

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
Le 9 Mai 2019
Par Mr PAULY Charles

**Etude des facteurs décisionnels déterminants ayant
conduit à des installations en Médecine Générale
Ambulatoire en Charente depuis 2015.
Enquête et perspectives.**

Composition du jury

Président du jury : Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA José

Membres du jury :

Madame le Professeur CAZENAVE-ROBLOT France
Monsieur le Professeur PARTHENAY Pascal

Directrice de thèse :

Madame le Docteur ANDRIEUX Marine


Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE
Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Monsieur le Professeur GOMES DA CUNHA,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et surtout pour votre engagement dans l'enseignement de cette belle spécialité qu'est la Médecine Générale. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur PARTHENAY,

Je vous remercie de faire partie de mon jury et de juger mon travail. Merci de votre engagement pour la Médecine Générale notamment en Charente.

Madame le Professeur France CAZENAVE-ROBLOT,

Je suis très honoré que vous fassiez partie de mon jury de thèse et que vous ayez accepté de juger mon travail. Nos échanges pendant mes deuxième et troisième cycles des études de médecine ont été très importants pour moi et participent aujourd'hui à la passion que j'ai pour la médecine.

Marine,

Merci d'avoir accepté au pied levé d'être ma directrice de thèse à un moment où je commençais à perdre espoir de m'en sortir, je t'en serai à jamais reconnaissant.

A mes Professeurs pendant mon externat et internat de médecine ,

Au Professeur René ROBERT, au Professeur Daniel HERPIN, au Professeur MEURICE, au Professeur NEAU, au Professeur HOUETO et au professeur ROBLOT : vos qualités pédagogiques, humaines et professionnelles m'ont profondément marqué et sont une des raisons pour lesquelles j'en suis là aujourd'hui. Je vous en serai éternellement reconnaissant. Je nourris l'espoir de pouvoir, un jour, dans ma spécialité, transmettre et donner envie aux plus jeunes générations d'exercer ce magnifique métier comme vous l'avez fait pour moi.

Aux maîtres de stages ambulatoires de premier niveau et deuxième niveau et à mon tuteur :

- aux Drs Jean-Louis Lévêque, Xavier Perot et Xavier Rucquois : à un moment où je me posais la question de sortir du cursus de médecine générale pour m'intéresser à d'autres spécialités plus hospitalo-centrées, j'ai appris à votre contact à aimer la Médecine Générale. Même si les dernières années ont été dures, je pense être à ma place grâce à vous.

- aux Drs Jean-Marc Vialle, Christophe Jammet et Isabelle Dumas-Ream : vous m'avez fait grandir dans cette discipline à la fois passionnante et dangereuse je vous en remercie.

- au Dr Pascal AUDIER je te remercie de m'avoir supporté pendant ce troisième cycle.

A tous je vous remercie pour l'attention que vous avez porté à ma formation et pour m'avoir fait découvrir cette grande spécialité qu'est la médecine générale.

A la grande équipe du Service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'Angouleme (la liste est trop longue !!!). Merci de m'avoir soutenu lors de mon passage dans votre service. Notre collaboration reste toute à fait actuelle et cela est d'une aide indispensable au quotidien. Je ne pourrai pas faire ce que vous faites, je vous admire et vous respecte et n'essaye de pas trop vous faire travailler sauf quand je n'ai pas le choix !!!

A L'équipe de la Protection Maternelle et Infantile de Charente ,
A Florence, Caroline, Myriam et à toutes les équipes dévouées de sage-femmes (Cécile, Françoise ...) de puéricultrices (Maryline, Isabelle ...), à l'équipe du Centre de Prévention de la Charente ...
vous m'avez accueilli dans votre quotidien si compliqué avec une gentillesse et une bienveillance sans limite.

Au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Charente, pour leur soutien depuis de nombreuses années et pour leur aide dans la réalisation de ce travail, à Mr le Président BACQUART et Mesdames Corinne SILVA et Mélanie PINAUDEAU je vous remercie infiniment pour votre soutien sans faille depuis quelques années.

A mes parents,

Merci d'avoir été toujours là à mes côtés, d'avoir été d'un soutien indéfectible à tous les moments et dans toutes les circonstances, d'avoir supporté mon caractère parfois volcanique alors que vous n'aviez rien fait. J'espère un jour pouvoir faire la même chose avec mes enfants, vous avez été parfaits. Merci du fond du coeur.

A ma famille, à la famille Chagnaud, à la famille Belair : Merci de m'avoir toujours soutenu.

A mes amis,

Fabien Lysiane, Antony Elody : amis depuis les bancs de la faculté votre amitié m'est essentielle. Merci pour tout.

Gaby Thomas Laura Julien Glad Ornella Seb : amis de la première heure toujours là, à l'écoute ou pour un bon moment passé ensemble, merci pour votre soutien.

A Sandra, Philippe, Pierre : la médecine m'a éloigné de la Danse, je reviendrai parmi vous !!

A mes amis Magiciens sur qui je peux toujours compter pour me changer les idées « en tapant le carton ».

A mes futurs associés, Christian et Nadine ,

J'espère que l'on arrivera à monter ensemble un beau projet sur La Rochefoucauld.

A Adrien, Anne, Louise, Pierre et Clément,

Merci du fond du coeur d'être venus en renfort à La Rochefoucauld. Le déficit est immense, tant professionnel que personnel, pour exercer dans de bonnes conditions cette belle spécialité qu'est la Médecine Générale tout en profitant de la magnifique famille que vous formez. Je suis très honoré d'être à vos côtés dans ces deux dimensions de votre vie.

A Pascal et Antoine

Merci de m'avoir épaulé en me permettant de m'éloigner un peu du cabinet en toute confiance et d'avoir été une oreille attentive lorsque j'avais besoin de parler. Votre soutien a été très important pour moi.

A toi qui m'a ouvert les yeux en 2018 et qui m'a permis d'entrevoir la sortie du labyrinthe de mélancolie dans lequel je m'étais perdu, je n'aurait qu'un seul mot : Merci.

Abréviations

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

CESP : Contrat d'Engagement Service Public

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPS : Carte Professionnel de Santé

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DMP : Dossier Médical Personnel

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

ECN : Epreuves Classantes Nationales

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HPST : loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 Juillet 2009

IGN : Institut Géographique National devenu Institut National de l'Information Géographique et Forestière.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

ISNAR-IMG : Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale.

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MG : Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maitre de Stage des Universités

NA : Nouvelle Aquitaine

NMR : Nouveaux Moyens de Rémunération
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
PPSPR : Protocoles Pluri-professionnels de Soins de Premier Recours.
PSP : Pôle de Santé Pluri-professionnel
PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisée
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SCM : Société Civile de Moyens
SCP : Société Civile Professionnelle
SROS : Schéma Régional de l'Offre de Soins
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
ZAP : Zonage d'Accompagnement Prioritaire
ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire
ZOC : Zones Opposables Conventionnelles
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale.

Table des matières

Remerciements	4
Abréviations	7
Table des matières	9
I - Introduction	11
II - Généralités	13
A - Evolution de l'exercice de la spécialité Médecine Générale Libérale	13
1. Formation initiale et reconnaissance universitaire	13
2. Champ de compétences	13
3. Données démographiques générales	14
4. Evolution des modes d'exercice	17
5. Evolution des paramètres socio-démographiques des médecins	17
B - Particularités socio-démographiques de la Charente.	19
1. Données socio-démographiques générales de la Charente	19
2. Données démographiques médicales en 2019.	22
III - Matériel et Méthodes	28
A - Objectifs de l'étude	28
B - Type d'étude	28
C - Echantillon	28
1. Critères d'inclusion	28
2. Critères d'exclusion	28
3. Recrutement	28
D - Le Questionnaire	29
1. Réalisation	29
2. Thèmes et mode de questionnement.	29
E - Recueil et analyse des résultats.	30

IV - Résultats	31
A - Répondants et Non répondants.	31
B - Analyse du questionnaire	32
1. Données personnelles et matrimoniales	32
2. Facteurs géographiques	35
3. Facteurs liés à la formation initiale	36
4. Facteurs liés aux modalités d'installation	37
5. Facteurs liés aux modalités d'exercice	41
6. Evaluation de l'importance des critères.	43
V - Discussion	46
A - Critiques de la méthodologie	46
B - Analyse des résultats	49
C - Le profil du jeune installé Charentais.	79
D - Perspectives d'avenir.	81
VI - Conclusion.	84
VII - Bibliographie	86
VIII - Annexes	92
Annexe 1 : Articles de presse	
Annexe 2 : Questionnaire	
IX - Serment d'Hippocrate	103
X - Résumé	104

I - Introduction

La Médecine Générale Ambulatoire vit une période décisive. En effet, à l'heure d'une crise démographique sans précédent faisant les gros titres de la presse locale (Annexe 1), régionale et nationale, l'exercice de la Médecine Générale est à l'aube d'une mutation aussi bien sur le fond que sur la forme de son exercice (1-2-3). Cet état, fruit d'une réflexion politique et professionnelle erronée depuis trente ans, a comme conséquence qu'il en incombe désormais aux praticiens d'aujourd'hui de faire face à la crise et d'y remédier.

Ainsi, si le fait de s'installer est plus simple depuis quelques années tant au niveau des conditions d'installation que du volume de travail potentiel, les conditions d'exercice ne cessent de se dégrader au profit d'une pression administrative croissante, d'une pression socio-politique importante tout en évoluant dans un schéma d'organisation des soins de plus en plus fragile.

Le praticien de Médecine Générale Ambulatoire, désigné comme le pivot de la prise en charge des patients en premier recours et dans le parcours de soins, se retrouve dans une situation sans précédent de pénurie médicale majeure (4). L'offre diminue drastiquement et la demande connaît de moins en moins de limites. Les praticiens actuellement en activité n'ont pas d'autre choix que de faire face à cet état de fait aux côtés des patients.

Si les prouesses médico-scientifiques sont quotidiennes, les attentes des patients le sont tout autant. Bien loin de la prouesse chirurgicale ou médicale, aujourd'hui, c'est dans le quotidien que les difficultés sont légion. Ainsi depuis quelques années, l'accès aux soins est une préoccupation au coeur du débat social et politique. Déjà en 2005, le rapport Berland (5) pointait du doigt les facteurs qui ont modifié cette offre de soins : *numerus clausus trop faible, diminution du temps de travail médical, vieillissement de la population, modification des comportements des jeunes générations, féminisation de la médecine ...*

Parallèlement, la sociologie des praticiens sortant de la faculté s'est modifiée. Les études de médecine sont longues et donc pour une grande partie des praticiens leur installation doit aussi répondre aux contingences d'une vie de famille avec tout ce que cela implique : travail du conjoint, garde et scolarisation des enfants ... Leur installation, tant en terme de conditions d'installation que

de conditions d'exercice, va donc être influencée par cet aspect de leur vie là où trente ans auparavant cette question se posait peu. Cette donnée complexifie donc le choix de l'endroit de l'installation à l'heure où les déserts médicaux grandissent. En effet, ces zones qui sont généralement des zones fragiles au niveau socio-économique, sont donc souvent peu attractives également pour le conjoint du praticien.

Les pouvoirs politiques n'ont eu comme réponse à cet état de fait que des mesures limitées. En effet, la liberté d'installation étant en France un des principes fondamentaux de l'exercice de la médecine, les pouvoirs publics n'ont eu d'autre choix que de proposer des aides ou des « mesures incitatives » à l'installation. Celles-ci, essentiellement financières, ont montré leurs limites assez rapidement. Et là, où l'on pensait qu'elles suffiraient, la réalité en est tout autre.(5-6-7-8-9-10).

C'est pourquoi, nous avons voulu étudier les facteurs décisionnels déterminants ayant conduit à des installations en Médecine Générale Ambulatoire en Charente depuis 2015. En essayant de comprendre pourquoi les praticiens s'installent dans ce territoire spécifique et quels sont réellement leurs critères décisionnels, on pourrait essayer d'adapter l'offre sur les territoires et rendre attractif des zones qui ne le sont pas actuellement et ainsi pallier aux grandes inégalités d'accès aux soins qui naissent de cette situation.

II - Généralités

A - Evolution de l'exercice de la spécialité Médecine Générale

Libérale.

1. Formation initiale et reconnaissance universitaire.

La spécialité Médecine Générale a une reconnaissance toute récente puisqu'elle date de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. La création en 1983 du Collège National des Généralistes Enseignants et celle du Diplôme d'Etudes Spécialisées en 2004 en sont les pierres angulaires.

Cependant, force est de constater que cet exercice a souffert et souffre encore aujourd'hui d'un statut un peu particulier (2-11). En effet, pendant longtemps, les étudiants qui faisaient de la médecine générale étaient les recalés ou collés du concours de l'internat qui donnait accès aux « spécialités d'organe ».

Ainsi, aux premières Epreuves Classantes Nationales de 2004 où le DES figurait pour la première fois, un tiers des postes de médecine générale n'ont pas été pourvus. De même, la médecine générale a eu une place particulière en faculté où l'enseignement en deuxième cycle était fait exclusivement par des « spécialistes d'organe » et parfois le fait d'échouer était apparenté à celui de faire de la médecine générale.

2. Champ de compétences.

Le médecin exerçant la Médecine Générale Libérale a un champ de compétences très vaste. En effet, si l'on s'en tient aux définitions reconnues le médecin généraliste de premier recours a plusieurs missions :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux;

- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient;
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins;
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycle des études médicales.

Ainsi, au moment où il y a de moins en moins de médecins généralistes de premier recours et où la pression administrative n'a jamais été aussi forte, il apparaît de plus en plus difficile de remplir toutes ces tâches dans un temps qui permette aux praticiens de pouvoir exercer et vivre dans de bonnes conditions afin d'avoir une qualité de vie optimale.

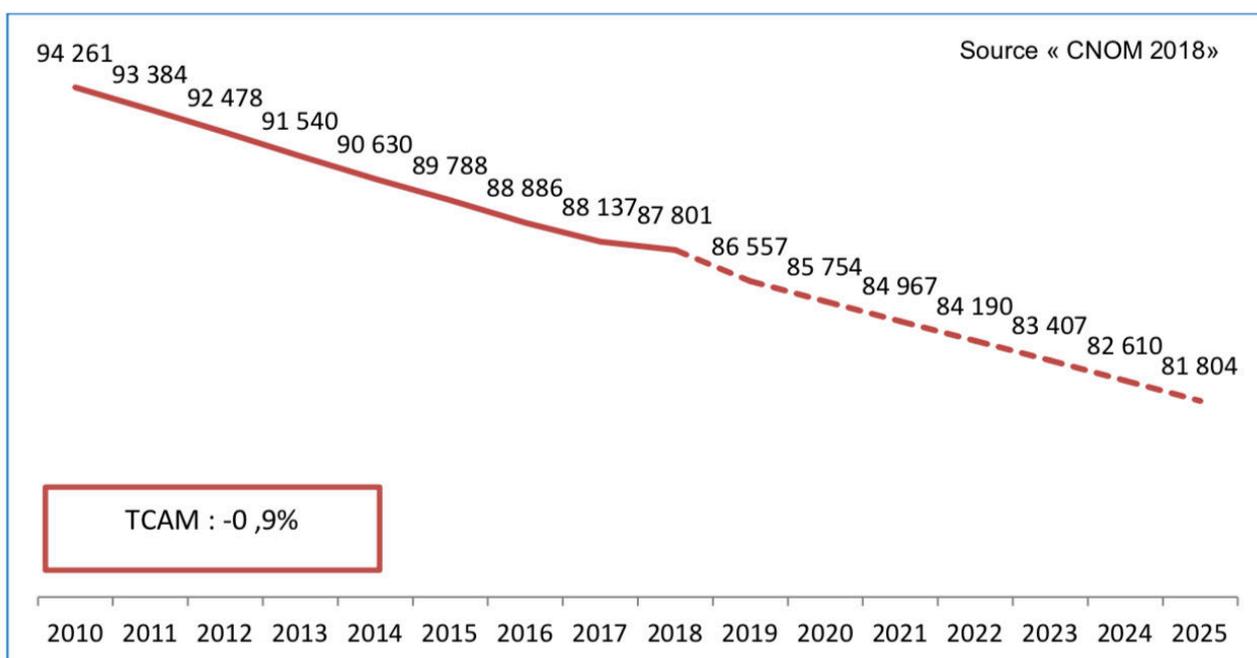
3. Données démographiques générales.

L'Atlas démographique 2018 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)(4), permet de dresser un constat simple : le nombre de médecins augmente mais la proportion de ceux qui exercent la médecine générale diminue et la répartition des professionnels évolue notamment avec l'émergence du salariat. Ainsi, au 1er Janvier 2018, on retrouve 296 755 médecins inscrits au tableau de l'Ordre dont 198 081 ayant une activité régulière. Les médecins généralistes sont 94 261 en 2010 et 87 801 en 2018, soit -7,3% depuis 2010.

De façon générale, le salariat tend à prendre une place majeure dans la répartition des modes d'exercice avec 47% de salariés en 2018 contre 42% en 2010. L'exercice libéral passe de 47 à 42% pour les mêmes années. Concernant la médecine générale, l'exercice salarié progresse de 33% en 2010 à 37% en 2018. Parmi les primo-inscrits, la proportion du salariat monte jusqu'à 83% toutes spécialités confondues.

L'effectif de médecins généralistes aux 1er janvier 2018 est de 87 801 praticiens. La figure 1 montre la projection des effectifs jusqu'en 2025. La valeur absolue du nombre de praticiens est à interpréter avec précaution car elle comptabilise aussi les médecins n'exerçant pas une activité régulière et aussi les retraités. Ainsi selon les données, celles-ci peuvent comptabiliser les médecins retraités et donc ne pas être un reflet de la réalité au quotidien.

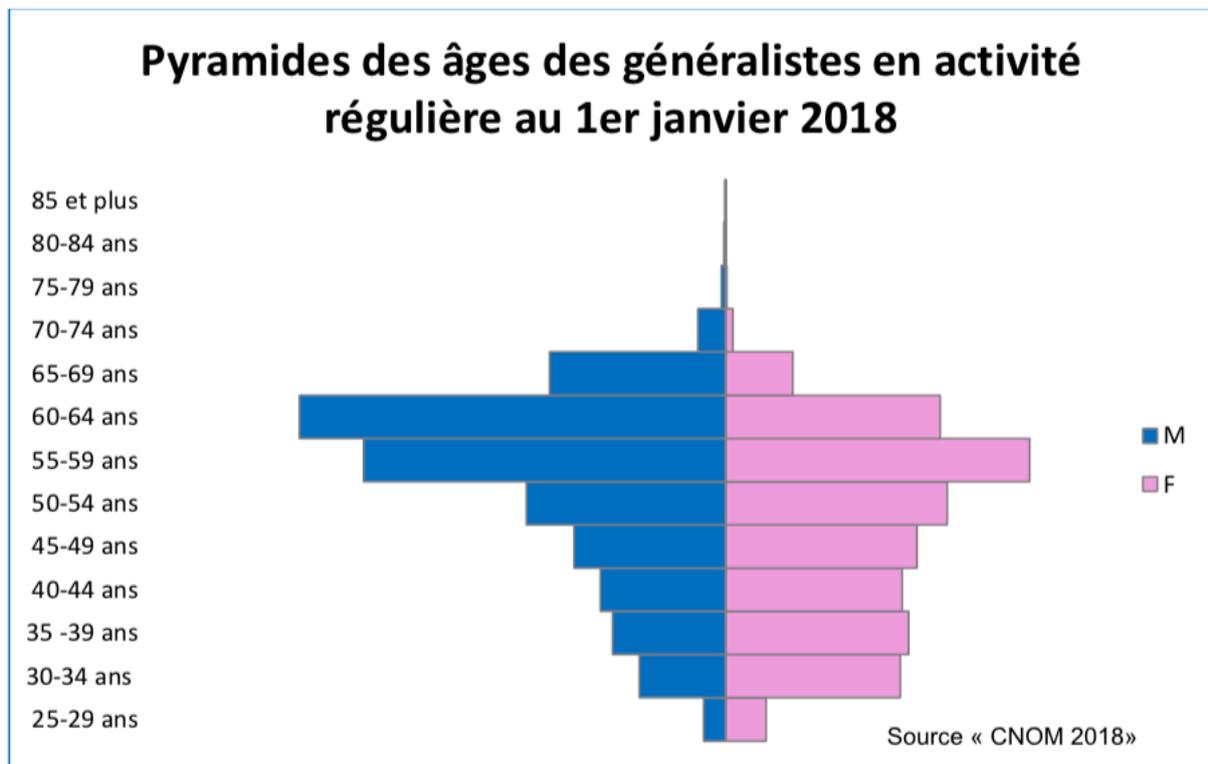
Figure 1 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025. CNOM 2019.



Parallèlement les effectifs de médecins spécialistes (hors MG) eux, augmentent de 0,5%.

Concernant l'âge des praticiens, la figure 2 montre les pyramides des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1er Janvier 2018 réparties par sexe. Celle-ci montre que l'essentiel de la profession est aujourd'hui représenté par les plus de 55 ans qui dans les dix prochaines années partiront à la retraite.

Figure 2 : pyramides des âges des généralistes en activité régulière au 1^{er} janvier 2018. Source CNOM 2018 Atlas de démographique médicale.



L'analyse de cette figure montre plusieurs choses :

- La féminisation de la médecine générale n'est pas un phénomène si récent que cela. Parmi les praticiens de moins de 55 ans, les femmes sont déjà majoritaires.
- Les dix prochaines années vont être marquées par un départ à la retraite massif et sans précédent que les praticiens en place ne pourront pas combler à effectifs constants (11). Il est donc vital pour l'exercice, s'il doit survivre, d'anticiper dès aujourd'hui cette crise en rendant la pratique attractive. L'émergence du salariat va probablement y concourir. Là où l'exercice libéral ne fait que gagner en lourdeur administrative et en éloignement du soin, le salariat va pouvoir satisfaire les praticiens en les déchargeant de ces contraintes tout en satisfaisant la demande de soins croissante de la population sans que celle-ci ne soit visée par aucune mesure.

La même figure, avec la répartition selon les différents modes d'exercices, aurait été très intéressante de manière à se rendre compte, par catégories d'âge et de sexe de la répartition des praticiens entre salariat hospitalier, non hospitalier et milieu libéral.

Les données démographiques sont simples, les installations ne compensent pas les départs à la retraite. Ainsi, « l'index de renouvellement générationnel » (rapport des médecins de moins de 40 ans sur les médecins de plus de 60 ans) est à 0,85 pour les médecins généralistes.

4. Evolution des modes d'exercice.

L'exercice libéral de la médecine générale a été pendant longtemps le principal mode d'exercice de celle-ci. Depuis vingt ans, cette tendance s'inverse avec le salariat. De même que la durée moyenne de remplacement augmente régulièrement. Il en découle logiquement une baisse du nombre de praticiens installés et s'installant à l'heure où les départs à la retraite s'annoncent nombreux et dépassant les prévisions d'installation.

Par ailleurs, l'exercice groupé est aussi une évolution positive du mode de travail, avec globalement une meilleure qualité de vie ressentie par les praticiens. Cependant, encore aujourd'hui l'exercice isolé ou solitaire est très fréquent, notamment dans les zones déficitaires qui vont être de facto les plus compliquées à repeupler compte tenu des aspirations des jeunes générations à exercer à plusieurs.

5. Evolution des paramètres socio-démographiques des médecins

- **Durée de remplacement** : L'âge moyen d'installation varie de 35 à 37 ans selon les sources, il était de 30 ans dans les années 1990. (10) (11). Cette période s'est allongée compte tenu des contingences des praticiens. En effet, les facteurs influençant l'installation ont évolué avec le temps. Donc, le temps nécessaire pour savoir si l'installation permettra un bon équilibre entre vie privée et vie professionnelle est plus long.
- **Travail de groupe** : de nombreux travaux montrent (3-8-9-13-14) que l'exercice de groupe est plébiscité par les jeunes praticiens.
- **Féminisation** : En 2018, les études et la profession se féminisent à grand pas. Les femmes représentent 48,2% des médecins généralistes en activité régulière VS 39,2 en 2010 (11). Ces professionnelles ont un profil d'activité différente avec selon les études 34% d'actes en moins

que les hommes. Cet état de fait diminue le temps médical disponible. Mais cette tendance à réduire son activité n'est pas spécifique aux femmes.

- Equilibre vie professionnelle / vie personnelle et concept de qualité de vie :

Les 15 dernières années ont vu émerger le concept de « qualité de vie » pour les médecins. La thèse de Marc THIEBAUT faite en 2003 (15) est toujours applicable aujourd'hui et riche d'enseignements. Si la définition de la qualité de vie est difficile à énoncer tant celle-ci est subjective et multi-factorielle, il est évident qu'elle est de plus en plus importante aux yeux des jeunes praticiens cherchant à équilibrer leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Selon les indicateurs choisis dans cette étude le constat est simple : la qualité de vie est inversement proportionnelle au temps de travail ainsi qu'au poids des charges administratives et de gestion. Les solutions avancées par ce travail sont de deux ordres :

- décisions à prendre par le praticien pour optimiser son activité (secrétariat , lutte contre le temps perdu) et diminuer son chiffre d'affaire (diminution de temps de travail).

- décisions politiques : modification des pratiques et aides diverses aux praticiens (diminution et simplification des charges administratives, aide humaine ...)

La diminution du temps de travail des médecins va avec une diminution des scores d'épuisement professionnel.

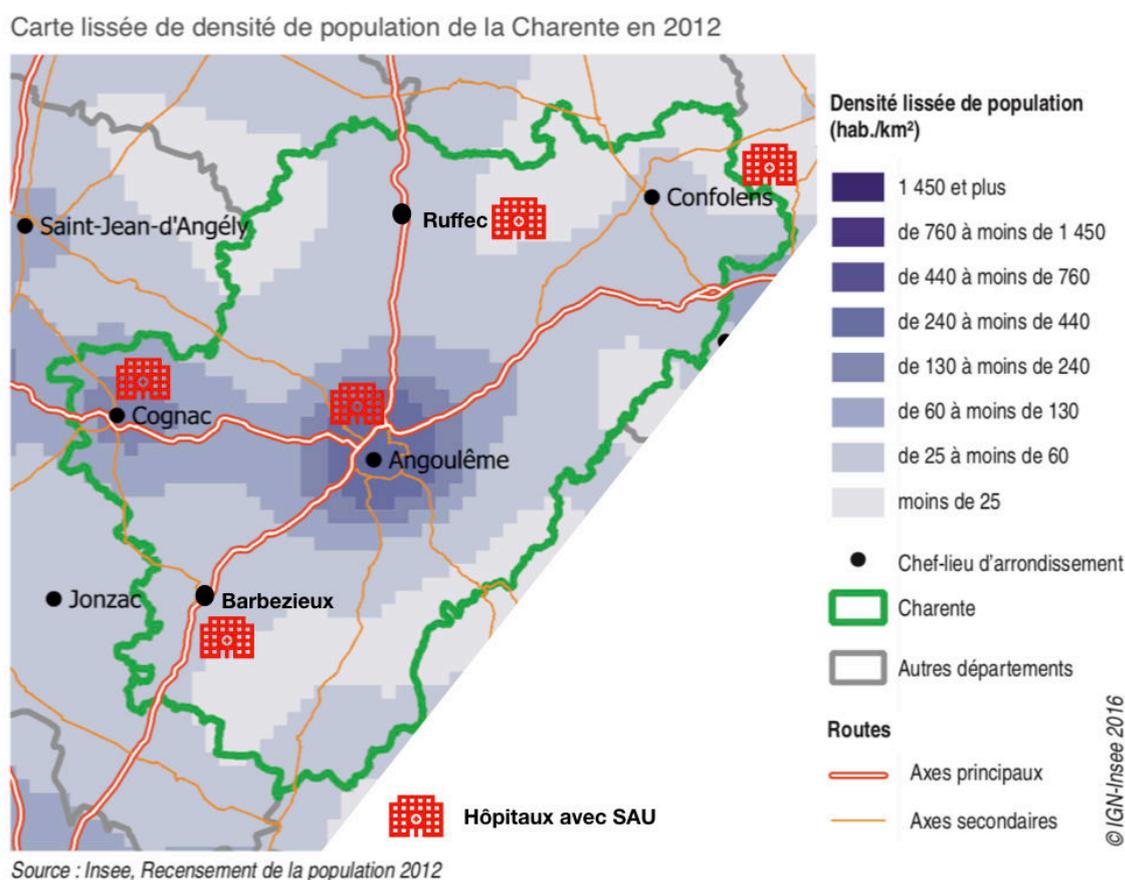
B - Particularités socio-démographiques de la Charente

1. Données socio-démographiques générales de la Charente

Selon les dernières données officielles disponibles (16), la Charente compte 354 600 habitants et représente 6% de la population de la région Nouvelle Aquitaine. C'est le quatrième département français le moins peuplé. La densité de population est plus faible que la moyenne avec 59 Hab/km².

68,8% des Charentais vivent dans une aire urbaine contre 77,3% en Nouvelle-Aquitaine.

Fig 3 : Densité de population en Charente en 2016 et principaux centres hospitaliers. IGN modifiée.



Le deux seuls bassins urbains ou aires urbaines au sens de l'INSEE sont le bassin de vie de Cognac et d'Angoulême.

Les secteurs semi-ruraux sont donc des villes moyennes réparties sur les axes routiers en dehors de ces deux autres urbaines. Ainsi on retrouvera :

- Au nord : Aigre, Mansle, Ruffec, Confolens
- A l'est : La Rochefoucauld, Montbron, Chasseneuil sur bonnieure,
- Au sud : Chateauneuf, Barbezieux, Segonzac, Montmoreau, Vars
- A l'ouest : Rouillac

Le reste du département est donc considéré comme rural. Ces espaces correspondent aux espaces entre les grands axes de circulation et entre les aires peuplées.

La moyenne d'âge est de 44 ans, soit un peu plus que la moyenne régionale à 42,9 ans. La part des moins de 20 ans représente 21,4% et celle des plus de 60 ans 30,6% de la population. L'indice de fécondité est le 3ème plus élevé de la région.

Les ménages charentais sont plus souvent propriétaires de leur résidence principale que dans la région et donc la part de locataire y compris de logement HLM est plus faible.

Concernant l'emploi, les plus gros pourvoyeurs d'emplois sont :

- L'industrie :

Equipementiers électriques (NIDEC / Leroy Somer et Schneider Electric..)

Industrie du bois et du papier

Industries des produits minéraux (Terreal)

Armement : Naval groupe

- L'Agro-alimentaire :

Fabrication d'eaux-de-vie de Cognac et de pineau

- Le tertiaire marchand et non marchand : principal employeur du département

Tertiaire marchand : 37,2% des salariés

Tertiaire non marchand : 34,1% des salariés

Enseignement

Action sociale

Administration publique

Secteur de la santé

La Charente affiche le 3ème taux de chômage le plus élevé des douze départements de la grande région, avec notamment, la population des moins de 25 ans qui est la plus touchée.

En 2012, 58,9% des foyers fiscaux sont imposables. En 2012, 14,8% des Charentais sont considérés comme pauvres ce qui place la Charente en 5° position sur la région; Le taux de pauvreté atteint 24,5% chez les moins de 30 ans. En 2014, 6,9% de la population est bénéficiaire de la Couverture Médicale Universelle (CMU).

Concernant les infrastructures de soins :

En Charente on retrouve 5 centres hospitaliers avec service d'urgence : Angoulême, Ruffec, Confolens, Cognac, Barbezieux. Cette répartition s'explique par l'existence des grands axes routiers.

Par ailleurs, il existe deux hôpitaux locaux orientés médecine polyvalente SSR et soins palliatifs , les hôpitaux de La Rochefoucauld et de Châteauneuf sur Charente.

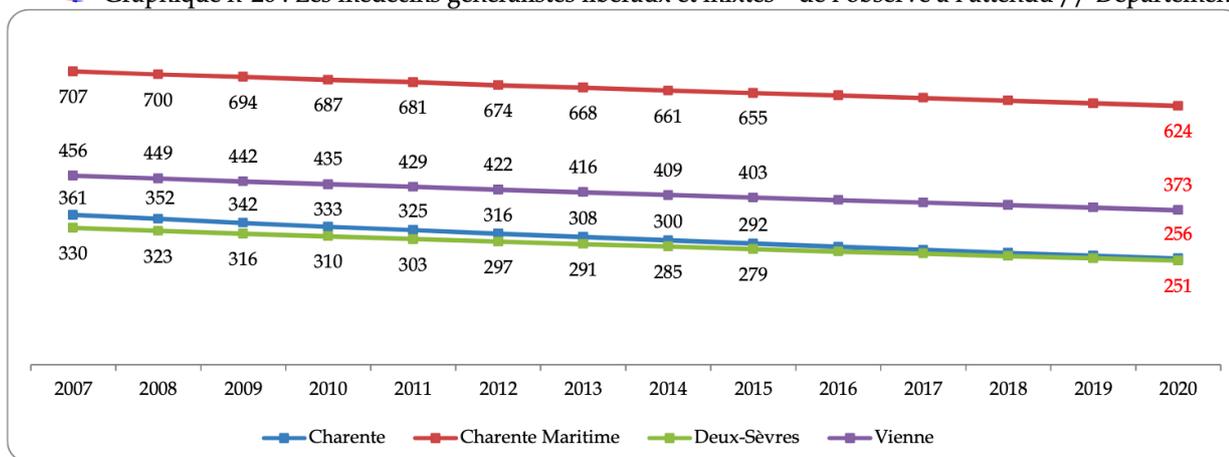
Il y a un hôpital psychiatrique avec une unité centrale proche de l'hôpital d'Angoulême et des antennes territoriales réparties sur le département.

2. Données démographiques médicales de la Charente en 2019

Les dernières données démographiques à l'échelle de l'ancienne région datent de 2015 (16). Durant la période 2007-2015, la Charente enregistre une baisse des effectifs de l'ordre de -8,1% (fig 5) . Les projections à l'époque sur la période 2015-2020 estimaient une perte de -5,1% (447 Vs 419) comme le montre la figure 4.

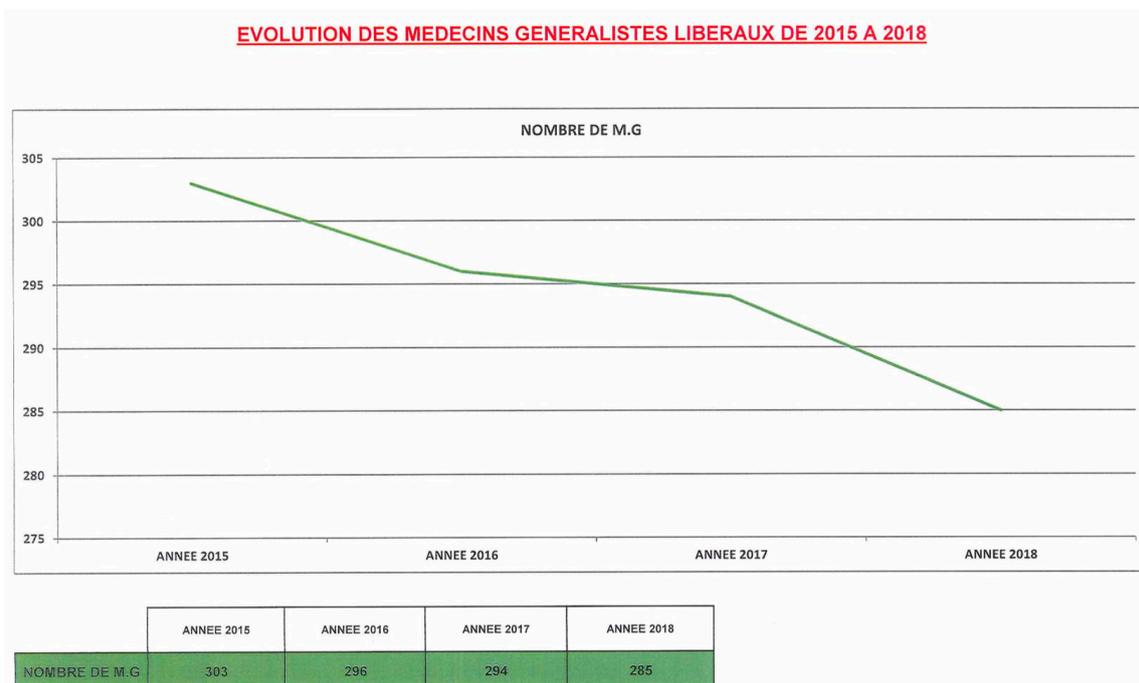
Figure 4 : Effectifs des médecins généralistes libéraux et mixtes 2007 - 2015 et projection (la démographie médicale en région Poitou-Charentes la situation en 2015)

Graphique n°26 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Département



*Hors région = 65 médecins

Figure 5 : Evolution du nombre des médecins généralistes par année de 2015 à 2018 en Charente. CDOM 16 2019.



Les données les plus récentes, fournies par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Charente (CDOM 16), rapportent une perte de 5,9% de praticiens sur la période 2015 - 2018.

Si l'on s'intéresse à la répartition des médecins généralistes dans le département, les figures 6 et 7 nous montrent que seulement 56% des praticiens de médecine générale exercent la médecine générale libérale soit 271 praticiens sur le département, sans prévaloir de leur activité (mixte, autre mode d'exercice ...).

Fig 6 : Répartition des médecins généralistes inscrits au tableau en Charente au 19/02/19. CDOM

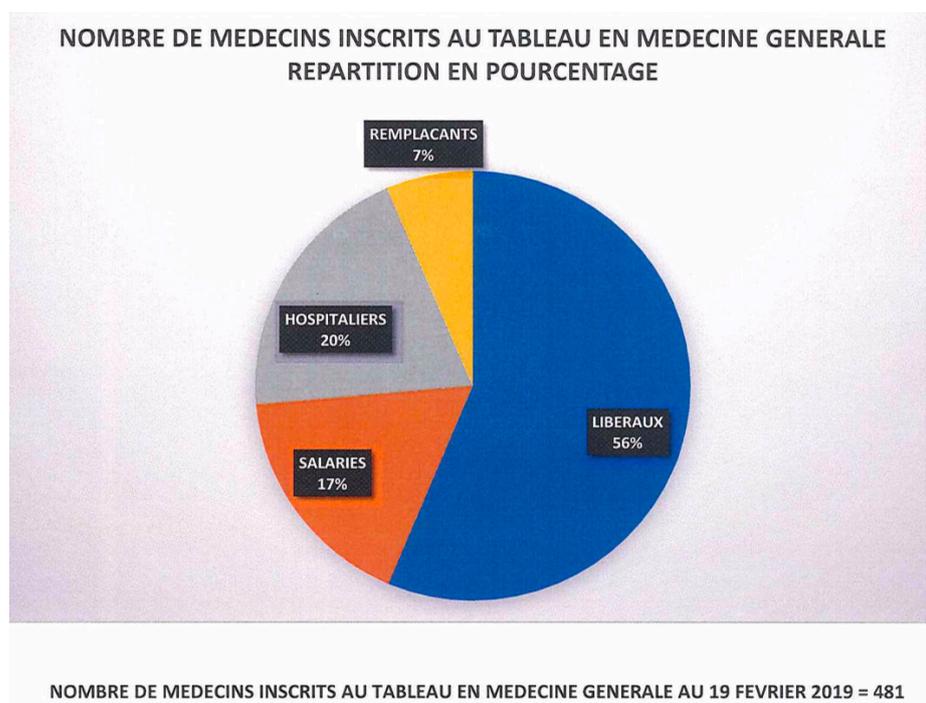
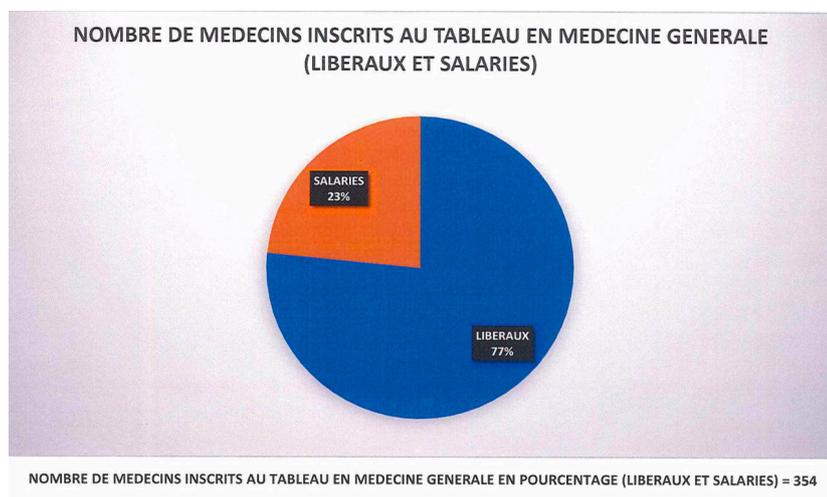


Fig 7 : Répartition des médecins généralistes inscrits au tableau en Charente au 19/02/19, hors remplaçants et salariés hospitaliers. CDOM



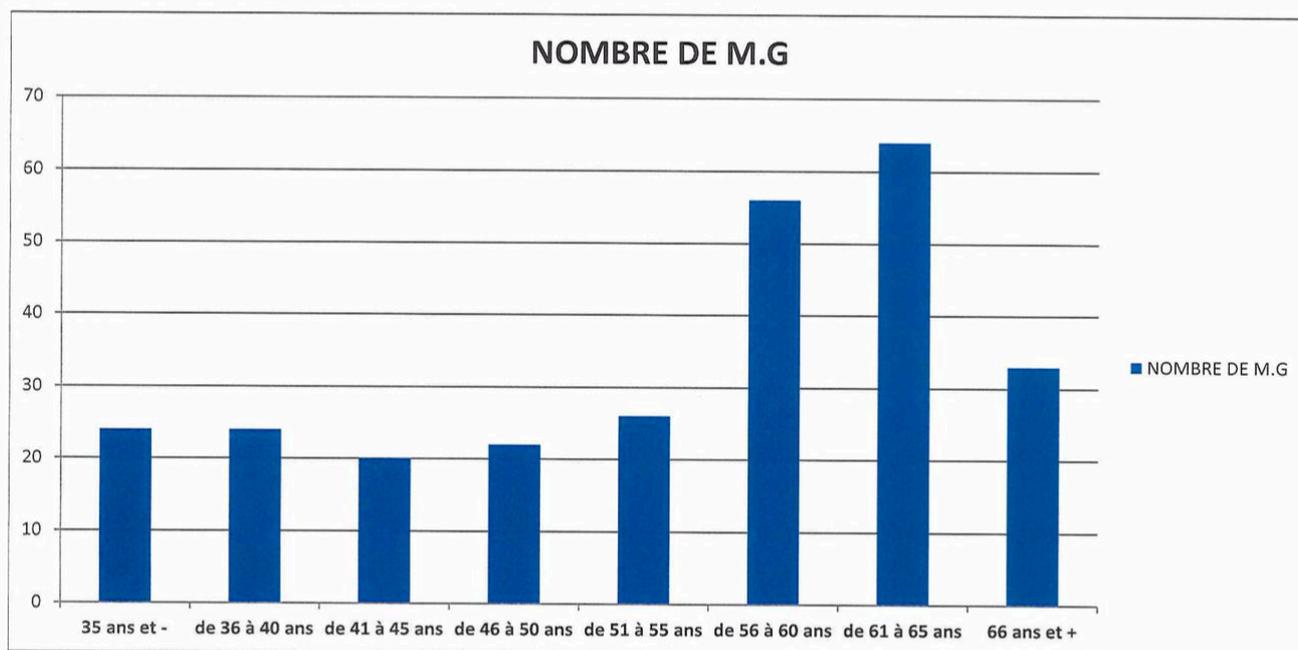
Quant à l'âge des praticiens, les figures 8 et 9 nous montrent que comme à l'échelle nationale, les plus de 55 ans représentent une écrasante majorité de l'effectif médical.

En moyenne, les hommes sont pour l'instant plus nombreux représentant 64% des effectifs avec un âge moyen de 55 ans alors que chez les femmes l'âge moyen est de 49 ans.

En 2015, 30% des généralistes libéraux ont plus de 60 ans et 12% ont moins de 40 ans.

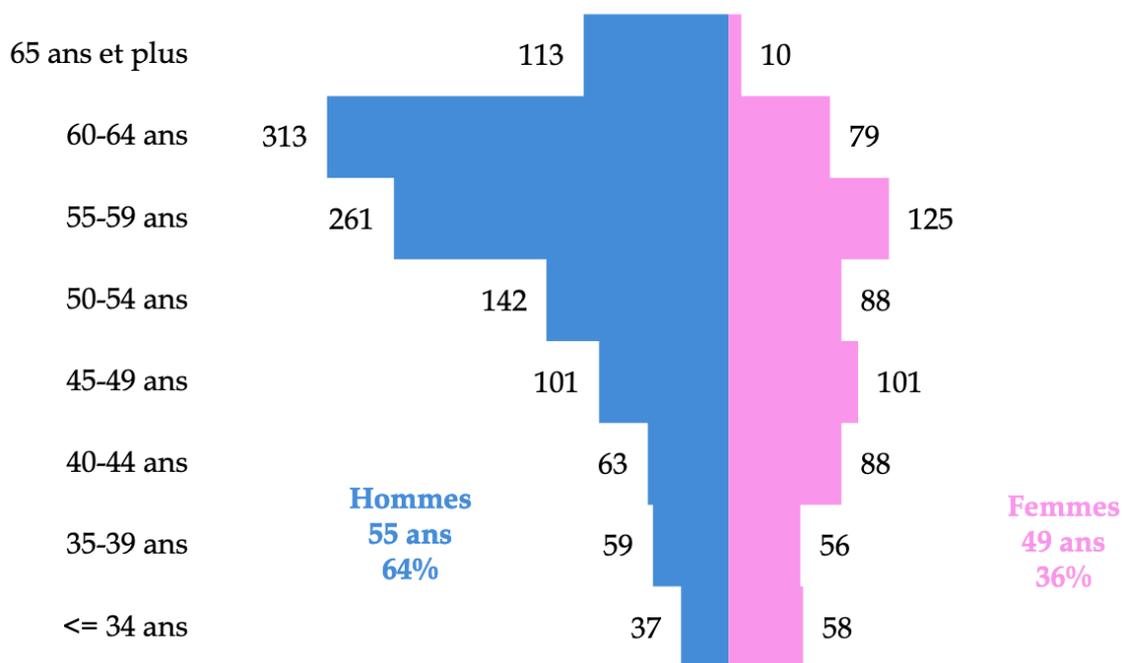
En accord avec les données récentes (4), la féminisation progressive de la médecine se traduit par la présence parmi les moins de 40 ans de 54% sont des femmes.

Figure 8 : Répartition des médecins généralistes par âge en Charente en 2019. CDOM



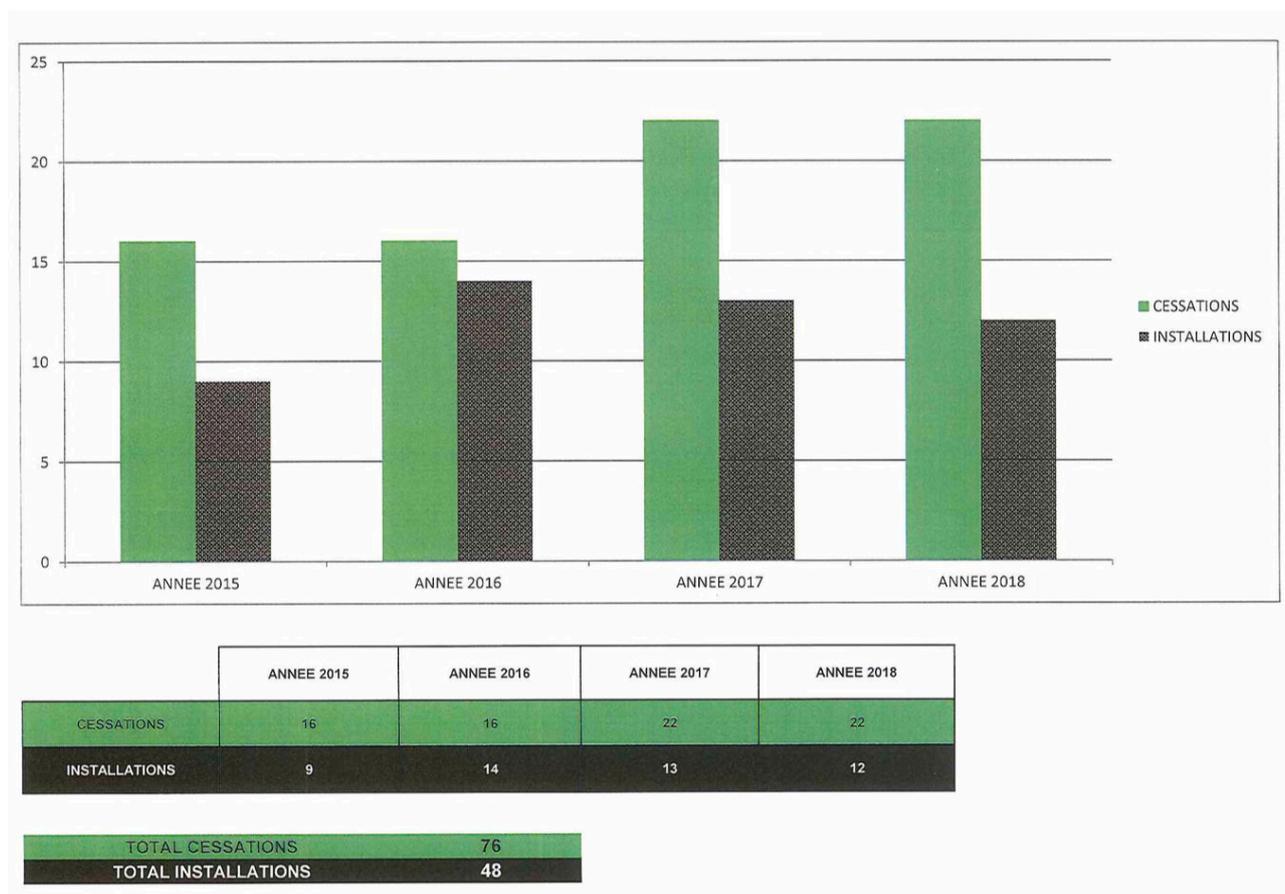
	35 ans et -	de 36 à 40 ans	de 41 à 45 ans	de 46 à 50 ans	de 51 à 55 ans	de 56 à 60 ans	de 61 à 65 ans	66 ans et +
NOMBRE DE M.G.	24	24	20	22	26	56	64	33

Figure 9 : Pyramides des âges - région Poitou-Charentes 2015. CNOM (15)



Si l'on s'intéresse à la dynamique des installations et départs à la retraite comme montre la figure 10, on remarque rapidement que les installations ne compensent pas les départs à la retraite avec sur la Charente un effectif négatif sur la période donnée entre 2015 et 2018 avec une perte de 28 praticiens en nombre absolu.

Fig 10 : Cessations et installations des médecins généralistes libéraux de 2015 à 2018 en Charente. CDOM.



L'état des lieux est donc relativement simple en Charente :

- un département globalement peu attractif
- une population globalement stable
- décroissance continue de la démographie médicale en médecine générale au profit du

salariat.

C'est dans l'optique de favoriser l'installation sur le département en médecine générale ambulatoire que l'idée de cette étude est née. D'où, l'objectif principal de cette étude qui, au regard des données de démographie, a pour objectif d'évaluer l'importance des facteurs décisionnels dans le choix d'une installation en médecine générale ambulatoire en Charente entre 2015 et 2018.

III - Matériel et méthodes

A - Objectifs de l'étude

Nous avons voulu mettre en évidence les principaux facteurs déterminants à l'installation des praticiens de médecine générale ambulatoire en Charente entre 2015 et 2018.

L'objectif principal de cette étude est de dégager les principaux critères déterminants dans le choix d'installation en médecine générale libérale pour ces praticiens.

L'objectif secondaire est de déterminer comment leur compréhension peut faciliter l'installation de nouveaux praticiens au moment où la démographique médicale en médecine générale est en crise en Charente.

B - Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive qualitative réalisée auprès de 35 médecins généralistes installés en médecine générale ambulatoire en Charente depuis 2015, sous la forme d'un questionnaire anonyme envoyé par mail.

C - Echantillon

1 - Critères d'inclusion

- tous les médecins généralistes exerçant la médecine générale de premier recours
- primo-installants ou non
- inscrits au Conseil de l'Ordre de Charente et s'étant installés après le 1er janvier 2015
- en Charente
- en tant qu'associé / collaborateur / adjoint
- ayant un exercice libéral exclusif ou mixte

2 - Critère d'exclusion

- activité salariée exclusive

3 - Recrutement

Je me suis adressé au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Charente qui a recensé les praticiens remplissant les critères d'inclusion et je leur ai fait parvenir le lien pour le questionnaire en ligne. Les données étant confidentielles, je n'ai pu connaître que l'effectif de l'échantillon et la répartition en fonction de l'âge sans connaître l'identité des praticiens.

D - Le questionnaire : (Annexe 2)

1 - Réalisation

Pour des raisons pratiques, celui-ci a été réalisé à l'aide de l'application en ligne google-documents® afin de permettre une diffusion rapide et efficace et des relances aisées. Celui-ci a été élaboré à partir des données issues de la bibliographie et de mes réflexions personnelles. Après, plusieurs relectures par des médecins et non-médecins, un pré-test du questionnaire a été réalisé avant sa diffusion auprès de 4 médecins généralistes ou non ce qui a permis la reformulation de plusieurs questions et modes de questionnement (type de question, choix multiples ou menus déroulants..) et de déterminer une durée variant entre 15 et 20 minutes.

Après sa rédaction et sa correction il a été relu et corrigé par quatre praticiens en médecine générale, deux praticiens hors médecine générale et quatre personnes n'ayant aucune connaissance de l'exercice de la médecine générale.

2 - Thèmes et mode de questionnement

L'objectif étant de comprendre pourquoi les praticiens ont fait le choix de s'installer en Charente, le questionnaire est organisé de façon « chronologique », il est composé de 6 parties :

- La première partie concerne les données personnelles générales des praticiens : Qui sont-ils ? Age, sexe, date de thèse, date d'installation, situation maritale et familiale.

- La deuxième partie permet de recueillir les facteurs géographiques personnels déterminants : origine du praticien et de son conjoint, origine de la famille du praticien.

- La troisième partie concerne les facteurs liés à la formation initiale des praticiens : faculté de formation, lieu de l'internat, lieu de réalisation des stages ...

- La quatrième partie concerne les facteurs liés aux modalités de l'installation des praticiens : conditions d'association, d'investissement initial ...

- La cinquième partie concerne les facteurs liés aux modalités d'exercice une fois installé : modalités de planning et d'exercice ...

- La sixième et dernière partie a pour objectif de savoir quels facteurs cités dans les parties précédentes peuvent être considérés comme décisifs, importants, peu importants ou n'étant pas intervenus dans la décision de s'installer pour les praticiens.

E - Recueil et analyse des résultats

Compte tenu du mode de recrutement, le questionnaire a été envoyé le 15 Mars 2019.

Des relances ont été effectuées le 22 Mars et le 29 Mars 2019 .

La fin de l'étude a été fixée au 2 Avril 2019.

Les réponses ont été recueillies grâce à l'application GoogleDocuments ®.

Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Numbers® après avoir étudié tous les questionnaires de manière individuelle, l'analyse globale effectuée par le logiciel en ligne n'étant pas adapté à l'étude des données.

IV - Résultats

A - Répondants / Non répondants

35 questionnaires ont été envoyés, 19 réponses exploitables soit 54%, mais nécessitant un travail d'analyse en sous-groupe compte tenu des disparités de profil.

J'ai décidé d'analyser les résultats selon deux sous-groupes :

- les moins de 35 ans
- les plus de 35 ans.

En effet, les plus de 35 ans inclus dans cette étude n'ont pas eu les mêmes conditions de formation initiale, d'installation et d'exercice que les moins de 35 ans et cela modifie les réponses apportées.

Dans le sous-groupe moins de 35 ans : 10 femmes et 4 hommes ont répondu soit 70% de la population des praticiens de moins de 35 ans.

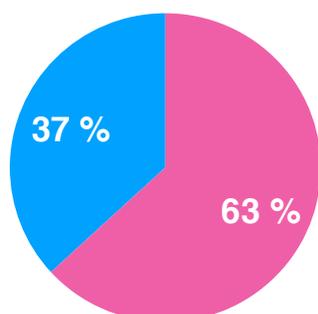
Dans le sous-groupe plus de 35 ans : 3 femmes et 2 hommes ont répondu soit 30% de la population des praticiens de plus de 35 ans.

B - Analyse du Questionnaire

I - Données personnelles et matrimoniales

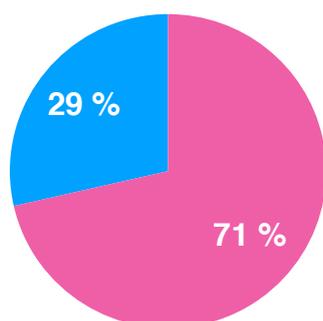
a. Sexe des praticiens répondants.

Figure 11 - Sexe des 19 praticiens



Sur les 19 répondants 37% d'hommes et 63% de femmes.

Figure 12 - Sexe des praticiens de moins de 35 ans



Chez les moins de 35 ans, 71% des praticiens sont des femmes.

b. Répartition selon âge de l'échantillon.

Sur les 19 réponses :

- 6 hommes sur 14 ont répondu (5 hommes de plus de 45 ans et 2 de 30 à 35 ans n'ont pas répondu) ;
- 13 femmes sur 21 ont répondu (4 femmes de 30 à 35 ans et 4 de 36 à 45 ans n'ont pas répondu).

Sur l'effectif des moins de 30 ans, les trois praticiens concernés ont répondu. Sur les 30/35 ans 11 réponses sur 17 soit 64,7% de réponses. Sur les plus de 36, ans 5 répondants sur les 15 concernés soit 33,3%.

Fig 13 - Répartition des répondants par sexe et âge

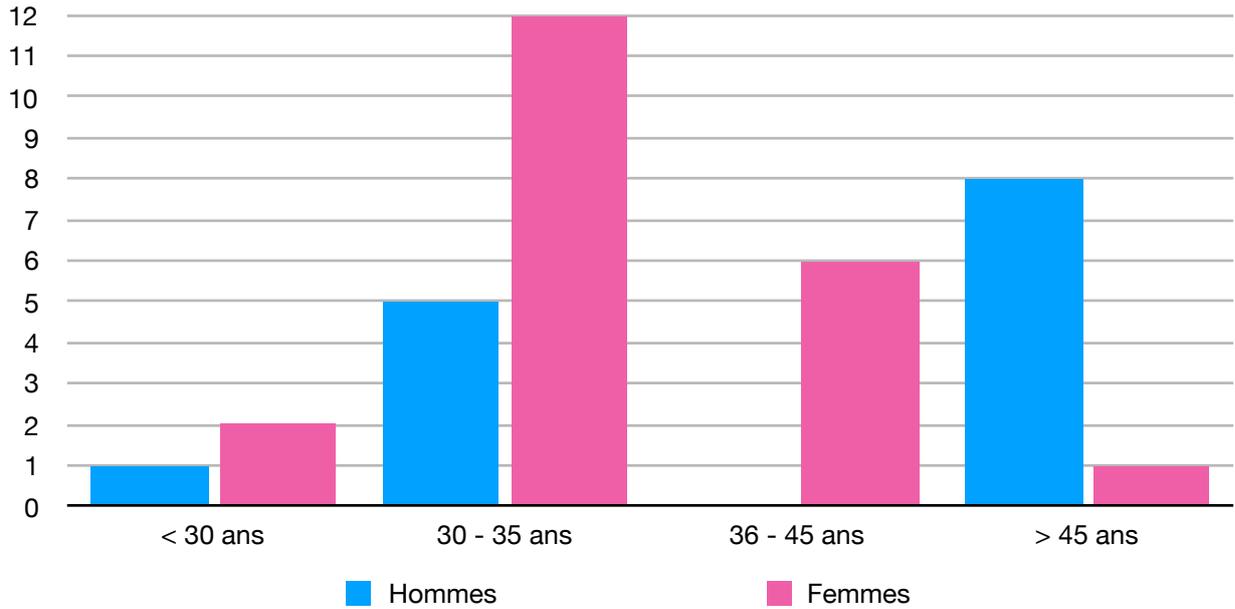


Fig 14 - Répartition Répondants / Non répondants chez les femmes

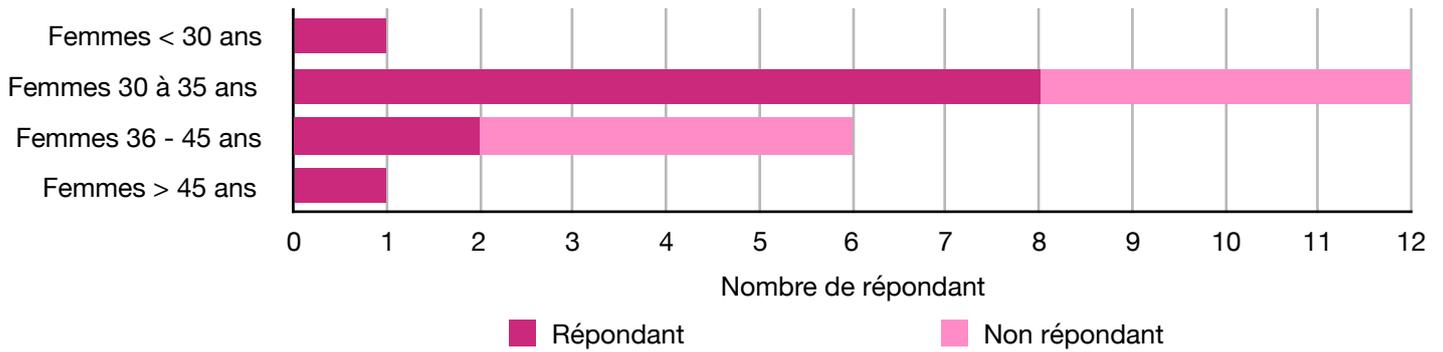
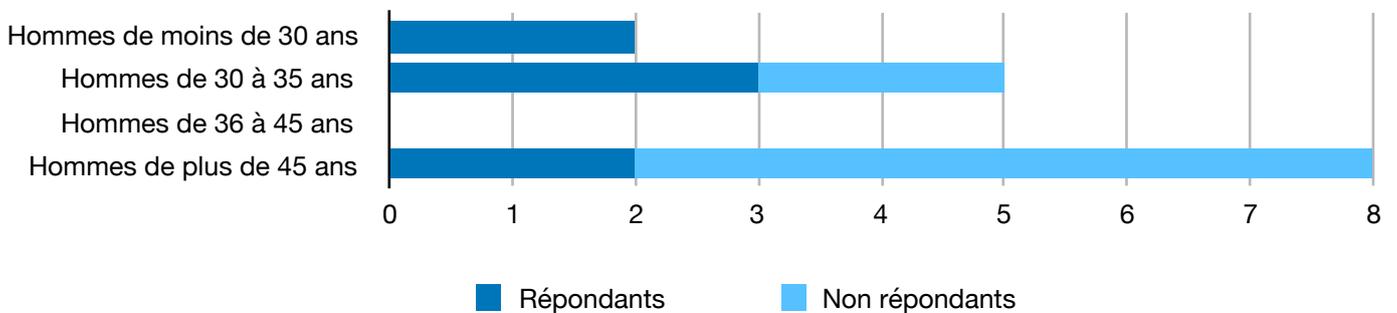


Fig 15 - Répartition Répondants / Non répondants chez les hommes



c. Situation familiale

- Présence d'un conjoint au moment de l'installation.

95% des répondants ont un conjoint au moment de leur installation.

100% des moins de 35 ans ont un conjoint.

Tous les conjoints ont une profession au moment de l'installation qu'elle soit dans le milieu médical, paramédical ou salarié.

Pour 58% des répondants, la profession du conjoint a été déterminante pour le choix de la Charente.

Pour 37%, celle-ci a été déterminante dans le choix de la localisation de l'installation.

- Présence d'enfants

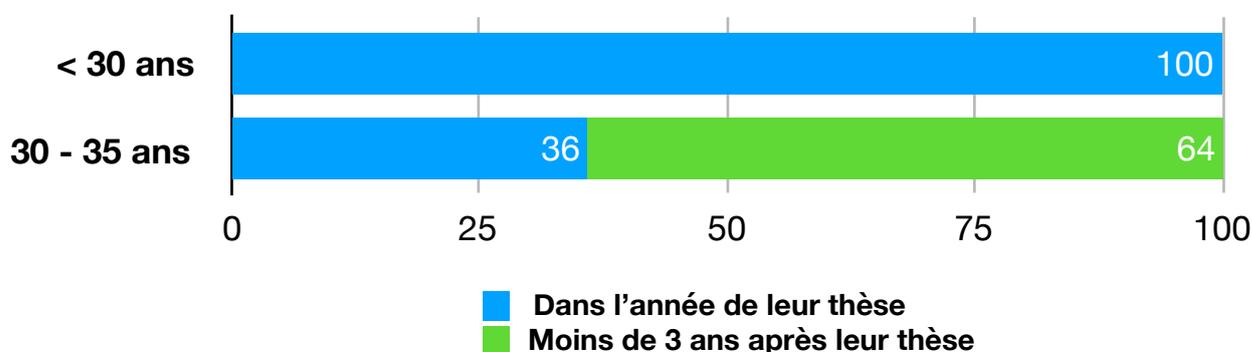
63% des répondants avaient un ou plusieurs enfants au moment de l'installation et pour 50% de ceux-là les modalités de garde ou scolarisation ont été déterminante pour le choix du lieu d'installation.

d. Le délai d'installation

100% des moins de 35 ans se sont installés en moins de 5 ans après leur thèse alors que le délai habituel est de 7 ans.

Pour les plus de 35 ans, quatre d'entre eux se sont installés plusieurs fois et la dernière a eu une activité de médecin militaire avant son installation en libéral.

Fig 16 - Le délai d'installation chez les moins de 35 ans



e. Importance de la vie de famille

Pour 79% des répondants, la vie de famille était un facteur décisionnel important.

2 - Facteurs géographiques

a. Origines géographiques des praticiens, de leur conjoint et de leurs familles.

37% des praticiens répondants sont originaires de Poitou-Charentes, dont 57% originaires de Charente.

26% des conjoints sont originaires de Charente.

La présence de la famille du praticien et/ou du conjoint est recherchée notamment pour la proximité mais aussi pour faciliter la gestion des enfants.

- 21% des familles des praticiens sont originaires de Charente.
- 32% des familles des conjoints sont originaires de Charente.

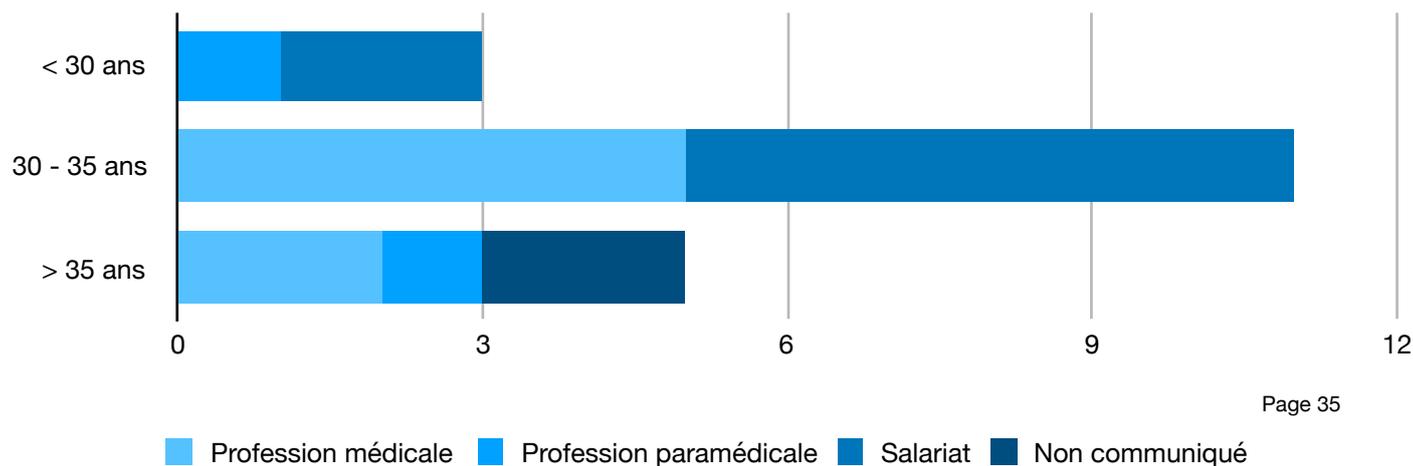
Pour les praticiens originaires d'autres régions, la situation géographique de la Charente sur les grands axes a été déterminante pour 2 familles.

b. Impact de la profession des conjoints sur la décision.

47% des conjoints ont eu une opportunité professionnelle en Charente.

Dans 32% des cas, la profession du conjoint a été déterminante dans le choix de la Charente.

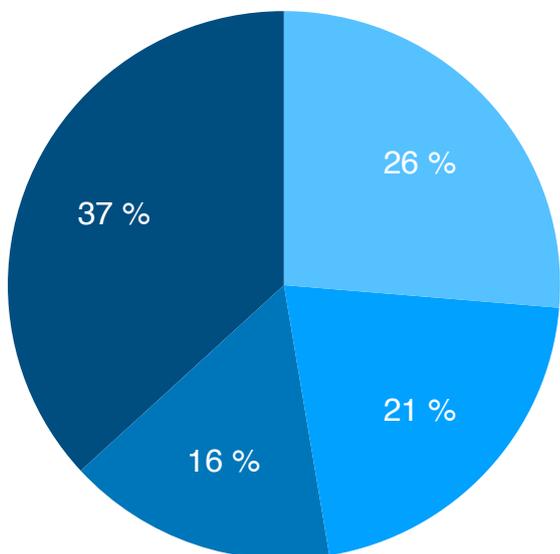
Fig 17 - Profession des conjoints



3 - Facteurs liés à la formation initiale

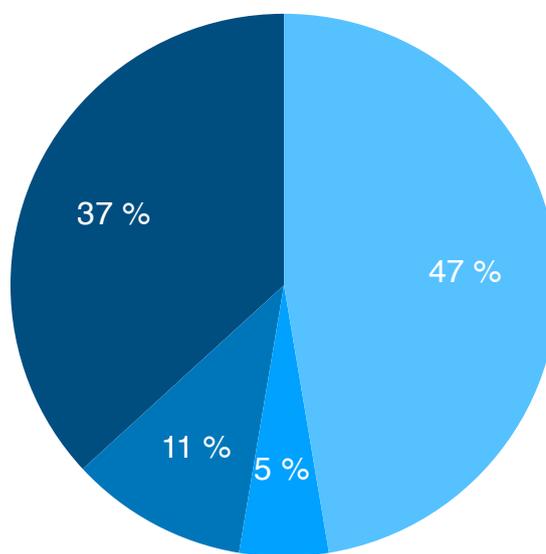
a. Faculté de formation

Fig 18 - Faculté de formation Externat



● Poitiers ● Limoges ● Bordeaux ● Autre

Fig 19 - Faculté de formation Internat



● Poitiers ● Limoges ● Bordeaux ● Autre

Un peu plus d'un tiers des praticiens ont été formé hors de Nouvelle-Aquitaine.

Seulement un quart a fait son externat en Poitou-Charentes

Quasiment la moitié des praticiens ont réalisé leur internat en Poitou-Charentes.

b. Influence des stages et du tuteur pendant la formation initiale.

Les modalités de formation de médecine générale ont bien heureusement évolué avec notamment depuis 2004, la création du DES. Les stages de médecine générale ont aussi été créés à ce moment là. Donc les praticiens formés avant cette date n'ont pas réalisé de stage en médecine générale. De ce fait, les 5 praticiens de plus de 35 ans n'ont pas fait de stage en médecine générale et n'ont pas eu de tuteur, cela étant une des raisons de l'intérêt de l'analyse en sous-groupe.

- 64% des praticiens ont réalisé soit leur stage de niveau 1 ou leur SASPAS en Charente.
- 42% se sont installés sur leur lieu de stage.
- 65% des praticiens se sont installés avec un ou plusieurs maitres de stage des universités.

Concernant le tutorat, 50% des praticiens ont eu leur tuteur en Charente et seulement 1 d'entre eux s'est installé avec lui.

c. Influence des remplacements sur l'installation.

100% des moins de 35 ans ont remplacé en Charente avant leur installation.

80% des plus de 35 ans n'ont pas remplacé en Charente.

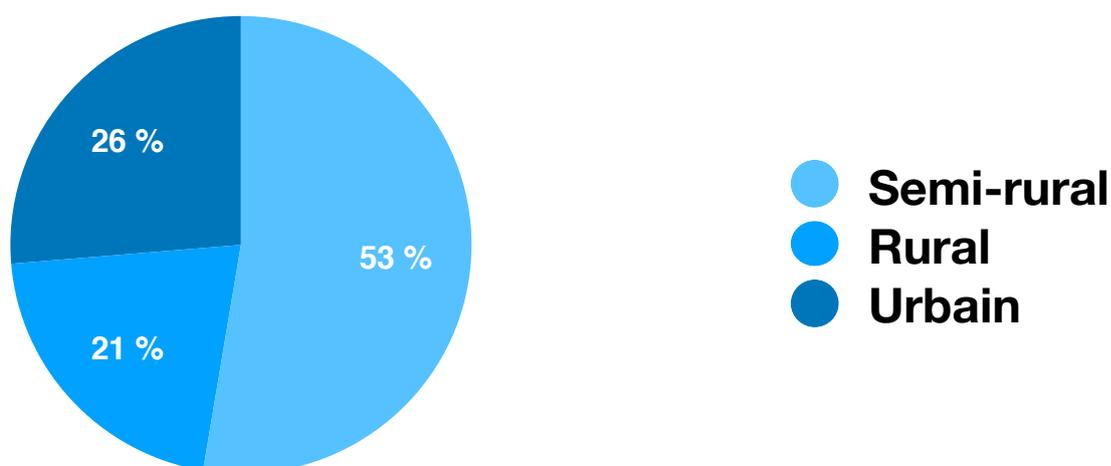
Tous les praticiens de moins de 35 ans ont remplacé en dehors de leurs lieux de stages.

79% des moins de 35 ans et du total des praticiens se sont installés sur un des lieux de leur remplacement.

4 - Facteurs liés aux modalités d'installation

a. Lieu d'installation

Fig 20. Milieu d'installation des praticiens



Pour cette étude nous avons déterminé les milieux d'installation de manière consensuelle, leur définition sera débattue dans la discussion.

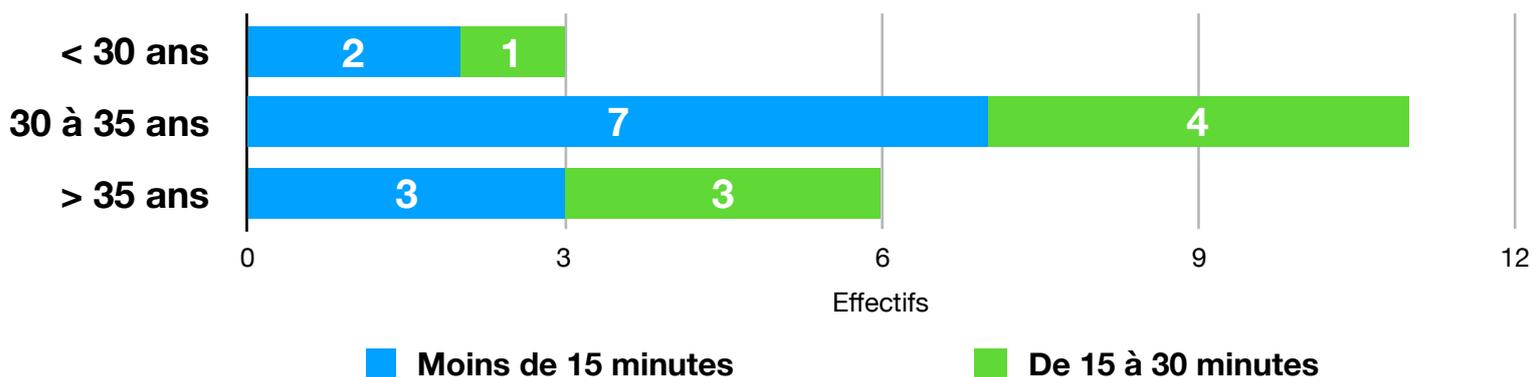
Milieu Urbain : ville de plus de 5000 habitants

Milieu Rural : ville de moins de 2000 habitants

Milieu Semi-rural : ville de 2000 à 4999 habitants

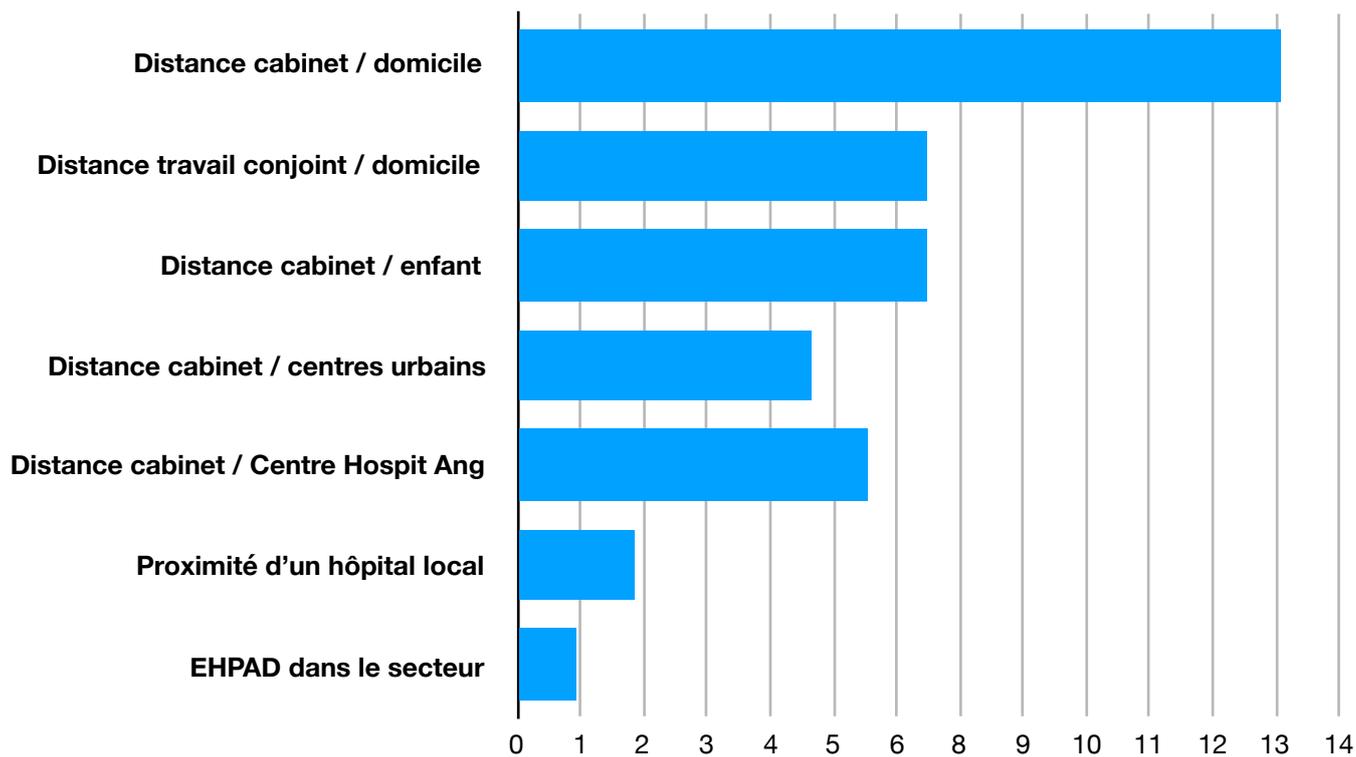
Pour 58% des praticiens, la localisation du futur lieu d'installation a été déterminante avec une durée de trajet inférieure à 30 minutes pour tous les répondants.

Fig 21 - Temps de trajet acceptable domicile / cabinet



Les différents facteurs géographiques déterminants sont résumés à la figure 22.

Fig 22 - Facteurs géographiques déterminants dans le choix du lieu



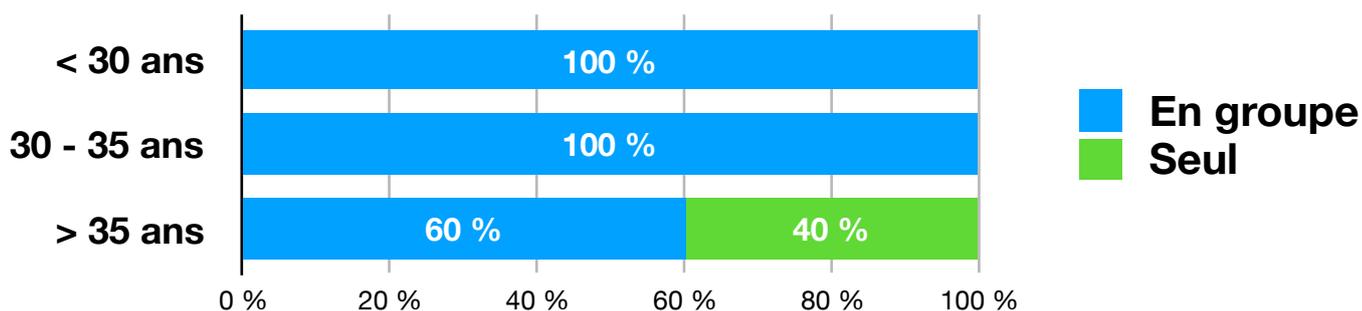
b. Modalités d'installation.

89% des répondants se sont installés en groupe, les deux autres se sont installés seul avec pour l'un d'entre eux aucun projet de travail en groupe.

Tous les praticiens de moins de 35 ans se sont installés en groupe.

Seuls 2 des praticiens de plus de 35 ans se sont installés seul, les autres en groupe.

Fig 23 - Mode d'installation



- L'âge des associés

Pour 68% des répondants l'âge des associés n'a pas été déterminant dans la décision.

Pour 84% la présence d'un praticien installé depuis moins de 5 ans n'a pas été important dans leur décision.

Seulement 37% des répondants ont rejoint un confrère au sein du cabinet où ils se sont installés.

- Le sexe des associés

Pour 1 seul des praticiens répondants, le sexe de futurs associés a été déterminant sans précision.

Un seul précise qu'une tentative de mixité a été envisagée.

- Frais de présentation de patientèle.

Un seul des praticiens de moins de 35 ans a dû en payer, comme chez les plus de 35 ans ce qui fait que 89% des répondants n'ont pas eu à racheter une patientèle.

Pour seulement 30% des interrogés les frais de patientèle ont été déterminants pour leur choix.

- Rachat de part de société d'exercice.

42% des praticiens ont eu des parts de société d'exercice à racheter. Parmi ceux-là, tous ont racheté des parts de SCM, seul le praticien le plus âgé de l'enquête et exerçant seul, a racheté des parts de SCP et de SCI. Pour seulement 20% des interrogés les modalités de rachat de parts de société d'exercice ont été déterminantes.

c. Aides à l'installation

8 praticiens sur 19 n'ont eu recours à aucune aide, dont 6 de moins de 35 ans.

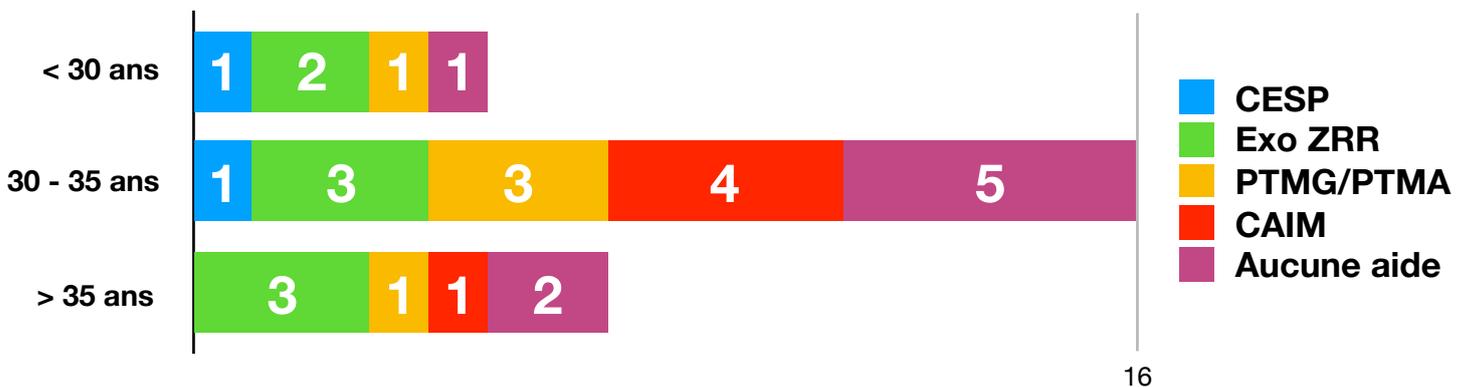
Pour 6 praticiens l'existence de ces aides a été déterminante pour l'installation.

8 praticiens ont bénéficié des avantages liés à l'exercice en ZRR, 5 ont bénéficié d'un CAIM.

Seulement 5 praticiens ont bénéficié du statut de PTMG ou PTMA et seulement 2 ont signé le CESP.

La figure 14 résume les aides à l'installation perçues par les praticiens sachant qu'un seul praticien peut cumuler plusieurs de ces aides.

Fig 24 - Aides à l'installation



A noter que pour le praticien de 60 ans il n'existait aucune aide au moment de son installation.

Pour 3 des praticiens de plus de 45 ans il s'agissait d'une deuxième installation.

Les praticiens n'investissent plus dans l'immobilier à l'installation : 16 praticiens sont locataires, seulement deux des praticiens payant un loyer ont bénéficié d'une période d'exonération initiale.

Aucun praticien n'a bénéficié d'une aide extérieure pour l'investissement initial.

68% ont investi pour du matériel commun hors SCM au sein du cabinet.

Pour 16 praticiens l'investissement initial n'a pas été déterminant dans la décision.

5 - Modalités d'exercice

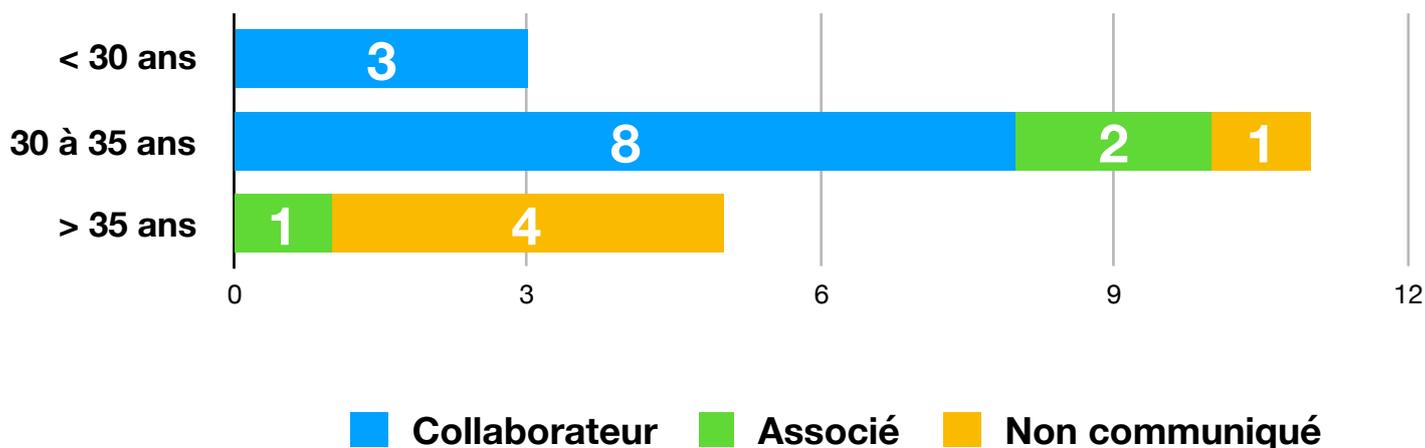
a. Choix du contrat à l'installation.

Un seul des praticiens de moins de 35 ans n'a pas eu le choix de son contrat d'association. Pour 73% des praticiens, ce contrat a été celui de collaborateur, seulement 2 ont été associés d'emblée.

Les plus de 35 ans n'ont en majorité pas été libres de choisir leur contrat au moment de leur installation sans que l'on ait des données sur ces contrats.

Pour 52% des praticiens les modalités d'association ont été déterminantes pour leur installation.

Fig 25 - Contrat d'association au moment de l'installation

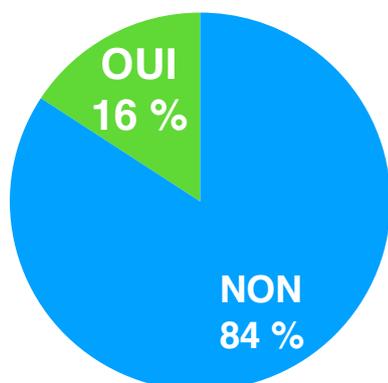


b. Choix du mode d'exercice

16 praticiens ont eu le choix de leur mode d'exercice à savoir mixte ou libéral exclusif. 6 des praticiens ont exercé d'autres activités que la médecine générale au moment de leur installation.

c. Participation à la PDSA

Fig 26 - Participation à la PDSA déterminante



Pour 16 praticiens, la participation à la permanence des soins n'est pas intervenue dans leur décision.

Pour 3 d'entre eux, elle a été importante.

d. La présence d'un secrétariat physique.

Pour 79% des répondants la présence d'un secrétariat physique a été déterminante. Pour 80% des praticiens de plus de 35 ans celle-ci n'est pas déterminante.

e. Choix des modalités de planning

- Choix type d'acte et horaires

Tous les praticiens ont eu le choix

- de faire des visites à domicile ou non,
- de recevoir sur rendez-vous ou non,
- de prendre des journées ou demi-journées de congés dans la semaine.

Seulement deux praticiens n'ont pas eu le choix leurs horaires.

- Congés

Seuls 3 des praticiens ont eu une durée imposée et 4 n'ont pas pu choisir leur durée. Pour 3 d'entre eux, il y avait des conditions à ceux-là, que cela soit une entente entre les praticiens du cabinet ou le fait d'être systématiquement remplacé.

Le manque de remplaçants a été noté par un praticien en précisant que cela limitait de facto la durée des congés compte tenu de la pénurie de remplaçants.

Les modalités de prise de congés ont été déterminantes dans le choix d'installation pour 6 praticiens interrogés.

6. Formation médicale continue

Tous les praticiens ont eu la liberté de faire de la FMC.

6 - Evaluation de l'importance des critères

Pour chaque critère, il a été demandé aux praticiens de déterminer quelle importance a eu ce critère sur le choix final : décisif , important, peu important ou n'est pas intervenu dans la décision finale.

Les facteurs décisionnels concernant la vie de famille ont été décisif pour 68% des praticiens.

L'origine géographique a été décisive ou importante pour seulement 40% des praticiens.

Parmi les 14 praticiens ayant fait leurs stages en Charente, 60% d'entre eux estiment que **le fait d'avoir fait leur(s) stage(s) en Charente** a été peu importante ou n'est pas intervenu dans leur décision.

47% des répondants estiment que **le fait de faire des remplacements en Charente** a été décisif ou important dans leur décision. Pour les praticiens de plus de 35 ans, le fait d'avoir fait des remplacements en Charente n'est pas intervenu dans leur choix.

Pour 12 des 14 praticiens de moins de 35 ans, **le fait d'avoir déjà travaillé sur son futur lieu d'exercice** a été décisif ou important pour leur décision finale.

Pour 12 des 19 praticiens, **le fait de connaître un associé sur son futur lieu d'installation** a été important ou décisif.

Tous les praticiens de moins de 35 ans considèrent que **le type de cabinet**, a fortiori de groupe, a été important ou décisif.

95% des praticiens considèrent que **la présence d'un MSU** au sein du cabinet est peu importante ou n'est pas intervenue dans la décision.

Pour seulement 32% des praticiens, **les caractéristiques des futurs associés** à savoir l'âge et le sexe a été important ou décisif.

Les aides à l'installation n'ont été importantes ou décisives que pour 20% des praticiens.

La présence de frais de présentation de patientèle ou d'achat de parts de société d'exercice n'a été importante que dans 6 cas et décisive dans 1 cas, le reste des praticiens jugeant ce facteur comme peu important ou n'étant pas intervenu dans leur décision.

Le choix du contrat d'association a été un facteur important ou décisif pour 10 des praticiens concernés.

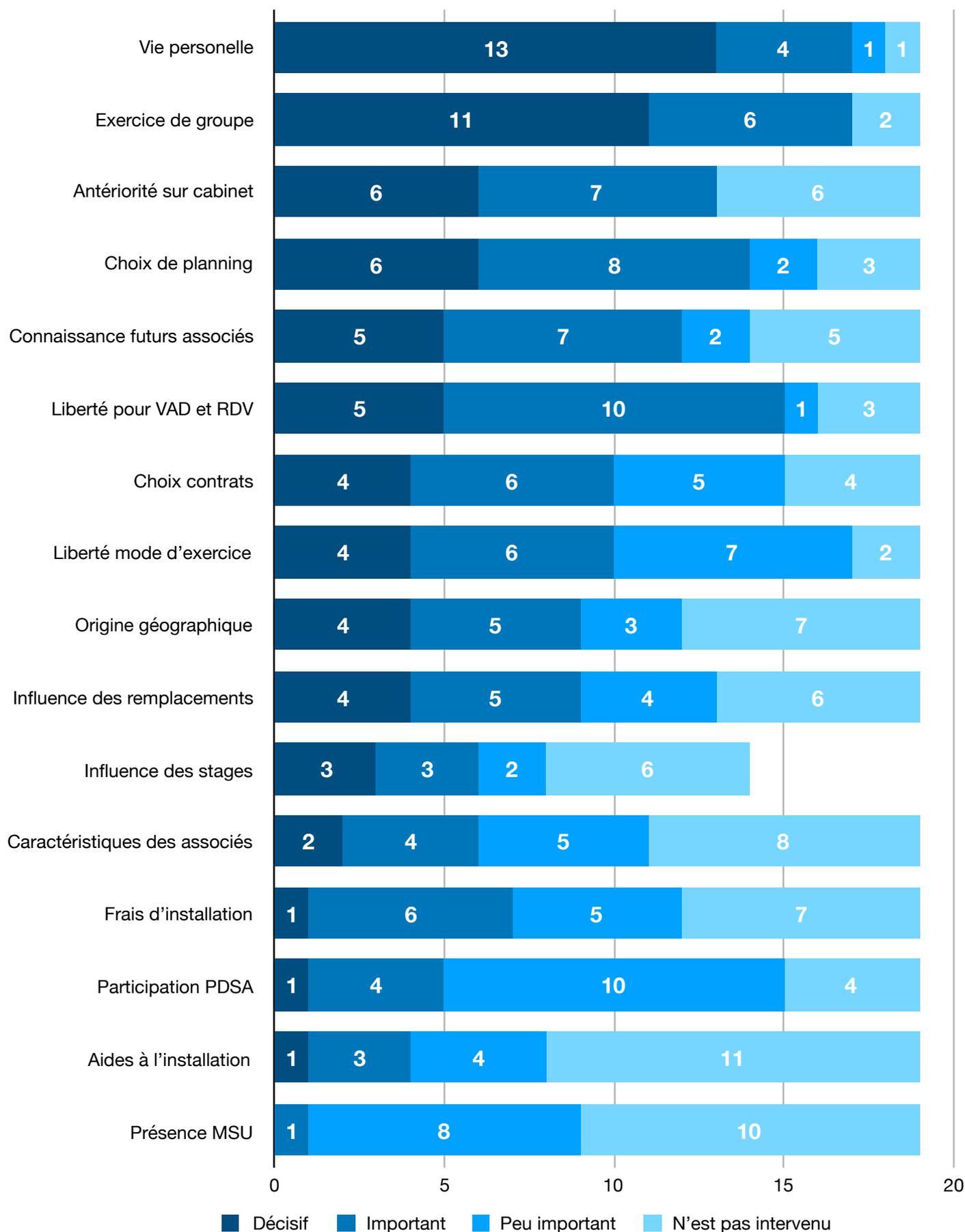
La liberté de choix du planning, de la réalisation de visites et les modalités de rendez-vous ont été jugées importantes ou décisives dans les mêmes proportions pour les moins de 35 ans soit environ 90%. Par ailleurs la liberté du mode d'exercice (mixte ou unique) est considérée comme importante ou décisive pour 52% des répondants.

74% des répondants considèrent que **la participation à la PDSA** a été un facteur peu important ou qui n'est pas intervenu dans leur décision finale.

En commentaires libres, les **3 critères décisifs rapportés par ces praticiens récemment installés ont été :**

- **les modalités d'exercice et notamment la liberté dans l'organisation de l'exercice;**
- **l'entente entre associés;**
- **le facteur géographique.**

Fig 27 - tableau récapitulatif Evaluation des facteurs décisionnels



V - Discussion

Après avoir revu les points forts et les points faibles de ce travail, nous reviendrons sur chaque critère en tentant d'analyser son importance pour le choix final et dans le but de prolonger ce travail, nous essaierons de voir comment l'analyse de ces critères pourrait favoriser des installations futures. Par la suite, nous tenterons de dresser le portrait du futur praticien s'installant en Charente et nous terminerons par des pistes de réflexion pour compléter et affiner ce travail.

A - Critiques de la méthodologie

1 - Points forts de cette étude

- Thème d'actualité :

Ce travail a pour objectif de mieux comprendre pourquoi aujourd'hui, il existe tant de méfiance vis-à-vis de l'exercice de la médecine générale libérale ambulatoire et pourquoi une telle crise démographique a vu le jour. La crise démographique actuelle nécessite de bien identifier les facteurs limitants ou favorisant les installations de praticiens en exercice libéral. Il faut donc tenter de comprendre ce qui a changé dans le paysage médical actuel. Il existe de nombreuses études sur les évolutions socio-démographiques des jeunes praticiens, notamment sur la féminisation de la médecine (17) (18) (19) et de l'impact de la vie de famille sur le temps médical (20). Depuis un an les difficultés de la démographie médicale en Charente ont fait les gros titres de la presse locale à de multiples reprises (Annexe 1).

- Spécificité à la Charente :

Là encore, le but n'est pas de déterminer des grands principes mais de se baser sur des données factuelles concernant les installations en Charente depuis 2015, de manière à pouvoir établir une feuille de route pour les praticiens ou collectivités voulant favoriser l'installation de jeunes professionnels sur leur territoire. La Charente a ses spécificités socio-démographiques propres qui font que les études réalisées dans d'autres départements n'ont pas forcément les mêmes implications que celle-ci.

- Liberté d'expression :

Ce travail permet aussi aux praticiens d'exprimer leurs motivations sans risque de jugement de la part de leurs pairs. Le fait de rendre anonyme ces questionnaires rend les réponses théoriquement plus honnêtes sans biais d'expression, notamment concernant les aides financières qui sont parfois perçues comme un sujet tabou.

2 - Points faibles de cette étude

- Changement de paradigme de la médecine générale libérale en cours :

Le fait de faire cette étude à ce moment-là est aussi un risque car l'exercice de la médecine générale libérale n'a jamais été aussi diversifié : le salariat hospitalier est grandissant dans les services de chirurgie, de médecine polyvalente et de soins de suite et réadaptation (SSR) où se sont des médecins généralistes qui exercent le plus souvent. Par ailleurs les offres de salariat en médecine générale dans les zones sous-dotées commencent à voir le jour. Ces offres garantissent des conditions d'exercice qui en théorie au moins semblent plus attractives que la médecine générale libérale et commencent à mettre la médecine générale libérale dans une situation de concurrence.

- Manque de puissance avec un échantillon faible :

35 praticiens inclus et seulement 19 répondants. Compte tenu du mode de recrutement, je n'ai pas pu contacter les personnes concernées. Les relances n'ont pu être faites que par mail sans pouvoir convaincre les praticiens ciblés par téléphone. Par ailleurs, le recrutement a été fait selon la date d'inscription à l'ordre et pas à la date effective d'installation, ce qui a comme conséquence la perte de quelques praticiens. Il aurait été intéressant de connaître aussi l'avis des praticiens ayant quitté le département pour savoir ce qui ne les a pas fait rester, mais l'objectif de ce travail étant de se concentrer sur ce qui a favorisé les installations cela n'a donc pas été envisagé. L'échantillon aurait pu s'élargir aux remplaçants qui sont de plus en plus nombreux, mais là encore n'étant pas installés leur questionnement n'aurait pas été assez mûr pour cette étude.

Il serait peut-être intéressant d'élargir le recrutement au niveau géographique en étendant à d'autres départements de la Nouvelle-Aquitaine comme la Vienne, la Haute-Vienne, Dordogne ainsi que la Creuse et la Corrèze pour permettre de donner plus de significativité aux résultats.

Vu le mode d'étude, en passant par les CDOM locaux, cette étude pourrait être élargie à tous les départements partageants des caractéristiques socio-démographiques semblables au niveau de la grande région.

- La représentativité de l'échantillon est complexe à l'heure actuelle où deux générations se côtoient. Même si cela n'a pas été étudié, la lecture des questionnaires semble distinguer deux groupes : les plus et les moins de 35 ans. Il y a eu un changement progressif de paradigme dans l'exercice de la médecine générale libérale ambulatoire. Ce changement est souvent relaté par les patients sous la formulation « le médecine d'antan n'existe plus ». En effet, le médecin disponible 24h/24 7J/7 vivant à son cabinet a disparu. Ce constat, que certains patients regrettent est fréquent. Dans les zones fragiles, l'exercice de la médecine rurale conférait à ses praticiens un statut particulier. Une vision sacerdotale de la médecine existait avec un médecin disponible tout le temps et pour tout. Une pratique bien plus diversifiée qu'aujourd'hui, entre accouchements et traumatologie, visites à domicile nocturnes et ce n'importe quel jour de la semaine. La pertinence médicale du recours, la pertinence dans le parcours de soins où l'efficacité de tels actes n'a pas été étudié de manière exhaustive, mais le service rendu était énorme. S'il existe des études socio-démographiques concernant les jeunes praticiens, je n'ai pas trouvé de travaux précis récents sur les données socio-économiques des praticiens en place exerçant dans les déserts médicaux. Ainsi, il est assez simple de comprendre que la décision de s'installer repose sur des critères différents selon la catégorie d'âge à laquelle appartient le professionnel. Le jeune praticien qui sort sur TCEM aura une vision bien différente de son installation en comparaison avec un praticien plus âgé qui choisira de changer de localisation ou de mode d'exercice.
- Des entretiens individuels auraient peut-être été plus pertinents pour saisir les nuances dans les décisions. En effet, la réponse à un questionnaire avec des questions à choix multiples limite un peu les approximations dans les réponses. Les parties de commentaires libres étaient là pour ça mais ont été très peu utilisées. Des entretiens en groupes ou en sous-groupes selon l'âge auraient probablement été plus prolifiques.

B - Analyse des résultats

1. Données personnelles et matrimoniales

a. Sexe et âge

Selon les données de l'atlas de démographie médicale du CNOM au 1er Janvier 2018 , notre échantillon comporte une proportion de femmes plus importante que la moyenne parmi les praticiens de médecine générale en activité 63% VS 48,2% (4). La proportion augmente chez les moins de 35 ans ce qui est aussi en accord avec les données de la littérature.

Les conséquences de cette féminisation seront développées plus loin en se focalisant sur les données importantes concernant notre étude.

L'âge est cependant une donnée intéressante à analyser car des résultats de ce travail se sont dégagés deux groupes distincts : les moins de 35 ans et les plus de 35 ans.

- Les moins de 35 ans ont connu une maquette de médecine générale optimisée, avec un tuteur, des stages de niveau 1 et/ou SASPAS. Ils s'installent pour la première fois et n'ont donc pas eu d'autres expériences professionnelles.

- Les plus de 35 ans ont eu, soit une maquette de DES débutante, soit les mêmes conditions de formation que les plus de 45 ans n'ont pas eu d'enseignement de DES du tout et ont bénéficié des anciennes modalités d'internat.

L'âge a une importance aussi en terme de projet (21). En effet, les deux installations solitaires de ce travail l'ont été pour des praticiens plus âgés et il s'agissait parfois d'une seconde installation. Il n'a pas été noté si cela était un changement de carrière (passage d'un salariat hospitalier à un exercice libéral) ou un simple changement de lieu. Ce mode d'exercice est plus enclin à être accepté par des praticiens expérimentés car plus fréquent au début de leur carrière. C'est le cas dans différentes localités de Charente où des praticiens se sont installés seuls dans des locaux aménagés par les collectivités en dehors de toute structure de groupe, étant inexistante ou trop éloignée. La volonté des praticiens plus jeunes étant de travailler en groupe, ces offres ne s'adressent donc pas à cette partie de la population médicale. L'âge influe sur les contingences des praticiens, surtout en ce qui concerne l'emploi et la familles, ce que nous développerons plus loin.

b. Délai entre thèse et installation

Les données de la littérature (22-23) montrent que les jeunes diplômés attendent en moyenne 7 ans avant de s'installer. Dans notre étude 100% des moins de 35 ans se sont installés moins de 3 ans après leur thèse. Ce qui va dans le sens des données récentes (22-23) sur un délai inférieur à 3 ans.

Ce délai est variable d'une personne à l'autre car il est nécessaire pour plusieurs choses :

- parfaire son expérience médicale
- tester différents modes d'exercice : urbain, rural, semi-rural
- faire connaissance avec les praticiens et le fonctionnement du cabinet
- apprendre la gestion de la vie professionnelle : comptabilité ...

Ainsi, peu d'éléments extérieurs pourront modifier cet élément. En effet, le praticien se basant sur des critères objectifs et subjectifs pour s'installer, sa décision sera prise quand certains critères seront réunis. La durée de cette phase sera donc très variable et difficilement prévisible.

c. Influence de la vie de famille

1. Conjoint (24 - 25 - 26)

100% des praticiens interrogés ont un conjoint au moment de l'installation ce qui implique obligatoirement que celui-ci a eu un impact sur la décision finale (24). L'organisation familiale va avoir un retentissement sur la durée du temps de travail du praticien. La nature de la profession des conjoints est importante. En effet, selon le type d'activité exercée par le conjoint, celle-ci aura des conséquences sur le choix d'installation. Seuls deux conjoints de notre échantillon n'exerçaient pas d'activité professionnelle et n'ont donc pas dû influencer le choix. Pour 58% des répondants, la profession du conjoint a été déterminante dans le choix de la Charente.

Si le conjoint est salarié, les offres d'emploi vont dépendre du secteur d'activité et du niveau de formation du conjoint. Cette offre d'emploi a pu motiver l'arrivée dans la région. En conséquence, les lieux d'exercice ou de domicile peuvent être conditionnés à la distance du travail du conjoint.

Par ailleurs, les conditions de travail vont influencer l'organisation de la famille et donc sur l'organisation du temps de travail du praticien.

Ainsi il est peu probable, compte tenu de la répartition des emplois en Charente, que cet emploi salarié soit dans une zone fragile au niveau démographie médicale. Ainsi l'exercice salarié pourrait être un facteur limitant les installations en zones fragiles. Dans ce contexte, il semble difficile de mettre en place des mesures pouvant faciliter cet emploi et a fortiori que cet emploi n'est pas un impact trop important sur la décision de l'installation. Il semble donc peu probable, sauf exception, qu'un conjoint salarié favorise l'installation en milieu semi-rural et a fortiori en milieu rural d'un praticien.

Si le conjoint exerce une profession médicale ou paramédicale, deux cas de figure :

- Exercice libéral : selon la profession, le conjoint aura plus ou moins de facilités pour exercer sa profession n'importe où sur le département. Parfois même, les deux activités peuvent être concentrées au même endroit. Dans ce cas de figure là, la profession du conjoint peut être un argument positif dans le choix du lieu d'installation.

- Exercice salarié : dans ce cas de figure cela dépend du type d'activité médicale ou paramédicale. Le maillage territorial par les hôpitaux de proximité rend cela possible pour les infirmier(e)s et pour certaines spécialités médicales. Les spécialités chirurgicales étant quasi exclusivement exercées sur l'hôpital d'Angoulême ou de Cognac, l'éloignement de ces centres urbains semble plus difficile.

Dans notre échantillon aucun conjoint n'exerçait une activité professionnelle dans l'agriculture, l'artisanat ou une activité indépendante dont les modalités d'exercice aurait pu donner une certaine liberté de choix dans le lieu d'installation.

Compte tenu du fait que la proximité de lieu de vie est un facteur important avec un temps de trajet < 30 min pour tous les répondants entre le cabinet et le domicile, cet aspect tend à limiter encore plus l'éloignement des centres d'activités. Ce qui d'emblée place les bassins de vie peu attractifs dans une situation compliquée puisque selon le secteur d'activité certains bassins de population de la Charente sont inactifs.

2. Influence des parents.

Dans notre étude la présence des parents dans la région ne semble pas être un facteur décisionnel important. Cependant, cette notion a été évoquée à plusieurs reprises dans les commentaires libres et considérée comme importante pour certains praticiens non seulement pour être proches de leur famille mais aussi dans la gestion des enfants où la famille joue un rôle important. L'origine géographique du praticien et de sa famille ne semble pas jouer de rôle dans cette étude.

Il serait intéressant de connaître les facteurs décisionnels des choix des stages des praticiens pendant leur maquette. Viennent-ils plus facilement en stage près de leur famille lors du stage chez le praticien pendant leur externat ou viennent-ils plus facilement en stage de niveau 1 ou SASPAS pendant le 3ème cycle ? Cet argument est probablement moins fort que le fait de faire ses stages dans la région, mais si cet aspect intervient dans leurs choix de stage alors il est important. Alors, le fait de favoriser le retour des étudiants dans leur département d'origine pourrait être un facteur pouvant à terme favoriser leur retour lors du 3ème cycle et a fortiori lors de leur post-internat. Cela revient à savoir s'il serait possible de régionaliser les stages ambulatoires selon l'origine des étudiants.

3. Enfants

58% des praticiens ont au moins 1 enfant au moment de s'installer. Sans connaître l'âge de ces derniers, leur présence implique des adaptations de planning en conséquence. En effet, 89% des praticiens ont un conjoint qui travaille.

Ainsi l'impact de la vie de famille sur l'installation et l'exercice peut se retrouver à plusieurs niveaux :

- selon le mode de garde : temps médical dépendant des horaires de garde et du travail du conjoint. Ce qui aura pour conséquence une réduction du temps de travail.

- selon le mode de scolarisation : la distance des établissements scolaires va influencer sur les trajets en voiture, la qualité de vie de la famille, les horaires de début et de fin de journée, la nécessité de garde ou non (notamment le mercredi après midi). Ces aspects vont, selon l'activité du conjoint, retentir sur l'activité du praticien et donc la possibilité de s'adapter à ces contingences fera partie des éléments décisionnels de l'installation.

- selon la présence ou non d'aide familiale, l'incidence sera différente sur le temps de travail. Un praticien dont la famille sera à proximité pourra pallier à cela et lui permettre de ne pas être parasité par ces contingences et préserver son temps de travail.

- selon leur âge, les besoins seront différents; ainsi pour les praticiens de plus de 45 ans dont certains ont des enfants majeurs, dans ce cas là, la présence d'enfants influence peu le choix d'installation, par contre la facilité d'accès aux villes universitaires peut être important.

Par ailleurs, la féminisation de la médecine tend à modifier la façon dont les femmes vivent leur grossesse (19). En effet, la décision d'avoir un enfant peut être un facteur décisionnel important pour ces familles (18). Les femmes peuvent être amenées à ne s'installer qu'une fois la ou les grossesses vécues. Ce qui dans ce cursus long peut avoir comme conséquence un temps de remplacement plus long de manière à être libre de vivre sa grossesse comme elles le souhaitent. L'installation n'est pas forcément une période propice pour avoir un enfant notamment pour les femmes (19). En effet, il peut exister une certaine pression des associé(e)s concernant une grossesse, tant en terme de temps médical que de nécessité de remplacement.

2. Influence de l'origine géographique

Notre étude ne montre pas une importance majeure de l'origine géographique dans la décision d'installation. Le critère géographique n'intervient de manière pertinente qu'après avoir eu une expérience sur le secteur lors de stages ou de remplacements comme nous le verrons plus loin.

L'origine Charentaise n'est pas un facteur déterminant concernant l'installation. Il semblerait que l'aspect géographique soit un facteur composite, mélange entre les origines du praticien et de son conjoint, mais aussi de leur famille respective. L'origine géographique pure n'est pas suffisante pour permettre de dire que tel praticien s'installera ou pas en Charente. A une plus grande échelle, il serait intéressant de savoir quel impact ont les différents stages sur le choix du lieu d'installation.

L'aspect stratégique de la position de la Charente a été relevé pour deux praticiens. Tant en terme de facilité d'accès à des villes plus importantes qu'en terme de position stratégique entre deux lieux de travail pour lesquels la Charente permet à cette famille de se retrouver plus facilement.

Le facteur géographique est important, plus dans une logique d'opportunité professionnelle pour le conjoint, que dans l'origine géographique pure de la famille.

Cependant, il faut noter que la proximité familiale joue un rôle important dans l'attractivité d'un territoire en terme de services rendus à la famille du praticien.

De ce point de vue là, il n'existe aucun levier objectif. Aucune mesure ne pourra influencer positivement sur ce point. Une mesure qui viserait à engager les collectivités territoriales à trouver un emploi au conjoint quelque soit son secteur d'activité est inenvisageable à l'heure actuelle.

3. Facteurs liés à la formation initiale

a. Lieux de la formation initiale

La formation initiale s'effectue quasi exclusivement en centre hospitalier, à l'exclusion d'un stage d'externat chez le médecin généraliste rendu obligatoire depuis 1997. La médecine générale est comme les autres spécialités, son choix est complexe et repose sur des critères multi-factoriels complexes. Les critères de qualité de vie semblent être prépondérants dans ce choix (23). Ce choix est certes pluri-factoriel mais repose souvent en premier lieu sur le rang de classement aux ECN qui est le facteur décisionnel principal.

Un rapport de la commission jeune médecin du CNOM de 2007 (23) émettait comme proposition de moduler le Numerus Clausus en fonction des besoins de territoire et ainsi de revenir à une forme de régionalisation de la formation.

La médecine générale est globalement peu enseignée en premier et deuxième cycle (3). L'enseignement se fonde sur des données médicales spécialisées adaptées le plus souvent à un exercice hospitalier. La réalité est tout autre lorsque l'on exerce la médecine générale ambulatoire. Ainsi, il peut exister une grande désillusion lors des premiers pas en activité. Certains enseignants hospitaliers n'hésitent pas à la citer comme situation d'échec pour un étudiant après avoir passer les ECN. Elle est souvent décrite comme une médecine secondaire, venant en arrière des "spécialités d'organe". Le rapport Hubert exprime parfaitement l'urgence de redonner à la Médecine Générale toute sa dimension dans la formation initiale tant la tâche qui lui incombe aujourd'hui et qui va lui revenir demain est immense et essentielle dans le système de soins.

La grande majorité des praticiens de notre étude vient des facultés de la grande région Nouvelle-Aquitaine et un peu moins d'un tiers en-dehors de celle-ci. La faculté de médecine de Poitiers n'est pas majoritaire.

Il conviendra de savoir à l'avenir si la présence du site d'Angoulême de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers, va avoir une incidence sur cette répartition. Bien sûr, les résultats ne se verront que dans une dizaine d'années et entre temps le troisième cycle des études médicale (TCEM) va être réformé ce qui rend les perspectives un peu incertaines pour l'instant. Si l'enseignement au lit du malade semble difficilement envisageable dans des structures non universitaires comme notre hôpital local d'Angoulême pour des externes, peut-être faut-il penser à cela. Là encore, essayer d'ancrer les étudiants dans leur territoire pourrait avoir des résultats bénéfiques à moyen terme.

L'influence du stage en médecine générale pendant l'externat a été étudiée dans la thèse d'Elodie CATTIN en 2010 (27). Elle montre que ce stage influence positivement le choix de la médecine générale et ce, d'autant que l'étudiant s'est investi dans ce stage et a pu y découvrir une pratique variée et notamment dans des bassins de vie aujourd'hui identifiés comme difficiles. Cette première expérience est bénéfique pour l'image de la Médecine Générale. Par contre, ce premier contact sera très dépendant du praticien et de son milieu d'exercice. Selon les modalités d'exercice du praticien, l'expérience pourra être tout à fait différente de même que pour les modalités de réalisation du stage. Selon que l'exercice soit urbain ou rural ou que le praticien ait adapté son planning pour accueillir l'étudiant dans de bonnes conditions ou non. Si l'étudiant se retrouve dans des conditions difficiles, ce stage pourrait aussi favoriser son détournement de cette spécialité. Ainsi, une grande précaution doit être prise dans le choix des terrains de stage.

Actuellement, l'enseignement en TCEM en Poitou-Charentes est organisé au niveau départemental avec un ou des centres départementaux où il s'effectue, ce qui permet, en plus du système de tutorat et des stages en médecine ambulatoire, de favoriser les rencontres entre étudiants et Maîtres de Stage des Universités (MSU) dans une logique territoriale.

b. Influence des modalités de formation initiale

1. Influence des stages :

Le stage de niveau 1 lors du DCEM permet la découverte des différents types de Médecine Générale Ambulatoire selon les lieux et modalités d'exercice. En effet, à la différence du stage d'externat, qui se borne à une attitude d'observation le plus souvent, l'autonomisation progressive via la supervision directe et indirecte, permet à l'étudiant de prendre conscience du rôle de médecin généraliste ambulatoire au travers de toutes ses activités. Même si parfois, cela peut inquiéter l'étudiant compte tenu du fait que le lieu de cet exercice change radicalement et qu'il ne bénéficie plus du plateau technique du milieu hospitalier ou de l'entourage d'une équipe hospitalière. De la même façon, la découverte du domicile et de ses spécificités déstabilise au début de l'exercice.

Selon le travail de Mathilde Coudreuse-Chichoux en 2012 (28) , le stage ambulatoire de niveau 1 semble conforter les internes en D.E.S. de médecine générale dans un projet au moins partiellement libéral à long terme. « Ce stage semble être un tournant majeur dans l'établissement et l'affinement du projet professionnel des futurs généralistes en permettant un ajustement des représentations de l'exercice libéral ». A l'avenir peut-être, serait-il intéressant de créer des passerelles entre régions limitrophes pour que les personnes originaires du département souhaitant y revenir puissent le faire.

En 2015 la thèse de Wail BOUCHI (29) montre que le SASPAS semble influencer le profil d'installation future des étudiants en les préparant à l'exercice ambulatoire mais n'accélère pas leur installation. De part l'organisation de ce stage, qui intervient souvent en fin de cursus, l'étudiant est en situation d'exercice quasi complet . Les relations étroites avec les maitres de stage permettent à l'étudiant de se projeter dans son exercice futur et d'aborder des aspects pratiques qui ne sont pas abordés en enseignement théorique (30). Par ailleurs, cette proximité peut être le terreau d'une entente pouvant déboucher sur un projet d'installation. De la même façon, dans sa thèse Périnne Lafon en 2008 (31) montre même que si le praticien ne s'installe pas sur son lieu de stage, il s'installe souvent dans le même bassin de vie où la pratique est semblable à celle expérimentée en stage.

Ces données vont dans le sens des résultats de cette étude qui montre que les stages sont importants mais pas déterminants dans le choix du lieu d'installation finale.

Il semble nécessaire d'insister sur la notion de compagnonnage qui prend ici toute sa dimension et peut avoir un effet majeur sur la décision future. Si le fait d'avoir des stages n'est pas un facteur déterminant, celui-ci influe sur un autre facteur qui est la connaissance des futurs associés. En effet, plus de 63% des répondants se sont installés dans un cabinet où ils avaient déjà été, que cela soit en stage ou en tant que remplaçant. Ainsi le simple fait d'exister est un facteur important pour la décision future. Il est cependant à double tranchant puisqu'en cas de mésentente avec le ou les praticiens du cabinet le fait d'avoir fait une stage sera un facteur limitant les chances d'installation.

Il est donc indispensable que ces stages soient le plus largement disponibles et encore plus dans les zones fragiles. Cependant, il faut absolument qu'ils s'inscrivent dans une démarche pédagogique stricte. En effet, si le stage se borne à montrer les difficultés que rencontrent le praticien au quotidien, celui-ci n'aura comme effet que de dissuader l'étudiant. Il est donc indispensable d'avoir une surveillance universitaire très étroite des MSU correspondants. Sur la Faculté de Médecine de Poitiers, un système d'évaluation des stages par les étudiants a été mis en place. De ce fait, les terrains de stages sont évalués d'un point de vue étudiant. Les conditions de réalisation du stage sont donc particulièrement importantes puisque, en cas de difficultés trop importantes, le Maître de stage peut, après vérifications, se voir retirer ses étudiants. Une attention universitaire toute particulière doit donc exister ainsi qu'un accompagnement étroit de ces stages pour ne pas qu'ils puissent desservir le praticien et son bassin de population puisqu'ils peuvent être un des facteurs menant à une installation.

2. Influence de la présence d'un MSU

64% des moins de 35 ans se sont installés avec un ou plusieurs MSU. Cependant, ce facteur n'est retenu comme décisif que dans 1 cas sur 19. Pour les 18 autres praticiens, il n'est, soit pas intervenu dans la décision finale, soit considéré comme peu important.

Ces résultats sont un peu discordants.

Si l'on se base sur les résultats concernant les stages et l'influence qu'ils ont, forcément la présence d'un MSU est importante. Avoir un MSU dans un cabinet de groupe ou être MSU c'est voir des étudiants, trouver des remplaçants ou des futurs associés de manière plus aisée. Par ailleurs, selon le travail de Roxane Sarti (32), être MSU permet de valoriser l'exercice de la médecine générale. Et selon les travaux d'Alice REGNAULT et Adrien RENZO datant de 2014 (33), être MSU pourrait être un facteur luttant contre le burn-out. A l'heure où les conditions de travail sont jugées comme alarmantes - au-delà d'être un facteur décisionnel important pour une installation - cet aspect pourrait rentrer dans les critères de qualité d'exercice.

Rendre la maîtrise de stage obligatoire semble être une mesure trop contraignante pour bon nombre de praticiens, surtout pour ceux exerçant dans des conditions jugées comme difficiles. Selon le mode d'exercice, différentes règles pourraient être mise en place de manière à favoriser l'existence de terrains de stage :

- Pour l'exercice en groupe au sein de MSP notamment : rendre obligatoire une certaine proportion de MSU au sein de la structure. Cette mesure pourrait, à un niveau institutionnel être rendue obligatoire dès la signature du projet de santé de la structure. Par celle-ci pourrait s'exprimer un désir de pérennisation de la pratique allant dans le sens de l'investissement public. Celle-ci pourrait être graduelle et basée sur le volontariat dans un premier temps. Montrer aux praticiens le peu de contrainte que cela représente et les bénéfices à moyen ou long terme pourrait peut être permettre d'augmenter le nombre de terrains de stage qui vont probablement faire défaut dans les années à venir et permettre aux structures d'optimiser leurs chances de fonctionner en palliant au déficit de praticiens.

- Pour l'exercice solitaire : favoriser la maîtrise de stage en mettant en place un accompagnement double :

- Universitaire :

Formation et accompagnement adaptés à ce type d'activité.

Démarchage des praticiens pour leur montrer les avantages que cette démarche pourrait leur apporter notamment sur leurs conditions de travail futur.

Encadrement théorique strict des modalités pratiques : horaires, présence, contenu

Valoriser la maîtrise de stage au travers de réunions d'informations entre praticiens MSU et non MSU, où certaines peurs des praticiens pourraient être évoquées et conjurées. Certains praticiens ne font pas cette démarche par peur d'être jugés par leurs étudiants ou parce que la formation à la maîtrise de stage est trop contraignante pour eux. Il faut simplifier et faciliter les modalités de formation pour que, à terme, celle-ci ne pose pas de problèmes aux praticiens et qu'ils puissent la percevoir comme quelque chose de simple et nécessaire à leur pratique.

- Institutionnel :

Valoriser encore plus la maîtrise de stage au travers d'une revalorisation des Nouveaux Mode de Rémunération, notamment dans les zones sous-dotées.

Faire des réunions d'informations adressées aux praticiens en les dédommageant pour cela.

Utiliser le biais des syndicats pour promouvoir cette pratique.

Montrer sa motivation à être MSU peut à mon sens, qu'on le soit ou pas à terme, être gage d'une volonté à se considérer comme professionnel de santé en terme de continuité des soins. Cette mesure pourrait faire partie d'une démarche institutionnelle (CPAM ou ARS) auprès des praticiens de terrain pour faciliter le recrutement de praticiens sur un territoire donné. Une rémunération forfaitaire complémentaire pourrait être pertinente en valorisant les praticiens qui anticipent leur succession en favorisant la formation de futurs confrères sur leur bassin de vie d'activité.

3. Influence des remplacements

Selon des données récentes du CNOM (4), 23% des nouveaux inscrits à l'ordre sont des remplaçants. Quand on sait que seulement 12% des nouveaux inscrits exercent en libéral on prend conscience de l'importance de ce moment de la carrière professionnelle. La durée moyenne de remplacement évolue mais se situe autour de 7 ans avec un âge moyen d'installation autour de 37 ans selon les sources (22). Cet âge a beaucoup évolué avec le temps.

Les remplacements sont une très bonne première expérience pour les praticiens avant de savoir s'ils s'installeront ou pas (35). Cela permet de faire connaissance avec les autres praticiens du cabinet, du mode de travail et des perspectives d'évolution. C'est aussi la meilleure façon de faire connaissance avec la patientèle et se familiariser avec les modalités d'exercice du cabinet.

Cet aspect de la pratique a été retenu comme un facteur important dans le choix final. En effet, si les stages sont des premières expériences appréciables, le remplacement a une autre dimension. Le rythme de travail peut être différent, la sensation de responsabilité peut être différente et parfois peut faire peur. Dans les différents travaux à ce sujet, l'envie de savoir ce que deviennent les patients, les conséquences de nos prescriptions, l'attachement que l'on a pu tisser avec la patientèle sont autant de facteurs qui mènent à une installation.

Dans cette optique, favoriser et encadrer les remplacements semble être une piste de réflexion importante. Non seulement pour les futurs installés, en les laissant parfaire leur formation et en leur permettant d'exercer selon différentes modalités et ainsi leur permettre de faire des choix de carrière motivés. D'un autre côté, être remplacé pour un praticien, a fortiori lors que l'on exerce seul, est un moyen simple de lutter contre l'épuisement professionnel. Or, dans le contexte démographique actuel, il est de plus en plus difficile de trouver un remplaçant, ce qui rend la prise de congés difficile et rend les conditions d'exercices plus dures et participe à l'épuisement des professionnels en activité. Dans cet aspect aussi, des mesures semblent nécessaires :

Au niveau ordinal :

- organisation territoriale des remplacements : étant les seuls à connaître les effectifs et leurs caractéristiques, l'ordre a un rôle majeur à jouer dans la mise en contact des professionnels. Non seulement en mettant à jour des listes de remplaçants potentiels, mais aussi en mettant en relation les professionnels entre eux, notamment les professionnels en difficulté. En effet l'Ordre des médecins, de part sa position et ses relations, est à même de connaître les réalités de terrain et d'exercice de ces praticiens et ainsi pallier à leurs difficultés.

- accompagnement des remplaçants : le remplaçant est un futur installé. Il doit donc être accompagné (26) dans son projet professionnel par des acteurs connaissant les réalités de terrain. Ainsi un système de tutorat ordinal pourrait être pertinent. L'objectif serait d'être mis en relation avec des praticiens susceptibles de correspondre à ses attentes, tant en terme d'exercice professionnel que d'entente personnelle.

Au niveau institutionnel :

- la création d'un véritable statut de remplaçant serait un levier important. Pour favoriser les remplacements en zones fragiles, un dispositif d'aides doit être mis en place. Que cela soit pour dédommager les frais de trajet ou d'hébergement, ou encore pour une aide à la mobilité afin que la distance des centres urbains ou du domicile du remplaçant ne soit pas un obstacle. Ce statut pourrait de la même façon garantir aux remplaçants un complément d'honoraires basé sur les conditions de leur contrat de remplacement. Même si les conditions ont changé, le remplacement répond maintenant aux règles du marché de l'offre et de la demande, ainsi la part de rétrocession peut aujourd'hui être sujet à négociation et à dissuader l'une des deux parties. De la même manière, les praticiens installés se retrouvent dans une situation tellement précaire parfois, qu'ils sont prêts à accepter toutes les modalités de rétrocession voire même de reverser l'intégralité des honoraires au remplaçant, rendant donc ainsi leurs congés payants. Cette situation ne peut être tolérée puisqu'à terme elle pourrait dissuader les praticiens de prendre un remplaçant. Ainsi, si le contrat prévoit un ratio fixe de rétrocession à l'échelle d'un département, et qu'il le reverse directement au remplaçant, cela évite la mise en concurrence des cabinets sur les offres de rétrocession et les deux parties sont satisfaites. Une logique territoriale pourrait aussi apparaître dans ce statut. Le praticien ayant signé le contrat pourrait avoir une activité garantie sur un bassin de population identifié sur une durée déterminée. La durée de ce contrat pourrait aller de 1 à 2 ans avec au cours de celui-ci un accompagnement personnalisé pour construire ou non un projet d'installation sur le territoire concerné. Les praticiens de ce bassin de vie pourraient être partenaires de cette initiative qui aurait comme but final l'installation du praticien remplaçant dans un des cabinets qu'il a fréquenté. Les titulaires adhérents à ce contrat pourraient participer au financement sous la forme d'un forfait établi à la semaine qu'il reverserait au coordinateur. Par ailleurs peut être faut-il mettre à l'étude de limiter la durée de remplacement ?

4. Influence du tuteur

Les données concernant le tutorat sont peu exploitables dans cette étude. En effet, peu de personnes ont répondu à cet item et les plus de 45 ans n'ont pas eu de tuteur dans leur cursus. Il est donc difficile de tirer des enseignements de cet aspect du questionnaire. Les données disponibles montrent que 7 praticiens sur 11 ont eu un tuteur en Charente et que l'un d'entre eux s'est installé avec lui.

Ce résultat est probablement en partie lié au fait que l'étudiant ne choisit pas son tuteur puisque celui-ci lui est imposé en début de troisième cycle. Par la suite tout dépendra de la relation que l'étudiant aura avec son tuteur et s'il aura l'occasion de travailler avec lui. Ceci bien sûr est à double sens, un étudiant ne répondant pas aux attentes du praticien ne sera pas accompagné vers une association avec lui. Si cette fonction est actuellement dévolue aux contraintes universitaires (traces d'apprentissage et validation des acquis), elle s'inscrit dans une démarche d'accompagnement humain indispensable. La formation théorique au métier de médecin est certes indispensable, mais l'accompagnement humain l'est tout autant. Plus il y a d'interlocuteurs, plus l'étudiant sera à même de trouver une personne ressource sur laquelle compter. Les maîtres de stage et le tuteur peuvent facilement être une de ces personnes ressources et avoir un rôle majeur dans la formation de l'étudiant. Il est donc indispensable que ce rôle soit bien encadré et valorisé auprès des praticiens faisant cette démarche. Cette étiquette allant souvent de paire avec la maîtrise de stage, les objectifs sont les mêmes à moyen et long terme.

4 - Facteurs liés aux modalités d'installation

a. Influence de la localisation géographique de la l'installation

Selon les références (35-36-37), la définition des différents bassins de population varie. D'un point de vue purement démographique et de l'INSEE, il n'y a que deux dénominations qui font loi : rural et urbain. Leur définition est assez obscure. Je pense que cette définition n'est pas assez précise pour rendre compte de la réalité de terrain de l'exercice de la médecine générale ambulatoire libérale.

- population locale : nombre , vieillissement ...
- densité de médecin : nombre, réalité de l'activité ...
- organisation des médecins : cabinet de groupe , MSP, cabinets solitaires, organisation professionnelles CPTS ..
- accès aux laboratoires d'analyses médicales et selon quelles modalités : existence, horaires d'ouverture , modalités d'analyses en urgence
- accès à un service d'imagerie : soins non programmés
- accès à un hôpital local et selon son niveau d'équipement : hospitalisations ne nécessitant pas un plateau technique lourd, médecine polyvalente, SSR ...
- accès à un plateau technique d'urgence : UNV USIC Unités d'accueil psychiatriques,
- données démographiques simples et à jour : nombre de praticiens exerçant la médecine générale ambulatoire et selon quelles modalités (autres spécialisations n'exerçant pas la médecine générale ou de manière mixte (homéopathie, psychothérapie, ostéopathie, acupuncture, médecine du sport ...)

En 2012 la DRESS (38) introduit la notion d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL). Un indicateur appliqué à l'accès aux médecins généralistes libéraux en prenant en compte plusieurs critères comme l'âge du patient et son recours moyen aux médecins, la distance d'accès au médecin le plus proche, la notion de zone géographique et des critères d'activité des médecins. Cet indicateur permet d'éviter de diluer des gros écarts d'accès aux soins dans des calculs de densité médicale qui n'ont pas de signification sur le terrain. Cet indicateur prend aussi en compte le type d'activité des praticiens et permet aussi de donner un indicateur en équivalent temps plein médical. Ce qui permet de comparer une commune à l'autre en terme d'accessibilité. Ce critère est imparfait

mais beaucoup plus juste que des calculs simples qui ne prennent pas en compte la possibilité qu'un praticien exerce sur plusieurs cabinets, qu'il ait un mode d'exercice particulier; en d'autres termes cet indicateur tente d'être au plus proche de la réalité de terrain de l'activité du praticien.

L'exercice semi-rural est majoritaire dans notre étude. Il est probablement à différencier de l'exercice rural « typique ». Cet exercice concerne les villes de moins de 5 000 habitants et de plus de 2 000 qui sont pour l'essentiel situées sur les axes routiers de Charente à l'exclusion des aires urbaines d'Angoulême et de Cognac.

Ces villes sont caractérisées pour la plupart par la présence d'un ou plusieurs médecins organisés ou non en cabinet de groupe :

- 5 d'entre elles ont un hôpital local : Châteauneuf sur Charente, Ruffec, Barbezieux, La Rochefoucauld et Confolens.

- 3 d'entre elles ont un laboratoire d'analyses médicales ouvert à plein temps ou à temps partiel.

Sur cet aspect, il semble y avoir peu de leviers à mettre en place. Les facteurs géographiques déterminants étant très subjectifs et liés le plus souvent à des données personnelles du praticien (lieu du domicile, travail du conjoint, lieu et modalités de garde des enfants). Il semble illusoire de pouvoir mettre en place des mesures visant à favoriser une installation au regard de ces données. C'est donc par les autres leviers décrits dans ce travail que l'on pourra agir sur l'attractivité d'un territoire. Le praticien sera peut-être à même d'adapter sa distance ou son temps de trajet si les conditions de travail proposées sont en accord avec ses exigences. Concernant la distance aux centres urbains, au centre hospitalier d'Angoulême, à un hôpital local ou à une EHPAD, là encore cela semble difficile de pouvoir adapter cela à tous les lieux d'exercice du département. La loi « Ma Santé 2022 » avec la création d'hôpitaux de proximité pourrait peut-être favoriser cela tout de même.

Dans notre travail, tous les praticiens considèrent que la durée de trajet entre le domicile et le cabinet doit être inférieure à 30 voir 15 minutes. Selon le lieu de vie, cette durée peut être équivalente à un kilométrage variable. 30 minutes de trajet en Charente c'est le temps nécessaire pour aller d'Angoulême à Ruffec ou Cognac ou Montmoreau qui sont aux extrémités du département. Cela montre que les praticiens ont une mobilité notable et sont prêts à travailler assez

« loin » de leur domicile. Cependant, compte tenu des difficultés de circulation, certaines localisations du département restent assez peu accessibles et c'est logiquement dans ces zones que la démographie est la plus fragile.

Ce n'est, là encore, probablement pas en mettant en place des facilités de transport que l'on favorisera les installations mais toujours en rendant l'exercice plus attractif.

b. Influence du mode d'exercice

Je n'ai pas trouvé de données locales sur l'influence du mode d'exercice sur la succession. Si 70% (22) des jeunes installés privilégient ce mode d'exercice, l'urgence est donc à favoriser sa mise en place dans les zones où il n'est pas présent. Là aussi, c'est souvent dans les zones en souffrance que cette organisation est parfois plus difficile à mettre en place.

L'exercice solitaire présente des contingences qui sont difficilement conciliables aux désirs des jeunes praticiens :

- Obligation d'assurer la continuité des soins seul et donc avoir des amplitudes de travail importantes,
- Difficultés de trouver des remplaçants et/ou de prendre des congés dans de bonnes conditions,
- Solitude d'exercice et charge émotionnelle conséquente,
- Charge de travail,
- Lourdeur et difficulté de gestion du cabinet : présence ou non de secrétariat physique,
- Difficultés à mettre en place ou accepter la maîtrise de stage,
- Pression importante car seul en charge de la santé du territoire d'exercice.

L'exercice groupé, que cela soit physiquement ou contractuellement (Pôle de santé) permet de donner une autre dimension à l'exercice (39 - 40 - 41) :

- informatisation et partage des informations
- personnel délocalisé ou non (secrétariat commun)
- répartition de la charge de travail

- organisation et confort d'exercice : horaires adaptés pour respecter la continuité des soins en journée.

- plus attractif pour les remplaçants
- plus de chances de trouver un associé ou un successeur
- la présence possible de terrain de stage
- répartition des charges administratives et de la gestion comptable du cabinet

L'exercice en groupe au sein ou non d'une MSP ou d'un pôle de soins est un mode d'activité qui semble regrouper les caractéristiques nécessaires pour rassurer les praticiens voulant s'installer.

Là où l'exercice solitaire peut faire peur dans l'aspect de gestion du quotidien et du cabinet, la promotion des exercices en groupe et a fortiori pluri-professionnels, permet de modifier l'image de l'exercice de la médecine libérale que l'on peut avoir. Ainsi, l'appartenance à une équipe de soins primaires peut, en mimant un service de soin hospitalier, permettre au praticien de se sentir en sécurité dans son exercice.

Au-delà du partage des charges et donc des facilités à employer du personnel ou faire des investissements matériels pour faciliter l'exercice au quotidien, l'échange d'expériences et la discussion sur des cas sensibles sont des facteurs positifs certains pour ce type d'organisation.

Cependant, cette organisation pré-suppose une réflexion de groupe parfois difficile à mettre en place. En effet au sein de ces bassins de vie, quand la structure n'existe pas, monter le projet peut se révéler difficile. L'accompagnement proposé par l'ARS est important de manière à avoir une vision institutionnelle de cette organisation. L'organisation humaine est plus complexe notamment en groupe, car elle peut déroger aux habitudes antérieures des professionnels quelque soit leur métier.

Ainsi dans ce type d'exercice, les modes d'exercices de chacun, l'organisation des soins non programmés, l'articulation entre les différentes professions doivent répondre à un projet de santé défini en accord avec le cahier des charges régional proposé par l'ARS. Donc, à l'heure d'une transformation importante des soins de premiers recours qui semble indispensable, ces cahiers des charges pourraient être un obstacle s'ils ne sont pas compatibles avec un respect des conditions de travail des praticiens. Cette organisation suppose un objectif commun en accord avec les grands principes d'organisation des autorités de tutelle.

c. Influence des caractéristiques des associés

Notre travail montre que le sexe et l'âge n'ont pas été un facteur déterminant dans le choix du lieu d'installation. Cependant quelques commentaires sont importants à observer.

Concernant le sexe :

Au delà de la tentative de mixité rapportée par un praticien, seulement 2 des répondants ont déclaré que le sexe des futur(e)s associé(e)s avait été déterminant. Malgré la présence de la possibilité de commentaires il n'y en a eu aucun. L'impact de la féminisation a été étudié de manière exhaustive (17 à 19) , les résultats sont très favorables en ce qui concerne la qualité de vie des praticiens, mais ils le sont un peu moins au niveau du temps médical qui a diminué. S'il est mieux utilisé cela a probablement peu d'incidence globale sur les soins; mais étant donné qu'on se place toujours du côté du patient demandeur de soins pour juger du temps médical nécessaire pour soigner une population, il est normal que celui-ci soit perçu comme moins important à l'heure où la demande de soins ne connaît plus de limite. La mixité devrait être la règle. Non seulement pour les différences de point de vue et de personnalité mais aussi pour permettre à certains praticiens de réaliser qu'une certaine prise de distance du sacerdoce est indispensable pour rester dans de bonnes conditions de travail et en bonne santé. La grossesse peut être un élément décisionnel important. En effet, la prévision ou non d'un congé de maternité, remplacé ou non, pourrait être une situation compliquée dans un cabinet, surtout dans les zones fragiles où trouver un remplaçant n'est pas simple.

Concernant l'âge :

Pour 37% des répondants, l'âge des associés a été un facteur décisionnel important. De manière relativement simple la question de l'âge pose la question du risque à moyen ou long terme pour l'exercice. S'installer avec un ou des praticiens proches de la retraite, c'est prendre le risque de perdre un praticien ou de se retrouver seul en cas d'absence de successeur. Cet aspect a été évoqué dans les commentaires dans le sens où un praticien a rapporté avoir eu peur de s'associer dans l'hypothèse d'un départ à la retraite prochain sans remplaçant. Un autre évoque un avenir inconnu, s'étant installé avec des confrères de plus de 65 ans. Là encore, il s'agit d'une des difficultés de l'exercice solitaire mais aussi de l'exercice de groupe dans des endroits où les praticiens se sont organisés. S'il est difficile de remplacer un médecin, il est encore plus difficile de remplacer plusieurs médecins qui partent au même moment ou dans un temps très court. Dans le cas de

plusieurs départs prévus, seuls plusieurs arrivées peuvent compenser ce qui est encore plus difficile à envisager mais possible. Là encore, seul un accompagnement territorialisé pourra venir en aide à ces praticiens. Les tutelles ont toutes leurs rôles à jouer pour accompagner cela, pour prévenir du départ non remplacé de praticiens et du risque de désertification rapide d'un bassin de vie. Puisque rien n'est mis en place aujourd'hui, seule la fatalité est mise en cause quand cela arrive. Il semble impératif de créer un dispositif pour accompagner les praticiens dans leur cessation d'activité.

Si l'âge de départ à la retraite est laissé à la discrétion du praticien, un dispositif visant à anticiper son départ, à fortiori s'il exerce dans ces conditions jugées comme difficiles ou dans une zone à risque, doit voir le jour. Son rôle serait multiple :

- identifier les facteurs de non-attractivité de l'exercice,
- accompagner la mise en place de mesure visant à rendre l'activité attractive
 - maîtrise de stage
 - remplacement
 - organisation en pôle et partage de compétences (secrétariat)
 - accompagnement administratif : aide à l'informatisation...
- mettre en relation le praticien avec les dispositifs d'aide à l'installation (CESP)
- mettre en relation le praticien avec des jeunes inscrits motivés par l'installation
- favoriser les expériences sur place : faciliter l'accès au contrat d'adjoint, favoriser les collaborations courtes.

Il ne s'agit pas là de poser des conditions au départ à la retraite mais d'une façon de « prouver » que l'on a tout fait pour trouver un successeur et pouvoir partir à la retraite dans une relative quiétude. Il est très mal vécu par les praticiens de partir à la retraite sans successeur. L'idée « d'abandonner » sa patientèle peut être très mal vécue par les praticiens et même occasionner des dépressions voire des suicides. Il en est de même quand son départ signifie provoquer une surcharge de travail importante à des confrères déjà surchargés. On ne peut pas laisser cet état de fait continuer. C'est irresponsable de la part des autorités de tutelle de laisser les professionnels dans cette situation après ces-derniers aient rendu un service immense au bassin de vie dans lequel ils ont exercé.

d. Influence des conditions d'association

1 - Frais de présentation de patientèle et rachat de part de société d'exercice.

Historiquement, le praticien arrivant rachetait la patientèle de son prédécesseur sous la forme d'un pourcentage du chiffre d'affaires annuel, ce qui permettait un complément de revenu pour le jeune retraité. Cela était parfois, souvent pour les exercices solitaires, assorti du rachat du cabinet en lui-même de manière à pouvoir continuer à travailler dans les mêmes conditions. En faisant cela le praticien s'assurait une activité et des revenus stables. Cet aspect s'apparentait finalement au rachat d'un « bail commercial », à une époque où l'exercice était assez concurrentiel.

Compte tenu des nouvelles modalités d'exercice notamment de groupe, cette donnée tend à disparaître comme le montre notre étude où seulement 1 des praticiens de moins de 35 ans a eu à racheter une patientèle. Ce rachat pourrait, notamment dans les exercices solitaires, représenter un obstacle à la continuité des soins (42 - 43). En effet, faire cet investissement pourrait être un facteur limitant l'installation. Cette disposition étant à la discrétion du praticien partant à la retraite, sous couvert d'une justification fiscale, elle peut ne pas exister et constituer donc un argument pour trouver un successeur. Aujourd'hui, cette pratique persiste dans les lieux « recherchés », notamment dans les aires urbaines d'Angoulême et de Cognac mais de manière ponctuelle selon les praticiens dans le reste du département.

Cette évolution qui s'applique aussi en moindre mesure au rachat des parts de société d'exercice, s'est adaptée aux changements liés à la démographie médicale. De nos jours, l'offre est bien inférieure à la demande et rend cet argument dissuasif puisque l'on peut s'installer « n'importe où » et se constituer une patientèle rapidement sans avoir à investir dans un carnet d'adresses. Dans cet aspect, les modalités de début d'exercice jouent un rôle et notamment le contrat initial à durée limitée ou non.

2 - Modalités d'association (22 - 41)

Pour 73% des praticiens de l'étude, le premier contrat d'association a été un contrat de collaboration. Ce contrat permet de s'initier à l'exercice, de constituer progressivement sa patientèle lorsque l'on s'installe en groupe, ou prendre contact progressivement avec une patientèle quand on prend la succession d'un praticien titulaire.

Ce contrat permet un accompagnement par le titulaire. Il peut être à durée déterminée ou indéterminée. Le contractant peut avoir plusieurs lieux d'exercice tant que cela ne pose pas de problème en terme d'organisation, mais c'est rarement le cas.

Ce contrat définit : les modalités de planning, les conditions d'exercice, les conditions de mise à disposition des locaux, les conditions d'accès aux dossiers médicaux et l'utilisation du personnel, les conditions de perception directe des honoraires et rétrocessions.

Lorsqu'il est à durée indéterminée il se solde par la succession du praticien lors de son départ du titulaire ou à l'association avec le titulaire. Le contractant n'a pas à investir dans la société d'exercice.

Cependant, ce statut reste provisoire et précaire dans certains aspects notamment le fait de ne pouvoir intervenir dans les décisions au niveau du cabinet. Par contre, il offre de nombreux aspects positifs pour la praticien :

- liberté de choix des horaires et conditions d'exercice tant qu'une entente est possible entre les deux parties,
- mise en situation concrète et graduelle,
- peu de pression économique et de gestion « pure » du cabinet,
- plus de flexibilité .

Le contrat d'association, véritable contrat de mariage entre les contractants, peut prendre une dimension plus rigide avec souvent un rachat de parts de société d'exercice et donc une responsabilité plus importante et une contrainte à l'installation.

Cet aspect pose la question du risque économique (26) et de son appréhension . En effet, le praticien s'installant « prend le risque » de contractualiser son installation et donc subit une sorte de pression quand à son exercice :

- gagner sa vie en conservant un bon équilibre de vie,
- avoir aussi une vie de cabinet agréable et penser à l'avenir de son exercice.

e. Aides à l'installation (44-45)

1. Description

- Le Contrat d'Engagement Service Public est un contrat signé avec l'ARS (46-47-48), octroie au signataire une allocation mensuelle de 1 200€ brut/mois versée pendant un nombre variable d'années pendant sa formation. A l'issue de celle-ci, le jeune thésé s'engage à exercer dans une zone compatible dont le zonage est réévalué régulièrement, et à respecter les tarifs de la sécurité sociale. Cette mesure peut être contractée en tant qu'externe ou interne. Ainsi, l'étudiant se retrouve avec un accompagnement pendant son cursus à l'issue duquel il s'installe dans une zone prédéfinie.

Cette mesure a montré ses limites, notamment au début avec des possibilités de détournement de l'aide apportée qui ont contraint les pouvoirs publics à mettre en place des garde-fous en conséquence. Par ailleurs, cette aide pose un problème notable : selon le moment où on la contracte, notre connaissance de l'exercice de la médecine générale ainsi que ses particularités d'exercice en milieu sous-doté, peuvent nous être complètement inconnues. D'où le fait que d'être accompagné semble être indispensable. Cet accompagnement se présente sous la forme de rendez-vous personnalisés avec du personnel de l'ARS concerné et la participation à des réunions d'informations où des praticiens exerçant dans les zones concernées viennent se présenter et exposer leur conditions d'exercice de manière à trouver dans ce vivier une potentielle perle rare.

- Les Contrats d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM) et autres contrats territoriaux : Ces contrats conventionnels fournissent une aide financière au début de l'exercice sous couverts des caractéristiques géographiques du lieu d'installation.

- L'exonération d'impôts sur le revenu en Zone de Revitalisation Rurale et l'exonération des honoraires de la PDSA, ne sont pas déterminantes dans le choix d'installation. Mais elles peuvent être un levier positif pour convaincre un praticien dans le sens où ces aides peuvent aider à l'investissement initial lorsqu'il y a en a un.

- PTMG / PTMA : Les contrats de Praticien Territorial de Médecine Générale et de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (49) ont été créés pour favoriser l'installation des jeunes praticiens et à faciliter le début de leur exercice. Ces contrats sont aussi soumis à une

réglementation selon les données démographiques de l'ARS. Ceux-ci donnent accès à des garanties de couverture sociale (congé maladie, maternité) que les contrats habituels ne donnent pas. Sa durée est limitée à 1 an renouvelable 1 fois. La contrepartie est d'exercer dans une zone éligible, aux tarifs opposables de la sécurité sociale avec un minimum d'actes mensuels.

2. Commentaires

Les aides à l'installation ne sont pas une mesure nécessaire à l'installation (22-50-51). Leur connaissance n'est pas largement acquise notamment pour les aides émanant des CPAM et ARS. Le fait qu'elles varient selon certaines particularités locales (zonage ARS) est aussi un facteur ne facilitant pas leur connaissance.

Les moyens d'informations diffèrent selon les moments du processus d'installation :

- Formation initiale : CESP
- Projet d'installation : PTMG et PTMA
- Installation : CAIM et exonérations fiscales et des revenus de la PDSA

Les praticiens actuellement en exercice ne connaissent pas forcément ces aides puisqu'elles n'existaient pas lors de leur installation. Ainsi PTMA et PTMG sont des aides nouvelles dont peuvent bénéficier tous les praticiens .

Notre étude montre qu'elles sont peu déterminantes dans le choix des futurs praticiens dans le sens où elles ne conditionnent pas l'installation mais sont une aide importante notamment pour l'investissement initial permettant d'éviter d'emprunter en début de carrière. (50-51)

5 - Facteurs liés aux modalités d'exercice une fois installé

a. Choix du mode d'exercice et des modalités

1 - Mode d'exercice : libéral exclusif / mixte.

Cet aspect de la pratique permet au praticien de s'épanouir dans sa pratique. Que cet exercice concerne un salariat hospitalier à temps partiel ou un mode d'exercice particulier, cela permet au praticien de se sentir libre d'exercer comme il l'entend. Cet argument a été ressenti comme important ou décisif pour plus de la moitié de l'effectif. Cela permet de ressentir une certaine évolutivité dans la pratique et lutte contre la morosité. Cette liberté évite au praticien de se sentir bloqué et contraint d'exercer et participe à l'accomplissement professionnel.

La possibilité de faire cela est donc une liberté considérée comme importante pour les jeunes praticiens qui ne veulent pas se cantonner à un exercice fixe et se donner le choix et les opportunités de changer.

2 - Autres activités que la médecine générale.

Un Mode d'Exercice Particulier (52) est une « spécialité » qui n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, comme l'acupuncture et l'homéopathie, ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. Parmi les MEP on retrouve : la médecine du sport, la médecine pénitentiaire ... La possibilité d'exercer cette pratique est là aussi gage de liberté d'exercice pour le praticien et, est donc importante mais pas décisive dans leur choix. Un interrogatoire plus approfondi permettrait d'en savoir plus à ce sujet.

b. Influence de la permanence des soins

Certains seraient tentés de dire que les jeunes médecins ne veulent plus effectuer la PDSA. Notre étude montre que cet aspect n'est pas déterminant dans le choix d'installation. Cependant, force est de constater que les modalités de cette PDSA vont évoluer. L'évolution de la démographie médicale fait que les praticiens restants vont devoir assurer la PDSA dans les conditions actuelles, à savoir le soir de 20h à minuit, le week end de 12h à minuit le samedi et de 8h à minuit le dimanche, avec des effectifs de plus en plus réduits. Si l'on rajoute à cela les propositions des tutelles d'augmenter les secteurs de garde, d'être sous la dépendance du médecin régulateur quant aux actes, le risque d'épuisement à l'heure où de plus en plus de médecins vont faire valoir leur droit à la retraite, est immense.

Dans notre étude, la participation à la PDSA a été déterminante dans 3 cas sur 19. Malheureusement peu de commentaires ont été émis à ce sujet. Les modalités de PDSA en Charente ont-elles favorisé ou dissuadé les praticiens de s'installer ? Les disparités de réalisation de celle-ci sont possiblement des facteurs pouvant à terme être en défaveur pour la Charente, tant que les conditions de PDSA ne sont homogénéisées au niveau de la grande région.

La vision, un peu ancestrale du médecin disponible 24h/24 et 7J/7 n'est plus compatible avec les aspirations des jeunes praticiens. Mais des solutions existent et doivent s'inspirer des propositions des praticiens de terrain et non des décisions politiques des tutelles.

Ainsi, la réorganisation des soins primaires dans une logique de territoire et selon des modalités qui restent encore à définir comme dans le rapport 2018 de l'HCAAM (1) peuvent être une solution à cet état. En effet, responsabiliser les professionnels sur un bassin de vie en optimisant les différentes missions des professionnels de santé et des plateaux techniques de premiers recours, pourraient permettre de redonner ses lettres de noblesse à la PDSA qui aujourd'hui répond souvent à la demande d'immédiateté de l'urgence ressentie par le patient devant un symptôme plus que sur des données médicales.

c. Présence du secrétariat physique

Pour 93% des moins de 35 ans et 20% des plus de 35 ans la présence d'un secrétariat physique était déterminante. Ce item reflète essentiellement le besoin d'aide administrative pour se décharger de tâches non médicales chronophages et du besoin d'organisation du temps de travail afin d'optimiser celui-ci.

Les missions du secrétariat sont multiples et varient selon les cabinets :

- Tâches administratives : Gestion des appels téléphoniques, gestion des agendas, gestion du courrier et des communications, gestion du dossier patient, gestion du matériel médical, gestion des remplacements, gestion de la comptabilité de la société d'exercice et/ou des praticiens, gestion du ménage...

- Relations humaines : Connaissance de la patientèle, rapports entre les praticiens.

La présence d'un secrétariat physique est donc synonyme d'optimisation du temps de travail ce qui est indispensable à notre époque (53) . Par contre, cela représente un coût financier non négligeable, mais qui pèse bien peu dans la balance si cela amène un confort d'exercice. Ce poste est donc particulièrement important dans des cabinets de groupe où le rôle de coordination des soins et des plannings concourt aussi à la continuité des soins. Dans les cabinets solitaires cet investissement est lourd mais, là-aussi, parfois seul garant d'un certain confort d'exercice. Ce premier filtrage des patients assure le plus souvent au praticien que son temps soit utilisé à bon escient.

L'émergence du métier d'assistant de cabinet médical semble être un point positif dans l'optique de faciliter le travail de groupe.

La présence d'un secrétariat physique sera donc un facteur décisionnel important. Il conviendra donc de faciliter sa mise en place et son organisation dans les zones fragiles. Cela pourrait être sous la forme d'un secrétariat partagé, par exemple chez un praticien isolé de la présence pluri-hebdomadaire de la secrétaire pour gérer les données administratives, et le reste du temps d'une gestion à distance des appels.

d. Liberté de choix de planning (20)

La liberté d'organisation de son quotidien est un facteur décisionnel majeur. En effet, la possibilité d'organiser son quotidien permet au praticien de trouver un équilibre avec sa vie personnelle tout en essayant de répondre au mieux aux contraintes professionnelles.

Que cela soit dans la liberté de faire ou non des Visites A Domicile (VAD) ou de recevoir avec ou sans rendez-vous, ces critères sont particulièrement importants. Ces critères sont à la discrétion du praticien selon ses choix d'exercice.

Concernant les modalités de rendez-vous : le sans rendez-vous induit une gestion aléatoire des horaires ce qui est peu compatible avec une organisation de vie de famille.

Concernant la réalisation de VAD : cet acte indispensable dans certaines situations et concerne souvent des patients en situation particulière. Cette activité est hautement chronophage puisqu'elle implique un temps de trajet par définition non médical et non productif. Avec le désir politique de maintenir les patients à domicile, elle semble indispensable. Ses indications sont relativement encadrées mais dépendent aussi des conditions d'exercice et de la population concernée.

Une pratique urbaine des VAD se caractérise par une densité géographique plus importante des visites avec des temps de trajets courts et souvent des patients regroupés dans des structures d'hébergement.

Une pratique rurale et semi-rurale des VAD se caractérise par des temps de trajets longs et multiples.

Leur réalisation peut paraître contraignante mais ce sont des actes d'une haute valeur ajoutée notamment dans la connaissance du milieu de vie du patient. Cependant, leur pratique doit être optimisée pour permettre une meilleure organisation du temps de travail. A l'avenir, notamment avec l'émergence des pratiques infirmières avancées, leur réalisation pourra être optimisée.

Ces deux aspects sont donc très importants en terme d'organisation des journées des praticiens qui répondent à des contingences personnelles parfois complexes.

e. Conditions de prise des congés

Contrairement à un exercice contractuel salarié, la prise des congés en libéral est conditionnée à différents facteurs :

- la nécessité ou non d'un remplaçant
- la continuité des soins : prise en charge des patients en l'absence de leur praticien référent.
- organisation du cabinet.

Ainsi 3 des 19 praticiens répondants ont eu une durée de congés imposée par les associés. Nous n'avons pas choisi de les interroger sur la durée ou leur ressenti vis à vis de cette durée. Ces 3 mêmes praticiens conditionnent leur départ en congés à la présence d'un remplaçant ou à une entente entre associés. Compte-tenu de la priorité de la qualité de vie, une contractualisation trop stricte des congés pourrait être un obstacle à l'installation d'un praticien. Le fait de ne pouvoir partir que sous conditions est un facteur limitant assez simple. Compte-tenu des difficultés à trouver un remplaçant cette donnée pourrait être un frein majeur. D'où la nécessité d'optimiser le statut de remplaçant comme décrit plus haut.

La prise libre et non contrainte de congés garantit un ressenti positif et lutte contre épuisement professionnel.

f. Possibilité de faire de la formation médicale continue (FMC)

Selon les modes de réalisation de cette FMC, elle peut influencer plus ou moins l'exercice :

- si elle donne une compétence particulière à l'un des praticiens cela peut renforcer l'exercice de groupe avec l'existence « d'experts » et créer une dynamique de partage très intéressante.
- si elle ouvre la possibilité à des Modes d'Exercice Particuliers ou MEP, (homéopathie, ostéopathie, psychothérapie..) outre la diversification de l'activité du praticien, elle peut modifier la façon de travailler et l'organisation des plannings.

Cet aspect de la pratique étant opposable et obligatoire, il ne semble pas être un facteur décisionnel déterminant dans l'installation car reconnu et accepté.

C - Le profil du jeune installé Charentais.

Comme l'a fait Thomas LOUYOT dans son travail (44), nous allons tenter de dresser le profil type du praticien qui s'est installé en Charente depuis 2015 en prenant en compte les résultats de cette enquête afin de mieux cerner ses attentes et de pouvoir y répondre plus « facilement ».

Le jeune spécialiste en Médecine Générale Ambulatoire est une **femme de moins de 35 ans, qui vit en couple avec des enfants.**

Elle a fait sont cursus dans les **facultés de Nouvelle-Aquitaine.**

Elle **a réalisé un ou des stages proches ou sur son lieu d'installation** dans le cadre de sa maquette de DES de médecine générale.

Elle **a remplacé dans plusieurs cabinets en Charente** avant de s'installer.

Dans un **délai court, inférieur à 3 ans** le plus souvent, elle va **s'installer en groupe dans un des cabinets dans lequel elle a travaillé.**

Concernant l'investissement initial, il n'y aura **pas d'investissement dans une société civile immobilière ni frais de présentation de patientèle.** Le rachat de parts de Société civile de Moyens n'est pas un obstacle à l'installation.

Elle **ne s'appuiera pas sur des critères d'âge ou de sexe mais privilégiera une bonne entente et un projet professionnel commun.**

Ce professionnel **ne bénéficiera pas d'aides financières exceptionnelles, hormis celles étant en rapport avec son lieu d'exercice et les mesures conventionnelles** habituelles.

Ce cabinet sera **à moins de 30 minutes de trajet de chez elle** et sera **stratégiquement localisé par rapport au travail du conjoint et du lieu de garde ou scolarisation des enfants.**

L'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale est essentiel.

Elle exercera **en cabinet de groupe, au début comme collaboratrice. La présence d'un secrétariat physique est importante.**

Elle a le **choix de son planning tant en terme de réalisation de faire des visites à domicile, que de la possibilité de recevoir avec ou sans rendez-vous.** Elle aura la **possibilité de prendre des 1/2 journées ou journées complètes de repos** dans la semaine et aura **le choix de la durée de ses congés sans condition particulière.**

La participation à la permanence des soins n'est pas un obstacle dans l'état actuel des choses.

Elle **pourra faire de la formation médicale continue sans condition.**

D - Perspectives d'avenir

Compte-tenu de ces résultats et du profil type du praticien s'installant en Charente depuis 2015 et à la lumière des différents projets de réorganisation des soins primaires (1) HCCAM, il paraît nécessaire d'étudier les obstacles existants dans les cabinets qui n'arrivent pas à trouver des associés ou des successeurs.

Ces études seront difficiles à mener car elles reposeront sur des données subjectives soumises à des biais. Ainsi, plusieurs pistes sont à explorer :

Concernant l'attractivité des territoires, des mesures politiques semblent nécessaires pour agir à plusieurs niveaux :

- réinvestir les zones rurales en garantissant l'accès à des services élémentaires comme les écoles.
- organiser un maillage territorial compatible avec les aspirations des jeunes praticiens. Favoriser l'émergence de cabinets d'appui dans les périphéries des aires peuplées.
- favoriser le regroupement des professionnels pour que l'exercice solitaire disparaisse peu à peu.

Concernant les modalités d'installation, le risque principal à court terme est celui de mettre en concurrence deux secteurs de la médecine générale : l'un libéral et l'autre salarié répondant à des obligations bien différentes.

- Réorganisation des soins primaires en concertation avec les professionnels de terrains de manière à garantir un bon fonctionnement des soins de premier recours.
- Le salariat en médecine générale ambulatoire est-il une réponse à la désertification médicale ?
- L'organisation des soins de premiers recours avec l'émergence d'organisations territoriales de santé (CPTS) pourra-t-il donner ses lettres de noblesses à la médecine générale en lui accordant enfin son statut de spécialité à part entière ? En effet, si les praticiens arrivent à s'organiser pour gérer les soins non programmés, le reste de leur activité pourra être dévolue à l'exercice d'une médecine générale déchargée du poids de l'imprévu et permettre ainsi de se

focaliser sur ses missions de prise en charge globale des patients, que cela soit au cabinet ou à domicile.

Concernant le travail de groupe : il semble exister un facteur limitant dans ce concept qui est le praticien exerçant seul. En effet, aujourd'hui, un praticien qui part à la retraite sans être remplacé ne peut que déplorer ne pas avoir trouvé un successeur, mais pourrait-on demander des comptes à ces praticiens ? Dans l'absolu, ne pas avoir trouvé un successeur est synonyme de conditions d'exercice qui ne conviennent pas aux praticiens sur le « marché ». Ainsi après avoir travaillé pendant des années à rendre un service qui se raréfie, ce praticien subit un traumatisme en abandonnant sa patientèle sans pouvoir avoir la satisfaction qu'elle soit prise en charge par un autre confrère.

Pourquoi ces praticiens ne modifient-ils pas leur mode d'exercice pour devenir attractif ? Pression financière ? Manque de temps, épuisement ? Ne pourrait-on pas créer un dispositif d'aide pour ces praticiens qui exercent dans des conditions qui sont de réels freins à l'installation de jeunes praticiens ?

- aide organisationnelle : secrétariat physique, assistant administratif, aides à la mobilité des collectivités pour limiter la perte de temps en visite à domicile pour les personnes à mobilité réduite.

- aide financière : si le praticien exerce dans un cabinet faisant partie de son domicile, rejoindre une structure impose un coût financier. De même, le médecin exerçant dans un cabinet hors de son domicile peut être mis en difficulté en l'absence d'un successeur qui pourrait racheter son cabinet si celui-ci incorpore une structure de santé locale.

- aide humaine : les praticiens exerçant dans des zones sous-dotées ont souvent du mal à trouver des remplaçants. Leur recrutement est souvent limité par la distance géographique du cabinet du lieu de vie du remplaçant. Ces médecins se retrouvent donc dans une situation où tout congé est synonyme de fermeture de cabinet et donc sujet à culpabilisation ne pouvant pas assurer la continuité des soins. Cependant, ces praticiens ont aussi le droit à du repos. Il faut donc organiser des systèmes de remplacement à l'échelle institutionnelle pour venir en aide à ces praticiens qui sont particulièrement exposés à l'épuisement professionnel.

Cependant, toutes ces mesures ne pourront être efficaces que s'il existe une volonté de changement du praticien. Dans mon expérience personnelle, les facteurs limitant ces successions ont été souvent les mêmes :

- volonté du praticien du rester seul avec refus d'association,
- refus informatisation,
- refus d'un travail en équipe ou pôle de soin ou de rejoindre une structure de groupe.

Ainsi, un travail sur les raisons pour lesquelles les praticiens ne sont pas remplacés, pourrait permettre de mieux identifier ces praticiens et qu'ils soient accompagnés dans la modification de leurs pratiques afin d'optimiser leurs chances de trouver un associé ou successeur.

VI - Conclusion

Même si l'échantillon est faible, l'analyse des facteurs décisionnels ayant conduit à des installations en Médecine Générale Ambulatoire depuis 2015 en Charente, retrouve des données en accord avec les études à grande échelle avec quelques nuances.

Ces praticiens accordent à leur vie personnelle une place de premier plan dans l'organisation de leur vie professionnelle, qui doit donc s'adapter aux contingences d'une famille et pas d'un praticien isolé. D'où le plébiscite de l'exercice de groupe qui permet plus de flexibilité dans les horaires et les conditions de travail. Cette adaptabilité est un facteur décisif à la décision finale.

Les praticiens s'installent là où ils ont déjà travaillé et avec des personnes qui ont la même vision du métier qu'eux, quelque soit le mode d'exercice. Il est donc urgent de mettre en place des dispositifs pour mettre les praticiens en relation. Que cela soit au niveau universitaire avec le développement de la maîtrise de stage ou l'évolution de la maquette du DES, ou au niveau territorial avec des associations de professionnels de santé, ou encore au niveau ordinal ou institutionnel (ARS) comme évoqué dans le rapport de l'ISNAR-IMG de Mars 2019 (7) . Il est indispensable d'accompagner les praticiens dans une réalité de terrain et de pratique de la médecine par des personnes qui pratiquent la Médecine Générale Ambulatoire sur un territoire donné.

Les aides à l'installation ne sont pas déterminantes dans ce choix. Dans les zones sous-dotées, l'argument financier a peu de poids car la demande est bien supérieure à l'offre et assure donc un revenu correct aux praticiens. Au mieux sont-elles là pour garantir une certaine sécurité concernant les contrats de PTMG et PTMA.

L'installation de nouveaux praticiens est possible, elle présuppose des efforts de tous les acteurs avec notamment la promotion de l'exercice de groupe. Dans le cadre de cette démarche, il faut aider les praticiens qui actuellement exercent dans des conditions jugées comme difficiles à faire évoluer leurs pratiques.

Les modalités d'association doivent aussi être adaptées au contexte. Ainsi une collaboration initiale semble le mode de début d'exercice reconnu par les praticiens pour faire connaissance avec

un cabinet et une pratique. La pression financière à l'installation peut être un élément dissuadant le praticien motivé.

Le facteur géographique sera limitant quoi qu'il arrive. Il doit faire face à trop de variables (domicile, travail du conjoint, gestion des enfants ..). La liberté d'installation doit être préservée. Il faut que les conditions d'exercice deviennent tellement attractives que les praticiens feront la route pour aller exercer là où les efforts seront faits. Le salariat avec l'exercice multi-site est probablement une solution à ce problème géographique, mais les expériences manquent sur le département. L'existence de déserts médicaux sur le département va de paire avec l'existence de déserts socio-économiques négligés ou organisés par les pouvoirs publics.

Une grande partie de la difficulté actuelle provient d'un double constat :

- la Médecine Générale est en pleine mutation : l'exercice libéral a peut-être atteint ses limites de fonctionnement. Un changement profond d'organisation est nécessaire. L'émergence du salariat pourrait pallier aux difficultés de ce modèle d'exercice.

- Deux réalités générationnelles se côtoient et doivent s'entraider. Les modalités d'installation des praticiens partant à la retraite ne peuvent pas être comparées aux conditions actuelles. Les modalités de départ à la retraite non plus. Ces deux aspects peuvent être générateurs de tensions entre les deux générations. C'est donc un accompagnement aussi pour les praticiens actuellement en exercice et étant en difficulté qui doit être mis en place.

Afin de mieux comprendre cet aspect là et d'être complémentaire à ce travail, il serait très intéressant de travailler sur la population des praticiens de plus de 60 ans. En séparant deux groupes, les praticiens exerçant seuls et ceux exerçant en groupe. Afin de déterminer pour les uns les autres ce qu'ils font ou ce qui pourrait être fait pour optimiser leurs chances de trouver un associé ou un successeur.

Enfin, il semble urgent de mettre en place une réflexion à grande échelle sur la consommation de soins. En effet, une partie du problème actuel réside dans la consommation de soins notamment en médecine de premier recours qui connaît de moins en moins de limites avec un système de santé qui doit s'adapter en aval. « L'urgence ressentie » par le patient est parfois éloignée d'un vrai motif médical et met l'organisation des soins de premier recours en difficulté.

VII - Bibliographie

1. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie : Contribution à la stratégie de transformation de notre système de santé. Avis et rapport 2018.
2. ISNAR-IMG. Contribution de l'ISNAR-IMG : Consultation sur la Stratégie de Transformation du Système de Santé. Mai 2018.
3. Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Rapport au Président de la République Française. 2010.
4. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} Janvier 2018. CNOM
5. Berland Y. Et Al. Missions « démographie des professions de santé ». Rapport n°2002-135. Novembre 2002.
6. ISNAR INSI ANEMF REAGJIR. Dossier accès aux soins Mars 2019.
7. ISNAR-IMG. Propositions des futurs généralistes pour un meilleur accès aux soins. Mars 2019.
8. Descours C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Juin 2003.
9. Castaigne S. Lasniner Y. Les déserts médicaux. Avis du conseil économique social et environnemental. Décembre 2017
10. Bourgueil Y. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. IRDES Rapport n° 534 juin 2006.

11. Lefèvre JH. Et al. Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1870 externes français. In La Presse Médicale. 2010;39.
12. Attel-Toubert K. Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES. Etudes et Résultats n° 679 Février 2009.
13. DREES. Portrait des professionnels de santé . Chapitre 18 Les conditions de travail des médecins généralistes. 2016.
14. Dormont N. Et Samson A. Démographie médicale et carrière des médecins généralistes. Economie et statistiques. 2008.
15. Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural. Thèse d'exercice. Université de Nancy. 2003.
16. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Poitou-Charentes situation en 2015. CNOM.
17. Buron Nadal M. Etude sur la qualité de vie de femme ayant expérimenté une première installation en médecine générale entre 2010 et 2014 sur le bassin de vie de Saint-Nazaire. Thèse d'exercice . Université d'Angers. 2016.
18. Lapeyre N. Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Presses de sciences Po. 2007.
19. Chaney S. Être mère constitue-t-il un frein à l'installation en médecine générale libérale ? Thèse d'exercice. Université de rouen. 2011.
20. Jakoubovitch S. Et al. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats n°797 DREES. Mars 2012.

21. Proppelier A. Exercice de la médecine générale : approche intergénérationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Thèse d'exercice. Université de Poitiers; 2010.
22. Etude sur l'installation des jeunes médecins . CNOM commission jeunes médecins. 11 Avril 2019.
23. Rapport jeunes médecins. CNOM - commissions jeunes médecins 2007.
24. Breuil-Genier P. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etudes et Résultats . DREES 2005. n° 430
25. Pitol Belin S. Raisons du choix de spéculation et localisation
26. Delattre E. Et al. Stratégies de localisation des médecins généralistes français : mécanismes économique ou hédonistes ? In Economie et statistique n° 455-456. 2012.
27. Cattin E. Stages de second cycle en médecine générale en Rhône-Alpe-Auvergne : Impact et influence de ses modalités sur l'envie d'être généraliste. Thèse d'exercice. Université de Grenoble. 2010.
28. Coudreuse Chichoux M. Influence des stages ambulatoires de niveau 1 sur le projet d'installation des internes de D.E.S de médecine générale de la faculté de Grenoble. Thèse d'exercice. Grenoble. 2012.
- 29 . Bouchi W. L'installation des jeunes médecins du nord : le Saspas influence -t-il le délai d'installation ? Bouchi, Wail. Lille 2015.
30. 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, pp21-24.
31. Lafon P. influence du cursus universitaire et du remplacement dans l'élaboration du projet professionnel en médecine générale . Enquête chez les remplaçant en Région centre / thèse de médecine. tours. 2008.

32. Sarti R. Impact du statut de maître de stage Universitaire sur l'image que les patients ont de leur médecin généraliste. Une étude quantitative réalisée dans les bouches du Rhône. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017
33. Regnault A. et Renzo A. Etre maitre de stage universalise protège-t-il du burnout ? Université d'Angers. 2014.
34. Jacques N. Remplacer ou ne pas remplacer pendant l'internat : influence sur le projet professionnel des internes en médecine générale inscrits en TCEM2 en 2009/2010 à la faculté de médecine de Nancy. 2010.
35. Husson A. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France : éternellement nomade ? Enquête nationale descriptive réalisée en novembre 2011 par questionnaire en ligne. Thèse d'exercice. Université Paris Diderot. 2012.
35. Carol G. Motivations des jeunes médecins à l'installation en milieu rural en région pays de Loire. Thèse d'exercice. Université de Nantes. 2014.
36. Camus O. Installation en médecine générale en milieu libéral en Picardie : freins et réticences. Université de Picardie. 2015.
37. Barat F. Exercer la médecine générale en zone rurale en 2009 : qualité de vie professionnelle et personnelle : enquête par entretiens auprès de 18 médecins généralistes installés en Saône et Loire. Thèse d'exercice. Université Lyon. 2010.
38. Barlet M. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Questions d'économie de la santé n°174 Mars 2012. DREES.
39. Texier H. Etude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluriprofessionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. Human health and pathologie. 2013.

40. Augros S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes : étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011. Thèse d'exercice. Université de Grenoble. 2012.
41. Milliasseau E. Conditions d'exercice et degré de satisfaction à l'installation libérale des jeunes médecins généralistes : A propos d'une enquête auprès d'un échantillon de médecins généralistes installés depuis moins de 5 ans en Rhône Alpes. Thèse d'exercice. Université Lyon. 2010.
42. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale. Thèse de médecine. Université de Nantes; 2012.
43. Toussaint E. Principales contraintes administratives à l'installation en libérale chez les jeunes médecins généralistes. Thèse d'exercice. Université de Reims. 2013.
44. Jardel A. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation des internes de médecine générale haut-normands. Thèse d'exercice. Université de Rouen. 2014.
45. Rigot H. Installation des médecins généralistes en milieu rural, motivation et impact des mesures incitatives, premières constatations et perspectives. Thèse d'exercice. Université de Reims. 2015.
46. Lemoine P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives : enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008). Thèse d'exercice. Université du dora et de la Santé . Lille . 2014.
47. Régnard C. Le contrat d'engagement de service public : bilan d'une première année. Ministère du travail de l'emploi et de la Santé.
48. Grassaud MH. déterminant du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrits au Contrat d'Engagement Service Public. Université de Toulouse. 2013.
49. Aides à l'installation. PTMG. ARS Nouvelle Aquitaine 25/04/18.

50. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. 2011.
51. Brabant B. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées. Thèse d'exercice. Université Paris Diderot. 2013.
52. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Rapport annuel
53. Lestapis-Auroux S. Place du secrétariat médical dans les cabinets libéraux de médecins généralistes. Thèse d'exercice. Université de Poitiers. 2018.
54. Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorrain ? Une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine. Thèse d'exercice. Université de Lorraine; 2016.

VIII - Annexes

Annexe 1 : Articles de la presse locale

Articles de Presse de la Charente Libre

- 15 Mars 2019 : Chabanais : « ils veulent accueillir des toubibs »
- 7 Mars 2019 : Chabanais : « marche pour lutter contre les déserts médicaux ».
- 7 Mars : Fléac : « Départ du médecin : la commune sous le choc ».
- 5 Mars 2019 : François Goubault : "Une vidéo humoristique pour recruter trois médecins en Charente Limousine »
- 24 Février 2019 Josette Rebeix : « Les élus se penchent sur le constat du déficit des professionnels de la santé. »
- 21 Février 2019 : Marie Françoise Cormier : Chabanais : « Maison de santé : le ras le bol du manque de médecins s'accroît »
- 18 Février 2019 : François Goubault . « Les Saint-Laurentais plongés dans l'embarras »
- 4 Février 2019 : « Contrat local de santé : six territoires s'engagent en Charente »
- 15 janvier 2019 Saint-Severin : « le maire se fait voler la vedette par le médecin »
- 14 Janvier 2019 « Services de santé, le maire tire la sonnette d'alarme lors des vœux de la municipalité »
- 14 Janvier 2019 Jean-François Barré : « Médecine générale : l'union pour un « état d'urgence » ».
- 31 Décembre 2018 « La nouvelle vie du docteur Lefèbre »
- 20 Décembre 2018 « Le département veut salarier des médecins »
- 5 Décembre 2018 : « toujours moins de généralistes toujours plus de déserts ».
- 15 Novembre 2018 Mornac : « un petit pas pour la maison de santé ».
- 24 octobre 2018 David Gauthier : « Brie s'allie à Champniers pour attirer les médecins »
- 5 octobre 2018 : Montmoreau : « Une commission pour la médecine de campagne »
- 20 Septembre 2018 : François Goubault : « Saint-Laurent-de-Céris recherche un médecin »
- 19 Septembre 2018 : Verteuil : « L'urgentiste de Ruffec s'installe en libéral »

Annexe 2 : Questionnaire

Enquête sur les facteurs déterminants ayant conduit aux installations en Médecine Générale ambulatoire depuis 2015 en Charente (16).

Questionnaire de thèse de Charles PAULY

Bonjour à tous,

Ancien interne de Médecine Générale de la promotion 2013 de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers et actuellement adjoint en Médecine Générale depuis 2016, je me permets de vous solliciter pour ma thèse.

J'ai besoin de vous pour répondre à ce questionnaire qui vous prendra entre 15 et 20 minutes.

Le questionnaire est anonyme et confidentiel.

Je vous demande de répondre de la façon la plus honnête et spontanée possible s'il vous plait.

L'objectif principal est d'identifier les principaux facteurs ayant été déterminants dans votre choix d'installation .

L'objectif secondaire est d'éventuellement permettre à des territoires ou des praticiens d'optimiser leur attractivité à l'heure d'une désertification qui devient très problématique pour les patients et les praticiens en place.

Si vous acceptez de répondre à ce questionnaire, cela équivaut à un consentement libre, éclairé et spécifique de votre part pour le traitement des données.

Merci d'avance pour votre participation !!!

Charles PAULY

sous la direction du Dr Marine ANDRIEUX (médecin généraliste à Angoulême et Chef de clinique de médecine générale)

I - Données personnelles et matrimoniales

1. Vous êtes : Une femme / Un homme
2. Votre âge :
3. Votre année de thèse :
4. Votre année d'installation :
5. Votre situation familiale : Célibataire / En couple
6. Au moment de votre installation aviez-vous un conjoint ? oui / Non
7. Votre conjoint exerçait-il une activité professionnelle ? oui / non / non concerné
8. Si oui, quelle type d'activité faisait votre conjoint au moment de votre installation ?

Une seule réponse possible.

- Profession médicale
- Profession paramédicale
- Activité salariée
- Autre profession libérale (droit ...)
- Artisanat
- Activité professionnelle à son compte
- Agriculture
- Autre
- non concerné

9. Si oui, a-t-elle été déterminante dans le choix de la Charente ? (avez-vous choisi la Charente par rapport aux choix de carrière de votre conjoint ?) Oui / non

10. Si oui, a-t-elle été déterminante dans le choix de votre lieu d'installation ? (le lieu d'activité de votre conjoint a-t-il été déterminant dans votre choix de lieu d'installation ?) Oui / Non

11. Au moment de votre installation aviez-vous des enfants ? Oui / Non

12. Si oui, les possibilités de "gestion" de vos enfants (modalités de garde, accès aux établissements scolaires ..) ont-elles été déterminantes dans votre choix d'installation ? Oui / Non

13. L'impact supposé de votre activité professionnelle sur votre vie de famille a-t-elle été un facteur décisionnel pour votre installation ? Oui / Non

Commentaires généraux sur les données personnelles et matrimoniales : (nombre d'enfant, vécu des contraintes liées au travail de votre conjoint ou aux contraintes de "gestion" de vos enfants)...

II - Facteurs géographiques personnels déterminants

vos origines ou celles de votre conjoint ont-elles eu un impact sur votre installation ?

14. Êtes-vous originaire du Poitou-Charentes ? (naissance ou période de vie longue) Oui / Non

15. Êtes-vous originaire de Charente ? Oui / Non

16. Votre conjoint est-il originaire de Charente ? Oui / Non / Non Concerné

17. Votre famille est originaire ou vit en Charente ? Oui / Non

18. La famille de votre conjoint est originaire ou vit en Charente ? Oui / Non

19. Votre conjoint a eu une opportunité professionnelle en Charente ? Oui / Non / Non Concerné

20. Vos choix professionnels ont-ils été prioritaires sur ceux de votre conjoint ? Oui / Non / Non Concerné

Commentaires généraux sur vos origines géographiques et celles de votre conjoint si vous en avez un : (importance d'une opportunité professionnelle dans le département , facteurs décisionnels dans le choix du lieux par rapports aux opportunités de votre conjoint ...)

III - Facteurs liés à votre formation initiale .

21. Votre faculté d'origine pour votre Externat : Poitiers / Limoges / Bordeaux / Autre Faculté

22. Votre faculté d'origine pour votre Internat : Poitiers / Limoges / Bordeaux / Autre Faculté

23. Avez-vous fait votre stage de niveau 1 de médecine générale en Charente ? Oui / Non

24. Avez-vous fait votre stage de niveau 2 ou SASPAS en Charente ? Oui / Non

25. Vous êtes-vous installé sur un terrain de stage (niveau I ou SASPAS) ? Oui / Non

26. Vous êtes-vous installé avec un ou plusieurs Maître de Stage des Universitaire (MSU) ou au sein d'un groupe comprenant un MSU ?

27. Avez-vous effectué des remplacements en Charente ?

28. Si oui, avez-vous remplacé exclusivement en Charente ?

29. Si oui, avez-vous remplacé exclusivement sur vos lieux de stage ?

30. Si oui, êtes-vous installé sur un des lieux de vos remplacements ?

31. Si oui, dans combien de cabinets avez-vous remplacé approximativement ? un seul / moins de 3 / moins de 5 / plus de 5

32. Pendant votre cursus de médecine générale avez-vous eu un tuteur installé en Charente ? Oui / Non

33. Si oui, a-t-il eu un rôle dans votre choix de lieux d'installation ? oui, je me suis installé au sein de son cabinet / oui, il m'a fait rencontré des praticiens avec lesquels je me suis installé / Non

Commentaires généraux sur l'impact de votre formation initiale dans votre choix d'installation :

IV - Facteurs liés aux modalités de votre installation :

34. Dans quel type de commune vous-êtes vous installé ? : voir liste des communes de Charente : https://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_communes_de_la_Charente Urbain (ville de plus de 5000 habitants) / Semi-rural (ville entre 2000 et 4999 habitants) / Rural (moins de 2000 habitants).

35. La localisation de votre site d'installation a-t-elle été déterminante dans celle-ci ? Oui / Non

36. Quels facteurs géographiques ont été déterminants dans votre choix ? (3 choix Maximum)

Plusieurs réponses possibles : La distance de votre cabinet à votre domicile / La distance du travail du conjoint à votre domicile / La distance de votre cabinet au lieu de garde / scolarisation de vos enfants ? / La distance entre votre cabinet et les centres urbains ? / La distance de votre cabinet à l'hôpital d'Angoulême ? / La proximité d'un hôpital local ? (Châteauneuf, La rochefoucauld, Ruffec, Cognac ...) / La présence d'une EHPAD dans votre secteur ?

37. Quel temps de trajet trouvez-vous acceptable entre votre domicile et votre lieu d'exercice ? inférieur à 15 minutes / entre 15 et 30 minutes / entre 30 et 45 minutes / plus de 45 minutes

38. Votre mode d'exercice au moment de votre installation ? En groupe (maison de santé pluridisciplinaire, cabinet de groupe, regroupement de praticiens, pôle de soin...) / Vous exercez seul avec un projet d'association (MSP, cabinet de groupe ..) / Vous exercez seul sans projet d'association.

Concernant vos futurs associés au moment de votre installation :

39. L'âge de vos futurs associés a été déterminant dans votre décision ? Oui / Non

40. La présence d'un praticien jeune installé (inf 5 ans) a été déterminante dans votre décision ? Oui / Non

41. Vous avez rejoint un praticien que vous connaissiez avant votre installation (ami, projet commun antérieur ...) Oui / Non

Commentaires : influence de l'âge, quels ont été vos critères d'âge, l'âge de vos futurs potentiels associés vous a-t-il dissuader de vous installer ?

42. Le sexe de votre/vos futur(e)s associé(e)s a été déterminant dans votre décision ? Oui / Non

Commentaires : quelle a été l'influence du sexe de vos associé(e)s sur votre décision ?

Concernant les modalités de succession ou de reprise de patientèle à votre arrivée

43. Avez-vous eu des frais de présentation de patientèle ? Oui / Non

44. Avez-vous racheté des parts de société d'exercice ? Oui / Non

45. Si Oui, SCM (société civile de moyen) / SCI (société civile immobilière) / SCP (société civile professionnelle).

46. Si Oui, cela a-t-il été ? obligatoire ? / négociable ?

47. Les modalités de présentation de patientèle ont-elles été déterminantes dans votre choix ? Oui / Non

48. Les modalités de rachat de parts de société d'exercice ont-elles été déterminantes dans votre choix ? Oui / Non

Commentaires : (difficultés de négocier ces frais, réaction des futurs associés ...)

49. Lors de votre installation, avez-vous été libre de choisir votre contrat d'association ? Oui / Non

50. Si Oui, lequel ? Collaborateur / Associé / Adjoint / Autre :

51. Les modalités d'association ont-elles été déterminantes dans votre choix ? Oui / Non

Commentaires sur votre installation : liberté du choix d'installation, association progressive ou immédiate , vous êtes-vous senti contraint à choisir telle ou telle chose lors de votre installation sous pression de vos futurs associés ?

Aides à l'installation :

52. Avez-vous eu recours à des aides à l'installation ?

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Contrat d'Engagement Service Public (CESP)
- Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)
- Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA)
- Contrats d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)
- Exonération fiscale des honoraires de Permanence d'Accès aux soins (PDSA)
- Exonération fiscale des impôts sur le revenu en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR)

53. L'existence d'une mesure d'aide financière a-t-elle été déterminante dans votre installation ?

Oui / Non

Commentaires sur les aides financières à l'installation : (influence, montant, moment de souscription).

Si vous n'avez pas fait d'investissement immobilier lors de votre installation, vous êtes donc locataire de votre local médical :

54. Quelle est la fourchette du montant du loyer de votre local médical ? moins de 300€ / entre 300 et 400€ / entre 400 et 500€ / entre 500 et 600€ / plus de 600€ / Je ne sais pas.

55. Avez-vous bénéficié d'exonération de loyer au début de votre installation ? Oui / Non

56. Si oui, combien de temps ?

Concernant votre investissement initial :

57. Avez-vous reçu une aide extérieure pour investir dans votre matériel pour équiper votre cabinet personnel ? (MSA, collectivité ...) Oui / Non

58. Avez-vous investi pour du matériel commun hors SCM (matériel informatique, secrétariat, téléphonie, ECG ...) ? Oui / Non

59. La nécessité d'un investissement initial (que cela soit en terme d'existence ou d'importance) a-t-elle été déterminante pour vous dans votre choix ? Oui / Non

Commentaires généraux sur les conditions matérielles de votre installation : proposition d'aide pour les frais d'installation, financement de matériel par un tiers, prise en charge de frais d'hébergement, frais de transport, voiture de fonction ...

V - Facteurs liés aux modalités d'exercice une fois installé.

60. Avez-vous pu choisir votre mode d'exercice ? (libéral exclusif / mixte) : Oui / Non

61. Avez-vous pu exercer d'autres activités que la médecine générale ? (acupuncture, hypnose, psychothérapie, homéopathie) Oui / Non

62. La participation à la PDSA a-t-elle été déterminante dans votre choix ? Oui / Non

63. Si oui, comment ?

64. La présence d'un secrétariat physique a-t-elle été déterminante ? Oui / Non

Avez-vous pu faire vos propres choix en terme de planning (vous a-t-on laissé le choix de faire ...) ?

65. Réalisation de visites à domicile ? Oui / Non

66. Possibilité de prendre des demi-journées ou journées non travaillées ? Oui / Non

67. La liberté de vos horaires d'arrivée et de départ ? Oui / Non

68. Le choix de recevoir sur ou sans rendez-vous ? Oui / Non

Concernant la possibilité de prendre des congés :

69. Vous a-t-on imposé leur durée (maximum X semaines) ? Oui / Non

70. Vous a-t-on laissé choisir leur durée ? Oui / Non

71. Vous a-t-on imposé des conditions pour partir en congé ? Oui / Non

72. Si oui, lesquelles ?

73. Les modalités de congés ont-elles été déterminantes dans votre choix ? Oui / Non

Concernant la possibilité de faire de la formation médicale continue (DU, FMC...)

74. Vous a-t-on laissé la possibilité de faire de la formation médicale continue ? (prise de congés pour cela) Oui / Non

75. Cela était-il sous conditions ? (remplacement systématique, sur jour de congés ou de repos ..) Oui / Non

VI - Pourriez-vous tenter d'évaluer l'importance des grandes catégories de facteurs décisionnels ayant conduit à votre installation ?

Décisif : critère sans lequel vous ne vous seriez pas installé Important : critère que vous avez pris en compte mais qui n'est pas décisif Peu important : critère que vous avez pris en compte mais qui n'aurez pas pu vous dissuader de vous installer N'est pas intervenu dans la décision finale : aucune importance dans votre décision

76. Facteurs décisionnels liés à votre vie personnelle : présence d'un conjoint, d'enfant, lieu d'habitation .. Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenu dans la décision finale

77. Facteurs décisionnels liés à votre origine géographique, ou celle de votre conjoint (origines charentaises) : Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenu dans la décision finale

78. Facteurs décisionnels liés à votre formation initiale : le fait d'avoir fait des stages (niveau I ou II) en Charente : Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenu dans la décision finale

79. Facteurs décisionnels liés à votre formation initiale : le fait d'avoir fait des remplacements en Charente. Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenu dans la décision finale

80. Facteurs décisionnels liés à votre formation initiale : le fait d'avoir déjà travaillé sur votre lieu d'installation (stage, remplacement, collaborateur, adjoint..) Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenu dans la décision finale

81. Facteurs décisionnels liés à votre formation initiale : connaître un ou des futurs associés sur votre lieu d'installation. Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenu dans la décision finale.

82. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'installation : type de cabinet et mode de travail (exercice en groupe ou solitaire?) Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenu dans la décision finale

83. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'installation : la présence de MSU au sein de votre futur cabinet ? Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenu dans la décision finale

84. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'installation : caractéristiques des associés (âge, sexe) Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenu dans la décision finale

85. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'installation : existence d'aides à l'installation que vous en avez bénéficié ou pas . Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas

intervenue dans la décision finale

86. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'installation : présence de frais de présentation de patientèle ou de rachat de part de société d'exercice (SCM SCI SCP) . Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenue dans la décision finale

87. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'installation : choix des contrats d'association . Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenue dans la décision finale

88. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'exercice une fois installé - choix de planning : horaires et congés . Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenue dans la décision finale

89. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'exercice une fois installé : choix de planning - liberté de choisir : sans/avec RDV, Sans/avec visite à domicile . Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenue dans la décision finale

90. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'exercice une fois installé : liberté de mode d'exercice (exercice mixte / autres activités médicales) . Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenue dans la décision finale

91. Facteurs décisionnels liés aux modalités d'exercice une fois installé : le fait de participer à la PDSA . Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenue dans la décision finale

92. Si vous deviez donner 3 critères décisifs vous ayant amené à vous installer, quels seraient-ils ? Critère décisif / Critère important / Critère peu important / N'est pas intervenue dans la décision finale

Merci pour votre participation et votre temps !

Fourni par



Google Forms

IX - Serment D'Hippocrate

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 !

X - Résumé

Objectif : Caractériser et hiérarchiser les facteurs décisionnels ayant conduit à des installations en Médecine Générale Ambulatoire en Charente entre 2015 et 2018.

Méthodes : Nous avons réalisé une enquête départementale par questionnaire *via* Internet sur des données fournies par le Conseil départemental de la Charente. Nous avons analysé les données recueillies selon deux groupes d'âge, les moins de 35 ans et les plus de 35 ans.

Résultats : 35 praticiens ont été inclus et 19 ont répondu à l'enquête. Les trois facteurs décisionnels principaux sur l'échantillon concerné ont été : la qualité de vie personnelle, l'importance des conditions de travail notamment l'exercice en groupe et la liberté des conditions de travail tant en terme de modalités d'installation ou d'association que de liberté de planning. Le lieu d'installation dépend le plus souvent des contingences familiales. L'existence d'aides à l'installation ou la participation à la permanence des soins ne sont pas vécues comme des obstacles à l'installation dans cette étude.

Conclusion : Notre étude montre que les praticiens s'installant en Charente depuis 2015 le font pour des raisons légitimes à l'heure où la médecine générale évolue. Il convient de favoriser cette évolution pour compenser une réalité démographique préoccupante de la médecine générale. La mise en place d'un accompagnement au plus près des réalités de territoires et d'exercice des praticiens est indispensable pour cela.