



HAL
open science

**Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes
médecins généralistes en lorraine? : une étude
rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes
médecins généralistes français primo-installés en
Lorraine**

Thomas Louyot

► **To cite this version:**

Thomas Louyot. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en lorraine? : une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932441

HAL Id: hal-01932441

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932441v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Thomas LOUYOT

le 14 Mars 2016

TITRE :

**QUELS SONT LES DÉTERMINANTS A L'INSTALLATION DES JEUNES
MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN LORRAINE ?**

**Une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins
généralistes français primo-installés en Lorraine**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Marc DEBOUVERIE } Président

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT }
M le Professeur Olivier ZIEGLER }
Mme. le Docteur Elisabeth STEYER }
M. le Docteur Olivier BOUCHY } Juges



Président de l'Université de Lorraine

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGÉ - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND

Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT

Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ

Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT -

Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri

LAMBERT - Pierre LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN -

Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN
Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT
Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT – Hervé VESPIGNANI
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (Génétiq

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Jean-Claude MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JULLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Serguei MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophtalmologie*)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (*Médecine générale*)

Docteure Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre président de thèse,

M le Pr Marc DEBOUVERIE,

Professeur de Neurologie,

Nous lui sommes particulièrement reconnaissants d'avoir accepté de suivre et de juger ce travail.

Qu'il trouve dans ce modeste travail l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

A notre juge,

M le Pr Pierre-Edouard BOLLAERT,

Professeur de Réanimation Médicale,

Nous le remercions pour son intérêt pour la médecine générale et pour avoir accepté de juger ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profond respect et de nos plus respectueux sentiments.

A notre juge,

M le Pr Olivier ZIEGLER,

Professeur de Nutrition,

Nous le remercions pour l'intérêt qu'il porte à ce travail et de nous faire l'honneur de le juger.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre juge,

Mme le Dr Elisabeth STEYER,

Maître de Conférences de Médecine Générale,

Nous lui sommes reconnaissants pour son enseignement en médecine générale.

Nous la remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Qu'elle voit ici l'expression de notre gratitude et de nos plus respectueux sentiments.

A notre juge et directeur de thèse,

M le Dr Olivier BOUCHY,

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale,

Qui nous a fait l'honneur de reprendre ce travail en cours.

Son soutien, ses enseignements et ses conseils ont été précieux pour la réalisation de ce travail.

Qu'il voit ici notre profonde gratitude pour son soutien et sa bienveillance.

Remerciements :

Un immense remerciement au Docteur Jonathan EPSTEIN, Assistant Hospitalier Universitaire d'Épidémiologie et Évaluation cliniques au Centre Hospitalier Universitaire de Nancy. Son travail et ses compétences nous ont été précieux pour la réalisation de cette étude.

Remerciement également aux Conseils de l'Ordre Départemental des Médecins des quatre départements lorrains. Leurs informations et leurs conseils ont été cruciaux pour l'élaboration de ce travail.

Remerciement à l'ensemble des enseignants du Département Universitaire de Médecine Générale pour leur participation à l'étude préliminaire de faisabilité.

Enfin, un immense remerciement à tous les jeunes médecins généralistes récemment installés en Lorraine qui ont participé avec enthousiasme à cette étude.

Je dédie ce travail

A Cécile,
Pour son amour et son soutien sans faille.

A Juliette et Sébastien,
Pour leur amour inconditionnel.

A mes parents,
Pour leur soutien bienveillant.

A mes beaux-parents,
Pour leur soutien.

A mes amis,
Pour leurs encouragements.

SERMENT

« **A**u moment d'être admis 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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	18
I. INTRODUCTION	22
A. Avant-propos	22
B. Objectifs	25
C. L'installation en médecine générale libérale	26
1. L'installation en médecine générale libérale, quelques définitions	26
2. L'installation en médecine générale libérale, les démarches	28
3. L'installation en médecine générale libérale, les souhaits des	
jeunes médecins généralistes et des internes	29
4. L'installation en médecine générale libérale, état des lieux au	
niveau National	30
5. L'installation en médecine générale libérale, état des lieux en Lorraine	32
6. L'installation en médecine générale libérale, les aides à	
l'installation en Lorraine.....	33
7. L'installation en médecine générale libérale, les Maisons	
de Santé Pluri-professionnelles (MSP) en Lorraine	40
II. MATÉRIEL ET MÉTHODE	42
A. Enquête préliminaire	42
1. Introduction	42
2. Données de l'enquête préliminaire	43
2.1. Caractéristiques de la population	43
2.2. Environnement professionnel	43
2.3. Conditions d'exercice	44
2.4 Les déterminants à l'installation	47
3. Conclusion et biais de l'enquête préliminaire	49
B. Étude principale	50
1. Choix de l'étude	50
2. Sélection de l'échantillon	50
3. Matériel et méthode	52
III. RÉSULTATS	53
A. Taux de réponse	53
B. Caractéristiques de la population	53

1. Sexe	53
2. Age	54
3. Situation maritale	54
4. Nombre d'enfants à charge	55
5. Département d'exercice	55
6. Médecins nés en Lorraine	55
7. Lieu d'exercice	56
8. Lieu de résidence et temps de trajet	56
C. Le cursus des études médicales	56
1. Externat réalisé en Lorraine	56
2. Le choix de la médecine générale, un choix positif	57
3. Internat réalisé en Lorraine	57
4. L'installation en médecine générale libérale, un choix positif	57
5. Le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé	
(SASPAS) et l'installation	57
6. Les délais entre la fin des études et l'installation	57
D. Le remplacement et l'installation	58
1. Le Remplacement	58
2. L'activité de Collaborateur médical	58
3. Les conditions d'installation	59
4. Investissement lors de l'installation	59
5. Le rachat de patientèle	59
E. Les conditions d'exercice	60
1. Type d'exercice	60
2. Consultation sur rendez-vous	60
3. Secrétariat	61
4. Temps de travail horaire et journalier, jours de congés	61
5. Salariat	61
6. La permanence des soins (PDS)	61
7. Les conditions d'exercice, un déterminant de l'installation	62
8. Le taux d'activité et les charges	63
F. Le contexte socio-économique du territoire d'installation	63
1. Le manque de médecins	63

2. Les structures de soins présentes à proximité du cabinet	
médical (moins de 15min de trajet)	64
3. Les structures de soins jugées nécessaires à l'installation	64
4. Structures et services nécessaires à l'installation	66
5. Le prix de l'immobilier	66
G. Les aides à l'installation	67
1. Les organismes ayant fourni des aides à l'installation en Lorraine	67
2. Le type d'aides reçues	67
H. L'environnement personnel	68
1. L'entourage personnel	68
2. Le conjoint	68
3. Les loisirs	69
4. Attachement au lieu d'exercice	70
5. Ressenti de l'installation	71
I. Analyses comparatives	71
1. Analyses comparatives selon les populations	71
2. Analyses comparatives selon le sexe	72
3. Analyses comparatives selon le statut marital	74
4. Analyses comparatives selon le nombre d'enfants à charge	75
5. Analyses comparatives selon le lieu d'exercice	76
J. Le profil de l'installé lorrain	80
IV. DISCUSSION	83
A. Biais de l'étude, discussion de la méthodologie	83
1. Biais de l'étude, discussion de l'échantillon	83
2. Discussion de la méthodologie	84
B. Le profil du jeune médecin généraliste installé en Lorraine	85
C. Les déterminants à l'installation, une classification ?	87
D. Quelles mesures pour l'avenir	91
1. L'information, une aide à l'installation	91
2. Les conditions d'exercice et l'exercice en groupe, les MSP : une solution ? ..	92
3. Le conjoint et la famille, un réinvestissement des territoires nécessaire ? ...	93
V. CONCLUSION	95
VII. BIBLIOGRAPHIE	97
VII. ANNEXES	101

1. Questionnaire préliminaire réalisé auprès des médecins membres	
 du DUMG de Nancy	101
2. Courrier électronique adressé aux jeunes médecins généralistes	
 installés en Lorraine depuis le premier Janvier 2010	106
3. Courrier électronique de relance adressé aux jeunes médecins généralistes.....	
 installés en Lorraine depuis le premier Janvier 2010	106
4. Questionnaire adressé aux jeunes médecins généralistes installés	
 en Lorraine depuis le premier Janvier 2010	107
5. Résultats de l'analyse statistique des réponses au questionnaire	116
6. Résultats de l'analyse comparative selon le sexe	128
7. Résultats de l'analyse comparative selon le statut marital	130
8. Résultats de l'analyse comparative selon le nombre d'enfants à charge	131
9. Résultats de l'analyse comparative selon le lieu d'exercice	133

I. INTRODUCTION

A. Avant-propos

Depuis les cinq dernières années, la démographie médicale est devenue un enjeu politique majeur.

Les débats politiques avaient conduit à une proposition d'amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale en 2007 (1), mais cet amendement fut controversé.

En effet, cet amendement prévoyait de déconventionner les nouveaux médecins désirant s'installer en zones médicalement considérées comme « bien dotées » dans la partie relative à la « Régulation démographique des professionnels de santé » (1) :

« Les partenaires conventionnels seront invités à définir dans les conventions médicales nationales concernant les médecins généralistes et spécialistes les conditions et les modalités de conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice. Les outils conventionnels doivent donc être modernisés pour répondre à l'inégale répartition des médecins sur le territoire.»

C'est suite à la réticence des professionnels face à cet amendement que les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS) et par la suite, la Loi du *21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, dite loi «*Hôpital, Patients, Santé et Territoires*» (2) ont essayé d'apporter des solutions afin d'améliorer la démographie médicale sur le territoire français.

Mais, la démographie médicale ne peut pas être résumée à des effectifs globaux, nationaux, et doit surtout tenir compte de la répartition de l'offre de soins sur un territoire.

Comme le démontre une l'étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) au premier Janvier 2015 (3) :

« Par rapport au 1er janvier 2014, le nombre de médecins a augmenté de 0,8 % au niveau national. On enregistre sur la même période une légère hausse de la densité de l'ensemble des médecins, soit une hausse de +0,4 % »

Mais les inégalités de répartition des médecins généralistes libéraux s'observent entre les bassins de vie au sein d'une même région, mais pas entre les régions elles-mêmes si l'on observe la carte publiée par la DREES en 2015 (4).

Ce constat avait déjà été évoqué par l'Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) dans son enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale publiée en Avril 2011 (5) :

« 90% des inégalités de répartition des médecins généralistes libéraux s'observent entre les bassins de vie d'une même région et seulement 10% se situent entre les régions ».

Actuellement, la Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale (DATAR), puis le Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (CGET) ont publié en Novembre 2015 une étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins afin de faciliter l'installation des jeunes praticiens en caractérisant les territoires au regard de leur attractivité (6).

Cette étude du CGET a clairement ciblé les différences entre bassins de vie des différentes régions du territoire français et a permis au CGET d'identifier des « facteurs d'attractivité et critères d'implantation des jeunes médecins généralistes ».

En s'appuyant sur les constatations de cette étude, il paraît effectivement plus pertinent de se demander « Pourquoi les médecins s'installent ? » plutôt que de se demander « Pourquoi les jeunes médecins ne s'installent pas ? »

De plus, selon l'ISNAR-IMG (5) : « quand on pose la question « Pourquoi les jeunes ne s'installent pas ? » aux internes, eux-mêmes ne savent pas pourquoi l'installation ne les attire pas. »

C'est à partir de ce constat que ce travail a vu le jour et a été développé.

Nous avons décidé de comparer les résultats obtenus par le CGET en 2015 et par l'enquête de l'ISNAR-IMG de 2011 avec une enquête que nous avons adressée aux jeunes médecins généralistes installés depuis le premier janvier 2010 en Lorraine.

Cette enquête a été adressée à la totalité des jeunes médecins généralistes installés en Lorraine depuis les cinq dernières années.

Cette démarche a pour ambition de mettre en évidence les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine et d'analyser les conditions d'exercice des jeunes généralistes lorrains.

Nous avons pu envisager alors de répondre à ces différentes questions :

- Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine ?
- Quel est la situation de l'installation en Lorraine lors de ces cinq dernières années ?
- Peut-on envisager un profil de l'installé lorrain ?
- Quelles solutions pour augmenter le nombre des installations en Lorraine ?

Nous verrons avec cette étude s'il est possible de définir puis de catégoriser les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes lorrains.

Nous essayerons de dresser le profil type du jeune médecin généraliste installé en Lorraine.

Puis nous essayerons, à partir de ces données, d'envisager des pistes pour améliorer la situation des installations des jeunes médecins généralistes en Lorraine.

B. Objectifs

L'objectif principal de ce travail est de définir et d'analyser les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes installés depuis 5ans en Lorraine.

L'objectif secondaire est d'établir un état des lieux de l'installation des jeunes médecins généralistes de Lorraine sur les cinq dernières années.

C. L'installation en médecine générale libérale

1. L'installation en médecine générale libérale, quelques définitions

Le terme d'installation en médecine générale libérale est défini par différents concepts et est donc soumis à de multiples réglementations régies principalement par le code de la santé publique (7) et le code de déontologie médicale (8).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) précise les conditions légales d'exercice de la médecine en France (9) et rappelle que :

« Pour exercer la profession de médecin en France, le médecin doit satisfaire aux trois conditions cumulatives prévues à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique (7) :

1. Avoir la nationalité prévue par ce texte.
2. Etre titulaire des diplômes prévus à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique. (7)
3. Etre inscrit au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Par dérogation, des médecins, qui ne satisfont pas à l'une ou l'autre, voire aux deux premières conditions posées à l'article L.4111-1 du code de la santé publique peuvent être autorisés à exercer la profession de médecin, par arrêté individuel du ministre de la santé.» (7)

« L'inscription au tableau de l'Ordre est obligatoire pour tout médecin exerçant sur le territoire français sous peine de poursuites pour exercice illégal de la médecine (7, 9)

Sont dispensés de cette obligation :

- les médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées (article L. 4112-6 du code de la santé publique) (7)
- les médecins ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou d'agent titulaire d'une collectivité locale qui ne sont pas appelés dans l'exercice de leurs fonctions à pratiquer la médecine
- les médecins ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Accord sur l'Espace économique européen effectuant une libre prestation de services (7) »

L'activité de médecin généraliste libéral fait également partie des professions libérales dites réglementées. C'est-à-dire que la loi définit une réglementation spécifique avec une déontologie contrôlée par des institutions professionnelles.

Jusqu'en 2012, selon l'Union Nationale des Professions Libérales (UNAPL), en France, la notion de profession libérale n'était définie que par défaut et représentait toutes les professions n'appartenant pas aux secteurs du commerce, de l'artisanat, de l'industrie ou de l'agriculture. (10, 11)

La Directive Européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles du 7 septembre 2005 ; n° 43 de la « Directive Qualifications Professionnelles » proposait jusqu'alors une définition de la profession libérale (12) :

«... La profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public».

Mais la Loi française, au niveau de son code du commerce, n'avait pas intégré cette directive dans les textes français.

La définition des professions libérales a définitivement été adoptée par le Parlement français avec la *Loi n°2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allégement des démarches administratives dans son Article 29-I* (13) :

« Les professions libérales groupent les personnes exerçant à titre habituel, de manière indépendante et sous leur responsabilité, une activité de nature généralement civile ayant pour objet d'assurer, dans l'intérêt du client ou du public, des prestations principalement intellectuelles, techniques ou de soins mises en œuvre au moyen de qualifications professionnelles appropriées et dans le respect de principes éthiques ou d'une déontologie professionnelle, sans préjudice des dispositions législatives applicables aux autres formes de travail indépendant. »

2. L'installation en médecine générale libérale, les démarches

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) fait le point sur les démarches à suivre et les formalités à effectuer lors d'une installation d'un jeune médecin en libéral. (14)

La CPAM rappelle qu'il est nécessaire de demander son inscription au tableau de l'Ordre des médecins avant de les contacter.

Pour ce faire, il faut contacter le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du lieu d'exercice pour obtenir les documents et la liste des pièces justificatives nécessaires à une demande d'inscription. (15)

Après s'être inscrit à l'Ordre, le CDOM délivre au jeune médecin une attestation d'inscription au tableau de l'Ordre, sur laquelle figurent notamment le n° RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) et l'adresse du (ou des) lieu(x) d'exercice, puis le CDOM procède alors à l'enregistrement du diplôme du jeune médecin.

Une fois inscrit au tableau de l'Ordre, il est obligatoire de déclarer et faire enregistrer son activité libérale auprès de l'Assurance Maladie.

La CPAM précise alors que la carte de professionnel de santé (CPS) est automatiquement envoyée au médecin par l'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP Santé)

L'enregistrement auprès de l'Assurance Maladie se fait en plusieurs étapes :

Il est fortement conseillé de contacter par téléphone la caisse d'Assurance Maladie du lieu d'exercice pour prendre rendez-vous.

Lors de ce rendez-vous, il sera demandé au jeune médecin :

- l'attestation d'inscription au tableau de l'Ordre
- une pièce d'identité
- la carte Vitale
- un RIB

Le jour de l'entretien, le conseiller de l'Assurance Maladie vérifie les pièces justificatives et instruit le dossier d'installation, il enregistre le dossier d'installation dans le référentiel de l'Assurance Maladie et présente au jeune médecin l'utilisation de la carte CPS.

Il propose alors d'adhérer à la convention nationale de la profession et, le cas échéant, aux options conventionnelles.

Enfin, il effectue les formalités pour assurer la protection sociale personnelle du jeune praticien comme son inscription à l'Urssaf, par exemple et son affiliation au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés.

La CPAM précise aussi que les professions libérales ont les mêmes droits que les salariés pour toutes les prestations servies par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF).

La CPAM rappelle que selon le code de Santé Publique :

« Tous les professionnels de santé exerçant à titre libéral, de même que les sociétés qu'ils peuvent former, doivent avoir une assurance responsabilité civile couvrant l'ensemble des actes qu'ils pratiquent. » (7)

« Le manquement à cette obligation d'assurance peut entraîner des sanctions pénales et disciplinaires. » (7)

Enfin, le jeune praticien devra valider son inscription à la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF).

L'adhésion à la CARMF est obligatoire pour tout médecin inscrit à l'Ordre et exerçant en libéral, même à temps partiel et même s'il exerce par ailleurs une activité salariée.

3. L'installation en médecine générale libérale, les souhaits des jeunes médecins généralistes et des internes

Selon une enquête réalisée par l'ISNAR-IMG entre le 02 Juillet 2010 et le Premier Janvier 2011 (5) :

« Les internes n'envisagent pas de désertier l'exercice ambulatoire pour se réfugier à l'hôpital avec un statut de salarié. »

Ils n'envisagent pas non plus de s'orienter massivement vers un statut de remplaçant. Il est précisé que le remplacement n'est que temporaire et sert de tremplin à une future installation.

Selon la conclusion de l'étude de l'ISNAR-IMG, les jeunes médecins généralistes sont prêts à exercer et à s'installer en zones moins denses en médecins aux seules conditions de trouver un tissu social et un espace de vie autour de leur lieu d'exercice mais surtout une organisation de travail cohérente et tournée vers le patient. Les Internes envisagent de favoriser le temps médical et la coordination, ils sont mêmes prêts à exercer dans différents lieux au cours de la même semaine.

Enfin, les internes de médecine générale envisagent leur travail majoritairement organisé autour de réseaux informatisés et de réseaux pluri professionnels et rémunérés de façon réfléchie, mais sans réclamer le « tout confort de l'hôpital »

4. L'installation en médecine générale libérale, état des lieux au niveau National

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a publié en 2015 son Atlas de la démographie médicale mettant en avant l'état des lieux de la démographie médicale au 1^{er} Janvier 2015. (16)

Les données de l'Atlas montrent l'importance des données factuelles dans un sujet aussi complexe que la démographie médicale.

Les résultats de l'Atlas de cette année décrivent un profil en constante évolution de la population médicale et mettent en défaut un grand nombre d'idées reçues sur la profession médicale. (16, 17)

- Sur le numerus clausus et la pénurie de médecins :

Le CNOM précise qu'avec 281 087 médecins inscrits au tableau de l'Ordre en 2014, **la France n'a jamais compté autant de médecins** et le **nombre de médecins actifs a doublé** en 35 ans (215 539 médecins étaient en activité en 2014).

Certains territoires semblent pourtant de plus en plus manquer de médecins.

On met souvent en cause le numerus clausus, qui serait trop restreint. Ses effectifs ont pourtant plus que doublé ces dix dernières années pour atteindre 7497 places.

L'Atlas démontre en revanche que la population médicale est vieillissante (26,4% des inscrits au tableau ont plus de 60 ans, 23% du total sont retraités et cette proportion augmente) et que, chaque année, pas moins de 25% des médecins diplômés d'une faculté française décident de ne pas s'inscrire à l'Ordre pour exercer d'autres professions, au détriment du soin.

- Sur la féminisation et l'exercice libéral :

Le CNOM précise que les femmes médecins sont beaucoup plus nombreuses que les hommes chez les moins de 45 ans et que 58% des nouveaux inscrits sont des femmes.

Cette féminisation avérée de la profession profite largement au secteur libéral : 60% des médecins généralistes libéraux mixtes âgés de moins de 40 ans sont des femmes.

Si l'on dénote une tendance de fond chez les nouvelles générations de médecins, hommes comme femmes, de pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée, cela ne veut pas dire que les jeunes générations ne souhaitent plus exercer en libéral.

- Sur les déserts médicaux :

Le CNOM rappelle que les territoires en danger pour les soins de premier recours **ne concernent pas exclusivement les territoires ruraux** mais aussi les métropoles et les villes moyennes.

- Sur les médecins à diplômes étrangers :

Le CNOM indique que le nombre de médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors de France a augmenté depuis 2007 (+42,7%).

Toutefois ces médecins ne peuvent pas aujourd'hui pallier le manque d'effectifs car ils privilégient massivement l'exercice salarié (62%) ou mixte (13%). Seul ¼ d'entre eux exerce en secteur libéral exclusif.

Par ailleurs, ces médecins privilégient les territoires à forte densité et ne constituent pas réellement une réponse à la désertification.

- Sur les effectifs en médecine générale :

Le CNOM dénote une **baisse constante depuis 2007 des effectifs en médecins généralistes** (on est passé de 64 778 médecins généralistes en 2007 à 58 104 en 2015, soit une baisse 10,3%, et une baisse de 6,8% est à prévoir pour les années 2015-2020, selon le CNOM).

5. L'installation en médecine générale libérale, état des lieux en Lorraine

Il est constaté plusieurs points de fragilisation de la profession de médecin généraliste par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Lorraine sur son territoire. (18)

Tout d'abord, une régression du nombre des médecins actifs avec une majoration des départs à la retraite est constatée.

Ceci est directement lié à une démographie médicale vieillissante (Age moyen des médecins lorrains à 51ans).

Ensuite, l'ARS-Lorraine mentionne un attrait croissant des médecins généralistes lorrains pour le salariat au détriment de l'exercice libéral.

Puis, l'ARS-Lorraine signale un report de l'âge d'installation entre 39 et 40ans.

Enfin, l'ARS-Lorraine met en évidence des disparités entre les départements lorrains.

Le CNOM confirme ce constat (19) :

Tableau 1 : Répartition des effectifs et de la densité des médecins généralistes libéraux lorrains selon leur département d'exercice.

Départements	Nombre d'actifs	Age moyen	Densité	Evolution entre 2007 et 2014	Plus de 60ans	Moins de 40ans
Meurthe-et-Moselle	703	51ans	9,4/10 000hab	-11,80%	20,90%	17,10%
Meuse	145	51ans	7,5/10 000hab	-9,90%	29,20%	19,70%
Moselle	884	53ans	8,3/10 000hab	-8,40%	29,10%	10,60%
Vosges	313	51ans	8/10 000hab	-12,60%	24%	17,70%

Nous observons alors les effectifs, la densité et l'évolution du nombre de médecins généralistes actifs par département entre 2007 et 2014 en Lorraine.

Il apparaît que la Meurthe-et-Moselle et les Vosges ont vu leurs effectifs baisser de 11 à 12% alors que la Meuse et la Moselle arrivent à maintenir une baisse plus modérée de l'ordre de 8 à 9%.

Il est à noter que ce tableau inclut les remplaçants parmi les actifs de moins de 40ans, cela fait que les effectifs des moins de 40ans sont surévalués ici, et en particulier dans le département de Meurthe-et-Moselle.

L'ARS-Lorraine conclue que de fortes disparités de répartition des médecins généralistes en Lorraine associées à une moindre appétence pour l'exercice libéral, et à un report de l'âge d'installation s'avèrent être des facteurs fragilisant la démographie médicale. (18)

6. L'installation en médecine générale libérale, les aides à l'installation en Lorraine

L'ARS-Lorraine propose différentes approches pour améliorer la démographie médicale sur son territoire.

Son action est principalement liée au programme national du PAPS (Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé), projet qui consiste à faire des ARS les principaux, voire les seuls interlocuteurs pour les jeunes professionnels de santé souhaitant s'installer. (20)

Il est résumé par l'ARS-Lorraine sur sa page du PAPS toutes les démarches nécessaires à l'installation.

Il y est aussi précisé toutes les aides financières à l'installation disponibles en Lorraine avec une cartographie des zones donnant droit à des aides (21) :

- Aides pour les étudiants et les internes : (21,22)

Le Contrat d'Engagement de service Public (CESP) :

« Le CESP propose aux étudiants et aux internes en médecine une allocation mensuelle en échange de laquelle ils s'engagent à s'installer dans des spécialités et des lieux d'exercice où la continuité des soins est menacée.

Le dispositif combine donc à la fois une dimension sociale et une dimension «mission de service public». C'est aussi bénéficier, en plus d'une allocation mensuelle, d'un accompagnement individualisé durant toute la formation et d'un soutien au moment de l'installation ou de la prise de fonctions. » (21)

Cette aide consiste en une allocation mensuelle de 1200 € brut / mois versée durant les années de formation jusqu'à l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) avec un accompagnement individualisé durant les études et un soutien personnalisé pour la préparation du futur exercice professionnel, soit 3 ans au maximum en médecine générale.

En échange de quoi l'étudiant, ou l'interne contractant s'engage à exercer dès la fin de la formation dans un territoire éligible pendant une durée équivalente au versement de l'allocation (au minimum 2 ans) et à respecter les tarifs opposables de l'assurance maladie. Il y a toujours une possibilité de mobilité géographique parmi les zones éligibles pour les futurs installés.

- Aides pour les jeunes installés :

Le contrat de Praticien Territorial en Médecine Générale (PTMG) : (22, 23)

« Le dispositif des contrats de PTMG vise à favoriser l'installation des jeunes médecins et à faciliter l'exercice libéral dans les territoires fragiles, caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins. » (23)

Ce type d'aide s'adresse aux jeunes médecins qui souhaitent s'installer en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral depuis moins d'un an, dans une zone fragile ou de vigilance.

Le praticien signe un contrat avec l'ARS par lequel il s'engage à implanter tout ou partie de son activité dans un territoire fragile, aux tarifs opposables. En contrepartie, un niveau de rémunération et une couverture sociale améliorée lui sont garantis.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an renouvelable une fois.

Le praticien territorial de médecine générale bénéficie alors d'une rémunération mensuelle assurée de 6 900euros brut pendant 2 ans, un complément de rémunération est versé au médecin si son activité ne lui permet pas d'atteindre ce plafond, mais à condition de réaliser 165 consultations par mois au minimum.

Il bénéficie également d'une protection sociale améliorée après 3 mois d'activité et à la condition d'avoir réalisé au minimum les 165 consultations par mois.

Il a alors droit à, pour tout arrêt de travail supérieur à 7 jours, un complément de rémunération pendant 3 mois à hauteur de 1 552,50euros.

Et en cas de congé maternité, un complément de rémunération de 3 105euros est versé au praticien en plus des revenus de remplacement, pour une activité de 9 demi-journées par semaine ou plus.

En échange, le praticien s'engage à ne pratiquer que les tarifs opposables (secteur 1).

Le contrat peut également comporter des engagements individualisés, tels que la participation à la permanence des soins ambulatoire, à des actions de dépistage, de prévention, d'éducation à la santé...

Le médecin doit adresser chaque mois à l'ARS une déclaration avec le nombre de consultations réalisées ainsi que les honoraires perçus sur la même période.

Le médecin peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat, sous réserve de l'observation d'un préavis de 2 mois.

- Les aides conventionnelles : (22,24)

L'option démographie :

Ce contrat est à réaliser entre la CPAM et tout médecin libéral conventionné s'installant ou exerçant dans les zones identifiées dans le cadre du zonage pluri-professionnel et s'engageant à y exercer pendant 3 ans minimum, ou installé à proximité (5 km en zone rurale, 2 km en zone urbaine).

Le praticien doit exercer en groupe ou dans le cadre d'un pôle de santé.

Il doit s'engager à appliquer exclusivement les tarifs opposables pour les patients situés dans les zones concernées et réaliser au moins 2/3 de son activité auprès de patients résidant dans le bassin de vie où est située la zone.

Enfin, le praticien doit contribuer à la continuité et à la permanence des soins dans les zones concernées.

Si toutes ces conditions sont remplies, le médecin bénéficie d'avantages qui varient selon son mode d'exercice :

S'il exerce en groupe :

Une aide à l'investissement de 5 000euros par an pendant 3 ans, et une aide à l'activité représentant 10% des honoraires annuels (C + V) réalisés dans la zone, plafonnée à 20 000euros par an.

S'il exerce en pôle de santé :

Une aide à l'investissement de 2 500euros par an pendant 3 ans, et une aide à l'activité représentant 5% des honoraires annuels (C + V) réalisés dans la zone plafonnée à 10 000euros par an.

L'option santé solidarité territoriale :

Ce contrat est à réaliser entre la CPAM et tout médecin libéral conventionné exerçant une partie de son activité dans les zones identifiées dans le cadre du zonage pluri-professionnel et s'engageant pour 3 ans au minimum dans le dispositif.

Le praticien s'engage à appliquer exclusivement les tarifs opposables pour les patients situés dans les zones concernées et il s'engage aussi à exercer au minimum 28 jours par an dans la zone concernée, durant 3 ans.

En contrepartie, le médecin bénéficie d'une rémunération complémentaire correspondant à 10% de son activité (C + V) dans la zone, dans la limite d'un plafond fixé à 20 000euros par an, ainsi que des frais de déplacement.

- Exonérations fiscales : (22, 25)

Exonération fiscale pour l'activité de Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) :

« Les médecins (ou leurs remplaçants) participant à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) peuvent bénéficier d'une exonération d'impôt sur le revenu au titre de la permanence des soins.

Pour en bénéficier, ils doivent être installés dans une zone fragile.

Cette exonération de l'impôt sur le revenu concerne la rémunération perçue, au titre de la permanence des soins, à hauteur de 60 jours de permanence par an. » (25)

L'exonération de la cotisation foncière des entreprises (CFE) :

« Depuis 2010, la Contribution Economique Territoriale remplace la taxe professionnelle sur les équipements et biens mobiliers, à laquelle étaient soumises les entreprises et les personnes physiques ou morales qui exercent une activité professionnelle non salariée. La CET est composée de la cotisation foncière des entreprises (CFE) et de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises. » (22)

Les médecins sont normalement assujettis à ces cotisations.

Cependant, tous les médecins qui exercent leur activité à titre libéral et qui s'établissent ou se regroupent dans une commune de moins de 2 000 habitants (ou située dans une ZRR) peuvent être exonérés de la CFE.

L'exonération de la CFE débute à compter de l'année de l'installation pour une durée comprise entre 2 et 5 ans (en fonction du choix de la collectivité territoriale).

Exonération fiscale pour la création d'entreprise en ZRR ou en ZFU :

La DATAR précise (26) :

« Créées par la Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire du 4 février 1995, les zones de revitalisation rurale (ZRR) regroupent des territoires ruraux qui rencontrent des difficultés particulières : faible densité démographique, handicap structurel sur le plan socio-économique. »

« Le classement en ZRR permet aux entreprises de ces territoires de bénéficier d'avantages fiscaux conséquents, notamment lors de leur création. La loi relative au développement des territoires ruraux a accru les dispositifs fiscaux et incité à des regroupements intercommunaux pour que les actions menées dans les communes en ZRR soient plus efficaces. » (26)

Les avantages fiscaux en ZRR sont (27) :

« Les entreprises nouvelles créées ou reprises en ZRR bénéficient d'une exonération d'impôt sur le revenu ou d'impôt sur les sociétés totale pendant 5 ans, puis partielle pendant les 3 années suivantes : 75 % la 6e année, 50 % la 7e année et 25 % la 8e année.

L'entreprise ne peut pas bénéficier d'un avantage fiscal supérieur à 200 000€ sur 3 exercices.»

Les avantages fiscaux en ZFU sont (28) :

« L'exonération d'impôt sur les bénéfices (impôt sur les sociétés ou sur le revenu) est fixée à hauteur de :

100% pendant les 5 premières années, puis 60% pendant la 6e année, 40% pendant la 7e année et 20% pendant la 8e année.

Les bénéfices réalisés par des activités exercées hors d'une ZFU sont exclus de l'exonération et soumis aux règles générales.

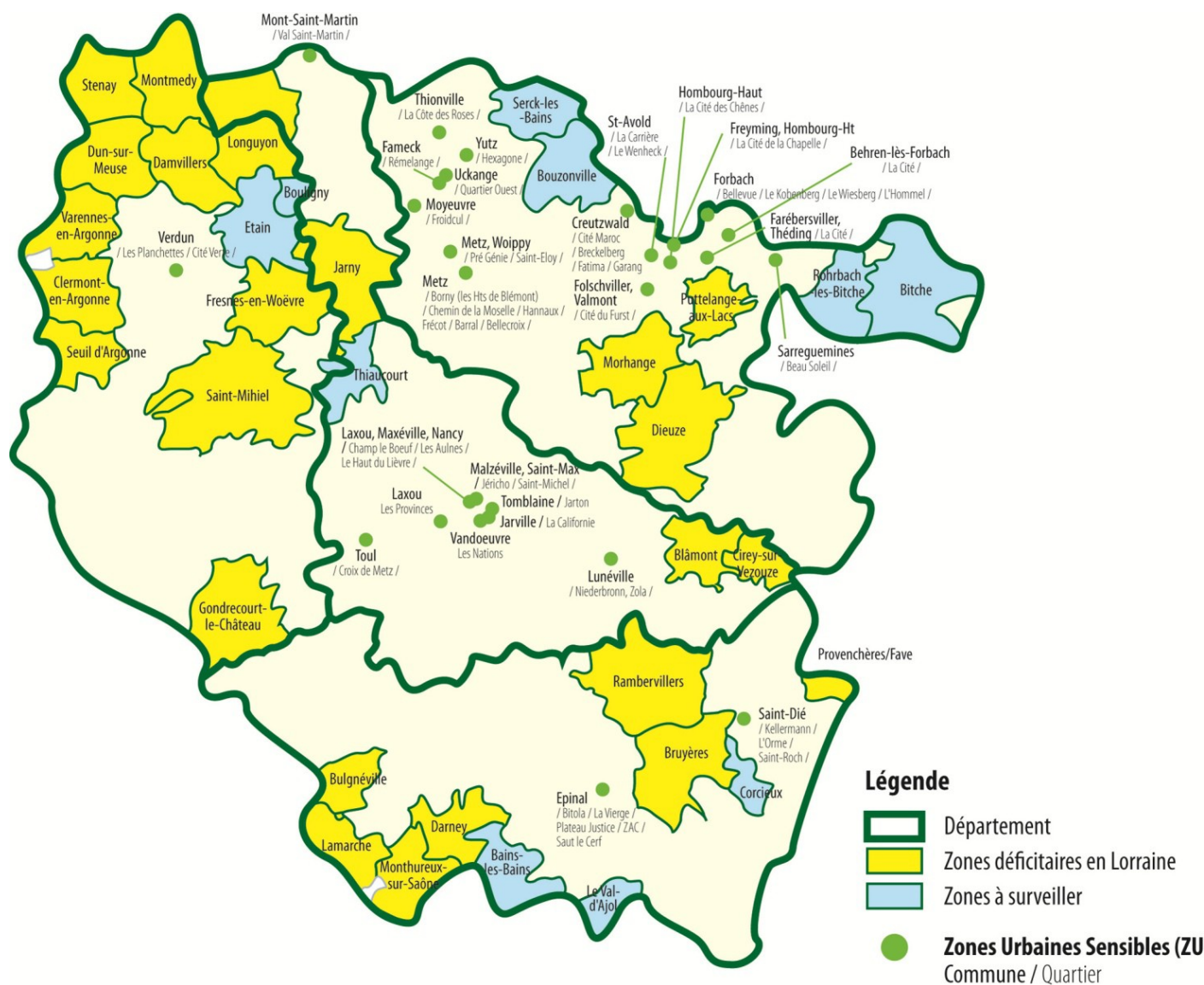
L'allègement fiscal ne peut dépasser 50 000€ par période de 12 mois.

Ce plafond est majoré de 5 000€ par nouveau salarié résidant dans le quartier et embauché à temps plein pendant au moins 6 mois. »

La Carte 1 (29) montre les zones dites déficitaires ou en vigilance en Lorraine ainsi que les Zones Urbaines Sensibles (ZUS), ou Zones Franches Urbaines (ZFU), donnant droit à différents types d'aides contractuelles pour les praticiens installés dans ces zones.

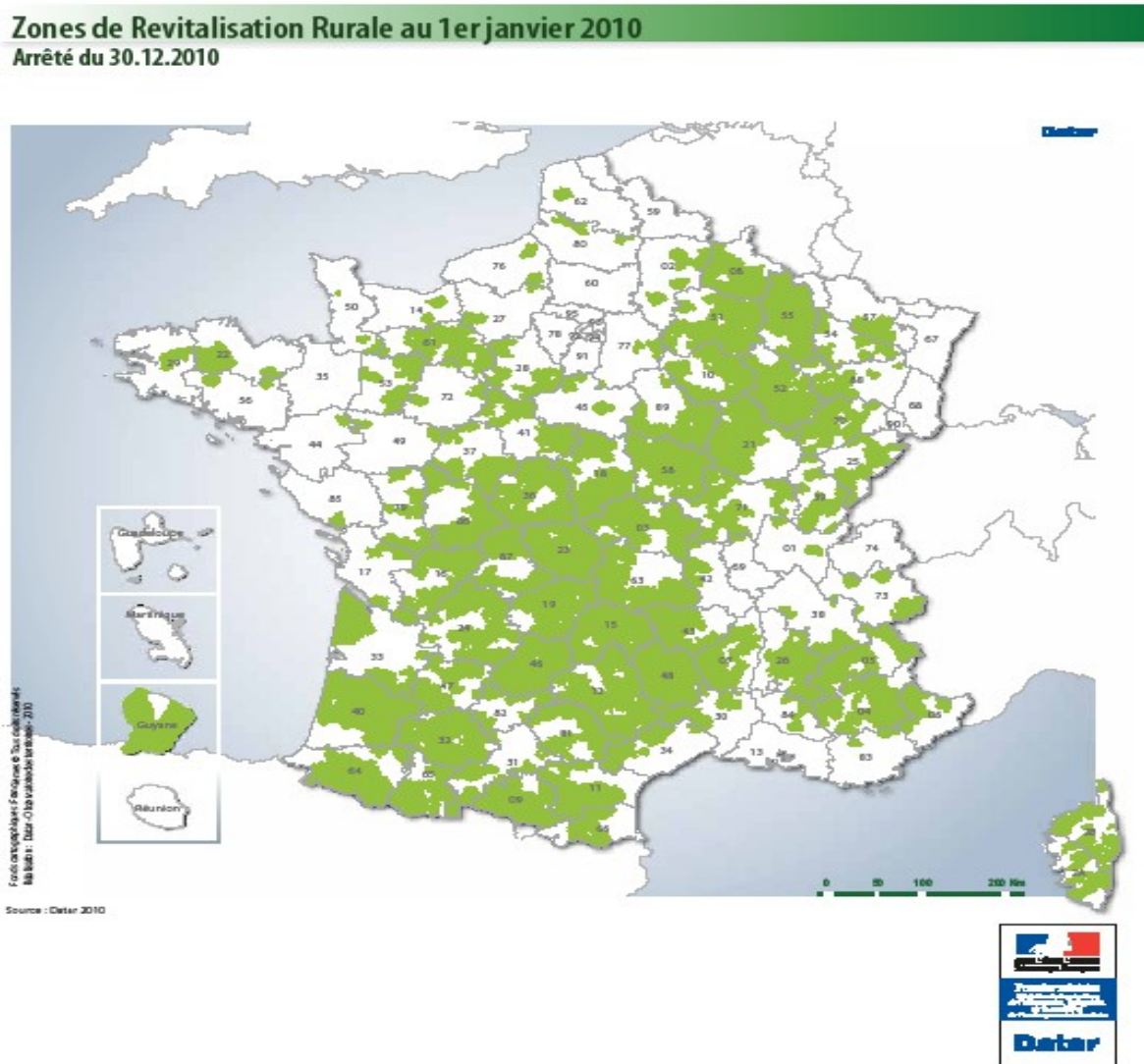
Il est à noter que plusieurs territoires déficitaires entrent également dans le cadre des Zones de Revitalisation Rurale (ZRR).

Carte 1 : Zones déficitaires ou en vigilance donnant droit à des aides contractuelles pour les praticiens de médecine générale ambulatoire en Lorraine.



La carte 2 (30) montre une vision des ZRR en France :

Carte 2 : Les Zones de Revitalisation Rurale en France.



L'ouest de la région Lorraine, c'est-à-dire la totalité de la Meuse et l'ouest vosgien, est considéré en ZRR. Il en va de même pour le sud-est mosellan et l'est de la Meurthe-et-Moselle.

7. L'installation en médecine générale libérale, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) en Lorraine

L'ARS-Lorraine encadre et promeut les installations en Maison de Santé Pluri Professionnels (MSP) en Lorraine (31) :

« L'exercice en groupe est devenu majoritaire, plus encore chez les jeunes praticiens (huit sur dix), âgés de moins de 40 ans. L'exercice pluri professionnel coordonné en constitue une forme libérale renouvelée en ce que la coordination des professionnels de santé est formalisée dans un projet de santé.

Tant les nouvelles générations de professionnels de santé, que les populations et les élus locaux prêtent diversement aux maisons de santé ou aux pôles de santé (organisation en une maison de santé annexée par un ou plusieurs sites secondaires) la capacité de soutenir localement l'offre de soins de premier recours dans des territoires déficitaires ou fragilisés. Pour répondre aux aspirations des professionnels de santé ou aux conditions locales d'organisation des soins, l'ARS de Lorraine promeut également une forme alternative d'exercice pluri professionnel »

Type d'aides proposées par l'ARS :

- Un accompagnement dans l'élaboration du projet de santé et la finalisation des projets pour les MSP.
- Des aides pour les collectivités locales et pour les professionnels de santé de premier recours.

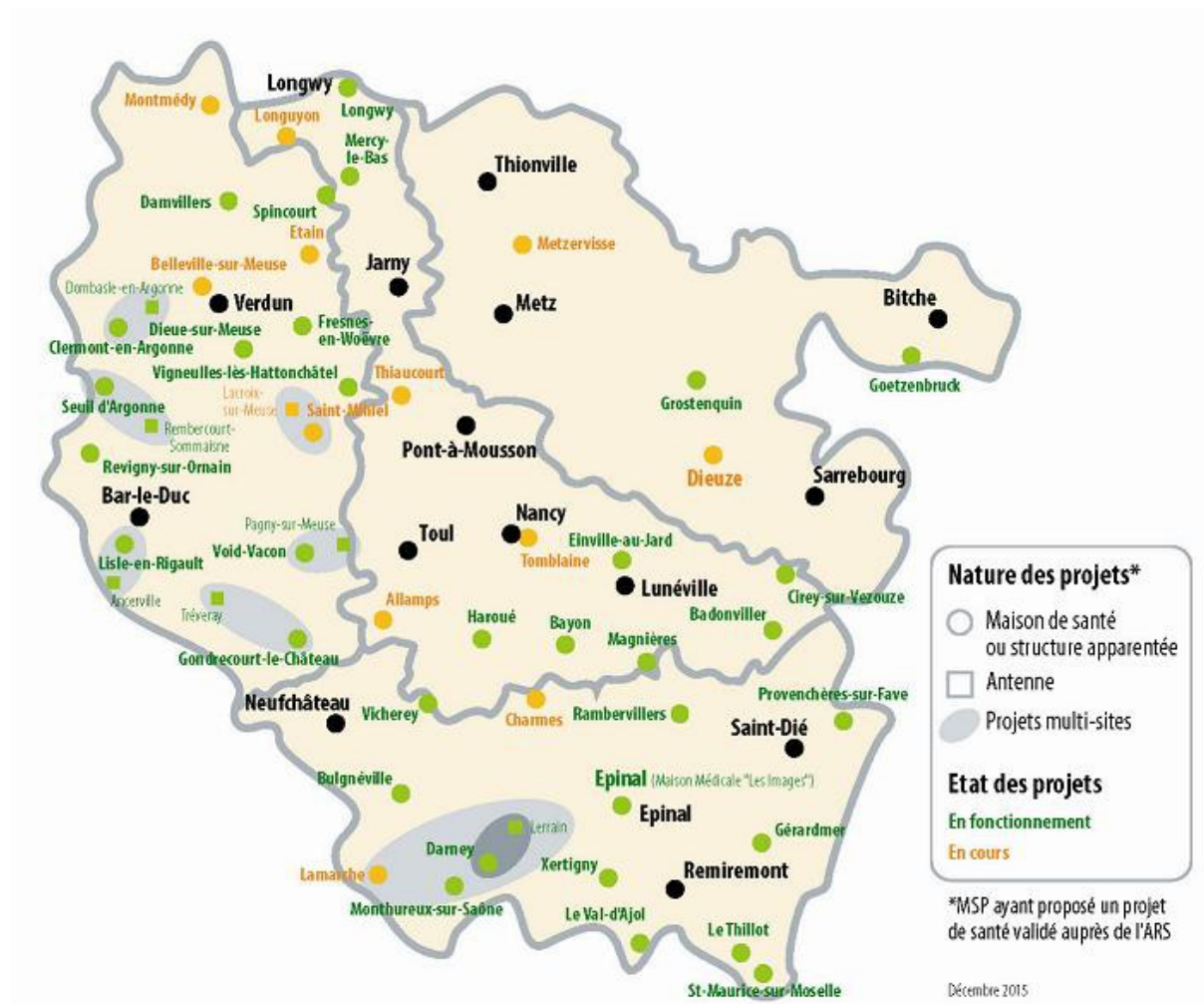
Modalités et conditions requises :

- Contacter en première intention la délégation territoriale (départementale) de l'ARS de Lorraine.
- Élaborer un projet de santé.
- Réunir au moins deux médecins généralistes (en équivalent plein temps) et un professionnel paramédical.
- Respecter le cahier des charges régional proposé par l'ARS.

Le fait de signaler aux jeunes médecins généralistes les différents sites de MSP actives ou en projet est une mesure majeure d'accompagnement des jeunes généralistes puisque l'ARS de Lorraine permet aux jeunes professionnels de voir des potentiels sites pour leur installation.

La carte 3 (32), disponible auprès de l'ARS-Lorraine, montre les sites des MSP actives et/ou en projet au mois de décembre 2015 :

Carte 3 : Les MSP actives et en projet en région Lorraine.



II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

A. Enquête préliminaire

1. Introduction

La majeure partie de ce travail reposant sur le fait de collecter des données sur l'installation de jeunes médecins, il est apparu nécessaire de réaliser une étude de faisabilité d'une telle démarche.

Une enquête préliminaire a donc été réalisée auprès de médecins généralistes membres du Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de l'Université Henri Poincaré (UHP) de Nancy installés depuis plus de dix ans, et inscrits auprès de la faculté comme professeurs, maître de conférences et chargés d'enseignement selon une liste fournie par la faculté de médecine de Nancy.

Cette enquête consistait à proposer un questionnaire lors d'entrevues semi-dirigées ou lors d'entrevues téléphoniques.

Le questionnaire a été également proposé à des représentants des médecins, à savoir des membres des CDOM des 4 départements lorrains.

Les données ont été recueillies entre le 25 Mars 2015 et le 28 Août 2015.

Le questionnaire était composé de 32 items répartis en 5 parties (Annexes 1) :

- Etude de l'échantillon
- Lieu et environnement d'exercice
- Temps de travail et rémunération
- Etude de l'exercice
- Etude de l'installation

La durée de réponse au questionnaire préliminaire était d'environ 10 minutes.

Au total, 10 médecins ont répondu au questionnaire préliminaire.

2. Données de l'enquête préliminaire

2.1. Caractéristiques de la population

Parmi les médecins interrogés lors de cette enquête préliminaire, 90% des médecins étaient des hommes.

L'âge moyen des médecins interrogés était de 54,7ans, réparti de 47 à 60ans avec une médiane à 54ans.

Le nombre moyen d'années d'installation était de 23,7ans, réparti de 11 à 31ans avec une médiane de 25,5ans.

4 médecins ont déclaré exercer en milieu urbain.

3 médecins ont déclaré exercer en milieu rural.

3 médecins ont déclaré exercer en milieu semi-rural.

Tous les médecins interrogés se sont installés en Lorraine après avoir fini leurs études à la faculté de Médecine de Nancy.

Il est à noter que plusieurs médecins ont précisé que la Lorraine était leur région natale.

2.2. Environnement professionnel

90 à 100% des Médecins interrogés ont jugé indispensable d'avoir à proximité de leur lieu d'exercice :

1. Une pharmacie.
2. Un cabinet d'infirmières.
3. Un laboratoire d'analyses médicales.
4. Un hôpital général.

Et dans une moindre mesure :

Un cabinet de radiologie à 80% et un cabinet de kinésithérapeute à 80%.

2 médecins ont déclaré exercer en cabinet seul.

7 médecins ont déclaré exercer en en groupe.

1 Médecin a déclaré exercer en maison de santé pluridisciplinaire.

On retrouve ici la notion du regroupement des professionnels.

Ce regroupement est déjà visible sur ces données et permet de penser qu'il sera encore plus flagrant lors du questionnaire définitif.

Cette notion de regroupement est déjà évoqué par les travaux du CGET (6) qui considère ce facteur comme très importants, lui accordant le « rang 3 », soit le plus haut rang, dans leur « Etude pour la caractérisation des territoires en tensions pour l'installation des jeunes médecins. »

2.3. Conditions d'exercice

Parmi les médecins ayant répondu, la moyenne d'heure de travail par jour a été de 10h

Nombre d'heures maximum travaillées par jour : 12h

Nombre d'heures minimum travaillées par jour : 5h

Médiane : 10,75h

Parmi les médecins ayant répondu, la moyenne de jours de travail par semaine a été de 4,65j

Nombre de jours maximum travaillés par semaine : 6j

Nombre de jours minimum travaillés par semaine: 3j

Médiane : 4,5j

A la question « Consultez-vous le samedi matin ? » 9 médecins ont répondu oui, soit 90% des médecins interrogés.

Il est à noter que certains médecins ont répondu ne pas travailler tous les samedis de chaque semaine mais de travailler un samedi une semaine sur deux ou moins et d'alterner avec leurs confrères du secteur.

En moyenne, les médecins interrogés ont déclaré prendre 5,55 semaines de congés par an.

Maximum de semaines de congés par an : 9 semaines.

Minimum semaines de congés par an : 3 semaines.

Médiane : 5 semaines de congé par an.

90% des médecins interrogés ont déclaré s'organiser avec les professionnels de leurs secteurs pour organiser leur emploi du temps ce qui démontre un réel attachement à la continuité des soins.

Il a été évoqué, en particulier, la notion de répartition du temps de consultation du samedi matin où plusieurs médecins ont déclaré s'organiser avec les confrères avec qui ils sont installés en groupe pour ne consulter qu'un samedi sur deux ou moins.

En moyenne, les médecins interrogés ont déclaré pouvoir se libérer 1 jour entier par semaine.

Il est à noter que les médecins interrogés ont souvent précisé que ce jour était un jour dédié à l'activité d'enseignement.

Il a été aussi précisé que ce jour libre pouvait servir pour la gestion du cabinet, ou bien comme un moment dédié à un exercice diversifié.

Le moyen principal de rémunération a été la rémunération à l'acte pour 80% des médecins généralistes interrogés.

30% des médecins interrogés ont déclaré percevoir des forfaits ou des salaires de diverses structures en supplément de l'exercice libéral.

La rémunération à l'acte reste encore le moyen de rémunération principal des médecins généralistes.

Parmi les médecins interrogés, 8 médecins ont déclaré avoir un exercice diversifié.

Cette notion d'exercice diversifié est à préciser ici puisqu'il en a été exclu le temps d'enseignement (la majorité des médecins interrogés ici sont responsables d'enseignement au DUMG de la faculté de médecine de Nancy).

Malgré cette exclusion, toute autre activité médicale a été comptabilisée et l'on constate que 80% des médecins interrogés ont un exercice diversifié.

Tous les médecins interrogés ont été remplaçants avant de s'installer.

La durée moyenne de remplacement a été de 3,6ans.

La totalité des médecins interrogés ont déclaré ne consulter que sur rendez-vous.

Ici, aucun des médecins interrogés n'a déclaré consulter sans rendez-vous mais il a été précisé que les urgences étaient traitées sans prise de rendez-vous. Nous constatons ici un fort attachement à la permanence des soins.

Cette organisation du temps de consultation semble plus confortable pour les médecins interrogés, sans pour autant les empêcher d'assurer la permanence des soins.

70% des médecins interrogés ont déclaré avoir un secrétariat physiquement présent à leur cabinet.

Parmi eux 100% ont déclaré avoir un secrétariat à temps complet.

30% des médecins interrogés ont déclaré n'avoir qu'un secrétariat téléphonique, lui aussi à 100% à temps complet.

Aucun des médecins interrogés n'a déclaré ne pas avoir de secrétariat.

90% des médecins interrogés ont déclaré avoir un équipement informatique complet.

Un équipement informatique a été jugé complet s'il comportait une informatisation des dossiers des patients et qu'il permettait la facturation avec la carte vitale, permettant ainsi la télétransmission des factures.

10% des médecins interrogés ont dit n'être informatisé que partiellement.

Aucun des médecins interrogés n'a déclaré ne pas être informatisé.

2.4 Les déterminants à l'installation

90% des médecins généralistes interrogés ont été satisfaits de leur installation.

Parmi les médecins interrogés, 50% ont créé leur cabinet médical.

Parmi eux, les créations décrites par les médecins interrogés ont été pour 40% d'entre elles la création d'un poste en plus lors de l'intégration à un groupe existant.

Parmi les médecins interrogés, 50% ont repris un cabinet, soit en reprenant des parts lors d'une association, ou bien en reprise de cabinet en solitaire avec rachat de clientèle.

20% des médecins interrogés ont déclaré connaître les aides financières présentes au moment de leur installation, en précisant qu'elles n'existaient pas.

La réponse à cette question est biaisée par le fait que la population ciblée lors de cette enquête n'a pas bénéficié d'aides financières puisqu'elles n'existaient pas.

Parmi les médecins interrogés, 90% ont déclaré n'avoir pas reçu d'aides financières.

Cette réponse est en accord avec l'item précédent concernant la connaissance des aides financières.

Le fait qu'aucune aide financière n'existait lors des installations en médecine générale libérale a été clairement exprimé par les médecins généralistes interrogés lors de la précédente question.

Tous les médecins généralistes interrogés ont déclaré avoir fait des investissements financiers mobiliers et immobiliers lors de leur installation.

En moyenne il a fallu 1,75ans pour que l'activité des médecins interrogés soit considéré comme rentable.

Les derniers champs de l'enquête préliminaire étaient plus libres. Ils servaient principalement à tester des notions plus personnelles et laissaient les médecins transmettre leurs impressions quant à leur installation.

Nous pouvons grâce à ces réponses répertorier différents facteurs à l'installation qui n'ont pas forcément été bien traités par les questions précédentes.

Il en ressort, en particulier, que les facteurs personnels sont également importants aux yeux des médecins interrogés :

Il est retrouvé une notion de plaisir, de loisir mais aussi une notion de coup de cœur pour le lieu d'installation.

On retrouve aussi la notion de vocation, de passion, de volonté d'exercer dans sa région natale.

On retrouve aussi la notion d'entourage personnel avec la nécessité de s'accorder avec la profession du conjoint, de considérer les enfants à charge, d'envisager un déménagement.

Il a été aussi signalé que des facteurs professionnels à l'installation avaient leur importance :

La bonne entente avec un groupe de confrère a été déterminante pour 2 des médecins interrogés.

La présence d'une bonne opportunité, ou d'une structure professionnelle viable a été également mentionnée.

La dernière question de l'enquête préliminaire proposait aux médecins interrogés de récapituler leur installation en trois mots.

Il a été évoqué :

- La notion de l'installation réussie. Elle a été exprimée par 50% des médecins interrogés.
- La notion d'entente avec d'autres médecins, d'entrée dans un groupe de confrères ou de reprise de cabinet en de bonnes conditions. Parmi les médecins interrogés, 40% ont exprimé cette notion.
- La notion de plaisir, de vocation. Elle est exprimée de plusieurs manières, tant au niveau épanouissement personnel, qu'au niveau du développement professionnel.
- La notion de cadre de vie. Exprimée par 20% des médecins interrogés, cette notion regroupe la présence de loisirs et l'environnement personnel et familial.
- La notion d'obligation, de difficulté. Exprimée par 20% des médecins interrogés, cette notion regroupe les côtés négatifs de l'installation qui ont été cités par les médecins qui ont répondu à cette enquête.

3. Conclusion et biais de l'enquête préliminaire

Tout d'abord, cette enquête préliminaire ne touche qu'un nombre très limité de médecins généralistes puisqu'il y a assez peu de médecins responsables d'enseignement à la faculté de médecine de Nancy et que plusieurs n'ont pas souhaité participer à l'enquête.

Cette enquête est surtout observationnelle. Elle ne permet pas de classer des éventuels déterminants à l'installation. Son principal intérêt est de détecter des potentiels déterminants à l'installation et d'orienter les questions de l'enquête principale.

De plus, la population étudiée est d'une moyenne d'âge assez élevée (54,7ans), plus élevée que la moyenne nationale (51,3ans) et que la moyenne en Lorraine (51ans). [6]. Cette population étudiée est également majoritairement masculine (90% des médecins interrogés étaient des hommes).

Cette population est totalement différente de la population ciblée par l'enquête principale.

Cette enquête préliminaire sert surtout de base pour l'enquête définitive qui a été proposée par la suite aux jeunes médecins généralistes installés depuis 5 ans en Lorraine.

Cette enquête préliminaire est basée principalement sur des facteurs professionnels, financiers et de mode d'exercice.

Ces facteurs semblent être des déterminants à l'installation des médecins généralistes en Lorraine mais quelques items de cette enquête ont laissé entrevoir la présence d'autres déterminants ; en particulier des déterminants personnels qui ont peu été explorés par cette enquête préliminaire.

C'est pourquoi lors de l'enquête principale les items relatifs à l'exercice professionnel et aux conditions d'exercice ont été réduits alors que les items relatifs aux déterminants personnels ont été majorés.

A partir de ces données et de ces différents items testés, une enquête complète a pu être établie et a été proposée à des médecins généralistes installés depuis les 5 dernières années sur le territoire lorrain.

B. Étude principale

1. Choix de l'étude

Nous avons décidé de réaliser une enquête rétrospective et quantitative auprès des jeunes médecins généralistes installés récemment en Lorraine.

En effet, nous voulions pouvoir définir mais aussi hiérarchiser les différents déterminants observés.

Cette étude a été réalisée via un questionnaire en ligne adressé à un échantillon de jeunes médecins installés en Lorraine depuis le premier Janvier 2010.

2. Sélection de l'échantillon

Nous avons décidé d'étudier la totalité des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine depuis le 01 Janvier 2010.

Ont été exclu les médecins collaborateurs médicaux et les médecins étrangers car les questions posées n'étaient pas adaptées à ces deux types de population.

Nous avons obtenus des CDOM des 4 départements lorrains (Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle et Vosges) une liste des médecins généralistes en exercice en 2015 dont la première installation recensée par l'Ordre des Médecins date au moins du 01 Janvier 2010.

Une liste de 290 Médecins a ainsi pu être récoltée, dont les effectifs sont répartis comme l'indique le tableau 2.

Tableau 2 : Effectifs fourni par les CDOM, répartis par département.

	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges
Effectifs	93	26	124	47

Puis, lors d'une seconde phase, cette liste a été affinée.

Nous avons décidé de contacter par téléphone chaque médecin présent sur cette liste afin d'obtenir leur consentement à participer à l'enquête et afin d'obtenir une adresse électronique où nous pouvions leur envoyer le lien pour répondre au questionnaire en ligne.

Les appels ont tous été réalisés entre le 7 et le 22 Décembre 2015.

Lors de cette phase d'appels téléphoniques, il a été demandé aux médecins :

1. Voulez-vous participer à l'enquête ?
2. Est-ce que cette installation est votre première installation ? ou bien Etes-vous installé depuis moins de 5 ans ?
3. Etes-vous collaborateur médical ?
4. Etes-vous inscrit comme médecin étranger, ou bien considéré comme tel ?

Suite à ces appels téléphoniques, nous avons pu retirer de la liste la plus grande partie des médecins collaborateurs médicaux et des médecins étrangers.

Suite à ces appels téléphoniques, nous avons constaté que de nombreux médecins généralistes alors présent sur la listes des CDOM de leur lieu d'exercice et considérés comme installé depuis moins de 5 ans ne sont pas des médecins généralistes primo-installés mais des médecins qui ont changé de lieu d'exercice, soit entre régions françaises, soit au sein de la région Lorraine.

Nous avons alors retenu une liste de 209 jeunes médecins généralistes considérés comme primo-installés en Lorraine depuis le 01 Janvier 2010.

Sur cette dernière liste, 162 médecins ont effectivement transmis leurs coordonnées électroniques.

Nous avons alors adressé à ces 162 médecins un courrier électronique avec un lien permettant de répondre au questionnaire en ligne. (Annexes 2).

Un courrier de rappel a été également envoyé une semaine avant la fin de la collecte des données. (Annexes 3)

3. Matériel et méthode

Le questionnaire en ligne a consisté en 71 items répartis en 7 parties (Annexes 4) :

- **Vos informations personnelles**
- **Vos études de médecine**
- **Avant votre installation**
- **Vos conditions d'exercice**
- **Votre installation**
- **A propos des aides à l'installation**
- **Votre environnement personnel lors de votre installation**

La plupart des items consistaient à cocher des réponses binaires (Oui ou Non).

Certains items ont consisté en des choix multiples. Dans ces cas, les répondants pouvaient cocher plusieurs réponses.

Enfin, certains items recueillaient un avis ou un ressenti par des échelles de Likert toutes cotées de 0 à 5.

Le questionnaire a été mis en ligne avec le logiciel en ligne et gratuit Eval&Go.

Les données de l'enquête ont été récoltées entre le 16 Décembre 2015 et le 13 Janvier 2016.

Les données ont ensuite été extraites du logiciel en ligne Eval&Go et ont été transcrites en un tableur via Microsoft Office Excel.

Ce tableur Excel a ensuite été analysé avec l'aide du logiciel R version 3.2.3 du laboratoire d'Épidémiologie et Évaluation cliniques du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy.

L'analyse a consisté à extraire principalement les pourcentages et les moyennes à partir des réponses.

Lorsque cela a été possible, l'analyse a également permis d'extraire les Médianes, les extrêmes et les Ecart type à partir des réponses.

L'analyse a ensuite consisté à effectuer plusieurs comparaisons entre différentes sous-populations.

Ainsi, des comparatifs selon le sexe, selon le statut marital, selon le nombre d'enfants à charge et selon le lieu d'exercice ont pu être établis.

Ces analyses comparatives ont été réalisées par Test exact de Fisher ou bien par Test de Mann et Whitney. Seules les réponses significatives ($p < 0,05$) des comparatifs ont été retenues et sont décrites dans la partie Résultats.

III. RÉSULTATS

La totalité des résultats est consultable en Annexe 5. Les comparatifs selon les populations sont en Annexe 6, 7, 8 et 9.

A. Taux de réponse

Sur les **162** médecins interrogés, **137** ont effectivement répondu au questionnaire.

Sur les **137** médecins ayant répondu au questionnaire, **125** réponses sont totalement exploitables. Ce qui donne un taux de réponse de 59,8%.

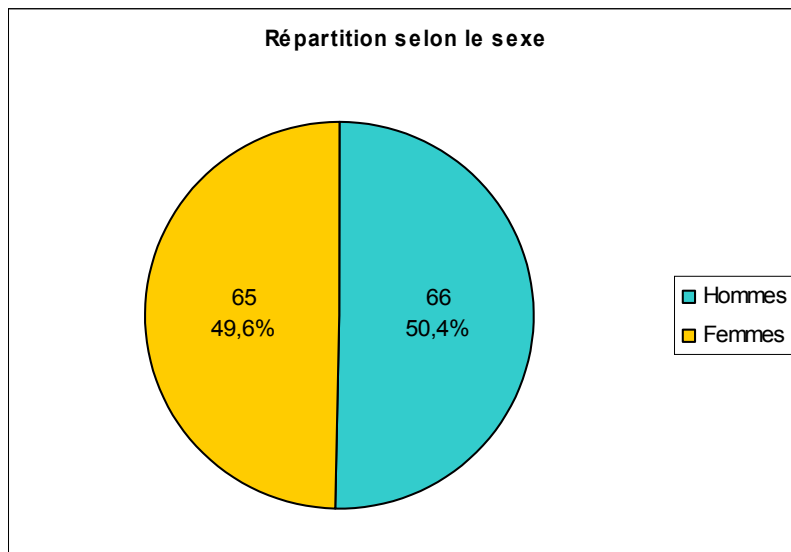
Ceci est dû au fait que 12 médecins n'ont que partiellement répondu aux items proposés. Leurs données ont été exclues de l'analyse et ils sont signalés par la mention « manquant » dans le tableau des résultats (Annexe 5).

B. Caractéristiques de la population

1. Sexe

Parmi les jeunes médecins généralistes installés ces 5 dernières années qui ont répondu au questionnaire, nous retrouvons **50,4% d'hommes et 49,6% de femmes.**

Graphique 1 : Répartition des répondants selon le sexe.



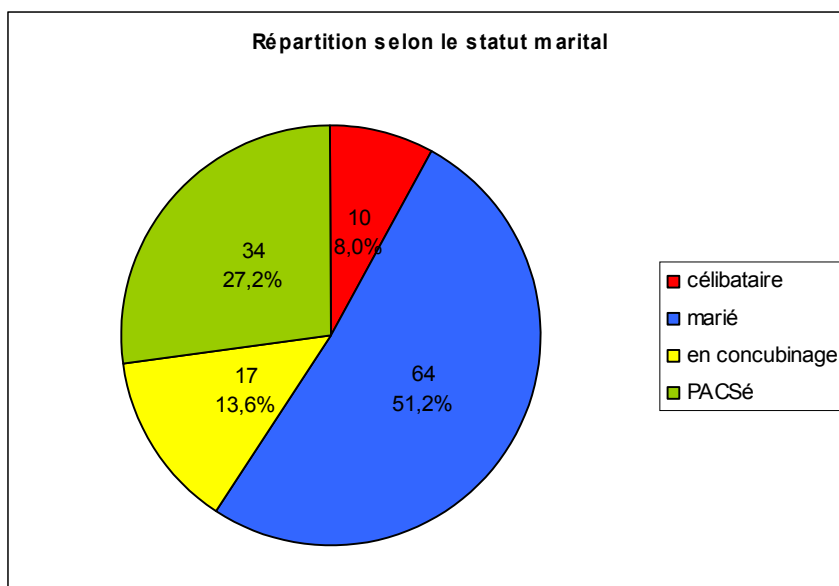
2. Age

La moyenne d'âge des jeunes installés lorrains ayant répondu est de **37,3 ans** avec une médiane à 36 ans et un écart type à 6,8ans.

3. Situation maritale

92% des installés sont en couple, et **51,2%** sont mariés.

Graphique 2 : Répartition selon le statut marital.



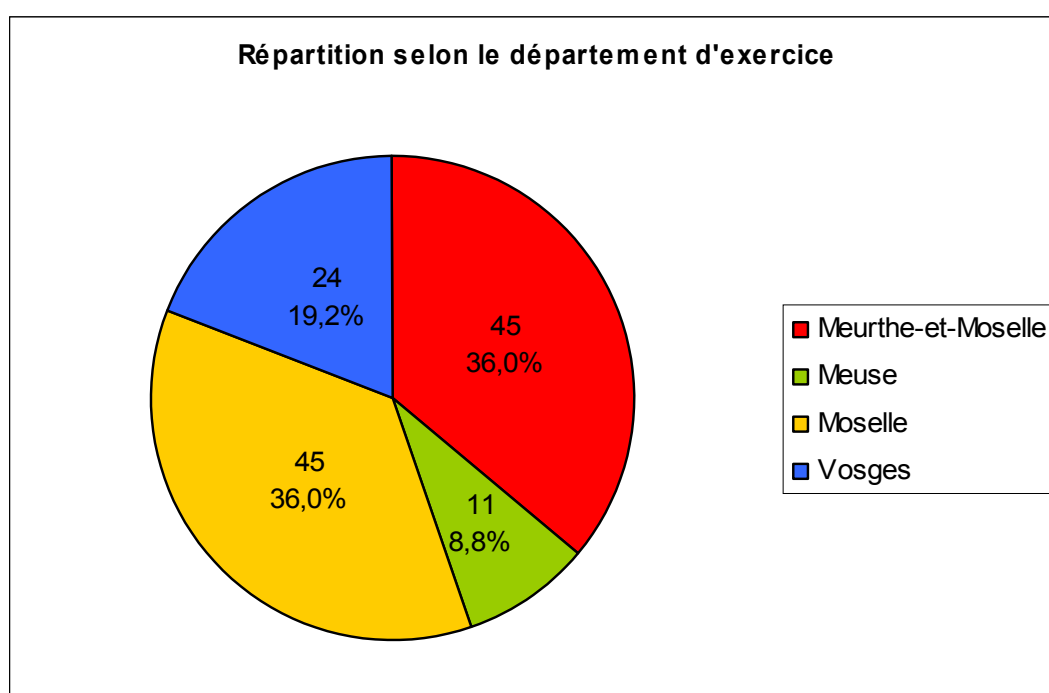
4. Nombre d'enfants à charge

Le taux de fécondité est de **1,6 enfants/médecin**, soit un peu en dessous de la moyenne nationale de 2 enfants/femme.

La plupart des jeunes installés interrogés sont en couple avec des enfants.

5. Département d'exercice

Graphique 3 : Répartition selon le département d'exercice.

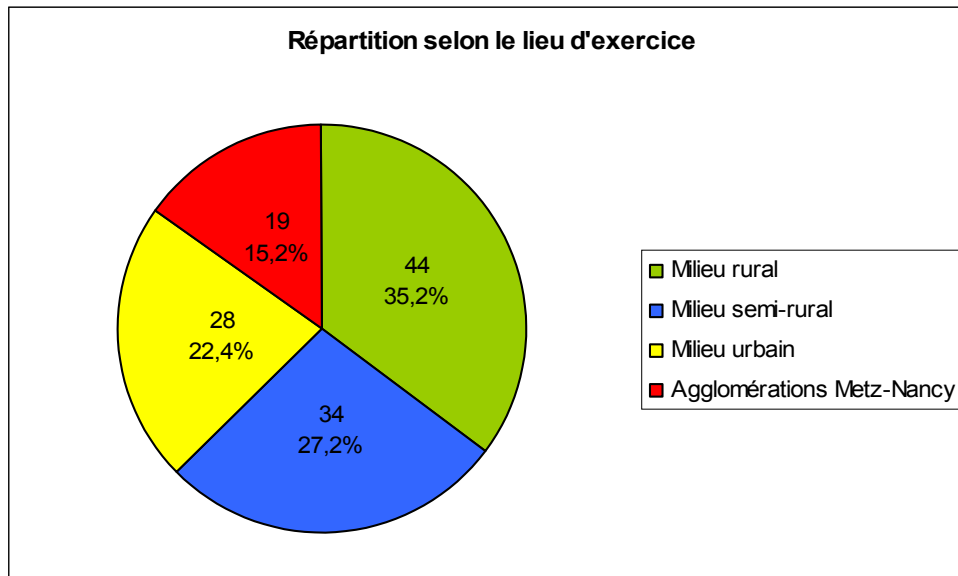


6. Médecins nés en Lorraine

83,2% des médecins ayant répondu sont **originaires de Lorraine** mais uniquement **54,8%** exercent dans leur département d'origine.

7. Lieu d'exercice

Graphique 4 : Répartition selon le lieu d'exercice.



Nous constatons une répartition assez homogène entre les milieux urbains (Metz-Nancy + urbain = 37,6%), les milieux semi-ruraux (27,2%), et les milieux ruraux (35,2%).

8. Lieu de résidence et temps de trajet

Nous avons constaté que **68%** des médecins interrogés résidaient à **proximité** de leur **lieu d'exercice**.

La moyenne de temps trajet est assez courte, d'environ **15min**.

Il existe une faible mobilité des médecins interrogés pour aller travailler.

C. Le cursus des études médicales

1. Externat réalisé en Lorraine

Les médecins interrogés ont à **86,4%** réalisé leur **externat en Lorraine**.

2. Le choix de la médecine générale, un choix positif

95,6% des jeunes médecins interrogés ont déclaré **avoir choisi la médecine générale** aux ECN par vocation.

3. Internat réalisé en Lorraine

Nous constatons que **90,2%** des jeunes médecins installés interrogés sont des anciens **internes lorrains**.

Cela reste cohérent avec les données de l'externat (86,4% d'étudiants lorrains) et avec les données de l'origine régionale des médecins interrogés (83,2% natifs de la région Lorraine).

Nous constatons une très faible mobilité des jeunes médecins depuis l'externat, jusqu'à leur installation.

4. L'installation en médecine générale libérale, un choix positif

Nous constatons que **97,6%** des médecins interrogés ont **volontairement choisi** d'exercer la médecine générale en libéral.

5. Le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) et l'installation

57,1% des médecins interrogés ont déclaré s'être installés dans le **même secteur** que celui dans lequel ils avaient effectué leur SASPAS.

6. Les délais entre la fin des études et l'installation

La moyenne de temps entre la fin du SASPAS et l'installation est d'environ **36 mois, soit 3 ans**.

Nous avons constaté de fortes disparités avec des écarts allant de 0 à 99 mois.

Ces disparités se retrouvent moins dans le temps entre la fin de l'internat et la soutenance de la Thèse qui reste d'environ **19 mois, soit 1 an et demi**.

Ces disparités se traduisent plus tardivement, lorsque l'on observe le temps entre la soutenance de la Thèse et l'installation.

Il faut en moyenne **29 mois** après la soutenance de leur Thèse, soit un peu plus de 2 ans avant que les médecins ne s'installent. Ici encore, de forts écarts de temps sont constatés allant de 0 à 140 mois.

Au final, les jeunes médecins généralistes de Lorraine ayant répondu mettent en moyenne **49,3 mois à s'installer après la fin de leur internat, ce qui correspond à une durée d'un peu plus de 4 ans.**

D. Le remplacement et l'installation

1. Le Remplacement

95,9% des médecins interrogés ont été remplaçant avant de s'installer, avec une moyenne de temps de remplacement de 5,6 ans.

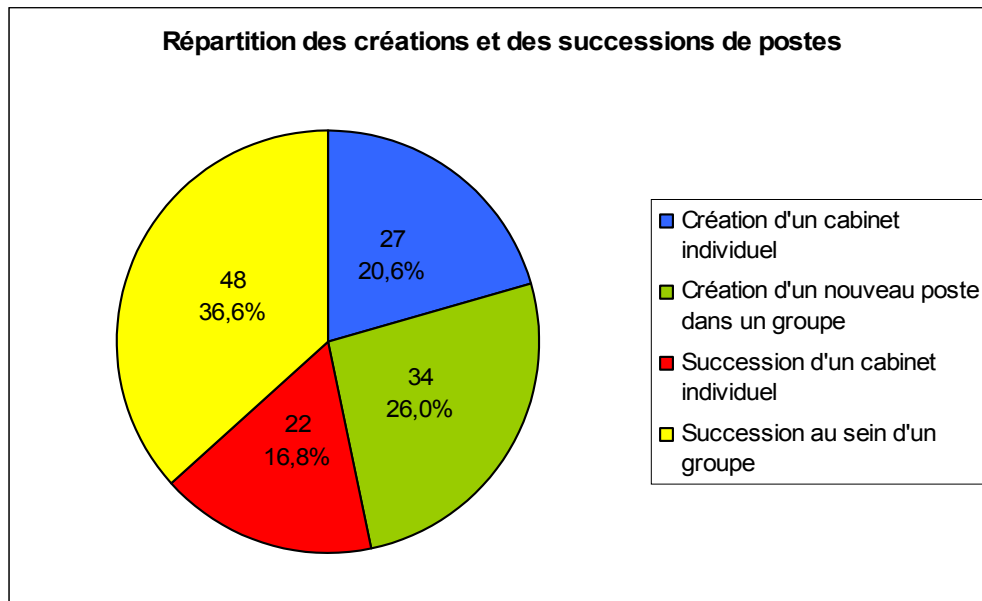
Les médecins ayant répondu ont déclaré à **74,4% s'être installé à proximité des lieux dans lesquels ils avaient remplacé.**

2. L'activité de Collaborateur médical

Nous observons que **25,6%** des médecins interrogés ont été **collaborateur médical** avant de s'installer pendant un temps moyen de **16 mois.**

3. Les conditions d'installation

Graphique 5 : Répartition des créations et des successions de postes.



La **succession** d'un médecin au sein d'un **groupe** est plus fréquente, avec **36,6%** des médecins interrogés.

4. Investissement lors de l'installation

55,8% des médecins interrogés ont déclaré avoir fait un **investissement financier** lors de leur installation.

L'investissement pouvait aussi bien être immobilier que pour l'achat du matériel, cela a été laissé à l'interprétation des médecins.

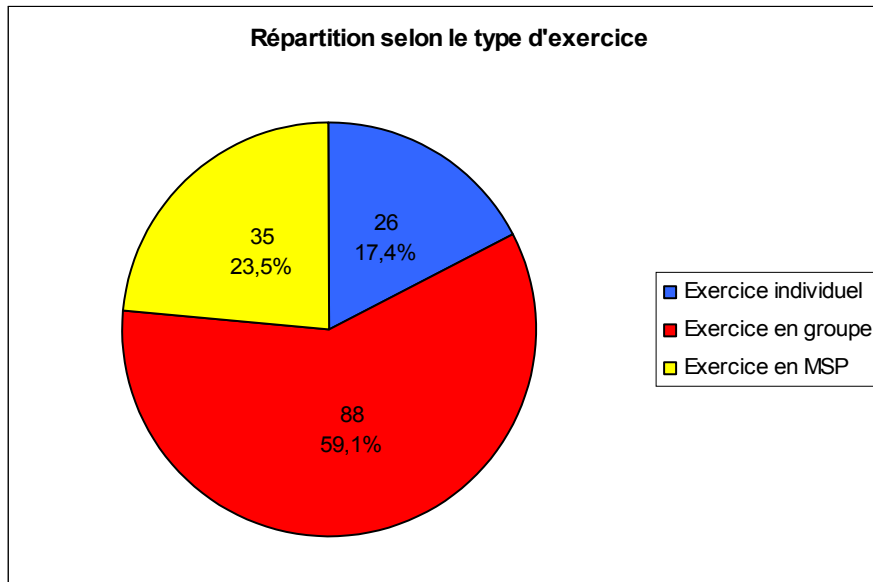
5. Le rachat de clientèle

Nous constatons que **31,4%** des médecins interrogés ont déclaré avoir **racheté une clientèle** à leur prédécesseur.

E. Les conditions d'exercice

1. Type d'exercice

Graphique 6 : Répartition selon le type d'exercice.



L'exercice en **groupe ou en MSP** est majoritaire avec **82,6%** des médecins exerçant en groupe ou en MSP.

En moyenne, les médecins exerçant en **groupe ou en MSP** déclarent avoir **2,9 associés**. Les grandes structures avec de nombreux associés sont rares.

88,3% des médecins ayant déclaré exercer en groupe ou en MSP **partagent leurs dossiers de patients** avec leurs associés.

19,5 % des médecins exerçant en cabinet **solitaire organisent leur emploi du temps** avec leurs confrères installés sur le même secteur géographique.

2. Consultation sur rendez-vous

58,7% des médecins interrogés déclarent consulter **sur rendez-vous** uniquement.

3. Secrétariat

Parmi les médecins interrogés, **59,5%** ont déclaré avoir un **secrétariat** physiquement présent.

4. Temps de travail horaire et journalier, jours de congés

Les jeunes médecins installés ayant répondu travaillent en moyenne **9,2 heures par jour** et **4,7 jours par semaine**.

Ils prennent en moyenne **6 semaines de congé par an** et arrivent à se dégager un jour de congé par semaine pour 61,2% d'entre eux.

5. Salariat

Il y a très peu de médecins récemment installés en Lorraine qui déclarent exercer une activité salariée en parallèle de leur activité libérale.

Seulement 12 médecins sur les 137 ayant répondu, soit **9,9% ont déclaré une activité salariée**.

De plus, cette activité salariée reste très minoritaire en termes d'horaires, puisqu'en moyenne les médecins exerçant une activité salariée en plus de leur activité libérale déclarent y consacrer 6h par semaine en moyenne.

6. La permanence des soins (PDS)

66,1% des médecins interrogés participent effectivement à la PDS sur leur secteur, mais peu d'entre eux considèrent l'absence de PDS comme ayant été déterminante pour leur installation.

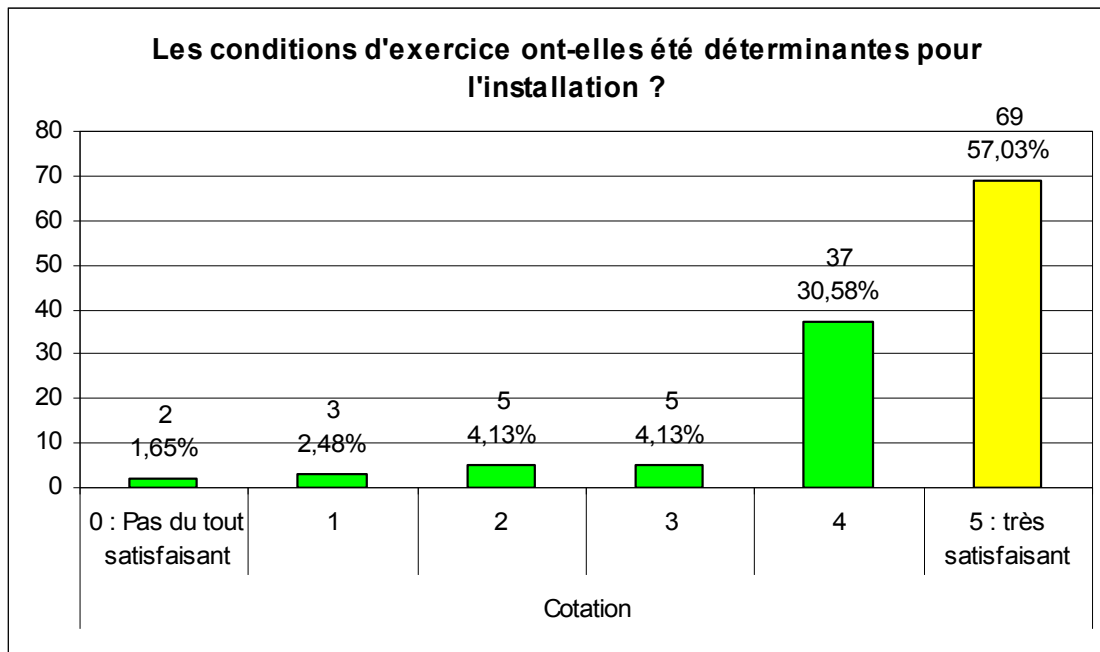
23,9% des médecins interrogés ont jugé la **PDS comme déterminante** pour leur installation.

Tableau 3 : La Permanence des soins.

Participation à la PDS		
Manquant	16	
non	41	33,9%
oui	80	66,1%
PDS déterminante		
Manquant	20	
non	89	76,1%
oui	28	23,9%

7. Les conditions d'exercice, un déterminant de l'installation

Graphique 7 : Répartition des réponses à l'échelle de Likert concernant les conditions d'exercice



En moyenne, Les médecins interrogés ont considéré que les **conditions d'exercices** étaient **déterminantes** pour leur installation.

La moyenne de la note donnée sur l'échelle de Likert est de **4,3/5**.

8. Le taux d'activité et les charges

Les médecins interrogés n'ont constaté lors de leur installation ni une trop forte activité médicale, ni trop peu d'activité.

Cependant cette activité augmente dans le temps et tend à être ressentie comme une plus forte activité par les médecins interrogés.

Le même constat est fait pour les charges financières. Les médecins interrogés ne les considèrent pas trop importantes en début d'installation mais ils les réévaluent comme plus importantes après l'installation passée.

Tableau 4 : Résultats des cotations moyennes données sur les échelles de Likert sur le ressenti des médecins interrogés vis-à-vis de leur activité et de leurs charges.

	Activité à l'installation	Activité actuelle	Charges à l'installation	Charges actuelles
Note moyenne : Cotation de 0 : Peu ou pas à 5 : Trop	2,6	3,7	2,7	3,6

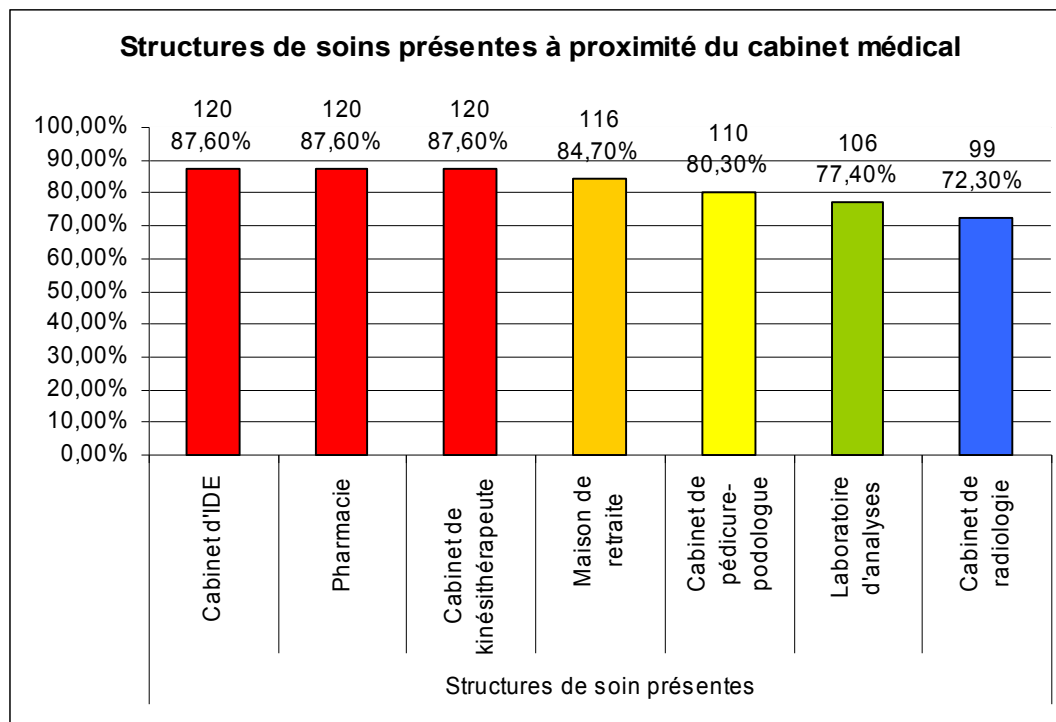
F. Le contexte socio-économique du territoire d'installation

1. Le manque de médecins

Parmi les médecins interrogés, **68,3%** savaient que leur secteur manquait de médecins, et le fait de savoir cette information a été **déterminante dans l'installation de 43,9%** de ces médecins.

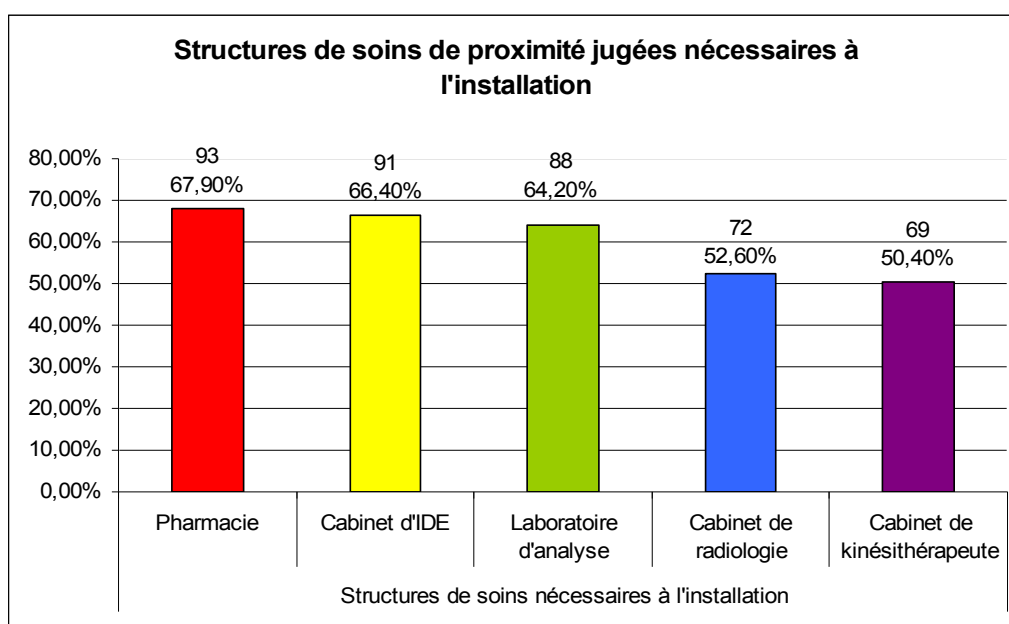
2. Les structures de soins présentes à proximité du cabinet médical (moins de 15min de trajet)

Graphique 8 : Les structures de soins présentes à proximité du cabinet médical.



3. Les structures de soins jugées nécessaires à l'installation

Graphique 9 : Les structures de soins jugées nécessaire à l'installation.



La présence de maison de retraite ou bien d'un cabinet de pédicure-podologue n'est pas jugé nécessaire pour l'installation des jeunes médecins généralistes interrogés, ainsi que la présence de structures hospitalières.

Un comparatif entre les structures de soins présentes à proximité du cabinet médical et les structures de soins jugées nécessaires à l'installation a été réalisé.

Nous avons constaté que **10,2%** des médecins interrogés jugent la présence d'un **hôpital général comme nécessaire** à leur installation alors qu'il **n'est pas à proximité** de leur cabinet médical.

Nous avons constaté que 5,1% des médecins interrogés jugent la présence d'un autre médecin d'une autre spécialité comme nécessaire à leur installation alors qu'il n'est pas à proximité de leur cabinet médical.

Nous avons constaté que 1,5% des médecins interrogés ont jugé nécessaire d'avoir le CHU à proximité de leur cabinet alors qu'ils ne sont pas à proximité du CHU.

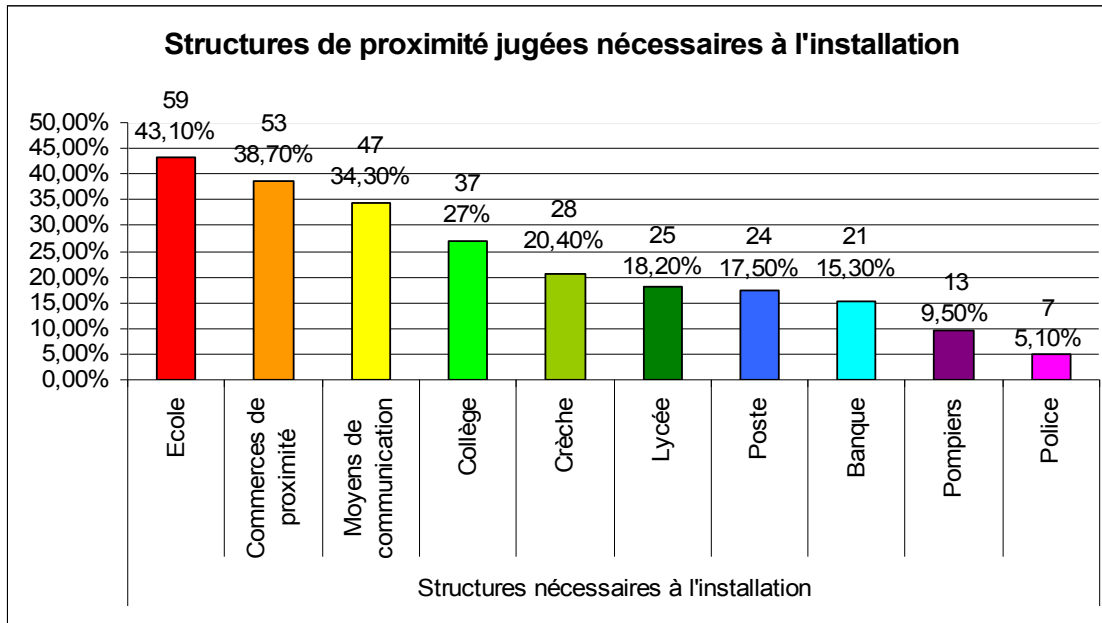
A contrario, nous avons constaté que 73,7% des médecins interrogés n'ont pas jugé la présence d'une maison de retraite comme nécessaire à l'installation alors qu'elle est effectivement à proximité de leur cabinet.

Nous avons constaté que 73% des médecins interrogés n'ont pas jugé la présence d'un cabinet de pédicure-podologue comme nécessaire à l'installation alors qu'il est effectivement à proximité de leur cabinet.

Nous avons constaté que 58,4%% des médecins interrogés n'ont pas jugé la présence d'un cabinet de sage-femme comme nécessaire à l'installation alors qu'il est effectivement à proximité de leur cabinet médical.

4. Structures et services nécessaires à l'installation

Graphique 10 : Structures et services de proximité jugés nécessaires à l'installation.



Plusieurs structures et services de proximité pouvaient être choisis par les médecins interrogés.

Il est à noter que **29%** des médecins interrogés ont déclaré **qu'aucune de ces structures** ne leur semblaient nécessaire à leur installation.

5. Le prix de l'immobilier

Le **prix de l'immobilier** a été pris en compte pour le choix de la résidence de **21,7%** des jeunes médecins interrogés.

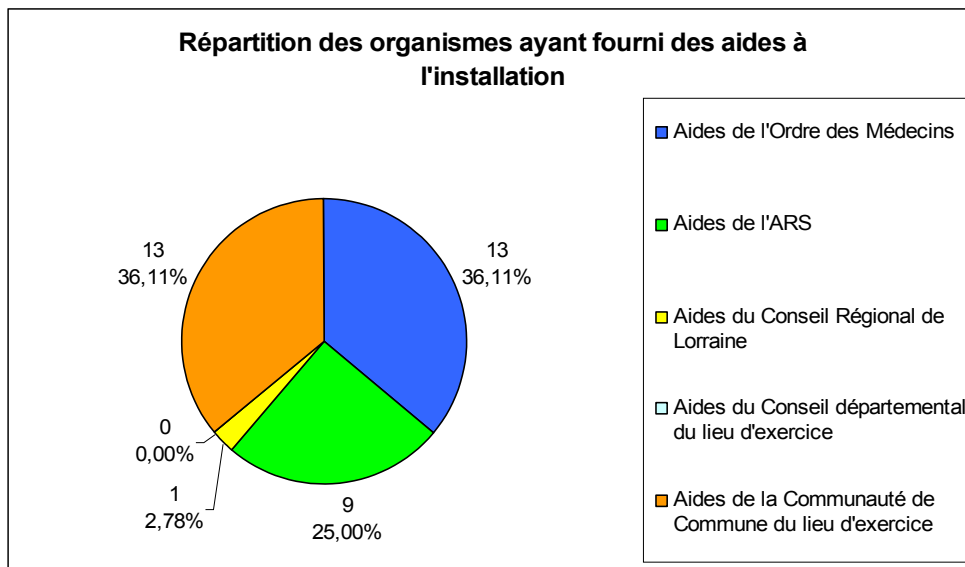
23,9% des médecins interrogés ont jugé le **prix de l'immobilier comme déterminant** pour leur installation.

G. Les aides à l'installation

1. Les organismes ayant fourni des aides à l'installation en Lorraine

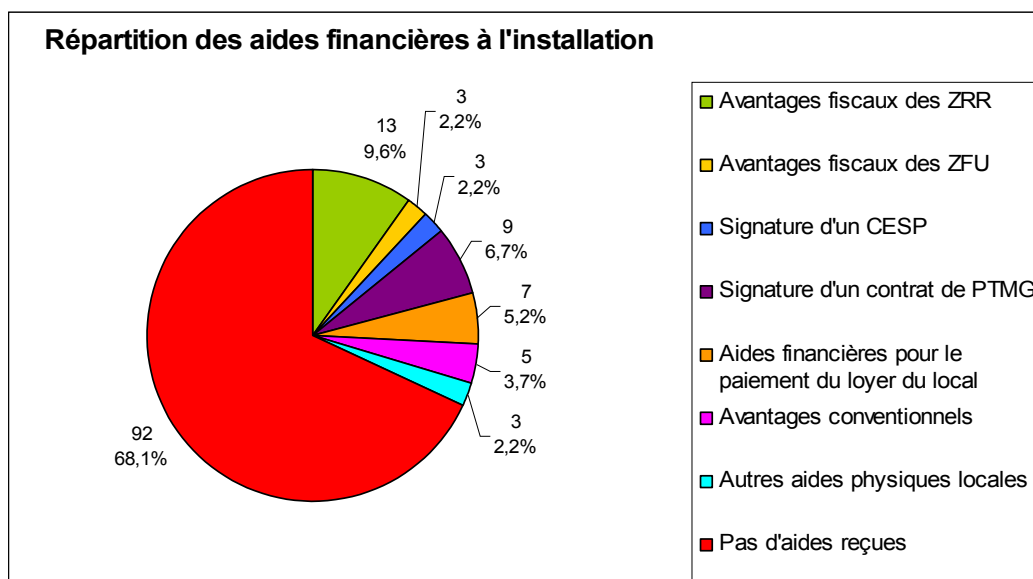
Parmi les médecins ayant répondu, **67,2%**, ont déclaré **ne pas avoir reçu d'aides** physiques à l'installation.

Graphique 11 : Répartition des organismes ayant fourni des aides à l'installation.

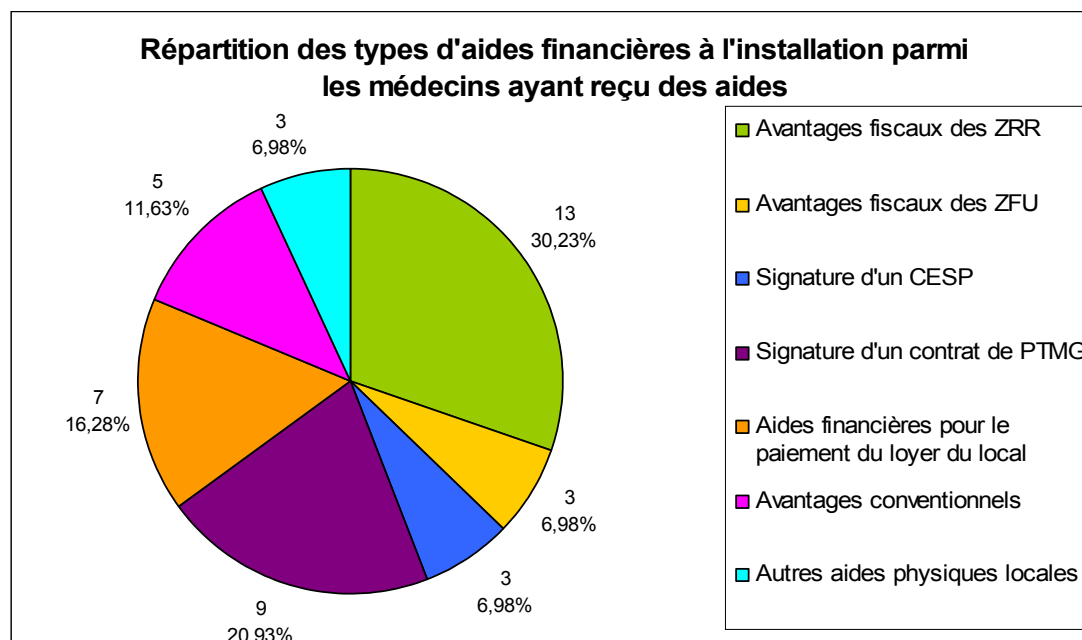


2. Le type d'aides reçues

Graphique 12 : Répartition des aides financières à l'installation.



Graphique 13 : Répartition des types d'aides financières à l'installation parmi les médecins ayant reçu des aides à l'installation.



H. L'environnement personnel

1. L'entourage personnel

Pour **29,9%** des médecins interrogés, la **présence des parents** est un élément pris en compte pour leur installation

Ainsi que, pour **13,1%** d'entre eux, la présence de leurs **frères et/ou sœurs** est importante.

La présence des **amis** est également prise en compte pour l'installation de **19,7%** des répondants.

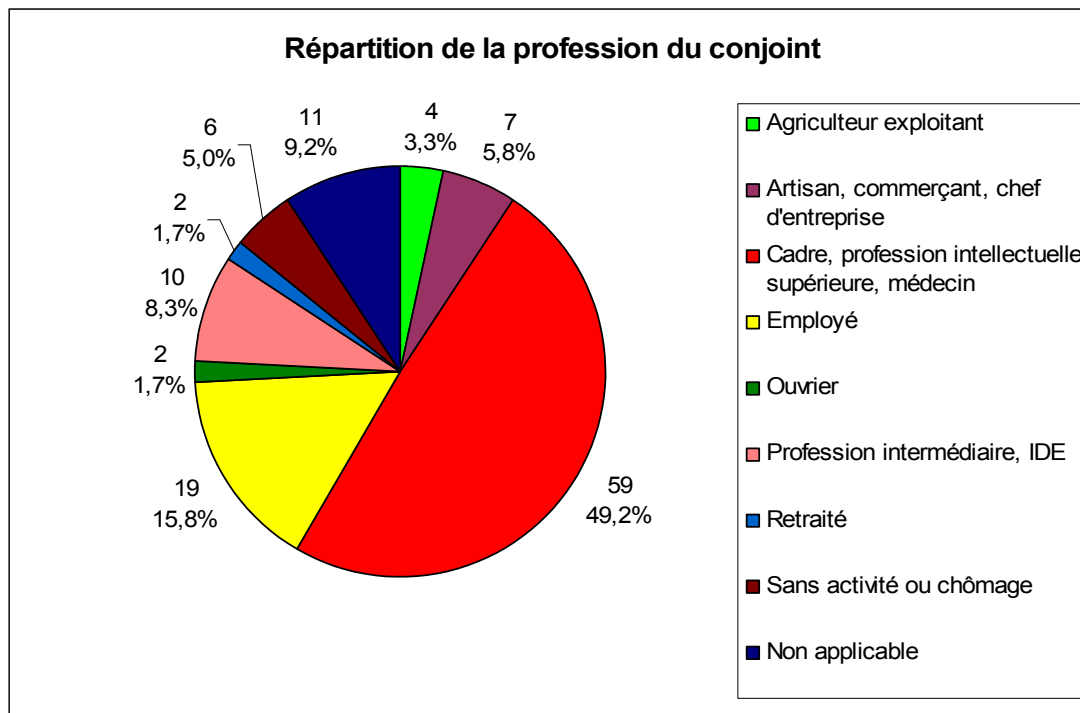
Toutefois, **31,4%** des médecins interrogés ont répondu que la présence **d'aucun proche** n'avait influencé leur installation.

2. Le conjoint

Le conjoint est un élément majeur pour l'installation de **44,5%** des jeunes médecins généralistes ayant répondu.

Pour **31,7%** des médecins ayant répondu, **le conjoint s'est impliqué** dans leur installation.

Graphique 14 : Profession du conjoint



Nous constatons que la plupart des jeunes installés ayant répondu, soit **49,2%**, ont un **conjoint** exerçant une **profession de cadre ou de profession intellectuelle supérieure**.

56,3% des conjoints des jeunes installés lorrains ayant répondu exercent leur profession dans le **même secteur géographique** qu'eux.

Et **10,1% des conjoints** des jeunes médecins installés ayant répondu ont **changé d'emploi** pour les suivre dans leur installation.

3. Les loisirs

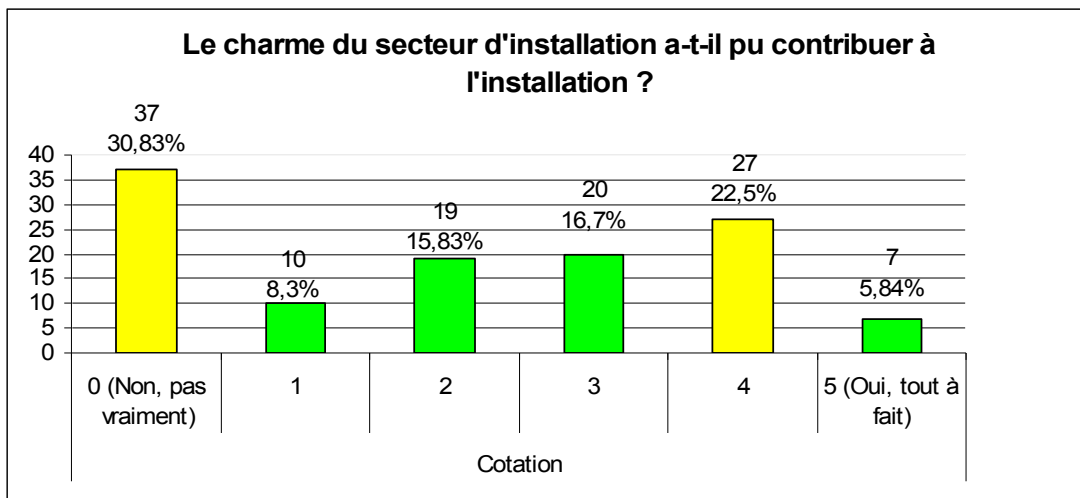
Les loisirs ne sont **pas déterminants** pour l'installation pour **81,5%** des jeunes médecins généralistes ayant répondu.

4. Attachement au lieu d'exercice

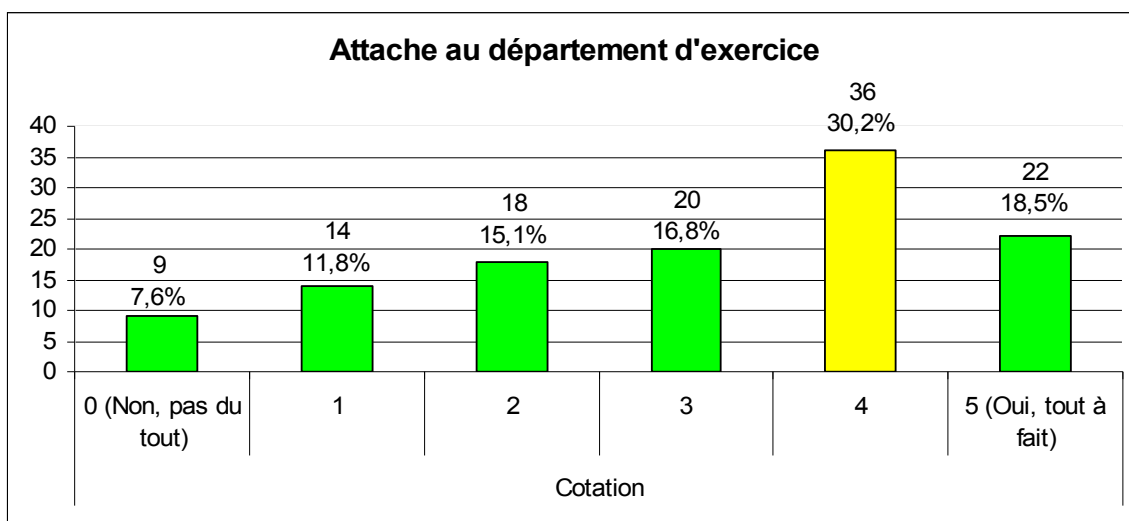
Les médecins interrogés ne considèrent pas que le charme de la région soit déterminant dans leur installation.

Ils restent attachés à leur département d'installation sans pour autant y être très fortement attachés.

Graphique 15 : Répartition des réponses à l'échelle de Likert concernant l'attrait de la région.



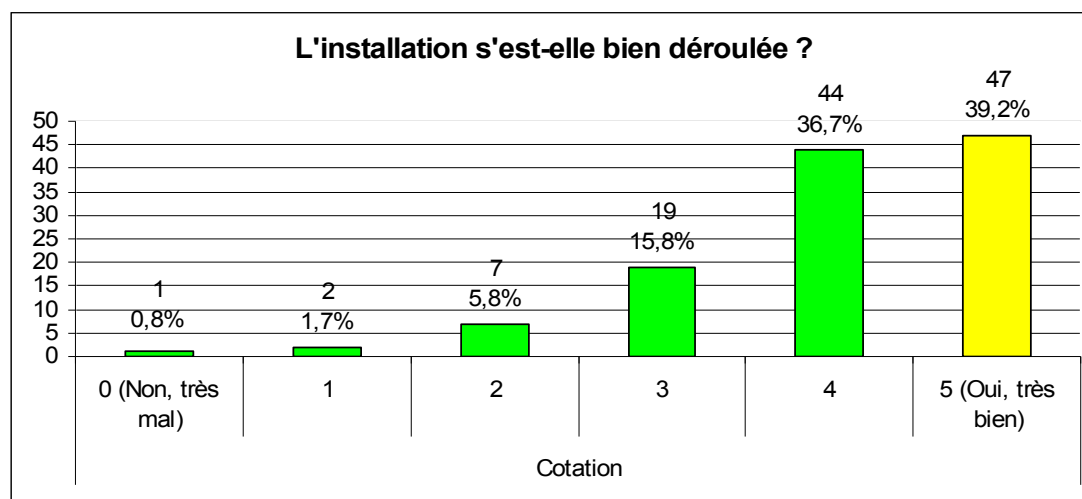
Graphique 16 : Répartition des réponses à l'échelle de Likert concernant l'attache au lieu d'exercice.



5. Ressenti de l'installation

Pour une grande majorité des médecins interrogés, leur installation s'est **bien, voire très bien** déroulée.

Graphique 17 : Répartition des réponses à l'échelle de Likert concernant le ressenti de l'installation.



I. Analyses comparatives

1. Analyses comparatives selon les populations

Nous avons réalisé des analyses comparatives entre différentes sous-populations de jeunes médecins généralistes ayant répondu au questionnaire.

Le but est de réussir à établir un profil type du médecin généraliste primo-installé en Lorraine et de voir si différents sous groupes de population sont envisageable.

Nous avons donc réalisé une analyse comparative selon le sexe (Annexe 6), selon le statut marital (Annexe 7), selon le nombre d'enfants à charge (Annexe 8) et selon le lieu d'exercice (Annexe 9).

Seuls les résultats significatifs ($p < 0,05$) ont été retranscrits.

2. Analyses comparatives selon le sexe

Les femmes sont plus jeunes : elles ont **34,4 ans** en moyenne pour **40,3 ans** en moyenne pour les hommes.

Les femmes sont plus nombreuses à être **célibataires**, à **9,4%** contre **6,6%** chez les hommes.

Les femmes exercent moins en milieu urbain que les hommes.

Elles sont, en particulier, moins nombreuses à exercer **dans les grandes agglomérations lorraines**, **7,8% contre 23%**.

Les femmes habitent plus près de leur lieu d'exercice que les hommes et passent moins de temps en trajet qu'eux.

Ceci est une différence significative : **79,7 %** des femmes interrogées habitent à **proximité** de leur lieu d'exercice contre seulement **55,7%** des hommes ($p=0,0074$).

Le temps de trajet des femmes est de **13,6min** et est significativement plus court que celui des hommes qui est de **17,9min** ($p=0,094$)

Les femmes se sont installées significativement plus à proximité du lieu où elles ont effectué leur SASPAS que les hommes, à **72,4%** contre **38,3% des hommes** ($p=0,00092$).

Il y a une différence significative de temps passé en tant que remplaçant.

Les femmes restent en moyenne **3,8ans remplaçantes**, mais les hommes restent presque deux fois plus longtemps remplaçants, avec une moyenne de **7,4ans**, cette différence est significative ($p=0,0014$).

Cela entraîne une différence de temps à l'installation entre hommes et femmes. Les femmes s'installent significativement plus vite que les hommes.

Ainsi le **temps entre la fin de l'internat et l'installation** est en moyenne de **40,3Mois pour les femmes** alors qu'il est de **59,5Mois pour les hommes** ($p=0,015$).

69,8% des femmes ont répondu exercer sur rendez-vous contre **46,6% des hommes**. Cette différence est significative ($p=0,016$).

Les femmes tendent à travailler moins longtemps que les hommes.

La charge horaire par jour des femmes est en moyenne de **8,8H contre 9,7H** (p=0,014) et la charge journalière par semaine est également plus réduite chez les femmes à **4,5J/Sem contre 5J/Sem** chez les hommes (p=0,0019).

Les femmes demandent significativement plus de présence de cabinet d'Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) que les hommes (78,5% contre 60,6%, p=0,042) lors de leur installation.

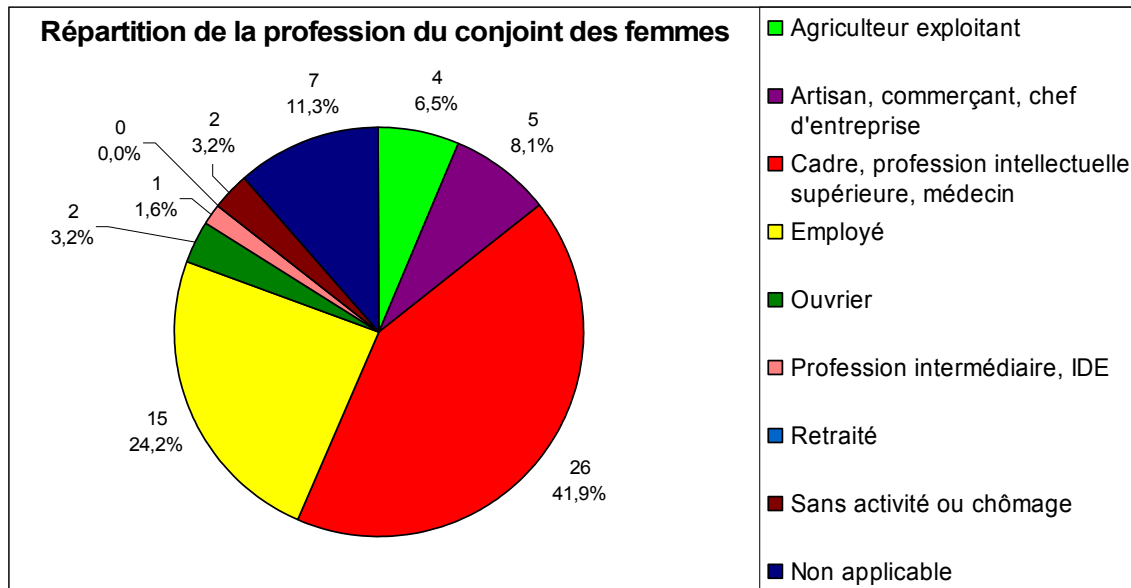
Il y a des différences significatives quant à la profession du conjoint entre hommes et femmes. On retrouve ici une tendance pour les femmes à être en couple avec des hommes exerçant des professions plus variées. Les femmes médecins sont plus en couple avec des employés, à 24,2%, que les hommes.

Les hommes quant à eux sont plus en couple avec des femmes exerçant des professions intellectuelles supérieures à 56,9%, mais aussi avec des femmes exerçant des professions intermédiaires à 15,5%.

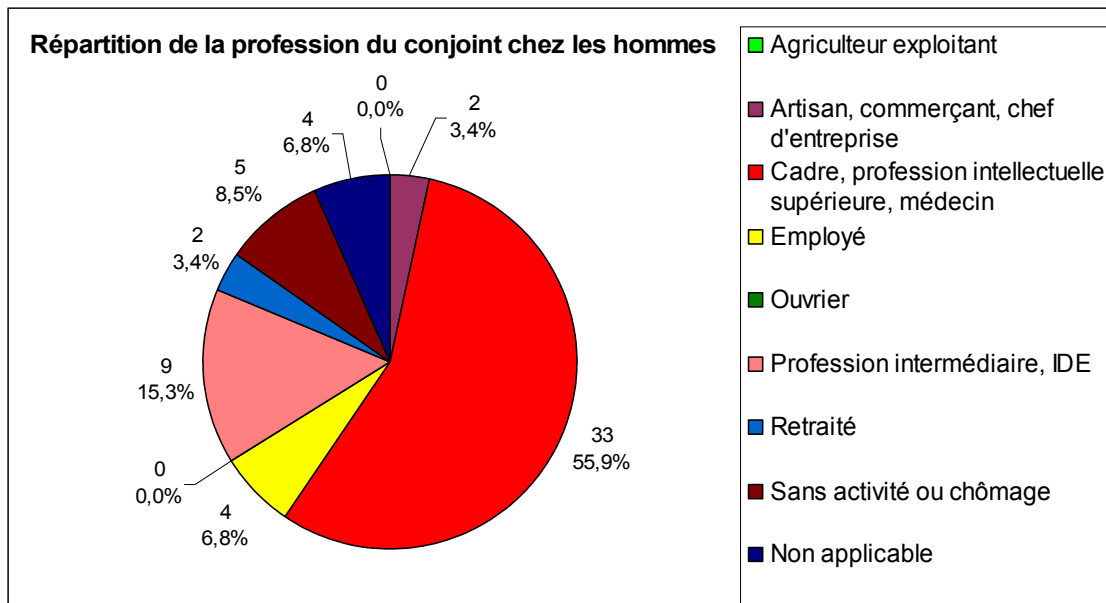
Tableau 5 : Comparaison de la profession du conjoint selon le sexe.

Comparaison de la profession du conjoint selon le sexe					
	Femmes		Hommes		p
	N=65		N=66		
Profession du conjoint					0,00074
Agriculteur exploitant	4	6,5%	0	0%	
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	5	8,1%	2	3,4%	
Cadre, profession intellectuelle supérieure, médecin	26	41,9%	33	56,9%	
Employé	15	24,2%	4	6,9%	
Non applicable	7	11,3%	4	6,9%	
Ouvrier	2	3,2%	0	0%	
Profession intermédiaire, IDE	1	1,6%	9	15,5%	
Retraité	0	0%	2	3,4%	
Sans activité ou chômage	2	3,2%	4	6,9%	

Graphique 18 : Répartition de la profession du conjoint chez les femmes.



Graphique 19 : Répartition de la profession du conjoint chez les hommes.



3. Analyses comparatives selon le statut marital

Il y a très peu de célibataires parmi les médecins interrogés.

Les médecins célibataires sont plutôt des **femmes, à 60%**, mais cela n'est pas significatif.

Les Médecins célibataires sont significativement plus éloignés de leur lieu d'exercice, puisque seulement 30% déclarent avoir leur lieu de résidence dans le même secteur géographique que leur lieu d'exercice ($p=0,013$), et ils sont prêt a faire de plus longs trajet, avec en moyenne **23,4 min** de temps de trajet contre **15,1min** pour les médecins en couple ($p=0,019$).

Les médecins célibataires s'installent significativement plus vite. Le temps entre la soutenance de la Thèse et l'installation est significativement plus court que pour les médecins en couple : **6,9 mois contre 31,3 mois** ($p=0,0099$).

Cela est corrélé au fait que les médecins célibataires exercent moins longtemps comme remplaçants que les médecins en couple.

En moyenne, les médecins **célibataires sont remplaçants 2 ans**, contre **5,9 ans pour les médecins en couple** ($p=0,0054$).

Ce sont les seuls différences significatives relevées entre médecins célibataires et médecins en couple.

4. Analyses comparatives selon le nombre d'enfants à charge

Nous retrouvons peu de différences significatives entre les médecins ayant des enfants à charge et les médecins n'en ayant pas.

Les réponses sont presque similaires à celles des médecins célibataires, puisqu'il y a peu de couple sans enfants parmi les médecins ayant répondu.

En moyenne, le temps entre la fin du SASPAS et l'installation est de **20,6 mois** pour les médecins sans enfants contre **41,5 mois** pour les médecins avec des enfants ($p=0,0098$).

En moyenne, le **temps entre la fin de l'internat et l'installation est de 14,5 mois** pour les médecins sans enfants contre **21,1 mois** pour les médecins avec des enfants ($p=0,002$).

En moyenne, le temps entre la soutenance de la Thèse et l'installation est de 13,4 mois, soit un peu plus de 1 an pour les médecins sans enfants contre 33,7 mois, presque 3 ans, pour les médecins avec des enfants ($p=0,0012$).

En moyenne, le temps entre la **fin de l'internat et l'installation** est de **27,9 mois**, soit un peu plus de 2 ans pour les **médecins sans enfants** contre 54,7 mois pour les médecins avec des enfants ($p=0,00032$).

Les médecins sans enfants prennent significativement **moins de congé : 4,9 semaines** en moyenne contre 6,3 semaines pour leurs confrères ayant des enfants à charge ($p=0,0013$).

Les praticiens sans enfants sollicitent moins les structures liées aux enfants, telles qu'écoles et crèches pour leur installation.

Les praticiens sans enfants trouvent significativement moins nécessaire la présence d'hôpitaux généraux pour leur installation (20,7%) que les médecins ayant des enfants à charge (44,2%, $p=0,04$).

Enfin, les praticiens sans enfants déclarent être significativement moins attachés à leur département d'exercice que les autres praticiens ($p=0,042$).

Nous avons constaté l'apparition d'un profil de **jeunes femmes célibataires sans enfants** qui représente 9,2% des femmes médecins ayant répondu et **4,5%** de la totalité des médecins ayant répondu.

62,1% des médecins célibataires ayant répondu sont des femmes jeunes, de moins de 37ans, qui ne restent pas longtemps remplaçantes, en moyenne 2,5 ans et qui s'installent plus vite que les hommes, mais aussi plus vite que les couples avec enfants.

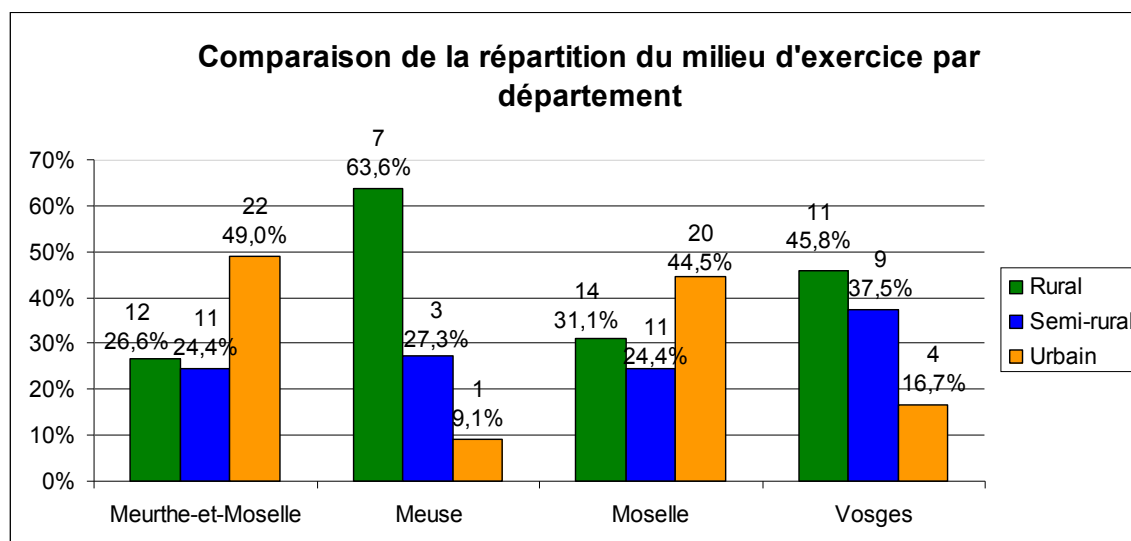
Elles sont plus mobiles que les médecins en couple et avec enfants et sont moins attachées à leur lieu d'installation.

5. Analyses comparatives selon le lieu d'exercice

Il y a peu de différences significatives selon le lieu d'exercice qu'il soit rural, semi-rural ou urbain.

Les médecins exerçant en milieu rural sont significativement plus nombreux dans les 2 départements eux-mêmes qualifiés de plus ruraux, c'est-à-dire la Meuse et les Vosges.

Graphique 20 : Comparaison de la répartition du milieu d'exercice par département.



Les médecins exerçant en milieu rural sont significativement moins souvent originaire du département d'exercice que les médecins exerçant en milieu urbain. **37,2%** des médecins exerçant en milieu **rural** sont **originaires** du département **de leur lieu d'installation** contre **70,2%** des médecins exerçant en milieu **urbain** ($p=0,0071$).

Il existe en Lorraine une mobilité inter départementale, principalement au profit des 2 départements considérés comme majoritairement ruraux, la Meuse et les Vosges.

Tableau 6 : Comparaison de l'origine des médecins selon le lieu d'exercice.

Médecins originaires du département d'exercice			
	Milieu Rural	Milieu Semi-rural	Milieu urbain
Originaires du département d'exercice	37,2%	55,9%	70,2%

80,9% des médecins exerçant en milieu **urbain** déclarent résider à **proximité** de leur lieu d'exercice contre **55,9%** des médecins en milieu **semi-rural** et contre **63,6%** des médecins exerçant en milieu **rural** ($p=0,044$).

Il n'y a par contre pas de différence significative dans le temps de trajet effectué pour se rendre sur le lieu d'exercice.

La totalité des médecins exerçant en milieu **urbain** ont déclaré avoir réalisé leur **internat en Lorraine** contre **88,4%** des médecins exerçant en milieu **rural** et contre **79,4%** des médecins exerçant en milieu **semi-rural** ($p=0,0024$).

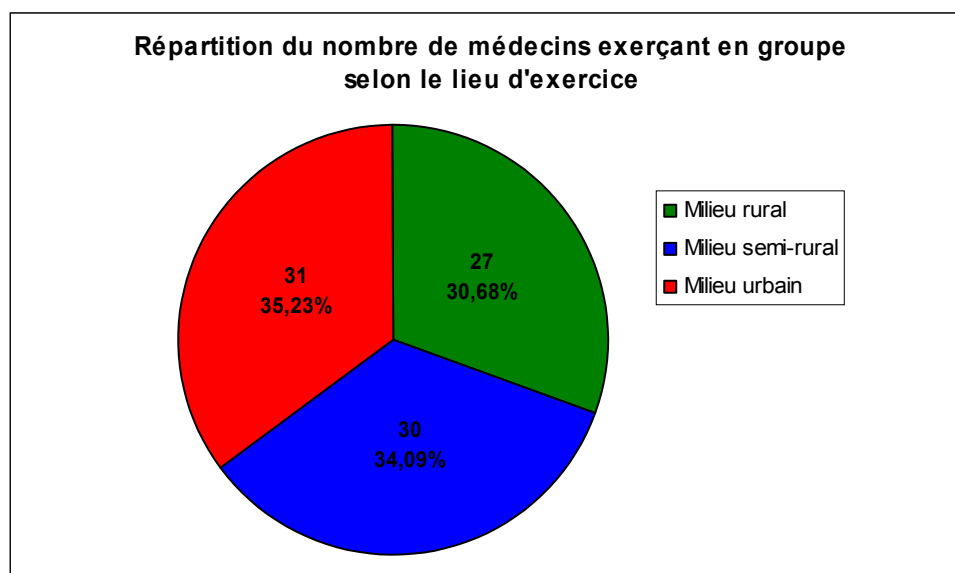
34,1% des médecins exerçant en milieu **rural** ont déclaré avoir créé un cabinet contre **18,6%** des médecins exerçant en milieu **urbain** et contre **11,8%** des médecins exerçant en milieu **semi-rural**.

De même, **32,6%** des médecins en milieu **rural** ont déclaré avoir **succédé** à un autre médecin en cabinet individuel.

L'exercice **en groupe** est significativement plus **important** pour les médecins exerçant en milieu **semi-rural** que pour les autres médecins. 88,2% des médecins exerçant en milieu semi-rural ont déclaré exercer en groupe, contre 72,1% des médecins exerçant en milieu urbain et contre 61,4% des médecins en milieu rural ($p=0,03$).

Pourtant, il n'existe pas de différence significative de l'exercice en groupe selon le lieu d'exercice.

Graphique 21 : Répartition du nombre de médecins exerçant en groupe selon le lieu d'exercice.



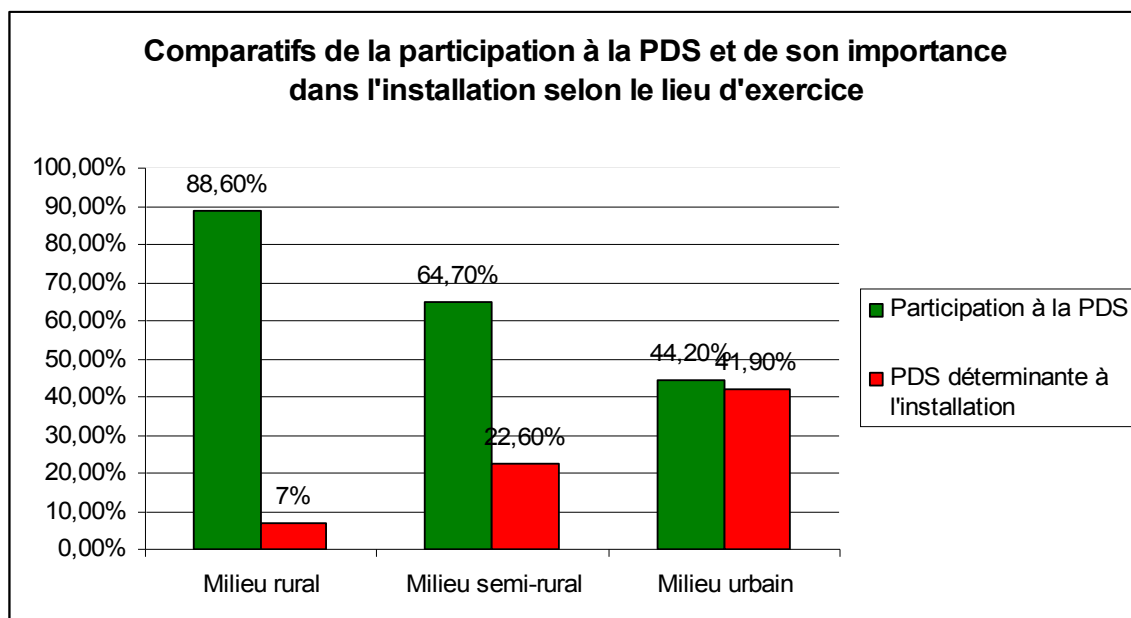
46,5% des médecins exerçant en milieu **urbain** ont déclaré avoir **racheté une patientèle**. Seulement **13,6%** des médecins exerçant en milieu **rural** ont déclaré **avoir racheté une patientèle**.

Cette différence est significative ($p=0,0036$).

Les médecins exerçant en milieu rural prennent moins de congés que leurs confrères exerçant en milieu urbain. En moyenne, **les médecins en milieu rural prennent 5,4 semaines de congé/an contre 6,1 semaines/an pour les médecins exerçant en milieu urbain** ($p=0,04$).

Il y a une différence significative entre les médecins concernant la participation à la Permanence des Soins (PDS) et à son importance pour l'installation.

Graphique 22 : Comparaison de la participation à la PDS et de son importance pour l'installation selon le lieu d'exercice.



Les médecins exerçant en milieu rural sont significativement plus avertis du manque de médecin dans leur secteur que leur confrère. **88,6%** des médecins en milieu **rural** ont déclaré savoir que leur secteur **manquait de médecins**.

Cela fait que **61,9%** des médecins en **milieu rural** ont considéré ce facteur de manque de médecins **déterminant** pour leur installation.

Au niveau des structures considérées comme nécessaires à l'installation, les médecins exerçant en milieu **rural** sont à **88,6%** à considérer la présence d'une **pharmacie** comme

nécessaire à leur installation contre **70,6%** des médecins en milieu **semi-rural** et contre **63,8%** des médecins en milieu **urbain** ($p=0,021$).

Les médecins en milieu rural sont significativement plus nombreux (84,1%) à considérer comme nécessaire à leur installation la présence d'un cabinet d'IDE que leurs confrères exerçant en milieu urbain (59,6%, $p=0,027$).

Les médecins exerçant en milieu rural ont significativement reçus plus d'aides physiques et financières à l'installation que leur confrères mais cela est principalement lié aux conditions d'attribution des aides. Ces résultats sont donc difficilement interprétables.

Nous constatons que **61,4%** des médecins exerçant en milieu **rural** ont déclaré **ne pas avoir reçu d'aides** physiques à l'installation contre 76,6% des médecins exerçant en milieu urbain et contre 85,3% des médecins exerçant en milieu semi-rural ($p=0,05$).

J. Le profil de l'installé lorrain

A partir de ces résultats, nous avons essayé d'établir un profil type du jeune médecin généraliste primo-installé en Lorraine.

Le jeune médecin généraliste lorrain est autant un homme qu'une femme, est âgé de **37ans** en moyenne, vit en couple, avec des enfants à charge (**1,6 enfant/médecin en moyenne**) et est lorrain d'origine.

Son cursus des études médicales

Le jeune médecin généraliste lorrain a réalisé ses études de médecine en Lorraine.

Ses remplacements et son installation

Le jeune médecin généraliste lorrain exerce comme remplaçant pendant **3 à 6 ans** et s'installe en moyenne **4 ans** après la fin de ses études médicales à proximité d'un territoire où il a déjà exercé (SASPAS, remplacement).

Le jeune médecin généraliste lorrain a connaissance de la démographie médicale de son

territoire d'installation, investit peu et rachète peu souvent la patientèle à son prédécesseur.

Ses conditions d'exercice

Le jeune médecin généraliste lorrain exerce autant en milieu rural, semi-rural et urbain, principalement en groupe, ou au sein de MSP, pendant **9,2 heures par jour et 4,7 jours par semaine** en moyenne, exerce très peu d'activité salariée en parallèle de son activité libérale et partage et échange avec ses confrères et ses associés sur le plan informatique.

Le contexte socio-économique du territoire de son installation

Le jeune médecin généraliste lorrain réside **prêt de son lieu d'exercice** et sollicite principalement la présence d'écoles, de commerces de proximité et des moyens de communication mais il effectue **peu de trajet** pour se rendre sur son lieu de travail.

Les aides à son installation

Le jeune médecin généraliste lorrain reçoit **peu d'aides financières** à l'installation, sauf en milieu rural (cumul possible de plusieurs aides financières).

Son environnement personnel

Le jeune médecin généraliste lorrain est **en couple** avec un conjoint qui exerce une profession intellectuelle supérieure, est **peu mobile** et s'investit dans l'installation.

Le jeune médecin généraliste lorrain est généralement très satisfait de son installation.

Parmi ces jeunes médecins généralistes récemment installés, nous pouvons identifier d'autres profils.

La jeune femme célibataire sans enfant, à la sortie de ses études médicales, va peu remplacer et s'installer significativement plus rapidement que la moyenne des jeunes installés que nous avons interrogés.

Ce profil est minoritaire et correspond à **4,5%** des jeunes médecins généralistes que nous avons interrogés.

IV. DISCUSSION

A. Biais de l'étude, discussion de la méthodologie

1. Biais de l'étude, discussion de l'échantillon

Les jeunes médecins installés ayant répondu à notre enquête semblent plébisciter une installation en médecine générale en libéral puisque **75,9%** des jeunes médecins généralistes interrogés ont été **très satisfaits de leur installation**.

Ces chiffres sont biaisés par un **biais de sélection**, puisque nous n'avons interrogé que des médecins généralistes libéraux qui ont fait une démarche positive d'installation.

Nous n'avons pas les données concernant les médecins qui ne se sont pas installés, ni de ceux qui sont salariés.

L'échantillon qui a répondu à notre enquête est assez restreint, avec 125 réponses exploitables sur **137 répondants, sur 162** e-mails envoyés et sur une population de 209 médecins considérés comme primo-installés en Lorraine depuis le premier janvier 2010.

Cela abaisse le **taux de réponse à 59,8%** et a fait perdre de la significativité à l'échantillon interrogé.

Nous aurions pu également nous attendre à une **plus forte féminisation**.

Selon le CNOM (16), 60% des médecins généralistes libéraux mixtes âgés de moins de 40 ans sont des femmes en France.

Il y a **49,6% de femmes** ayant répondu à cette enquête.

Les données sur le salariat ont été très difficilement interprétables vu le faible taux de répondants.

Seulement 9,9% des médecins généralistes interrogés ont déclaré avoir une activité salariée en parallèle de leur activité libérale.

2. Discussion de la méthodologie

L'enquête réalisée est basée sur des données déclaratives et a été réalisée par internet via un envoi par e-mail, elle souffre donc d'un **biais de sélection** puisque seuls les médecins ayant voulu participé nous ont transmis leurs coordonnées électroniques et nous n'avons pas les réponses des médecins n'ayant pas d'adresse électronique.

Il y a un risque que certaines questions n'aient pas été correctement comprises par les médecins interrogés et donc qu'elles soient biaisées.

Cela semble vrai pour la question concernant le rachat de patientèle qui ne précisait pas si elle incluait le rachat de parts de société au sein d'un groupe, ni ne permettait d'évaluer la valeur du rachat de patientèle.

Il est possible que des médecins aient racheté une patientèle pour une somme très restreinte ou bien pour des raisons statutaires pour intégrer un groupe.

Il en va de même pour la question concernant l'investissement financier puisqu'il n'avait pas été demandé aux médecins interrogés de préciser quel type d'investissement financier ils avaient réalisé, ni quelles sommes avaient été engagées.

Il en va de même pour la question concernant l'attrait de la région d'exercice, les réponses à cette question sont très contrastées avec une forte proportion des médecins ayant répondu qui ne considèrent pas du tout comme déterminant l'attrait du secteur d'exercice et au contraire, une autre proportion des médecins qui l'ont considéré comme tout à fait déterminant.

Les réponses aux questions sur la succession de cabinet et sur le type d'exercice sont discordantes.

Il est possible que ces questions n'aient pas été correctement comprises.

Il est probable que certains médecins généralistes aient succédé à un confrère en exercice solitaire et qu'ils aient ensuite rallié un groupe ou une MSP.

Cette démarche n'est pas impossible et ne peut pas être montrée par cette enquête.

Les analyses comparatives de différentes sous-populations de jeunes médecins ont apporté des informations permettant d'envisager un profil type du jeune médecin généraliste récemment

installé en Lorraine mais vu les faibles effectifs des sous-populations étudiées, il apparaît que les différences constatées sont peu représentatives et sont à considérées avec prudence. Ceci est particulièrement vrai pour les analyses comparatives selon le lieu d'exercice ou chaque sous-population se compose de 30 à 40 individus.

B. Le profil du jeune médecin généraliste installé en Lorraine

Un profil type du jeune médecin généraliste primo-installé en Lorraine a été établi.

Ce profil semble en accord avec les intentions des jeunes médecins généralistes et internes relevées par l'ISNAR-IMG (5) et avec les constatations du CNOM dans son atlas de la démographie médicale de 2015 (16).

Dans son enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, l'ISNAR-IMG (5) déclare que « 84 % des internes ont fait un choix positif pour la médecine générale. ». Les jeunes médecins généralistes lorrains **s'installent aussi par conviction.**

Les jeunes installés lorrains se rapprochent des intentions des internes constatées par l'ISNAR-IMG (5) également sur le plan de leur exercice, appliquant donc leurs intentions premières d'exercice envisagées lorsqu'ils étaient internes.

L'ISNAR-IMG (5) signale que « 79 % des internes souhaitent exercer dans leur subdivision d'internat ».

C'est encore plus flagrant en Lorraine où **83,2%** des médecins généralistes lorrains sont **originaires de Lorraine** et où **90,2%** d'entre eux ont effectué leur **internat en Lorraine.**

Le CNOM (16) remarque que 20,3% des nouveaux inscrits au 1^{er} janvier 2015 sont des médecins remplaçants.

La quasi-totalité des jeunes généralistes lorrains récemment installés ont été remplaçants. Cela n'a pas l'air de nuire à l'installation, bien au contraire, car bien souvent le **remplacement dure moins de 5 ans en moyenne et sert de tremplin à l'installation.**

Le temps de trajet effectué pour se rendre sur le lieu d'exercice est situé entre 15 et 30 minutes avec des nuances selon les médecins. Les médecins exerçant en milieu rural effectuant plus de trajet, ainsi que les médecins célibataires sans enfants.

Les jeunes médecins généralistes récemment installés en Lorraine **participent à la Permanence des Soins (PDS)** de leur secteur et que **cela n'est pas déterminant pour leur installation**, ils savent qu'ils doivent y participer et ne cherchent pas à s'installer particulièrement dans des territoires où la PDS serait moindre.

L'ISNAR-IMG (5) avait déjà réalisé ce constat chez les internes de médecine générale : « Les internes ont, par exemple, déjà acquis que la permanence des soins ambulatoires fait partie de leur futur métier de médecin généraliste, 79% ayant répondu favorablement à cette question. »

L'ISNAR-IMG déclare dans son étude (5) que les internes « ont aussi compris qu'être médecin libéral implique un apport financier, et 68 % souhaitent investir dans leur futur lieu d'exercice ». Cela est plus modéré parmi les jeunes médecins généralistes récemment installés en Lorraine, puisque **55,8%** des jeunes installés lorrains ont réalisé un **investissement financier**.

Les jeunes médecins installés en Lorraine considèrent plusieurs structures nécessaires à leur installation, et en particulier **écoles** et **commerces** ainsi que des **structures de communication** et **un accès à internet haut débit**, exprimant ainsi le souhait « d'un exercice compatible avec leur cadre de vie familial et social. » (5) tout comme l'ISNAR-IMG le rapporte pour les internes de médecine générale.

Les jeunes médecins installés en Lorraine jugent nécessaire la présence de différentes **structures sanitaires résolument tournées vers l'exercice ambulatoire**.

C'est déjà ce qu'avait constaté l'ISNAR-IMG (5) dans son étude où « 90 % des internes souhaitent avoir à proximité de leur lieu de travail un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie, des praticiens paramédicaux libéraux et un cabinet de radiologie avec échographie ».

Enfin, à propos de la **féménisation**, Le profil de la jeune femme médecin célibataire sans enfants qui remplace peu de temps s'installe significativement plus vite que les médecins plus

âgés, en couple avec enfants pourrait être une illustration de la féminisation en cours en Lorraine.

Le CNOM (16) affirme que **la féminisation est un atout pour la médecine générale libérale**.

Peut-être ce profil est-il dû au hasard ? Ou bien ce profil est le résultat des politiques d'aide à l'installation récemment développées par le programme du PAPS au sein de l'ARS en Lorraine.

Nous n'avons pas assez de données pour répondre à ces questions ici. D'autant plus que seulement 4,5% de répondants correspondent à ce profil.

C. Les déterminants à l'installation, une classification ?

Dans son étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins, le CGET (6) met en évidence des facteurs d'attractivité théoriques pour l'implantation des jeunes médecins qui sont classés comme suit :

« Rang 3 (qualifiés de déterminants) :

- Possibilité d'exercer dans une MSP, un cabinet de groupe ou dans le cadre d'un projet professionnel de territoire avec des confrères
- Cadre de vie agréable

Rang 2 (qualifiés de critères importants) :

- Possibilité d'insertion professionnelle du conjoint
- Présence de médecins généralistes sur le territoire
- Crainte d'une surcharge de travail
- Crainte de l'isolement professionnel

Rang 1 (qualifiés de facteurs secondaires) :

- Proximité d'un service des urgences
- Proximité / Accessibilité de services médicaux (radiologie, laboratoire d'analyses médicales, pharmacie)
- Présence de professionnels paramédicaux sur le territoire
- Potentiel d'activité trop limité (offre abondante, population en diminution, faible densité de population)
- Services éducatifs et de garde pour les enfants
- Présence de services, équipements et infrastructures
- Exercice dans une ville de taille moyenne »

Une classification de ces facteurs semble intéressante, mais cette étude ne permet pas d'envisager la même classification pour les jeunes médecins généralistes lorrains.

Tout d'abord, plusieurs notions listées par le CGET semblent redondantes.

En effet, la notion «d'exercer dans une MSP, un cabinet de groupe ou dans le cadre d'un projet professionnel de territoire avec des confrères» va de paire avec la notion de «Présence de médecins généralistes sur le territoire», et va aussi compenser l'effet de « Crainte d'isolement professionnel».

Ces 3 notions peuvent être groupées en un seul aspect « d'exercice en groupe » et font surtout apparaître la notion « de bonnes conditions d'exercice ».

Le critère **d'exercice en groupe** apparaît comme un déterminant à l'installation des jeunes généralistes lorrains. Ce facteur est un déterminant indéniable à l'installation des jeunes médecins généralistes lorrains.

La notion de **bonnes conditions d'exercices** est également un déterminant à l'installation des jeunes médecins généraliste lorrains.

La notion de «Proximité / Accessibilité de services médicaux» peut être combinée avec la notion de «Présence de professionnels paramédicaux sur le territoire», et peut être aussi combinée à la notion de « Proximité d'un service des urgences »

Ces notions amènent plutôt à une idée « **d'environnement professionnel déterminant** ».

Les jeunes médecins généralistes en Lorraine ont jugé nécessaire à leur installation de multiples infrastructures de santé.

Comme le CGET, nous retrouvons les cabinets de radiologie, les laboratoires d'analyses médicales, les pharmacies, mais nous mettons en évidence aussi une importance des cabinets d'IDE et la présence d'hôpitaux généraux à proximité de leur lieu d'exercice.

Ensuite, différents facteurs qui semblent de moindre importance pour le CGET sont apparus comme étant des déterminants à l'installation pour les jeunes médecins généralistes en Lorraine.

La notion de « **Possibilité d'insertion professionnelle du conjoint** » semble être un vrai déterminant pour les jeunes médecins généralistes installés en Lorraine, puisque près de 44,5% d'entre eux considèrent que leur conjoint a été déterminant dans leur choix d'installation, et il a même été précisé que le conjoint s'est impliqué dans l'installation.

La possibilité d'insertion professionnelle du conjoint est non seulement importante mais semble essentielle puisque nous constatons que les conjoints de médecins récemment installés exercent surtout des professions de cadre ou de professions intellectuelles supérieures, qu'ils sont peu mobiles, et qu'ils sont très peu à changer d'emploi pour suivre l'installation de leur conjoint jeune médecin généraliste. Cela peut être un handicap pour certains territoires en voie de désertification (en milieu rural, par exemple) où les opportunités d'emploi sont plus limitées.

D'autres critères, au contraire, ont semblés de **moindre importance**.

La notion de « Cadre de vie agréable » n'intervient pas dans la décision d'installation des jeunes médecins lorrains.

La « crainte de surcharge de travail », ne semble pas être vraiment une crainte : les jeunes installés lorrains considèrent déjà leur activité comme importante et déclarent travailler près de 45H/semaine compensant la notion de « Potentiel d'activité trop limité » qui ne semble pas être en Lorraine un problème majeur pour les jeunes installés.

La notion « Exercice dans une ville de taille moyenne » ne semble pas particulièrement être sollicitée par les jeunes généralistes lorrains, puisque la répartition entre les milieux ruraux, semi-ruraux et citadins est équivalente. En Lorraine, les jeunes installés semblent même éviter les 2 principales grandes agglomérations de Metz et Nancy, 15,2% des jeunes installés exercent dans ces 2 grandes agglomérations.

Ceci est probablement en lien avec le fait que la Lorraine est une région contrastée proposant de grandes zones rurales à l'ouest et une zone urbaine plus dense le long du sillon mosellan.

Enfin, des critères énoncés par le CGET semblent concorder avec nos constatations chez les jeunes médecins généralistes lorrains.

La notion de « **Services éducatifs et de garde pour les enfants** », avec une nette sollicitation pour la **présence d'écoles**, est essentielle dans le secteur de résidence des jeunes médecins généralistes lorrains.

D'où l'idée qu'il n'y a pas qu'un médecin à installer sur un territoire mais bel et bien une famille entière.

La notion de « **Présence de services, équipements et infrastructures** », avec une très nette nécessité d'infrastructures de communication avec accès à internet haut débit, semble essentielle au mode de vie des jeunes médecins généralistes récemment installés en Lorraine.

En suivant le même type de classification que le CGET, une liste des différents facteurs, critères et déterminants à l'installation en Lorraine peut être établie :

Rang 3 : les déterminants à l'installation :

- **L'exercice en groupe.** La Possibilité d'exercer dans une MSP, un cabinet de groupe ou dans le cadre d'un projet professionnel de territoire avec des confrères.
- **De bonnes conditions d'exercice.** La possibilité de libérer du temps de travail médical et de pouvoir avoir un exercice compatible avec un bon cadre de vie familial et social.

Rang 2 : les critères importants :

- **L'environnement professionnel.** Pouvoir exercer à proximité de services médicaux et paramédicaux orientés vers l'exercice ambulatoire (pharmacie, IDE, radiologie, laboratoire d'analyses médicales)
- **La possibilité d'insertion professionnelle du conjoint.** Pouvoir envisager d'installer sa famille à proximité du secteur d'exercice.

Rang 1 : Les facteurs secondaires :

- **L'accès aux services éducatifs et de garde pour les enfants.** Pouvoir accéder à des structures d'éducation pour ses enfants.
- **La présence de services d'équipements et d'infrastructures.** Pouvoir s'installer dans un secteur permettant l'accès à des moyens de communications (internet haut débit) et à des commerces de proximité.

D. Quelles mesures pour l'avenir

1. L'information, une aide à l'installation

Le fait d'avoir réalisé un **SASPAS** ou d'avoir remplacer dans un secteur peut être un facteur pris en compte dans le choix du lieu d'installation.

Le **remplacement** peut servir de tremplin à l'installation.

De plus, savoir où les secteurs manquent de médecins peut être un facteur pris en compte par les jeunes médecins pour leur installation.

C'est pourquoi les démarches visant à **informer et soutenir** les jeunes médecins généralistes dans leur installation semblent primordiales.

Les initiatives de l'ARS-Lorraine et les initiatives nationales vont dans ce sens et la création du **portail PAPS** est clairement un atout pour les jeunes généralistes lorrains.

Le fait de pouvoir envisager une **4^{ème} année d'étude** au cursus de médecine générale sur le mode du **clincat** pourrait également fournir les bases aux jeunes médecins généralistes pour envisager un secteur d'installation.

Plutôt que de laisser les jeunes médecins généralistes tester et se renseigner par eux-mêmes sur l'activité d'un secteur, une telle année supplémentaire pourrait les aider à accélérer leur installation.

Le **manque d'information** des jeunes médecins sur **les aides** physiques et financières à l'installation disponibles est également un aspect à prendre en compte.

Il semble que très peu de médecins ne savent d'où proviennent les aides qu'ils perçoivent. Il ne semble pas que les jeunes installés lorrains aient identifié des aides venant des départements en Lorraine.

Mais cela est-il dû au fait que de tels aides n'existent pas ? Ou bien cela est-il dû au fait que les médecins n'identifient pas les départements comme pourvoyeurs d'aides par manque d'information ?

Ce travail ne permet pas de répondre.

Il pourrait être envisageable de développer de **nouveaux types d'aides**, peut-être plus ciblées et avec une meilleure répartition des pourvoyeurs de ces aides.

Ainsi des mesures de **prime** fournie aux **internes** de médecine générale pour **les inciter** à aller effectuer un stage auprès d'un praticien dans des **territoires en voie de désertification** pourrait être une bonne mesure.

Ce genre d'aide pourrait être pris en charge par **les départements** concernés.

La Lozère (22), par exemple, propose une bourse de stage aux internes effectuant un stage dans un cabinet médical situé sur son territoire.

2. Les conditions d'exercice et l'exercice en groupe, les MSP : une solution ?

L'exercice en groupe est de plus en plus sollicité par les jeunes médecins généralistes. Le CNOM dans son Atlas de la démographie médicale de 2015 (16) a constaté une augmentation du nombre de médecins exerçant en groupe.

Les jeunes installés lorrains ne font pas exception.

Le CGET considère **l'exercice en groupe comme un déterminant majeur à l'installation**, puisqu'il est qualifié du plus haut rang parmi les différents déterminants et critères étudiés par le CGET (6).

L'exercice en groupe est également renforcé par **l'exercice en MSP**. En Lorraine nous avons constaté que 23,5% des jeunes généralistes interrogés exerçaient en MSP.

D'autres études détaillent avec plus de précisions l'impact de ces MSP sur l'installation.

Ainsi Hélène TEXIER dans sa Thèse sur l'Etude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des MSP auprès des internes et jeunes diplômés en médecine générale d'Aquitaine (33) retrouve que « Les conditions de travail proposées au sein des MSP sont globalement incitatives pour les jeunes médecins. Mais les critères les plus spécifiques des MSP (nouvelles rémunérations pour les activités de soins coordonnés) sont les moins incitatifs, alors que ceux qui ne sont pas spécifiques et peuvent être mis en place partout sont les plus incitatifs.

L'organisation des MSP pourrait alors être une base de réflexion sur **une nouvelle façon d'envisager l'exercice en groupe**.

3. Le conjoint et la famille, un réinvestissement des territoires nécessaire ?

Ce n'est pas qu'un médecin qui doit s'installer dans un secteur mais aussi un **conjoint**, qui exerce bien souvent une profession de cadre ou de profession intellectuelle supérieure, et des **enfants**, qui nécessitent des services de garde et de scolarisation.

Il y a une forte attache au conjoint de la part des jeunes médecins généralistes récemment installés en Lorraine, ceci lié à une faible capacité de mobilité de celui-ci.

Cela montre la nécessité de la part des pouvoirs publics de **réinvestir des territoires** qui ne sont pas que des « déserts médicaux ».

L'ISNAR-IMG (5) concluait déjà à cette remarque lors de son étude en 2011 :

« Concernant l'environnement de vie des futurs praticiens, une majorité d'entre eux considère indispensables certains services de proximité, comme une école pour 72 %, une épicerie, un bureau de poste, une station service, des pompiers... et jusqu'à une banque pour encore 45,9 % d'entre eux. Cela exprime une requête de réinvestissement des territoires par des services dits de proximité, situés au maximum à une demi-heure du lieu d'exercice. »

Il existe de fortes différences inter départementales au sein de la région, ce que le CNOM confirme (16) :

« A l'échelle départementale, les écarts de densité médicale mettent en évidence des départements qui se désertifient nettement plus rapidement que d'autres. »

En Lorraine, les départements de la Meuse et des Vosges se sont désertifiés mais nous avons constaté qu'il existait une migration positive des jeunes installés pour ces 2 départements.

La Moselle est en voie de désertification avec une population médicale vieillissante et semblent moins renouveler son pool de jeunes installés.

Des **démarches d'incitation et d'aides à l'installation** dans de tels territoires existent dans certaines régions et sont pilotées par **les conseils départementaux** concernés.

Par exemple, le département de l'Allier a créé la Mission Accueil Allier (34) depuis plus de 10 ans afin de favoriser l'accueil et l'installation de nouvelles initiatives locales.

C'est aussi le cas du département de la Sarthe (35) qui propose des aides aux internes de médecine générale durant leurs études s'ils s'engagent à s'installer dans le département dans les 6 mois après l'obtention de leur Thèse.

Peut-être que des mesures identiques pourraient être envisagées par certains départements lorrains.

V. CONCLUSION

Malgré des biais de recrutement et une faible population étudiée, un profil de l'installé lorrain a pu être ébauché mais il nécessite d'être confirmé et précisé sur plusieurs points.

En effet, l'apparition d'un profil de jeunes femmes célibataires, sans enfants s'installant plus rapidement a été évoqué mais ce profil semble très minoritaire.

Cette étude est dans l'incapacité de montrer si ce profil est une illustration de la féminisation en Lorraine qui est encore en progrès, ou bien s'il est seulement dû au hasard.

Ce travail a également permis de définir et de classer les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes lorrains.

Il apparaît que l'exercice en groupe est un déterminant majeur si ce n'est le déterminant principal à l'installation.

L'exercice en groupe se développe en Lorraine et le développement de nouvelles MSP semble être une des solutions pour attirer de nouveaux médecins sur un secteur.

Encore faut-il que ce secteur ne soit pas en voie de désertification, car nous avons montré que ce n'était pas un médecin seul qu'il fallait installer mais toute une famille avec des enfants et avec un conjoint peu mobile qui exerce lui aussi une profession de cadre ou de profession intellectuelle supérieure.

Seul une politique forte de réinvestissement des territoires en voie de désertification pourrait permettre à ces familles de venir s'installer dans ces territoires.

Une bonne information des professionnels ainsi qu'un encadrement des jeunes médecins généralistes dès leur formation semblent être des solutions envisageables. Une quatrième année d'étude en médecine générale basée sur le concept du clinicat pourrait aider à fixer des jeunes praticiens en leur faisant découvrir des territoires qu'ils n'auraient pas envisagés.

Enfin, une évolution des aides à l'installation semble utile puisque peu de jeunes médecins en bénéficient et semblent les connaître.

Une meilleure information sur les aides à l'installation avec un meilleur maillage des organismes les proposant semble une solution pour améliorer les conditions d'installation des jeunes généralistes.

D'autres études pourraient découler de ce travail.

Il pourrait être intéressant d'étudier plus en détail l'impact des stages SASPAS sur l'installation.

Il serait intéressant d'étudier plus en détail le profil de l'installé lorrains et de le comparer à l'ensemble des médecins généralistes en Lorraine.

Les médecins plus âgés sont-ils plus prêt à s'installer en MSP ?

Ils sont principalement les instigateurs et les responsables de ces structures et participent à la dynamisation de leur territoire, une étude sur leur implication pourrait être intéressante.

Il pourrait être intéressant de comparer ce profil à d'autres travaux européen. Ce profil se retrouve-t-il en Allemagne.

Il pourrait être utile d'analyser plus en profondeur les aides à l'installation et leur impact sur la décision d'installation des praticiens.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. République française. Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008. Legifrance [En ligne]. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017726554&dateTexte=&categorieLien=id> Consulté le 31 janvier 2016
2. République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Legifrance [En ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> Consulté le 31 janvier 2016
3. DREES, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. La démographie des médecins. Janvier 2015 [En ligne]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps> consulté le 31 janvier 2016
4. DREES, Les médecins au 1er janvier 2013 [En ligne]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriostat179.pdf> Consulté le 31 janvier 2016
5. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des Internes de Médecine Générale. 22 Avril 2011 [En ligne]. Disponible sur : http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422_isnar-img_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_img_resultats_complets.pdf Consulté le 31 janvier 2016
6. CGET. Etude sur la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. 1 Novembre 2015 [En ligne]. Disponible sur : http://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/etude_jeunes_medecins_generalistes_cget_0.pdf Consulté le 15 février 2016
7. Code de la santé publique, Article L. 1142-2 L., L. 4111-1, L. 4112-7, L. 4131-1 et L. 4161-1 du code de la santé publique. Legifrance [En ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665> Consulté le 15 février 2016
8. CNOM. Rappel du code de déontologie médicale français [En ligne]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> Consulté le 15 févr 2016
9. CNOM. Les conditions légales pour exercer la médecine en France [En ligne]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conditions_legales_exercice.pdf Consulté le 20 janvier 2016

- 10 : UNAPL. Définition des Professions Libérales. L'entreprise libérale, N°81, Février 2011 [En ligne]. Disponible sur : http://www.unapl.fr/files/pdf/el_81_definitions_et_valeurs_des_pl.pdf Consulté le 21 janvier 2016
11. UNAPL. Un secteur désormais défini [En ligne]. Disponible sur : <http://www.unapl.fr/index.php/un-secteur-desormais-defini.html> Consulté le 21 janvier 2016
12. Union Européenne. Directive Européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles du 7 septembre 2005 ; n° 43 de la « Directive Qualifications Professionnelles », EUR-Lex - 32005L0036, EUR-Lex [En ligne]. Disponible sur: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32005L0036> Consulté le 15 février 2016
13. République française. Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives. Legifrance [En ligne]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025553296&categorieLien=id> Consulté le 15 février 2016
14. CPAM. Ameli, Votre installation en libéral [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/votre-installation-en-liberal/vous-vous-installez-en-liberal.php> Consulté le 15 février 2016
15. CNOM. Inscription au Tableau du Conseil National de l'Ordre des Médecins [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/l-inscription-au-tableau-1233> Consulté le 20 janvier 2016
16. CNOM. Atlas national de la démographie médicale 2015 [En ligne]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf Consulté le 20 janvier 2016
17. CNOM. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins lance le débat sur les idées reçues de la démographie médicale, Atlas de la démographie médicale 2015 [En ligne]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607> Consulté le 20 janvier 2016
18. ARS-Lorraine. Pacte Territoire-Santé, Un plan global de lutte contre les déserts médicaux. Rencontre « Pacte territoire santé », Metz, le 19 Février 2013.
19. CNOM, Démographie des médecins généralistes de la Région ALCA, Atlas national de la démographie médicale 2015 [En ligne]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf Consulté le 20 janvier 2016
20. ARS-Lorraine. PAPS Lorraine: Accueil [En ligne]. Disponible sur: <http://www.lorraine.paps.sante.fr/Accueil.2753.0.html> Consulté le 20 janvier 2016

21. ARS Lorraine. Aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé en Lorraine. Janvier 2014 [En ligne]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PACTE_SANTE_TERRITOIRE/ARS_Lorraine-Guide_Aide_Maintien-Installation_PS-web.pdf Consulté le 20 janvier 2016
22. ISNAR-IMG. Guide des aides à l'installation. 11 avril 2013 [En ligne]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/130411_isnaring_guide_aidesalinstallation.pdf Consulté le janvier 2016
23. ARS-Lorraine. PAPS Lorraine : Dispositif de Praticien Territorial de Médecine Générale [En ligne]. Disponible sur: <http://www.lorraine.paps.sante.fr/Dispositif-de-Praticien-Territorial-de-Medecine-Generale.31833.0.html> Consulté le 1 février 2016
24. ARS-Lorraine. PAPS Lorraine: Aides de l'Assurance Maladie [En ligne]. Disponible sur: <http://www.lorraine.paps.sante.fr/Aides-de-l-Assurance-Maladie.31832.0.html> consulté le 1 février 2016
25. ARS-Lorraine. PAPS Lorraine: Exonérations fiscales pour l'activité de PDSA [En ligne]. Disponible sur: <http://www.lorraine.paps.sante.fr/Exonerations-fiscales-pour-l-activite-de-PDSA.31831.0.html> Consulté le 1 février 2016
26. DATAR. Zone de revitalisation rurale. Portail de l'Aménagement du Territoire [En ligne]. Disponible sur: <http://www.datar.gouv.fr/zone-de-revitalisation-rurale> Consulté le 16 février 2016
27. République française. Service-Public-Pro.fr, Vérifié le 22 février 2016 - Direction de l'information légale et administrative. Exonérations d'impôts en ZRR. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F31139> Consulté le 25 février 2016
28. République française. Service-Public-Pro.fr, Vérifié le 22 février 2016 - Direction de l'information légale et administrative. Exonérations dans une zone franche urbaine (ZFU). [En ligne]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F31149> Consulté le 25 février 2016
29. ARS-Lorraine. Carte des Zones Eligibles, Avril 2014 [En ligne]. Disponible sur: http://www.lorraine.paps.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/CARTOGRAPHIE/CarteMG-PTMG-ZonesEligibles-Avril_2014.jpg Consulté le 16 février 2016
30. DATAR. Carte des ZRR, Arrêté de 2010 [En ligne]. Disponible sur: http://www.datar.gouv.fr/sites/default/files/fr_zrr_arrete2010-carte.pdf Consulté le 16 février 2016
31. ARS-Lorraine, Promotion des MSP [En ligne]. Disponible sur : <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Maisons-de-Sante-Pluriprofessi.140195.0.html> Consulté le 1 février 2016

32. ARS-Lorraine. Lorraine : Cartographie des MSP [En ligne]. []. Disponible sur: http://www.lorraine.paps.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/CARTOGRAPHIE/Lorraine-Cartographie_MSP.jpg Consulté le 1 février 2016
33. Helene Texier. Etude de l'attractivité à l'installation en milieu rural des maisons de santé pluri professionnelles auprès des internes et jeunes diplômés de médecine générale d'Aquitaine. Thèse. Université d'Aquitaine. Human health and pathology. 2013. <dumas-00954606>
34. Conseil Général de l'Allier. Mission Accueil Allier [En ligne]. Disponible sur : <http://www.rejoignezlallier.fr/3449-une-equipe-pour-vos-projets.htm> Consulté le 28 février 2016.
35. Conseil général de la Sarthe. S'implanter en Sarthe. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sarthe.com/TerreCreateursEntreprises.aspx> Consulté le 28 février 2016

VII. ANNEXES

1. Questionnaire préliminaire réalisé auprès des médecins membres du DUMG de Nancy

<u>Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine ? : pré questionnaire réalisé auprès de Médecins du Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Nancy</u>
-
Profil de l'enquêté :
Quel est votre sexe ?
Masculin
Féminin
Quel âge avez-vous ?
Depuis combien de temps êtes vous installé ?
Habitez-vous en milieu rural, urbain ou semi rural ? Case à cocher
Rural :
oui
non
Urbain :
oui
non
Semi urbain :
oui
non
Lieu et environnement d'exercice :
Quel est votre lieu d'exercice ?
Exercez-vous en milieu rural, urbain ou semi rural ? Case à cocher
Rural :
oui
non
Urbain
oui
non
Semi-rural

oui
non
Exercez-vous en cabinet seul ?
oui
non
En groupe
oui
non
Ou en maison de santé pluri-professionnelle
oui
non
Exercez-vous dans votre région d'étude (ou d'internat) d'origine ?
oui
non
Quelles structures sanitaires de proximité vous semblent nécessaires voire indispensables pour votre exercice ? :
CHU ?
oui
non
Hôpital Général ?
oui
non
Hôpital local ?
oui
non
Cabinet de radiologie ?
oui
non
Scanner ?
oui
non
Laboratoire d'analyses médicales ?
oui
non
Maison de retraite ?
oui
non
Pharmacie ?
oui
non
Cabinet d'IDE ?
oui

non
Kinésithérapeute ?
oui
non
Autre ? (précisez)
Temps de travail et Rémunération :
Combien d'heures par jour travaillez-vous hors de la Permanence des soins ?
Combien de jours par semaine ?
Consultez-vous le samedi matin ?
Combien de semaines de congés par an prenez-vous ?
Vous organisez-vous avec les professionnels de votre secteur afin d'aménager votre emploi du temps ?
oui
non
Vous libérez vous un jour entier par semaine ?
oui
non
Vous libérez vous deux jours entiers par semaine ?
oui
non
Où si vous vous libérez totalement certains jours de la semaine, précisez combien
Quel est votre principal moyen de rémunération ?
L'acte seul
oui
non
le forfait + actes
oui
non
le salariat
oui
non
Concernant votre exercice :
Avez-vous un exercice diversifié ?
oui

non
si oui précisez
Avez-vous été remplaçant avant de vous installer ?
oui
non
Combien de temps êtes-vous resté remplaçant ?
Consultez-vous sur Rendez-vous uniquement ?
oui
non
Sans rendez-vous ?
oui
non
Un mélange des 2 ?
oui
non
Avez-vous un secrétariat physique ?
oui
non
A temps complet ?
oui
non
A temps partiel ?
oui
non
Téléphonique ?
oui
non
Pas de secrétariat du tout ?
oui
non
Etes-vous informatisé complètement (ordonnances et dossiers informatisé) ?
oui
non
Partiellement ?
oui et pour quoi ?
non
Pas d'informatisation sauf pour la carte vitale ?
oui
non
Concernant votre installation :
Selon vous, votre installation s'est-elle bien déroulée ?

oui
non
Si non : pourquoi ?
Avez-vous repris un cabinet avec sa patientèle ?
oui
non
Avez-vous créé votre cabinet ?
oui
non
Connaissiez-vous les aides à l'installation et/ou à l'exercice existant dans votre région ?
oui
non
Précisez lesquels si oui
En avez-vous bénéficié ?
oui
non
précisez lesquels si oui
Avez-vous fait des investissements immobiliers ou mobiliers lors de votre installation ?
oui
non
Avez-vous reçu des aides financières ?
oui
non
Privées ?
Publiques
?
de la part de qui
Quand votre cabinet est-il devenu financièrement « rentable » ?
Nombre nécessaire d'années d'exercice en chiffre
(mettre zéro si toujours pas rentable, sinon chiffre par années)
Au final pourquoi vous êtes vous installé là où vous vous êtes installé ?
Si vous deviez résumer votre installation en trois mots quels seraient-ils ?

2. Courrier électronique adressé aux jeunes médecins généralistes installés en Lorraine depuis le premier Janvier 2010

Madame, Monsieur, chère consœur, cher confrère,

Vous avez reçu ce mail parce que vous avez accepté de consacrer un peu de votre temps pour répondre à un questionnaire concernant mon travail de Thèse, visant à définir les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine.

Ce questionnaire vous est adressé pour recueillir vos impressions vis-à-vis de votre installation.

Il s'agit d'un questionnaire en ligne, pour y répondre, il vous suffit de cliquer sur le lien ci-dessous et de suivre le cours des questions qui vous y seront posées :

<http://app.evalandgo.com/s/?id=JTlCcSU5M2slOUI=&a=JTlCayU5MW8lOUE=>

Enfin, Madame, Monsieur, chère consœur, cher confrère, il ne me reste plus qu'à vous remercier pour votre attention et pour votre participation.

Thomas LOUYOT

3. Courrier électronique de relance adressé aux jeunes médecins généralistes installés en Lorraine depuis le premier Janvier 2010

ATTENTION ! MAIL DE RELANCE !

Madame, Monsieur, chère consœur, cher confrère,

Ce mail est un mail de relance concernant mon travail de Thèse.

Vous avez reçu ce mail parce que vous avez accepté de répondre à un questionnaire qui recueille vos impressions vis-à-vis de votre installation, et ceci pour m'aider à définir les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine.

Si vous avez déjà répondu au questionnaire, je vous en remercie et vous invite à quitter ce mail, ne cliquez pas sur le lien ci-dessous.

Si vous n'avez pas encore répondu au questionnaire, alors je vous invite à le faire via le lien ci-dessous.

Vous avez jusqu'au Mercredi 13 Janvier 2016 17H00 pour répondre, après quoi le lien sera fermé et les données seront analysées.

Il s'agit d'un questionnaire en ligne, pour y répondre, il vous suffit de cliquer sur le lien ci-dessous et de suivre le cours des questions qui vous y seront posées :

<http://app.evalandgo.com/s/?id=JTICcSU5M2slOUI=&a=JTICayU5MW8lOUE=>

Enfin, Madame, Monsieur, chère consœur, cher confrère, il ne me reste plus qu'à vous remercier pour votre attention et pour votre participation.
Thomas LOUYOT

4. Questionnaire adressé aux jeunes médecins généralistes installés en Lorraine depuis le premier Janvier 2010

1. Vos informations personnelles :

Quel est votre sexe ?

- Masculin
- Féminin

2. Quel âge avez-vous ?

Chiffre uniquement

3. Quel est votre statut marital ?

- Etes-vous marié ?
- Etes-vous PACSé ?
- Etes-vous en concubinage ?
- Etes-vous célibataire ?

4. Combien avez-vous d'enfants à charge ?

Chiffre uniquement

5. Dans quel département êtes-vous installé ?

- Meurthe-et-Moselle
- Meuse
- Moselle
- Vosges

6. Etes-vous né(e) en Lorraine?

- Oui
- Non

7. Etes-vous originaire du département où vous vous êtes installé ?

- Oui

- Non

8. Depuis combien d'années êtes-vous installé ?

Chiffre uniquement

9. Quel est votre lieu d'exercice ?

Les grandes agglomérations : METZ-NANCY

Le milieu urbain : ville de + de 15 000 habitants

Le milieu semi-rural : ville de + de 3 500 habitants

Le milieu rural : village de - de 3 500 habitants

10. Votre lieu de résidence est-il dans le même secteur géographique que votre lieu d'exercice ?

- Oui

- Non

11. Combien de temps de trajet (exprimé en minutes) réalisez-vous pour vous rendre de votre domicile à votre cabinet ?

Chiffre uniquement

12. Vos études de médecine :

Avez-vous réalisé votre externat en Lorraine ?

- Oui

- Non

13. Le choix de la médecine générale aux ECN était-elle un choix positif de votre part ?

- Oui

- Non

14. Avez-vous réalisé votre Internat en Lorraine ?

- Oui

- Non

15. Votre installation en Lorraine était-elle un choix positif de votre part ?

- Oui

- Non

16. Avez-vous réalisé votre SASPAS dans le département où vous vous êtes installé ?

- Oui

- Non

17. Combien de temps (exprimé en mois) s'est-il passé entre la réalisation de votre SASPAS et votre installation ?

Chiffre uniquement

18. Combien de temps (exprimé en mois) s'est-il passé entre votre fin d'internat et votre soutenance de Thèse ?

Chiffre uniquement

19. Combien de temps (exprimé en mois) s'est-il passé entre votre soutenance de Thèse et votre installation ?

Chiffre uniquement

20. Avant votre installation :

Avez-vous été remplaçant ?

- Oui

- Non

21. Si vous avez été remplaçant, combien d'années l'avez-vous été ?

22. Avez-vous été collaborateur médical ?

- Oui

- Non

23. Si oui, combien de temps (exprimé en mois) avez-vous été collaborateur médical ?

Chiffre uniquement

24. Vous êtes-vous installé avec ou à proximité de médecins que vous avez remplacé ?

- Oui

- Non

25. Avez-vous créé un cabinet ?

- Oui

- Non

26. Avez-vous intégré un groupe déjà existant en créant un poste supplémentaire ?

- Oui

- Non

27. Avez-vous succédé à un médecin qui exerçait en cabinet individuel ?

- Oui

- Non

28. Avez-vous succédé à un médecin en intégrant un cabinet de groupe ?

- Oui

- Non

29. Avez-vous réalisé un investissement financier lors de votre installation ?

- Oui

- Non

30. Avez-vous racheté une patientèle ?

- Oui

- Non

31. **Vos conditions d'exercice :**

Exercez-vous en cabinet individuel ?

- Oui

- Non

32. Exercez-vous en cabinet de groupe ?

- Oui

- Non

33. Exercez-vous en maison de santé pluri-professionnelle ?

- Oui

- Non

34. Si vous exercez en cabinet de groupe ou en maison de santé pluri-professionnelle, combien avez-vous d'associés ?

Chiffre uniquement

35. Consultez-vous sur rendez-vous uniquement ?

- Oui

- Non

36. Avez-vous un secrétariat physique ?

- Oui

- Non

37. Si vous n'avez pas de secrétariat physique, avez-vous un secrétariat téléphonique ?

- Oui

- Non

38. Si vous exercez en groupe, partagez-vous les dossiers de vos patients avec vos associés ?

- Oui

- Non

39. Si vous exercez seul, vous organisez-vous avec les professionnels de votre secteur afin d'aménager votre emploi du temps ?

- Oui

- Non

40. Combien d'heures par jour travaillez-vous hors de la Permanence des soins ?

Chiffre uniquement

41. Combien de jours par semaines travaillez-vous ?

Chiffre uniquement

42. Vous libérez-vous un jour entier par semaine ?

- Oui

- Non

43. Combien de semaines de congés par an prenez-vous ?

Chiffre uniquement

44. Exercez-vous une activité médicale salariée par ailleurs ?

- Oui

- Non

45. Si vous exercez une activité médicale salariée par ailleurs, dans quelle structure ?

- EHPAD / maison de retraite

- Hôpital local

- Hôpital général

- CHU

- Enseignement

- Expertise

- Autres

46. Si vous exercez une activité médicale salariée par ailleurs, combien d'heures par semaine y consacrez-vous ?

Chiffre uniquement

47. Participez-vous à la permanence des soins dans votre secteur ?

- Oui

- Non

48. Est-ce que le fait de participer ou non à la permanence des soins a aidé à déterminer votre installation ?

- Oui

- Non

49. Selon vous, vos conditions d'exercices ont-elles été déterminantes pour votre installation ?

De « Non, pas du tout » à « Oui, tout à fait » : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

50. **Votre installation :**

Selon-vous, comment évalueriez-vous votre activité lors de votre installation ?

De « Pas assez d'activité » à « Trop forte activité » : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

51. Et actuellement, comment évaluez-vous votre activité ?

De « Pas assez d'activité » à « Trop forte activité » : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

52. Lors de votre installation, comment étaient vos charges financières ?

De « Peu ou pas de charges » à « Trop de charges » : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

53. A l'heure actuelle, comment évaluez-vous vos charges financières ?

De « Peu ou pas de charges » à « Trop de charges » : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

54. Au moment de votre installation, saviez-vous si votre secteur manquait de médecins ?

- Oui

- Non

55. Est-ce que le fait de savoir si votre secteur manquait de médecin a-t-il aidé à déterminer votre installation ?

- Oui

- Non

56. Quelles structures sanitaires sont présentes à proximité de votre cabinet (moins de 15 minutes de trajet) ?

- Le C.H.U.

- Un hôpital général

- Un hôpital local

- Un cabinet de radiologie

- Un laboratoire d'analyses médicales

- Une maison de retraite

- Une pharmacie

- Un cabinet d'Infirmières

- Un kinésithérapeute

- Un pédicure-podologue

- Une Sage-femme

- D'autres médecins spécialistes

- D'autres professions paramédicales

- Aucune de ces structures

57. Parmi ces structures sanitaires, la(les) quelle(s) vous a(ont) semblé nécessaire d'avoir à proximité lors de votre installation ? (Cochez les structures qui vous ont semblé déterminantes)

- Le C.H.U.
- Un hôpital général
- Un hôpital local
- Un cabinet de radiologie
- Un laboratoire d'analyses médicales
- Une maison de retraite
- Une pharmacie
- Un cabinet d'Infirmières
- Un kinésithérapeute
- Un pédicure-podologue
- Une Sage-femme
- D'autres médecins spécialistes
- D'autres professions paramédicales
- Aucune de ces structures

58. Selon vous, est-ce que la proximité d'un ou de plusieurs de ces services a pu déterminé le choix de votre résidence et aider à déterminer l'installation de votre cabinet ? (Cochez les services que vous avez jugé déterminants)

- Un supermarché / Des commerces de proximité
- Une crèche
- Une école
- Un collègue
- Un lycée
- Un bureau de poste
- Un établissement bancaire
- Une caserne de pompiers
- Un commissariat de police
- Des moyens de communications / Internet haut débit
- Aucun de ces services

59. Est-ce que le prix de l'immobilier dans votre secteur a déterminé le lieu de votre résidence ?

- Oui
- Non

60. Si oui, cela a-t-il impacté votre installation ?

- Oui
- Non

61. A propos des aides à l'installation

Est-ce qu'un (ou des) organisme(s) a (ont) aidé à votre installation ? Si oui, le(s)quel(s) ?

- Conseil de l'ordre des médecins
- Agence Régionale de santé (ARS)
- Conseil régional de Lorraine
- Conseil départemental
- Communauté de commune de votre lieu d'exercice
- Non, aucun

62. Avez-vous bénéficié d'aides financières à l'installation ? Et si, oui, quelle(s) aide(s) avez-vous perçu ?

- Aides aux Zones de Revitalisation Rurale ?
- Aides de Zone Franche Urbaine ?
- Aides aux Zones médicales déficitaires ? Avec signature d'un Contrat d'Engagement de -Service Public (CESP) ?
- Aides aux Zones médicales déficitaires ? Avec signature d'un contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG) ?
- Aides locales par la communauté de commune ? Réduction du loyer des locaux ?
- Aides aux Zones médicales déficitaires ? Avec des aides conventionnelles ?
- Aides locales par la communauté de commune ? Autres avantages
- Non, pas d'aides du tout.

63. Votre environnement personnel lors de votre installation :

Est-ce que la présence d'un (ou de plusieurs) proche(s) dans le secteur de votre installation vous a aidé à déterminer votre installation ? Et si oui, quel est (sont) ce (ces) proche(s) ?

- Oui. Mon conjoint / Ma femme
- Oui. Mes parents / beaux-parents
- Oui. Mes frères / sœurs
- Oui. D'autres membres de ma famille ou de ma belle famille
- Oui. Des amis
- Non

64. Votre conjoint(e) s'est-il(elle) impliqué(e) dans votre installation ?

- Oui
- Non
- Non applicable

65. Quel est la profession de votre conjoint(e) ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure, médecin
- Profession intermédiaire, IDE
- Employé
- Ouvrier
- Retraité
- Sans activité ou chômage
- Non applicable

66. Est-ce que votre conjoint(e) exerce sa profession dans le même secteur géographique que vous ?

- Oui
- Non
- Non applicable

67. Votre conjoint(e) a-t-il (elle) changé d'emploi pour vous suivre dans votre installation ?

- Oui
- Non
- Non applicable

68. Vos loisirs personnels vous ont-ils aidé à choisir l'endroit où vous êtes installé ?

- Oui

- Non

69. Selon vous, est-ce que le charme du secteur géographique où vous vous êtes installé a pu aider à déterminer votre installation ?

De « Non, pas vraiment » à « Oui tout à fait » : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

70. Est-ce que vous pensez être attaché à votre département ?

De « Non, pas du tout » à « Oui tout à fait » : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

71. Enfin, selon vous, votre installation s'est-elle bien déroulée ?

De « Très mal déroulée » à « Très bien déroulée » : 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

5. Résultats de l'analyse statistique des réponses au questionnaire

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal								
Description des variables	n	% ou moy	et	min	Q1	med	Q3	max
n : nombre de répondants ; moy : moyenne ; et : écart type ; med : médiane ; Q1 et Q3 : premier et troisième quartiles ; min et max : minimum et maximum								
Sexe								
Manquant	6							
Féminin	65	49,6						
Masculin	66	50,4						
Age	126	37,3	6,8	28	32	36,0	40	61
Statut marital								
Manquant	12							
Etes-vous célibataire ?	10	8,0						
Etes-vous en concubinage ?	17	13,6						
Etes-vous marié ?	64	51,2						
Etes-vous PACSé ?	34	27,2						
Nombre d'enfants à charge	124	1,6	1,1	0	1	2,0	2	4
Département d'exercice								
Manquant	12							
Meurthe-et-Moselle	45	36,0						
Meuse	11	8,8						
Moselle	45	36,0						
Vosges	24	19,2						
Natifs de Lorraine								
Manquant	12							
non	21	16,8						

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal								
Description des variables	n	% ou moy	et	min	Q1	med	Q3	max
oui	104	83,2						
Originaire du département d'exercice								
Manquant	13							
non	56	45,2						
oui	68	54,8						
Nombre d'années d'installation	125	3,9	5,1	0	1	3	4	35
Lieu d'exercice								
Manquant	12							
Le milieu rural : village de - de 3 500 habitants	44	35,2						
Le milieu semi-rural : ville de + de 3 500 habitants	34	27,2						
Le milieu urbain : ville de + de 15 000 habitants	28	22,4						
Les grandes agglomérations : METZ-NANCY	19	15,2						
Résidence dans même secteur géographique que le lieu d'exercice								
Manquant	12							
non	40	32,0						
oui	85	68,0						
temps.trajet	125	15,7	12,0	0	5	12	20	60
Externat en Lorraine								
Manquant	12							
non	17	13,6						
oui	108	86,4						
Choix positif de la MG aux ECN								
Manquant	23							
non	5	4,4						
oui	109	95,6						
Internat en Lorraine								
Manquant	14							
non	12	9,8						
oui	111	90,2						
Installation en Lorraine par choix positif								
Manquant	13							
non	3	2,4						
oui	121	97,6						
Installation dans même secteur que celui du SASPAS								
Manquant	32							
non	45	42,9						
oui	60	57,1						
Temps entre SASPAS et Installation en Mois	94	36,8	32,2	0	8	26,0	60	99

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal							
Description des variables	n	% ou moy	et min	Q1	med	Q3	max
Temps entre internat et Thèse en Mois	122	19,5	13,7	0	7,0	18,0	32,0 72,0
Temps entre Thèse et installation en Mois	120	29,7	33,2	0	4	14,5	45 140
Remplacement avant installation							
Manquant	15						
non	5	4,1					
oui	117	95,9					
Durée du remplacement en Années	118	5,6	9,5	0	2	3,5	6 99
Collaboration médicale avant installation							
Manquant	16						
non	90	74,4					
oui	31	25,6					
Durée de la collaboration en Mois	34	16,0	16,0	0	1	12,0	24 60
Installation à proximité de médecins remplacés							
Manquant	16						
non	31	25,6					
oui	90	74,4					
Création de cabinet							
Manquant	16						
non	94	77,7					
oui	27	22,3					
Création de poste dans un groupe							
Manquant	16						
non	87	71,9					
oui	34	28,1					
Succession dans un cabinet individuel							
Manquant	17						
non	98	81,7					
oui	22	18,3					
Succession au sein d'un groupe							
Manquant	16						
non	73	60,3					
oui	48	39,7					
Investissement financier							
Manquant	17						
non	53	44,2					
oui	67	55,8					
Rachat de patientèle							
Manquant	16						

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal								
Description des variables	n	% ou moy	et	min	Q1	med	Q3	max
non	83	68,6						
oui	38	31,4						
Exercice individuel								
Manquant	16							
non	95	78,5						
oui	26	21,5						
Exercice en groupe								
Manquant	16							
non	33	27,3						
oui	88	72,7						
Exercice en MSP								
Manquant	16							
non	86	71,1						
oui	35	28,9						
Nombre d'associés	96	2,9	3	0	1	2	3	17
Consultation sur rendez-vous								
Manquant	16							
non	50	41,3						
oui	71	58,7						
Secrétariat physiquement présent								
Manquant	16							
non	49	40,5						
oui	72	59,5						
Secrétariat téléphonique uniquement								
Manquant	65							
non	43	59,7						
oui	29	40,3						
Partage des dossiers								
Manquant	34							
non	12	11,7						
oui	91	88,3						
Organisation de l'emploi du temps avec autres confrères								
Manquant	96							
non	33	80,5						
oui	8	19,5						
Temps de travail en heures/jour	119	9,2	2,6	0	8	10	11	14
Temps de travail en jours/semaine	121	4,7	0,8	3	4	4,5	5	7
Prise d'un jour de congé par semaine								

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal								
Description des variables	n	% ou moy	et	min	Q1	med	Q3	max
Manquant	16							
non	47	38,8						
oui	74	61,2						
Semaines de congé par an	121	6	2	1	5	6	7	12
Salariat en parallèle de l'exercice libéral								
Manquant	16							
non	109	90,1						
oui	12	9,9						
Salarié dans une EHPAD, maison de retraite								
Oui	2	1,5						
Non	135	98,5						
Salarié dans un hôpital local								
Oui	1	0,7						
Non	136	99,3						
Salarié dans hôpital général								
Oui	1	0,7						
Non	136	99,3						
Salarié au CHU								
Oui	1	0,7						
Non	136	99,3						
Salarié dans l'enseignement								
Oui	1	0,7						
Non	136	99,3						
Salarié en expertise médicale								
Non	137	100						
Autres postes salariés								
Oui	7	5,1						
Non	130	94,9						
Temps dédié à l'activité salariée en H/sem	13	6	8	0	1	4	8	30
Participation à la PDS								
Manquant	16							
non	41	33,9						
oui	80	66,1						
PDS déterminante								
Manquant	20							
non	89	76,1						
oui	28	23,9						
Conditions d'exercice déterminantes, cotation sur échelle de Likert de 0 à 5	121	4,3	1,1	0	4	5	5	5
Evaluation de l'activité à l'installation, cotation sur échelle de Likert de 0 à 5	121	2,6	1,1	0	2	3	3	5

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal								
Description des variables	n	% ou moy	et	min	Q1	med	Q3	max
Evaluation de l'activité actuelle, cotation sur échelle de Likert de 0 à 5	121	3,7	0,8	2	3	4	4	5
Evaluation des charges à l'installation, cotation sur échelle de Likert de 0 à 5	121	2,7	1,3	0	2	3	3	5
Evaluation des charges actuelles, cotation sur échelle de Likert de 0 à 5	121	3,6	1	0	3	4	4	5
Secteur en manque de médecins								
Manquant	17							
non	38	31,7						
oui	82	68,3						
Le manque de médecins déterminant pour l'installation								
Manquant	23							
non	64	56,1						
oui	50	43,9						
Structures de soins présentes : CHU								
Oui	24	17,5						
Non	113	82,5						
Structures de soins présentes : hôpital général								
Oui	50	36,5						
Non	87	63,5						
Structures de soins présentes : hôpital local								
Oui	41	29,9						
Non	96	70,1						
Structures de soins présentes : cabinet de radiologie								
Oui	99	72,3						
Non	38	27,7						
Structures de soins présentes : laboratoire d'analyses médicales								
Oui	106	77,4						
Non	31	22,6						
Structures de soins présentes : maison de retraite								
Oui	116	84,7						
Non	21	15,3						
Structures de soins présentes : pharmacie								
Oui	120	87,6						
Non	17	12,4						
Structures de soins présentes : cabinet d'IDE								
Oui	120	87,6						
Non	17	12,4						

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal				
Description des variables	n	% ou moy	et min	Q1 med Q3 max
Structures de soins présentes : kinésithérapeute				
Oui	120	87,6		
Non	17	12,4		
Structures de soins présentes : pédicure-podologue				
Oui	110	80,3		
Non	27	19,7		
Structures de soins présentes : sage-femme				
Oui	92	67,2		
Non	45	32,8		
Structures de soins présentes : autres médecins spécialistes				
Oui	99	72,3		
Non	38	27,7		
Structures de soins présentes : autre paramédicaux				
Oui	97	70,8		
Non	40	29,2		
Structures de soins présentes : aucune				
Non	137	100%		
Structures de soins nécessaires : le CHU				
Oui	13	9,5		
Non	124	90,5		
Structures de soins nécessaires : hôpital général				
Oui	49	35,8		
Non	88	64,2		
Structures de soins nécessaires : hôpital local				
Oui	22	16,1		
Non	115	83,9		
Structures de soins nécessaires : cabinet de radiologie				
Oui	72	52,6		
Non	65	47,4		
Structures de soins nécessaires : laboratoire d'analyses médicales				
Oui	88	64,2		
Non	49	35,8		
Structures de soins nécessaires : maison de retraite				
Oui	15	10,9		
Non	122	89,1		
Structures de soins nécessaires : pharmacie				
Oui	93	67,9		
Non	44	32,1		
Structures de soins nécessaires : cabinet d'IDE				

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal			
Description des variables	n	% ou moy	et min Q1 med Q3 max
Oui	91	66,4	
Non	46	33,6	
Structures de soins nécessaires : kinésithérapeute			
Oui	69	50,4	
Non	68	49,6	
Structures de soins nécessaires : pédicure-podologue			
Oui	11	8	
Non	126	92	
Structures de soins nécessaires : sage-femme			
Oui	14	10,2	
Non	123	89,8	
Structures de soins nécessaires : autres médecins spécialistes			
Oui	61	44,5	
Non	76	55,5	
Structures de soins nécessaires : autres paramédicaux			
Oui	10	7,3	
Non	127	92,7	
Structures de soins nécessaires : aucune			
Oui	2	1,5	
Non	135	98,5	
Structures et services nécessaires : supermarché, commerces de proximité			
Oui	53	38,7	
Non	84	61,3	
Structures et services nécessaires : crèche			
Oui	28	20,4	
Non	109	79,6	
Structures et services nécessaires : école			
Oui	59	43,1	
Non	78	56,9	
Structures et services nécessaires : collège			
Oui	37	27,0	
Non	100	73,0	
Structures et services nécessaires : lycée			
Oui	25	18,2	
Non	112	81,8	
Structures et services nécessaires : bureau de poste			
Oui	24	17,5	
Non	113	82,5	
Structures et services nécessaires : établissement bancaire			
Oui	21	15,3	

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal			
Description des variables	n	% ou moy	et min Q1 med Q3 max
Non	116	84,7	
Structures et services nécessaires : caserne de pompiers			
Oui	13	9,5	
Non	124	90,5	
Structures et services nécessaires : commissariat de police			
Oui	7	5,1	
Non	130	94,9	
Structures et services nécessaires : moyens de communications, internet haut débit			
Oui	47	34,3	
Non	90	65,7	
Structures et services nécessaires : aucun			
Oui	40	29,2	
Non	97	70,8	
Prix de l'immobilier pour lieu de résidence			
Manquant	17		
non	94	78,3	
oui	26	21,7	
Prix de l'immobilier déterminant pour l'installation			
Manquant	70		
non	51	76,1	
oui	16	23,9	
Aides reçues : Ordre des Médecins			
Oui	13	9,5	
Non	124	90,5	
Aides reçues : ARS			
Oui	9	6,6	
Non	128	93,4	
Aides reçues : région Lorraine			
Oui	1	0,7	
Non	136	99,3	
Aides reçues : Conseil départemental			
Non	137	100%	
Aides reçues : communauté de communes			
Oui	13	9,5	
non	124	90,5	
Aides reçues : aucune			
Oui	92	67,2	
Non	45	32,8	
Aides reçues : ZRR			

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal				
Description des variables	n	% ou moy	et min	Q1 med Q3 max
Oui	13	9,5		
Non	124	90,5		
Aides reçues : ZFU				
Oui	3	2,2		
Non	134	97,8		
Aides reçues : signature d'un CESP				
Oui	3	2,2		
Non	134	97,8		
Aides reçues : contrat de PTMG				
Oui	9	6,6		
Non	128	93,4		
Aides reçues : aides au loyer du local professionnel				
Oui	7	5,1		
Non	130	94,9		
Aides reçues : aides conventionnelles				
Oui	5	3,6		
Non	132	96,4		
Aides reçues : aides locales autres				
Oui	3	2,2		
Non	134	97,8		
Aides reçues : aucune				
Oui	92	67,2		
Non	45	32,8		
Conjoint déterminant à l'installation				
Oui	61	44,5		
Non	76	55,5		
Parents déterminant à l'installation				
Oui	41	29,9		
Non	96	70,1		
Fratric déterminante à l'installation				
Oui	18	13,1		
Non	119	86,9		
Famille déterminante à l'installation				
Oui	13	9,5		
Non	124	90,5		
Amis déterminant à l'installation				
Oui	27	19,7		
Non	110	80,3		
Aucun proche déterminant à l'installation				
Oui	43	31,4		
Non	94	68,6		

Totalité des résultats des réponses au questionnaire principal								
Description des variables	n	% ou moy	et	min	Q1	med	Q3	max
Implication du conjoint								
Manquant	17							
non	59	49,2						
Non applicable	23	19,2						
oui	38	31,7						
Profession du conjoint								
Manquant	17							
Agriculteur exploitant	4	3,3						
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	7	5,8						
Cadre, profession intellectuelle supérieure, médecin	59	49,2						
Employé	19	15,8						
Non applicable	11	9,2						
Ouvrier	2	1,7						
Profession intermédiaire, IDE	10	8,3						
Retraité	2	1,7						
Sans activité ou chômage	6	5,0						
Lieu du travail du conjoint dans même secteur géographique								
Manquant	18							
non	37	31,1						
Non applicable	15	12,6						
oui	67	56,3						
Changement d'emploi du conjoint pour suivre l'installation								
Manquant	18							
non	90	75,6						
Non applicable	17	14,3						
oui	12	10,1						
Loisirs déterminants pour l'installation								
Manquant	18							
non	97	81,5						
oui	22	18,5						
Charme région déterminante à l'installation : cotation sur échelle de Likert de 0 à 5	120	2,1	1,7	0	0	2	4	5
Attache au lieu d'exercice : cotation sur échelle de Likert de 0 à 5	119	3,1	1,5	0	2	3	4	5
Ressenti de l'installation : cotation sur échelle de Likert de 0 à 5	120	4	1	0	4	4	5	5
Temps entre fin de l'internat et installation exprimé en Mois	119	49,3	38,8	0	21,0	37,0	70,0	175,0

6. Résultats de l'analyse comparative selon le sexe

Comparaison selon le sexe						
	Féminin			Masculin		p
	n=65			n=66		
	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et
n : nombre de répondants ; moy : moyenne ; et : écart type						
Age	64	34,4	4,3	62	40,3	7,6 2.6e-07
Statut marital						0,75
Etes-vous célibataire ?	6	9,4		4	6,6	
Etes-vous en concubinage ?	10	15,6		7	11,5	
Etes-vous marié ?	30	46,9		34	55,7	
Etes-vous PACSé ?	18	28,1		16	26,2	
Lieu de résidence dans même secteur géographique que lieu d'exercice						0.0074
non	13	20,3		27	44,3	
oui	51	79,7		34	55,7	
Temps de trajet (en minutes)	64	13,6	10,7	61	17,9	13 0,094
Lieu d'exercice à proximité du lieu du SASPAS						0,00092
non	16	27,6		29	61,7	
Oui	42	72,4		18	38,3	
Temps entre SASPAS et Installation (en mois)	52	33,5	28,7	42	40,9	36 0,47
Temps entre fin de l'internat et soutenance de la Thèse (en mois)	64	16,1	13,8	58	23,2	12,8 8e-04
Temps entre soutenance de la Thèse et installation (en mois)	63	24,4	27,4	57	35,6	38,0 0.17
Remplacement						0,37
non	4	6,3		1	1,7	
oui	59	93,7		58	98,3	
Temps de remplacement (en années)	60	3,8	3,2	58	7,4	13 0,0014
Consultation sur rendez-vous						0,016
non	19	30,2		31	53,4	
oui	44	69,8		27	46,6	
Temps de travail en heures/jour	61	8,8	2,5	58	9,7	2,7 0,014
Temps de travail en jours/semaine	63	4,5	0,8	58	5	0,8 0,0019
Jour de congé dans la semaine						0,063
non	19	30,2		28	48,3	
oui	44	69,8		30	51,7	
Semaine de congé par an	63	6,2	1,9	58	5,9	2.1 0,27
Activité salariée en parallèle						0,022
non	61	96,8		48	82,8	

Comparaison selon le sexe							
	Féminin			Masculin			p
	n=65			n=66			
	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et	
n : nombre de répondants ; moy : moyenne ; et : écart type							
Oui	2	3,2		10	17,2		
Structures nécessaires : cabinet d'IDE							0,042
Oui	51	78,5		40	60,6		
Non	14	21,5		26	39,4		
Profession du conjoint							0,00074
Agriculteur exploitant	4	6,5		0	0		
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	5	8,1		2	3,4		
Cadre, profession intellectuelle supérieure, médecin	26	41,9		33	56,9		
Employé	15	24,2		4	6,9		
Non applicable	7	11,3		4	6,9		
Ouvrier	2	3,2		0	0		
Profession intermédiaire, IDE	1	1,6		9	15,5		
Retraité	0	0		2	3,4		
Sans activité ou chômage	2	3,2		4	6,9		
Temps entre fin de l'internat et installation (en mois)	63	40,3	32,5	56	59,5	42,8	0,015

7. Résultats de l'analyse comparative selon le statut marital

Comparaison selon le statut marital							
	Célibataire : Non			Célibataire : Oui			p
	N=115			N=10			
	N	%/moy	et	N	%/moy	et	
n : nombre de répondants ; moy : moyenne ; et : écart type							
Sexe							0,74
Féminin	58	50,4		6	60		
Masculin	57	49,6		4	40		
Age	115	37,5	6,7	10	35,5	8,6	0,089
Enfants à charge	113	1,7	1,1	10	0,1	0,3	1.5e-05
Lieu de résidence dans même secteur géographique que lieu d'exercice							0,013
non	33	28,9		7	70		
oui	81	71,1		3	30		
Temps de trajet en minutes	114	15,1	11,9	10	23,4	11,8	0,019
Temps entre SASPAS et Installation (en mois)	85	37,5	32,6	8	22,4	13,8	0,35
Temps entre fin d'internat et soutenance de la Thèse (en mois)	111	19,4	13,9	10	20,6	13,5	0,73

Comparaison selon le statut marital							
	Célibataire : Non			Célibataire : Oui			p
	N=115			N=10			
	N	%/moy	et	N	%/moy	et	
Temps entre soutenance de la Thèse et l'installation (en mois)	109	31,3	33,6	10	6,9	7,9	0,0099
Remplacement							1,00
non	5	4,5		0	0		
oui	106	95,5		10	100		
Temps de remplacement (en années)	107	5,9	9,9	10	2	1,1	0,0054
Temps entre fin de l'internat et installation (en mois)	108	50,7	39,4	10	27,5	16,7	0,083

8. Résultats de l'analyse comparative selon le nombre d'enfants à charge

Comparaison selon le nombre d'enfants à charge							
	Enfants à charge : Non			Enfants à charge : Oui			p
	N=29			N=95			
	N	%/moy	et	N	%/moy	et	
n : nombre de répondants ; moy : moyenne ; et : écart type							
Sexe							0.28
Féminin	18	62.1		46	48.4		
Masculin	11	37.9		49	51.6		
Age	29	37.0	10.0	95	37.1	5.2	0.016
Statut marital							6e-06
Etes-vous célibataire ?	9	31.0		1	1.1		
Etes-vous en concubinage ?	6	20.7		11	11.7		
Etes-vous marié ?	9	31.0		54	57.4		
Etes-vous PACSé ?	5	17.2		28	29.8		
Temps entre SASPAS et Installation (en mois)	21	20.6	22.6	73	41.5	33.1	0.0098
Temps entre fin de l'internat et soutenance de la Thèse (en mois)	27	14.5	12.8	94	21.1	13.7	0.02
Temps entre soutenance de la Thèse et l'installation (en mois)	28	13.4	19.6	91	33.7	33.7	0.0012
Remplacement							0.33
non	2	7.1		3	3.2		
oui	26	92.9		90	96.8		
Temps de remplacement	27	2.5	2.2	90	6.4	10.7	2.6e-05
Semaine de congé par an	28	4.9	1.8	92	6.3	1.9	0.0013

Comparaison selon le nombre d'enfants à charge							
	Enfants à charge : Non			Enfants à charge : Oui			p
	N=29			N=95			
	N	%/moy	et	N	%/moy	et	
Structures nécessaires : hôpital général							0.04
Oui	6	20.7		42	44.2		
Non	23	79.3		53	55.8		
Services nécessaires : crèche							0.04
oui	2	6.9		26	27.4		
non	27	93.1		69	72.6		
Services nécessaires : école							0.0019
oui	6	20.7		53	55.8		
non	23	79.3		42	44.2		
Conjoint déterminant							0.019
oui	8	27.6		52	54.7		
non	21	72.4		43	45.3		
Implication du conjoint							0.0015
non	10	35.7		48	52.7		
Non applicable	12	42.9		11	12.1		
oui	6	21.4		32	35.2		
Profession du conjoint							1.1e-05
Agriculteur exploitant	0	0.0		4	4.4		
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2	7.1		5	5.5		
Cadre, profession intellectuelle supérieure, médecin	7	25.0		51	56.0		
Employé	5	17.9		14	15.4		
Non applicable	10	35.7		1	1.1		
Ouvrier	1	3.6		1	1.1		
Profession intermédiaire, IDE	2	7.1		8	8.8		
Retraité	1	3.6		1	1.1		
Sans activité ou chômage	0	0.0		6	6.6		
Lieu de travail du conjoint dans même secteur géographique							0.00048
non	7	25.0		30	33.3		
Non applicable	10	35.7		5	5.6		
oui	11	39.3		55	61.1		
Changement d'emploi du conjoint							3.3e-06
non	11	39.3		78	86.7		
Non applicable	10	35.7		7	7.8		
oui	7	25.0		5	5.6		
Attache au lieu d'exercice	27	2.6	1.4	90	3.2	1.5	0.042

Comparaison selon le nombre d'enfants à charge							
	Enfants à charge : Non			Enfants à charge : Oui			p
	N=29			N=95			
	N	%/moy	et	N	%/moy	et	
Temps entre fin de l'internat et l'installation (en mois)	27	27.9	26.5	91	54.7	39.0	0.00032

9. Résultats de l'analyse comparative selon le lieu d'exercice

Comparaison selon le Lieu d'exercice										
	Rural			Semi-rural			Urbain			p
	N=44			N=34			N=47			
	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et	
n : nombre de répondants ; moy : moyenne ; et : écart type										
Sexe										0.50
Féminin	25	56.8		18	52.9		21	44.7		
Masculin	19	43.2		16	47.1		26	55.3		
Age	44	36.9	6.9	34	36.1	5.7	47	38.3	7.0	0.33
Département d'exercice										0.037
Meurthe-et-Moselle	12	27.3		11	32.4		22	46.8		
Meuse	7	15.9		3	8.8		1	2.1		
Moselle	14	31.8		11	32.4		20	42.6		
Vosges	11	25.0		9	26.5		4	8.5		
Natif de Lorraine										0.43
non	7	15.9		8	23.5		6	12.8		
oui	37	84.1		26	76.5		41	87.2		
Originaire du département d'exercice										0.0071
non	27	62.8		15	44.1		14	29.8		
oui	16	37.2		19	55.9		33	70.2		
Lieu de résidence dans même lieu que celui de l'exercice										0.044
non	16	36.4		15	44.1		9	19.1		
oui	28	63.6		19	55.9		38	80.9		
Temps de trajet en min	44	17.6	13.1	34	18.1	13.8	47	12.1	8.5	0.067
Internat en Lorraine										0.0024
non	5	11.6		7	20.6		0	0.0		
oui	38	88.4		27	79.4		46	100.0		
Installé à proximité de médecins remplacés										0.03
non	14	31.8		3	8.8		14	32.6		
oui	30	68.2		31	91.2		29	67.4		
Création de cabinet										0.049
non	29	65.9		30	88.2		35	81.4		

Comparaison selon le Lieu d'exercice										
	Rural			Semi-rural			Urbain			p
	N=44			N=34			N=47			
	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et	
n : nombre de répondants ; moy : moyenne ; et : écart type										
oui	15	34.1		4	11.8		8	18.6		
Succession d'un cabinet individuel										0.01
non	29	67.4		30	88.2		39	90.7		
oui	14	32.6		4	11.8		4	9.3		
Rachat de patientèle										0.0036
non	38	86.4		22	64.7		23	53.5		
oui	6	13.6		12	35.3		20	46.5		
Exercice en groupe										0.03
non	17	38.6		4	11.8		12	27.9		
oui	27	61.4		30	88.2		31	72.1		
Semaine de congé par an										0.04
	44	5.4	1.9	34	6.8	2.0	43	6.1	1.9	
Participation à la PDS										6.7e-05
non	5	11.4		12	35.3		24	55.8		
oui	39	88.6		22	64.7		19	44.2		
PDS déterminante										0.00074
non	40	93.0		24	77.4		25	58.1		
oui	3	7.0		7	22.6		18	41.9		
Activité à l'installation										0.007
	44	2.4	1.1	34	3.1	1.0	43	2.3	1.1	
Activité Actuelle										0.15
	44	3.8	0.7	34	3.8	0.7	43	3.5	0.9	
Charges à l'installation										0.48
	44	2.5	1.4	34	2.8	1.1	43	2.8	1.2	
Charges Actuelles										0.29
	44	3.4	1.1	34	3.7	1.0	43	3.7	1.0	
Connaissance du manque de médecins										0.00091
non	5	11.4		13	38.2		20	47.6		
oui	39	88.6		21	61.8		22	52.4		
Le manque de médecin dans le secteur déterminant										0.01
non	16	38.1		20	62.5		28	70.0		
oui	26	61.9		12	37.5		12	30.0		
Structures nécessaires : une pharmacie										0.021
oui	39	88.6		24	70.6		30	63.8		
non	5	11.4		10	29.4		17	36.2		
Structures nécessaires : un cabinet d'IDE										0.027
oui	37	84.1		26	76.5		28	59.6		
non	7	15.9		8	23.5		19	40.4		
Aides reçues : ARS										0.016
oui	7	15.9		0	0.0		2	4.3		
non	37	84.1		34	100.0		45	95.7		
Aides reçues : communauté de commune										1e-04
oui	11	25.0		2	5.9		0	0.0		

Comparaison selon le Lieu d'exercice										
	Rural			Semi-rural			Urbain			p
	N=44			N=34			N=47			
	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et	
n : nombre de répondants ; moy : moyenne ; et : écart type										
non	33	75.0		32	94.1		47	100.0		
Aucune aide reçue										0.05
oui	27	61.4		29	85.3		36	76.6		
non	17	38.6		5	14.7		11	23.4		
Aides reçues : ZRR										1e-04
oui	11	25.0		2	5.9		0	0.0		
non	33	75.0		32	94.1		47	100.0		
Aides reçues : ZFU										0.11
oui	0	0.0		0	0.0		3	6.4		
non	44	100.0		34	100.0		44	93.6		
Aides reçues : CESP										0.061
oui	3	6.8		0	0.0		0	0.0		
non	41	93.2		34	100.0		47	100.0		
Aides reçues : PTMG										0.016
oui	7	15.9		0	0.0		2	4.3		
non	37	84.1		34	100.0		45	95.7		
Aides au loyer										0.0059
oui	6	13.6		1	2.9		0	0.0		
non	38	86.4		33	97.1		47	100.0		
Aides conventionnelles										0.05
oui	4	9.1		1	2.9		0	0.0		
non	40	90.9		33	97.1		47	100.0		
Autres aides reçues										0.061
oui	3	6.8		0	0.0		0	0.0		
non	41	93.2		34	100.0		47	100.0		
Pas d'aides reçues										0.0013
oui	24	54.5		30	88.2		38	80.9		
non	20	45.5		4	11.8		9	19.1		
Profession du conjoint										0.011
Agriculteur exploitant	4	9.3		0	0.0		0	0.0		
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2	4.7		3	8.8		2	4.7		
Cadre, profession intellectuelle supérieure, médecin	12	27.9		17	50.0		30	69.8		
Employé	9	20.9		6	17.6		4	9.3		
Non applicable	7	16.3		1	2.9		3	7.0		
Ouvrier	0	0.0		1	2.9		1	2.3		
Profession intermédiaire, IDE	5	11.6		3	8.8		2	4.7		

Comparaison selon le Lieu d'exercice										
	Rural			Semi-rural			Urbain			p
	N=44			N=34			N=47			
	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et	n	% ou moy	et	
n : nombre de répondants ; moy : moyenne ; et : écart type										
Retraité	1	2.3		0	0.0		1	2.3		
Sans activité ou chômage	3	7.0		3	8.8		0	0.0		

VU

NANCY, le **1^{er} février 2016**

Le Président de Thèse

Professeur Marc DEBOUVERIE

NANCY, le **15 février 2016**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9076

NANCY, le **16 février 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : L'installation des médecins généralistes est devenue un enjeu politique majeur. Les instances publiques, de tutelle ainsi que les professionnels se demandent : « pourquoi les jeunes médecins généralistes ne s'installent pas ? ». A cette interrogation, nous avons trouvé pertinents de répondre en posant la question contraire : « Pourquoi les jeunes médecins s'installent-ils ? ».

L'objectif de cette étude a été de déterminer et d'analyser les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine. L'objectif secondaire a été de faire un état des lieux de l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine.

Méthodologie : Une étude de faisabilité a d'abord été réalisée puis en s'appuyant sur elle, une étude rétrospective quantitative a été dirigée vers la totalité des 209 jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine depuis le premier janvier 2010.

Résultats : Parmi les 162 médecins interrogés, 137 ont répondu au questionnaire. Un profil type du jeune médecin généraliste récemment installé en Lorraine a été établi. Des déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes ont pu être mis en évidence : l'exercice en groupe, de bonnes conditions d'exercice, un accès au travail pour le conjoint, la présence d'une école pour les enfants et la proximité de structures de proximité adaptées au mode de vie et d'exercice des jeunes médecins installés.

Discussion : Une classification des déterminants à l'installation a été établie et va pouvoir permettre à d'autres études de compléter les constatations faites dans ce travail. A cause de certains biais, le profil du jeune médecin généraliste lorrain nécessite d'être précisé sur plusieurs points.

Il semble nécessaire d'accentuer l'information faite aux jeunes médecins généralistes, de favoriser l'exercice en groupe, par exemple au sein de Maisons de Santé Pluri professionnelles, de renforcer les territoires en voie de désertification et de mieux cibler certaines aides à l'installation.

Conclusion : Malgré des biais de recrutement et une faible population étudiée, cette étude a permis de définir et catégoriser les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes français primo-installés depuis moins de 5 ans en Lorraine. Peut-être que d'autres études pourront aider à préciser ces déterminants.

TITRE EN ANGLAIS

Which are determiners in the installation of the young general practitioners in Lorraine ? (A quantitative retrospective investigation conducted towards the young french general practitioners firstly-installed in Lorraine)

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE- ANNÉE 2016

MOTS CLEFS :

Médecine Générale, Installation, Jeunes médecins, Lorraine, Déterminants à l'installation

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
