

2019-2020

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE GÉNÉRALE

Impact sur l'installation des jeunes médecins angevins en cas d'instauration de mesures coercitives par l'Etat

GANDON Pauline

Née le 29 avril 1992 à Sainte-Foy-Lès-Lyon (69)

SALARDAINE Eléonore

Née le 28 octobre 1993 à Saint-Malo (35)

Sous la direction de Pr. GARNIER François

Membres du jury

Pr LEROLLE Nicolas | Président

Pr GARNIER François | Directeur

Pr CONNAN Laurent | Membre

Dr PASSEBON Jérémy | Membre

Soutenue publiquement le :
08 octobre 2020



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

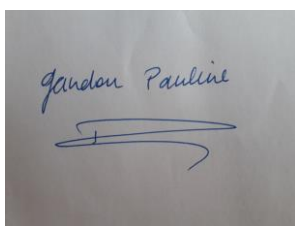
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Mlle GANDON Pauline déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par GANDON Pauline le 14/07/2020

A photograph of a handwritten signature in blue ink on a light-colored surface. The signature reads "Gandon Pauline" in a cursive script, followed by a horizontal line and a small flourish.

Je, soussignée Mlle SALARDAINE Eléonore déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signé par SALARDAINE Eléonore le 14/07/2020

A photograph of a handwritten signature in black ink on a light-colored surface. The signature is stylized and appears to read "SalarDAINE" followed by a horizontal line and a small flourish.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Nicolas Lerolle

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillessement	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BOUVARD Béatrice	Rhumatologie	Médecine
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine Générale	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUBEE Vincent	Maladies Infectieuses et Tropicales	Médecine

DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LEGENDRE Guillaume	Gynécologie-obstétrique	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et Santé au Travail	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et Biologie Moléculaire	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	Pédiatrie	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANGOULVANT Cécile	Médecine Générale	Médecine
ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
BAGLIN Isabelle	Chimie thérapeutique	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BELONCLE François	Réanimation	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie	Pharmacie
BIERE Loïc	Cardiologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie / physiologie	Pharmacie
COLIN Estelle	Génétique	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie

DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HAMEL Jean-François	Biostatistiques, informatique médicale	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique/ Mycologie	Pharmacie
LEBDAL Souhil	Urologie	Médecine
LEGEAY Samuel	Pharmacocinétique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Pharmacognosie	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MABILLEAU Guillaume	Histologie, embryologie et cytogénétique	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAILHORIE Hélène	Bactériologie-virologie	Médecine
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PY Thibaut	Médecine Générale	Médecine
RINEAU Emmanuel	Anesthésiologie réanimation	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistiques	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SAVARY Camille	Pharmacologie-Toxicologie	Pharmacie
SCHMITT Françoise	Chirurgie infantile	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	Pharmacie Clinique et Education Thérapeutique	Pharmacie
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	Médecine Générale	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	Pneumologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BARBEROUSSE Michel	Informatique	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CHIKH Yamina	Économie-Gestion	Médecine
FISBACH Martine	Anglais	Médecine
O'SULLIVAN Kayleigh	Anglais	Médecine

PAST

CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie
LAFFILHE Jean-Louis	Officine	Pharmacie
MOAL Frédéric	Pharmacie clinique	Pharmacie

ATER

FOUDI Nabil	Physiologie	Pharmacie
KILANI Jaafar	Biotechnologie	Pharmacie
WAKIM Jamal	Biochimie et chimie biomoléculaire	Médecine

AHU

BRIS Céline	Biochimie et biologie moléculaire	Pharmacie
CHAPPE Marion	Pharmacotechnie	Pharmacie
LEBRETON Vincent	Pharmacotechnie	Pharmacie

CONTRACTUEL

VIAULT Guillaume	Chimie organique	Pharmacie
------------------	------------------	-----------

REMERCIEMENTS

Remerciements communs :

A Monsieur le **Professeur Nicolas Lerolle,**

Qui nous fait l'honneur de présider ce jury, Veuillez trouver l'expression de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le **Professeur François Garnier,**

Qui nous a fait l'honneur d'avoir accepté de diriger notre thèse, pour nous avoir guidé durant les différentes étapes de ce travail.

A Monsieur le **Professeur Laurent Connan,**

Qui nous fait l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur le **Docteur Jérémy Passebon,**

Qui nous fait l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.

Remerciements de Pauline :

Au Dr Jérémy Passebon, pour avoir accepté avec enthousiasme de participer à notre jury de thèse. Merci pour ton soutien dans les moments difficiles.

A mes maîtres de stages libéraux et hospitaliers pour m'avoir tant appris autant sur le plan professionnel qu'humain.

Aux équipes paramédicales Saumuroises et Douessines, pour m'avoir accompagné avec bonne humeur et bienveillance au fil des semestres.

Merci à Xavier, Nicolas, Adrien, et Virginie pour cette très belle aventure : de nos goûters en pédiatrie, l'attente de l'hélicoptère du SAMU jusqu'à tard le soir, la bière de fin de journée sur la terrasse des Récollets. Merci pour votre soutien.

Merci au groupe des Saumurois pour ces nombreux repas improvisés, pourvu que ça perdure.

A Eléonore, ma co thésarde et co interne, un grand merci pour ton sérieux, ton soutien et ton investissement.

Merci à l'équipe de la PCA pour votre soutien si précieux pendant 7 ans. Ça a été un réel plaisir de travailler à vos côtés.

Merci infiniment à l'ensemble de mes proches de m'avoir donné la force et le courage d'aller au bout de ce parcours par le biais de valeurs empreinte d'humanité et d'humilité. Recevez toute ma tendresse.

REMERCIEMENTS

Remerciements d'Eléonore :

A mes parents, qui m'ont soutenu tout au long de ma vie, de mon parcours, et qui répondent toujours présents dans toutes les péripéties de ces études difficiles à mener en parallèle d'une vie de famille.

A toi Ronan, qui rend la vie beaucoup plus belle chaque jour, merci pour tout.

A Anatole, un amour d'enfant qui nous rend la vie beaucoup plus drôle et animée.

A Benjamin, Paul, Sandra, Clarence et la future petite crevette, de rendre les week-ends en famille toujours aussi vivants et relaxants.

A ma belle-famille, de m'avoir aussi bien accueillie et d'être toujours présente pour nous.

A mes amies de toujours, Camille, Cassandre et Ludivine, sans qui ma vie n'aurait pas la même saveur.

A mes amis de médecine et d'ailleurs, d'avoir notamment rendu ces études plus agréables.

Et à Pauline, la meilleure des co-internes, ce fut un réel plaisir de travailler en stage et sur cette thèse avec toi.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

REPARTITION DU TRAVAIL	1
INTRODUCTION	2
MÉTHODE	4
1. Recherche bibliographique	4
2. Population de l'étude	4
2.1. Critères d'inclusion / critères d'exclusion	4
2.2. Taille de la population cible	4
3. Description du questionnaire	5
3.1. Conception du questionnaire	5
3.2. Design du questionnaire	5
4. Recueil des données	5
5. Analyse statistique et méthodologique	6
RÉSULTATS	8
1. Participation à l'étude	8
2. Description de la population	8
3. Type d'exercice	10
4. Origine	11
5. Milieux d'habitation et d'exercice souhaités	11
5.1. Pour tous les internes	11
5.2. Lieu d'exercice souhaité selon l'origine	13
6. Temps de trajet	13
7. Niveau d'importance de 2 facteurs dans le choix du lieu d'installation	14
8. Probabilité d'un emploi à vie	14
9. Sentiment de redevabilité	15
10. Facilité d'installation	15
11. Concurrence	16
11.1. Présence ou non de concurrence selon les milieux	16
11.2. Des internes indécis	17
11.3. Incidence sur le lieu d'exercice souhaité	18
12. Limites à la liberté d'installation	18
13. Avis sur les mesures coercitives	19
14. Hypothèse d'une mise en place de mesure coercitive temporaire	20
15. Hypothèse d'une mise en place de mesure coercitive définitive	22
16. Choix du cursus	27
DISCUSSION	28
1. Analyse de la population et de la méthodologie	28
1.1. Echantillonnage	28

1.2.	Biais de l'étude	28
1.3.	Caractéristiques de la population	29
2.	Une opposition relative aux mesures coercitives.....	30
2.1.	Liberté d'installation : une condition peu négociable avec des réactions possiblement extrêmes.....	30
2.2.	Mais pouvant être discutée.....	32
3.	Aborder la problématique des déserts médicaux avec les internes	33
3.1.	Origine et lieu d'exercice : recruter dans les campagnes	33
3.2.	Pénibilité des études : internes non redevables	35
3.3.	Volonté de travailler en milieu rural : discordance avec la réalité à expliquer..	36
CONCLUSION		38
BIBLIOGRAPHIE.....		40
LISTE DES FIGURES		47
LISTE DES TABLEAUX.....		48
ANNEXES.....		I
1.	Annexe n°1 - Trame du questionnaire diffusé sur Lime Survey.....	I
2.	Annexe n°2 - Courrier diffusé avec le questionnaire	V

REPARTITION DU TRAVAIL

Le travail de cette thèse a été réalisé en étroite collaboration entre Mlle GANDON et Mlle SALARDAINE. Nous avons préparé et écrit la fiche de thèse ensemble, ainsi que le questionnaire, à partir de nos recherches bibliographiques respectives rassemblées.

Mlle GANDON s'est ensuite chargée de réécrire l'introduction et la méthode à partir de la fiche de thèse.

Mlle SALARDAINE s'est occupée du recueil des réponses au questionnaire, de la réalisation des statistiques et de la rédaction des résultats.

Nous avons réalisé le plan de discussion ensemble.

Mlle GANDON a rédigé les parties Ia, Ib, IIa, IIb, IIIa et IIIb de la discussion.

Mlle SALARDAINE a rédigé les parties Ic et IIIc de la discussion.

Mlle GANDON a écrit la conclusion.

Mlle SALARDAINE a écrit le résumé et réalisé la mise en forme générale.

Nous avons ensuite réalisé des corrections et améliorations sur l'ensemble du travail à deux.

INTRODUCTION

Depuis de nombreuses années, la France est confrontée à un problème de détérioration progressive de l'accès aux soins. La littérature française fait état de nombreux articles sur le sujet, par exemple le rapport Berland en 2004 : "Le désert médical français : mythe ou réalité ?" (1).

Des politiques de santé se sont mises en place pour réguler l'offre de soins sur le territoire en s'appuyant notamment sur des études de la démographie médicale. Elles permettent de visualiser les besoins médicaux à long terme et les moyens de les satisfaire (2). La féminisation de la profession, l'évolution vers une activité salariée, le renouvellement générationnel... sont autant de paramètres à prendre en compte afin de pallier au manque de professionnels de santé.

Parmi les initiatives gouvernementales instaurées, nous pouvons citer l'augmentation du *numerus clausus*, l'encouragement aux départs en retraite tardifs, le recrutement de médecins étrangers, la télémédecine ainsi que les mesures incitatives mises en place (aide à l'installation, à l'investissement, bourse d'étude, défiscalisation...) (3,4).

Malgré ces politiques de lutte contre la désertification, les conjectures actuelles sur la démographie médicale sont en faveur d'une baisse de l'effectif des médecins dans les années à venir. (5) Cependant peu d'articles s'attachent vraiment à mesurer l'impact réel des mesures incitatives, mais d'avantage à rappeler les motivations réelles des jeunes médecins à s'installer dans une zone ou une autre (emploi pour le conjoint, présence d'une école, attractivité de la zone...) (6,7).

La littérature française et internationale, souligne également qu'il n'y a pas qu'un dispositif seul qui permette de réguler l'offre de soins, mais c'est plutôt l'activation de différents leviers qui pourrait impacter sur le long terme l'installation des professionnels de santé (8).

Devant des perspectives alarmantes et le faible impact des différents dispositifs déjà mis en place, de nombreux projets de lois visant à contraindre la liberté d'installation ont été proposés à l'Assemblée depuis une dizaine d'années, sur le modèle de certains pays comme le Canada (Québec, New Brunswick), le Danemark, l'Allemagne ou la Norvège. La revue de littérature est assez pauvre mais pointe néanmoins quelques faiblesses, notamment en Allemagne. Dans les années 1990, un système, le "Bedarfsplan" a été mis en place, de telle sorte, que les médecins s'installant dans des régions surdotées ne seraient pas conventionnés. L'impact de cette mesure n'a pas été un franc succès, certains professionnels préférant malgré tout s'installer dans des zones de forte densité médicale (9).

Malgré ces retours internationaux peu concluants, les politiques, soutenus par la population générale et même certains médecins (10), réclament de plus en plus fréquemment l'instauration de telles mesures en France. Ainsi, plus d'une dizaine de propositions de lois sont recensées depuis 2011 visant à limiter la liberté d'installation (11) et pas moins d'une dizaine d'amendements (12) ont également été proposés à la Loi Santé du gouvernement Macron en mars 2019. Si les derniers ministres de la Santé ne semblent pas favorables à leur mise en place, le gouvernement n'exclut pas leur instauration d'ici 2 à 3 ans en cas « d'absence de prise de conscience collective » (13), et ce malgré une opposition franche des jeunes médecins (14). Ainsi, l'objectif de ce travail serait d'évaluer leur réaction si de telles mesures venaient à être appliquées en France ? Quel pourrait être l'impact sur l'installation des jeunes médecins angevins en cas d'instauration de mesures coercitives par l'Etat ?

MÉTHODE

1. Recherche bibliographique

Dans un premier temps, notre travail a reposé sur une recherche bibliographique d'avril 2019 à juillet 2019 via les bases de données suivantes : google scholar, sudoc, dune, nantilus et les mots clefs suivants : "mesures incitatives", "mesures coercitives", ...

Cette revue de littérature nous a permis de prendre connaissance des travaux réalisés et de pouvoir cibler le thème de notre étude.

2. Population de l'étude

Une enquête transversale descriptive monocentrique a été réalisée entre le 1er octobre 2019 et le 12 janvier 2020.

2.1. Critères d'inclusion / critères d'exclusion

Tous les internes en médecine, toutes spécialités confondues, inscrits à l'université d'Angers durant le recueil des données étaient inclus dans cette étude.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

2.2. Taille de la population cible

Notre enquête a été réalisée sur le chevauchement de deux années universitaires afin de pouvoir recueillir un plus grand nombre de réponses, à différents moments du cursus, soit un total de 900 internes.

3. Description du questionnaire

3.1. Conception du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé après avoir effectué une recherche bibliographique et suite à l'atelier de thèse "créer un questionnaire" proposé à la Faculté d'Angers.

L'objectif était qu'il puisse se réaliser en moins de 10 minutes, pour cela nous avons eu recours majoritairement à des questions fermées et l'avons limité à 22 items.

Le recueil de 200 questionnaires était envisagé.

3.2. Design du questionnaire

La première partie du questionnaire visait à recueillir des données épidémiologiques : identité, spécialité d'internat, statut marital.

La deuxième partie s'intéressait à cerner l'exercice médical souhaité, ainsi que le lieu d'installation envisagé en fonction du lieu de vie dans l'enfance.

La troisième partie évaluait les besoins recherchés par les internes lors de l'installation (revenus versus qualité de vie), ainsi que la perception des études de médecine et des conditions d'exercice.

La quatrième partie évaluait le ressenti des internes sur les différentes mesures coercitives et l'impact sur leur projet professionnel.

4. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par un questionnaire électronique externe, proposé via le site Lime Survey (annexe) et validé par le département de médecine générale de la Faculté d'Angers.

Il a été envoyé par courriel à l'ensemble des internes par le secrétariat de la scolarité du 3^e cycle de la faculté d'Angers le 01/10/2019. Une relance a été effectuée en décembre 2019.

5. Analyse statistique et méthodologique

Les données recueillies ont été exportées au format Excel. Une analyse statistique descriptive de chaque question a été réalisée avec l'interface simplifiée de LimeSurvey et le logiciel en ligne BiostaTGV.

Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de pourcentages tandis que les variables quantitatives ont été décrites par leur minimum, maximum, quartiles, moyenne, médiane et écart-type.

Pour rechercher des différences significatives entre différents paramètres, le test du Chi-2 a été utilisé, sauf dans les cas où les conditions de validation du test n'étaient pas remplies (effectif attendu inférieur à 5). Le test de Fisher était alors utilisé, ce qui est notifié dans les résultats à chaque fois.

Pour l'analyse, les items "Dans une grande ville ou sa périphérie/banlieue (ex préfecture de département)" et "Dans une ville universitaire et sa périphérie/banlieue" ont été regroupés.

Pour certaines analyses, les spécialités ont été séparées en 4 catégories :

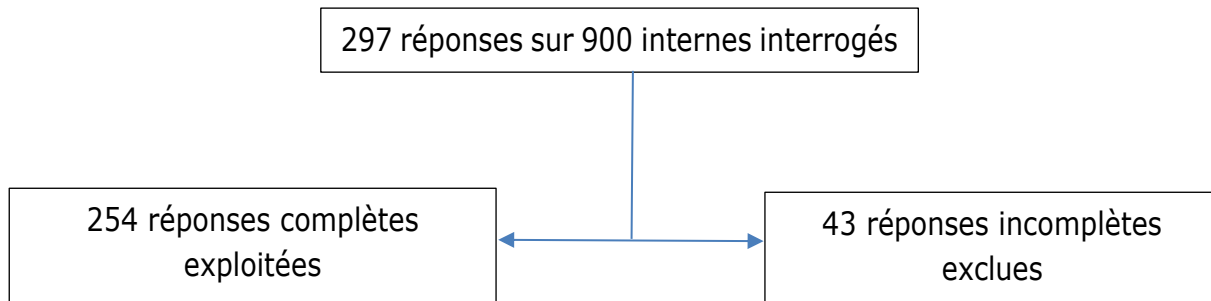
- Médecine Générale
- Spécialités Médicales (Psychiatrie, Pédiatrie, Anesthésie-Réanimation, Cardiologie, Neurologie, Pneumologie, Dermatologie, Endocrinologie, Gynécologie médicale, Médecine d'urgence, MPR, Oncologie, Allergologie, Hépto-Gastroentérologie, Médecine Nucléaire, Néphrologie, Rhumatologie)
- Spécialités Chirurgicales (Spécialités chirurgicales, Gynécologie obstétrique, ORL, Ophtalmologie)

- Autres (Anatomopathologie, Biologie, Génétique, Médecine du Travail et Radiologie).

Pour certaines analyses, les internes de phase socle (1^{er} et 2^e semestre) ont été isolés par rapport au reste des promotions.

RÉSULTATS

1. Participation à l'étude



2. Description de la population

Tableau I - Description de la population

N = 254	Nombre (%)
Genre	
- Homme	87 (34,25%)
- Femme	167 (65,75%)
Age	
- Moyenne	27,18
- Médiane	27
- Minimum	23
- Maximum	39
Spécialité	
- Médecine générale	182 (71,65%)
- Psychiatrie	8 (3,15%)
- Pédiatrie	7 (2,76%)
- Anesthésie-Réanimation	7 (2,76%)
- Cardiologie	4 (1,57%)
- Médecine du travail	4 (1,57%)
- Neurologie	4 (1,57%)
- Pneumologie	4 (1,57%)
- Spécialités chirurgicales	3 (1,18%)
- Anatomopathologie	2 (0,79%)
- Biologie	2 (0,79%)
- Dermatologie	2 (0,79%)
- Endocrinologie	2 (0,79%)
- Gynécologie médicale	2 (0,79%)
- Gynécologie obstétrique	2 (0,79%)

<ul style="list-style-type: none"> - Médecine d'urgence - MPR - Oncologie - Ophtalmologie - Radiologie - Allergologie - Génétique - Hépato-Gastroentérologie - Médecine Nucléaire - Néphrologie - ORL - Rhumatologie 	<ul style="list-style-type: none"> 2 (0,79%) 2 (0,79%) 2 (0,79%) 2 (0,79%) 1 (0,39%) 1 (0,39%) 1 (0,39%) 1 (0,39%) 1 (0,39%) 1 (0,39%) 1 (0,39%)
<p>Nombre de semestres validés</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 	<ul style="list-style-type: none"> 42 (16,54%) 53 (20,87%) 30 (11,81%) 33 (12,99%) 32 (12,60%) 47 (18,50%) 8 (3,15%) 5 (1,97%) 1 (0,39%) 3 (1,18%)
<p>Statut marital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Célibataire sans enfant - Célibataire avec enfant(s) - En couple sans enfant - En couple avec enfant(s) 	<ul style="list-style-type: none"> 76 (29,92%) 1 (0,39%) 134 (52,76%) 43 (16,93%)

Il y a 34% d'hommes à avoir répondu contre 65% de femmes.

Une majorité des réponses proviennent des internes de médecine générale (72%) mais la plupart des spécialités sont représentées.

Les internes d'Angers sont presque 70% à vivre en couple et environ 17% sont parents.

3. Type d'exercice

129 des internes interrogés souhaitent exercer en ambulatoire uniquement, soit 50,79%. Ils sont 23 à ne vouloir faire que de l'hospitalier, soit 9,06%, et 102 à vouloir exercer une activité mixte, soit 40,16%.

Tableau II - Type d'exercice souhaité

	Ambu.	Hospit.	Mixte
Méd. Gé	116	5	61
Spé.	13	18	41
	129 (50,79%)	23 (9,06%)	102 (40,16%)

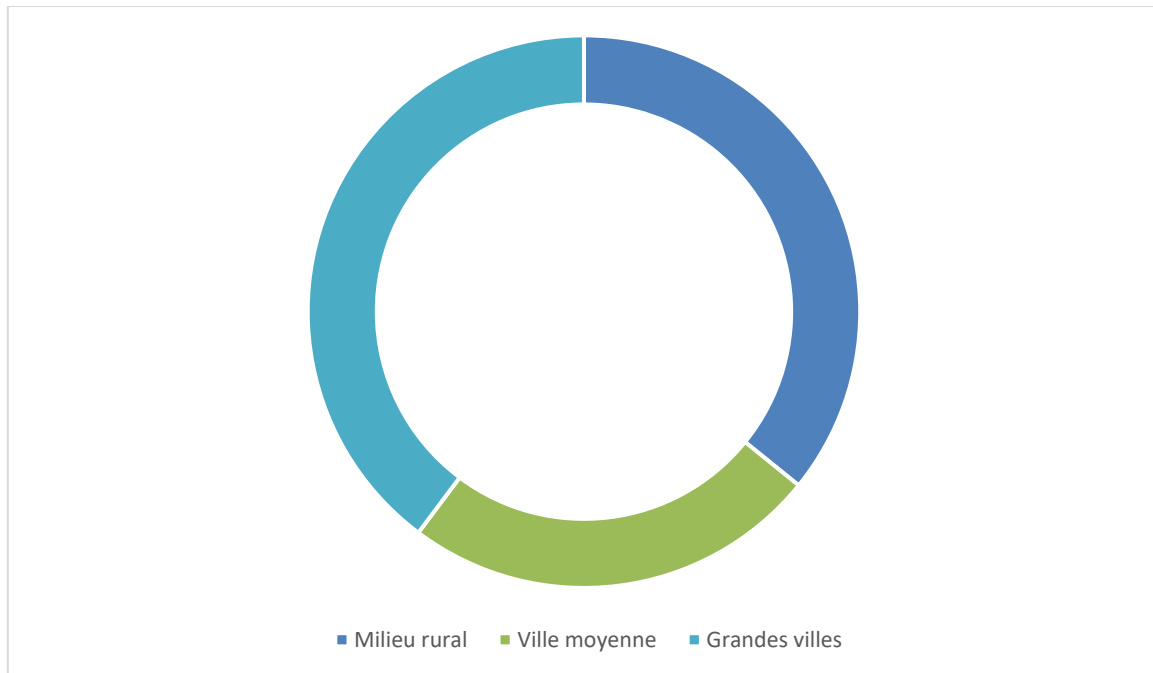
Il existe des différences significatives entre les internes de médecine générale et les internes de spécialités :

- Une majorité des internes de médecine générale (63,74%) souhaitent exercer en ambulatoire uniquement, contre 18,06% des internes des autres spécialités ($p < 0,05$).
- 25% des internes de spécialité ne souhaitent faire que de l'hospitalier contre seulement 2,75% des internes de médecine générale ($p < 0,05$).
- 56,94% des spécialistes aimeraient exercer une activité mixte par rapport à 33,51% des internes de médecine générale ($p < 0,05$).

4. Origine

91 internes viennent d'un milieu rural, soit 36%, 62 viennent d'une ville moyenne, soit 24% environ et enfin 101 des grandes villes (environ 40%).

Figure 1 – Milieu d'enfance



5. Milieux d'habitation et d'exercice souhaités

5.1. Pour tous les internes

Tableau III - Milieux de vie souhaités

	Habiter		Remplacer		Exercer	
Milieu rural	Idéalement	82 (32,28%)	Idéalement	91 (35,83%)	Idéalement	87 (34,25%)
	Possiblement	102 (40,16%)	Possiblement	144 (56,69%)	Possiblement	105 (41,34%)
	Jamais	70 (27,56%)	Jamais	19 (7,48%)	Jamais	62 (24,41%)
Ville moyenne	Idéalement	88 (34,65%)	Idéalement	104 (40,94%)	Idéalement	104 (40,94%)
	Possiblement	150 (59,06%)	Possiblement	148 (58,27%)	Possiblement	138 (54,33%)
	Jamais	16 (6,30%)	Jamais	2 (0,79%)	Jamais	12 (4,72%)

Grandes villes	Idéalement	76 (29,92%)	Idéalement	63 (24,80%)	Idéalement	64 (25,20%)
	Possiblement	133 (52,36%)	Possiblement	153 (60,24%)	Possiblement	135 (53,15%)
	Jamais	45 (17,72%)	Jamais	38 (14,96%)	Jamais	55 (21,65%)

En milieu rural :

- il n'y a pas de différence significative entre ceux qui y souhaitent idéalement habiter, remplacer ou exercer ($p=0,700$)
- il n'y a pas de différence significative entre ceux qui y souhaitent possiblement habiter ou exercer ($p=0,857$) mais ils sont significativement plus nombreux à vouloir possiblement y remplacer ($p<0,05$)
- il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ne souhaitent jamais y habiter ou y exercer ($p=0,479$) mais ils sont significativement moins nombreux à ne jamais souhaiter y remplacer ($p<0,05$)

Dans les villes moyennes :

- il n'y a pas de différence significative entre ceux qui y souhaitent idéalement habiter, remplacer ou exercer ($p=0,243$)
- il n'y a pas de différence significative entre ceux qui y souhaitent possiblement habiter, remplacer ou exercer ($p=0,514$)
- il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ne souhaitent jamais y habiter ou exercer ($p=0,560$) mais ils sont significativement moins nombreux à ne jamais souhaiter y remplacer ($p<0,05$)

Dans les grandes villes :

- il n'y a pas de différence significative entre ceux qui y souhaitent idéalement habiter, remplacer ou exercer ($p=0,349$)
- il n'y a pas de différence significative entre ceux qui y souhaitent possiblement habiter, remplacer ou exercer ($p=0,145$)
- il n'y a pas de différence significative entre ceux qui ne souhaitent jamais y habiter, remplacer ou exercer ($p=0,144$)

5.2. Lieu d'exercice souhaité selon l'origine

Tableau IV - Lieu d'exercice selon origine

		Milieu rural	Ville moyenne	Grandes villes
Si origine rurale (N=91)	Idéalement	51 (56,04%)	35 (38,46%)	15 (16,48%)
	Possiblement ou jamais	40 (43,96%)	56 (61,54%)	76 (83,52%)
Si origine non rurale (N=163)	Idéalement	36 (22,09%)	69 (42,33%)	49 (30,06%)
	Possiblement ou jamais	127 (77,91%)	94 (57,67%)	114 (69,94%)
		p<0,05	p=0,548	p<0,05

Les internes d'origine rurale sont significativement plus nombreux à vouloir idéalement exercer en milieu rural et significativement moins nombreux à vouloir idéalement exercer dans les grandes villes. Il n'y a pas de différence significative pour les villes moyennes.

6. Temps de trajet

Les internes interrogés se disent prêt à faire quotidiennement, en moyenne 28,04 minutes de trajet aller pour aller travailler. La médiane est à 30 minutes avec un minimum de 5 minutes et un maximum à 60 minutes.

7. Niveau d'importance de 2 facteurs dans le choix du lieu d'installation

	Niveau de revenus	Qualité de vie
Aucune importance	4 (1,57%)	0 (0%)
Peu important	69 (27,17%)	0 (0%)
Important	166 (65,35%)	31 (12,20%)
Essentiel	15 (5,91%)	223 (87,80%)

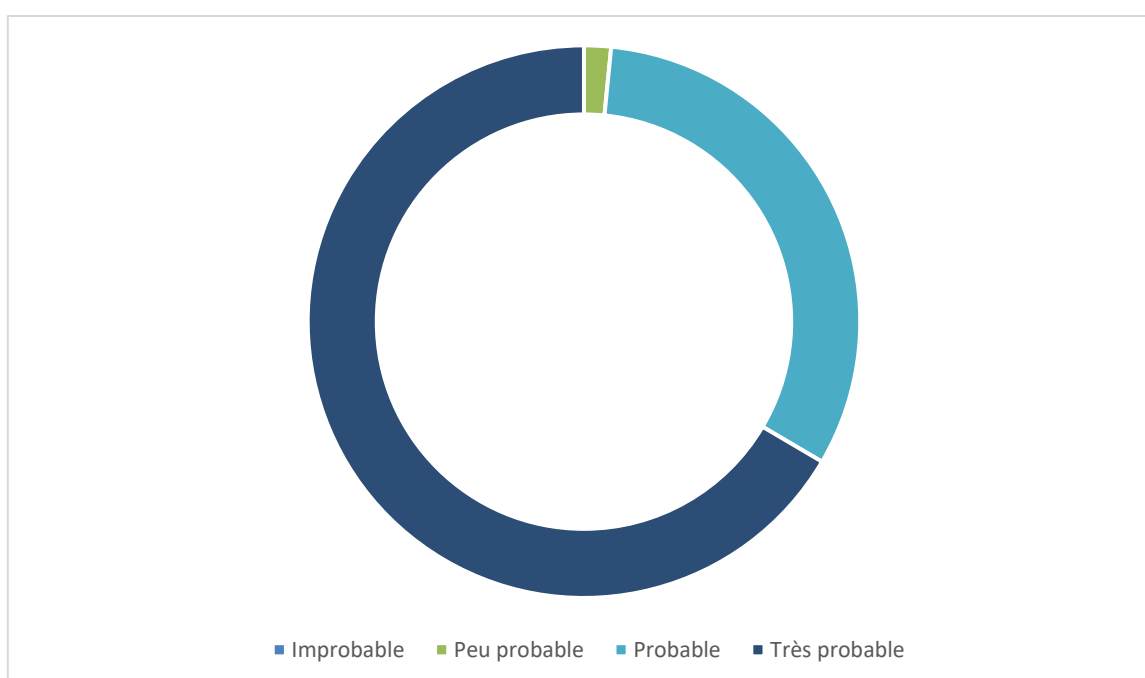
Tableau V - Importance revenus et qualité de vie

8. Probabilité d'un emploi à vie

Aucun interne pense qu'il est improbable que ses études ne lui garantisse pas un emploi à vie mais 4 internes, soit 1,57%, pensent que cela est peu probable.

Pour 81 internes, soit 31,89%, il est probable que leurs études leur garantissent un emploi à vie, et cela est même très probable pour 169 internes, soit 66.54%.

Figure 2 - Probabilité emploi à vie

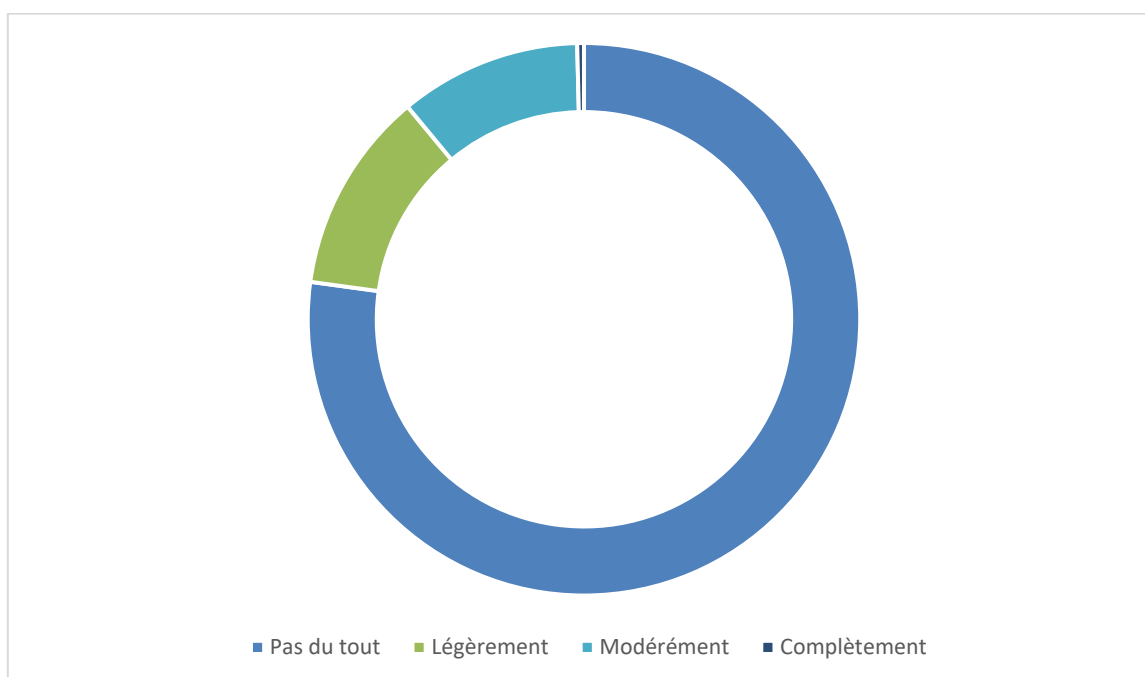


9. Sentiment de redevabilité

1 seul interne se sent **complètement** redevable vis-à-vis de la société en raison de la gratuité de ses études. 27 internes, soit 10,63%, se sentent **modérément** redevables et 30 internes, soit 11,81%, se sentent **légèrement** redevables.

Une majorité, 196 internes soit 77,17%, déclare ne **pas se sentir du tout** redevable.

Figure 3 - Redevabilité



10. Facilité d'installation

Est-il facile de s'installer dans votre spécialité (sur le plan démographique) :			
	En milieu rural	Dans une ville moyenne	Dans les grandes villes
Oui	214 (84,25%)	233 (91,73%)	159 (62,60%)
Non	34 (13,39%)	9 (3,54%)	56 (22,05%)
Ne sait pas	6 (2,36%)	12 (4,72%)	39 (15,35%)

Tableau VI - Facilité installation toutes spécialités

Les internes de spécialités étant plus dépendants du milieu hospitalier, ces résultats ont été réinterprétés en isolant les 182 internes de médecine générale :

Est-il facile de s'installer en médecine général (sur le plan démographique) :			
	En milieu rural	Dans une ville moyenne	Dans les grandes villes
Oui	178 (97,80%)	170 (93,41%)	106 (58,24%)
Non	3 (1,65%)	5 (2,75%)	46 (25,27%)
Ne sait pas	1 (0,55%)	7 (3,85%)	30 (16,48%)

Tableau VII - Facilité installation médecine générale

Il n'y a pas de différence significative sur la facilité d'installation entre le milieu rural et les villes moyennes ($p=0,073$).

Les internes de médecine générale pensent qu'il est significativement plus facile de s'installer en milieu rural ou dans une ville moyenne que dans les grandes villes ($p<0,05$).

11. Concurrence

11.1. Présence ou non de concurrence selon les milieux

Pensez-vous qu'il y aura de la concurrence dans les années à venir ?			
	En milieu rural	Dans une ville moyenne	Dans les grandes villes
Oui	19 (7,48%)	68 (26,77%)	193 (75,98%)
Non	214 (84,25%)	159 (62,60%)	35 (13,78%)
Ne sait pas	21 (8,27%)	27 (10,63%)	26 (10,24%)

Tableau VIII - Concurrence

Les internes interrogés pensent significativement qu'il y aura de la concurrence prochainement dans les grandes villes, contrairement aux milieux ruraux ou aux villes moyennes ($p<0,05$).

Il n'y a cependant pas de différence significative pour les internes ne se prononçant pas sur la concurrence entre les 3 milieux ($p=0,629$).

11.2. Des internes indécis

Le profil des 57 étudiants qui **ne se prononçaient pas** sur au moins un des milieux a été réalisé afin de le comparer au profil de la population d'internes analysée.

Tableau IX - Profil internes indécis sur question de la concurrence

N=57 (22,44%)	Nombre (%)	Valeur p
Genre		p=0,158
- Homme	14 (24,56%)	
- Femme	43 (75,44%)	
Spécialité		p=0,644 (Fisher)
- Médecine générale	43 (75,44%)	
- Spécialités médicales	11 (19,30%)	
- Spécialités chirurgicales	0 (0%)	
- Autres	3 (5,26%)	
Semestre		p=0,937
- Phase socle	21 (36,84%)	
- Vieux semestres	36 (63,16%)	
Souhait d'exercer :		
- En milieu rural		p=0,263
. Idéalement	24 (42,11%)	
. Possiblement ou Jamais	33 (57,89%)	
- Dans une ville moyenne		p=0,120
. Idéalement	17 (29,82%)	
. Possiblement ou Jamais	40 (70,18%)	
- Dans une grande ville		p=0,347
. Idéalement	11 (19,30%)	
. Possiblement ou Jamais	46 (80,70%)	

La population d'internes n'osant pas se prononcer sur une future concurrence dans au moins un milieu est identique à l'échantillon de population analysée.

11.3. Incidence sur le lieu d'exercice souhaité

Les souhaits d'installation de la population d'internes conscients d'une future concurrence prochaine dans les grandes villes (N=193) ont été comparés à ceux qui ne croient pas en une concurrence possible.

Tableau X - Lieu d'exercice selon concurrence

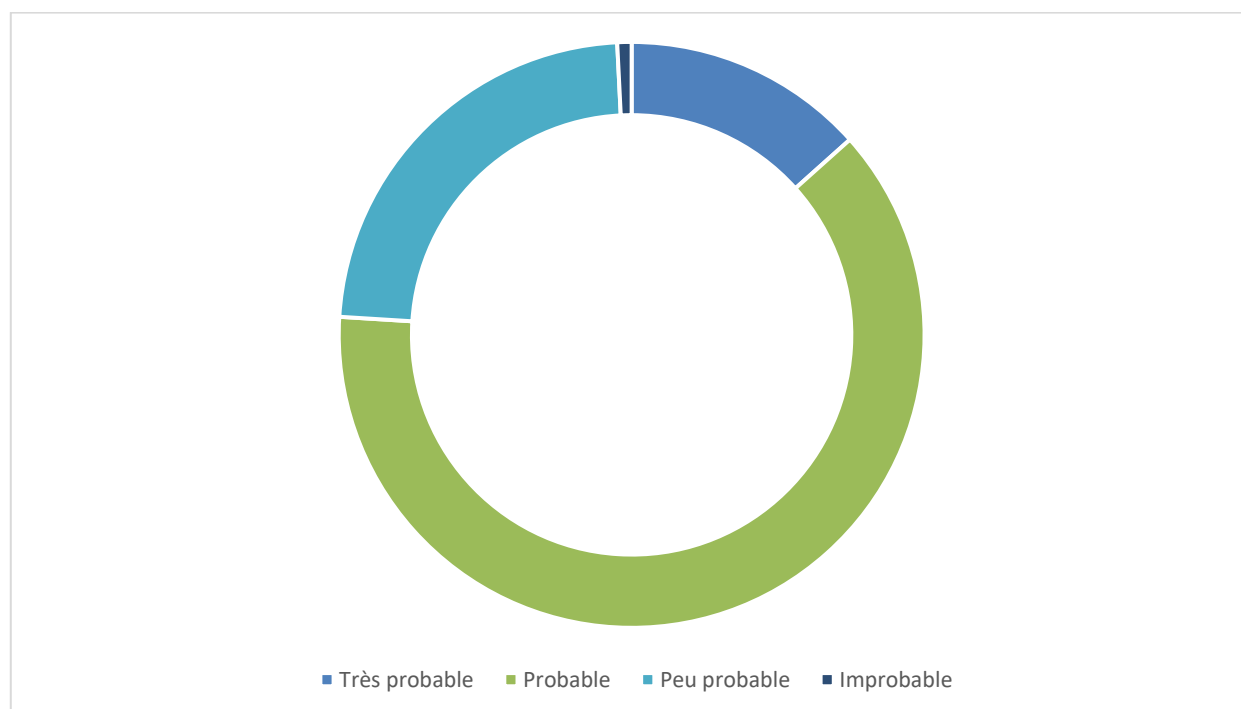
Souhait d'exercer :	OUI= 193 (76%)	NON = 35 (14%)	Valeur p
En milieu rural :			p=0,153
- Idéalement	68 (35,23%)	8 (22,86%)	
- Possiblement ou Jamais	125 (64,77%)	27 (77,14%)	
Dans une ville moyenne :			p=0,877
- Idéalement	80 (41,45%)	15 (42,86%)	
- Possiblement ou Jamais	113 (58,55%)	20 (57,14%)	
Dans les grandes villes :			p=0,245
- Idéalement	48 (24,87%)	12 (34,29%)	
- Possiblement ou Jamais	145 (75,13%)	23 (65,71%)	

Il n'y a pas de différence significative sur les souhaits de lieux d'installation entre les internes conscients d'une future concurrence dans les grandes villes et ceux qui n'y croient pas.

12. Limites à la liberté d'installation

Il est **probable** pour 159 internes (62,60%) que l'Etat pose des limites à la liberté d'installation prochainement et même **très probable** pour 34 internes (13,39%). 59 internes (23,23%) pensent que cela est **peu probable** et 2 internes (0,79%) **improbable**.

Figure 4 - Probabilité de la pose de limites à l'installation



13. Avis sur les mesures coercitives

	Favorable	Défavorable	Ne sait pas
Obligation d'installation pour 3 ans dans une zone sous-dotée à l'issu de la formation	13 (5,12%)	224 (88,19%)	17 (6,69%)
Obligation d'installation pour 5 ans dans une zone sous-dotée à l'issu de la formation	0 (0%)	249 (98,03%)	5 (1,97%)
Dans les zones sur-denses, conventionnement à l'Assurance Maladie d'un nouveau médecin seulement possible en cas de cessation d'activité d'un autre	125 (49,21%)	99 (38,98%)	30 (11,81%)
Conventionnement sélectif des médecins en fonction de la densité de l'offre de soin dans sa zone d'installation	80 (31,50%)	150 (59,06%)	24 (9,45%)
Instauration d'un « numerus clausus » à l'installation : lors de la dernière année d'internat, choix du lieu d'installation sur une liste nationale définie par l'ARS en fonction des besoins	6 (2,36%)	235 (92,52%)	13 (5,12%)

Tableau XI - Avis sur différentes mesures coercitives

Les avis sur ces questions des internes de médecine générale (N=182), plus directement ciblés par les problèmes de désertification, ont été comparés avec ceux des internes de spécialités (N=72) (toutes confondues).

	Internes en médecine générale (182)			Internes de spécialités (72)			p
	Favorable	Défavorable	Ne sait pas	Favorable	Défavorable	Ne sait pas	
Obligation d'installation pour 3 ans	7 (3,85%)	164 (90,11%)	11 (6,04%)	6 (8,33%)	60 (83,33%)	6 (8,33%)	0,251 (Fisher)
Obligation d'installation pour 5 ans	0 (0%)	178 (97,80%)	4 (2,20%)	0 (0%)	71 (98,61%)	1 (1,39%)	1 (Fisher)
Dans les zones sur-denses, conventionnement que si cessation d'activité d'un autre	92 (50,55%)	66 (36,26%)	24 (13,19%)	33 (45,83%)	33 (45,83%)	6 (8,33%)	0,290
Conventionnement sélectif	62 (34,07%)	105 (57,69%)	15 (8,24%)	18 (25%)	45 (62,5%)	9 (12,5%)	0,281
« Numerus clausus » à l'installation	4 (2,20%)	168 (92,31%)	10 (5,49%)	2 (2,78%)	67 (93,06%)	3 (4,17%)	0,999 (Fisher)

Tableau XII - Avis sur différentes mesures coercitives selon spécialité

Il n'existe aucune différence significative entre les internes de médecine générale et les internes de spécialité.

14. Hypothèse d'une mise en place de mesure coercitive temporaire

Si une obligation d'installation en zone sous-dotée temporaire (5 ans maximum) était instaurée, comment les internes angevins réagiraient-ils ? Plusieurs hypothèses avec plusieurs choix possibles étaient proposées avec une possibilité de texte libre.

Le nombre d'internes intéressés par chaque proposition est le suivant :

- Pas de changement réel pour mon projet : 85 (33,46%)
- Adaptation de mon projet à la législation : 75 (29,53%)
- Ne faire que des remplacements : 133 (52,36%)
- Ne pas se conventionner : 31 (12,20%)
- Modifier mon type d'exercice (hospit par ex) : 113 (44,49%)
- Aller exercer dans un autre pays : 68 (26,77%)
- Arrêt complet de la médecine : 19 (7,48%)
- Autres : 10 (3,94%)
 - Un interne non concerné en raison de sa spécialité
 - 2 internes s'adaptent seulement si une distance maximale par rapport à leur ville souhaitée était respectée

Ces résultats ont été séparés pour comparer les 182 internes de médecine générale d'un côté et les 72 internes de spécialités de l'autre :

	Médecine générale (N=182)	Spécialités (N=72)	Valeur p
Pas de changement réel pour mon projet	77 (42,31%)	8 (11,11%)	<0,05
Adaptation de mon projet à la législation	57 (31,32%)	18 (25%)	0,320
Ne faire que des remplacements	99 (54,40%)	34 (47,22%)	0,302
Ne pas se conventionner	17 (9,34%)	14 (19,44%)	<0,05
Modifier mon type d'exercice (hospit par ex)	71 (39,01%)	42 (58,33%)	<0,05
Aller exercer dans un autre pays	39 (21,43%)	29 (40,28%)	<0,05
Arrêt complet de la médecine	11 (6,04%)	8 (11,11%)	0,167

Tableau XIII - Réactions si mesures coercitives temporaires selon spécialité

Les internes en médecine générale sont significativement plus nombreux à ne pas avoir de modifications dans leur projet et sont significativement moins nombreux à opter pour les options de « Ne pas se conventionner », « Modifier mon type d'exercice » et « Aller exercer dans un autre pays ».

15. Hypothèse d'une mise en place de mesure coercitive définitive

Si une régulation définitive à l'installation était instaurée, comment les internes angevins réagiraient-ils ? Les mêmes hypothèses étaient à nouveau soumises au choix des internes interrogés.

Le nombre d'internes intéressés par chaque proposition est le suivant :

- Pas de changement réel pour mon projet : 65 (25,59%)
- Adaptation de mon projet à la législation : 67 (26,38%)
- Ne faire que des remplacements : 90 (35,43%)
- Ne pas se conventionner : 37 (14,57%)
- Modifier mon type d'exercice (hospit par ex) : 125 (49,21%)
- Aller exercer dans un autre pays : 92 (36,22%)
- Arrêt complet de la médecine : 41 (16,14%)
- Autres : 9 (3,54%)
 - Un interne s'adapterait si le secteur d'installation est déterminé au début de l'internat
 - Un interne s'adapterait à condition de pouvoir travailler à l'hôpital comme il le souhaite
 - Deux internes non concernés en raison de leurs spécialités
 - Un interne de médecine du travail dépendant des entreprises

Ces résultats ont à nouveau été séparés pour comparer les 182 internes de médecine générale d'un côté et les 72 internes de spécialités de l'autre :

	Médecine générale (N=182)	Spécialités (N=72)	Valeur p
Pas de changement réel pour mon projet	59 (32,42%)	6 (8,33%)	<0,05
Adaptation de mon projet à la législation	53 (29,12%)	14 (19,44%)	0,115
Ne faire que des remplacements	72 (39,56%)	18 (25%)	<0,05
Ne pas se conventionner	18 (9,89%)	19 (26,39%)	<0,05
Modifier mon type d'exercice (hospit par ex)	82 (45,05%)	43 (59,72%)	<0,05
Aller exercer dans un autre pays	52 (28,57%)	40 (55,56%)	<0,05
Arrêt complet de la médecine	29 (15,93%)	12 (16,67%)	0,886

Tableau XIV - Réactions si mesures coercitives définitives selon spécialité

Les internes en médecine générale sont significativement plus nombreux à ne pas avoir de modifications dans leur projet et à vouloir opter pour l'option de « Ne faire que des remplacements ».

Ils sont significativement moins nombreux à opter pour les options de « Ne pas se conventionner », « Modifier mon type d'exercice » et « Aller exercer dans un autre pays ».

Le profil des internes intéressés par la proposition de l'arrêt complet de la médecine pour l'une ou l'autre des 2 situations évoquées (N=42) a été réalisé afin de rechercher une différence avec la population générale.

N=42 (16,54%)	Nombre (%)	Valeur p
Genre		p=0,304
- Homme	11 (26,19%)	
- Femme	31 (73,81%)	
Spécialité		p=0,730
- Médecine générale	29 (69,05%)	
- Spécialités	13 (30,95%)	
Semestre		p=0,270
- Phase socle (1 ^{er} et 2 ^e)	12 (28,57%)	
- Vieux semestres	30 (71,43%)	
Souhait d'exercer :		
- En milieu rural		p=0,182
. Idéalement	10 (23,81%)	
. Possiblement ou Jamais	32 (76,19%)	
- Dans une ville moyenne		p=0,05
. Idéalement	24 (57,14%)	
. Possiblement ou Jamais	18 (42,86%)	
- Dans les grandes villes		p=0,600
. Idéalement	9 (21,43%)	
. Possiblement ou Jamais	33 (78,57%)	

Tableau XV - Profil des internes prêts à arrêter médecine

Les internes qui pourraient possiblement arrêter la médecine en cas de mesures coercitives souhaitent plus exercer idéalement dans les villes moyennes de manière significative.

Le profil des internes prêts à s'adapter à la législation quelle qu'elle soit (N=96) a également été réalisé afin de rechercher une différence avec la population générale.

N=96 (37,80%)	Nombre (%)	Valeur p
Genre		p=0,595
- Homme	30 (31,25%)	
- Femme	66 (68,75%)	
Spécialité		p=0,410
- Médecine générale	73 (76,04%)	
- Spécialités	23 (23,96%)	
Semestre		p=0,363
- Phase socle (1 ^{er} et 2 ^e)	41 (42,71%)	
- Vieux semestres	55 (57,29%)	
Souhait d'exercer :		
- En milieu rural		p=0,595
. Idéalement	30 (31,25%)	
. Possiblement ou Jamais	66 (68,75%)	
- Dans une ville moyenne		p=0,903
. Idéalement	40 (41,67%)	
. Possiblement ou Jamais	56 (58,33%)	
- Dans les grandes villes		p=0,970
. Idéalement	24 (25%)	
. Possiblement ou Jamais	72 (75%)	

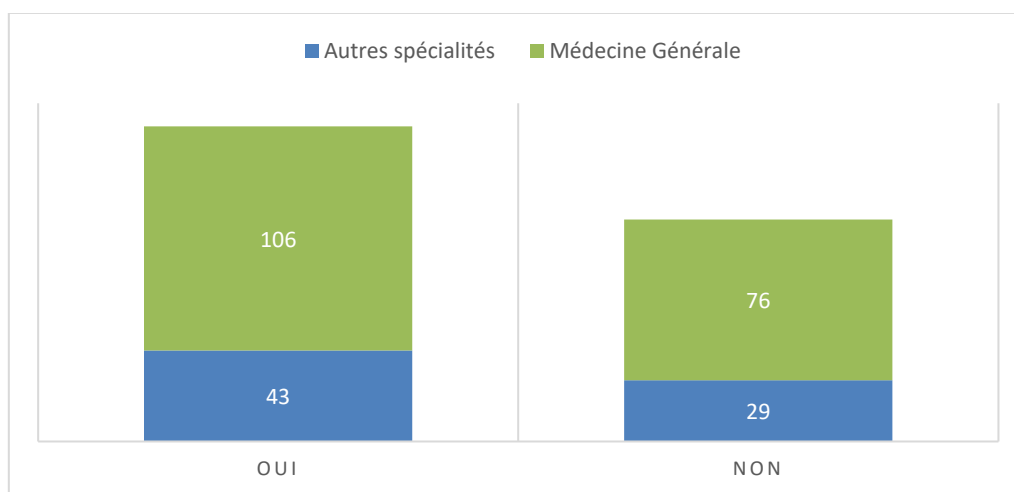
Tableau XVI - Profil des internes prêts à s'adapter

Il n'existe pas de différence significative sur le profil des internes prêts à s'adapter à la législation par rapport à la population générale.

16. Choix du cursus

Si ces mesures avaient été mises en place avant le début de leur cursus post-bac, les internes interrogés auraient-ils choisi de faire des études de médecine ?

Figure 5 - Choix du cursus médical



Soit **58,66%** des internes interrogés auraient tout de même choisi de faire des études de médecine.

DISCUSSION

1. Analyse de la population et de la méthodologie

1.1. Echantillonnage

Notre étude s'est intéressée aux internes toutes spécialités confondues de la faculté d'Angers quel que soit le nombre de semestres validés. Un des objectifs était d'évaluer si l'évolution dans l'internat impactait sur le projet professionnel.

Nous avons collecté 297 réponses sur 900 internes interrogés, dont 254 complètes soit un taux de réponse de 28,2 %, ce qui est plutôt bas.

1.2. Biais de l'étude

+ Biais de compréhension

Au sein de notre étude, l'objectif principal était d'évaluer l'impact des mesures coercitives sur le projet professionnel des internes. Nous avons essayé de réaliser une définition succincte avant de les énoncer. Cependant, il a pu subsister des incompréhensions auprès des participants.

+ Biais lié à l'élaboration du questionnaire

Au sein de la dernière partie de notre questionnaire, nous avons sélectionné certaines mesures coercitives proposées à l'Assemblée Nationale (celles revenant le plus fréquemment) afin d'évaluer la réaction des internes. De ce fait, d'autres mesures n'ont pas été suggérées, qui aurait peut-être modifiées nos résultats. En effet, on retrouve une opposition moins franche en fonction des différentes propositions.

+ Biais de sélection

Les formulaires ont été envoyés selon la liste de diffusion de la scolarité d'Angers, afin de toucher l'exhaustivité des internes. Néanmoins, il est difficile de vérifier si tous les internes y ont eu accès.

1.3. Caractéristiques de la population

Notre population d'internes angevins présente des critères comparables à la population d'internes nationale.

Environ 65% des internes ayant répondu sont des femmes, contre 35% d'hommes. Ces chiffres sont comparables avec la proportion hommes-femmes des étudiants affectés aux ECN 2016 (première année interrogée dans notre étude). Les femmes étaient bien majoritaires avec 56% d'affectées toutes spécialités confondues et jusqu'à 60% en médecine générale (spécialité qui correspond à 72% de nos réponses). (15)

Avec 27 spécialités représentées sur les 31 existantes aujourd'hui, notre population balaye une majorité des disciplines, notamment toutes celles d'exercice ambulatoire possible. Nous avons cependant une majorité d'internes de médecine générale à avoir répondu (72%) alors qu'ils ne représentent qu'environ 50% des internes inscrits à Angers. Cela peut être lié au fait que les internes de médecine générale sont plus fréquemment sollicités pour les questionnaires de thèse et ont plus pris l'habitude d'y répondre. Il est également possible que ces derniers se sentent plus concernés par le sujet de notre travail, le médecin généraliste étant le médecin de premier recours et donc plus directement visé par les problématiques de désertification médicale.

37% des internes ayant répondu étaient en phase socle et tous les semestres ont été représentés ce qui nous a permis de comparer certains résultats en fonction de l'avancement de l'internat.

Environ 70% des internes interrogés sont en couple et 17% sont parents. Ces chiffres concordent avec ceux des précédents travaux réalisés (16) et montrent bien que les internes ne sont plus de jeunes étudiants isolés, ce qui explique la part prise par leur entourage dans leurs choix professionnels.

2. Une opposition relative aux mesures coercitives

2.1. Liberté d'installation : une condition peu négociable avec des réactions possiblement extrêmes

La liberté d'installation a été établie par une charte rédigée par les premiers syndicats de médecins en 1927, avec les principes de liberté de prescription, de secret médical et de liberté de fixation des tarifs par entente direct entre le médecin et le patient. Pour le moment, seul le dernier point a fait l'objectif d'un remaniement à partir de 1945 avec l'émergence d'un conventionnement à l'assurance maladie obligatoire.

Pas loin d'un siècle plus tard, cette condition semble tenir une place très importante auprès des internes. En effet, nos résultats ont mis en évidence une opposition majeure à la mise en place de la plupart des mesures coercitives au sein de la population d'internes Angevine, avec une opinion défavorable allant jusqu'à 98 % pour une obligation d'installation dans une zone sous dotée durant 5 ans.

Les différentes hypothèses pouvant expliquer ces résultats sont d'une part la définition même de la liberté, revenant souvent à l'absence de contraintes. Ces dernières s'expriment de différentes manières au sein de notre formation : pression académique avec les concours, longueur des études, charge de travail (gardes, durée de travail...). Cela peut expliquer qu'au terme de leur parcours, les médecins cherchent à ne plus être confrontés à un nouvel obstacle. Un résultat de notre étude va en ce sens : 77% des internes ne se sentent pas redevables à la société à l'issue de leur formation.

Également, la liberté d'installation pourrait être considérée acquise au sein de notre profession, étant donné l'absence de remise en question depuis 1927. Par exemple, lors du choix des internes à l'issue de l'examen national classant, un choix de spécialité ainsi que de ville est réalisé par l'étudiant. Cependant à l'issue de sa formation, il est libre de s'installer n'importe où sur le territoire. Si des mesures coercitives étaient instaurées, le choix des villes par les internes serait sans doute différent, en privilégiant des lieux de formation plus attrayants pour l'exercice futur. Il semble légitime de s'interroger, du fait d'une inadéquation du nombre de postes pour le nombre d'internes, si cela pourrait majorer les disparités au sein du territoire.

L'opposition aux mesures coercitives pourrait également se manifester par une modification du mode d'exercice, au détriment de l'installation en libéral. Au sein de notre étude, seul un peu plus de la moitié des internes verrait son projet professionnel non modifié ou bien s'adapterait à ses mesures. Pour les autres étudiants, une adaptation du mode d'exercice par les remplacements, le travail hospitalier voir un arrêt total de l'exercice médical (7 à 15% en fonction de la durée des mesures coercitives) serait envisagé.

Enfin, une grande majorité des participants à notre étude sont des internes de médecine générale (71.65%). En effet, au sein de cette spécialité, l'exercice libéral prend une place très importante. De ce fait, elle est davantage concernée par ses réformes. Ainsi, au vu des

résultats, on peut émettre l'hypothèse qu'il pourrait y avoir un désintérêt des internes pour cette spécialité, voir pour les études de médecine, comme peut le montrer le résultat suivant : 35% des internes interrogés n'auraient pas fait médecine si ces mesures avaient été mises en place.

2.2. Mais pouvant être discutée

Lors de l'élaboration de notre questionnaire, nous avons exposé différentes mesures coercitives aux étudiants, ayant le même objectif, à savoir réguler l'offre de soins sur le territoire afin de l'adapter aux besoins de la population. Pour ce faire, différentes propositions ont été réalisées et il est intéressant de noter que l'impact n'est pas le même auprès des internes, pour une finalité similaire. Alors qu'on note une opposition franche pour une obligation d'installation dans une zone sous dotée ou pour une instauration d'un *numerus clausus* à l'installation, le conventionnement à l'assurance maladie sur un départ en retraite semble ouvert à la discussion. En effet, en moyenne la moitié des internes y est favorable. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats.

La première pourrait être la prise de conscience de la concurrence dans les années à venir. Nos résultats ont montré une différence significative sur la perception de cette dernière selon la taille de la ville. Ainsi, le remplacement d'un départ en retraite permettrait d'éviter une offre supérieure à la demande et au médecin d'avoir une patientèle établie. Néanmoins, cela rejoint l'idée d'adapter l'offre à la densité médicale. Or, parmi une des mesures coercitives, il est également proposé un conventionnement sélectif des médecins en fonction de la densité médicale dans le territoire, et bien que l'opinion y soit moins défavorable, on note une opposition en moyenne à 59% des internes. La nuance entre ces 2 propositions tient peut-être au fait qu'il restera possible de s'installer dans une région attrayante en remplaçant un départ

en retraite, plutôt que le risque d'un conventionnement presque obligatoire dans les déserts médicaux actuels. Cela ne laisserait plus de choix pour le lieu, les conditions d'exercice...

Une autre hypothèse revient justement à la notion de choix. On pourrait se poser la question suivante : en quoi les internes sont-ils davantage opposés : à la contrainte où à l'exercice rural, territoire majoritairement concerné par les déserts médicaux. D'après nos résultats, 34% des internes souhaitent idéalement exercer dans les campagnes et jusqu'à 40% possiblement, ce qui dénote d'une part avec les chiffres actuels sur la densité médicale et d'autre part sur l'opposition à ces mesures. En effet, 42% des internes de médecine générale nous déclarent que ces mesures n'auraient pourtant pas d'impact sur leurs projets professionnels.

Peut-être que l'opinion défavorable à l'instauration de mesures coercitives ne réside pas tant dans le lieu géographique, qui est un des problèmes à résoudre, mais davantage dans la représentation de ces mesures par les internes.

3. Aborder la problématique des déserts médicaux avec les internes

3.1. Origine et lieu d'exercice : recruter dans les campagnes

Lors de l'élaboration de notre travail, un de nos objectifs secondaires était de pouvoir définir quel profil d'étudiant serait le plus intéressé pour venir exercer en milieu rural, territoire majoritairement concerné par les déserts médicaux, et de ce fait par les mesures coercitives. Pour ce faire, nous avons essayé d'établir un lien entre le lieu d'exercice et le lieu d'origine. Au sein de notre échantillon, 36% des internes sont issus de milieu rural, et ils sont significativement plus nombreux à vouloir exercer en dehors des grands pôles urbains.

Ainsi, on peut émettre l'hypothèse, que l'augmentation du nombre d'internes issus de milieux ruraux serait un facteur facilitant pour les installations dans les campagnes.

Une piste de travail pourrait être d'encourager les étudiants, issus de milieux ruraux, à se lancer dans des études de médecine. Cela pourrait nécessiter d'établir un diagnostic de terrain afin de déterminer le type de population et quels pourraient être les freins à la réalisation de ces dernières.

Une étude de l'INSEE (17) a fait le lien entre le milieu social et l'accès aux études, et il en ressort que malgré les efforts pour y favoriser l'accès, entre 2013 et 2015, 65% des enfants de cadres ou de professions intermédiaires sont diplômés du supérieur, contre 30% des enfants d'ouvriers ou d'employés, majoritairement présents en milieux ruraux. Cela met en évidence un premier frein, qui est l'accès aux enseignements supérieurs. L'ouvrage "Les Invisibles de la République" (18) expose les différentes difficultés rencontrées : le manque d'information, d'activité culturelle, de transports.... Des sessions d'informations en milieu rural sur les études de médecine pourraient être un moyen de présenter les études, et des dispositifs mis en place pour aider les étudiants.

Également, l'ouvrage « Campagnes contemporaines - Enjeux économiques et sociaux des espaces ruraux français » (19) dresse un état des lieux des classes sociales rencontrées dans ces territoires, majoritairement composées d'ouvriers et d'employés, mettant ainsi en évidence, une population plus précarisée que dans les grandes villes. Cela soulève l'abord financier des études supérieures, bien que moindre comparé au prix des grandes écoles, cela peut représenter un premier frein. Le Contrat d'Engagement au Service Public, permet d'y remédier à partir de la deuxième année de médecine, la première restant à la charge de l'étudiant. La création d'une bourse dès la première année de médecine pourrait être discutée.

3.2. Pénibilité des études : internes non redevables

Au sein de notre étude, nous avons souhaité évaluer dans un second temps quels pourraient être les freins à la mise en place des mesures coercitives. Majoritairement opposés, les internes y voient sans doute une contrainte imposée, en plus de celles déjà présentes et nombreuses au sein de leur parcours. Cela est illustré par le résultat suivant : au sein de notre échantillon, près de 77% des internes ne se sentent pas redevables à la société en raison de la gratuité des études.

Cela peut être expliqué par la pénibilité des études de médecine qui se manifeste au travers de la longueur du cursus médical, la pression des concours académiques, des conditions de travail difficiles (faible rémunération, pression psychologique, temps de travail hebdomadaire,...). Cette pénibilité s'exprime également à travers une souffrance psychologique, mise en évidence par une enquête des syndicats d'étudiants en médecine en 2017. Elle a estimé la prévalence du syndrome dépressif à 27,7% au sein des étudiants en médecine, par rapport à un taux de 4,8% de moyenne en France, d'après une étude de l'OMS en 2017 (20).

Ainsi, la discussion de la mise en place des mesures coercitives fait suite à un problème actuel de société d'accès aux soins et de déserts médicaux. Se sentant actuellement peu redevables, l'amélioration des conditions des études médicales par une revalorisation des salaires, un respect du temps de travail, une prise en charge de la souffrance psychologique, pourraient amener les internes à être moins opposés à ces propositions, de part une justification moindre de la gratuité des études par la pénibilité de leur parcours.

3.3. Volonté de travailler en milieu rural : discordance avec la réalité à expliquer

Les internes ayant participé à ce questionnaire souhaitent idéalement exercer en milieu rural pour tout de même 34% d'entre eux et pour 41% cela est envisageable. Cependant si l'on regarde les chiffres des installations en médecine générale dans ces milieux, ils ne concernent qu'environ 18% des installations (21). Que peut expliquer l'absence d'aboutissement de ces envies de travailler en milieu rural ? Nous émettons plusieurs hypothèses pour expliquer cela. Tout d'abord, il peut exister un frein lié à l'entourage proche avec 70% d'internes en couples et 17% déjà parents, par exemple en cas d'absence de travail pour le conjoint en milieu rural ou d'absence d'accès aisé aux structures scolaires pour les enfants. La présence d'infrastructures de loisirs à proximité (cinéma, théâtres, complexes sportifs, piscines, magasins...) paraît également importante car les internes priorisent bien leur qualité de vie avant tout (essentielle pour 88% des internes).

Sur le fait que les internes interrogés se déclarent prêts à accepter de résider à 30 minutes de leur lieu de travail (ce qui leur permettrait de vivre dans des endroits plus attractifs et de travailler dans des zones plus reculées), nous pouvons nous questionner sur l'accès à celles-ci avec notamment le manque de transports en commun et la suppression de nombreuses petites lignes de train (22).

Pour les internes de médecine générale, il est intéressant de savoir que 81% des jeunes médecins exercent désormais en groupe. (23) Or, en ruralité, la pratique était plutôt au cabinet personnel, ce qui explique probablement des modifications de projet pour certains. Cependant, il faut noter qu'une évolution sur ce point est en cours avec la création de multiples MSP dans les zones rurales (24).

Certains territoires ayant compris ce manque, ont voulu construire des MSP ou des cabinets médicaux en amont du recrutement. Malheureusement, cela a pu aboutir à des structures non fonctionnelles, et/ou mal situées, et/ou à loyers trop importants, et/ou sans praticiens, et donc non attractives... (25,26). Un projet établi en collaboration paraîtrait plus opportun pour attirer de jeunes médecins.

CONCLUSION

Au sein du territoire français, l'accès aux soins est un réel problème de santé publique. Malgré des politiques de lutte contre les déserts médicaux, les perspectives actuelles sont alarmantes et questionnent de nouvelles mesures à instaurer. Actuellement, plusieurs dispositifs ont été mis en place, sans pour autant apporter une solution pérenne pour les années à venir. C'est dans ce contexte qu'émerge depuis quelques années des mesures coercitives, dans l'optique d'adapter l'offre de soins à la demande. Différentes réformes ont été proposées : obligation d'installation durant un temps défini, conventionnellement sélectif, remplacement d'un départ en retraite...

A travers notre étude, nous avons pu constater une opposition certaine à ces mesures, ayant un impact probable sur l'installation des médecins en faveur d'une baisse par le biais d'une non-adaptation du projet professionnel avec des remplacements sur le long terme, un exercice dans le milieu hospitalier voir un arrêt de la médecine...

Si des réactions parfois extrêmes ont été mises en évidence, le dialogue ne semble pas être totalement fermé. A travers nos résultats, pour une finalité similaire, le remplacement d'un départ en retraite soulève moins d'opposition, laissant entrevoir un accès toujours possible aux régions attrayantes.

Devant des résultats mitigés, les mesures coercitives ne semblent pas être la solution idéale pour palier aux déserts médicaux. Les internes angevins y voient davantage une contrainte supplémentaire qu'une réponse à un problème de société. Afin de faire basculer l'opinion, une diminution de la pénibilité des études pourrait être discutée.

Une piste de travail pourrait être de recruter des futurs jeunes médecins directement au sein des territoires ruraux, notre étude les ayant révélés plus enclin à y exercer. Il pourrait être intéressant d'évaluer dans les études secondaires en fonction du milieu géographique, les souhaits professionnels des étudiants et les freins émis à la réalisation de certains.

Enfin malgré une volonté d'exercer en milieu rural, un frein persiste à l'installation dans les régions sous dotées malgré des aides proposées. Un diagnostic de terrain ciblant les besoins réels des médecins, souvent attachés davantage à une qualité de vie qu'à une rémunération permettrait d'établir des projets bénéfiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. IRDES. Les politiques de lutte contre la désertification médicale. 2018;252.

Disponible sur : <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medicale.pdf>

2. Ambroise-Thomas, P. (2009). La démographie médicale : prévoir et maîtriser son évolution et assurer une meilleure répartition de l'offre de Soins sur l'ensemble du territoire national. Paris Académie Nationale de Médecine: 6, tabl., fig.

3. Bouet, P. et Rasse, S. (2017). Études longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France : perspectives des flux migratoires et trajectoires. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins: 166 , tabl., graph., cartes.

4. Denoyel-Jaumard, A. et Bochaton, A. (2015). "Des pratiques et espaces médicaux en transformation : effet générationnel ou conséquences de la féminisation de la profession ?" Revue Francophone Sur La Sante Et Les Territoires: 14

5. DREES. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017 mai [cité 24 avr 2019].

Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd17.pdf>

6. Bilodeau, H. et Leduc, N. (2003). "Recension des principaux facteurs d'attraction, d'installation et de maintien des médecins en régions éloignées." Cahiers De Sociologie Et De Demographie Medicales 43(3): 485-504.

7. Rozier P. Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine - Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013. Angers; 2015.

8. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. 3 avr 2014 [cité 5 mai 2019]

Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-imbalances-in-doctor-supply-and-policy-responses_5jz5sq5ls1wl-en

9. ONDPS. Les conditions d'installations des médecins de ville en France et dans 5 pays européens. mars 2015;145.

Disponible sur :

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2015/Monographies_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_dans_5_pays_europeens.pdf

10. Dr Patrick Laine. Pétition : Demandons aux jeunes médecins généralistes d'effectuer leur première année professionnelle en territoire sous médicalisé? [Internet]. <https://www.mesopinions.com/>. [cité 24 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.mesopinions.com/petition/sante/demandons-aux-jeunes-medecins-generalistes-effectuer/60632>

11. 1. N° 284 - Proposition de loi de M. Philippe Vigier visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion0284.asp>

2. N° 455 - Proposition de loi de M. Guénhaël Huet visant à instaurer une régionalisation du numerus clausus et à favoriser l'installation des médecins dans les zones de désertification médicale [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion0455.asp>

3. N° 477 - Proposition de loi de M. Olivier Faure visant à lutter contre la désertification médicale [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion0477.asp>

4. N° 558 - Proposition de loi de M. Guillaume Peltier visant à favoriser l'égal accès aux soins sur tout le territoire en créant deux années d'exercice de médecine dans les zones sous-dotées [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion0558.asp>

5. N° 1251 - Proposition de loi de M. Arnaud Viala visant à augmenter le numerus clausus en médecine et à faciliter l'installation des médecins sur les territoires ruraux [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion1251.asp>

6. N° 1542 - Proposition de loi de M. Guillaume Garot pour des mesures d'urgence contre la désertification médicale [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/15/propositions/pion1542.asp>

7. N° 2597 - Proposition de loi de M. Philippe Folliot visant à lutter contre les déserts médicaux [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion2597.asp>

8. N° 3158 - Proposition de loi de M. Jean-Marc Ayrault pour l'instauration d'un bouclier rural au service des territoires d'avenir [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion3158.asp>

9. N° 3914 - Proposition de loi de M. Philippe Vigier visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion3914.asp>

10. N° 4119 - Proposition de loi de M. Philippe Vigier visant à garantir un accès aux soins égal sur l'ensemble du territoire [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion4119.asp>

11. N° 4144 - Proposition de loi de M. Philippe Folliot relative à la lutte contre l'inégalité de l'accès aux soins sur le territoire français [Internet].

Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion4144.asp>

12. Assemblée nationale ~ SYSTÈME DE SANTÉ (no 1681)

- Amendement no 306 [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS306>

- Amendement no 307 [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS307>

- Amendement no 309 [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS309>

- Amendement no 1127 [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS1127>

- Amendement no 1209 [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS1209>

- Amendement no 1363 [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS1363>

- Amendement no 1365 [Internet]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CION-SOC/AS1365>

13. Macron E. Conférence de presse sur le projet « Ma santé 2022 ». 2018.

14. ANEMF. Coercition : Ce que certains députés proposent ! [Internet]. ANEMF.org, le site officiel des étudiants en médecine. 2019 [cité 24 avr 2019].

Disponible sur: <https://www.anemf.org/blog/2019/03/10/coercition-ce-que-certains-deputes-proposent/>

15. Centre Nationale de Gestion. Bilan des épreuves classantes nationales informatisées de 2016 [Internet]. [cité 10 juin 2020] p. 22,23. Graphique 6 et Tableau 17.

Disponible sur:

https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/ECNi_2016_VDT_SI.pdf

16. VERDIER-PIGNAL D. Impact de la parentalité sur le parcours des internes en médecine de l'université d'Angers [Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. Angers; 2019 [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: [http://dune.univ-](http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14008277/2019MCEM11541/fichier/11541F.pdf)

[angers.fr/fichiers/14008277/2019MCEM11541/fichier/11541F.pdf](http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14008277/2019MCEM11541/fichier/11541F.pdf)

17. Durand M. Les classes populaires en milieu rural, synthèse et perspectives [Internet]. Cause commune. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: https://www.causecommune-larevue.fr/les_classes_populaires_en_milieu_rural_synthese_et_perspectives

18. Berlioux S, Maillard E. Les invisibles de la République. Robert Laffont. 2019.

19. Testas A. Le niveau d'études selon le milieu social. L'état de l'Enseignement supérieur et de la Recherche en France n°10 - Avril 2017 [Internet]. 7 avr 2017 [cité 7 juill 2020];(10).

Disponible sur: https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eesr/10/EESR10_ES_21-le_niveau_d_etudes_selon_le_milieu_social.php

20. Frajerman A. La santé mentale des étudiants en médecine [Internet]. Fondation Jean-Jaurès. 2020 [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: <https://jean-jaures.org/nos-productions/la-sante-mentale-des-etudiants-en-medecine>

21. Enquête BVA pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. Mars 2007.

22. Ministère de la transition écologique et solidaire. Dossier de Presse. Petites lignes ferroviaires - Des plans d'actions régionaux. Février 2020.

23. DREES. Etudes et Résultats N°1114 [Internet]. Mai 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1114.pdf>

24. IRDES. Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux [Internet]. Septembre 2013. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>

25. EGORA. C'est l'histoire d'une maison médicale sans médecin.... 12 nov 2015; Disponible sur: <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2015/11/12/cest-lhistoire-dune-maison-medicale-sans-medecin/>

26. Ohiana Gabriel. Les maisons de santé, une vraie solution pour les déserts médicaux? [Internet]. 2017 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/2150015-20171013-doubler-nombre-maisons-sante-mesure-vraiment-efficace>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Milieu d'enfance	11
Figure 2 - Probabilité emploi à vie.....	14
Figure 3 - Redevabilité	15
Figure 4 - Probabilité de la pose de limites à l'installation	19
Figure 5 - Choix du cursus médical	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I - Description de la population	8
Tableau II - Type d'exercice souhaité	10
Tableau III - Milieux de vie souhaités	11
Tableau IV - Lieu d'exercice selon origine	13
Tableau V - Importance revenus et qualité de vie	14
Tableau VI - Facilité installation toutes spécialités	15
Tableau VII - Facilité installation médecine générale	16
Tableau VIII - Concurrence	16
Tableau IX - Profil internes indécis sur question de la concurrence	17
Tableau X - Lieu d'exercice selon concurrence	18
Tableau XI - Avis sur différentes mesures coercitives	19
Tableau XII - Avis sur différentes mesures coercitives selon spécialité	20
Tableau XIII - Réactions si mesures coercitives temporaires selon spécialité	22
Tableau XIV - Réactions si mesures coercitives définitives selon spécialité	24
Tableau XV - Profil des internes prêts à arrêter médecine	25
Tableau XVI - Profil des internes prêts à s'adapter	26

ANNEXES

1. Annexe n°1 - Trame du questionnaire diffusé sur Lime Survey

1. Vous êtes : une réponse possible
 - . Un homme
 - . Une femme
2. Quel âge avez-vous ?
Réponse numérique
3. Quelle est votre spécialité d'internat ? (menu déroulant, classés par ordre alphabétique, une réponse possible)
 - a. Cardiologie
 - b. Pneumologie
 - c. Médecine interne
 - d. Médecine d'urgence
 - e. Santé publique
 - f. Médecine du travail
 - g. Médecine générale
 - h. Neurologie
 - i. Gynécologie médicale
 - j. Psychiatrie
 - k. Biologie
 - l. Ophtalmologie
 - m. ORL
 - n. Chirurgie autre que ORL ou Ophtalmo
 - o. Dermatologie
 - p. Endocrinologie
 - q. Hépat-Gastro
 - r. Génétique
 - s. Hémato
 - t. Médecine nucléaire
 - u. MPR
 - v. Néphrologie
 - w. Oncologie
 - x. Radiologie
 - y. Rhumatologie
 - ab. Gynéco-obs
 - bb. Anesth-Réa
 - cb. Anapath
 - db. Autre :

4. Combien de semestres avez-vous validé à ce jour ?
Réponse numérique
5. Quel est votre statut marital actuel ? une réponse possible
 - . Célibataire sans enfant
 - . Célibataire avec enfant(s) (ou grossesse en cours)
 - . En couple sans enfant
 - . En couple avec enfant(s) (ou grossesse en cours)
6. Souhaiteriez-vous exercer idéalement : une réponse possible
 - . Une activité ambulatoire
 - . Une activité mixte (ambulatoire et hospitalière)
 - . Une activité hospitalière
7. Avez-vous vécu la majorité de votre enfance : une réponse possible
 - . En milieu rural (campagne, village, petite ville)
 - . Dans une ville de taille moyenne (ex sous-préfecture de département)
 - . Dans une grande ville ou sa périphérie/banlieue (ex préfecture de département)
 - . Dans une ville universitaire et sa périphérie/banlieue
8. Aimerez-vous **habiter** : tableau avec colonnes idéalement, possiblement, jamais. Une réponse par ligne du tableau
 - . En milieu rural (campagne, village, petite ville)
 - . Dans une ville de taille moyenne (ex sous-préfecture de département)
 - . Dans une grande ville ou sa périphérie/banlieue (ex préfecture de département)
 - . Dans une ville universitaire et sa périphérie/banlieue
9. Aimerez-vous **remplacer** : tableau avec colonnes idéalement, possiblement, jamais. Une réponse par ligne du tableau
 - . En milieu rural (campagne, village, petite ville)
 - . Dans une ville de taille moyenne (ex sous-préfecture de département)
 - . Dans une grande ville ou sa périphérie/banlieue (ex préfecture de département)
 - . Dans une ville universitaire et sa périphérie/banlieue
10. Où souhaiteriez-vous exercer votre activité future : tableau avec colonnes idéalement, possiblement, jamais. Une réponse par ligne du tableau
 - . En milieu rural (campagne, village, petite ville)
 - . Dans une ville de taille moyenne (ex sous-préfecture de département)
 - . Dans une grande ville ou sa périphérie/banlieue (ex préfecture de département)
 - . Dans une ville universitaire et sa périphérie/banlieue
11. Quel temps de trajet **aller** seriez-vous prêt à faire chaque jour pour aller travailler ? (en minutes)
Réponse numérique
12. Quelle importance accorderez-vous au niveau de revenus dans votre choix d'installation : réponse sur échelle à 4 variables
 - . Aucune . Peu important . Important . Essentiel

13. Quelle importance accorderez-vous à votre qualité de vie dans votre choix d'installation :
réponse sur échelle à 4 variables
. Aucune . Peu important . Important . Essentiel
14. Pensez-vous que vos études en médecine vous garantissent un emploi à vie : réponse sur échelle à 4 variables
. Improbable . Peu probable . Probable . Très probable
15. En raison de la gratuité des études de médecine, vous sentez-vous redevable vis-à-vis de la société ? réponse sur échelle à 4 variables
. Pas du tout . Légèrement . Modérément . Complètement
16. Actuellement dans votre spécialité, pensez-vous qu'il est facile de s'installer (d'un point de vue démographique) : tableau avec liste et choix oui non nsp pour chaque item. Une réponse par ligne.
- | | | | |
|---|-----|-----|-----|
| . En milieu rural (campagne, village, petite ville) | Oui | Non | NSP |
| . Dans une ville de taille moyenne (ex sous-préfecture) | Oui | Non | NSP |
| . Dans une grande ville ou sa périphérie/banlieue (ex préfecture) | Oui | Non | NSP |
| . Dans une ville universitaire et sa périphérie/banlieue | Oui | Non | NSP |
17. Pensez-vous qu'il y aura de la concurrence dans les années à venir : tableau avec liste et choix oui non nsp pour chaque item. Une réponse par ligne.
- | | | | |
|---|-----|-----|-----|
| . En milieu rural (campagne, village, petite ville) | Oui | Non | NSP |
| . Dans une ville de taille moyenne (ex sous-préfecture) | Oui | Non | NSP |
| . Dans une grande ville ou sa périphérie/banlieue (ex préfecture) | Oui | Non | NSP |
| . Dans une ville universitaire et sa périphérie/banlieue | Oui | Non | NSP |
18. En raison de la démographie médicale actuelle, pensez-vous qu'il est possible que l'Etat pose des limites à la liberté d'installation prochainement : réponse sur échelle à 4 variables
. Improbable . Peu probable . Probable . Très probable
- ➔ Depuis plusieurs années déjà, la notion de déserts médicaux est apparue et s'étend à de plus en plus de territoires en France. Afin d'harmoniser la répartition des médecins, différentes mesures dites « incitatives » ont été mises en place (aides financières, réduction d'impôts, création de maison de santé pluridisciplinaire,...). Si peu d'informations statistiques nous renseignent sur l'efficacité ou non de ces mesures, les travaux de thèse réalisés auprès des médecins montrent que ces aides n'ont que peu d'impact sur leurs choix d'installation. C'est pourquoi il a été proposé par des politiques, des médecins ou des citoyens, d'instaurer des mesures dites « coercitives », c'est-à-dire contraignant l'installation des médecins libéraux. La fin de notre questionnaire a pour but de recueillir vos avis sur de telles mesures et vos réactions en cas de mise en place. Pour pouvoir lister des mesures potentiellement applicables, nous avons recherché toutes les propositions de lois et amendements ayant été formulés par les députés et sénateurs depuis une dizaine d'années et avons retenu les plus récurrentes. Si de telles mesures devaient être mises en place, elles concerneraient bien toutes les disciplines médicales d'exercice ambulatoire et pas seulement la médecine générale.
19. Que pensez-vous de ces différentes mesures coercitives possibles : tableau avec liste et proposition favorable/défavorable/NSP pour chaque item. Une réponse par ligne.

- . Obligation d'installation pour 3 ans dans une zone sous-dotée à l'issu de la formation
 - . Obligation d'installation pour 5 ans dans une zone sous-dotée à l'issu de la formation
 - . Dans les zones sur-denses, conventionnement à l'Assurance Maladie d'un nouveau médecin seulement possible en cas de cessation d'activité d'un autre
 - . Conventionnement sélectif des médecins en fonction de la densité de l'offre de soin dans sa zone d'installation (*ex. vous souhaitez vous installer dans telle zone, si la zone manque de médecin, conventionnement possible à l'assurance maladie, par contre s'il n'y a pas de manque dans cette zone, refus du conventionnement*)
 - . Instauration d'un « numerus clausus » à l'installation : lors de la dernière année d'internat, choix du lieu d'installation sur une liste nationale définie par l'ARS en fonction des besoins
20. Que feriez-vous si une obligation d'installation en zone sous-dotée **temporaire (5 ans maximum)** était appliquée : une ou plusieurs réponses possibles
- . Pas de changement réel pour mon projet (souhait d'installation en secteur sous-doté)
 - . Adaptation de mon projet d'installation à la législation
 - . Choix de ne faire que des remplacements au long cours si possibilité laissée par la législation
 - . Choix de ne pas se conventionner (= patients non remboursés des consultations par la Sécu)
 - . Choix de modifier mon exercice médical (ex pratique hospitalière ou administrative)
 - . Choix d'aller exercer dans un autre pays
 - . Arrêt complet de l'exercice médical et réorientation vers une autre branche
 - . Autre : texte libre
21. Que feriez-vous si une régulation « **définitive** » à l'installation était appliquée (conventionnement sélectif, « numerus clausus ») : une ou plusieurs réponses possibles
- . Pas de changement réel pour mon projet (souhait d'installation en secteur sous-doté)
 - . Adaptation de mon projet d'installation à la législation
 - . Choix de ne faire que des remplacements au long cours si possibilité laissée par la législation
 - . Choix de ne pas se conventionner (= patients non remboursés des consultations par la Sécu)
 - . Choix de modifier mon exercice médical (ex pratique hospitalière ou administrative)
 - . Choix d'aller exercer dans un autre pays
 - . Arrêt complet de l'exercice médical et réorientation vers une autre branche
 - . Autre : texte libre
22. Si une de ces mesures coercitives avait été mise en place avant votre cursus post-bac, auriez-vous choisi de faire des études de médecine ? une seule réponse possible
- . Oui
 - . Non

2. Annexe n°2 - Courrier diffusé avec le questionnaire

Travail de thèse



Julie GAULTIER <julie.gaultier@univ-angers.fr>

01/10/2019 13:49



À : MDEMG.1819; MDES-SPE-1/2.1819; MDES-SPE-3.1819 Cc : eleonore salardaine; gandon pauline

Chers collègues,

Nous vous contactons ce jour dans le cadre de notre thèse afin de solliciter les internes en médecine, toutes spécialités confondues, de la faculté Angers.

Notre travail étudie l'impact d'éventuelles mesures coercitives sur l'installation des jeunes médecins angevins. Devant une détérioration progressive de l'accès aux soins, et une faible efficacité des mesures incitatives (aides financières à l'installation, maison de santé), de nombreux textes de lois sont régulièrement proposés afin de limiter la liberté d'installation. Pour le moment, aucun texte n'a été voté, mais l'objectif de notre étude, serait d'évaluer l'impact possible de ces mesures, si elles venaient à être adoptées, grâce à un questionnaire que vous trouverez ci-joint.

<http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/226321?lang=fr>

En vous remerciant par avance du temps que vous êtes libres d'accorder pour cette étude (5-10 min environ),

Eléonore Salardaine et Pauline Gandon

Impact sur l'installation des jeunes médecins angevins en cas d'instauration de mesures coercitives par l'Etat

RÉSUMÉ

Introduction : Devant une détérioration de l'accès aux soins et l'apparition de déserts médicaux, différentes politiques de santé ont été mises en place ces dernières années sans permettre d'amélioration notable. La mise en place d'une limitation de la liberté d'installation est de plus en plus abordée par les politiques et réclamée par la population générale. Quel pourrait être l'impact sur l'installation des jeunes médecins angevins en cas d'instauration de mesures coercitives par l'Etat ?

Sujets et Méthode : Une enquête descriptive a été réalisée du 1er octobre 2019 au 12 janvier 2020 auprès des 900 internes angevins. Le recueil des données a été effectué par un questionnaire, via le site Lime Survey, dont le lien a été diffusé par le secrétariat de la Faculté de Médecine.

Résultats et discussion : 297 réponses ont été obtenues dont 254 complètes exploitées. 56% des internes d'origine rurale souhaitent y exercer plus tard ce qui est significativement plus élevé que les internes venant d'autres milieux, il serait donc intéressant d'aider et d'encourager les jeunes des milieux ruraux à faire des études médicales. Les internes sont fortement opposés à la plupart des mesures coercitives évoquées mais il existe un bilan plus mitigé avec 49% d'avis positifs si dans les zones sur-denses, le conventionnement d'un nouveau médecin n'était possible qu'en cas de cessation d'activité d'un autre. Si la mise en place de mesures coercitives n'a pas d'impact pour environ 30% des internes, jusqu'à 16% seraient prêts à arrêter médecine et plus de 40% n'auraient pas fait médecine. Les internes semblent finalement plus opposés à l'instauration d'une nouvelle contrainte suite à leur parcours difficile, qu'à l'exercice en milieu rural.

Conclusion : A travers nos résultats, nous constatons une opposition très marquée à ces mesures, qui pourraient a contrario entraîner une diminution des installations en libéral et aggraver la problématique actuelle. Favoriser l'installation en milieu rural, en recrutant en amont les profils intéressés et en ciblant les attentes des médecins, souvent non salariales, pourrait être plus efficace sur le long terme.

Mots clés : coercion, déserts médicaux, enquête descriptive, installation, internes

Impact on the installation of young doctors in Angers in the event of the introduction of coercive measures by the State

ABSTRACT

Introduction: Faced with a deterioration in access to health care and the emergence of medical deserts, various health policies have been adopted in recent years without allowing for any significant improvement. The introduction of a limitation on freedom of establishment is increasingly being addressed by politicians and requested by the general population. What could be the impact on the installation of young doctors in Angers in the event of the introduction of coercive measures by the State?

Subjects and Method: A descriptive survey was carried out from October 1, 2019 to January 12, 2020 among the 900 Angevin residents. The data was collected by means of a questionnaire, via the Lime Survey website, the link was distributed by the secretariat of the Faculty of Medicine.

Results and discussion: 297 responses were obtained, of which 254 were complete and used. 56% of residents of rural origin wish to practice there later, which is significantly higher than residents from other backgrounds, so it would be interesting to help and encourage young people from rural areas to study medicine. The residents are strongly opposed to most of the coercive measures mentioned, but a more mixed assessment can be noted with 49% of positive opinions if, in over-dense areas, the agreement of a new doctor was only possible in the event of the cessation of activity of another. If the implementation of coercive measures has no impact for about 30% of the residents, up to 16% would be ready to give up medicine and more than 40% would not have gone to medical school. Finally, the residents seem more opposed to the introduction of a new constraint following their difficult career path than to practicing in rural areas.

Conclusion: Our results show an outright opposition to these measures, which could, on the contrary, lead to a reduction of private practice establishments and aggravate the current problem. Encouraging the establishment in rural areas, by recruiting interested profiles upstream and by targeting the expectations of doctors, often non-wage, could be more effective in the long term.

Keywords : coercion, medical deserts, descriptive inquiry, establishment, residents



FACULTÉ
DE SANTÉ

UNIVERSITÉ D'ANGERS