins.

En 2016, 8,4% des médecins généralistes exerçaient en tant que remplaçants, avec une hausse de 17,1% depuis 2007 et qui a de fortes chances de se poursuivre jusqu'en 2025. Il s'agit là d'un des signes reflétant le moindre attrait de l'installation en médecine libérale de premier recours. Un des autres éléments de cette évolution étant la pratique d'un exercice particulier, qui était déclaré par plus de 11% des médecins généralistes en 2006 (2) (3).

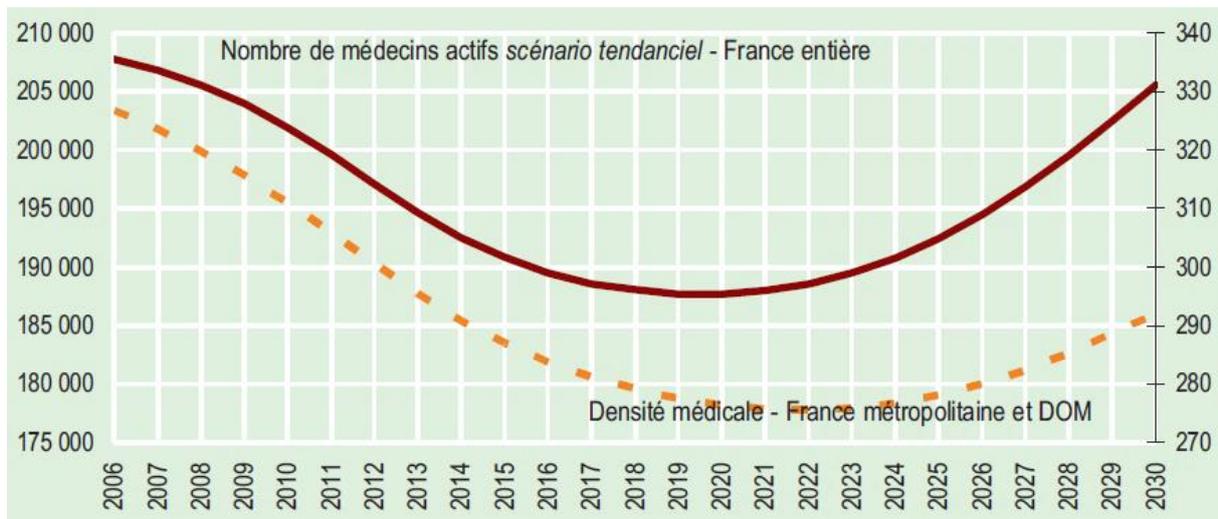
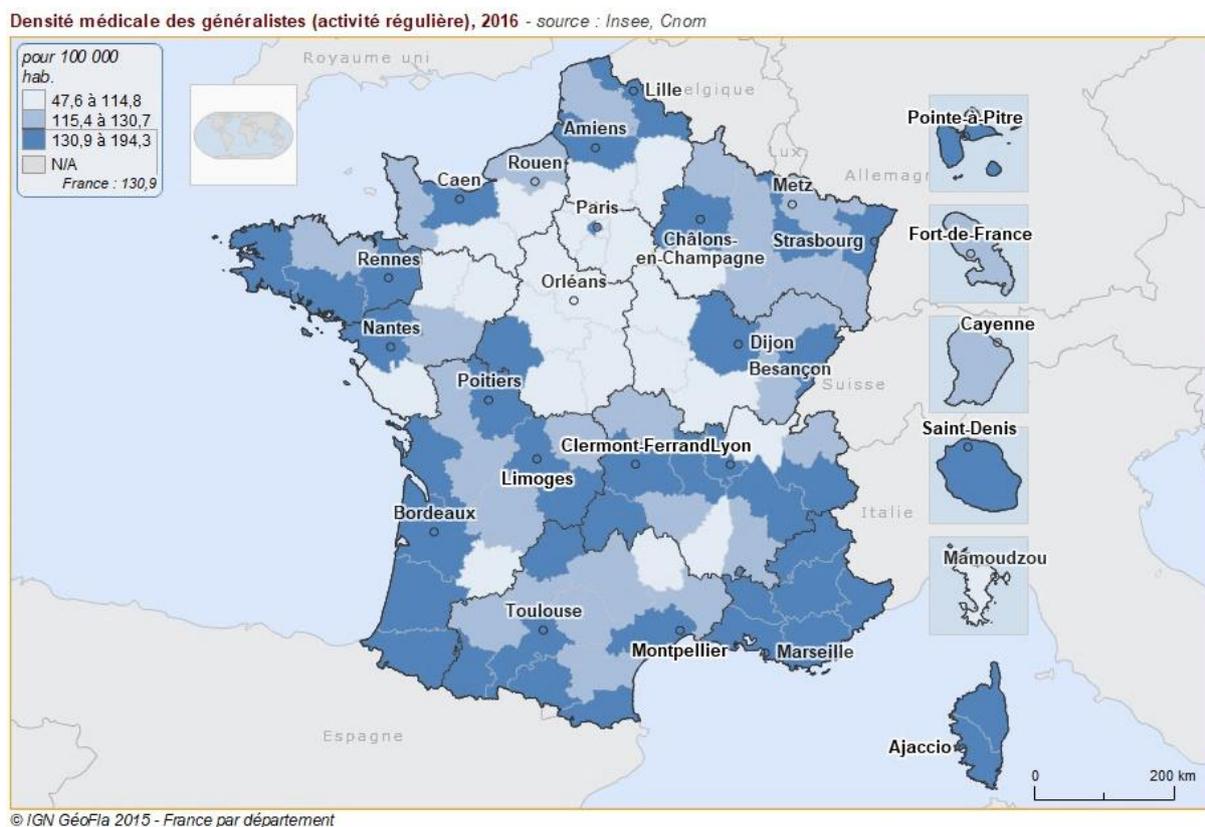


Figure 4 : Nombre et densité des médecins en activité (projection de 2009) (11)

Même si ce graphique ne s'est pas confirmé dans son pessimisme, la densité médicale d'aujourd'hui atteint un des niveaux les plus bas depuis plusieurs dizaines d'années. Elle ne devrait remonter qu'à partir de 2023 mais restera assez éloignée des chiffres d'avant 2010. Il en résulte des disparités régionales fortes.

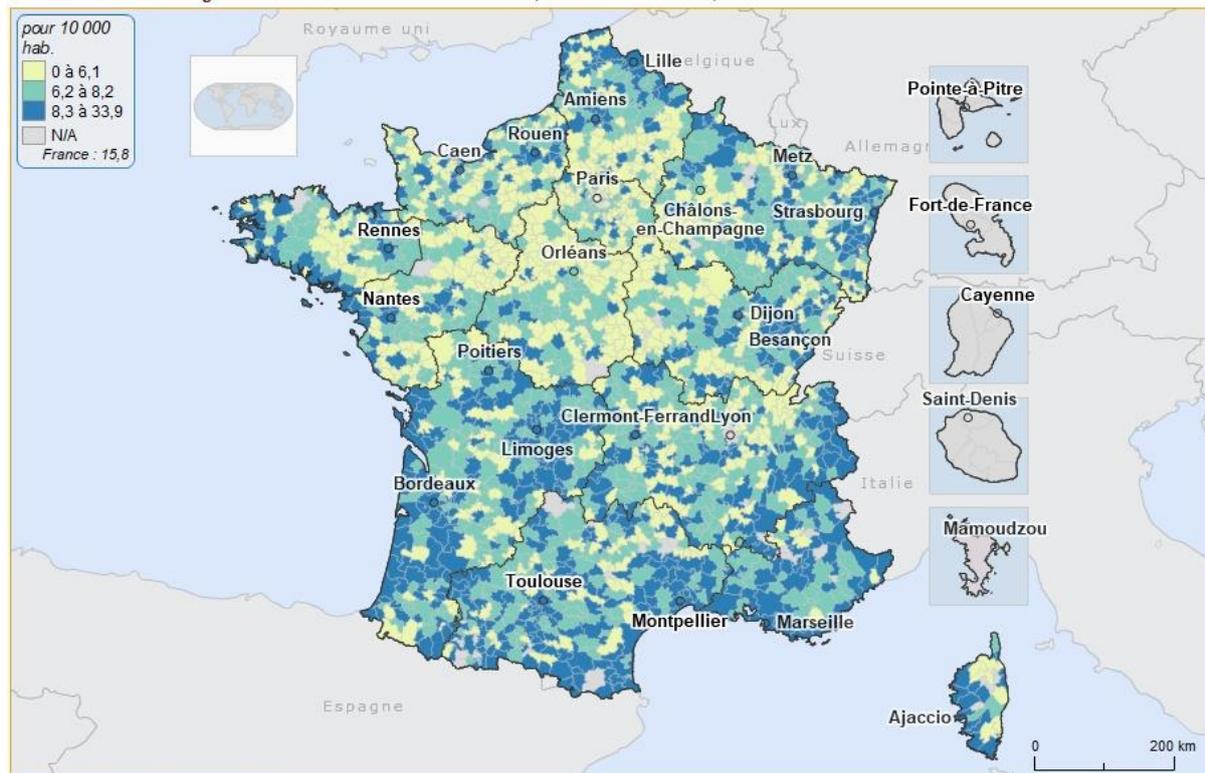
1.2.4 Répartition des médecins généralistes sur le territoire français



Carte 1 : Densité médicale des médecins généralistes à l'échelle départementale

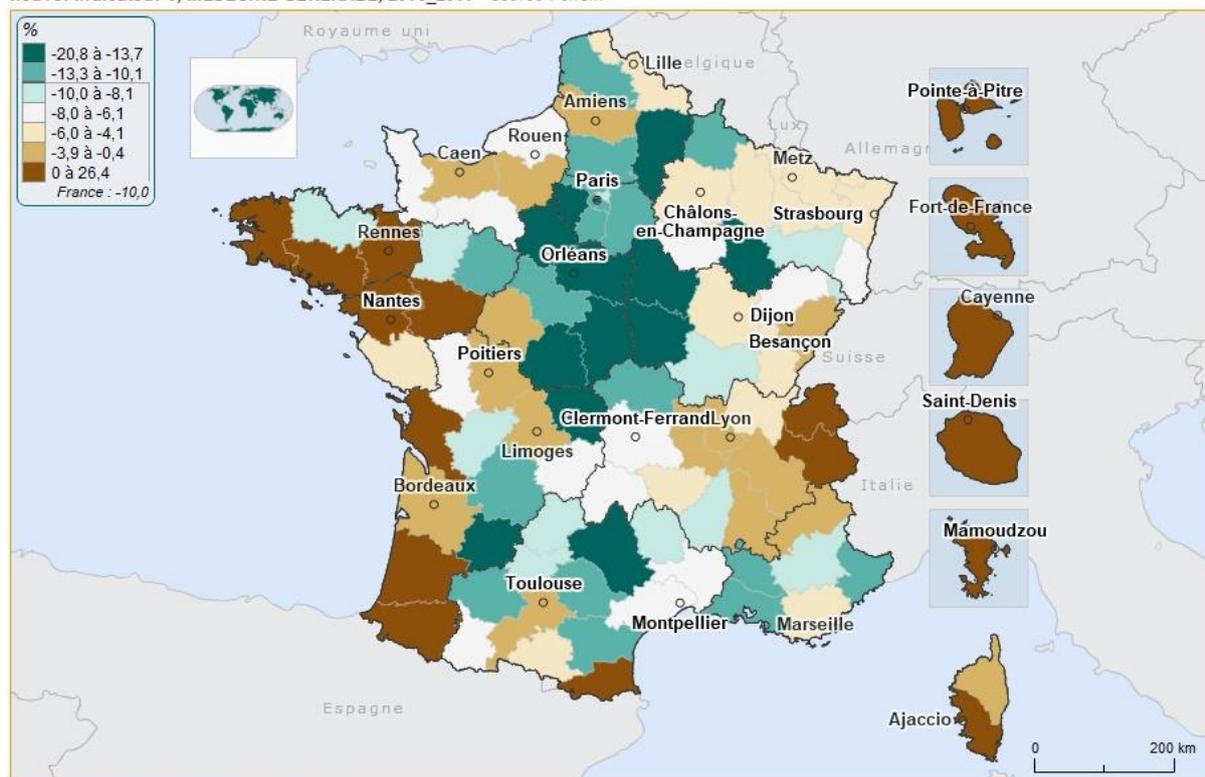
Si les régions littorales et frontalières sont préservées, le centre de la France connaît une baisse de la densité médicale. En métropole, la région Centre a la densité médicale la plus faible avec 107 médecins généralistes pour 100 000 habitants, c'est presque 50% de moins que la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui bénéficie de 151,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Mayotte reste cependant la région la plus déficitaire avec seulement 47,6 généralistes pour 100 000 habitants, un chiffre probablement surestimé puisque la moitié des étrangers à Mayotte sont en situation irrégulière (14).

Densité médicale des généralistes - activité libérale et mixte, 2016 - source : Insee, Cnom



Carte 2 : Densité médicale des médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie

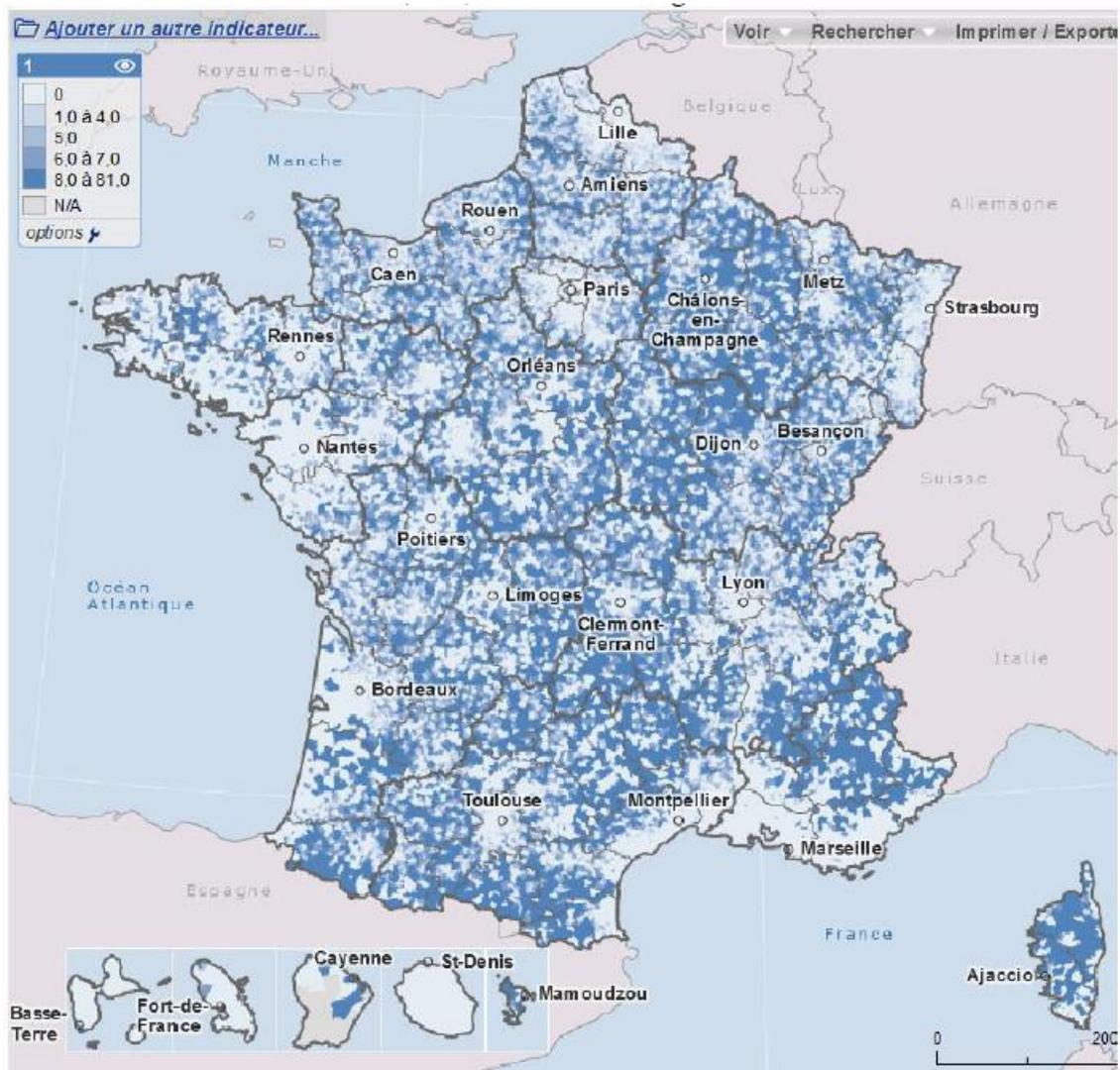
Si l'on prend comme référence les bassins de vie (plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants), nous remarquons que les médecins sont regroupés autour des villes et délaissent les zones rurales plus isolées.



Carte 3 : Variations des effectifs entre 2010 et 2017 des médecins généralistes en activité régulière à l'échelle départementale

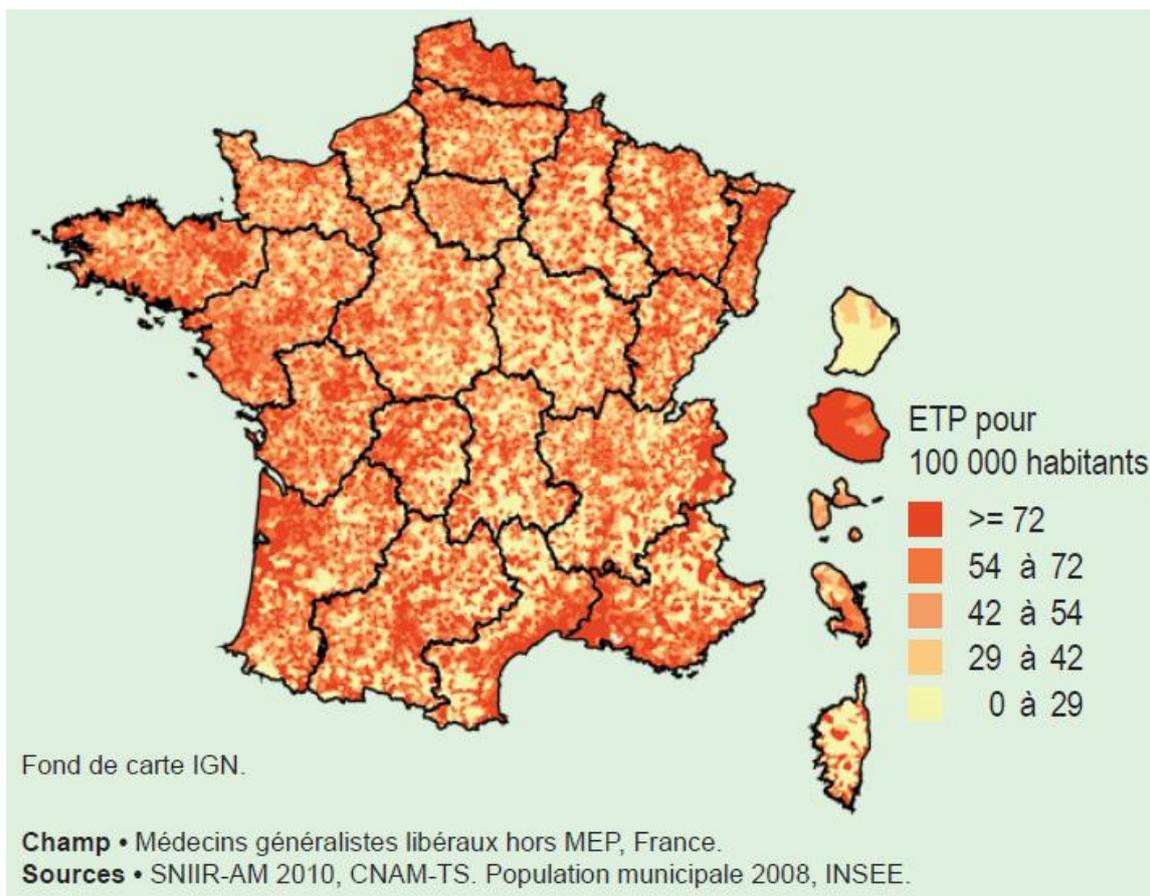
Cette carte nous montre l'ampleur de la baisse générale des effectifs de médecins. Mais là où l'on pourrait croire à une tendance à l'équilibre entre les territoires, nous remarquons que les baisses les plus importantes depuis 2010 sont concentrées dans ceux qui sont déjà en difficulté.

Un autre élément mettant en exergue la répartition inégale de l'offre de soins entre les territoires est la distance d'accès à un médecin généraliste. Selon une étude de l'IRDES (57), certains français doivent faire parfois d'importants efforts de déplacement ce qui peut représenter une barrière dans l'accès aux soins. En moyenne, en 2015, les français devaient parcourir 5,1 kms pour consulter un généraliste (contre 4,3 kms en 2005). Pour Mayotte, cette distance peut atteindre plusieurs dizaines de kilomètres selon les communes.



Carte 4 : Distance d'accès (en kms) à un médecin généraliste

Une autre façon de voir l'offre de soins est d'utiliser l'accessibilité potentielle localisée (APL) (58). Cet indicateur local tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande.



Carte 5 : APL des médecins généralistes libéraux

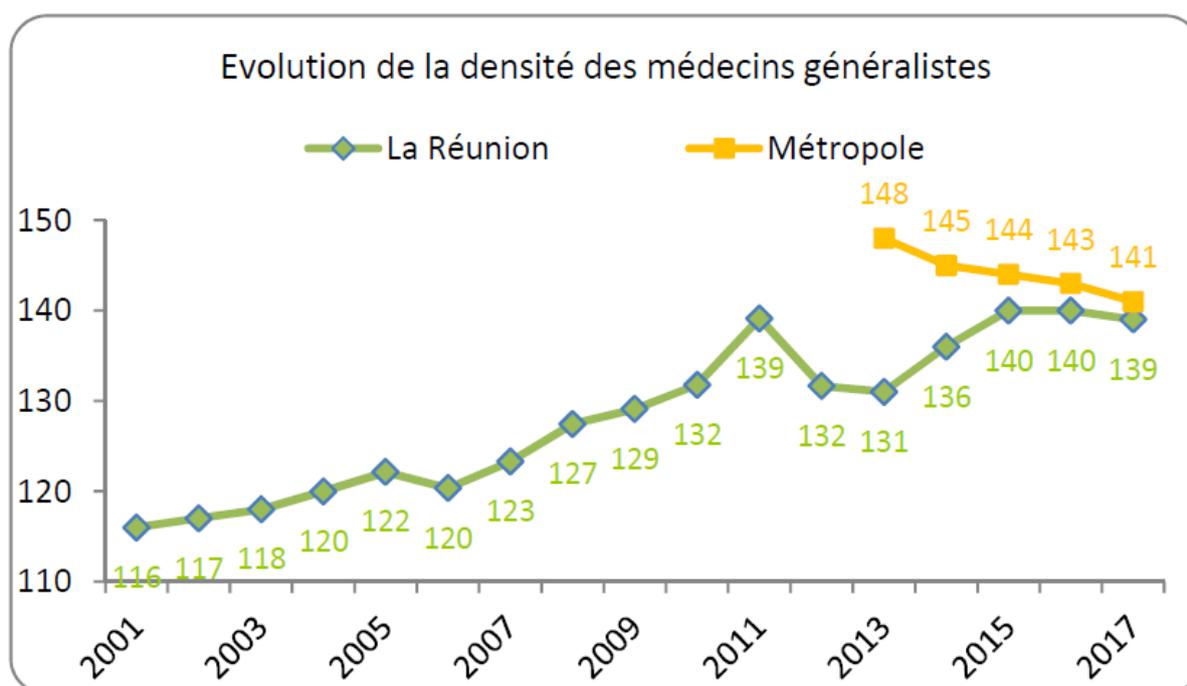
La moyenne nationale étant de 71 équivalents temps plein pour 100 000 habitants, on remarque que la Réunion fait partie des territoires les plus accessibles en termes d'offre de soin des généralistes libéraux.

1.3 L'offre de soins actuelle dans l'Océan Indien

1.3.1 Effectif des généralistes et évolution (2) (17) (55) (56)

La Réunion comptait au 1^{er} janvier 2017 1 182 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre, soit une densité médicale de 139 généralistes pour 100 000 habitants. Une progression de 13,9% est enregistrée depuis 2007. 69,8% exerçaient en libéral ou avaient une activité mixte soit 825 médecins généralistes et 30% étaient salariés.

Si la densité médicale des généralistes à la Réunion était faible auparavant (87 pour 100 000 habitants en 1990) elle a depuis rattrapé son retard par rapport à la métropole. La Réunion est même la région ultra-marine avec la plus forte densité de médecins généralistes.



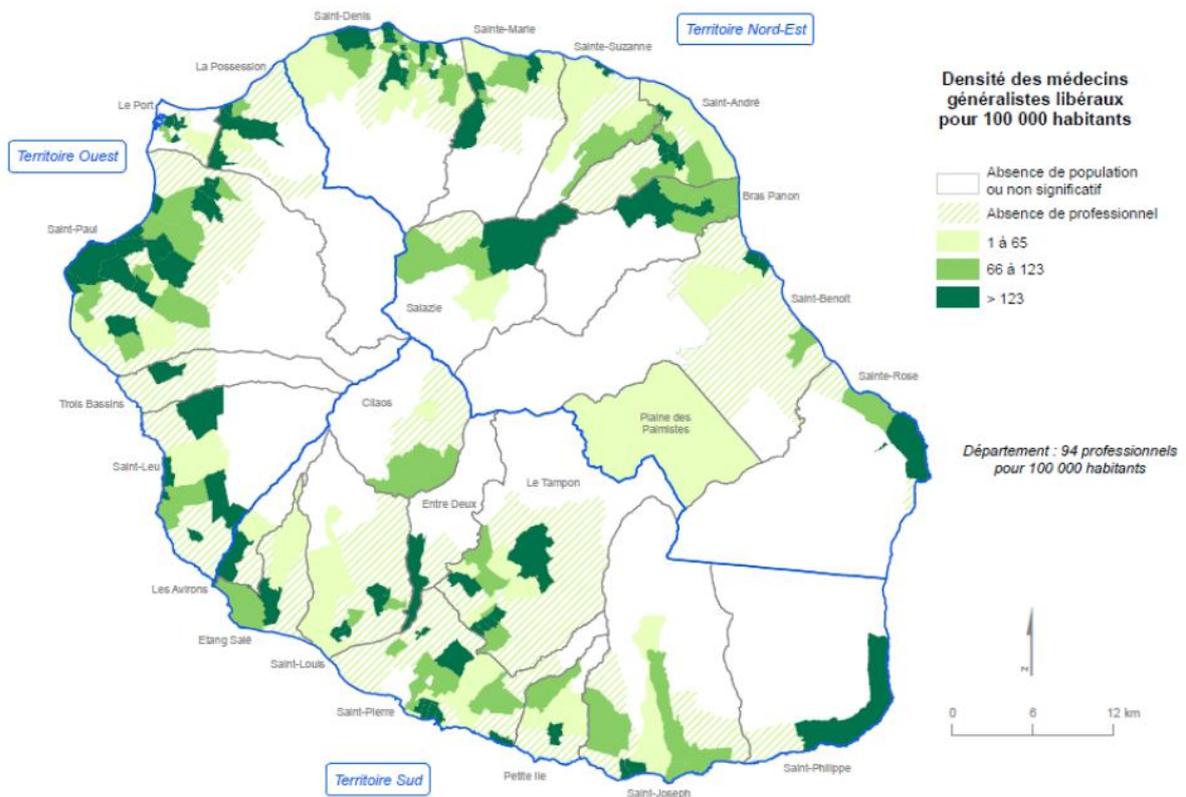
Si la baisse de la densité pouvait s'expliquer en 2011 par le passage du répertoire ADELI au RPPS, elle augmente régulièrement depuis 2013 jusqu'en 2016.

Figure 5 : Evolution de la densité médicale (généralistes) à la Réunion (pour 100 000 habitants)

Concernant Mayotte, même si le nombre de généralistes a progressé de 38,5% depuis 2007 (atteignant 128 généralistes en 2017 hors remplaçants), elle affiche une densité médicale particulièrement faible à 54 pour 100 000 habitants. La majorité des généralistes y sont salariés (86%) principalement au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM).

1.3.2 Répartition des généralistes à l'échelle départementale (17)

A l'instar de la métropole, il existe d'importantes disparités territoriales.

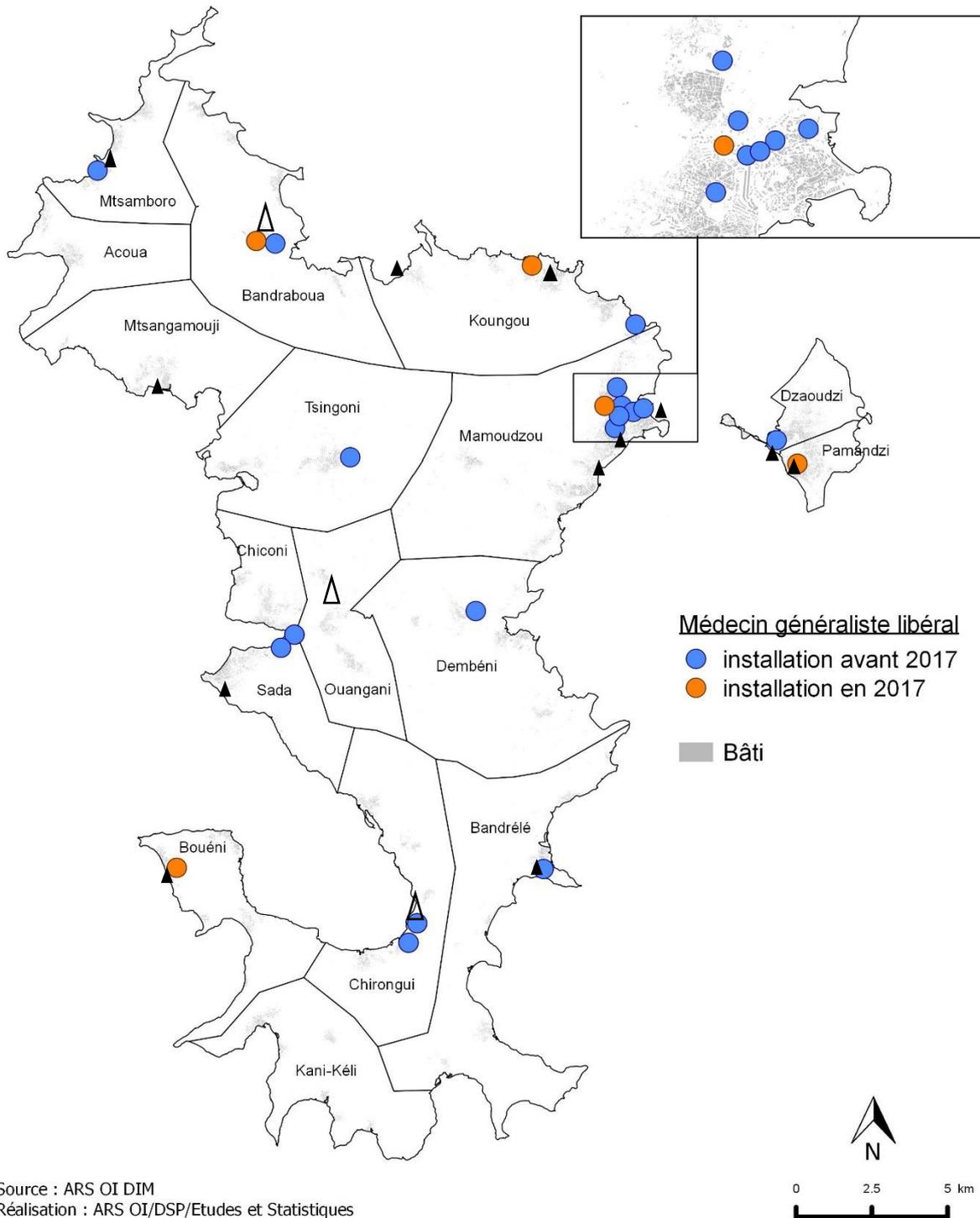


Carte 6 : Densité médicale des généralistes à la Réunion au niveau infra-communale (2012)

Cette carte nous montre que de nombreux territoires n'accueillent aucun médecin généraliste. Le littoral réunionnais et les villes sont correctement pourvus alors que les « hauts » et les écarts de l'île sont plutôt délaissés.

A Mayotte la situation est encore plus problématique. En 2012, sur les 27 généralistes libéraux présents à Mayotte, 19 (70%) exerçaient à Mamoudzou, la ville principale, alors qu'elle ne concentre que 25% de la population mahoraise. De nombreuses communes n'hébergeaient aucun médecin généraliste installé en libéral. Cette carence est principalement suppléée par des dispensaires et des centres de consultation qui sont gérés par le CHM et qui abritent des médecins généralistes salariés. En 2017, ils sont 22 médecins libéraux installés à Mayotte dont 4 sont maitres de stage et accueillent des internes. 8 exercent à Mamoudzou (36%). On constate une meilleure répartition des médecins généralistes libéraux depuis quelques années mais la densité reste très faible.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX À MAYOTTE AU 24 OCTOBRE 2017



Carte 7 : Les médecins généralistes libéraux à Mayotte (2017)

* : les triangles pleins représentent les dispensaires et les triangles creux les centres de référence (18)

1.3.3 Profil des médecins généralistes de l'Océan Indien (2) (17) (19) (55) (56)

Les médecins généralistes réunionnais sont principalement des hommes à 64%, ils sont âgés en moyenne de 50 ans. La part des moins de 40 ans représente 17% des effectifs.

En 2015, les médecins nouvellement inscrits à la Réunion sont pour près de 92,5% diplômés en France, 3,8% possèdent un diplôme européen et 3,8% un diplôme extra-européen. Ces nouveaux inscrits préféraient le salariat (62,5%) à l'exercice libéral (27,5% de remplaçants et seulement 10% d'installation). Les DOM-TOM sont parfois considérés comme des régions d'exercice temporaires par les médecins. En effet sur les 171 nouveaux inscrits (toutes spécialités confondues) dans les tous les DOM-TOM en 2009, 40 avaient quitté les DOM et 4 n'étaient plus inscrits à l'Ordre en 2015. A la Réunion, ce sont 29% des nouveaux inscrits de 2009 qui avaient quitté l'île cinq ans après, et 40% à Mayotte.

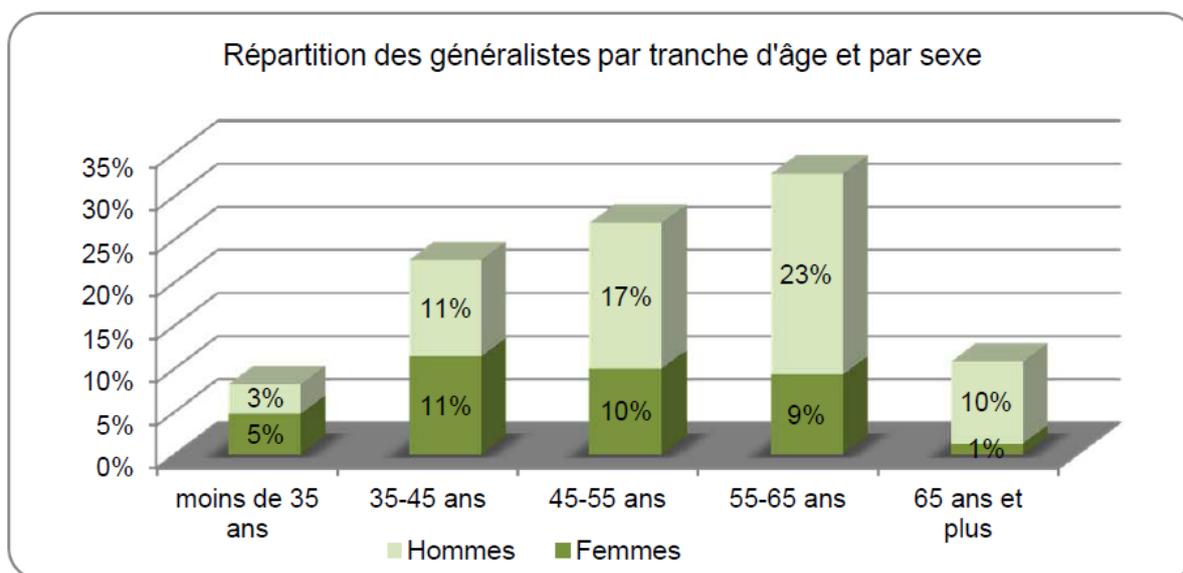


Figure 6 : Répartition des généralistes de la Réunion par âge et sexe en 2017

En 2017, à Mayotte, 67% des généralistes étaient des hommes, âgés en moyenne de 50 ans et la part des moins de 40 ans atteignait 30%. En 2015, près de 62,5% des médecins nouvellement inscrits à Mayotte possédaient un diplôme européen, 25% avaient un diplôme

extra-européen et seuls 12,5% étaient diplômés en France, ils exerçaient tous en tant que salariés.

1.3.4 Etudes de médecine à la Réunion

En 2017, ce sont près de 108 étudiants de PACES (première année commune aux études de santé) de la Réunion qui pourront poursuivre leur cursus médical en passant en deuxième année. Ils effectueront leur deuxième et troisième année sur l'île avant d'être obligés de partir en métropole pour le reste de leur formation. Ils ne pourront revenir qu'à partir de l'internat. En 2018, 66 postes de médecine générale seront à priori proposés aux étudiants ayant passé les ECN.

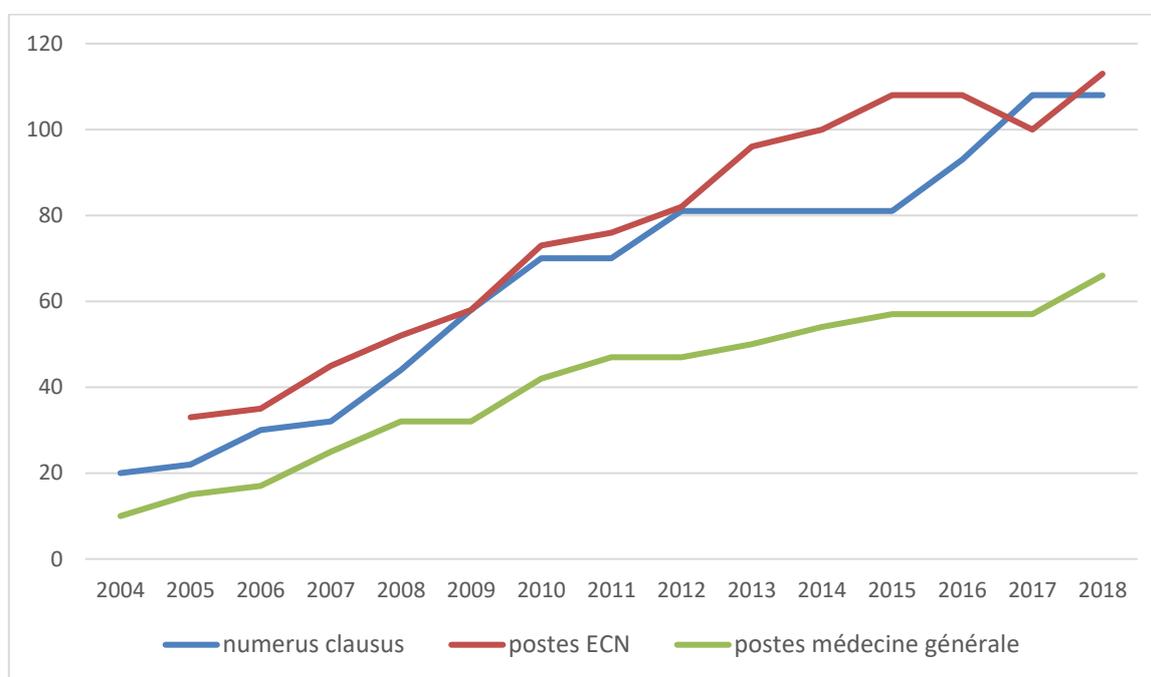


Figure 7 : Evolution du numerus clausus et des postes d'internat à la Réunion

1.4 Trois leviers mis en place par les pouvoirs publics pour mieux répartir les médecins

1. Le numerus clausus

Il désigne le nombre de places disponibles en seconde année d'études médicales pour les quatre professions que sont la médecine, la pharmacie, l'odontologie et la maïeutique. Fixé par l'Etat,

il a été mis en place pour la première fois en 1971 pour les études de médecine, afin de réguler de façon quantitative le nombre de médecins à former. Il a été réduit de manière drastique dans les années 80 et 90 avant de progressivement remonter depuis le début des années 2000. Ce manque d'anticipation des pouvoirs publics aboutit aujourd'hui à un manque de médecin par défaut de formation.

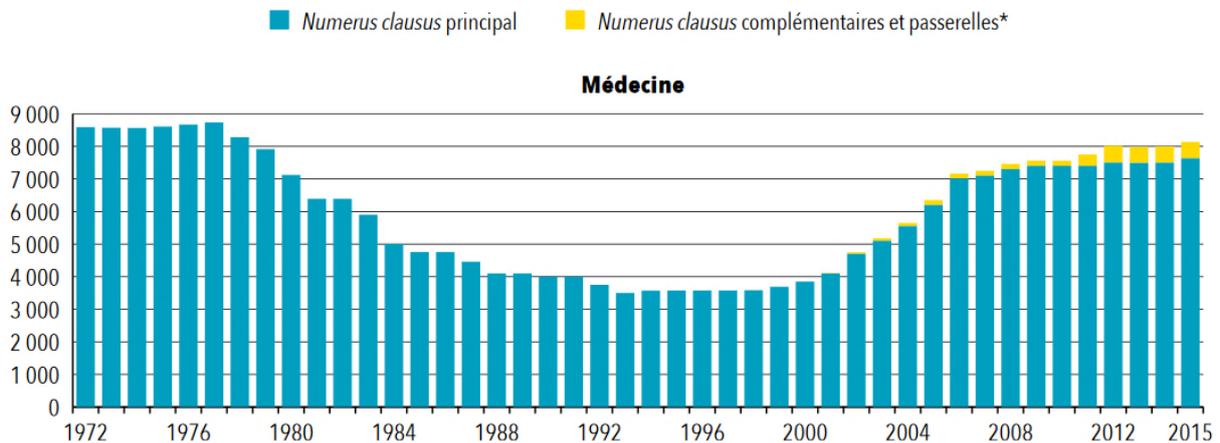
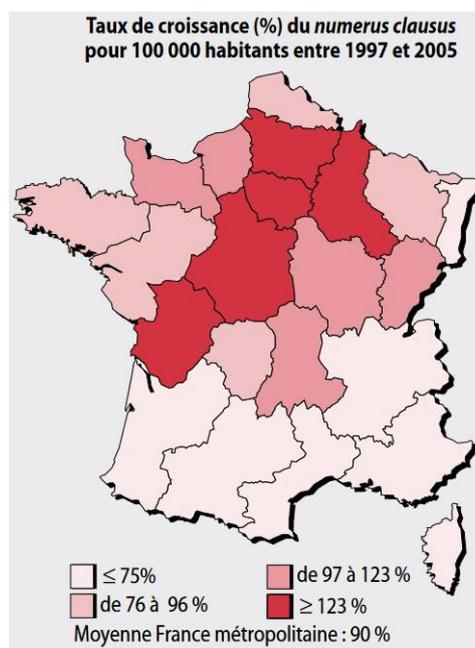


Figure 8 : Evolution du numerus clausus depuis sa création (12)

Le *numerus clausus* a été un des leviers pour réguler la répartition des médecins sur le territoire. Sa plus forte augmentation était réservée aux zones déficitaires comme en témoigne cette carte.



Carte 8 : Taux de croissance du numerus clausus entre 1997 et 2005 (13)

2. Les épreuves classantes nationales (ECN)

Mis en place en 2004 pour tous les étudiants en médecine, les ECN permettent de choisir sa spécialité et sa ville de formation en fonction de son classement. Il s'agit là encore d'une façon de réguler les effectifs de médecins. Plus de la moitié des étudiants changent de subdivision de formation à l'entrée du troisième cycle dont les deux tiers par choix (15). En 2014, 94% des postes de médecine générale étaient pourvus. Si la majorité des villes remplissent à plus de 90% leurs postes de médecine générale, certains territoires restent boudés par les internes. Parmi les subdivisions les moins choisies nous retrouvons : Reims (68% de taux d'affectation pour les postes de médecine générale), Dijon (74%) et Tours (87%) (15).

3. Les incitations financières

Puisque les contraintes lors de la formation initiale ne suffisaient pas à améliorer l'accès aux soins dans les zones déficitaires, les pouvoirs publics ont élaboré plusieurs aides à l'installation, notamment financières : bourses d'études en échange d'un engagement à exercer pendant plusieurs années dans une zone déficitaire (Contrat d'engagement de service public dit CESP), exonération temporaire de charges et/ou d'impôt sur le revenu en cas d'installation dans des zones franches, aides au remplacement. L'expérience internationale (Royaume-Uni, Québec, Etats-Unis et Australie) montre que certaines incitations financières (modulation de la rémunération en fonction du lieu d'exercice), si elles ont un effet modéré à court terme, sont peu efficaces et coûteuses sur le long terme car elles ne permettent pas de rendre les zones plus attractives et conduisent parfois à des effets pervers (baisse de la patientèle). Les aides à l'investissement, courantes elles aussi, sont par contre peu évaluées (16). Aussi, le taux d'adéquation des postes ouverts en CESP n'était que de 64% pour la médecine générale à l'ECN 2014, c'est-à-dire que seulement 69 postes sur 108 avaient été choisis (20). Il existe également un nombre important de contrats d'aide à l'installation en zones déficitaires. On peut citer : contrat d'aide à l'installation des médecins, le contrat de transition, le contrat de stabilisation et de coordination, le contrat de solidarité territorial médecin, le contrat praticiens territoriaux de médecine générale, le contrat praticien territorial remplacement.

1.5 Les jeunes médecins

1.5.1 Modes d'exercice des nouveaux inscrits

En 2017, 64,2% des jeunes générations de médecins (les nouveaux inscrits au tableau de l'Ordre) privilégient l'exercice salarié et 21,3% l'exercice de remplaçant. 12,1% font le choix d'exercer en secteur libéral/mixte. Les publications de l'Ordre ont démontré que les jeunes générations souhaitent exercer en tant que remplaçant ou en tant que salarié durant les trois ou quatre premières années qui suivent leur première inscription au tableau de l'ordre. Quatre ans plus tard, la représentation de l'exercice libéral/mixte est en moyenne 4 fois plus important.

1.5.2 Les raisons du désamour pour la médecine générale libérale

1. Un temps de travail important mais un temps médical réduit (4)

En 2011, les médecins généralistes libéraux travaillaient en moyenne 57 heures par semaine. Près de 40% de ce temps était accordé aux charges médico-administratives, à la gestion du cabinet et à la formation.

2. Un sentiment de perte de liberté et de reconnaissance (d'après (5) : veille documentaire des revues médicales, 2006)

Plusieurs éléments poussent les médecins généralistes libéraux à éprouver ce sentiment :

- Un contrôle des prescriptions par l'organisme financeur
- Un rythme de travail soutenu
- Une attitude consumériste et un manque de respect des patients
- Le dénigrement des médecins spécialistes et hospitaliers ainsi que la différence de rémunération avec les spécialistes libéraux

3. Une protection sociale médiocre (6, 2007)

Le médecin généraliste libéral est soumis à 90 jours de carence en cas d'arrêt maladie. Durant cette période, en plus de l'absence de revenus, le médecin doit aussi assurer les charges

de son cabinet. Ainsi, la majorité des médecins souscrivent un contrat de prévoyance auprès d'une assurance privée. Il en est de même pour un arrêt de travail en cas de grossesse pathologique.

Tous ces éléments ont un retentissement fort sur la vie privée et sur l'état de santé à la fois physique et psychique des médecins (7) :

- Un médecin généraliste libéral sur deux déclare éprouver des difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale.
- Un médecin généraliste sur deux se dit épuisé en fin de journée
- 21% des médecins généralistes déclaraient un état de santé altéré, c'est deux fois plus que les cadres et autres professions libérales

De ces états résulte une dégradation de la qualité des soins : moindre investissement professionnel, moindre écoute, majoration des prescriptions et du risque d'erreur médicale, majoration de l'absentéisme ((8) : approche préliminaire par un questionnaire calquée sur l'échelle Maslach Burnout Inventory).

1.5.3 L'évolution souhaitée par les jeunes médecins (3) (10)

La nouvelle démographie médicale de ces dernières années (baisse des effectifs, changement des modes d'exercice) aboutit à un accroissement des différences entre les territoires en ce qui concerne l'accès aux soins. Les pouvoirs publics se doivent d'écouter les souhaits des jeunes généralistes qui seront les acteurs de demain du système de santé français.

Les jeunes médecins souhaitent être mieux formés pendant leur internat sur l'exercice libéral et voudraient être mieux informés au sujet des aides dont ils peuvent bénéficier.

Contrairement à leurs aînés, ils privilégient la vie familiale et le temps libre aux revenus.

Les jeunes diplômés favorisent l'exercice de remplaçant ou salarié en début de carrière. Cette période de remplacement permet d'acquérir de l'expérience et de stabiliser leur vie personnelle alors que l'installation est perçue comme un engagement définitif empêchant toute mobilité future. Cette période qualifiée de « crise post étudiante » est également justifiée par la liberté retrouvée après plus de neuf ans d'encadrement contraignant (9).

Ils souhaitent majoritairement exercer dans la région dans laquelle ils ont réalisé leur cursus, plutôt en groupe et dans des zones semi-rurales qui leur offrent des conditions de vie agréables sans être éloignés des infrastructures des villes.

Ils voudraient travailler moins que leurs aînés (42h en moyenne) et souhaiteraient pouvoir déléguer leur charge administrative à une tierce personne pour gagner en temps médical.

Aussi, les jeunes médecins envisagent différents exercices (en établissement) ou d'autres modes d'exercice comme la pratique d'une spécialité autre que la médecine générale ambulatoire.

Enfin ils sont une majorité à vouloir diversifier leur mode de rémunération et sortir du paiement à l'acte comme mode unique de rémunération.

1.6 Questions de recherche et hypothèses

L'Océan Indien est devenu depuis 2004 une subdivision à part entière pour la formation des internes en médecine générale. Une population croissante de jeunes internes vient s'y former. La thèse d'Adeline Dutartre (21) a étudié le devenir professionnel des promotions 2004 à 2008. Son travail montrait que 8% sur un total de 93 étudiants étaient installés ou en collaboration, 24 % avaient une activité salariée et pour la plupart dans les services d'urgences et 68% des médecins privilégiaient les remplacements comme mode d'exercice. Par ailleurs, 70% des généralistes étaient toujours domiciliés à la Réunion en 2012. Malheureusement, son étude bénéficiait d'un recul relativement faible, il apparaissait donc intéressant de reprendre cette étude et de l'élargir aux nouvelles promotions.

Notre question de recherche principale était la suivante :

- Quelle est la proportion de médecins installés en médecine générale parmi les internes de la subdivision Océan Indien issus des promotions 2004 à 2012 ?

Nos objectifs secondaires étaient les suivants :

- Réaliser une analyse des données socio-démographiques et professionnelles des internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien issus des promotions 2004 à 2012
- Etablir une cartographie des lieux d'installation des médecins au niveau national et régional
- Comparer le devenir des internes de médecine générale issus des promotions 2004-2008 par rapport au devenir des internes des promotions 2009-2012 afin de déterminer une éventuelle évolution

Nous émettons les hypothèses suivantes :

- La moitié des internes quittent l'Océan Indien à l'issue de leur internat
- Moins de 50% des internes restants s'installent dans leur cabinet ou en collaboration
- La majorité de nos répondants exercent aujourd'hui en tant que remplaçants ou salariés

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale par questionnaire.

2.2 Population d'étude

Nous avons inclus dans notre étude tous les internes de médecine générale des promotions 2004 à 2012 ayant validé leur DES de médecine générale. Nous avons récupéré la liste des internes auprès de l'ARS, de l'université de Bordeaux et de l'université de la Réunion. Nous avons ensuite recoupé les informations pour établir une liste fiable et la plus exhaustive possible.

Le nombre total d'internes ciblés était de 257. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Pour les contacter nous avons sollicité les intervenants déjà cités, nous avons aussi interrogé les pages jaunes, les réseaux sociaux ainsi que le moteur de recherche Google pour récupérer toute information pouvant nous amener à récupérer un contact.

Nous avons pu obtenir le contact direct (adresse électronique ou numéro de téléphone) de 254 anciens internes, seuls trois n'ont pu être contactés.

Le questionnaire a donc été envoyé par courrier électronique à 254 médecins le 19 mai 2017. Plusieurs relances par courrier électronique ont été réalisées. Les médecins n'ayant pas répondu après plusieurs relances ont été contactés par téléphone. A la clôture, le 16 juillet 2017, nous avons récolté 223 réponses. Toutes les réponses ont pu être analysées.

2.3 Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré via le logiciel Google Docs. Il était scindé en deux parties principales. La première s'intéressait aux données socio-démographiques des répondants. La seconde portait sur leur parcours professionnel, avant l'internat, pendant l'internat et après l'internat. Les questions ont été inspirées de la thèse d'Adeline Dutartre dans un souci

d'homogénéité afin de pouvoir par la suite réaliser des comparaisons entre plusieurs sous-populations.

Le questionnaire comportait 36 questions, une reproduction est disponible dans les annexes.

2.4 Recueil et analyse des données

Les données ont été recueillies sous forme de tableur dans le logiciel Excel. Elles ont ensuite été anonymisées et analysées avec le logiciel SAS (version 9.4, SAS Institute Inc., Cary, NC, USA), avec l'aide de M. Rollot (statisticien au Centre d'Investigation Clinique de la Réunion, rattaché au CHU de la Réunion).

Nous avons utilisé les tests du Chi² et de Fischer pour comparer nos populations. Par convention, un résultat significatif avait un $p < 0,05$. Les comparaisons des résultats entre les promotions 2004 à 2008 et 2009 à 2012 ont été possible grâce aux résultats du travail d'Adeline Dutartre qui a étudié le devenir des internes de médecine générale des promotions 2004 à 2008. Du fait du taux de participation exceptionnel de son travail nous pouvons obtenir une analyse précise des données. Il nous a été par contre impossible d'étudier spécifiquement le devenir des promotions 2004 à 2008 car nous ne pouvions pas les suivre nominativement entre les deux études. En effet, nous n'avons pas accès aux données brutes du travail d'Adeline Dutartre mais seulement aux résultats globaux. Ainsi, nous n'avons pas pu déterminer si les projets des internes des promotions 2004 à 2008 se sont concrétisés en 2017.

Notre critère de jugement principal était le mode d'exercice déclaré en 2017. Nos critères secondaires concernaient les données socio-démographiques et professionnelles déclarées en 2017.

Résultats

Le recueil de données nous a permis d'inclure 223 anciens internes sur une population totale de 257 internes. Soit un taux de réponse de 86,8%. Toutes les données ont pu être analysées.

Le diagramme de flux suivant résume notre population étudiée.

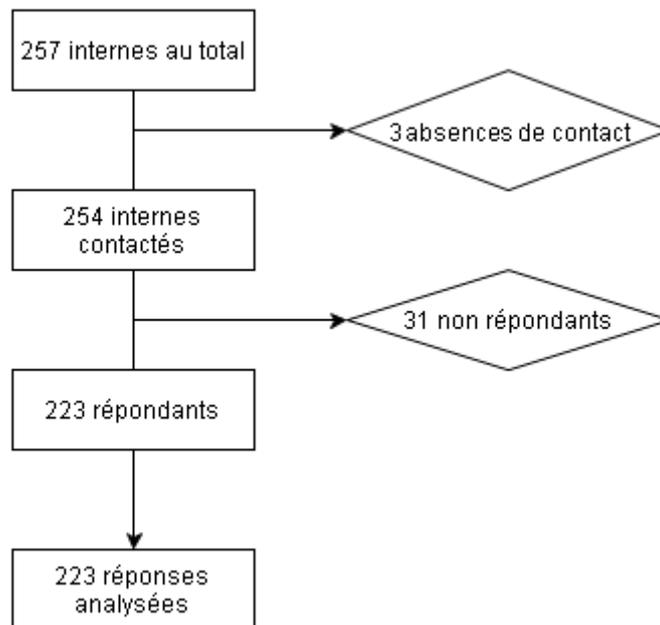


Figure 9 : diagramme de flux de l'étude

Nous avons dans un premier temps analysé les données toutes promotions confondues pour dégager une vision globale du profil des internes issus de l'Océan Indien. Dans un deuxième temps, nous nous sommes concentrés sur les promotions 2009 à 2012 afin de rechercher d'éventuelles évolutions dans le parcours de ces internes comparativement aux promotions précédentes.

3.1 Résultats concernant toutes les promotions (2004 à 2012)

3.1.1 Données socio-démographiques

3.1.1.1 Age

L'âge moyen des répondants était de 32,6 ans avec un écart type égal à 2,76 ; l'âge le plus faible étant 28 ans et l'âge le plus élevé 39 ans. L'âge médian était de 32 ans.

3.1.1.2 Sexe

Parmi les répondants il y avait 129 femmes (57,8%) et 94 hommes (42,2%).

3.1.1.3 Statut marital

Le statut marital était le suivant :

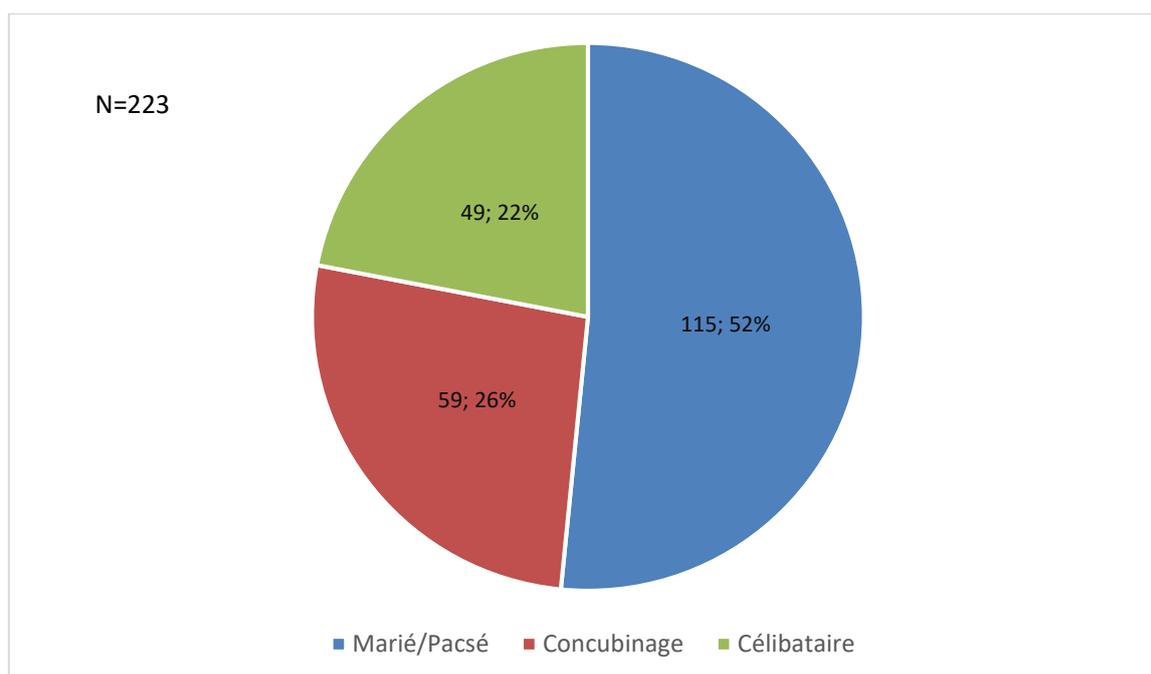


Figure 9 : Statut marital des répondants

Aide à la lecture des diagrammes :

- « N=xxx » correspond à l'effectif total de la population représentée dans le diagramme ;
- « xx; xx% » : le premier nombre représente le n de l'effectif total de la variable représentée, le second représente le pourcentage de cet effectif rapporté à l'effectif total N.

3.1.1.4 Nombre d'enfants

Environ la moitié des répondants (52%) déclaraient avoir au moins un enfant au moment du questionnaire. Ils étaient 5 à en avoir 4 ou plus.

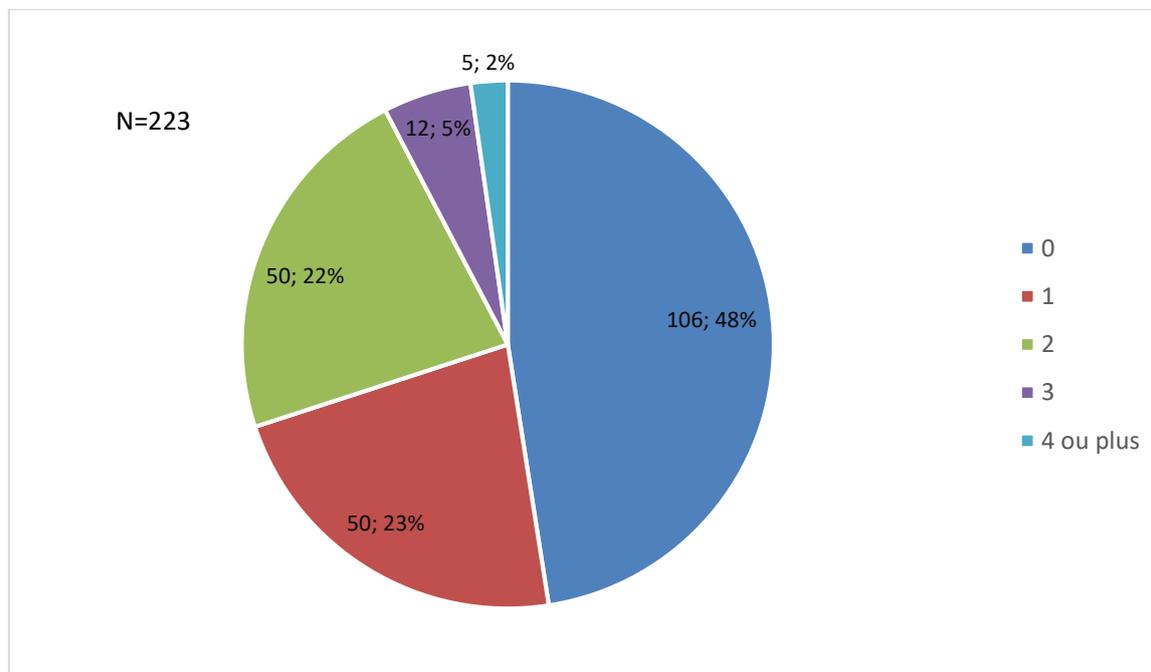


Figure 10 : Nombre d'enfants des répondants

3.1.1.5 Résidence principale

La majorité des répondants étaient toujours domiciliés à la Réunion au moment du questionnaire.

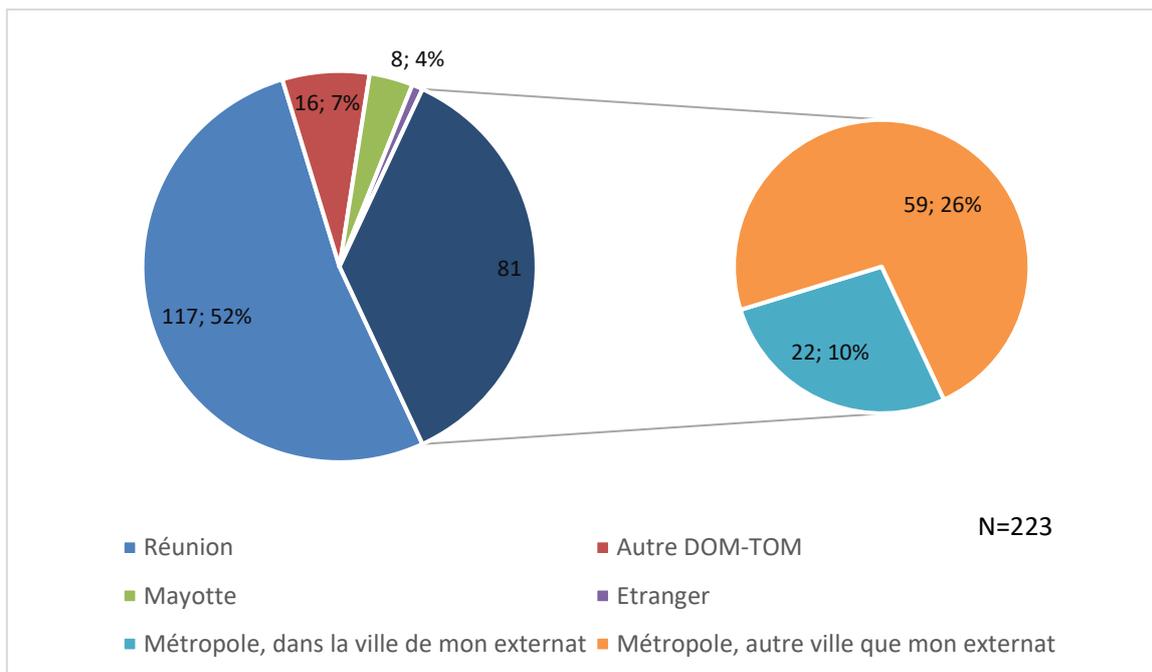


Figure 11 : Lieu de résidence principale

Données socio-démographiques : résumé

Nos répondants sont majoritairement des femmes (57,8%) âgées en moyenne de 32,6 ans au moment du questionnaire. Ils vivent pour la majorité sous le régime d'une union civile (52%) et ont au moins un enfant (52%). Ils sont encore majoritairement domiciliés à la Réunion (52%).

3.1.2 Parcours professionnel

3.1.2.1 Avant l'internat

3.1.2.1.1 Promotion d'internat

Les répondants se répartissaient dans les diverses promotions comme suit :

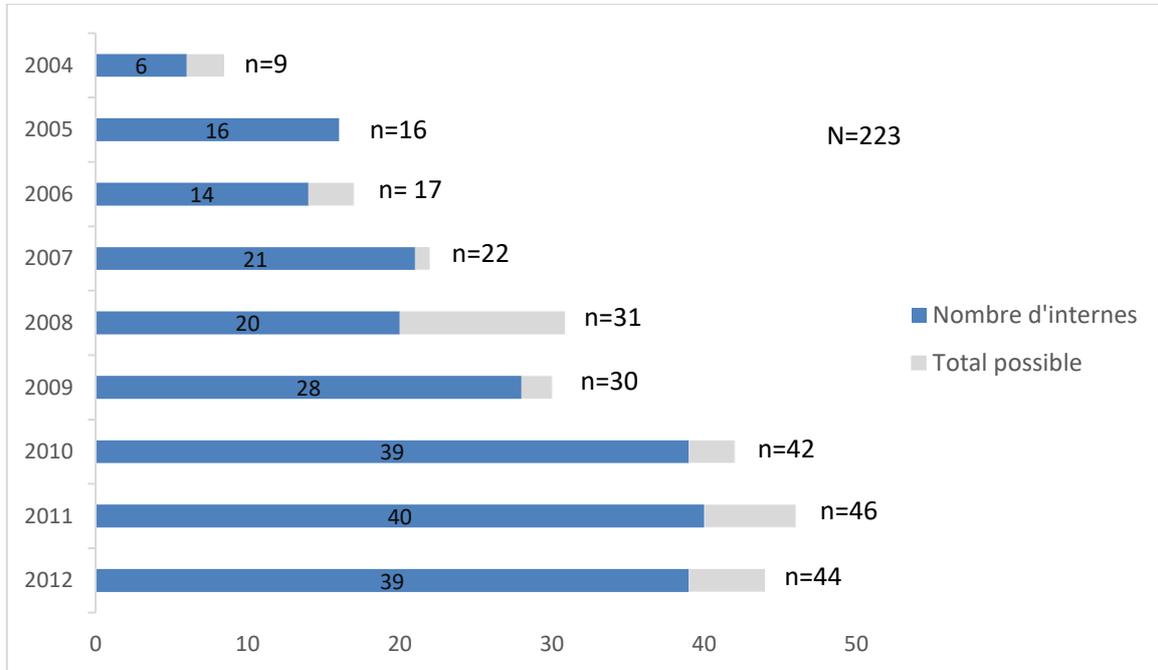


Figure 12 : Répartition des répondants par promotion (en gris le nombre d'anciens internes n'ayant pas répondu ou non joignables)

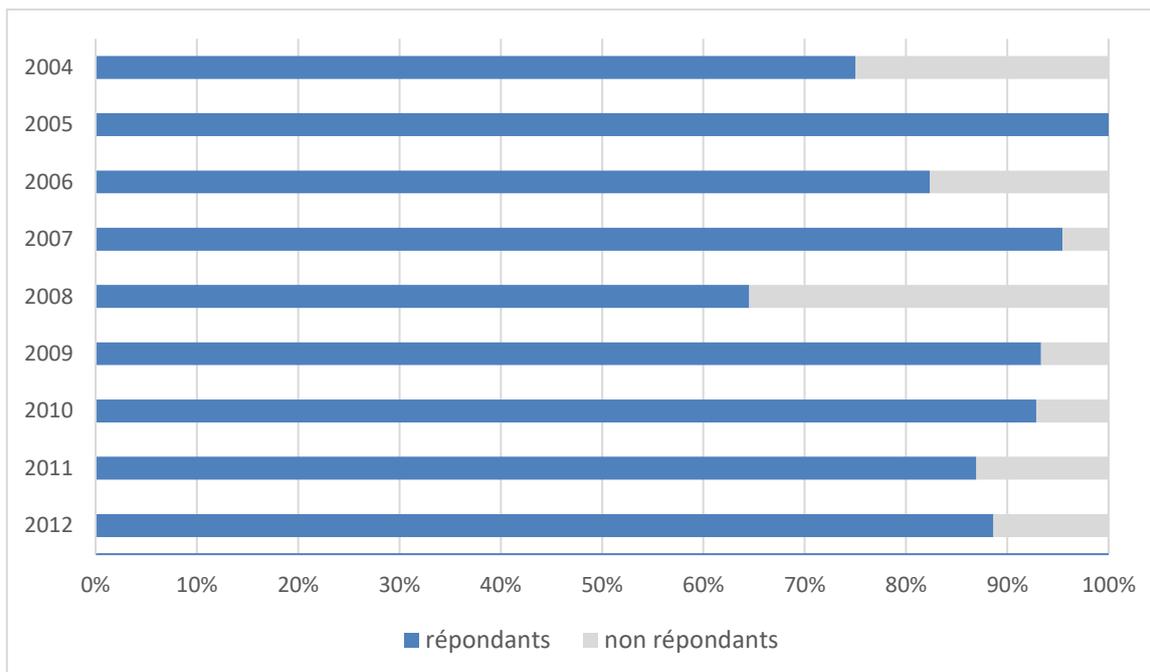


Figure 13 : Pourcentage des répondants par promotion

Soulignons que la promotion 2005 a répondu dans sa totalité.

3.1.2.1.2 Faculté d'origine

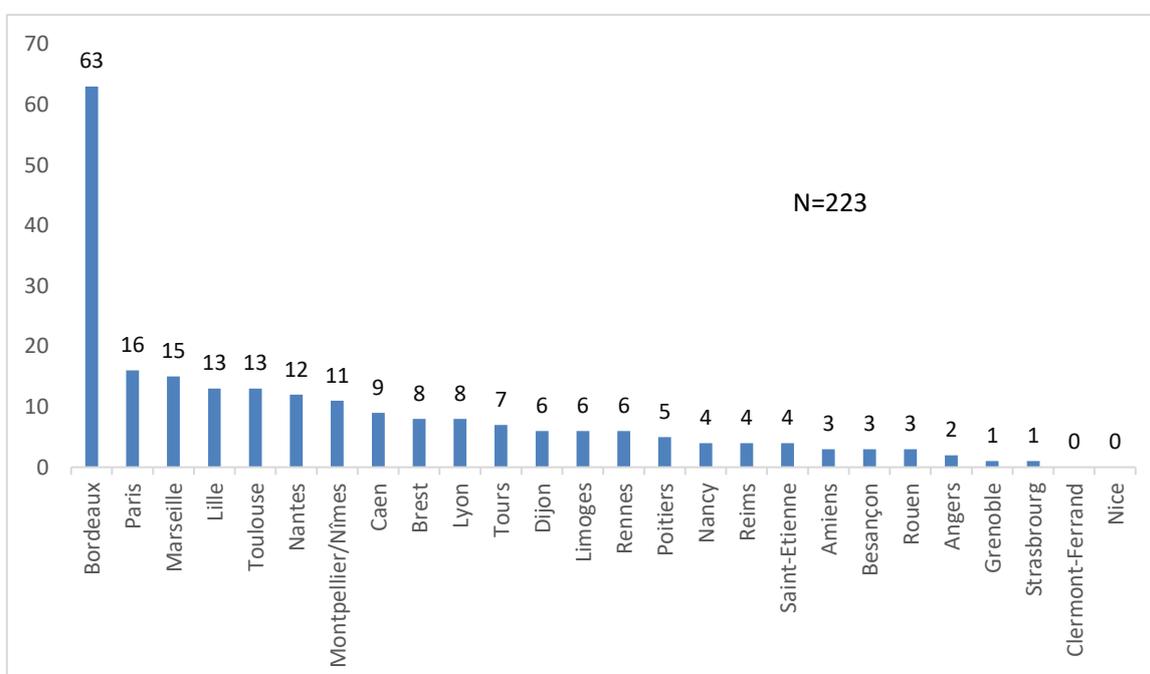
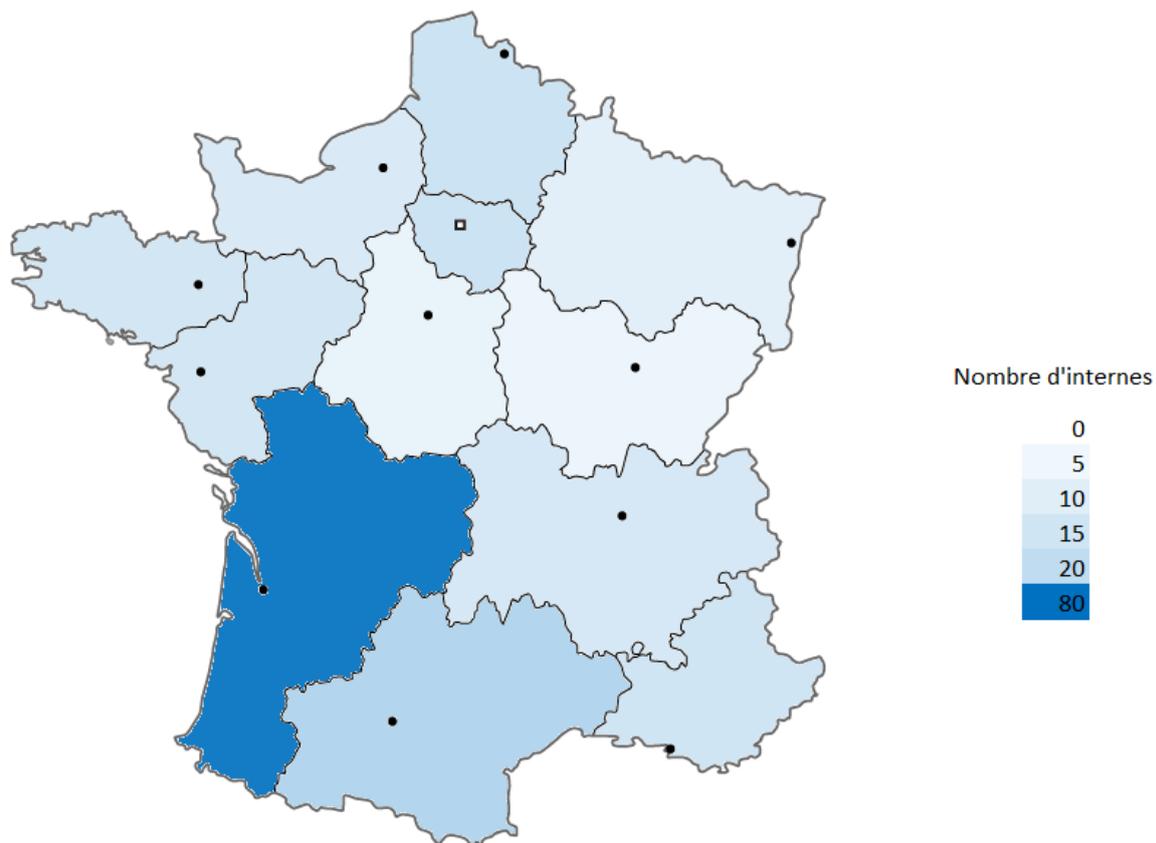


Figure 14 : Faculté d'externat



Carte 9 : Région d'externat

La prédominance des étudiants venant de la faculté de Bordeaux (28,25%) s'explique par le rattachement historique des facultés d'outre-mer à l'inter-région Sud-Ouest. Outre cette particularité, nous remarquons que les internes choisissant la zone Océan Indien proviennent de toutes les régions sans distinction.

3.1.2.1.3 Raison du choix de la médecine générale

73,54% des répondants (n= 164) ont choisi la médecine générale par conviction. Seuls 14,35% (n= 32) déclaraient l'avoir choisi par défaut. 8% (n= 19) avaient choisis la médecine générale pour avoir accès à un DESC.

3.1.2.1.4 Modalités de connaissance de l'Océan Indien

Il était demandé aux interrogés comment ils avaient connu la Réunion et/ou Mayotte. Les répondants pouvaient choisir plusieurs réponses (d'où un total de réponses supérieur à 223).

Près d'un tiers des répondants (31,84%) ne connaissaient ni la Réunion ni Mayotte avant de choisir son poste d'internat. Les connaissances de cette région venaient essentiellement de l'entourage personnel (60 réponses) et professionnel (36 réponses) ou par une expérience antérieure (34). Enfin, seuls 30 répondants (13,45%) étaient d'origine réunionnaise ou mahoraise.

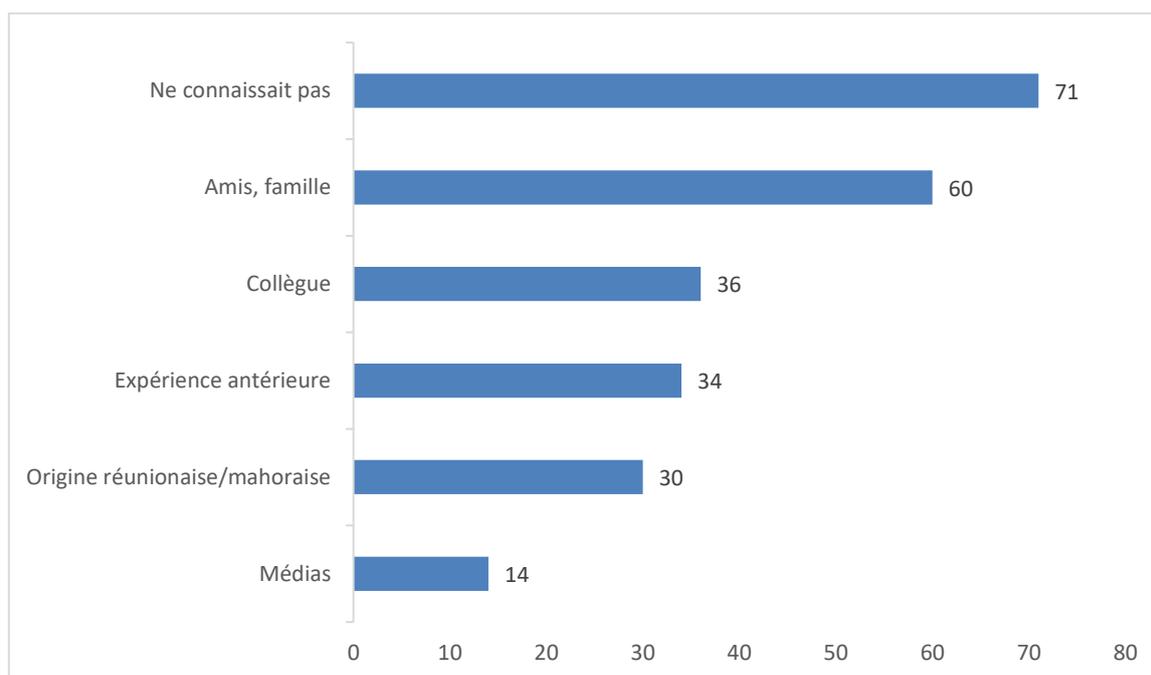


Figure 15 : Modalités des connaissances de l'Océan Indien (en nombre de réponses)

3.1.2.1.5 Motivation principale dans le choix de l'Océan Indien

L'envie de découverte et de voyage était la motivation principale dans le choix de l'Océan Indien.

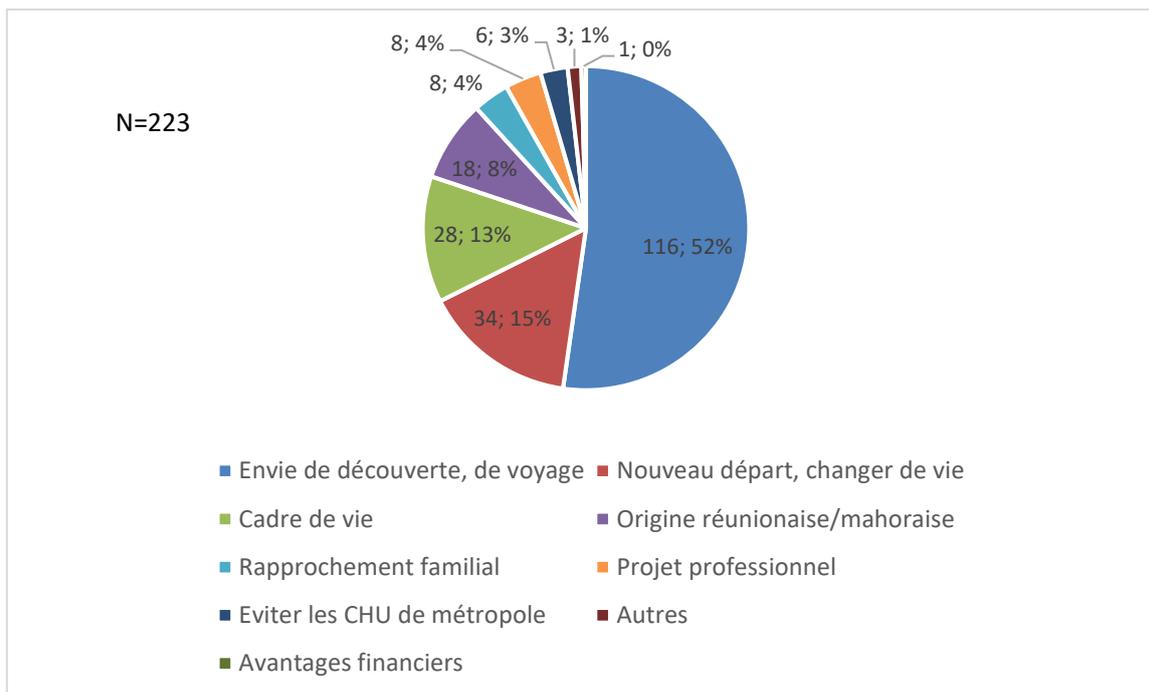


Figure 16 : Motivation principale dans le choix de la subdivision Océan Indien

Parcours avant l'internat : résumé

Les répondants venaient le plus souvent de la faculté de Bordeaux (28%) et pour beaucoup ne connaissaient ni la Réunion ni Mayotte.

Ils avaient choisi la médecine générale par conviction (74%) et l'envie de découverte était leur motivation principale pour faire leur internat dans l'Océan Indien (52%).

3.1.2.2 L'internat

3.1.2.2.1 Nombre de semestre Réunion/Mayotte et zone géographique privilégiée

Les internes ont réalisé en moyenne 5,16 semestres à la Réunion.

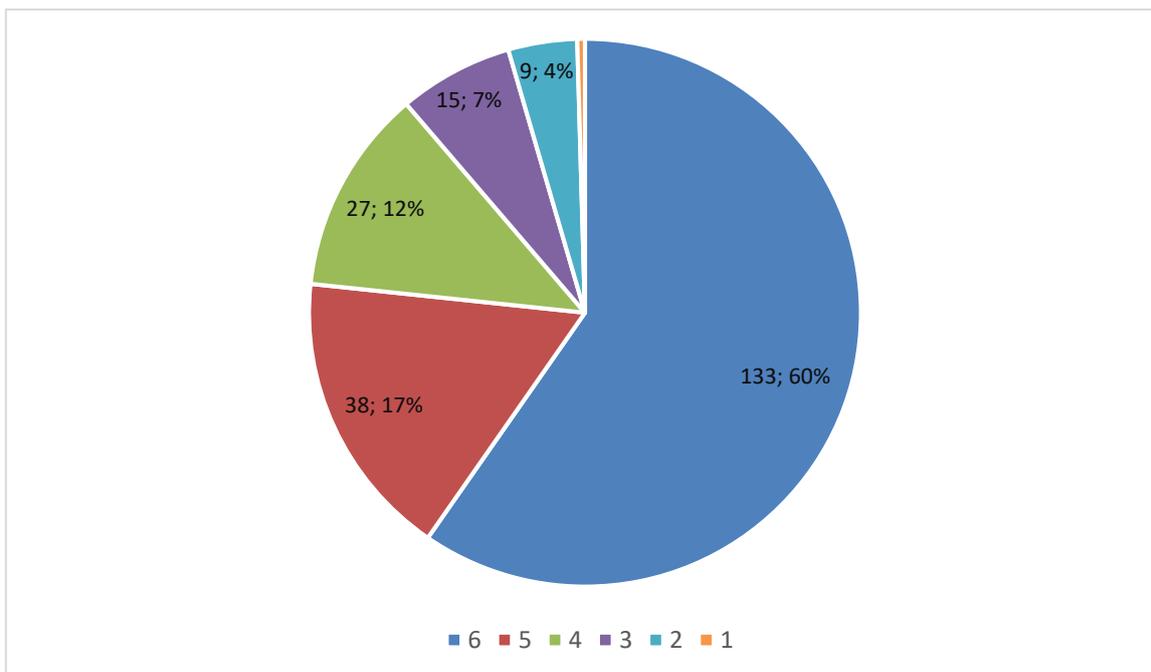


Figure 17 : Nombre de semestres réalisés à la Réunion

Concernant Mayotte, 83 internes avaient réalisé au moins un semestre à Mayotte (soit 37% des internes), contre 140 qui n'y ont jamais réalisé de stage.

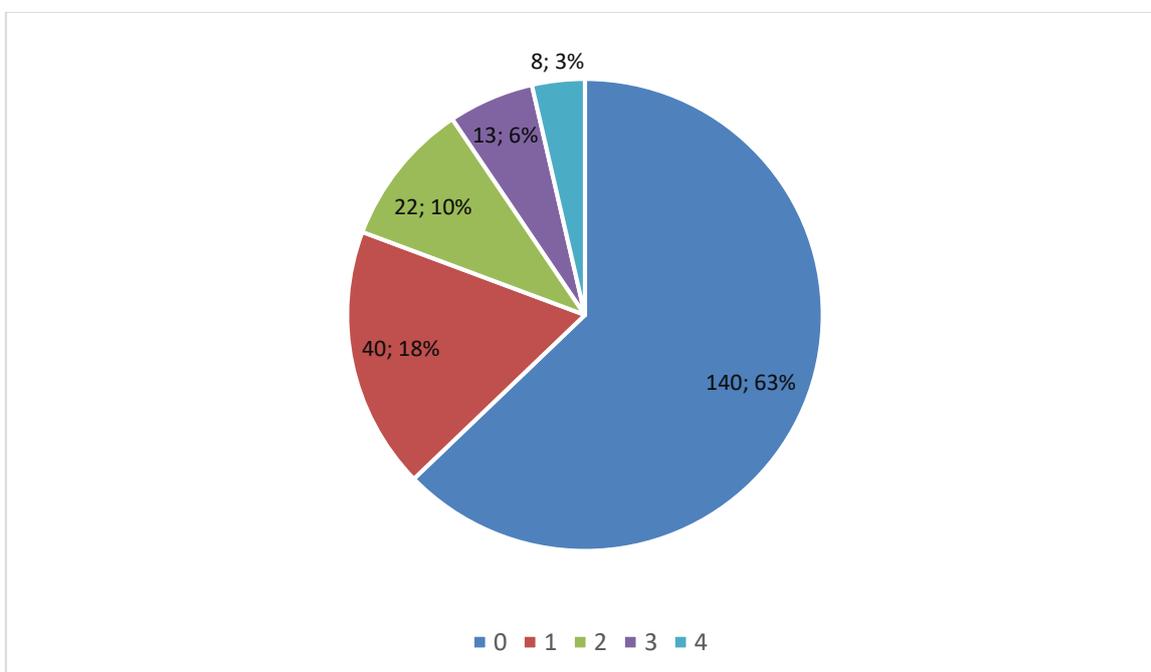


Figure 18 : Nombre de semestres réalisés à Mayotte

Il était également demandé de préciser la zone géographique dans laquelle le répondant avait réalisé le plus de semestres. Les zones correspondaient aux points cardinaux de l'île de la Réunion (Nord (correspondant au CHU Félix Guyon), Sud (GHSR), Est (GHER), Ouest (CHGM)) auxquelles nous avons ajouté Mayotte et une option « Autre ».

Le Sud et l'Ouest étaient les zones géographiques les plus fréquentées par les internes (respectivement 31,8% et 31%). Seuls 7 internes avaient réalisé la majeure partie de leur internat dans l'Est. Enfin, parmi les cinq autres, deux avaient principalement fait des stages en inter-CHU (hors subdivision) tandis que trois autres avaient équitablement répartis leurs semestres sur un plan géographique.

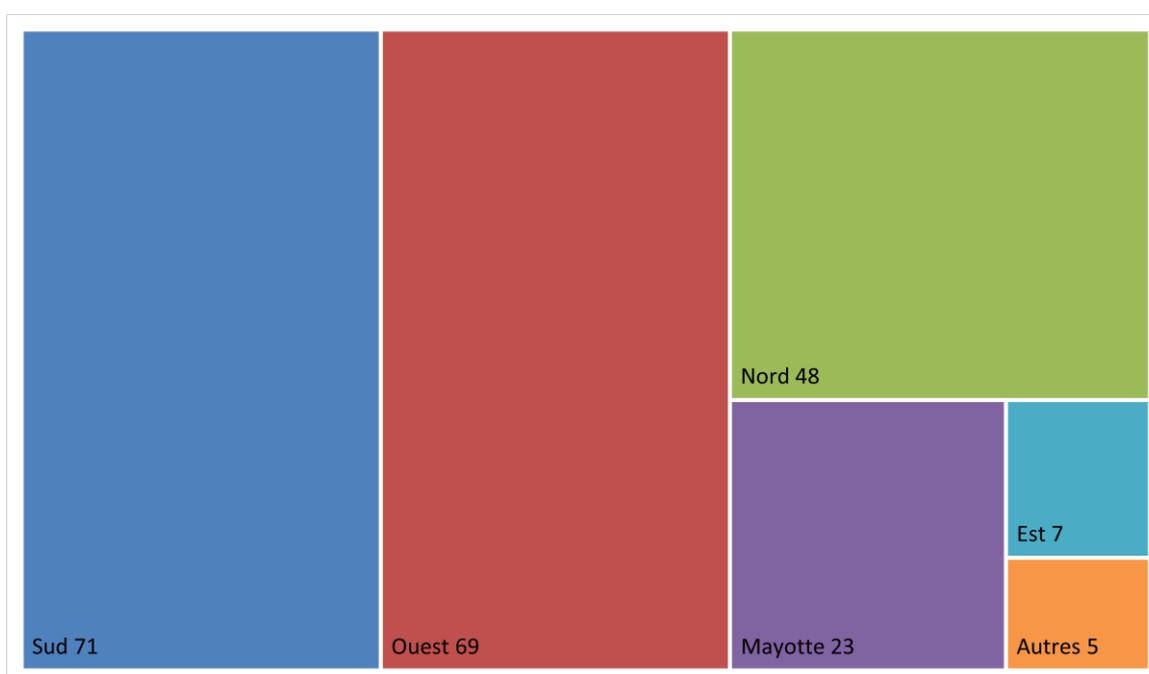


Figure 19 : Zones géographiques du plus grand nombre de semestres

3.1.2.2.2 Réalisation d'un ou plusieurs stages en inter-CHU

Sur les 223 répondants, seuls 18 (8%) avaient réalisé un stage en inter-CHU au cours de leur internat. Les autres DOM-TOM étaient plébiscités puisque 13 internes ont réalisé un stage dans le reste de l'outre-mer français dont 10 en Polynésie française.

3.1.2.2.3 Réalisation d'un SASPAS

Dans notre population, 73 internes avaient pu réaliser un SASPAS (32%), dont 52 à la Réunion (23%) et 19 à Mayotte (9%).

3.1.2.2.4 Remplacements pendant l'internat

Près de la moitié des internes (103 ; 46,19%) avait réalisé au moins un remplacement pendant leur internat.

3.1.2.2.5 Année de passage de thèse

Au moment du questionnaire, 191 anciens internes étaient thésés. Le délai moyen séparant la fin de l'internat avec le passage de la thèse était de 1,69 ans (les extrêmes étaient de -1 à +5 années par rapport à la fin de l'internat).

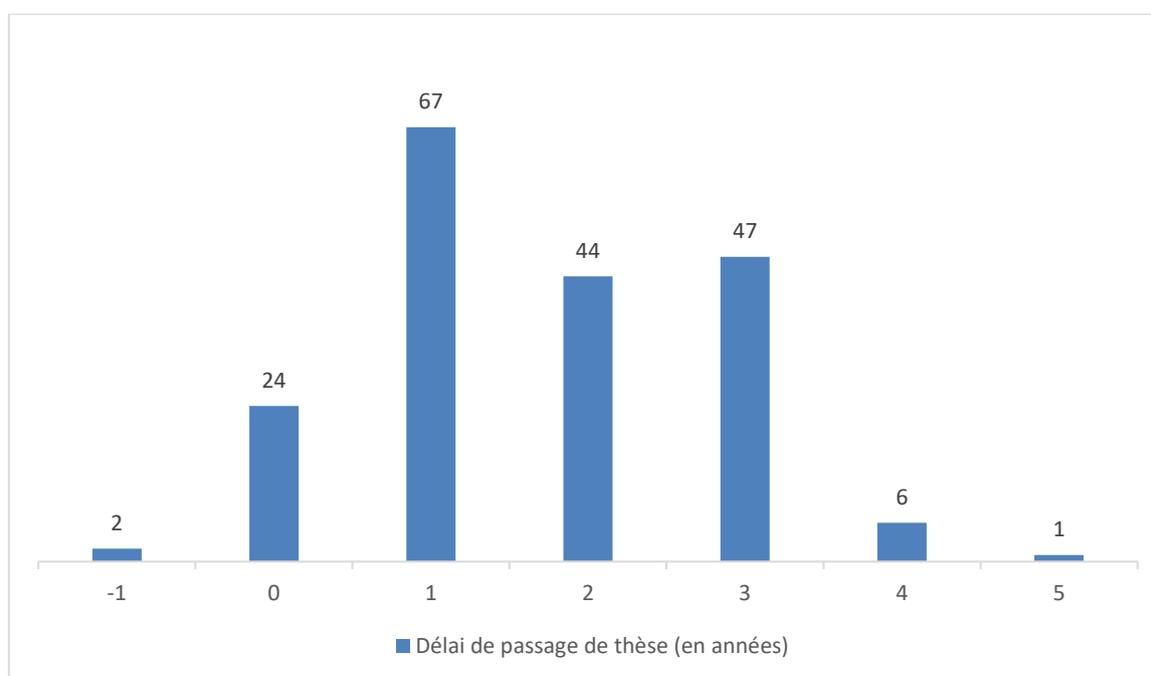


Figure 20 : Délai de passage de la thèse après la fin de l'internat

3.1.2.2.6 Suivi d'une formation complémentaire

119 répondants (53,4%) avaient suivi une formation complémentaire au moment du questionnaire et 21 étaient en cours de formation.

Parmi les médecins qui s'étaient formés on note que 34 avaient déjà plusieurs diplômes complémentaires (2 ou plus).

Les formations complémentaires les plus souvent suivies étaient les suivantes :

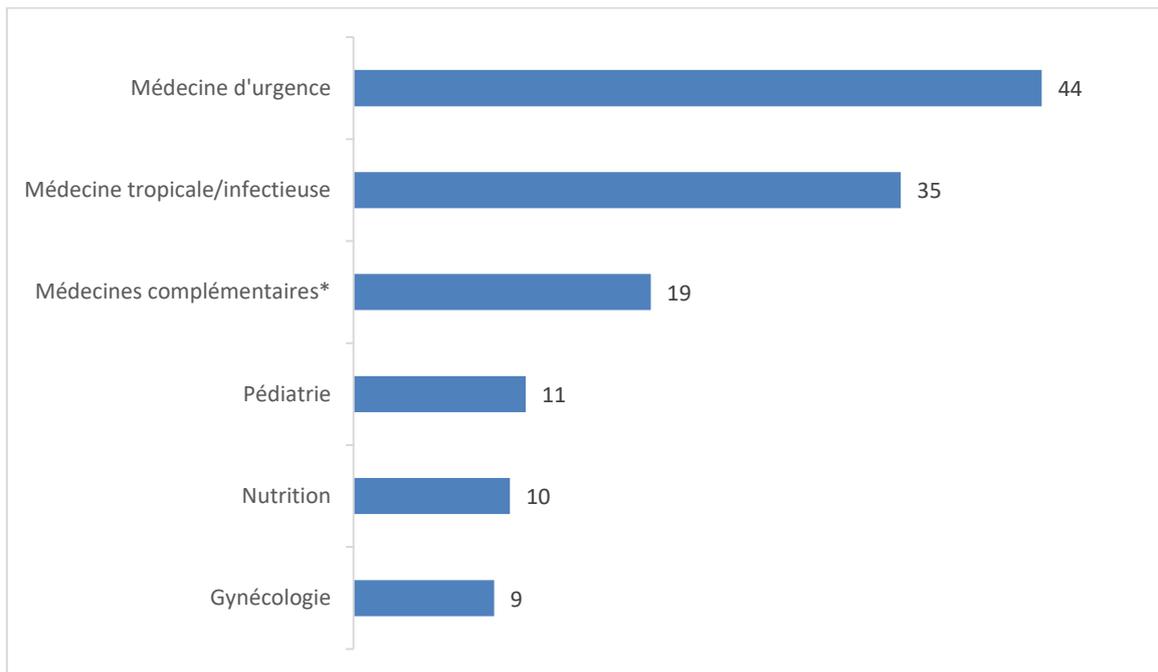


Figure 21 : Formations complémentaires les plus fréquemment suivies

* : acupuncture, homéopathie, médecine chinoise, ostéopathie, hypnose

Parcours pendant l'internat : résumé

L'internat de la majorité de nos répondants s'est effectué exclusivement à la Réunion (60%).

La plupart n'avait effectué ni SASPAS (68%) ni remplacement (53,8%) durant leur internat.

Ils passaient leur thèse en général dans l'année suivant la fin de leur internat et avaient majoritairement suivi au moins une formation complémentaire au moment du questionnaire (53,4%).

3.1.2.3 Après l'internat

3.1.2.3.1 Mode d'exercice

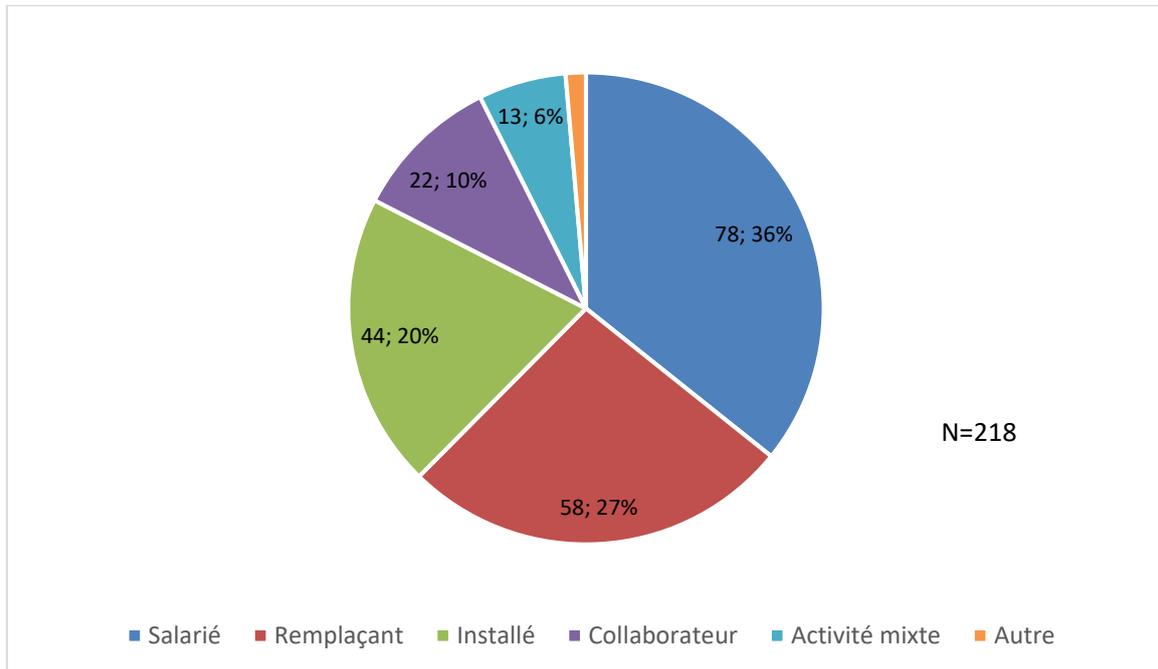


Figure 22 : Mode d'exercice des médecins répondants

Les médecins interrogés préféraient le salariat comme mode d'exercice. **Les médecins installés de manière exclusive représentaient 20% de nos répondants (44 médecins) auxquels nous pouvons ajouter 10% de collaborateurs (22 médecins).** Le remplacement était choisi par 27% de nos répondants. Un médecin faisait de l'humanitaire, un autre travaillait pour le service civil.

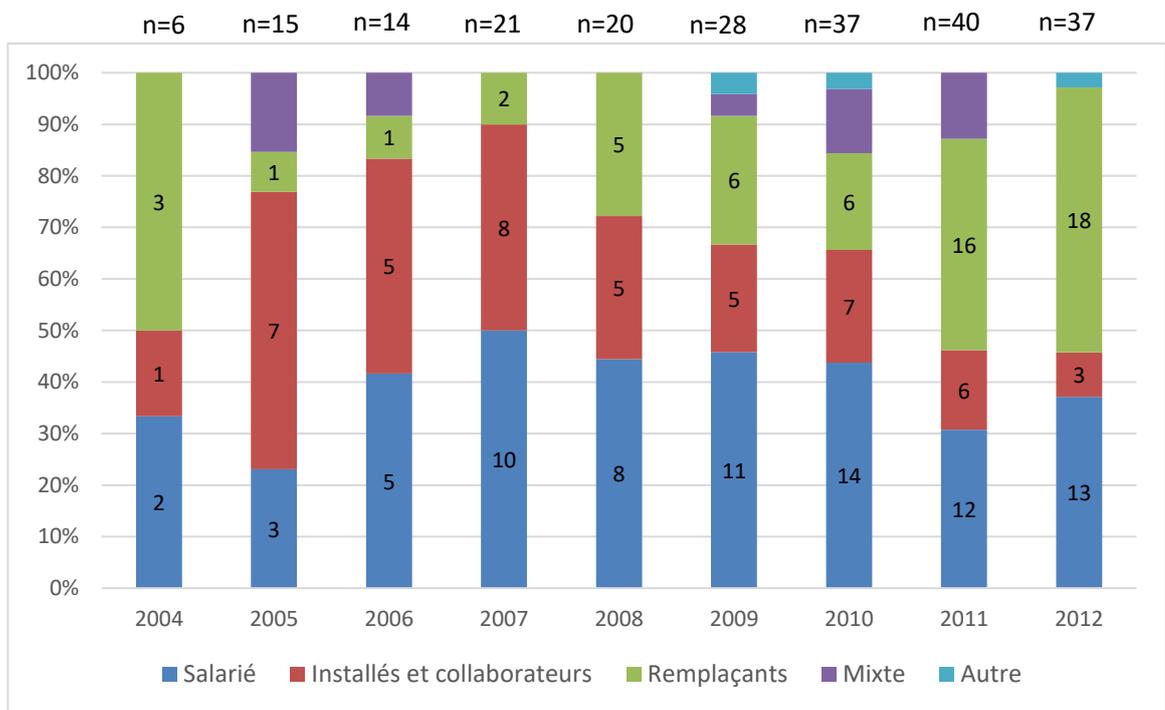


Figure 23 : Mode d'exercice par promotion

3.1.2.3.2 Salariés

3.1.2.3.2.1 Structure d'exercice

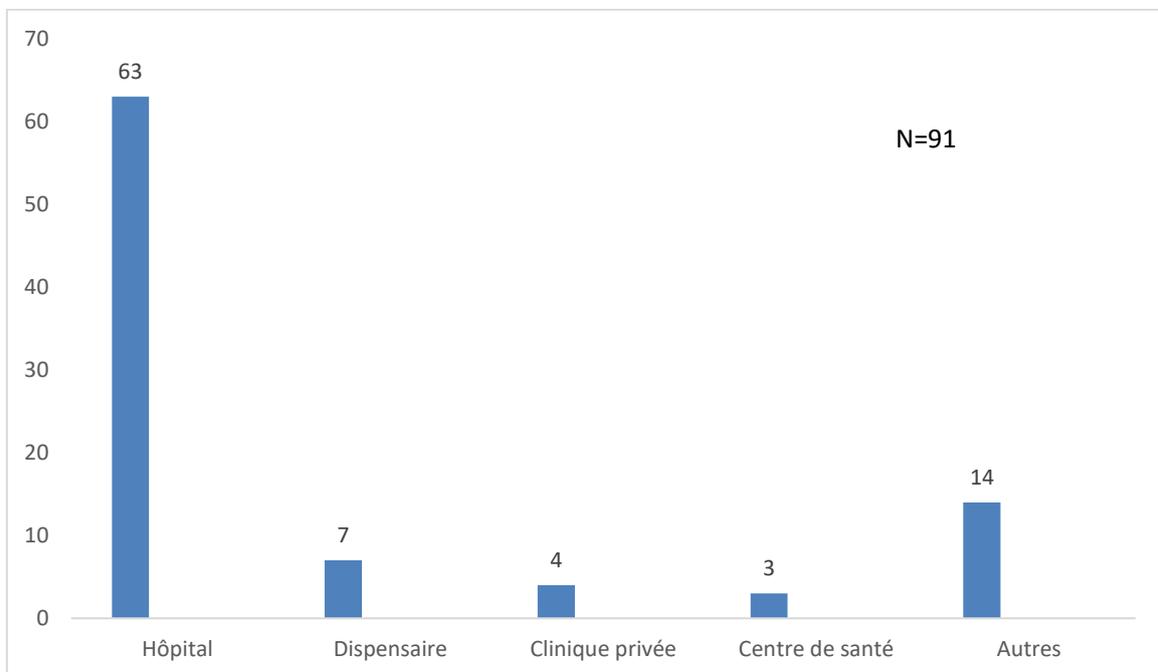


Figure 24 : Structure d'exercice des médecins salariés (y compris en activité mixte)

Il était demandé de préciser le service dans lequel ils travaillaient, plus de la moitié (50,7%) travaillaient dans un service d'urgence :

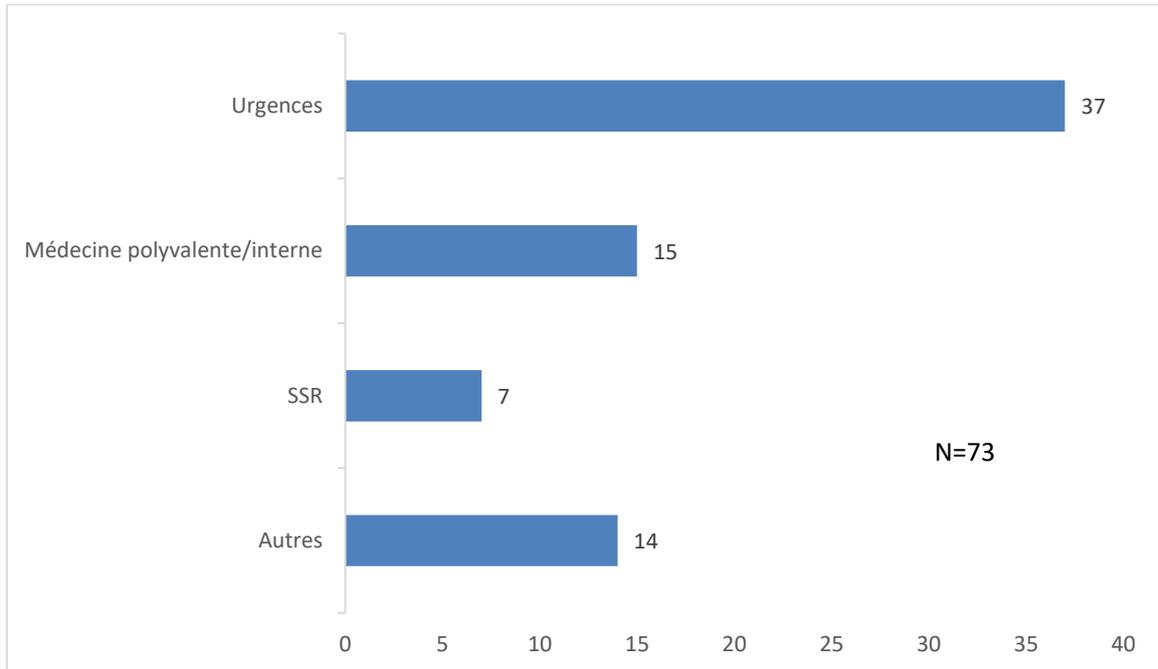


Figure 25 : Services d'exercice des médecins salariés

Le nombre de réponse est différent de 91 car certains médecins travaillant dans une structure particulière (MDPH, PMI...) n'ont pas répondu à cette question.

3.1.2.3.3 Libéral

3.1.2.3.3.1 SASPAS

17 répondants exerçaient aujourd'hui dans le même cabinet dans lequel ils avaient effectué un SASPAS, soit 23% des répondants qui avaient réalisé un SASPAS au cours de leur internat.

3.1.2.3.3.2 Type de cabinet

Il était demandé aux répondants qui exerçaient au moins en partie dans un cabinet libéral de préciser sa structure.

Parmi les 69 répondants (10 absences de réponse), la majorité (71%) exerçait dans un cabinet accueillant d'autres médecins, 20% exerçaient seuls et 9% dans des maisons ou pôles de santé.

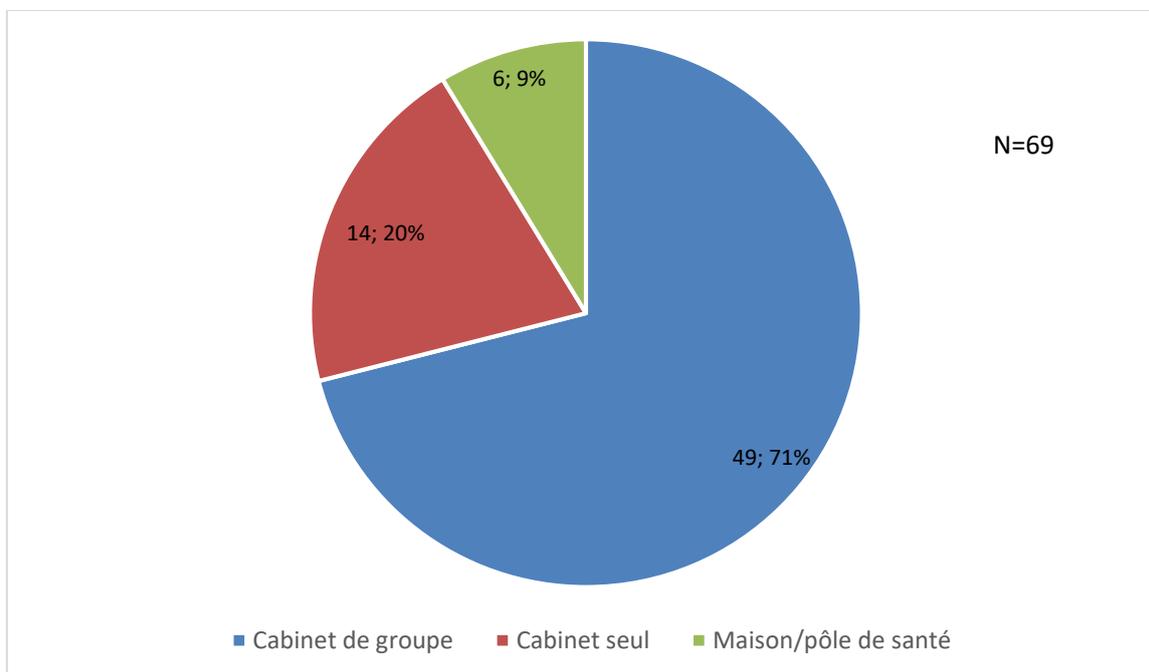


Figure 26 : Structure d'exercice en libéral

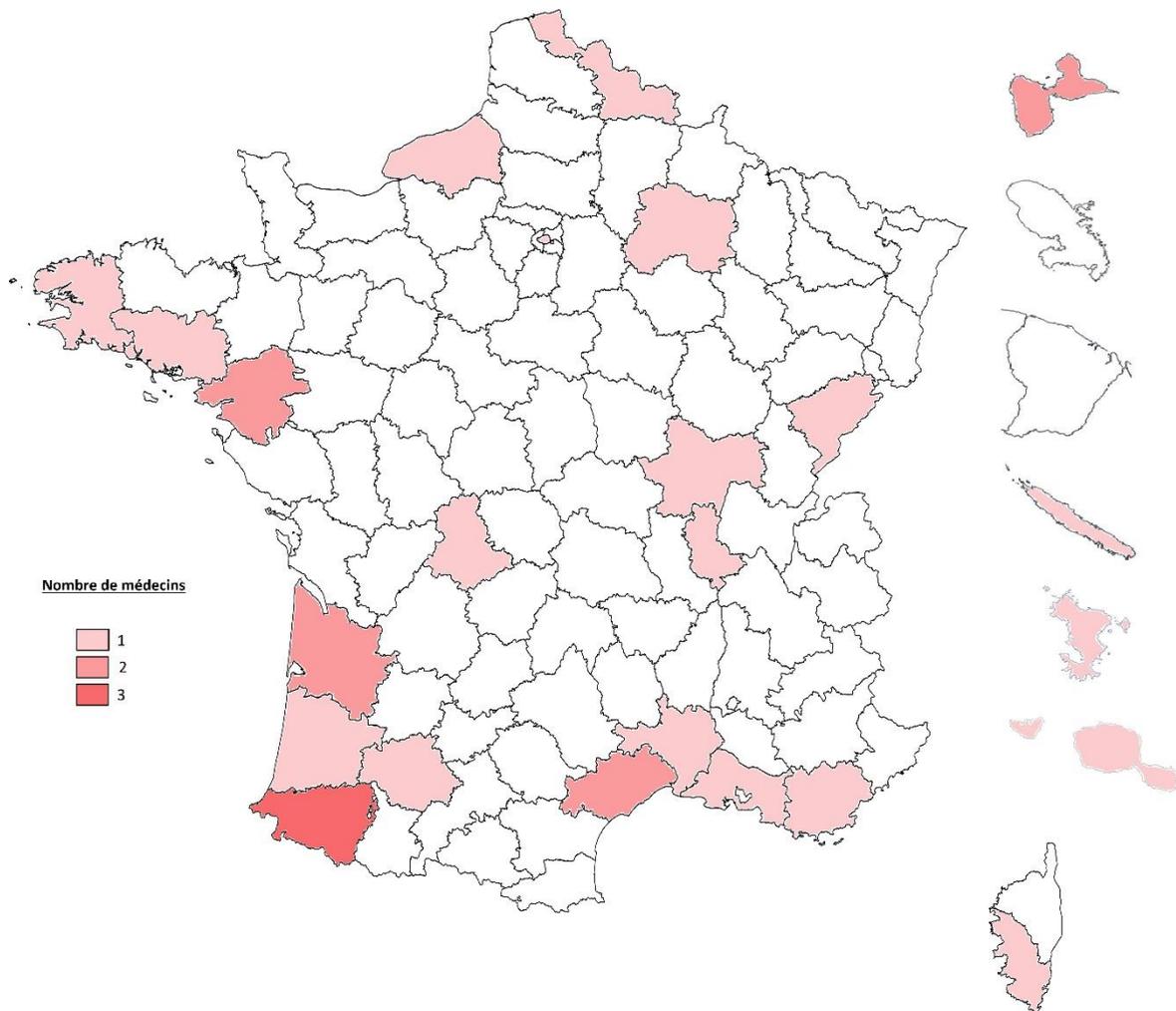
3.1.2.3.3.3 Zone d'exercice

Parmi ces mêmes répondants, 32 (46%) déclaraient exercer en zone urbaine, 9 (13%) en zone rurale et 28 (40,5%) en zone semi-rurale.

3.1.2.3.3.4 Département et ville d'exercice : cartographie

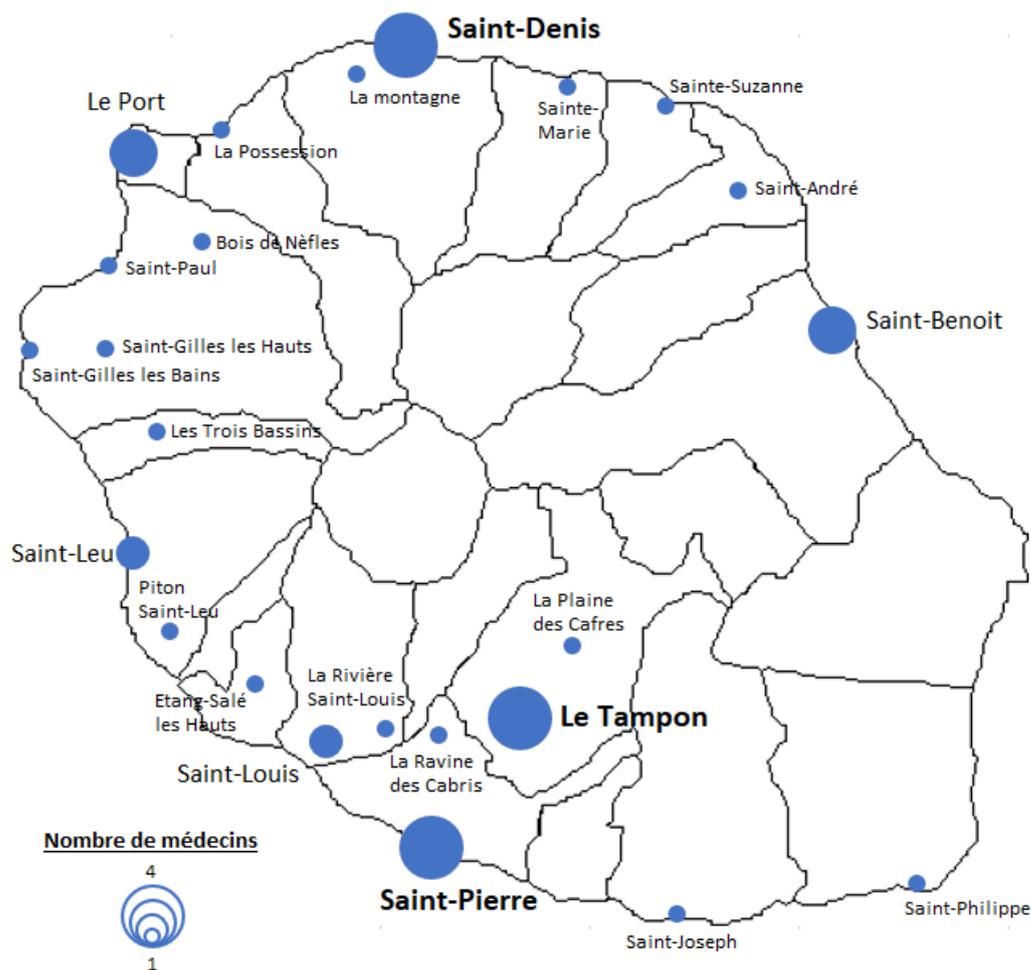
Nous avons voulu cartographier les lieux de pratique en libéral des anciens internes de l'Océan Indien. Nous n'avons pas représenté les médecins effectuant uniquement des remplacements car leur pratique peut s'opérer sur plusieurs territoires différents.

Notre population étudiée comptait donc 69 médecins. Parmi eux, 39 exerçaient à la Réunion, un à Mayotte et 29 en métropole ou dans d'autres DOM-TOM. Nous avons donc pu cartographier leur lieu d'exercice, par département pour les médecins exerçant en dehors de la Réunion, et par ville pour les anciens internes étant restés sur l'île.



Carte 10 : Département d'exercice libéral

La carte 1 montre le département d'exercice des anciens internes qui ont une activité libérale (installé, collaboration ou activité mixte avec une part libérale) en métropole ou dans d'autres DOM-TOM que la Réunion. On remarque une certaine préférence pour la région Sud-Ouest et les zones littorales ainsi qu'une représentation relativement importante des autres territoires d'outre-mer français.



Carte 11 : Ville d'exercice des médecins libéraux à la Réunion (hors remplaçants)

La carte 2 nous montre que les médecins généralistes de notre population d'étude se répartissent sur toute l'île en se concentrant néanmoins sur les plus gros bassins de population (Saint-Denis, Saint-Pierre et Le Tampon).

Mode d'exercice : résumé

Le salariat était le mode d'exercice le plus représenté chez nos répondants (36%), et le plus souvent ils exerçaient alors dans un hôpital (69%).

Les médecins installés en tant que titulaires (n=44) ou en tant que collaborateurs (n=22) représentent 30% des répondants. La majorité d'entre eux est installée à la Réunion (n=39 soit 56,5%).

Les remplaçants (n=58) représentaient 27% de notre population dont la très grande majorité sont domiciliés à la Réunion (n=47).

3.1.2.4 A l'avenir

3.1.2.4.1 Intention de quitter l'Océan Indien

Nous avons demandé aux 125 répondants encore présents dans l'Océan Indien s'ils envisageaient de quitter cette région.

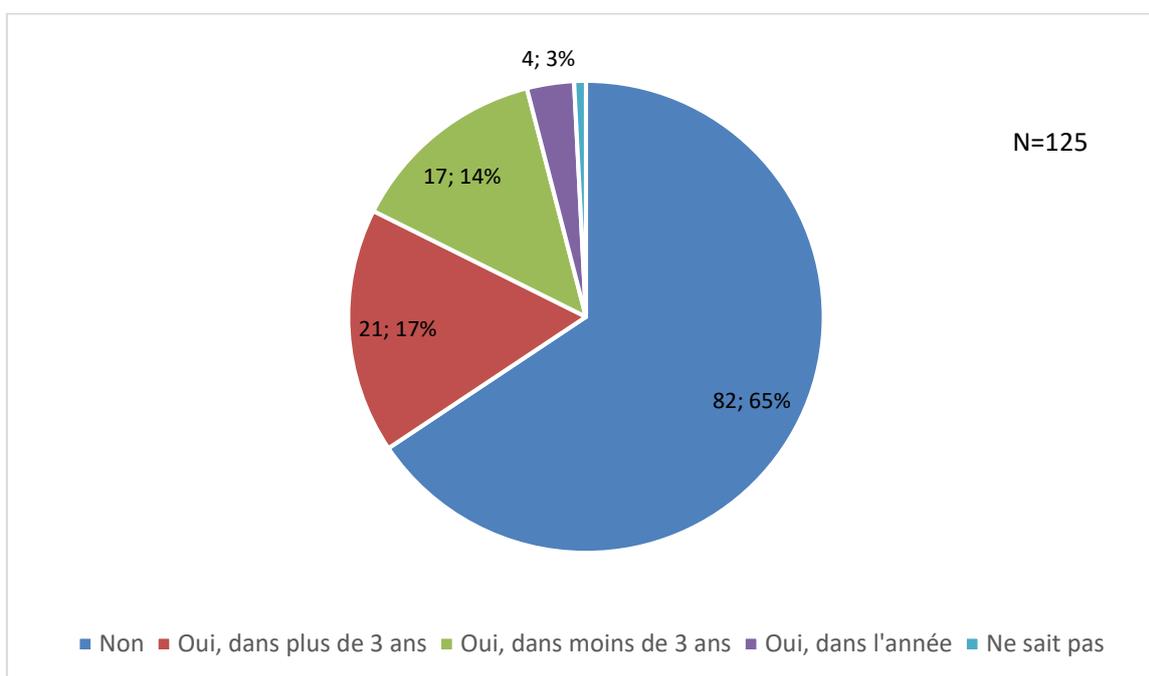


Figure 27 : Intention de quitter l'Océan Indien

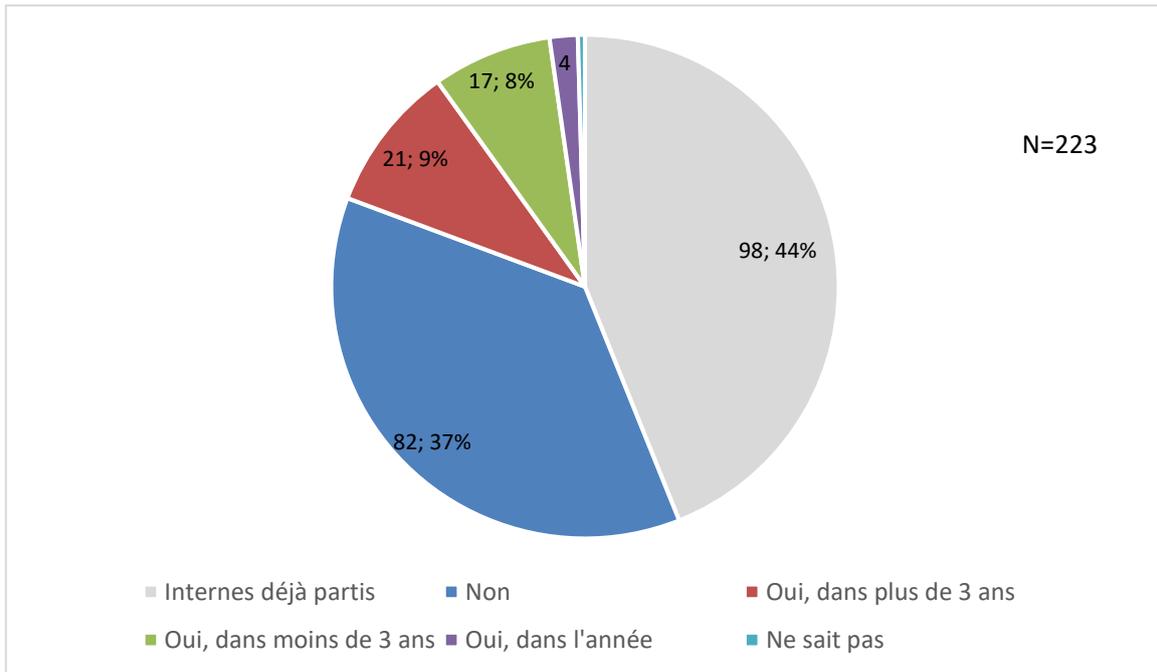


Figure 28 : Intention de quitter l'Océan Indien (en faisant apparaître les internes déjà partis)

Ces figures nous permettent de montrer que, dans l'hypothèse où l'intention des répondants ne changeait pas, environ **37% des internes issus de l'internat de l'Océan Indien resteraient à terme dans cette région.**

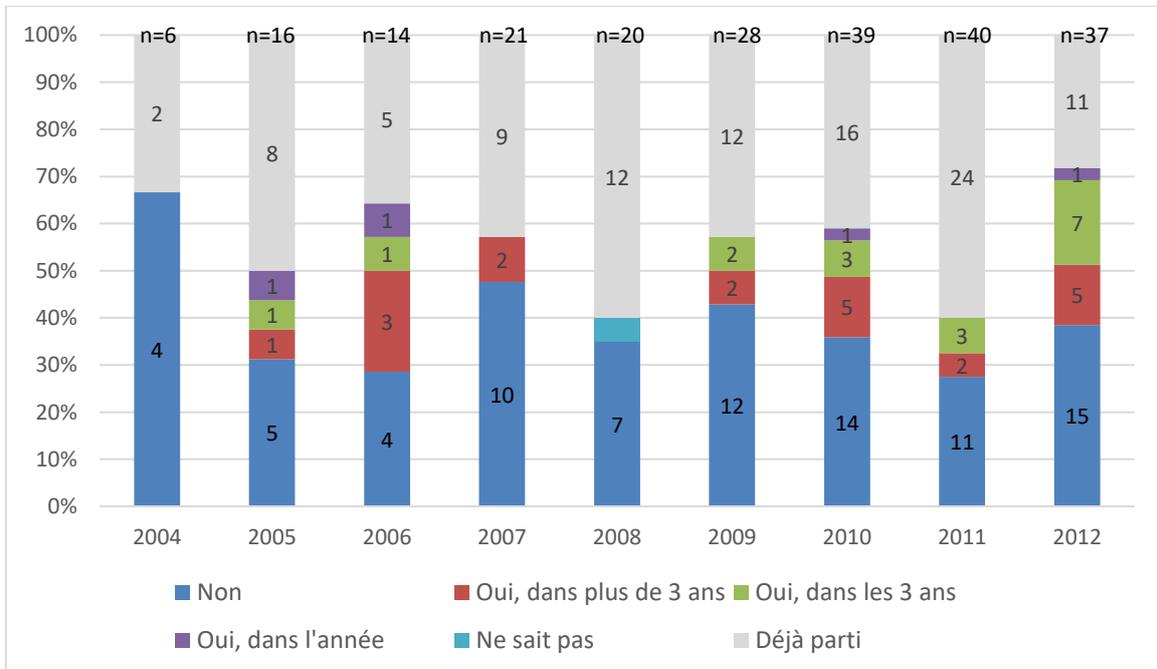


Figure 29 : Intention de quitter l'Océan Indien par promotions

Plus la fin de l'internat était récente moins le projet professionnel paraît arrêté. **La proportion des médecins n'envisageant pas de quitter l'Océan Indien semble stable au cours des années.**

3.1.2.4.2 Intention d'installation des remplaçants

Nous avons ensuite demandé aux médecins ayant une activité de remplaçant s'ils envisageaient de s'installer à la Réunion ou à Mayotte. Nous avons répertorié 47 médecins ayant une telle activité et qui étaient encore domiciliés dans l'Océan Indien.

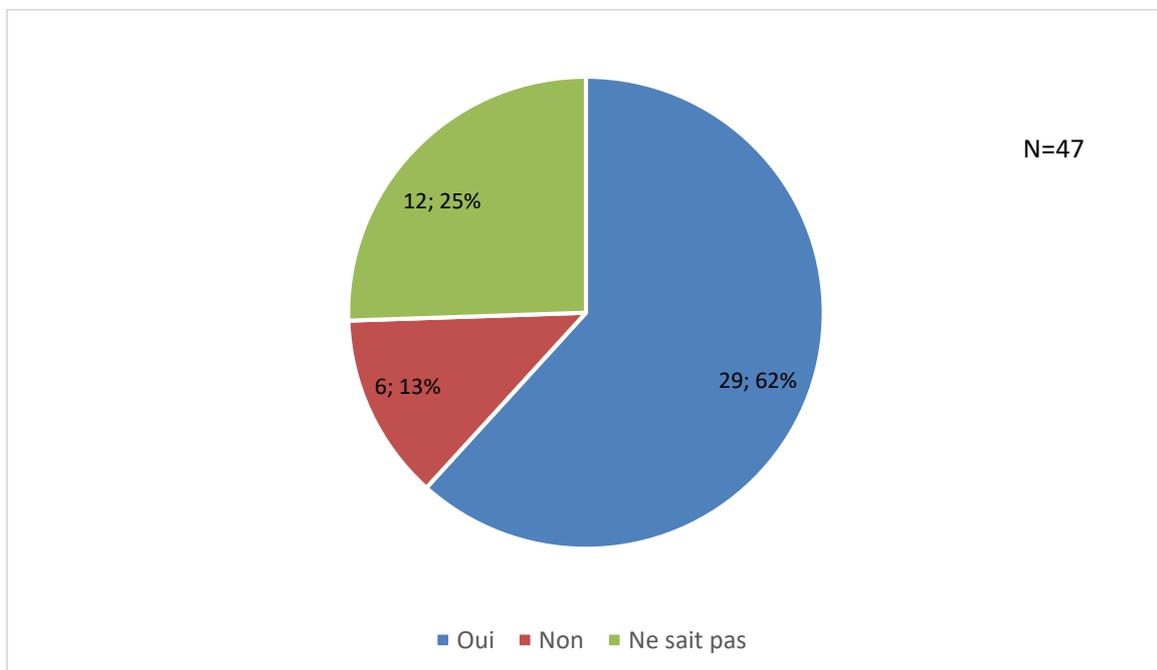


Figure 30 : Intention d'installation à la Réunion des médecins remplaçants

Parmi les six répondants ne souhaitant pas s'installer à la Réunion, deux justifiaient leur choix par un rapprochement familial en métropole, deux autres par le confort que leur procurait le statut de remplaçant.

3.1.2.4.3 Les raisons motivant à rester ou au contraire à quitter
l'Océan Indien

Dans un premier temps, nous avons demandé aux médecins encore présents dans l'Océan Indien et qui n'envisageaient pas de partir, quelles étaient leurs motivations pour rester. L'effectif concerné était de 85 médecins sur les promotions 2004 à 2012. Ils pouvaient choisir trois items en les classant en « Majeure », « Importante », « Moindre importance ». Nous avons retenu uniquement les raisons majeures et importantes. Les raisons qui ont été choisies par plus de 50% des répondants sont affichées en gras dans les tableaux. Les réponses n'étant pas exclusives, les répondants pouvaient sélectionner plusieurs raisons majeures par exemple.

Tableau 1 : Raisons de rester pour les médecins n'ayant pas l'intention de quitter
l'Océan Indien

<i>Raisons</i>	Importante	Majeure	Total
<i>Rapprochement familial</i>	12	29	41
<i>Insularité</i>	4	8	12
<i>Education des enfants</i>	19	15	34
<i>Projet professionnel</i>	11	27	38
<u>Relation médecin/patient</u>	25	19	44
<i>Avantages financiers</i>	15	6	21
<i>Culture</i>	9	15	24
<i>Coût de la vie</i>	2	1	3
<u>Cadre de vie</u>	13	58	71
<i>Loisirs</i>	13	11	24

68% des répondants déclaraient que le cadre de vie était une raison majeure les incitant à rester à la Réunion.

Ensuite nous avons demandé aux médecins qui déclaraient avoir l'intention de partir quelles étaient les raisons motivant ce départ. L'effectif de cette population était de 43.

Tableau 2 : Raisons motivant les médecins à envisager un départ

Raisons	Importante	Majeure	Total
<u>Rapprochement familial</u>	8	18	26
<i>Insularité</i>	9	4	13
<i>Education des enfants</i>	4	5	9
<i>Projet professionnel</i>	4	5	9
<i>Relation médecin/patient</i>	0	1	1
<i>Avantages financiers</i>	0	2	2
<i>Culture</i>	6	2	8
<i>Coût de la vie</i>	3	1	4
<i>Cadre de vie</i>	0	2	2
<i>Loisirs</i>	5	4	9

Le rapprochement familial était la principale raison motivant les médecins à quitter l’Océan Indien (60% des répondants).

Enfin, nous avons posé la même question aux médecins qui avaient déjà quitté la zone Océan Indien. Leur effectif était de 95 toutes promotions confondues.

Tableau 3 : Raisons avancées par les médecins déjà partis

Raisons	Importante	Majeure	Total
<u>Rapprochement familial</u>	8	23	31
<i>Insularité</i>	9	8	17
<i>Education des enfants</i>	4	3	7
<i>Projet professionnel</i>	6	7	13
<i>Relation médecin/patient</i>	2	2	4
<i>Avantages financiers</i>	1	0	1
<i>Culture</i>	3	5	8
<i>Coût de la vie</i>	1	2	3
<i>Cadre de vie</i>	2	3	5
<i>Loisirs</i>	1	3	4

Intentions futures : résumé

37% de la totalité des anciens internes de l'Océan Indien resteraient à terme dans cette zone géographique.

Les remplaçants encore présents dans l'Océan Indien souhaitent majoritairement s'y installer (62%). Les motivations principales à rester sont à la fois professionnelle (relation médecin/patient préservée) et extra-professionnelle (cadre de vie).

Le rapprochement familial est le moteur principal des répondants souhaitant partir tout comme celui des anciens internes déjà partis.

3.1.3 Comparaisons selon le mode d'exercice

Dans ce paragraphe, nous nous sommes attelés à comparer les caractéristiques de trois sous-groupes : les installés (dont les collaborateurs), les remplaçants et les salariés. Nous avons volontairement exclu les médecins ayant une activité mixte ou autre (notamment car leur faible nombre risquait de rendre les tests statistiques difficilement interprétables). Le nombre de médecins analysés était de 202. Par soucis de lisibilité nous n'avons fait apparaître que les différences significatives et les données importantes (âge, sexe).

3.1.3.1 Comparaison des données socio-démographiques selon les modes d'exercice

Tableau 4 : Comparaison socio-démographique en fonction du mode d'exercice

	Installés	Remplaçants	Salariés	p
Sexe (n=202)				0,09
Femmes	34	40	41	
Hommes	32	18	37	
Statut marital (n=202)				0,002
Célibataire	7	11	24	
Concubinage	12	19	23	
Marié/PACS	47	28	31	
Nombre d'enfants (n=202)				< 0,001
0	17	30	47	
1	16	17	12	
2	22	10	14	
3	10	1	1	
4 ou plus	1	0	4	
Âge moyen (années)	33,9	31,7	32,6	

Les médecins installés étaient liés par une union civile dans 71% des cas, contre 39,7% pour les salariés et 48,3% pour les remplaçants. Pareillement, les médecins installés avaient presque deux fois plus d'enfants que les autres (1,4 en moyenne contre 0,67 pour les remplaçants et 0,76 pour les salariés).

3.1.3.2 Comparaison du parcours professionnel selon les modes d'exercice

Tableau 5 : Comparaison du parcours professionnel selon le mode d'exercice

	Installés	Remplaçants	Salariés	p
Choix de la MG (n=202)				< 0,001
Accès à un DESC	0	1	18	
Conviction	50	56	48	
Défaut	16	1	12	
Nombre de semestres à Mayotte (n=202)				0,036
0	45	45	41	
1	13	4	15	
2	4	6	10	
3	2	1	9	
4	2	2	3	
Réalisation SASPAS (n=202)				< 0,001
Non	41	32	65	
Oui	22	21	5	
Formation supplémentaire (n=202)				< 0,001
Oui	34	27	63	
Non	32	31	15	
Intention de quitter l'OI ? (n=119)				0,014
Non	31	29	20	
Oui	8	11	20	

Par ailleurs, les médecins salariés avaient privilégié le territoire nord pour réaliser leurs semestres (33% contre 15% pour les deux autres populations) avec une différence significative (p= 0,033).

3.1.3.3 Comparaison des libéraux et des salariés

Nous comparons ici les données entre la population de médecins salariés par rapport aux médecins libéraux (installés, collaborateurs et remplaçants confondus).

Tableau 6 : Comparaison des libéraux et des salariés

	Libéraux	Salariés	p
Sexe (n=202)			0,38
Femmes	74	41	
Hommes	50	37	
Statut marital (n=202)			0,01
Célibataire	18	24	
En couple	106	54	
Enfants (n=202)			0,003
Oui	77	31	
Non	47	47	
Âge moyen (en années)	32,8	32,6	
Réalisation SASPAS (n=202)			<0,001
Oui	51	13	
Non	73	65	
Semestre à Mayotte (n=202)			0,006
Oui	34	37	
Non	90	41	
Formation supplémentaire (n=202)			<0,001
Oui	61	63	
Non	63	15	
Lieu d'exercice en 2017 (n=202)			0,08
Océan Indien	77	38	
Autre	47	40	
Intention de quitter l'OI ? (n=119)			0,008
Oui	13	20	
Non	60	20	

L'analyse de toutes les autres variables comparables ne montrait pas de différence significative entre ces deux sous-populations.

3.1.4 Analyse des médecins originaire de l'Océan Indien

Alors qu'aucun interne originaire de l'Océan Indien n'avait effectué la majorité de ses semestres à Mayotte, dans l'autre groupe ce taux monte à 12,5% (p= 0,003).

Tableau 7 : Comparaison entre les métropolitains et les médecins originaires de l'OI

	Métropolitains (n=193)	Origine OI (n=30)	p
Résidence principale (n=223)			< 0,001
<i>Réunion</i>	91	25	
<i>Mayotte</i>	5	2	
<i>Métropole</i>	79	2	
<i>Autre DOM-TOM</i>	16	1	
<i>Etranger</i>	2	0	
Intention de quitter l'OI ? (n=127)			0,002
<i>Oui</i>	42	2	
<i>Non</i>	58	25	
Intention d'installation dans pour les remplaçants (n=41)			NS
<i>Oui</i>	18	10	
<i>Non</i>	5	1	
<i>Ne sait pas</i>	7	0	

La comparaison des autres variables ne montrait pas de différence significative entre ces deux sous-populations.

3.2 Promotions 2009 à 2012 et comparaisons avec les promotions 2004 à 2008

Nous avons sélectionné les anciens internes issus des promotions 2009 à 2012 pour cette partie. Ils sont au nombre de 146, ce qui correspond à 65,5% de notre population totale. Les internes des promotions 2004 à 2008 étaient au nombre de 87 dans le travail d'Adeline Dutartre.

Les comparaisons, lorsqu'elles apparaissent, se font toujours entre les promotions 2009 à 2012 et les promotions 2004 à 2008 (les données de ces dernières sont issues de la thèse du docteur Adeline Dutartre (21) et non pas de nos résultats car son étude avait un meilleur taux de réponse sur cette sous-population que la nôtre).

3.2.1 Données socio-démographiques

3.2.1.1 Age

L'âge moyen de cette sous-population était de 30,2 ans avec un écart-type à 2,04. Il est similaire aux promotions antérieures (30,2 ans avec un écart-type de 1,7).

3.2.1.2 Sexe

Il y avait 87 femmes (60%) et 59 hommes. Il n'existait pas de différence significative avec les promotions antérieures dans lesquelles il y avait 55,2% de femmes.

3.2.1.3 Lieu de résidence principale

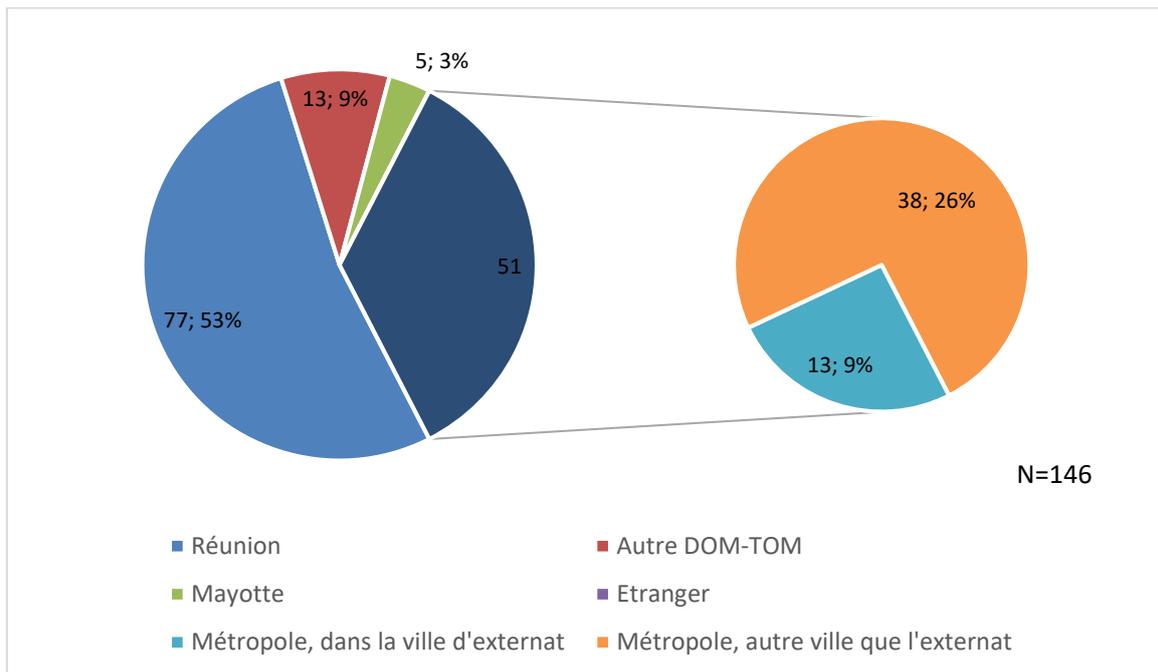


Figure 31 : Lieu de résidence principale

56% des répondants de cette sous-population résidaient toujours dans l’Océan Indien au moment du questionnaire (contre 72,4% dans les promotions 2004 à 2008 dans la thèse d’Adeline Dutartre).

Il n’y avait pas de différence socio-démographique significative entre nos deux sous-populations ($p > 0,05$).

3.2.2 Parcours professionnel

3.2.2.1 Avant l'internat

3.2.2.1.1 Raison du choix de la médecine générale

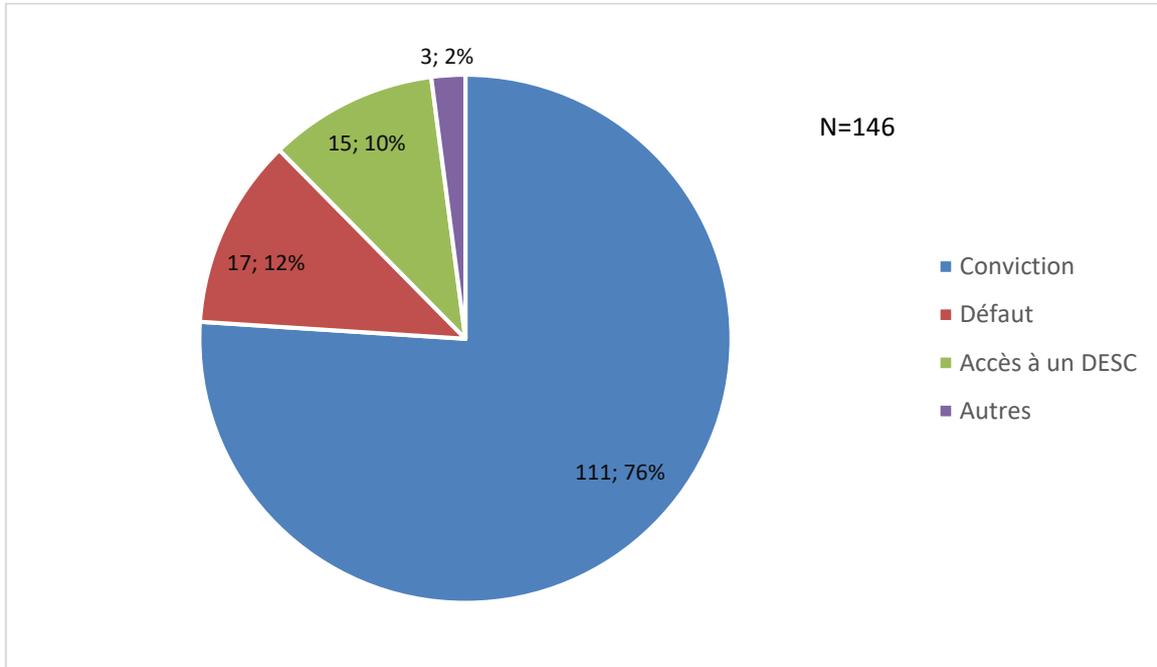


Figure 32 : Raison du choix de la médecine générale

Il n'y avait pas de différence significative avec les promotions précédentes, pour qui la médecine générale était une conviction pour 71,3% des répondants.

3.2.2.1.2 Raison du choix de l'Océan Indien

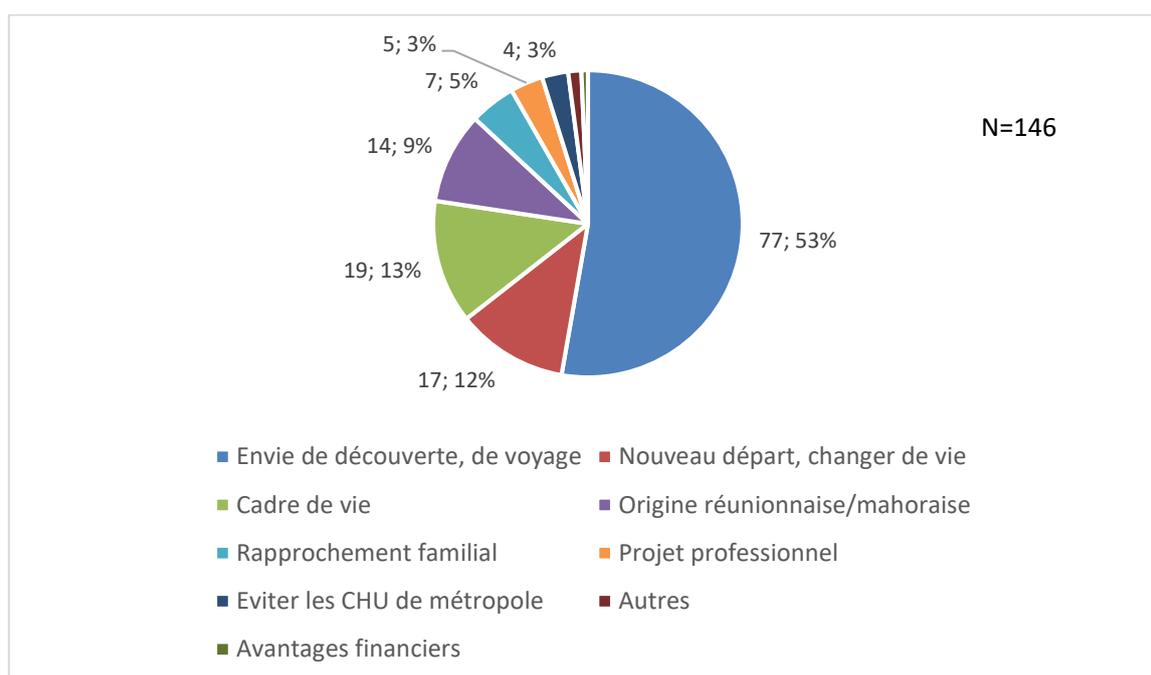


Figure 33 : Motivation principale dans le choix de la subdivision Océan Indien

Les motivations sont similaires à celles des promotions antérieures (59,2% des répondants voulaient découvrir une nouvelle région).

3.2.2.2 L'internat

3.2.2.2.1 Réalisation d'un SASPAS

28% des 146 internes de notre sous-population (promotions 2009-2012) avaient réalisés un SASPAS à la Réunion et 7% (n=10) à Mayotte. Les promotions les plus récentes n'avaient pas fait plus de SASPAS que les anciennes (26,4%).

3.2.2.2.2 Remplacements pendant l'internat

La moitié des répondants (73 ; 50%) avaient réalisé au moins un remplacement durant leur internat. Il n'y avait pas de différence significative (36,8% dans les anciennes promotions).

Il n'y avait pas de différence significative dans le cursus et le parcours professionnel avant et pendant l'internat entre nos deux sous-populations ($p>0,05$).

3.2.2.3 Après l'internat

3.2.2.3.1 Mode d'exercice

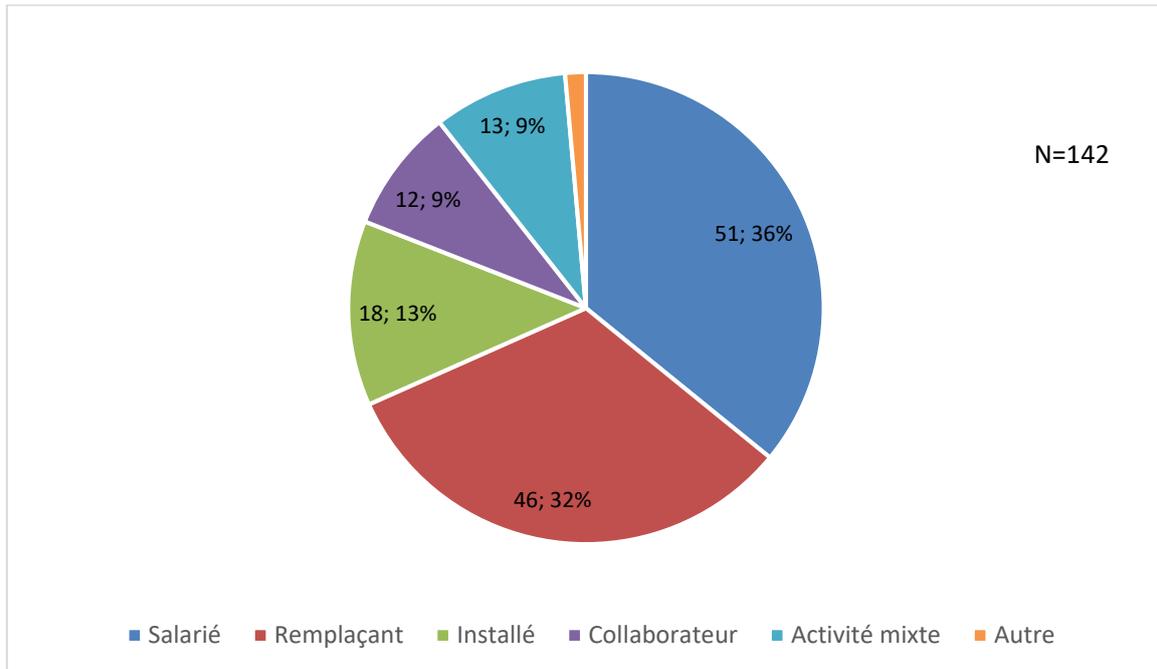


Figure 34 : Mode d'exercice des médecins répondants

Le salariat était, avec les remplacements, les modes d'exercice privilégiés dans cette sous-population. 21% des répondants déclaraient exercer dans leur cabinet ou en tant que collaborateur. Quatre médecins n'avaient pas répondu.

Il y avait, dans le mode d'exercice des répondants, une différence significative entre nos deux sous-populations (promotions 2004 à 2008 versus promotions 2009 à 2012) ($p<0,001$).

Nous avons repris les données des populations dans le tableau suivant :

Tableau 8 : Comparaison des modes d'exercice entre les promotions 2004 à 2008 et 2009 à 2012

Mode d'exercice	Promotions 2004-2008	Promotions 2009-2012
<i>Salarié</i>	18 (21,2%)	51 (36%)
<i>Remplaçant</i>	51 (60%)	46 (32%)
<i>Installé ou collaborateur</i>	7 (8,2%)	30 (21%)
<i>Activité mixte</i>	9 (10,6%)	13 (9%)
<i>Autre</i>	0	2 (1%)

3.2.2.3.2 Libéral

3.2.2.3.2.1 Type de cabinet

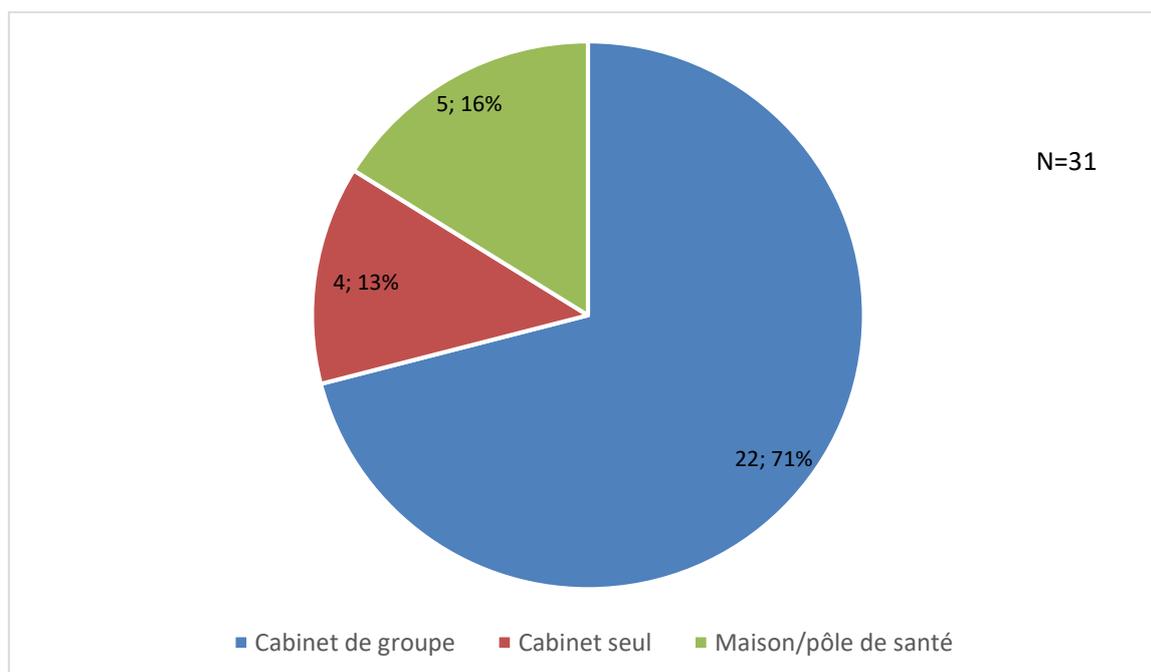


Figure 35 : Type de cabinet des médecins exerçant en libéral (hors remplaçants)

La très grande majorité des médecins libéraux (installés ou collaborateurs) exerçaient en cabinet de groupe. Il n'existait pas de différence significative entre nos deux sous-populations, avec la réserve d'un effectif faible d'installés ou de collaborateurs dans la sous-population 2004 à 2008 au moment de la thèse d'Adeline Dutartre.

3.2.2.3.2.2 Lieu d'exercice

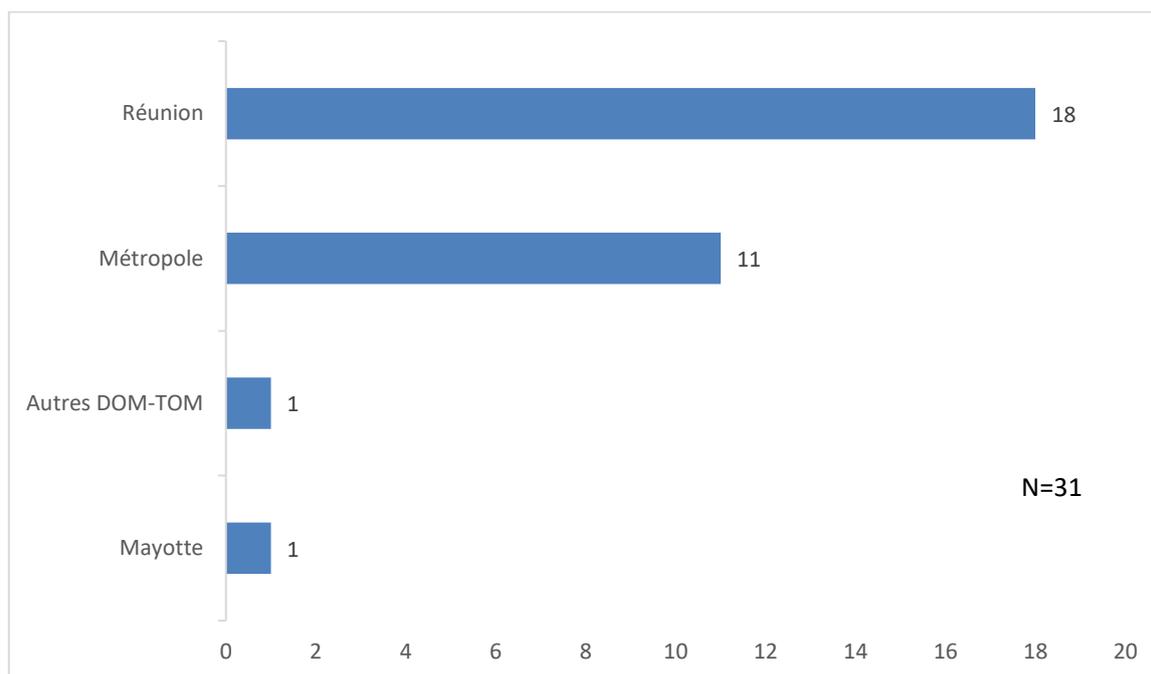


Figure 36 : Lieu d'exercice des médecins libéraux (promotions 2009 à 2012)

La majorité des médecins libéraux des promotions 2009 à 2012 exerçaient à la Réunion (58%).

La comparaison de nos deux sous-populations retrouvait une différence significative dans le mode d'exercice. Les internes des promotions 2009-2012 étaient plus souvent salariés et installés ou collaborateurs mais moins remplaçants que les internes des promotions antérieures.

Par contre, parmi les médecins libéraux il n'y avait pas de différence significative dans leurs modalités d'exercice comme le type de cabinet ou le lieu de travail ($p > 0,05$).

4.1 Forces de notre étude

4.1.1 Taux de participation

Nous avons un taux de participation de 86,8%. Grâce à cela, nous pouvons dire que notre étude est représentative des anciens internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien.

Ce taux est bien supérieur à la plupart des études sur le même sujet : 46% pour l'étude de l'ARS Alsace sur le devenir de leurs internes de médecine générale (22) ; 74% pour l'étude de Olivier Kandel *et al.* sur le devenir des jeunes généralistes issus de la faculté de Poitiers (23) ; ou encore 65% pour celle de Charlotte Renoult sur les internes de médecine générale formés à la faculté d'Amiens. A notre connaissance, seule l'étude d'Adeline Dutartre obtient un taux supérieur (91,6%) mais l'effectif était moindre.

4.1.2 Effectif important et homogène

Notre questionnaire a permis d'analyser les réponses de 223 anciens internes de médecine générale. Cet effectif important nous permet d'avoir une vision plus exhaustive du mode d'exercice de notre population et d'apporter de la puissance à notre étude.

Aussi, il existe une homogénéité du taux de réponses entre les promotions, les anciennes promotions ont tout autant répondu que les plus récentes.

4.1.3 Questionnaire

La construction du questionnaire était similaire, pour la majorité des questions, à celle élaborée par Adeline Dutartre dans son propre travail. Ceci nous a permis de comparer notre étude à la sienne de manière statistiquement juste.

4.1.4 Recul

L'avantage de notre étude est qu'elle avait un recul plus important sur les promotions plus anciennes déjà étudiées dans la thèse d'Adeline Dutartre, mais aussi sur les promotions les plus récentes. En effet nous avons un recul d'un an et neuf mois sur la promotion 2012, contre

seulement dix mois dans la thèse d'Adeline Dutartre sur la promotion 2008 (promotion la plus récente).

Ce délai plus long permet d'avoir une idée plus précise sur les intentions professionnelles des plus jeunes médecins.

4.1.5 Recueil et analyse des données

Dans notre étude toutes les données recueillies ont été analysées. Il n'y a eu aucune perte d'information.

4.2 Faiblesses de notre étude

4.2.1 Surreprésentation de certaines promotions

Etant donné que le nombre d'internes par promotion augmente au fil des ans fait que les promotions les plus récentes ont un effectif bien plus important que les plus anciennes. En effet, la promotion 2004 comptait huit internes alors que celle de 2012 en comptait 44. De ce fait, les promotions avec le plus d'internes ont plus de poids dans nos données.

4.2.2 Questionnaire

Les réponses aux questions étaient pour la plupart formulées. Les médecins devaient choisir parmi les réponses proposées. Ils avaient le choix de donner une réponse personnalisée à toutes les questions ouvertes par l'intermédiaire d'une case « Autre ». Cependant, la présence de réponses préenregistrées entraîne un risque non négligeable de biais de déclaration.

4.2.3 Recul différent

Un des biais de notre étude est la nécessaire différence de recul entre les promotions au moment du questionnaire. Le risque étant que les promotions les plus récentes ne soient pas au même niveau d'avancement de leur carrière professionnelle que les promotions les plus anciennes. En effet, il semble que les promotions les plus récentes (comme celles de 2011 et 2012) privilégient le salariat ou le remplacement comme mode d'exercice alors que les plus anciennes sont plus souvent installées dans leur propre cabinet. L'analyse des données de toutes les promotions peut biaiser le résultat final. Cette analyse en sous-groupe (comparaison entre

les promotions 2004-2008 et promotions 2009-2012) nous permet de nous éclairer sur l'évolution du mode d'exercice au fil des ans au-delà des résultats globaux qui ne sont pas dynamiques.

4.3 Analyse des données

4.3.1 Caractéristiques socio-démographiques

4.3.1.1 Sexe

Si l'on regarde la répartition des sexes chez les généralistes français, il existe une majorité d'hommes (53% contre 47% de femmes) (2), cette différence est même plus significative si l'on s'intéresse uniquement aux généralistes de la Réunion et de Mayotte (seulement 38% de femmes).

Ces dernières années, les études de médecine se sont largement féminisées, en témoigne le document du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche sur les chiffres clés de la parité dans l'enseignement supérieur (24) qui montre qu'en 2011, 62% des étudiants en médecine et odontologie sont des femmes. Ceci est aussi confirmé par l'évolution de la proportion de femmes médecins : 26% en 1984, 31% en 1992, 35,8% en 1999, 37,2% en 2004 (25).

Cette féminisation est aussi retrouvée dans d'autres études similaires à la nôtre comme par exemple l'enquête de l'ARS Alsace sur les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale (22) qui retrouve 69% de femmes parmi leurs répondants, ou bien encore l'enquête de l'ISNAR-IMG sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale (10) qui comportait 72,3% de femmes.

Notre étude allait dans le même sens avec une majorité de femmes (57,8%). Cependant ce taux est bien inférieur à celui que l'on peut retrouver en métropole. Il fait écho à la moindre féminisation de la population des généralistes de l'Océan Indien par rapport à la métropole.

4.3.1.2 Statut marital

Nos répondants étaient majoritairement en couple au moment du questionnaire (78%). Ce taux est similaire à celui des internes alsaciens (79%) ou brestois (78,8%) (22) (26). Les internes des Antilles et Guyane étaient en revanche majoritairement célibataires (57,9%) (27). La mobilité de nos répondants ne semblait donc pas souffrir de cet engagement.

4.3.1.3 Parentalité

52% de nos répondants avaient au moins un enfant.

Ce chiffre est à comparer à celui des internes Bretois (43% de parents) (26) et le faible nombre de parents chez les internes des Antilles et Guyane (4,7%) (27). Ce faible nombre est expliqué par le questionnaire de l'étude qui les interrogeait sur leur profil sociologique au début de l'internat alors que le nôtre se référait à leur profil sociologique actuel.

Cette tendance à vouloir être parent pendant l'internat est développée dans la thèse de Sabrina Hachani (28). Deux déterminants y sont mis en avant : l'âge de l'interne qui approche les 30 ans (« l'horloge biologique ») et le statut de salarié qui donne des avantages pour mener sereinement son projet de grossesse (congés maternité, arrêt de travail, stage en surnombre).

4.3.1.4 Lieu de résidence principale

Au moment du questionnaire, nos répondants étaient encore majoritairement domiciliés dans l'Océan Indien (56%, Réunion et Mayotte confondus).

Ce taux est légèrement inférieur à celui retrouvé pour les internes des Antilles et Guyane (61,7%) (27).

Par contre, en comparaison aux chiffres de métropole, ce chiffre est extrêmement bas. En effet, en Alsace (22), ce sont près de 86% des internes qui habitent toujours dans le département deux ans après la fin de leur internat. En Bretagne, l'étude de Bernard Freche (26), montre que 81,15% des internes restent domiciliés dans la même région que leur internat.

Il existe donc une « fuite » des médecins généralistes formés à la Réunion. Ce taux médiocre est en partie expliqué par l'éloignement familial (voir ci-dessous sur les raisons de départ) et probablement aussi par le fait que notre population d'internes est une population plus mobile et plus voyageuse que celle de métropole.

Il existe par contre une différence avec les internes des Antilles et Guyane, alors même que notre population était plus souvent originaire de l'Océan Indien (13,45% contre 8,3% pour les internes d'Antilles-Guyane). Nous n'expliquons pas cette différence en l'absence d'information sur le recul de leur étude. Il serait donc intéressant de comprendre pourquoi les internes des départements français d'Amérique sont plus enclins à y rester que les nôtres.

Notre subdivision d'internat est probablement celle qui arrive le moins à retenir ses internes. Des pistes d'amélioration seront développées plus tard dans la discussion.

Profil socio-démographique : résumé

Notre population d'internes semble donc un peu atypique par rapport aux internes métropolitains. Elle est moins féminisée mais plus souvent « parent ». Elle est surtout beaucoup plus volatile.

4.3.2 Parcours universitaire avant l'internat

4.3.2.1 Faculté d'origine

L'externat, maintenant appelé diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM), n'est toujours pas réalisable à la Réunion. Les étudiants ayant validé leur diplôme de formation générale en sciences médicales (DFGSM), c'est-à-dire les trois premières années, doivent nécessairement aller en métropole pour leur DFASM et passer les épreuves classantes nationales (ECN).

Auparavant les étudiants étaient affectés automatiquement à la faculté de Bordeaux. Aujourd'hui les étudiants réunionnais ont le choix (en fonction de leur rang de classement) d'aller étudier dans pratiquement toutes les facultés de métropole (29).

Il est donc logique de voir que la majorité de nos internes avaient effectué leur DFASM à Bordeaux. Cette préférence va tendre à disparaître avec les nouvelles villes disponibles.

En reprenant l'historique du *numerus clausus* à la Réunion. Entre 1998 et 2006 (années théoriques de la première année de nos répondants, hors redoublement au cours de leur cursus), ce sont au total 88 étudiants de première année qui ont été admis à la Réunion. Or, dans notre population seuls 30 internes étaient originaires de l'Océan Indien. Si l'on admet que tous avaient effectué leur première année à la Réunion, le taux de retour dans leur région d'origine est de 34,1%.

Il n'existait pas de bibliographie nous permettant de comparer ce chiffre.

4.3.2.2 Choix de la médecine générale

Longtemps délaissée et considérée comme un choix par défaut, la médecine générale, depuis quelques années, attire de nouveau les étudiants en médecine. La création du DES de Médecine Générale en 2004 (loi du 17 janvier 2002 puis arrêté du 22 septembre 2004) est en grande partie responsable de ce regain d'intérêt. En effet, les récentes études montrent toutes que le choix de la médecine générale après les ECN se fait majoritairement par conviction.

Par exemple, une enquête de l'Appel Medical Search auprès de 197 étudiants en médecine (30) montre qu'avant les ECN, la médecine générale est la spécialité la plus souvent envisagée (19% des répondants).

Cette tendance est à la fois retrouvée au niveau national : 84,2% des internes de médecine générale déclaraient avoir volontairement choisi cette spécialité (10) ; mais également régional : 72% des internes des départements français d'Amérique envisageaient de faire le DES de médecine générale avant l'ECN (27). De même, à Toulouse, ce sont 66% des internes qui auraient choisi la médecine générale même s'ils avaient eu un meilleur classement aux ECN (31).

Ce taux est même supérieur (88%) chez les internes qui souhaitent exercer en ambulatoire (32).

Notre étude retrouve de la même manière que 73,5% de notre population avaient choisi la médecine générale par conviction.

Un des principaux déterminants retrouvés dans le choix de la médecine générale est la réalisation d'un stage ambulatoire au cours du deuxième cycle comme le montre le travail de Antoine Aubrion *et al.* sur les facteurs influençant le choix de la médecine générale par les étudiants en médecine (33). Le développement du stage ambulatoire au cours du deuxième cycle (obligatoire depuis 1997) et la possibilité de réaliser un stage de sémiologie pendant la 3^{ème} année à la Réunion sont des moteurs majeurs pour sensibiliser les jeunes étudiants à s'orienter vers la médecine générale.

8% de nos répondants souhaitaient accéder à un DESC via le DES de médecine générale. Ce taux est amené à disparaître avec la nouvelle réforme de l'internat qui est à l'origine de la création de nombreux nouveaux DES auparavant accessibles avec celui de médecine générale par des DESC (médecine d'urgence, médecine légale, nutrition, gériatrie, maladies infectieuses et tropicales, médecine du sport) (34).

4.3.2.3 Choix de l'Océan Indien : connaissance antérieure et motivations

Près de 32% de nos répondants ne connaissaient pas cette région du monde avant d'y venir.

L'internat de médecine générale de l'Océan Indien ne connaît pas de difficultés particulières pour attirer les étudiants en médecine. En effet, selon le magazine *What's up doc ?* qui réalise chaque année un classement des subdivisions et des DES, celui de médecine générale à la

Réunion est parmi les plus prisés après les ECN : 6^{ème} sur 28 en 2013 (35) ; 7^{ème} en 2014 (36) ; 9^{ème} en 2015 (37) ; 12^{ème} en 2016 (38) ; 7^{ème} en 2017 (60).

La modalité de connaissance principale de l'Océan Indien dans notre étude est celle du réseau professionnel et personnel. Il serait intéressant de développer ce réseau en métropole pour maintenir un attrait important de notre internat et arriver à toucher tous les étudiants qui ne connaissent pas l'Océan Indien et son internat. Nous pourrions imaginer la réalisation de communications dans des magazines étudiants locaux et nationaux, ou encore passer par les associations étudiantes telles que l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France). Il est important de créer un site web du DES de MG qui n'est pas encore parfaitement construit ainsi qu'un site web de l'association des internes de l'Océan Indien pour améliorer ce déficit majeur de communication.

La motivation principale du choix de l'Océan Indien était la découverte et l'envie de voyage suivi par le cadre de vie. Cela fait suite à la part importante des internes qui n'avaient aucune connaissance de cette région et au profil de nos internes à savoir mobiles et voyageurs. A Toulouse, le choix de la subdivision était aussi dominé par le cadre de vie puisque 71% des internes avaient déclaré que l'attrait de la ville était leur motivation principale (31). Ces résultats font écho aux récentes évolutions de la pratique de notre métier, et la volonté des jeunes médecins de privilégier leur vie personnelle à leur carrière professionnelle, nous pouvons citer l'enquête diligentée par le syndicat des internes des hôpitaux de Paris auprès de la SOFRES (39) qui montre que l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée était la condition première dans le choix de la carrière professionnelle. Ainsi, le désir d'un « projet de vie » rejoint l'évolution sociologique générale.

Parcours précédant l'internat : résumé

L'internat Océan Indien n'a aucune difficulté à attirer des internes en médecine générale. Le cadre de vie semble attirer une population d'internes qui privilégient leur vie privée à leur carrière professionnelle, cette tendance est en accord avec l'évolution sociologique de notre métier.

4.3.3 Réalisation de l'internat

4.3.3.1 Géographie des lieux de stage

La majorité (63%) des internes de médecine générale de l'Océan Indien n'effectue aucun semestre à Mayotte. Pourtant il existe une offre de stage assez variée. Ce chiffre est d'autant plus inquiétant lorsque l'on regarde la densité médicale locale : 49,7 généralistes pour 100 000 habitants, la moyenne en métropole étant de 131,3/100 000 hab. et à la Réunion 135,7/100 000 hab. Or, toutes les études montrent que le lieu de réalisation des stages est un facteur déterminant dans le lieu d'exercice futur, par exemple, l'enquête de l'ISNAR-IMG (10) montre que 63,9% des étudiants qui ont changé de région pour leur internat souhaite y exercer plus tard. La faible proportion d'internes ayant réalisé au moins un semestre à Mayotte n'est guère encourageante pour espérer améliorer la densité médicale locale dans les années à venir. Cependant la création de stages de niveau 1 à Mayotte va probablement faire évoluer favorablement cet état de fait avec deux postes dans des cabinets en binômes. Par ailleurs, deux postes ont été pourvus en SASPAS à Mayotte dans le cadre de stages mixtes entre hôpitaux de référence et maîtres de stage en cabinet de médecine générale.

Il n'existe à ce jour aucune étude expliquant ce manque d'attractivité. Cependant, quelques éléments reviennent fréquemment lorsqu'il s'agit de parler de l'attractivité de Mayotte : insécurité, manque de moyens dans le secteur de la santé, scolarité médiocre, vie chère... Plus particulièrement concernant les internes, certains stages hospitaliers semblent offrir un encadrement pédagogique relativement médiocre liée au renouvellement fréquent des seniors qui n'y restent pas très longtemps. Il serait intéressant de questionner les internes sur les raisons qui les freinent à réaliser une partie de l'internat à Mayotte.

La répartition géographique des stages retrouve une préférence pour l'Ouest et le Sud de la Réunion, au détriment de l'Est. Ceci est principalement expliqué par l'offre de stage (40). En effet, les postes hospitaliers sont surtout concentrés entre le CHU Nord (26%) et Sud (26%), tandis que les postes ambulatoires sont préférentiellement localisés dans l'Ouest (52%). Il est par ailleurs logique de retrouver une telle répartition au vu de la démographie réunionnaise puisque l'arrondissement de Saint-Benoit ne représente que 15% de la population réunionnaise totale (41).

4.3.3.2 SASPAS

32% de nos répondants avaient pu réaliser un SASPAS au cours de l'internat. Cette possibilité leur est offerte depuis 2004 avec la réforme de l'internat.

Même si ce taux est inférieur à la moyenne nationale (42% selon l'enquête de l'ISNAR-IMG) et dans certaines subdivisions comme à Rouen avec 46% (42), il est en progression. En effet, les promotions 2004 à 2008 n'avaient réalisé un SASPAS que dans 26% des cas tandis que dans les promotions 2009 à 2012 ce taux monte à 35%.

Un effort important pour recruter de nouveaux maîtres de stage a été fait par le département de médecine générale (DMG). Pour le choix de postes de mai 2017, les internes pouvaient choisir parmi 16 SASPAS dont 6 à Mayotte (sur 162 postes proposés au total). Pour le choix des postes d'octobre 2017, le DMG a créé 25 postes dont 5 à Mayotte. La poursuite du recrutement et de formation des médecins libéraux doit être poursuivie, d'autant que la nouvelle maquette du DES de médecine générale introduit un SASPAS obligatoire pour tous les internes (34).

4.3.3.3 Remplacements pendant l'internat

De même que les SASPAS, les promotions les plus récentes avaient plus tendance à effectuer des remplacements au cours de leur internat (sans toutefois retrouver une différence significative) : 50% des promotions 2009-2012 contre 36,1% des promotions 2004-2008. Cette évolution rentre dans le cadre général puisque selon l'ISNAR-IMG (10) 46% des internes ayant accès à cet exercice y ont recours durant leur internat. A Poitiers ce chiffre atteint même 68% (23).

4.3.3.4 Délai de passage de thèse

Même si nos résultats donnent l'impression que le passage de la thèse n'est pas une priorité pour nos internes, avec un délai relativement long par rapport à la fin de l'internat, la tournure de la question posée ne nous permettait pas d'exploiter correctement ces données. En effet, il était demandé la date de soutenance de thèse par rapport à la fin de l'internat. Les réponses étant exprimées en années (et non en mois), les résultats n'étaient pas assez précis pour être analysés (exemple : une réponse « un an après la fin de l'internat » peut correspondre

au mois de janvier suivant le dernier semestre (habituellement octobre) comme au mois de décembre de l'année suivante).

4.3.3.5 Qualification supplémentaire

53,4% de nos répondants avaient suivi une formation supplémentaire au moment du questionnaire. La plupart avaient suivi le DESC de médecine d'urgence, le seul entièrement accessible à la Réunion. Un interne avait suivi le DESC de maladies infectieuses mais avait dû réaliser un semestre en métropole. Les autres formations consistaient en des DU, des DIU ou d'autres formations non qualifiantes.

A Poitiers (23) ce sont 47,5% des répondants qui déclaraient avoir suivi une autre formation.

En 2004, le Conseil de l'Ordre montrait que 25,4% des généralistes avaient déclaré une formation complémentaire à leur Conseil Départemental (43). Ce taux était probablement largement sous-estimé car une telle déclaration n'est pas obligatoire. La DREES (44) quant à elle estimait que 43,4% des généralistes avaient acquis un diplôme supplémentaire.

Ces formations sont particulièrement débutées pendant l'internat, puisqu'aux Antilles (27), 52,7% des internes avaient suivi un DU ou DIU au cours de leur formation.

Il est à noter un attrait particulier pour les médecines complémentaires motivé par le recours de plus en plus fréquent des patients à ces médecines. En effet, l'Ordre des Médecins estime que près de 40% des français ont déjà eu recours à de telles médecines, et en 2015 l'Ordre dénombrait 6 115 médecins ayant déclaré une orientation ou un titre de médecine complémentaire (45).

Réalisation de l'internat : résumé

Nos internes réalisent donc la majorité de leur internat à la Réunion. Mayotte semble encore délaissée malgré les mesures incitatives prises ces dernières années (logement gratuit et sécurisé, sur-rémunération, efforts pédagogiques). Il serait judicieux d'en expliquer les raisons par une enquête auprès des internes afin d'améliorer l'attractivité de l'île aux parfums.

Il semble que nos internes ont un fort souhait de professionnalisation avec un taux de remplacement élevé pendant l'internat et des qualifications supplémentaires fréquentes.

4.3.4 Parcours après l'internat

4.3.4.1 Mode d'exercice

Dans notre population générale, le mode d'exercice privilégié était le salariat pour 36% des répondants. Venait ensuite l'exercice libéral exclusif (regroupant les médecins installés et les collaborateurs) qui totalisait 30% de nos répondants. Le remplacement était le mode d'exercice de 27% de notre population, enfin seuls 6% déclaraient une activité mixte. Si la part des salariés semble stable en fonction des promotions, on remarque que le mode d'exercice glisse du remplacement vers l'installation dans les promotions les plus anciennes.

Cette répartition des modes d'exercice était significativement différente entre les promotions 2004-2008 et les promotions 2009-2012 ($p < 0,001$).

Les médecins les plus jeunes s'installent plus souvent qu'auparavant (21% contre 8,2%), remplacent moins (32% contre 60%) et sont plus souvent salariés (36% contre 21,2%).

4.3.4.2 Evolution des modes d'exercice : plus de salariés

Le salariat était donc choisi par 36% de nos répondants.

Les médecins finissant tout juste leur internat sont bien souvent tentés par le remplacement pour découvrir leur métier et acquérir de l'expérience. Selon l'enquête de l'ISNAR-IMG de 2011(10) ce sont 55% des internes qui souhaitent remplacer à la fin de leur internat. Dans cette même enquête seulement 16% veulent s'installer dans leur propre cabinet, et 21% envisageraient le salariat. Si ces chiffres étaient en concordance avec ceux du travail d'Adeline Dutarte quelques années auparavant, ils ont depuis évolué.

A Saint-Etienne (46), une étude similaire à la nôtre, retrouvait, pour les promotions 2004 à 2014, 37,7% de salariés, 22,2% de remplaçants et 35,8% d'installation en médecine ambulatoire.

Au niveau national, l'atlas de démographie médicale au 1^{er} janvier 2017 (2) retrouvait une répartition des modes d'exercice plutôt orientée vers le libéral strict (installés et remplaçants) avec 63% des généralistes. Ce fort taux est à pondérer du fait d'une évolution depuis 2007 avec une baisse du pourcentage des remplaçants de 13,5%, au profit du salariat, seul mode d'exercice qui progresse : + 5,3% avec un total de 37% des généralistes. Cette évolution est également retrouvée dans notre étude puisque la pratique libérale exclusive est

passée de 68,2% à 53%, là aussi au profit du salariat (21,2% à 36%). Cependant cette baisse de la pratique libérale se fait au détriment des remplaçants (baisse de 60% à 32%) au profit des installés dont le pourcentage augmente (8,2% à 21%).

L'activité mixte quant à elle connaît aussi une baisse (-8,3%) pour un taux national à 6,5%. Cette même baisse est retrouvée dans notre étude.

Si l'on regarde uniquement les nouvelles inscriptions à l'Ordre en 2015, ce constat est encore plus perceptible. En effet, ce sont près de 35% des nouveaux inscrits qui ont choisi d'exercer en tant que salariés tandis que seuls 23% ont choisi d'exercer en libéral. La part des remplaçants représente 40% des nouveaux inscrits.

Il existe donc très clairement une évolution du mode d'exercice des jeunes généralistes au profit du salariat. Nos jeunes généralistes réunionnais sont tout autant attirés par le salariat que leurs confrères métropolitains.

Gary Boukhors, dans sa thèse (48), a tenté d'expliquer les motivations des généralistes à choisir entre le libéral et le salariat. Plusieurs freins à l'installation libérale ont été soulevés par les médecins interrogés : l'évolution péjorative de la relation médecin-malade (consommérisme des patients), le paiement à l'acte comme mode de rémunération principal, l'insuffisance de la formation initiale concernant la gestion administrative d'un cabinet, la charge de travail empiétant sur la vie privée. A l'inverse, le salariat était perçu comme un mode d'exercice plus protecteur (revenu garanti, retraite plus sûre, congés payés, meilleure protection sociale) mais aussi moins astreignant administrativement et plus stimulant intellectuellement (travail en équipe, meilleure qualité des soins).

La DREES, dans son document de travail de juin 2005 (49), retrouvait peu ou prou les mêmes motivations et freins :

- « Le choix du salariat permet de s'assurer de « *revenus réguliers* » »
- « [...] *mais comme j'avais un enfant, je voulais absolument être salariée, avoir quelque chose de plus solide quoi. Et puis vraiment, je n'ai jamais envisagé de m'installer en tant que MG car c'est très lourd la gestion d'un cabinet, je m'en sentais pas la capacité [...]* »
- « Finalement, l'atout de l'hôpital public serait de permettre de mettre en pratique un idéal de collaboration recherché par l'ensemble des enquêtés »

- « Le sacrifice aux patients, ou les risques de don de sa personne (trait particulièrement en MG libérale). »
- « Resterait alors quels que soient les lieux d'exercice, le problème d'affronter certains clients et plus généralement d'avoir des patients non filtrés (« *le tout-venant* »), qui dictent leurs conduites aux médecins, simples prestataires de service. »

Soucieux de la désertification médicale de certaines régions en France, le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) a élaboré une publication en septembre 2015 (50). Celle-ci met en avant certains facteurs d'attractivité prépondérants pour l'installation libérale :

- Qualité et cadre de vie offerts sur le territoire
- L'existence et la qualité d'un projet professionnel collectif (maisons de santé, cabinet de groupe...)
- Les possibilités d'emploi du conjoint sur le territoire

Ainsi que d'autres facteurs importants :

- Accompagnement dans les démarches d'installation
- Présence de confrères et proximité d'équipements et de services médicaux
- Existence de services à la population, équipements et infrastructures sur le territoire

Tout ceci tend à montrer que la qualité de vie au travail mais aussi et surtout en dehors est l'élément majeur dans la décision des jeunes généralistes pour leur mode et leur lieu d'exercice.

Par ailleurs, nos médecins salariés étaient jeunes, plus souvent célibataires et avaient moins souvent des enfants que les médecins installés.

Du point de vue de leur formation, cette population était différente sur de nombreux points : ils avaient fréquenté Mayotte plus souvent que les autres mais avaient rarement fait un SASPAS. Ils avaient beaucoup plus fréquemment suivi une formation supplémentaire ce qui va de pair avec la volonté de certains d'accéder à un DESC en choisissant la médecine générale à l'internat.

Surtout, ils étaient 50% à vouloir quitter l'Océan Indien à plus ou moins long terme. Il s'agissait donc du sous-groupe de notre population qui semblait la plus mobile mais c'est également celle qui exerce le moins la médecine générale de premier recours.

Ce fort taux de salariat est cependant à pondérer. En effet, selon l'atlas de la démographie médicale de 2017 (2), si la majorité des nouveaux inscrits en 2007 (toutes spécialités confondues) exerçaient en tant que salarié (84,4% au niveau national et 81% au niveau de la Réunion), dix ans plus tard la répartition des modes d'exercice s'est équilibrée (40,7% de libéraux et 48,1% de salariés au niveau national, 52,5% de libéraux et 42,4% de salariés au niveau de la Réunion). Cela tend à montrer que si le salariat est souvent plébiscité en début de carrière, nombre de médecins s'orientent finalement vers un exercice libéral. Nous n'avons malheureusement pas de données en fonction de la spécialité, en effet la médecine générale est une spécialité qui s'offre davantage à l'exercice libéral que d'autre spécialité.

4.3.4.3 Service d'exercice

La principale structure dans laquelle exercent nos salariés était l'hôpital pour 69% d'entre eux.

Du fait de la polyvalence de notre spécialité et de la compétence importante « urgences/1^{er} recours », il n'est pas étonnant que les anciens internes de médecine générale s'orientent vers des services polyvalents d'une part (médecine polyvalente et médecine interne (16,5%), SSR (7,7%)) et les services d'urgences d'autre part (50%). Au total, seuls six médecins sur 63 exerçaient dans un service de spécialité : un en cardiologie, un en psychiatrie, deux en diabétologie, deux en maladies infectieuses. Il est tout de même important de noter qu'il s'agit là des pathologies les plus fréquemment rencontrées en médecine générale.

4.3.4.4 Les remplaçants

27% de notre population se déclaraient remplaçants.

En 2017, l'Ordre (2) recensait 8023 remplaçants en médecine générale soit 8,4% des effectifs. On dénombrait 257 remplaçants (généralistes et spécialistes) à la Réunion (+34% par rapport à 2007), 7 à Mayotte (+600%). 39% de ces remplaçants ont moins de 40 ans et sont susceptibles de s'installer dans les trois ou quatre années à venir. Les femmes étaient majoritaires dans cet effectif (57%). Dans notre étude ce taux est même plus élevé avec 69% de femmes parmi les remplaçants.

Le remplacement reste un mode d'exercice important parmi les jeunes médecins mais n'est que temporaire. En effet selon l'étude du Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR) (51), le remplacement est une étape préparatoire à son installation puisqu'un médecin remplaçant sur dix avait déjà un projet d'installation en cours. Aussi cette étude permettait d'estimer le délai moyen d'installation envisagé entre un et trois ans.

Dans notre étude 62% des remplaçants avaient pour projet de s'installer, seulement 13% ne le souhaitaient pas. Il restait 25% d'indécis.

Ce délai d'installation peut en partie expliquer la différence de résultat entre nos deux sous-populations (60% de remplaçants pour les promotions 2004 à 2008 et 32% pour les promotions 2009 à 2012). En effet avec un an et neuf mois de recul supplémentaire dans notre étude, nous pouvons imaginer qu'il s'agit là d'un délai suffisant pour que les remplaçants fassent mûrir leur projet d'installation.

Les remplaçants étaient les médecins les plus jeunes des trois catégories (installés, salariés et remplaçants), ceci s'explique car ce mode d'exercice est souvent le premier des jeunes diplômés. Ce sous-groupe avait moins d'enfant que les installés. Est-ce un reflet du statut relativement précaire de ce mode d'exercice ou inversement, étaient-ils remplaçants et donc plus mobiles car ils n'avaient pas d'enfants ? Augustin Decorde a montré dans sa thèse que la présence d'un enfant n'était ni une motivation ni un frein à l'installation (59).

4.3.4.5 Les installés

Près de 30% de nos répondants avaient décidé d'exercer en ambulatoire en libéral : 20% dans leur propre cabinet et 10% en tant que collaborateurs.

Ces chiffres, bien supérieurs à ceux retrouvés dans le travail d'Adeline Dutartre (8%), s'expliquent préférentiellement par le recul plus important de notre étude.

Il semble pourtant que le désamour général pour l'installation en libéral n'est pas retrouvé dans notre étude. En effet, selon l'Ordre (2), ce sont 23% des nouveaux inscrits en 2015 qui avaient choisi ce mode d'exercice. Selon l'ISNAR-IMG (10), seuls 16% des internes déclaraient vouloir travailler en libéral à la fin de leur cursus.

A Toulouse (52), 39% des internes des promotions 2005 à 2015 exerçaient en libéral, la même répartition était observée : 2/3 dans leur propre cabinet et 1/3 en collaboration. En Alsace (22)

ce taux tombe à environ 10%. Ces différences ne sont pas expliquées par une densité médicale différente puisqu'elle est similaire entre ces régions.

Il existe donc de fortes disparités régionales quant à l'installation des jeunes médecins.

Par ailleurs, nos résultats semblent bel et bien confirmer la désuétude de l'exercice libéral solitaire. En effet, 71% des libéraux de notre étude exercent en groupe et 16% dans des pôles de santé. Seuls 13% déclarent être seuls dans leur cabinet.

En France, 54% des généralistes travaillent en groupe, avec là aussi des disparités régionales : 67% dans les Pays de la Loire contre 47% en PACA (53).

Cependant des chiffres montrent que le regroupement des professionnels est devenue la norme. En 1998 l'exercice en groupe représentait 43% des généralistes libéraux. Si l'on s'intéresse aux jeunes médecins ce constat est encore plus édifiant puisque 88% des moins de 45 ans exercent en groupe contre seulement 53% des 55 ans et plus (53).

D'autre part, les médecins installés semblent plus avancés dans leur vie personnelle (plus âgés et plus d'enfants), mais cet avancement n'est pas synonyme d'implantation définitive dans l'Océan Indien puisqu'il n'y avait pas de différence significative dans la volonté de ou non de quitter la région. On peut supposer que la présence d'enfants à charge pousse les médecins à s'orienter vers une stabilité professionnelle, ils privilégient donc une installation plutôt que des remplacements ou des contrats en salariat qui ne sont souvent que temporaires.

Il est à noter que la réalisation d'un SASPAS ou de remplacements durant l'internat (qui constituent un premier pas dans l'exercice libéral) ne sont pas des déterminants pour l'exercice en collaboration ou dans son propre cabinet.

La comparaison des sous-groupes nous permet de voir que cette population de médecins installés possède un profil significativement différent des autres. D'un point de vue social ils sont plus tournés vers la vie de famille (plus d'enfants, plus d'union civile). Leur formation est également différente puisqu'ils restent plus souvent faire leur internat à la Réunion et souhaitent majoritairement y rester.

4.3.4.6 Cartographie

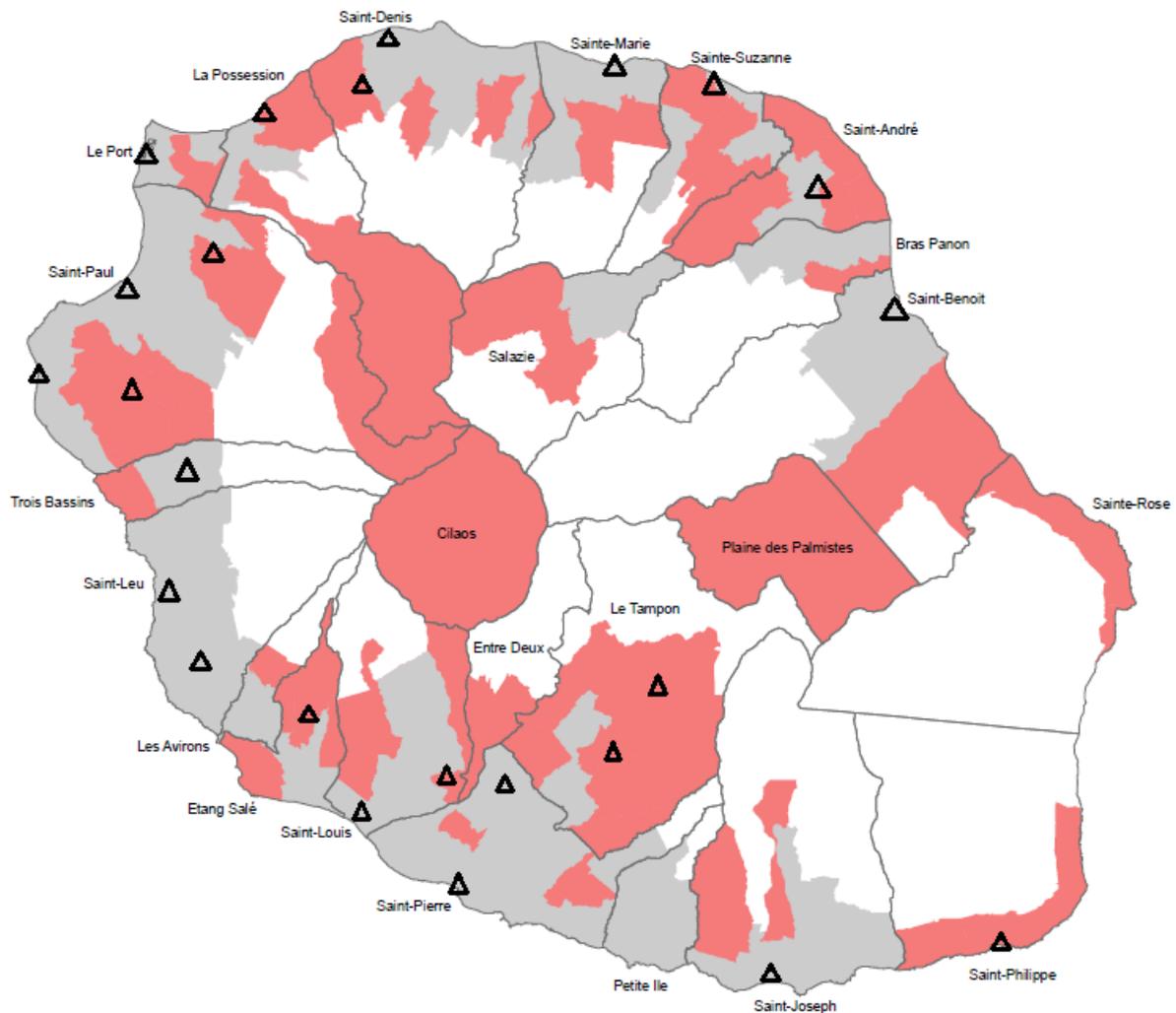
Parmi les 69 médecins qui déclaraient être installés, 39 (soit 56,5%) l'étaient à la Réunion, seul un à Mayotte (1,45%). Quatre étaient partis dans d'autres DOM-TOM, le reste (25 soit 36%) étaient en métropole. Si la côte atlantique Sud et les autres régions ultra-marines

semblaient être privilégiées on ne notait pas de différence significative au vu de la population faible.

Les mêmes travaux en métropole retrouvaient un taux d'installation dans la région d'internat largement supérieur au nôtre (environ 80% pour les anciens internes de Toulouse, Poitiers ou Rouen) (52, 23, 42). Cela montre bien que le lieu d'internat est le lieu privilégié d'installation future. Notre région souffre donc de ce faible taux qui est cependant compensé par l'arrivée de médecins formés ailleurs en France. Malheureusement il n'existe pas à notre connaissance d'études sur les flux migratoires des médecins français dans l'Océan Indien.

La répartition des installations à la Réunion semble être homogène en termes d'installation puisque pratiquement toutes les communes ont connu l'installation d'un généraliste issu de l'internat Océan Indien. On note cependant deux exceptions : l'Est avec les communes de Sainte-Rose et de Bras-Panon et le centre de l'île avec les cirques de Cilaos et Salazie ainsi que la Plaine des Palmistes. Il est intéressant de noter qu'il s'agit de communes où il n'existe pas de maître de stage à l'exception de Bras-Panon.

La carte suivante montre les zones sous tension en termes d'accès aux soins en 2014 selon l'ARS OI. Chaque triangle noir représente un endroit où une installation a eu lieu.



Carte 12 : Comparaison entre les installations des médecins issus de l'internat OI et les zones sous tension à la Réunion (ARS OI 2014)

On remarque que les zones fragiles ne sont pas forcément celles où s'installent nos anciens internes. A noter que l'entièreté du département de Mayotte est en zone fragile avec 22 médecins généralistes libéraux actuellement installés, même si plusieurs installations de médecins généralistes ont eu lieu récemment : une à Sada, une à Boueni, une à Pamandzi, trois à Mamoudzou, une à Koungou qui viennent compenser les départs. Par ailleurs, trois créations de maisons de santé pluriprofessionnelles ont vu le jour en 2017 (deux à Mamoudzou et une à Boueni) et quatre terrains de stage chez le praticien ont vu le jour (deux en niveau 1 et deux en SASPAS).

Concernant le clivage « hauts » et « bas » on remarque qu'exactement un tiers des installations (13/39) se sont faites dans des villes qui ne sont pas côtières.

Ainsi, l'image du médecin « zoreil » s'installant en bord de mer ne semble pas représenter la réalité de la situation de notre population d'étude.

Parcours après l'internat : résumé

Si le remplacement reste le mode d'exercice privilégié immédiatement après l'internat, nos anciens internes, à l'instar des jeunes généralistes métropolitains, sont de plus en plus attirés par le salariat (36%). Ce mode d'exercice leur assure un mode de vie équilibré entre travail et vie personnelle.

La Réunion voit de nombreux médecins formés localement partir exercer ailleurs, cette fuite est compensée par un flux migratoire de médecins formés en métropole. Le taux d'installation local y est faible par rapport aux autres villes de métropole (30%) même si on constate une augmentation du nombre d'installés au sein des promotions 2009 à 2012 par rapport à la sous-population constituée par les promotions 2004 à 2008. Par contre la répartition territoriale est harmonieuse et va à l'encontre des préjugés.

Quant à Mayotte, la situation reste catastrophique, le peu de médecins y exerçant parmi notre population en est un signe criant. Cependant on note la création des stages ambulatoires à Mayotte à la fois en stage de niveau 1 et de SASPAS en stage mixte ville/hôpital en plus de stages en SASPAS dans les hôpitaux de référence du CHM.

4.3.5 A l'avenir

Ce sont près de 65% des anciens internes encore présents qui n'envisageaient pas de quitter l'Océan Indien. Au total, et en prenant en compte les intentions déclarées des médecins encore présents sur leur futur, ce sont 37% des internes formés localement qui y resteraient.

Ce taux est inférieur à celui retrouvé au niveau national. En effet l'étude de l'ISNAR-IMG (10) montrait que 63,9% des médecins qui avaient changé de région entre leur externat et leur internat souhaitaient exercer dans la région de leur internat. Ce même taux est observé dans l'étude de Xavier Gocko sur le devenir des internes de Saint-Etienne (46) où 68,8% de leurs internes souhaitaient exercer dans le département de la Loire. Notre étude montre que la très grande majorité des réunionnais et mahorais veulent rester et s'installer dans notre région.

Les raisons avancées par les médecins sont plutôt d'ordre personnel. Ils motivaient leur départ pour des raisons de rapprochement familial en premier lieu mais aussi par la vie insulaire qui pouvait être difficile à accepter sur le long terme.

Il s'agit là de motivations sur lesquelles il est difficile d'agir. Le prix moyen d'un billet d'avion entre Saint-Denis et Paris est d'environ 884€ selon le site spécialisé algotfly.fr, ce prix relativement important n'incite pas à réaliser des voyages fréquents. Finalement, une des solutions pour tenter de contrer ce phénomène du « mal du pays » est de chercher à former des médecins parmi les réunionnais d'origine. Un des leviers est d'augmenter le *numerus clausus* local, ce qui permet d'augmenter la part des médecins d'origine réunionnaise et par conséquent espérer un retour de ceux-ci après leur formation initiale.

L'autre idée serait d'élargir la formation initiale en développant un deuxième cycle complet à la Réunion. Ainsi, les étudiants ayant réussi leur concours de première année pourraient réaliser l'intégralité de leurs études de médecine à la Réunion, ce faisant on pourrait espérer, au vu de nos résultats et des chiffres métropolitains, qu'un médecin formé dans l'Océan Indien serait plus enclin à y rester.

L'attractivité de la Réunion reste importante. Elle possède des atouts variés comme le montrent les motivations de nos médecins à y exercer. Si le cadre de vie est l'attrait majeur de l'île (71 réponses), le côté professionnel semble aussi séduire nos médecins. En effet, l'item relation médecin/patient a été choisi par 44 médecins comme raison majeure ou importante. Ainsi, le contexte socio-culturel, la qualité de vie et les opportunités professionnelles font que la Réunion reste un territoire très attractif pour les médecins. Il est important de préserver ces atouts et de développer une formation médicale locale complète pour que la Réunion ne devienne pas un territoire sous-doté en généralistes.

Intentions futures : résumé

Seuls 37% des internes formés dans l'Océan Indien y resteront. La Réunion possède de nombreux atouts pour attirer des médecins, mais les problématiques liées à l'insularité et l'éloignement de la métropole restent difficiles à résoudre. Un des leviers serait de former plus d'étudiants locaux grâce à un cursus allant de la première année de médecine jusqu'à la dernière année d'internat associé à des mesures pour faciliter l'accès aux études de médecine. Le développement des stages ambulatoires est également un élément essentiel.

4.3.5.1. Perspective et solutions

Plusieurs pistes pour lutter contre cette fuite peuvent être évoquées. Outre la création d'un cursus universitaire complet à la Réunion (2^{ème} cycle) pour garder les étudiants

réunionnais, nous pouvons citer les propositions du Commissariat général à l'égalité des territoires dans son document de novembre 2015 (54).

1. Favoriser l'exercice temporaire pour faire découvrir un territoire.

Nous savons que les attaches antérieures personnelles et professionnelles sur un territoire sont le premier déterminant à l'installation des jeunes médecins. Ainsi, l'accueil d'un stagiaire par exemple représente un moyen reconnu pour ancrer les jeunes médecins dans un territoire auprès d'une patientèle et d'autres confrères.

Les institutions (Université, ARS, collectivités) pourraient donc entreprendre des interventions pour :

- Développer la formation initiale et la recherche en secteur ambulatoire dans le cadre d'un exercice coordonné et en cabinet de groupe avec la création de maisons de santé universitaires.
- Délocaliser les enseignements théoriques de la faculté de médecine au sein même des cabinets des maitres de stage.
- Mieux accompagner les médecins dans leur projet de devenir tuteur, c'est-à-dire participer à l'enseignement et accueillir des stagiaires.
- Favoriser le recrutement de maitres de stage.
- Aider les stagiaires et les remplaçants à exercer dans ces territoires par une mise à disposition de logement, une aide au transport et des aides financières.

2. Proposer aux jeunes généralistes de nouveaux cadres d'exercice adaptés à leurs aspirations et à leurs besoins.

Les études montrent que les jeunes généralistes ne souhaitent plus exercer comme leurs aînés. Ils plébiscitent l'exercice en groupe, accorde une importance majeure à la conciliation entre leur travail et leur vie privée et souhaitent privilégier le temps passé auprès du malade plutôt que pour l'administratif.

Les solutions pourraient être les suivantes :

- Encourager les projets collaboratifs (maisons de santé, cabinets de groupe...) et mieux accompagner les professionnels de santé dans ces démarches.
- Développer les centres de santé salariés pour maîtriser le temps de travail et restreindre la part administrative.

- Proposer des solutions hybrides entre salariat et exercice libéral à l’image des cliniques permettant aux médecins d’exercer en libéral dans certains territoires sans forcément s’y installer.
- Décharger les médecins des tâches administratives par des aides ciblées.

3. Communiquer auprès des internes et jeunes généralistes et accompagner l’installation

La plupart des internes et jeunes médecins ne connaissent pas les démarches et les aides dont ils peuvent bénéficier pour faciliter leur exercice et leur installation, les outils sont souvent méconnus et la multiplicité des intervenants complexifie encore davantage leurs démarches. Beaucoup d’études montrent que les internes ont une demande forte vis-à-vis de cette problématique. Aussi, si de nombreux territoires sous-dotés présentent des freins à l’installation bien décrits par les différentes études alors que ces mêmes territoires ont bien souvent des atouts pas suffisamment valorisés.

Il est proposé de :

- Proposer un service unique avec un représentant unique auprès duquel les jeunes médecins pourraient obtenir des informations claires sur les stages, les démarches à l’installation et les aides dont ils peuvent bénéficier.
- Valoriser les atouts des territoires (attraits de l’exercice rural, réassurance sur les infrastructures présentes...).
- Etablir une réelle politique d’accueil et accompagner les installations pour contrer les freins qui éloignent les médecins de certains territoires.
- Elargir les incitations financières.
- Poursuivre les formations favorisant la préparation des internes à l’installation à l’instar du Forum des Jeunes Médecins organisé tous les 3 ans pour le CGEOI et le DMG à la Réunion.

4.3.6 Comparaison entre les libéraux et les salariés

Notre tableau comparatif faisait apparaître de nombreuses différences significatives entre ces deux sous-populations. Les médecins libéraux semblent être une population plus stable que les salariés. En effet, ils ont majoritairement une vie de famille et sont moins enclins

à changer de lieu d'exercice et ce dès l'internat. A l'inverse, les salariés semblent plus mobiles pendant et après l'internat. Leur tendance à se former davantage s'explique par la nécessité d'acquérir de nouvelles compétences pour exercer dans certains services hospitaliers mais aussi par l'accès peut-être plus facile de ses formations (l'hôpital pouvant en assumer les frais).

Le travail de Gary Boukhors (48) montrait que le choix du mode d'exercice était influencé par un nombre important de facteur : *« l'intérêt du mode d'exercice était le premier critère. Cet intérêt est nourri par les perceptions qu'ont les jeunes médecins des missions du généraliste ambulatoire, par les stages et les cours du DES de médecine générale, par les remplacements et par l'identification possible à leurs aînés rencontrés dans la formation initiale. Les jeunes médecins désirent tous exercer une activité de soins diversifiée, dans de bonnes conditions. Pour parvenir à cet objectif, ils se sont dirigés vers un exercice salarié ou libéral, selon leurs croyances, leurs représentations, leur histoire personnelle et leurs expériences. L'intérêt professionnel et les conditions d'exercice n'ont pas été les seuls facteurs influençant leur choix. Il fallait que ces facteurs d'ordre professionnel soient en adéquation avec leur vie personnelle (sociale et surtout familiale) ».*

4.4 Conclusion

Notre questionnaire a permis de recueillir 223 réponses pour un taux de participation de plus de 85%. Notre étude est ainsi représentative des anciens internes de médecine générale de l'Océan Indien (promotions 2004 à 2012).

Nous avons pu établir un profil : nos médecins sont principalement des femmes, âgées en moyenne de 32,6 ans, en couple, avec au moins un enfant, et vivent encore en majorité dans l'Océan Indien.

Ils venaient de toutes les régions de France mais préférentiellement de la région bordelaise. La plupart ne connaissaient ni la Réunion ni Mayotte, et l'envie de découverte était leur motivation principale dans le choix de leur subdivision d'internat. La médecine générale était un choix de conviction pour la grande majorité des étudiants.

Mayotte restait un territoire inconnu pour de nombreux internes qui préféraient réaliser leur internat à la Réunion. Ils semblaient être soucieux de leurs compétences professionnelles puisque la majorité avait suivi des formations supplémentaires et avait réalisé des remplacements au cours de leur internat.

36% des médecins préféraient le salariat, le plus souvent à l'hôpital. Il s'agit d'une évolution en accord avec les chiffres nationaux les plus récents. Il existait également une différence significative entre les deux sous-populations suivantes : promotions 2004 à 2008 et promotions 2009 à 2012 concernant les modes d'exercice. En effet, on note pour les promotions de 2009 à 2012 une augmentation du pourcentage de médecins salariés (36% vers 21%) mais également des médecins installés titulaires ou collaborateurs (12% versus 8,2%) au détriment des remplaçants (32% versus 60%)

57% des anciens internes exerçaient en libéral dont 37% en tant que remplaçants, 20% dans leur propre cabinet et 10% en collaboration. Ils déclaraient travailler avec d'autres médecins dans 71% des cas, et la plupart s'étaient installés à la Réunion (56,5%). Mais ce taux reste très inférieur à celui que l'on retrouve dans les études sur les populations d'internes métropolitains qui atteint facilement 80% d'installation sur le même territoire.

A terme ce serait 37% des internes formés à la Réunion qui resteraient exercer. Le fort taux de départ est motivé par un éloignement familial et une vie insulaire.

Enfin, à la suite de notre étude, il est apparu que certaines questions d'importance majeure n'avaient fait l'objet d'aucune publication. Par exemple, il est primordial, au vu de la situation sanitaire catastrophique de Mayotte, de comprendre pourquoi les médecins désertent ce

territoire et quelles solutions les pouvoirs publics et les professionnels pourraient apporter. Nous avons également remarqué que la densité médicale Réunionnaise est dans la moyenne française, mais au contraire des autres régions qui recrutent préférentiellement des médecins formés localement, notre territoire connaît une importante perte des médecins formés sur place compensée par l'arrivée de médecins métropolitains. Il serait donc intéressant d'évaluer plus précisément ces flux migratoires et anticiper une éventuelle chute de l'attractivité qui pourrait entraîner une baisse brutale de la densité médicale à la Réunion.

La nouvelle maquette de médecine générale dans le cadre de la réforme de l'internat devrait également contribuer à fixer plus fortement les médecins généralistes avec la création d'un SASPAS obligatoire puisqu'il est prouvé que ces stages favorisent le remplacement et l'installation. Le passage du DES de Médecine Générale à quatre ans devrait conforter cette évolution avec une quatrième année de professionnalisation réalisée en autonomie en médecine générale.

Bibliographie

1. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. 2002
2. Mourgues JM *et al.* Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2017. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2017
3. Observatoire national de la démographie des professions de santé. La médecine générale. Le rapport 2006-2007 : tome 1. 2008
4. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES : Etudes et résultats n°797. 2012
5. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Médecine générale en crise : faits et questions. *Médecine*. 2006 ;2(5) : 223-228.
6. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. URML Île de France : commission prévention et santé publique. 2007.
7. Observatoire régional de santé et Union régionale des médecins libéraux des Pays de Loire. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire. Rapport détaillé de la vague d'enquête 4 : 2008. 2010.
8. Ballester S, Macovei D, Puel C, Soulat JM. Causes et conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés hors structures de soins, vécu professionnel et prévalence du *burnout* via l'échelle Maslach Burnout Inventory : approche préliminaire. Service de santé au travail : CHU de Toulouse.
9. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). DREES : document de travail n°104. 2011.

10. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 – Résultats.
11. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES : Etudes et résultats n°679. 2009.
12. DREES. Les évolutions du numerus clausus et des quotas pour les professionnels de santé. Portrait des professionnels de santé. 2016 : 84-88.
13. Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. Bulletin d'information en économie de la santé n°122. 2007.
14. Claude-Valentin M, Breton D, Cruzet M, Fabre E, Merceron S. Migrations, natalité et solidarités familiales. La société de Mayotte en pleine mutation. INSEE Analyses n°12. 2017.
15. DREES. 7 860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014. Etudes et résultats n°0937. 2015.
16. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : enseignements de la littérature. IRDES : Questions d'économie de la santé n°116. 2006.
17. ARS Océan Indien. Les professions de santé à Mayotte et à la Réunion au 1^{er} janvier 2012. Dossier statistiques n°6. 2012.
18. Garnier S. Exercer la médecine générale à Mayotte. Les dispensaires. 2016.
19. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale dans les DOM-COM. Situation en 2015. Ordre national des médecins.

20. Golfouse A, Pheng B. Les épreuves classantes nationales (ECN) donnant accès au 3^{ème} cycle des études médicales. ONDPS Rapport 2015. 2015.
21. Dutartre A. Le devenir professionnel des internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien issus des promotions 2004-2008. Etat des lieux au 16 août 2012. 2013.
22. Anselm M, Mielcarek M. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale (vague 3). Observatoire régional de la santé d'Alsace pour l'ARS Alsace. 2016.
23. Poisson Rubi S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003. Université de Poitiers. 2006.
24. Egalité entre les femmes et les hommes. Chiffres clés de la parité dans l'enseignement supérieur et la recherche. Ministère de l'enseignement et de la recherche. 2011.
25. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. RFAS n°1. 2005 :19-33.
26. Freche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste JY, Nabbe P, Barais M, Le Floch B. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ?. Exercer. 2011 ;95 :21-4.
27. Favier J. DES de Médecine Générale aux Antilles-Guyane : profil des étudiants, évaluation du cursus de formation théorique et pratique et pistes d'amélioration. Université des Antilles. Faculté de médecine. 2016.
28. Hachani S. Grossesse et maternité pendant l'internat de médecine générale : conséquences et ressenti. Université de Picardie Jules Verne. Faculté de médecine. 2016.
29. Possibilité d'accueil des étudiants en DFASM1 en 2016-2017. Université de la Réunion. UFR Santé.

30. Les étudiants en médecine placent la qualité de vie au cœur des préoccupations pour leur avenir. Enquête Appel Medical Search sur les motivations des étudiants en médecine. 2017.
31. Bismuth M, Rougé ME, Poutrain JC, Bismuth P, Boyer P, Escourrou B, Calvé A, Oustric S. Pourquoi les internes choisissent-ils la médecine générale ? La médecine générale revient dans les premiers choix.... Médecine. Vie professionnelle. Recherche en soins primaires. 2013 :138-141.
32. Munck S et al., « Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale ». Santé Publique. 2015/1 (Vol. 27). p. 49-58.
33. Aubrion A, Goncalves P, Kowalski V, Reichling A, Mansour V. Facteurs influençant le choix de la spécialité de médecine générale par les étudiants en médecine. Pédagogie médicale 2016 ; 17(3) : 173-187.
34. Arrêté du 21 avril 2017 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 médicales. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2017.
35. Classement 2013-2014 des CHU et spécialités. *What's Up Doc ?*. Numéro 12. 2014.
36. Classement 2014-2015 des CHU et spécialités. *What's Up Doc ?*. Numéro 18. 2015.
37. Classement 2015-2016 des CHU et spécialités. *What's Up Doc ?*. Numéro 24. 2016.
38. Classement 2016-2017 des CHU et spécialités. *What's Up Doc ?*. Numéro 30. 2017.
39. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France. Etude TNS Sofres – SIHP. 2013.
40. Choix de postes – Semestre de mai 2017. Discipline : médecine générale. ARS Océan Indien. 2017.

41. Populations légales en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017. Arrondissements – cantons – communes. 974 La Réunion. INSEE. 2016.
42. Ledru V. Devenir professionnel des résidents et internes de médecine générale formés à Rouen (1999 – 2008). UFR de Médecine-Pharmacie de Rouen. 2014.
43. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2014. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2014.
44. Aulagnier M, Obadia Y, Paparonis A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale. Premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. DREES. Etudes et résultats. n°610. 2017.
45. Quelle place pour les médecines complémentaires ?. Webzine de l'Ordre national des médecins. 2015. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_webzine/2015-07/www/index.php#/intro (dernière consultation le 28/11/2017).
46. Gocko X, Dessert M, Bally JN, Trombert-Paviot B. Devenir professionnel des internes de médecine générale de Saint-Etienne entre 2004 et 2014. Exercer. 2016.
47. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2016. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2016.
48. Boukhors G. Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Etude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2014.
49. Vega A. Rapports professionnels et types de clientèles : médecins libéraux et salariés. DREES Série Etudes n°51. 2005.
50. Hurel K, Jerber M, Le Guyader S. Installation des jeunes médecins dans les territoires. CGET. 2015.

51. Remplact 3. Enquête nationale. Résultats complets. Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants. 2016. (Disponible sur : <https://www.reagjir.fr/2016/10/10/remplact-3-enquete-nationale-resultats-complets/> dernière consultation le 28/11/2017)
52. Mourgues JM, Oustric S. Le devenir des internes en médecine générale. Cohorte 2005 / 2015 de l'UFR Toulouse. Ordre national des médecins. 2016.
53. Bournot MC, Tuffreau F, Goupil MC, Cercier E, Hérault T. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel 2010 – 2012 Pays de la Loire en médecine générale. Vol. 4. 2013.
54. Jerber M. Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. CGET. 2015.
55. Armand S. Les médecins généralistes à la Réunion. ARS Océan Indien. 2017.
56. Armand S. Les professions médicales à Mayotte. ARS Océan Indien. 2017.
57. Corn-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A, Coldefy M. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. IRDES. Questions d'économie de la Santé n°219. 2016.
58. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. DREES / IRDES. Etudes et résultats n°795. 2012.
59. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Médecine humaine et pathologie. 2011.
60. Classement 2017-2018 des CHU et spécialités. *What's Up Doc ?*. Numéro 35. 2017.

Annexe 1 : questionnaire

Devenir des internes de l'Océan Indien

Questionnaire dans le cadre de mon projet de thèse visant à déterminer quel est le devenir professionnel des anciens internes de médecine générale de l'Océan Indien. Les données seront traitées de façon anonyme. La durée du questionnaire est de maximum 3 minutes.

Je reste à votre disposition pour toute information ou question.

Merci pour votre précieuse participation. Je vous enverrai ma thèse une fois soutenue !

KNITTEL Jonathan

kionathan@live.fr

*Obligatoire

1. Adresse e-mail *

Données socio-démographiques

2. NOM *

3. Prénom *

4. Âge *

5. Sexe *

Une seule réponse possible.

Féminin

Masculin

6. Situation maritale *

Une seule réponse possible.

Marié(e)/Pacsé(e)

Concubinage

Célibataire

7. Combien avez-vous d'enfant ? *

Une seule réponse possible.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 ou plus

Votre cursus universitaire

8. Quelle est votre promotion d'internat ? *

(année de début d'internat)

Une seule réponse possible.

- 2004
- 2005
- 2006
- 2007
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011
- 2012

9. Quelles est votre faculté d'EXTERNAT ? *

(si vous avez fréquenté plusieurs fac, précisez celle dans laquelle vous avez passé votre ECN)

Une seule réponse possible.

- Amiens
- Angers
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermont-Ferrand
- Dijon
- Grenoble
- Lille
- Limoges
- Lyon
- Marseille
- Montpellier/Nîmes
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris (toutes facs)
- Poitiers
- Reims
- Rennes
- Rouen
- Saint-Etienne
- Strasbourg
- Toulouse
- Tours

10. Votre choix de la médecine générale s'est fait par: *

Une seule réponse possible.

- Conviction
- Défaut
- Accès à un DESC
- Autre : _____

11. Comment avez-vous connu la Réunion/Mayotte ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Origine réunionnaise/mahoraise
- Amis, famille
- Expérience antérieure (stages, vacances...)
- Médias (internet, magazine, télévision...)
- Collègues (externes, internes, médecins) avec une expérience à la Réunion/Mayotte
- Je ne connaissais pas
- Autre : _____

12. Quelle était votre motivation PRINCIPALE dans le choix de la subdivision Océan Indien ? *

Une seule réponse possible.

- Origine réunionnaise/mahoraise
- Rapprochement familial
- Projet professionnel
- Cadre de vie
- Envie de découverte, de voyage
- Nouveau départ, changer de vie
- Avantages financiers (sur-rémunération)
- Eviter les CHU de métropole
- Autre : _____

13. Nombre de semestres à la Réunion ? *

Une seule réponse possible.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

14. Nombre de semestres à Mayotte ? *

Une seule réponse possible.

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

15. Avez-vous fait un ou plusieurs inter-CHU ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

16. Si oui, où ?

17. Quel est la zone géographique où vous avez effectué le plus de semestres ? *

(si la réponse est équilibrée entre deux, choisissez celle dans laquelle vous avez fait votre dernier semestre parmi ces deux; par exemple si autant de nord que d'ouest, mais que votre dernier semestre s'est fait dans le nord, choisissez nord)

Une seule réponse possible.

- Nord
 Est
 Ouest
 Sud
 Mayotte
 Autre : _____

18. Avez-vous effectué un SASPAS ? *

Une seule réponse possible.

- Oui à la Réunion
 Oui à Mayotte
 Non

19. Avez-vous effectué des remplacements au cours de votre internat ? *

(internat = du 1er jour de votre premier stage au dernier jour de votre dernier stage, cela inclut donc vos disponibilités de 6 mois)

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. En quelle année avez-vous passé votre thèse ? *

Une seule réponse possible.

- Non thésé(e)
- 2007
- 2008
- 2009
- 2010
- 2011
- 2012
- 2013
- 2014
- 2015
- 2016
- 2017

21. Avez-vous une qualification supplémentaire ?(DESC, DU, DIU, autres formations) *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- En cours de formation

22. Si oui, précisez la ou lesquelles:

(plusieurs choix possibles, si autres merci de préciser)

Plusieurs réponses possibles.

- Addictologie
- Allergologie
- Gériatrie
- Médecine d'urgence
- Médecine du sport
- Nutrition
- Autre : _____

Votre situation actuelle en 2017

23. Où se situe votre résidence principale ? *

Une seule réponse possible.

- Métropole, hors de la ville où j'ai effectué mon externat
- Métropole, dans la ville de mon externat
- Réunion
- Mayotte
- Autre DOM-TOM
- Etranger

24. Aujourd'hui, exercez-vous la médecine ? *

(Répondre non uniquement si vous faites un autre métier, répondre oui si vous êtes en voyage, congés maternité ou autre mais qu'à votre retour vous exercerez la médecine)

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

25. Si non, que faites-vous ?

26. Si oui, quel est votre mode d'exercice ?

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Remplaçant(e) en libéral
- Collaborateur(trice)
- Salarié(e) dans le privé ou le public
- Installé(e) dans son propre cabinet
- Autre : _____

27. Si vous êtes SALARIE(E), précisez dans quelle structure:

Une seule réponse possible.

- Hôpital
- Clinique privée
- Dispensaire
- Centre de santé
- Maison de retraite
- HAD/MAD
- PMI
- Médecine scolaire
- Coordonnateur de réseaux de santé
- Autre : _____

28. Si vous travaillez à l'hôpital ou en clinique,
précisez le service:

29. Exercez-vous dans le même cabinet où vous avez effectué votre SASPAS ou votre stage
de prat^e de niveau 1?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

30. Détaillez le type de cabinet dans lequel vous exercez:

Une seule réponse possible.

- Cabinet de groupe
 Cabinet seul
 Maison ou pôle de santé

31. Qualifiez votre mode d'exercice:

Une seule réponse possible.

- Urbain
 Rural
 Semi-rural

32. Dans quel département exercez-vous ? *

33. Dans quelle ville? *

34. Pour tous ceux qui sont DANS la zone Océan Indien, pensez-vous la quitter ?

Une seule réponse possible.

- Non
 Oui, projet en cours
 Oui, dans l'année
 Oui, dans les 3 ans
 Oui, dans plus de 3 ans

35. Pour ceux qui sont REMPLACANTS dans l'Océan Indien, pensez-vous vous installer dans l'Océan Indien à l'avenir ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sait pas

36. Si non pourquoi:

37. Qu'est-ce qui vous motive à rester dans l'Océan Indien ? (choisir 3 raisons principales, cochez seulement 3 cases)

Facultatif

Une seule réponse possible par ligne.

	Raison majeure	Raison importante	Raison de moindre importance
Rapprochement familial (dont conjoint)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insularité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Education des enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projet professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relation médecin-patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avantages financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coût de la vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Si autres, précisez:

Résumé

Que sont devenus les internes de médecine générale de l’Océan Indien issus des promotions 2004 à 2012 ? Dans un contexte global de baisse des effectifs des médecins généralistes et d’une densité médicale critique dans certains territoires, nous avons étudié le devenir des internes de médecine générale. L’objectif principal était de connaître la proportion d’anciens internes installés en libéral.

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive transversale par questionnaire électronique portant sur leur situation personnelle et professionnelle en 2017.

Nous avons collecté 223 réponses, soit un taux de participation de 86,8%. Les anciens internes étaient âgés en moyenne de 32,6 ans et 57,8% étaient des femmes. 36% étaient salariés, 30% exerçaient dans leur cabinet ou en collaboration et 27% étaient remplaçants. 57,9% des installés étaient toujours dans l’Océan Indien (OI) en 2017. Ils exerçaient majoritairement en cabinet de groupe. Les remplaçants toujours présents à la Réunion envisageaient de s’y installer dans 62% des cas. Parmi eux, on retrouvait 92% des médecins originaires de l’OI. A terme, il resterait 37% des anciens internes dans l’OI. Leurs motivations principales étaient le cadre de vie et une relation médecin/patient appréciée. La comparaison entre les promotions 2004 à 2008 et les promotions 2009 à 2012 montrait une répartition des modes d’exercice significativement différente ($p < 0,001$). Les promotions les plus récentes étaient plus souvent salariées (36% contre 21,2%) mais également étaient installés ou en collaboration en plus grand nombre (21% contre 8,2%) au détriment des remplaçants (32% contre 60%). La comparaison des profils socio-professionnels des installés, remplaçants et salariés retrouvait une différence significative entre ces populations.

Comme nous le retrouvons dans les données nationales, il existe une évolution du mode d’exercice des jeunes généralistes qui privilégient le salariat. Ceci est expliqué notamment par un changement des souhaits des jeunes médecins concernant leur vie professionnelle mais aussi personnelle. Si la Réunion ne souffre pas pour l’instant d’un déficit médical en médecine générale, il convient de développer des mesures pour que les internes de l’OI, une fois diplômés, y restent pour exercer la médecine ambulatoire.

Mots-clés : Médecine générale – Interne – Océan Indien – Réunion – Mayotte – Modes d’exercice – Démographie médicale

Abstract

What happened to the interns in general medicine in the Indian Ocean who graduated from the 2004 to 2012 class? In an overall context of declining numbers of general practitioners and a critical medical density in certain territories, we studied the future of general practice residents. The main objective was to find out the proportion of former interns who had been working as freelancers.

We conducted a cross-sectional descriptive observational study by electronic questionnaire on their personal and professional situation in 2017.

We collected 223 responses, for a participation rate of 86.8%. Former interns were on average 32.6 years of age and 57.8% were women. 36% were employed, 30% were liberal or in collaboration and 27% were substitutes. 57.9% of those settled were still in the Indian Ocean (IO) in 2017. Most of them worked in group practice. The substitutes still present in Reunion were planning to settle there in 62% of the cases. Of these, 92% were doctors from the IO. Eventually, 37% of former interns would remain in the OI. Their main motivations were the living environment and a valued doctor-patient relationship. The comparison between the 2004 to 2008 promotions and the 2009 to 2012 promotions showed a significantly different distribution of exercise modes ($p < 0.001$). The most recent promotions were more often employed (36% versus 21.2%) but were also installed or in collaboration with larger numbers (21% versus 8.2%) at the expense of substitutes (32% versus 60%). Comparison of the socio-professional profiles of liberals, substitutes and salaried workers found a significant difference between these populations.

As we can see in the national data, there has been a change in the way young generalists who favour salaried employees exercise their profession. This is explained in particular by a change in the wishes of young doctors regarding their professional and personal life. If Reunion does not currently suffer from a medical deficit in general medicine, measures should be developed to ensure that the IO residents, once they graduate, remain there to practice ambulatory medicine.

Subject headings: General practice – Residents – Indian Ocean – Reunion – Mayotte – Practice patterns – Medical demography

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

