

**Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie**

ANNEE 2014

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement

le 11 Septembre 2014 à Poitiers

par Romain Sling

**Importance relative des conditions d'exercice professionnel dans la décision
d'accepter la succession d'un médecin généraliste**

Etude quantitative réalisée auprès des médecins généralistes remplaçants en Poitou-Charentes

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José Gomes

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Claude Meurice
Monsieur le Professeur Pierre Ingrand
Monsieur le Docteur Pierrick Archambault

Directrice de thèse : Madame le Docteur Andrea Poppelier



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2013 - 2014

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

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

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique

Professeur associé de médecine générale

VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

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

Enseignants d'Anglais

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

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, microbiologie, bactériologie

Professeurs émérites

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

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

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

Pensées à

« *Mémé Yvonne* », mon arrière grand-mère, tu m'as accompagné jusqu'à ma première année de médecine, toujours soutenu et appris l'amour, le respect et l'humilité, à ne pas oublier qui on est, ni d'où on vient.

Mes tantes,

« *Tata Annick* », depuis ma première année de médecine, tu t'es battue avec ténacité pendant sept ans contre cette injustice par amour pour tes filles et cette volonté de vivre jusqu'au bout. Nous prenons soins de Zoé et Ariane.

« *Tata Véronique* », ma marraine, tu es partie il y a à peine un an. Tu étais l'optimisme face à la maladie. Pendant quatorze ans, tu as réussi à surmonter tant d'épreuves sans jamais faillir et en restant celle que tu étais, forte et joyeuse. Mes pensées vont aussi à Océane et Clément.

Remerciements

Pr. José GOMES, je vous prie de recevoir ma reconnaissance pour votre investissement à la faculté en faveur de la Médecine Générale et vous remercie d'avoir accepté de présider le jury

Pr. Jean-Claude MEURICE, je vous prie de recevoir ma reconnaissance pour vos enseignements à la faculté et votre accompagnement dans mes premiers pas d'interne et vous remercie d'avoir accepté de juger ma thèse

Pr. Pierre INGRAND, je vous prie de recevoir ma reconnaissance pour vos enseignements à la faculté et vous remercie d'avoir accepté de juger ma thèse

Dr. Pierrick ARCHAMBAULT, je te remercie d'avoir accepté de juger ma thèse et d'avoir auparavant contribué à affiner, développer et entretenir mes compétences pour exercer la Médecine Générale de demain avec éthique, efficacité et humanisme

Dr. Andrea POPPELIER, je te remercie infiniment pour la direction de cette thèse, les recadrages dont j'avais besoin dans le traitement du sujet, l'initiation au travail de Recherche ainsi que l'accompagnement et ta patience tout au long de ce travail

Mes Maîtres de Stage, Dr. Agnès CERTIN, Dr. Christelle JEANNOT, Dr. Yannick RUELLE, Dr. Virginie MOTTA, Dr. Bertrand PINEAU, Dr. François MURAT, je vous remercie d'avoir enrichi ma formation et de m'avoir confirmé l'envie de faire ce métier

Charlotte, je te remercie pour l'Amour, le Bonheur présent et à venir que tu m'offres et m'offriras, pour cette vie que l'on partage avec plaisir et de m'avoir supporté pendant ce travail. Mon indispensable, ma Ch'tie adorée, je t'aime

Mes Parents, je vous remercie pour votre amour et les valeurs qu'à François et moi vous nous avez transmises. Vous m'avez toujours aidé et avez été présents sans faille pour ma réussite, malgré les aléas que la vie ne nous a pas épargnés. Merci également pour votre contribution active dans tous mes projets personnels et professionnels. Cette réussite est aussi la vôtre. Je vous aime

François, Mon Frère, du petit garçon agité au jeune homme évolué que tu es devenu, à toutes ces étapes qu'on a suivi l'un après l'autre ensemble, tu es celui que j'ai vu grandir et même me dépasser dans bien des domaines. J'ai toujours cru en toi et suis fier de ce que tu deviens. Pour aussi ces moments associant soutien, aide et détente nécessaires, je t'aime

Mes Grands-parents, nous avons encore cette chance de vous avoir tous les quatre à nos côtés. Je vous remercie pour les valeurs, la culture, l'ouverture sur le monde qui nous entoure que vous nous avez apprises, ainsi que l'amour que vous nous portez. Je vous aime

Cathy et Denis, mes « beaux-parents » je vous remercie pour votre accueil et votre aide active à la réalisation de nos projets personnels.

Cédric, Elisa, Louise, pour votre amitié, la vraie, fidèle et sincère, ce goût pour les plaisirs simples de la vie et votre concours à la réalisation de ce travail, je vous remercie

L'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé), avec une attention particulière à Madame Sylvie COUSIN, pour l'aide apportée à atteindre la population de l'étude dans la transmission du questionnaire

Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins du Poitou-Charentes, pour l'aide apportée à atteindre la population d'étude avec une attention particulière au Conseil Départemental de l'Ordre des Deux-Sèvres qui n'a jamais manqué, et avec rapidité, à toutes les sollicitations

A l'équipe de sécurité de l'Hôpital Georges Pompidou de Paris pour avoir précieusement veillé sur mon ordinateur oublié dans le hall par mon inattention, aggravée par les circonstances du moment

Table des matières

1. Introduction.....	13
2. Contexte.....	15
A. La genèse du malaise actuel.....	15
I. L'offre de soins « de ville » de la Révolution à nos jours.....	15
1. Une offre non réglementée.....	15
2. Deux corps de médecins.....	15
3. L'unification du corps médical.....	17
4. Le XX ^{ème} siècle.....	17
5. L'état actuel.....	18
II. L'évolution de la médecine libérale française d'hier à aujourd'hui.....	22
1. Le cabinet médical.....	22
2. L'évolution de la protection sociale.....	25
a. L'émergence du besoin social.....	25
b. La construction de la Sécurité Sociale.....	25
c. Le système conventionnel.....	26
3. L'évolution de la rémunération des médecins.....	27
a. La primauté du paiement à l'acte.....	27
b. D'autres modes de rémunération.....	28
c. Évolution quantitative.....	29
4. Les différents modes d'exercice.....	31
a. Solitaire.....	31
b. Cabinet de groupe.....	31
c. Centre de santé.....	32
B. La médecine générale aujourd'hui en Poitou-Charentes.....	33
I. Démographie médicale.....	33
1. Nombre.....	33
2. Âge.....	33
3. Sexe.....	34
4. Répartition géographique.....	36
5. Évolution et perspectives.....	37
6. Répartition selon le type de structure.....	39

II. Chassé croisé des générations de médecins généralistes en Poitou-Charentes.....	40
1. Arrivées.....	40
a. Nouveaux médecins généralistes.....	40
b. Nouvelles installations.....	40
2. Départs.....	42
a. Retraites.....	42
b. Autres causes.....	42
C. Organisation actuelle d'une cessation d'activité.....	43
D. Déficit d'installations et déserts médicaux.....	43
E. Le regard sur l'installation des jeunes généralistes.....	44
I. Internes.....	44
II. Remplaçants.....	44
III. Confrontation avec la réalité.....	46
1. La situation des jeunes installés.....	46
2. Les facteurs de désinstallation.....	48
3. Problématique et question de recherche.....	50
A. La continuité des soins.....	50
B. Assurer et renforcer les soins primaires.....	50
C. Question de recherche et hypothèse.....	51
4. Matériel et méthode.....	52
A. Une étude quantitative.....	52
B. La population source.....	52
I. Critères d'inclusion.....	52
II. Contact de la population source.....	52
C. Le questionnaire.....	53
D. L'analyse statistique.....	54
E. Retours.....	54
5. Résultats.....	54
A. Résultats bruts.....	55
I. Caractéristiques de la population d'étude.....	55
1. Sexe.....	55
2. Age.....	55
3. Structure familiale.....	56

a.	Statut conjugal.....	56
b.	Travail du conjoint.....	57
c.	Enfants.....	57
4.	Origines géographiques.....	59
a.	Avant l'entrée en faculté.....	59
b.	Au moment de l'étude.....	59
5.	Cursus universitaire.....	60
a.	Les stages.....	60
b.	La thèse.....	60
II.	Caractéristiques de la localisation du cabinet.....	61
1.	Environnement géographique (urbain/rural).....	61
2.	Distance entre le cabinet et le domicile actuel.....	61
3.	Possibilité pour le conjoint de conserver son emploi actuel....	62
4.	Proximité des services pour la petite enfance et la scolarité....	62
5.	Proximité d'un hôpital.....	63
6.	Proximité des services de la vie quotidienne.....	63
III.	Caractéristiques de la structure du cabinet.....	64
1.	Travailler en cabinet solitaire.....	64
2.	Travailler en groupe monodisciplinaire.....	64
3.	Travailler en groupe pluridisciplinaire.....	65
4.	Travailler dans un cabinet accolé (ou voisin) au domicile.....	65
5.	Travailler dans un cabinet suffisamment distant du domicile...	66
6.	Nombre de médecins généralistes minimal souhaité au sein d'un cabinet de groupe.....	66
IV.	Caractéristiques des conditions d'exercice.....	67
1.	Exercice libéral exclusif.....	67
2.	Exercice salarié exclusif.....	67
3.	Exercice mixte.....	68
4.	Possibilité d'être collaborateur(-trice) préalablement.....	68
5.	Existence d'un secrétariat physique.....	69
6.	Existence d'un secrétariat téléphonique uniquement.....	69
7.	Absence de secrétariat.....	70
8.	Consulter uniquement sur rendez-vous.....	70
9.	Disposer d'un cabinet informatisé.....	71

10. Disposer d'un logement.....	71
11. Relations entre confrères.....	72
V. Investissement humain et financier.....	72
1. Investissement financier immédiat dans le cabinet.....	72
2. Investissement financier sans obligation immédiate.....	73
3. Etre locataire du cabinet.....	73
4. Participer activement à la gestion administrative du cabinet...	74
5. Etre déchargé de la gestion administrative du cabinet.....	74
6. Important volume d'activité du prédécesseur.....	75
7. Aides à l'installation.....	75
B. Les principaux critères influents.....	76
C. Analyse des facteurs non modifiables par le médecin cédant son activité.....	79
I. Caractéristiques de la localisation du cabinet.....	79
II. Caractéristiques des conditions d'exercice.....	80
III. Investissement humain et financier.....	81
D. Analyse des facteurs modifiables par le médecin cessant son activité.....	82
I. Caractéristiques de la structure du cabinet.....	82
II. Caractéristiques des conditions d'exercice.....	84
III. Investissement humain et financier.....	87
6. Discussion.....	88
A. Limites de l'étude.....	88
I. L'échantillon d'étude.....	88
II. Biais de sélection.....	88
III. Non exhaustivité.....	90
IV. Méthode d'évaluation.....	90
B. Intérêt de l'étude.....	91
I. La méthode quantitative.....	91
II. Le questionnaire.....	91
C. Comparaison à la littérature.....	92
D. Utilisation des résultats.....	92
I. Pour les praticiens.....	92
II. Pour les organismes chargés de l'offre de soins.....	94
7. Conclusion.....	97
Annexe 1.....	99

Annexe 2.....	102
Liste des figures, tableaux et graphiques.....	113
Bibliographie.....	117
Serment d'Hippocrate.....	121
Résumé.....	122

1. Introduction

L'accès aux soins a toujours été pour moi une question morale importante : il me semble capital que chacun, quelle que soit sa situation socioprofessionnelle, sa situation géographique, ses origines, son âge, son sexe puisse disposer de soins dans des conditions acceptables, notamment de soins primaires, en partie délivrés par les médecins généralistes. Notre société essaye depuis plus d'un demi-siècle de permettre à chacun cet accès. C'est une des raisons qui en fait un sujet important dans le débat public.

Au cours de mes années d'études, le problème des inégalités d'accès aux soins est revenu plusieurs fois dans les sujets d'actualités. Il a été notamment pointé du doigt l'inégale répartition des médecins et la désaffection pour l'installation. La médecine générale est directement concernée du fait de son intégration aux soins primaires et de son caractère de premier recours, renforcé depuis la réforme du médecin traitant. Les débats qui ont pu avoir lieu ne m'ont jamais laissé indifférent. Au fur et à mesure que j'avancais dans mes études et peaufinais l'idée du métier que je voulais faire, a mûri en moi l'idée de m'installer en zone fragilisée par une démographie médicale insuffisante, en concordance avec mes convictions.

L'internat de médecine générale m'a permis, notamment via le premier stage en médecine générale ambulatoire, mais aussi via les contraintes de l'activité médicale hospitalière, de réfléchir de manière plus sérieuse et plus avertie aux caractéristiques d'une installation future afin de réussir ma vie professionnelle.

Au cours de mon internat, lors des stages ambulatoires, j'ai été directement confronté au burn out de médecins installés, à la cessation d'activité pour divers motifs avec pour la même caractéristique de ne pas avoir de succession.

Si les médecins de demain sont exigeants sur leurs conditions de travail, c'est en partie lié à un désir de travailler différemment tenant autant au désir d'exercer mieux, qu'au désir de progrès social pouvant garantir d'exercer le plus longtemps possible.

Les problèmes de répartition des médecins ne se posent pas seulement en termes géographiques, mais ils sont le résultat d'une intrication de plusieurs paramètres.

On pense bien sûr à tous ces maires, désemparés, de petits villages qui viennent de perdre leur médecin et se démènent pour trouver un remplaçant coûte que coûte

pour des résultats souvent décevants (pas de candidats à l'installation, installations non pérennes).

L'activisme à retrouver un médecin témoigne de la représentation importante de l'accès aux soins dans la population générale (cf. enquête du CECOP, juin 2012)¹. Mais nous souffrons d'un manque d'anticipation : tous les efforts sont mis actuellement sur les territoires ayant besoin d'un médecin dans l'immédiat mais le problème reste entretenu si les efforts ne sont pas également concentrés sur les médecins qui prendront leur retraite dans les quelques années à venir ! Pourtant tout le monde sait que les praticiens de plus de 55 ans cesseront leur activité dans les dix années à venir...mais qui s'inquiète de leur succession ? Sans compter ceux qui dévisseront leur plaque devant des conditions d'exercice qu'ils ne pourront plus supporter...

Cela pose donc le problème de la continuité des soins : depuis la réforme du médecin traitant de 2005 qui fait du généraliste un acteur quasi incontournable du parcours de soins, qui est responsable de la santé des patients se retrouvant sans médecin généraliste et sans médecin traitant après la cessation d'une activité d'un praticien ? Jusqu'alors, aucun d'eux n'est tenu de trouver un successeur, et nulle autorité n'a le devoir d'en trouver un. Nous n'avons encore que très peu de moyens d'assurer une offre de soins équitablement répartie.

De là est née l'idée de travailler sur la préparation de la succession des médecins généralistes susceptibles de cesser leur activité, afin de mettre en lumière ce qui compte aux yeux des futurs installés potentiels.

2. Contexte

A. La genèse du malaise actuel

I. L'offre de soins « de ville » de la Révolution à nos jours

1. Une offre non réglementée

Après la Révolution Française de 1789, dans la continuité de l'esprit de la nuit du 4 août 1789 ouvrant la voie à l'abolition des privilèges, Pierre d'Allarde, député de Bourgogne, dépose une loi les 2 et 17 mars 1791 visant à supprimer les corporations qui se multipliaient depuis le Moyen-âge. Ces corporations visaient à protéger de la concurrence différents corps de métier exerçant en situation de monopole -souvent au sein d'un secteur géographique- dont les médecins.

Ces particularités ont persisté malgré la libéralisation de l'économie. Cette loi a donc pour but de proclamer la liberté de commerce, d'industrie, et de rendre libre l'exercice d'une quelconque profession : « *...il sera libre à toute personne de faire tel négoce ou d'exercer telle profession, art ou métier qu'elle trouvera bon* ».

Cette orientation est renforcée quelques mois plus tard par la loi Le Chapelier du 14 juin 1791 qui contribue avec le décret du 18 août 1792 à la disparition de l'enseignement de la médecine par la dissolution des congrégations aussi bien religieuses qu'universitaires ou savantes ainsi que des confréries. L'exercice de la médecine devient donc libre^{2,3}.

2. Deux corps de médecins

Devant le nombre de blessés des guerres révolutionnaires et la crainte de la bourgeoisie de voir réapparaître des épidémies, l'enseignement de la médecine est réinstauré par le décret du 4 décembre 1794, présenté par Antoine-François Fourcroy chargé de l'instruction publique, ouvrant la création de trois Écoles de Santé à Paris, Montpellier et Strasbourg. Elles seront ensuite transformées en Écoles de Médecine en

1796 puis en Faculté de Médecine de l'Université Impériale en 1808. Elles formeront des Officiers de Santé des armées et des Docteurs en Médecine².

Une nouvelle organisation des métiers médicaux se dessine donc avec la création de deux corps de médecins dont un bénéficiant d'une formation plus courte, les Officiers de Santé, pour répondre à l'urgence de soins².

La loi du 11 mars 1803, portée par Antoine-François Fourcroy, officialisera l'exercice de la médecine par ces deux corps en entérinant les deux statuts d'Officier de Santé et de Docteur en Médecine avec la nécessité d'obtenir dans les Écoles-Facultés de Médecine un diplôme pour exercer. Bien que regrettant l'existence de deux corps de médicaux, il propose de conserver ces deux statuts et de leur garantir le monopole d'exercice de la médecine^{2,3,4}.

La formation des Officiers de Santé dure 3 ans, et 4 ans pour les Docteurs en Médecine. Ces deux corps se distinguent par leurs compétences et leur lieu d'exercice.

Les Officiers de Santé ont le rôle de s'occuper des cas simples et de pratiquer des petites interventions chirurgicales. Par ailleurs, ils ont le devoir de faire appel à un docteur pour les cas plus difficiles ou la grande chirurgie. De plus, ils étaient destinés à exercer dans les campagnes, les Docteurs en Médecine étant plutôt destinés à soigner une population urbaine plutôt favorisée et à pratiquer des actes requérant davantage de savoirs. Notons que les Officiers de Santé ne sont autorisés à exercer que dans leur département, alors que les Docteurs en Médecine peuvent choisir leur lieu d'exercice sur tout le territoire français^{3,5}.

Par ailleurs les Docteurs en Médecine vont être progressivement concurrencés par des charlatans mal maîtrisés exerçant illégalement la médecine, comme les religieuses et les guérisseurs autoproclamés³. Les médecins docteurs sont de ce fait également concurrencés par les Officiers de Santé qui s'orientent vers une clientèle de classe moyenne qui ne leur était pas dédiée, les obligeant à baisser leurs tarifs³. De plus, les médecins étrangers, qui à la discrétion du Gouvernement peuvent obtenir le droit d'exercer en France (article 4 de la loi du 11 mars 1803), augmentent la concurrence⁵. Face à la fronde des médecins français, à partir de 1847, les médecins étrangers devront passer des examens et une thèse, à l'exception des médecins célèbres⁵. La variabilité des professionnels dispensant des soins persiste.

Rapidement des voix s'élèvent face à la dualité « Officier-Docteur » de la profession, dénonçant l'existence d'un statut dévalorisant et dévalorisé - celui d'Officier de Santé - destiné à une frange de la population alors moins bien considérée, et pratiquant une médecine à bas coût⁵. La dénonciation d'une médecine à « deux vitesses » commence déjà à cette époque.

3. L'unification du corps médical

Pendant un siècle, une situation de concurrence féroce s'est installée faute de régulation efficace. Les dirigeants politiques tentent à plusieurs reprises d'unifier les deux corps de médecins². Les débats sont nombreux et n'aboutissent pas entre le refus des Docteurs en Médecine d'élever le grade des Officiers de Santé et le souhait par les gouvernants de conserver des praticiens pour les patients démunis³. En parallèle, les facultés produisent de plus en plus de doctorants et élèvent le niveau des Officiers de Santé^{2,3}.

C'est dans ce contexte que naît la loi Chevandier du 30 novembre 1892. L'objectif principal de cette loi est de mieux contrôler l'exercice illégal de la médecine et de dispenser des soins équivalents en ville et dans les campagnes en fusionnant les deux corps et réglementant dorénavant l'exercice de la profession par les détenteurs d'un diplôme de docteur en médecine dont l'article premier stipule que « *Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est pas muni d'un diplôme de Docteur en Médecine, délivré par un gouvernement français à la suite d'examens subis dans un établissement supérieur médical de l'État* »². Cette loi est soutenue par les médecins qui y voient la disparition d'une source de concurrence entre deux corps de métiers et l'éloignement du risque de pléthore médicale⁴. De plus, cette loi autorise la création de syndicats de médecins qui ont le droit de poursuivre les charlatans en justice (cf. article 13 de la loi Chevandier).

4. Le XX^{ème} siècle

Le XX^{ème} siècle a connu des bouleversements majeurs quant à la pratique de la médecine et la prise en charge sociale des risques sanitaires.

Les docteurs en médecine exercent donc leur métier en jouissant de leur monopole. Cependant les médecins appartenant à l'élite médicale bénéficient d'une clientèle fortunée qui leur apporte un revenu leur permettant de soigner gratuitement une frange de la population³. En revanche, dans les campagnes, la clientèle est plus pauvre. Les médecins ont du mal à vivre et cherchent donc en complément à travailler pour les collectivités locales³. Ils s'inspirent d'un modèle allemand : le médecin cantonal, recruté par l'autorité publique pour des missions de santé (prévention notamment), qui perçoit une double rémunération (forfait pour les activités collectives et honoraires pour les soins curatifs à titre libéral)³.

Cette nouvelle pratique fait craindre la tutelle de l'État, d'autant plus que la mutualisation des dépenses de santé se développe. Le rôle des syndicats prend alors une ampleur de plus en plus grande pour défendre un fonctionnement dans lequel le médecin doit pouvoir choisir son lieu d'exercice, le patient doit pouvoir choisir son médecin, et les honoraires doivent être définis par une entente directe entre le médecin et son patient. Ces principes sont définis comme ceux devant régir l'exercice du métier et inscrits en 1927 au sein de la « charte de la médecine libérale »^{3,6}. Mais l'État a quand même réussi à prendre en main la politique sanitaire du pays. La défense de la médecine libérale et la recherche de financement des soins pour le plus grand nombre s'amorce pour construire un système où médecins et pouvoirs publics mènent des bras de fer entre défense de la médecine libérale et mise en place des assurances sociales³.

De plus, l'essor des soins hospitaliers et les progrès de la médecine ont au cours de ce siècle profondément modifié l'offre de soins. Le tournant majeur se situe en 1958 avec la création des CHU (Centres Hospitaliers Universitaires) sous l'impulsion du Professeur Debré : développement de spécialités officielles, apparition d'une élite hospitalo-universitaire, développement de la médecine salariée⁴.

5. L'état actuel

- L'accès à la formation

Depuis 1972, le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine et pouvant poursuivre leur cursus jusqu'au doctorat est limité par un numerus clausus.

Celui-ci a été établi dans le cadre d'une politique socio-économique de santé et pour répondre à la crainte des médecins en activités à l'époque d'une pléthore médicale risquant de diminuer leurs revenus^{7,8}.

Ce numerus clausus a d'abord été réduit dans le but de limiter les dépenses de santé⁷, mais est en augmentation ces dernières années pour faire face à une demande de soins croissante⁹ et ne pouvant être assurée par les professionnels actuellement en activité.

Au cours des études médicales, une deuxième sélection s'opère à la fin de la sixième année. A l'issue de l'ECN (Examen Classant National), les futurs internes choisissent leur spécialité et leur région d'internat selon un nombre de places définis.

- La démographie

Avec 272 000 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins en 2013, ces dernières années le nombre de praticiens actifs n'a quasiment jamais été aussi élevé. 91 500 d'entre eux (soit 33.64%), sont inscrits en tant que médecins généralistes¹⁰. Cependant, ces chiffres ne traduisent pas la réalité de l'offre médicale mise en rapport avec la demande. En effet, le progrès social a permis de solvabiliser plus largement la population et donc d'accroître la demande, en rapport aussi avec les standards d'amélioration des conditions de vie¹¹. De plus, en ce qui concerne la médecine générale, il faut prendre en compte le développement des modes d'exercice particuliers ouverts aux médecins généralistes (angiologie, homéopathie,...). Ces médecins sont inscrits comme « médecins généralistes » mais pratiquent une autre activité liée à une qualification spécifique. Il faut noter aussi que tous les médecins n'exercent pas une activité régulière. La figure 1 montre les variations entre 2007 et 2013 des effectifs des médecins en activité régulière en France selon les régions.

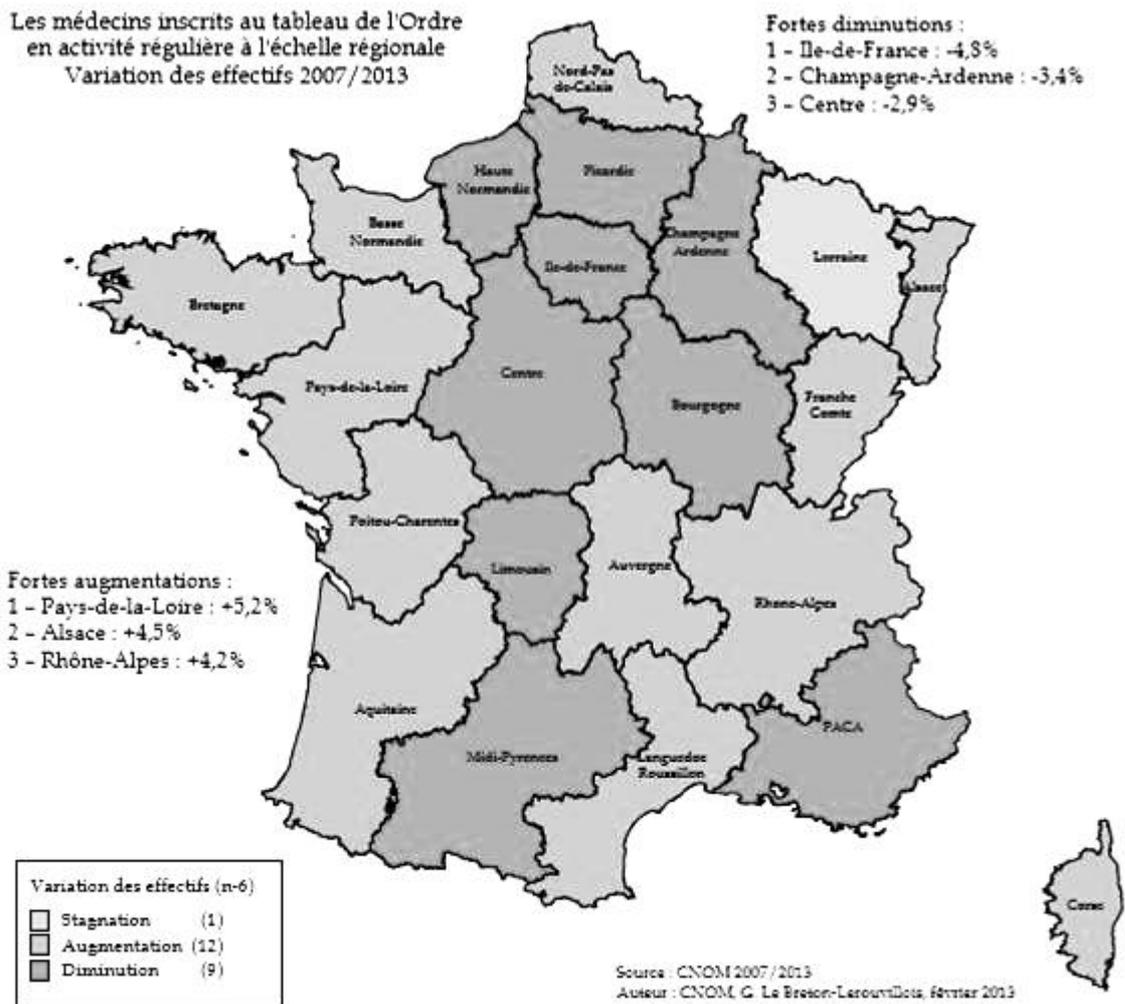


Figure 1 : Carte des médecins en activité régulière inscrits au tableau de l'Ordre à l'échelle régionale. Variation entre 2007 et 2013.

- Les règles d'installation

Aujourd'hui encore, seuls les titulaires d'un doctorat en médecine peuvent exercer en tant que médecin installé¹². L'installation d'un médecin est très contrôlée sur le plan administratif et requiert des démarches auprès de la CPAM et du Conseil Départemental de l'Ordre de Médecins correspondant au lieu d'exercice choisi¹².

En revanche, le lieu d'exercice pour la médecine libérale répond toujours au principe de liberté d'installation¹².

- Organisation de l'offre de soins

La politique de santé est décentralisée par région depuis 2009 (loi HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires) et est assurée par les ARS (Agences Régionales de Santé)¹¹. Les ARS pilotent des projets locaux de santé en fonction des priorités relatives à chaque territoire, coordonnent soins de ville et soins hospitaliers, proposent des outils d'aide à l'installation en renseignant les professionnels sur l'offre existante, les besoins en santé de chaque territoire, les démarches à suivre^{11,12}.

L'offre de soins de médecine générale est aujourd'hui dominée par l'exercice libéral, hérité du mode d'exercice historique de la profession de médecin et de revendications syndicales qui s'en suivirent^{6,11}. Cependant des structures accueillant des médecins salariés se développent, surtout depuis la création du temps plein hospitalier en 1958 qui fit apparaître le salariat comme nouveau mode de rémunération des médecins⁴.

- Les règles de rémunération des médecins libéraux

L'exercice de la médecine, de nos jours, est pour la grande majorité non-marchand et les tarifs pratiqués répondent à des critères précis fixés par les conventions signées entre représentants des médecins et des caisses d'Assurance Maladie, étroitement liées aux pouvoirs publics.

Les médecins libéraux peuvent exercer sous trois régimes¹² :

- le secteur conventionné « strict » (secteur 1) respectant le montant des honoraires conventionnels signé avec les caisses d'Assurance Maladie : les frais sont remboursés aux patients par l'Assurance Maladie et les couvertures complémentaires,
- le secteur conventionné avec dépassement d'honoraire autorisé (secteur 2) : les frais sont remboursés à hauteur des montants conventionnels par l'Assurance Maladie et les couvertures complémentaires et les dépassements sont à la charge des patients ou de leur couverture complémentaire selon leur

contrat. Les médecins ne peuvent s’y inscrire que sous certaines conditions.

- le secteur non conventionné (secteur 3) : les praticiens pratiquent des honoraires libres sans prise en charge financière par l’Assurance Maladie.

Le fait d’être consulté pour avis suite à la demande du médecin traitant implique une majoration tarifaire liée à une compétence spécifique reconnue¹². Dans certaines situations, peuvent s’ajouter des majorations. La réalisation de certains actes au cours d’une consultation s’accompagne d’un complément tarifaire, négocié également au cours des conventions. Les honoraires demandés sont remboursables par l’Assurance Maladie (pour le Régime Général) à hauteur de 70% (ou 100% selon les droits du patient)¹².

Tableau 1 : Grille tarifaire en vigueur en métropole en 2013¹²

<i>Médecin consulté</i>	<i>Tarif conventionnel – médecin traitant</i>	<i>Tarif conventionnel – médecin correspondant</i>
Généraliste	23 euros/consultation	26 euros/consultation
Spécialiste	25 euros/consultation	28 euros/consultation

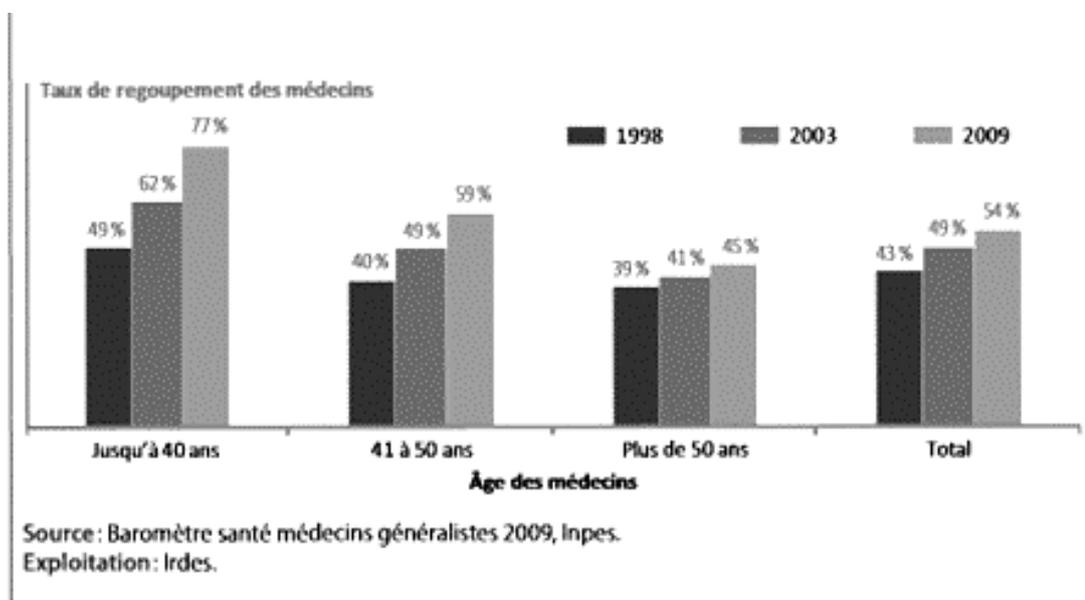
II. L’évolution de la médecine libérale française d’hier à aujourd’hui

1. Le cabinet médical

Initialement les médecins exerçaient à titre individuel, seul dans leur cabinet, souvent situé à leur domicile. La profession souhaite au maximum garder son indépendance et rejette l’emprise de l’État. Lieu d’exercice symbolique d’une profession libérale, le cabinet reflète une partie de la personnalité du médecin, l’image et le statut qu’il souhaite avoir vis-à-vis de ses patients¹¹.

Petit à petit, de plus en plus de médecins installent leur cabinet hors de leur domicile répondant à leur désir de séparer les espaces privés et professionnels¹¹.

Plus récemment, une proportion de plus en plus importante de médecins généralistes exerce dans des cabinets de groupe en association avec des confrères et parfois d'autres professionnels de santé^{13,14}.



Graphique 1 : Évolution du taux de regroupement des médecins généralistes entre 1998 et 2009 selon leur classe d'âge¹³

Les médecins se regroupent afin d'organiser plus facilement l'emploi du temps (temps de travail, temps libre, temps pour la formation)¹³, et de pouvoir partager un plateau administratif (financement d'un secrétariat)¹⁵ et matériel. D'autre part, le regroupement permet d'assurer au mieux la permanence et la continuité des soins¹⁵. Les pouvoirs publics sont actuellement de plus en plus favorables à la création de ces structures et peuvent soutenir financièrement leur mise en place. Les regroupements sont souvent considérés comme moins contraignants pour les professionnels^{14,16}.

Les figures 2 et 3 illustrent cette dynamique de regroupement.

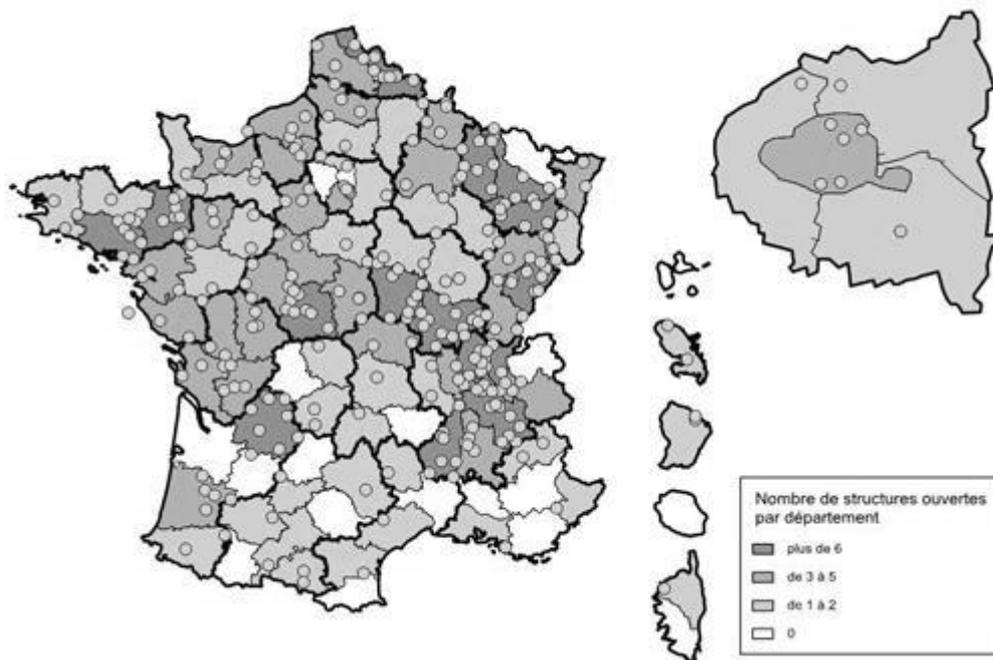


Figure 2 : Maisons et pôles de santé en fonctionnement au 31 janvier 2013 : 284 structures ouvertes¹⁷

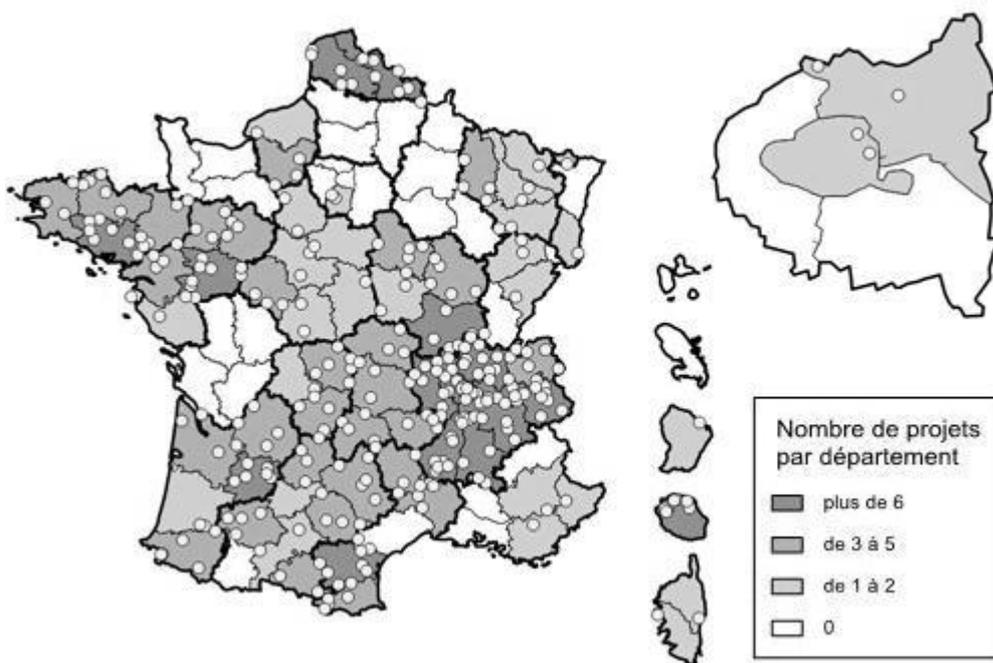


Figure 3 : Maisons et pôles de santé avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014. Estimation au 31 janvier 2013 : 288 projets¹⁷

Les médecins installés peuvent être propriétaires ou locataires de leur cabinet. De plus en plus, collectivités et administrations de la santé participent au financement des maisons de santé pluridisciplinaires^{18,19}. Cette aide financière apportée permet de faciliter le travail en groupe et en réseau, d'investir dans le matériel, l'informatique, le secrétariat,... L'exercice en groupe se rapproche des conditions d'exercice connues lors de la formation des médecins, permet de meilleurs échanges entre confrères, une souplesse de travail avec une permanence des soins plus facilement assurée et une plus grande facilité à trouver des remplaçants^{18,20}. Cela libère du temps pour d'autres activités personnelles ou professionnelles (notamment pour la formation)^{11,13,15,18,20}.

2. L'évolution de la protection sociale

a. L'émergence du besoin social

Avec l'industrialisation du pays apparaissent des systèmes de protection sociale, les Sociétés de Secours Mutuel^{21,22}.

On note la mise en place au niveau départemental à partir de 1893 de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG) pour les personnes sans ressource^{3,23}.

Ces systèmes s'effondrent lors de la Première Guerre Mondiale puis les discussions sur la protection sociale reprennent après la réintégration de l'Alsace et de la Lorraine qui ont bénéficié d'un régime social plus favorable^{4,21}.

b. La construction de la Sécurité Sociale

En 1928, au terme de longues années de débats sont votées les premières lois sur les Assurances Sociales obligatoires pour les salariés et les agriculteurs, couvrant entre autres le risque maladie^{22,23}.

La France se montre très attachée à son système de protection sociale et au sortir de la Seconde Guerre Mondiale, la Constitution de la IV^{ème} République affirme le droit pour tous à la Sécurité Sociale. Les Assurances Sociales se montrent insuffisantes en terme de prestations²². En 1944, le Conseil National de la Résistance émet le souhait de construire une véritable Sécurité Sociale pour tous, un Régime

Général, dans un contexte de reconstruction totale du pays. Les ordonnances de 1945, concrétisant ce projet, constituent l'acte de naissance du Régime Général actuel²².

Cependant la concrétisation d'un Régime unique tel que souhaité est contrariée par des corporations de métiers qui bénéficient déjà d'un régime de protection sociale^{21,22}. Enfin, le rôle des mutuelles complémentaires pour la couverture sociale est officiellement reconnu, éloignant encore la possibilité d'un régime universel intégral²². Cette couverture complémentaire n'est pas obligatoire.

Dans les années 1960, les caisses de Sécurité Sociale subissent des réformes et l'ensemble des travailleurs est couvert par un régime social^{11,12}, facilitant l'accès aux soins avec un accroissement de la demande et des effectifs médicaux¹¹.

En 1999, est créée la CMU (Couverture Maladie Universelle) pour couvrir les dépenses de soins, sans avance des frais, des personnes non couvertes par leur statut socioprofessionnel et disposant de faibles ressources financières²². Dans la même dynamique, depuis 2000, l'AME (Aide Médicale d'État) couvre les résidents irréguliers¹².

c. Le système conventionnel

La socialisation des dépenses de santé fait apparaître des conventions signées au niveau départemental puis au niveau national¹¹, afin de permettre l'accès aux soins pour tous et de garantir une source de revenus suffisants aux médecins des territoires ruraux peu solvables¹¹. Ce tournant est amorcé par le décret Bacon en 1960¹¹.

La première convention nationale voit le jour en 1971. Tous les médecins y sont affiliés à l'exception de ceux qui manifestent leur refus¹¹. Plusieurs conventions se succèdent. En 1980, sous l'impulsion syndicale, la troisième convention prévoit la création de deux secteurs tarifaires : le secteur 1 pour les médecins respectant les tarifs conventionnels et le secteur 2 pour ceux souhaitant pratiquer des dépassements d'honoraires à la charge des patients en contrepartie d'un renoncement à certains avantages sociaux^{24,25}. L'accès au secteur 2 a ensuite été restreint¹¹. La grande majorité des médecins installés est donc liée au système conventionnel.

L'élaboration des conventions est aussi un moment clé dans la régulation de l'offre de soins car elles définissent en partie les aides à l'installation de nouveaux praticiens en zones sous dotées²⁴.

3. L'évolution de la rémunération des médecins

a. La primauté du paiement à l'acte

Comme son nom l'indique, le paiement à l'acte est une rémunération quantitative. C'est d'une certaine manière le mode de rémunération historique des médecins libéraux en France, revendiqué depuis les années 1880, au début du syndicalisme médical^{6,11}, en remplacement de notes d'honoraires versées tardivement après les soins et demandées qu'à une catégorie solvable de la population¹¹. Dans un premier temps les pratiques en terme de rémunération sont diverses : notes d'honoraires conservées par les plus anciens médecins et en milieu rural principalement, paiement à l'acte, ou contrat avec des entreprises, sociétés de secours mutuel, sociétés d'assurance dans le cadre de la médecine dite « sociale » pour les catégories de populations bénéficiant d'un régime particulier ou défavorisées.

Ces différentes formes de revenus sont considérées menaçantes pour le niveau de revenu de la profession expliquant la ferveur des syndicats pour défendre le paiement à l'acte, davantage rémunérateur, qui s'impose dans les négociations avec les pouvoirs publics lors de l'instauration de politiques sociales en matière de prise en charge financière des soins¹¹.

Le paiement à l'acte est d'ailleurs considéré comme un des principes « qui régissent la médecine » inscrit dans la charte de la médecine libérale de 1927^{6,11}. Il est considéré comme le socle de la confiance accordée au médecin, du contrat entre le patient et son médecin et de « l'entente directe » fixant le montant des honoraires. Le montant des honoraires est libre avant la socialisation des dépenses de santé.

Il est aujourd'hui toujours le principal mode de rémunération des médecins libéraux, et donc des médecins généralistes, malgré une remise en cause de plus en plus importante à la fois des médecins en activités (et notamment de ceux ayant quitté l'exercice libéral), des médecins les plus jeunes et des pouvoirs publics^{26,27,28,29}. En effet, le paiement à l'acte est considéré inflationniste, entraînant les médecins à multiplier les actes pour augmenter leurs revenus et survenir à leurs dépenses de fonctionnement²⁷.

Cependant, même dans un contexte de difficultés financières, le paiement à l'acte n'est pas complètement mis à l'écart devant sa capacité à maintenir

quantitativement un niveau élevé de patients pris en charge et dans des délais rapides, permettant de faire face à pénurie relative de praticiens²⁷.

b. D'autres modes de rémunération

b-1 La capitation

Il s'agit de rémunérer le médecin au nombre de patients qu'il suit régulièrement quel que soit le nombre de consultations dispensées pour chacun d'eux. Cela suppose que les patients s'inscrivent auprès d'un médecin. Ce mode de rémunération a l'avantage de limiter le nomadisme médical, mais inciterait davantage les praticiens à orienter plus facilement leurs patients vers des spécialistes, à déléguer davantage de tâches²⁷.

Ce système de rémunération s'est vu mettre en place sous forme atténuée et associée au paiement à l'acte par le plan Juppé en 1995 instaurant le « médecin référent » où le praticien était rémunéré en fonction du nombre de patients inscrits en contrepartie du respect de « bonnes pratiques ». Ce système était optionnel. Aujourd'hui, il n'existe plus, remplacé en 2004 par la réforme du médecin traitant. En revanche, un système de capitation annuelle existe pour les patients ayant déclaré le médecin généraliste comme « médecin traitant » : FMT : Forfait Médecin Traitant et forfait ALD (Affection Longue Durée)¹².

b-2 Le forfait

Le paiement au forfait consiste à allouer une somme précise pour l'accomplissement d'une activité précise.

Actuellement un forfait est mis en place pour la rémunération des gardes de ville et de régulation SAMU indépendamment de l'activité de la garde (l'activité de la garde est rémunérée à l'acte).

De manière optionnelle, depuis 2009, les médecins généralistes peuvent adhérer à un programme de l'Assurance Maladie de rémunération sur les objectifs d'amélioration des pratiques professionnelles, le CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles)¹¹. Il s'agit de s'engager à assurer un certain nombre

d'objectifs de santé publique sur sa patientèle. Un complément de rémunération est alors versé au médecin en fonction des objectifs atteints. Environ 30% des médecins visés y ont adhéré³⁰. Il n'est plus possible d'y adhérer car ce système est désormais accessible à tout médecin adhérant à la convention sous le nom de ROSP (Rémunération sur les Objectifs de Santé Publique)¹².

On peut y intégrer les rémunérations nommées « forfait » décrites ci-dessus, mais comme elles sont attribuées par patient suivi, cela relève tout de même d'une forme de capitation.

b-3 Le salariat

Le salariat rémunère le professionnel à la fonction. Il suppose la signature d'un contrat entre, ici, le médecin et son employeur. Ce contrat détermine les devoirs du médecin (mission, horaires, lieu de travail,...) et ses droits sociaux (congés, RTT, paiement des heures supplémentaires,...). La part du salariat dans la profession est croissante depuis l'apparition du temps plein hospitalier qui a montré que la médecine pouvait aussi s'exercer sous forme salariée. On trouve dorénavant des médecins salariés dans le secteur public (hôpitaux, médecine sociale dans les services de PMI (Protection Maternelle et Infantile assurée par les Conseils généraux des départements), centres de santé communaux,...) et aussi dans le secteur privé (assurances, Caisses d'Assurance Maladie, centres de vaccination conventionnés, centres de santé mutualistes, centres de médecine du travail, médecin collaborateur...).

Ce mode de rémunération est apprécié de certains médecins, notamment ceux qui ont quitté l'exercice libéral^{26,28}. Le salariat concerne aujourd'hui plus de la moitié des médecins en activité (dont une petite partie ont également une activité libérale à temps partielle). Au 1^{er} janvier 2013, plus de 40% des médecins sont exclusivement salariés, dont 65.8% dans le secteur hospitalier¹⁰.

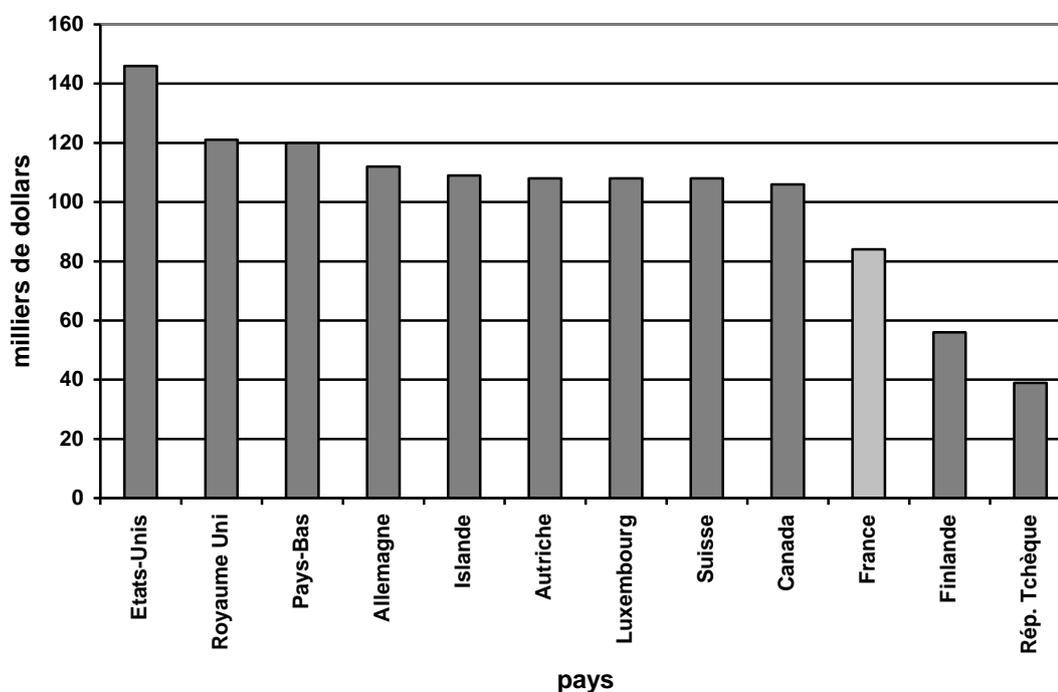
c. Évolution quantitative

Avant la socialisation des dépenses de santé, les honoraires des médecins étaient libres, souvent fixées à l'appréciation des ressources du patient, versées à l'acte

ou sous forme de notes d'honoraires. Les recettes étaient variables d'une partie du territoire à une autre : elles étaient notamment plus basses dans les campagnes^{3,11}.

Cependant, les médecins figurent aujourd'hui parmi les travailleurs les mieux rémunérés³¹. La croissance des revenus des médecins libéraux est plus forte ces dernières années que la moyenne des revenus salariés toutes professions confondues, surtout depuis 2002 du fait des revalorisations tarifaires et aussi d'une augmentation de la demande de soins³². Cependant, l'augmentation des revenus est moins forte ces dernières années^{11,32}.

Mais cela cache de grandes disparités, notamment selon la spécialité. Les Généralistes font partie des médecins libéraux les moins bien rémunérés. De plus, en comparaison de leurs homologues des pays développés, la rémunération brute des médecins généralistes est également plus faible alors que leur temps de travail est plus élevé³¹. Le graphique 2, tiré d'un travail d'élèves de l'ENA (École Nationale d'Administration)³¹, compare les revenus des médecins généralistes de douze pays, en 2005, selon l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique).



Graphique 2 : Comparaison de la rémunération annuelle en milliers de dollars des médecins généralistes de douze pays de l'OCDE

4. Les différents modes d'exercice

a. Solitaire

Le mode d'exercice solitaire consiste à s'installer seul dans son cabinet. Certains médecins exerçant en solitaire consultent dans un espace aménagé à leur domicile. Certains d'entre eux ont une secrétaire salariée ou conjoint(e) aidant(e) car financer seul un secrétariat nécessite une activité très importante.

On peut évaluer à 45 % (INPES, 2009)¹³ la proportion de médecins généralistes français exerçant sous cette forme.

b. Cabinet de groupe

Le cabinet de groupe rassemble plusieurs médecins généralistes, soit de manière exclusive (monodisciplinaire), soit accompagné de professionnels paramédicaux (pluriprofessionnel). La plupart du temps il s'agit d'une association entre 2 à 4 médecins généralistes¹³, mais il n'y a pas de limite de nombre. On se rend compte qu'il existe des disparités régionales avec notamment un gradient Est/Ouest : l'Ouest de la France comptant une plus forte proportion de médecins regroupés que l'Est¹³. Il existe aussi un gradient générationnel : les praticiens de moins de 40 ans exercent en groupe pour 80% d'entre eux¹³.

- Monodisciplinaire

On peut estimer la proportion de médecins généralistes exerçant sous cette forme à 41%¹³.

- Pluriprofessionnel

On peut estimer la proportion de médecins généralistes exerçant sous cette forme à 14%¹³.

Ce mode d'exercice tend à se développer, notamment sous l'impulsion des pouvoirs publics¹³.

Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) regroupent des professionnels de santé variés (professions médicales, paramédicales et parfois médico-sociales) assurant des activités de soins sans hébergement, et participent aussi à des actions de santé publique et d'éducation thérapeutique. Elles sont construites autour d'un projet de santé avec la volonté d'un exercice coordonné. Leur développement est favorisé dans les zones démographiquement fragiles car semblent pouvoir être une réponse partielle à l'attrait des jeunes médecins dans ces régions¹³.

Les médecins peuvent y exercer selon le statut juridique de leur choix. Il est à noter que depuis 2011 un nouveau statut adapté à l'exercice en MSP a été créé : la SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires). La SISA permet d'associer des professionnels de santé de disciplines différentes, de financer en commun leur frais de fonctionnement et de facturer à l'Assurance Maladie certains actes constituant du projet de santé coordonné tels que les actes de coopération et d'éducation thérapeutique¹⁷. Les bénéfices de la SISA sont ensuite reversés à ses membres.

c. Centre de santé

Les centres de santé sont des structures qui peuvent être gérées par des organismes à but non lucratif, par des collectivités locales ou des établissements de santé³³. Ils peuvent regrouper, non seulement des médecins généralistes mais aussi plusieurs spécialistes et des professions paramédicales³³. Au sein de ces établissements, qui encaissent les honoraires par la pratique du tiers payant, les professionnels sont salariés³³.

Ils sont inégalement répartis sur le territoire : concernant les centres médicaux, on en trouve notamment dans la banlieue parisienne, le nord et l'est de la France³⁴.

B. La médecine générale aujourd'hui en Poitou-Charentes

I. Démographie médicale

1. Nombre

La DREES recensait 2793 médecins généralistes en Poitou-Charentes en 2013, répartis par mode d'exercice et par départements comme retranscrit dans le tableau 2.

Tableau 2 : Effectif et part de médecins généralistes en Poitou-Charentes par département et par mode d'exercice en 2013 (données DREES)³⁵

Département	Ensemble	Libéraux exclusifs	Mixte	Salariés hospitaliers	Salariés autres
Charente	505	319 (63.2%)	18 (3.6%)	96 (19.0%)	72 (14.2%)
Charente-Maritime	1071	764 (71.3%)	29 (2.7%)	163 (15.2%)	115 (10.7%)
Deux-Sèvres	539	280 (51.9%)	59 (10.9%)	107 (19.9%)	93 (17.3%)
Vienne	678	435 (64.2%)	34 (5.0%)	119 (17.6%)	90 (13.3%)
Total	2793	1798 (64.4%)	140 (5.0%)	485 (17.4%)	370 (13.2%)

On notera que, pour cette source statistique, l'exercice mixte ne prend en compte que les médecins ayant une activité libérale et hospitalière, ce qui n'englobe pas les médecins libéraux coordonnateurs des EHPAD (qui reçoivent pour cette fonction un salaire).

2. Âge

L'âge moyen des médecins généralistes libéraux et mixtes en Poitou-Charentes était en 2013 de 53 ans, avec une moyenne de 55 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes (CNOM)³⁶.

L'âge moyen des médecins généralistes en France en 2013 était de 52 ans, avec une moyenne de 54 ans pour les hommes et de 49 ans pour les femmes (CNOM)¹⁰.

Les données de la DREES les plus récentes datent de 2011. Elles sont semblables, en notant que l'âge moyen par sexe n'est pas disponible sur leurs statistiques.

La répartition, par classe d'âge, par département du Poitou-Charentes en 2011 selon la DRESS est consignée dans le tableau 3. Concernant la répartition par classe d'âge, seuls les chiffres à l'échelon départemental sont disponibles.

Tableau 3 : Age moyen et proportions par tranches d'âges en années des médecins généralistes par département du Poitou-Charentes en 2011 (données DREES)³⁵

Département	Age moyen	Part des - de 40 ans	Part des 40-54 ans	Part des 55 ans et +
Charente	53.4	8%	40%	53%
Charente-Maritime	51.4	12%	46%	43%
Deux-Sèvres	52.3	13%	40%	47%
Vienne	51.8	14%	41%	45%

On note l'existence au sein de la région de deux profils : la Charente-Maritime se distingue par une proportion de médecins généralistes âgés de plus de 55 ans non prédominante à la différence des trois autres départements. On notera qu'en Charente, plus de la moitié des médecins généralistes ont plus de 55 ans.

3. Sexe

La répartition par sexe des médecins généralistes selon la DREES en Poitou-Charentes en 2013 est reproduite dans le tableau 4 pour les secteurs libéral exclusif et mixte et dans le tableau 5 pour le secteur salarié. La répartition des médecins généralistes selon leur mode d'exercice et leur sexe en Poitou-Charentes en 2013 est illustrée dans le graphique 3.

Tableau 4 : Répartition par département et par sexe des médecins généralistes ayant une activité libérale exclusive ou partielle selon la DREES en Poitou-Charentes en 2013³⁵

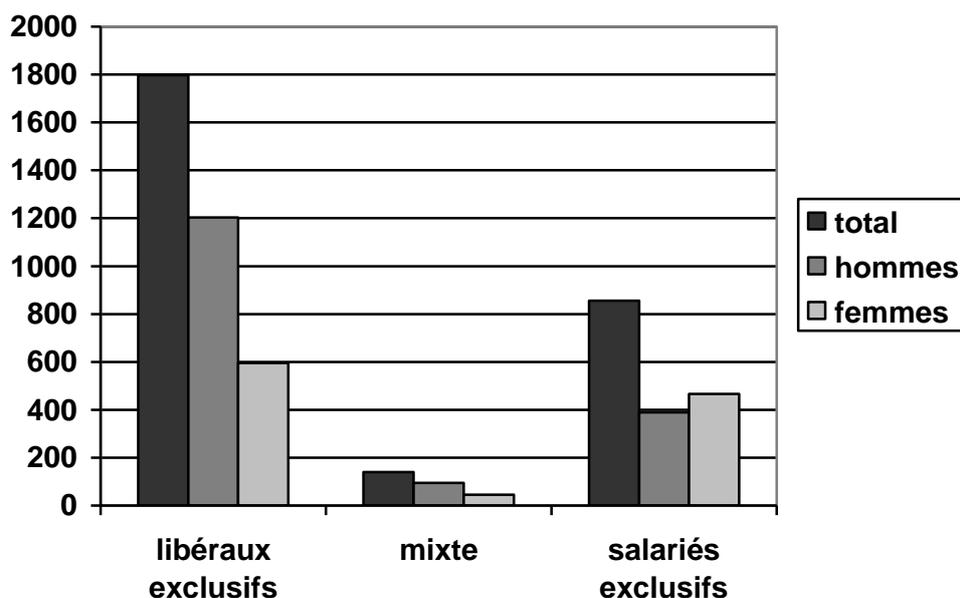
Département	Libéral exclusif hommes	Libéral exclusif femmes	Mixte hommes	Mixte femmes
Charente	236	83	10	8
Charente-Maritime	505	259	21	8
Deux-Sèvres	187	93	44	15
Vienne	275	160	20	14
Total	1203	595	95	45

Près de 70% des médecins généralistes libéraux exclusifs et mixtes étaient, en 2013, des hommes. On retrouvait au niveau national des proportions similaires.

Tableau 5 : Répartition par département et par sexe des médecins généralistes ayant une activité salariée exclusive selon la DREES en Poitou-Charentes en 2013³⁵

Départements	Salarié hospitalier hommes	Salarié hospitalier femmes	Salarié autre hommes	Salarié autre femmes
Charente	51	45	25	47
Charente-Maritime	86	77	52	63
Deux-Sèvres	59	48	34	59
Vienne	54	65	28	62
Total	250	235	139	231

Les médecins généralistes salariés hospitaliers étaient en 2013 en Poitou-Charentes majoritairement des hommes (51.5%). En revanche, dans les autres secteurs, la proportion de médecins généralistes femmes salariées devient prépondérante (62.4%). Au niveau national, selon les chiffres de la DREES la répartition sexuée des médecins généralistes salariés du milieu hospitaliers est un peu inférieure (49.8% d'hommes) et les médecins généralistes salariés des autres secteurs sont encore plus majoritairement des femmes (67%).



Graphique 3 : Répartition des médecins généralistes selon leur mode d'exercice et leur sexe en Poitou-Charentes en 2013 (données DREES)³⁵

4. Répartition géographique

La répartition des médecins généralistes, tout comme au niveau national, est inégale sur le territoire picto-charentais.

Pour la densité de médecins généralistes, on s'intéressera uniquement à ceux ayant une activité libérale.

Selon la DREES, les densités de médecins généralistes par département du Poitou-Charentes en 2013 sont retranscrites dans le tableau 6³⁵.

Tableau 6 : Densité pour 100.000 habitants de médecins généralistes pratiquant la médecine générale en Poitou-Charentes par département en 2013 (données DREES)³⁵

Département	Densité libéraux exclusifs	Densité exercice mixte
Charente	90.33	5.10
Charente-Maritime	120.47	4.57
Deux-Sèvres	74.84	15.77
Vienne	101.00	7.89

Selon les données les plus récentes de la DREES, la population totale en Poitou-Charentes en 2012 était de 1.789.700 habitants³⁵. En un an la population n'a pas varié énormément. En extrapolant cette donnée pour 2013, on en calcule donc une densité approximative de 100.46 pour les médecins généralistes libéraux exclusifs et de 7.82 pour les médecins généralistes en exercice mixte.

Pour information la densité (selon les données de la DREES) de médecins généralistes ayant une activité libérale en France en 2013 était de 97.03 pour les médecins libéraux exclusifs et de 8.56 pour les médecins ayant une activité mixte³⁵.

On note également au sein de chaque département des écarts de densité comparables aux constats nationaux. Les côtes et les milieux urbains attirent davantage de médecins comme le montre le site internet cartosanté qui indique la densité médicale par canton³⁷.

Cependant la mesure de la densité médicale n'est pas le seul paramètre à prendre en compte quant à l'accès aux soins. Le site cartosanté recense également l'activité par praticien dans chacun des cantons reflétant un peu plus le besoin réel. En effet les caractéristiques socioprofessionnelles d'une zone déterminée interviennent dans le besoin de soins, nécessitant pour un accès aux soins équitable une densité médicale différente d'une zone à une autre.

5. Évolution et perspectives

Si on regarde, sur la figure 4, l'évolution démographique des médecins généralistes dans la région sur les cinq dernières années, on s'aperçoit que les bassins de vie qui voient leur nombre de praticiens libéraux ou mixte augmenter, ne sont pas forcément ceux qui voient leur population augmenter !³⁶

Variation des effectifs en médecine générale
et hausse de la population générale

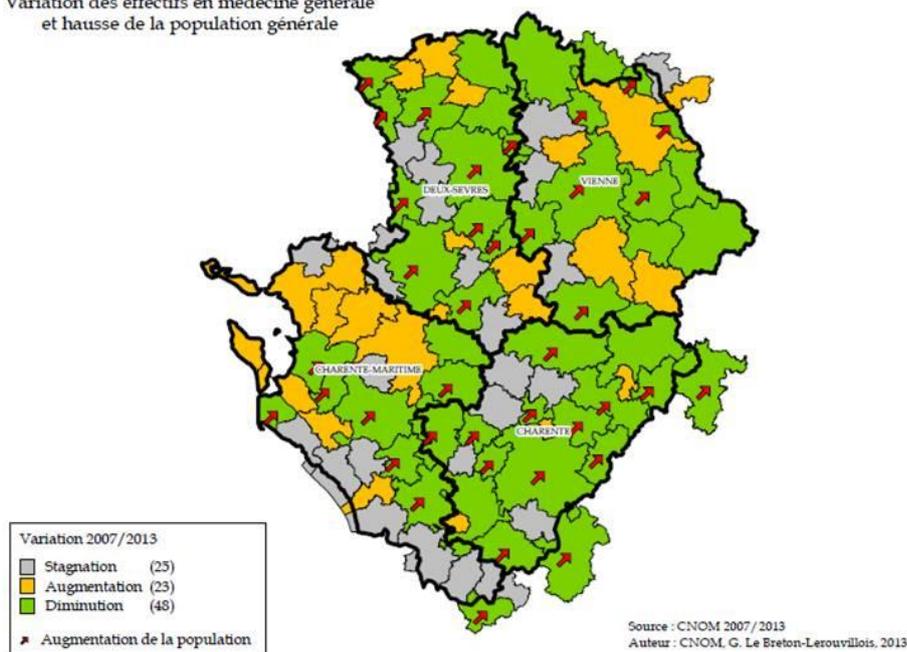


Figure 4 : Variation des effectifs de médecins généralistes et de la population par bassin de vie en Poitou-Charentes entre 2007 et 2013

Les prévisions faites par le Conseil de l'Ordre pour 2018, visibles sur la figure 5, semblent confirmer la tendance de l'attrait du littoral. Dans la région, seule la Charente Maritime devrait voir son nombre de médecins généralistes augmenter alors que les trois autres départements en situation déjà moins favorable devraient voir leur nombre de médecins généralistes diminuer³⁶.

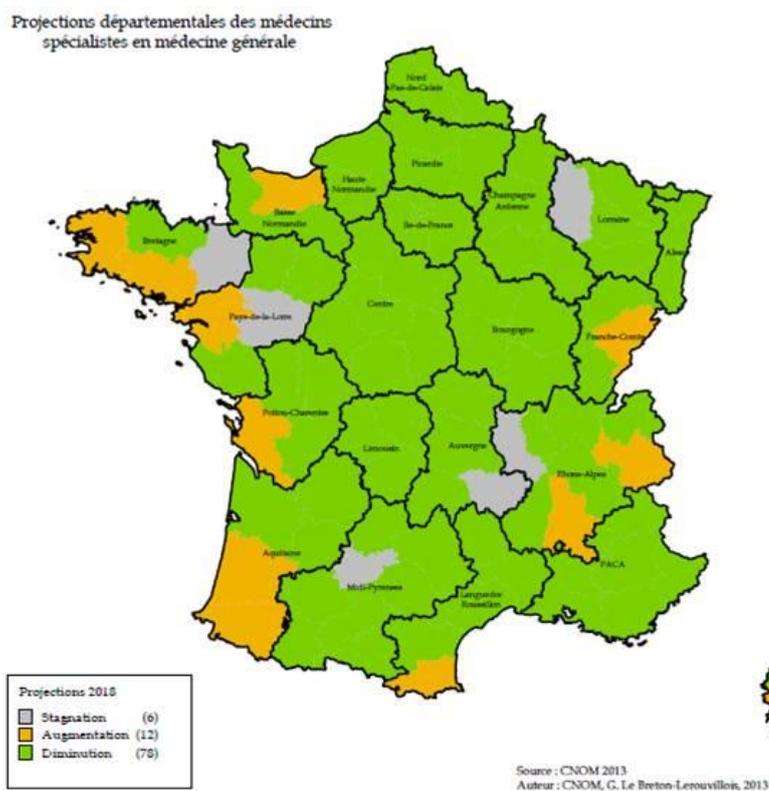
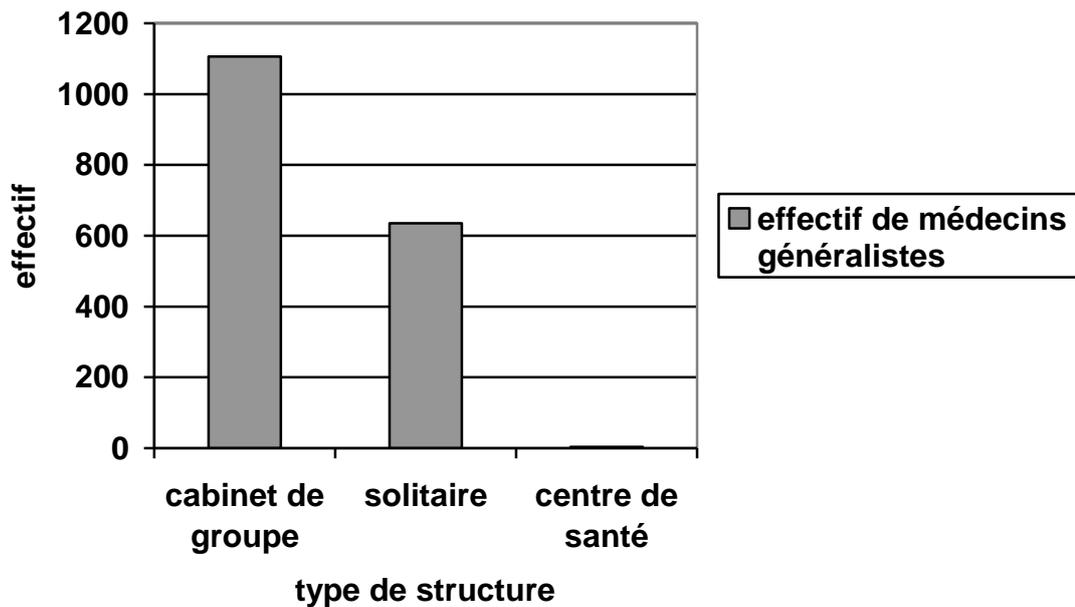


Figure 5 : Projection par département de l'évolution des effectifs de médecins généralistes en 2018

De plus, il faut noter que les départements de la Charente et des Deux-Sèvres, souffrant déjà d'une densité plus faible, disposent de médecins généralistes plus âgés que la moyenne régionale³⁶, ce qui les fragilise encore plus.

6. Répartition selon le type de structure

En Poitou-Charentes, en 2013, selon l'ARS Poitou-Charentes, la répartition, selon le type de structure, des médecins généralistes exerçant la médecine générale est décrite par le graphique 4³⁸.



Graphique 4 : Effectifs des médecins généralistes exerçant en Poitou-Charentes en novembre 2013 selon le type de structure (source : ARS Poitou-Charentes)³⁸

II. Chassé croisé des générations de médecins généralistes en Poitou-Charentes

1. Arrivées

a. Nouveaux Médecins Généralistes

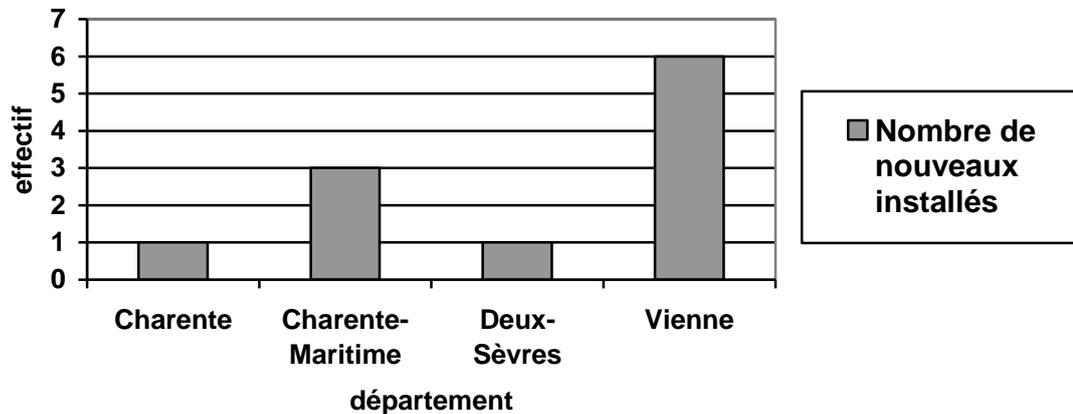
Sur l'année 2010, 50 nouveaux médecins généralistes se sont inscrits à l'Ordre en Poitou-Charentes³⁹.

b. Nouvelles installations

Tout d'abord, chez ces nouveaux médecins généralistes en Poitou-Charentes, en 2010, seulement 22% d'entre eux (soit 11 médecins) ont choisi l'exercice libéral³⁹ (environ 19% au niveau national⁴⁰), 43% ont choisi le salariat³⁹ (environ 37% au

niveau national⁴⁰) et 35% ont choisi les remplacements³⁹ (environ 44% au niveau national⁴⁰).

La répartition des 11 nouveaux installés en 2010 sur les quatre départements est décrite par le graphique 5.



Graphique 5 : Répartition par département du Poitou-Charentes des nouveaux Médecins Généralistes installés en 2010³⁹

45% des nouveaux installés en libéral en Poitou-Charentes (soit 5 médecins) ont choisi d'exercer en milieu rural, répartis comme suit : deux dans la Vienne et un dans chacun des trois autres départements³⁹.

On constate au niveau régional qu'après cinq ans d'inscription à l'Ordre le secteur libéral n'a su attiré que 45.7% des jeunes médecins généralistes³⁶...alors qu'il est le mode d'exercice dominant de la discipline. En France au 1^{er} janvier 2013, 59% des médecins généralistes exerçaient en libéral¹⁰, mais seulement à peine 20% des nouveaux inscrits en 2012¹⁰.

L'âge moyen des nouveaux installés est de 38 ans, 56% sont des femmes³⁹.

Parmi les nouveaux installés en Poitou-Charentes entre 2009 et 2010, 11% avaient choisi l'exercice solitaire, 89% l'exercice en groupe⁴⁰.

2. Départs

a. Retraites

En France en 2012, 2462 médecins généralistes sont partis à la retraite¹⁰. A l'échelon régional, il n'y a pas de données récentes.

b. Autres causes

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Deux-Sèvres a communiqué les statistiques concernant les autres causes de cessation d'activité depuis 2010. On y retrouve par ordre décroissant de causes après la retraite : le transfert d'activité vers un autre lieu géographique, le décès, la reconversion, la convenance et la maladie⁴¹.

Les résultats pour les Deux-Sèvres, toutes causes de cessation d'activité détaillées sont consignés dans le tableau 7.

Tableau 7 : Causes de cessations d'activité chez les médecins généralistes en Deux-Sèvres de 2010 à 2013⁴¹

Motif de cessation d'activité	2010	2011	2012	2013
Retraite	4	6	3	9
Transfert d'activité	0	1	2	2
Reconversion	1	0	0	2
Décès	1	1	1	2
Maladie	0	0	1	0
Convenance	0	0	1	1
Total	6	8	6	16

C. Organisation actuelle d'une cessation d'activité

Peu de données sont disponibles sur ce sujet. Les médecins qui cessent leur activité ont bien conscience des problèmes démographiques mais semblent ne pas savoir comment agir à leur échelle. Les moyens utilisés pour trouver un successeur sont multiples : via le bouche à oreille, via les annonces (dans les revues, à la faculté, au Conseil de l'Ordre...), via le fait d'être maître de stage pour internes, via les élus locaux, via des remplaçants réguliers^{28,42}...

En Poitou-Charentes en 2010, 60.7% des médecins de plus de 55 ans disaient rechercher activement un successeur⁴².

D. Déficit d'installations et déserts médicaux

Sur l'année 2012, en France, le nombre de nouveaux médecins généralistes est légèrement plus élevé que le nombre de cessations d'activités : 2516 arrivants contre 2462 sortants¹⁰.

Or, en France, au 1^{er} janvier 2013, cinq ans après leur première inscription à l'Ordre, moins de la moitié des médecins généralistes inscrits en 2007 pour la première fois exercent la médecine générale en cabinet : 40.5% en exercice libéral exclusif et 5% en exercice mixte¹⁰. Pour la région Poitou-Charentes, les proportions sont respectivement de 45.7% et 5.7%³⁶. Par rapport au niveau national, la proportion de médecins généralistes remplaçants parmi les inscrits de 2007 diminue davantage en Poitou-Charentes.

La durée moyenne du remplacement en France avant installation est de 2.6 ans (2.5 pour les hommes et 2.7 pour les femmes)¹⁰.

En termes d'accès aux soins, le renouvellement incomplet du corps médical libéral des médecins généralistes aboutit à ce qu'on appelle des « déserts médicaux ».

L'accessibilité aux soins peut être mesurée par la densité, le temps d'accès au cabinet ou plus récemment par l'APL (Accessibilité Potentielle localisée)⁴³ qui tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur

local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes⁴³.

E. Le regard sur l'installation des jeunes généralistes

I. Internes

En 2007, environ la moitié des internes de médecine générale souhaitait s'installer ou avoir un exercice mixte⁴⁴.

Sur le plan géographique, l'installation pour une petite moitié d'entre eux est plutôt vue en milieu dit semi-rural (un peu plus de 40% des internes)⁴⁴. Il apparaît que le milieu rural n'attire qu'à peine 10% des internes et que le milieu urbain et péri-urbain attirerait environ 40% d'entre-eux⁴⁴. Les trois principales raisons invoquées par les internes qui souhaitent ne pas trop s'éloigner des centres urbains sont la peur de l'isolement médical, les raisons familiales et le poids des gardes dans l'activité⁴⁴. Cependant, près de 42% d'entre eux ne se prononcent pas sur ce choix.

Quant au mode d'exercice, il n'y a aucune ambiguïté : l'exercice de groupe est plébiscité autour de 95%⁴⁴. La volonté de rompre l'isolement médical et d'organiser son emploi du temps afin d'avoir du temps libre et de diminuer son temps de travail conduisent naturellement à viser ce mode d'exercice.

La peur du manque d'expérience (aussi bien l'expérience médicale que l'expérience de gestion du cabinet) et les raisons familiales poussent une large majorité des internes à vouloir effectuer une période de remplacement supérieure à un an avant de décider de s'installer, voire de chercher un poste salarié⁴⁴.

II. Remplaçants

Selon différentes études, entre 75% et 85% des médecins remplaçants souhaitent un jour s'installer en libéral sans lien significatif de sexe ou d'âge^{29,45}. Mais le secteur libéral exclusif n'attire que la moitié d'entre-eux avec un désir d'exercice mixte pour les autres²⁹.

Globalement, les médecins remplaçants souhaiteraient travailler selon des critères semblables aux internes :

- L'installation en groupe est toujours plébiscitée (entre 85% et 100%)^{29,42,45,46} dont la moitié en structure pluridisciplinaire²⁹, avec la notion d'exercer préférentiellement dans une structure existante, voir en débutant par un contrat de collaboration^{45,47}.
- Pour l'aspect financier, le rachat de patientèle est peu envisagé⁴⁵.
- Le lieu géographique préféré est une zone dite semi-rurale, les pôles urbains et les zones rurales isolées étant peu attractifs^{42,45}. Cependant, cette notion reste très floue car la qualification d'une zone semi-rurale reste à l'appréciation de chacun...

L'influence du conjoint et des enfants est forte sur le choix géographique alors que les liens sociaux et familiaux autres semblent être moins importants⁴⁶.

On notera que la proximité d'un hôpital et de son plateau technique rencontre un intérêt contrasté⁴⁶.

Les freins à l'installation les plus couramment cités sont le rythme de travail, le manque de temps libre, les contraintes administratives et financières^{29,42,45}. Le désir de ne pas être fixé est également mis en avant^{42,47}.

De plus, l'image négative qui est transmise aux remplaçants de l'exercice libéral incite nombre d'entre eux à rester remplaçants⁴⁷.

L'installation est vécue comme un acte définitif aux lourdes répercussions sur la vie privée et notamment familiale. Le manque de formation à la gestion de l'entreprise médicale n'incite pas à se lancer, d'autant plus qu'elle est décrite comme de plus en plus difficile par les médecins installés⁴⁷. La peur de ne pas s'entendre avec ses confrères associés et la peur d'avoir des relations difficiles avec les caisses d'Assurance Maladie jouent aussi beaucoup en la défaveur de l'installation⁴⁷. Le remplacement fixe, de plus en plus choisi, permet d'allier stabilité de revenu, suivi de patients et temps libre sans les contraintes administratives⁴⁷.

Le développement du statut de collaborateur apparaît comme une idée attrayante pour les remplaçants avant de franchir le pas^{45,47}.

Les aides financières à l'installation n'ont que peu voire pas influencé les jeunes installés, mais la moitié des remplaçants pensent qu'elles peuvent influencer sur leur décision⁴⁵.

La création de maisons de santé pluri-professionnelles, le salariat en centre de santé, et les avantages fiscaux font partie des solutions les plus citées²⁹.

III. Confrontation avec la réalité

1. La situation des jeunes installés

Pour les médecins généralistes, cinq ans après leur première inscription à l'Ordre, la part des remplaçants diminue au profit de la part d'exercice libéral ou mixte et aussi de la part de salariés, ce qui pour cette dernière catégorie ne suit pas la tendance générale des autres spécialités médicales ou chirurgicales¹⁰.

Selon une étude réalisée en 2011 en Isère, Savoie et Haute-Savoie⁴⁵, 96.7% des jeunes installés étaient auparavant remplaçants. 81.7% d'entre eux exercent en mode libéral exclusif.

En terme de lieu d'installation, les données chiffrées sur la répartition des médecins généralistes nouvellement installés sont difficilement trouvables. On note que la densité de médecins généralistes reste plus importante dans la moitié sud avec des disparités intra-régionales^{10,48}. Les départements côtiers et ceux disposant d'une faculté de médecine recensent des densités plus élevées et sont souvent ceux qui ont vu leur nombre de médecins généralistes augmenter.

Selon l'étude citée précédemment, 51.7% des jeunes installés travaillent en zone urbaine ou à dominante urbaine, 48.3% en zone rurale isolée ou à dominante rurale⁴⁵. Mais les caractéristiques des départements de l'étude ne sont probablement pas extrapolables à la France entière.

Le lieu d'habitation et de travail du conjoint et la présence de structures de la vie quotidienne sont décrits comme importants dans la décision du lieu d'installation⁴⁹.

Ces jeunes installés ont un temps de trajet domicile-travail de 16 minutes en moyenne et exercent pour 80% d'entre eux en cabinet de groupe mono ou pluridisciplinaire⁴⁵. Selon une autre étude réalisée en Poitou-Charentes en 2010⁴², 90% des jeunes installés travaillent en groupe. Ils souhaitent également s'intégrer au sein d'une équipe déjà constituée⁴², et dont l'ambiance entre confrères doit être bonne⁴⁹.

Pour information, toutes spécialités confondues, en 2013, 34% des nouveaux installés se sont installés en cabinet individuel, 33% en groupe monodisciplinaire, l'exercice en cabinet pluri disciplinaire est marginal, 22% ont signé un contrat de collaboration⁴⁸. On note des spécificités régionales : l'exercice solitaire des jeunes installés est plus marqué dans l'est et en Aquitaine contre une absence totale en Poitou-Charentes. Le détail pour les médecins généralistes n'est pas dévoilé, mais la tendance depuis presque 20 ans est au regroupement, notamment chez les jeunes médecins¹³.

67% estiment que leur qualité de vie par rapport à leur période de remplacement est meilleure ou identique⁴⁵. 6.8% regrettent de s'être installés⁴⁵.

Les jeunes installés apprécient leur installation pour la sensation de liberté et la qualité de leur relation médecin-patient. Ils regrettent la quantité de travail administratif et la charge de travail (horaires, samedis matins,..). Côté rémunération, ils sont satisfaits du mode de rémunération (à l'acte) pour 66.67% mais sont plutôt favorables à une forme associant forfait et paiement à l'acte. On note que les femmes sont plus favorables au salariat que leurs confrères⁴². L'activité mixte est vécue comme un complément de revenu sûr et une manière d'organiser son temps de travail⁴⁹.

Les aides à l'installation semblent peu appropriées au regard des attentes^{45,49}.

L'importance de la période de remplacement souhaitée par les internes se traduit bien dans les faits et pour les raisons citées ci-dessus. Le nombre de prétendants à l'installation est donc bien inférieur au nombre de cessation d'activité.

Tout ceci contribue à expliquer la sensation de pénurie relative de médecins généralistes exerçant la médecine générale en France.

2. Les facteurs de désinstallation

On note qu'un bon nombre de freins à l'installation ont aussi été des motifs de cessation précoce d'activité de médecins libéraux^{28,49}.

Les difficultés à concilier vie familiale et vie professionnelle sont citées comme facteur ayant conduit les médecins installés à se reconverter^{28,49}.

La charge de travail trop importante, et notamment les tâches administratives qui s'ajoutent, conduisent à une diminution du temps libre qui est considérée comme insupportable^{28,49}, avec notamment une incompréhension de l'entourage²⁸. Cette diminution du temps libre a créé le sentiment d'isolement social, notamment chez les jeunes installés⁴⁹.

L'exercice individuel est pointé du doigt²⁸, tout comme l'absence de secrétariat physique ou consulter sans rendez-vous^{28,49}.

L'image dégradée de la médecine et le décalage entre la médecine idéale et réelle sont fréquemment cités, associés à des divergences avec les pouvoirs publics et le modèle libéral^{28,49}. On note la difficulté à concilier qualité de travail et revenus souhaités^{28,49}, avec parfois des situations d'endettement⁴⁹. L'emploi du conjoint, ou trouver un emploi pour le conjoint, a été source de cessation d'activité chez de jeunes médecins avec à la clé un déménagement vers des pôles urbains⁴⁹.

Les relations tendues avec les confrères sont surtout évoquées par les jeunes médecins²⁸, car vécues comme favorables après quelques années d'exercice par les plus anciens⁴⁹.

Les jeunes médecins regrettent une formation à la gestion du cabinet et à la pratique de ville insuffisante, soulignant une difficulté à faire face à la demande de la patientèle, qui plus est nomade⁴⁹. De plus, le manque d'information et d'accompagnement quant à l'installation est dénoncé par les jeunes ayant échoué dans leur première installation⁴⁹.

On remarquera que certains médecins, plus anciens, ont ressenti des difficultés à faire évoluer leur pratique, les conduisant à cesser leur activité libérale²⁸. Celle-ci a été facilitée par des opportunités de nouvelle carrière au moment de leur décision²⁸. Certains ont dû reporter leur reconversion faute de successeur ou cesser leur activité sans successeur avec remords⁴⁹.

La permanence des soins est citée principalement par les anciens comme contraignante mais d'évolution plutôt positive ces dernières années⁴⁹.

3. Problématique et question de recherche

A. La continuité des soins

La continuité des soins est un concept selon lequel le patient est suivi médicalement le long de toutes les étapes de son parcours de soins.

La cessation d'activité, sans succession, d'un médecin généraliste, qui est dans la quasi-totalité des cas le médecin traitant de sa patientèle, pose le problème de la transmission des responsabilités qui incombent à cette fonction.

Aucun médecin installé, ni salarié (ni même son employeur), n'est tenu de trouver un successeur à l'arrêt de son activité. En revanche, aucune autorité sanitaire ou politique n'a non plus le devoir d'en trouver, bien que la continuité des soins soit une obligation légale⁵⁰.

B. Assurer et renforcer les soins primaires

La notion de soins primaires et la prise de conscience de leur importance dans un système de santé participant au bien-être de la population remonte à 1978 lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata (Déclaration d'Alma-Ata en annexe 1). Cette conférence réunissait principalement des gouvernants des 134 Etats membres de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) des représentants d'ONG (Organisations Non Gouvernementales) dans le but d'élaborer des plans de politique sanitaire pour promouvoir la santé et l'accès à tous à un système de soins⁵¹. Naît alors le concept de soins primaires offrant des soins globaux, continus, universellement accessibles et répondant aux principales demandes d'une population donnée, en s'appuyant aussi sur la prévention et l'éducation^{51,52}. Les médecins généralistes sont bien entendus un des corps professionnel les plus concernés par ce concept du fait de leur accessibilité privilégiée en premier recours, notion davantage utilisée en France⁵².

Plusieurs études ont démontré qu'un système de santé centré sur les soins primaires améliore l'état de santé global de la population⁵³.

C. Question de recherche et hypothèse

Quelle est l'importance relative des facteurs influençant la décision de prendre une succession chez les médecins généralistes libéraux remplaçants en Poitou-Charentes ?

L'hypothèse de travail repose sur le fait que certains critères seraient plus déterminants que d'autres pour qu'un médecin généraliste remplaçant se décide à prendre une succession.

4. Matériel et méthode

A. Une étude quantitative

Les aspirations de la nouvelle génération de médecins généralistes sont connues, les freins à l'installation aussi et ainsi que les raisons des échecs de primo installation. Cependant, l'importance relative de ces critères dans le choix de s'installer n'a pas été étudiée. L'intérêt de déterminer le degré d'importance de ce qui compte vraiment aux yeux des candidats à l'installation peut nous aider à organiser la succession des médecins généralistes qui vont cesser leur activité et ainsi maintenir une offre de soins primaires équitable.

Il s'agit donc d'une étude quantitative descriptive transversale.

L'étude s'est déroulée du 12 mai 2014 au 1^{er} juillet 2014.

B. La population source

I. Critères d'inclusion

Cette étude est réalisée à partir d'un questionnaire à destination des médecins généralistes remplaçants en Poitou-Charentes, thésés ou non. Le choix des médecins remplaçants repose sur l'expérience plus grande de l'exercice de la médecine générale par rapport aux internes n'ayant pas effectué de remplacement. Interroger les médecins installés n'aurait évidemment pas eu de sens pour cette étude.

II. Contact de la population source

Les médecins remplaçants inscrits aux différents Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins du Poitou-Charentes sont au nombre de 223. Nous avons pu déterminer ce nombre en appelant chacun des quatre conseils départementaux et en leur demandant le nombre de remplaçants inscrits. Tous ont accepté de nous transmettre cette information.

Les coordonnées des médecins remplaçants inscrits au Conseil de l'Ordre de Charente-Maritime sont disponibles sur le site internet. Je leur ai donc adressé un mail expliquant le travail de thèse avec le lien du questionnaire. En revanche pour les autres départements, les adresses mail n'ont pu être obtenues.

Le Conseil de l'Ordre de la Vienne et de la Charente ont accepté d'adresser un mail expliquant le travail de thèse avec le lien du questionnaire aux médecins généralistes inscrits à leur tableau en leur demandant pour ceux qui sont installés de le transmettre à leurs remplaçants.

Le Conseil de l'Ordre des Deux-Sèvres a déposé le lien hypertexte du questionnaire sur son site Internet avec les mêmes explications.

Afin de toucher l'ensemble des médecins remplaçants, le questionnaire a été adressé par mail aux internes de médecine générale par le secrétariat de la faculté permettant de toucher les remplaçants non thésés qui disposent encore de leur boîte mail universitaire.

De plus, l'URPS du Poitou-Charentes a accepté d'adresser le questionnaire par mail aux médecins généralistes installés afin qu'ils le transmettent à leurs remplaçants.

C. Le questionnaire

Le questionnaire s'appuie sur des études ayant déterminé qualitativement les critères souhaités par la nouvelle génération de médecins dans leur idéal d'exercice professionnel, incluant des thèmes favorisant l'installation et d'autres le choix de non-installation ou de désinstallation. Il n'y a donc pas lieu de réaliser une étude préalable afin de les déterminer.

Il a été élaboré et formulé selon les conseils décrits par François de Singly, professeur de sociologie, dans son ouvrage consacré au questionnaire⁵⁴.

Le questionnaire a été conçu sur Google Doc et adressé par mail à la population étudiée. Pour cela un compte Gmail a été ouvert à l'unique fin de réalisation de cette enquête. Les résultats sont retranscrits automatiquement de manière anonyme sur une feuille de calcul informatique, question par question, à chaque fois qu'un répondant valide ses réponses.

D. L'analyse statistique

La feuille de calcul Google Doc peut être convertie directement sur Excel®. Les calculs des fréquences des réponses et des moyennes pour chacune des questions ont été réalisés par le logiciel EpiInfo™7.

A chaque réponse des questions concernant l'importance d'un critère d'exercice professionnel est attribuée une valeur numérique de 0 à 4 afin de quantifier cette importance dans l'analyse statistique des résultats. Cette valeur était inscrite dans le questionnaire (cf. Annexe 2).

Pour déterminer s'il existait une différence significative entre les critères étudiés, nous avons confié nos résultats à Soladis, une entreprise de statistique spécialisée dans les domaines de la santé, de l'industrie et de la recherche. Cela nous a permis de gagner du temps et de réduire le risque d'erreur dans les calculs. La comparaison de l'ensemble des critères étudiés a nécessité de coter les réponses « non envisageable » par une valeur opposée à « condition impérative », soit « -4 ». Le seuil de significativité retenu est $p < 0,05$. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel SAS®9.2.

Pour comparer les items étudiés entre eux selon leur caractère non modifiable ou modifiable, nous avons attribué arbitrairement la valeur 9 aux réponses « non envisageable ». Nous avons choisi une valeur positive et volontairement élevée afin de pouvoir faire ressortir l'importance relative des réponses « non envisageable » dans le but d'identifier les critères rédhibitoires à l'acceptation d'une succession et de pouvoir les présenter au sein d'un même graphique situant ces items par rapport aux autres.

E. Retours

L'étude s'est déroulée du 12 mai 2014 au 1^{er} juillet 2014, soit 7 semaines. Sur la période de l'étude, on comptabilise 101 répondants.

2 participants ont été exclus car ils ne faisaient pas partie de la population définie. Il s'agissait de deux médecins généralistes installés qui, après avoir validé leurs réponses, se sont aperçus que le questionnaire était destiné aux remplaçants.

L'analyse des résultats portera donc sur 99 individus.

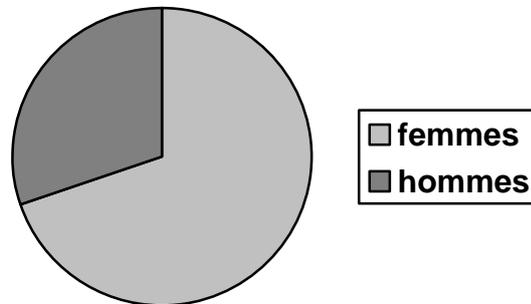
5. Résultats

A. Résultats bruts

I. Caractéristiques de la population d'étude

1. Sexe

69 femmes (69.70%) et 30 hommes (30.30%) ont répondu au questionnaire (Graphique 6).

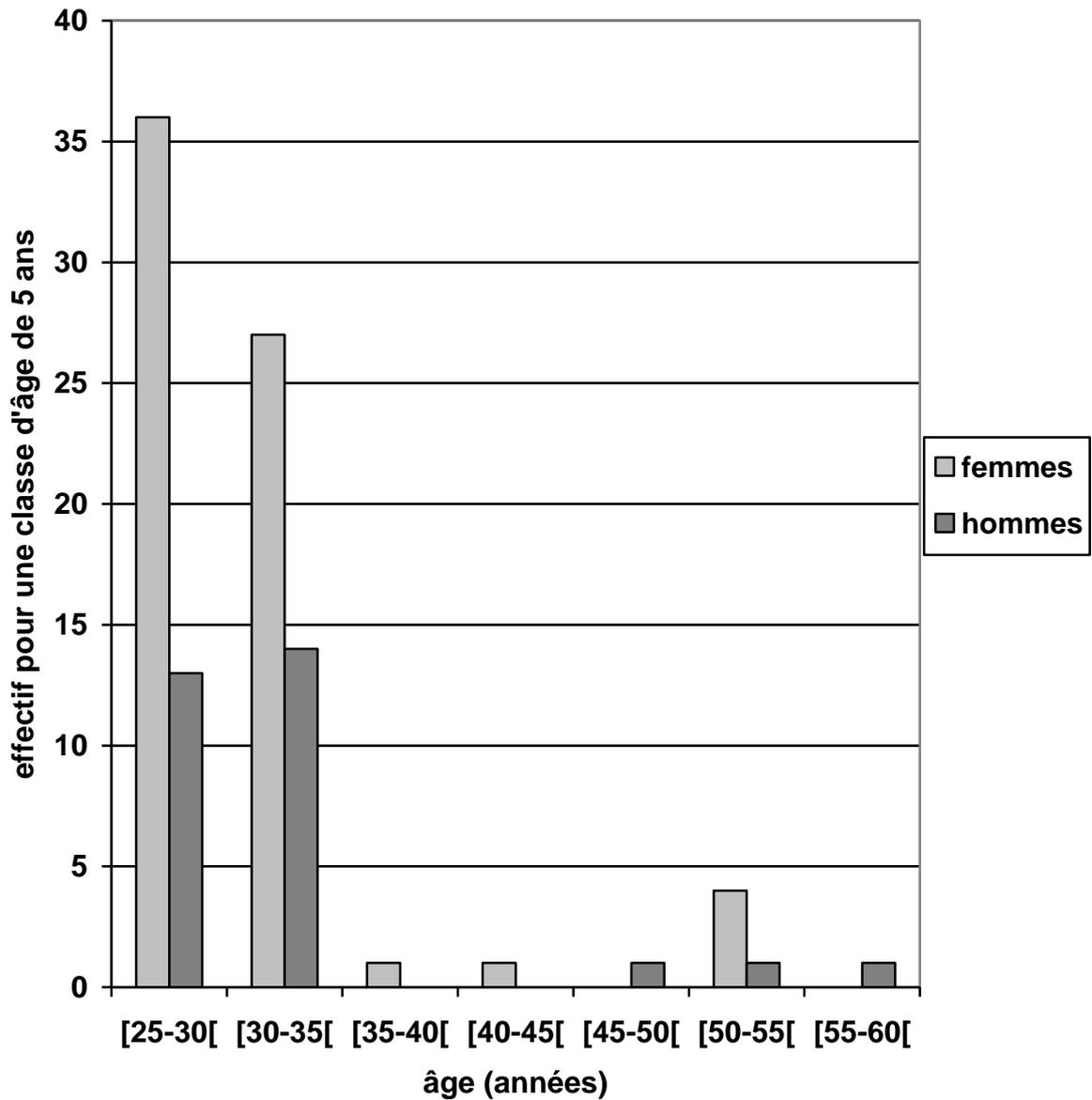


Graphique 6 : Proportion des répondants selon leur sexe

2. Age

L'âge des répondants va de 25 à 53 ans pour les femmes et de 25 à 57 ans pour les hommes, soit une étendue globale de 25 à 57 ans pour l'ensemble.

L'âge moyen global est de 31.2 ans, 30.8 ans pour les femmes et 32.1 ans pour les hommes. La distribution d'âge entre les hommes et les femmes ne diffère pas de façon significative et est visible sur le graphique 7.



Graphique 7 : Effectif des répondants selon leur âge et leur sexe

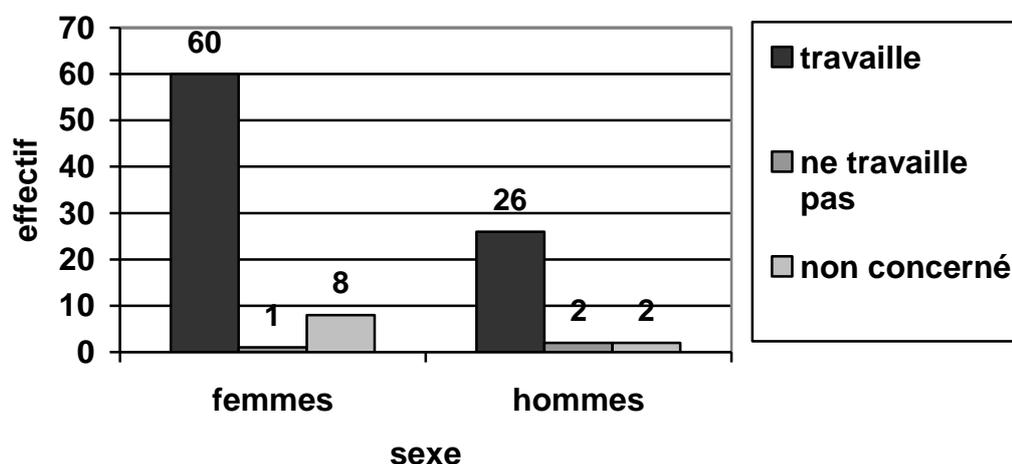
3. Structure familiale

a. Statut conjugal

10 répondants, 7 femmes et 3 hommes, sont célibataires, soit 10.10%. Les 89.90% restants ont un conjoint vivant communément ou séparément.

b. Travail du conjoint

La majorité des conjoints des participants ont une activité professionnelle (98.36% des femmes et 92.86% des hommes qui ont un conjoint).

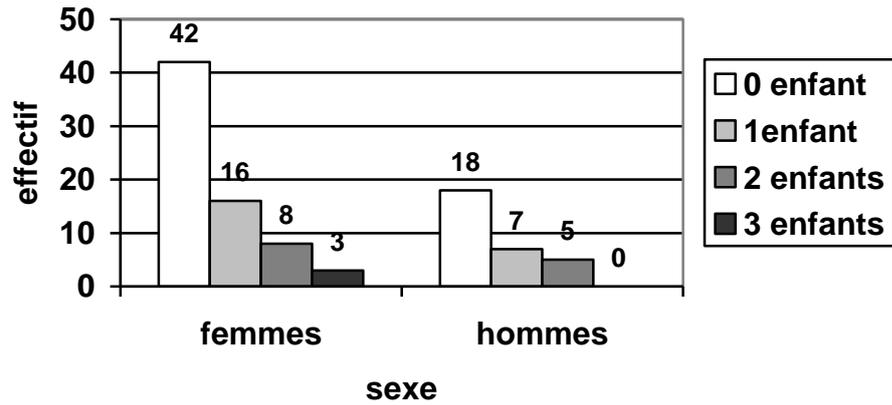


Graphique 8 : Effectifs des conjoints travaillant et ne travaillant pas en fonction du sexe

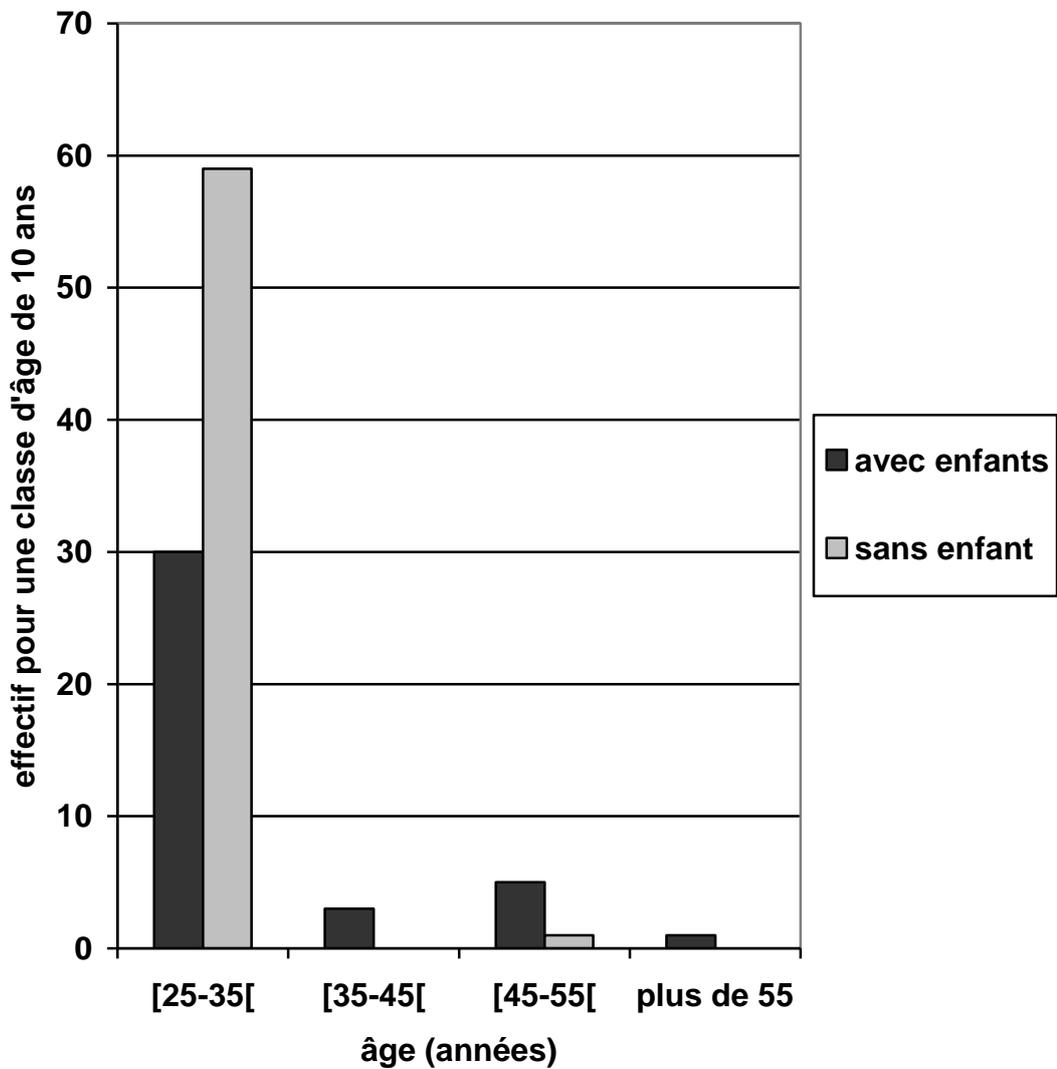
c. Enfants

27 femmes sur 69 ont des enfants (39.13%) et 12 hommes sur 30 ont des enfants (40.00%). La distribution du nombre d'enfants selon le sexe est affichée dans le graphique 9.

Au-delà de 35 ans, un(e) seul(e) répondant n'a pas d'enfant. Le statut parental par classe d'âge est répertorié dans le graphique 10.



Graphique 9 : Nombre d'enfants en fonction du sexe

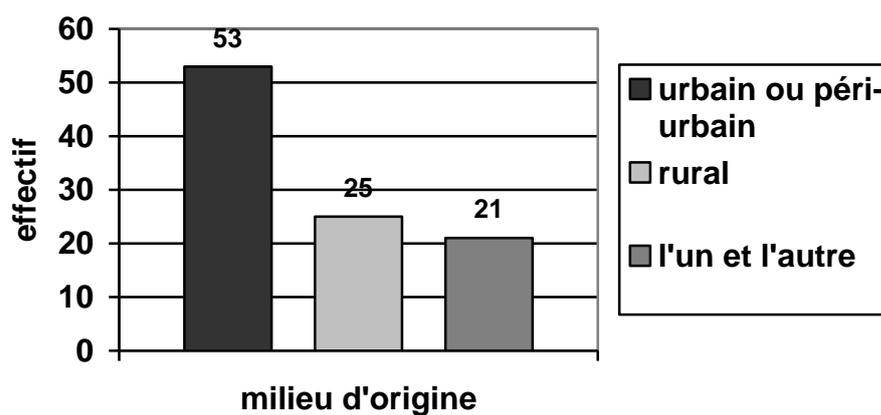


Graphique 10 : Effectif des répondants selon leur statut parental en fonction de leur âge

4. Origines géographiques

a. Avant l'entrée en faculté

Les médecins remplaçants ayant répondu ont majoritairement grandi dans un milieu urbain ou péri-urbain (53.54%). Seulement un quart a grandi exclusivement en milieu rural (cf. graphique 10).



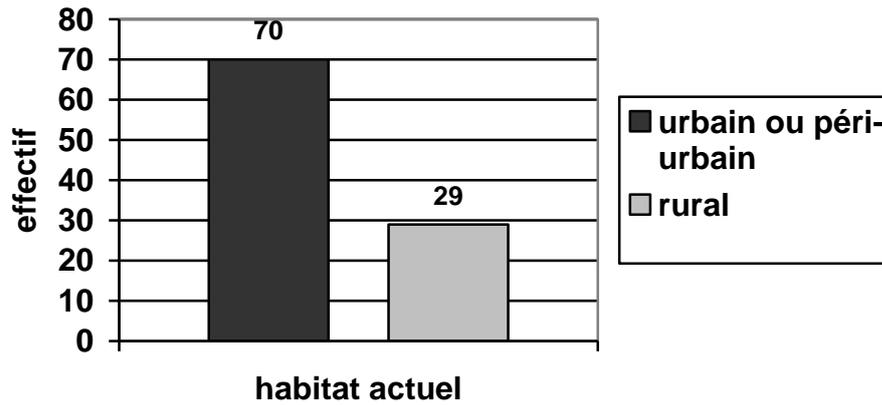
Graphique 11 : Effectif des répondants selon leur milieu d'origine

52.57% des femmes n'ont grandi qu'en milieu urbain, contre 56.67% des hommes.

23.19% des femmes n'ont grandi qu'en milieu rural contre 30.00% des hommes.

b. Au moment de l'étude

Les remplaçants ayant répondu habitent très majoritairement en milieu urbain ou péri-urbain (70.71%), comme représenté par le graphique 12.



Graphique 12 : Effectif des répondants selon leur milieu d'habitat actuel.

Actuellement, 68.12% des femmes habitent en milieu urbain contre 76.67% des hommes.

5. Cours universitaire

a. Les stages

59.60% des répondants ont réalisés à la fois le stage de niveau 1 chez le médecin généraliste et un SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée).

L'analyse par sexe montre que 63.77% des femmes ont réalisé ces deux stages contre 50.00% des hommes.

b. La thèse

60.61% des répondants n'ont pas encore soutenu leur thèse, 68.12% des femmes contre 43.33% des hommes.

II. Caractéristiques de la localisation du cabinet

1. Environnement géographique (urbain/rural)

Sans préciser quel type d'environnement géographique les médecins remplaçants préféraient, les fréquences des réponses concernant l'importance accordée à la situation géographique du cabinet sont inscrites dans le tableau 8.

Tableau 8 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'environnement géographique du cabinet

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Indifférent	0,00
Moindre importance	0,00
Importance modérée	16,16
Forte importance	65,66
Condition impérative	18,18
Total	100,00

2. Distance entre le cabinet et le domicile actuel

L'importance aux yeux des remplaçants de la distance entre le cabinet et le domicile actuel est représentée par le tableau 9.

Tableau 9 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de la distance entre le cabinet et le domicile actuel

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Indifférent	0,00
Moindre importance	4,04
Importance modérée	26,26
Forte importance	50,51
Condition impérative	19,19
Total	100,00

3. Possibilité pour le conjoint de conserver son emploi actuel

Concernant l'importance de la possibilité au conjoint de conserver son emploi actuel, les réponses données par les remplaçants interrogés sont résumées dans le tableau 10.

Tableau 10 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance pour le conjoint de pouvoir conserver son emploi actuel

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Indifférent	2,02
Moindre importance	5,05
Importance modérée	11,11
Forte importance	37,37
Condition impérative	44,44
Total	100,00

4. Proximité des services pour la petite enfance et la scolarité

Les réponses concernant l'importance de la proximité des services pour la petite enfance et la scolarité sont consignées dans le tableau 11.

Tableau 11 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de la proximité des services pour la petite enfance et la scolarité

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Indifférent	4,04
Moindre importance	9,09
Importance modérée	28,28
Forte importance	41,41
Condition impérative	17,17
Total	100,00

5. Proximité d'un hôpital

L'importance de la proximité d'un hôpital est détaillée dans le tableau 12.

Tableau 12 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de la proximité d'un hôpital

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Indifférent	6,06
Moindre importance	19,19
Importance modérée	39,39
Forte importance	32,32
Condition impérative	3,03
Total	100,00

6. Proximité des services de la vie quotidienne

Les réponses détaillant l'importance de la proximité des services de la vie quotidienne sont présentées dans le tableau 13.

Tableau 13 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de la proximité des services de la vie quotidienne

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Indifférent	4,04
Moindre importance	14,14
Importance modérée	37,37
Forte importance	40,40
Condition impérative	4,04
Total	100,00

III. Caractéristiques de la structure du cabinet

1. Travailler en cabinet solitaire

La considération pour l'installation en cabinet solitaire est détaillée dans le tableau 14.

Tableau 14 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler en cabinet solitaire

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	76,77
Indifférent	3,03
Moindre importance	6,06
Importance modérée	6,06
Forte importance	6,06
Condition impérative	2,02
Total	100,00

2. Travailler en groupe monodisciplinaire

L'aspiration à travailler en cabinet de groupe monodisciplinaire est représentée par le tableau 15.

Tableau 15 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler en cabinet de groupe monodisciplinaire

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	4,04
Indifférent	6,06
Moindre importance	15,15
Importance modérée	22,22
Forte importance	40,40
Condition impérative	12,12
Total	100,00

3. Travailler en groupe pluridisciplinaire

L'estimation de l'importance de travailler en cabinet de groupe pluridisciplinaire est détaillée dans le tableau 16.

Tableau 16 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler en cabinet de groupe pluridisciplinaire

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	1,01
Indifférent	15,15
Moindre importance	18,18
Importance modérée	23,23
Forte importance	40,40
Condition impérative	2,02
Total	100,00

4. Travailler dans un cabinet accolé (ou voisin) au domicile

Les réponses relatives à l'importance de travailler en cabinet voisin du domicile sont répertoriées dans le tableau 17.

Tableau 17 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler dans un cabinet accolé (ou voisin) du domicile

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	59,60
Indifférent	9,09
Moindre importance	17,17
Importance modérée	10,10
Forte importance	3,03
Condition impérative	1,01
Total	100,00

5. Travailler dans un cabinet suffisamment distant du domicile

L'importance de travailler en cabinet suffisamment distant du domicile est illustrée par le tableau 18.

Tableau 18 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler dans un cabinet suffisamment distant du domicile

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	5,05
Indifférent	4,04
Moindre importance	16,16
Importance modérée	35,35
Forte importance	31,31
Condition impérative	8,08
Total	100,00

6. Nombre de médecins généralistes minimal souhaité au sein d'un cabinet de groupe

Le nombre de médecins généralistes minimal souhaité au sein d'un cabinet de groupe est retranscrit dans le tableau 19.

Tableau 19 : Nombre de médecins généralistes minimal souhaité au sein d'un cabinet de groupe, fréquence des réponses sur 99 individus

<i>Nombre de médecins généralistes</i>	Fréquence en %
Indifférent	8,08
1	2,02
2	32,32
3	44,44
4	9,09
Davantage	4,04
Total	100,00

IV. Caractéristiques des conditions d'exercice

1. Exercice libéral exclusif

Les réponses concernant l'importance de l'exercice libéral exclusif sont consignées dans le tableau 20.

Tableau 20 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'exercice libéral exclusif

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	4,04
Indifférent	6,06
Moindre importance	18,18
Importance modérée	34,34
Forte importance	27,27
Condition impérative	10,10
Total	100,00

2. Exercice salarié exclusif

L'importance de l'exercice salarié exclusif est représentée par le tableau 21.

Tableau 21 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'exercice salarié exclusif

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	39,39
Indifférent	10,10
Moindre importance	22,22
Importance modérée	22,22
Forte importance	5,05
Condition impérative	1,01
Total	100,00

3. Exercice mixte

Les réponses concernant l'importance de l'exercice mixte se répartissent comme indiqué par le tableau 22.

Tableau 22 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'exercice mixte

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	8,08
Indifférent	18,18
Moindre importance	26,26
Importance modérée	37,37
Forte importance	9,09
Condition impérative	1,01
Total	100,00

4. Possibilité d'être collaborateur(-trice) préalablement

L'importance de pouvoir signer une collaboration préalable à la succession est décrite dans le tableau 23.

Tableau 23 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de pouvoir signer une collaboration préalable

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	4,04
Indifférent	14,14
Moindre importance	17,17
Importance modérée	32,32
Forte importance	27,27
Condition impérative	5,05
Total	100,00

5. Existence d'un secrétariat physique

L'importance de la présence d'un secrétariat physique est détaillée dans le tableau 24.

Tableau 24 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'un secrétariat physique

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	0,00
Indifférent	6,06
Moindre importance	6,06
Importance modérée	23,23
Forte importance	47,47
Condition impérative	17,17
Total	100,00

6. Existence d'un secrétariat téléphonique uniquement

Les réponses concernant l'importance de l'existence uniquement d'un secrétariat téléphonique se répartissent comme le précise le tableau 25.

Tableau 25 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'un secrétariat téléphonique uniquement

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	28,28
Indifférent	11,11
Moindre importance	25,25
Importance modérée	24,24
Forte importance	8,08
Condition impérative	3,03
Total	100,00

7. Absence de secrétariat

Le jugement quant à l'absence de secrétariat est indiqué dans le tableau 26.

Tableau 26 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'absence de secrétariat

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	92,93
Indifférent	2,02
Moindre importance	3,03
Importance modérée	1,01
Forte importance	1,01
Condition impérative	0.00
Total	100,00

8. Consulter uniquement sur rendez-vous

L'importance de consulter uniquement sur rendez-vous est détaillée dans le tableau 27.

Tableau 27 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de consulter uniquement sur rendez-vous

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	1,01
Indifférent	3,03
Moindre importance	7,07
Importance modérée	9,09
Forte importance	33,33
Condition impérative	46,46
Total	100,00

9. Disposer d'un cabinet informatisé

Les réponses concernant l'importance de l'informatisation du cabinet se répartissent comme le montre le tableau 28.

Tableau 28 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de disposer d'un cabinet informatisé

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	0,00
Indifférent	0,00
Moindre importance	0,00
Importance modérée	3,03
Forte importance	13,13
Condition impérative	83,84
Total	100,00

10. Disposer d'un logement

La mise à disposition d'un logement à proximité du cabinet est jugée comme décrit dans le tableau 29.

Tableau 29 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de disposer d'un logement

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	3,03
Indifférent	28,28
Moindre importance	31,31
Importance modérée	26,26
Forte importance	10,10
Condition impérative	1,01
Total	100,00

11. Relations entre confrères

L'importance de la qualité des relations entre confrères du cabinet est décrite dans le tableau 30.

Tableau 30 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée des relations entre confrères

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Indifférent	0,00
Moindre importance	2,02
Importance modérée	1,01
Forte importance	57,58
Condition impérative	39,39
Total	100,00

V. Investissement humain et financier

1. Investissement financier immédiat dans le cabinet

Les réponses concernant l'importance de l'investissement financier immédiat dans le cabinet se répartissent comme retranscrit dans le tableau 31.

Tableau 31 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'investissement financier immédiat dans le cabinet

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	11,11
Indifférent	9,09
Moindre importance	24,24
Importance modérée	40,40
Forte importance	15,15
Condition impérative	0,00
Total	100,00

2. Investissement financier sans obligation immédiate

L'appréciation de l'investissement financier sans obligation immédiate dans le cabinet se répartit comme le montre le tableau 32.

Tableau 32 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'investissement financier différé dans le cabinet

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	0,00
Indifférent	7,07
Moindre importance	17,17
Importance modérée	37,37
Forte importance	36,36
Condition impérative	2,02
Total	100,00

3. Etre locataire du cabinet

L'importance d'être locataire du cabinet est décrite dans le tableau 33.

Tableau 33 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'être locataire du cabinet

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	5,05
Indifférent	11,11
Moindre importance	26,26
Importance modérée	46,46
Forte importance	11,11
Condition impérative	0,00
Total	100,00

4. Participer activement à la gestion administrative du cabinet

La participation active à la gestion administrative du cabinet est souhaitée comme le montre le tableau 34.

Tableau 34 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de participer activement à la gestion du cabinet

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	3,03
Indifférent	14,14
Moindre importance	24,24
Importance modérée	34,34
Forte importance	22,22
Condition impérative	2,02
Total	100,00

5. Etre déchargé de la gestion administrative du cabinet

Les réponses concernant l'importance d'être déchargé de la gestion administrative du cabinet sont consignées dans le tableau 35.

Tableau 35 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'être déchargé de la gestion du cabinet

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	8,08
Indifférent	10,10
Moindre importance	23,23
Importance modérée	33,33
Forte importance	21,21
Condition impérative	4,04
Total	100,00

6. Important volume d'activité du prédécesseur

Un important volume d'activité du prédécesseur est jugé comme le décrit le tableau 36.

Tableau 36 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'un important volume d'activité du prédécesseur

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	4,04
Indifférent	7,07
Moindre importance	24,24
Importance modérée	46,46
Forte importance	18,18
Condition impérative	0,00
Total	100,00

7. Aides à l'installation

L'importance des aides à l'installation est retranscrite dans le tableau 37.

Tableau 37 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée des aides à l'installation

<i>Niveau d'importance</i>	Fréquence en %
Non envisageable	2,02
Indifférent	11,11
Moindre importance	19,19
Importance modérée	44,44
Forte importance	23,23
Condition impérative	0,00
Total	100,00

B. Les principaux critères influents

Nous avons voulu déterminer si les critères sont significativement favorables ou défavorables les uns par rapport aux autres dans la décision d'un médecin généraliste remplaçant d'accepter la succession d'un médecin généraliste installé.

Les tests d'égalité entre les moyennes de deux items ont été effectués grâce à un T-test pour données appariées. Comme ce sont les mêmes individus qui ont répondu à l'ensemble des questions, il faut tenir compte de la corrélation entre les réponses d'une même personne.

Pour étudier la significativité de la différence entre les moyennes de deux questions, il a été réalisé un test de normalité sur les données de différence. Lorsque les effectifs sont supérieurs à 50, ce test a été réalisé à l'aide de la méthode de Kolmogorov-Smirnov et le cas échéant, le test de Shapiro-Wilk a été appliqué.

Si l'hypothèse de normalité est conservée, le T-test est effectué afin de déterminer la probabilité que cet échantillon provienne d'une variable aléatoire de moyenne nulle (p-value). Si cette probabilité est faible (comparaison à 5%), alors on conclut que les moyennes obtenues pour les deux questions sont bien différentes. Dans le cas contraire, on affirme qu'elles ne peuvent pas être considérées comme différentes. Lorsque l'hypothèse de normalité a été rejetée, la probabilité a été calculée via le test de Wilcoxon.

Ces tests, associés au classement des moyennes permettent de valider l'ordonnement des critères d'importance concernant les choix d'accepter la succession d'un médecin généraliste.

Le tableau 38 résume l'importance relative des critères étudiés, classés par moyennes décroissantes, en précisant leur différence significative. Les critères regroupés dans une même case ne sont pas significativement différents, les critères situés dans deux cases contiguës ne sont pas significativement différents, les critères séparés d'une case ou plus sont significativement différents à l'exception de ceux précisés dans la dernière colonne (qui se retrouvent non contigus du fait de leur moyenne). Une case libre entre deux critères contigus signifie qu'il existe une différence significative entre leurs moyennes.

Exemple :

Critère 1, Critère 2
Critère 3
Critère 4
Critère 5

Lecture du tableau : les critères 1, 2 et 3 sont non significativement différents ; les critères 1 et 2 sont significativement différents du critère 4 ; les critères 3 et 4 sont non significativement différents ; les critères 4 et 5 sont significativement différents.

Tableau 38 : Classement des items étudiés selon leurs moyennes décroissantes et leurs différences statistiques

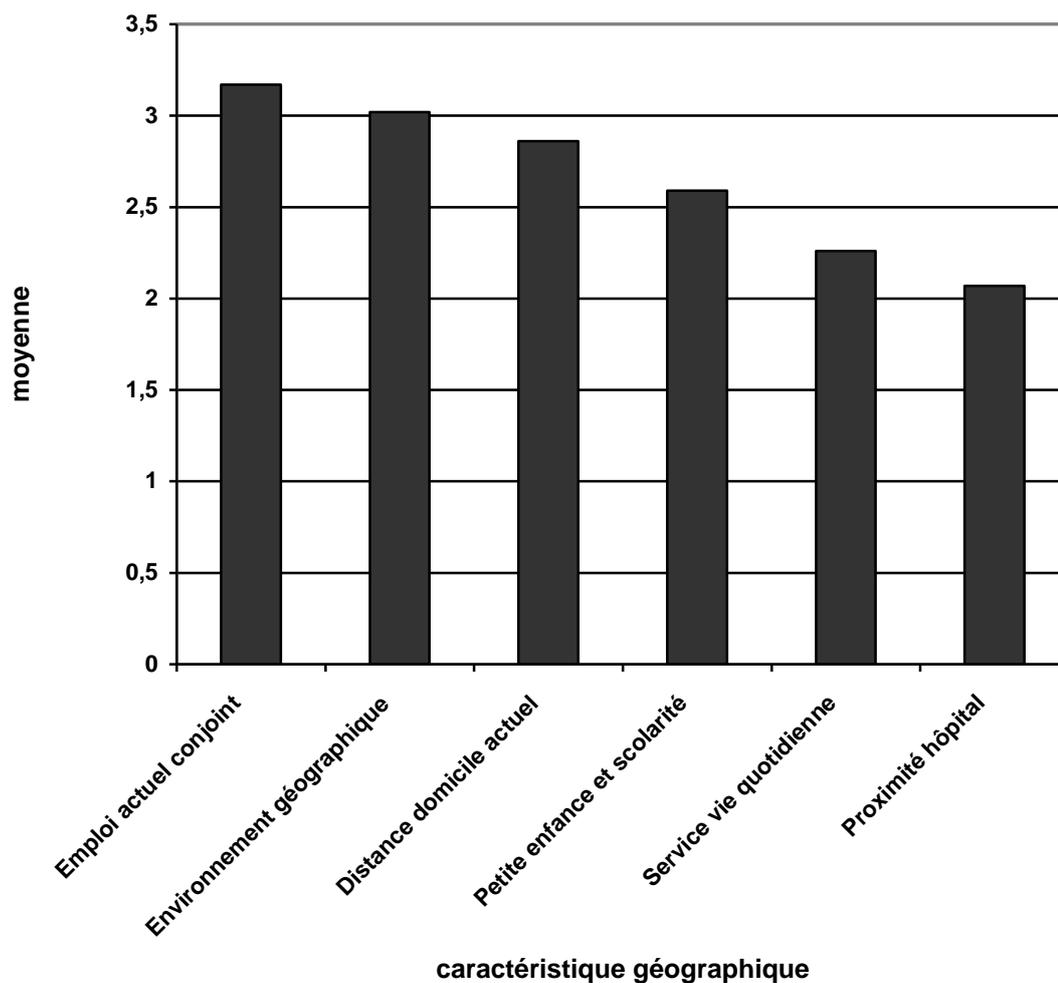
Item	Questions	moyenne globale	Autres items non significativement différents
21	Cabinet informatisé	3,81	
23	Relations avec les confrères	3,34	
3	Emploi actuel du conjoint	3,17	
20	Consulter sur rendez-vous	3,07	
1	Environnement géographique du cabinet	3,02	
2	Distance domicile actuel	2,86	
17	Secrétariat physique	2,64	
4	Proximité services petite enfance et scolarité	2,59	
6	Proximité services de la vie quotidienne	2,26	
8	Cabinet groupe monodisciplinaire	2,13	
25	Investissement financier différé	2,09	9
5	Proximité hôpital	2,07	9
11	Cabinet distant du domicile	1,93	
13	Libéral exclusif	1,93	30
9	Cabinet groupe pluridisciplinaire	1,90	5 ; 25 ; 29
30	Aides à l'installation	1,70	13 ; 28
16	Collaboration	1,68	11 ; 13 ; 28
29	Importante activité du prédécesseur	1,56	9
27	Participer activement à la gestion du cabinet	1,56	
28	Etre déchargé de gestion du cabinet	1,37	16 ; 30
26	Etre locataire du cabinet	1,32	15
24	Investissement financier immédiat	1,06	
22	Disposer d'un logement	1,06	
15	Exercice mixte	1,00	26
18	Secrétariat téléphonique uniquement	-0,03	
14	Salarié exclusif	-0,72	
10	Cabinet voisin du domicile	-1,90	
7	Cabinet solitaire	-2,60	
19	Absence de secrétariat	-3,60	

C. Analyse des facteurs non modifiables par le médecin cédant son activité

Nous rappelons que pour les critères ayant une réponse « non envisageable » proposée, les moyennes sont calculées avec une valeur arbitraire de « 9 » attribuée au « non envisageable » afin de faire ressortir le niveau d'importance des caractéristiques fréquemment indésirables chez les remplaçants pour prendre une succession. Ainsi on peut classer les items sur un même graphique pour comparer leur importance relative. Les items marqués d'un astérisque sont défavorables.

I. Caractéristiques de la localisation du cabinet

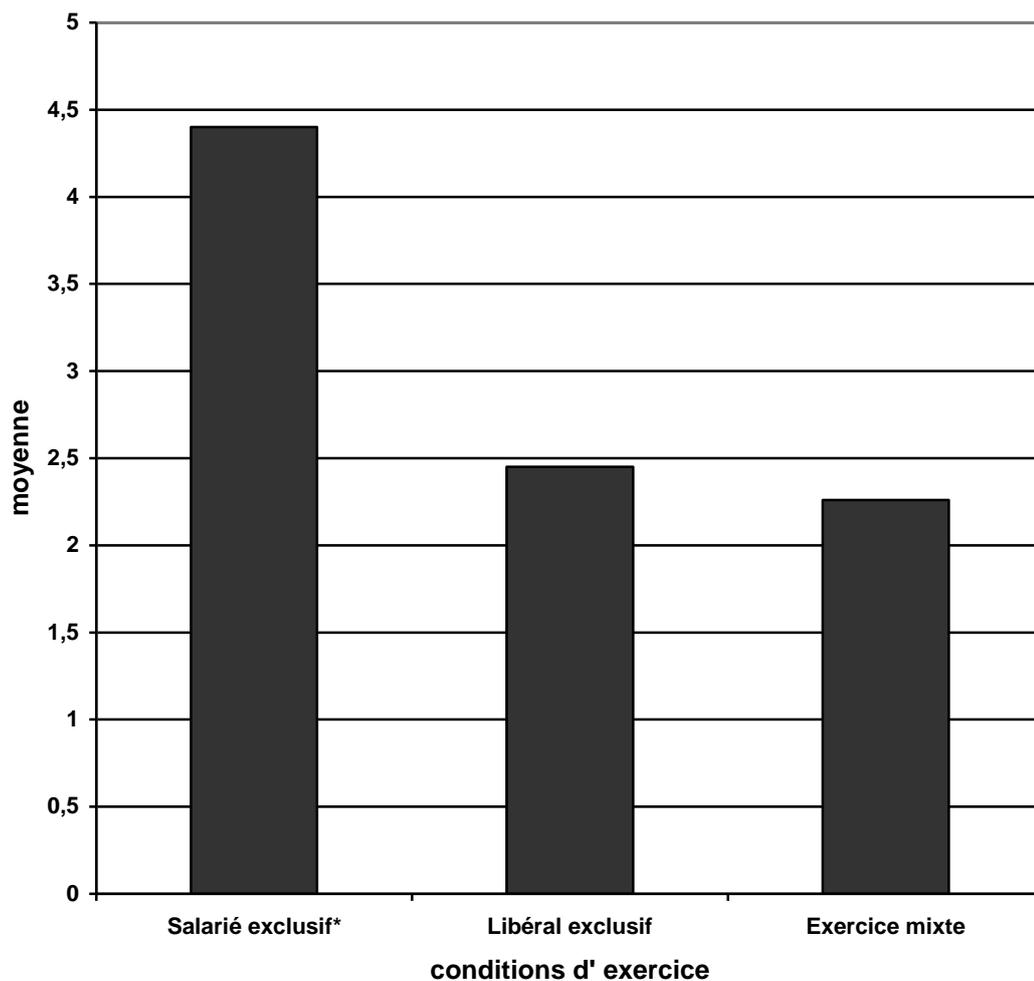
Le classement des caractéristiques liées à l'environnement géographique avec le détail des moyennes est représenté par le graphique 13.



Graphique 13 : Moyennes globales de l'importance des critères de localisation du cabinet classées par ordre d'importance

II. Caractéristiques des conditions d'exercice

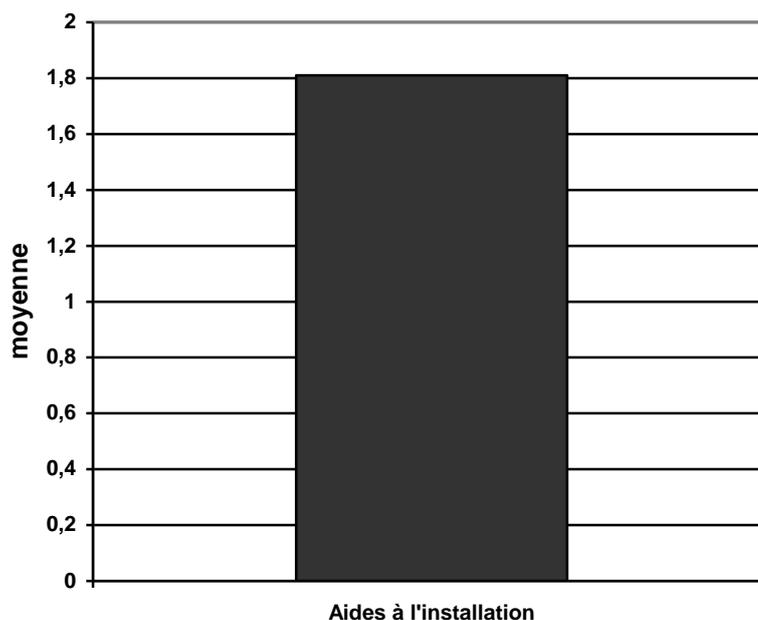
Cela concerne le mode d'exercice. En effet, l'exercice en cabinet privé est forcément libéral ou mixte (sous condition de trouver un poste salarié) et l'exercice en centre de santé est forcément salarié. Les moyennes par ordre d'importance sont présentées par le graphique 14.



Graphique 14 : Moyennes globales de l'importance des caractéristiques des conditions d'exercice non modifiables classées par ordre d'importance

III. Investissement humain et financier

Il s'agit des aides à l'installation, dont l'importance est illustrée par le graphique 15.



Graphique 15 : Moyenne globale de l'importance des aides à l'installation

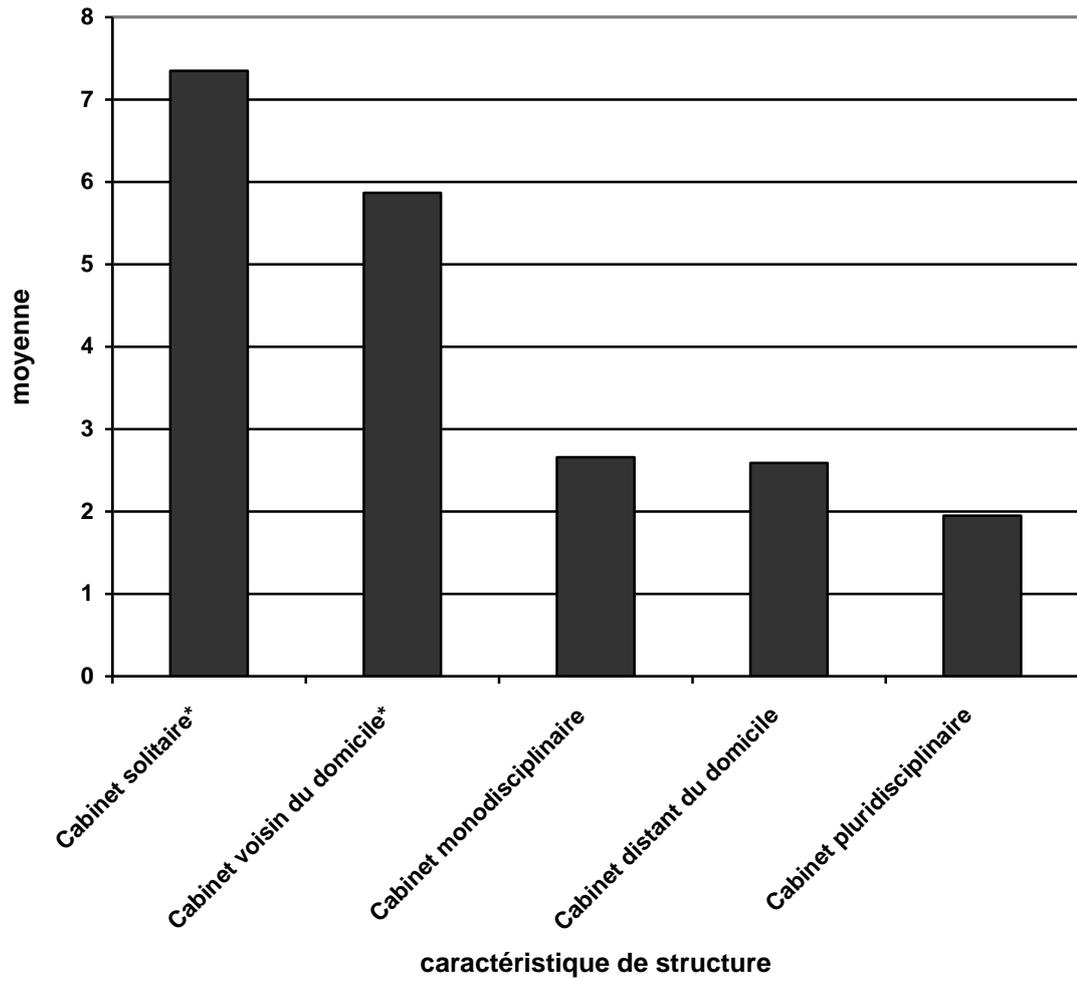
D. Analyse des facteurs modifiables par le médecin cessant son activité

Nous rappelons que pour les critères ayant une réponse « non envisageable » proposée, les moyennes sont calculées avec une valeur arbitraire de « 9 » attribuée au « non envisageable » afin de faire ressortir le niveau d'importance des caractéristiques fréquemment indésirables chez les remplaçants pour prendre une succession. Ainsi on peut classer les items sur un même graphique pour comparer leur importance relative. Les items marqués d'un astérisque sont défavorables.

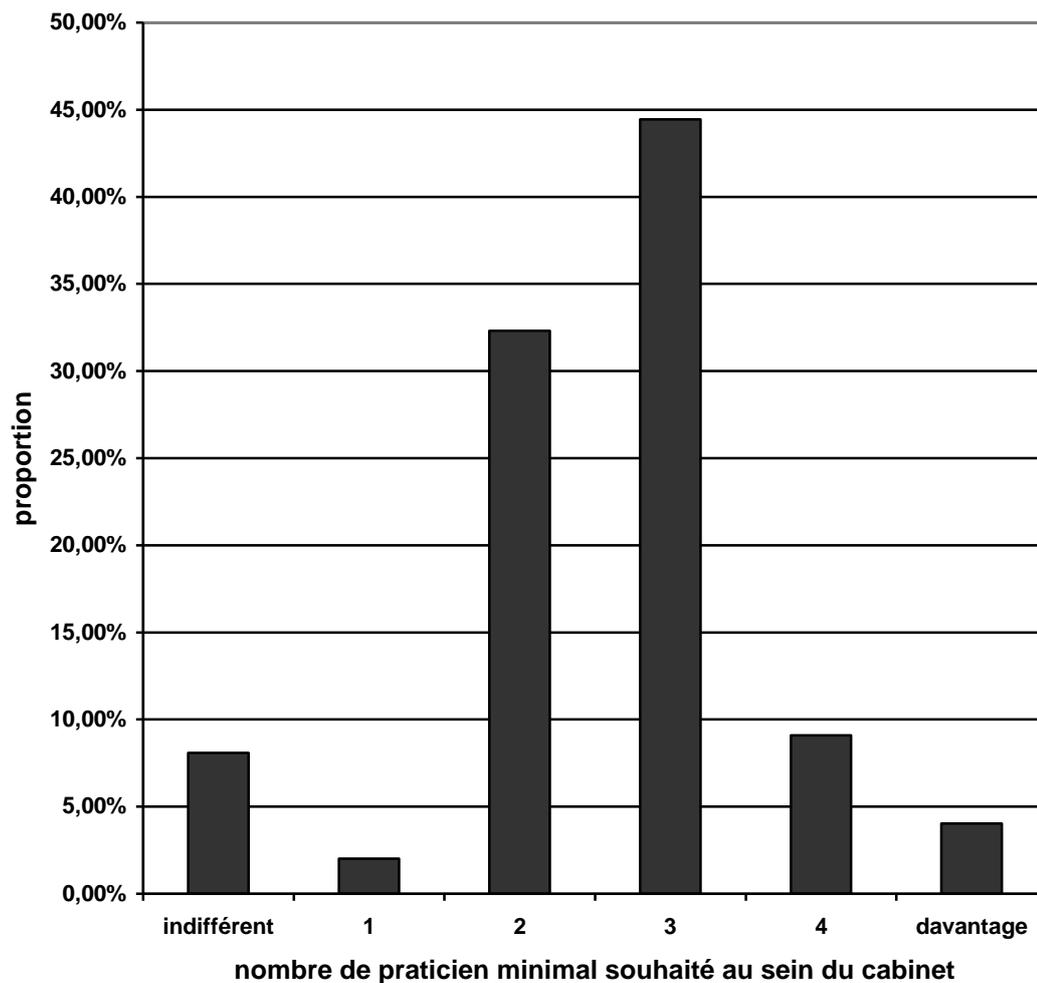
I. Caractéristiques de la structure du cabinet

Il s'agit de se regrouper ou non avec des confrères et de séparer ou non le lieu de travail et le lieu de vie privée. L'ordre d'importance de ces critères est visible dans le graphique 16.

Lorsque l'exercice en groupe est envisagé, le nombre minimal au sein du cabinet de médecins généralistes souhaité par les remplaçants ayant participé à l'étude est retranscrit dans le graphique 17.



Graphique 16 : Moyennes globale de l'importance des caractéristiques de structure du cabinet modifiables classées par ordre d'importance

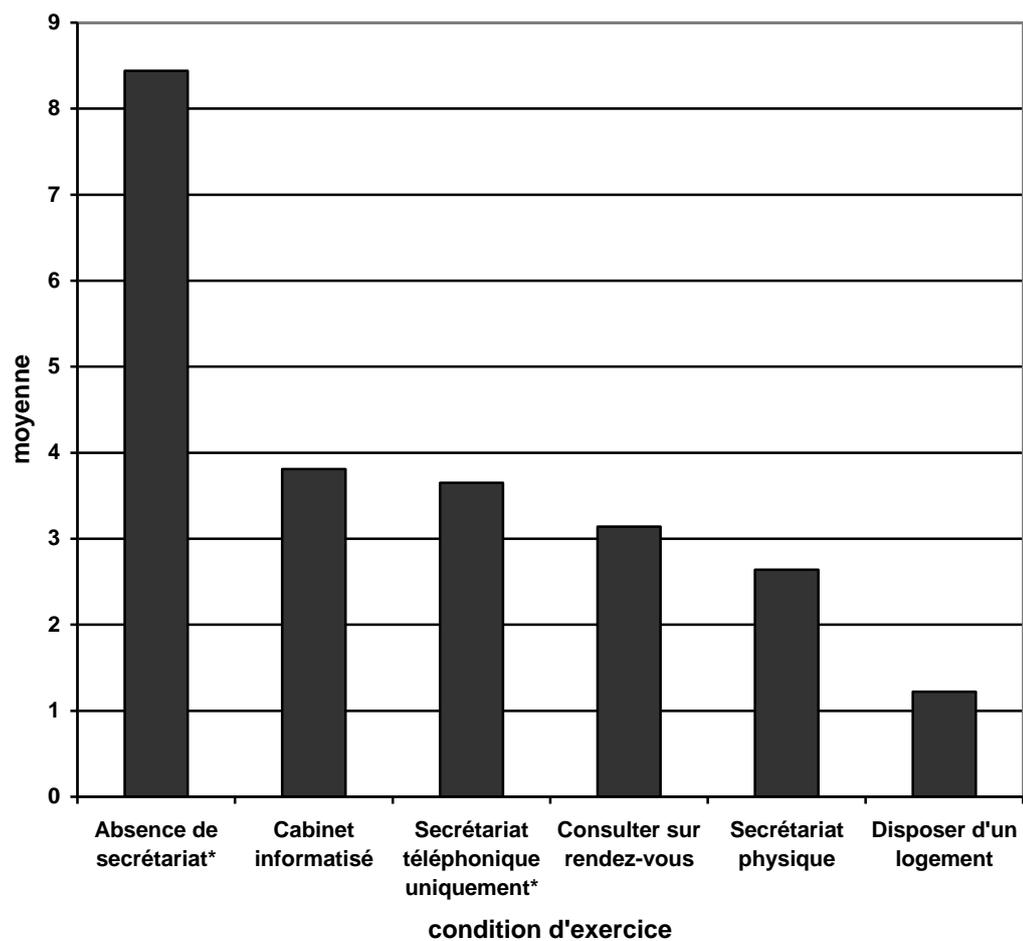


Graphique 17 : Proportion de répondants en fonction du nombre minimal souhaité de médecins généralistes au sein d'un cabinet de groupe

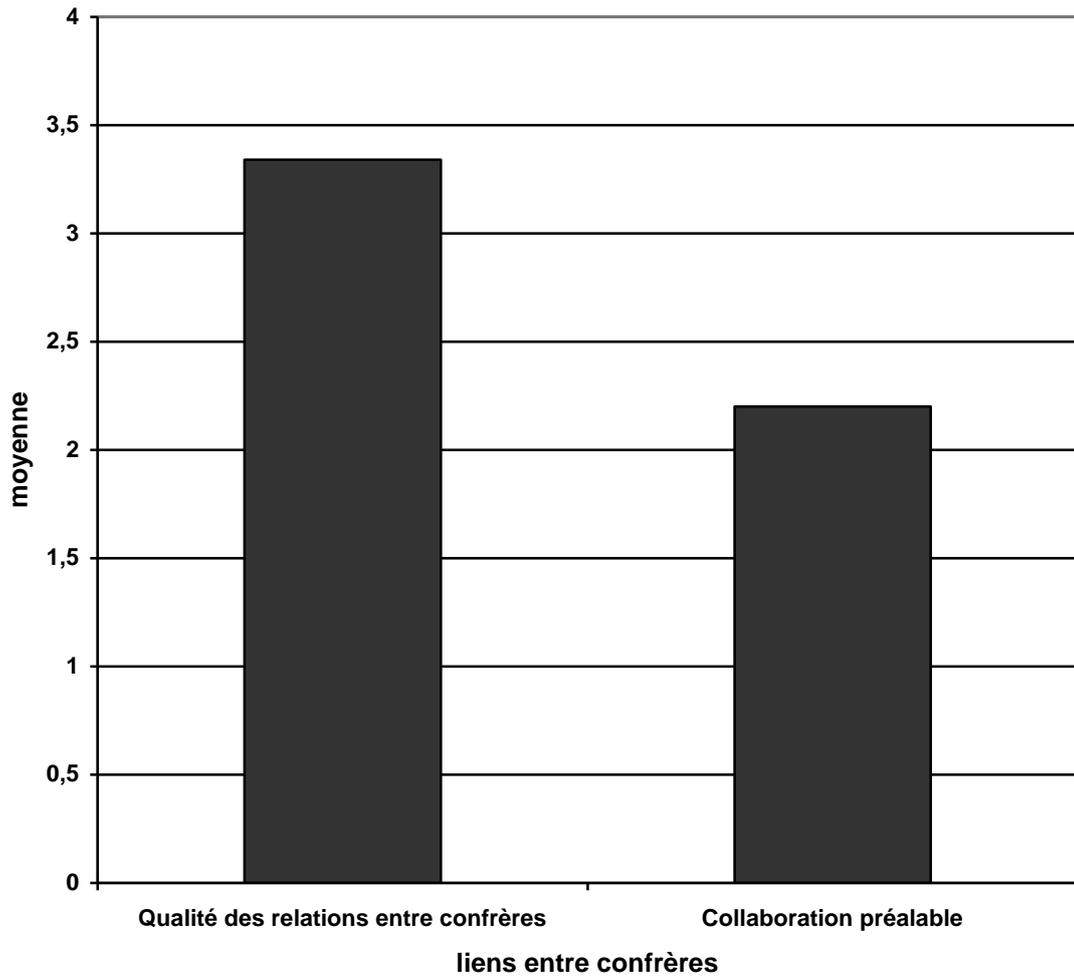
II. Caractéristiques des conditions d'exercice

L'organisation du secrétariat, l'informatisation (dossiers médicaux et l'accès à Internet), la gestion des plannings de rendez-vous et l'éventuelle possibilité de logement à proximité (transitoire ou définitive) sont illustrés par le graphique 18.

Les liens entre confrères sont représentés dans le graphique 19.



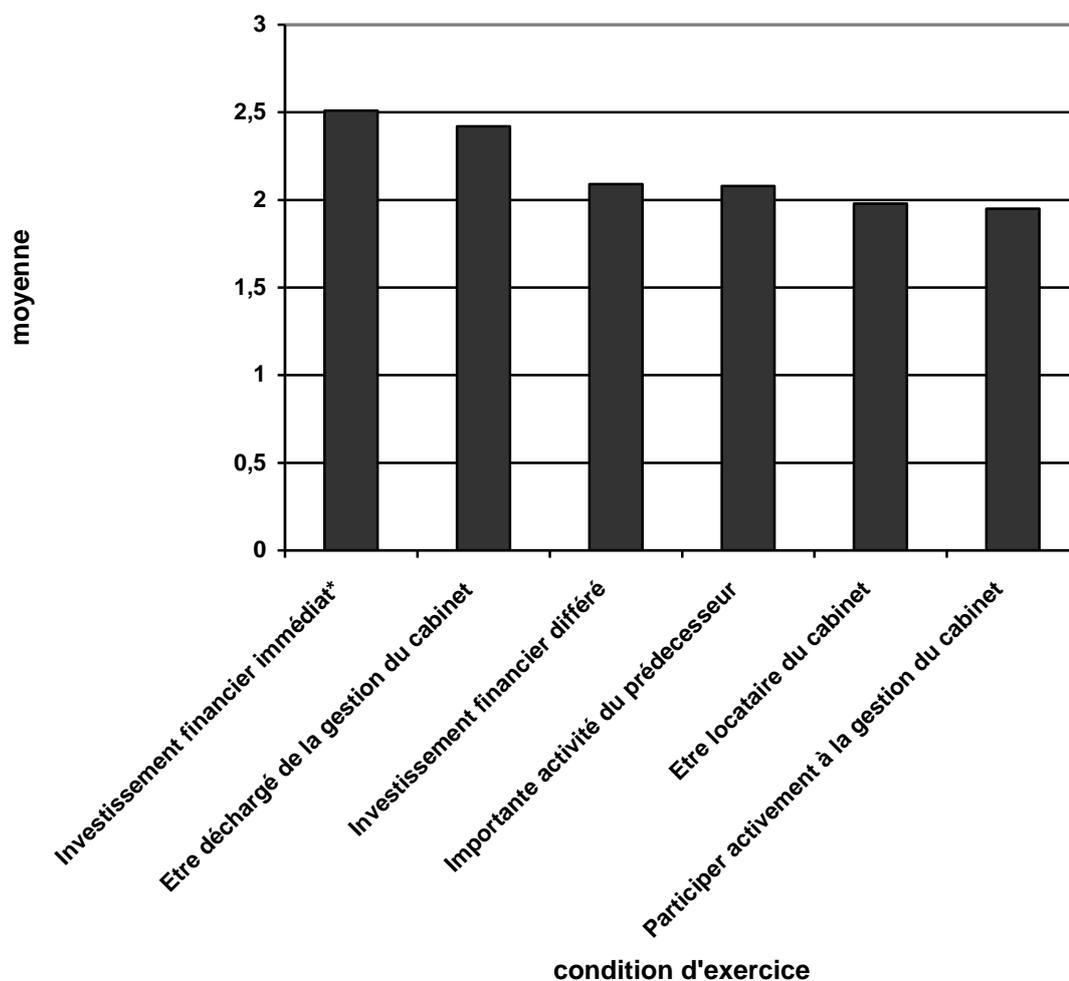
Graphique 18 : Moyennes de l'importance des caractéristiques des conditions d'exercice modifiables classées par ordre d'importance



Graphique 19 : Moyennes de l'importance des caractéristiques des liens modifiables entre confrères classées par ordre d'importance

III. Investissement humain et financier

Les critères ayant trait avec l'investissement humain et financier sont rapportés par le graphique 20.



Graphique 20 : Moyennes de l'importance des caractéristiques modifiables liées à l'investissement humain et financier classées par ordre d'importance

6. Discussion

A. Limites de l'étude

I. L'échantillon d'étude

Comparé aux caractéristiques nationales de la population des médecins remplaçants, notre échantillon est plus jeune (31,2 ans contre 43,0 ans au niveau national)¹⁰ et plus féminisé (69,70% contre 59,00% au niveau national)¹⁰. Les statistiques à l'échelle du Poitou-Charentes ne sont pas connues, ce qui rend une comparaison impossible.

II. Biais de sélection

Le mode de contact de la population d'étude a pu constituer un biais de sélection. La jeune génération est probablement plus familière avec les questionnaires en ligne, ce qui a pu générer un échantillon plus jeune.

. De plus, pour joindre les médecins remplaçants thésés, il n'existe pas de registre facilement accessible. Tous n'ont peut-être pas été joints. En revanche, les médecins remplaçants non thésés, tous encore inscrits à la faculté de médecine, ont été contactés via leur adresse mail universitaire. Ceci a pu favoriser d'avantage le rajeunissement de l'échantillon.

Cependant, pour l'âge, le sujet de l'étude a pu aussi créer un biais de sélection en faveur des remplaçants plus jeunes. En effet, il se pourrait que les remplaçants plus âgés aient choisi ce mode d'exercice non pas dans l'attente de constitution d'un projet d'installation mais comme activité à long terme (volonté de rester remplaçant, échec d'installation antérieur, mode d'exercice choisi comme reconversion). Or le questionnaire était bien destiné à tous les remplaçants afin de déterminer ce qui pourrait les « convaincre » de s'installer.

De plus, les remplaçants attendant un poste salarié ont pu devant l'intitulé du questionnaire penser que celui-ci ne leur était pas destiné.

Nous manquons de données nationales sur le statut universitaire des remplaçants de médecine générale, c'est-à-dire la proportion de remplaçants n'ayant pas encore soutenu leur thèse et la proportion de remplaçants ayant suivi les deux types de stages ambulatoires de médecine générale. Compte tenu de la méthode de contact de la population, il est fort probable qu'il y ait un biais de sélection en faveur des médecins remplaçants non thésés.

Ceci peut induire un biais dans les réponses en rapport avec un idéal d'exercice qui peut se modifier au cours de la période de remplacement. En effet, au sortir des études de médecine les conditions d'exercice souhaitées répondent à une image idéale de la médecine. Après une période de pratique par les remplacements, les souhaits peuvent être modifiés afin de rechercher le meilleur compromis entre notre vision utopique de la médecine et une pratique concrètement réalisable.

En comparant le graphique 10 et le graphique 11, on constate que nombre de remplaçants ayant vécu au moins en partie en milieu rural habitent aujourd'hui en milieu urbain. L'interprétation de ce résultat est à pondérer avec le probable biais de sélection en faveur des remplaçants non thésés dont les terrains de stage sont majoritairement urbains. Il est donc difficile de conclure, sur ce seul critère, à un désavantage pour les zones rurales.

Un échantillon plus grand et couvrant l'ensemble des régions françaises augmenterait la puissance de l'étude.

Il serait en effet intéressant de recueillir des réponses de remplaçants de tous âges, d'un passé professionnel plus étoffé et d'horizons différents.

L'analyse par classes d'âge serait probablement peu différente au regard de l'analyse qualitative des cessations précoces d'activité mettant en avant les critères retrouvés significativement favorables et défavorables dans leur décision d'arrêter leur activité²⁸. Cependant, l'influence du vécu professionnel permet d'ajuster les méthodes de travail et donc de modifier ses conditions d'exercice. Par expérience tel ou tel médecin va préférer travailler d'une façon ou d'une autre.

Les contraintes de la vie quotidienne peuvent différer d'une région à une autre : coût de la vie, temps de déplacement, modes de transports, variété des structures

d'exercice (existence plus ou moins fréquente de centres de santé³⁴, habitudes de travail en groupe plus ou moins développées selon un gradient est/ouest¹³,...). Ces singularités peuvent induire des idéaux de comportements professionnels différents.

De plus, on pourrait étudier sur une cohorte de remplaçants l'importance relative des critères de l'étude sur quelques années d'intervalle. On pourrait ainsi déterminer si l'expérience professionnelle ne modifie pas l'importance de certains critères sur le choix d'installation. Peut-être que l'offre de succession de certains cabinets correspond davantage au profil d'un jeune remplaçant ou d'un remplaçant ayant davantage pratiqué.

III. Non exhaustivité

Les paramètres étudiés ne recouvrent pas la totalité des facteurs qui entrent en jeu au moment de prendre la décision de succéder à un médecin généraliste installé. Il s'agissait d'interroger les remplaçants de médecine générale sur les caractéristiques favorables et défavorables qui ressortaient comme principales dans plusieurs études antérieures^{15,20,26,28,29,44,45,46,49}.

IV. Méthode d'évaluation

Jusqu'alors les études antérieures ont évalué qualitativement les facteurs favorisant ou défavorisant l'installation et la désinstallation.

L'évaluation quantitative pose le problème d'attribuer une pondération chiffrée à chaque niveau d'importance proposé. La pondération arbitraire choisie pour les réponses « non envisageable » aurait pu mériter une réflexion plus approfondie afin d'affiner le système de cotation pour le rapprocher de la réalité d'une décision prise par un individu. Cette possibilité de réponse qui est bien légitime, a posé problème dans l'analyse des résultats. Nous avons pu lui attribuer une valeur négative symétrique aux réponses « condition impérative », soit -4, afin de déterminer l'existence ou l'absence de différence significative entre les items étudiés. En revanche pour comparer les items entre eux selon leur capacité à être figés ou

modifiables, il nous a paru nécessaire de calculer les moyennes pour chaque question avec une pondération positive volontairement importante des réponses « non envisageable » afin de faire ressortir leur niveau de désaffection et de pouvoir les présenter sur un seul et même graphique qui situe leur niveau d'importance relative.

Il faut aussi prendre en compte que certains répondants ont pu répondre rapidement aux questions, sans coller complètement à leur opinion.

B. Intérêt de l'étude

I. La méthode quantitative

L'utilisation d'une méthode quantitative a permis d'obtenir un classement avec des différences significatives pour un certain nombre de critères qui ressortent significativement comme favorables ou défavorables pour accepter une succession.

II. Le questionnaire

Les items testés dans le questionnaire correspondent aux principales caractéristiques d'exercice professionnel citées dans la plupart des études^{15,20,26,28,29,44,45,46,49}. Il a été construit de manière à être exploitable statistiquement et à faire ressortir les différences entre réponses proposées⁵⁴. Le système de cotation numérique était connu par les répondants, assorti d'une appréciation entre parenthèse du niveau d'importance auquel le chiffre correspondait.

Le questionnaire a été testé pour ne pas demander plus de 5 minutes de remplissage afin de faciliter l'adhésion du répondant et ne pas fausser les réponses aux dernières questions par lassitude.

L'anonymat ainsi que l'interrogation en fin de questionnaire sur les caractéristiques de profil du répondant favorisent une expression plus libérée de celui-ci qui s'affranchit des normes sociales⁵⁴. De plus, les caractéristiques de profil demandées en fin de questionnaire sont moins sensibles à l'effet de lassitude dans le déroulement de celui-ci⁵⁴.

C. Comparaison à la littérature

Comme attendu, on repère des facteurs plus importants que d'autres dans la décision de prendre une succession. Certains ont une influence positive, d'autres une influence négative.

Conformément aux données de la littérature, le fait de travailler en groupe avec une secrétaire présente au cabinet et de disposer de dossiers informatisés avec un accès à Internet et de consulter sur rendez-vous sont des facteurs souhaités pour s'installer. Le souhait de séparation de l'espace professionnel et de l'espace privé est également confirmé dans cette étude.

En revanche, le salariat et l'exercice mixte souvent mis en avant comme solution d'avenir sont notés défavorablement par notre population, alors que l'exercice libéral réalise un score plutôt honorable. La gestion administrative n'apparaît pas non plus comme un frein très conséquent.

La quasi absence d'offre salariée de médecine générale en centre de santé dans notre région pourrait peut-être influencer les réponses en faveur de l'exercice libéral. De plus, la proportion de répondants ayant réalisé les deux stages d'internat en médecine générale ambulatoire est majoritaire ; ces deux stages pourraient diminuer les craintes de l'exercice libéral.

D. Utilisation des résultats

I. Pour les praticiens

Comme présenté dans les résultats, certains paramètres ne sont pas modifiables par le praticien prévoyant sa cessation d'activité, mais d'autres le sont. Certains d'entre eux demandent une anticipation plus ou moins importante et la participation d'autres confrères qu'il va, le cas échéant, falloir convaincre.

Cela nécessite aussi pour certains médecins des investissements coûteux (informatisation, secrétariat, par exemple) qu'il sera probablement d'autant plus facile

d'accepter si l'utilisation de ces services est prolongée. Préparer sa succession demande de s'y prendre longtemps à l'avance. Dans la plupart des cas, que la cessation d'activité soit brutale ou mûrie de longue date, les médecins généralistes se retrouvent souvent démunis quant à leur succession et à la transmission de leur activité²⁶.

L'intérêt des résultats obtenus permet de cibler les investissements qui comptent significativement aux yeux des successeurs potentiels. Le médecin peut alors plus aisément organiser son départ et attirer un nouveau praticien à qui il transmettra le flambeau dans de meilleures conditions.

Cependant, l'intérêt personnel d'un médecin installé prévoyant de cesser son activité à trouver un successeur n'est plus aussi important qu'autrefois car le « rachat de clientèle » se pratique de moins en moins ... Il s'agit d'une pratique ancienne qui est sur le plan juridique une « cession de droit de présentation » car la clientèle, constituée d'êtres humains, ne peut être cédée⁵⁵. En effet les patients choisissent librement leur médecin et ont le droit de choisir un autre praticien que le successeur de leur ancien médecin. En revanche, avant son départ un médecin peut présenter à ses patients son successeur en contrepartie d'une somme d'argent négociée⁵⁵. Devant la difficulté à trouver un successeur chez les médecins généralistes, cette pratique est de moins en moins fréquente. Il est donc fort probable que peu d'entre eux, dans l'objectif unique de trouver un successeur, cherchent à modifier leur pratique dans laquelle on va supposer qu'ils sont à l'aise. Certaines modifications de leur pratique vont demander un investissement financier qui en retour ne leur rendra pas un grand service immédiat et dont la rentabilité ne sera pas au rendez-vous car non monnayable en fin d'activité.

La question de savoir qui doit garantir la continuité des soins se pose. Dans un système libéral d'offre de soins, il paraît difficilement envisageable d'obliger les praticiens à trouver un successeur. Cette obligation serait probablement vécue comme un joug, financier et moral, qui freinerait encore plus les nouvelles installations par peur de ne plus pouvoir changer d'activité ou partir à la retraite.

D'où l'intérêt d'augmenter les rôles des organismes chargés de l'offre de soins (ARS, Caisses d'Assurance Maladie, Conseils de l'Ordre des Médecins principalement).

II. Pour les organismes chargés de l'offre de soins

Même si des organismes ont dans leur mission de s'occuper de l'offre de soins, parfois des collectivités locales ont pris des mesures concernant les difficultés démographiques qu'elles traversaient. Cependant, aucune obligation légale ne les contraint à trouver un successeur aux médecins généralistes cessant leur activité. Renforcer les rôles de l'ARS dans ce domaine pourrait aider à pérenniser l'offre de soins libérale.

Comme il est impossible de prévoir une cessation d'activité précoce, c'est-à-dire avant l'âge légal de la retraite (67 ans)²⁸, ni même la date exacte de retraite d'un praticien libéral, on peut imaginer un système de projet de cessation d'activité libérale. En effet, la cessation précoce d'activité est une décision personnelle qui quand elle est assortie d'une reconversion se fait en général dans un laps de temps court^{28,49}. Le médecin doit simplement avertir sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie 90 jours avant la date de fin d'activité¹². Pour le départ en retraite, l'âge de plein droit est de 67 ans mais le médecin peut quand même poursuivre son activité a minima²⁸. Dans ce projet de cessation d'activité libérale, le médecin pourrait alors signaler aux autorités de santé son intention de cesser son activité (retraite ou autre) plusieurs mois auparavant afin que celles-ci étudient avec lui ses chances de succession et le conseillent afin d'attirer un successeur. Les ARS semblent être les interlocuteurs à privilégier car cela rentre pleinement dans leur champ d'action¹¹.

La portée de l'identification des principaux facteurs influençant l'acceptation d'une succession est subordonnée aux facteurs non modifiables.

Mais les résultats de cette étude peuvent également servir à repérer les cabinets à risque de non succession afin de leur proposer une aide dans leur transformation de pratique professionnelle avant même tout signalement de cessation d'activité.

Les ARS ou autres organismes cités précédemment pourraient alors conseiller les praticiens dans l'évolution leur structure et leurs conditions de travail en fonction des critères significativement importants. L'activité médicale imposant un certain rythme de travail, ces organismes pourraient aussi fournir une aide logistique, et dans certains cas financière, à ces médecins afin de pérenniser l'offre de soins dans les

territoires démographiquement fragiles. On pourrait imaginer plusieurs pistes, comme par exemple :

- Une aide dans le choix du logiciel métier avec des versions d'essai temporaires à moindre coût et la possibilité de tester un nombre défini de logiciels avant de se lancer,
- La création d'une commission chargée de favoriser le regroupement de professionnels existants en les aidant à monter un projet local de santé, à proximité duquel les pouvoirs publics s'engageraient à maintenir ou offrir des services publics et des infrastructures routières reliant rapidement un pôle urbain (pour l'emploi des conjoints). Ceci est en revanche très coûteux.
- Une aide financière à l'embauchage d'un(e) secrétaire physiquement présente au cabinet ou la mise à disposition d'une secrétaire par les collectivités locales contre redevance couvrant les frais de masse salariale (mais la gestion administrative qui en découle est assurée par les collectivités locales qui gèrent déjà d'autres salariés).
- Une charte de départ en retraite du médecin généraliste qui suivrait les conseils de l'ARS définis dans son projet de cessation d'activité en contrepartie de quoi l'ARS se chargerait de trouver un successeur.

S'ajoute à cela, la nécessité de repenser le maillage économique des zones fragilisées par une faible démographie médicale, en redonnant confiance dans l'avenir de ces territoires quant au maintien de la population en place et pouvant aussi offrir des emplois aux conjoints des médecins.

On pourrait également compléter Cartosanté, outil démographique des ARS. Cartosanté illustre déjà les besoins de la population (nombre d'habitants, répartition par sexe et âge, consommation de soins). Ce site montre aussi l'offre de soins, actuelle

et à venir potentielle (densité de médecins généralistes, nombre de médecins dont ceux ayant plus de 55 ans, nombre d'acte par an). L'évolution de cet outil démographique pourrait consister à répertorier les caractéristiques d'exercice des professionnels selon les critères significativement importants retrouvés par cette étude et signaler les recherches de successeur ou d'associés afin d'attirer l'attention des médecins généralistes cherchant à s'installer.

7. Conclusion

Trouver un successeur est un problème fréquemment rencontré en médecine générale. Les nouveaux médecins généralistes se tournent très fréquemment vers une activité de remplaçant et, pour ceux qui s'installeront, s'installent de plus en plus tardivement. Cinq ans après leur première inscription à l'Ordre, à peine la moitié de ces nouveaux médecins généralistes se sont installés. Le corps des remplaçants grandit alors que celui des médecins généralistes installés diminue.

Cette étude confirme que les conditions de travail d'un médecin généraliste exercent une influence plus ou moins importante chez les remplaçants susceptibles de prendre le relais. Il apparaît que certaines caractéristiques liées à l'environnement géographique, aux conditions d'exercice et à la structure du cabinet conditionnent favorablement ou défavorablement la succession.

Parmi les conditions favorables, l'informatisation du cabinet est la condition significativement plus importante que toutes les autres. Arrivent ensuite des critères liés aux conditions d'exercice tels que l'entretien de bonnes relations avec les confrères, consulter sur rendez-vous ou l'existence d'un secrétariat physique ; ou à la localisation du cabinet tels que la possibilité pour le conjoint de conserver son emploi actuel, l'environnement géographique rural ou urbain, la distance séparant le cabinet du domicile ou la proximité des services pour la petite enfance et la scolarité.

Parmi les conditions défavorables se distinguent respectivement et significativement par ordre d'importance l'absence de secrétariat, exercer en cabinet solitaire, exercer dans un cabinet accolé ou voisin du domicile, être salarié et l'existence d'un secrétariat téléphonique uniquement.

Dans cette étude les aspects de l'exercice libéral semblent moins compter et ne ressortent pas comme rédhibitoires dans l'acceptation de prendre une succession.

Au moment de s'installer, la plupart des médecins remplaçants ont un conjoint et sont installés dans leur vie personnelle. Certains cabinets partent donc déjà avec un handicap lié à la situation géographique des emplois des conjoints de médecins et de leur lieu d'habitat. Cependant, d'autres caractéristiques, modifiables, peuvent susciter l'envie chez les remplaçants de prendre la suite d'un médecin généraliste installé.

Malgré les efforts faits pour adapter sa pratique et la rendre favorable à la succession, le problème de la localisation plus ou moins rurale ou urbaine du cabinet et de la profession du conjoint risque de toujours pénaliser les mêmes zones géographiques. La

durée cumulée des stages d'internat au sein d'une même zone fragilisée, qui pourrait induire une implantation du conjoint et du domicile, pourrait peut-être faciliter le choix de s'installer en zone démographiquement défavorisée. Il pourrait alors être intéressant de repérer au préalable les cabinets à risque de non succession et de conseiller les médecins généralistes qui vont dans les années à venir partir en retraite, à la lumière de l'influence favorable ou défavorable des facteurs identifiés comme principaux.

Annexe 1

Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires

12 septembre 1978

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination . Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils

sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

VII

Les soins de santé primaires:

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socio-culturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels;
- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;
- exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer;
- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé—médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels—tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

La conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancé d'urgence aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organismes de financement, tous les personnels de santé et l'ensemble de la communauté mondiale à appuyer aux plans national et international l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente déclaration.

Annexe 2

Le questionnaire

Prendre la succession d'un Médecin Généraliste

* Required

La localisation du cabinet

Précisez sur l'échelle proposée l'importance que vous accordez aux items suivants. Cotez 0 si pour vous l'item "ne pèse pas dans la balance" Cotez de 1 à 3 selon que l'item exerce sur vous une plus ou moins grande influence Cotez 4 si l'item est une condition impérative à votre installation

1. l'environnement géographique du cabinet *

sans nous dire quelle est votre préférence, est-ce que pour vous l'environnement géographique (plus ou moins rural ou urbain) du cabinet compte beaucoup ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4

2. la distance entre votre cabinet et votre domicile actuel *

- 0 (indifférent)
- 1 (faible importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

3. l'emploi actuel de votre conjoint(e) *

si vous avez (ou si vous aviez) un (e) conjoint(e), quelle importance accordez-vous à la possibilité de conservation de son emploi actuel dans votre choix géographique d'installation?

- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

4. la proximité de services pour la petite enfance et la scolarité (crèche, assistante maternelle, écoles, collège,...) *

- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

5. la proximité d'un hôpital *

- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

6. la proximité de services de la vie quotidienne (commerces, restaurant, poste, loisirs...) *

- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

La structure du cabinet

Précisez sur l'échelle proposée l'importance que vous accordez aux items suivants. Cotez 0 si pour vous l'item "ne pèse pas dans la balance" Cotez de 1 à 4 selon que l'item exerce sur vous une plus ou moins grande influence Cotez 4 si l'item est une condition impérative à votre installation

7. travailler en cabinet solitaire *

vous êtes le seul professionnel de santé avec ou sans secrétaire

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

8. travailler en cabinet de groupe monodisciplinaire *

il y a au sein du cabinet au moins 2 médecins généralistes y compris vous, sans autre professionnel de santé, avec ou sans secrétaire

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

9. travailler en cabinet de groupe pluridisciplinaire *

il y a au sein du cabinet au moins 2 médecins généralistes y compris vous, et au moins un autre professionnel de santé, avec ou sans secrétaire

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

10. travailler dans un cabinet accolé à votre domicile (ou très proche) *

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

11. travailler dans un cabinet suffisamment distant de votre domicile *

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

12. si vous envisagez de travailler en groupe, combien de médecin(s) généraliste(s) souhaiteriez-vous au minimum au sein du cabinet (y compris vous-même)?

- indifférent
- 1
- 2
- 3
- 4
- davantage

Les conditions d'exercice

Précisez sur l'échelle proposée l'importance que vous accordez aux items suivants. Cotez 0 si pour vous l'item "ne pèse pas dans la balance" Cotez de 1 à 3 selon que l'item exerce sur vous une plus ou moins grande influence Cotez 4 si l'item est une condition impérative à votre installation

13. l'exercice libéral exclusif *

- non envisageable (vous cocherez "non envisageable" aux questions 21 et 22)
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

14. l'exercice salarié exclusif *

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

15. l'exercice mixte *

c'est-à-dire avoir une activité libérale associée à une activité salariée (EHPAD, Centre de santé, vacation hospitalière,...)

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

16. la possibilité de signer un contrat de collaborateur(-trice) salarié ou libéral avant de vous installer *

mode d'exercice salarié ou libéral possible: pour plus d'informations <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-87-medecin-collaborateur-liberal-311>

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

17. l'existence d'un secrétariat physique *

la(le) ou les secrétaire(s) est(sont) présente(s) au cabinet sur une plage horaire définie

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

18. l'utilisation d'un secrétariat téléphonique uniquement *

il n'y a pas de secrétaire au sein du cabinet

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

19. l'absence de secrétariat *

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

20. consulter uniquement sur rendez-vous *

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

21. disposer d'un cabinet informatisé (dossiers des patients, télétransmissions,...) *

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

22. disposer d'un logement *

comme solution d'hébergement temporaire ou pour les gardes éventuellement

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

23. la qualité des relations entre confrères (pour les cabinets de groupe) *

- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

Investissement humain et financier

Précisez sur l'échelle proposée l'importance que vous accordez aux items suivants. Cotez 0 si pour vous l'item "ne pèse pas dans la balance" Cotez de 1 à 3 selon que l'item exerce sur vous une plus ou moins grande influence Cotez 4 si l'item est une condition impérative à votre installation

24. l'investissement financier immédiat dans le cabinet *

être propriétaire (ou co-propriétaire) du cabinet

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

25. la possibilité d'investir dans le cabinet sans obligation immédiate *

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

26. être locataire du cabinet *

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moindre importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

27. participer activement à la gestion administrative du cabinet *

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

28. être déchargé de la gestion administrative du cabinet *

simplement être consulté pour les décisions qui le nécessitent

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

29. un important volume d'activité de votre prédécesseur *

pouvant présager d'un volume de travail et de revenus importants.

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

30. les aides à l'installation *

exonérations fiscales, contrat de praticien territorial,...

- non envisageable
- 0 (indifférent)
- 1 (moins importance)
- 2 (importance modérée)
- 3 (forte importance)
- 4 (condition impérative)

Votre profil

31. votre sexe *

32. votre âge *

indiquez le nombre en années

33. votre statut conjugal *

34. votre conjoint(e) travaille-t-il/elle? *

35. combien avez-vous d'enfant(s)? *

indiquez le nombre en chiffres

36. vous avez grandi dans un milieu géographique... *

- urbain ou en périphérie proche d'un pôle urbain
- rural
- l'un et l'autre

37. vous habitez actuellement dans un milieu géographique... *

- urbain ou en périphérie proche d'un pôle urbain
- rural

38. concernant votre cursus au cours de votre internat *

vous avez effectué...

39. avez- vous soutenu votre thèse? *

- oui
- non

Liste des figures, tableaux et graphiques

Liste des figures

Figure 1 : Carte des médecins en activité régulière inscrits au tableau de l'Ordre à l'échelle régionale. Variation entre 2007 et 2013.

Figure 2 : Maisons et pôles de santé en fonctionnement au 31 janvier 2013, 284 structures ouvertes

Figure 3 : Maisons et pôles de santé avec ouverture prévue en 2013 ou en 2014. Estimation au 31 janvier 2013 : 288 projets

Figure 4 : Variation des effectifs de médecins généralistes et de la population par bassin de vie en Poitou-Charentes entre 2007 et 2013

Figure 5 : Projection par département de l'évolution des effectifs de médecins généralistes en 2018

Liste des tableaux

Tableau 1 : Grille tarifaire en vigueur en métropole en 2013

Tableau 2 : Effectif et part de médecins généralistes en Poitou-Charentes par département et par mode d'exercice en 2013 (données DREES)

Tableau 3 : Age moyen et proportions par tranches d'âges en années des médecins généralistes par département du Poitou-Charentes en 2011 (données DREES)

Tableau 4 : Répartition par département et par sexe des médecins généralistes ayant une activité libérale exclusive ou partielle selon la DREES en Poitou-Charentes en 2013

Tableau 5 : Répartition par département et par sexe des médecins généralistes ayant une activité salariée exclusive selon la DREES en Poitou-Charentes en 2013

Tableau 6 : Densité pour 100.000 habitants de médecins généralistes pratiquant la médecine générale en Poitou-Charentes par département en 2013 (données DREES)

Tableau 7 : Causes de cessations d'activité chez les médecins généralistes en Deux-Sèvres de 2010 à 2013

Tableau 8 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'environnement géographique du cabinet

Tableau 9 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de la distance entre le cabinet et le domicile actuel

Tableau 10 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance pour le conjoint de pouvoir conserver son emploi actuel

Tableau 11 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de la proximité des services pour la petite enfance et la scolarité

Tableau 12 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de la proximité d'un hôpital

Tableau 13 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de la proximité des services de la vie quotidienne

Tableau 14 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler en cabinet solitaire

Tableau 15 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler en cabinet de groupe monodisciplinaire

Tableau 16 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler en cabinet de groupe pluridisciplinaire

Tableau 17 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler dans un cabinet accolé (ou voisin) du domicile

Tableau 18 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de travailler dans un cabinet suffisamment distant du domicile

Tableau 19 : Nombre de médecins généralistes minimal souhaité au sein d'un cabinet de groupe, fréquence des réponses sur 99 individus

Tableau 20 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'exercice libéral exclusif

Tableau 21 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'exercice salarié exclusif

Tableau 22 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'exercice mixte

Tableau 23 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de pouvoir signer une collaboration préalable

Tableau 24 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'un secrétariat physique

Tableau 25 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'un secrétariat téléphonique uniquement

Tableau 26 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'absence de secrétariat

Tableau 27 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de consulter uniquement sur rendez-vous

Tableau 28 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de disposer d'un cabinet informatisé

Tableau 29 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de disposer d'un logement

Tableau 30 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée des relations entre confrères

Tableau 31 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'investissement financier immédiat dans le cabinet

Tableau 32 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de l'investissement financier différé dans le cabinet

Tableau 33 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'être locataire du cabinet

Tableau 34 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée de participer activement à la gestion du cabinet

Tableau 35 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'être déchargé de la gestion du cabinet

Tableau 36 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée d'un important volume d'activité du prédécesseur

Tableau 37 : Fréquence des réponses sur 99 individus en fonction de l'importance estimée des aides à l'installation

Tableau 38 : Classement des items étudiés selon leurs moyennes décroissantes et leurs différences statistiques

Liste des graphiques

Graphique 1 : Évolution du taux de regroupement des médecins généralistes entre 1998 et 2009 selon leur classe d'âge

Graphique 2 : Comparaison de la rémunération annuelle en milliers de dollars des médecins généralistes de douze pays de l'OCDE

Graphique 3 : Répartition des médecins généralistes selon leur mode d'exercice et leur sexe en Poitou-Charentes en 2013 (données DREES)

Graphique 4 : Effectifs des médecins généralistes exerçant en Poitou-Charentes en novembre 2013 selon le type de structure (source : ARS Poitou-Charentes)

Graphique 5 : Répartition par département du Poitou-Charentes des nouveaux Médecins Généralistes installés en 2010

Graphique 6 : Proportion des répondants selon leur sexe

Graphique 7 : Effectif des répondants selon leur âge et leur sexe

Graphique 8 : Effectifs des conjoints travaillant et ne travaillant pas en fonction du sexe

Graphique 9 : Nombre d'enfants en fonction du sexe

Graphique 10 : Effectif des répondants selon leur statut parental en fonction de leur âge

Graphique 11 : Effectif des répondants selon leur milieu d'origine

Graphique 12 : Effectif des répondants selon leur milieu d'habitat actuel

Graphique 13 : Moyennes globales de l'importance des critères de localisation du cabinet classés par ordre d'importance

Graphique 14 : Moyennes globales de l'importance des caractéristiques des conditions d'exercice non modifiables classés par ordre d'importance

Graphique 15 : Moyenne globale de l'importance des aides à l'installation

Graphique 16 : Moyennes globale de l'importance des caractéristiques de structure du cabinet modifiables classés par ordre d'importance

Graphique 17 : Proportion de répondants en fonction du nombre minimal souhaité de médecins généralistes au sein d'un cabinet de groupe

Graphique 18 : Moyennes de l'importance des caractéristiques des conditions d'exercice modifiables classés par ordre d'importance

Graphique 19 : Moyennes de l'importance des caractéristiques des liens modifiables entre confrères classés par ordre d'importance

Graphique 20 : Moyennes de l'importance des caractéristiques modifiables liées à l'investissement humain et financier classés par ordre d'importance

Bibliographie

1- Centre d'Etudes et de Connaissances sur l'Opinion Publique. La relation des Français à leur système de santé, enquête menée pour la Mutualité Française, juin 2012. [consulté le 24/03/2013].

<http://www.auvergne.mutualite.fr/content/download/21434/138520/version/1/file/2012+10+18+Enqu%C3%AAt+CECOP.pdf>

2- Hoerni B, Loi du 30 novembre 1892. In : Histoire des Sciences Médicales - Tome XXXII - N°1, 1998. [consulté le 11/05/2013].

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1998x032x001/HSMx1998x032x001x0063.pdf>

3- Bizard F. Analyse historique et économique de la médecine libérale de la Révolution à nos jours. [consulté le 11/05/2013].

<http://www.fredericbizard.com/reperes/analyse-historique-et-economique-de-la-medecine-liberale-de-la-revolution-a-nos-jours/>

4- Schweyer FX. Histoire et Démographie médicales. Adsp [en ligne]. Sept 2000, n°32 : 16-19. [consulté le 03/03/2013].

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=58>

5- Marx P. L'exercice de la médecine à la fin du Second Empire. In : Histoire des Sciences Médicales - Tome XXXIII - N°4, 1999. [consulté le 11/05/2013].

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1999x033x004/HSMx1999x033x004x0361.pdf>

6- Hassenteufel P. Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire. Presses de Sciences Po - Les Tribunes de la Santé [en ligne]. Jan 2008, n°18 : 21-28. [consulté le 11/05/2013].

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SEVE_018_0021

7- Morieul N, Duriez M. Les systèmes d'information de la régulation de l'offre de soins. Adsp [en ligne]. Sept 2004, n°48 : 21-24. [consulté le 20/03/2014].

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=90>

8- Verdier-Molinié A, François P. Numerus Clausus des médecins : quand l'Etat est aux commandes. Fondation IFRAP, 4 septembre 2005. [consulté le 20/03/2014].

<http://www.ifrap.org/Numerus-clausus-des-medecins-quand-l-Etat-est-aux-commandes,700.html>

9- Lucas-Gabrielli V, Soutry-Le Guellec MJ. Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé, IRDES [en ligne]. Avril 2004, n°81, [consulté le 26/01/2013].

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>

10- Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P. Atlas de la Démographie Médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2013. Ordre National des Médecins. [consulté le 01/11/2013].

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf

11- Bloy G, Schweyer FX. Singuliers généralistes. Rennes : Presses de l'EHESP, Collection Métiers Santé Social, 2010.

12- Sécurité Sociale. [dernière consultation en juin 2014]. L'Assurance Maladie [en ligne]. www.ameli.fr

13- Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Questions d'économie de la santé, IRDES [en ligne]. Sept 2010, n°157, [consulté le 12/05/2013].

<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>

14- Bourgueil Y, Mousquès J, Marek A, Tajahmadi A. Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. Questions d'économie de la santé, IRDES [en ligne]. Mai 2007, n°122, [consulté le 06/02/2013].

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes122.pdf>

15- Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux, Synthèse de la littérature. Bordeaux : Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine, déc 2011. Commandité par le Conseil régional d'Aquitaine.

16- Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario, et au Québec : quels enseignements pour la France ?. Questions d'économie de la santé, IRDES [en ligne]. Nov 2007, n°127, [consulté le 12/05/2013].
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

17- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé [dernière consultation en août 2014]. Les maisons de santé, 4 décembre 2012 [en ligne].
www.sante.gouv.fr/les-maisons-de-sante.html

18- Juihard JM, rapporteur. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la démographie médicale. Sénat, 3 Oct 2007.

19- Prot N, Sencey M, Van Kemmelbeke C. Maisons de santé pluridisciplinaires et nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. ARS d'Aquitaine, 7 avril 2011.

20- Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Jan 2006. Note de synthèse pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

21- Delteil P. La Sécurité Sociale : quelques lignes d'Histoire. CRHSS (Comité Régional d'Histoire de la Sécurité Sociale) Midi-Pyrénées. [consulté le 17/08/2013].
http://www.histoiresecump.fr/publications/publication_delteil.pdf

22- Bizard F. Histoire de la protection sociale en France. [consulté le 17/08/2013].
<http://www.fredericbizard.com/reperes/histoire-de-la-protection-sociale-en-france/>

23- Ducos J. L'économie de la médecine libérale. [Thèse pour le doctorat en Sciences Economiques]. Paris : Université Paris Dauphine, 19 novembre 2010.

24- Historique des conventions médicales. IRDES. MAJ : Avril 2012.

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueConventionsMedicales.pdf>

25- Praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, la protection sociale du créateur d'entreprise. Guide réalisé par l'Assurance Maladie, le RSI, la CNAVPL, et l'URSSAF, 12^{ème} éd., jan 2013.

26- Véga A, Cabé MH, Blandin O. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies. Dossiers Solidarité et Santé, DREES [en ligne]. 2008, n°6, [consulté le 14/03/2013].

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article200806.pdf>

27- Mode de rémunération des médecins. Direction générale du Trésor et de la politique économique. Lettre Trésor Eco n°42, Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique, sept 2008.

28- Blanchard T. Facteurs influençant les cessations précoces d'activité et les reconversions chez les médecins généralistes du Poitou-Charentes entre 40 et 60 ans. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie, 9 mars 2012.

29- Husson A. Le jeune médecin généraliste remplaçant en France : éternellement nomade ?. [thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Paris : Université Paris Diderot, 23 mai 2012.

30- Extrait du rapport de la commission des comptes de Sécurité Sociale : Fiche éclairage « maladie ». MAJ : sept 2011.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche_eclairage_maladie_capi_sept_2011.pdf

31- La rémunération des médecins libéraux [Mémoire du séminaire d'option : domaine social, Rapport du groupe 13 de la promotion 2008-2010 « Emile Zola »]. Paris : École Nationale d'Administration, fév 2010.

<http://www.ena.fr/index.php?fr/recherche/Travaux-des-eleves/Memoires-du-seminaire-d-option-domaine-social>

- 32- Legendre N. Evolution sur dix ans des revenus libéraux des médecins 1993-2003. Etudes et Résultats, DREES [en ligne]. Juil 2005, n°412, [consulté le 20/03/2014].
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er412.pdf>
- 33- USCMS. [consulté le 15/08/2014]. Les Centres de Santé.com [en ligne].
www.lescentresdesante.com
- 34- Acker D. Rapport sur les centres de santé. Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. Direction de l'Hospitalisation et des soins. Juin 2007.
- 35- Base de données Eco Santé France Janvier 2014.
www.ecosante.fr
- 36- Le Breton-Lerouillois G, Rault JF. La démographie médicale en Poitou-Charentes, situation en 2013. Ordre National des Médecins. [consulté le 18/09/2014].
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/poitou_charentes_2013.pdf
- 37- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie. [dernière consultation le 15/08/2014].
[CartoSanté. carto.ars.sante.fr/cartosante/](http://CartoSanté.carto.ars.sante.fr/cartosante/)
- 38- ARS Poitou-Charentes. Cellule observation statistiques et analyses. Nov 2013.
- 39- Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en Région Poitou-Charentes, situation au 1^{er} juin 2011. Ordre National des Médecins. [consulté le 01/11/2013].
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_Poitou_Charentes_2011.pdf
- 40- Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2011. Ordre National des Médecins. [consulté le 03/03/2013].
<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2011.pdf>
- 41- Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Deux-Sèvres. 18 mars 2014.
- 42- Poppelier A. Exercice de la Médecine Générale : approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes. [Thèse pour le diplôme d'Etat de

docteur en médecine]. Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie, 13 octobre 2010.

43- Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Question d'économie de la santé, IRDES [enligne]. Mars 2012, n°174, [consulté le 01/11/2013].
<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>

44- Baude N, Flacher A, Bosson JL, Marchand O. Désirs et attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. 12 oct 2007.

45- Decorde A. Déterminants à l'installation en Médecine Générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur Nord-Alpin. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Grenoble : Université Joseph Fourier, Faculté de médecine, 7 novembre 2011.

46- Gicquel P. Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Nantes : Université de Nantes, Faculté de médecine, 4 février 2010.

47- Galand E. Quelles sont les motivations à rester Médecin Généraliste remplaçant ? Méthode focus-group et entretiens semi-directifs. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Nantes : Université de Nantes, Faculté de médecine, 31 mai 2012

48- Le Breton-Lerouillois G, Rault JF. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014. Ordre National des Médecins. [consulté le 05/06/2014].
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

49- Baud E. Etude des facteurs influençant la désinstallation des jeunes médecins généralistes primo-installés dans le Poitou-Charentes depuis 2000. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. Poitiers : Poitiers : Université de Poitiers, Faculté de médecine et de pharmacie, 21 juin 2011.

50- Code de la santé publique. Article L1110-1.

www.legifrance.gouv.fr

51- Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires : Les soins de santé primaires. Alma-Ata, 6-12 septembre 1978 [en ligne]. Rapport conjoint de L'Organisation Mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. [consulté le 05/04/2014].

<http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf>

52- Société Française de Médecine Générale. Les soins primaires [en ligne]. Fiche n°3, [consulté le 05/04/2014].

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf

53- Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H et al. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. Questions d'économie de la santé, IRDES [en ligne]. Sept 2012, n°179, [consulté le 24/03/2013].

<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf>

54- Singly (de) F. Le Questionnaire. L'enquête et ses méthodes. 3^{ème} ed. Paris : Armand Colin, 2012.

55- Levacher M. Avantages et limites à reprendre la patientèle d'un confrère [en ligne]. 05 juin 2007. [consulté le 24/08/2014].

<http://www.vieliberale.fr/installation-professionnels-sante-liberaux/avantages-inconvenients-reprise-patientele-medecin.html>



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



8. Résumé

Introduction : Depuis plusieurs années les inégalités de répartition géographique des médecins, notamment des médecins généralistes placés en première ligne, inquiète notre pays. Malgré les incitations à l'installation et les recherches actives de successeurs par les pouvoirs publics La médecine générale libérale traverse une crise de vocation avec un nombre de cessations d'activité supérieur aux nouvelles installations.

Objectif : Evaluer, sur un échantillon de médecins généralistes remplaçants du Poitou-Charentes, l'importance des caractéristiques d'exercice du métier pour déterminer les facteurs favorables ou défavorables à la succession d'un médecin généraliste installé.

Matériel et Méthode : Enquête quantitative par questionnaire en ligne réalisée auprès des médecins généralistes remplaçants sur la région Poitou-Charentes. A chaque critère était demandé d'évaluer un niveau d'importance auquel était attribué une valeur numérique. Les moyennes obtenues ont été comparées pour établir un classement précisant l'existence ou l'absence de différence significative entre chacun des critères.

Résultats : Le questionnaire a permis de recueillir 99 réponses.

Les critères défavorables à la reprise d'une activité de médecine générale sont respectivement : l'absence de secrétariat, le cabinet solitaire, le cabinet accolé au domicile, le salariat et l'utilisation uniquement d'un secrétariat téléphonique.

En l'absence de ces facteurs négatifs, l'informatisation du cabinet, les bons rapports entre confrères d'un même cabinet, la possibilité au conjoint de conserver son emploi actuel et consulter sur rendez-vous, sont les principaux facteurs favorisant la décision d'un remplaçant pour accepter une succession.

Conclusion : Cette étude a permis de faire ressortir de manière significative un certains nombre de critères sur lesquels les médecins généralistes remplaçants fonderont leur décision de succéder à un médecin généraliste installé. Certains facteurs sont immuables, il faudra alors chercher comment conseiller les médecins « à risque » pour rendre leur succession intéressante.

Mots clés : médecine générale, Poitou-Charentes, succession, installation, remplaçants, exercice professionnel, étude quantitative