

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 19 décembre 2013 à Poitiers
par **Mme Perrine Lafon**

Influence géographique des stages ambulatoires réalisés en Poitou-Charentes lors du 3^e cycle sur le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes.

Enquête auprès de 80 généralistes de premier recours issus de la faculté de Poitiers entre 2003 et 2007.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Membres : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA
Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT
Monsieur le Docteur Gérard DOURIEZ

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Gérard DOURIEZ

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 19 décembre 2013 à Poitiers
par **Mme Perrine Lafon**

Influence géographique des stages ambulatoires réalisés en Poitou-Charentes lors du 3^e cycle sur le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes.

Enquête auprès de 80 généralistes de premier recours issus de la faculté de Poitiers entre 2003 et 2007.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT

Membres : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA
Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT
Monsieur le Docteur Gérard DOURIEZ

Directeur de thèse : Monsieur le Dr Gérard DOURIEZ



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie (**surnombre**)
15. DROUOT Xavier, physiologie
16. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
17. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre**)
18. FAURE Jean-Pierre, anatomie
19. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
30. HERPIN Daniel, cardiologie
31. HOUETO Jean-Luc, neurologie
32. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
33. IRANI Jacques, urologie
34. JABER Mohamed, cytologie et histologie
35. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**de septembre à décembre**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
44. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
45. MACCHI Laurent, hématologie
46. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
47. MARECHAUD Richard, médecine interne
48. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
49. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
50. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
51. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
52. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
53. NEAU Jean-Philippe, neurologie
54. ORIOT Denis, pédiatrie
55. PACCALIN Marc, gériatrie
56. PAQUEREAU Joël, physiologie
57. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
58. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
59. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
60. POURRAT Olivier, médecine interne
61. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
62. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
63. RICHER Jean-Pierre, anatomie
64. ROBERT René, réanimation
65. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
66. ROBLOT Pascal, médecine interne
67. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
68. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
69. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
70. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
71. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
72. TOUCHARD Guy, néphrologie
73. TOURANI Jean-Marc, oncologie
74. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. HURET Jean-Loup, génétique
13. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
14. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
15. MIGEOT Virginie, santé publique
16. ROY Lydia, hématologie
17. SAPANET Michel, médecine légale
18. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
19. THILLE Arnaud, réanimation
20. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
LILWALL Amy, maître de langues étrangères

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

1. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
3. GIL Roger, neurologie
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
16. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
17. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
18. GOMBERT Jacques, biochimie
19. GRIGNON Bernadette, bactériologie
20. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
21. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
22. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex émérite)
23. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
24. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
25. MARILLAUD Albert, physiologie
26. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

A Monsieur le Professeur Michel MORICHAU-BEAUCHANT,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA,

Je tiens à vous remercier d'avoir accepté avec enthousiasme de participer au jury de ma thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma considération.

A Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT,

Vous avez accepté avec spontanéité de faire partie de ce jury et de juger mon travail. Je vous en remercie. Soyez assurée de toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Gérard DOURIEZ,

Je vous remercie d'avoir accepté sans réserve la direction de ce travail et de m'avoir soutenue et guidée tout au long de sa réalisation. Merci également de m'avoir initiée à l'art de la médecine générale et de m'avoir donné le goût à l'exercice ambulatoire.

A mes maîtres de stages ambulatoires de premier et deuxième niveau et à mon tuteur,

Aux Dr Gwenaëlle FARCY, Dr René FERNANDEZ et Dr Martine TOUZARD,

Merci à vous de m'avoir accueillie au sein de votre cabinet et de m'avoir fait découvrir la médecine générale dans toute sa diversité et sa complexité.

Au Dr Gilles SORBE,

Je vous remercie pour votre gentillesse et votre disponibilité. Merci pour vos petits conseils avisés.

A tous ceux qui m'ont donné l'envie d'exercer cette belle spécialité et auprès de qui je me suis formée au fil des ans.

Aux personnes m'ayant aidée dans la réalisation de ce travail,

Au Dr Stéphane BOUGES,

Merci à vous pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, pour votre écoute, votre aide à la relecture de mon questionnaire et pour vos précieux conseils.

Au Dr Andréa POPPELIER,

Merci pour ton aide méthodologique, ta disponibilité et tes conseils pour l'analyse des résultats.

A Madame Marie-Noëlle BORDAGE,

Merci de m'avoir fourni la liste des étudiants sans laquelle ce travail n'aurait pu se faire et d'avoir toujours été disponible quand j'en avais besoin.

Au Dr Jean-Christophe PRUNIER et au Dr Hugues BAILLERGEAU,

Merci d'avoir accepté d'être mes «cobayes» en testant mon questionnaire par téléphone et de m'avoir fait confiance lors de mes remplacements.

A tous les médecins qui ont pris de leur temps et qui ont accepté de participer à cette étude.

A mes amies,

A Agnès, Céline, Eugénie,

Je suis contente de vous avoir rencontrées et de vous avoir gardées à mes côtés depuis toutes ces années malgré l'éloignement. Nous avons partagé tellement de bons moments et il y en a tant d'autres à venir....

Merci de m'avoir soutenue, de m'avoir encouragée et d'avoir cru en moi. Merci également pour votre aide précieuse au cours de ce travail, vos conseils et votre relecture.

A Sarah,

On y est enfin arrivé...

On a commencé et fini en même temps ces sacrées études. Nous allons enfin pouvoir souffler. Merci de m'avoir accompagnée au cours de ces années de fac, toujours présente dans les bons moments comme les mauvais. Et merci aussi pour ton aide lors de ce travail.

A Delphine,

Merci pour ton aide et tes conseils avisés de dernière minute. Vivement la suite que l'on puisse se faire des petites soirées de formation...

A ma famille,

A mes grands parents et tatie nanny,

Merci d'avoir été si aimants envers moi et de m'avoir encouragée dans cette voie.

Tatie, merci de m'avoir accueillie chez toi pendant 2 ans et surtout de m'avoir supportée... Ma réussite est un peu la tienne...

Papy, j'espère avoir été à la hauteur de tes espérances.

Je vous aime.

A Chantal et Michel,

Merci de m'avoir accueillie chaleureusement au sein de votre famille et de m'avoir soutenue.

A mes parents, mes sœurs,

Je ne pourrai jamais vous rendre tout ce que vous m'avez donné, je ne vous serai jamais assez reconnaissante.

Merci maman pour tes «longues» journées de relecture et pour ton soutien permanent.

Merci papa pour ta motivation si personnelle...

Merci, merci, merci.

Je vous aime.

A mes deux amours,

Frédéric, merci pour ton amour, ta patience, ton soutien et ton immense participation (informatique, logistique, méthodologique, psychologique...et j'en passe!). On va enfin pouvoir profiter et faire de beaux projets ensemble... Merci pour la vie que nous menons.

Soline, ma petite princesse, tu m'as donné la motivation nécessaire pour avancer grâce à ton sourire et ta bonne humeur.

Je vous aime.

A tous ceux que j'ai oubliés et qui m'ont soutenue, MERCI.

ABREVIATIONS

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CNAMT	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DES	Diplôme d'Etude Spécialisée
DPC	Développement Professionnel Continu
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
ECN	Epreuves Classantes Nationales
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoires
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MCU-MG	Maître de Conférence Universitaire en Médecine Générale
MRS	Mission Régionale de Santé
OMPHALE	Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'Elèves
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile

PTMG	Praticien Territorial de Médecine Générale
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SROS-A	Schéma Régional d'Organisation des Soins en Ambulatoire
URCAM	Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
ZAP	Zonage d'Accompagnement Prioritaire
ZAU	Zonage en Aires Urbaines
ZAUER	Zonage en Aires Urbaines et aires d'emploi de L'Espace Rural
ZOC	Zones Conventionnelles Opposables

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION	13
1	GENERALITES..... 15
1.1	La région Poitou-Charentes..... 15
1.1.1	Localisation géographique 15
1.1.2	Une population vieillissante..... 15
1.1.3	Des bassins de vie essentiellement ruraux 16
1.1.4	Les médecins généralistes libéraux et mixtes en Poitou-Charentes..... 18
1.1.5	Projection de la démographie des médecins généralistes en France: une baisse attendue de la densité 22
1.2	La formation des médecins généralistes..... 25
1.2.1	Les dates importantes de la filière universitaire de médecine générale..... 25
1.2.2	La maquette de médecine générale..... 26
1.2.3	Rôle et fonctions des stages ambulatoires 27
2	MATERIEL ET METHODE..... 28
2.1	Objectifs de l'étude 28
2.2	Type d'étude 28
2.3	Echantillon..... 28
2.3.1	Critères d'inclusion..... 28
2.3.2	Critères d'exclusion 29
2.3.3	Recrutement des médecins..... 29
2.4	Le questionnaire..... 30
2.4.1	Elaboration du questionnaire..... 30
2.4.2	Correction et testing du questionnaire 30
2.4.3	Diffusion du questionnaire..... 30
2.5	Recueil des résultats 31

2.5.1	Analyse des résultats.....	31
2.5.2	Détermination du milieu rural et/ou urbain	31
2.5.3	Axes d’analyses et variables étudiées	32
3	RESULTATS.....	33
3.1	Taux de participation	33
3.2	Caractéristiques de la population étudiée	33
3.2.1	Répartition par sexe	33
3.2.2	Répartition par âge.....	34
3.2.3	Parcours avant l’installation actuelle	34
3.2.4	Délai d’installation suite à l’obtention de la thèse.....	35
3.2.5	Mode d’exercice	36
3.2.6	Type de cabinet médical	36
3.2.7	Statut de maître de stage.....	37
3.2.8	Parcours scolaire et universitaire	37
3.3	Résultats portant sur les stages ambulatoires	38
3.3.1	Le stage de premier niveau	38
3.3.2	Le stage de deuxième niveau (SASPAS).....	40
3.4	Résultats concernant de lieu d’installation	43
3.4.1	Lieu d’installation des répondants	43
3.4.2	Répartition du lieu d’installation selon le sexe	44
3.4.3	Répartition des installations selon l’origine des répondants.....	45
3.5	Analyse des réponses déclaratives.....	46
3.5.1	Les stages ambulatoires ont-ils donné envie de s’installer à proximité?	46
3.5.2	Les stages ambulatoires influencent-ils le lieu d’installation?.....	47
3.6	Analyse objective des réponses	48
3.6.1	Analyse des médecins installés en Poitou-Charentes.....	48
3.6.2	Analyse des médecins installés hors de la région Poitou-Charentes	50

3.6.3	Analyse du milieu d'exercice.....	51
3.7	Classification des différents facteurs ayant influencé le lieu d'installation.....	54
3.8	Analyse des commentaires libres.....	55
3.8.1	Influence des stages ambulatoires sur le milieu d'exercice.....	55
3.8.2	Influence des stages ambulatoires sur le type d'exercice.....	55
3.8.3	Influence des stages ambulatoires sur l'emplacement géographique.....	56
3.8.4	Influence des stages ambulatoires par la création d'un réseau.....	56
3.8.5	Influence des remplacements.....	56
3.8.6	Influence de la famille/du conjoint/du domicile.....	56
3.8.7	Une opportunité.....	56
3.8.8	Influence des aides financières.....	57
3.8.9	Lieu d'installation pré-déterminé.....	57
3.8.10	Aucune influence des stages ambulatoires.....	57
4	DISCUSSION.....	58
4.1	Les points forts de cette étude.....	58
4.1.1	Le taux de participation.....	58
4.1.2	Une étude originale.....	58
4.2	Les points faibles de cette étude.....	59
4.2.1	Biais de mémorisation.....	59
4.2.2	Biais d'information.....	59
4.2.3	Biais de sélection.....	60
4.3	Analyse des résultats.....	60
4.3.1	Caractéristiques générales de notre population.....	60
4.3.2	Résultats relatifs aux stages.....	63
4.3.3	Lieu d'installation.....	65
4.4	Quelques propositions en vue d'améliorer la répartition des médecins.....	67
4.4.1	Répartition et localisation des stages ambulatoires selon les besoins.....	67

4.4.2	Grande campagne de recrutement de maîtres de stage	69
4.4.3	Un zonage plus représentatif	70
	CONCLUSION	74
	BIBLIOGRAPHIE.....	76
	TABLE DES FIGURES ET GRAPHIQUES.....	81
	ANNEXES.....	82
	RESUME	92
	SERMENT	93

INTRODUCTION

Depuis plus de 10 ans, la démographie médicale en France préoccupe la sphère politique mais également le corps médical. Le premier constat date de 2002 avec le rapport Berland¹ qui avait pour objectif d'établir un état des lieux et d'apporter des propositions à court, moyen et long terme sur la démographie médicale. Par la suite, d'autres rapports et d'autres propositions²⁻⁵ ont été publiés. Certaines ont pu être mises en place (majoration du numerus clausus, favoriser le regroupement des professionnels de santé, aides à l'installation...), mais tout cela n'a pas permis, à l'heure actuelle, d'améliorer la situation.

Le nombre de médecins actifs a connu une longue période de croissance qui atteint en 2006 son maximum historique puis, s'en est suivie une baisse progressive et constante des effectifs. Selon les projections de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) de 2009⁶, cette baisse atteindra son niveau le plus bas en 2019. La densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant, devrait chuter, quant à elle, plus fortement que l'effectif des médecins et atteindrait son niveau le plus bas en 2020 avec une baisse de 16% par rapport à 2006.

En ce qui concerne les médecins généralistes, leur effectif a diminué de 5 % en 5 ans. En 2013⁷, ils représentent 45.9% des effectifs, sont âgés en moyenne de 52 ans et 24,8% d'entre eux sont susceptibles d'arrêter leur activité en 2018.

Le vieillissement de la population, le départ à la retraite d'un grand nombre de médecins généralistes non remplacés, le retard à l'installation et l'organisation du temps de travail différente des jeunes médecins généralistes sont autant de facteurs qui laissent présager un déséquilibre entre l'augmentation du besoin médical et la baisse de l'offre de soins dans les années à venir.

Une augmentation du numérus clausus et un recul du départ à la retraite des médecins pourraient, selon une étude publiée par la DREES⁶, minimiser la baisse des effectifs voire augmenter le nombre de médecins actifs. Mais l'effet de ces mesures ne serait visible qu'à l'échelon national. Or, c'est la disparité de répartition des médecins qui pose problème. En effet, 90% des inégalités de densité médicale se trouvent au sein même des régions.

La région Poitou-Charentes en est un exemple. En effet, la densité de celle-ci se trouve dans la norme nationale mais, lorsque l'on y regarde de plus près, on se rend compte que les médecins généralistes ne sont pas répartis de façon homogène entre les départements, et cela est encore plus frappant à l'échelle intra-départementale, créant un déséquilibre et des difficultés d'accès aux soins, l'accès aux soins étant devenu l'un des leitmotivs du nouveau gouvernement en matière de

politique sanitaire. La ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, lance en décembre 2012 le «Pacte territoire-santé»⁸ pour lutter contre les déserts médicaux.

Face à cet état des lieux, nous nous sommes demandé comment mieux répartir les médecins sur le territoire, véritable problème à l'heure actuelle. Il semble impensable d'obliger un médecin à exercer dans un milieu totalement inconnu et, de plus, délaissé par la plupart des services publics, sachant que le médecin ne vit pas seul et que le conjoint désire travailler également. Nous nous sommes alors penchés sur les stages ambulatoires réalisés au cours du troisième cycle de médecine générale. Ces stages ont déjà fait la preuve de leur influence sur les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes⁹⁻¹⁴. Nous nous sommes donc demandé si les stages ambulatoires ne peuvent pas être un moyen de faire connaître un territoire et ainsi de susciter l'envie de s'y installer, comme le dit si bien l'un des interrogés de Fabienne Molard¹⁴ dans sa thèse : «On ne peut aimer que ce que l'on connaît».

L'objectif principal de cette thèse est donc de savoir si les stages ambulatoires donnent envie de s'installer à proximité et si concrètement, cela fut le cas. L'objectif secondaire de cette dernière est de savoir si, à défaut de s'installer à proximité, les médecins interrogés se sont installés dans le même type de milieu que celui de leur lieu de stage (à savoir: rural ou urbain).

1 GENERALITES

1.1 *La région Poitou-Charentes*

Il nous semble intéressant de dresser ici un état des lieux concernant la région Poitou-Charentes pour mieux comprendre la situation.

1.1.1 Localisation géographique

La région Poitou-Charentes se situe au carrefour des régions de l'ouest et du sud ouest. C'est une région attractive. Elle est composée de quatre départements: la Charente, la Charente-Maritime, les Deux-Sèvres et la Vienne. Sa préfecture est Poitiers et elle s'étend sur 25 809 km².

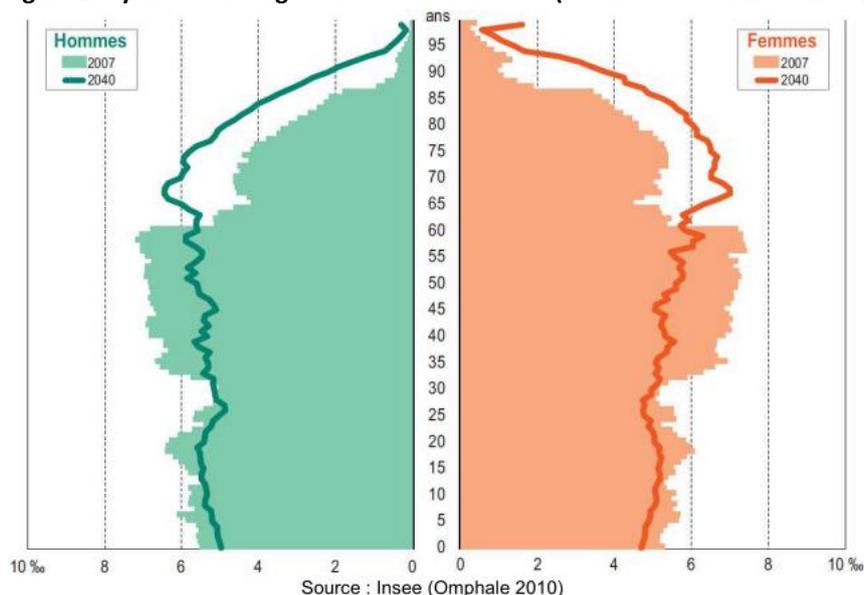
1.1.2 Une population vieillissante

Au 1^e janvier 2012¹⁵, la population de la région Poitou-Charentes est estimée à 1 789 711 habitants soit 2,8% de la population de la France métropolitaine. Entre 1999 et 2009, la population a augmenté en moyenne de 0,71% par an. La croissance régionale dépasse celle de la France métropolitaine. Cette augmentation de la population est due à l'attractivité de la région. En effet, le solde naturel de la région est quasiment nul. Les zones les plus attractives se situent à proximité des plus grandes villes de la région et sur la frange littorale. La région occupe le 8^e rang des régions françaises les plus attractives.

Si l'attractivité de la région est élevée, elle est disparate selon les territoires. La Charente-Maritime bénéficie du charme du littoral. Son attractivité y est deux fois supérieure à celle de la Vienne et des Deux-Sèvres et trois fois plus élevée qu'en Charente.

La population Picto-Charentaise est une population vieillissante. Le Poitou-Charentes se classe au 4^e rang des régions françaises les plus âgées. La région est composée à 27,1% de personnes âgées de plus de 65 ans. L'indice de vieillissement (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) de la région est de 91,7. Cet indice est nettement supérieur à celui de la France métropolitaine qui est de 68,6.

Figure 1: Pyramide des âges du Poitou-Charentes (scénario central 2007-2040)



Selon les projections d'Omphale¹⁶ (outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves) pour 2040, le vieillissement de la population va s'accroître : la part des personnes âgées de 65 ans et plus va augmenter passant à 30,7% alors que celle des moins de 20 ans diminuera.

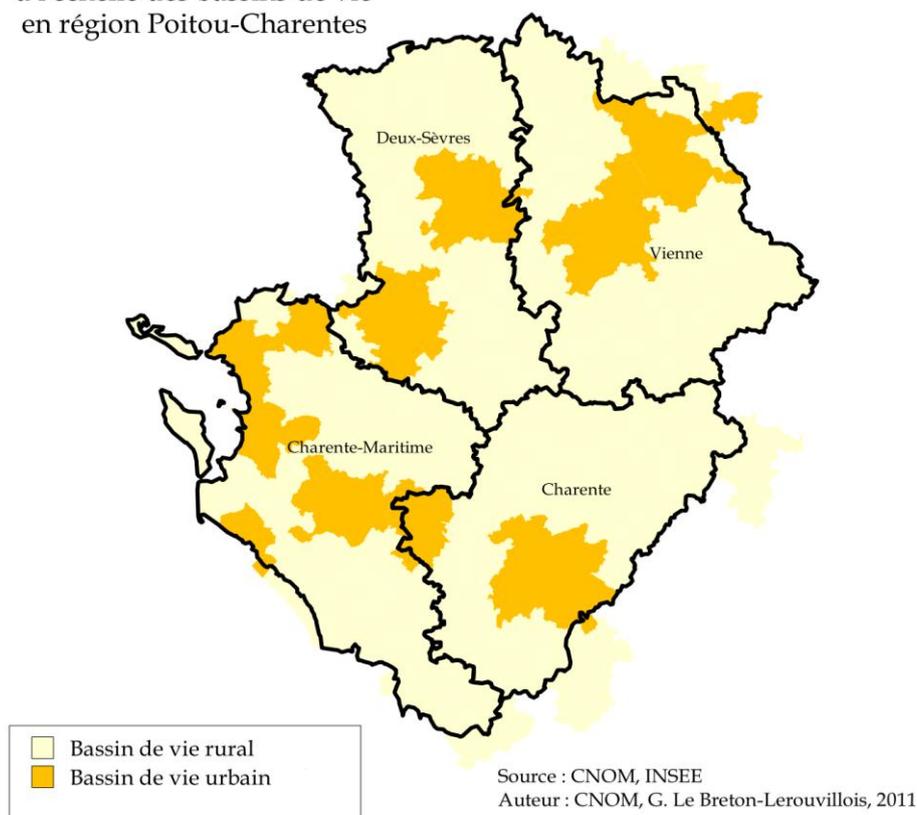
1.1.3 Des bassins de vie essentiellement ruraux

Selon l'INSEE¹⁷, les bassins de vie sont les plus petits territoires sur lesquels les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi. Le bassin de vie est considéré comme le territoire de premier recours en médecine générale. Il permet d'identifier un espace territorial relativement fin qui correspond aux pratiques réelles de consommation.

La région Poitou-Charentes est composée de 91 bassins de vie dont 78 sont des «bassins régionaux»⁴⁰ (quelques-uns empiétant sur les régions avoisinantes). 90% de ces bassins de vie comptent moins de 30 000 habitants et sont considérés par l'INSEE comme ruraux.

Figure 2: Les bassins de vie de la région Poitou-Charentes

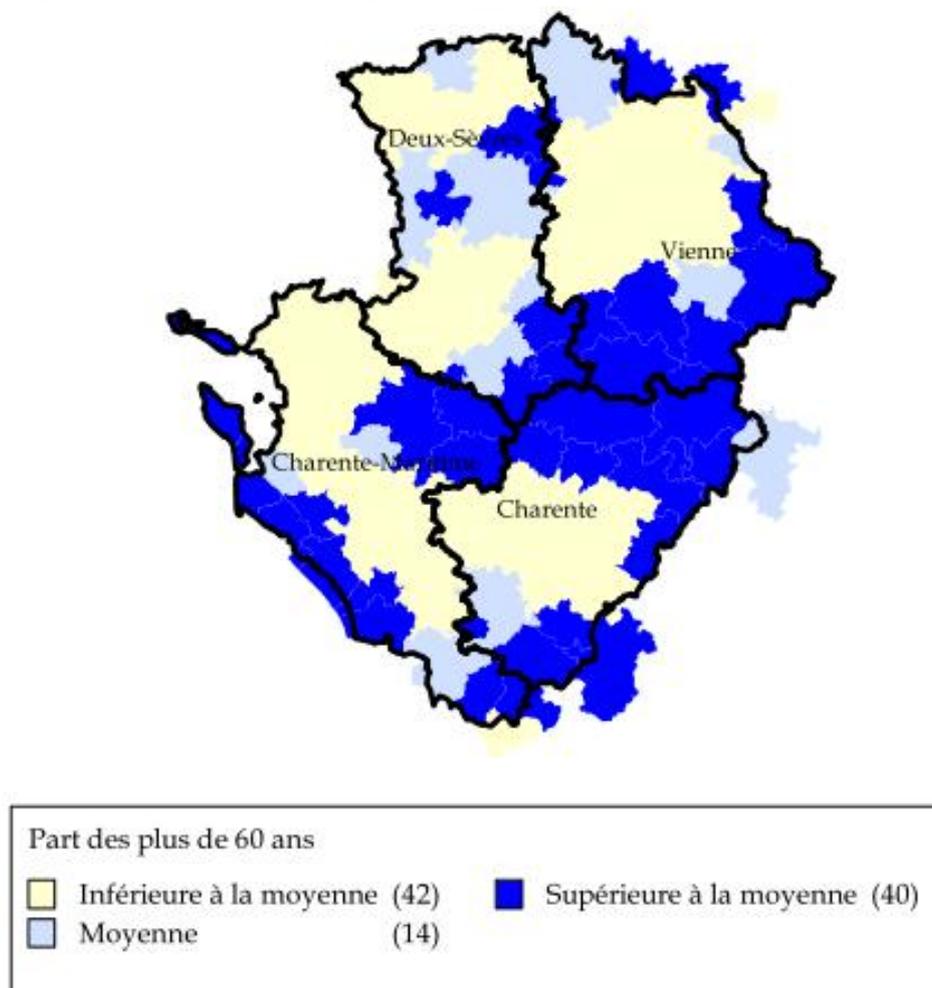
Répartition de la population
à l'échelle des bassins de vie
en région Poitou-Charentes



La population rurale du Poitou-Charentes représente 49,2% de la population régionale. Elle comporte plus de personnes âgées de 65 ans et plus que la population urbaine (18,8% contre 17,4%)¹⁸.

Les bassins de vie ruraux sont donc très nombreux en Poitou-Charentes et comptent presque la moitié de la population, une population plus âgée qu'en milieu urbain. Ce constat nous laisse présager que la demande de soins, en milieu rural, va s'accroître dans les années à venir.

Figure 3: Part des populations âgées de plus de 60 ans à l'échelle des bassins de vie



Source : CNOM, INSEE
Auteur : CNOM, G. Le Breton-Lerouvillois, 2011

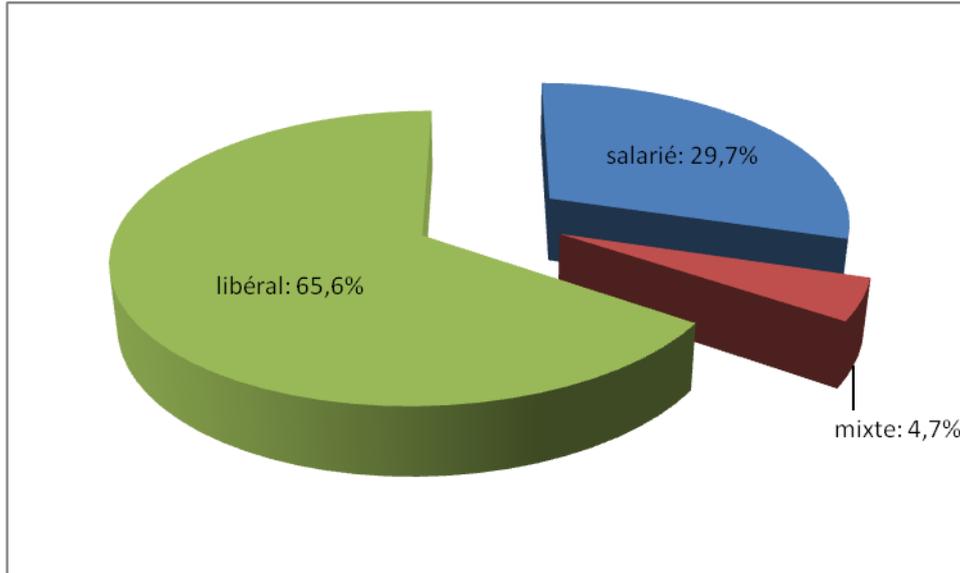
Qu'en est-il de la situation des médecins généralistes libéraux picto-charentais?

1.1.4 Les médecins généralistes libéraux et mixtes en Poitou-Charentes

▪ Mode d'exercice en activité régulière

Au 1^{er} juin 2011¹⁷, la région Poitou-Charentes compte 2 538 médecins généralistes inscrits aux tableaux de l'Ordre en activité régulière. 65,6% d'entre eux ont choisi d'exercer en mode libéral exclusif et 4,7% en mode mixte avec une dominante libérale.

Figure 4: Les modes d'exercice des médecins généralistes en Poitou-Charentes



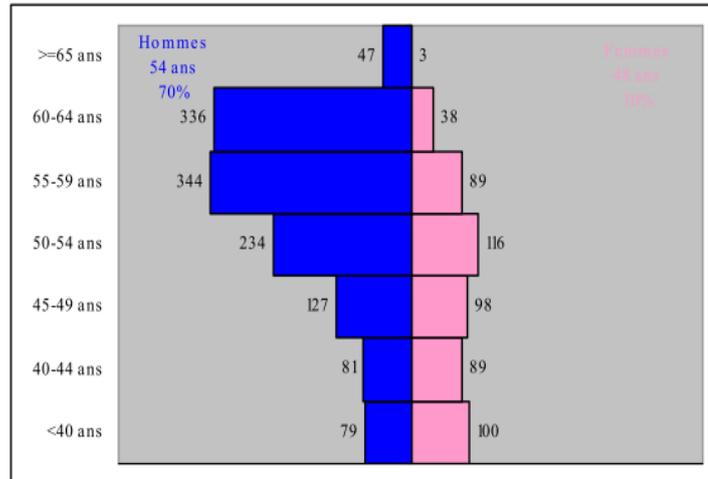
Selon les projections du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour 2017¹⁹, les effectifs des médecins généralistes exerçant en libéral vont décroître à la faveur de la médecine salariée.

- Répartition par âge et sexe: une population vieillissante et une féminisation des effectifs

L'âge moyen des généralistes libéraux et mixtes est de 53 ans. 46% d'entre eux sont âgés de plus de 55 ans, ce qui est légèrement supérieur à la norme nationale qui est de moins de 45%. Les médecins généralistes âgés de moins de 45 ans représentent 20% de l'effectif.

Actuellement, la part des hommes est importante (70% de l'effectif) mais on remarque que la jeune génération (les moins de 40 ans) se féminise puisque 56% sont des femmes. Cette féminisation tend à se majorer car 72% des moins de 30 ans sont également des femmes²⁰.

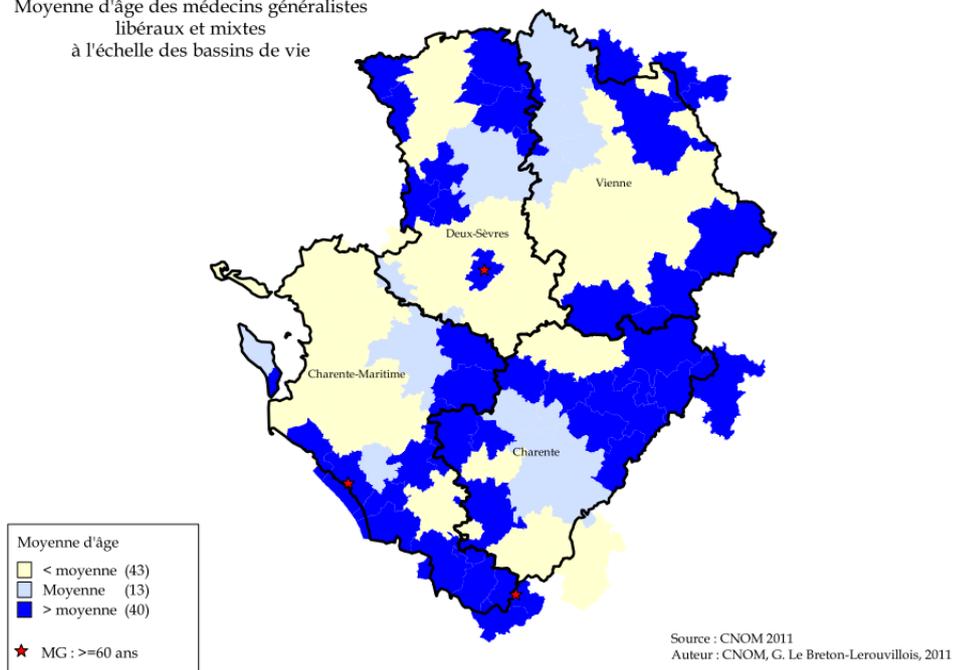
Figure 5: Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux et mixtes en Poitou-Charentes.



Les médecins généralistes libéraux et mixtes âgés de plus de 53 ans occupent 42% des bassins de vie de la région Poitou-Charentes. Trois bassins de vie ont des médecins âgés, en moyenne, de plus de 60 ans: Cozes, La Roche-Chalais et Celles-sur-Belle.

Figure 6: Moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie

Moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie

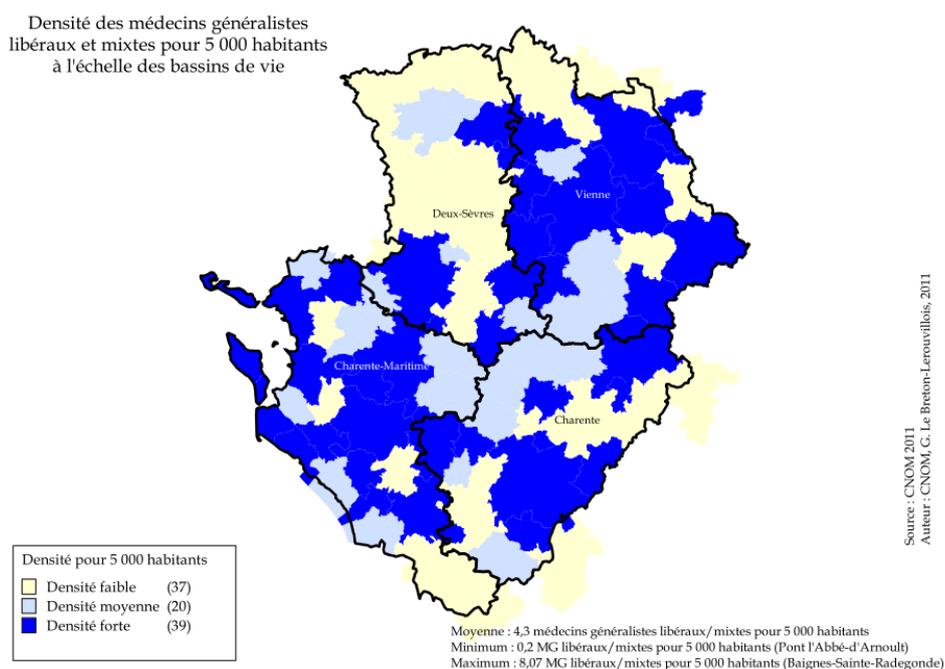


- La densité: une répartition inégale

La densité des médecins généralistes libéraux et mixtes du Poitou-Charentes est proche de la densité nationale (108 contre 106 pour la France métropolitaine) mais on observe, au sein même de la région, une disparité de densité entre les départements²⁰: la Charente-Maritime présente une forte densité (126), la Vienne se situe dans la moyenne avec une densité à 109, la Charente et les Deux-Sèvres sont moins bien desservies avec respectivement 95 et 91 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 100 000 habitants.

Cette disparité de répartition est également marquée à l'échelle des bassins de vie:

Figure 7: Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 5 000 habitants à l'échelle des bassins de vie



En comparant les figures 3, 6 et 7, nous pouvons faire quelques remarques:

- La répartition des médecins généralistes libéraux et des personnes âgées de plus de 60 ans n'est pas totalement superposable, certains bassins de vie «âgés» sont mal desservis.
- Par contre, la répartition des médecins généralistes âgés de plus de 53 ans est assez proche de celle des personnes de plus de 60 ans.

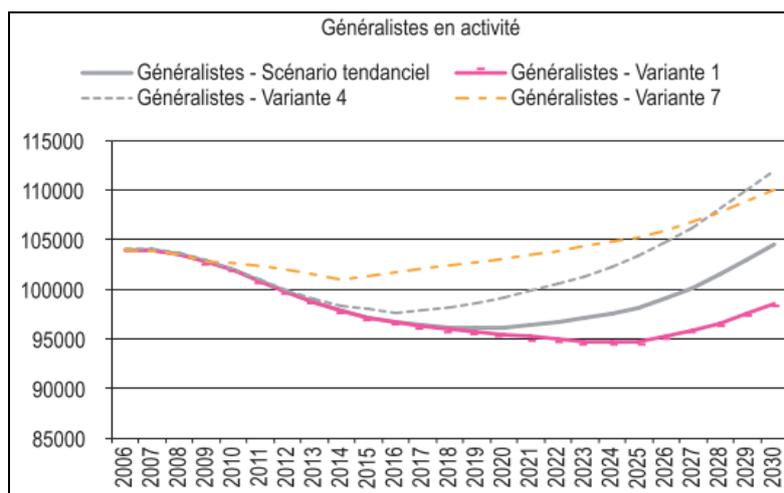
Cet état des lieux nous montre que, dans 10 ans, le départ à la retraite des médecins, s'ils ne sont pas remplacés, va engendrer un déséquilibre important entre la demande de soins croissante et l'offre de soins qui s'amenuise dans certains bassins de vie notamment ruraux.

1.1.5 Projection de la démographie des médecins généralistes en France: une baisse attendue de la densité

D'après le scénario tendanciel de référence de la DREES⁶ (selon l'hypothèse d'un comportement constant des médecins), le nombre de médecins généralistes devrait diminuer jusqu'en 2019 puis il augmenterait pour atteindre à nouveau son niveau le plus élevé de 2006 en 2030.

Figure 8: Nombre de généralistes en activité selon le scénario tendanciel (et les variantes 1, 4 et 7)

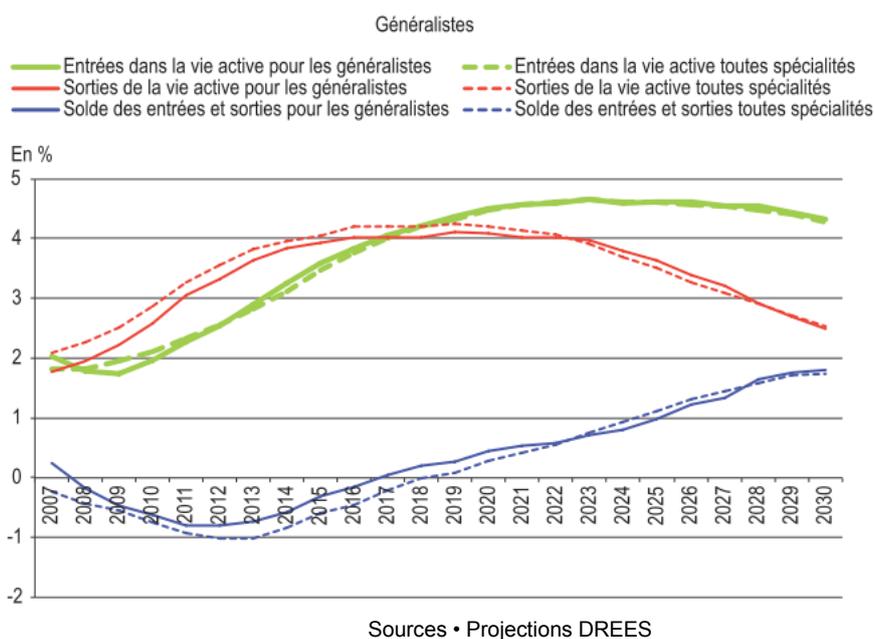
Variante 1 : élévation moindre du numerus clausus par rapport au scénario tendanciel,
Variante 4 : augmentation de la part des postes de médecine générale offerte aux ECN par rapport au scénario tendanciel
Variante 7 : report de 2 ans de l'âge de départ à la retraite



Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections DREES

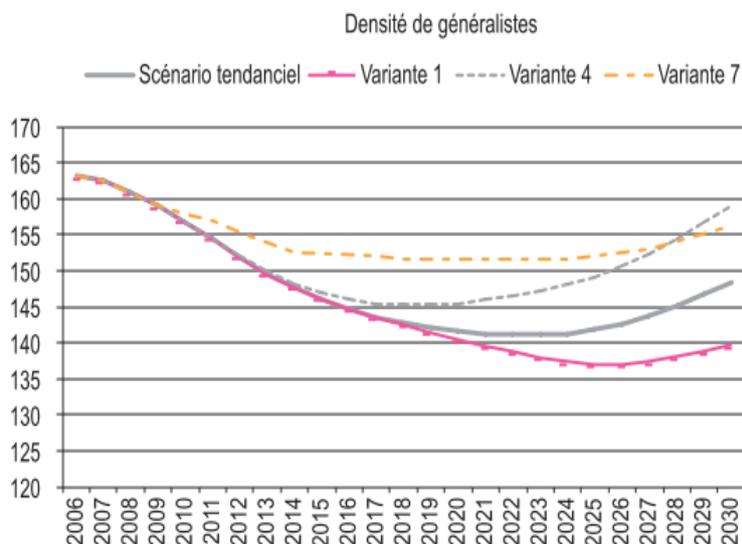
En ce qui concerne le solde des entrées et des sorties, il se compenserait en 2017 puis se positiverait.

Figure 9: Proportions d'entrées et de sorties définitives de la vie active pour les généralistes d'après le scénario tendanciel



Selon ce même scénario, la densité des médecins généralistes (tout type d'exercice) devrait chuter plus fortement que l'effectif des médecins, la population régionale augmentant plus vite que l'effectif des médecins généralistes. Elle passerait de 163 à 148 soit une baisse de 9,1% entre 2006 et 2030. Elle atteindrait son niveau le plus bas en 2022 avec une baisse de 13,5% par rapport à 2006.

Figure 10: Densité de généralistes en activité selon le scénario tendanciel (et les variantes 1,4 et 7)

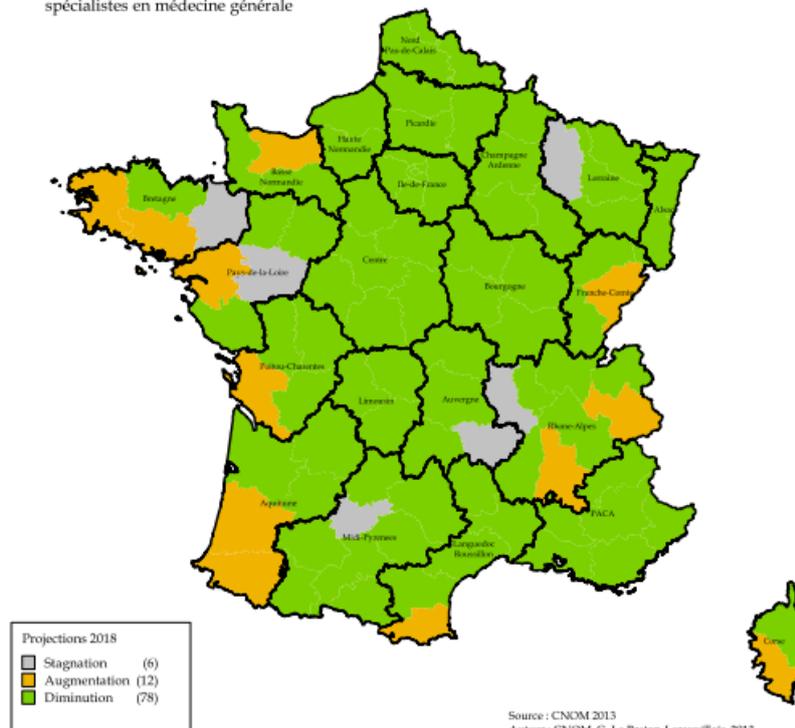


Sources • Fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins pour l'année 2006 (traitement DREES), projections de population INSEE,

Pour la région Poitou-Charentes, les projections de 2018 du CNOM prévoient une baisse de 1% des effectifs⁷ des médecins généralistes par rapport à 2013. Cette baisse ne s'effectuera pas de façon équivalente entre les départements et accentuera la disparité de répartition des médecins généralistes. En effet, la Charente, déjà moins médicalisée, verra ses effectifs chuter de 6%, alors que ceux de la Charente-Maritime augmenteront de 4%. La Vienne et les Deux-Sèvres observeront, quant à elles, une baisse similaire de 3%.

Figure 11: Projections départementales en 2018 des médecins spécialistes en médecine générale

Projections départementales des médecins spécialistes en médecine générale



1.2 La formation des médecins généralistes

Actuellement devenue une spécialité à part entière, la médecine générale a longtemps été reléguée au second plan et boudée par les étudiants. Sa formation n'a pas toujours été telle que nous la connaissons aujourd'hui et son enseignement s'est progressivement développé.

1.2.1 Les dates importantes de la filière universitaire de médecine générale^{10, 13,21}

Le 30 décembre **1958**²², l'ordonnance Debré crée les centres hospitaliers et universitaires (CHU), ce qui conduit à la forte valorisation des spécialités d'organe au cours des études médicales, au détriment de la médecine générale.

En **1971**, le numerus clausus est instauré et a pour but de déterminer le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine. Fixé initialement à plus de 8500 places, il n'a commencé à diminuer qu'à partir de 1978 jusqu'à atteindre 3500 places en 1993.

Dans les années 70 naissent des ambitions nouvelles pour l'enseignement de la médecine générale. La commission Fougère, créée en 1973, a pour but, entre autres, de réfléchir à la valorisation de la médecine générale en allongeant la formation (3^e cycle de 2 ans), en mettant en place un enseignement théorique et en créant un stage extra-hospitalier.

Après la réforme des études médicales de **1982**, c'est l'internat qui donnera accès aux spécialités. Les étudiants souhaitant devenir médecins généralistes feront un résidanat et sont nommés résidents. Ce troisième cycle comprend une formation pratique hospitalière, une formation théorique et un stage de sensibilisation à la pratique de cabinet à hauteur de vingt demi-journées.

En **1997**, la formation des résidents s'allonge d'un 5^e semestre. Ce nouveau stage de 6 mois est consacré à l'apprentissage de la médecine générale au sein d'un cabinet d'omnipraticien (les quatre autres semestres restant des stages hospitaliers). A cette même période, les départements universitaires de médecine générale (DUMG) sont mis en place avec des locaux et des moyens propres. Ils sont co-dirigés par un hospitalo-universitaire et un médecin généraliste.

Il est à noter également, en mars 1997, la création du stage de médecine générale au cours du 2^e cycle des études médicales (dans les textes seulement).

En **2001**, un nouveau décret rallonge la durée du résidanat à 3 ans.

Le DES de médecine générale est créé en **2004**. Le concours de l'internat est supprimé et est remplacé par les épreuves classantes nationales (ECN). Le 6^e

semestre peut prendre la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé (SASPAS)²³. Il est mis en place dès novembre 2003 à la faculté de médecine de Poitiers.

Le sénateur Pr Francis Giraud dépose en **2007** un projet de loi qui élève enfin la médecine générale au rang de spécialité médicale à l'égal des autres. 16 chefs de clinique de médecine générale sont nommés en l'absence de statut spécifique.

L'assemblée nationale vote la loi précisant le cadre législatif de la filière et ses obligations en **2008**: les soins doivent s'exercer en ambulatoire. Le statut est défini avec notamment l'intégration d'enseignants associés. Le 17 novembre, la création de la commission nationale d'intégration, chargée de statuer sur les candidatures à la titularisation des enseignants de médecine générale, est actée.

L'assemblée nationale adopte en **2009** des articles de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) définissant la médecine générale et les besoins de la formation initiale. Elle met en place un nombre minimal de postes d'enseignants de médecine générale à créer chaque année. En décembre, les 10 premiers enseignants titulaires de médecine générale sont nommés²⁴.

Les premiers MCU-MG (maîtres de conférences universitaires en médecine générale) sont nommés en **2011**.

1.2.2 La maquette de médecine générale

Le DES de médecine générale est composé de six semestres.

Il comportait initialement :

- trois semestres obligatoires dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale (médecine adulte, pédiatrie et/ou gynécologie et médecine d'urgence),
- un semestre libre dans un service ou département hospitalier agréé,
- un semestre auprès de praticiens généralistes agréés
- un semestre effectué soit en médecine générale (SASPAS) soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.

Ce qui faisait, au final, quatre stages en milieu hospitalier.

Depuis l'arrêté du 10 août 2010²⁵, seuls deux stages sont à effectuer en milieu hospitalier (la médecine adulte et la médecine d'urgence). Dorénavant le semestre

libre et le semestre de pédiatrie/gynécologie se font dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline de médecine générale, ils peuvent donc s'effectuer dans un cadre extra-hospitalier.

Précisons qu'un des stages doit se faire obligatoirement au CHU sauf si les capacités de formation de la subdivision s'avèrent insuffisantes.

1.2.3 Rôle et fonctions des stages ambulatoires

- Le stage de premier niveau

Le stage de premier niveau, accessible du 2^e au 4^e semestre inclus, se réalise chez le médecin généraliste, généralement, au sein de plusieurs terrains de stage permettant ainsi à l'étudiant de rencontrer différents types de pratiques. Il est possible d'effectuer des journées de formations complémentaires dans des lieux de stages extérieurs au cabinet (pharmacie, infirmière, PMI...). Ce stage a pour objectif d'autonomiser progressivement l'interne. Cette acquisition se fera au cours de trois phases qui se mettront en place en fonction des compétences développées par l'étudiant.

La première étape correspond à *une phase d'observation*: le stagiaire va se familiariser avec son environnement.

Puis vient *une phase de supervision directe*: l'interne va effectuer certains actes sous l'œil attentif de son formateur.

La troisième étape est celle de la *supervision indirecte*: l'étudiant va réaliser seul certains actes, le maître de stage pouvant à tout moment intervenir si besoin. Le nombre d'actes faits en autonomie ne peut excéder 20 sur une journée d'autonomie (270 sur les 6 mois).

- Le stage de deuxième niveau

Le stage de deuxième niveau ou SASPAS est accessible à partir du 5^e semestre dans l'optique d'un semestre professionnalisant. Il n'est pas obligatoire et le nombre de places est parfois limité par le manque de maîtres de stage disponibles. Ce stage s'effectue en ambulatoire auprès d'un trinôme de maîtres de stage à raison d'une journée par semaine dans chaque cabinet.

L'interne y exerce en *supervision indirecte* et débrieife avec son maître de stage en fin de journée. Le nombre d'actes moyens effectués par l'interne ne peut excéder 20. Son but est de permettre à l'étudiant de devenir entièrement autonome dans sa pratique et apte à exercer le métier de médecin généraliste de premier recours.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Objectifs de l'étude

Nous avons souhaité répondre à la question suivante: quelle a été l'influence géographique des stages ambulatoires sur le lieu d'installation?

L'objectif principal de cette étude était de savoir si les stages ambulatoires de premier et/ ou de deuxième niveau donnent envie de s'installer à proximité et si, concrètement, cela fut le cas.

L'objectif secondaire était de savoir si, en dehors du lieu d'installation, les médecins se sont installés dans le même milieu d'exercice (urbain ou rural) que leur maître de stage. Le milieu de stage ambulatoire influence-t-il le milieu d'installation?

2.2 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive quantitative rétrospective réalisée auprès de 80 médecins généralistes installés en libéral et ayant fait leur internat à Poitiers.

2.3 Echantillon

2.3.1 Critères d'inclusion

Nous avons décidé d'inclure dans notre étude tous les médecins ayant fait un stage ambulatoire de premier et/ou de deuxième niveau (SASPAS) entre novembre 2003 et octobre 2007 inclus.

Nous avons choisi cet intervalle de temps pour :

- interroger la première promotion de Poitiers à avoir effectué un SASPAS, c'est à dire en novembre 2003.
- avoir la promotion qui finissait son internat en 2009. Ce délai de 3 ans entre notre étude et la fin de leur internat semblait nécessaire pour que les médecins interrogés soient déjà bien installés dans leur activité professionnelle.

L'étude portant sur l'influence des stages ambulatoires sur le lieu d'installation, nous nous sommes seulement intéressés aux médecins généralistes installés en libéral en tant que médecin de premier recours, nous y avons inclus également les collaborateurs libéraux.

2.3.2 Critères d'exclusion

Nous avons exclu de cette étude les médecins ayant uniquement une activité salariée (médecins hospitaliers, médecins de PMI...), les médecins libéraux n'exerçant pas la médecine de premier recours (angiologues, médecins esthétiques...), les médecins remplaçants et les médecins non thésés.

2.3.3 Recrutement des médecins

Nous avons obtenu la liste des étudiants ayant effectué un stage ambulatoire, de premier niveau et/ou un SASPAS, de novembre 2003 à octobre 2007 inclus auprès du service de la scolarité du troisième cycle des études médicales de l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. Cette liste comptait 186 internes.

Nous nous sommes ensuite adressés au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la Vienne pour obtenir la liste des jeunes médecins généralistes installés qui étaient issus de la faculté de médecine Poitiers. Pour cause de confidentialité des données, notre demande n'a pu aboutir.

Nous avons donc effectué une recherche informatique sur chaque étudiant. Nous avons utilisé l'annuaire du site internet du CNOM, l'annuaire internet des pages jaunes et le moteur de recherche Google.

Les femmes médecins mariées ayant changé de nom de famille ont pu être retrouvées grâce au site internet référençant les thèses de médecine: le SUDOC. Leur nom de jeune fille et de femme mariée étant mentionné dans la fiche résumée de leur thèse.

Parmi les 186 étudiants recherchés, seule une personne n'a pu être retrouvée. Sur les 185 étudiants de la liste, seuls 80 médecins répondaient à nos critères.

2.4 Le questionnaire

2.4.1 Elaboration du questionnaire

Pour l'élaboration du questionnaire, nous nous sommes inspirés des différentes études parues sur le sujet et sur nos recherches bibliographiques.

Le questionnaire était constitué de quatre parties (cf. Annexes 4 et 5):

- *La première partie* permettait de recueillir les données sociodémographiques et les informations générales concernant la formation scolaire et médicale des médecins et leur activité actuelle.
- *La deuxième partie* questionnait les médecins sur leur premier stage chez le médecin généraliste: localisation, motif de ce choix, remplacement du maître de stage.
- *La troisième partie* n'était à compléter que si le médecin avait effectué un SASPAS. Les questions étaient identiques à celles de la deuxième partie.
- *La quatrième partie* explorait l'activité professionnelle actuelle du médecin généraliste: localisation, influence des stages ambulatoires sur le lieu et le milieu d'installation, degré d'influence d'autres facteurs.

Afin d'obtenir un fort taux de participation, nous avons décidé d'élaborer un questionnaire court et simple à compléter.

2.4.2 Correction et testing du questionnaire

Avant d'être testé, nous avons fait relire et corriger le questionnaire par le Dr Stéphane Bouges, spécialiste en santé publique et actuellement chef du pôle ambulatoire au sein de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Poitou-Charentes.

Le questionnaire a, par la suite, été testé auprès de six médecins généralistes non concernés par l'étude et par cinq personnes n'exerçant pas dans le domaine médical. Nous avons cherché à évaluer la compréhension et la durée du questionnaire par téléphone et par email. Le temps de réponse au questionnaire a été évalué à moins de 7 minutes.

2.4.3 Diffusion du questionnaire

Pour des raisons financières, le questionnaire a été élaboré sur internet pour être diffusé par email. Il a été créé et mis en ligne sur le site www.sondageonline.com.

Chaque médecin a ensuite été contacté par téléphone pour, d'une part, leur expliquer le but de notre étude et, d'autre part, espérer obtenir une forte participation. Ils avaient le choix d'y répondre directement par téléphone ou dans un second temps par email (nous n'avons eu aucun refus pour obtenir les adresses mail).

La prise de contact téléphonique s'est déroulée du 21 juin au 03 juillet 2013.

Une relance automatique hebdomadaire des non-répondants a été ensuite effectuée après le premier contact, soit trois relances au total.

La fin de l'étude a été fixée au 31 juillet 2013.

2.5 Recueil des résultats

2.5.1 Analyse des résultats

Toutes les réponses recueillies via le site internet ont été automatiquement reportées sur un fichier Excel.

Les tests statistiques ont été réalisés en ligne sur le site internet BiostaTGV²⁶. La comparaison des variables qualitatives a été analysée avec un test de Chi2 ou un test exact de Fisher si une de ces valeurs était inférieure à 5. L'analyse des variables quantitatives a été faite avec un test t de Student.

Nous avons utilisé un $p < 0,05$ comme limite d'une différence significative.

Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel.

2.5.2 Détermination du milieu rural et/ou urbain

Nous avons trouvé dans la littérature plusieurs définitions du milieu rural et urbain, de la plus simple à la plus compliquée. Nous avons donc décidé de ne pas interroger les médecins sur leur milieu d'activité mais de recueillir le nom des communes et de les catégoriser dans un second temps. Pour cela, nous avons utilisé la typologie ZAUER (zonage en aires urbaines et aires d'emploi de l'espace rural) de 1999 de l'INSEE²⁷.

Cette typologie décline le territoire en quatre catégories: la première représente l'espace à dominante rurale (ce sont les petites unités urbaines et les communes rurales), les trois autres constituent l'espace à dominante urbaine (ce sont les pôles urbains, les couronnes périurbaines et les communes multipolarisées).

Nous avons donc déterminé trois catégories pour les lieux de stages:

- Rural: lorsque tous les stages se sont effectués en milieu rural.
- Urbain: lorsque tous les stages se sont effectués en milieu urbain.
- Mixte: lorsque les stages se situaient dans des milieux différents.

Nous avons procédé de même pour les lieux d'installation et ainsi déterminé deux milieux: rural ou urbain.

La typologie ZAEUR 1999 ne s'appliquant pas aux départements d'outre-mer, nous avons utilisé la typologie ZAU (zonage en aires urbaines) 2010²⁸ pour définir le milieu d'activité des médecins installés à la Réunion et à la Martinique.

2.5.3 Axes d'analyses et variables étudiées

Nous avons choisi de traiter nos réponses selon différents axes.

Tout d'abord nous avons relevé les caractéristiques générales de notre population (sexe, âge, type de cabinet...).

Nous nous sommes intéressés à leurs origines (département d'obtention du baccalauréat et faculté de médecine) afin d'analyser leur parcours et de mettre en évidence un éventuel facteur d'influence.

Nous avons ensuite retranscrit les résultats relatifs aux stages ambulatoires: facteur ayant influencé le choix de stage, milieu d'exercice, remplacement du maître de stage.

Le lieu d'installation des répondants a été étudié selon différents critères: la localisation, le sexe et l'origine des médecins.

Nous avons ensuite analysé séparément ce que nous considérons comme les réponses déclaratives (si les stages ont influencé le lieu d'installation ou ont donné envie de s'installer à proximité) et ce que nous pouvons observer objectivement (lieu d'installation, distance par rapport au lieu de stage).

Le milieu d'exercice des médecins interrogés a été comparé avec celui de leur lieu de stage et également étudié en fonction de leur sexe.

Nous avons également effectué une analyse des différents critères, selon le degré d'influence, ayant pu impacter le lieu d'installation.

Pour finir, nous avons retranscrit tous les commentaires libres que nous avons répartis selon différentes catégories.

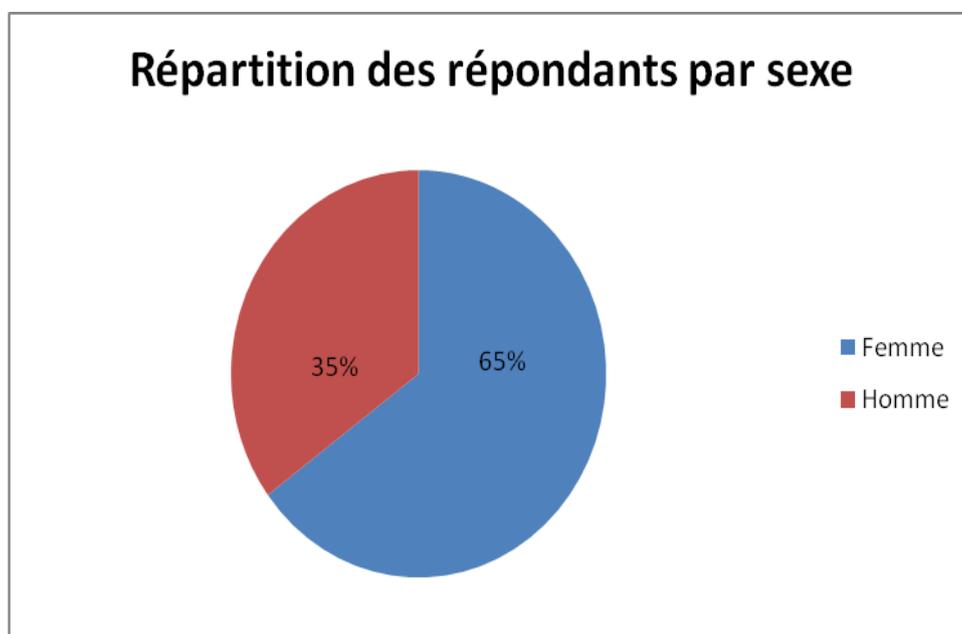
3 RESULTATS

3.1 Taux de participation

Sur les 80 médecins concernés par l'étude, nous avons reçu 74 réponses soit un taux de participation de 92,5%. Nous avons pu interroger directement par téléphone 26 médecins, les 48 médecins restants ont complété eux-mêmes le questionnaire. Tous les questionnaires étaient exploitables.

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

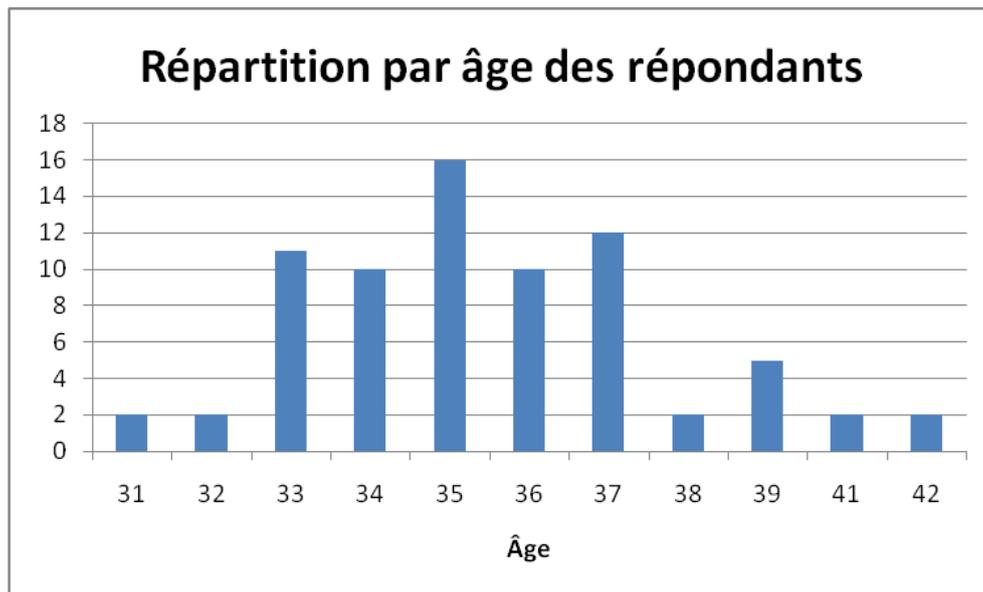
3.2.1 Répartition par sexe



Graphique 1: Répartition des répondants par sexe

Parmi ces 74 réponses nous avons 48 femmes (65%) et 26 hommes (35%).

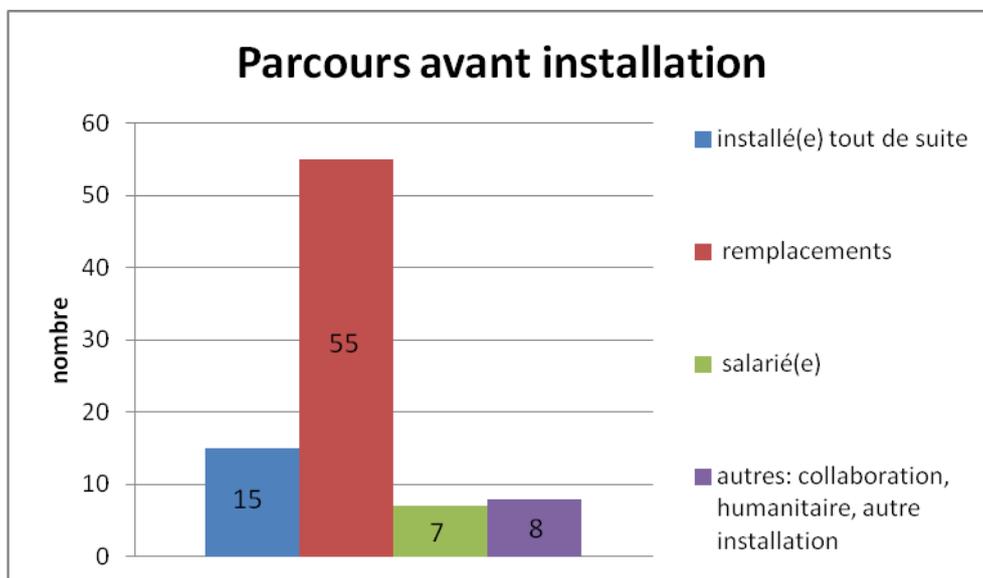
3.2.2 Répartition par âge



Graphique 2: Répartition des répondants par âge

La moyenne d'âge est de 35,5 ans (de 31 à 42 ans): 35,1 ans pour les hommes et 35,7 ans pour les femmes. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes ($p=0,28$).

3.2.3 Parcours avant l'installation actuelle

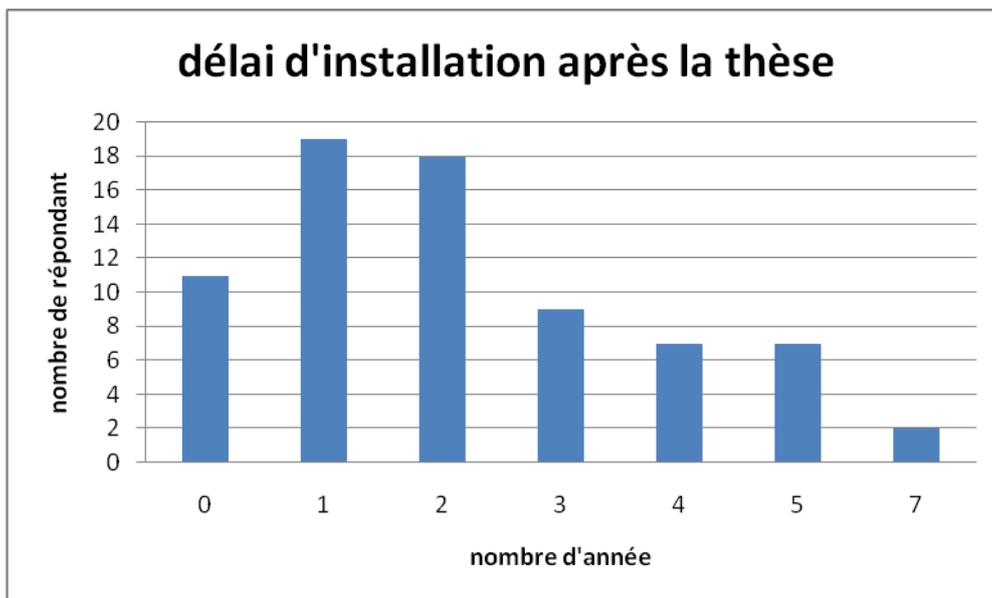


Graphique 3: Parcours avant l'installation

A cette question, plusieurs réponses étaient possibles, ce qui explique un total supérieur à 100%.

74% des médecins déclarent avoir effectué des remplacements suite à l'obtention de leur thèse, 20% se sont installés tout de suite et 9% ont été salariés. Parmi les autres réponses citées: cinq personnes ont fait une collaboration, un médecin déclare s'être installé antérieurement et un médecin a fait de l'humanitaire.

3.2.4 Délai d'installation suite à l'obtention de la thèse



Graphique 4: Délai d'installation après la thèse

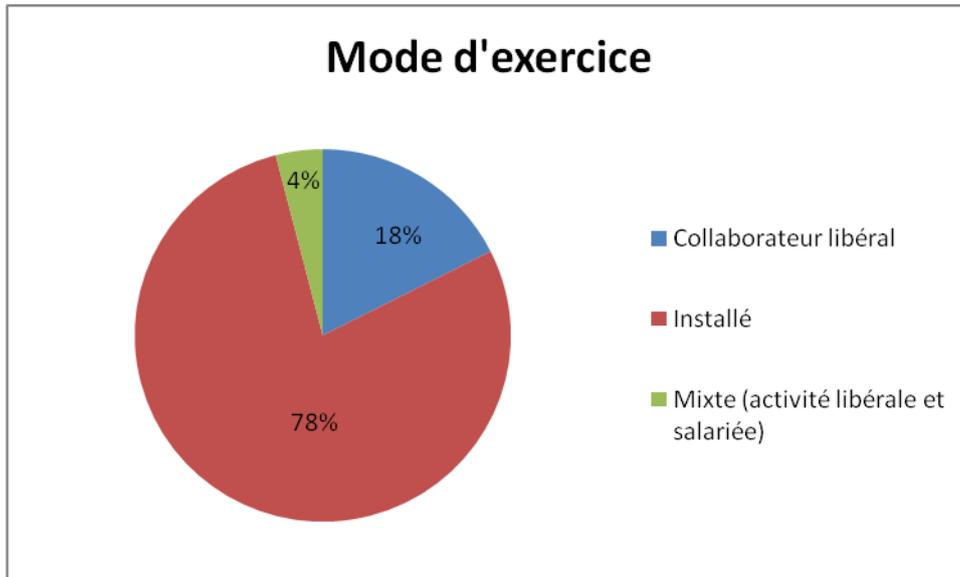
Nous avons supprimé une réponse discordante.

Le délai moyen d'installation après l'obtention de la thèse est de 2,17 ans. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes ($p=0,79$).

11 personnes se sont installées la même année que l'obtention de leur thèse. Le délai le plus élevé est de 7 ans.

Le délai moyen d'installation des médecins ayant fait un SASPAS est de 2,22 ans celui des médecins n'ayant fait qu'un stage ambulatoire est de 2,14 ans, la différence n'est pas significative ($p=0,86$).

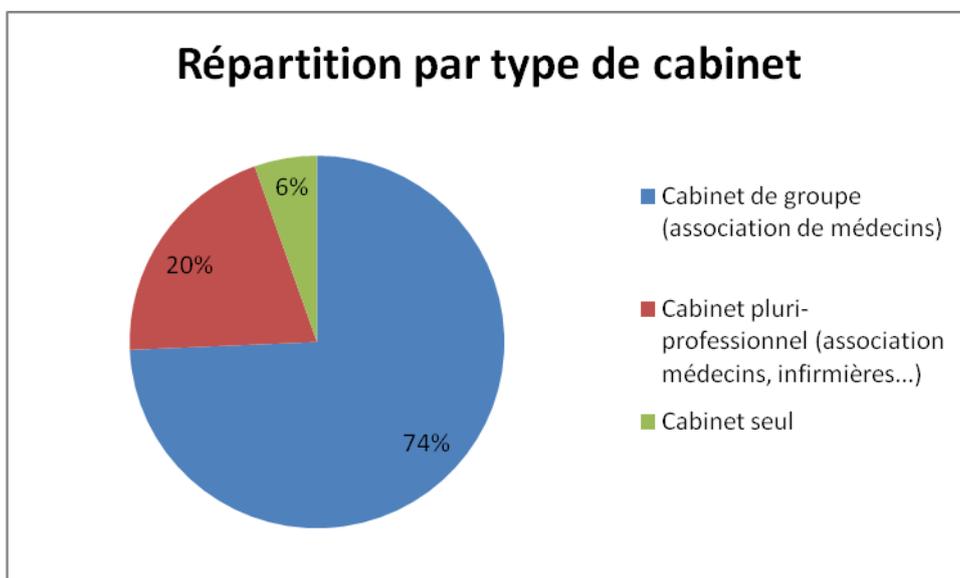
3.2.5 Mode d'exercice



Graphique 5: Mode d'exercice des répondants

Parmi nos répondants, 13 médecins ont actuellement un statut de collaborateur libéral (18%), 58 ont une activité exclusivement libérale en cabinet (78%) et 3 médecins ont une activité mixte.

3.2.6 Type de cabinet médical

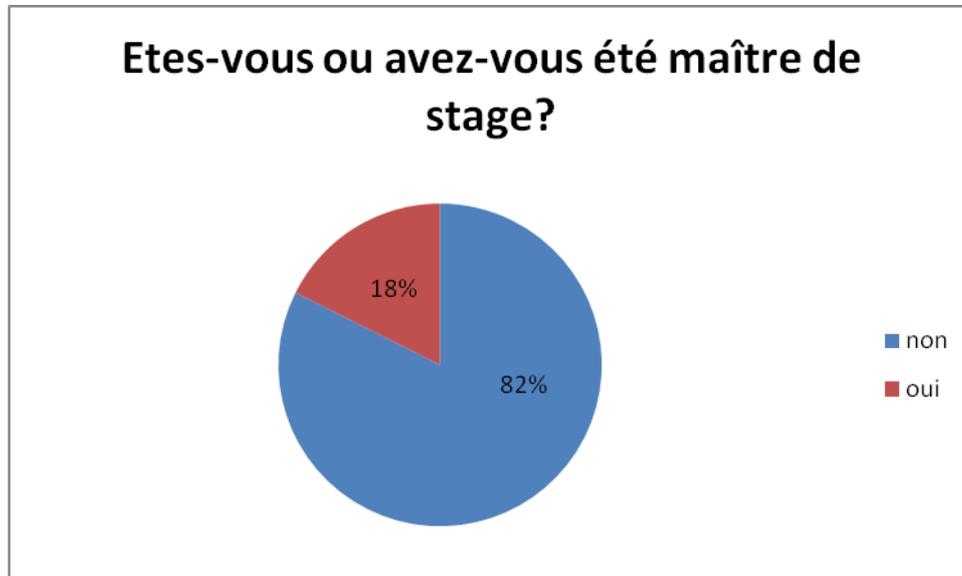


Graphique 6: Type de cabinet des répondants

Une grande majorité des médecins exerce dans un cabinet de groupe (association de médecins) pour 74% d'entre eux. Seuls 4 médecins ont un cabinet seul (6%) et 15 travaillent dans un cabinet pluri-professionnel (20%). Il n'y a pas de différence significative entre les sexes ($p=0,22$).

Les médecins exerçant seuls sont à 75% des hommes et exercent à 75% en milieu urbain.

3.2.7 Statut de maître de stage

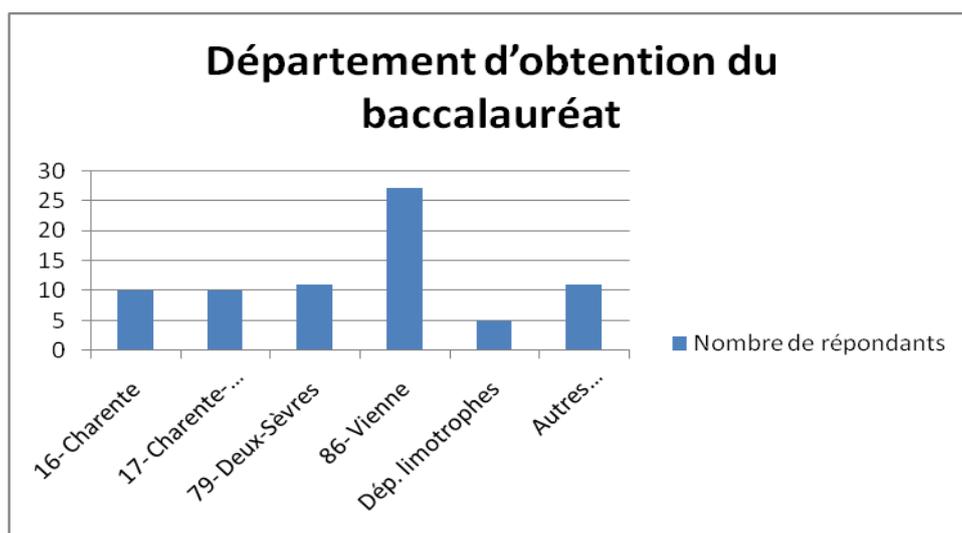


Graphique 7: Statut de maître de stage des répondants

13 médecins sont devenus maîtres de stage. Il n'y a pas de différence significative entre les sexes ($p=0,52$).

3.2.8 Parcours scolaire et universitaire

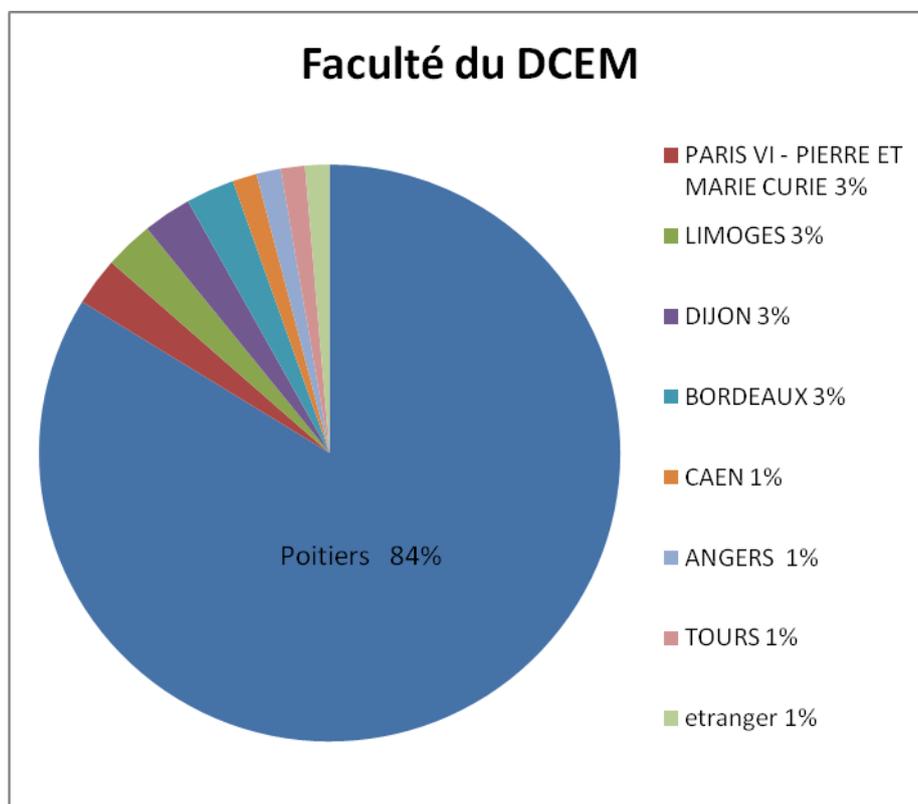
- Département d'obtention du baccalauréat



Graphique 8: Département d'obtention du baccalauréat

Sur les 74 répondants, 58 ont obtenu leur baccalauréat dans la région Poitou-Charentes soit 78,4% (10 en Charente, 10 en Charente-Maritime, 11 en Deux Sèvres et 27 en Vienne), 5 l'ont obtenu dans des départements limitrophes soit 6,7%.

- Faculté d'origine du deuxième cycle des études médicales (DCEM)



Graphique 9: Faculté du deuxième cycle des études médicales

62 médecins sur les 74 interrogés ont fait leur deuxième cycle d'étude médicale (DCEM) à Poitiers soit 84%. Parmi ces personnes, 5 médecins proviennent d'une autre région. Une personne, ayant eu son baccalauréat dans la région Poitou-Charentes, a effectué son DCEM dans une autre faculté.

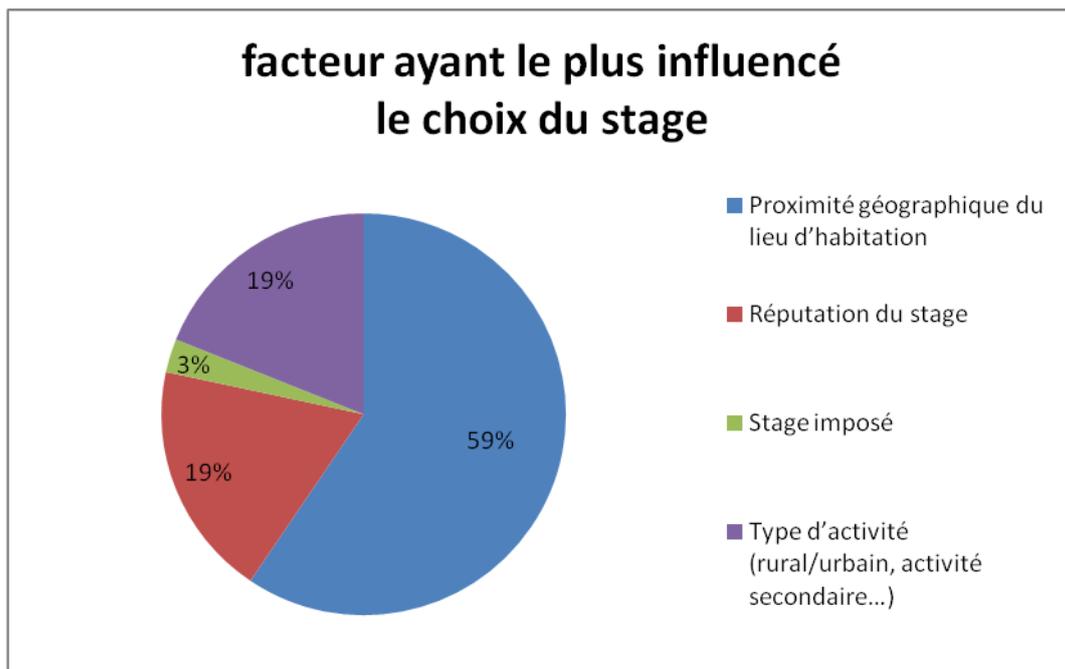
3.3 Résultats portant sur les stages ambulatoires

3.3.1 Le stage de premier niveau

Les médecins déclarent avoir effectué, pour 94,6% d'entre eux, leur stage dans le département souhaité.

Le stage a été effectué majoritairement en Charente-Maritime et en Vienne à 65% (respectivement 26 et 23 personnes), 20% en Charente (15 personnes) et 15% en Deux-Sèvres (11 personnes).

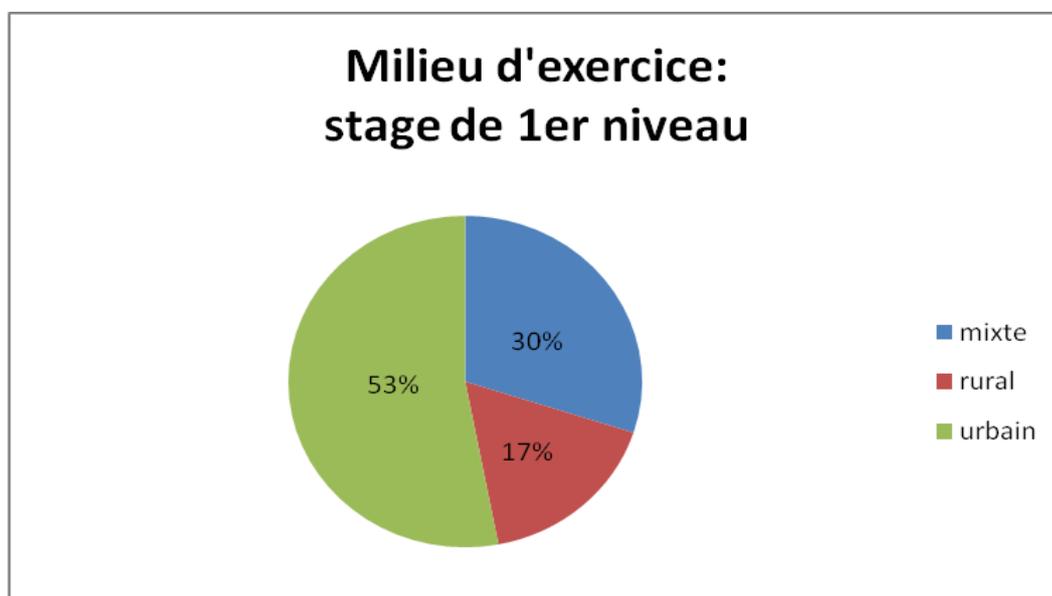
Une personne a effectué un stage dans deux départements différents (Charente et Vienne) ce qui explique un total de 75 réponses.



Graphique 10: Facteur ayant influencé le choix du stage de 1^{er} niveau

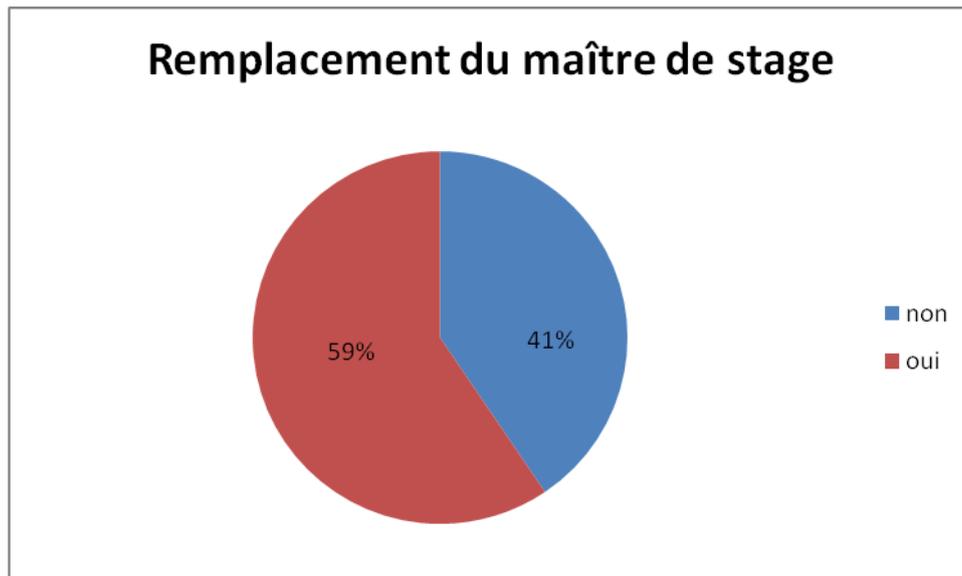
A cette question, une seule réponse était possible.

Le facteur ayant le plus influencé le choix du lieu de stage est la proximité géographique du lieu d'habitation pour 59%, suivi par le milieu d'activité (urbain/rural) et la réputation du stage à 19%. Les aides financières régionales ne sont pas le premier facteur influençant le choix du stage. Pour 3% des répondants, le stage a été imposé. Il n'existe pas de différence de choix entre les sexes.



Graphique 11: Milieu d'exercice du stage de 1^{er} niveau

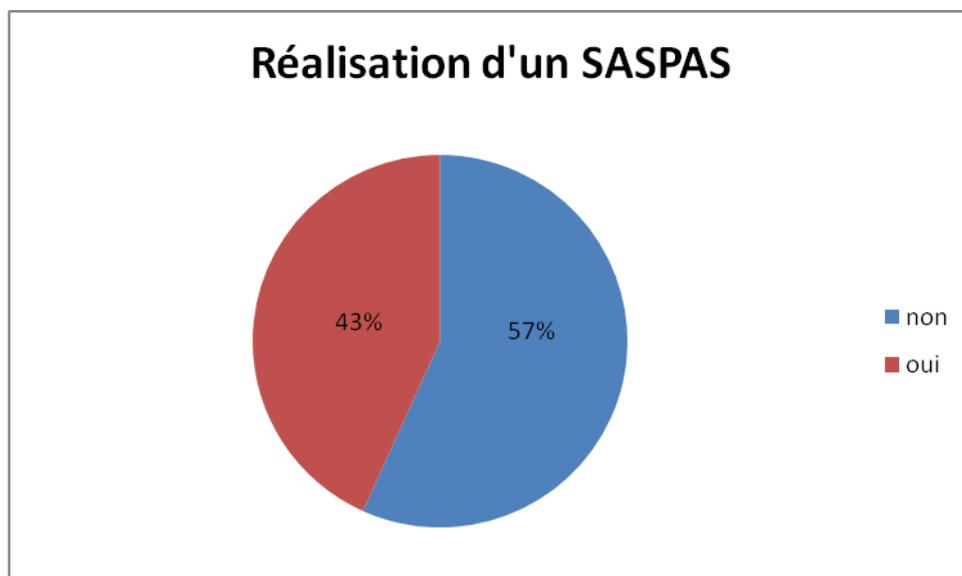
13 personnes ont effectué leur stage en milieu rural (soit 17%), 22 en milieu défini précédemment comme mixte (soit 30%) et 39 en milieu urbain (soit 53%).



Graphique 12: Remplacement du maître de stage de 1^{er} niveau

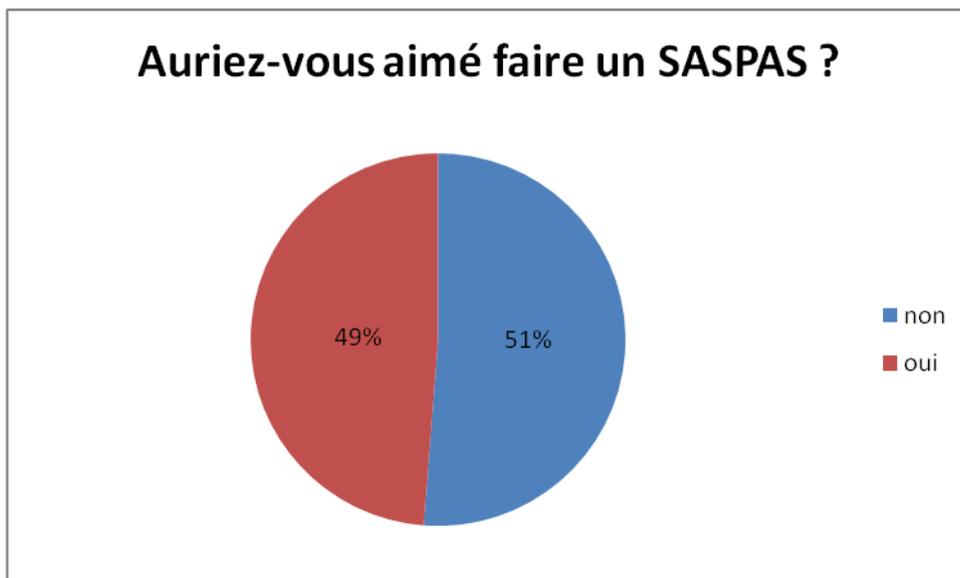
59% des répondants déclarent avoir remplacé leur(s) maître(s) de stage. Il n'y a pas de différence significative entre les sexes ($p=0,22$) ni entre les différents milieux d'exercice ($p=0,84$).

3.3.2 Le stage de deuxième niveau (SASPAS)



Graphique 13: Avez-vous effectué un SASPAS?

32 des médecins interrogés (43%) ont effectué un SASPAS.



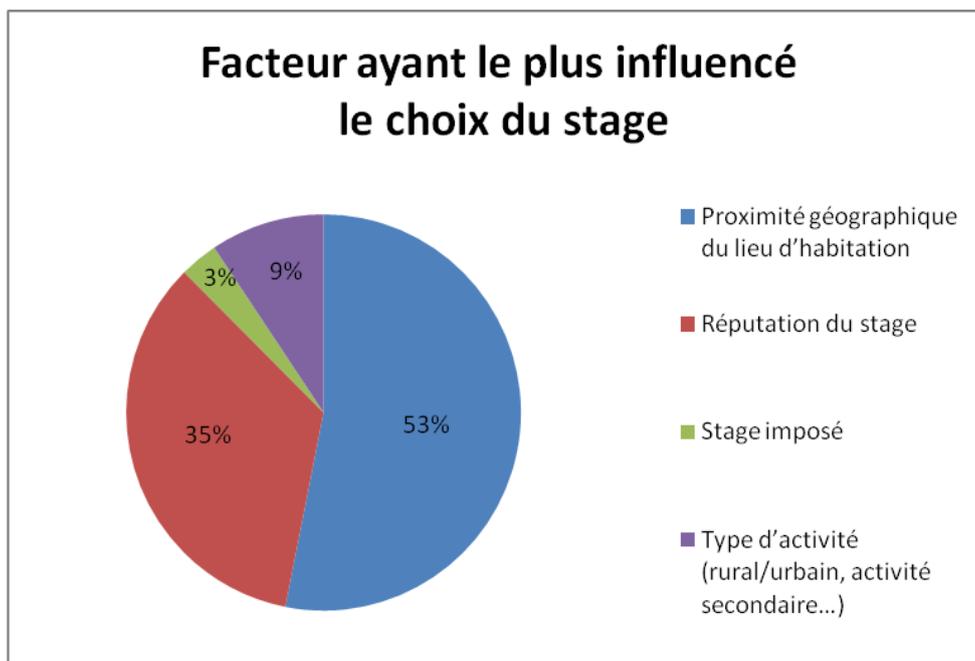
Graphique 14: Auriez-vous aimé faire un SASPAS?

Une personne n'a pas répondu à cette question.

49% des personnes n'ayant pas pu faire un SASPAS auraient aimé en faire un. Il n'y a pas de différence significative entre les sexes ($p=0,6$).

97% des médecins ayant fait un SASPAS ont fait leur stage dans le département souhaité.

Le SASPAS s'est fait à 40% en Vienne (13 personnes), 25% en Deux-Sèvres (8 personnes), 19% en Charente (6 personnes) et 16% en Charente-Maritime (5 personnes).



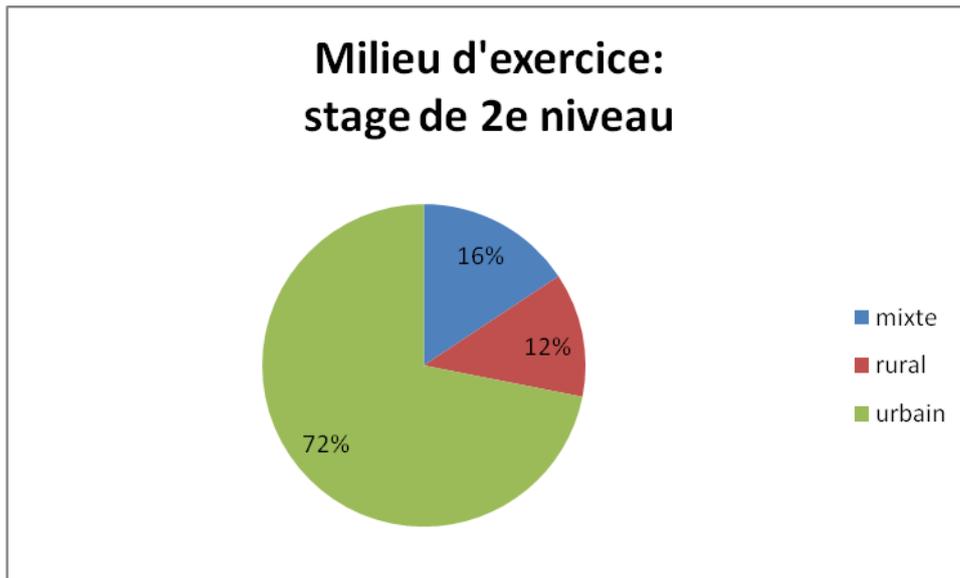
Graphique 15: Facteur ayant influencé le choix du stage de 2^e niveau

A cette question, une seule réponse était possible.

Le facteur ayant le plus influencé le choix du lieu de stage est la proximité géographique du lieu d'habitation pour 53% d'entre eux, suivi par la réputation du stage à 35% et le type de milieu d'activité à 9%. Pour une personne, le stage a été imposé. L'aide financière n'a pas été notée.

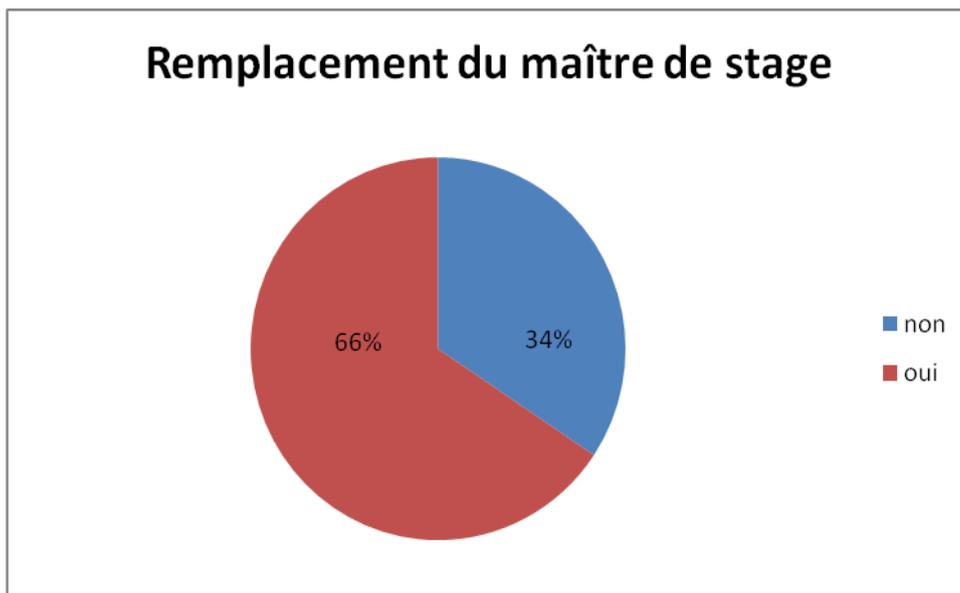
Il n'y a pas de différence de choix entre les sexes.

Le facteur influençant le choix de stage ne diffère pas entre le stage de premier et de deuxième niveau ($p=0,54$).



Graphique 16: Milieu d'exercice du stage de 2^e niveau

4 médecins ont effectué leur SASPAS en milieu rural (soit 12%), 5 l'ont fait en milieu défini précédemment comme mixte (soit 16%) et 23 en milieu urbain (soit 72%).



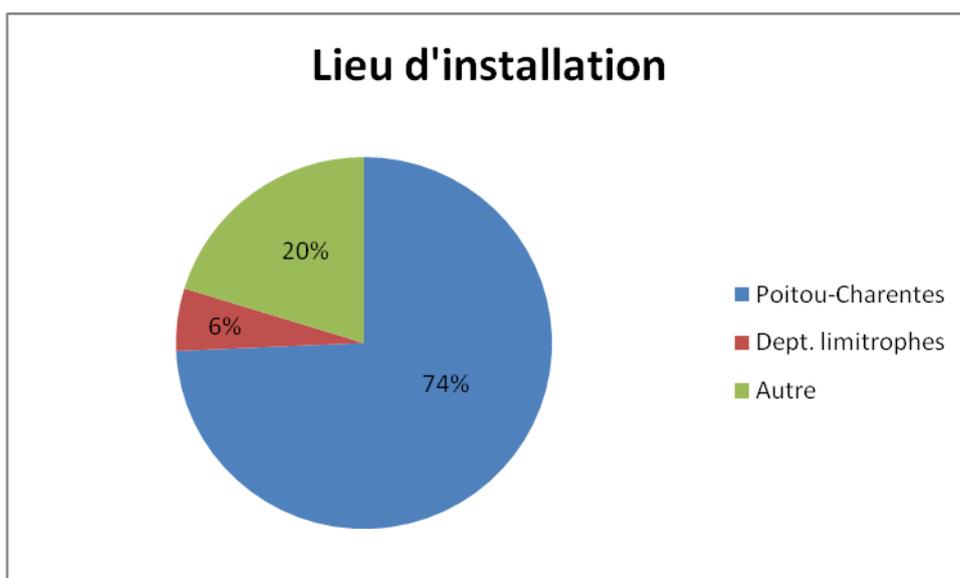
Graphique 17: remplacement du maître de stage de 2^e niveau

21 personnes déclarent avoir remplacé leur(s) maître(s) de stage soit 66%. Il n'y a pas de différence significative entre les sexes ($p=1$) ni entre les différents milieux d'exercice ($p=0,41$).

Il n'y a pas de différence significative entre le taux de remplacement du stage de premier et de deuxième niveau ($p=0,54$).

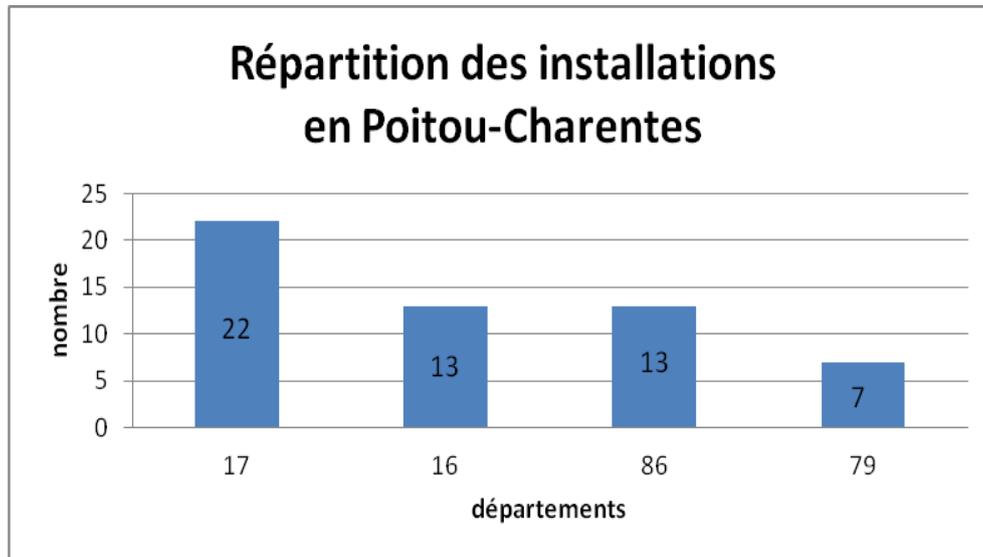
3.4 Résultats concernant de lieu d'installation

3.4.1 Lieu d'installation des répondants



Graphique 18: Lieu d'installation des répondants

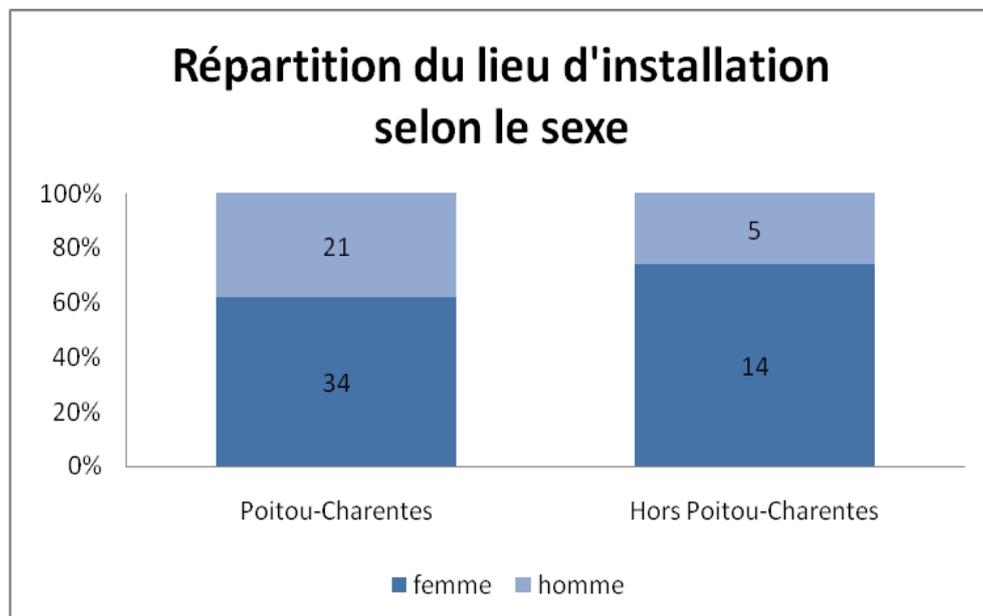
55 médecins se sont installés en Poitou-Charentes soit 74 % de nos répondants. 4 se sont installés dans un département limitrophe.



Graphique 19: Répartition des installations en Poitou-Charentes

Les installations en Poitou-Charentes se sont faites à 40% en Charente-Maritime et à 23,6% en Charente et en Vienne. Les Deux-Sèvres sont moins attractives avec 12,8% des installations.

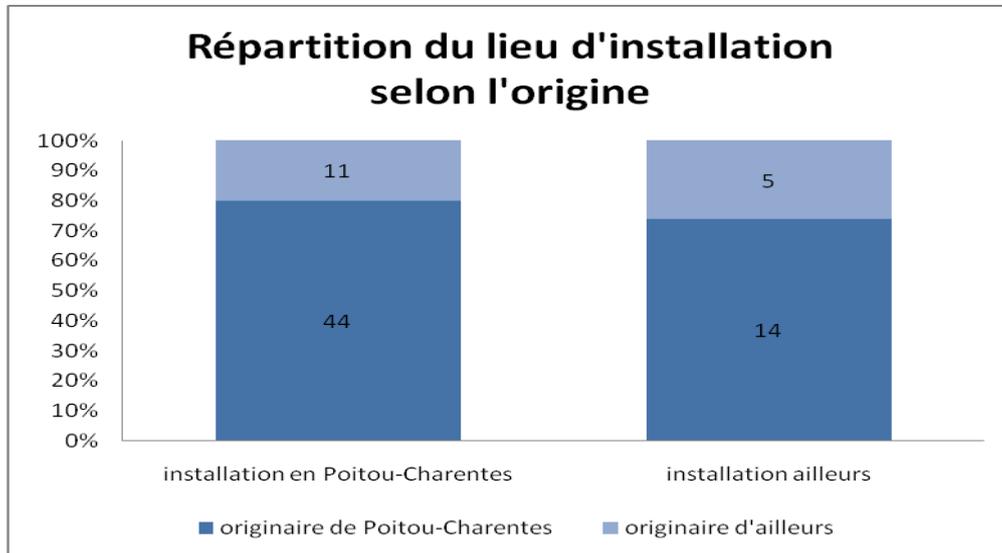
3.4.2 Répartition du lieu d'installation selon le sexe



Graphique 20: Répartition du lieu d'installation selon le sexe

Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes concernant le lieu d'installation ($p=0,41$). Les femmes n'ont pas plus quitté la région que les hommes.

3.4.3 Répartition des installations selon l'origine des répondants

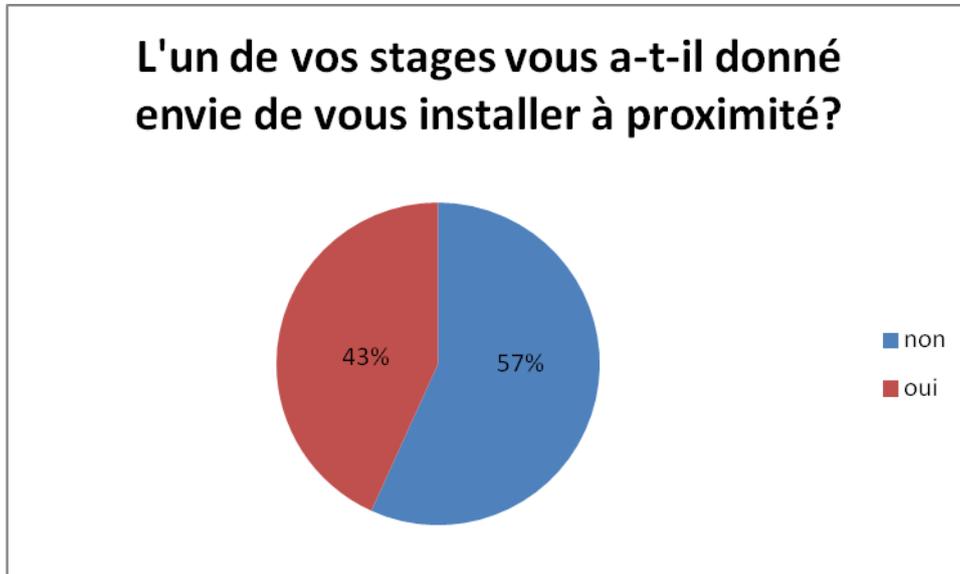


Graphique 21: Répartition du lieu d'installation selon l'origine des répondants

24% des médecins originaires du Poitou-Charentes ont quitté la région contre 31% des médecins originaires d'une autre région, il n'y a pas de différence significative ($p=0,53$).

3.5 Analyse des réponses déclaratives

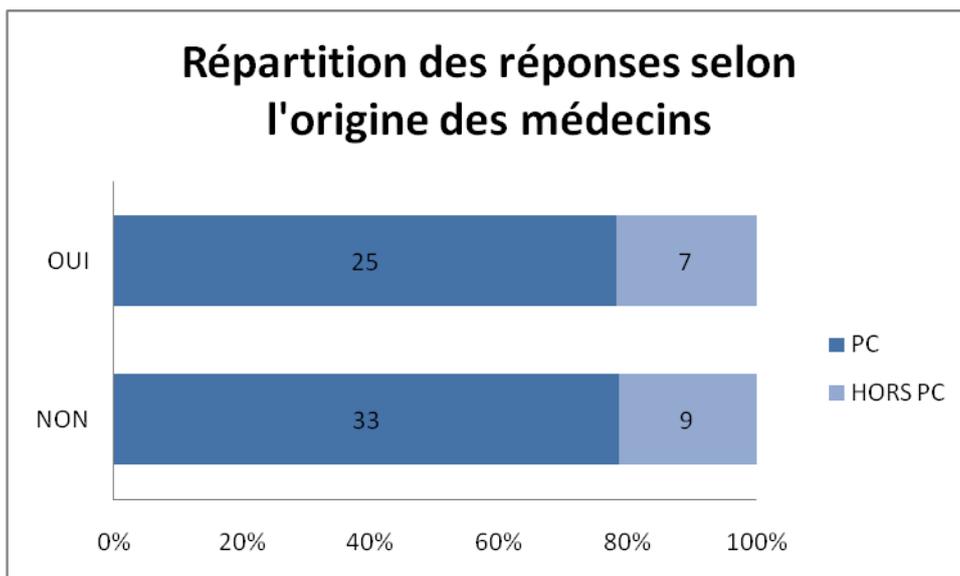
3.5.1 Les stages ambulatoires ont-ils donné envie de s'installer à proximité?



Graphique 22: L'un de vos stages vous a-t-il donné envie de vous installer à proximité?

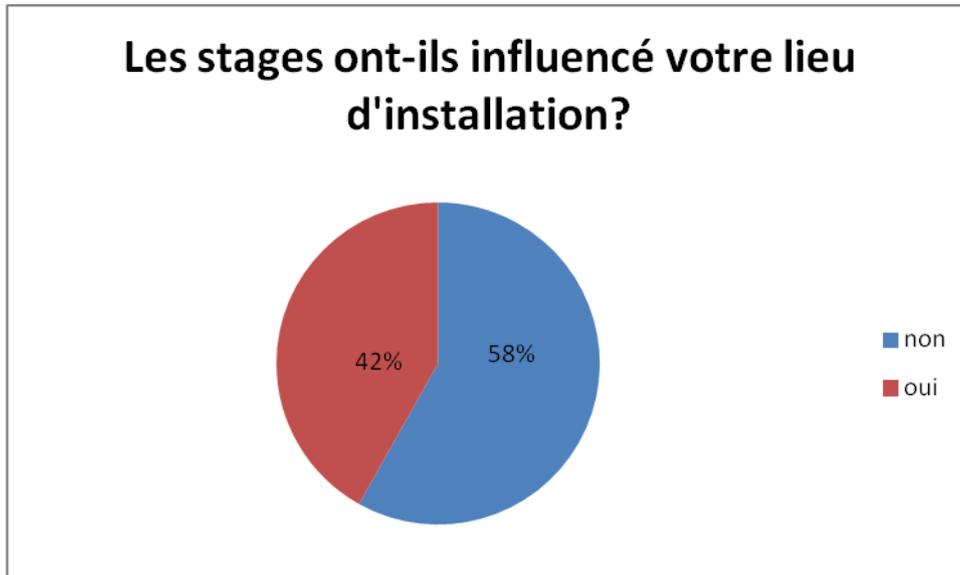
43% des médecins interrogés déclarent que l'un de leur stage ambulatoire leur a donné envie de s'installer à proximité. Il n'y a pas de différence entre les sexes ($p=0,17$).

Nous n'observons pas non plus de différence entre les médecins originaires de Poitou-Charentes et les autres ($p=0,96$).



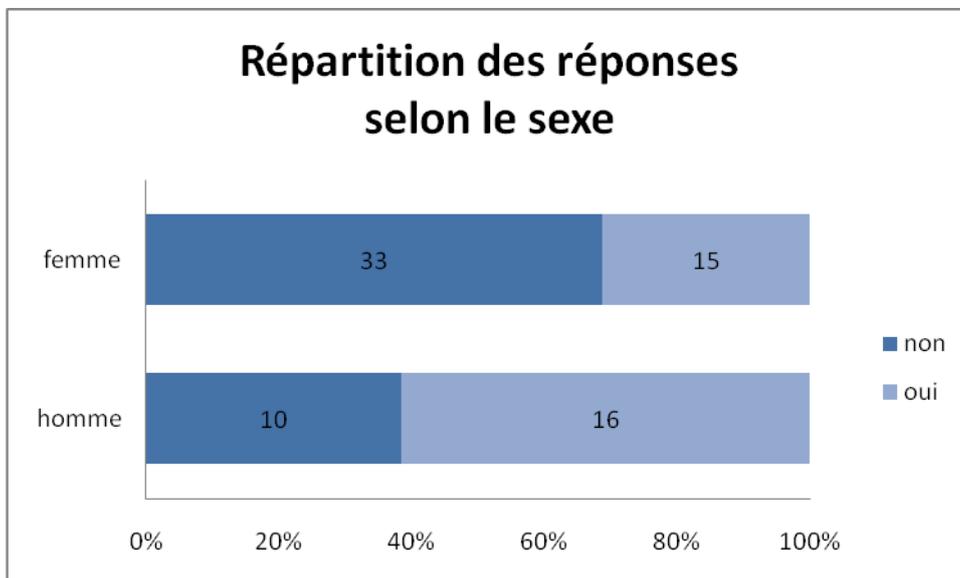
Graphique 23: L'un de vos stages vous a-t-il donné envie de vous installer à proximité?
Répartition des réponses selon l'origine des répondants

3.5.2 Les stages ambulatoires influencent-ils le lieu d'installation?



Graphique 24: Les stages ont-ils influencé votre lieu d'installation?

Pour 42% de nos répondants, les stages ambulatoires ont influencé leur lieu d'installation. Dans cette situation, il existe une différence entre les sexes ($p=0,01$). Les hommes déclarent avoir été influencés à 61,5% contre 31,2% pour les femmes.

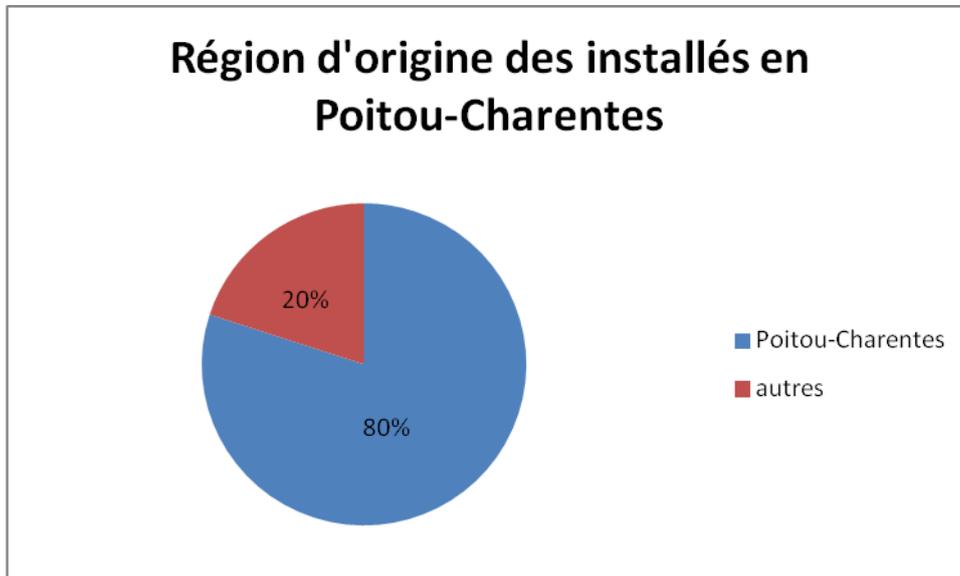


Graphique 25: Les stages ont-ils influencé votre lieu d'installation?
Répartition des réponses selon le sexe

Il n'existe pas de différence d'influence entre les médecins originaires de Poitou-Charentes et les autres ($p=0,68$).

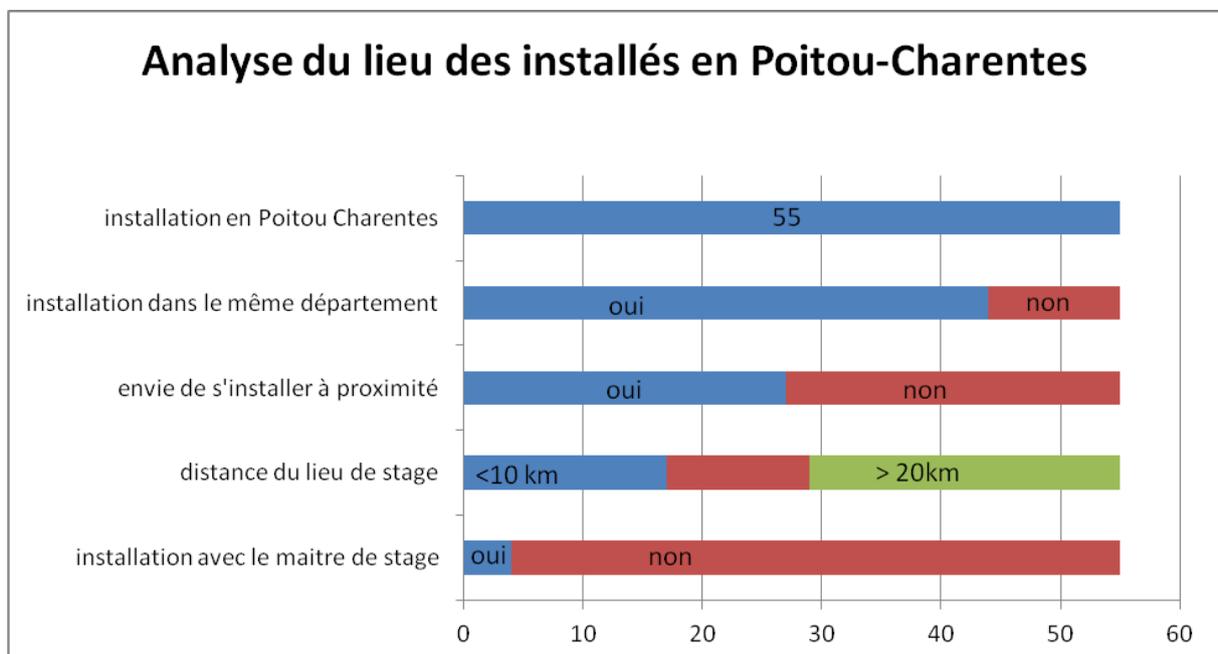
3.6 Analyse objective des réponses

3.6.1 Analyse des médecins installés en Poitou-Charentes



Graphique 26: Région d'origine des installés en Poitou-Charentes

Les medecins actuellement installés en Poitou-Charentes sont originaires à 80% de cette même région. Ce taux passe à 83% lorsque le DCEM a été fait à Poitiers.



Graphique 27: Analyse du lieu des installés en Poitou-Charentes

44 de ces médecins (soit 80%) se sont installés dans le même département que l'un de leurs stages ambulatoires. Il n'y a pas de différence entre les sexes ($p=0,73$).

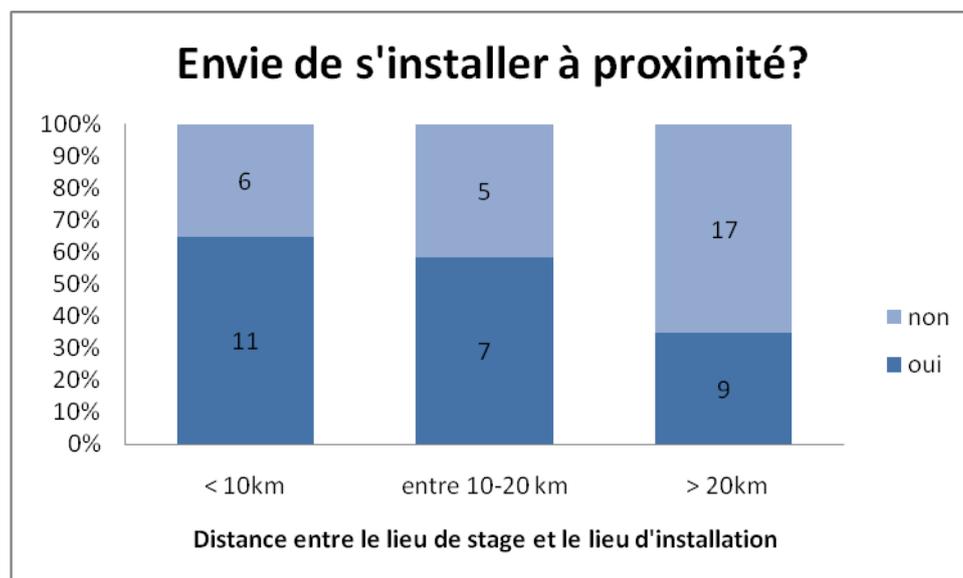
Ils se répartissent ainsi:

- 17 médecins (soit 23% de notre effectif total) se sont installés à moins de 10 km de leur lieu de stage, 64,7% d'entre eux déclarent que leurs lieux de stage leur ont donné envie de s'installer à proximité.
- 12 médecins se sont installés entre 10 et 20 km de leur lieu de stage, 58,3% d'entre eux déclarent avoir eu envie de s'installer à proximité.
- 15 médecins se sont installés à plus de 20km de leur lieu de stage, 53,3% d'entre d'eux déclarent avoir eu envie de s'installer à proximité.

Au total, 26 médecins installés dans le même département que leurs lieux de stage ont déclaré avoir eu envie de s'installer à proximité soit 59%.

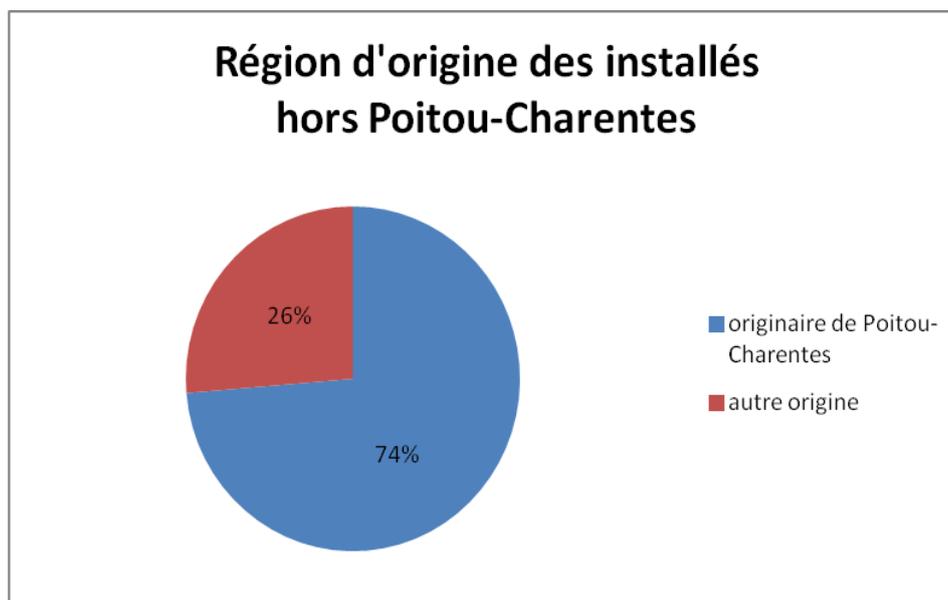
On note que 4 médecins se sont installés avec leur maître de stage soit 5,4% de notre effectif total. Ils ont tous déclaré avoir eu envie de s'installer à proximité.

Les médecins installés dans un autre département que leur lieu de stage (soit 11 médecins) sont tous à plus de 20km de celui-ci. 8 d'entre eux sont originaires de la région. Parmi les médecins originaires de la région, 75% se sont installés dans leur département d'obtention du baccalauréat. Un seul d'entre eux déclare que ses stages ambulatoires lui ont donné envie de s'installer à proximité.



Graphique 28: Envie de s'installer à proximité?
Répartition des réponses des installés en Poitou-Charentes

3.6.2 Analyse des médecins installés hors de la région Poitou-Charentes

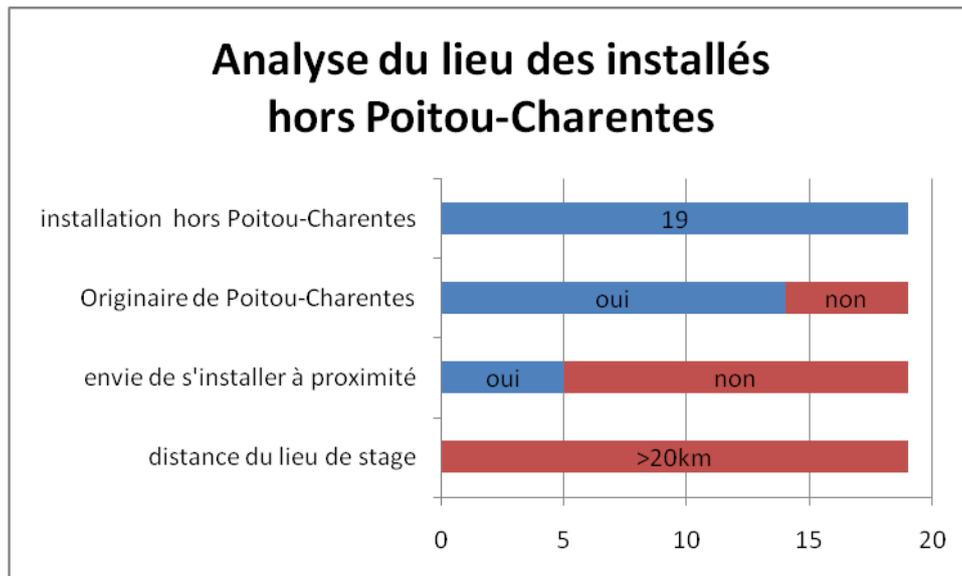


Graphique 29: Région d'origine des installés hors Poitou-Charentes

74% des médecins installés hors du Poitou-Charentes sont originaires de la région, ce taux passe à 84% lorsque le DCEM s'est fait sur Poitiers.

Nous pouvons analyser les réponses des 19 médecins comme suit:

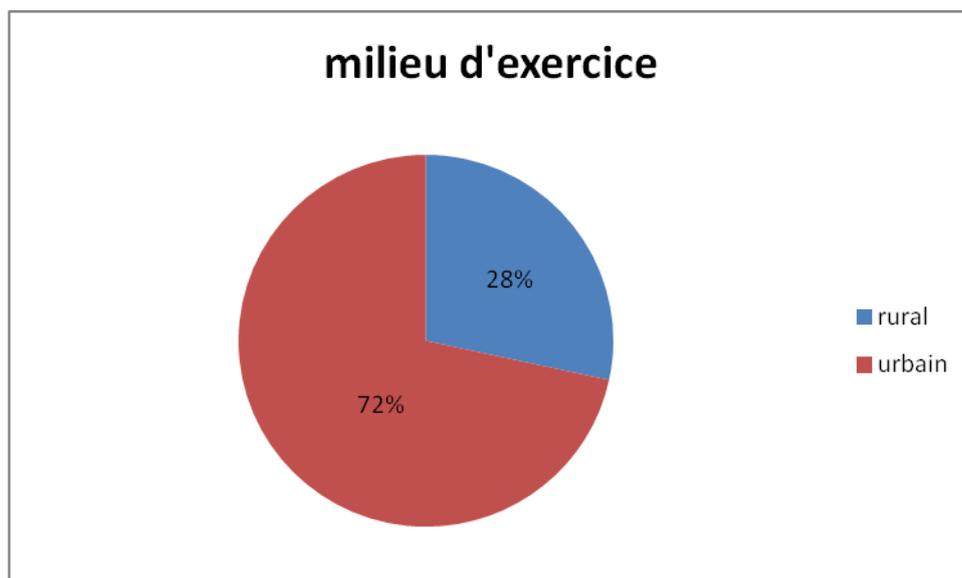
- Les médecins non originaires de la région Poitou-Charentes (soit 5 médecins) se sont installés, pour trois d'entre eux, dans leur département d'origine. Les deux autres se sont installés dans un département limitrophe à leur département d'origine. Deux d'entre eux déclarent avoir eu envie de s'installer à proximité mais, selon les commentaires libres, ils ont dû suivre leur conjoint.
- 21,4% des médecins originaires du Poitou-Charentes (soit 3 médecins) se sont installés dans un département limitrophe. 3 d'entre eux ont eu envie de s'installer à proximité (selon les commentaires libres: une première installation «influencée» par les lieux de stage, une autre a suivi son conjoint).



Graphique 30: Analyse du lieu des installés hors Poitou-Charentes

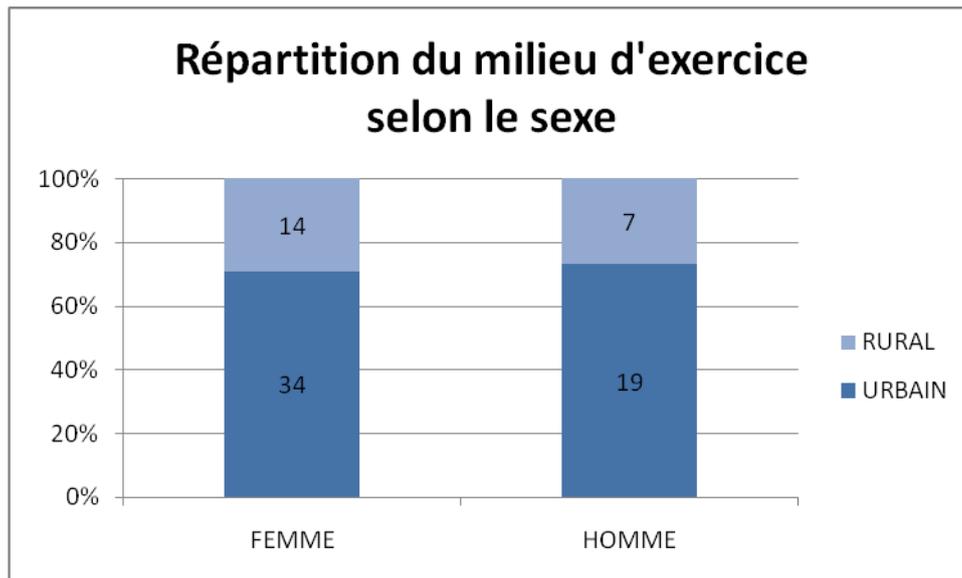
3.6.3 Analyse du milieu d'exercice

- Caractéristiques générales sur le milieu d'exercice



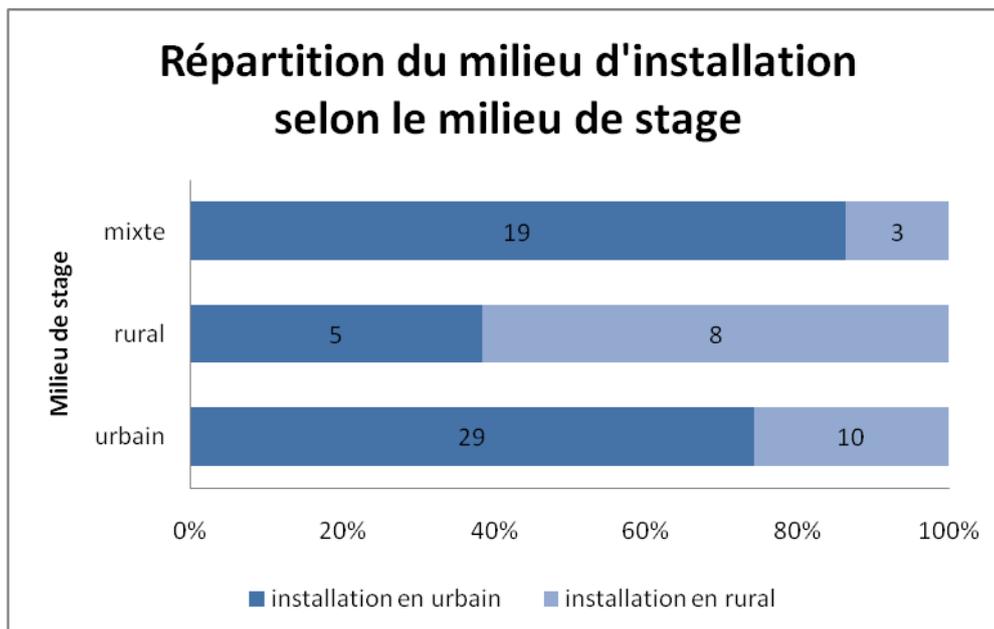
Graphique 31: Milieu d'exercice des répondants

Les médecins de notre étude se sont majoritairement installés en milieu urbain pour 72% d'entre eux. Il n'existe pas de différence significative entre les sexes ($p=0,83$): 71% des femmes se sont installées en milieu urbain contre 73% des hommes.



Graphique 32 : Répartition du milieu d'exercice selon le sexe

- Comparaison entre le milieu d'installation et le milieu de stage de premier niveau

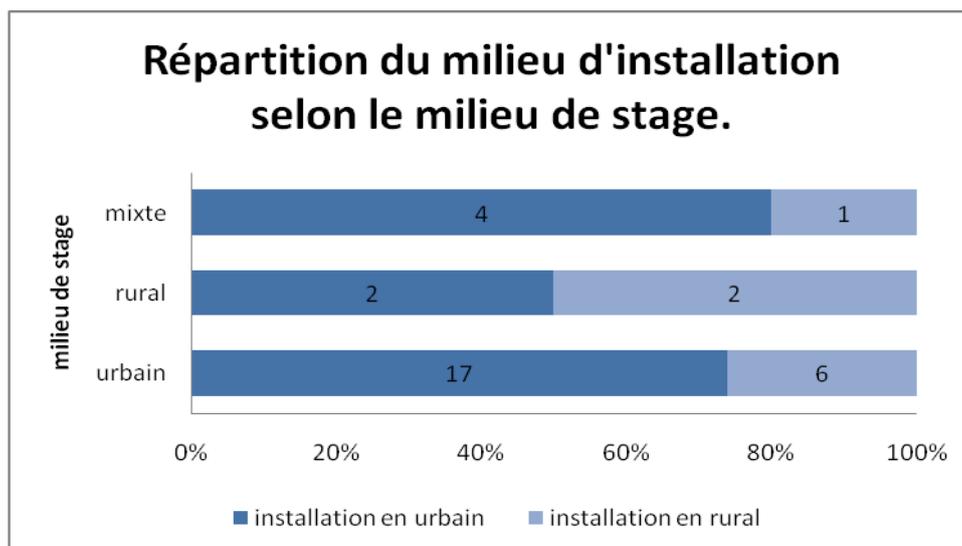


Graphique 33: Répartition du milieu d'installation selon le milieu de stage de 1^{er} niveau

Les médecins ayant effectué un stage dans un milieu mixte ont eu tendance à s'installer en milieu urbain pour 86% d'entre eux.

Les medecins ayant fait un stage uniquement en milieu urbain ou rural se sont majoritairement installés dans le même milieu que celui de leur stage: 74% pour le milieu urbain et 61% pour le milieu rural , sans difference significative entre les deux groupes (p=0,48).

- Comparaison entre le milieu d'installation et le milieu du SASPAS



Graphique 34: Répartition du milieu d'installation selon le milieu du SASPAS

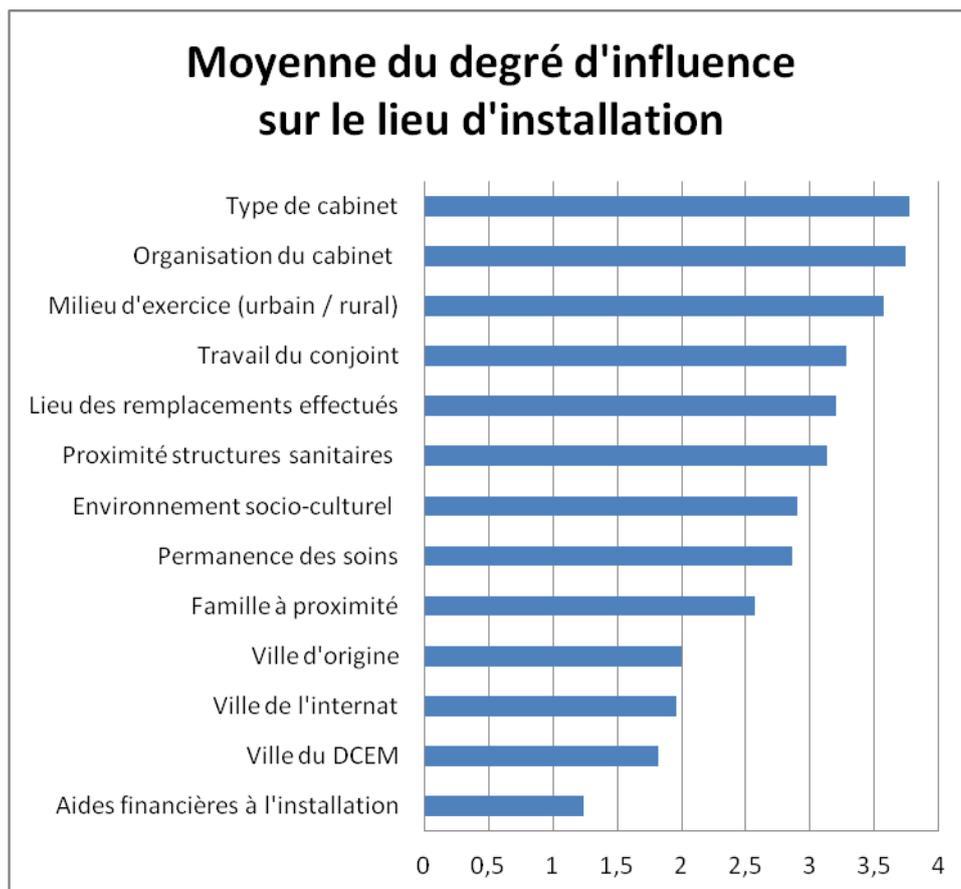
Les medecins ayant effectué un SASPAS dans un milieu mixte ont eu tendance à s'installer dans un milieu urbain pour 80% d'entre eux.

Les medecins ayant fait un SASPAS en milieu uniquement urbain ou rural ont eu tendance à s'installer dans le même milieu que celui de leur stage: 74% pour le milieu urbain et 50% pour le milieu rural, sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,55$).

3.7 Classification des différents facteurs ayant influencé le lieu d'installation

Le degré d'influence a été réparti comme suit:

- 1 = nul
- 2 = faible
- 3 = moyen
- 4 = fort



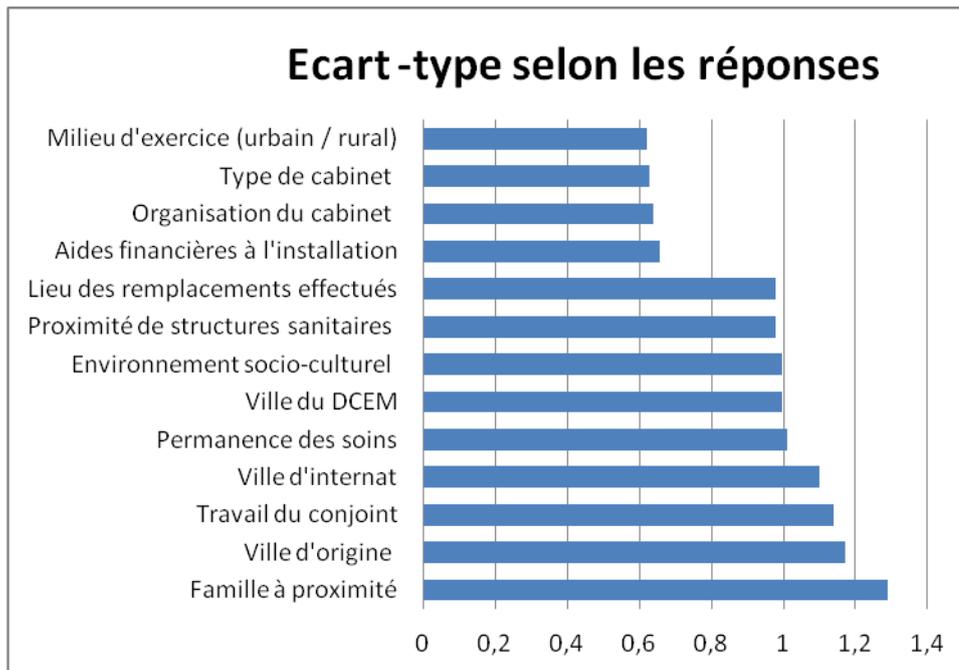
Graphique 35: Moyenne du degré d'influence des différents facteurs sur le lieu d'installation

Nous n'observons pas de différence significative entre les sexes en ce qui concerne le degré d'influence des différents facteurs.

Les facteurs ayant le plus influencé le lieu d'installation sont les éléments relatifs au cabinet: le type (cabinet seul ou de groupe), l'organisation (aménagement des plages horaires, secrétariat, informatisation) et le milieu d'exercice (urbain/rural).

Le facteur influençant le moins le lieu d'installation sont les aides financières.

On constate également que l'écart type de ces réponses est faible, ce qui démontre une homogénéité entre les réponses des différents répondants.



Graphique 36: Ecart-type selon les réponses

3.8 Analyse des commentaires libres

Nous avons recueilli 50 commentaires libres concernant aussi bien l'influence des stages ambulatoires sur le lieu d'installation que les circonstances réelles ayant favorisé l'installation. Nous avons pu catégoriser les réponses selon plusieurs thèmes, chaque commentaire pouvant contenir plusieurs thèmes:

3.8.1 Influence des stages ambulatoires sur le milieu d'exercice

Nous avons recueilli 15 commentaires signalant l'influence des stages ambulatoires sur le milieu d'exercice.

Deux commentaires sont en faveur de l'activité en milieu urbain: l'un ne voulait exercer qu'en milieu urbain pour des raisons familiales et l'autre n'a eu qu'une vision de la médecine urbaine et s'est donc installé en milieu urbain.

Les 13 autres commentaires sont en faveur d'une activité en milieu semi-rural ou rural. A noter que les quatre médecins se disant installés en milieu semi-rural sont en fait tous en milieu urbain selon la classification ZAUER.

3.8.2 Influence des stages ambulatoires sur le type d'exercice

4 médecins déclarent que les stages ambulatoires leur ont permis de savoir quel type d'exercice ils souhaitaient avoir.

3 d'entre eux ont été confortés dans l'idée de faire du libéral.

Le quatrième déclare que les stages ambulatoires lui ont permis de savoir ce qu'il ne souhaitait pas comme exercice, sans préciser pour autant le sens de sa réponse.

3.8.3 Influence des stages ambulatoires sur l'emplacement géographique

6 médecins déclarent que leur lieu d'installation a, ou aurait été influencé par le lieu de leur stage:

- 2 déclarent s'être installés avec leur maître de stage
- 1 s'est installé initialement à proximité de son lieu de stage
- les 3 autres ont découvert la région grâce à leurs stages et se seraient installés à proximité s'ils avaient pu.

3.8.4 Influence des stages ambulatoires par la création d'un réseau

1 médecin déclare s'être installé là où il a créé un réseau de connaissances, suite à son parcours d'internat.

3.8.5 Influence des remplacements

Parmi les commentaires recueillis, 11 médecins signalent que leur lieu d'installation fait suite à un remplacement effectué à cet endroit.

3.8.6 Influence de la famille/du conjoint/du domicile

Nous avons obtenu 18 commentaires relatifs à l'influence de la vie familiale, du domicile et du conjoint sur le lieu d'installation.

9 médecins déclarent avoir suivi leur conjoint (3 d'entre eux se seraient installés dans le département de leur stage s'ils avaient pu).

4 médecins déclarent avoir été influencés par leur vie privée.

5 médecins se sont installés à proximité de leur domicile.

3.8.7 Une opportunité

5 médecins disent s'être installés suite à une opportunité. Pour 3 d'entre eux, après un remplacement.

3.8.8 Influence des aides financières

1 médecin déclare que ce sont les aides financières qui ont influencé son lieu d'installation.

3.8.9 Lieu d'installation pré-déterminé

6 médecins savaient déjà où ils souhaitaient exercer.

3.8.10 Aucune influence des stages ambulatoires

Un médecin déclare s'être ennuyé au cours de ses stages ambulatoires et ne pas avoir souhaité faire un SASPAS qu'il considérait être de l'exploitation.

4 DISCUSSION

4.1 *Les points forts de cette étude*

4.1.1 Le taux de participation

La force de cette étude vient de son fort taux de participation (92,5%). Cela peut s'expliquer par la méthode employée.

En effet, chaque médecin a été personnellement contacté (quand cela a été possible) afin d'expliquer succinctement le but de cette étude et ainsi susciter l'envie d'y participer. L'accent a été mis sur la rapidité du questionnaire (moins de 7 minutes) et sur la simplicité de sa réalisation.

Le questionnaire était disponible en ligne directement en cliquant sur un lien, ce qui prend moins de temps et est moins contraignant qu'une réponse par voie postale. De plus, une relance automatique hebdomadaire, facilement mise en place, était programmée.

Ce qui peut également expliquer le fort taux de participation à cette étude est la compassion qu'a pu engendrer la réalisation d'une thèse de médecine générale. En effet, les médecins généralistes interrogés sont jeunes (en moyenne 35,5 ans) et ont donc passé leur thèse récemment (thèse la plus ancienne en 2003). Nous avons reçu plusieurs messages d'encouragements.

L'étude portant sur le lieu d'installation (et plus largement sur la démographie médicale) est un sujet d'actualité qui inquiète particulièrement les médecins généralistes de premier recours. Nous pouvons penser que cela les a intéressés de participer. Nous avons d'ailleurs reçu des demandes pour recevoir les résultats de cette étude.

4.1.2 Une étude originale

Au cours de notre recherche bibliographique, nous avons trouvé de nombreuses thèses et articles portant sur la démographie médicale.

Certains⁹⁻¹³ ont cherché à montrer l'influence des stages ambulatoires (de premier et de deuxième niveau) sur le projet d'installation des internes ou encore l'influence de ceux-ci sur le devenir et les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes²⁹. D'autres³⁰, encore, ont recherché les différents déterminants ayant favorisé l'installation des médecins généralistes. Nous n'en avons pas trouvé qui fasse le lien géographique entre le lieu d'installation et le lieu des stages ambulatoires.

Au fil de nos lectures, un élément récurrent concernant le lieu d'installation nous est apparu: l'opportunité. Beaucoup de médecins déclarent que leur installation s'est faite suite à une opportunité²⁹⁻³¹. Nous nous sommes alors demandé si les stages ambulatoires ne pouvaient pas faire partie de ces opportunités. En effet, les

stages ambulatoires sont notre tout premier contact avec la médecine générale libérale, la médecine de premier recours. Nous y apprenons notre futur métier, nous y rencontrons des patients que nous finissons par connaître, nous y découvrons les lieux environnants et apprenons le fonctionnement du cabinet médical, nous échangeons avec nos maîtres de stage et nous rencontrons d'autres confrères, et, pour un grand nombre, nous y effectuons des remplacements. Tous ces éléments peuvent être des déterminants à une future installation au sein de ce même cabinet ou à proximité. C'est ce que nous avons cherché à savoir avec cette étude.

4.2 Les points faibles de cette étude

Malgré tous nos efforts pour réaliser un questionnaire le plus simple possible et compréhensible par tous, nous avons tout de même rencontré certains biais:

4.2.1 Biais de mémorisation

Certaines de nos questions faisaient appel à la mémoire de nos interrogés ce qui peut avoir entraîné des réponses erronées.

Nous avons pu nous en apercevoir concernant le délai d'installation. En effet, ce délai a été calculé a posteriori en fonction des réponses portant sur l'année d'obtention de la thèse et l'année d'installation. Une des réponses, ayant été écartée pour le calcul, s'est avérée discordante avec un délai d'installation comportant un chiffre négatif (-1).

Nous pensons également qu'il y a pu y avoir des erreurs concernant le nom des lieux de stage ambulatoire, voire une inversion des lieux de stage pour ceux qui en ont effectué deux.

4.2.2 Biais d'information

Tous les médecins n'ont pas été interrogés de la même façon. En effet, nous avons questionné directement un tiers d'entre eux. De ce fait, nous avons pu leur expliquer plus facilement les items, si cela ne leur semblait pas clair. Nous avons pu les orienter dans le sens que l'on voulait donner au questionnaire. Il peut y avoir eu un biais de parti pris venant de notre part.

Les médecins, pour qui le questionnaire a été auto administré, ont pu mal interpréter les questions et ainsi donner des réponses non en accord avec notre sujet. En effet, certains ont pu prendre en compte l'ensemble de leurs stages sur l'influence de leur lieu d'installation et pas seulement les stages ambulatoires (comme cela était stipulé au début du questionnaire).

4.2.3 Biais de sélection

Nous avons recherché les médecins de notre étude sur le site internet du CNOM. Il se peut, qu'entre temps, les données aient évolué et que nous n'ayons pas inclus dans notre étude toutes les personnes concernées. Certains médecins inscrits au tableau de l'ordre en tant que salariés peuvent également avoir une activité libérale qui n'apparaît pas sur l'annuaire du CNOM.

L'effectif de notre étude n'étant pas très important (80 personnes), la puissance de celle-ci peut être mise en question mais, du fait des critères d'inclusion définis plus haut et choisis au départ, nous avons interrogé tous les individus concernés par notre sujet.

On peut se demander, au regard du faible effectif de la population interrogée, si les non-répondants (6 personnes) peuvent engendrer un biais. Or, il n'en est rien car 3 hommes et 3 femmes n'ont pas répondu à cette étude. Cette répartition n'engendre pas de différence significative sur les réponses ($p=0,66$).

4.3 Analyse des résultats

4.3.1 Caractéristiques générales de notre population

- Sexe: une féminisation attendue

Notre étude compte un nombre important de femmes (65%), cela n'est pas dû à l'absence de participation des hommes puisque, comme expliqué précédemment, les non répondants hommes ne sont pas significativement plus nombreux que les non-répondants femmes.

Cette féminisation est retrouvée dans beaucoup d'autres études^{9-11,29,30} Ce chiffre est légèrement supérieur à celui du CNOM de 2013⁷, la part des femmes de moins de 44 ans étant de 58,7%. Cette tendance à la féminisation va en s'accroissant puisque selon les chiffres de la DREES²⁰, 63,7% des médecins généralistes de 30 à 34 ans sont des femmes et ce chiffre passe à 72,2% pour les moins de 30 ans.

Cette féminisation importante n'engendre pas, dans notre étude, de changement de comportement. En effet, nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les hommes et les femmes par rapport aux différentes variables étudiées (hormis pour l'influence des stages ambulatoires sur le lieu d'installation, mais cela reste dans le domaine du déclaratif et n'a pas été retrouvé dans l'analyse objective des données).

- Age

Les médecins de notre étude sont jeunes et sont âgés en moyenne de 35,5 ans sans différence significative entre les sexes. On peut noter tout de même que le groupe des installés est légèrement plus âgé (35,8 ans) que le groupe des collaborateurs libéraux (34,9 ans) bien que cette différence ne soit pas significative. Cela semble cohérent puisque ce statut a été mis en place pour les jeunes médecins.

En effet, créé en 2005³², il permet à ces derniers d'exercer en libéral sans avoir les contraintes d'une installation puis d'en faciliter sa réalisation sans pour autant interdire de conserver ce statut tout au long de sa carrière. Le collaborateur libéral a sa propre clientèle, perçoit directement ses honoraires, a une carte professionnelle de santé personnelle et a ses propres feuilles de soins. Il est indépendant, n'a pas de lien de subordination, il peut exercer en même temps que le titulaire. En contre partie, il verse une redevance au cabinet.

- Origine des médecins interrogés

Le numérus clausus instauré en première année de médecine et les postes d'internes ouverts par spécialité aux ECN sont deux éléments qui permettent de réguler au niveau régional la démographie médicale. Leur effectif est déterminé selon les besoins en offre de soins et la capacité d'accueil de la région.

Dans notre étude, on retrouve bien l'effet de cette régulation.

On constate que 80% des installés dans la région sont originaires de cette dernière et que 83% ont effectué leurs études médicales (c'est-à-dire le DCEM) à Poitiers.

En ce qui concerne la régulation par l'ECN, 74% des interrogés (anciens internes de médecine générale) se sont installés dans la région. Ce chiffre est proche des constatations du CNOM¹⁷, puisqu' en 2010, 75% des nouveaux inscrits libéraux et mixtes en médecine générale sont diplômés de la faculté de Poitiers.

La région a su garder une bonne partie de ses médecins et a même attiré les médecins originaires d'ailleurs (69% d'entre eux). Les médecins venant d'autres régions n'ont pas plus quitté la région que les médecins originaires de celle-ci.

Nous avons remarqué que les médecins originaires d'une autre région et qui sont partis de la région Poitou-Charentes ont eu tendance à se rapprocher de leur région d'origine, 2 d'entre eux ont même précisé que la ville d'origine a fortement influencé leur lieu d'installation. Bien entendu, l'effectif est bien trop faible (6 personnes) pour en faire une généralité. Pour cela il faudrait faire une étude plus approfondie sur le sujet.

Pour une grande majorité de nos interrogés, la ville d'origine, du DCEM ou de l'internat n'a pas été un élément déterminant pour le choix du lieu d'installation ou, peut être, inconsciemment.

- Délai d'installation

Le délai moyen d'installation est de 2,17 ans. Ce délai est plus élevé que celui retrouvé dans d'autres thèses notamment celle de S.Poisson Rubi²⁹ et D.Fraizy¹⁰, qui trouvent un délai d'installation proche de 1 an. Cela peut éventuellement s'expliquer par un retard à l'installation croissant. L'âge moyen d'installation des généralistes était d'un peu plus de 30 ans en 1980 alors qu'il serait aujourd'hui stabilisé autour de 37 ans³³.

Nous avons constaté que le délai d'installation des médecins de notre étude ayant fait un SASPAS est légèrement supérieur à ceux n'ayant fait qu'un stage. Cette différence n'est certes pas significative mais nous aurions pu nous attendre à l'inverse. Certaines études, portant sur l'influence du SASPAS^{10,12}, montrent un délai d'installation raccourci. Nous n'avons pas d'explication à apporter à ce résultat.

- Parcours avant l'installation

Sans grande surprise, une très grande majorité des interrogés (74%) ont effectué des remplacements avant de s'installer. Cette tendance explique le retard à l'installation des médecins et montre le désir des jeunes médecins d'exercer plusieurs années avant de s'installer définitivement. Dans une thèse réalisée sur Grenoble³⁰, la part des jeunes médecins ayant effectué des remplacements est très importante. En effet, 90% des interrogés déclarent avoir effectué des remplacements avant de s'installer.

Au 1^{er} janvier 2013⁷, 41,73% des nouveaux médecins généralistes inscrits à l'Ordre sont des remplaçants contre seulement 19,4% d'installation en libéral. Nous retrouvons des résultats similaires avec 20% de nos interrogés installés tout de suite en libéral suite à l'obtention de leur thèse.

- Type de cabinet

Nous retrouvons, à nouveau, les mêmes caractéristiques retrouvées dans différentes études^{3,4,10,29,30,35}: les jeunes médecins généralistes préfèrent exercer au sein d'une association avec une préférence pour les cabinets de groupe (association de médecins pour 74% d'entre eux). Le cabinet pluri-professionnel (tel que les maisons de santé) est le deuxième mode d'exercice de nos interrogés.

D. Fraizy¹⁰ retrouve dans sa thèse des chiffres quasiment similaires aux nôtres. Pour elle 19,04% exercent au sein d'une maison de santé pluri-professionnelle, 20% dans notre étude.

Certes, ce mode d'exercice est actuellement moins fréquent car moins développé (160 maisons de santé ont été recensées en 2010 dans toute la France, la région Poitou-Charentes³⁴ compte, en mai 2013, 54 maisons de santé pluri-professionnelles en projet, en cours d'installation ou ouvertes) mais de nombreux projets sont en cours et font l'objet d'une attention toute particulière.

Récemment, le «Pacte territoire santé»⁸, présenté par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a mis l'accent sur l'importance de développer de telles structures. Peut être que dans quelques années, ce type de cabinet sera majoritaire. Dans une étude faite sur Poitiers³⁵, 75% des internes interrogés aimeraient exercer leur future activité au sein d'un cabinet pluridisciplinaire, mais cela reste tout de même de l'ordre du déclaratif.

Le type de cabinet semble être un élément déterminant dans le choix du lieu d'installation. En effet, ce facteur a été qualifié comme ayant eu une forte influence au cours de notre étude, et cela par une grande majorité de nos interrogés puisque l'écart type de ce facteur est faible.

On peut noter que les médecins exerçant seuls sont majoritairement installés en milieu urbain. Probablement que ce type d'exercice s'y prête plus facilement: structures sanitaires à proximité (hôpital, service d'urgences...), une offre de soins plus importante (la densité médicale étant plus élevée en milieu urbain). Cependant, cela reste une supposition. Nous ne pouvons pas faire de cette constatation une généralité étant donné le faible effectif de ce groupe (4 personnes).

4.3.2 Résultats relatifs aux stages

Le stage de 1^{er} niveau a été effectué à 65% dans la Vienne ou en Charente-Maritime et le SASPAS s'est effectué à 56% dans ces mêmes départements, départements où la démographie médicale est la plus élevée.

En ce qui concerne le milieu d'exercice du stage de premier niveau, il a été effectué à 53% en milieu urbain, 30% en milieu mixte et à 17% en milieu rural. Quant au SASPAS, 72% l'ont effectué dans un milieu urbain, 16% en milieu mixte et 12% en milieu rural.

Ces résultats ne sont pas forcément représentatifs de la répartition générale des stages ambulatoires en Poitou-Charentes puisque nous n'avons interrogé que ceux exerçant la médecine de premier recours.

Il nous a donc semblé important d'analyser la répartition des stages pour l'ensemble des internes ayant fait un ou deux stages ambulatoires entre novembre 2003 et octobre 2007 inclus, soit 186 internes. La répartition est finalement quasiment similaire à celle retrouvée dans notre étude:

- Le stage de 1^{er} niveau s'est effectué à 65% en Charente-Maritime et Vienne et est majoritairement effectué en milieu urbain (47% en urbain, 28% en mixte et 25% en rural)
- Le stage de 2^{ème} niveau s'est effectué à 63% en Charente-Maritime et Vienne et majoritairement en milieu urbain (77% en urbain, 17% mixte et 6% rural).

On constate que cette répartition n'est pas homogène et qu'elle ne suit pas nécessairement les réels besoins de la population en termes de soins de premier recours. Certes, les stages sont répartis selon la disponibilité des maîtres de stage. Il nous semble donc important de rechercher prioritairement des maîtres de stage dans des zones dites à risque.

Dans notre étude, 43% des interrogés ont réalisé un SASPAS. Or, actuellement, en France, seuls 30%⁴ des internes peuvent réaliser un deuxième stage en ambulatoire. Cette différence peut certainement s'expliquer par le type de population que nous avons étudié. En effet, nous avons interrogé les médecins qui exercent en libéral en tant que médecins de premier recours. La plupart d'entre eux avaient pour objectif d'exercer en libéral et donc, la réalisation du SASPAS rentrait dans le cadre de leur projet professionnel. Les internes réalisant un SASPAS ont plus tendance à vouloir exercer en libéral^{9,10,12}. Dans notre cas, par rapport à notre liste de départ, 91,4% des internes ayant fait un SASPAS se sont installés en libéral.

Il est intéressant de noter que le SASPAS n'est pas plébiscité majoritairement par ceux qui n'ont pu y accéder. Seuls 49% de nos interrogés auraient aimé en faire un. Cette non adhésion se retrouvait également dans le travail de S. Poisson Rubi²⁹ où 68% des interrogés ne souhaitaient pas la réalisation d'un deuxième stage en milieu ambulatoire.

Pourtant, certains pensent que ce stage devrait être rendu obligatoire^{4,36}. Or, cela semble difficile, d'une part, par le manque de maîtres de stage disponibles mais aussi par le fait que tous les internes de médecine générale ne se destinent pas à l'exercice de la médecine de premier recours (59% des médecins généralistes exercent en libéral⁷).

Ce stage devrait être accessible à un plus grand nombre d'internes mais seulement à ceux qui le souhaitent. Parmi les commentaires libres que nous avons recueillis, une personne a comparé le SASPAS à un remplacement déguisé, voire à de l'exploitation.

Il pourrait être intéressant de voir quelle a été l'influence des stages ambulatoires sur les médecins généralistes salariés et notamment ceux qui ont fait un SASPAS.

4.3.3 Lieu d'installation

- Localisation géographique: du déclaratif à l'objectif

74% des médecins interrogés sont restés dans la région Poitou-Charentes. La répartition au sein même de cette région est comparable aux données de la littérature¹⁷. Une très grande majorité (40%) s'est installée en Charente-Maritime, les Deux-Sèvres sont moins bien desservies (12.8%). Dans la thèse de S. Poisson Rubi²⁹, nous retrouvons approximativement la même proportion de médecins installés en Poitou-Charentes (79%) par contre la répartition y est différente (majoritairement dans la Vienne à 36%).

L'objectif principal de notre étude était de savoir si les stages ambulatoires donnaient envie de s'installer à proximité et si concrètement cela était le cas.

Nous constatons qu'une grande majorité des médecins interrogés (43%) déclarent que l'un de leur stage ambulatoire leur a donné envie de s'installer à proximité ce qui montre que les stages ambulatoires sont un vecteur d'attractivité. Cependant, suite à l'analyse concrète de nos données, nous ne retrouvons pas cette même proportion dans les installations (23 % se sont installés à moins de 10 km).

Selon nos résultats (cf. Graphique 28), plus le médecin est proche de son lieu de stage plus celui-ci lui a donné envie de s'installer à proximité (64,7% quand la distance est inférieure à 10km, 58,3% entre 10 et 20km, 53,3% quand la distance est supérieure à 20 km).

Parmi les médecins interrogés, 4 (soit 5,4%) se sont installés avec leurs maîtres de stage. Nous avons retrouvé, dans d'autres thèses, cette notion d'installation avec le maître de stage: 8 personnes, dans la thèse de D. Fraizy¹⁰, déclarent avoir trouvé leur lieu d'installation grâce à leurs stages ambulatoires, 3 médecins se sont installés dans leur lieu de stage dans une étude sur les internes brestois ayant fait un SASPAS¹².

On se rend compte que les stages ambulatoires peuvent être, pour certains, un éventuel «déclencheur» à une installation: on y travaille, on découvre un environnement et on y effectue des remplacements. Dans sa thèse, S. Poisson Rubi²⁹ a trouvé que 43% des installations s'étaient faites dans un cabinet connu. D. Fraizy¹⁰ a également conclu que le lieu d'installation se faisait à proximité des lieux de formation et des remplacements.

Certains des médecins ont déclaré avoir découvert la région Poitou-Charentes grâce à leur stage et s'y seraient bien installés s'ils avaient pu. Les stages ambulatoires sont un moyen indéniable de faire connaître la région, une sorte de carte postale qui peut engendrer un coup de cœur.

Mais cela ne suffit pas, d'autres éléments entrent en ligne de compte (famille, conjoint, remplacements, aléas de la vie...) et ce sont ces éléments qui vont

déterminer le lieu d'installation. Ce sont des facteurs sur lesquels il est difficile d'intervenir. Nous avons pu nous en apercevoir à la lecture des commentaires libres.

Dans notre étude, le travail du conjoint a tout de même une place importante dans la détermination du lieu d'installation. Cet élément est également retrouvé dans une enquête menée par l'URCAM Ile de France³¹, où le travail du conjoint est cité par 42,6% des interrogés comme motif dans le choix du lieu d'installation et représente le deuxième motif prioritaire dans ce choix.

Finalement, Il est difficile de savoir ce qui détermine un lieu d'installation, beaucoup de facteurs rentrent en ligne de compte. Dans notre étude, tous les médecins n'ont pas rédigé de commentaires pour expliquer ce qui a motivé le choix du lieu de leur installation. Il aurait été intéressant de pouvoir tous les interroger personnellement mais cela aurait été contraignant pour les interrogés et la participation aurait été moindre. Une étude sur le même sujet qui utiliserait une méthode qualitative avec un échantillon plus faible pourrait éventuellement apporter des réponses supplémentaires.

- Type de milieu

L'objectif secondaire de notre étude était de savoir si les médecins exercent dans le même type de milieu que celui de leur stage.

Nous avons trouvé, en effet, que ce fut le cas. Les médecins se sont majoritairement installés dans le même milieu, bien que les médecins ayant fait un stage en rural s'installent un peu moins dans ce milieu (61% contre 74% en urbain), mais cette différence n'est pas significative. Par contre, les médecins ayant fait un stage défini comme mixte, s'installent majoritairement en urbain (86%).

On voit bien que le milieu de stage a une influence. En effet, la plupart des commentaires libres sont en rapport avec le milieu de stage et confirme cette tendance.

Une très grande majorité de notre effectif est installé en milieu urbain (72%), sans différence de répartition selon les sexes. Ce résultat n'est pas très surprenant puisque les stages ambulatoires sont majoritairement effectués en milieu urbain (53% pour le premier stage, 72% pour le SASPAS). On peut se demander, au regard de la démographie médicale et de la répartition des médecins dans la région, si cette répartition ne doit pas être modifiée. Bien entendu, la problématique reste la même: le manque de maîtres de stage en milieu rural.

Que penser également des stages mixtes (urbain et rural)? En théorie, cela semble justifié de faire découvrir, au cours des stages ambulatoires, deux aspects différents de la médecine générale: la médecine de ville et celle de la campagne, mais au vu de nos résultats (86% d'installation en urbain pour le premier stage, 80%

pour le SASPAS) et des besoins de la population, ne serait il pas préférable de faire découvrir majoritairement la médecine de campagne? La médecine de ville pouvant être rencontrée secondairement lors des remplacements.

4.4 Quelques propositions en vue d'améliorer la répartition des médecins

4.4.1 Répartition et localisation des stages ambulatoires selon les besoins

Bien que les médecins ne s'installent pas majoritairement à proximité de leurs lieux de stage ambulatoires, on a découvert que 43% d'entre eux déclaraient avoir eu envie de le faire. Cela nous semble cohérent puisque c'est au cours de ces stages que l'on découvre notre métier et un univers de travail. D'ailleurs beaucoup de médecins commencent par remplacer leur maître de stage.

Certains pensent que la meilleure façon de régler le problème de la disparité démographique est la coercition⁵, or, cela n'aurait pas l'effet attendu mais, au contraire, détournerait les étudiants de la filière médicale, comme ce fut le cas en Angleterre et en Allemagne³⁷. D'ailleurs, en mai 2012³⁸, le CNOM a également fait une proposition dans ce sens: réguler les primo-installations en imposant d'exercer dans la région de formation de troisième cycle pendant 5 ans. Mais cela porterait atteinte à l'un des grands principes de la médecine générale: la liberté d'installation.

Toucher à la liberté d'installation en imposant d'exercer dans des lieux inconnus et désertés n'est pas envisageable, alors, pourquoi ne pas les faire découvrir par un autre moyen plus acceptable? Les stages ambulatoires peuvent tout à fait jouer ce rôle.

Une piste nous semble donc intéressante: favoriser et développer plus de stages ambulatoires en milieu sous-doté, là où la densité en médecins généralistes de premier recours est la plus faible.

Cette solution a été évoquée par les internes rennais lors d'une étude visant à proposer des solutions pour améliorer la démographie médicale³⁹ mais également dans d'autres écrits^{2,5,10,14,39}.

Idéalement, la répartition des stages devrait être fonction des besoins en termes de soins de premier recours. Cette répartition se ferait, tout d'abord, à l'échelle départementale en favorisant les départements ayant une faible densité (en Poitou-Charentes, les Deux-Sèvres et la Charente seraient prioritaires), puis, à l'échelle des bassins de vie. Les bassins de vie ruraux seraient également prioritaires comme a pu le suggérer F. Molard¹⁴ dans sa thèse.

Nous pouvons nous demander s'il est envisageable, pour les internes, de faire des stages dans des zones à risque qui sont souvent éloignées de leur lieu d'habitation.

Dans notre étude, et dans d'autres^{11,13}, la proximité géographique est un élément déterminant dans le choix du lieu de stage. La gêne occasionnée serait compensée par des indemnités financières comme c'est le cas actuellement pour les stages en zone déficitaire.

Cependant, il faut savoir que cette question n'est pas spécifique aux stages ambulatoires. Tous les internes ne sont pas forcément logés à proximité de leur lieu de stage et certains font, parfois, plusieurs dizaines de kilomètres le matin pour s'y rendre. En ce qui concerne les stages ambulatoires, la question du logement sur place semble difficile à résoudre mais il est peut-être possible d'aménager les plages horaires (commencer plus tard le matin et/ou partir plus tôt le soir) ou les jours travaillés. Il faut tout de même rappeler que ce stage est certes obligatoire (pour le stage de premier niveau) mais il ne dure que 6 mois, c'est une situation qui sera de toute façon temporaire.

Parmi les engagements pris par le gouvernement⁸, le rapprochement des maisons de santé des universités peut être une idée intéressante. Ces maisons de santé pluri professionnelles dites universitaires sont actuellement peu nombreuses mais tendent à se développer. Comme son nom l'indique, elles accueillent en leur sein plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) ayant un projet de soins en commun mais également des chefs de clinique et des enseignants formés à la pédagogie⁴³. Elles ont trois objectifs principaux:

- assurer les soins d'une population (suivi, continuité des soins, éducation thérapeutique et prévention)
- former les étudiants à l'exercice médical ou paramédical (externes, internes, élèves infirmiers...)
- réaliser des travaux de recherche dans le cadre de la médecine ambulatoire.

Dans notre région, il existe une structure de ce type en Charente⁴⁴.

Ces nouveaux terrains de stages, situés préférentiellement en milieux sous-dotés ou en passe de le devenir, pourraient créer une dynamique locale et peut être favoriser d'autres projets à proximité.

Localiser les stages dans les zones à risque est un des moyens pour faire découvrir un lieu et éventuellement donner l'envie de s'y installer ou, à défaut de s'y installer, d'y faire des remplacements, ce qui n'est tout de même pas négligeable.

4.4.2 Grande campagne de recrutement de maîtres de stage

Bien entendu, pour que la proposition précédente soit réalisable, il est nécessaire de former plus de maîtres de stage.

En 2010, moins de 7% des médecins généralistes étaient maîtres de stage⁴. En Poitou-Charentes, à peine 13% le sont. Dans notre étude, ce taux est légèrement plus élevé (18%) car les médecins interrogés sont certainement plus sensibilisés à ce sujet. Nous n'avons pas souhaité savoir si les autres voulaient le devenir car cela aurait été du domaine du déclaratif.

Par contre, il serait intéressant de sonder les médecins généralistes libéraux afin de connaître les raisons de cette faible participation et ainsi d'y apporter des solutions.

Parmi les raisons invoquées⁴, la formation dispensée pour devenir maître de stage semble être, pour certains, trop contraignante et les dissuade de faire cet effort. En effet, la formation pour devenir maître de stage peut paraître compliquée, chronophage et les lieux de formation peuvent être très éloignés du lieu d'exercice. Or, les médecins n'ont pas forcément le temps et/ou la possibilité de s'absenter de leur cabinet, surtout en cabinet seul où l'on ne peut pas s'organiser avec d'autres confrères ou en zone de pénurie où la charge de travail est importante.

Le manque de maîtres de stage et l'augmentation du nombre d'internes à former peuvent engendrer un problème d'organisation et, par ce fait, augmenter la charge de travail des maîtres de stage déjà en fonction. La situation devient donc urgente et risque de s'aggraver (par abandon de certains) si rien n'est fait.

Ne serait-il pas important que la formation soit revue? Qu'elle devienne attractive et plus facilement accessible? Une formation réalisée au plus près des médecins généralistes, plus souple, dispensée sur quelques heures réparties sur l'année au lieu de journées entières.

Bien entendu, tout cela ne peut être réalisable que s'il y a suffisamment de médecins à former. Il est donc nécessaire de lancer de grandes campagnes de recrutement qui peuvent passer par l'aide de l'ARS, des CDOM mais aussi des associations d'internes (qui apporteraient leur vision sur cette formation).

Leurs rôles seraient de rappeler la pénurie médicale actuelle et à venir, le besoin d'avoir des maîtres de stage pour assurer la bonne formation des futures généralistes et l'importance qu'ont les stages ambulatoires sur la pratique future des jeunes internes.

L'accent devrait être mis sur l'influence du stage sur le lieu d'installation (désir d'installation en libéral augmentant avec la réalisation de ces stages^{9,12}), sur l'intérêt du compagnonnage (échange constant et réciproque des connaissances) et, bien entendu, sur la possibilité de trouver plus facilement des remplaçants et, pourquoi pas, un futur associé ou collaborateur.

Dans la thèse de M-C Bourré¹³, les médecins interrogés déclarent ne pas avoir été sollicités et ne pas avoir reçu d'information sur la maîtrise de stage lors de leur installation. Certains ont même déclaré n'avoir jamais réussi à joindre des responsables. L'auteur suggère, à juste titre, que les nouveaux installés, et surtout ceux qui le font en zone rurale, devraient recevoir une information au cours de leurs démarches administratives auprès du conseil de l'Ordre et de la CPAM. Ils pourraient alors commencer tôt leur formation et ainsi accueillir des étudiants dès leur troisième année d'installation.

Par ailleurs, la maîtrise de stage nécessitant, consciemment ou pas, une remise en question permanente de la pratique professionnelle (en développant de nouvelles démarches thérapeutiques, en permettant le dialogue et l'échange des connaissances avec le jeune confrère) devrait être considérée comme une formation médicale en tant que telle et entrer dans le cadre du DPC (développement professionnel continu).

Afin de valoriser ce travail de formation auprès des internes, la rémunération des maîtres de stage devrait être revue à la hausse, comme cela a pu être suggéré^{3,4}.

4.4.3 Un zonage plus représentatif

Comme nous l'avons vu précédemment et dans de nombreuses études, les aides financières ne sont pas un élément déterminant du choix du lieu d'exercice. Dans notre enquête, ce facteur a été reconnu comme faiblement influent (et cela par le plus grand nombre des interrogés). Force est de reconnaître que la nouvelle génération ne porte pas une attention particulière à l'aspect financier de la profession mais plus au confort de vie et surtout à la possibilité de concilier vie professionnelle et vie familiale^{4,14,29,30}.

Cependant, il semble tout de même nécessaire d'encourager et «d'indemniser» ceux qui souhaitent s'installer en zone sous-dotée. Or, il est parfois difficile de s'y retrouver. En effet, la répartition des zones déficitaires est en perpétuel mouvement (nouveaux indicateurs, nouveau découpage, nouveaux objectifs, nouveaux projets...).

Il nous semble important de rapporter ici les différentes étapes de ces changements.

Les zones initialement reconnues par l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) comme déficitaires en 2004 ont été modifiées par les caisses d'assurance maladie en 2005⁴¹ (cf. Annexe 1). Ce zonage ne s'effectuant plus à l'échelle du canton mais à l'échelle du bassin d'attractivité du généraliste.

Par la suite, la circulaire du 14 avril 2008⁴² a modifié (cf. Annexe 2), à nouveau, cette répartition et a créé un zonage basé sur les bassins de vie, la densité des généralistes et leur activité (selon leurs honoraires).

En juillet 2009, la loi HPST, dans son article 118, crée l'ARS (qui remplace les institutions qui existaient auparavant: ARH, DRASS, DDASS, MRS...). C'est à cette nouvelle institution que revient le rôle, entre autres, de réguler l'offre de santé en région pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire.

Suite à ce changement, deux nouveaux zonages ont été publiés par l'ARS³⁴, en 2011, au sein de son schéma régional d'organisation des soins en ambulatoire (SROS-A): le *zonage d'accompagnement prioritaire* (ZAP) et les *zones conventionnelles* qui ciblent les zones de mise en œuvre des mesures pour améliorer la répartition géographique des acteurs de santé de premier recours (cf. Annexe 3).

Le premier est défini à l'échelle des bassins de vie, il a pour ambition de déterminer si un bassin de vie présente une fragilité en termes d'offre de soins. Les indicateurs utilisés sont:

- La densité, les mouvements et l'activité libérale des quatre professions de santé de proximité (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes).
- l'âge et l'évolution de la population résidente.

En Poitou-Charentes, 31 bassins de vie sont définis fragiles et touchent 21% de la population.

Le deuxième zonage est élaboré par les partenaires de l'Assurance Maladie, il découle d'une négociation nationale entre les ministères, les représentants des professionnels de santé concernés et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs salariés (CNAMT). Il s'adresse à une profession de santé et consiste à déterminer les territoires fragiles pour la profession considérée puis à proposer des mesures d'incitation au maintien de l'exercice ou à l'installation. Actuellement, 5 zonages conventionnels ont été publiés. Seules les *zones conventionnelles opposables* (ZOC) concernent les médecins généralistes. Elles sont définies à l'échelle des bassins de vie. 14 zones sont recensées en Poitou-Charentes, ce qui correspond à 7.34% de la population.

Il y avait en 2005, puis 2008, un zonage spécifique aux médecins généralistes libéraux. Les zones ainsi définies donnaient droit aux aides à l'installation. Or, dans cette nouvelle répartition, le champ d'action des ZOC est, en fait, pluri-professionnel. Ce qui explique que certaines zones anciennement définies comme très sous-dotées en 2005 et 2008 ne le sont plus en 2013, alors qu'aucune nouvelle installation n'a été constatée dans ce territoire (ex: Celles sur Belle dans les Deux-Sèvres).

L'ARS justifie ce choix pour favoriser les actions de regroupement professionnel comme les maisons de santé ou les pôles de santé et pour répondre au souhait des jeunes médecins d'avoir un environnement paramédical fourni pour exercer dans des conditions satisfaisantes de qualité des soins.

Certes, les jeunes n'hésiteraient pas à travailler au sein d'une structure pluri-professionnelle mais leur principal souhait est, avant tout, de travailler avec d'autres médecins généralistes.

De plus, les projets de cabinets pluri-professionnels sont parfois longs à mettre en place, voire, mettent plusieurs années avant de voir le jour. Ces projets doivent être portés par plusieurs acteurs qui doivent se mettre d'accord sur les modalités, les locaux... Or, certains bassins de vie en danger ne peuvent pas attendre ce genre de projet et nécessitent l'arrivée rapide de nouveaux médecins.

Il semble donc essentiel de réaliser des ZOC spécifiques aux médecins généralistes de premier recours (comme cela existe pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes, les orthophonistes), afin de cibler, à nouveau, les zones à risque et d'y attribuer de nouvelles aides.

Ce nouveau maillage pourrait également servir à déterminer l'emplacement préférentiel des lieux de stage et donnerait droit à l'attribution d'aides financières aux étudiants y effectuant leurs stages ambulatoires.

Récemment ⁸, l'accent a été mis sur deux types d'aides proposés par l'ARS: le *contrat d'engagement de service public (CESP)* et le *contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG)*.

Le premier consiste à délivrer une bourse aux étudiants de médecine qui s'engagent à exercer, par la suite, en zone démedicalisée. Ce projet n'a pas fait preuve d'un grand engouement jusqu'à présent puisque sur les 800 contrats proposés, seuls 351 ont été signés. L'objectif actuel du gouvernement est de délivrer 1500 bourses. Pour cela, il est préconisé de simplifier le dispositif (donner plus de latitude dans la définition des zones concernées) et d'informer massivement les étudiants sur l'existence de ces contrats.

Le deuxième projet consiste à apporter une garantie financière des revenus pendant 2 ans aux jeunes médecins qui s'installent dans une zone en voie de démedicalisation. Ce contrat s'adresse aux médecins non installés ou installés depuis moins d'un an, souhaitant exercer ou exerçant dans l'une des zones fragiles. Le médecin s'engage alors à respecter les tarifs opposables de l'Assurance Maladie, à assurer la continuité des soins de ses patients et à participer à la permanence des soins. En contre partie, le contrat lui assure un revenu net mensuel de 3640 Euros et des avantages en matière de protection sociale. L'objectif pour 2013 était la signature des 200 premiers contrats sur toute la France.

En Poitou-Charentes, l'ARS a pour objectif de signer 6 contrats PTMG au 30 octobre 2013 et 10 en 2014.

Le 25 septembre 2013, le premier contrat de PTMG a été signé avec le Dr Sophie Mathieu qui s'est installée dans une zone d'accompagnement prioritaire dans

la Vienne. Il nous semblait important de rapporter ce fait, à la lumière de notre étude, puisque cette installation s'est faite au sein même d'un lieu de formation, entre une interne et son maître de stage...

CONCLUSION

Grâce à notre étude, nous avons pu répondre aux questions que nous nous posions et ainsi atteindre nos objectifs initiaux.

A la question, s'installe-t-on à proximité de son lieu de stage? La réponse est majoritairement non mais près d'un quart se sont installés à moins de 10 km de celui-ci et pour 64,7% d'entre eux, le stage ambulatoire y est pour quelque chose. Ce résultat est tout de même très encourageant. On peut également constater que 43% des médecins interrogés ont répondu avoir eu envie de s'installer à proximité ce qui est très intéressant et va dans le sens de notre proposition: favoriser et proposer plus de stages dans les zones sous-dotées ou en voie de le devenir.

Concrètement, le choix du lieu d'installation combine de nombreux facteurs sur lesquels il est difficile d'intervenir. Les médecins n'ont pas une idée précise du lieu où ils souhaitent exercer et leur pénurie leur permet de s'installer n'importe où. Le lieu d'installation peut, en effet, être influencé par les lieux de stages puisqu'on se familiarise avec cet environnement, mais le choix du lieu d'installation est un choix qui ne se prend pas seul. Ce choix peut être le fruit d'une dynamique de couple car souvent le conjoint travaille. Celui-ci pourra-t-il trouver un emploi dans une zone désertée par tous et surtout par les services publics? Ce choix peut également être le fruit du hasard guidé, pour certains, par les différents remplacements.

Par contre, on se rend compte que le milieu d'exercice est nettement influencé par celui du stage, ce qui nous permet de répondre à notre objectif secondaire. On peut donc à nouveau proposer, et ce, avec plus d'arguments, la nécessité de favoriser et de développer plus de stages en milieu rural, milieu où la démedicalisation est la plus marquée. Le milieu rural peut faire peur à première vue puisque son image est influencée par les aprioris et les stéréotypes, mais sa découverte au cours des stages va changer cette vision et la faire évoluer favorablement.

Finalement, ce qui est important de retenir ici, c'est qu'il faut des stages en milieu sous-doté. Certes, nous ne sommes pas sûrs que le futur médecin s'y installe mais, s'il y a une chance, toute petite soit-elle, il faut la saisir. 5% de nos interrogés se sont installés dans leur lieu de stage. Même s'il n'y a pas d'installation à la clef, des remplacements réguliers seraient une aide indéniable et appréciable pour le médecin installé. Et, pour cela, il semble essentiel de recruter rapidement et massivement des maîtres de stage.

Selon les projections de le DREES⁶ pour 2030, la densité médicale en Poitou-Charentes se verrait améliorée, d'après le scénario tendanciel (à comportement constant), mais cette projection doit être prise avec précaution car elle ne nous

indique pas quelle sera la part des généralistes de premier recours et quelle sera leur répartition à l'échelle départementale et surtout à l'échelle des bassins de vie.

Pour conclure, Il nous semble intéressant, ici, de dresser le portrait et le parcours du jeune médecin généraliste libéral issu de la faculté de Poitiers.

Il s'agit d'une femme d'une trentaine d'années, ayant obtenu son baccalauréat et effectué son externat dans la région Poitou-Charentes. Elle n'a fait qu'un seul stage ambulatoire et son désir de faire un SASPAS était mitigé. Le choix de son lieu de stage a été dicté par la proximité géographique de son lieu d'habitation et elle a pu l'effectuer là où elle le souhaitait (en Charente-Maritime dans un milieu urbain).

Avant de s'installer, elle a effectué des remplacements et a notamment remplacé son maître de stage. Elle s'est installée en Poitou-Charentes 2 ans après l'obtention de sa thèse et plus précisément en Charente-Maritime, à plus de 10km de son lieu de stage. Elle travaille au sein d'un cabinet de groupe, plutôt en milieu urbain, ce qui a été un élément important dans sa prise de décision. Pour le moment, elle n'est pas maître de stage.

BIBLIOGRAPHIE

1. Berland Y. Mission «Démographie des professions de santé». Rapport n°2002135. Novembre 2002. 114p.
2. Descours C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Juin 2003. 69p.
3. Juilhard J-M. Rapport d'information sur la démographie médicale. Octobre 2007. 86p.
4. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Novembre 2010. 183p.
5. Vigier Ph. Rapport sur la proposition de loi visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire. Novembre 2012. 132p.
6. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Dossiers Solidarité et Santé DRESS. 2009. 66p.
7. Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P, Legmann M. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2013. [en ligne].
Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf
[consulté en novembre 2013]
8. Touraine M. Ministère des Affaires sociales et de la santé. Le Pacte territoire-santé. Pour lutter contre les déserts médicaux. [en ligne]. Dossier de presse. 13 décembre 2012.
Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_12_engagements.pdf [consulté en novembre 2013]
9. ISNAR IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale du 02 juillet 2010 au 1er janvier 2011. [en ligne].
Disponible sur: http://www.fmfpro.com/IMG/pdf/110422_isnar-img_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_img_resultats_complets.pdf [consulté en mars 2013]
10. Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS. Etude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à octobre 2011. 110p. Th: Méd.: Dijon: 2012.

11. Coudreuse Chichoux M. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. 69p. Th: Méd.: Grenoble: 2012.
12. Frèche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste J-Y, et al. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS? Exercer, 2011, 22, 95, pp 21-24.
13. Bourré M-C. Influence des stages chez le praticien dans l'installation des jeunes médecins généralistes en zone rurale: exemple breton. 85p. Th: Méd.: Rennes 1: 2013.
14. Molard F. Critères du choix du lieu d'installation des résidents. Etude auprès de 119 résidents de Poitou-Charentes. 87p. Th: Méd.: Poitiers: 2005.
15. INSEE. Région, Poitou-Charentes. [en ligne].
Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/regions/poitou-charentes/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>
[consulté en octobre 2013]
16. INSEE Poitou-Charentes. Poitou-Charentes: une population qui croît à l'horizon 2040 en dépit d'un solde naturel négatif. [en ligne]. Décimal. Décembre 2010. n°308. 10p.
Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/poitou-charentes/themes/decimal/dec2010308/dec2010308.pdf
[consulté en novembre 2013]
17. Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. CNOM. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Poitou-Charentes: situation au 1^{er} juin 2011. [en ligne].
Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128> [consulté en mars 2013]
18. URCAM Poitou-Charentes. Observation de la santé en milieu agricole et rural en Poitou-Charentes. [en ligne]. 1999.
Disponible sur: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Votre_ARS/contexte_regional/sante-rural.pdf
[consulté en octobre 2013]
19. Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P, Legmann M. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France: situation au 1er janvier 2012, tome 1 et 2 [en ligne].
Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873> [consulté en mars 2013]

20. Sicart D. Les médecins au 1^{er} janvier 2013. Documents de travail, série statistiques, DREES. [en ligne]. Avril 2013; n°179.
Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-179.pdf>
[consulté en mai 2013]
21. Delahaye-Guillocheau V, Jeannet A, Vernerey M et al. Rapport: Création de la filière universitaire de médecine générale. [en ligne]. Février 2007.
Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000231/0000.pdf> [consulté en novembre 2013]
22. Ordonnance n°58-1373 du 3 décembre 1958 relative à la création des centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
23. Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du SASPAS
24. ISNAR IMG. La Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG). [en ligne].
Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/content/la-fili%C3%A8re-universitaire-de-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale-fumg>
[consulté en novembre 2013]
25. Annexe V de l'Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine modifié par l'Arrêté du 10 août 2010 – art. 1.
26. BiostaTGV accueil. Tests statistiques. [en ligne].
Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv>
[consulté en novembre 2013]
27. L'Observatoire des Territoires. Typologie ZAUER. [en ligne].
Disponible sur: <http://www.datar.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/typologie-zauer> [consulté en novembre 2013]
28. L'Observatoire des Territoires. Typologie ZAU 2010. [en ligne].
Disponible sur: <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/typologie-zau-2010> [consulté en novembre 2013]
29. Poisson Rubi S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de Poitiers entre 1999 et 2003. 94p. Th: Méd.: Poitiers: 2006.
30. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. 90p. Th: Méd.: Grenoble: 2011.

31. Maréchaux F. Motifs d'installation des médecins libéraux. Enquête en ile de France. La revue du praticien. Médecine générale, 2003, 17, 610, pp567-568.
32. Article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.
33. Inspection générale des affaires sociales, de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche. Rapport: le post internat: constats et propositions. [En ligne]. Juin 2010.
Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000383/0000.pdf> [consulté en novembre 2013]
34. ARS Poitou-Charentes. Projet régional de santé. Etat des lieux. Proposition révision 2013. [en ligne]. Aout 2013.
Disponible sur: <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante-Poito.141537.0.html> [consulté en octobre 2013]
35. Poppelier A. Exercice de la médecine générale: approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. . 204p. Th: Méd.: Poitiers: 2010.
36. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. [en ligne] Avril 2010.
Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000184/0000.pdf> [consulté en novembre 2013]
37. Bourgueil Y, Mousquès J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. IRDES. Juin 2006. rapport n°534.70p.
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Accès aux soins: recommandations du CNOM. [en ligne]. mai 2012.
Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/acces-aux-soins-recommandations-du-cnom-1185> [consulté en novembre 2013]
39. Association des Internes de Médecine Générale de Rennes. Propositions sur l'installation des internes. [en ligne]. Septembre 2012.
Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/120928_Propositions_sur_installation_AIMGER.pdf [consulté en novembre 2013]
40. Ferret J-P. En Poitou-Charentes, l'accès aux services s'organise autour de 91 bassins de vie. INSEE. [en ligne].
Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=12&ref_id=19312
[consulté en novembre 2013]

41. URCAM Poitou-Charentes, ARH Poitou-Charentes. Répartition des professionnels de santé en Poitou-Charentes: les zones fragiles en médecine générale. Dossier de Presse. [en ligne]. Juin 2005.
Disponible sur: <http://toucheapasamonpatrimoine.unblog.fr/files/2008/03/dpzonesfragiles280605.pdf> [consulté en novembre 2013]
42. URCAM Poitou-Charentes, ARH Poitou-Charentes. Zones différenciées en fonction de leur dotation en médecine générale libérale. [en ligne]. Avril 2009.
Disponible sur: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Acteurs_en_sante/aides_et_financements/Zones_sous_dotees_MG_-_Avril_2009.pdf [consulté en mars 2013]
43. Conférence des Doyens des facultés de Médecine. Formation médicale 2011- Maison de santé et label universitaire. [en ligne] Bobigny, décembre 2011.
Disponible sur: http://www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine/formation_medicale_2011_maison_de_sante_et_label_universitaire.8139
44. Douifi L. Une maison de santé, lieu de soin et d'enseignement. [en ligne]. Sud Ouest. Novembre 2010.
Disponible sur: <http://www.sudouest.fr/2010/11/20/une-maison-de-sante-lieu-de-soin-et-d-enseignement-244568-659.php>

TABLE DES FIGURES ET GRAPHIQUES

FIGURE 1: PYRAMIDE DES AGES DU POITOU-CHARENTES (SCENARIO CENTRAL 2007-2040).....	16
FIGURE 2: LES BASSINS DE VIE DE LA REGION POITOU-CHARENTES	17
FIGURE 3: PART DES POPULATIONS AGEES DE PLUS DE 60 ANS A L'ECHELLE DES BASSINS DE VIE.....	18
FIGURE 4: LES MODES D'EXERCICE DES MEDECINS GENERALISTES EN POITOU-CHARENTES.....	19
GRAPHIQUE 1: REPARTITION DES REpondANTS PAR SEXE.....	33
GRAPHIQUE 2: REPARTITION DES REpondANTS PAR AGE.....	34
GRAPHIQUE 3: PARCOURS AVANT L'INSTALLATION.....	34
GRAPHIQUE 4: DELAI D'INSTALLATION APRES LA THESE	35
GRAPHIQUE 5: MODE D'EXERCICE DES REpondANTS.....	36
GRAPHIQUE 6: TYPE DE CABINET DES REpondANTS.....	36
GRAPHIQUE 7: STATUT DE MAITRE DE STAGE DES REpondANTS.....	37
GRAPHIQUE 8: DEPARTEMENT D'OBTENTION DU BACCALAUREAT	37
GRAPHIQUE 9: FACULTE DU DEUXIEME CYCLE DES ETUDES MEDICALES	38
GRAPHIQUE 10: FACTEUR AYANT INFLUENCE LE CHOIX DU STAGE DE 1 ^{ER} NIVEAU.....	39
GRAPHIQUE 11: MILIEU D'EXERCICE DU STAGE DE 1 ^{ER} NIVEAU	39
GRAPHIQUE 12: REMPLACEMENT DU MAITRE DE STAGE DE 1 ^{ER} NIVEAU.....	40
GRAPHIQUE 13: AVEZ-VOUS EFFECTUE UN SASPAS?	40
GRAPHIQUE 14: AURIEZ-VOUS AIME FAIRE UN SASPAS?	41
GRAPHIQUE 15: FACTEUR AYANT INFLUENCE LE CHOIX DU STAGE DE 2 ^E NIVEAU.....	41
GRAPHIQUE 16: MILIEU D'EXERCICE DU STAGE DE 2 ^E NIVEAU.....	42
GRAPHIQUE 17: REMPLACEMENT DU MAITRE DE STAGE DE 2 ^E NIVEAU	43
GRAPHIQUE 18: LIEU D'INSTALLATION DES REpondANTS	43
GRAPHIQUE 19: REPARTITION DES INSTALLATIONS EN POITOU-CHARENTES.....	44
GRAPHIQUE 20: REPARTITION DU LIEU D'INSTALLATION SELON LE SEXE.....	44
GRAPHIQUE 21: REPARTITION DU LIEU D'INSTALLATION SELON L'ORIGINE DES REpondANTS	45
GRAPHIQUE 22: L'UN DE VOS STAGES VOUS A-T-IL DONNE ENVIE DE VOUS INSTALLER A PROXIMITE?	46
GRAPHIQUE 23: L'UN DE VOS STAGES VOUS A-T-IL DONNE ENVIE DE VOUS INSTALLER A PROXIMITE?	46
GRAPHIQUE 24: LES STAGES ONT-ILS INFLUENCE VOTRE LIEU D'INSTALLATION?	47
GRAPHIQUE 25: LES STAGES ONT-ILS INFLUENCE VOTRE LIEU D'INSTALLATION?	47
GRAPHIQUE 26: REGION D'ORIGINE DES INSTALLES EN POITOU-CHARENTES	48
GRAPHIQUE 27: ANALYSE DU LIEU DES INSTALLES EN POITOU-CHARENTES	48
GRAPHIQUE 28: ENVIE DE S'INSTALLER A PROXIMITE?	49
GRAPHIQUE 29: REGION D'ORIGINE DES INSTALLES HORS POITOU-CHARENTES	50
GRAPHIQUE 30: ANALYSE DU LIEU DES INSTALLES HORS POITOU-CHARENTES	51
GRAPHIQUE 31: MILIEU D'EXERCICE DES REpondANTS.....	51
GRAPHIQUE 32 : REPARTITION DU MILIEU D'EXERCICE SELON LE SEXE	52
GRAPHIQUE 33: REPARTITION DU MILIEU D'INSTALLATION SELON LE MILIEU DE STAGE DE 1 ^{ER} NIVEAU	52
GRAPHIQUE 34: REPARTITION DU MILIEU D'INSTALLATION SELON LE MILIEU DU SASPAS.....	53
GRAPHIQUE 35: MOYENNE DU DEGRE D'INFLUENCE DES DIFFERENTS FACTEURS SUR LE LIEU D'INSTALLATION	54
GRAPHIQUE 36: ECART-TYPE SELON LES REponses.....	55

ANNEXES

Annexe 1: Zones fragiles en médecine générale - Juin 2005

URCAM POITOU-CHARENTES
REPARTITION DES PROFESSIONNELS DE SANTE : LES ZONES FRAGILES EN MEDECINE GENERALE

CARTE REGIONALE DES ZONES FRAGILES EN MEDECINE GENERALE

Zones fragiles en médecine générale
Juin 2005

Réalisation : URCAM Poitou-Charentes

Les numéros de bassins de vie
sont les numéros INSEE des
communes pôle du bassin

LE BASSIN DE VIE EST :

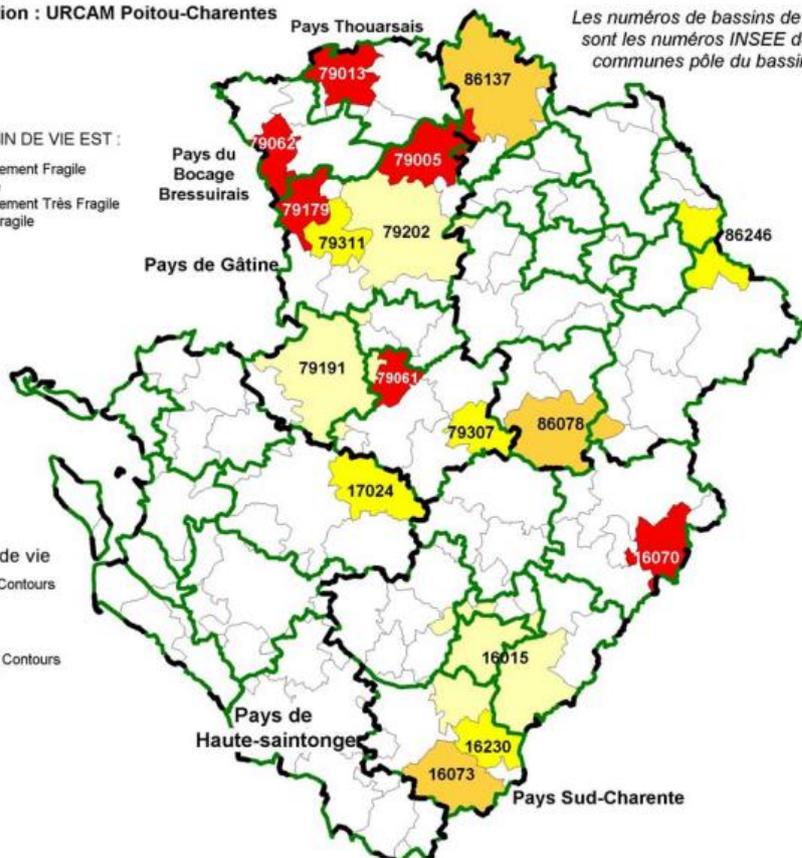
- partiellement Fragile
- Fragile
- partiellement Très Fragile
- Très Fragile

Bassins de vie

Contours

Pays

Contours



Listes des bassins de vie fragiles

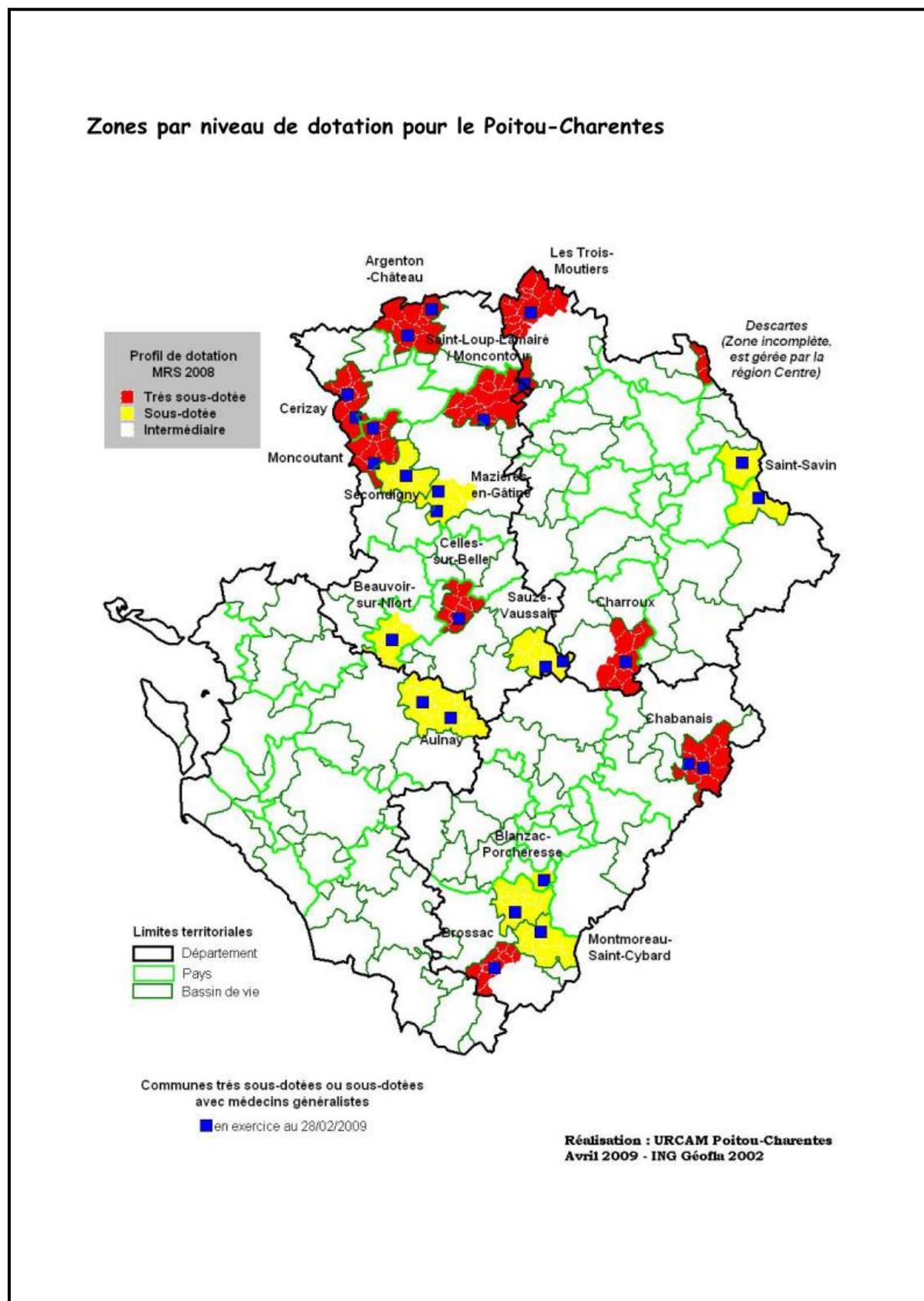
TRES FRAGILES

16070 CHABANAIS
16073 CHALAIS pour Brossac
79005 AIRVAULT pour Saint-Loup-Lamairé et pour Montcontour
79013 ARGENTON-CHATEAU
79061 CELLES-SUR-BELLE
79062 CERIZAY
79179 MONCOUTANT
86078 CIVRAY pour Charroux
86137 LOUDUN pour Les Trois-Moutiers

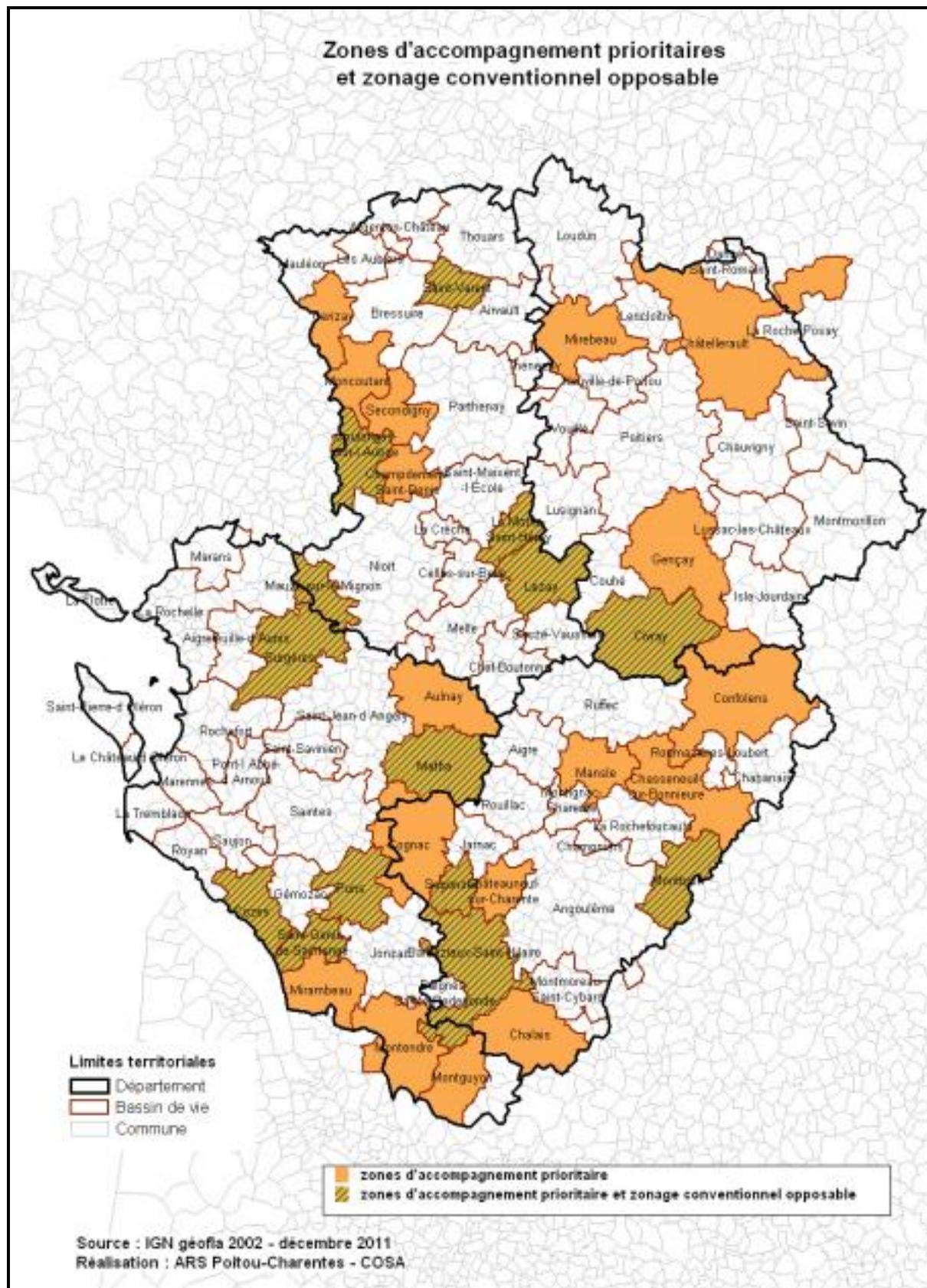
FRAGILES

16015 ANGOULEME pour Blanzac-Porcheresse
16230 MONTMOREAU-SAINT-CYBARD
17024 AULNAY
79191 NIORT pour Beauvoir-Sur-Niort
79202 PARTHENAY pour Mazières-en-Gâtine
79307 SAUZE-VAUSSAIS
79311 SECONDIGNY
86246 SAINT-SAVIN

Annexe 2: Zones par niveau de dotation pour le Poitou-Charentes - 2008



Annexe 3: Zones d'accompagnement prioritaires et zonage conventionnel opposable - 2011



Annexe 4: Email explicatif adressé aux médecins généralistes participant au sondage.

Chères consœurs, chers confrères,

Je me permets de vous contacter par mail pour participer à ma thèse de médecine générale.

Celle-ci a pour objectif de rechercher s'il existe un lien entre le lieu d'installation et le lieu des stages ambulatoires effectués au cours de votre formation.

Pour information, le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire est de 5 minutes. De plus, les réponses seront anonymes.

Merci de bien vouloir répondre AVANT LE 31 JUILLET 2013, date à laquelle le sondage sera clos.

Veuillez cliquer sur le lien suivant afin d'accéder au questionnaire :

[LIENDUSONDAGE]

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Bien cordialement,

Perrine LAFON

NB: les questions suivies d'un astérisque nécessitent une réponse obligatoirement.

Annexe 5: Questionnaire

Thèse de médecine générale: lieu de stage / lieu d'installation

Page 1

1. **Sexe :** *
 - Homme
 - Femme

2. **Age :** *

3. **Quel est votre département d'obtention du baccalauréat ? ***

4. **Dans quelle faculté avez-vous effectué votre deuxième cycle d'études médicales ? ***

5. **Quelle est l'année d'obtention de votre thèse ? ***

6. **Quelle est l'année de votre installation ? ***

7. **Quel est actuellement votre mode d'exercice principal ? ***
 - Collaborateur libéral
 - Installé
 - Mixte (activité libérale et salariée)

8. **Dans quel type de cabinet exercez vous actuellement ? ***
 - Cabinet seul
 - Cabinet de groupe (association de médecins)
 - Cabinet pluri-professionnel (association médecins, infirmières...)

Page 2

LES QUESTIONS SUIVANTES SE RAPPORTENT A VOTRE PREMIER STAGE AMBULATOIRE CHEZ LE PRATICIEN.

Page 3

STAGE AMBULATOIRE DE PREMIER NIVEAU (premier stage chez le médecin généraliste):

9. **Quel était le département de votre stage ? ***

(2 choix maximum)

- 16
- 17
- 79
- 86

10. **Était-ce le département de stage souhaité ? ***

- oui
- non

Page 4

11. **Dans quel autre département auriez -vous aimé le faire ?**

- 16
- 17
- 79
- 86

12. **Dans quelle(s) commune(s) avez vous fait votre stage ? ***

(ex:Niort, Celles sur Belle, Chef Boutonne)

13. **Quel facteur a le plus influencé le choix de votre stage ? ***

(une seule réponse possible)

- Proximité géographique du lieu d'habitation
- Réputation du stage
- Type d'activité (rural/urbain, activité secondaire...)
- Aides financières régionales
- Stage imposé

14. **Avez-vous remplacé votre/vos maître(s) de stage ? ***

- oui
- non

15. **Avez-vous fait un SASPAS (stage ambulatoire de deuxième niveau chez le praticien) ? ***

- oui
- non

Page 5

16. **Auriez -vous aimé en faire un ?**

- oui
- non

Page 6

LES QUESTIONS SUIVANTES SE RAPPORTENT A VOTRE STAGE DE DEUXIEME NIVEAU CHEZ LE PRATICIEN (SASPAS)

Page 7

STAGE AMBULATOIRE DE DEUXIEME NIVEAU (SASPAS):

17. **Quel était le département de votre SASPAS ?**

- 16
- 17
- 79
- 86

18. **Était-ce le département de stage souhaité ? ***

- oui
- non

Page 8

19. **Dans quel autre département auriez-vous aimé le faire ?**

- 16
- 17
- 79
- 86

20. **Dans quelle(s) commune(s) avez vous fait votre SASPAS ? ***

(ex: Niort, Celles sur Belle, Chef Boutonne)

21. **Quel facteur a le plus influencé le choix de votre SASPAS ? ***

(une seule réponse possible)

- Proximité géographique du lieu d'habitation
- Réputation du stage
- Type d'activité (rural/urbain, activité secondaire...)
- Aides financières régionales
- Stage imposé

22. **Avez-vous remplacé votre/vos maître(s) de stage de SASPAS ? ***

- oui
- non

Page 9

LES QUESTIONS SUIVANTES SE RAPPORTENT A VOTRE ACTIVITE ACTUELLE

Page 10

VOTRE ACTIVITÉ ACTUELLE

23. **Dans quel département exercez-vous ? ***

- 16
- 17
- 79
- 86
- Autre

24. **Dans quelle commune exercez-vous principalement votre activité libérale ? ***

(une seule réponse possible, ex: Poitiers)

25. **Suite à l'obtention de votre thèse, qu'avez vous fait ? ***

(plusieurs réponses possibles)

- je me suis installé(e) tout de suite
- j'ai réalisé des remplacements
- j'ai été salarié(e)
- autre, préciser:

26. **Êtes-vous ou avez-vous été maître de stage ?**

- oui
- non

27. **Êtes-vous installé(e) dans le département où vous avez réalisé l'un de vos stages ? ***

- oui
- non

28. **L'un de vos stages vous a-t-il donné envie de vous installer à proximité ?**

- oui
- non

29. **Approximativement, quelle distance sépare votre lieu d'installation de votre lieu de stage le plus proche? ***

- moins de 10km
- entre 10 et 20km
- plus de 20km

30. **Votre lieu d'installation a-t-il été influencé par vos lieux de stage ? ***

- oui
- non

31. **Commentaires éventuels concernant la question précédente (n°30) :**

32. **Quel a été le degré d'influence des facteurs suivants sur le choix de votre lieu d'installation ? ***

	nul	faible	moyen	fort
Famille à proximité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travail du conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ville d'origine (études primaires et/ou secondaires)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ville de formation universitaire (deuxième cycle des études médicales)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ville d'internat (Poitiers)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Environnement socio-culturel (cinéma, magasins, crèche, école...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proximité d'un hôpital ou de structures sanitaires (laboratoire, centre de radiologie...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Type d'exercice (urbain / rural)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Type de cabinet (seul, groupe, maison de santé...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation du cabinet (informatisation, secrétariat, aménagement des plages horaires...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permanence des soins (nombre de gardes par mois)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lieu des remplacements effectués	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aides financières à l'installation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Page 11

Le questionnaire est terminé, vous pouvez encore modifier vos réponses ,si vous le souhaitez, en vous servant de la flèche de gauche.
Sinon, validez le questionnaire en vous servant de la flèche de droite.

Le sondage est terminé. Merci beaucoup pour votre participation.

La fenêtre peut être fermée.
Perrine LAFON

RESUME

Contexte: La démographie médicale est au centre de l'attention des instances sanitaires et politiques. Une baisse de la densité des médecins généralistes est en cours et va s'accroître dans les années à venir. Cette situation est d'autant plus préoccupante à l'échelle des bassins où l'on observe 90% des inégalités de répartition des médecins généralistes au sein d'une même région.

Afin de trouver une solution à cet état des lieux, nous nous sommes demandé quel rôle pouvait jouer les stages ambulatoires, effectués au cours du troisième cycle des études médicales, dans cette répartition. En effet, les stages chez le praticien permettent de découvrir un environnement de travail et peuvent être un éventuel déclencheur à une future installation.

Objectif: L'objectif principal de cette étude est de savoir si les stages ambulatoires donnent envie de s'installer à proximité et si cela est concrètement le cas. L'objectif secondaire est de voir si le milieu de stage (urbain ou rural) influence le milieu d'installation.

Méthode: Etude descriptive quantitative rétrospective réalisée auprès de 80 médecins généralistes installés en libéral en tant que médecins de premier recours et ayant fait leur internat à Poitiers. Ces médecins ont effectué leur(s) stage(s) ambulatoire(s) entre novembre 2003 et octobre 2007 inclus.

Résultats: La région a su garder ses anciens internes puisque 74% des médecins se sont installés en Poitou-Charentes. Les stages ambulatoires ont donné envie de s'installer à proximité à 43% de nos interrogés mais au final seuls 23% l'ont réellement fait. Pour 5%, l'installation s'est faite au sein d'un lieu de stage. Le milieu de stage semble être plus influant puisque les médecins ont eu tendance à s'installer dans le même milieu que celui de leur stage. D'autres facteurs, plus difficiles à appréhender, rentrent en ligne de compte quant au choix du lieu d'installation parmi lesquels le type de cabinet, le travail du conjoint et les remplacements.

Conclusion: Il semble nécessaire de développer plus de terrains de stage dans des zones sous-dotées ou susceptibles de le devenir. Certes, l'installation n'est pas une certitude mais le futur médecin peut y effectuer des remplacements ce qui n'est pas négligeable. Pour cela, il est absolument indispensable de recruter massivement des maîtres de stage et de redéfinir un zonage plus spécifique aux médecins généralistes de premier recours.

Mots clés: Médecine générale, médecin généraliste de premier recours, démographie médicale, stages ambulatoires, influence géographique, lieu d'installation.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux 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 !



RESUME

Contexte: La démographie médicale est au centre de l'attention des instances sanitaires et politiques. Une baisse de la densité des médecins généralistes est en cours et va s'accroître dans les années à venir. Cette situation est d'autant plus préoccupante à l'échelle des bassins où l'on observe 90% des inégalités de répartition des médecins généralistes au sein d'une même région.

Afin de trouver une solution à cet état des lieux, nous nous sommes demandé quel rôle pouvait jouer les stages ambulatoires, effectués au cours du troisième cycle des études médicales, dans cette répartition. En effet, les stages chez le praticien permettent de découvrir un environnement de travail et peuvent être un éventuel déclencheur à une future installation.

Objectif: L'objectif principal de cette étude est de savoir si les stages ambulatoires donnent envie de s'installer à proximité et si cela est concrètement le cas. L'objectif secondaire est de voir si le milieu de stage (urbain ou rural) influence le milieu d'installation.

Méthode: Etude descriptive quantitative rétrospective réalisée auprès de 80 médecins généralistes installés en libéral en tant que médecins de premier recours et ayant fait leur internat à Poitiers. Ces médecins ont effectué leur(s) stage(s) ambulatoire(s) entre novembre 2003 et octobre 2007 inclus.

Résultats: La région a su garder ses anciens internes puisque 74% des médecins se sont installés en Poitou-Charentes. Les stages ambulatoires ont donné envie de s'installer à proximité à 43% de nos interrogés mais au final seuls 23% l'ont réellement fait. Pour 5%, l'installation s'est faite au sein d'un lieu de stage. Le milieu de stage semble être plus influant puisque les médecins ont eu tendance à s'installer dans le même milieu que celui de leur stage. D'autres facteurs, plus difficiles à appréhender, rentrent en ligne de compte quant au choix du lieu d'installation parmi lesquels le type de cabinet, le travail du conjoint et les remplacements.

Conclusion: Il semble nécessaire de développer plus de terrains de stage dans des zones sous-dotées ou susceptibles de le devenir. Certes, l'installation n'est pas une certitude mais le futur médecin peut y effectuer des remplacements ce qui n'est pas négligeable. Pour cela, il est absolument indispensable de recruter massivement des maîtres de stage et de redéfinir un zonage plus spécifique aux médecins généralistes de premier recours.

Mots clés: Médecine générale, médecin généraliste de premier recours, démographie médicale, stages ambulatoires, influence géographique, lieu d'installation.