

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Clémence TERRIER, épouse VERKINDER

Née le 5 mars 1985 à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21 MARS 2013

**MEDECINS GENERALISTES REMPLACANTS EN
HAUTE-NORMANDIE : PROFIL,
PROJET PROFESSIONNEL ET INTERET POUR LES
ZONES RURALES**

PRESIDENT DU JURY: Pr HERMIL

DIRECTRICE DE THESE : Dr SEVRIN

MEMBRE DU JURY : Pr CZERNICHOW
Pr NGUYEN THANH

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012-2013
U.F.R DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE – Ph. LAURET – H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN – J.ANDRIEU-GUITRANCOURT – M.BENOZIO – J.BORDE – Ph. BRASSEUR – R. COLIN – E. COMOY – J. DALION -. DESHAYES – C. FESSARD – J.P. FILLASTRE – P. FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET – B. HILLEMAND – G. HUMBERT – J.M.JOUANY – R.LAUMONIER – Ph. LAURET – M. LE FUR – J.P. LEMERCIER – J.P. LEMOINE – M^{le} MAGARD – MM. B.MAITROT – M.MAISONNET – F.MATRAY – P.MITROFANOFF – Mme A.M.ORECCHIONI – P. PASQUIS – H. PIGUET – M. SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB – R.SOYER – B.TARDIF - .TESTART – J.M.THOMINE – C.THILLEZ – P.TRON – C.WINCKLER – L.M.WOLF

I – MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie Pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stefan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine-Interne-Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Franck DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique-Traumatologie
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie-Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé du travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'Urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato-vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologique
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie Infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie-obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie Digestive

M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie-Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie Générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie-Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie Vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine Légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et med. du develop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie-Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adulte
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et Transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie Digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie Génétique
M. Benoit VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et Traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine Physique et de Réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie-Virologie
M. Jérémy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie-Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II – PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN – Hôpital Charles Nicolle

CB – Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Par délibération en date du 3 mars 1976, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni interprétation.

Remerciements

Monsieur le Professeur HERMIL,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de m'avoir réorienté dans le choix de mon sujet. Soyez assuré de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur CZERNICHOW,

Vous me faites l'honneur d'accepter et de juger cette thèse. Soyez assuré de mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur NGUYEN THANH,

Vous me faites l'honneur d'accepter et de juger cette thèse. Soyez assuré de mon plus grand respect.

Madame le Docteur SEVRIN,

Tu as accepté de diriger cette thèse et tu m'as fourni les outils principaux pour la réaliser. Je te remercie pour ton aide importante. Sois assurée de toute ma reconnaissance et de ma plus grande estime.

Elus de l'Union Régionale des Professionnels de Santé de Haute-Normandie,

Vous avez participé au financement de cette thèse, je vous en remercie. Soyez assurés de ma plus grande reconnaissance.

Monsieur le Docteur MAUPAS, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins
de Seine-Maritime,

Monsieur le Docteur MARX, Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Eure,

Vous avez accepté de diffuser mon questionnaire à vos frais, je vous en remercie. Soyez assurés de ma plus grande reconnaissance.

Madame le Docteur Joëlle HOUSSAY,
Madame le Docteur Christiane TONINI,
Monsieur le Docteur Christian BERNARD,
Monsieur le Docteur Pascal HABAULT,
Monsieur le Docteur Marc-Henry OTHMAN,
Monsieur le Docteur Sébastien TAUPIN,

Vous m'avez accueillie dans vos différents cabinets. Vous m'avez permis de découvrir la médecine générale et d'approfondir mes connaissances. Je vous en remercie très sincèrement. Soyez assurés de ma plus grande gratitude.

Aux 176 médecins généralistes remplaçants,

Vous avez pris le temps de remplir mon questionnaire. Merci de votre participation.

A Fanny et Aurélie,

Pour toutes ses heures partagées sur les bancs de la fac et à notre amitié la plus sincère.

A mes parents,

Pour votre affection et votre soutien depuis toujours. Merci pour votre amour.

A Marie et Jérôme,

Toujours présents quand j'en avais besoin et surtout en PCEM1...Merci d'être là.

A Jeanne et Alban,

Encore si petits mais tellement important.

A Adèle et Simon,

En espérant que la voie que vous avez choisie sera aussi passionnante et enthousiasmante que la mienne.

A mes beaux-parents,

A Sophie et Hugues,

Pour votre disponibilité et pour tous les moments partagés ensemble.

A Nicolas,

Pour ta patience, ton soutien et ton amour.

A Paul,

Le bonheur de notre vie.

Au futur petit loup...

Sommaire

1. LISTE DES ABREVIATIONS	18
2. INTRODUCTION	19
3. DONNEES ACTUELLES	21
3.1. En France.....	22
3.1.1. <i>Effectif</i>	22
3.1.2. <i>Densité médicale</i>	23
3.1.3. <i>Médecins généralistes remplaçants</i>	23
3.2. En Haute-Normandie.....	24
3.2.1. <i>Bassins de vie</i>	24
3.2.2. <i>Densité médicale</i>	25
3.2.3. <i>Zone déficitaire et zone de 1^{er} recours avec pôle déficitaire</i>	25
3.2.3.1. <i>Zone déficitaire</i>	25
3.2.3.2. <i>Zone de 1^{er} recours avec pôles déficitaires</i>	27
4. MATERIELS ET METHODE	28
4.1. Type d'étude.....	29
4.2. Population étudiée.....	29
4.3. Présentation du questionnaire.....	29
4.4. L'envoi et le retour du questionnaire.....	30
4.5. Analyse statistique.....	31
5. RESULTATS	33
5.1. Taux de réponse.....	34
5.2. Profil des médecins généralistes remplaçants.....	34
5.2.1. <i>L'âge</i>	34
5.2.2. <i>Le sexe</i>	35
5.2.3. <i>Obtention de la thèse</i>	36
5.2.4. <i>Situation personnelle</i>	37
5.2.5. <i>Cursus universitaire</i>	38
5.2.6. <i>Revenus obtenus</i>	38
5.3. Projet professionnel des médecins généralistes remplaçants.....	39
5.3.1. <i>Projet d'installation</i>	39
5.3.2. <i>Critères expliquant l'installation non immédiate</i>	40
5.3.2.1. <i>Critères liés aux finances</i>	40
5.3.2.2. <i>Critères personnels</i>	41

5.3.2.3.	Critères liés au cabinet.....	43
5.3.3.	Obtention des aides à l'installation.....	44
5.4.	Intérêt des zones rurales pour les médecins généralistes remplaçants	45
5.4.1.	Des remplacements en zone rurale.....	45
5.4.2.	Les avantages à une installation en zone rurale	46
5.4.3.	Les freins à une installation en zone rurale	48
5.5.	Profil des médecins remplaçants en fonction du sexe	50
5.5.1.	Leur profil.....	50
5.5.2.	Leur projet professionnel	51
5.5.3.	Intérêt pour les zones rurales	52
5.6.	Profil des médecins généralistes remplaçants thésés et non thésés	53
5.6.1.	Taux de réponse.....	53
5.6.2.	Leur profil personnel.....	54
5.6.3.	Leur projet professionnel	55
5.6.4.	Intérêt pour les zones rurales	55
5.7.	Profil des médecins généralistes remplaçants en fonction de leur l'intention de s'installer .	56
5.7.1.	Leur profil personnel.....	56
5.7.2.	Leur projet professionnel	57
5.8.	Profil des médecins généralistes remplaçants en fonction de leur l'intention de s'installer en zone rurale	58
5.8.1.	Leur profil personnel.....	58
5.8.2.	Leur intérêt pour les zones rurales.....	59
5.9.	Cartographie des intentions d'installation	60
6.	DISCUSSION	62
6.1.	Profil sociodémographique des médecins remplaçants	63
6.2.	Facteurs de non-installation immédiate.....	66
6.3.	L'installation en zone rurale	69
6.4.	Forces et limites de l'étude.....	72
7.	CONCLUSION	73
8.	BIBLIOGRAPHIE	75
9.	ANNEXES	78

1.LISTE DES ABREVIATIONS

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

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

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

EDF : Electricité De France

ENC : Examen National Classant

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA : Mutualité Sociale Agricole

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SIREHN : Syndicat des Internes de Médecine Générale de Haute-Normandie

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

2.INTRODUCTION

Le nombre de médecins généralistes en France n'a jamais été aussi important. Pourtant, il existe de nombreuses zones déficitaires. Face à cette discordance, les pouvoirs publics essaient de mettre en place une politique pour favoriser l'installation dans ces zones.

Les médecins généralistes remplaçants ont une place à part entière dans notre système de soins. Ils permettent la continuité des soins quand leurs confrères installés s'absentent. Eux aussi n'ont jamais été aussi nombreux qu'à l'heure actuelle. Favoriser une installation rapide d'une partie d'entre eux dans les zones déficitaires, permettrait d'augmenter la densité médicale de notre région et de diminuer le nombre de ces zones.

Avec l'aide de l'URPS et du DUMG de Rouen, nous avons réalisé ce travail afin de mieux connaître les médecins généralistes remplaçants de Haute-Normandie. Peu d'études se sont intéressées aux remplaçants et aucun travail n'a été réalisé dans notre région.

Ce travail a pour but de :

- Définir le profil sociodémographique des médecins généralistes remplaçants thésés et non thésés de Haute-Normandie
- Mettre en avant les principaux facteurs de leur non installation
- Dégager les avantages et les freins à une installation en zone rurale.

3.DONNEES ACTUELLES

3.1. En France

3.1.1. *Effectif*

Au 1^{er} janvier 2011, on comptait 216 145 médecins actifs inscrits. En 31 ans, il y a eu une augmentation de 92,9% du nombre de médecins actifs(1). Malgré cette augmentation importante, on n'a jamais autant parlé du manque de médecins en France.

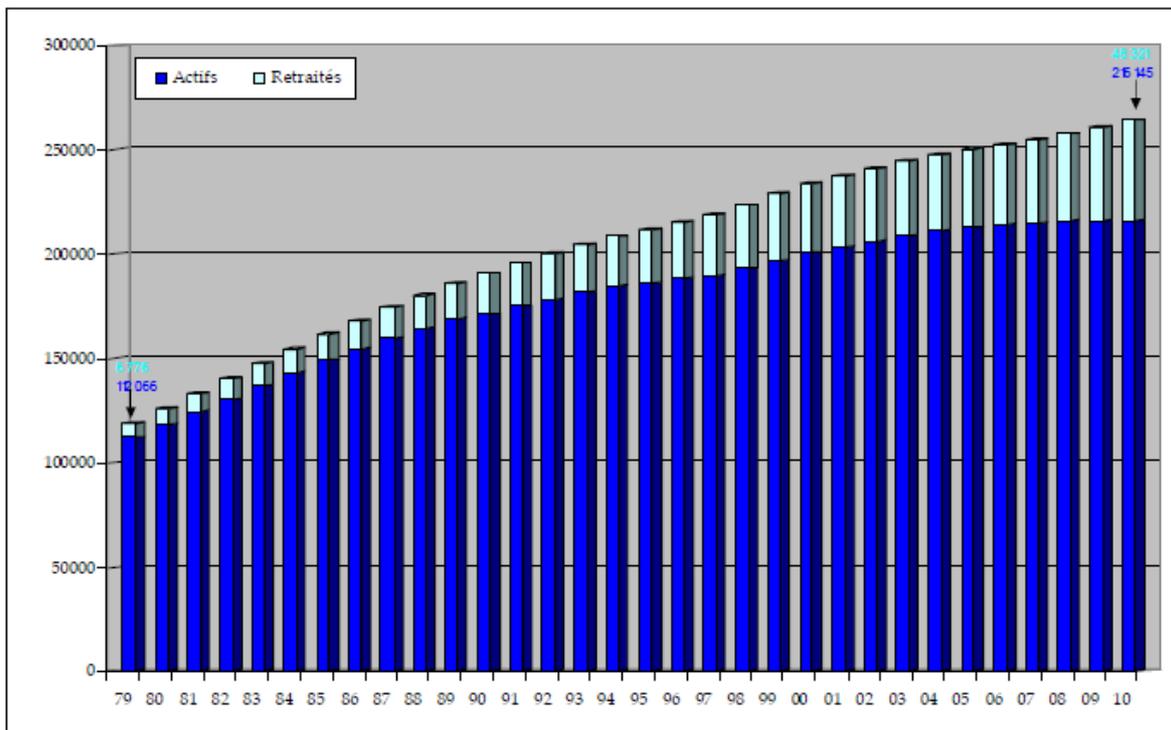


Figure 1 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins de 1979 à 2010.

3.1.2. Densité médicale

La densité médicale métropolitaine était de 306,7 médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2011(1).

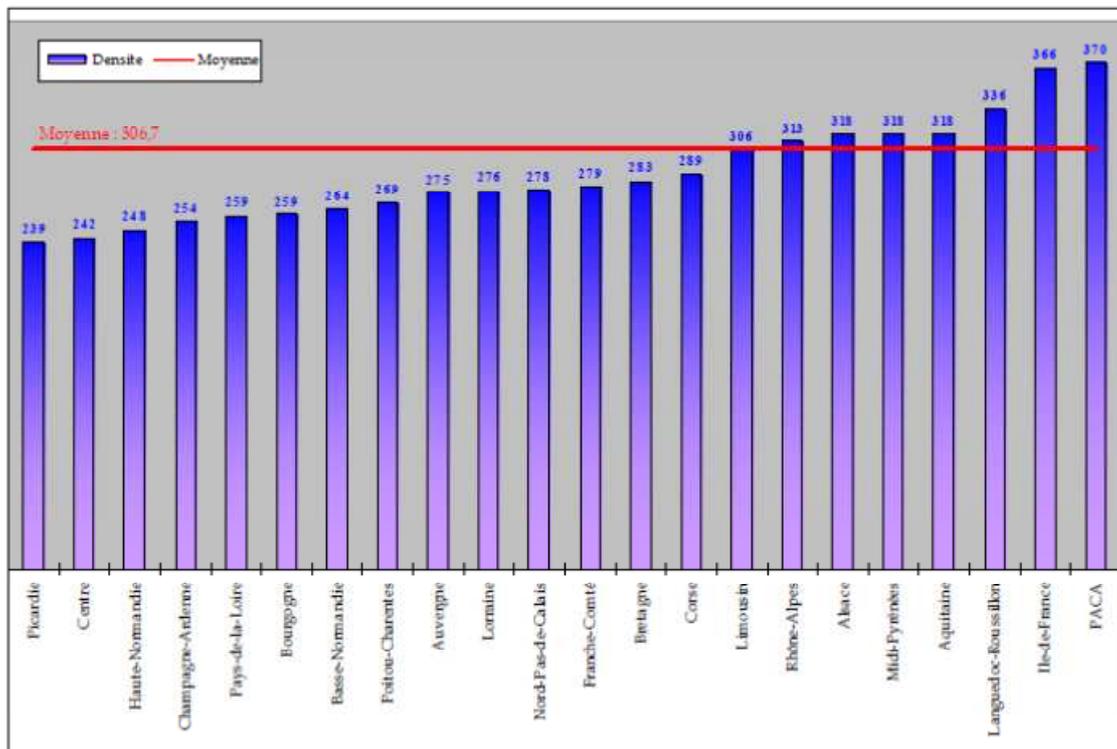


Figure 2 : Densité régionale des médecins généralistes en activité régulière.

3.1.3. Médecins généralistes remplaçants

Au 1^{er} janvier 2011, 6 705 médecins généralistes remplaçants étaient inscrits au Conseil de l'Ordre National des Médecins. En 30 ans, il y a eu une augmentation de 600% du nombre de médecins remplaçants nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins. L'âge moyen des remplaçants était de 45,1 ans et les hommes représentaient 46% des effectifs(1).

3.2. En Haute-Normandie

3.2.1. *Bassins de vie*

Selon l'INSEE, « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi ».

La Haute-Normandie comporte 65 bassins de vie dont 79% sont définis comme bassins ruraux. Ceux-ci contiennent moins de 30 000 habitants(2). Elle est composée de deux départements : La Seine-Maritime et l'Eure. Ces deux départements ne sont pas équivalents. La Seine-Maritime regroupe 70% de la population de la région.

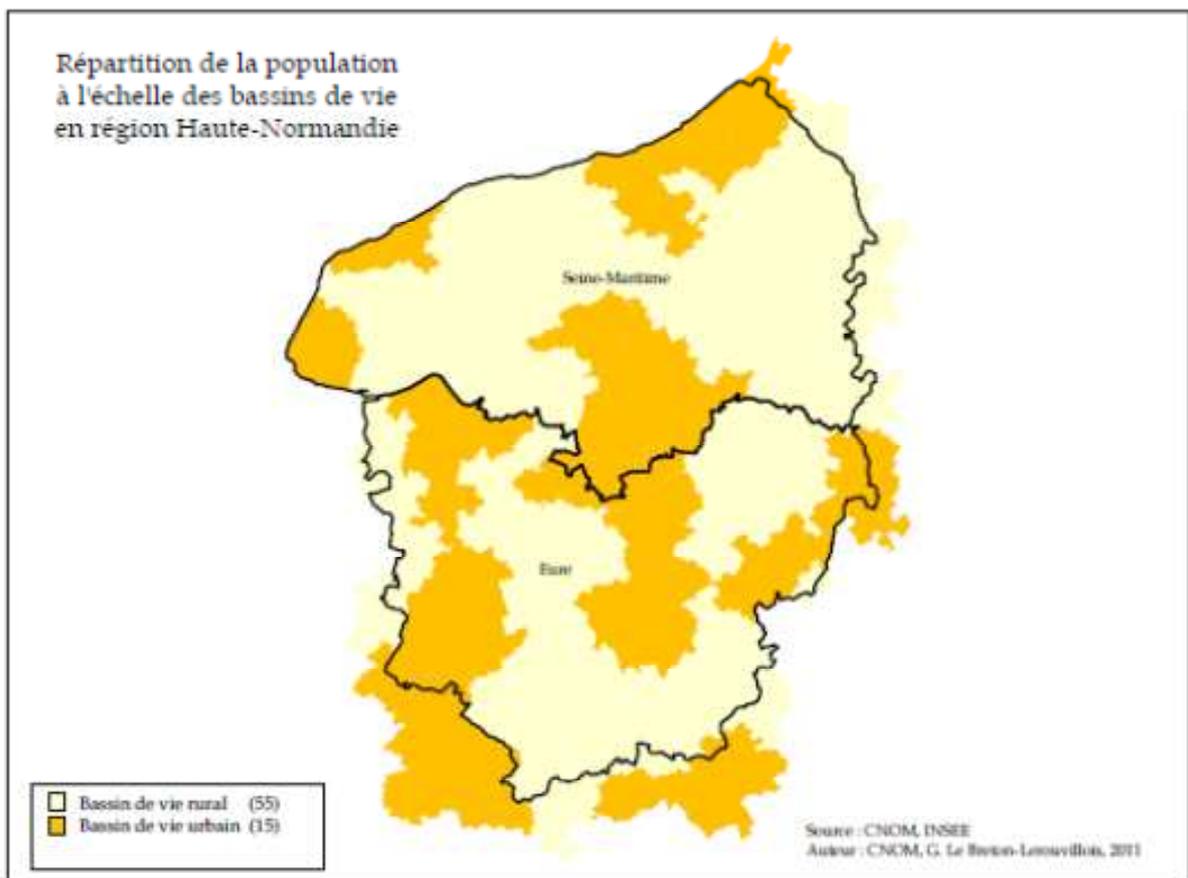


Figure 3 : Les bassins de vie de la région Haute-Normandie.

3.2.2. *Densité médicale*

La densité médicale de la Haute-Normandie est de 248 médecins pour 100 000 habitants(2). La Haute-Normandie est au 3^{ème} rang des régions ayant la plus faible densité médicale après la Picardie et le Centre.

Il existe une différence importante entre les deux départements de Haute-Normandie. La densité départementale moyenne en France des médecins généralistes en activité régulière est de 138,9 médecins pour 100 000 habitants. Celle de la Seine-Maritime est de 135 pour 100 000 habitants équivalent à la moyenne nationale. Celle de l'Eure est de 101 pour 100 000 habitants. C'est la densité départementale la plus faible de France.

3.2.3. *Zone déficitaire et zone de 1^{er} recours avec pôle déficitaire*

3.2.3.1. Zone déficitaire

D'après l'article L162-47 du code de sécurité sociale et la circulaire « DHOS/03DSS/UNCAM n°2005-63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes. », les critères principaux pour définir les zones déficitaires en médecins généralistes sont :

- Le territoire de référence (communes, communautés de communes, bassins de vie ou cantons) ne doit pas être inférieur à 1 500 habitants
- La densité médicale du territoire doit être inférieure de 30% par rapport à la moyenne nationale
- L'activité médicale des médecins du territoire doit être supérieure de 30 à 50 % par rapport à la moyenne nationale.

Des critères complémentaires peuvent être pris en compte :

- La part de la population de plus de 75 ans, supérieure d'au moins 10% par rapport à la moyenne régionale
- Le temps de trajet entre le domicile et un médecin généraliste supérieur à 20 mn
- Des territoires globalement plus fragiles déjà classés en zone de revitalisation rurale, zone franche urbaine ou zone de redynamisation urbaine.

En Haute-Normandie, 7 zones ont été classées zone déficitaire : Luneray-Yerville, Blangy-sur-Bresle, Etrépagny, Saint-André-de-L'Eure, Breteuil-sur-Iton, Le Neubourg et Thiberville.

Ces 7 zones déficitaires appartiennent toutes à des bassins de vie ruraux.

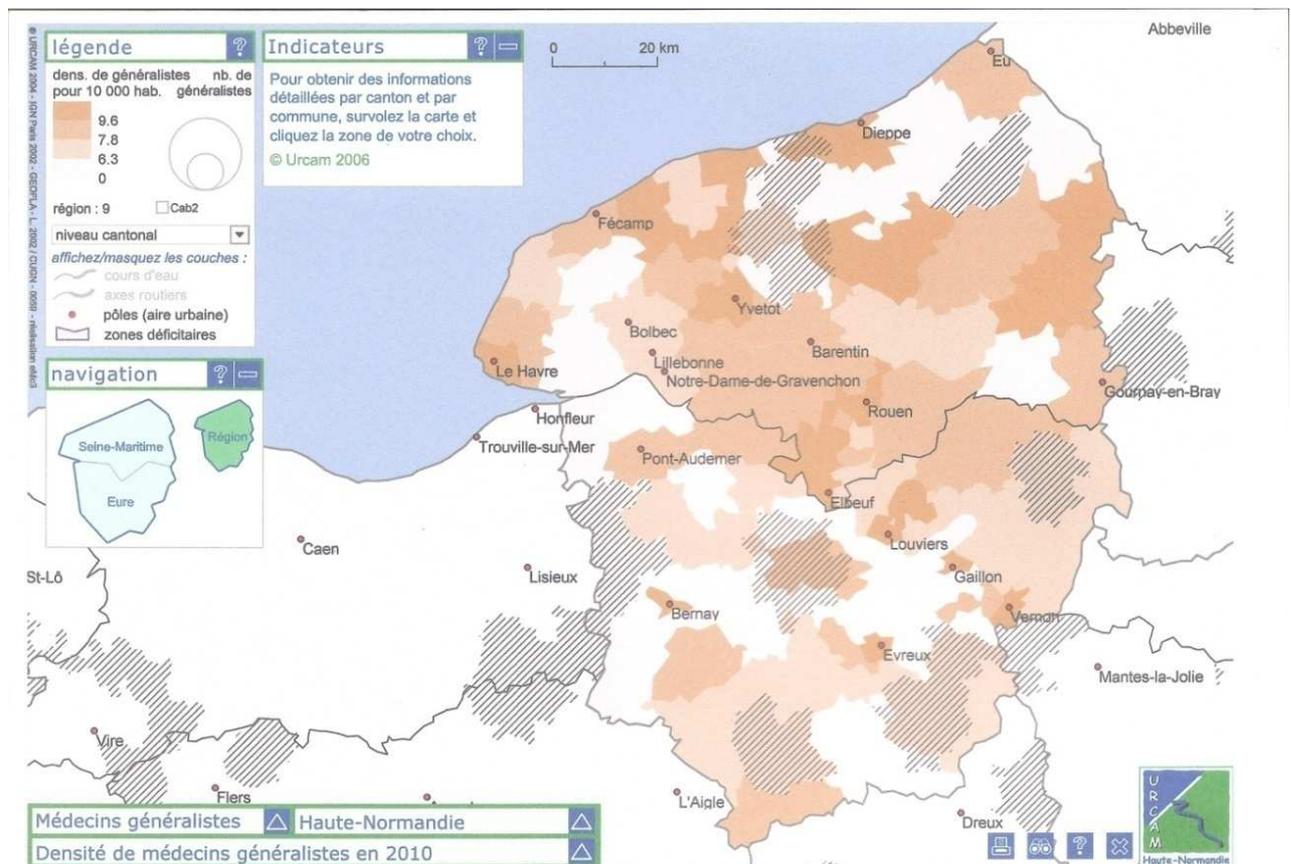


Figure 4 : Densité des médecins généralistes en Haute-Normandie et zones déficitaires.

3.2.3.2. Zone de 1^{er} recours avec pôles déficitaires

L'Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie a été créée en 2010 suite à la loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009. L'ARS a 2 missions principales :

- améliorer l'état de santé et l'accès aux soins
- améliorer l'efficacité de notre système de soins et la prise en charge médico-sociale.

L'ARS de Haute-Normandie a publié, en juin 2012, la carte des zones de 1^{er} recours avec pôles déficitaires permettant d'obtenir des aides à l'installation pour les médecins généralistes voulant exercer dans ces zones.

Ces aides sont soit une prise en charge des frais d'investissement, soit le versement d'une prime ou la mise à disposition de locaux pour l'activité libérale. Cette carte résulte de l'application de l'article L.1434-7 du code de la santé publique. Elle prévoit que les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé sont déterminées par l'ARS dans le schéma régional d'organisation des soins.

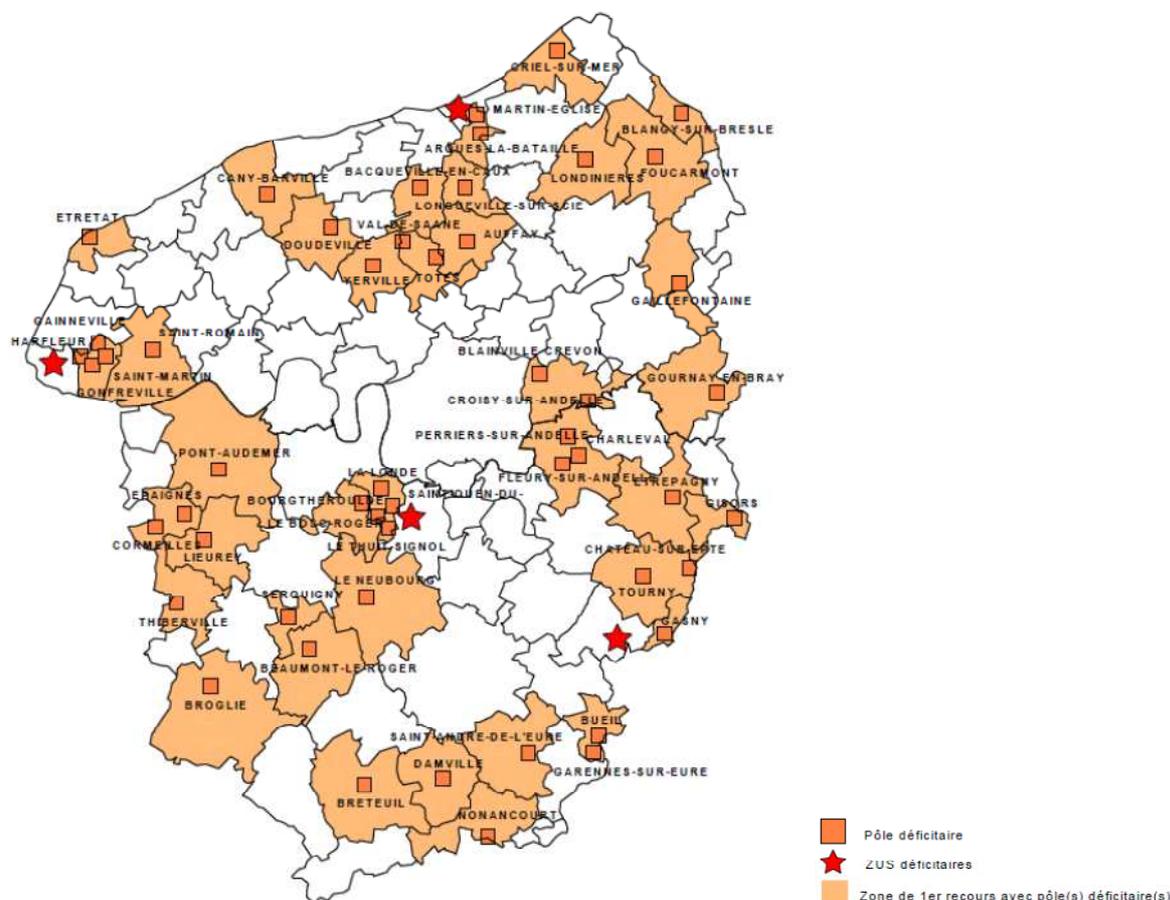


Figure 5 : Répartition des zones de 1^{er} recours et des pôles déficitaires en Haute-Normandie.

4.MATERIELS ET METHODE

4.1. Type d'étude

Cette étude transversale descriptive a interrogé les médecins généralistes remplaçants thésés et non thésés de Haute-Normandie.

4.2. Population étudiée

La population cible était les médecins généralistes remplaçants titulaires d'une licence de remplacement ou inscrits aux tableaux de l'Ordre des Médecins des départements de l'Eure et de la Seine-Maritime. Dans l'Eure, 12 médecins thésés étaient inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins en tant que remplaçants. En Seine-Maritime, 99 médecins thésés étaient inscrits au tableau et 171 médecins non thésés étaient titulaires d'une licence de remplacement.

4.3. Présentation du questionnaire

Le questionnaire était composé de 19 questions réparties en 3 parties.

La première partie du questionnaire, intitulée « profil du médecin remplaçant », comportait 11 questions sur :

- L'année de naissance
- Le sexe
- L'obtention de la thèse et l'année de l'obtention
- L'année de passage de l'internat ou de l'ENC
- La situation personnelle : célibataire ou en couple (travail et le lieu de travail du conjoint)
- Le nombre d'enfants à charge
- L'habitation (lieu, type, propriétaire ou locataire)
- Avoir grandi en zone rurale
- Les stages effectués pendant le cursus universitaire de troisième cycle
- La satisfaction des revenus obtenus pendant les remplacements.

La deuxième partie, intitulée « projet professionnel du médecin remplaçant », comportait 5 questions sur :

- L'installation antérieure
- Avoir l'intention de s'installer et dans combien de temps
- Les raisons de cette non-installation. Cette question était composée de 9 propositions à classer de « peu d'intérêt » à « fort intérêt »
- Savoir où obtenir les aides à l'installation
- Le secteur géographique privilégié pour une future installation. Pour cette question, une carte a été insérée pour que chaque médecin interrogé puisse entourer une zone géographique du lieu d'installation potentiel. Cette carte représentait les différents bassins de vie urbains et ruraux de notre région.

La troisième partie, intitulée « les zones rurales », comportait 3 questions sur :

- Exercer une partie de son activité en zone rurale et avoir envie de s'y installer
- Les avantages à une installation en zone rurale
- Les freins à une installation en zone rurale

Ces 2 dernières questions étaient chacune composées de 5 propositions à classer de « peu d'intérêt » à « fort intérêt ».

Les propositions des questions à classer de « peu d'intérêt » à « fort intérêt » ont été inspirées des résultats significatifs obtenus dans différentes thèses traitant du même sujet (3, 4, 5, 6, 7).

4.4. L'envoi et le retour du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé entre le 23 et le 25 juin 2012 par les Conseils de l'Ordre des Médecins des départements de l'Eure et de la Seine-Maritime. Une lettre explicative et une enveloppe de retour pré-timbree accompagnaient le questionnaire. L'anonymat des médecins interrogés a ainsi été préservé.

Le retour du questionnaire était possible jusqu'au 31 août 2012.

Deux mails en juillet et en août ont été envoyés par le SIREHN pour relancer le retour des réponses.

4.5. Analyse statistique

La saisie des données brutes a été effectuée à l'aide du logiciel Excel®. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel R®, version 2.15.1. Des analyses univariées et bivariées ont été réalisées.

Chaque variable a été analysée en univarié. Les variables qualitatives pouvaient être binaires, ordinales et nominales. Les variables binaires étaient :

- Le sexe
- L'obtention de la thèse
- Célibataire ou en couple
- L'habitation (maison/appartement, propriétaire/locataire, zone urbaine/rurale)
- Avoir grandi en zone rurale
- Les stages effectués pendant le cursus universitaire
- La satisfaction des revenus obtenus pendant les remplacements
- L'installation antérieure
- Avoir l'intention de s'installer
- Savoir où obtenir les aides à l'installation
- Exercer une partie de son activité en zone rurale et avoir envie de s'y installer

Les variables quantitatives continues étaient :

- L'année de naissance
- L'année d'obtention de la thèse
- L'année de passage de l'internat ou de l'ENC
- Les raisons d'une non installation immédiate
- Les avantages à une installation en zone rurale
- Les freins à une installation en zone rurale

La variable quantitative discrète était :

- Le nombre d'enfants à sa charge

La moyenne, la médiane et la distribution ont été étudiées pour les variables quantitatives. Elles ont été représentées par des boîtes à moustaches. Les effectifs de chaque variable qualitative ont été calculés. Les analyses bivariées ont été faites entre le sexe, les thésés-non thésés, l'intention de s'installer, l'intention de s'installer en zone rurale et les autres variables. Pour les analyses bivariées avec 2 variables qualitatives, le test du χ^2 a été utilisé. Si les conditions de validité n'étaient pas respectées, le test de Fisher a été utilisé. Pour les analyses bivariées avec une variable qualitative et une variable quantitative le test de Student a été utilisé après vérification des conditions de validité. Si les conditions de validité n'étaient pas respectées, le test des rangs de Wilcoxon a été utilisé. La significativité a été définie avec $p < 0.05$.

5.RESULTATS

5.1. Taux de réponse

282 questionnaires avec les enveloppes de retour ont été envoyés en juin 2012. 176 questionnaires ont été reçus entre fin juin et le 31 août 2012 soit un taux de participation de 62,4 %. Trois questionnaires ont été exclus car reçus par un biologiste, par un médecin scolaire et un autre avec trop peu de réponses pour être exploitable.

5.2. Profil des médecins généralistes remplaçants

5.2.1. *L'âge*

L'âge moyen des remplaçants est de 33,75 ans avec une médiane à 31 ans.

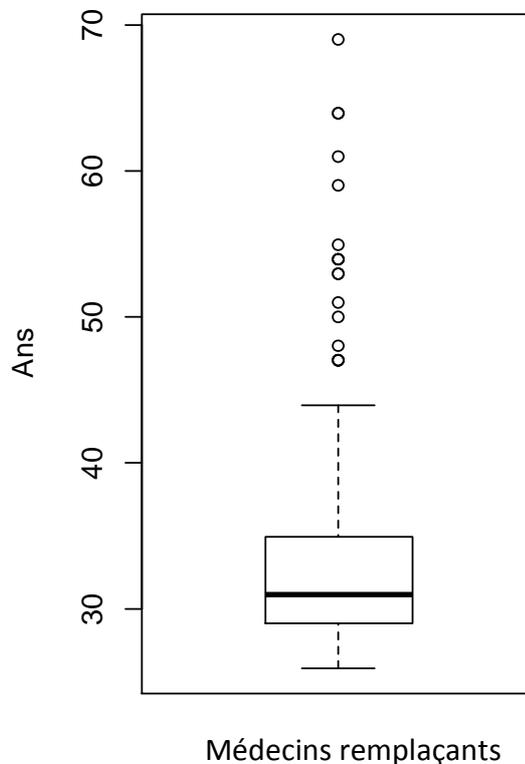


Figure 6 : Boîte à moustache représentant les médecins remplaçants selon leur âge.

5.2.2. *Le sexe*

Sur les 173 remplaçants, il y avait 119 (69%) femmes et 54 (31%) hommes.

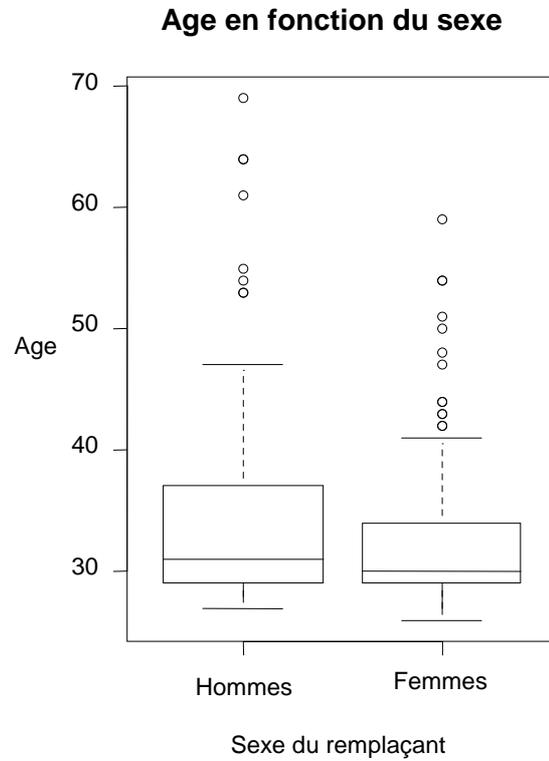


Figure 7 : Boite à moustache représentant les médecins remplaçants en fonction de l'âge et du sexe.

5.2.3. *Obtention de la thèse*

92 (53%) remplaçants ont déjà passé leur thèse et 81 (47%) n'ont pas encore passé leur thèse.

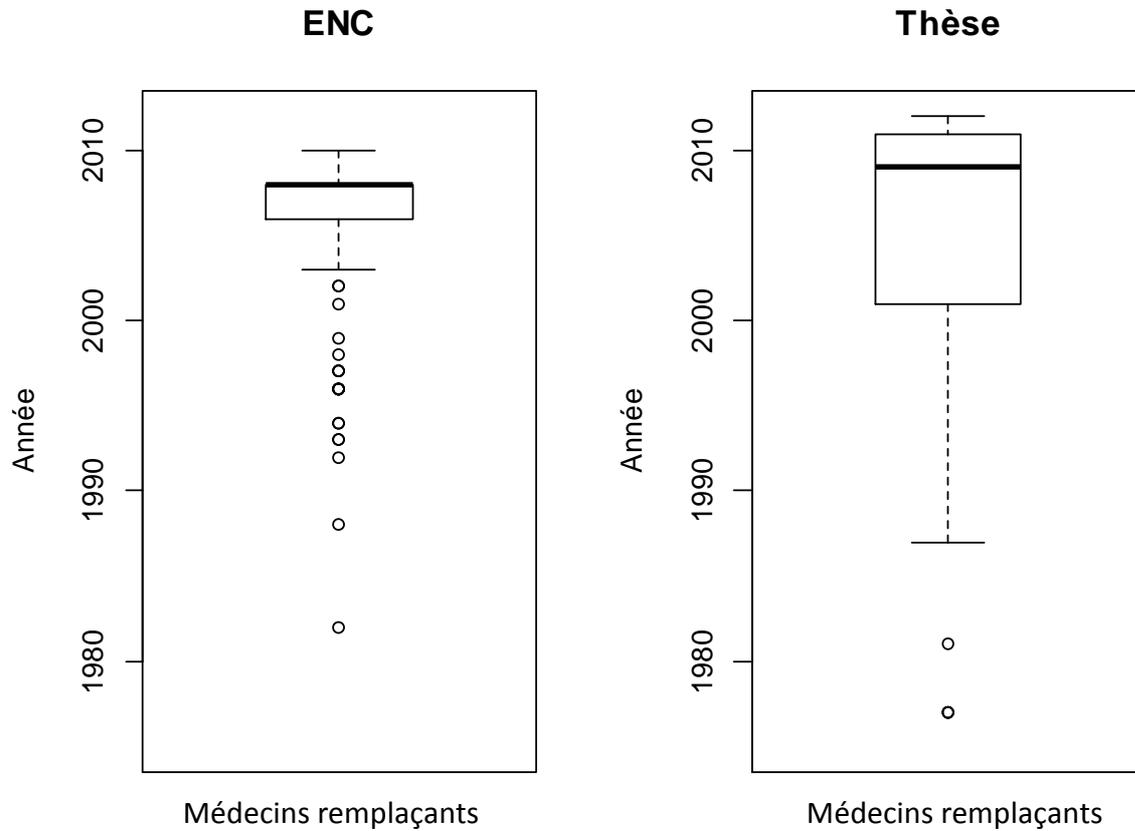


Figure 8 : Boîtes à moustache représentant successivement l'année de passage de l'internat ou de l'ENC et celle de l'obtention de la thèse des médecins généralistes remplaçants interrogés.

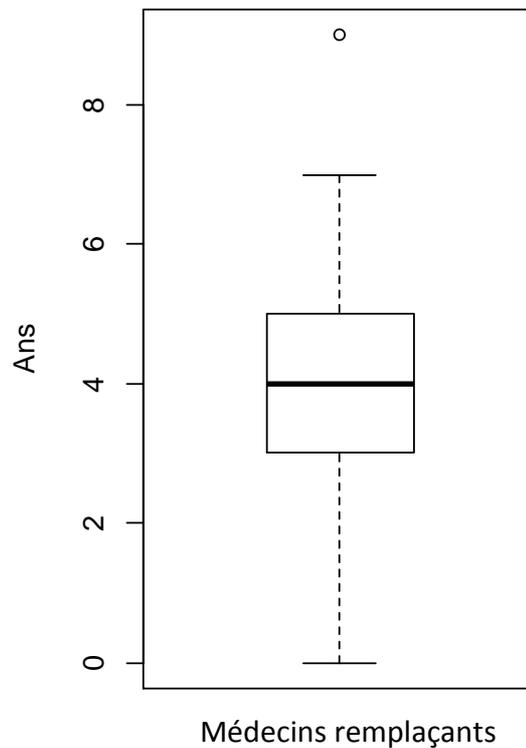


Figure 9 : Nombre d'années écoulées entre l'internat ou l'ENC et l'obtention de la thèse pour les médecins remplaçants interrogés.

5.2.4. Situation personnelle

Tableau 1 : Répartition des médecins remplaçants en fonction de leur situation personnelle.

Item Mode1/Mode2/Mode3	Mode 1	Mode 2	Mode 3
Département de résidence 76 / 27 / autres	149 (86%)	14 (8%)	10 (6%)
Type d'habitation Maison/Appartement/autre	98 (56,5%)	74 (43%)	1 (0,5%) péniche
Logement Propriétaire / locataire / sans réponse	104 (60%)	54 (31%)	15 (9%)
Zone d'habitation Urbaine / rurale / sans réponse	107 (62%)	42 (24%)	24 (14%)
Avoir grandi en Zone urbaine / Zone rurale	104 (60%)	69 (40%)	
Situation privée Couple / célibataire	142 (82,1%)	31 (17,9%)	

Majoritairement, les remplaçants sont propriétaires d'une maison en zone urbaine en Seine-Maritime, ont grandi en zone urbaine et sont en couple.

Ils sont 84 (48,5%) remplaçants à ne pas avoir d'enfant.

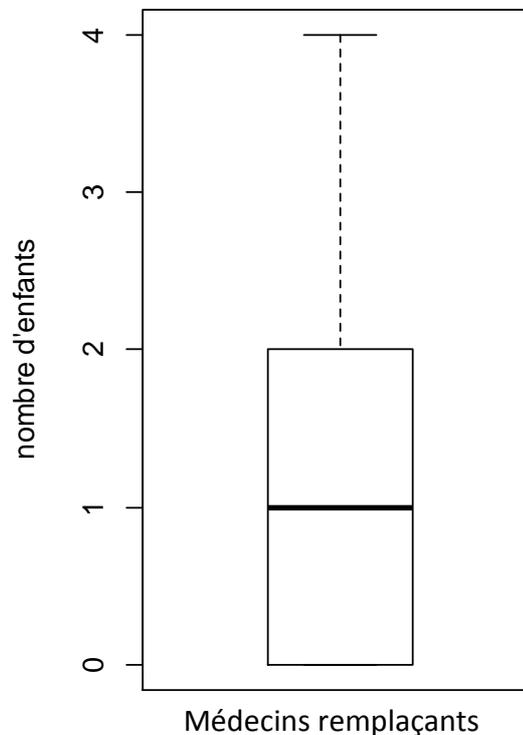


Figure 10 : Boîte à moustache représentant le nombre d'enfants à charge par médecin remplaçant.

5.2.5. *Cursus universitaire*

158 (91%) remplaçants ont réalisé un stage chez un praticien en médecine générale libérale pendant leur troisième cycle et 15 (9%) remplaçants n'ont fait aucun stage en libéral. Dans les 158 remplaçants qui ont fait un stage en médecine générale libérale (plusieurs réponses étaient possibles) :

- 155 (98%) remplaçants ont fait un stage de 1^{er} niveau (1^{er} stage chez le médecin généraliste en libéral)
- 94 (59%) remplaçants ont fait un stage en SASPAS
- 3 (59%) remplaçants ont fait un stage de 1^{er} niveau et un SASPAS
- 138 (87%) remplaçants ont effectué un stage en zone rurale.

5.2.6. *Revenus obtenus*

164 (95%) remplaçants sont satisfaits des revenus obtenus pendant leurs remplacements et 9 (5%) ne sont pas satisfaits de leurs revenus.

5.3. Projet professionnel des médecins généralistes remplaçants

5.3.1. *Projet d'installation*

168 (97%) remplaçants n'ont jamais été installés et 5 (3%) ont déjà été installés.
127 (73%) remplaçants ont l'intention de s'installer, 42 (24%) n'ont pas envie de s'installer et 4 (3%) ne savent pas encore.

Tableau 2 : Répartition des 127 remplaçants ayant intention de s'installer en fonction du délai envisagée pour une installation.

Délais d'installation	OUI	NON
Moins de 1an	18 (14%)	109 (86%)
Entre 1 et 5ans	84 (66%)	43 (34%)
Plus de 5ans	23 (18%)	104 (82%)

5.3.2. Critères expliquant l'installation non immédiate

5.3.2.1. Critères liés aux finances

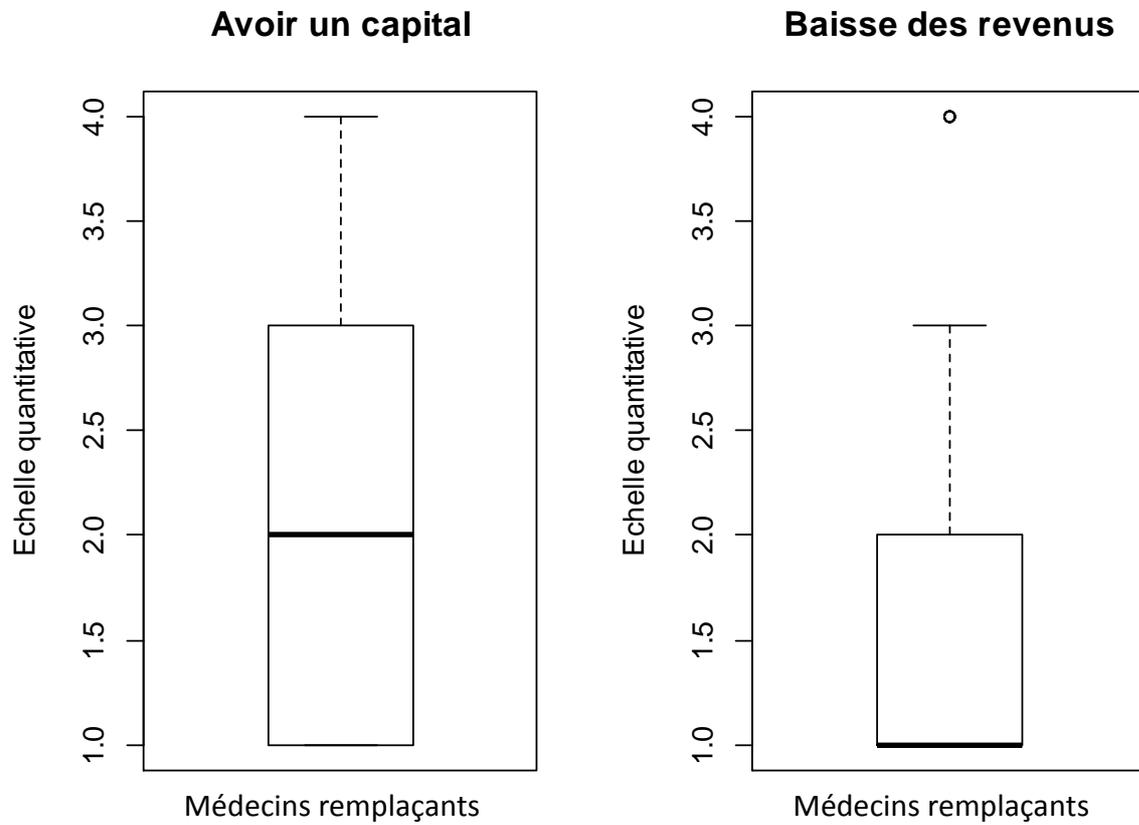


Figure 11 : Boîtes à moustache représentant les critères de non installation liés aux finances qui sont la constitution d'un capital de départ et la crainte de la baisse de ces revenus. L'échelle quantitative en ordonnée va de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important).

5.3.2.2. Critères personnels

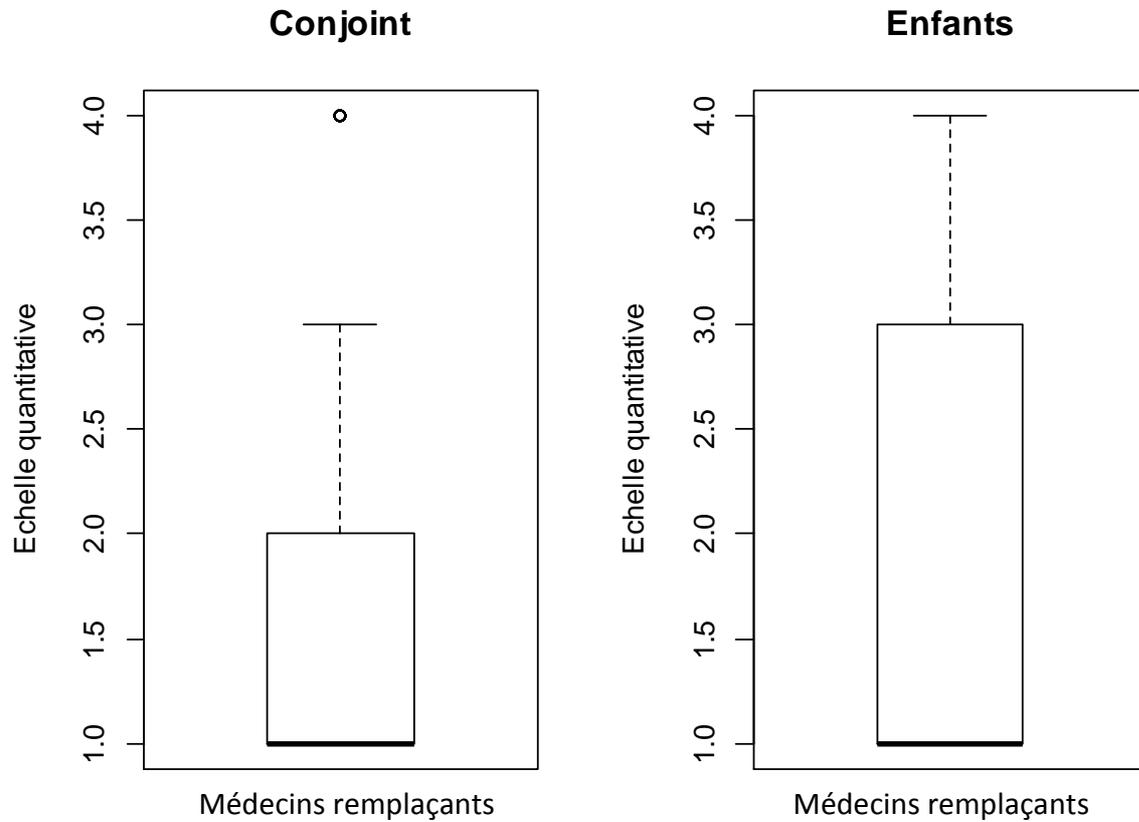


Figure 12 : Boîtes à moustache représentant les critères liés à la situation personnelle des médecins remplaçants n'ayant pas d'influence sur leur non installation. Ces critères sont l'emploi du conjoint et l'attente d'avoir des enfants plus âgés. L'échelle quantitative en ordonnée va de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important).

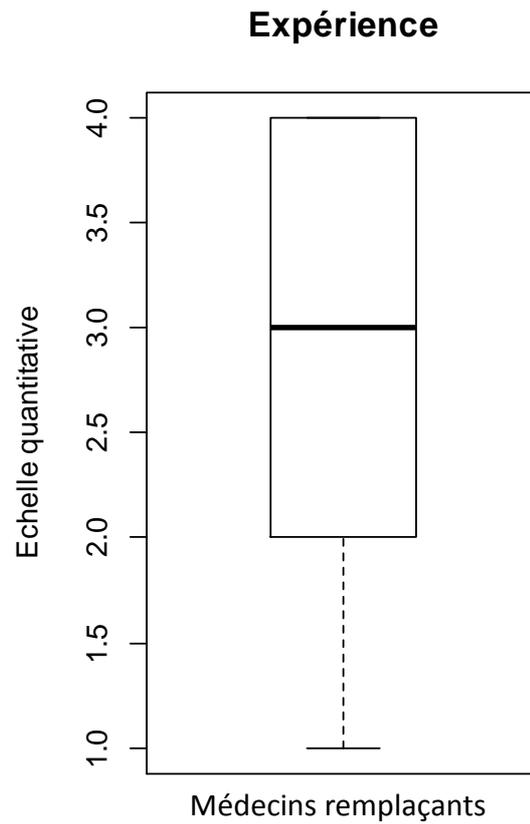


Figure 13 : Boite à moustache représentant le critère lié à la situation personnelle des médecins remplaçants influençant leur non installation qui est d'attendre d'avoir plus d'expérience. L'échelle quantitative en ordonnée va de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important).

5.3.2.3. Critères liés au cabinet

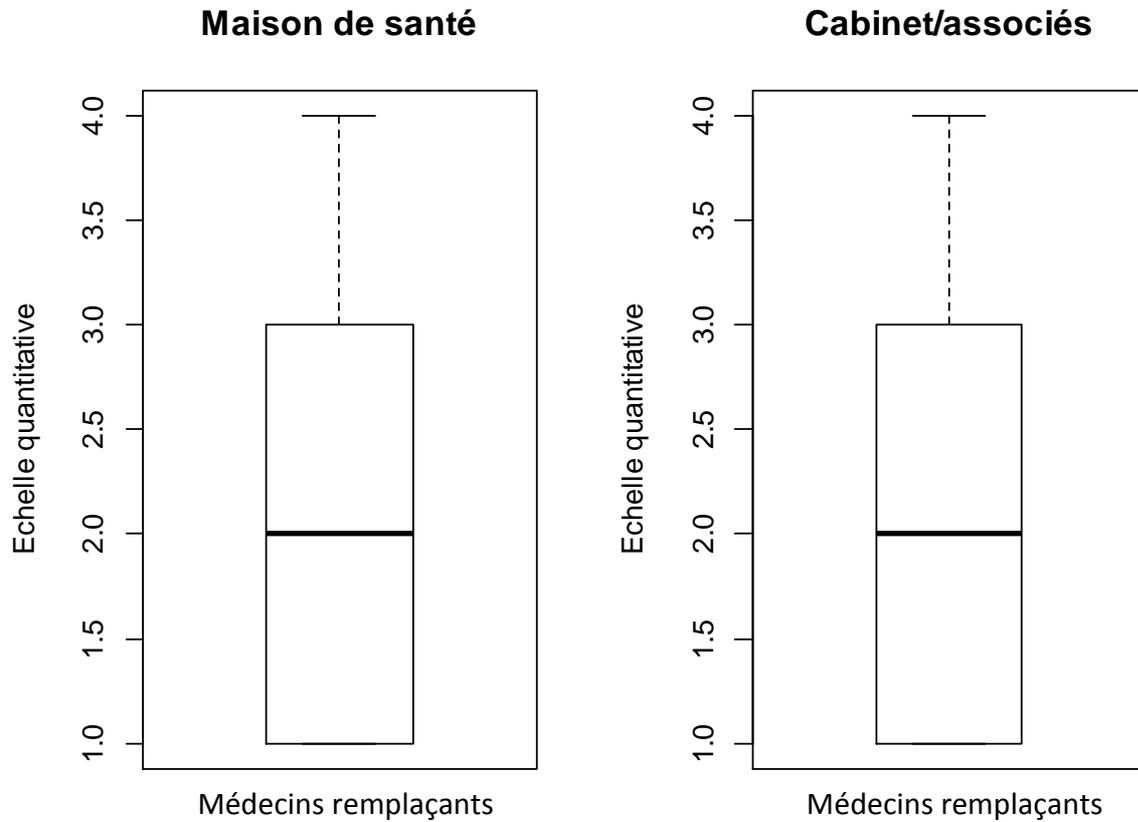


Figure 14 : Boîtes à moustache représentant les critères ayant une influence moyenne sur la non installation des médecins remplaçants qui sont l'attente de la mise en place d'une maison médicale et la recherche d'un cabinet et/ou d'associés. L'échelle quantitative en ordonnée va de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important).

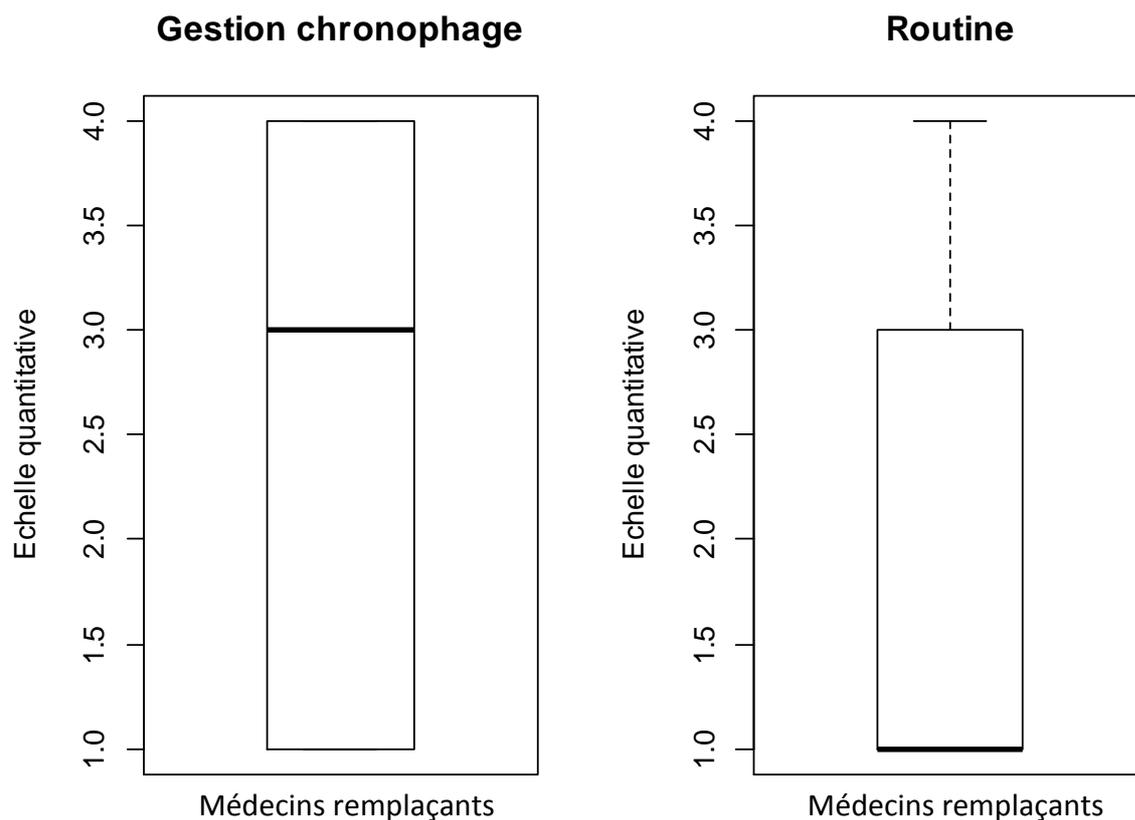


Figure 15 : Boîtes à moustache représentant successivement le critère ayant une influence importante sur la non installation des médecins remplaçants qui est la gestion d'un cabinet trop chronophage puis le critère ayant peu d'influence qui est la crainte de la routine. L'échelle quantitative en ordonnée va de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important).

En résumé :

Les critères ayant un intérêt important pour les médecins remplaçants sont :

- Avoir plus d'expérience avant de s'installer
- La gestion d'un cabinet est trop chronophage.

Les critères n'ayant pas d'intérêt pour les médecins remplaçants sont :

- L'emploi du conjoint
- L'attente d'avoir des enfants plus âgés
- La crainte de la routine
- La crainte d'une baisse des revenus.

5.3.3. *Obtention des aides à l'installation*

129 (75%) remplaçants ne savent pas où obtenir les aides à l'installation contre 44 (25%) remplaçants qui le savent.

5.4. Intérêt des zones rurales pour les médecins généralistes remplaçants

5.4.1. *Des remplacements en zone rurale*

109 (63%) remplaçants exercent une partie de leur activité en zone rurale.

Dans les 109 remplaçants qui exercent une partie de leur activité en zone rurale, 82 (75%) remplaçants ont envie de s'installer en zone rurale.

5.4.2. *Les avantages à une installation en zone rurale*

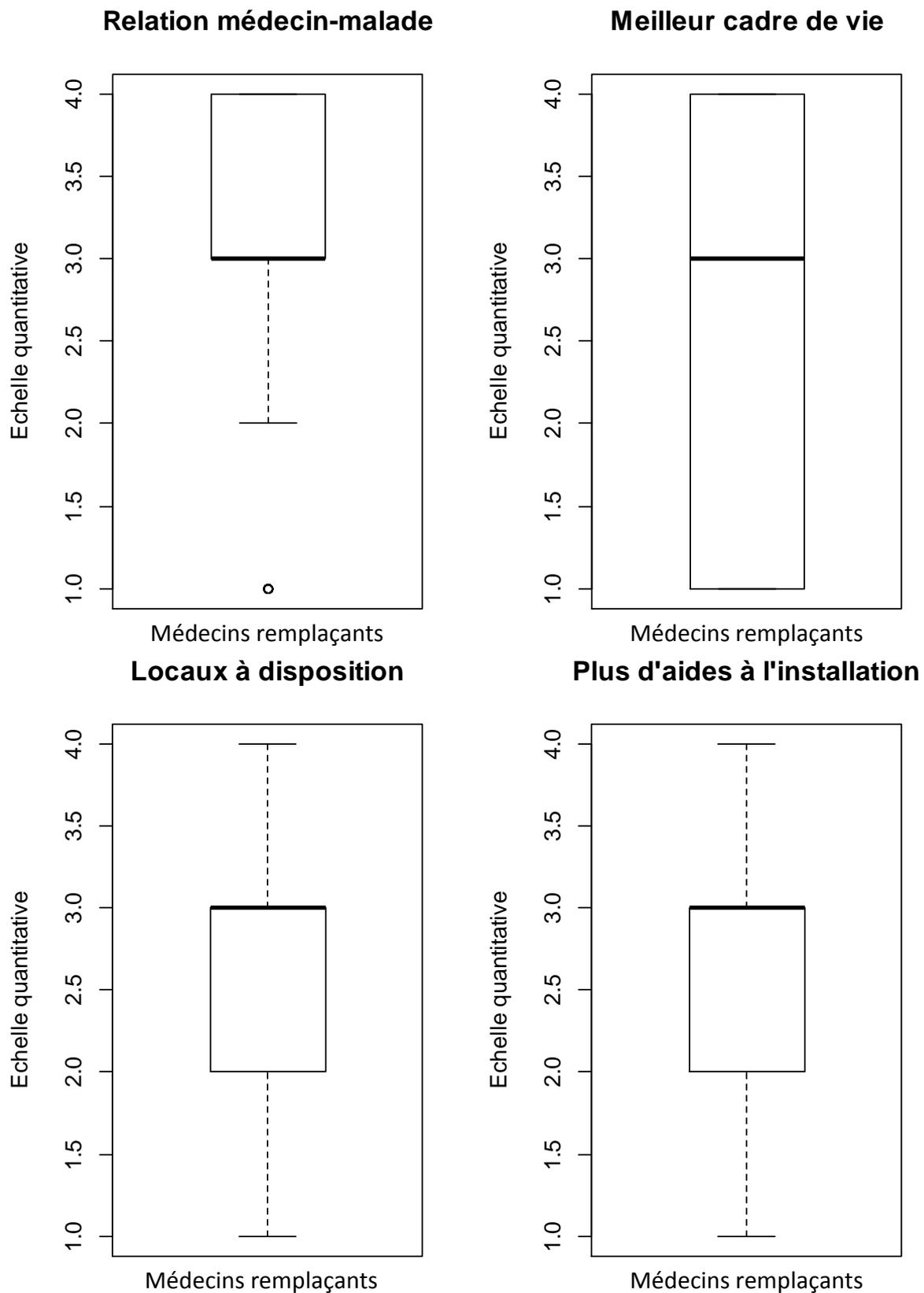


Figure 16 : Boîtes à moustache représentant les critères proposés comme avantageux à une installation en zone rurale et cités comme important par les médecins remplaçants. L'échelle quantitative en ordonnée va de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important).

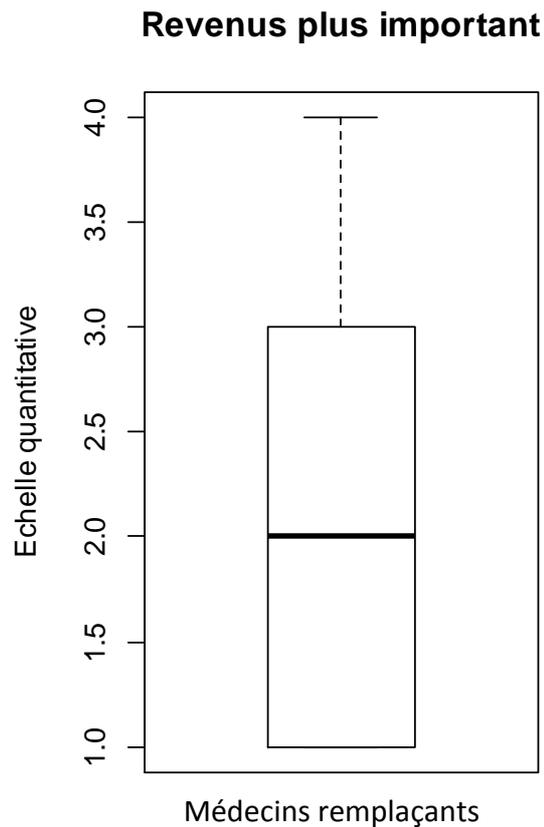


Figure 17 : Boîte à moustache représentant le critère « une augmentation de revenu » proposé comme avantageux à une installation en zone rurale mais ayant un intérêt moyen pour les médecins remplaçants. L'échelle quantitative en ordonnée va de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important).

En résumé, les critères cités comme avantageux à une installation en zone rurale et ayant un intérêt important pour les médecins remplaçants sont :

- Une meilleure relation médecin-malade
- La possibilité d'avoir des locaux à disposition
- Des aides plus importantes à l'installation
- Un meilleur cadre de vie.

5.4.3. *Les freins à une installation en zone rurale*

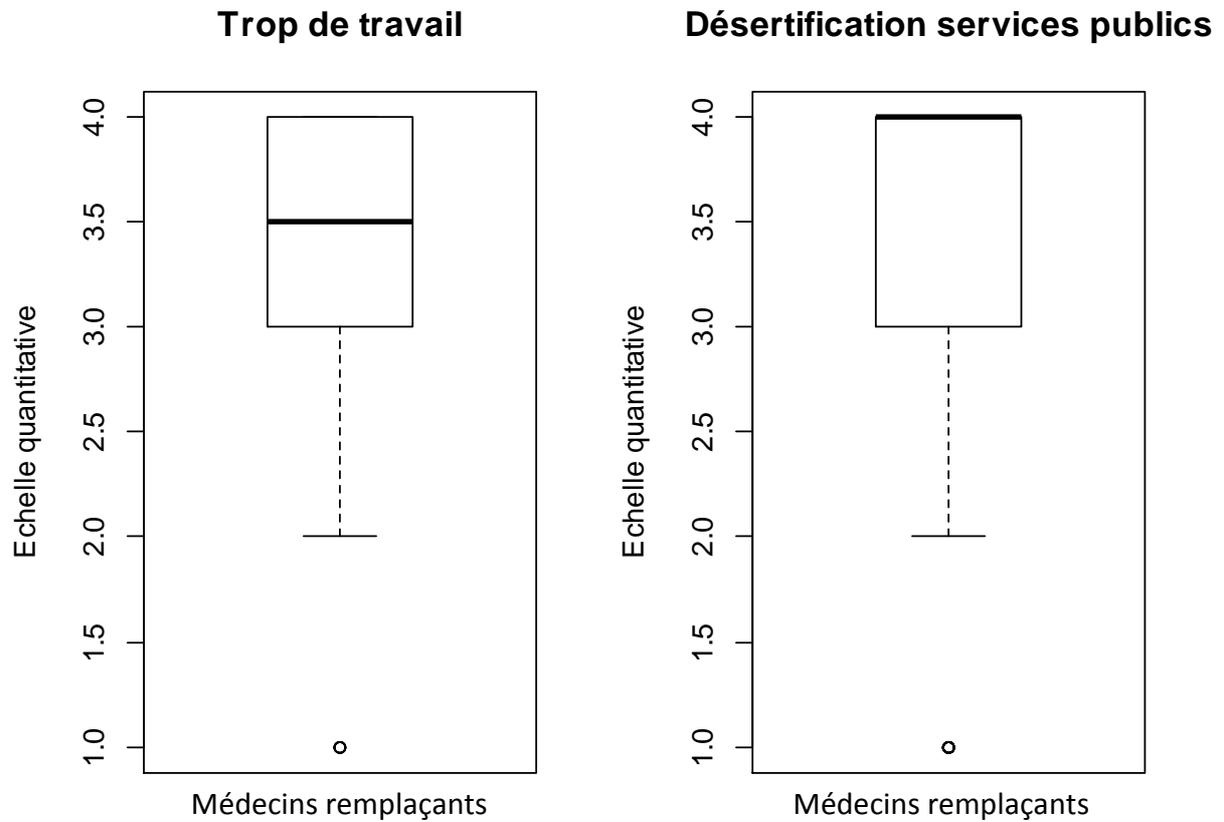


Figure 18: Boîtes à moustache représentant les critères proposés comme des freins à une installation en zone rurale et cités comme très importants par les médecins remplaçants. L'échelle quantitative en ordonnée va de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important).

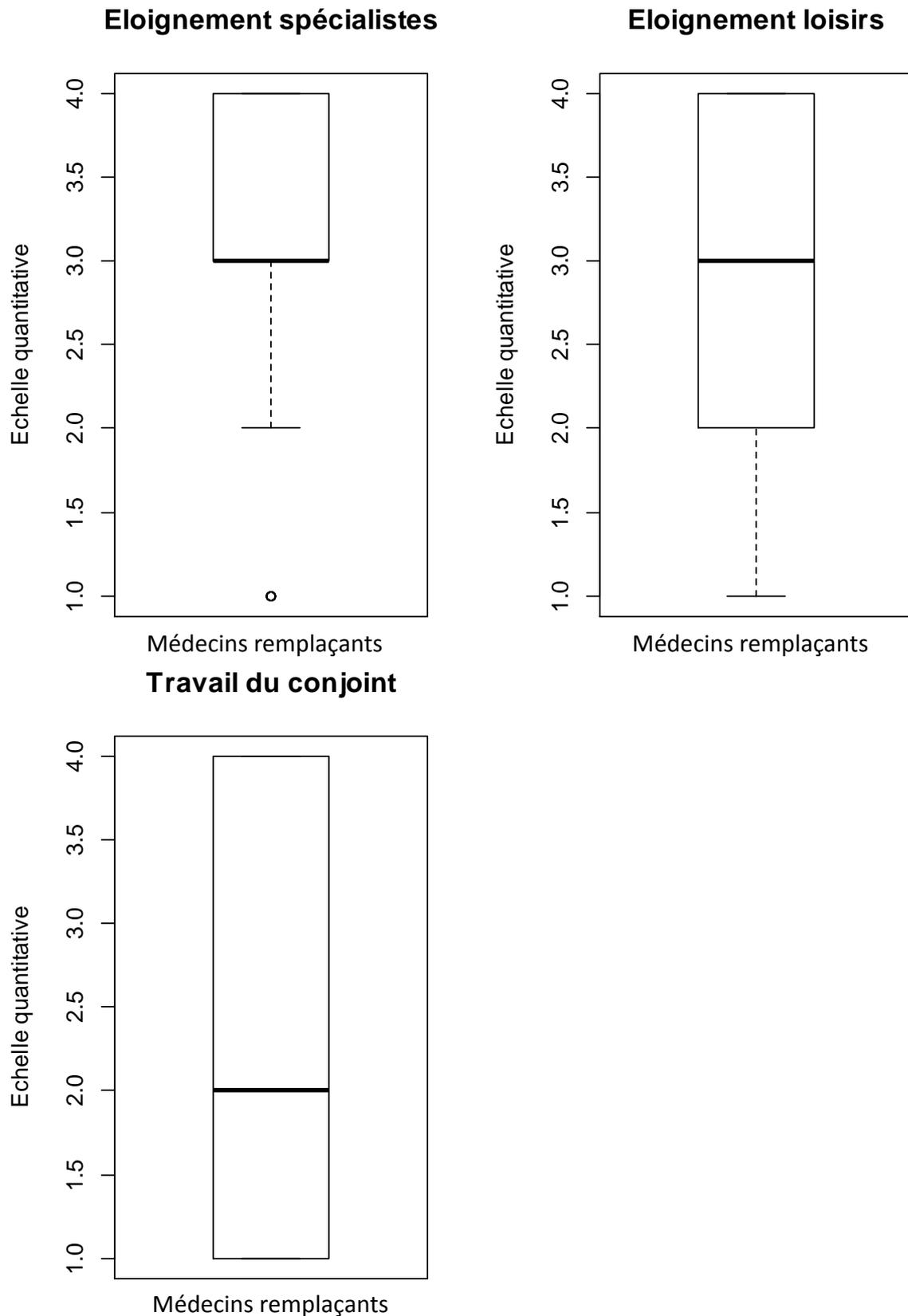


Figure 19 : Boîtes à moustache représentant les critères proposés comme des freins à une installation en zone rurale et cités comme moyennement important par les médecins remplaçants. L'échelle quantitative en ordonnée va de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important).

En résumé, les critères ayant un fort intérêt pour les médecins remplaçants comme frein à une installation en zone rurale sont :

- La crainte d'une surcharge de travail
- La désertification des zones rurales par les services publics

5.5. Profil des médecins remplaçants en fonction du sexe

5.5.1. *Leur profil*

Tableau 3 : Répartition des médecins remplaçants en fonction de leur profil personnel et de leur sexe. La valeur absolue représente le nombre d'hommes et de femmes correspondant à la variable explorée. Le pourcentage correspond à la proportion de l'ensemble des hommes et de l'ensemble des femmes répondant à la variable explorée.

Variable	Homme	Femme	Valeur de p
Nombre moyen d'enfants	0.55	1.1	P=0.03
Année moyenne de passage de la thèse	2001	2006	P=0.02
Année moyenne de passage de l'ENC	2006	2005	P=0.06
Age moyen	35.9 ans	32.7 ans	P=0.23
Déjà thésé	24 (44%)	68 (57%)	P=0.16
Couple	40 (74%)	102 (85%)	P=0.10
Habiter dans une maison	26 (48%)	72 (60%)	P=0.23
Etre propriétaire	29 (64%)	75 (33%)	P=0.96
Habiter en zone urbaine	33 (76%)	74 (69%)	P=0.51
Avoir grandi en zone rurale	21 (39%)	48 (40%)	P=0.99
Avoir fait un stage en ambulatoire	47 (87%)	111 (93%)	P=0.29
Avoir fait un stage en zone rurale	39 (72%)	99 (83%)	P=0.14
Etre satisfait de ses revenus	49 (90%)	115 (96%)	P=0.21

5.5.2. *Leur projet professionnel*

88 (50%) femmes et 39 (22%) hommes médecins remplaçants ont l'intention de s'installer (p=0.32).

Tableau 4 : Répartition des médecins remplaçants homme/femme en fonction de la moyenne des réponses aux différents critères expliquant leur non installation immédiate classée de 1 (critère peu important) à 4 (critère très important)

Variable	Homme	Femme	Valeur de p
Attendre que les enfants grandissent	1.23	2.14	P<0.001
Craindre la routine	2.1	1.7	P=0.02
Avoir plus d'expérience	2.4	2.8	P=0.19
Rechercher un cabinet ou des associés	2.2	2.4	P=0.56
Attendre la mise en place d'une maison médicale	2.2	2.3	P=0.70
L'emploi du conjoint ne permet pas une installation	1.5	1.8	P=0.33
Se constituer un capital	2.1	1.9	P=0.85
La gestion d'un cabinet est trop chronophage	2.6	2.7	P=0.72
Craindre une baisse de revenus	1.8	1.7	P=0.44

5.5.3. Intérêt pour les zones rurales

71 (41%) femmes et 38 (21%) hommes médecins remplaçants exercent une partie de leur activité en zone rurale (p=0.24).

60 (34%) femmes et 29 (16%) hommes ont envie de s'installer en zone rurale (p=0.81).

Tableau 5 : Répartition des médecins remplaçants homme/femme en fonction de la moyenne des réponses aux différents avantages à une installation en zone rurale classée de 1 (peu d'intérêt) à 4 (fort intérêt)

Variable	Homme	Femme	Valeur de p
Des revenus plus importants	2.6	1.9	P=0.03
Une meilleure relation « médecin-malade »	3.3	3.1	P=0.69
Des locaux à disposition	2.7	2.7	P=0.88
Des aides à l'installation plus importantes	2.6	2.6	P=0.91
Un meilleur cadre de vie	2.6	2.8	P=0.63

Tableau 6 : Répartition des médecins remplaçants homme/femme en fonction de la moyenne des réponses aux différents freins à une installation en zone rurale classée de 1 (peu d'intérêt) à 4 (fort intérêt)

Variable	Homme	Femme	Valeur de p
Une charge de travail trop importante	3.1	3.3	P=0.19
La désertification des services publics	3.2	3.3	P=0.56
Le travail du conjoint	2.5	2.4	P=0.89
L'éloignement des spécialistes et/ou des plateaux techniques	2.9	3.1	P=0.09
L'éloignement des activités de loisirs	2.8	2.6	P=0.57

5.6. Profil des médecins généralistes remplaçants thésés et non thésés

5.6.1. *Taux de réponse*

Tableau 7 : Répartition des questionnaires envoyés et reçus en fonction des médecins thésés et non thésés.

	Questionnaires envoyés	Questionnaires reçus	Taux de réponse
Médecins thésés	111 (39%)	92 (53%)	83%
Médecins non thésés	171 (61%)	81 (47%)	47%
total	282	173	61%

5.6.2. Leur profil personnel

Tableau 8 : Profil personnel des médecins remplaçants thésés et non thésés. La valeur absolue représente le nombre de médecins thésés et non thésés correspondant à la variable explorée. Le pourcentage correspond à la proportion de l'ensemble des médecins non thésés et de l'ensemble des médecins thésés répondant à la variable explorée.

Variable	Médecins non thésés	Médecins thésés	Valeur de p
Age moyen	29.6 ans	37.3 ans	P<0.001
Année moyenne de passage de l'ENC	2008	2003	P<0.001
Nombre moyen d'enfants	0.51	1.3	P<0.001
Habiter dans une maison	32 (39%)	66 (71%)	P<0.001
Etre propriétaire	34 (48%)	70 (79%)	P<0.001
Avoir fait un stage en ambulatoire	81 (100%)	77 (83%)	P<0.001
Avoir fait un stage de 1^{er} niveau	81 (100%)	74 (80%)	P<0.001
Avoir fait un SASPAS	50 (61%)	44 (47%)	P<0.001
Avoir fait un stage en zone rurale	75 (92%)	63 (68%)	P<0.001
Couple	60 (74%)	82 (89%)	P=0.01
Habiter en zone urbaine	53 (82%)	54 (63%)	P=0.02
Etre satisfait de ses revenus	79 (97%)	85 (92%)	P=0.23
Avoir grandi en zone rurale	35 (43%)	34 (36%)	P=0.49

5.6.3. *Leur projet professionnel*

70 (86%) médecins remplaçants non thésés et 57 (62%) médecins remplaçants thésés ont l'intention de s'installer ($p < 0.001$).

Tableau 9 : Moyenne des réponses aux différents critères expliquant leur non installation immédiate classée de 1 (peu d'intérêt) à 4 (fort intérêt) entre les médecins remplaçants thésés et non thésés.

Variable	Médecins non thésés	Médecins thésés	Valeur de p
Avoir plus d'expérience	3.0	2.3	P<0.001
Attendre que les enfants grandissent	1.5	2.2	P=0.002
La gestion d'un cabinet est trop chronophage	2.4	2.8	P=0.003
Rechercher un cabinet ou des associés	2.4	2.3	P=0.66
Attendre la mise en place d'une maison médicale	2.32	2.28	P=0.56
L'emploi du conjoint ne permet pas une installation	1.7	1.9	P=0.68
Se constituer un capital	2.1	1	P=0.09
Craindre la routine	1.82	1.79	P=0.27
Craindre une baisse de revenus	1.7	1.6	P=0.49

59 (72%) médecins remplaçants non thésés et 70 (76%) médecins remplaçants thésés ne savent pas comment obtenir des aides pour l'installation ($p=0.75$).

5.6.4. *Intérêt pour les zones rurales*

63 (68%) médecins remplaçants thésés et 46 (56%) médecins remplaçants non thésés exercent une partie de leur activité en zone rurale ($p=0.15$).

47 (51%) médecins remplaçants thésés et 42 (52%) médecins remplaçants non thésés ont envie de s'installer en zone rurale ($p=1$).

5.7. Profil des médecins généralistes remplaçants en fonction de leur l'intention de s'installer

5.7.1. *Leur profil personnel*

Tableau 10 : Profil personnel des médecins remplaçants en fonction de leur intention de s'installer.

Variable	Médecins ayant l'intention de s'installer	Médecins n'ayant pas l'intention de s'installer	Valeur de p
Déjà thésés	57 (44%)	32 (76%)	P=0.001
Avoir fait un stage en ambulatoire	125 (98%)	29 (69%)	P<0.001
Avoir fait un stage de 1 ^{er} niveau	125 (98%)	26 (62%)	P<0.001
Avoir fait un SASPAS	80 (62%)	12 (28%)	P<0.001
Avoir fait un stage en zone rurale	115 (90%)	20 (52%)	P<0.001
Age moyen	31.2 ans	41.5 ans	P=0.02
Etre propriétaire	69 (60%)	32 (82%)	P=0.03
Etre satisfait de ses revenus	123 (96%)	38 (90%)	P=0.05
Habiter dans une maison	66 (51%)	30 (71%)	P=0.06
Habiter en zone urbaine	79 (73%)	25 (65%)	P=0.63
Avoir grandi en zone rurale	54 (42%)	14 (33%)	P=0.47
Nombre moyen d'enfants	0.9	1.0	P=0.72

5.7.2. Leur projet professionnel

127 (74%) médecins généralistes remplaçants ont l'intention de s'installer contre 42 (24%) qui n'en ont pas l'intention. 4 (2%) médecins généralistes remplaçants qui ont répondu en manuscrit sur le questionnaire « ne sait pas »

Tableau 11 : Moyenne des réponses aux différents critères expliquant leur non installation immédiate classée de 1 (peu d'intérêt) à 4 (fort intérêt) entre les médecins remplaçants ayant ou non l'intention de s'installer.

Variable	Médecins ayant l'intention de s'installer	Médecins n'ayant pas l'intention de s'installer	Valeur de p
La gestion d'un cabinet est trop chronophage	2.5	3.1	P=0.001
Rechercher un cabinet ou des associés	2.6	1.8	P=0.007
Avoir plus d'expérience	2.8	2.3	P=0.02
Attendre la mise en place d'une maison médicale	2.4	2.1	P=0.29
L'emploi du conjoint ne permet pas une installation	1.7	1.8	P=0.19
Attendre que les enfants grandissent	1.8	2.0	P=0.27
Se constituer un capital	2.0	1.6	P=0.07
Craindre la routine	1.7	2.1	P=0.31
Craindre une baisse de revenus	1.8	1.5	P=0.60

91 (71%) médecins remplaçants ayant l'intention de s'installer et 74 (80%) médecins remplaçants n'ayant pas l'intention de s'installer ne savent pas comment obtenir des aides pour l'installation (p=0.24).

5.8. Profil des médecins généralistes remplaçants en fonction de leur l'intention de s'installer en zone rurale

5.8.1. *Leur profil personnel*

Tableau 12 : Profil personnel des médecins remplaçants en fonction de leur envie de s'installer en zone rurale.

Variable	Médecins n'ayant pas l'intention de s'installer en zone rurale	Médecins ayant l'intention de s'installer en zone rurale	Valeur de p
Déjà thésés	45 (53%)	47 (52%)	P=1
Habiter en zone rurale	11 (15%)	31 (40%)	P<0.001
Avoir fait un stage en zone rurale	58 (69%)	80 (89%)	P<0.001
Avoir grandi en zone rurale	26 (30%)	43 (48%)	P=0.02
Avoir fait un SASPAS	37 (44%)	57 (64%)	P=0.01
Année moyenne de passage de l'ENC	2005	2006	P=0.15
Couple	64 (76%)	78 (87%)	P=0.07
Nombre moyen d'enfants	0.9	1	P=0.55
Habiter dans une maison	43 (51%)	55 (61%)	P=0.20
Etre propriétaire	47 (61%)	57 (70%)	P=0.28
Avoir fait un stage en ambulatoire	75 (89%)	83 (93%)	P=0.51
Avoir fait un stage de 1 ^{er} niveau	72 (85%)	83 (93%)	P=0.16
Etre satisfait de ses revenus	77 (91%)	87 (97%)	P=0.14

5.8.2. *Leur intérêt pour les zones rurales*

Tableau 13 : Moyenne des réponses aux différents avantages à une installation en zone rurale classée de 1 (peu d'intérêt) à 4 (fort intérêt) entre les médecins remplaçants ayant ou non l'intention de s'installer en zone rurale.

Variable	Médecins n'ayant pas envie de s'installer en zone rurale	Médecins ayant envie de s'installer en zone rurale	Valeur de p
Une meilleure relation « médecin-malade »	2.7	3.5	P<0.001
Un meilleur cadre de vie	2.2	3.2	P<0.001
Des locaux à disposition	2.4	2.9	P<0.001
Des revenus plus importants	1.8	2.1	P=0.02
Des aides à l'installation plus importantes	2.6	2.6	P=0.13

Tableau 14 : Moyenne des réponses aux différents freins à une installation en zone rurale classée de 1 (peu d'intérêt) à 4 (fort intérêt) entre les médecins remplaçants ayant ou non l'intention de s'installer en zone rurale.

Variable	Médecins n'ayant pas envie de s'installer en zone rurale	Médecins ayant envie de s'installer en zone rurale	Valeur de p
Le travail du conjoint	2.5	2.4	P=0.02
L'éloignement des activités de loisirs	2.8	2.4	P=0.01
La désertification des services publics	3.3	3.1	P=0.51
Une charge de travail trop importante	3.4	3.1	P=0.07
L'éloignement des spécialistes et/ou des plateaux techniques	3.1	2.8	P=0.15

5.9. Cartographie des intentions d'installation

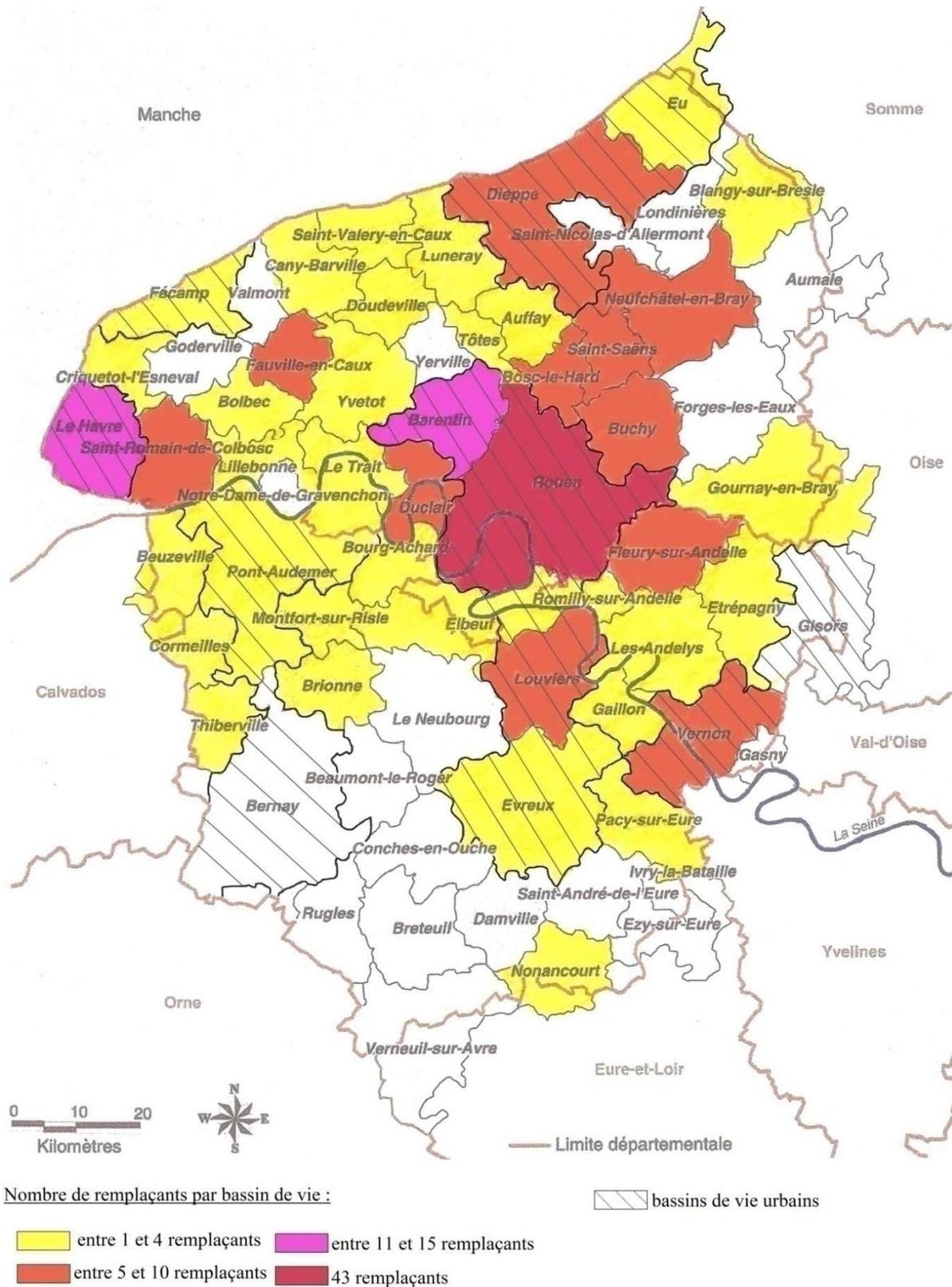


Figure 20 : Répartition géographique du 1^{er} choix de lieu d'installation envisagé par les médecins remplaçants.

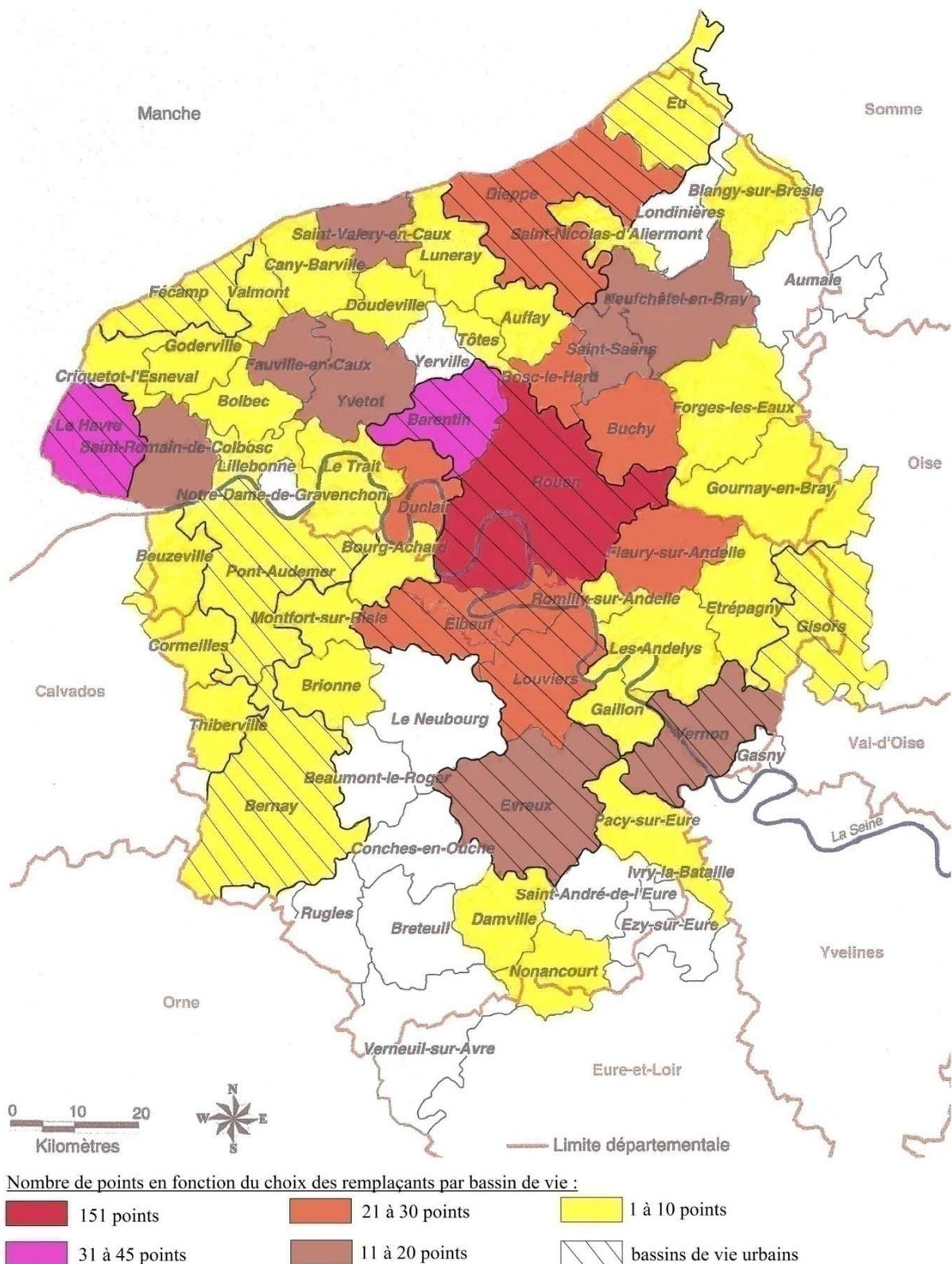


Figure 21 : Répartition géographique de tous les choix d'installation avec attribution de point, un bassin de vie cité comme 1^{er} choix = 3points, comme 2^{ème} choix = 2points et comme 3^{ème} choix = 1point.

6.DISCUSSION

6.1. Profil sociodémographique des médecins remplaçants

Les médecins généralistes remplaçants de notre étude ont une moyenne d'âge de 33ans, ce qui est similaire à une étude faite en Basse-Normandie en 2007(3). L'Atlas démographique édité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2012(8) prend en compte seulement les médecins thésés. Ces derniers ont une moyenne d'âge de 43ans. Les médecins généralistes remplaçants thésés de notre étude sont plus jeunes avec une moyenne d'âge de 37,5 ans.

Les médecins remplaçants sont majoritairement propriétaires d'une maison en zone urbaine et en Seine-Maritime. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette constatation :

- La Seine-Maritime représente 70% de la population de la Haute-Normandie(2).
- Les études de médecine ont une durée moyenne de 9 ans. Les étudiants ont l'obligation de faire des stages au CHU de Rouen et d'assister aux cours à la faculté de médecine de Rouen. Ces contraintes incitent très souvent les étudiants à s'installer en zone urbaine près de Rouen.
- Les médecins remplaçants privilégient leur vie personnelle en devenant propriétaires et en restant près de leurs liens sociaux avant de s'installer sur le plan professionnel. D'après une étude du CREDOC (9), les personnes qui ont vécu les dix premières années de leur enfance en zone rurale habitent majoritairement en zone rurale ou gardent « des liens très affectifs ». Or, la majorité des médecins remplaçants ont grandi en zone urbaine. L'installation en zone rurale semble difficile pour une population qui n'y a pas grandi, ni fait ses études et qui n'y réside pas.

91% des médecins remplaçants ont effectué un stage en médecine libérale. Ce stage a été rendu obligatoire par « l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins » (11). Cela a permis de favoriser la réalisation de ce stage. Le SASPAS a été effectué par 59% des remplaçants. Ce stage est plus récent. Il a été créé en 2004 et il n'est pas obligatoire dans la formation de médecine générale. On remarque que le stage en zone rurale est très largement réalisé par les médecins non-thésés (92%), ceux qui ont l'intention de s'installer (90%) et plus particulièrement en zone rurale (89%). Ces médecins sont plus jeunes que les autres. Ils ont aussi majoritairement réalisé un SASPAS. A Rouen, quand on fait un stage de 1^{er} niveau ou un SASPAS, un stagiaire a 2 ou 3 maitres de stage différents. Les maitres de stage sont souvent mélangés entre ville/campagne et homme/femme. Ceux-ci donnent une plus grande opportunité de réaliser un stage en zone rurale. Je pense qu'il faut donc poursuivre dans ce sens car mes résultats montrent que plus on a fait de stages en ambulatoire et plus on a l'intention de s'installer en général et aussi en zone rurale.

53% des médecins remplaçants répondants ont passé leur thèse en moyenne 4,3 ans après le passage de l'internat ou de l'ENC, déjà retrouvé dans la littérature (3, 11). La thèse est très souvent passée après la fin du cursus universitaire car le DES de médecine générale est en 3 ans. En théorie, la thèse peut être passée pendant l'internat après 3 semestres validés mais ce n'est que très rarement le cas. Comme déjà évoqué dans la thèse du Dr Badarelle(11), je pense que la mise en place, dès le début de l'internat, d'une aide plus importante et d'une orientation de certains cours sur la réalisation de la thèse diminueraient ce délai d'obtention de thèse. Il est aussi possible que les jeunes internes venant de passer l'ENC, ne souhaitent pas se mettre de suite à effectuer ce travail. De plus, à Rouen, le premier stage chez le praticien ne peut être réalisé qu'à partir du 3^{ème} semestre. C'est souvent au cours de ce stage que l'on trouve une idée pour un sujet de thèse. Au final, ne pas avoir sa thèse est un frein majeur à un projet d'installation.

La population des médecins remplaçants se féminise comme tout le reste du corps médical (12). Notre étude a montré peu de différences significatives entre les caractéristiques des hommes et des femmes. Le projet professionnel des femmes est identique à celui des hommes. Elles ont autant envie de s'installer et même en zone rurale. Comme l'avait dit le Pr Berland dans son rapport de 2004, « *hommes et femmes pourraient avoir la même activité moyenne en 2025* »(13). Mais elles restent quand même attachées à la maternité car le seul frein à l'installation retrouvé est celui de vouloir attendre que leurs enfants grandissent.

6.2. Facteurs de non-installation immédiate

Tout d'abord, la situation n'est pas si catastrophique que le laisse entendre les médias. 73% des médecins remplaçants de Haute-Normandie envisagent une installation dans les 5 prochaines années. Cela a aussi été constaté récemment dans différentes études (7, 3, 14).

Le manque d'expérience est un critère important pour expliquer la non installation des remplaçants. Ce critère est encore plus marqué quand on regarde les médecins remplaçants non thésés, en moyenne plus jeunes que leurs confrères thésés donc moins expérimentés. Les médecins remplaçants ayant l'intention de s'installer, ils disent retarder leur installation pour acquérir de l'expérience. Presque 100% des médecins voulant s'installer ont fait un stage en ambulatoire et 60% un SASPAS alors que ceux qui n'ont pas l'intention de s'installer, 69% ont effectué un stage ambulatoire et 28% un SASPAS. Le SASPAS semble être un critère donnant envie de s'installer. De plus, dans la thèse du Dr Manjarres (15), les médecins interrogés ayant effectués un SASPAS se sentaient mieux formés. Je pense que rendre obligatoire ce stage favoriserait une installation plus rapide des jeunes médecins. Ce stage en SASPAS permet d'obtenir une expérience supplémentaire et d'acquérir de l'autonomie. L'idée de mettre le DES de médecine générale à 4 ans, proposée par l'ISNAR-IMG, pour pouvoir faire 1 an supplémentaire en médecine libérale est aussi une piste de réflexion. Cette proposition est un peu idéaliste. Pour pouvoir la mettre en place, il faudrait trouver les moyens financiers pour rémunérer un an supplémentaire, une promotion entière d'internes de médecine générale. Mais cette proposition a été retenue dans « le rapport d'information sur les déserts médicaux » publié par le Sénat(16).

L'installation est aussi freinée par la gestion d'un cabinet, trouvée trop chronophage par la majorité des remplaçants. C'est d'ailleurs le premier critère cité par les remplaçants n'envisageant pas de s'installer. Lors d'une étude en 2009 (17) sur le temps de travail des médecins généralistes, il est prouvé qu'ils passent environ 80% de leur temps aux activités de diagnostics et de soins et 12% aux tâches administratives et d'entretien du cabinet. Ils consacrent une grande partie de leur temps à leur fonction première de soins mais passent plus d'une heure par jour à effectuer des tâches administratives. La gestion d'un cabinet médical est peu enseignée. A Rouen, cette gestion est vue lors d'un séminaire sur l'installation de sept heures en troisième année du troisième cycle. Ce séminaire permet de présenter différents modes d'exercices en libéral et des généralités sur l'URSSAF, les assurances médicales. Cet enseignement est aussi réalisé pendant les stages chez le praticien mais de manière très inégale entre les différents stages. Les tâches administratives ne sont pas comprises de la même manière par tous les médecins. Certains y mettent seulement la gestion de la comptabilité et d'autres y incluent les demandes de certificats ou de documents administratifs type APA, MDPH... Il est possible que, si dès le début, les étudiants en médecine avaient une meilleure formation sur les différentes tâches administratives et que les formulaires administratifs étaient simplifiés, ils seraient moins freinés dans leur envie de s'installer.

L'attente de la création d'une maison de santé ou la recherche d'un cabinet n'est pas un frein si important pour les médecins remplaçants. Et pourtant, la politique actuelle est de favoriser la mise en place de maisons pluridisciplinaires. On constate que les médecins remplaçants qui ont l'intention de s'installer préféreraient exercer avec des associés dans un cabinet que dans une maison de santé. La mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires est un projet complexe comme expliqué dans le document de la MSA(18). L'exercice en maison de santé pourrait répondre à la demande d'une partie des médecins surtout aux plus jeunes comme interrogés dans les thèses du Dr Sarni (19) et du Dr Tcha (20) mais avec une mise en place plus simple. On peut quand même dire que l'exercice seul est moins envisagé.

Les médecins remplaçants sont très largement satisfaits de leurs revenus. L'attente de se constituer un capital et la peur d'une baisse de revenus ne sont pas des freins à l'installation. D'après la thèse de Mme Samson en sciences économiques(21), certains médecins généralistes font le choix d'un faible revenu (soit 1,5 le SMIC) pour une meilleure qualité de vie. Cette constatation a été retrouvée dans les thèses des Dr Galand (22) et Dr Baril (23). Depuis juillet 2012, l'ARS a publié sur internet un guide sur les aides à l'installation (24) qui va probablement aider les 75% de remplaçants qui ne savent pas où obtenir des aides. Effectivement, ce guide détaille les différentes aides possibles et explique à qui elles sont destinées. Les aides à l'installation en zones rurales sont un avantage pour les médecins remplaçants mais elles ne sont pas le critère déterminant pour le choix du lieu de leur installation. Par contre, la mise à disposition de locaux dans les zones rurales pourrait en être un. Ces aides n'étant pas pérennes dans le temps, les charges redeviennent par la suite les mêmes à la campagne qu'en ville. Ces aides financières ne sont pas une priorité pour s'installer. Mais je pense qu'avant de remettre en question la nécessité de ces aides financières, il serait intéressant d'étudier leurs impacts étant donné qu'aucune étude n'a traité de ce sujet.

Les médecins remplaçants ne considèrent pas le travail du conjoint et les enfants comme des freins pour une installation. C'est un constat divergeant avec d'autres études (3, 14). Les médecins de notre étude ne sont que 52% à avoir des enfants. En effet, avoir des enfants devient un frein plus important pour les groupes ayant un nombre d'enfants plus élevés comme les médecins thésés et les femmes. Le travail du conjoint devient un frein pour les médecins remplaçants ne voulant pas s'installer en zone rurale. Je pense que les médecins remplaçants retardent leur installation pas seulement sur un seul critère (travail du conjoint, enfants ...) mais sur un ensemble de critères de choix de vie personnelle très difficile à quantifier. Des mesures politiques seront difficiles à trouver pour avoir une influence sur le choix de vie personnelle des médecins remplaçants.

6.3. L'installation en zone rurale

Les zones rurales ne font pas fuir les remplaçants car 63% y travaillent et la majorité d'entre eux auraient envie de s'y installer.

La relation médecin-malade de campagne donnerait envie de s'installer en zone rurale. Mais pourquoi serait-elle meilleure en campagne qu'en ville ? La thèse du Dr Malvezin (25) a interrogé 3 médecins écrivains sur la relation médecin-malade. L'un des médecins dit « *la médecine rurale est extraordinaire et passionnante, car il s'agit d'une médecine globale* ». L'accès au spécialiste étant plus difficile pour les patients ruraux, ils auraient recours d'abord à leur médecin généraliste. Mais aucune étude n'a comparé les relations médecins-malades entre zone rurale et urbaine. Mais je crois que chaque médecin crée sa patientèle à son image. Si l'on interrogeait les médecins installés, la majorité serait probablement satisfaite de leur relation avec leur patient.

Un meilleur cadre de vie favoriserait une installation en zone rurale. Mais ce critère est très subjectif. Les médecins remplaçants ne souhaitant pas s'installer en zone rurale ne trouvent pas de loisirs à pratiquer à la campagne. La notion de loisirs n'est pas la même selon les personnes. Pour un citadin, un loisir peut être d'aller au théâtre alors que pour un rural se serait de faire une balade dans la campagne. L'influence de ses origines est importante dans le choix du lieu d'installation.

La désertification des services publics des zones rurales est un frein très important pour les remplaçants à une installation en zone rurale. En prenant l'exemple de la poste, elle est soumise par la loi (26) à des règles d'accessibilité « sauf circonstances exceptionnelles, ces règles ne peuvent autoriser que plus de 10% de la population d'un département se trouve à plus de 5 km et de plus de 20 min de trajet automobile, dans les conditions de circulation du territoire concerné, des plus proches points de contact de la poste ». En France métropolitaine, 96,7% de la population a accès à un point de contact à moins de 5km, en Seine-Maritime 95,3% de la population et dans l'Eure 90,3%. En fait, La Poste est en accord avec la loi dans notre région. Mais cette idée de désertification des services publics ne serait-elle pas fondée ? Les médias ne véhiculeraient-ils pas des préjugés sur la vie à la campagne ? En réalité, toutes les grandes structures ont une obligation de couverture en France que ce soit pour EDF, Orange, l'Education Nationale... Les médecins remplaçants de notre étude étant majoritairement issus de la ville et habitant en ville, ont probablement une mauvaise connaissance de l'organisation de la vie en zone rurale. Il est vrai qu'à la campagne, il vaut mieux avoir son permis de conduire pour se déplacer mais ce n'est pas une population isolée du monde. Je pense vraiment que favoriser la réalisation de stages en zone rurale est très important pour la découverte de ce milieu.

Les remplaçants sont unanimes pour dire que la charge de travail est trop importante en zone rurale. D'après une étude de la DREES (27), les médecins en zone rurale travaillent en moyenne 4 heures de plus par semaine (soit 60 heures par semaine) que leurs confrères en zone urbaine. En allant sur le site de l'ARS et la rubrique C@rtoSanté, on observe que les zones où l'activité moyenne des médecins généralistes est la plus importante se trouve en zone rurale. Cette forte activité freine les remplaçants dans le choix du lieu de leur installation. Les zones où ils souhaitent s'installer correspondent aux zones de fortes densités de médecins généralistes, d'activité peu intense et près des grands pôles urbains de notre région (Rouen et Le Havre). A l'heure où la France travaille 35 heures par semaine, les remplaçants, eux aussi, souhaitent avoir une activité moins importante que leurs aînés déjà installés. Il me semble difficile de mettre en place des mesures coercitives sur l'installation en zones sous dotées. On se rend bien compte que l'activité y est intense. La nouvelle génération de médecins évolue avec la société et aspire à une meilleure qualité de vie. Ceci est largement constaté dans la littérature (7, 3, 28). Alors pourquoi obliger les jeunes médecins à travailler plus alors que la société fait le contraire ?

Les remplaçants considèrent que l'éloignement des spécialistes et des plateaux techniques est un frein important à une installation en zone rurale. Pendant toute la formation médicale, on nous apprend à travailler en lien avec les différents spécialistes et le recours aux examens complémentaires y est très fréquent. Cela semble difficile pour un jeune médecin d'aller s'isoler en campagne. Le recours aux hôpitaux locaux est très peu connu des étudiants. La coopération avec ces hôpitaux pourrait être un bon moyen d'aider les médecins voulant s'installer en campagne. De plus, certains de ces hôpitaux locaux pâtissent d'une mauvaise image relayés par les journaux locaux comme l'article publié dans l'Eveil Normand à propos de l'hôpital de Bernay (29). Je pense que la création de stages dans ces hôpitaux permettrait de mieux connaître leur fonctionnement, ce qui pourrait inciter une installation près de ces hôpitaux. Il faudrait aussi que les médecins déjà installés retiennent des liens avec ces hôpitaux en déclin pour donner envie aux remplaçants de s'y installer.

6.4. Forces et limites de l'étude

Cette étude a obtenu un fort taux de réponses de la part des médecins remplaçants. Les Conseils de l'Ordre des Médecins de l'Eure et de la Seine-Maritime ont communiqué les chiffres des médecins inscrits en tant que remplaçants permettant d'avoir des données fiables. De plus, ils ont accepté d'envoyer le questionnaire à tous les remplaçants. Cette étude est apparue plus crédible auprès des médecins remplaçants recevant ce questionnaire. Malgré ce fort taux de participation, un biais de sélection est retrouvé. Ayant obtenu les chiffres précis des remplaçants thésés et non thésés, la participation des médecins remplaçants thésés est plus importante. Probablement que ces remplaçants se sentent plus concernés par ce sujet. Le taux de réponse des remplaçants non thésés est surprenant. Cette étude permettant la réalisation d'une thèse et ces médecins devant eux aussi effectuer ce travail, on s'attendait à obtenir plus de réponses de leur part.

Une partie de l'étude a été consacrée à l'installation en zone rurale. Les pouvoirs publics s'intéressent beaucoup à ce sujet, mais aucune étude n'avait interrogé les remplaçants sur ce point.

Le questionnaire a été conçu avec des questions simples et très peu de rédaction à faire pour permettre une réponse rapide. Mais certaines questions sont mal définies. La question en rapport avec les loisirs est trop vaste avec des réponses trop différentes en fonction de chacun. La définition d'un meilleur cadre de vie est très dépendante de chaque personne. Les questions concernant la profession et la ville de travail du conjoint n'ont pas pu être exploitées car trop variées. Cette question aurait pu être présentée avec les différentes catégories socioprofessionnelles et zones urbaine/rurale. La question sur les aides à l'installation aurait pu être détaillée, pour mieux comprendre le peu d'influence qu'elles peuvent avoir. La réalisation d'une question énumérant les différentes aides en les classant par intérêt aurait pu être intéressante.

Enfin, cette étude est restée centrée sur l'installation, en général, des médecins remplaçants. Mais une partie d'entre eux va probablement exercer à mi-temps ou des temps pleins plus faibles que leurs aînés, changeant encore un peu plus les prévisions d'accès aux soins dans les années à venir.

7.CONCLUSION

Cette étude a permis de mieux connaître les médecins généralistes remplaçants thésés et non thésés de Haute-Normandie.

Les médecins généralistes remplaçants sont majoritairement propriétaires d'une maison en zone urbaine et en Seine-Maritime. Ils sont âgés en moyenne de 33 ans. Ils sont largement satisfaits de leur revenu. Les femmes représentent 69% d'entre eux. Pendant leur cursus universitaire, 91% des médecins remplaçants ont effectué un stage en médecine libérale et 59% un SASPAS. De nombreuses différences ont pu être mises en évidence entre les médecins remplaçants thésés et non thésés. Les médecins non thésés ont plus réalisés un SASPAS et ont plus envie de s'installer. Il est donc important de continuer à favoriser les stages en libéral pendant le cursus universitaire.

73% des médecins remplaçants envisagent une installation dans les 5 ans à venir. Les principaux facteurs retrouvés de leur non installation sont le manque d'expérience et la gestion d'un cabinet trop chronophage. La famille n'est plus un frein important.

Les médecins remplaçants portent un intérêt aux zones rurales. 75% des remplaçants travaillant dans ces zones ont envie de s'y installer. Le cadre de vie et la relation médecin-malade les inciteraient à aller s'installer en campagne. Mais la charge de travail plus importante en zone rurale est un frein majeur à une installation. Le sentiment d'isolement est un point clé. Les médecins remplaçants considèrent la désertification des services publics et l'éloignement des spécialistes avec les plateaux techniques comme des critères majeurs pour ne pas s'installer à la campagne.

Suite à ces résultats, les aides à l'installation mises en place, ne peuvent pas avoir beaucoup d'influence sur le choix professionnel des médecins remplaçants car elles sont quasiment que des aides financières.

Une réorganisation plus globale de notre système de santé avec les autres services publics semble nécessaire pour pouvoir faire reculer le nombre de zones déficitaires médicales de notre pays.

8.BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2011.
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie, situation au 1er juin 2011.
3. SZWARC G. Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives : de l'expérience d'URBAN, première association de remplaçants. Thèse de médecine générale, Caen, 2007.
4. GICQUEL P. Déterminants de l'installation en zone rurale : enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique [Internet]. Thèse de médecine générale, Nantes, 2010. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/140533672> (consulté le 4 mai 2012).
5. DECORDE A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Thèse de médecine, Grenoble : Université Joseph Fourier, 2011.
6. AUBERTIN B. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse [Internet]. Thèse de médecine, Nancy, 2008. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/12922524X> (consulté le 4 mai 2012).
7. SALMON J-L. Le retard à l'installation des médecins généralistes remplaçants thésés de l'interrégion Nord-Est [Internet]. Thèse de médecine, Reims, 2009. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/133319474> (consulté le 4 mai 2012).
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2012-tome 1.
9. BIGOT R. Les Français et l'espace rural. CREDOC, 2001.
10. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
11. BADARELLE Y. Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen (1992-2002). Thèse de médecine, Caen, 2007.
12. LOISELET-DOULCET B. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la Faculté de Brest de 1990 à 1995. Thèse de médecine, Université de Bretagne occidentale, 2008.
13. BERLAND Y. Démographie médicale. 2005.
14. PRIQUET M. Les médecins généralistes remplaçants en Bretagne: profils, activités et projets professionnels. Thèse de médecine, Rennes 1, 2008.
15. MANJARRES C, RENARD V. Influence du stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes: étude comparative. Thèse de médecine, Université Paris-Est Créteil, 2012.

16. FICHET J-L, MAUREY H. Déserts médicaux : agir vraiment. Rapport d'information n° 335, Sénat, 2013.
17. LE FUR P, BOURGUEIL Y, CASES C. Le temps de travail des médecins généralistes. IRDES, Questions d'économie de la Santé, n° 144, 2009.
18. Créer une maison de santé rurale, introduction à l'accompagnement. MSA, 2011.
19. SARNI S, KAYSER M. L'exercice en maison de santé pluridisciplinaire vu par les futurs médecins généralistes : étude à partir d'un focus group d'internes effectuant un SASPAS. Thèse de médecine, Nantes, 2012.
20. TCHA H. Attentes des professionnels de santé concernant une maison de santé pluridisciplinaire à Lannion (Côtes d'Armor, 22). Thèse de médecine, Université de Bretagne occidentale, 2012.
21. SAMSON A-L. Les revenus des médecins généralistes: trois études microéconométriques. Thèse de doctorat en Sciences Economiques. Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 2008.
22. GALAND É. Quelles sont les motivations à rester médecin généraliste remplaçant ? Méthode focus group et entretiens semi-directifs. Thèse de médecine, Nantes, 2012.
23. BARIL N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale. Thèse de médecine, Nantes, 2012.
24. Guide des aides à l'installation et à l'exercice des professionnels de santé [Internet]. ARS de Haute-Normandie, 2012. Disponible sur: http://www.haute-normandie.paps.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/rubriques/ActeursEnSante/AidesEtFinancements/AideMaintienInstallation/Guide_d_installation_nove_2012.pdf (consulté le 23 février 2013)
25. MALVEZIN E. La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation: point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains : Christian LEHMANN, Luc PERINO et Martin WINCKLER. Thèse de médecine, Université Paris Diderot - Paris 7, 2010.
26. LOI no 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications. 1990.
27. JAKOUBOVITCH S, BORNOT M-C, CERCIER E, TUFFREAU F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DREES Etudes et résultats 2012. n°797
28. GUILBERT M. Le choix de l'exercice professionnel en médecine générale : les souhaits des internes rouennais en 2012. Thèse de médecine, Rouen, 2012.
29. NEGRIER B. Bernay, hôpital : opération de la dernière chance. Eveil Normand, février 2013; p 6-7.

9.ANNEXES

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse, je mène une enquête auprès de l'ensemble des médecins généralistes remplaçants thésés ou non thésés de Haute-Normandie.

Cette enquête a pour but de mieux définir la population des médecins généralistes remplaçants et de mieux comprendre leur projet professionnel. Comme vous le savez, l'installation et la répartition des médecins sont au cœur des discussions politiques. Vos réponses sont importantes car les résultats de ma thèse seront transmis à l'URPS (union régionale des professionnels de santé).

Une enveloppe pré-timbrée est jointe pour vous faciliter le renvoi du questionnaire, si possible avant le 31 août 2012.

Si vous avez des questions ou des remarques n'hésitez pas à me contacter par mail : cle.ter@orange.fr

Merci encore pour votre collaboration qui m'est indispensable pour mener à bien ma thèse.

Clémence VERKINDER, interne de médecine générale

PS : pour préserver votre anonymat, ce sont les conseils de l'ordre des médecins de l'Eure et de la Seine-Maritime qui se sont chargés de vous adresser ce questionnaire.

Questionnaire

1ère partie : votre profil

1° Quelle est votre année de naissance :

2° Quel est votre sexe : féminin masculin

3° Avez-vous déjà passé votre thèse ? OUI NON

Si OUI, en quelle année ?

4° En quelle année avez-vous passé l'internat ou ENC ?

5° Vous êtes :

Célibataire en couple

Profession de votre conjoint :

Ville de travail du conjoint :

6° Combien avez-vous d'enfants à charge :.....

7° Vous habitez :

département : 27 76 si autre, précisez :

une maison un appartement

propriétaire locataire

zone urbaine zone rurale

8° Avez-vous grandi en zone rural ? OUI NON

9° Durant votre cursus universitaire avez-vous effectué un stage en ambulatoire ? OUI
NON

Si OUI : en stage de 1^{er} niveau en SASPAS (en autonomie)

10° Avez-vous été en stage chez un praticien en zone rurale ? OUI NON

11° Etes-vous satisfaits des revenus obtenus par vos remplacements ? OUI NON

2^{ème} partie : projet professionnel

12° Avez-vous déjà été installé ? OUI NON

13° Avez-vous l'intention de vous installer ? OUI NON

Si OUI, dans combien de temps ?

Moins de 1an entre 1et 5ans plus de 5ans

14° Vous n'êtes pas installé car :

Entourer un chiffre pour chaque proposition :

1 : pas d'intérêt ; 2 : peu d'intérêt ; 3 : intérêt moyen ; 4 : fort intérêt

Vous voulez avoir plus d'expérience 1 2 3 4

Vous êtes à la recherche d'un cabinet ou d'associés 1 2 3 4

Vous attendez la mise en place d'une maison de santé 1 2 3 4

L'emploi de votre conjoint ne vous le permet pas 1 2 3 4

Vous attendez que vos enfants soient plus âgés 1 2 3 4

Vous voulez vous constituer un capital de départ 1 2 3 4

La gestion d'un cabinet est trop chronophage 1 2 3 4

Vous avez peur de la routine 1 2 3 4

Vous craignez une baisse de vos revenus 1 2 3 4

D'autres propositions :

.....
.....

15° Savez-vous où obtenir des aides à l'installation ? OUI NON

16° Dans quel secteur géographique voudriez-vous vous installer ?

Merci d'entourer entre 1 et 3 zones sur la carte ci-jointe en les notant par ordre de préférence

Si c'est dans un autre département merci de le préciser ici :

3^{ème} partie : les zones rurales

Carte jointe permettant de définir les zones rurales et urbaines de notre région

17° Exercez-vous une partie de votre activité en zone rurale ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, auriez-vous envie de vous y installer ? OUI ☐ NON ☐

18° Pour vous quels sont les avantages à s'installer en zone rurale ?

1 : pas d'intérêt ; 2 : peu d'intérêt ; 3 : intérêt moyen ; 4 : fort intérêt

<u>Une meilleure relation « médecin-malade » avec les patients</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Des revenus plus importants</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>La possibilité d'avoir des locaux à disposition</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Des aides plus importantes pour l'installation</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Un meilleur cadre de vie</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

D'autres propositions :

.....
.....

19° Pour vous quels sont les freins à l'installation en zone rurale ?

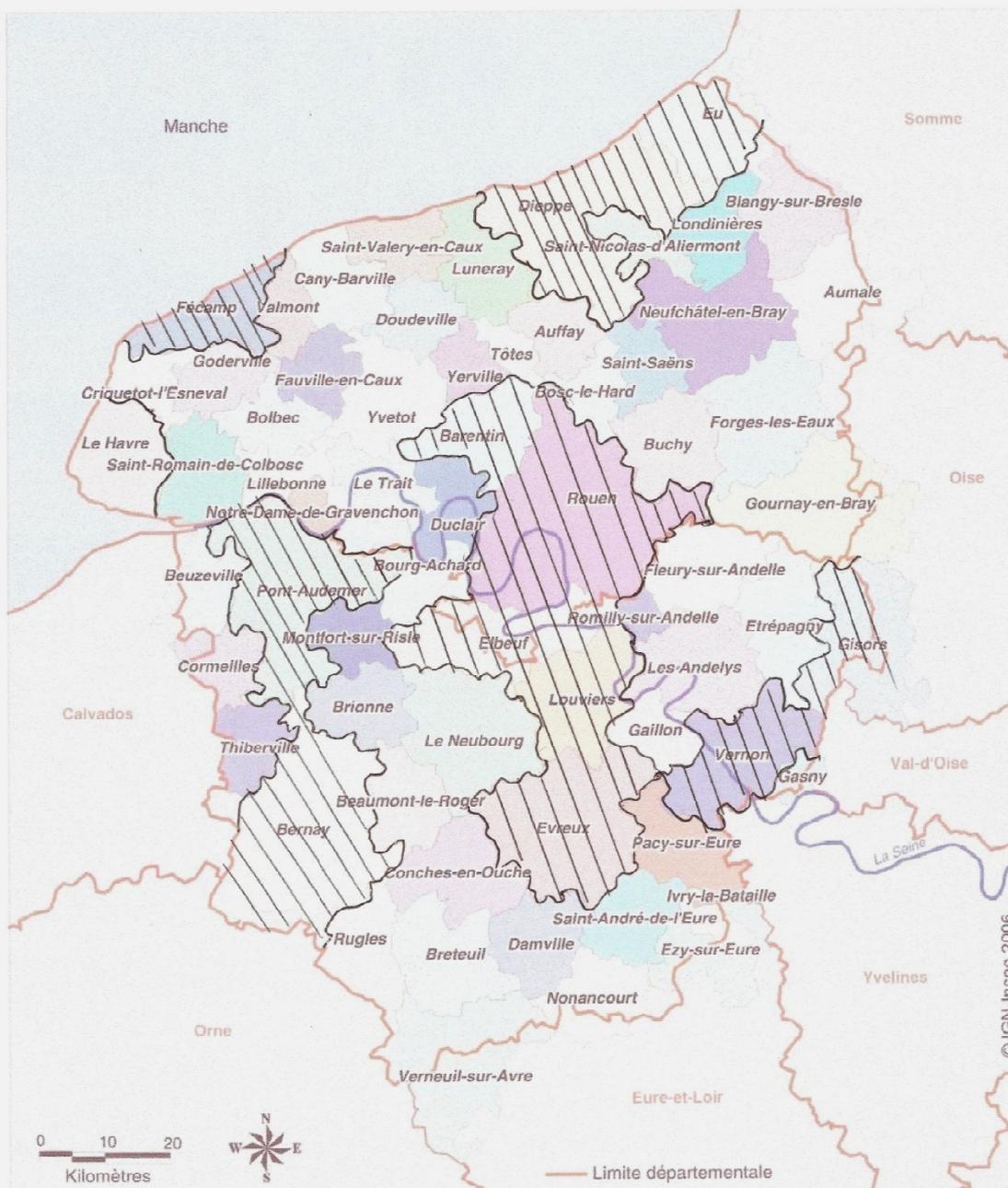
1 : pas d'intérêt ; 2 : peu d'intérêt ; 3 : intérêt moyen ; 4 : fort intérêt

<u>La charge de travail trop importante</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>La désertification des zones rurales par les services publics</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>Le travail de votre conjoint</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>L'éloignement des spécialistes et/ou des plateaux techniques</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>
<u>L'éloignement des activités de loisirs</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

D'autres propositions :

.....
.....

Les bassins de vie en Haute-Normandie



65 bassins de vie

 bassins de vie urbain

Date de création : 2003

Situation au 1er janvier 2007

Organisme référent : Direction régionale de l'Insee Haute-Normandie

Titre : Les médecins généralistes remplaçants de Haute-Normandie : profil, projet professionnel et intérêt pour les zones rurales.

Objectif : Déterminer le profil sociodémographique des médecins généralistes remplaçants thésés et non thésés de Haute-Normandie. Mettre en avant les principaux facteurs de leur non installation, dégager les avantages et les freins à une installation en zone rurale.

Méthode : Etude transversale descriptive. Un questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes remplaçants de Haute-Normandie en Juin 2012. Il comportait trois parties (profil sociodémographique, projet professionnel et intérêt pour les zones rurales). A partir de ces données, une analyse univariée puis bivariée a été réalisée à l'aide des logiciels Excel® et R®.

Résultats : 173 questionnaires ont été étudiés. 86% des médecins généralistes remplaçants habitent en Seine-Maritime. Ils sont 56.5% à habiter dans une maison, 60% à être propriétaire, 62% à habiter en zone urbaine, 60% à avoir grandi en zone urbaine, 82.1% à être en couple et 52.5% à avoir au moins un enfant. 91% des remplaçants ont réalisé un stage chez un praticien en libérale pendant leur cursus universitaire. 73% des remplaçants ont l'intention de s'installer. Les critères majoritairement cités pour expliquer un retard à cette installation sont un manque d'expérience et la gestion d'un cabinet étant trop chronophage. 75% des remplaçants exerçant une partie de leur activité en zone rurale ont envie de s'y installer. Les avantages retrouvés pour une installation en zone rurale sont une meilleure relation médecin-malade, la possibilité d'avoir des locaux à disposition, des aides plus importantes pour une installation en zone rurale et un meilleur cadre de vie. Les freins à une installation en zone rurale sont la crainte d'une surcharge de travail et la désertification des zones rurales par les services publics.

Conclusion : La majorité des remplaçants de Haute-Normandie ont l'intention de s'installer et une partie est intéressée par les zones rurales. Pour que leur installation se concrétise, une mutation de l'organisation du système de santé et de l'accès aux services publics sera nécessaire.