

Année 2018/2019

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Thomas DURAND

Né le 18 mai 1986 à Paris (75)

Devenir et conditions d'exercice en 2017 des internes de médecine générale de la région Centre-Val de Loire interrogés en 2009 sur leur projet professionnel

Présentée et soutenue publiquement le 24 octobre 2019 devant un jury composé de :

Président de Jury :

Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Matthias BUCHLER, Néphrologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention,
Faculté de Médecine – Tours

Docteur Delphine RUBE Médecine Générale, CCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur François MOLIMARD Médecine Générale – Bourges

Devenir et conditions d'exercice en 2017 des internes de Médecine Générale de la région Centre-Val de Loire interrogés en 2009 sur leur projet professionnel.

Résumé :

Contexte : La région Centre-Val de Loire étant un territoire particulièrement touché par la pénurie, annoncée, de médecins généralistes, nous avons voulu connaître l'évolution et le devenir d'une population d'internes de Médecine Générale de la région Centre étudiée en 2009 par le Dr Charlotte Eudo.

Méthode : Cette étude s'appuie sur une double analyse, avec une enquête descriptive quantitative réalisée par le biais de questionnaires, auxquels nous avons intégré des questions ouvertes pour une analyse quantitative.

Résultats : Ces médecins sont majoritairement des femmes en couple dont le conjoint exerce une activité intellectuelle supérieure. 65% sont restés dans la région de leur internat, dont plus de la moitié en Indre-et-Loire. Comparativement aux souhaits exprimés au cours de leur internat la proportion de médecins en activité libérale a diminué, au bénéfice de l'exercice hospitalier, et de deux modes d'exercice qui n'étaient pas envisagés initialement par les internes : l'activité de remplaçant et l'exercice mixte. On observe une proportion plus importante qu'attendue des installations dans les grandes agglomérations et, plus discrètement, en milieu rural. 90% des libéraux exercent en activité de groupe. L'importance majeure du travail du conjoint et le peu d'influence des aides financières comme déterminants à leur installation sont confirmés. Si le ressenti de leur accueil et leur satisfaction professionnelle est majoritairement positif, des nuances apparaissent. Enfin, ces médecins rapportent des parcours très variés, et pour plus d'un tiers des perspectives d'évolution de leur activité dans les années à venir.

Conclusion : Le suivi de cette population d'internes de Médecine Générale de la région Centre révèle les complexités et variabilités d'une profession en mutation face aux évolutions démographiques, territoriales, sociétales et des modes de pratiques du métier de médecin généraliste.

Mots-clés : Interne / Médecin généraliste / Région Centre-Val de Loire / Devenir / Conditions d'exercice / Activité / Accueil / Installation

Becoming and conditions of exercise in 2017 of the students in General Medicine in the Centre-Val de Loire region interviewed in 2009 about their professional project.

Abstract :

Context: Centre-Val de Loire region being a territory particularly affected by the shortage, announced, of general practitioners, we wanted to know the evolution and the future of a population of interns of General Medicine of the region Center studied in 2009 by Dr. Charlotte Eudo.

Method: Our study is based on a double analysis, with a quantitative descriptive survey carried out by means of questionnaires, to which we integrated open questions for a quantitative analysis.

Results: These physicians are mostly women in couples whose spouse has a higher intellectual activity. 65% remained in the region of their boarding school, more than half of them in Indre-et-Loire. Compared to the wishes expressed during their internship, proportion of the liberal activity decreased, in favor of the hospital exercise, and of two modes of exercise which were not initially envisaged by the students: activity of substitute and mixed exercise. There is a larger than expected proportion of facilities in large cities and, more discreetly, in rural areas. 90% of Liberals work as a group. The major importance of the spouse's work and the little influence of the financial aids as determinants to their establishment are confirmed. If the feeling of their reception, and professional satisfaction are mostly positive, shades appear. Finally, these doctors report very varied paths, and for more than a third prospects of evolution of their activity in the years to come.

Conclusion: The follow-up of this population of General Medicine students in the region Centre reveals the complexities and variabilities of a changing profession in the face of demographic, territorial, societal and practice trends in the profession of general practitioner.

Keywords: Medical student / General practitioner / Region Centre-Val de Loire / Career path / Professional practice / Activity / Reception / Establishment

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie

Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université

Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale

Pr François MAILLOT, Formation Médicale

Continue Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND –

1994-2004 Pr Dominique

PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUTREUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques

GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERHOUE Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste Radiologie pédiatrique
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte Thérapeutique
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure Génétique
ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage – orthophonie
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

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

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

Remerciements :

Monsieur Diot,
c'est un honneur que vous ayez accepté de présider mon jury de thèse, et je vous remercie de vous être rendu disponible pour venir juger mon travail.

Monsieur Rusch,
en tant que responsable inter-régional de Santé Publique votre avis m'est cher, je vous remercie de vous être rendu disponible pour venir juger mon travail.

Monsieur Büchler,
je vous remercie d'être présent à mon jury de thèse, votre accompagnement m'est cher.

Madame Rubé,
je te remercie Delphine d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Merci beaucoup également pour tes aides et conseils précieux aux différentes étapes de ce travail.

Madame Eudo,
merci tout d'abord Charlotte pour ton travail de thèse passionnant qui m'a inspiré et donné l'envie de partir à la recherche de ces internes que tu avais étudiés. Merci aussi pour ton aide dans la récupération des données.

François,
tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail, merci pour ton accompagnement et ton soutien avec autant de réactivité, d'efficacité, de naturel et d'enthousiasme. Merci encore pour la richesse de ton enseignement, ta passion pour la médecine générale, et la pertinence de ton regard, partagées au cours des mois passés à tes côtés en stage et lors de ce travail.
Je te suis profondément reconnaissant ; quel plaisir d'avoir croisé ta route !

Merci aux médecins, anciens internes de Médecine Générale de Tours, qui ont accepté de participer à cette étude, et ont pris le temps de nous informer sur leurs devenirs et leurs ressentis.

Merci aux secrétaires du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Tours pour leur aide dans la recherche des anciens internes de cette étude.

Merci Florence,
pour ta Patience, ton soutien, ton implication et ton aide inestimable tout au long de ce travail. Merci surtout pour tout le reste.

A mes parents,
je vous remercie pour votre confiance et votre soutien sans faille au cours de ces longues années d'études.
Merci Papa aussi pour ta fine relecture.

Merci Adrien,
pour ton aide si efficace face à mes lacunes informatiques.

Merci Chantal,
pour ton accueil parfait au commencement de ce parcours, et pour tes encouragements.

Merci à vous tous amis, frangins, famille,
pour l'immense plaisir de tous ces moments partagés et ceux à venir.

**Devenir et conditions d'exercice en 2017
des internes de Médecine Générale de la région
Centre-Val de Loire
interrogés en 2009 sur leur projet professionnel.**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	5
I. ETAT DES LIEUX DE LA DEMOGRAPHIE DE LA MEDECINE GENERALE EN FRANCE.....	5
A. <i>Démographie médicale, généralités</i>	5
B. <i>La médecine générale en France.....</i>	8
C. <i>La Médecine Générale en région Centre-Val de Loire</i>	10
D. <i>Projections.....</i>	13
II. RESULTATS DE L'ÉTUDE « LES DETERMINANTS A L'INSTALLATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE LA REGION CENTRE » EN 2009 PAR LE DR CHARLOTTE EUDO...	16
A. <i>Portrait-type de l'interne de Médecine Générale en région Centre en 2009.</i>	16
B. <i>Souhaits exprimés par ces internes</i>	16
MATERIELS ET METHODES	18
I. POPULATION D'ÉTUDE	18
II. SUR LA PISTE DES ANCIENS INTERNES	18
III. REDACTION DU QUESTIONNAIRE.....	18
IV. DECLARATION CNIL	19
V. ENVOI DU QUESTIONNAIRE ET RELANCES	19
VI. RECUPERATION DES DONNEES.....	19
RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	20
I. TAUX DE REPONSES.....	20
II. PROFIL DE LA POPULATION ETUDIEE.....	20
A. <i>L'âge.....</i>	20
B. <i>Le sexe.....</i>	20
C. <i>Le statut familial</i>	20
D. <i>La profession du conjoint.....</i>	20
III. EXERCICE.....	21
A. <i>Localisation géographique.....</i>	21
B. <i>Mode d'exercice actuel.....</i>	23
IV. MEDECINS LIBERAUX INSTALLES.....	25
A. <i>Type d'installation</i>	25
B. <i>Lieu d'exercice.....</i>	25
C. <i>Orientation des pratiques</i>	28
V. PARCOURS DEPUIS L'INTERNAT	28
A. <i>Pour certains médecins le parcours est « direct ».....</i>	28
B. <i>Remplacements avant prise de fonction actuelle</i>	29
C. <i>Passage par une étape en collaboration avant l'installation</i>	31
D. <i>Après une installation libérale ajout d'une activité salariée</i>	31
E. <i>Parcours atypiques.....</i>	32
F. <i>Parcours exclusivement de remplacements.....</i>	33
G. <i>Choix professionnels en fonction du conjoint</i>	34
VI. FACTEURS INTERVENANT DANS LE CHOIX DU LIEU D'INSTALLATION.....	35
A. <i>Influence des déterminants à l'installation</i>	35
B. <i>Autres déterminants</i>	38
VII. ACCUEIL	40
A. <i>Accueil ressenti lors de l'installation ou prise de fonction actuelle.....</i>	40

B. Facteurs participant à cet accueil.....	40
VIII. SATISFACTION.....	45
A. Auto-évaluation de satisfaction professionnelle.....	45
B. Motifs de satisfaction.....	48
IX. PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES	58
A. Projections à 5 ans.....	58
B. Perspectives d'évolution.....	60
C. Perspectives professionnelles de médecins remplaçants	63
DISCUSSION	65
I. CRITIQUE DE LA METHODOLOGIE	65
II. DEVENIR DE CES MEDECINS.....	66
A. Évolution de la population	66
B. Répartition géographique	66
C. Localisation de l'exercice professionnel	67
D. Modes d'exercices professionnels.....	67
E. L'activité de groupe	68
F. Déterminants du lieu d'installation, lucidité et complexité.....	68
III. LES CONDITIONS REELLES D'EXERCICE	70
A. Accueil.....	70
B. Activité libérale fantasmée au cours des études ?	71
C. L'activité de groupe, un idéal ?.....	73
D. Un attrait pour l'activité hospitalière.....	73
E. Activité mixte	74
F. Remplaçants	74
IV. MEDECIN GENERALISTE : DES PROFESSIONS EN EVOLUTION	75
CONCLUSION.....	76
BIBLIOGRAPHIE	77
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	80
ANNEXE 2 : RESULTATS.....	84
ANNEXE 3 : LISTE DES INTERNES.....	84

INTRODUCTION

La démographie médicale française est l'objet, ces dernières années, de nombreuses études et d'un suivi rapproché. Les évolutions de cette population, ses modes de pratiques et sa répartition sur le territoire national, sont des enjeux primordiaux de l'organisation du système de soins français, et en premier lieu de l'accès aux soins.

On observe s'installer la pénurie, annoncée, de médecins et se concrétiser la crainte des déserts médicaux ; et la région Centre-Val-de-Loire est un territoire particulièrement touché par cette problématique.

En 2009 le Dr Charlotte EUDO avait interrogé les internes de médecine générale de la région Centre afin de dessiner un portrait-type de ces « nouveaux médecins », avec leurs attentes, et les déterminants quant à leurs pratiques et installations futures¹.

À la lecture de la thèse du Dr Charlotte EUDO, et ainsi que l'auteur le suggérait dans sa conclusion, il m'a semblé particulièrement intéressant d'étudier, plusieurs années après l'expression de leurs souhaits quant à leur futur exercice professionnel, ce que sont devenus ces médecins.

Après le « rêve » : la réalité.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

I. Etat des lieux de la démographie de la Médecine Générale en France

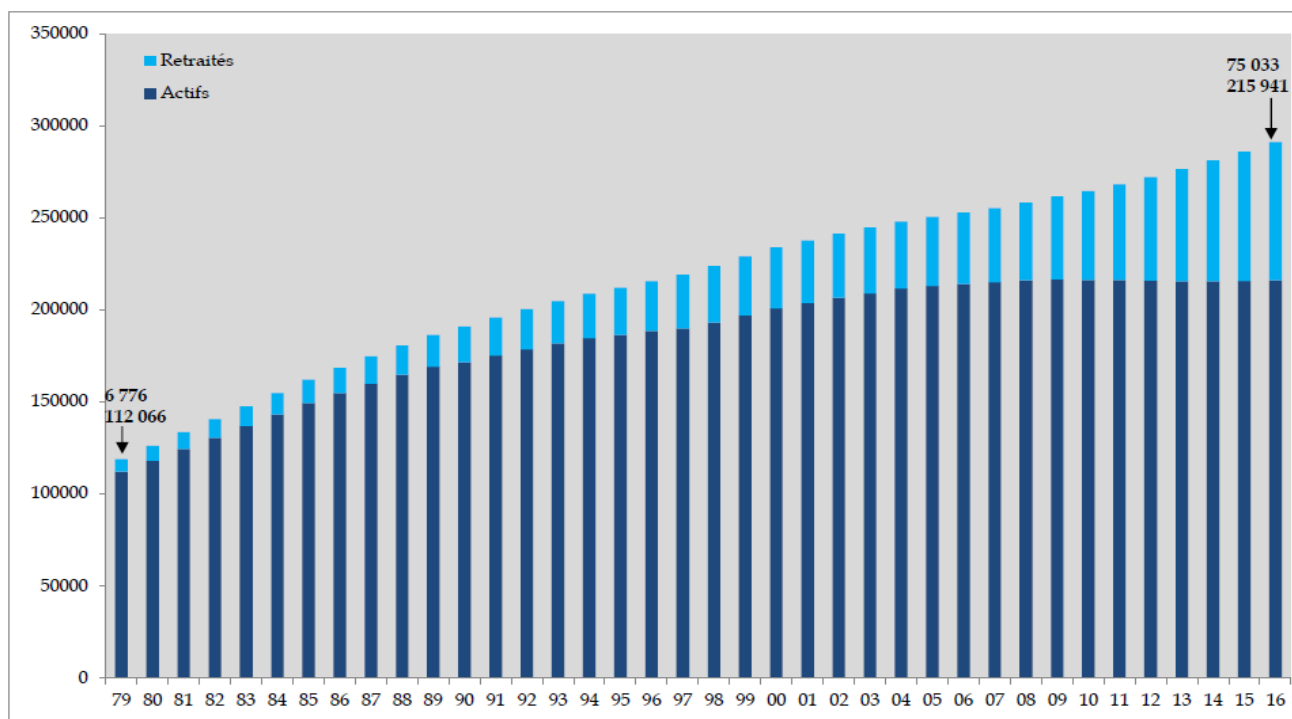
A. Démographie médicale, généralités

Le 1er janvier 2018, le Conseil National de l'Ordre des Médecins comptabilisait 296 755 médecins inscrits (217 107 médecins actifs et 79 648 médecins retraités).

Le nombre de médecins inscrits est en constante augmentation mais celle-ci se fait au bénéfice des médecins retraités, dont le nombre a enregistré un accroissement de 95.6% au cours des dix dernières années².

Ainsi depuis 2010, si le nombre de médecins inscrits a augmenté de 13.5%, celui des médecins actifs n'a augmenté que de 0.3%³.

Avec un recul dans le temps plus important, entre 1979 et 2017, le nombre de médecins est passé de 118 842 à 290 974 (augmentation de 145%). Sur cette même période, les médecins actifs ont enregistré une hausse de 92,6% alors que le nombre de retraités inscrits au tableau de l'Ordre a lui augmenté de 1007%².



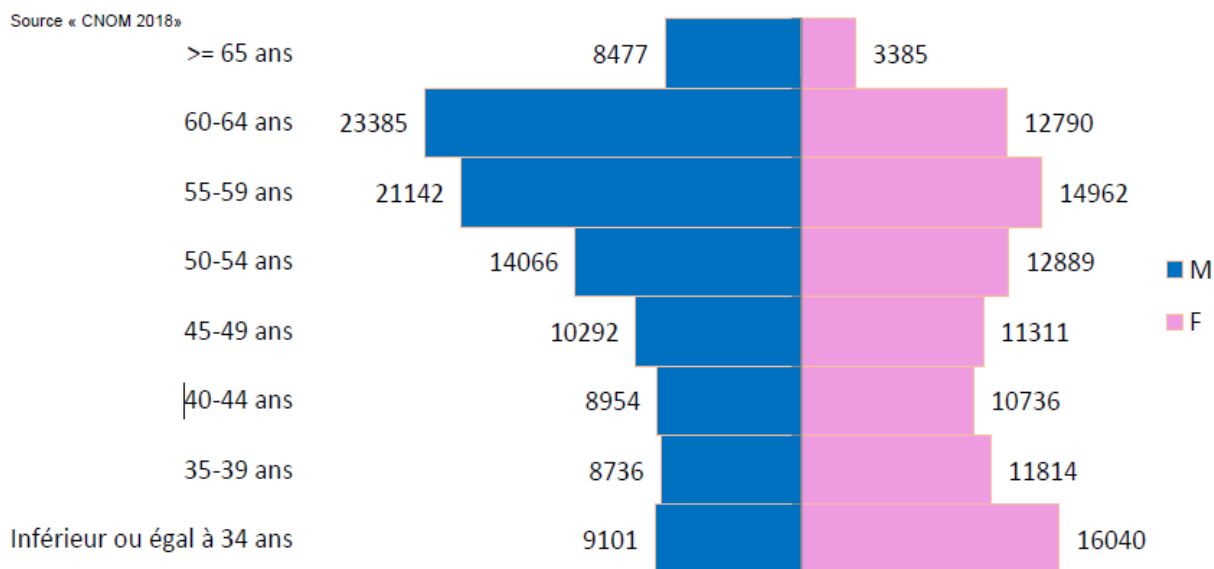
Effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre entre 1979 et 2017 (*Atlas de la démographie médicale 2017 du Conseil de l'Ordre*).

Et si au cours de cette période 1979-2017 la population française n'a augmenté que de 21,3% (soit 4 fois moins que l'augmentation du nombre de médecins en activité), la consommation de soins a, quant à elle, explosé du fait de multiples facteurs :

- augmentation des connaissances médicales qui aboutissent à une multiplication des examens complémentaires et à des prises en charge lourdes et complexes
- vieillissement et augmentation de la population
- part grandissante des maladies chroniques
- diminution de la durée des séjours hospitaliers qui génère une augmentation des besoins de prise en charge ambulatoire
- complexification des réseaux de soins.

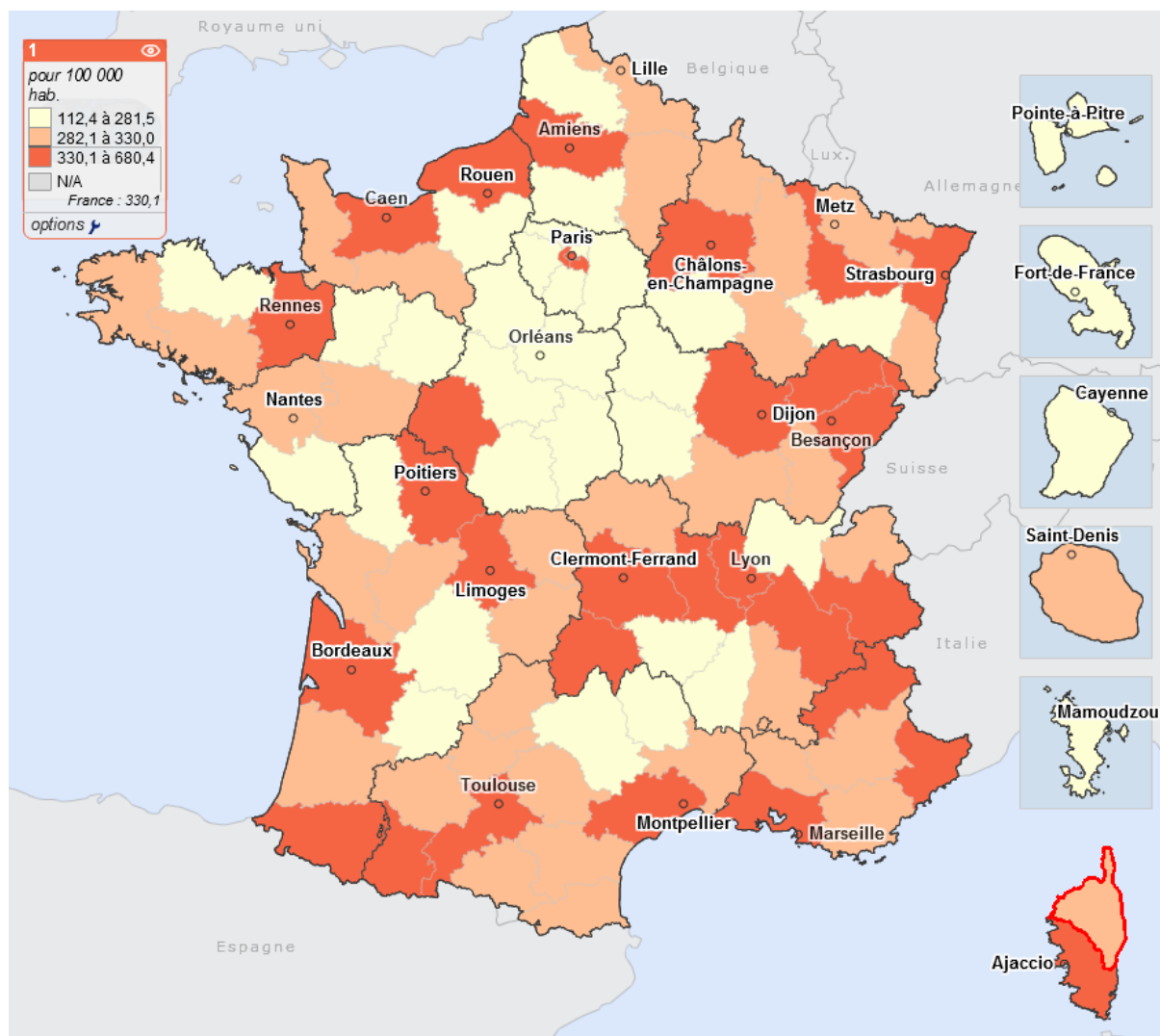
En France, en 2018, l'âge moyen des médecins en activité régulière est de 50.8 ans, 24% ont plus de 60 ans et 23% moins de 40 ans³.

La féminisation de la profession se concrétise : les femmes représentent 47% des effectifs de médecins en activité régulière, contre 38% en 2007. Parmi les moins de 40 ans elles représentent 61% des effectifs. Ce constat de la féminisation se confirme dans toutes les spécialités, tout en étant plus appuyé chez les généralistes (67% des moins de 34 ans sont des femmes)³.



Pyramide des âges de médecins en activité régulière en 2018.

La répartition médicale sur le territoire français est très hétérogène. On observe des écarts de densité médicale de plus de 3 sur le territoire métropolitain (entre Paris et des départements tels que l'Ain, la Seine-et-Marne, l'Indre, le Cher ou la Vendée), et jusqu'à un écart de 1 à 6 entre Mayotte et Paris⁴.



Densité des médecins en activité régulière 2018.

Cartographie interactive de la démographie médicale 2018 CNOM.

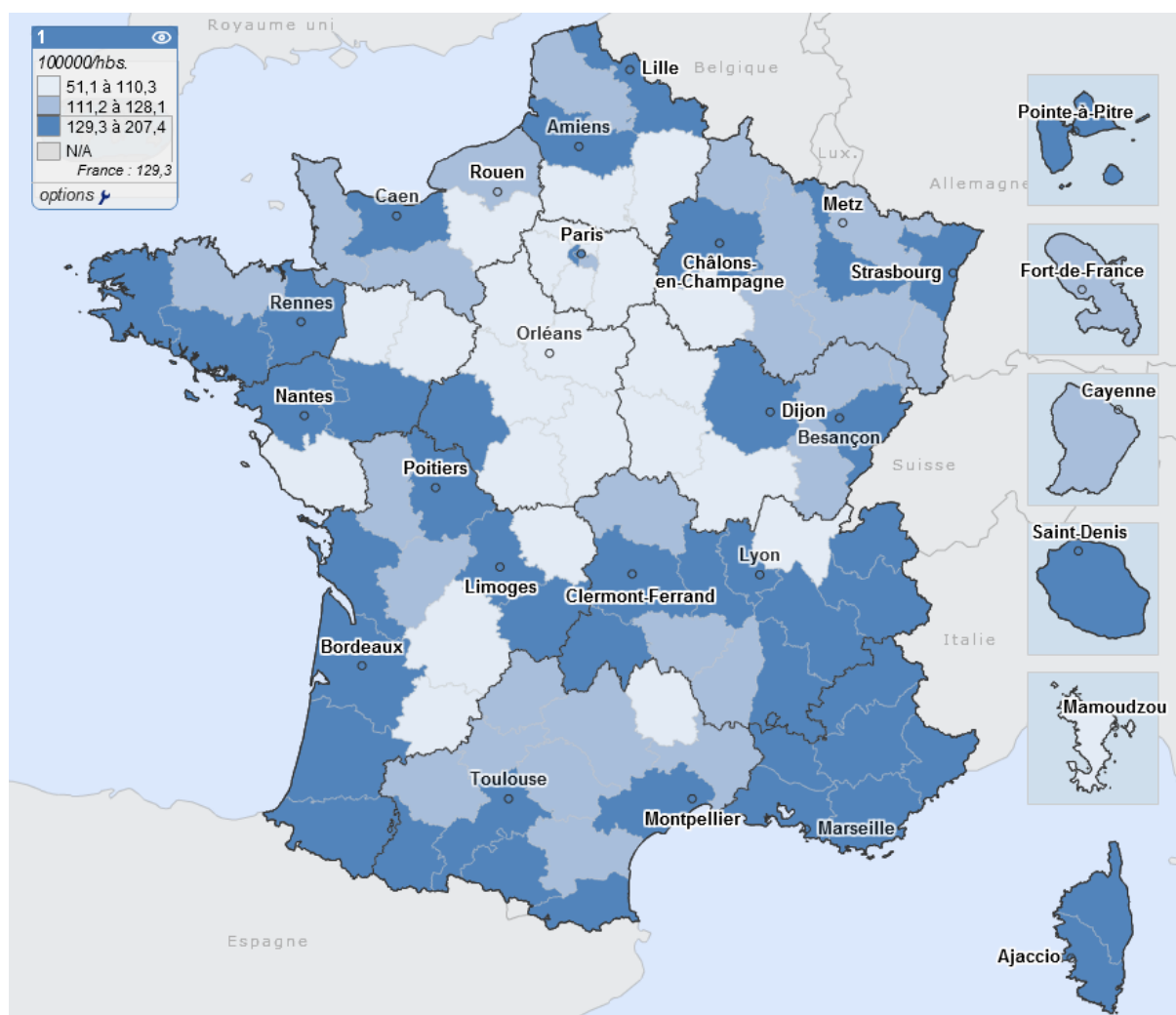
En recoupant ces résultats avec d'autres données démographiques, et aux données de développement territorial, l'état des lieux fait par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2018 révèle clairement que les départements à faible densité médicale cumulent souvent les fragilités : population générale plus âgée, réseaux de circulation moins développés, desserte de services publics moins bonne, couverture numérique plus aléatoire...

B. La médecine générale en France

Le 1er janvier 2018 le tableau de l'Ordre recensait 87 801 médecins spécialistes en médecine générale en activité régulière, tous modes d'exercice confondus³.

Ces effectifs de médecins généralistes marquent un recul majeur ces dernières années. La diminution de médecins généralistes en activité régulière est de 9,1% entre 2007 et 2017 et de 0,4% entre 2017 et 2018.

De la même manière que nous l'avons observé pour la population médicale totale, la répartition des médecins généralistes en activité régulière est très hétérogène sur le territoire français.



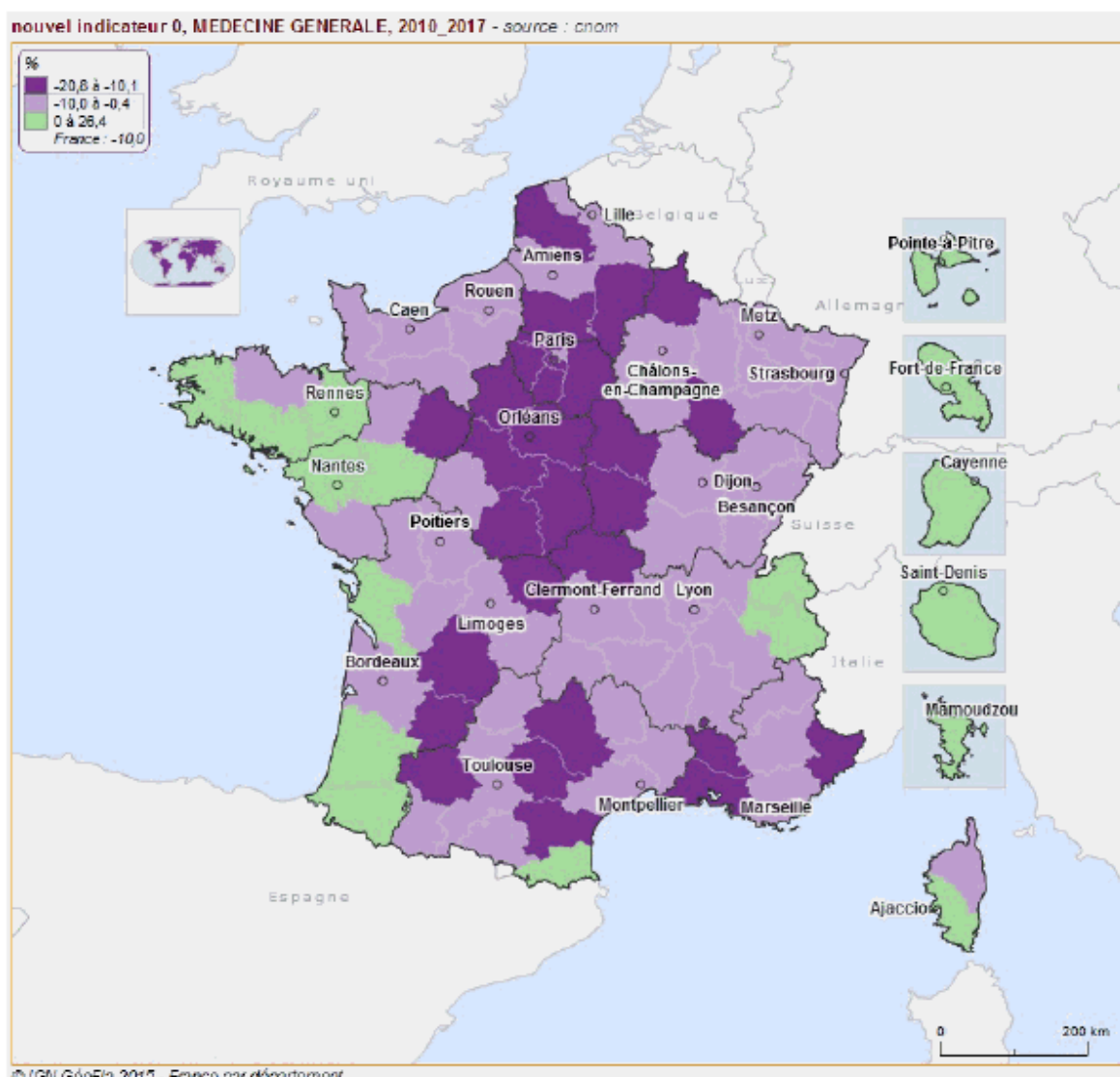
Densité médicale des médecins généralistes en activité régulière en 2018.
Cartographie interactive de la démographie médicale 2018 CNOM.

De plus sur la période 2007-2017, la tendance nationale est nettement à la diminution (-9,1%), mais il persiste de fortes disparités inter-régionales².

Si la région Île-de-France enregistre la plus forte diminution (-18,7%) du nombre de médecins généralistes sur cette période, la région Centre se place elle en seconde position (-13,1%).

Suivent les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (-10,5%) et Nord-Pas-de-Calais-Picardie (-10,3%).

De rares régions voient leurs effectifs de médecins généralistes augmenter sur cette période : la Bretagne (+0,4%), les Pays-de-la-Loire (+1,8%), les DOM (+13%) et COM (+14,3%)⁵.



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, 2017

C. La Médecine Générale en région Centre-Val de Loire

L'effectif de médecins généralistes en activité régulière dans la région Centre-Val-de-Loire est de 2723 au 1^{er} janvier 2018, ce qui représente une baisse de 13% depuis l'année 2010³.

Ces médecins généralistes sont âgés en moyenne de 53,2 ans : 29,9% d'entre eux ont 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans ne représentent que 11,9% de l'ensemble des effectifs.

La féminisation de la profession s'est poursuivie pour atteindre une proportion de 41,8% de femmes (+23,7% depuis 2007).

L'augmentation de la proportion de médecins généralistes en activité salariale est une tendance nationale observée ces dernières années.

Entre 2010 et 2018 la part de médecins généralistes en exercice libéral a diminué de 3,5% sur l'ensemble du territoire français, au profit de l'exercice salarial, ce dernier ayant augmenté de 4% sur cette période : une tendance qui peut, elle aussi, faire craindre une diminution de la disponibilité des ressources en offre de soins de premier recours³.

En 2018, 35% des médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre en région Centre-Val de Loire exercent en activité salariale, soit une augmentation du salariat de 11,5% depuis 2007.

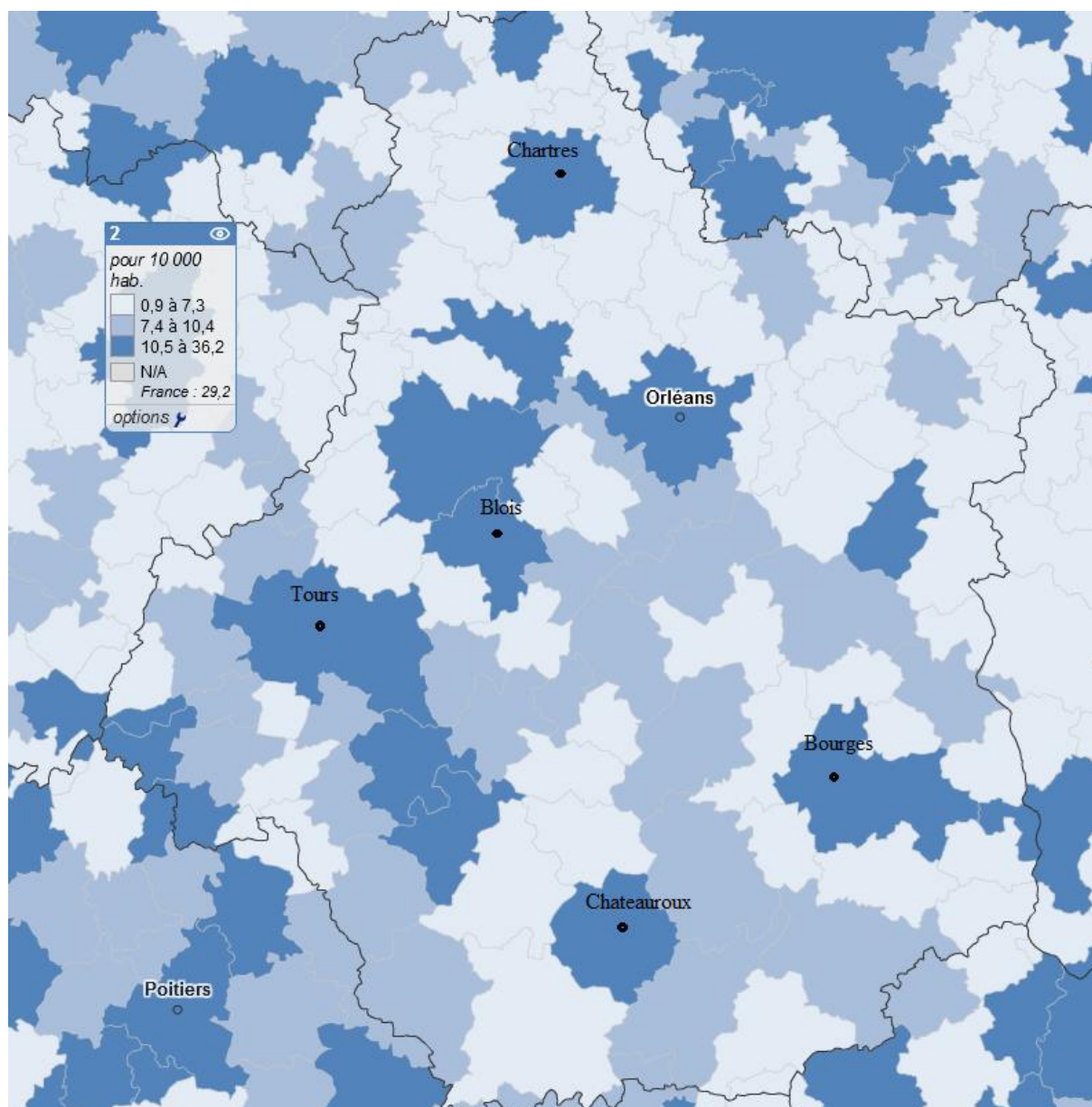
Le mode d'exercice libéral reste majoritaire : il concerne 57% des médecins généralistes de la région ; 8% ayant un exercice mixte.

Parmi ces médecins en activité libérale et mixte 52% sont installés en exercice de groupe et 47% en exercice individuel.

Depuis dix ans, il est observé une augmentation importante du nombre de médecins remplaçants aussi bien au niveau national (+ 24,6%) que régional (+ 22,7% dans la région Centre-Val de Loire ; + 7,2% entre 2017 et 2018)⁶.

En 2016 la région Centre-Val de Loire comptait 160 médecins généralistes remplaçants (soit 5,6% des médecins en activité régulière) dont 19% de retraités actifs⁵.

À une échelle encore plus fine, on remarque, une fois de plus, l'hétérogénéité de la densité médicale des médecins généralistes ; et se dessinent des pôles d'attractivité autour des principales agglomérations régionales, avec toujours cet avantage pour le département d'Indre-et-Loire.



**Densité médicale des médecins généralistes en activité totale en 2018,
Région Centre-Val de Loire, zonage par bassins de vie.**
Cartographie interactive de la démographie médicale 2018 CNOM.

Évolution de la densité des médecins généralistes en activité régulière, région Centre-Val-de-Loire entre 2010 et 2018 :

Département	Effectif	Densité/10 000 hab	Variation 2010/2018
Indre-et-Loire	831	13,52	-4,50%
Loiret	627	9,18	-19,50%
Eure-et-Loire	407	9,18	-17%
Loir-et-Cher	350	10,19	-16,80%
Cher	288	9,01	-16,70%
Indre	220	9,35	-17,40%

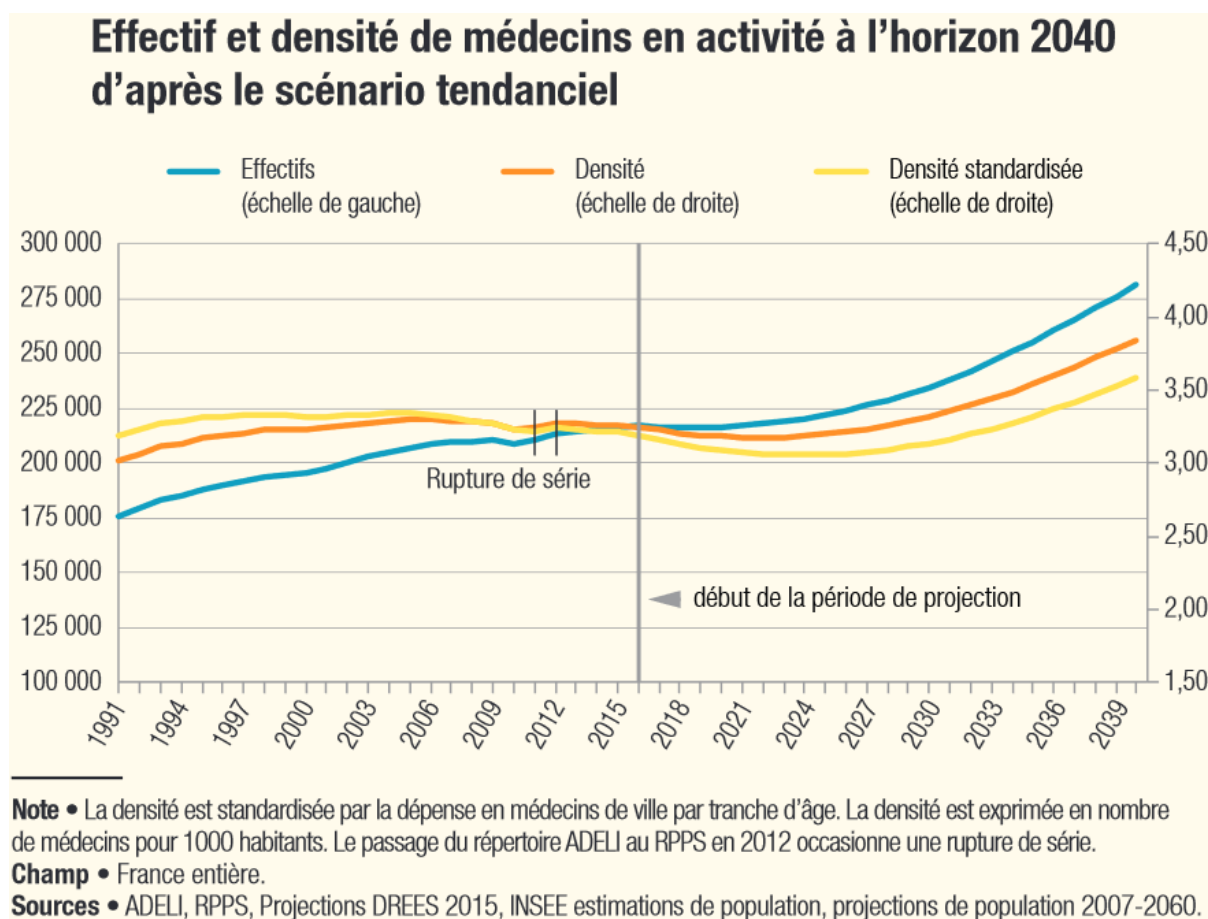
(Données *Atlas de démographie médicale CNOM 2018*).

D. Projections

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a établi des projections sur l'évolution de la démographie médicale française à l'horizon 2040⁷.

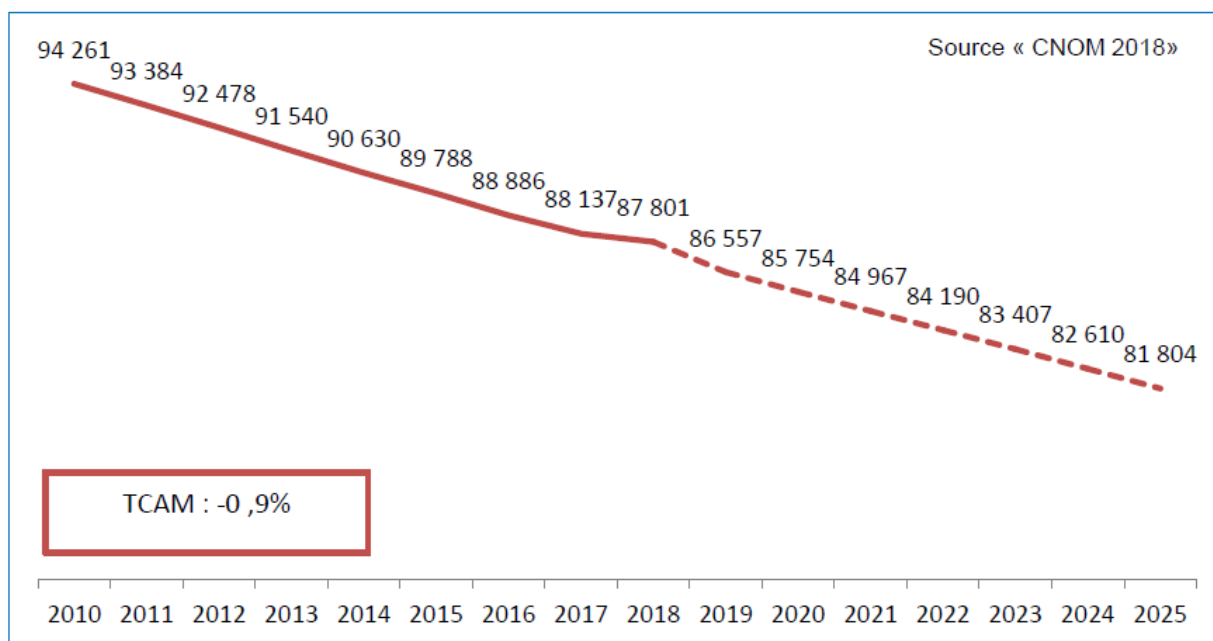
Du fait de l'augmentation de la population, la densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins pour 1000 habitants, chuterait de 2015 jusqu'en 2021 pour ensuite remonter et retrouver en 2028 le niveau de 2015 (baisse de 3,27 à 3,18 médecins pour 1000 habitants).

Le déficit en médecins risque d'être d'autant plus marqué qu'il faut tenir compte sur cette période du vieillissement de la population française et donc de la croissance de ses besoins de soins.



La situation est particulièrement préoccupante pour les médecins généralistes.

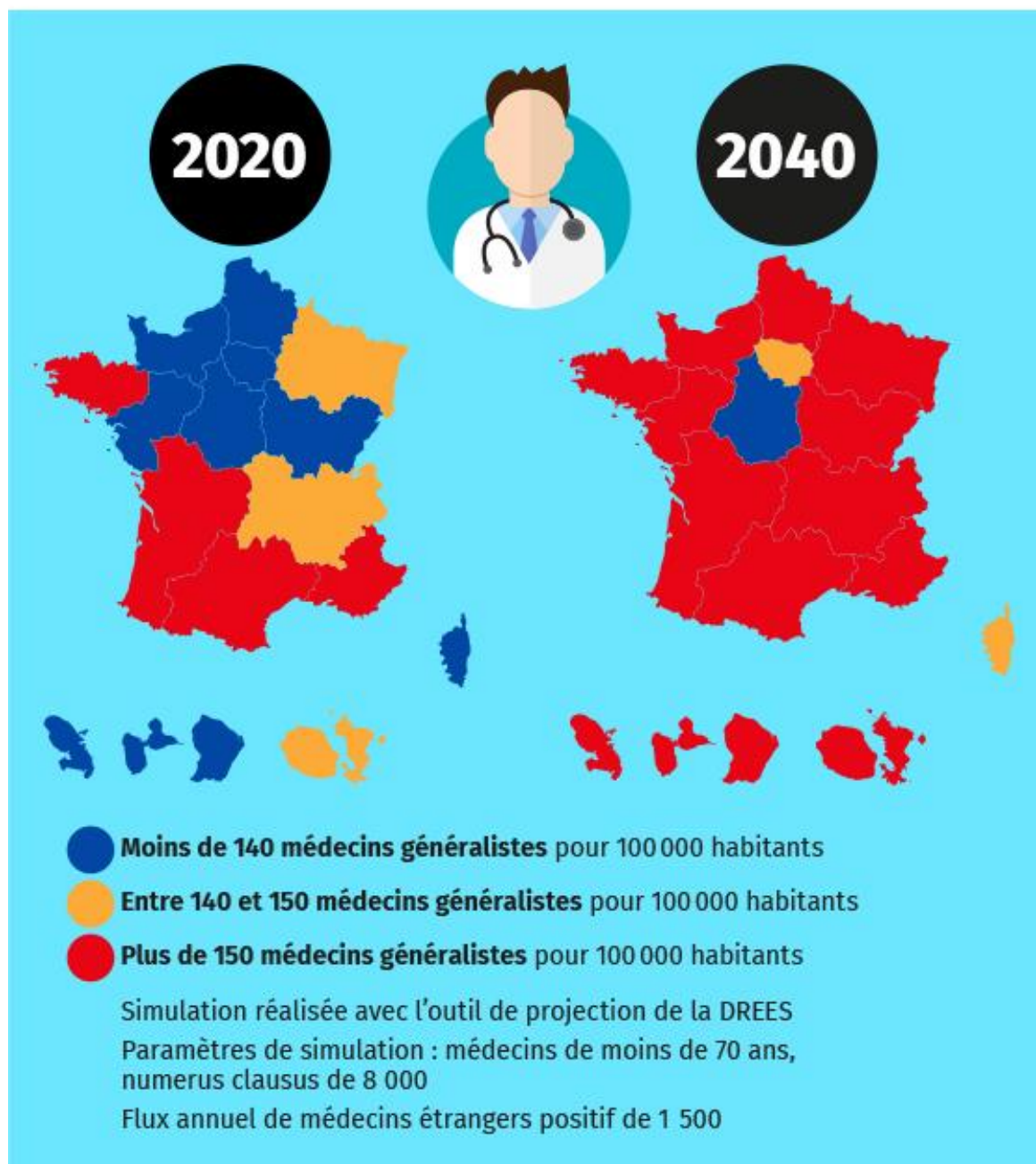
Selon les projections du Conseil National de l'Ordre des Médecins (et le calcul du Taux de Croissance Moyen Annuel : TCMA), la baisse marquée des effectifs de médecins généralistes en activité a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025.



Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (CNOM 2018).

Dans les simulations réalisées par la DREES malgré une reprise de croissance de la densité de médecins généralistes en 2040 certains territoires demeuraient déficitaires : en particulier la région Centre-Val de Loire⁸.

Projection des effectifs de médecins généralistes pour 2020 et pour 2040



II. Résultats de l'étude « Les déterminants à l'installation des internes de médecine générale de la région Centre » en 2009 par le Dr Charlotte Eudo

En 2009, la pénurie de médecins généralistes et surtout l'inégalité de leur répartition s'installent déjà progressivement et durablement aux niveaux national et régional. Les pouvoirs publics et les professionnels de santé cherchent alors des solutions à cette inquiétante dynamique.

Dans ce contexte le Dr Charlotte EUDO décide d'étudier, dans sa thèse de doctorat de Médecine Générale, les souhaits que portent les internes en Médecine Générale alors en formation dans la région Centre sur leur avenir professionnel¹.

Sa thèse s'appuie sur une double approche : qualitative avec des entretiens dirigés et quantitative par le truchement de questionnaires.

Elle a pour objectif de dessiner un portrait-type de l'interne de Médecine Générale de la région Centre en 2009, avec ses attentes, et les déterminants quant à ses pratiques et installations futures.

A. Portrait-type de l'interne de Médecine Générale en région Centre en 2009

En 2009 selon l'étude du Dr EUDO¹ l'interne de Médecine Générale est :

- une femme (68%)
- âgée en moyenne de 27 ans
- en couple (80%) avec un professionnel de santé (30%), souvent médecin lui aussi
- sans enfant (75%)
- originaire plutôt d'un milieu rural (ville de moins de 10 000 habitants) (38%)
- ayant effectué ses deux premiers cycles d'études médicales à la faculté de Tours (58%)
- qui n'a pas choisi la médecine générale par défaut (81%).

B. Souhaits exprimés par ces internes

- Mode d'exercice :

85% des internes de région Centre en 2009 déclarent vouloir exercer en libéral.

Les principaux avantages perçus sont une plus grande indépendance (liberté par rapport au système hiérarchique de l'hôpital) et un rapport avec les patients plus personnel et plus valorisant que celui entretenu à l'hôpital.

Cet exercice libéral est envisagé dans une très large majorité en cabinet de groupe (91%), avec pour arguments principaux : permettre des échanges entre professionnels, éviter l'isolement et pouvoir adapter le temps de travail.

Beaucoup envisagent de passer des diplômes universitaires (DU) afin de s'orienter vers un exercice à pratiques particulières (gynécologie, pédiatrie, médecine du sport, acupuncture, homéopathie, gériatrie, diabétologie...).

Certains émettent tout de même des réserves quant au fonctionnement des cabinets de groupe et des maisons pluridisciplinaires, notamment d'un point de vue financier et de l'entente entre professionnels.

8% s'orientent vers une pratique hospitalière (majoritairement pour y exercer la médecine d'urgence), attirés par les avantages sociaux, le temps de travail, une transition possible entre internat et exercice hospitalier, ainsi que par l'aspect de formation continue.

3% envisagent un salariat extrahospitalier.

4% sont indécis.

- Lieu d'exercice :

50% des internes déclarent ne pas avoir de projet précis concernant leur lieu d'installation en 2009.

Parmi les souhaits exprimés la région Centre représente la « destination » principale (75% des souhaits dont 32% pour l'Indre-et-Loire). Les autres réponses sont très variées : Normandie, Bretagne, Région parisienne, Hérault, Aveyron, Guadeloupe, Toulouse, Nantes, Pays étrangers...

L'exercice en milieu rural possède pour ces internes une image très favorable : en comparaison de l'exercice en milieu urbain, il serait beaucoup plus varié, plus enrichissant, plus valorisant, et les patients plus agréables.

Cet attrait est néanmoins grandement tempéré par la mise en avant très forte d'une demande de « qualité de vie » qui, en plus de la possibilité d'aménagement du temps de travail, passe par la recherche d'un environnement apportant un maximum de confort et de possibilités (loisirs, écoles, commerces, axes de transports...).

De plus, le premier élément intervenant dans le choix du lieu d'installation est l'emploi du conjoint.

Ces arguments sont autant de réticences des internes à s'installer en milieu rural (20% des souhaits exprimés)

- Incitation à l'installation en zones déficitaires :

En 2009, en région Centre, si la majorité des internes interrogés se dit intéressée par les aides à l'installation, une infime partie pense être bien informée. De plus la plupart de ces aides sont d'ordre financier (bourses d'étude, primes à l'installation...) alors que les internes expriment des attentes qui concernent plus une qualité de vie et d'exercice. Ainsi les aides à l'installation étaient en dernière position parmi les éléments intervenant dans le choix du lieu d'installation pour ces internes interrogés.

MATERIELS ET METHODES

I. Population d'étude

La population d'étude est constituée de l'intégralité des internes inscrits en DES de Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Tours pour l'année universitaire 2008-2009.

Soit 140 internes répartis sur les différents semestres.

II. Sur la piste des anciens internes

Le moteur de recherche du site internet du Conseil de l'Ordre National des Médecins a été utilisé pour retrouver, et surtout contacter ces anciens internes.

À l'aide de celui-ci et de l'aide précieuse des secrétaires du Conseil de l'Ordre d'Indre-et-Loire (notamment pour les changements de nom et les coordonnées des remplaçants), j'ai pu obtenir les coordonnées téléphoniques professionnelles de 134 d'entre eux.

Les 6 perdus de vue ne sont donc pas inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins (autre ou sans profession, émigration, décès...?).

III. Rédaction du questionnaire

La thèse de Charlotte EUDO s'appuyait sur deux études combinées :

- une première partie quantitative avec la réalisation de Focus Group permettant de faire émerger les aspirations possibles des internes
- une partie quantitative sous la forme d'un questionnaire élaboré à partir des idées qui étaient ressorties des Focus Group.

Il m'a semblé intéressant de reprendre cette alliance de quantitatif et de qualitatif pour suivre le devenir de cette population d'internes.

J'ai ainsi élaboré un questionnaire en m'appuyant sur celui du Dr Charlotte EUDO d'il y a 8 ans d'une part, me permettant d'analyser l'évolution des réponses, et en établissant d'autre part une partie plus spécifique aux conditions réelles d'exercices et d'installations ainsi qu'aux parcours professionnels.

Associée à ces questions quantitatives une partie qualitative a été introduite par l'utilisation de questions ouvertes pour permettre aux médecins interrogés d'exprimer d'autres éléments de leur pratique.

Le questionnaire est joint en annexe 1.

J'ai ensuite utilisé l'interface Google Forms pour créer ce formulaire en ligne et en récolter les données.

Google Forms est une application de gestion d'enquêtes permettant la création d'un questionnaire, l'envoi d'un lien par courrier électronique et la récupération des résultats.

IV. Déclaration CNIL

J'ai déposé une déclaration à la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) dans le cadre de la récupération et du traitement de données à caractère personnel transmises par internet.

V. Envoi du questionnaire et relances

Disposant de leurs coordonnées téléphoniques j'ai donc contacté tous les médecins composant la population d'étude. Après avoir réussi, le plus souvent, à passer le sas de contrôle du secrétariat, j'expliquais de manière concise l'objet de mon étude aux médecins avant de leur envoyer sur leur adresse électronique le lien vers le questionnaire, entre avril et juin 2017.

Le Dr RUBE Delphine, Chef de Clinique au Département Universitaire de Médecine Générale, m'est également venue en aide en me communiquant l'adresse électronique de plusieurs anciens co-internes que je ne parvenais pas à contacter (« protection secrétariale » trop efficace, congé maternité, non disponibilité...).

J'ai effectué deux relances pour tenter de récupérer un maximum de réponses avant de clore ce questionnaire en septembre 2017.

VI. Récupération des données

L'interface Google Forms m'a permis de récupérer l'intégralité des réponses au questionnaire.

Puis ces réponses ont été traitées de façon anonyme, attribuant un numéro à chaque répondant.

RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

I. Taux de réponses

J'ai retrouvé 134 internes sur les 140 inscrits en 2008-2009, et ai réussi à en contacter 120.

109 médecins ont répondu au questionnaire, soit 77,8% de la population initiale (90,8% des médecins contactés).

2 médecins ont été exclus des résultats ayant utilisé leur droit au remord en début d'internat pour se rediriger vers d'autres spécialités (pneumologie et psychiatrie).

Ainsi l'étude repose sur l'analyse des questionnaires de 107 médecins soit 76.4% de la population étudiée.

II. Profil de la population étudiée

A. L'âge

Nous l'avons vu, à travers l'étude du Dr Eudo, en 2009 les internes de médecine générale avaient en moyenne 27 ans. C'est donc une population de médecins d'un âge moyen de 36 ans, que nous avons étudiée 9 ans après leur internat.

B. Le sexe

En toute logique les femmes sont toujours très largement majoritaires dans cette population. Elles représentaient 68% des internes interrogés en 2009, et 72% des médecins ayant répondu sont des femmes en 2017.

C. Le statut familial

Au cours de ces années la proportion des médecins en couple a augmenté, passant de 80 à 90,6% et les enfants sont arrivés, présents pour 83,2% de cette population (contre 25% en 2009).

D. La profession du conjoint

(En fonction des catégories socioprofessionnelles INSEE)⁹.

Cadres et professions intellectuelles supérieures (dont médecins : 26,8%)	52,6%
Paramédicaux	10,3%
Professions intermédiaires	13,4%
Employés	10,3%
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	6,2%
Ouvriers	2,1%
Agriculteurs	1,0%
Sans emploi	4,1%

Pour plus de la moitié des médecins en couple, le conjoint exerce une activité de « cadre et profession intellectuelle supérieure ».

Ces résultats retrouvent également une forte homogamie de la profession¹⁰, plus d'un quart des conjoints des médecins interrogés sont également médecins.

III. Exercice

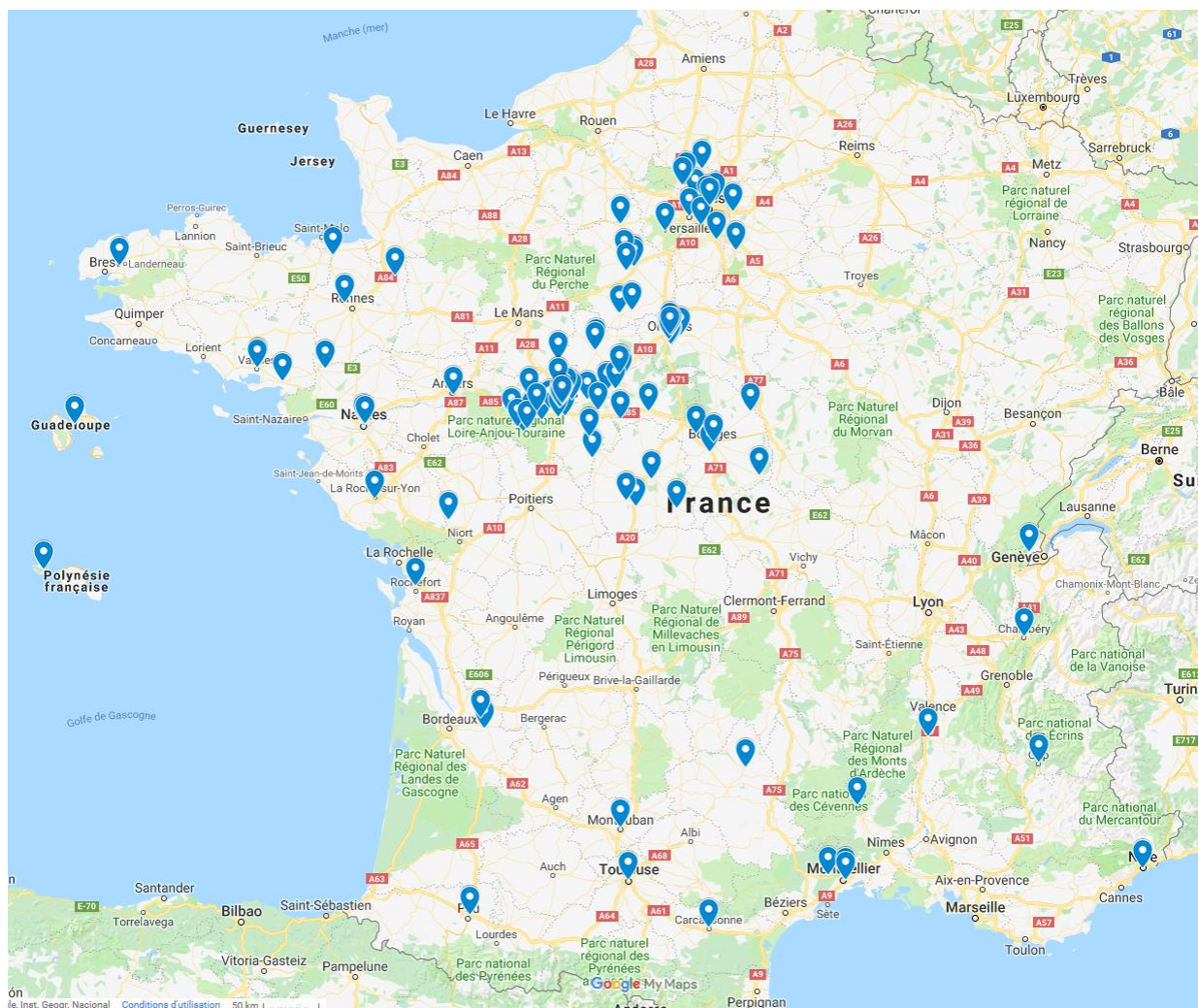
A. Localisation géographique

Lors de l'étude de 2009 la moitié des internes (50%) n'avait pas de projet précis quant à leur zone géographique d'installation.

Le projet des 49 autres se portait en nette majorité sur la région Centre et en premier lieu l'Indre-et-Loire.

37 (soit 75%) avaient choisi la région Centre, dont 16 (soit 32%) l'Indre-et-Loire.

Localisation de ces médecins en 2017 :



<https://www.google.com/maps/d/embed?mid=1zYWLQxtpTxbKJRGuA0W4IMNKPE>

61% des médecins interrogés sont originaires de la région Centre-Val de Loire.

On peut tout d'abord remarquer une dissémination géographique de ces anciens internes sur une grande partie du territoire métropolitain et outre-mer.

Mais cette répartition est très inégale, et même si leur proportion n'est pas à la hauteur des attentes, ils sont majoritairement restés en région Centre-Val de Loire (62,6%, donc plus d'un tiers ont quitté la région), avec toujours une préférence indéniable pour l'Indre-et-Loire (35,5%).

Soit 67 médecins en exercice en Centre-Val de Loire dont :

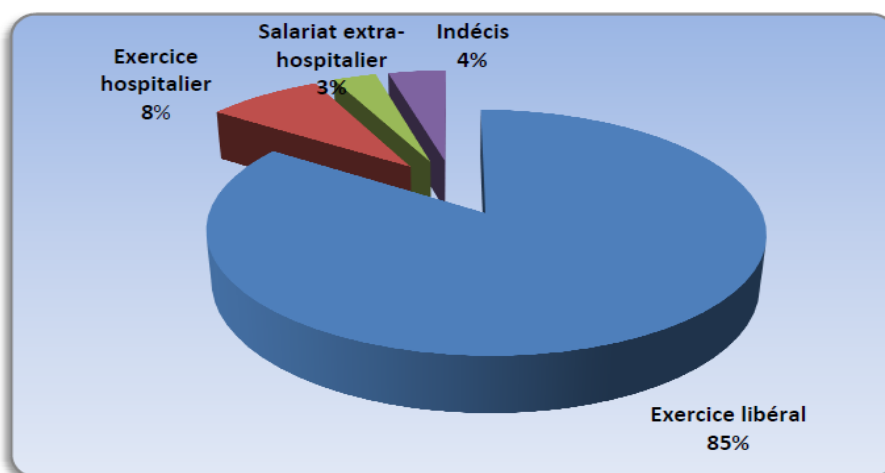
- 56,5% en Indre-et-Loire
- 15% dans le Loiret
- 12,5% dans le Loir-et-Cher
- 7% dans le Cher
- 4,5% dans l'Eure-et-Loir
- 4,5% dans l'Indre.

Parmi ceux-ci, 71,6% sont originaires de la région Centre-Val de Loire.

B. Mode d'exercice actuel

Rappelons qu'en 2009 le souhait d'un exercice libéral était très majoritaire, à hauteur de 85%. Seulement 8% des internes désiraient une activité hospitalière et 3% une activité salariale extrahospitalière.

Et 4% étaient indécis.



Modes de pratiques envisagés en 2009¹

En 2017 :

- 68 médecins (dont 73,5% de femmes) sont installés en libéral (63,5%). Parmi ceux-ci 10 (9,3%) pratiquent une activité mixte : 3 exercent en plus une activité hospitalière, 6 une activité salariée extrahospitalière et 1 un clinicat de Médecine Générale.

Un médecin est en statut de collaborateur.

- 19 médecins (dont 68,4% de femmes) sont en exercice hospitalier (17,8%).

L'un d'entre eux pratique également une activité salariée extrahospitalière.

- 15 médecins (dont 60% de femmes) exercent en remplacement (14%).

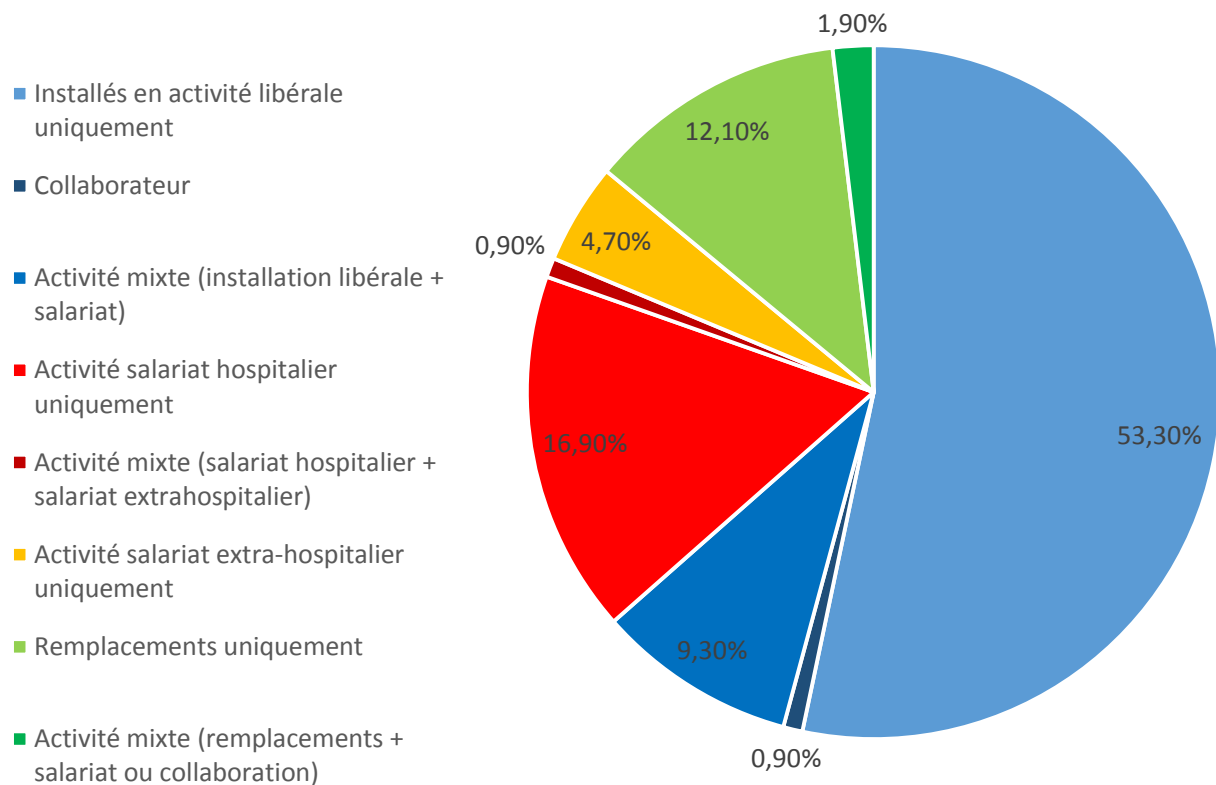
Parmi eux 4 ont un projet d'installation au cours de l'année.

Un des médecins en remplacement a également un statut de collaborateur et un autre une activité salariée extrahospitalière.

- 5 médecins (toutes des femmes) sont exclusivement en activité salariée extrahospitalière (4,7%).

- Ainsi 13 médecins (12,1%) sont en activité mixte, c'est-à-dire cumulant plusieurs modes d'activité (activité libérale, salariat hospitalier, salariat extrahospitalier, clinicat, remplacements...), ce sont à 69% des femmes.

Mode d'exercice actuel



IV. Médecins libéraux installés

A. Type d'installation

À l'époque de leur internat, 91% de ces internes souhaitaient exercer en cabinet de groupe et 9% seuls.

Sur les 68 médecins installés, plus les 4 en cours d'installation au moment de cette étude :

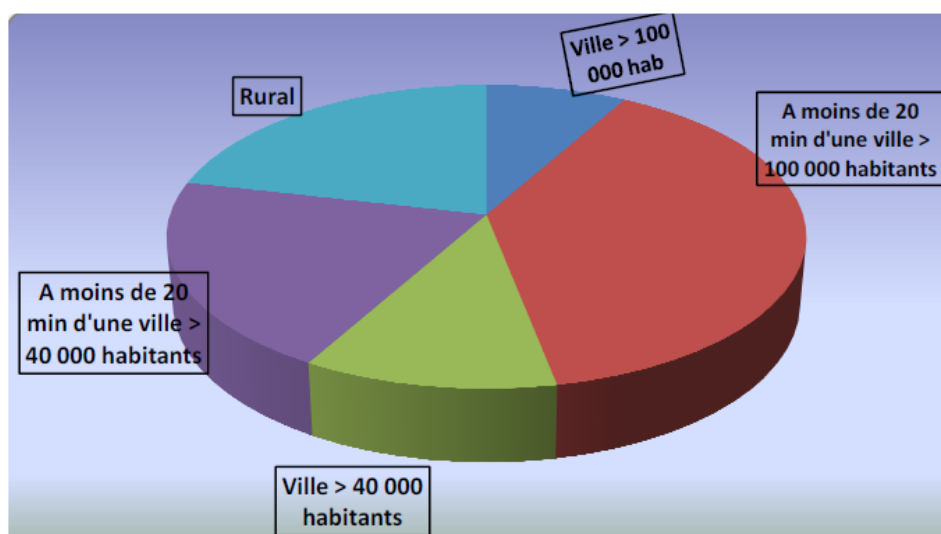
- 65 sont en cabinet de groupe (90%) dont 16 (22,5%) en maison médicale ou pluridisciplinaire
- 7 sont en cabinet seul (10%).

B. Lieu d'exercice

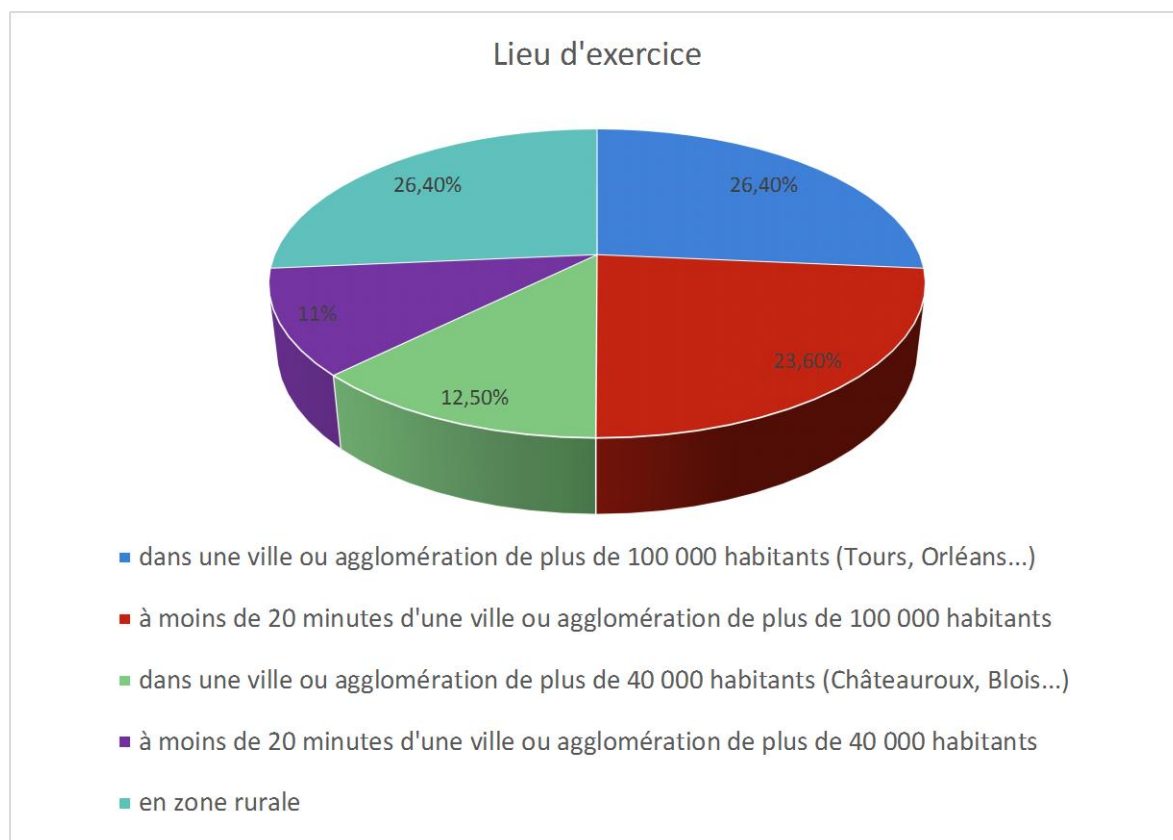
Les deux graphiques de la page suivante permettent de suivre l'évolution entre le souhait en 2009 et la situation en 2017.

Remarque : les données chiffrées du graphique extrait de la thèse de 2009 ne sont pas disponibles, mais peuvent être approchées à la lecture du graphique.

Lieu envisagé pour une future installation, en 2009¹ :



Lieu d'exercice des médecins libéraux installés en 2017 :



On observe une nette augmentation de la proportion des installations dans les villes et agglomérations de plus de 100 000 habitants en comparaison aux souhaits exprimés en 2009. On note également, dans une moindre mesure, l'augmentation de la proportion d'installation en zone rurale par rapport à celle envisagée au cours de l'internat.

On peut aussi remarquer en regardant dans le détail que 48% des médecins en zone rurale sont originaires d'une ville de moins de 10 000 habitants.

C. Orientation des pratiques

Au cours de leur internat, 29 internes souhaitaient avoir un exercice libéral à orientation particulière.

Huit ans après, « seulement » 17 l'ont réalisé (gynécologie, pédiatrie, homéopathie, addictologie, médecine du sport, médecine manuelle, expertise médicale, diabétologie). Pour l'un d'eux c'est même son exercice exclusif (tabacologie).

Il me semble intéressant de souligner que certaines de ces pratiques spécialisées semblent particulièrement liées au genre : les 7 médecins ayant une orientation gynécologique sont exclusivement des femmes et ce sont 2 hommes qui se sont spécialisés en médecine du sport.

V. **Parcours depuis l'internat**

Le délai moyen de validation de thèse dans cette population est de 19 mois après la fin de l'internat. L'intervalle de validation de thèse s'étend de l'internat à 5 années après la fin de celui-ci.

La durée moyenne entre la fin de l'internat et l'installation des médecins interrogés est de 3 ans et demi. Le délai le plus court retrouvé est de 3 mois (pour 2 médecins), le plus long est de 8 ans, et certains d'entre eux ne sont pas installés.

Il est apparu pertinent de connaître le détail du parcours de ces médecins depuis leur internat, ainsi il leur était demandé de préciser celui-ci. Leurs réponses illustrent la grande diversité des trajectoires professionnelles.

A. Pour certains médecins le parcours est « direct »

- Prise de fonction immédiatement en milieu hospitalier au terme de la formation universitaire :

- « *Exercice hospitalier* » (Répondant 1)
- « *Assistant spé partagé puis PHC puis PH en Médecine d'Urgence* » (R7)
- « *DESC de Médecine d'Urgence* » (R12)
- « *Exercice hospitalier* » (R28)
- « *Internat puis hospitalier DESC Médecine d'Urgence* » (R55)
- « *Poste de FFI dès la fin de mon internat sur l'hôpital de Vendôme, puis PH contractuel dès la thèse validée, puis PH* » (R62)
- « *Hospitalier : assistant puis PHC* » (R75)
- « *DES Médecine Générale et DESC Médecine d'Urgence* » (R89)
- « *Deux ans d'assistanat aux urgences de Tours puis un an aux formations sanitaires de Moorea Maison puis urgences de Papeete depuis* » (R101)

- Pour l'un des médecins l'installation en activité libérale a eu lieu immédiatement après la fin de l'internat :

- « *"Congé parental " lors de notre séjour au Royaume-Uni entre la fin de l'internat et le retour en France avec installation dans la foulée.* » (R106)

Le parcours de tous les autres médecins, **plus de 90%** de cette population étudiée, est marqué par **une période de remplacements** avant leur situation actuelle.

B. Remplacements avant prise de fonction actuelle

En effet le plus souvent (40%) **l'installation en activité libérale est précédée de cette période de remplacements** :

- « Remplacements puis installation » (R4) (R37) (R41) (R46) (R48) (R51) (R54) (R83) (R84) (R90) (R95) (R97)
- « Remplacements réguliers et succession du médecin principalement remplacé » (R3)
- « Remplacement à la semaine dans le département de l'Indre » (R10)
- « Remplacements pendant l'internat puis pendant 1 an après l'internat. Puis installation (reprise d'un cabinet) depuis 5 ans. » (R15)
- « Remplacements fixes et ponctuels en milieu urbain et rural. C'est ma 1^{ère} installation » (R16)
- « Remplacements de semaine puis réguliers (conjointement à une formation en médecine du sport), puis désir d'une collaboration, refusée par le conseil de l'ordre, donc installation au début incertaine, actuellement pérenne. » (R19)
- « Remplacements dans le département 37 dans l'objectif précis de trouver une association » (R20)
- « Plusieurs remplacements réguliers dans mon département d'origine, puis déménagement dans un autre département pour rapprochement du conjoint, et installation très rapide dans un cabinet à proximité de mon domicile où j'avais fait quelques remplacements. » (R21)
- « Remplacements ponctuels (vacances scolaires) et fixes (3 jours par semaine) » (R23)
- « 1 an de remplacements / 1 congé maternité » (R27)
- « Remplacement et installation dès validation de la thèse » (R29)
- « Remplas, remplas, encore des remplas, une première proposition de succession qui n'a pas abouti, toujours des remplas, puis une proposition de succession à des conditions défiant toute concurrence. » (R33)
- « Remplacements dans la région en cabinet de groupe ou individuel » (R34)
- « Quelques rares remplacements sur mon dernier semestre d'internat. Proposition de reprise de patientèle en juillet 2010 pour mi 2011 en association avec maître de stage de 1^{er} niveau. J'ai remplacé le médecin qui devait partir d'avril 2011 jusqu'à mon installation au 01 août. » (R39)
- « Remplacements en attendant que mon conjoint finisse son clinicat » (R44)
- « Remplacement pendant l'internat, puis installation dans la foulée » (R47)
- « Remplacement dans différentes structures : urgences, SOS Médecin, cabinets de médecine générale » (R53)
- « Remplacement régulier dans le même cabinet 3 ans à Tours puis remplacements dans le Pays de Gex et Haute-Savoie suite à mon déménagement en 01/2013 puis installation à Thoiry depuis 09/2016 » (R56)
- « Fin de l'internat en novembre 2011, remplacement et installation dans le même cabinet en avril 2012 » (R57)
- « Remplacements en région Centre pendant 3 ans - célibataire - puis remplacements dans 35 et 22 pour rapprochement conjoint puis installation pour vie plus stable avec conjoint » (R60)
- « Remplacements 3 ans jusqu'à la date limite de délivrance de la licence, thèse, remplacements 2 ans, installation » (R61)
- « Remplacement quasi fixe de quelques MG autour de chez moi puis reprise de la patientèle d'un de mes remplacés. » (R64)

- « Remplacements dans le 37 divers puis remplacement dans le cabinet du Loiret depuis 2010 dans lequel je me suis installée en 2012 » (R70)
- « Remplacement pendant un an en remplacement fixe 4 jours par semaines puis installation au départ seule en création de patientèle aux deux lions dans un quartier sans aucun médecin généraliste, puis association avec un deuxième médecin après 3 ans et demi et transfert dans maison médicale avec nouveau troisième médecin qui vient s'installer dans 6 mois » (R71)
- « Remplacements dans le sud Touraine, l'Indre et à Saint Georges sur Cher » (R76)
- « Remplacements dans le département de l'Indre avant de finaliser mon installation (remplacement d'un médecin généraliste parti à la retraite) » (R77)
- « Remplacement pendant 3 ans dans le 37 et le 41, puis installation juste après la thèse en succession d'un médecin que j'avais déjà pas mal remplacé. » (R88)
- « J'ai remplacé pendant 1.5 ans de villes en villes autour d'Orléans puis j'ai fait un remplacement fixe (2.5 jours/ semaine) pendant 6 mois (les 2 ans pour passer ma thèse) pour finalement m'installer. » (R99)
- « Remplacements dans le 28 des maîtres de stages et autres médecins en villes rurales et semi-rurales pendant 1 an puis remplacement à Paris intramuros près du travail de mon conjoint pendant 2 ans avec quelques allers-retours dans le 28 ou à Tours pour quelques remplacements puis installation à Tours à la naissance de ma première fille pour la qualité de vie / vie parisienne » (R104)
- « Remplacement - congé maternité - installation » (R105)

Pour certains médecins **cette période de remplacements a conduit à une collaboration** :

- « Remplacements réguliers chez les mêmes MG (4 différents) pendant 8 ans avant la collaboration actuelle » (R20)
- « Remplacements avant et après la thèse puis collaboration (installation en vue) » (R8)

Certains ont d'abord exercé quelque temps en **remplacement libéral** avant de prendre une **activité hospitalière** :

- « J'ai fait des remplacements de médecine générale avant d'être salarié hospitalier depuis octobre 2013 » (R45)
- « Suite à ma thèse j'ai remplacé / puis déménagé dans le 56 pour rejoindre mon conjoint / j'ai choisi l'hospitalier par défaut » (R49)
- « 1 an de remplacement puis passage de la thèse, intégration d'une équipe mobile de soins palliatif sur le 41 pendant 1 an (assistantat) 3 ans en HAD comme médecin coordonnateur puis depuis 1 an chef de service d'un service de médecine dans un hôpital local à orientation soins palliatifs » (R52)
- « Remplacements DOM TOM, Paris, Pays de la Loire » (R65)
- « Remplacements pendant un an, puis assistantat au CH Libourne en médecine interne puis gériatrie, puis PH en gériatrie au CH Libourne (capacité de gériatrie et DIU d'oncogériatrie) » (R80)
- « Remplacements libéraux, plusieurs missions en dispensaires isolés dans les dom tom, remplacement en milieu hospitalier » (R94)
- « Remplacement en MG dans le 18 pendant 1 an, assistantat en gériatrie pendant 2 ans à Tours, PH en gériatrie à Loches puis Tours pendant 4 ans puis déménagement en Bretagne » (R108)
- « 3 ans de remplacement en médecine générale Temps partiel dans service d'orthogénie à partir de fin 2012, inscription DIU échographie 2015, à venir activité mixte hospitalière/libérale, chacune à mi-temps » (R87)

Enfin après une période de **remplacements** des médecins ont **rejoint un salariat extrahospitalier** :

- « Remplacements en médecine générale dans divers cabinets » (R14)
- « Remplacements puis salariat extrahospitalier » (R35)
- « 3 mois de remplacement en milieu urbain et rural, 2 ans en milieu hospitalier (Blois) dans un service de planification et un centre IVG. Depuis 2 ans en service de PMI et centre de planification au département Indre et Loire » (R40)
- « CDD de remplacement d'1 an en PMI dans le 28, non renouvelé en raison de la thèse non validée (situation d'exercice illégal). CDI dans un centre d'examen de santé. 1 année de PHC dans une structure d'addictologie. CDD de 3 ans en PMI dans le 78, stagiairisation en cours après passation du concours de la fonction publique territoriale. » (R74)

C. Passage par une étape en collaboration avant l'installation

- « Remplacement fixe et collaboration » (R6)
- « Remplacements divers, puis plus réguliers à proximité de mon habitation. Ensuite un remplacement longue durée de 6 mois qui a débouché sur une installation en collaboration libérale avec 3 confrères. » (R9)
- « Remplacements en région Centre pendant quelques mois, puis remplacements à La Réunion (2,5 ans), puis remplacements en Loire-Atlantique pendant 6 mois, une collaboration de quelques mois à Nantes, puis retour aux remplacements pendant 4 ans en Loire-Atlantique, et installation à Nantes. » (R13)
- « Remplacement puis collaboration 1 an puis installation » (R30)
- « Remplacement et collaboration » (R42)
- « Remplacement +/- régulier pendant 4 ans 1/2, puis collaboration » (R58)
- « Remplaçant 4 ans, collaborateur 1 an 1/2 » (R59)
- « Remplacement puis 1ère collaboration > échec, nouvelle collaboration puis installation » (R63)
- « Après l'internat, période de 4 mois de remplacements puis collaboration sur Amboise et installation sur Tours » (R69)
- « 1 an de remplacement avant la validation de ma thèse, puis 5 ans d'installation en zone rurale, puis pour suivre mon conjoint quelques mois de remplacement avant de débiter une collaboration » (R86)
- « Remplacements puis 1 an de collaboration puis installation dans un cabinet différent » (R91)
- « Remplacements puis collaboration puis installation » (R92)
- « Quelques remplacement et une collaboration » (R93)
- « Remplacement 3 ans puis collaboration et installation dans le même cabinet » (R96)
- « Remplacements en libéral puis collaboration 6 mois puis installation dans le cabinet où je remplaçais » (R100)
- « Remplacements puis 2 collaborations successives » (R103)

D. Après une installation libérale ajout d'une activité salariée

Après une installation (précédée d'une période de remplacements +/- collaboration) des médecins ont ajouté à leur activité libérale une part salariale :

- « Remplaçant, puis installation en libéral (MSP), puis cumul avec une activité salariée (médecin coordinateur en CSAPA) » (R24)
- « Remplacements de 2009 à 2017, collaboration en tant que médecin généraliste en 2017 dans cabinet de groupe. Poste à 40% en EHPAD en tant que médecin coordonnateur depuis janvier 2016 » (R81)
- « Remplacements multiples puis collaboration permanente permettant création d'activité actuelle et association en cours (+ médecin coordonnateur EPHAD) » (R85)

E. Parcours atypiques

Certains parcours sont plus atypiques avec une variation de pratiques au cours des années :

- navigation entre activité hospitalière et libérale (+ remplacements) :

→ « *Urgentiste Châteauroux et remplacement de médecine générale pendant 1.5 ans, puis remplacement sur mon lieu d'installation actuelle + urgentiste mi-temps à Chinon.* » (R66)

- remplacements, installation puis déménagement et activité hospitalière :

→ « *2011 fin internat + début remplacements dans le Cher, 2012-2014 thèse, et suite des remplacements dans le Cher, 2014 - 2015 : création d'un cabinet installation pendant un an dans le Cher, 2015 : départ dans une autre ville suite à volonté de changement + arrivée du 1er enfant + décision par rapport à la carrière de mon conjoint (actuellement exercice hospitalier)* » (R22)

- remplacement puis installation et clinicat, puis déménagement et reprise remplacements, puis de nouveau installation et clinicat :

→ « *J'ai remplacé chez mon ancien maître de stage de 2009 à 2011. En 2011, j'ai pris la suite de son épouse et me suis installée. Je suis devenue chef de clinique universitaire à Tours en 2013. En 2014, mon mari a été licencié. Il a retrouvé un emploi à Brest. J'ai quitté le cabinet en juin 2015 pour mon troisième congé maternité. J'ai repris une activité de remplacement sur Brest en janvier 2016. Je me suis à nouveau installée en avril 2016. J'ai été à nouveau nommée chef de clinique universitaire à Brest en novembre 2016. Je suis maître de stage depuis 2013, à Orléans puis à Brest.* » (R31)

- remplacement et salariat puis activité uniquement hospitalière, puis ajout de remplacements libéraux, puis installation :

→ « *Activité mixte salariat et libérale (remplacement) de la fin de l'internat (Novembre 2010) jusqu'au 31/12/2013 puis activité hospitalière exclusive (urgences) de Janvier 2014 jusqu'à mars 2016. Reprise activité libérale de remplacement de mars jusqu'à septembre 2016 et poursuite activité hospitalière. Installation en Septembre 2016 avec arrêt activité hospitalière fin octobre 2016.* » (R32)

- activité hospitalière puis salariat et remplacements :

→ « *DESC de médecine d'urgence, 2 années assistante spécialiste, 2 années PHC, grossesse (jumeaux), expatriation à Abu Dhabi, refus de reconnaissance de mon diplôme de médecin, retour en France, médecin Co d'EHPAD à temps partiel et remplacements urgences de clinique et association de gardes de médecin dans mon département l'autre temps partiel.* » (R36)

- remplacements puis collaboration, puis installation, puis salariat, puis réinstallation :

→ « *Remplacement puis double collaboration puis installation ratée en zone semi rurale puis salariat puis ENFIN la BONNE INSTALLATION ! Tout cela en 3 ans !* » (R38)

- remplacements, puis salariat, puis remplacements, collaboration à venir :

→ « *Remplacements dans le 37 (4 ans), puis 2 ans de PMI dans le 28, puis remplacements dans le 56 en vue d'une collaboration en 01/2018* » (R68)

- installation, puis remplacement puis désir de salariat :

→ « *Installation seule en mode rural avec aides financières du village mais j'ai réalisé que c'était invivable au bout de un an et du coup quelques remplacements dans autre département plus grand puis attente place salariée actuellement.* » (R78)

- remplacements, puis activité mixte de collaboration libérale et salariat avant salariat exclusif :

→ « *Peu de remplacements et installation rapide en 2009 en collabo associé à temps partiel. Autre temps partiel en salariat. Après un an, j'ai choisi un exercice salarié uniquement. Mon installation aura duré une seule année. Maintenant je suis salarié à plein temps par deux contrats : IRSA et le CHU* » (R98)

- après une période d'activité hospitalière spécialisée, réorientation vers la médecine générale puis remplacements puis installation :

→ « *12 ans d'oncopédiatrie, équivalence de diplôme de second cycle des études médicales, internat de médecine générale 3 ans de remplacements et installation* » (R102)

F. Parcours exclusivement de remplacements

Enfin certains médecins ont uniquement eu une activité exclusive de remplacements :

→ « *Remplacements* » (R6) (R11)

→ « *Remplacements fixes (installation prévue en septembre 2017)* » (R18)

→ « *Remplacements seuls* » (R25)

→ « *Remplacements de 2010 à 2017 - installation prévue en septembre 2017 dans une MSP* » (R43)

→ « *Remplacement régulier de 3 médecins 2 ans dans le même cabinet en région centre puis beaucoup de déménagements pour suivre le cursus du conjoint donc remplacements dans des zones très diverses dont les DOM-TOM pendant un an. (installation prévue dans 1 mois)* » (R67)

→ « *Remplacement depuis la fin de mon internat* » (R72)

→ « *Remplacements fixes toutes les semaines* » (R73)

→ « *Je n'ai fait que des remplacements depuis la fin de mon internat en 2010, d'abord à 1/3 temps disons entre Paris, la Touraine (l'île Bouchard), et le 82 (un tout petit village). Puis depuis 2,5 ans je fais des remplacements fixes dans 2 cabinets du centre de Toulouse, 2 jours dans l'un et 2 jours dans l'autre* » (R82)

→ « *Remplacements variés pour savoir ce qui me plaît (urbain très rare mais j'ai essayé / très rural / semi rural) - secrétaire sur place / à distance / sans secrétaire - en cabinet ou maison de santé - logiciel et organisation de cabinet différents. J'ai failli faire une collaboration en janvier 2017 mais le médecin a fait marche arrière. Je commence à chercher un lieu d'installation.* » (R107)

G. Choix professionnels en fonction du conjoint

Dans cette diversité de trajectoires on peut aussi noter que pour certains médecins **les choix professionnels ont été pris en fonction des « obligations de carrière » du conjoint.**

De fait ce sont ici **exclusivement des femmes** qui expriment avoir adapté leur parcours professionnel à celui de leur conjoint :

- « Plusieurs remplacements réguliers dans mon département d'origine, puis déménagement dans un autre département pour rapprochement du conjoint, et installation très rapide dans un cabinet à proximité de mon domicile où j'avais fait quelques remplacements. » (R21)
- « 2011 fin internat + début remplacements dans le Cher, 2012-2014 thèse, et suite des remplacements dans le Cher, 2014 - 2015 : création d'un cabinet installation pendant un an dans le Cher, 2015 : départ dans une autre ville suite à volonté de changement + arrivée du 1er enfant + décision par rapport à la carrière de mon conjoint (actuellement exercice hospitalier) » (R22)
- « J'ai remplacé chez mon ancien maître de stage de 2009 à 2011. En 2011, j'ai pris la suite de son épouse et me suis installée. Je suis devenue chef de clinique universitaire à Tours en 2013. En 2014, mon mari a été licencié. Il a retrouvé un emploi à Brest. J'ai quitté le cabinet en juin 2015 pour mon troisième congé maternité. J'ai repris une activité de remplacement sur Brest en janvier 2016. Je me suis à nouveau installée en avril 2016. J'ai été à nouveau nommé chef de clinique universitaire à Brest en novembre 2016. Je suis maître de stage depuis 2013, à Orléans puis à Brest. » (R31)
- « Remplacements en attendant que mon conjoint finisse son clinicat » (R44)
- « Suite à ma thèse j'ai remplacé / puis déménagé dans le 56 pour rejoindre mon conjoint / j'ai choisi l'hospitalier par défaut » (R49)
- « Remplacements en région Centre pendant 3 ans - célibataire - puis remplacements dans 35 et 22 pour rapprochement conjoint puis installation pour vie plus stable avec conjoint » (R60)
- « Remplacement régulier de 3 médecins 2 ans dans le même cabinet en région centre puis beaucoup de déménagements pour suivre le cursus du conjoint donc remplacements dans des zones très diverses dont les DOM-TOM pendant un an. (Installation prévue dans 1 mois) » (R67)
- « 1 an de remplacement avant la validation de ma thèse, puis 5 ans d'installation en zone rurale, puis pour suivre mon conjoint quelques mois de remplacement avant de débiter une collaboration » (R86)
- « Remplacements dans le 28 des MSU et autres médecins en ville rural et semi rural pendant 1 an puis remplacement à Paris intra-muros près du travail de mon conjoint pendant 2 ans avec quelques allers-retours dans le 28 ou à Tours pour quelques rempla puis installation à Tours à la naissance de ma première fille pour la qualité de vie par rapport à la vie parisienne » (R104)

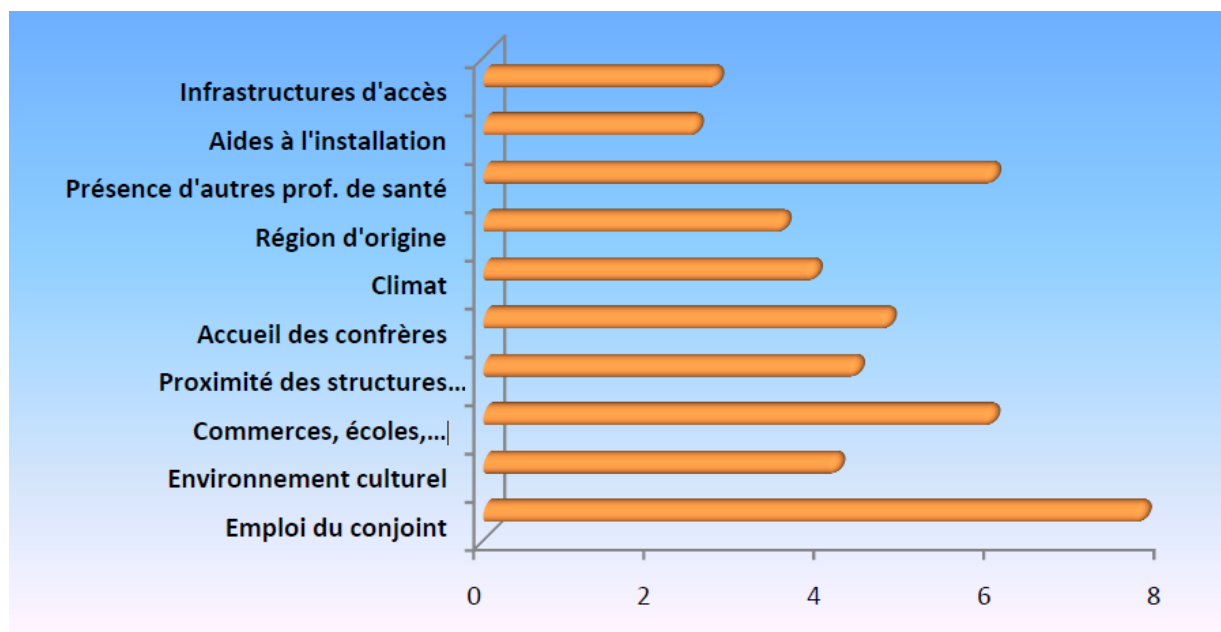
VI. Facteurs intervenant dans le choix du lieu d'installation

Dans le questionnaire de 2009 il était demandé aux internes de classer une dizaine de facteurs en fonction de leur importance dans le choix de leur future installation.

Il en ressortait que les éléments prioritaires dans leurs choix étaient :

- L'emploi du conjoint
- La présence d'autres professionnels de santé et l'organisation de la permanence de soins
- La proximité de commerces, d'écoles...

Le facteur d'installation classé comme le moins important était « les aides à l'installation ».



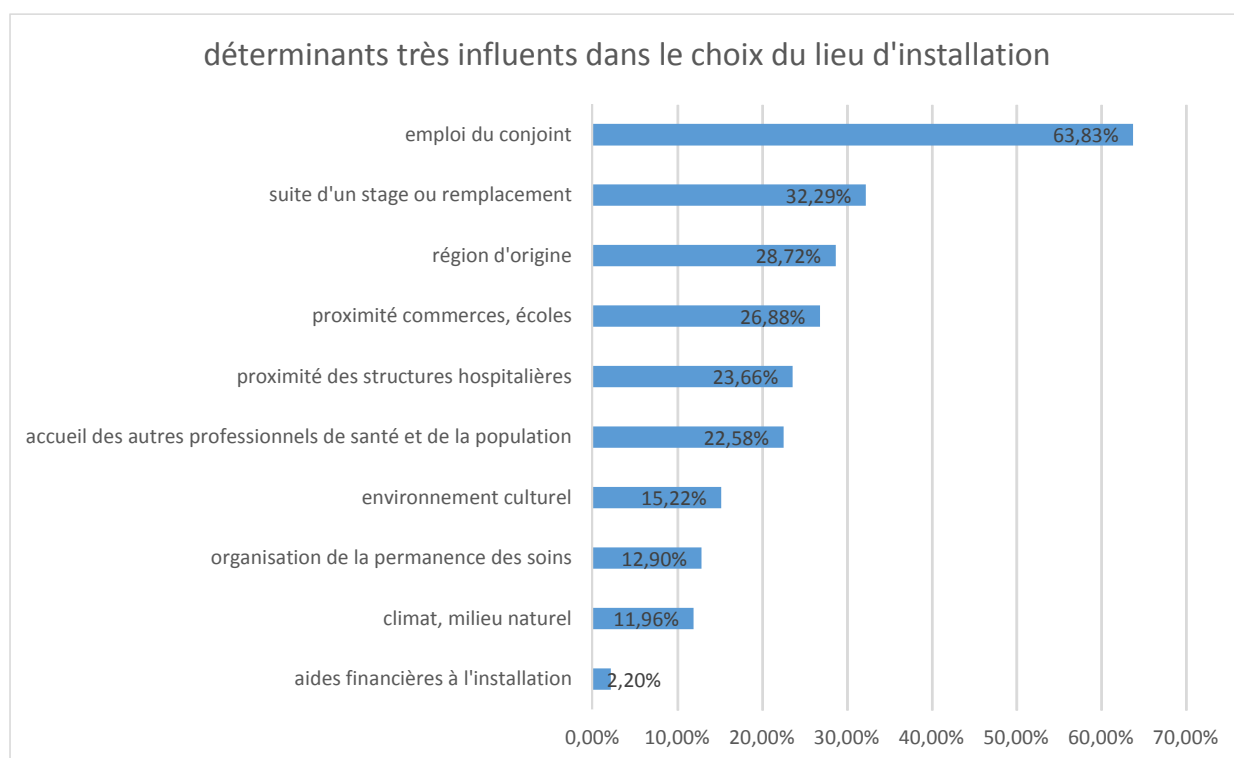
Les éléments influençant le choix du lieu d'installation, en 2009¹ (note moyenne sur 10).

A. Influence des déterminants à l'installation

En 2017 il a été redemandé à ces médecins quels ont été les déterminants principaux dans le choix de leur installation (classés de « très influents », « influents », « peu influents » à « aucune influence »).

A la lecture de différents travaux montrant l'influence des lieux de stage dans l'installation^{11,12} et un autre relativisant son rôle¹³, il m'a semblé intéressant d'ajouter le critère « suite d'un stage ou remplacement » pour l'évaluer dans cette population.

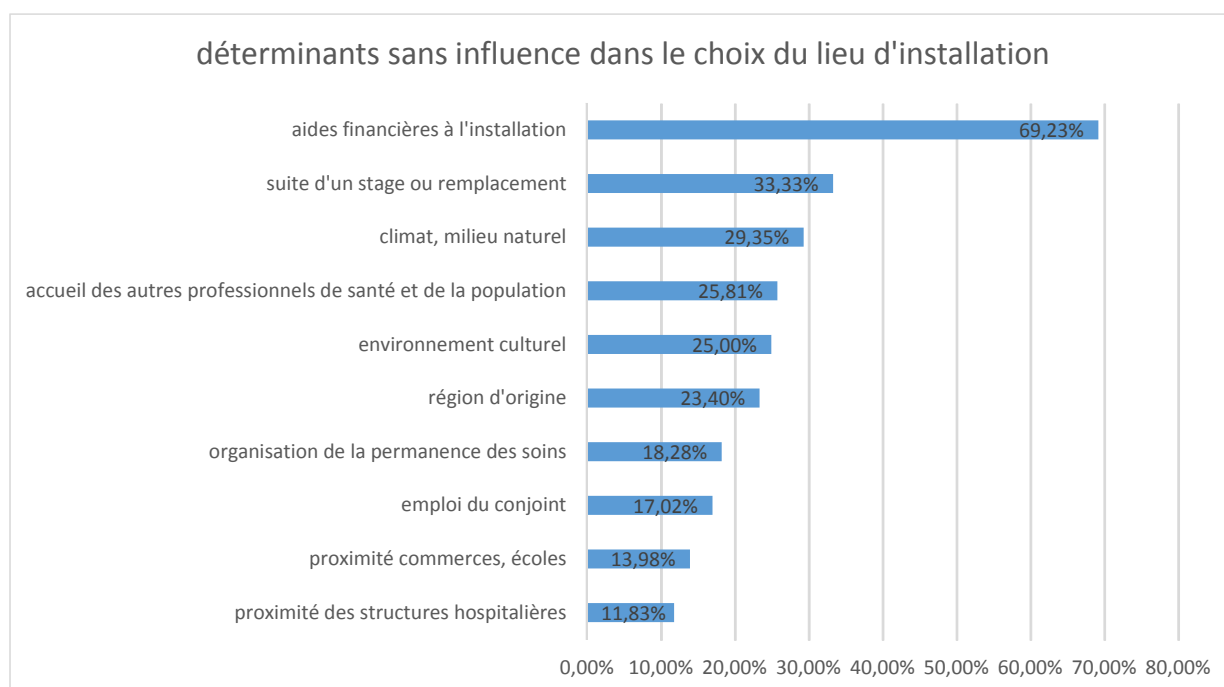
Ce choix ne se fait pas sur un seul critère mais dans un contexte aux déterminants variés. Certaines tendances apparaissent néanmoins.



Ainsi après un délai de 8 ans le déterminant d'installation le plus influent dans cette population a été effectivement, et très nettement, l'emploi du conjoint (cité comme « très influent » pour plus de 63% des médecins interrogés).

En seconde position : le déterminant « suite d'un stage ou d'un remplacement » apparaît comme « très influent » pour presque un tiers (32,3%) des médecins.

Le troisième déterminant le plus fréquemment cité comme étant « très influent » a été la région d'origine (pour 28,7% des médecins).



Ces résultats confirment, comme en 2009, l'inattractivité des aides financières qui sont le moins fréquemment citées comme déterminant « très influent » et loin devant comme déterminant n'ayant « aucune influence ».

Le facteur « suite d'un stage ou remplacement » est également retrouvé en seconde position des déterminants sans influence dans le choix du lieu d'installation (33%).

B. Autres déterminants

Les médecins interrogés pouvaient ensuite compléter leur réponse en précisant si d'autres facteurs avaient particulièrement influencé leur choix d'installation.

1/ Plusieurs médecins ont insisté dans leur réponse sur l'importance de facteurs déjà présents dans le questionnaire

- L'importance du cadre de vie :

→ « *Le kitesurf, les dauphins et les baleines ...* » (R101)

- Lien avec des parents, proches ou région d'origine :

→ « *Je connais mon prédécesseur depuis l'enfance ainsi que l'une de mes associés.* » (R4)

→ « *Succession du cabinet familial (parents)* » (R6)

→ « *Proximité des parents* » (R9)

→ « *Présence proche de la famille* » (R23)

→ « *J'ai vécu à Toulouse de 18 à 29 ans, j'ai quitté la région pour mon internat à Tours car mon conjoint de l'époque habitait à Paris, et je suis rentrée à Toulouse dès que j'ai pu. Tout simplement* » (R82)

→ « *J'exerce dans la ville où j'ai grandi en association avec mon ancien médecin traitant* » (R99)

→ « *Proximité famille* » (R105)

- Choix d'installation en fonction du conjoint :

→ « *Ma conjointe a refusé de quitter la région. Je souhaitais retourner à Toulouse, ville de mon externat.* » (R24)

→ « *Mon conjoint ne peut travailler qu'en Suisse donc nous sommes obligés de vivre près de Genève. J'exerce en zone rurale et désert médical mais je suis à 5 min de Genève où les patients pour la majorité ne peuvent pas se faire soigner* » (56)

→ « *Lieu d'exercice du conjoint* » (R59)

→ « *Travail du conjoint très influent car j'ai quitté la région Centre pour vivre avec mon conjoint à ce moment-là, projet d'installation pour vie plus stable / séparation pendant l'installation - NB : cette personne était cadre-ingénieur, je m'étais installée dans cabinet en location pour possibilité de quitter cabinet plus facile en cas de mutation hors du territoire* » (R60)

- Accueil et entente avec collègues et patients :

→ « *L'entente au sein du cabinet* » (R4)

→ « *Le fait d'avoir trouvé un associé avec qui je partage les mêmes idées sur la prise en charge médicale des patients et l'organisation du cabinet* » (R13)

→ « *Bonne ambiance d'équipe* » (R94)

→ « *Collègues de travail et les patients* » (R97)

- Aide, facilité financière :

→ « *La seule aide financière était le loyer plutôt symbolique les 2 premiers années d'exercice, offert par la mairie. De plus pas de nécessité de racheter la clientèle.* » (R34)

2/ D'autres facteurs d'installation sont également rapportés

- Tout d'abord un argument géographique plus fin, la **distance entre le domicile et le lieu de travail** :

- « *Distance par rapport au domicile* » (R71)
- « *Proximité lieu de vie* » (R94)
- « *Distance domicile - lieu de remplacement : maximum 30 minutes* » (R107)

- Le **choix du mode, du type d'activité et de son organisation** sont bien évidemment des critères influents d'installation cités par ces médecins.

- En libéral :

- « *Intégration au sein d'une MSP* » (R23)
- « *Choix de médecine rurale* » (R29)
- « *Cabinet de groupe* » (R44)
- « *Mode d'activité* » (R47)
- « *Cabinet pluridisciplinaire (1 médecin généraliste, kinésithérapeutes, sage-femme, orthophoniste, infirmière, pédicure, diététicienne, psychologue)* » (R85)

- En hospitalier :

- « *Organisation du service d'urgences* » (R12)
- « *Le salariat (auparavant, j'étais été installée, en libéral exclusif avec création d'un cabinet)* » (R22)
- « *Projet de l'établissement tourné vers les soins palliatif étant donné ma formation de DESC soins palliatif* » (R52)
- « *Plateau technique* » (R94)

- Et parfois en particulier l'organisation du temps de travail :

- « *Pas de garde* » (R69)
- « *Possibilité de travailler 3,5 jours par semaine* » (R96)

- Pour certains c'est la présentation d'**une opportunité** qui a influencé leur installation :

- « *Recrutement par ma future associée* » (R31)
- « *Opportunité de l'association avec mon associée actuelle* » (R39)
- « *J'ai eu l'opportunité de coordonner le projet de la MSP et de créer, avec mes futurs collègues, de toute pièce le projet de soins et les locaux dans lesquels nous allons exercer.* » (R43)
- « *Structure en cours de construction au moment de mes recherches (donc hasard)* » (R51)
- « *Poste hospitalier disponible* » (R94)

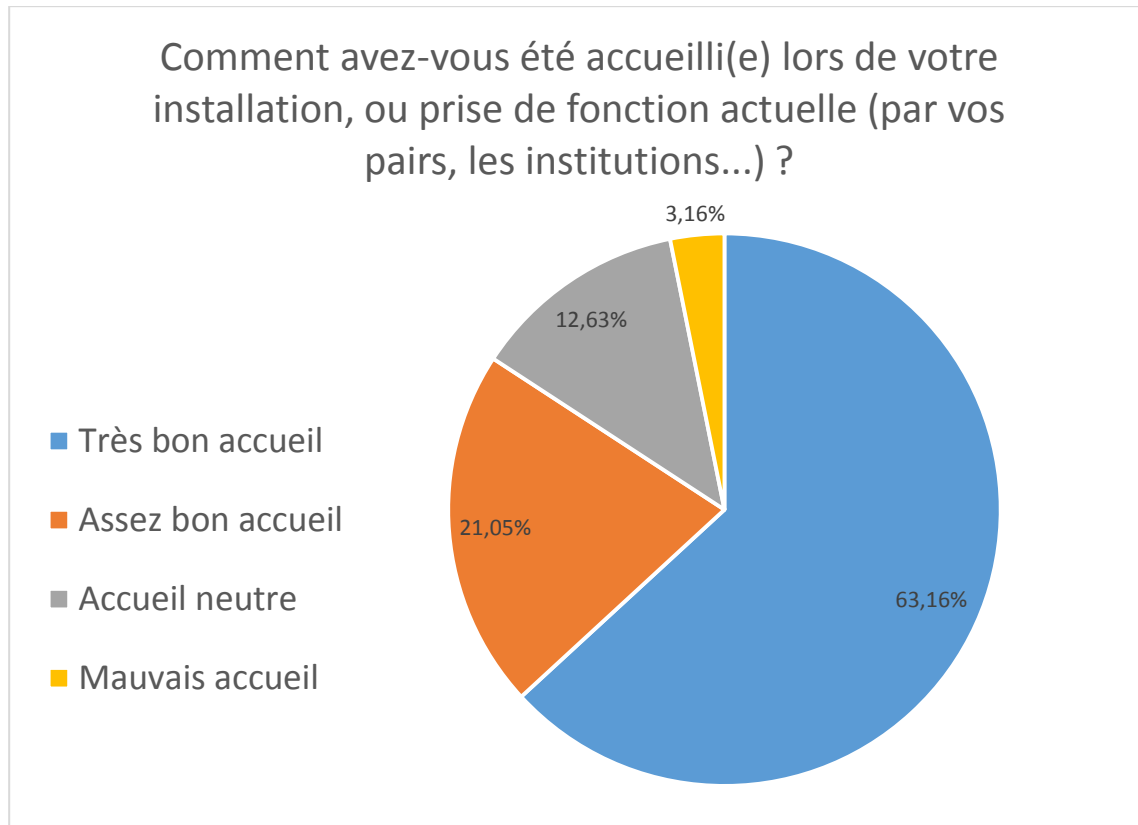
- Un dernier argument d'installation cité est l'**accueil des politiques locaux** :

- « *L'accueil des politiques (discours du maire, facilité pour trouver une nourrice, inscription à l'école...)* » (R19)

VII. Accueil

A. Accueil ressenti lors de l'installation ou prise de fonction actuelle

J'ai demandé aux médecins d'évaluer l'accueil lors de leur installation, ou prise de fonction.



B. Facteurs participant à cet accueil

Par la suite ils pouvaient détailler cet accueil ressenti, ce qui a permis d'identifier de multiples éléments.

1/ Facteurs d'accueils positifs

a) L'élément positif le plus fréquemment cité, sous différents aspects, est la qualité relationnelle avec les pairs

- Par les médecins en activité libérale :
 - « Bon accueil des [...] confrères avec qui je me suis installée (...) » (R23)
 - « Première installation : conditions parfaites. Ma prédécesseuse m'a annoncée à ses patients, m'a cédé sa patientèle. Mes 4 autres associés m'attendaient. » (R31)
 - « Besoin de médecins ici +++ donc contents de voir un nouveau médecin les aider... » (R56)
 - « Excellent accueil au vu de la pénurie majeure de médecins dans la région » (R70)
 - « Collègues jeunes, dynamiques et prêts à aider, bonne ambiance, échange sur les

dossiers compliqués » (R81)

→ « *J'ai choisi mon lieu d'installation avant tout grâce aux collègues avec qui j'avais envie de travailler (travail en équipe, partagé, des compétences différentes, non obnubilés par l'argent...) » (R91)*

• De même en salariat extrahospitalier :

→ « *Très bon accueil par les pairs » (R74)*

b) L'accueil parfois facilité par la connaissance antérieure des médecins associés

→ « *Optimale! Je connaissais déjà les patients depuis 3 ans (donc eux aussi me connaissaient!). Idem pour mes collègues. C'est à 10 min de chez moi! Un rêve! » (R64)*

→ « *J'ai commencé par faire des remplacements puis cela a évolué sur une collaboration » (R42)*

→ « *Je travaille dans un cabinet de groupe, avec un associé avec lequel je m'entends très bien. Je le connaissais déjà bien avant de m'installer. » (R88)*

→ « *J'étais déjà connu dans la ville. Mon associé était mon médecin traitant. On m'a accueilli les bras ouverts » (R99)*

→ « *Remplacements fixes chez mon ancien maître de stage avec qui j'entretiens d'excellentes relations professionnelles et amicales. » (R43)*

→ « *J'ai trouvé ce poste via un ancien co-interne avec qui je travaille maintenant, entretien par Skype avec la direction alors que j'étais encore en poste dans les DOM TOM, très bon accueil de la part des collègues, arrivée en même temps qu'une nouvelle collègue de la même génération que moi » (R94)*

c) Cette qualité relationnelle entre pairs est parfois créée, et entretenue par des activités intraprofessionnelles

→ « *FMC tous les mois, participant à faciliter et entretenir l'échange et la bonne entente des médecins de la zone » (R61)*

d) L'aspect positif du travail de groupe et pluri-professionnel est rapporté

• En activité hospitalière :

→ « *J'ai retrouvé une activité de soignant en groupe avec des interactions et des échanges avec des collègues. » (R45)*

• En activité libérale de groupe :

→ « *Le travail pluri-professionnel avec des pairs dynamiques et bienveillants, ainsi qu'un secrétariat physique de qualité c'est le top ! » (R38)*

→ « *J'ai eu la chance d'arriver au moment du démarrage de la MSP d'Argenton-sur-Creuse, structure complète au niveau des soins proposés à la population (8 médecins généralistes, 2 spécialistes, [d'autres] spécialistes du CH qui consultent sur place, 5 cabinets infirmiers, une diététicienne, 3 kinés, 2 podologues, 1 sage-femme, 1 orthophoniste, 1 psychologue, 1 tabacologue, et prochainement une structure de radiologie standard) » (R77)*

e) La qualité d'accueil des autres professionnels de santé et EHPAD est également un élément présent

- « Par contre très bon accueil des EHPAD ou de l'hôpital local » (R16)
- « Très bon accueil par [...] les paramédicaux. » (R18)
- « Bon accueil des paramédicaux » (R23)
- « L'accueil des deux cabinets infirmiers a été très bon, l'accueil de la pharmacienne également. » (R31)
- « Très bon accueil [...] des professionnels paramédicaux de la commune (...) » (R30)
- « Très bon accueil également en EHPAD. » (R81)
- « Bon contact avec les paramédicaux. » (R88)

f) Certains médecins ont bénéficié de l'aide et du soutien de la part des collectivités locales

- « Aidé par une mairie (avec recherche des locaux, aide financière pour les travaux pour la mise aux normes handicapés, soutien physique) » (R22)
- « Nous avons ouvert 15 jours plus tard toutes les 2 grâce à la mairie qui nous a trouvé un local en urgence. [...] La mairie nous aide à monter un projet de maison de santé. » (R31)
- « Les locaux ont été rénovés par la mairie et le loyer de démarrage était symbolique. » (R34)
- « Très bon accueil de la mairie (..) » (R60)

g) Et pour l'un d'une aide financière à l'installation

- « Aide à l'installation avec l'ARS => Praticien Territorial de Médecine Générale » (R61)

h) Et bien sûr un élément important de cet accueil, la qualité d'accueil des patients

- « Très bon accueil par la population et les paramédicaux. » (R18)
- « Il s'agit plus de l'accueil des villageois, désireux d'avoir un médecin de proximité » (R34)
- « Mais très bon accueil de la part des patients. » (R51)
- « Bon accueil des patients » (R105)

Cet accueil par le patient s'est parfois construit avant même l'installation :

- « Patientèle déjà connue depuis des années » (R3)
- « Je connaissais mes confrères car j'avais été en stage chez 2 d'entre eux. » (R24)

i) L'allègement administratif comparé à l'activité libérale fait partie des éléments cités participant à un très bon « accueil » dans une pratique salariée hospitalière

- « Et plus de contrainte de type URSSAF CARMF... » (R45)

j) Et aussi, tout simplement, la passion pour un territoire

- « Orléans c'est génial » (R100)

2/ Facteurs d'accueils négatifs

a) Les difficultés relationnelles entre confrères sont de fait l'élément négatif le plus cité

- Ainsi parfois l'accueil est **froid de la part des pairs** :
 - « *Pas de soucis avec mon actuelle associée mais aucun rapport pro avec les autres médecins du secteur* » (R39)
 - « *Cela dépendait des confrères, ceux que j'avais remplacés plutôt froid, les autres bien meilleur accueil.* » (R59)
- D'autre fois **mitigé ou ambivalent** :
 - « *Ambivalence des médecins déjà installés entre leur lourde charge de travail et l'installation mal perçue de jeunes médecins sur leur secteur...* » (R37)
 - « *Accueil au mieux neutre au pire hostile de la part des autres généralistes du secteur* » (R51)
 - « *Très bon accueil par associé, très neutre voire négatif par les pairs* » (R85)
- Voire **clairement mauvais** :
 - « *Mauvais accueil du médecin généraliste de la ville* » (R18)
 - « *(...) mais mauvais accueil de certains confrères travaillant à proximité* » (R23)
 - « *(...) mais accueil beaucoup moins positif voire négatif de la part des médecins généralistes de la commune et des communes voisines* » (R60)

Notamment conflit financier lors succession :

- « *Concernant ma deuxième installation, mon associée essayait de trouver un successeur au médecin de la commune dont elle était collaboratrice depuis 8 ans. Celui-ci, après un premier accord, s'est fâché pour des motifs financiers et a fermé le cabinet en annonçant à ses patients qu'il n'y avait pas de solution sur la commune.* » (R31)

b) Pour certains médecins, ces difficultés de relations entre pairs sont conséquentes de perceptions différentes de l'exercice et des attentes professionnelles

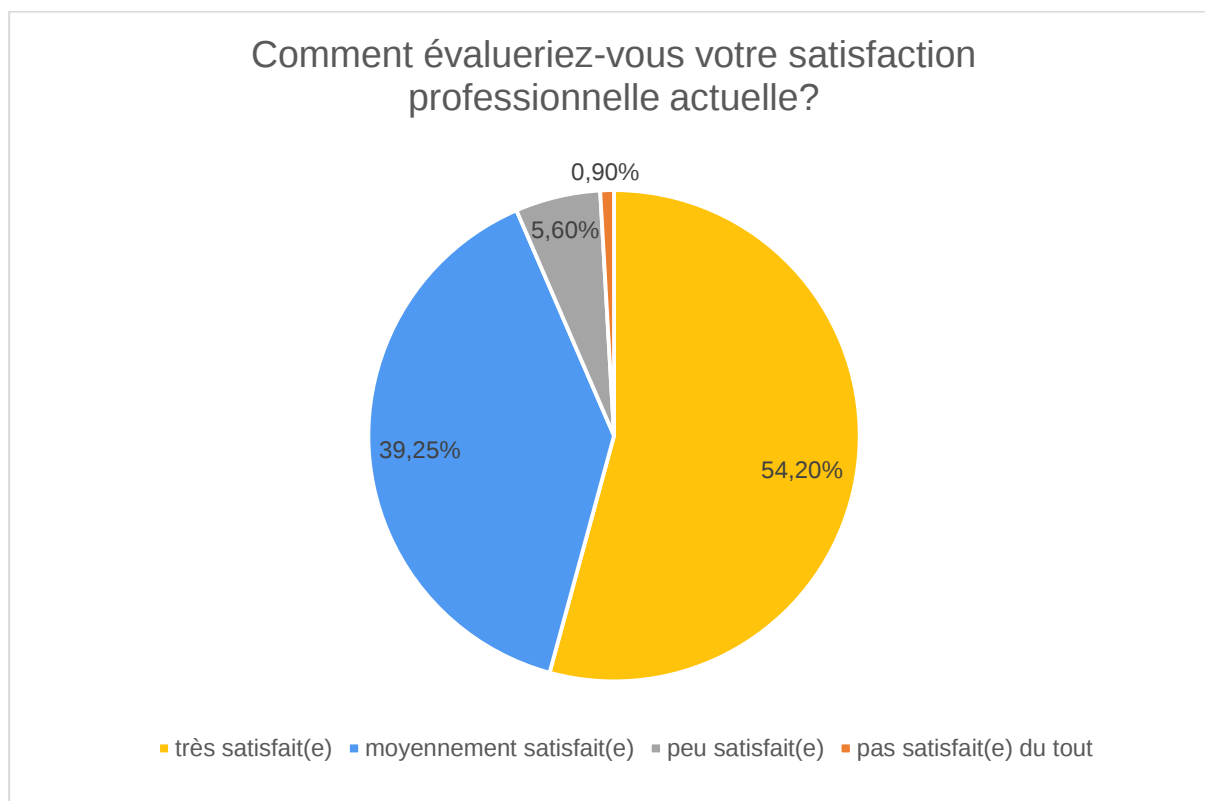
- « *Accueil mitigé des confrères : bon pour certains mais hostilité d'autres qui ne comprenaient pas que je ne rachète pas de patientèle et que je ne puisse pas assurer les gardes de semaines (je vis à 40 min de mon cabinet), alors que j'assure les week-ends comme eux.* » (R17)
- « *Assez bon accueil les premiers temps mais suivi d'une période très difficile du fait du burn-out d'un des confrères. Incompréhension générationnelle ? Manque de considération du fait de mon plus jeune âge ? Aucun échange intellectuel ou convivial. Conflits ouverts avec la secrétaire etc etc etc puis amélioration récente depuis l'arrivée d'une collaboratrice de ma génération 3 jours par semaine au cabinet.* » (R104)

c) Parfois un manque de soutien ressenti de la part des collectivités ou institutions

- en exercice libéral :
 - « *Mais avant d'avoir trouvé cette mairie, le projet a été ignoré dans d'autres endroits où le besoin était le même (avec le recul, certaines mairies pensaient que nous voulions un financement alors que nous n'avions rien demandé)* » (R22)
 - « *Les institutions et administrations n'ont pas d'intérêt pour l'installation d'un généraliste pourtant exerçant dans le canton de Mme le ministre de la santé* » (R41)
 - « *Bâtons dans les roues mis par le conseil de l'ordre pour des raisons administrativo-juridiques pour lesquels nous (mon associé et moi) avons dû trouver des solutions seuls.* » (R51)
 - « *[Accueil] peu facilitant par les institutions* » (R85)
- Des difficultés avec les institutions sont également présentes chez les médecins salariés, extrahospitaliers :
 - « *[Accueil] beaucoup plus mitigé par l'institution et en particulier la DRH qui ne fait aucun effort pour connaître notre cursus et s'intéresser à la réalité de la rémunération à laquelle un médecin titulaire peut prétendre. On m'a quand même proposé un salaire mensuel inférieur à celui d'un interne de 3e année lors de mon 1er contrat en PMI.* » (R74)

VIII. Satisfaction

A. Auto-évaluation de satisfaction professionnelle

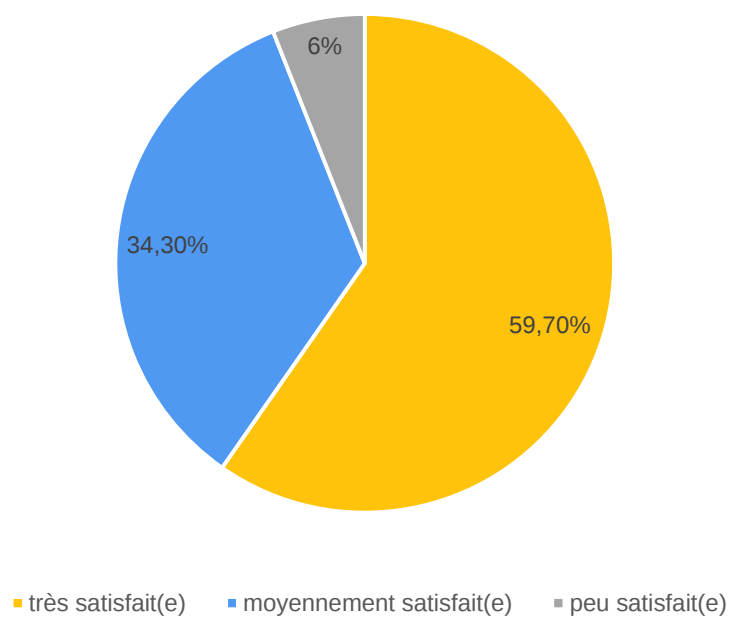


La majorité de ces médecins se déclarent « très satisfaits » de leur activité professionnelle (plus de 54%).

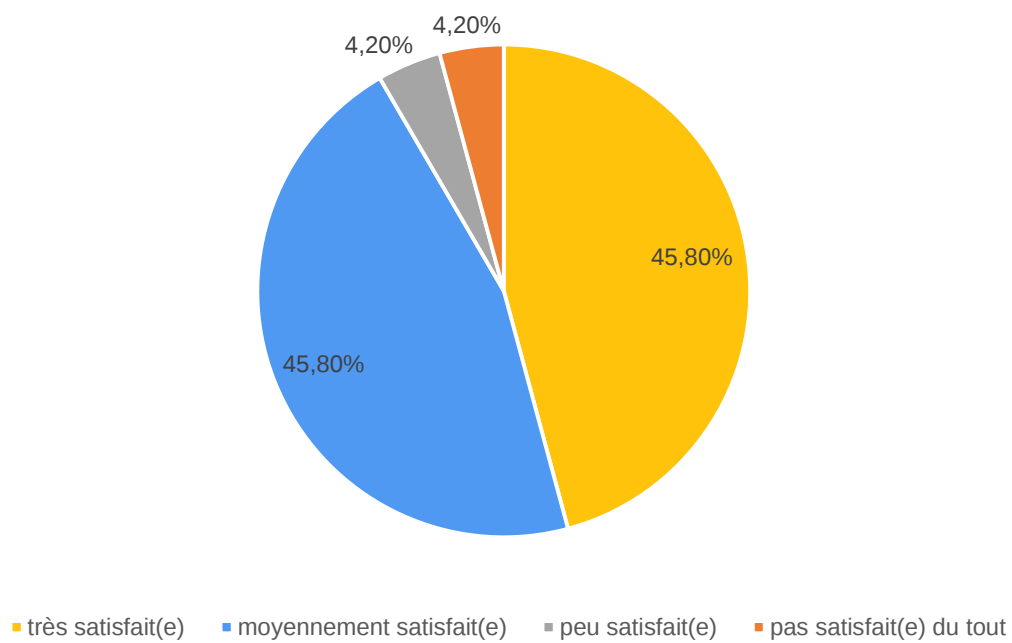
Néanmoins une importante proportion, 39,25%, nuance cet enthousiasme et se dit « moyennement satisfait ».

Même minoritaires (6,54%), certains ne se sentent que peu satisfaits, voire pas satisfaits du tout, par leur activité professionnelle.

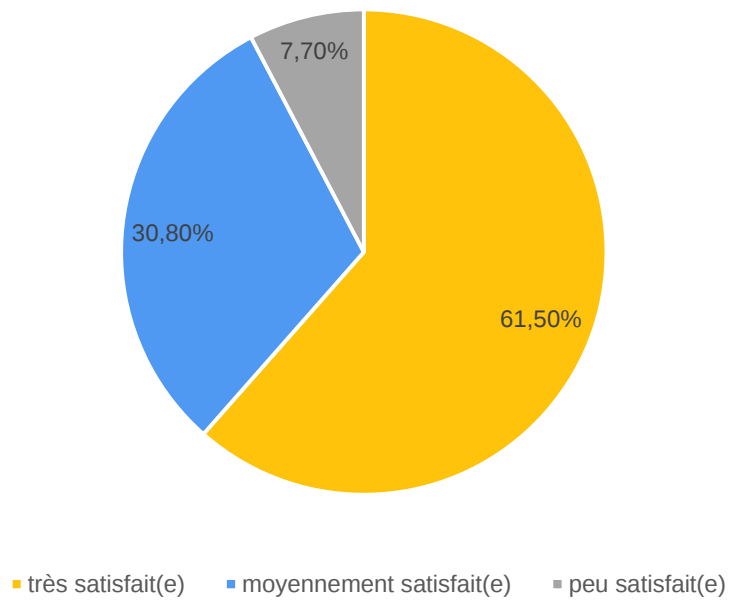
Médecins en activité libérale



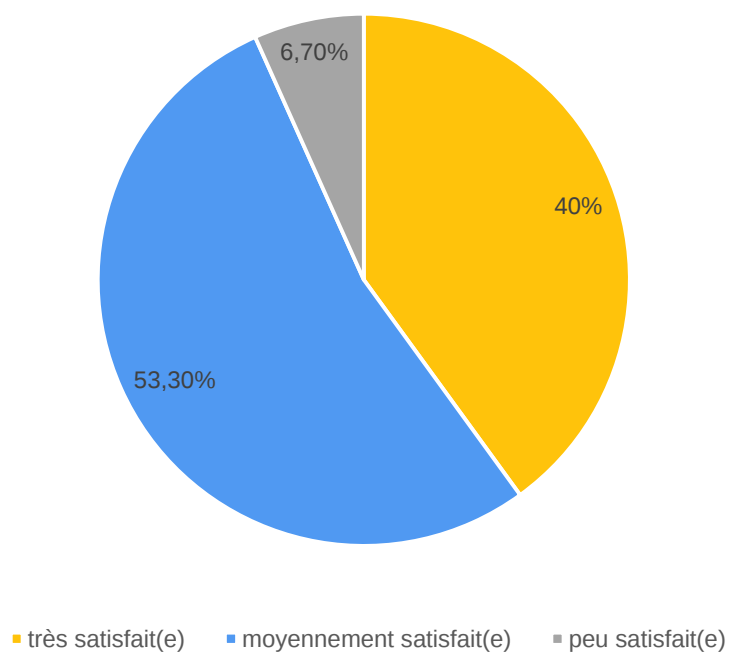
Médecins en activité salariale



Médecins en activité mixte



Médecins remplaçants



B. Motifs de satisfaction

Pour comprendre ce ressenti, les répondants au questionnaire étaient invités à préciser leurs motifs de satisfaction et de mécontentement.

1/ Motifs de satisfaction des médecins « très satisfaits » de leur activité professionnelle

En toute logique ces critères de satisfaction recoupent ceux ayant influencé une installation et/ou une pratique, ainsi que ceux ayant participé à la qualité de l'accueil.

a) Citée par plusieurs médecins, l'importance du lien entre consœurs, confrères et partenaires professionnels, alliant bonne entente et travail en équipe

• En activité libérale :

- « Bonne entente avec les confrères avec qui on peut échanger sur les patients et leurs problématiques. » (R2)
- « Très bonne ambiance de travail avec une réelle collaboration entre collègues et avec les paramédicaux » (R10)
- « Maison médicale et associée permettant le partage et le soutien. » (R15)
- « Travail en équipe avec bonne entente » (R23)
- « L'installation à venir comble parfaitement mes attentes de travail en équipe, de locaux, (...). » (R43)
- « Car cabinet partagé à mi-temps avec une copine de promo retrouvée par hasard! » (R44)
- « Activité en groupe » (R51)
- « Très bonnes relations avec les paramédicaux du secteur » (R60)
- « Bonne entente avec mes associés et mes collègues médicaux et para médicaux » (R76)
- « Satisfait du point de vue de la qualité du travail, de l'ambiance entre les collègues » (R77)
- « Bons associés. » (R90)
- « Je travaille en équipe, je peux partager les cas difficiles ou faire venir mes collègues dans mon bureau voir une lésion dermato par exemple. Pas de conflits avec mes collègues. » (R91)
- « [...] des collègues sympa (groupe de 4 médecins) » (R99)
- « Collègues sympas » (R100)

• En milieu hospitalier :

- « Mais on est une équipe dynamique et soudée de collègues motivées donc ça va ! » (R1)
- « Bonne entente entre collègues d'autres spécialités » (R80)
- « Équipe jeune et dynamique motivée avec la même façon de travailler, centre hospitalier de taille raisonnable avec bonne ambiance entre les différents services » (R94)
- « Travail d'équipe » (R98)

- Cet élément est également cité en salariat extrahospitalier :
- « *Travail en groupe comme j'aime* » (R78)

b) Pour certains médecins en activité libérale il y a aussi l'importance du secrétariat

- « *Bonne entente avec mes associés et mes secrétaires* » (R21)
- « *Confort d'exercice (secrétariat)* » (R104)

c) L'organisation du réseau de soins est un autre critère de satisfaction

- « *Proximité des spécialistes* » (R34)
- « *Bonne gestion de la demande médicale* » (R63)
- « *Continuité des soins* » (R69)
- « *Bon réseau de professionnels de santé* » (R100)

d) L'organisation du temps de travail et l'équilibre vie professionnelle / vie personnelle qui en découle est un critère maintes fois cité

- « *Partage du temps de travail avec possibilité de temps libre pour les enfants.* » (R2)
- « *Bonne organisation de travail à 2 médecins avec remplaçant. [...] Je parviens à allier vie professionnelle et privée dans un juste équilibre.* » (R16)
- « *Rythme de travail satisfaisant* » (R20)
- « *Système de roulement permettant à chacun de prendre suffisamment de vacances dans l'année (nous fonctionnons sans remplaçants).* » (R21)
- « *Bonne organisation avec la vie de famille* » (R23)
- « *Je fais exactement ce que j'ai choisi, à mon rythme et avec la paix dans le ménage* » (R33)
- « *Épanouissement professionnel tout à fait compatible avec ma vie familiale qui reste prioritaire. L'installation à venir comble parfaitement mes attentes (...) d'organisation du temps de travail.* » (R43)
- « *Horaires souples.* » (R47)
- « *Pas de surmenage* » (R51)
- « *Cabinet, horaires [...] satisfaisants* » (R61)
- « *Organisation personnelle* » (R63)
- « *Centre-ville donc possibilité de faire des choses perso entre midi et deux ++, bon équilibre vie pro et perso* » (R69)
- « *Très contente [...] de mon mode d'activité 4 jours par semaine (...)* » (R71)
- « *Une charge de travail qui me convient (ni trop ni trop peu)* » (R88)
- « *Bon équilibre vie pro / vie perso. Bonnes conditions d'exercices.* » (R90)
- « *Bon équilibre vie pro / vie perso* » (R95)
- « *Du travail [...]* » (R99)
- « *Temps partiel (horaires compatibles avec vie famille). Temps suffisant pris avec les patients. Déjeuner à domicile. Du temps pour la vie personnelle. Des vacances comme je le souhaite, confort d'exercice (secrétariat) pas de garde de travail le week-end. Peu de visites. Pas trop difficile de trouver des remplaçants.* » (R104)
- « *Activité de 3 jours /semaine en bureau partagé* » (R105)

- Cet équilibre parfois s'appuie sur l'exercice d'une activité mixte :
 - « *J'aime mon activité libérale, j'aime mon activité universitaire. Elles se répondent parfaitement.* » (R31)
 - « *J'ai trouvé un équilibre entre libéral et salariat.* » (R38)
 - « *Équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, travail 3.5 à 4 jours / semaine, seulement 2 soirs dédiés à la médecine générale où je rentre plus tard, 3 consultations / heure.* » (R81)
 - « *Activité libérale contenue, complétée par travail en équipe en EPHAD* » (R85)
- L'organisation du travail et l'équilibre vie professionnelle / vie personnelle est un argument de satisfaction également cité par les médecins hospitaliers :
 - « *Horaires convenables pour une vie de famille* » (R49)
 - « *Très satisfaite des horaires de travail et des nombreux congés.* » (R74)
 - « *Rythme professionnel compatible avec vie familiale.* » (R80)
 - « *Bon équilibre en vie professionnelle et personnelle* » (R108)
- Et les médecins en activité salariale extrahospitalière :
 - « *Bon compromis vie privée / vie professionnelle* » (R12)
 - « *Salariée beaucoup plus simple et attractif pour une jeune femme avec 3 enfants pas de papiers de CARMF ou URSSAF.... [...] horaires souples* » (R78)

e) En lien avec la satisfaction du fait de l'organisation de son activité professionnelle l'argument de la liberté de l'activité libérale, de sa maîtrise, revient plusieurs fois

- « *[...] une organisation médicale que j'ai choisie (temps de consultation, matériel médical, outils informatiques...), une organisation pratique maîtrisable (planning, horaires, temps de consultation...)* » (R13)
- « *Installation=liberté de travail* » (R32)
- « *Je fais exactement ce que j'ai choisi* » (R33)
- « *Création de novo de l'activité qui a permis de la faire selon mes préférences* » (R37)
- « *Je suis mon propre chef! Et ça, ça n'a pas de prix ...* » (R57)
- « *Je suis mon propre patron* » (R64)
- « *Très contente [...] de la possibilité d'avoir pu choisir mes futurs associés au fur et à mesure* » (R71)
- « *Contrôle de mon temps de travail* » (R96)

f) La notion de liberté est l'argument de satisfaction principal des médecins remplaçants

- « *3 enfants en bas âges, pas de souhait d'installation pour l'instant* » (R25)
- « *Liberté dans mon emploi du temps. Remplacements dans quelques cabinets où mon activité me plaît. Agenda suffisamment rempli.* » (R72)
- « *Satisfait de la liberté que confère la situation de remplaçant* » (R26)

g) L'épanouissement professionnel par le type de pratique et sa diversité

- en libéral :
 - « *Pratique rurale très satisfaisante, variée.* » (R16)
 - « *J'aime mon activité libérale, j'aime mon activité universitaire* » (R31)
 - « *Activité diversifiée* » (R51)
 - « *Exercice plaisant (orientation gynéco) peu de visite* » (R104)
- En hospitalier :
 - « *Intérêt professionnel, activité variée* » (R80)
 - « *Diversité d'activité* » (R98)
- Et en activité salariale extrahospitalière :
 - « *Le travail est très intéressant et diversifié* » (R40)

h) Pour les hospitaliers le dynamisme de l'activité hospitalière est un critère de satisfaction plusieurs fois cité

- « *Mais on est une équipe dynamique et soudée de collègues motivées donc ça va !* » (R1)
- « *Épanouissement personnel avec des vrais projets d'équipe.* » (R45)
- « *Service dynamique* » (R49)

i) Ainsi que l'organisation de l'activité hospitalière

- « *Projet d'établissement intéressant, structure à taille humaine, logique de service public à l'échelle du territoire de la Vallée du Cher* » (R52)
- « *Équipe jeune et dynamique motivée avec la même façon de travailler, accès au plateau technique imagerie facile centre hospitalier de taille raisonnable* » (R94)

j) Bien que rarement précisé ni défini, le « cadre de vie » et son articulation avec le lieu de travail est un motif de satisfaction souvent cité

- De la part de médecins libéraux :
 - « *J'aime la ville où j'exerce* » (R15)
 - « *Milieu calme* » (R34)
 - « *L'installation à venir comble parfaitement mes attentes (...) de localisation géographique ...)* » (R43)
 - « *[...] et cadre de vie satisfaisant* » (R61)
 - « *Cadre de travail* » (R63)
 - « *J'adore mon lieu de vie* » (R64)
 - « *Environnement parfait [...], centre-ville donc possibilité de faire des choses perso entre midi et deux +++* » (R69)
 - « *Très contente du quartier* » (R71)
 - « *Satisfait [...] de la région où il fait bon vivre et élever son enfant* » (R77)
 - « *Dans un environnement qui me plaît* » (R88)
 - « *Proximité de mon domicile et des enfants. Peu de transport. Déjeuner à domicile* » (R104)
 - « *Qualité de vie [...] ville à taille humaine* » (R100)

- Et de médecins hospitaliers :
 - « Je suis dans ma région d'origine et proche donc de ma famille » (R1)
 - « Seulement à 3h de ma région d'origine » (R49)
 - « Possibilité de vivre à Tours quand même » (R52)
 - « Proximité de Tours » (R94)
 - « Cadre de vie parfait » (R101)

k) Les revenus sont aussi un des critères de satisfaction cités

- En activité libérale :
 - « Revenus proportionnels à l'effort » (R47)
 - « Revenus corrects » (R96)
- En activité salariale :
 - « Salaire intéressant » (R78)

l) L'importance des liens et l'attachement avec les patients est un motif de satisfaction mis en avant par plusieurs médecins libéraux

- « Je suis contente d'avoir trouvé un lieu fixe de travail, des patients que je connais et que je suis » (R13)
- « Ma patientèle me correspond » (R15)
- « Population accueillante, respect de la profession » (R34)
- « Patients du secteur accueillants » (R51)
- « Patients gentils et encore reconnaissants. je ne suis pas en conflit avec leurs recherches internet, c'est une pratique qui n'existe quasiment pas ici » (R61)
- « Très contente [...] de mes patients » (R71)
- « [...] des patients sympas [...] » (R99)
- « Patientèle de ville très agréable » (R100)
- « Patientèle très sympa. » (R104)

m) Plusieurs médecins libéraux mettent aussi en lumière l'importance de la transmission entre pairs comme motif de satisfaction

- « J'aime mon activité libérale, j'aime mon activité universitaire. Elles se répondent parfaitement. » (R31)
- « J'ai des pairs et maîtres que j'admire et qui enrichissent ma pratique ! J'accueille des étudiants et c'est un bonheur de transmettre et d'échanger d'être toujours dans la réflexivité... » (R38)
- « Du temps pris pour les formations et l'accueil d'étudiants en 4ème année et bientôt d'internes » (R104)

Un médecin hospitalier cite aussi l'importance du maintien d'une **formation continue** :

- « Formation continue » (R80)

n) Pour certains médecins cette satisfaction est clairement exprimée en opposition à un autre mode de pratique

- Activité hospitalière et salariée en opposition à l'activité libérale :
 - « *Fin du libéral, fin de la paperasse, le temps de voir les patients* » (R65)
 - « *Salariée beaucoup plus simple et attractif pour une jeune femme avec 3 enfants pas de papiers de CARMF ou URSSAF.... [...] horaires souples* » (R78)
- Activité libérale installée en opposition aux remplacements :
 - « *Je suis contente d'avoir trouvé un lieu fixe de travail, des patients que je connais et que je suis* » (R13)

Effectivement ces critiques vont être retrouvées parmi les motifs d'insatisfaction.

2/ Les médecins « moyennement » à « pas satisfaits » ont pu également détailler leurs motifs de non-satisfaction professionnelle

Ces motifs sont pour un certain nombre en miroir avec les motifs de satisfaction.

a) Des difficultés relationnelles entre professionnels

- En activité libérale l'entente **entre consœurs, confrères** peut être compliquée :
 - « *[...] mais relations avec confrère(s) pas toujours très faciles* » (R60)
 - « *Manque de collaboration avec les autres confrères* » (R3)
- Parfois plus particulièrement avec les **médecins d'autres spécialités** :
 - « *Le manque de considération par [...] certains spécialistes considérant les généralistes comme "leurs petites mains" voire leur secrétaire* » (R30)
 - « *Relation avec spécialistes parfois compliquée car eux-mêmes en surcharge* » (R48)
- Également les **difficultés d'entente avec et entre associés** :
 - « *Maison médicale vieillissante d'un point de vue des murs nécessitant mise aux normes que je n'avais pas anticipée, immobilisme des autres membres de la maison médicale face à cette situation (problématique des décisions collégiales)* » (R27)
 - « *Nous sommes 3 dans le cabinet, pour 2 bureaux, donc limité par le choix des autres médecins installés avant moi* » (R42)
- Ce sont aussi pour certains les **relations avec les institutions et les politiques** qui posent problème :
 - « *L'organisation difficile de la permanence de soins, dialogue difficile avec les élus locaux et l'ARS* » (R46)
- En **activité salariale** ce peut être ainsi **les relations avec l'administration** qui sont sources de conflit :
 - « *Insatisfaite des relations avec la DRH et les cadres administratifs d'une manière générale.* » (R74)

b) Le motif d'insatisfaction le plus fréquemment exprimé, et aux composantes multiples, est la surcharge de travail

- En activité libérale :

- « *Impression d'être en permanence débordée* » (R4)
- « *Surcharge de travail* » (R6)
- « *Pas le temps de tout faire comme je l'aimerais* » (R8)
- « *J'ai un peu trop de travail.* » (R66)
- « *Surcharge* » (R83)
- « *Surcharge de travail* » (R84)
- « *Trop de travail* » (R102)

- En milieu hospitalier :

- « *Volume horaire+++* » (R75)
- « *Rythme de travail* » (R89)

- En activité mixte :

- « *Difficile de cumuler un poste salarié et libéral.* » (R24)

- Cette surcharge de travail est mise en lien par plusieurs médecins **avec le poids des charges administratives** :

- « *Beaucoup de satisfaction dans l'exercice médical mais beaucoup de tâches administratives qui parfois gâchent l'exercice.* » (R9)
- « *La SÉCU, que dis-je? Les caisses, et leurs milliers de papiers...* » (R19)
- « *Contraintes caisses et responsabilités de plus en plus grandes* (R29)
- « *Toujours plus de paperasse et de fonctions attribuées au généraliste (certificat d'invalidité, médecine préventive...) sans nous donner plus de temps et de moyens* » (R30)
- « *Mais plombé par une lourdeur administrative* » (R40)
- « *Charge administrative lourde* » (R41)
- « *[...] mais problèmes liés à l'administratif* » (R46)
- « *Trop de lourdeurs administratives* » (R84)

Inhérente à la **gestion d'entreprise de l'activité libérale** qui n'était pas toujours anticipée :

- « *Beaucoup de gestion d'entreprise dont je n'avais pas conscience* » (R4)

- Cette surcharge de travail pèse d'autant plus s'il s'y ajoute **la difficulté à se faire remplacer** :

- « *Difficultés à trouver un remplaçant régulier* » (R24)

- La **désertification médicale** est une explication exprimée à cette surcharge de travail :

- « *Désert médical, charge travail élevé malgré mi-temps* » (R48)
- « *[...] mais beaucoup de travail et de pression car désert médical donc fatigue+++* » (R56)
- « *Charge de travail trop importante, avec le départ récent de plusieurs médecins généralistes de la commune* » (R70)

Et le manque de médecins **se fait aussi ressentir en milieu urbain** :

- « *La désertification médicale concerne même les grands centres urbains. Et oui ! Même à Toulouse. En 2,5 ans près d'une demi-douzaine de généralistes de mon quartier de travail sont partis en retraite sans trouver de successeur. Les journées de travail sont donc très chargées pour ceux qui restent, 30 à 40 actes par jour, et la fatigue et la déprime guettent...* » (R82)

Cette désertification **touche également les autres spécialités médicales** :

- « *Le manque de confrère dans beaucoup de spécialités rend l'exercice quotidien plus pesant.* » (R106)
- « *Plus de spécialistes en campagne* » (R29)

Les **médecins hospitaliers ressentent aussi les conséquences de la désertification médicale** sur leur activité :

- « *Désertification médicale* » (R55)
- « *De plus, manque de médecins généralistes s'accroissant, avec bien entendu un fort retentissement sur le recours aux soins hospitaliers.* » (R62)

Conséquence supplémentaire à la désertification médicale, et citée en critère d'insatisfaction : **la pression exercée par les patients** :

- « *Grosse pression des patients car désert médical* » (R24)
- « *La pression de la part des patients est assez importante.* » (R106)

c) De fait si l'équilibre vie professionnelle / vie personnelle est un critère important de satisfaction, son déséquilibre lié à une surcharge de travail est retrouvé du côté des motifs d'insatisfaction

- En libéral :
 - « *Difficulté à concilier [avec la] vie de famille* » (R6)
 - « *Pas de temps de voir mes enfants* » (R102)
 - « *Incompatibilité par rapport au fonctionnement familial* » (R103)
- Ainsi qu'en activité hospitalière :
 - « *Conciliation entre vie privée et professionnelle très dure. En libéral sûrement plus qu'en salarié. Au moins en salarié, il n'y a pas de travail de chef d'entreprise qu'impose le mode d'exercice libérale, il y a des congés payés et des RTT...!* » (R22)

d) C'est à l'inverse, bien moins souvent rapportée, une trop faible activité qui peut être à l'origine d'insatisfaction

- « *Petite patientèle.* » (R39)
- « *Création de patientèle en cours* » (R58)

e) L'organisation du temps de travail est un autre motif d'insatisfaction

- En libéral :
 - « *Puis passage récent à nouvelle organisation du temps pour des raisons perso. Horaires tardifs le soir* » (R39)

- En hospitalier :

- « *J'adore les urgences, mais je n'aime pas les 24h de suite. Donc je suis frustrée.* » (R36)
- « *[Pas] de temps de travail pour pratiquer l'échographie* » (R87)

f) Aussi les limites de l'organisation hospitalière, et de possibilité d'évolution de son activité

- « *Projet professionnel modifié. Pas de possibilité de poste de PH à l'hôpital, ni de temps de travail pour pratiquer l'échographie* » (R87)

g) Certains médecins hospitaliers déplorent une dégradation du service hospitalier et donc des conditions de travail

- « *[rapprochement familial] qui prévaut pour moi sur la qualité des moyens financiers et logistiques du CHU ... !! Car sinon je n'ai pas de bureau, actuellement plus d'ordinateur et toujours en attente de création du service de gériatrie !!!* » (R1)
- « *Altération du système de soins, notamment dégradation des conditions de travail à l'hôpital, avec épuisement des équipes.* » (R62)

h) L'éloignement entre lieu de vie et lieu de travail peut être une difficulté supplémentaire

- « *Je vis loin de mon lieu de travail* » (R66)

i) Ainsi que le manque de reconnaissance financière

- « *Tarifs risibles (je viens chez vous pour le suivi de ma prostate chez urologue cela me coûte 100 €)* » (R41)

j) Des difficultés relationnelles avec les patients sont parfois profondes

- « *L'agressivité et l'hyper exigence des patients surtout et le manque de considération par les patients* » (R30)

k) Pour certains médecins libéraux, l'augmentation des responsabilités et du stress influencent leur activité

- « *Responsabilités de plus en plus grandes* » (R29)
- « *Surcharge de travail et de stress* » (R84)

l) Les difficultés d'exercice ressenties sont parfois exprimées sans précision, ressenties de façon plus diffuse

- En libéral :

- « *Exercice libéral de plus en plus difficile* » (R29)
- « *Conditions d'exercice pénible* » (R53)

- En activité salariée extrahospitalière :

- « *L'exercice médical est devenu difficile par rapport à nos études si passionnantes* » (R14)

- Ainsi qu'à l'hôpital :

- « *Métier merveilleux, conditions d'exercice difficiles* » (R28)

m) Pour quelques médecins, la réalité de leur exercice est une véritable désillusion

- « L'agressivité et l'hyper exigence des patients surtout et le manque de considération par les patients et certains spécialistes considérant les généralistes comme " leurs petites mains" voire leur secrétaire, enfin toujours plus de paperasse et de fonctions attribuées au généraliste (certificat d'invalidité, médecine préventive...) sans nous donner plus de temps et de moyen: tous ces éléments ont fortement érodé ma vocation de médecin généraliste en campagne. » (R30)
- « Désillusion par rapport à la médecine générale » (R103)

n) Pour d'autres, l'insatisfaction provient d'un parcours professionnel subi

- « En suivant mon conjoint, j'ai laissé derrière moi mon cabinet et des patients avec lesquels nous avons tissé un certain lien, je quitte un réseau de professionnels, et je quitte un département dans lequel il y a une belle émulation et de beaux projets... J'ai donc aujourd'hui tout à recréer... » (R86)
- « Pas le service choisi initialement qui était Châteauroux mutation liée au conjoint... » (R12)
- « Installation peu envisageable par ma situation familiale (4 enfants en bas âge et conjoint mutable) »(R73)

o) Les médecins remplaçants expriment des motifs d'insatisfaction qui leur sont propres

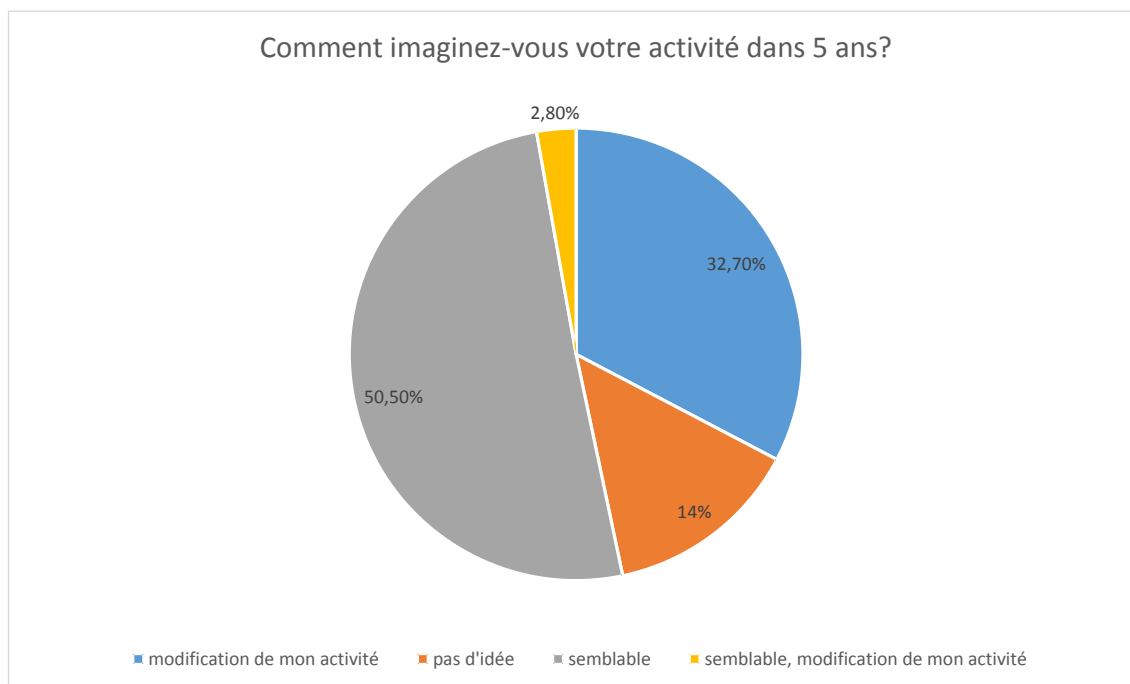
- Tout d'abord l'imprévisibilité du temps de travail et donc des revenus :
 - « [...] mais moyennement satisfait de l'aspect aléatoire du rythme de travail et donc des revenus » (R26)
 - « J'attends avec impatience l'installation car mes remplacements deviennent inconfortables pour l'organisation quotidienne personnelle » (R68)
- Il y a aussi la frustration de ne pas pouvoir suivre "ses patients" :
 - « Moyennement car je suis en réflexion justement pour m'installer et arrêter les remplacements. Je pourrais poursuivre les remplacements car ils se passent très bien, mais suite à un remplacement long dans un cabinet où je remplace depuis 4 ans, le lien créé avec les patients à cette occasion me manque. » (R107)
- L'insatisfaction du statut de remplaçant n'est **pas** toujours **précisée** :
 - « Recherche d'installation en cours. » (R5)

IX. Perspectives professionnelles

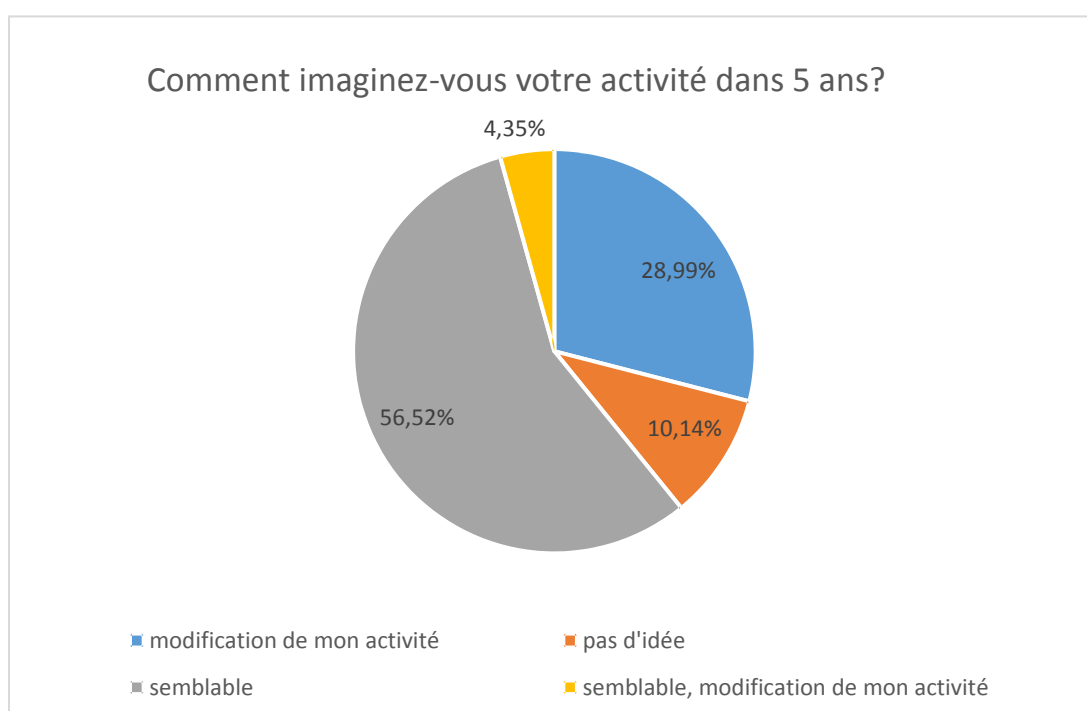
A. Projections à 5 ans

Enfin, pour la dernière question posée à ces médecins, il leur été demandé de se projeter dans cinq ans pour définir leurs perspectives professionnelles.

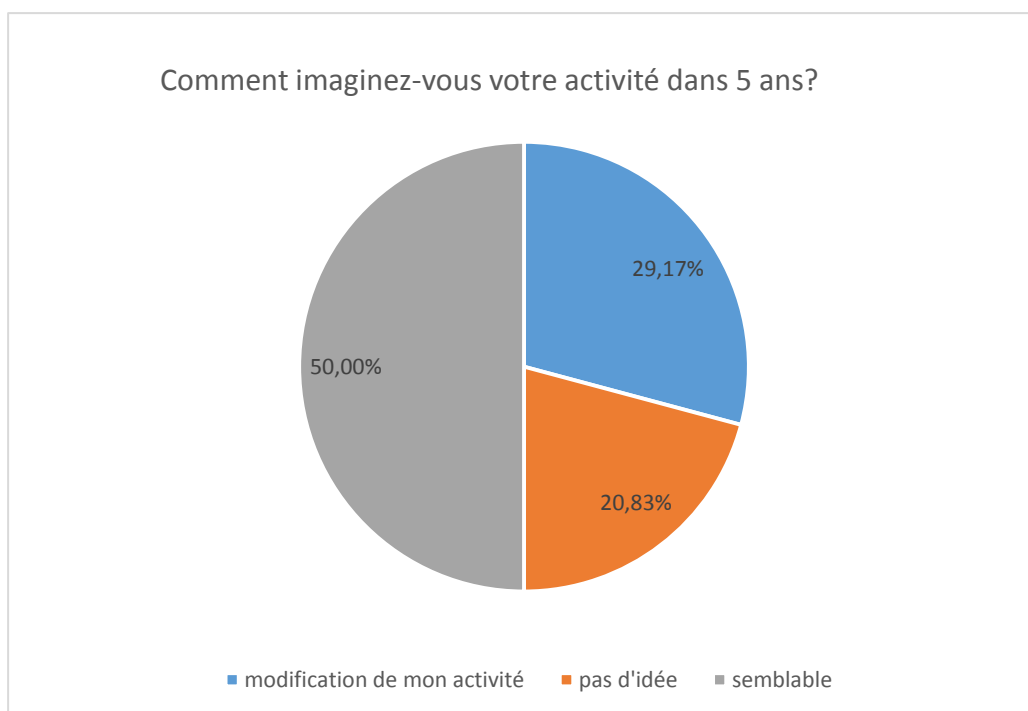
L'ensemble des médecins :



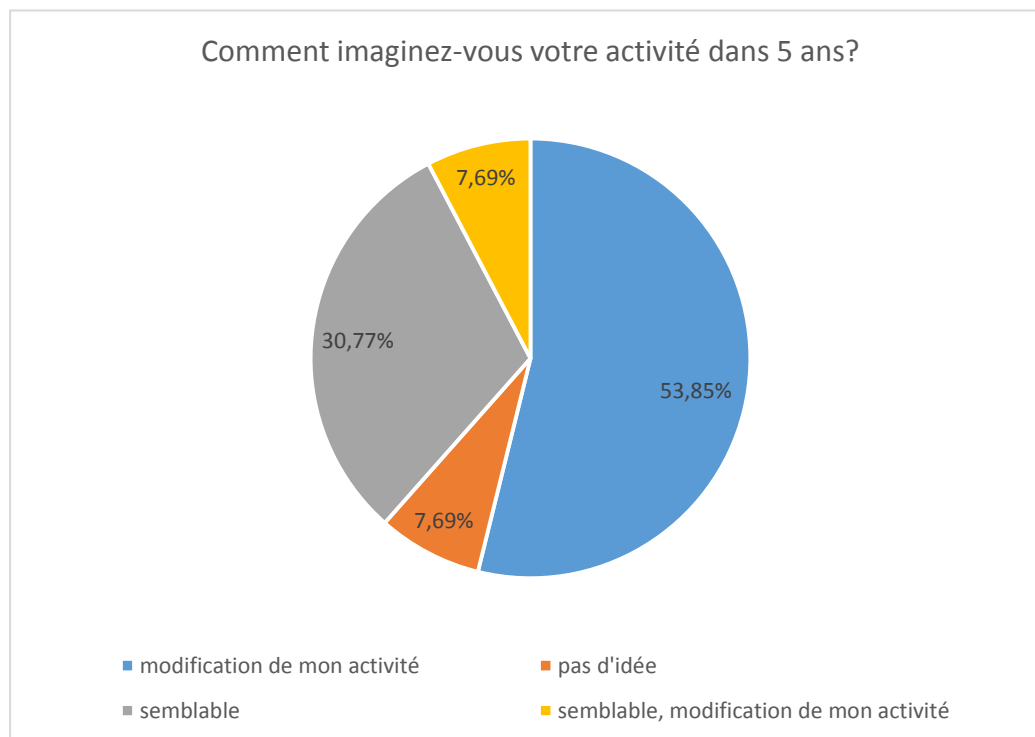
Médecins ayant une activité libérale, et installés :



Médecins en activité salariale :



Médecins ayant une activité mixte :



B. Perspectives d'évolution

Les médecins prévoyant une modification de leur activité pouvaient la préciser.

1/ Changement de structure

a) Médecins en activité hospitalière

- « *Dans un autre centre hospitalier, toujours en salariat* » (R22)
- « *Encore en réflexion : changement de structure ou [...]* » (R62)
- « *Retourner dans une plus petite structure (petit hôpital de Moorea, l'île où j'habite, ce qui m'éviterait les allers-retours en bateau vers Tahiti)* » (R101)

b) En activité libérale

- « *Changement de structure, secrétariat médical et association avec un confrère* » (R3)
- « *Changement de structure pour maison de santé* » (R6)
- « *Devenir propriétaire de mon cabinet* » (R15)
- « *Construction d'une maison de santé avec de la place pour 3 médecins* » (R31)
- « *Installation dans la maison de santé pluridisciplinaire de la commune prévue en novembre prochain* » (R70)
- « *Déménagement dans 3 mois dans une maison médicale à 50 m de mon cabinet avec secrétariat sur place et arrivée d'un troisième médecin* » (R71)
- « *Changement de local pour une structure plus grande (...)* » (R106)

c) Salariat extrahospitalier

- « *Toujours salariat mais dans une autre structure* » (R35)

2/ Changement de lieu

a) Médecins hospitaliers

- « *Déménagement prévu* » (R52)

b) Médecins en activité libérale

- « *Changement de pays !* » (R29)
- « *Changement [...] de lieu d'exercice si les conditions de travail et les patients n'évoluent pas* » (R30)
- « *Changement de région* » (R54)
- « *Au pire, changement de lieu pour suivre mon conjoint ...* » (R57)
- « *De lieu* » (R59)
- « *Le lieu dépendra beaucoup de ma situation perso, le mode d'exercice sera probablement le même (cabinet pluripro en MSP ou non)* » (R60)
- « *Me rapprocher de mon lieu de vie* » (R66)
- « *(...) possible déménagement pour trouver une meilleure qualité d'exercice dans un autre département* » (R106)

c) Médecins en salariat extrahospitalier

- « *Projet familial de déménagement dans la région lyonnaise* » [...]. (R74)

3/ Changement d'organisation du temps de travail

a) Médecins hospitaliers

- « *Encore en réflexion: [...] temps partiel...* » (R62)
- « *Idem hospitalier mais moins de gardes* » (R75)

b) Médecins en activité libérale

- « *Augmentation de mes heures de travail* » (R42)

4/ Changement de répartition du type d'activité pour les médecins ayant une activité mixte

- « *Accorder un peu plus de temps à l'activité libérale* » (R81)
- « *Ma principale activité restera l'exercice en libéral, mais pour agrandir et diversifier mon réseau je souhaite faire des vacations à l'hôpital notamment en pédiatrie ou en CPEF* » (R86)
- « *Même type d'exercice mais avec augmentation de mon implication au DUMG et donc en pédagogie et recherche...* » (38)

5/ Formations, ajout d'un exercice spécialisé

a) Médecins en activité libérale

- « *Spécialisation dans l'exercice libéral (homéopathie, acupuncture...)* » (R23)
- « *Ajouter une activité complémentaire* » (R34)
- « *[...] évoluer plus vers l'échographie.* » (R47)
- « *Faire de l'éducation thérapeutique dans la structure (maison de santé)* » (R31)
- « *[...] poursuite de ma formation homéopathie en préservant l'activité de généraliste [...]* » (R106)

b) Médecins en salariat extrahospitalier

- « *Faire un DU en gynéco ou pédiatrie.* » (R78)

6/ Ajout d'une autre activité

Médecins en activité libérale

- « *Vacation (si possible) dans dispensaire VIH ou maison d'arrêt* » (R20)
- « *Part d'activité salariée une fois enfants scolarisés* » (R48)
- « *Ajout d'une activité salariée ?* » (R105)

7/ Volonté de changement d'activité

a) Médecins hospitaliers

- « *Salarié et refaire de la médecine de premier recours mais pas libéral (ou par défaut d'un autre mode d'exercice)* » (R45)
- « *Encore en réflexion : changement de structure ou installation ; temps partiel...* » (R62)

b) Médecins en salariat extrahospitalier

- « *Projet familial de déménagement dans la région lyonnaise et reprise d'un exercice hospitalier, sans doute mixte, en lien avec l'addictologie.* » (R74)

c) En activité mixte

- « *Passer en libéral à temps plein* » (R66)

d) En activité libérale

- « *Changement de spécialité ou de mode d'exercice (salariat) [...] si les conditions de travail et les patients n'évoluent pas* » (R30)
- « *Salariat si le tiers payant généralisé est maintenu* » (R41)
- « *Type d'exercice.* [...] » (R47)
- « *Arrêt de la médecine générale en septembre 2017, activité d'expertise médicale seule* » (R103)

8/ Plusieurs médecins libéraux évoquent des changements dans leur activité qui ne dépendraient pas de leur volonté

- « *Changement de spécialité ou de mode d'exercice (salariat) ou de lieu d'exercice si les conditions de travail et les patients n'évoluent pas* » (R30)
- « *Mon activité dans 5 ans ne ressemblera probablement pas à l'activité d'aujourd'hui, mais ce sera sans doute un changement plus subi que choisi, parce que les politiques vont bien finir par s'apercevoir un jour que la médecine libérale française est un anachronisme économique et ils vont vouloir y remédier. Donc je ne fais pas de projets, ils les feront pour moi* » (R33)
- « *Changements certainement dans les 20 prochaines années car plusieurs de mes confrères partiront à la retraite dans les années à venir et sans certitude de trouver des successeurs, donc l'exercice risque de devenir beaucoup plus difficile (charge de travail, lourdeur des charges...) : devenir ??* » (R21)
- « *L'exercice collectif, malheureusement, semble être une obligation. La dernière convention ne donne plus de place à l'installation d'un médecin isolé. Les nouveaux modes de rémunération vont passer par là aussi... Certaines communes vont être dépourvues pour sur-doter d'autres... Selon cette volonté politique, je regarde pour faire aménager un cabinet de groupe par la mairie... A mon grand regret !!!* » (R19)

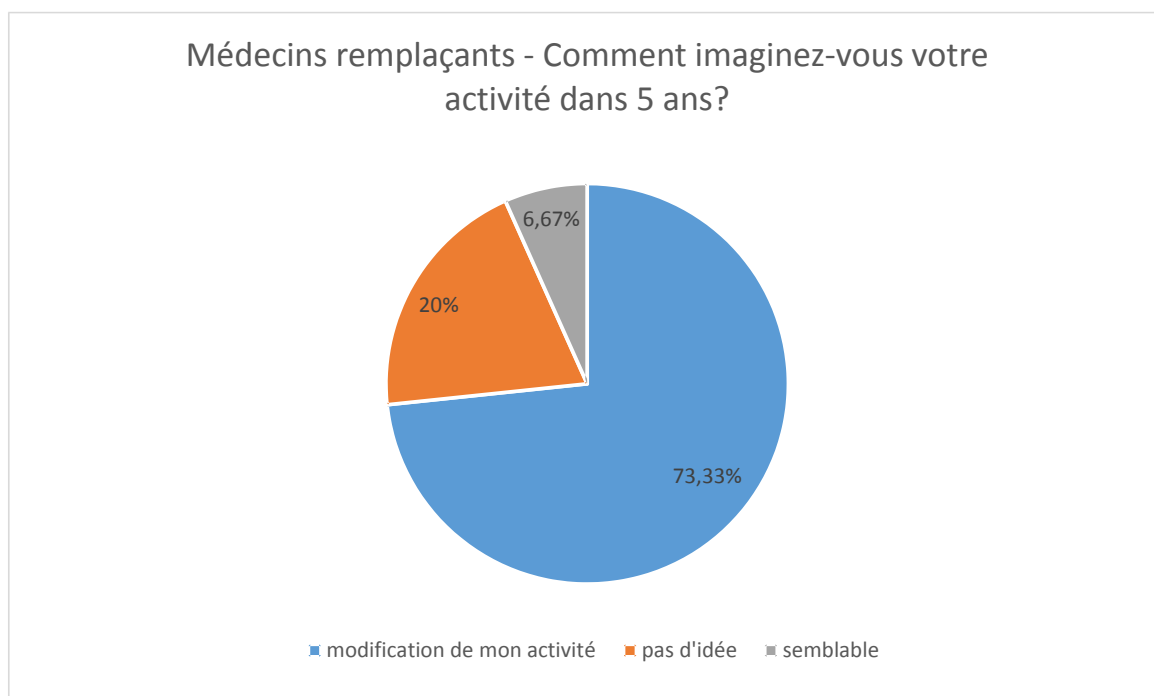
9/ Malgré des volontés de changements, un médecin fait part de la complexité et difficulté de ces choix dans lesquels entrent en jeu aspirations personnelles, professionnelles, relations aux autres soignants et bien sûr aux patients

- « *Mon poste de salarié me plaît beaucoup, mais peut-être ferai-je autre chose dans 5 ans. Une activité salariée pluri-professionnelle m'est indispensable pour rompre avec l'isolement libéral (malgré MSP). Côté libéral, je me sens moins souple pour changer. Culpabilité d'"abandonner" mes patients... si j'avais le choix, peut-être changerais-je de lieu et type d'exercice par curiosité. Mon projet de déménager hors département est abandonné.* » (R24)

C. Perspectives professionnelles de médecins remplaçants

Parmi les médecins remplaçants une seule imagine conserver ce mode d'activité d'ici cinq ans.

La grande majorité (11/15) a un projet ou une envie d'installation à court ou moyen terme, et trois n'ont « pas d'idées ».



1/ Volonté d'installation en activité libérale

- « Installation, de préférence en cabinet de groupe ou MSP à moins de 20 minutes de mon domicile » (R5)
- « Installation, cabinet de groupe +/- pluridisciplinaire » (R11)
- « Installation prévue en septembre (2017) » (R18)
- « Installation dans un cabinet de groupe ou maison médicale » (R26)
- « Installation en septembre 2017 en MSP. » (R43)
- « Installation prévue dans 1 mois » (R67)
- « Installation envisagée dans un des cabinets de groupe où je remplace » (R72)
- « Maison médicale me permettant de travailler à temps partiel dans les 5 à 10 ans à venir puis avoir la possibilité de changer facilement » (R73)
- « Je dois reprendre la patientèle d'un des médecins que je remplace à son départ en retraite dans 2 ans. Je m'installerai à ce moment-là, mais pas dans son cabinet actuel, cause problème d'accessibilité aux handicapés, encore une contrainte » (R82)
- « J'espère être installée dans 5 ans » (R107)

2/ Activité libérale mais en poursuivant des remplacements ou libérale en clinique et pas d'installation envisagée par manque de rétribution financière de celle-ci

→ « On me demande toujours quand je vais m'installer mais pour l'instant pas de projet. Si je m'installe ce ne sera que pour faire de la clinique en libéral ou des gardes de permanence des soins. Pas de cabinet ici [Alpes Maritimes] ce n'est pas rentable. » (R36)

3/ Possible installation en passant par une période de collaboration

→ « Collaboration puis peut être association à voir » (R68)

4/ Volonté d'activité mixte libérale et hospitalière

→ « Installation ; et éventuellement une vacation à l'hôpital » (R8)

DISCUSSION

I. Critique de la méthodologie

La thèse du Dr Charlotte Eudo, point de départ de mes propres recherches, s'appuyait sur une étude qualitative par la réalisation de Focus Groups, puis quantitative avec l'analyse d'un questionnaire. Ce double regard pour appréhender les dynamiques de la population ciblée m'apparaissant particulièrement pertinent, j'ai moi aussi choisi d'appuyer mon étude sur une analyse quantitative et qualitative.

La répartition de la population d'étude avec un étalement géographique très important rendait la réalisation de Focus Group difficile. J'ai donc opté pour l'ajout de questions ouvertes au questionnaire.

Celles-ci m'ont permis d'enrichir les réponses, mais, hors du cadre d'un entretien dirigé, leur interprétation peut être malaisée, voire biaisée (mauvaise compréhension de la question, question imprécise, réponses incomplètes, absentes ou hors sujet...).

J'ai essayé de reprendre au maximum les questions du questionnaire renseigné par ces médecins au cours de leur internat pour suivre leurs évolutions.

Ainsi comme l'ont fait remarquer certains d'entre eux, le questionnaire semble porter un intérêt particulier à l'installation libérale : ce biais de compréhension de certaines questions vient du fait qu'elles font suite au questionnaire du Dr Eudo, qui s'intéressait plus spécifiquement aux déterminants d'installation de ces internes de Médecine Générale de la région Centre.

Du fait des différences d'objectifs de ces deux études, il y a des différences de construction entre les deux questionnaires : l'ajout et modifications de certaines questions, l'introduction des questions ouvertes.

De plus pour l'abord des déterminants à l'installation j'ai préféré demander aux médecins de spécifier pour chaque critère son importance selon quatre niveaux (de « aucune influence » à « très influent »), lorsque le questionnaire initial leur demandait de les classer par ordre d'importance (de 1 à 8).

Toutes ces modifications entre les deux questionnaires peuvent limiter la comparabilité des résultats.

Et, malgré un nombre élevé de questions dans mon questionnaire, celles-ci, avec le recul de l'analyse des résultats, manquent parfois de précision. Par exemple la définition du lieu d'activité, entre « zone rurale » et « à moins de 20 minutes d'une ville ou agglomération de plus de 40 000 habitants ».... Ou l'intérêt qu'il aurait pu y avoir à séparer le critère d'installation « après un stage ou remplacement » en deux éléments distincts.

Mais justement, ce questionnaire pose déjà beaucoup de questions qui, si elles permettent d'avoir une vision plus détaillée de cette population de médecins dans les premières années de leur activité, engendre une très importante quantité de réponses. Cette masse de données dans de multiples domaines (données démographiques, parcours, ressentis professionnels...) rend les résultats d'autant plus complexes à interpréter.

Parfois une seule question du questionnaire (satisfaction professionnelle actuelle, parcours depuis l'internat...) aurait pu faire l'objet d'un travail de recherche propre. De ce fait il y a le risque de « survoler » certains sujets, pour éviter cet écueil, il me semblait très important d'avoir accès à plusieurs axes de regards pour appréhender la complexité des évolutions de cette population.

Si le questionnaire a fait l'objet d'un bon taux de réponses, des biais sont néanmoins possibles. On peut imaginer par exemple une proportion moins importante de réponses de médecins libéraux installés du fait d'un blocus de protection par leur secrétariat. De même les médecins en surcharge de travail ont peut-être moins pris le temps de répondre au questionnaire.

Enfin l'anonymisation des résultats lors du traitement des données du questionnaire du Dr Eudo ne permet pas de comparer les évolutions de chacun des médecins ayant participé, au regard de ses souhaits initialement exprimés.

Il s'agit en fait d'analyser deux « instantanés » à huit ans d'intervalle d'une population ciblée. Un des objectifs de l'introduction de questions ouvertes au second questionnaire a justement été de permettre d'approcher les parcours particuliers de chaque répondant.

II. Devenir de ces médecins

A. Évolution de la population

La population suivie des internes de Médecine Générale de la région Centre en 2008-2009 reflète bien la féminisation de la profession (72% des médecins interrogés sont des femmes).

Ces médecins sont très majoritairement en couple (à 90,6%) et ils ont à présent un, ou des enfant(s) (pour 83% d'entre eux).

Le conjoint de plus de la moitié (52,6%) de ces médecins exerce une activité de cadre ou profession intellectuelle supérieure.

D'ailleurs ils illustrent une particularité sociodémographique connue de la profession¹⁰ : sa forte homogamie. Plus d'un quart (26,8%) des médecins interrogés est en couple avec un médecin.

B. Répartition géographique

Le manque d'attractivité de la région Centre-Val de Loire pour les internes est malheureusement un élément connu¹⁴, il se caractérise par un départ des étudiants au moment du choix de la région de réalisation de leur internat, et par un certain nombre de places d'internes de Médecine Générale non attribuées.

Ce triste constat s'applique à ces nouveaux médecins, puisque plus de 37% de ceux-ci ont quitté la région dans les années suivant la fin de leur internat.

De plus, dans cette région, la répartition des anciens internes est très inégale avec un pôle d'attractivité qui s'est affirmé : le département d'Indre-et-Loire. C'est plus de la moitié des médecins (56%) ayant choisi la région qui s'y est dirigée au détriment des autres départements.

La polarisation en faveur de l'Indre-et-Loire peut se comprendre comme un ancrage dans ce territoire, suite aux nombreuses années d'études et de formation réalisées à Tours et ses environs. Cette attractivité pour le département de formation se retrouve dans des études portant sur le devenir des internes dans d'autres régions^{15,16}.

Cette problématique de différence d'attractivité du territoire régional recoupe celle des déterminants à l'installation, et en premier lieu le travail du conjoint. En effet la métropole tourangelles est à l'échelle de la région un territoire dynamique pourvoyeur d'emplois, notamment pour les cadres et professions intellectuelles supérieures.

C. Localisation de l'exercice professionnel

L'attrait pour l'exercice en milieu rural exprimé par les internes de Médecine Générale en 2009 se voit confirmé.

Les zones rurales sont, à égalité avec les villes et agglomérations de plus de 100 000 habitants, les principales localisations d'installation des médecins libéraux de cette population (ces deux localisations représentent chacune le choix de 26,4% de ces médecins).

Cette orientation vers les grandes agglomérations était moins prononcée lors du questionnaire initial de 2009. On peut comprendre aussi cette attractivité pour les grandes agglomérations d'une part du fait de l'influence du travail du conjoint (les bassins de populations et d'activités sont plus riches en professions intellectuelles supérieures), et d'autre part du maintien autour du lieu de formation (métropole tourangelles).

D. Modes d'exercices professionnels

Pour ce qui est des modes d'exercices, plusieurs évolutions notables apparaissent en regard des attentes exprimées en 2009.

Au cours de leur internat, ces futurs médecins généralistes de la faculté de Tours se projetaient dans une écrasante majorité, 85%, vers une installation en exercice libéral. Force est de constater que leur situation professionnelle, huit ans plus tard, ne reflète pas l'engouement initial pour ce mode d'exercice. S'il reste majoritaire, il atteint seulement 63,5% ; 67,3% si l'on inclut les médecins ayant un projet d'installation à court terme.

Cette régression de l'exercice libéral se fait en partie au bénéfice de l'activité salariale.

En premier lieu, la proportion de médecins en salariat hospitalier a plus que doublé entre les souhaits exprimés en 2009 et la réalité neuf ans plus tard (augmentation de 8% à 17%). Plus discrètement la part de médecins en activité salariale extrahospitalière a, elle aussi, augmenté (3% à 4,7%).

De plus on observe un mode d'exercice qui n'avait pourtant pas été envisagé initialement par cette population, et qui représente 12,1 % de ces médecins en 2017 : l'exercice mixte.

Enfin la dernière catégorie des modes d'exercices : les médecins remplaçants. Lors de l'étude de 2009 ce mode d'exercice n'était pourtant pas exprimé. On peut penser que s'il apparaissait certainement aux internes comme une étape évidente à la fin de l'internat, celle-ci n'était imaginée que pour une courte durée.

La quasi-totalité, plus de 90%, de cette population d'internes de Médecine Générale a effectivement exercé pendant des périodes de durées variables en tant que remplaçant. On peut raisonnablement penser que de la même manière que les stages réalisés au cours de leur internat semblent influencer les modalités d'exercice des « nouveaux médecins »^{13,17,18}, les périodes de remplacements avec la confrontation de l'imaginaire de l'exercice professionnel au réel de la pratique, leur permettent d'affiner leurs projets professionnels.

Huit ans après ils sont encore 12% à exercer en tant que remplaçants.

Une partie de ces médecins remplaçants a des projets d'installation à court ou moyen terme. Et si certains n'ont pas d'idée précise quant à leur activité dans les années à venir, l'une des médecins remplaçants se projette dans la poursuite de ce mode d'exercice.

E. L'activité de groupe

Le net désir d'un exercice en cabinet de groupe, exprimé par ces médecins lors de leur internat, se voit réalisé : ce mode d'exercice (en cabinet de groupe, maison médicale, maison de santé pluridisciplinaire) est plébiscité, c'est celui de 90% d'entre eux.

F. Déterminants du lieu d'installation, lucidité et complexité

Il est marquant de constater que l'on retrouve aux mêmes « première » et « dernière » places les déterminants au lieu d'installation qui avaient été identifiés dès le premier questionnaire de la thèse du Dr Eudo.

Le travail du conjoint est à présent identifié par de nombreuses études comme un déterminant important d'installation^{11,19,20}. Il était déjà cité comme le facteur d'installation le plus important par ces médecins et est effectivement celui qui a le plus influencé leur installation réelle.

On peut penser que l'importance de ce critère tient d'une part au contexte de pénurie de médecins, ceux-ci étant peu limités dans leurs possibilités d'exercice, c'est l'offre et les possibilités d'emploi du conjoint qui influenceront le lieu d'installation.

La féminisation de la profession joue peut-être également un rôle dans l'influence marquée du travail du conjoint. Nous l'avons vu, dans cette population, les médecins ayant adapté leur parcours professionnel à celui de leur conjoint sont des femmes ; la féminisation de la profession pourrait masquer les racines bien vivaces d'une société patriarcale.

Egalement en adéquation avec d'autres recherches^{11,21}, les futurs médecins généralistes de la région Centre en 2009 estimaient que les aides financières à l'installation auraient peu d'influence sur la leur ; c'est, huit ans après, un réel constat d'échec pour ces mesures incitatives.

Pour la région d'origine, le jugement initial fut moins probant. Son importance qui apparaissait assez modeste lors de l'internat a finalement eu un rôle très influent dans le choix du lieu d'installation pour presque un tiers de ces médecins. On peut analyser ce résultat comme une mésestimation initiale de ce critère, mais aussi comme une évolution de l'importance de certains critères dans le temps (par exemple se rapprocher de la famille à l'arrivée des enfants).

Aussi on peut noter une ambiguïté vis-à-vis du déterminant « réalisation d'un stage ou d'un remplacement » qui est en seconde place des éléments les plus souvent influents (pour un tiers des médecins), tout en étant également en seconde place des déterminants n'ayant aucune influence.

Ce facteur « stages et remplacements » apparaît ici dans sa complexité, c'est un phénomène déjà retrouvé dans d'autres travaux d'études où il était identifié aussi bien comme un facteur d'installation important que comme élément de frein à celle-ci²².

A l'instar de nombreuses études, on observe des critères plus ou moins influents sur le choix du lieu d'installation des médecins généralistes^{19-21,23-29}.

Mais bien au-delà d'un déterminant unique ce choix semble être motivé par une contextualité aux influences multiples et très variables pour chaque médecin.

C'est peut-être dans cette complexité et individualité du choix d'installation que l'on peut chercher des pistes expliquant les différences entre attractivité théorique et attractivité réelle des bassins de vie, mises en relief au cours du travail du Commissariat Général à l'Egalité du Territoire dans son étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins¹⁹.

Il apparaît aussi clairement que ce n'est pas avec des mesures incitatives que l'on parviendra à attirer les nouveaux médecins en zones déficitaires. Face à la complexité du choix des lieux d'installation, il semble essentiel d'agir sur un ensemble de paramètres aussi bien pendant la formation médicale (développer les expériences dans la réalité de l'exercice de médecin généraliste au cours des études, multiplier les lieux de stages, cursus et formations en dehors de la faculté) que dans le développement des territoires délaissés (sur les plans économique, social, culturel, infrastructures, axes de communications...).

III. Les conditions réelles d'exercice

A. Accueil

Lors de leur installation, ou prise de fonction actuelle, la majorité des médecins déclare avoir été bien accueillie. Cependant il y a aussi quelques retours plus ou moins nuancés, et l'on découvre que ce ressenti est une fois de plus la résultante de nombreux éléments.

En premier lieu, la qualité des relations entre confrères est le facteur d'accueil dont l'impact positif revient le plus souvent dans les réponses récoltées (accueil, entraide, échanges...).

Pour certains médecins cette qualité relationnelle a même motivé leur installation.

Plus que les aides financières, c'est le soutien par les institutions et politiques locaux qui apparaît également comme un élément majeur d'une bonne perception de leur accueil par ces médecins. Ils rapportent de façon très positive des situations dans lesquelles ceux-ci se sont impliqués dans leur accueil.

L'accueil par les professionnels paramédicaux et celui par les patients sont rapportés de manière très positive, notamment en zone de désertification médicale avec le plaisir exprimé de patients de retrouver « *un médecin de proximité* ».

La disparition des contraintes et surcharges administratives est citée comme un vrai critère d'accueil positif lors de la prise de fonction hospitalière en opposition à une activité libérale.

En miroir, au premier rang des éléments d'un ressenti négatif, on retrouve les difficultés relationnelles entre collègues et confrères. En plus d'un accueil parfois mauvais, et de difficultés d'échanges entre confrères, il est surprenant de voir rapportée l'ambivalence de médecins déjà installés. Ambivalence entre leur lourde charge de travail et l'installation mal perçue de jeunes médecins sur leur secteur.

Il apparaît aussi des mésententes entre confrères, parfois au sein d'un même cabinet, sur les attentes professionnelles et organisation du travail. Pour certains médecins cela tiendrait parfois d'une « incompréhension générationnelle ».

Les relations avec les institutions et politiques locaux sont parfois également ressenties de manière négative (sensation d'isolement ou d'incompréhension lors de leurs démarches) et peuvent ainsi décourager des projets d'installations.

Les retours de ces médecins sur l'accueil ressenti lors de leur installation ou prise de fonction pourraient constituer la base d'une réflexion pour inciter l'installation des médecins, peut-être plus efficacement qu'avec les aides financières : faciliter les démarches administratives, favoriser les échanges avec les représentants politiques et institutions régionales et locales, Agences Régionales de Santé, Ordres professionnels, ainsi qu'avec les professionnels médicaux et paramédicaux....

Par exemple, l'une des médecins exprime l'importance des moments de formation continue au niveau « local » pour construire les relations entre médecins d'un même secteur. Développer et impliquer les médecins dans des démarches de formations « locales » (Formations Médicales Continues, groupes de pairs, Développement Professionnel Continu, M.A.Form, M.G.Form...) favoriserait la construction de bonnes relations entre eux et améliorerait ainsi l'accueil des nouveaux médecins et au-delà la qualité du réseau de soins.

Cette nécessité d'échange et d'entente entre confrères apparaît d'ailleurs primordiale dans le contexte de réforme de la santé « Ma santé 2022 », qui s'appuie sur le développement de 1000 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) à l'horizon 2022³⁰.

Les communautés professionnelles territoriales de santé sont composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier et de second recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux.

On peut ici citer une initiative de jeunes médecins du Cher qui organisent depuis 2015 une journée annuelle conviant tous les médecins du département : le Confraterni'Day^{31,32}.

Celle-ci a pour objectif de faire se rencontrer les médecins du département, d'accueillir les nouveaux venus, afin d'améliorer les collaborations au quotidien et de rendre l'offre de soin plus efficiente sur ce territoire.

B. Activité libérale fantasmée au cours des études ?

Nous avons observé le recul marqué entre la projection et la proportion réelle des médecins généralistes en exercice libéral.

Au cours de leur internat l'exercice libéral était, pour ces médecins, synonyme d'indépendance et de liberté, en comparaison au « système hospitalier » dans lequel ils avaient été baignés tout au long de leurs études¹. Ils étaient attirés par la possibilité d'une pratique variée, avec notamment la possibilité d'orienter celle-ci. À travers l'exercice libéral, ils recherchaient un rapport au patient plus personnel, plus valorisant qu'en milieu hospitalier. Enfin ce mode d'exercice répondait au souhait d'une capacité de maîtrise de son temps de travail, synonyme de qualité de vie.

Dans un premier temps il est rassurant d'observer que la majorité (60%) des médecins libéraux installés se déclarent très satisfaits de leur activité professionnelle.

Pour ceux-ci, leurs attentes sont comblées : ils apprécient en effet leur liberté (organisation, horaires, temps de consultation, matériel...), leurs cadres de vie et de travail, la richesse de leur activité, et leurs relations avec les patients.

Ils mettent également en avant une bonne entente avec leurs collègues et confrères ainsi qu'une bonne organisation du réseau de soins.

Les échanges entre confrères ainsi que la transmission de savoirs entre pairs et lors d'accueil d'étudiants sont aussi des raisons exprimées de satisfaction professionnelle.

Ils apprécient en activité de groupe une organisation du temps de travail satisfaisante. Ils disent trouver ainsi un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Enfin, les revenus sont jugés satisfaisants, « *proportionnels à l'effort* ».

Malheureusement une part non négligeable des médecins libéraux installés interrogés ne s'estiment que « moyennement » à « peu satisfaits » (respectivement 34% et 6%). Pour ceux-là la réalité de l'exercice libéral ne correspond pas à l'idéal rêvé.

La surcharge de travail apparaît comme un facteur d'insatisfaction majeur, l'« *impression d'être en permanence débordée* ».

Cette surcharge est multiple, tout d'abord par un nombre de consultations trop important, avec parfois la difficulté à limiter son activité du fait de la pression des patients.

La désertification médicale est maintes fois citée par les médecins comme l'origine de la surcharge de travail. Une désertification qui est ressentie également en zone urbaine, et elle impacte d'autant plus les médecins généralistes lorsqu'elle touche aussi les autres spécialités. A noter également qu'il est plus difficile de se faire remplacer en zone déficitaire.

Pour beaucoup de médecins, la lourdeur administrative est une cause majeure de la surcharge de travail ; ils perçoivent une augmentation des fonctions attribuées aux médecins généralistes sans moyen supplémentaires et au détriment du temps disponible.

S'y ajoute enfin la composante de gestion d'entreprise inhérente à l'activité libérale.

Tous ces éléments pèsent et perturbent la balance vie professionnelle / vie personnelle et affectent ainsi la qualité de vie, alors que celle-ci était une des priorités exprimées par ces médecins en 2009.

On retrouve comme éléments d'insatisfaction les difficultés relationnelles, que ce soit avec les confrères alentours, les médecins des autres spécialités (sensation d'être leurs « *petites mains* »), et parfois aussi avec les politiques et institutions (élus locaux, ARS).

Pour certains c'est même la relation aux patients qui est source d'insatisfaction, l'« *agressivité et l'hyper exigence des patients* » et leur manque de considération.

Les médecins émettant des critiques sur leur activité professionnelle font valoir une augmentation du stress et des responsabilités dans l'exercice de la médecine libérale.

Enfin les revenus pour certains médecins ne sont pas à la hauteur de la charge.

L'accumulation de ces facteurs participe au ressenti d'un exercice de plus en plus difficile, le mot « *désillusion* » est lâché !

Les multiples mécontentements cités participent à la compréhension de l'écart entre un attrait majeur pour un l'exercice libéral au cours des études et la réalité quelques années après.

Nombre de ces éléments de non-satisfaction des médecins libéraux recourent les résultats de plusieurs études sur les freins à l'installation des jeunes médecins (le poids des charges administratives et financières, les craintes de modifications en vue de la profession face aux nouvelles « Lois de Santé »)³³⁻³⁵.

Et même pour certains médecins interrogés les difficultés et déceptions liées à l'exercice libéral pourraient les décider à se tourner vers un autre mode d'activité, notamment « *si les conditions de travail et les patients n'évoluent pas* ».

Il serait intéressant de savoir si dans les années à venir ces difficultés, frustrations, désillusions pousseront certains médecins à dévisser réellement leur plaque pour se tourner vers un exercice salarié de leur profession, ou à renoncer à toute installation libérale.

C. L'activité de groupe, un idéal ?

Nous l'avons vu, l'activité de groupe (en cabinet d'association de médecins ou maison de santé pluridisciplinaire) est de très loin majoritaire parmi ces médecins. Ils y apprécient les relations et échanges entre confrères et autres professionnels dans les maisons de santé pluridisciplinaires.

Des réserves étaient néanmoins déjà exprimées par les internes lors de l'étude du Dr Eudo en 2009 quant aux relations entre professionnels et à la gestion administrative de ces établissements (des limites de ce type d'exercice sont de même rapportées dans d'autres études³⁶). Et effectivement des médecins exerçant en maison de santé font part de contraintes diverses : difficultés relationnelles, manque de collaboration, lourdeur de gestion, problématique des décisions collégiales....

L'activité de groupe est encouragée par les politiques de santé nationales, à travers les aides à la création et au fonctionnement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires. Et les orientations de ces politiques de santé sont parfois ressenties comme des limitations dans la liberté de choix d'exercice (sensation d'« *obligation* » à l'exercice collectif).

D. Un attrait pour l'activité hospitalière

On peut chercher les raisons de cette attirance en hausse pour l'exercice hospitalier dans les éléments de satisfaction exprimés par les médecins.

Les médecins en salariat hospitalier ont pour éléments de satisfaction le travail en équipe avec des projets, une activité variée et une organisation du temps de travail (horaires, congés, temps consacré aux patients...) permettant un bon équilibre vie professionnelle / vie personnelle.

Parfois les avantages de ce mode d'activité sont clairement cités en opposition avec l'exercice libéral.

Mais cette hausse d'attractivité pour l'activité hospitalière, dans les chiffres, n'est pas sans nuances. Le taux de médecins « moyennement » à « pas satisfaits du tout » est même plus élevé qu'en libéral (47,4% contre 40,3%).

Quelques facteurs de mécontentement sont spécifiques à ce mode d'exercice, notamment un manque de liberté dans l'évolution professionnelle, et les relations avec la hiérarchie.

Mais les doléances hospitalières recoupent parfois celles des médecins libéraux, sur le rythme de travail, le « *volume horaire* », et la désertification médicale qui a des répercussions sur le milieu hospitalier.

Certains médecins pointent explicitement une dégradation du service hospitalier.

E. Activité mixte

L'activité mixte se définit pour les médecins généralistes par le cumul de plusieurs modes d'activité (libéral, salariat hospitalier, salariat extrahospitalier, clinicat, remplacements...).

Les éléments de satisfaction rapportés par ces médecins sont un équilibre et une complémentarité entre les différents modes d'exercice, qui « *se répondent* ».

Ainsi les différences entre les pratiques professionnelles semblent nourrir leur exercice et apporter une oxygénation salubre.

D'ailleurs des médecins en unique activité libérale expriment cette envie de compléter leur pratique avec une part d'activité salariée.

Mais ce cumul de modes d'activité doit se faire dans de bonnes conditions d'organisation pour pallier au risque de surcharge de travail qui parfois en résulte.

F. Remplaçants

Nous avons plus tôt remarqué que l'exercice médical en statut de remplaçant n'est pas nécessairement temporaire ni limité aux premières années suivant la sortie des études (reprise de remplacements après une période de salariat, de collaboration ou d'installation...).

C'est l'argument de « liberté » qui semble principalement attirer les médecins remplaçants : liberté de lieu, d'activité, d'organisation.

C'est aussi la possibilité de contrôler plus facilement son temps de travail qu'une fois installé.

L'aspect financier d'une activité de remplacement est aussi un de ses atouts, exempté des charges de fonctionnement et administratives d'une activité libérale.

Des médecins remplaçants soulignent bien sûr aussi des limites à ce mode d'exercice : imprévisibilité parfois du temps et du rythme de travail, donc des revenus, et difficultés d'organisation du quotidien, frustration également face à l'absence de suivi des patients.

IV. Médecin généraliste : des professions en évolution

Au cours de leur internat, en 2009, ces médecins généralistes semblaient pouvoir se projeter dans l'un des trois modes d'activité : libéral, hospitalier, salariat extrahospitalier.

Les huit années de recul sur cette population de médecins généralistes de la région Centre nous laisse à voir une profession multiple, bien plus variée que ces trois modes d'activité initialement envisagés, et surtout en évolution constante.

Au-delà des différences de proportion entre ces modes d'activité imaginés et la réalité, c'est la grande diversité des parcours professionnels qui frappe. Ainsi, avec des modes d'exercices variés, la possibilité d'en changer au cours des années, voire de les cumuler, nous voici très loin d'une profession figée, limitée à des carrières stéréotypées : poursuite-d'une-activité-hospitalière à la fin de l'internat ou bien remplacements-installation libérale.

Et ces évolutions professionnelles ne se limitent pas aux premières années d'exercice, puisque seulement 50% des médecins interrogés imaginent leur activité semblable à moyen terme (projection à cinq ans dans le questionnaire de cette étude).

D'ailleurs, d'autres travaux ont montré que plus les médecins généralistes avançaient dans leur carrière, plus ils diversifiaient leur exercice professionnel³⁷.

Les médecins généralistes ici interrogés, envisageant des modifications prochaines de leur activité, citent aussi bien des changements de structures de travail, d'organisation, de localisation, que de modes d'exercices.

Pour certains médecins, ces projets d'évolutions correspondent à une volonté d'adapter leur pratique à leurs attentes professionnelles et personnelles, mais peuvent aussi parfois se définir en réaction à des situations d'exercice, ou imposées par les évolutions du système de soins français.

CONCLUSION

Le suivi de cette population d'anciens internes de Médecine Générale de la faculté de Tours nous en montre les évolutions. Si des tendances observées et exprimées par ces internes lors de l'étude du Dr Eudo en 2009 se confirment, en revanche l'analyse de leurs devenir réels après un recul de huit à neuf années met en valeur des complexités et des variabilités d'une profession en mutation.

Le premier axe de lecture peut être géographique, et l'étude de cette population de médecins est malheureusement une illustration des inégalités territoriales de l'offre de soins. Plus d'un tiers des médecins ont quitté la région Centre-Val de Loire après leur formation et le département d'Indre-et-Loire a « aspiré » plus de la moitié de ceux restant.

Cette perpétuation des inégalités de répartition des nouveaux médecins généralistes et l'aperçu de la complexité des déterminants au choix du lieu d'installation insistent sur le constat qu'il n'y a pas de solution miracle pour répondre à cette problématique. Pour attirer de nouveaux médecins dans les zones déficitaires, il paraît indispensable d'agir sur un très large registre de critères : la formation, l'accompagnement à l'installation, l'accueil par les pairs et le soutien par les politiques locaux, et bien sûr le développement territorial (développements économique, social, culturel, axes de communications...).

Le deuxième axe de lecture peut être celui du mode d'exercice de ces médecins ; leur répartition a fortement changé depuis les souhaits exprimés pendant l'internat.

La proportion réelle de médecins en activité libérale est bien en deçà des souhaits initiaux quand celle des médecins hospitaliers a doublé. Des modes d'exercices pourtant non envisagés pendant l'internat sont retrouvés : exercice mixte et poursuite des remplacements.

Leur suivi nous révèle surtout une très grande variété de parcours professionnels au fil des premières années d'activité.

Très grande variété à laquelle s'ajoutent les modifications d'activité (aussi bien l'organisation que la localisation ou le mode d'exercice) envisagées, désirées ou subies par plus de la moitié des médecins à moyen terme, donnant à voir une profession en évolution constante.

Les évolutions du système de santé en France, la complexité des déterminants à l'installation et la confrontation aux réalités des différents modes d'exercice des médecins généralistes sont autant d'éléments de compréhension des différences observées entre les souhaits exprimés par ces médecins au cours de leur internat et leurs situations huit ans plus tard.

Les médecins généralistes doivent trouver comment adapter leur activité professionnelle à leurs exigences et évolutions personnelles d'un côté, et aux évolutions propres du métier de l'autre (médecin traitant, maisons de santé pluridisciplinaires, réseaux de soins...).

Ces évolutions de la profession de médecin généraliste sont sujettes aux modifications démographiques, sociétales et des modes de pratiques, qui ne sont maîtrisées ni par les médecins ni par les gouvernants.

Face aux nouvelles mesures annoncées du Plan Santé 2022, à celles qui suivront, et aux évolutions démographiques et sociales à venir, il serait passionnant de continuer à suivre le devenir de cette population d'anciens internes de Médecine Générale de la faculté de Tours.

BIBLIOGRAPHIE

1. Eudo C. Les déterminants à l'installation chez les internes en médecine générale de la région Centre.
2. Atlas de la démographie médicale 2017 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf.
3. Atlas de la démographie médicale 2018 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf.
4. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. https://demographie.medecin.fr/#s=2018;z=-236339,7193953,1795271,1116656;l=fr;i=demo_med.dens_act_totale;v=map2.
5. Atlas de la démographie médicale 2016 https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf.
6. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Dr Patrick BOUET président, Dr Jean-Marcel MOURGUES président de la section santé publique et démographie médicale. Atlas de la démographie médicale en France 2018.
7. BACHELET M, ANGUIS M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *DREES*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>. Published May 2017.
8. DREES. Outils de Projections des effectifs de médecins à l'horizon 2040. <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/>.
9. Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles | Insee. <https://www.insee.fr/fr/information/2497952>.
10. Breuil-Genier S. La situation professionnelle des conjoints de médecins. *DREES Etudes Résultats*. 2005;(430):12.
11. Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature. 2015.
12. Ledru V, Brasseur J-M, Schuers M. *Devenir professionnel des résidents et internes de médecine générale formes à Rouen (1999 - 2008)*. France; 2014.
13. Bernard A-F, Jung G. Influence du stage chez le praticien sur les projets professionnels des internes de médecine générale en Picardie. 2013.
14. Polisset N, Lazarevitch A. Parcours et devenir professionnel des internes en médecine de Tours: étude observationnelle descriptive de 2006 à 2015 au sein de la région Centre-Val de Loire. 2017.
15. Kerlir Lebouc G, Bouton C. Devenir socio-professionnel en 2011 des internes entrés en TCEM de médecine générale à la Faculté de médecine d'Angers de 2001 à 2004. Développement d'un outil informatique de recensement périodique. 2011.

16. CHOUSSAT J. Rapport d'ensemble sur la démographie médicale, décembre 1997. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/974071590.pdf>.
17. 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):21-24.
18. Cornet B, Hamel C. Influence des stages ambulatoires sur les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes, exemple du département de l'Ain. 2017.
19. CGET. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. https://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/etude_jeunes_medecins_generalistes_cget_0.pdf. Published November 2015.
20. Parassouramanaïk Accama J, Vergez D. Facteurs influençant l'installation des jeunes médecins généralistes dans le Languedoc-Roussillon: une étude qualitative. 2016.
21. Lemoine P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives: enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008). 2014.
22. Vialle E. L'installation des médecins généralistes: entre désir et réalité. 2014.
23. Bernard A-F. Influence du stage chez le praticien sur les projets professionnels des internes de médecine générale en Picardie. 2013.
24. Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes. 2014.
25. Coliche T, Noel G, Lefebvre J-M. Quels sont les déterminants à la 1ère installation en médecine générale ? Étude qualitative de médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du Nord-Pas-de-Calais. 2013.
26. Gicquel P, Canévet J-P. Déterminants de l'installation en zone rurale: enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. 2010.
27. Munck S, Darmon D. Etude des déterminants de l'appropriation d'un projet d'installation en ambulatoire chez les internes de médecine générale français. 2012.
28. Thouraud de Lavignère M. Les freins à l'installation des jeunes médecins généralistes en milieu semi-rural et rural: enquête, en Aquitaine, auprès des médecins généralistes récemment installés en milieu semi-rural ou rural, et des internes en médecine générale en fin de 3ème cycle. 2012.
29. Zuber F, Aubry C. Jeunes installés et remplaçants en médecine générale: regards croisés sur deux types d'exercice les déterminants du projet professionnel. 2012.
30. DICOM_Lisa.C. "Ma santé 2022" : les 10 mesures phare de la stratégie de transformation du système de santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/ma-sante-2022-les-10-mesures-phare-de-la-strategie-de-transformation-du-systeme>. Published September 18, 2018.

31. Noé-Lagrange A, Liger Guesdon E, Rubé D. *Motivations, attentes et réticences des médecins du Cher à participer à un premier rassemblement confraternel départemental: étude mixte séquentielle*. Tours, France: SCD de l'université de Tours; 2016.
32. Confraterni'Day. <http://www.jeunesmedecins18.fr/index.php/confraterni-day>.
33. Bernard E. Etude des freins à une installation libérale ou salariée de manière pérenne en soins primaires. 2012.
34. Dragomir A. Principaux éléments perçus comme étant des freins à l'installation par les médecins généralistes remplaçant dans les départements de la Manche, de l'Orne et du Calvados. 2016.
35. Baranes D. Etude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France. 2016.
36. Ceyrat M-J, Vergnaud Dumoitier N. Comment les médecins généralistes installés en Limousin ont envisagé l'évolution de leur exercice ? Étude qualitative en Limousin en 2011. 2012.
37. Passerieux E, Prevost M. Orientation socio professionnelle des médecins généralistes: l'exemple de la promotion 1986 de première année de troisième cycle de médecine générale dans les UFR de Limoges et de Bordeaux. 2014.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Devenir des internes de médecine générale de la région Centre (internes en 2008-2009)

Caractéristiques personnelles

1- Quel est votre sexe ?

- ☐ féminin
- ☐ masculin

2 - Êtes-vous ?

- ☐ célibataire
- ☐ en couple

3 - Avez-vous un, ou des, enfant(s) ?

- ☐ oui
- ☐ non

4 - Si vous êtes en couple, quelle est la profession de votre conjoint ?

5 - Quel est son lieu de travail ?

6 - De quel département êtes-vous originaire (avant vos études de médecine) ?

7 - Êtes-vous originaire ?

- ☐ d'une ville de plus de 300 000 habitants
- ☐ d'une ville entre 10 et 300 000 habitants
- ☐ d'une ville de moins de 10 000 habitants

8 - Dans quel département(s) avez-vous réalisé votre ou vos stage(s) chez les médecins généralistes lors de votre internat ?

Activité professionnelle actuelle

1 - Quel est votre exercice professionnel actuel ? (plusieurs choix possibles)

- exercice libéral installé
- remplacements
- exercice hospitalier
- salariat extrahospitalier (PMI, planning familial...)
- autre:

2 - Si installé(e) en activité libérale, avez-vous une orientation particulière (homéopathie, acupuncture....) ?

- non
- oui, en plus de mon activité de médecin généraliste
- oui, uniquement

3 - Si oui, quelle(s) spécialisation(s) ?

4 - Quel est votre mode d'exercice ?

- en cabinet seul
- en cabinet de groupe
- en maison médicale
- autre:

5 - Dans quel(s) département(s) exercez-vous ?

6 - Localisation de votre exercice actuel

- dans une ville ou agglomération de plus de 100 000 habitants (Tours, Orléans...)
- à moins de 20 minutes d'une ville ou agglomération de plus de 100 000 habitants
- dans une ville ou agglomération de plus de 40 000 habitants (Châteauroux, Blois...)
- à moins de 20 minutes d'une ville ou agglomération de plus de 40 000 habitants
- en zone rurale

Déterminants de votre lieu d'exercice

Quels ont été les déterminants principaux dans le choix de votre installation ?

	très influent	influent	peu influent	aucune influence
climat, milieu naturel				
région d'origine				
emploi du conjoint				
environnement culturel				
proximité des commerces, écoles...				
organisation de la permanence des soins				
proximité des structures hospitalières				
suite d'un stage ou remplacement				
accueil des autres professionnels de santé et de la population				
aides financières à l'installation				

Autre(s) déterminant(s) influent(s) dans votre choix :

Parcours professionnel

- 1 - Quel fut le délai entre la fin de votre internat et la validation de votre thèse?
- 2 - En cas d'installation, combien de temps entre la fin de votre internat et celle-ci?
- 4 - Pouvez-vous, en quelques mots, décrire votre parcours professionnel avant la situation actuelle? (remplacement, collaboration, autre installation...)
- 5 - Comment avez-vous été accueilli(e) lors de votre installation, ou prise de fonction actuelle (par vos pairs, les institutions...) ?
 - très bon accueil
 - assez bon accueil
 - accueil neutre
 - mauvais accueil

Si vous souhaitez donner des précisions sur ces conditions d'accueil :

Perspectives

- 1 - Comment évalueriez-vous votre satisfaction professionnelle actuelle?
 - très satisfait(e)
 - moyennement satisfait(e)
 - peu satisfait(e)
 - pas satisfait(e) du tout

Pourquoi? Comment expliqueriez-vous votre réponse?

- 2 - Comment imaginez-vous votre activité dans 5 ans?
 - semblable
 - modification de mon activité
 - pas d'idée
- 3 - Si vous avez un projet de changement d'activité, quel serait-il ? (changement de structure, de type d'exercice, de lieu....)

Merci

Merci beaucoup d'avoir consacré quelques minutes à répondre à ce questionnaire, si au cours de celui-ci quelques réflexions, idées ont jailli n'hésitez pas à me laisser un commentaire.

Commentaires libres :

ANNEXE 2 : RESULTATS

Fichier, tableau avec résultats complets anonymisés des réponses au questionnaire sur **CD joint**.

ANNEXE 3 : LISTE DES INTERNES

Listing des internes de Médecine Générale de la Région Centre en 2008-2009 sur **CD joint**.

Vu, le Directeur de Thèse
A Bourges, le 27 août 2019

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping letters that appear to be 'M' and 'D'.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

DURAND Thomas

Pages : 84 - Figures : 29 - Annexes : 3

Résumé :

Contexte : La région Centre-Val de Loire étant un territoire particulièrement touché par la pénurie, annoncée, de médecins généralistes, nous avons voulu connaître l'évolution et le devenir d'une population d'internes de Médecine Générale de la région Centre étudiée en 2009 par le Dr Charlotte Eudo.

Méthode : Cette étude s'appuie sur une double analyse, avec une enquête descriptive quantitative réalisée par le biais de questionnaires, auxquels nous avons intégré des questions ouvertes pour une analyse quantitative.

Résultats : Ces médecins sont majoritairement des femmes en couple dont le conjoint exerce une activité intellectuelle supérieure. 65% sont restés dans la région de leur internat, dont plus de la moitié en Indre-et-Loire. Comparativement aux souhaits exprimés au cours de leur internat la proportion de médecins en activité libérale a diminué, au bénéfice de l'exercice hospitalier, et de deux modes d'exercice qui n'étaient pas envisagés initialement par les internes : l'activité de remplaçant et l'exercice mixte. On observe une proportion plus importante qu'attendue des installations dans les grandes agglomérations et, plus discrètement, en milieu rural. 90% des libéraux exercent en activité de groupe. L'importance majeure du travail du conjoint et le peu d'influence des aides financières comme déterminants à leur installation sont confirmés. Si le ressenti de leur accueil, et leur satisfaction professionnelle sont majoritairement positifs, des nuances apparaissent. Enfin, ces médecins rapportent des parcours très variés, et pour plus d'un tiers des perspectives d'évolution de leur activité dans les années à venir.

Conclusion : Le suivi de cette population d'internes de Médecine Générale de la région Centre révèle les complexités et variabilités d'une profession en mutation, face aux évolutions démographiques, territoriales, sociétales et des modes de pratiques du métier de médecin généraliste.

Mots-clés : Interne / Médecin généraliste / Région Centre-Val de Loire / Devenir / Conditions d'exercice / Activité / Accueil / Installation

Jury :

Président de Jury : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : **Docteur François MOLIMARD Médecine Générale - Bourges**

Membres du Jury : Professeur Matthias BUCHLER, Néphrologie, Faculté de Médecine – Tours
Professeur Emmanuel RUSCH, Épidémiologie, Économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Delphine RUBE Médecine Générale, CCA, Faculté de Médecine - Tours

Date de soutenance : 24 octobre 2019