

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012

N°

LES CONDITIONS DE TRAVAIL SOUHAITEES PAR
LES FUTURS MEDECINS GENERALISTES

ETUDE NATIONALE DESCRIPTIVE REALISEE AUPRES DES INTERNES
DE MEDECINE GENERALE DU 2 JUILLET 2010 AU 1^{ER} JANVIER 2011

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT
Par

Sophie AUGROS

Née le 13 janvier 1984 à Gien (45)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le 16 mars 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président de jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe VUILLEZ

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Hervé PELLOUX

Monsieur le Professeur Gérard ESTURILLO

Madame le Docteur Marion CHAUVET, directrice de thèse

** La faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs*

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

**Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**Maître de Coopération des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Titre de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

**Maître de Coopération des Universités - Praticien Hospitalier
2011-2012**

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique; médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie; transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie

Remerciements

Monsieur le Professeur Jean-Philippe VUILLEZ,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail et de votre engagement envers les étudiants en médecine. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Hervé PELLOUX,

Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Gérard ESTURILLO

Vous me connaissez depuis mon premier semestre d'internat et vous me faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Marion,

C'est tout naturellement que tu as accepté de diriger cette thèse. Je te remercie de ton soutien et j'espère que ce travail nous portera chance sur Aime. Ton engagement dans ARAVIS puis l'ISNAR-IMG et maintenant ReAGIR-RA est une fierté pour la médecine générale. Sois assurée de ma sincère amitié.

Merci à tous les médecins que j'ai croisés au cours de ma formation et qui m'ont donné envie d'être médecin généraliste.

Merci à l'ISNAR-IMG et à tous ceux que j'ai rencontrés, sans vous je ne serais pas là ce jour à défendre ce travail.

Merci à mes parents, sans votre soutien, je ne serais jamais devenue celle je suis aujourd'hui.

Merci à mon frère d'avoir relu cette thèse avec un regard extérieur à ce monde obscur qu'est l'internat de médecine générale.

Merci Stéphane, compagnon de route isnarien, ce fut un immense honneur d'être ta vice-présidente, les internes ne savent pas qu'ils ont eu pendant une année le meilleur pigeon de combat.

Merci Sophia pour ta relecture attentive et pour les moments partagés depuis l'Inde, la Suisse ou Camps la Source.

Merci à tous mes amis pour leur soutien : Juliette, Gwenaëlle, Charline, Marie, Eloïse, Floriane, Will, Sandrine, Juliette, Elodie, Marion, Lucile, Thomas.

A M'Atome, en espérant y réaliser mes souhaits de conditions de travail.

Sommaire

LEXIQUE	11
1. INTRODUCTION	12
2. MATERIEL ET METHODE	15
2.1. TYPE D'ETUDE	15
2.2. PERIODE	15
2.3. PROMOTEUR DE L'ENQUETE	15
2.4. POPULATION ETUDIEE	15
2.5. CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE	15
2.6. RECUEIL DES DONNEES	16
2.7. VARIABLES ETUDIEES	16
2.8. ANALYSE DES DONNEES : DATA MANAGEMENT, STATISTIQUE	17
3. RESULTATS	18
3.1. TAUX DE REPONSE	18
3.2. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	19
3.3. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	21
3.3.1. AU SEIN DU LIEU D'EXERCICE	21
3.3.2. AUTOUR DU LIEU D'EXERCICE	26
3.3.3. DISTANCE LIEU D'HABITATION – LIEU D'EXERCICE	32
3.4. GESTION DE L'EMPLOI DU TEMPS	34
3.4.1. TEMPS DE TRAVAIL	34
3.4.2. CONGES	37
3.4.3. ORGANISATION DES CONSULTATIONS	38
3.4.4. SOLUTIONS POSSIBLES POUR AUGMENTER LE TEMPS DE CONSULTATION MEDICALE	40
3.5. PERMANENCE DES SOINS	42
3.5.1. GARDES AMBULATOIRES	42
3.5.2. PARTICIPATION A LA REGULATION TELEPHONIQUE DE PERMANENCE DES SOINS	43
3.6. EVOLUTION DE CARRIERE	44
3.6.1. PROJET PROFESSIONNEL	44
3.6.2. STATUT SOUHAITE APRES L'INTERNAT	46
3.6.3. EXERCICE DIVERSIFIE OU CHANGEMENT D'ORIENTATION AU COURS DE LA CARRIERE	50
3.7. ETUDE DES PROFILS	51
3.7.1. DESCRIPTION DES SOUS-GROUPES	51
3.7.2. PRINCIPAUX RESULTATS	53
4. DISCUSSION	55
4.1. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE	55
4.1.1. METHODE DE DIFFUSION	55

4.1.2.	ECHANTILLON	55
4.1.3.	OBJET DE L'ETUDE	56
4.1.4.	HYPOTHESES A TESTER	56
4.1.5.	QUESTIONNAIRE	56
4.2.	OBJECTIF PRINCIPAL	58
4.2.1.	TRAVAILLER SUR UN TERRITOIRE DYNAMIQUE	58
4.2.2.	S'ORGANISER POUR AMELIORER LA QUALITE DES SOINS	59
4.2.3.	ROMPRE AVEC LA NORME DE DISPONIBILITE CONTINUE	61
4.2.4.	ORGANISER SES CONSULTATIONS POUR MAITRISER SON EMPLOI DU TEMPS	62
4.2.5.	DIMINUER LES CHARGES ADMINISTRATIVES	62
4.2.6.	LA PERMANENCE DES SOINS : UNE FACETTE DU METIER INTEGREE PAR LES INTERNES	64
4.2.7.	UN PROJET PROFESSIONNEL FIXE DES L'INTERNAT : UNE MINORITE	64
4.2.8.	LE REMPLACEMENT, PHASE DE STABILISATION DU PROJET DE VIE	66
4.2.9.	STATUT SOUHAITE APRES L'INTERNAT : L'AMBULATOIRE AVANT L'HOSPITALIER	66
4.2.10.	UNE CARRIERE EVOLUTIVE	68
4.3.	OBJECTIF SECONDAIRE : L'ETUDE DES PROFILS	69
4.4.	DIFFERENCES GENERATIONNELLES, VRAIMENT ?	70
4.4.1.	LA OU LES GENERATIONS SE RETROUVENT	70
4.4.2.	LA OU IL EXISTE ENCORE DES DIFFERENCES ENTRE LES SOUHAITS ET LA REALITE	74
5.	CONCLUSION	77
BIBLIOGRAPHIE		79
TABLES DES ILLUSTRATIONS		83
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE		85
ANNEXE 2 : AIDES CONTEXTUELLES (BULLE « INFO » DU QUESTIONNAIRE)		93
ANNEXE 3 : COURRIERS DE RELANCE		95
ANNEXE 4 : DATA MANAGEMENT		98
ANNEXE 5 : REPARTITION DES REpondANTS SELON LEUR VILLE D'INTERNAT		101
ANNEXE 6 : RAPPORT INSEE (AVEC LA PARTICIPATION DE L'IFEN, L'INRA ET SCEES) POUR LA DATAR, JUILLET 2003 (SYNTHESE)		102
ANNEXE 7 : RESULTATS COMPLETS SELON LES PROFILS (EN POURCENTAGES)		106
RESUME		108
ABSTRACT		109

Lexique

CHG : Centre Hospitalier Général

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentations en Economie de la Santé

DATAR : Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

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

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

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

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

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

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MG : Médecine Générale

NS : Non Significatif

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

RDV : Rendez-vous

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires Autonomes Supervisés

SMS : Short Message Service

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

1. Introduction

Une étude dans la continuité ...

La démographie médicale en France, et en particulier celle des médecins généralistes, suscite un vif intérêt depuis le début des années 2000, aussi bien dans les milieux spécialisés qu'au sein du grand public. Le spectre de ne plus avoir accès à un médecin généraliste dans les années à venir est devenu un problème central pour la population et donc pour les instances politiques.

Fondé en 2004, l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de santé (ONDPS) a mis en évidence trois facteurs contribuant à diminuer l'offre de soins de premier recours :

- Un déficit démographique prévisible : le nombre total de médecins généralistes en activité en France diminuerait à partir de 2006, passant de 100 541 en 2002 à 97 119 en 2025, soit une baisse de 3,4% (1).
- Une inégalité de répartition sur le territoire qui s'accentuerait (2).
- Les étudiants formés à la médecine générale ne pratiqueront pas tous une médecine de premier recours : au 31 décembre 2006, 56 757 médecins généralistes libéraux constituaient le potentiel de soins de premier recours en France métropolitaine sur un effectif de 61529 diplômés de médecine générale exerçant en libéral (soit 92,2 % de l'effectif total initial) (3).

Ces constats sur la démographie des médecins ont alerté le monde médical mais aussi l'opinion publique forçant le législateur à proposer des mesures contraignantes, notamment fin 2007, par une proposition d'amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale qui prévoyait de déconventionner les nouveaux médecins désirant s'installer en « zones médicalement bien dotées » (4). Suite à la forte mobilisation des représentations étudiantes (5), cette proposition n'a pas été adoptée et a été le départ d'une concertation des professionnels de santé sur les solutions à apporter au problème de la démographie médicale (6).

Depuis 2004, de nombreuses enquêtes, à l'initiative des syndicats d'internes, des sociologues, des administrations ou du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) ont étudié les déterminants du choix du mode et du lieu d'exercice des futurs aspirants à la médecine générale (7). Les principaux résultats de ces enquêtes convergent et montrent que :

- Les étudiants n'ont pas vraiment de projet professionnel, leurs choix se font au fur et à mesure de l'avancée de leurs études, avec beaucoup d'incertitudes et un certain conformisme (8)(9).

- Les jeunes générations partagent un référentiel professionnel fondé sur la conciliation de l'exercice médical et de la vie familiale. Pour satisfaire à cette exigence, les jeunes professionnels plébiscitent les installations regroupées. Au 1^{er} janvier 2010, 70% des nouvelles installations en libéral ont eu lieu dans un cabinet de groupe, dont 14% en cabinet de groupe pluridisciplinaire (10).

- Les jeunes médecins ont le souci de l'organisation du travail, avant tout pour maîtriser les horaires d'activité (11).

- La dissociation du lieu de travail avec le lieu de vie est souhaitée (12)(13).

- L'exercice libéral apprécié pour la liberté et l'autonomie qu'il est censé donner est en concurrence avec l'exercice hospitalier qui passe pour garantir la maîtrise du temps de travail (14). Au 1^{er} janvier 2011, 17,86 % des nouveaux inscrits en médecine générale au Conseil de l'Ordre des Médecins ont choisi d'exercer en libéral exclusivement contre un médecin sur deux dans les années 1980. Et il faut dorénavant prendre en compte un nouveau mode d'exercice : le remplacement (44,41% des nouveaux inscrits en médecine générale au 1^{er} janvier 2011) (10).

- Les jeunes médecins se disent attachés à leur liberté d'installation qui représente un principe libéral mais aussi un des seuls choix réels qui leur reste : le choix du lieu et du mode d'exercice (15).

... avec une vision plus pragmatique.

C'est dans ce contexte que l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) a réalisé une nouvelle étude sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale (16). Le but de cette étude était de proposer des solutions concrètes pour favoriser l'installation en médecine générale de ses jeunes diplômés.

Le terme de « conditions de travail » est davantage utilisé dans la sociologie du travail en entreprise que dans celle du monde médical. Plus on s'éloigne d'une situation de travail taylorisée, plus l'organisation du travail fait place à l'autonomie, au sens des responsabilités, à l'implication subjective dans l'activité et plus elle implique le brouillage des frontières entre les espace-temps professionnels et extra-professionnels (17).

Pourtant il est intéressant de s'interroger sur ce qui définit les conditions de travail d'un médecin généraliste. Comment s'organise son lieu d'exercice ? Avec qui travaille-t-il ? Combien de temps travaille-t-il ? Comment voit-il évoluer sa carrière ? La fuite de la médecine générale par ses jeunes diplômés est peut-être liée au fait que les conditions de travail qu'ils souhaitent ne correspondent pas à celles de leurs aînés.

L'objectif principal de ce travail est de définir les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes. Ce travail a également pour objectif secondaire de déterminer si les internes de médecine générale qui se destinent à une carrière ambulatoire, à une carrière hospitalière ou à être remplaçant, ont des aspirations différentes de conditions de travail.

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête descriptive quantitative par questionnaire auto-administré sur internet.

2.2. Période

Le questionnaire a été mis en ligne sur une période de 6 mois, du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011 inclus.

2.3. Promoteur de l'enquête

L'ISNAR-IMG fédère les associations et syndicats d'internes de médecine générale de 25 facultés de médecine (sur les 29 facultés de France). Elle a pour mission d'informer, représenter et défendre les intérêts économiques, moraux et matériels des internes de médecine générale.

2.4. Population étudiée

La population cible correspondait à l'ensemble des étudiants inscrits en 3^{ème} cycle des études de médecine générale, soit 8276 étudiants (calcul effectué à partir du nombre de postes pourvus aux ECN pour la médecine générale de 2008 à 2010)(18)(19)(20).

La population source correspondait à l'ensemble des adhérents aux associations et syndicats d'internes de médecine générale fédérés au sein de l'ISNAR-IMG, soit 5040 étudiants au 1^{er} janvier 2011.

2.5. Construction du questionnaire

Le questionnaire était constitué de 45 items (annexe 1). Les questions ont été élaborées par un groupe de travail constitué des membres du bureau national de l'ISNAR-IMG et soumises à un groupe de relecture constitué des membres du Conseil d'Administration (CA) de l'ISNAR-IMG lors des CA d'avril et de juin 2010.

Le questionnaire était divisé en 8 parties :

- Etude de l'échantillon : 10 questions ;
- Lieu et environnement d'exercice : 9 questions ;
- Temps de travail et rémunération : 8 questions ;

- Concernant l'exercice lui-même : 6 questions ;
- Permanence des soins ambulatoire : 4 questions ;
- Formation : 3 questions ;
- Système d'information : 2 questions ;
- Organisation des soins : 3 questions.

La durée de remplissage du questionnaire, préalablement testée au sein du groupe de travail, n'excédait pas dix minutes.

Pour certaines questions, une aide contextuelle était disponible (annexe 2).

2.6. Recueil des données

L'édition du questionnaire auto-administré a été réalisée avec le logiciel Lime Survey (21). L'enquête était accessible sur le site internet de l'ISNAR-IMG (22). La communication auprès des internes s'est faite via les structures locales adhérentes à l'ISNAR-IMG, celles-ci étant libres de choisir les modalités de communication auprès de leurs internes adhérents (communication lors des choix de stage d'octobre, «mailing list», site internet, etc.).

Quatre relances ont été réalisées auprès des structures locales : un mail envoyé le 7 octobre 2010, un rappel lors du Conseil d'Administration de rentrée à Saint-Etienne du 22 au 24 octobre 2010, un autre mail envoyé le 3 décembre 2010 et un SMS envoyé le 20 décembre 2010. Dans les courriers de relance (annexe 3), il a été choisi d'informer les structures locales du nombre de réponses au moment de l'envoi de ces relances. Le logiciel Lime Survey® permettait de connaître régulièrement le taux de participation.

2.7. Variables étudiées

Pour ce présent travail, 24 items du questionnaire élaboré par l'ISNAR-IMG ont été sélectionnés, étudiant les variables suivantes :

Caractéristiques de la population :

Ville facultaire d'internat/Âge/Sexe/Année d'étude/Semestre chez le praticien niveau 1 validé/Semestre chez le praticien niveau 2 validé/Activité de remplacement/Lieu d'habitation/Choix de la médecine générale aux ECN

Environnement de travail au sein du lieu d'exercice :

Éléments présents dans la structure d'exercice/Présence d'un système informatique de gestion des dossiers

Environnement de travail autour du lieu d'exercice :

Services de proximité/Services sanitaires/Distance entre lieu d'exercice et lieu d'habitation

Gestion de l'emploi du temps :

Nombre d'heures de travail par jour/Nombre de demi-journées de travail par semaine/Nombre d'heures de travail par semaine/Nombre de semaines de congés par an/Organisation de l'agenda de consultation/Solutions pour dégager du temps de consultation

Permanence des soins ambulatoires :

Réalisation de gardes/Participation à la régulation téléphonique

Evolution de carrière :

Projet professionnel/Mode d'exercice souhaité à la fin de l'internat/Souhait d'un exercice diversifié ou d'un changement de carrière

2.8. Analyse des données : data management, statistique

Le data management (annexe 4) a été réalisé avec le logiciel Excel.

L'analyse statistique des données a été réalisée sur les logiciels SPSS et Excel avec l'aide du Docteur Jérôme JUND du service d'informatique et d'études médicales du Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, Haute-Savoie.

Les valeurs moyennes, médianes et les écarts types (σ) ont été calculés. Le test du Khi-deux de Pearson pour les variables qualitatives et le tableau d'analyse de variance (ANOVA) pour les variables quantitatives ont été appliqués, avec un seuil de significativité (p) fixé à 0,05. Au delà de ce seuil, toute valeur est notée NS comme non significative.

Pour les variables qualitatives contenant plus de deux catégories, si le test de tendance était significatif, des tests par paires ont ensuite été réalisés. Ce sont ces derniers qui sont présentés dans les résultats.

3. Résultats

3.1. Taux de réponse

Tableau 1 : Taux de réponse

Population	Questionnaires reçus	Taux de réponse	Exclus	Total interprétable	Taux de réponses interprétables
Internes de médecine générale (N= 8276)	2445	29,5%	79	2366	28,6%
Adhérents à l'ISNAR-IMG (N= 5040)	2445	48,5%	79	2366	46,9%

79 questionnaires ont été exclus (annexe 4) :

- 51 questionnaires étaient vierges ;
- 22 questionnaires ont été identifiés comme des doublons ;
- 6 ont été considérés comme non exploitables car le profil sociodémographique n'était pas complet.

3.2. Description de l'échantillon

Tableau 2 : Description de l'échantillon

Répondants		2366	100%
Age moyen / médian (ans)		26,56	26
Sexe	Femme	1700	71,9%
	Homme	666	28,1%
Ville d'internat selon la densité médicale dans la région	< 141 médecins généralistes / 100 000 habitants ^a	1211	51,2%
	> 141 médecins généralistes / 100 000 habitants ^a	1155	48,8%
Lieu d'habitation	Rural	199	8,4%
	Semi-rural	414	17,5%
	Urbain	1753	74,1%
Année d'études	TCEM 1 (0 ou 1 semestre validé)	733	31,0%
	TCEM 2 (2 ou 3 semestres validés)	736	31,1%
	TCEM 3 et année thèse (> 3 semestres validés)	897	37,9%
Stage chez le praticien	Aucun	1302	55,0%
	Niveau 1 validé ^b	862	36,4%
	Niveau 1 et 2 validés ^b	202	8,5%
Activité de remplacement		468	19,8%
Choix positif de la médecine générale aux ECN		1965	83,1%

^a Moyenne de la densité médicale des médecins généralistes en activité régulière en France au 1^{er} janvier 2011 (source CNOM, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2011, p 126)

^b Le stage chez le praticien niveau 1 correspond au stage obligatoire à réaliser par les internes de médecine générale au cours de leur cursus, le stage chez le praticien niveau 2, aussi appelé SASPAS (Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée), facultatif, n'est réalisé qu'une fois le stage niveau 1 validé.

Age

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 26,56 ans [24,56 – 28,56]. Pour les femmes la moyenne d'âge était de 26,39 ans [24,59 – 28,19] et pour les hommes de 27,01 ans [24,61 – 29,41]. La différence était statistiquement significative entre les deux groupes (p<0,05).

Sexe

Tableau 3 : Proportion de femmes aux ECN et parmi les répondants

Nombre de semestre(s) validé(s)	Nombre de femmes répondants	Proportion de femmes ayant choisi la MG aux ECN ^a	Proportion de femmes parmi les répondants
0 semestre/ECN 2010	340	66,1%	73,7%
1 ou 2 semestres/ECN 2009	480	64,4%	69,9%
3 ou 4 semestres/ECN 2008	528	66,4%	72,9%
5 ou 6 semestres/ECN 2007	352	NC	71,3%

^a Source : DREES (20)(19)(18)

La proportion de femmes était significativement plus élevée dans l'échantillon d'internes ayant répondu au questionnaire que dans la population des internes de médecine générale ($p < 0,05$).

Région d'internat

La répartition des internes ayant répondu au questionnaire n'était pas égale entre les différentes villes facultaires (annexe 5) mais était relativement équitable entre les villes dont la région a une densité médicale inférieure à 141 médecins généralistes pour 100 000 habitants et celles dont la région a une densité médicale supérieure à 141 au 1^{er} janvier 2011.

Stage chez le praticien

Parmi les internes qui avaient la possibilité de réaliser un deuxième stage chez le praticien, c'est-à-dire les internes de TCEM3 et plus ayant validé leur premier stage chez le praticien ($n=832$), 24,3% avaient validé un deuxième niveau ou SASPAS.

Remplacement

Parmi les internes qui avaient la possibilité de remplacer, c'est-à-dire les internes qui avaient validé 3 semestres dont un stage chez le praticien ($n=999$), 46,8% déclaraient avoir une activité de remplacement.

3.3. Environnement de travail

3.3.1. Au sein du lieu d'exercice

3.3.1.1. *Éléments souhaités sur le lieu d'exercice*

Quels éléments doivent absolument être présents dans la structure où vous exercerez ?

Tableau 4 : Éléments souhaités sur le lieu d'exercice

Éléments souhaités sur le lieu d'exercice	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Secrétariat	1946	82,2	86,2
Salle de repos	1140	48,2	50,1
Salle de petite chirurgie	861	36,4	38,1
Point d'information pour les patients	552	23,3	24,5
Salle de petites urgences	512	21,6	22,7
Salle de réunion	314	13,3	13,9
Appareil de radiographie	262	11,1	11,6
Crèche ou garderie	257	10,9	11,4
Salle de kinésithérapie	203	8,6	10
Aucun	31	1,3	1,4
Autres ^a	143	6	6,3
Non répondu	109	4,6	-
Base de calcul		2366	2257

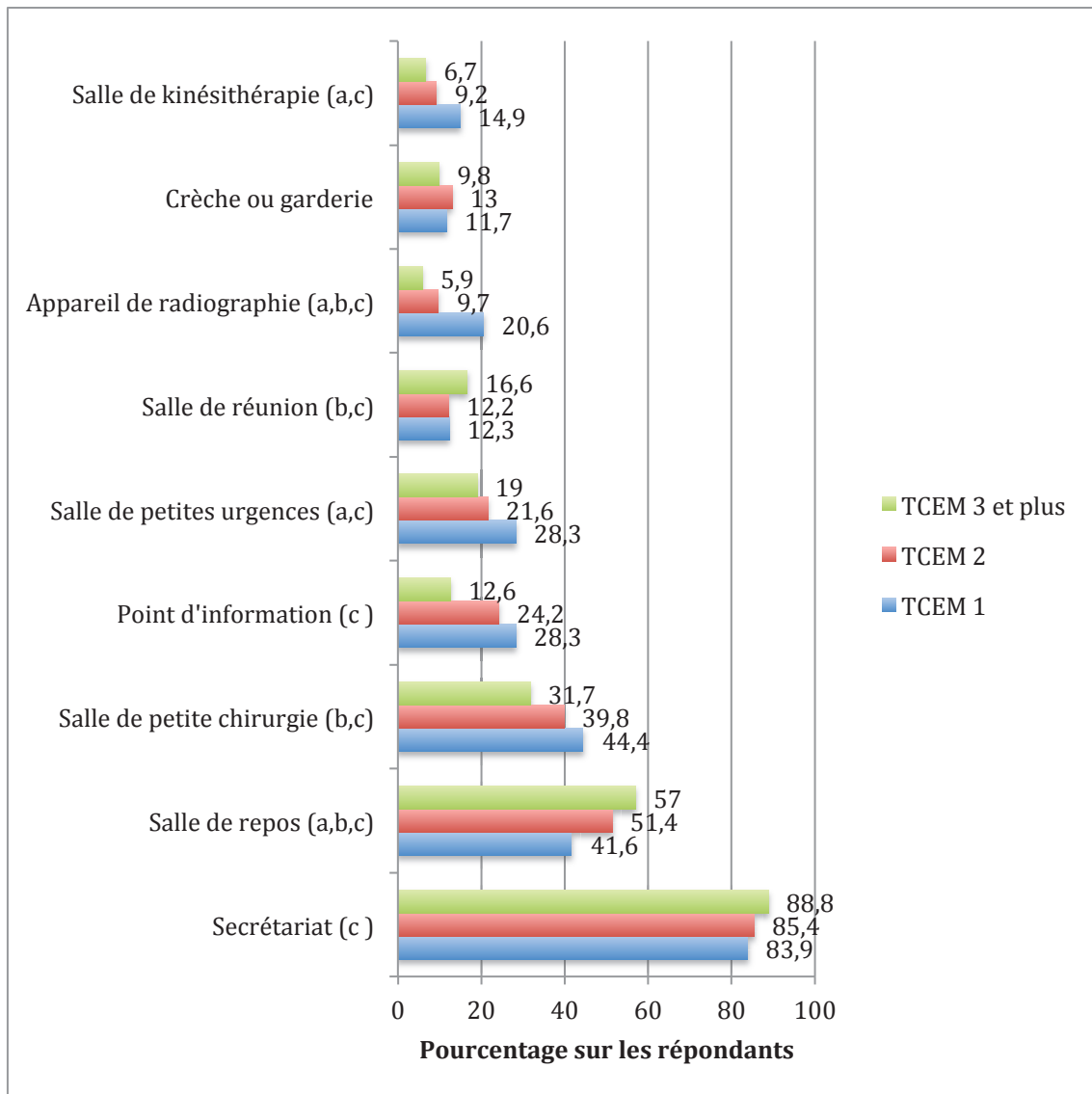
^a Exemples de réponse « autres » : parking, bureau pour l'interne en stage, appartement pour le remplaçant ou le médecin de garde, autres médecins, salle adaptée pour les examens gynécologiques, cabinet d'infirmières

Sexe

Tableau 5 : Éléments souhaités sur le lieu d'exercice en fonction du sexe (pourcentage sur les répondants)

Éléments souhaités sur le lieu d'exercice	Femme (%)	Homme (%)	
Secrétariat	86,1	86,4	NS
Salle de repos	50,1	51,7	NS
Salle de petite chirurgie	35	46,3	p<0,05
Point d'information	25,4	22,1	NS
Salle de petites urgences	20,6	28,1	p<0,05
Salle de réunion	11	21,5	p<0,05
Appareil de radiographie	9,6	16,7	p<0,05
Crèche ou garderie	12,3	9,2	p<0,05
Salle de kinésithérapie	9,1	12,3	p<0,05

Figure 1 : Eléments souhaités sur le lieu d'exercice en fonction de l'année d'études

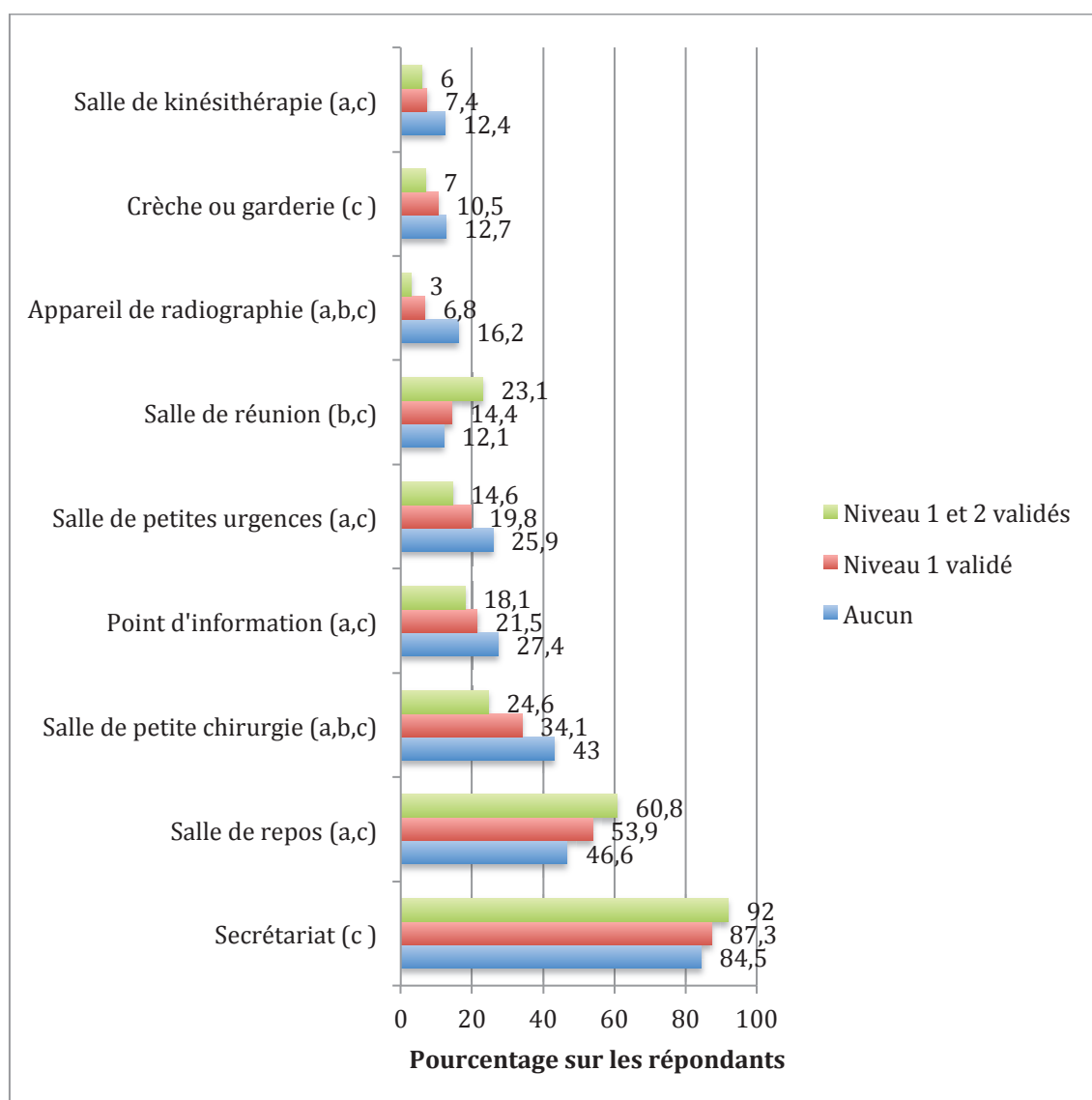


(a) : $p < 0,05$ entre les TCEM1 et les TCEM2

(b) : $p < 0,05$ entre les TCEM2 et les TCEM3

(c) : $p < 0,05$ entre les TCEM1 et les TCEM3

Figure 2 : Eléments souhaités sur le lieu d'exercice en fonction de la réalisation du stage chez le praticien



(a) : $p < 0,05$ entre « aucun » et « niveau 1 validé »

(b) : $p < 0,05$ entre « niveau 1 validé » et « niveau 1 et 2 validés »

(c) : $p < 0,05$ entre « aucun » et « niveau 1 et 2 validés »

Activité de remplacement

Tableau 6 : Eléments souhaités sur le lieu d'exercice en fonction de l'activité de remplacement (pourcentage sur les répondants)

Eléments souhaités sur le lieu d'exercice	Remplaçant (%)	Non remplaçant (%)	
Secrétariat	89,7	85,3	p<0,05
Salle de repos	57,7	48,7	p<0,05
Salle de petite chirurgie	33	39,4	p<0,05
Point d'information	19,7	25,7	p<0,05
Salle de petites urgences	18,4	23,8	p<0,05
Salle de réunion	20,1	12,3	p<0,05
Appareil de radiographie	3,9	13,6	p<0,05
Crèche ou garderie	10,7	11,6	NS
Salle de kinésithérapie	6,1	11	p<0,05

Lieu d'habitation

Tableau 7 : Eléments souhaités sur le lieu d'exercice en fonction du lieu d'habitation (pourcentage sur les répondants)

Eléments souhaités sur le lieu d'exercice	Rural (%)	Semi-rural (%)	Urbain (%)	
Secrétariat	87	85,2	86,4	NS
Salle de repos	43	46,8	57,2	p<0,05 (c)
Salle de petite chirurgie	33,7	41,9	37,8	NS
Point d'information	23,8	25,1	24,4	NS
Salle de petites urgences	23,3	20,5	23,1	NS
Salle de réunion	18,1	16,4	12,9	p<0,05 (c)
Appareil de radiographie	3,6	12,3	12,4	p<0,05 (a,c)
Crèche ou garderie	11,4	11	11,5	NS
Salle de kinésithérapie	8,8	10,7	10	NS

(a) : p<0,05 entre « rural » et « semi-rural »

(b) : p<0,05 entre « semi-rural » et « urbain »

(c) : p<0,05 entre « rural » et « urbain »

3.3.1.2. Système informatisé de gestion des données

Souhaitez-vous travailler sur un système informatisé de gestion des dossiers, des prescriptions, etc ?

Tableau 8 : Présence d'un système informatisé de gestion des dossiers

Système informatisé de gestion des dossiers	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Oui	1853	78,3	94,9
Non	100	4,2	5,1
Non répondu	413	17,4	-
Base de calcul		2366	1953

Sexe

95,7% des femmes souhaitaient travailler sur un système informatisé de gestion des dossiers contre 92,6% des hommes ($p < 0,05$).

Année d'études, Stage chez le praticien, Activité de remplacement, Lieu d'habitation

Il n'existait pas de différence statistiquement significative.

3.3.2. Autour du lieu d'exercice

3.3.2.1. Services de proximité

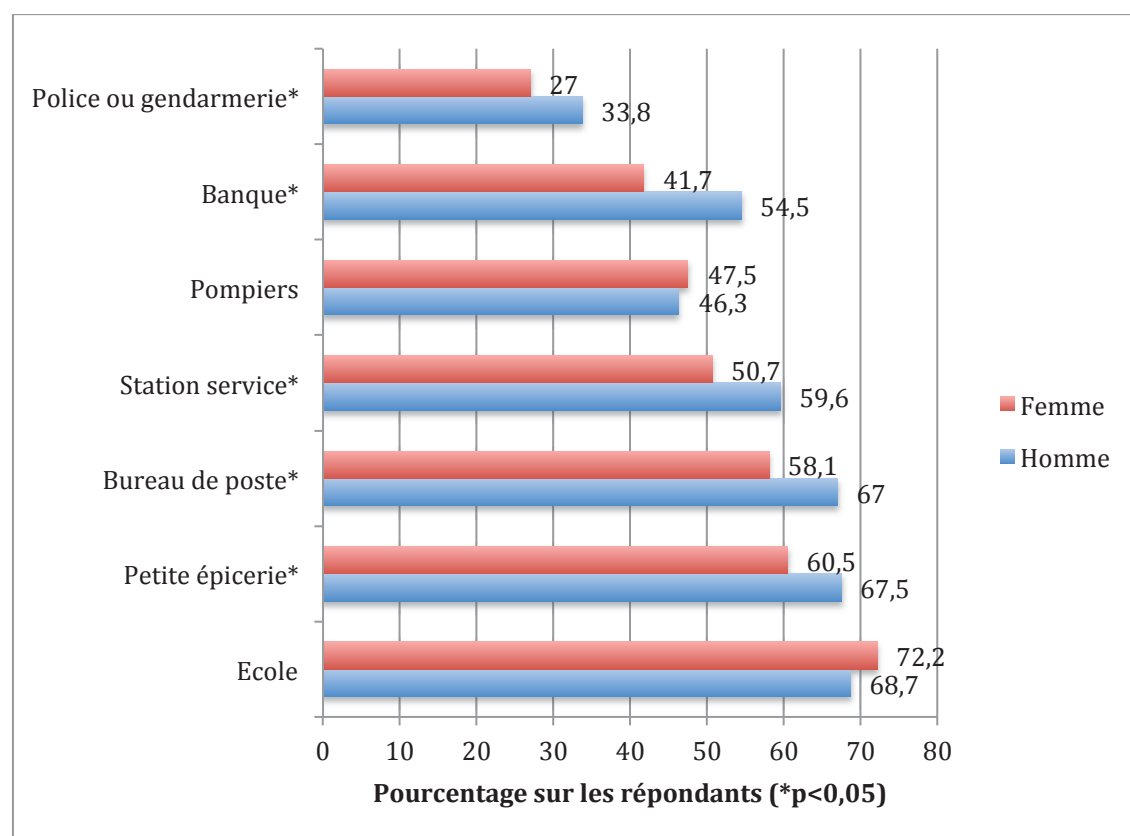
Quels services dits de proximité estimez-vous indispensables à proximité de votre lieu d'exercice (Distance maximale correspond à 30 min de trajet) ?

Tableau 9 : Services de proximité autour du lieu d'exercice

Services de proximité	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Ecole	1607	67,9	71,2
Petite épicerie	1409	59,5	62,4
Bureau de poste	1368	57,8	60,6
Station service	1200	50,7	53,2
Pompiers	1065	45	47,2
Banque	1022	43,2	45,3
Police ou gendarmerie	652	27,5	28,9
Aucune	214	9	9,5
Non répondu	109	4,6	-
Base de calcul		2366	2257

Sexe

Figure 3 : Services de proximité autour du lieu d'exercice en fonction du sexe



Année d'études

Les internes inscrits en TCEM 3 souhaitaient davantage la présence de pompiers à proximité de leur lieu d'exercice (51%) que les internes inscrits en TCEM 2 (44,3% $p<0,05$) ou en TCEM 1 (45,3%, $p<0,05$). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes inscrits en TCEM 1 et les internes inscrits en TCEM 2.

Pour les autres items, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Stage chez le praticien

Tableau 10 : Services de proximité en fonction de la réalisation du stage chez le praticien (pourcentage sur les répondants)

Services de proximité	Aucun (%)	Niveau 1 validé (%)	Niveau 1 et 2 validés (%)	
Ecole	70,8	70,6	75,9	NS
Petite épicerie	63,2	60,7	64,8	NS
Bureau de poste	53,9	61,1	66,8	NS
Station service	50,9	54,8	60,3	$p<0,05$ (c)
Pompiers	44,8	48,7	57,8	$p<0,05$ (b,c)
Banque	43,7	45,7	53,8	$p<0,05$ (b,c)
Police ou gendarmerie	29,1	28,1	30,7	NS

(a) : $p<0,05$ entre « aucun » et « niveau 1 validé »

(b) : $p<0,05$ entre « niveau 1 validé » et « niveau 1 et 2 validés »

(c) : $p<0,05$ entre « aucun » et « niveau 1 et 2 validés »

Activité de remplacement

Les internes remplaçants souhaitaient plus souvent avoir à proximité de leur lieu d'exercice un bureau de poste (65,4% vs 59,4% des internes qui ne remplaçaient pas, $p<0,05$) ; une station service (59,3% vs 51,6%, $p<0,05$) ; des pompiers (53,4% vs 45,6%, $p<0,05$) ou une banque (51,2% vs 43,8%, $p<0,05$).

Pour les autres items, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Lieu d'habitation

77,8% des internes habitant en zone semi-rurale souhaitaient la présence d'une école à proximité de leur lieu d'exercice contre 73,6% des internes habitant en zone rurale et 69,4% des internes habitant en zone urbaine. Il existait seulement une différence statistiquement significative entre les internes résidant en zone semi-rurale et les internes résidant en zone urbaine.

Pour les autres items, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

3.3.2.2. Structures sanitaires

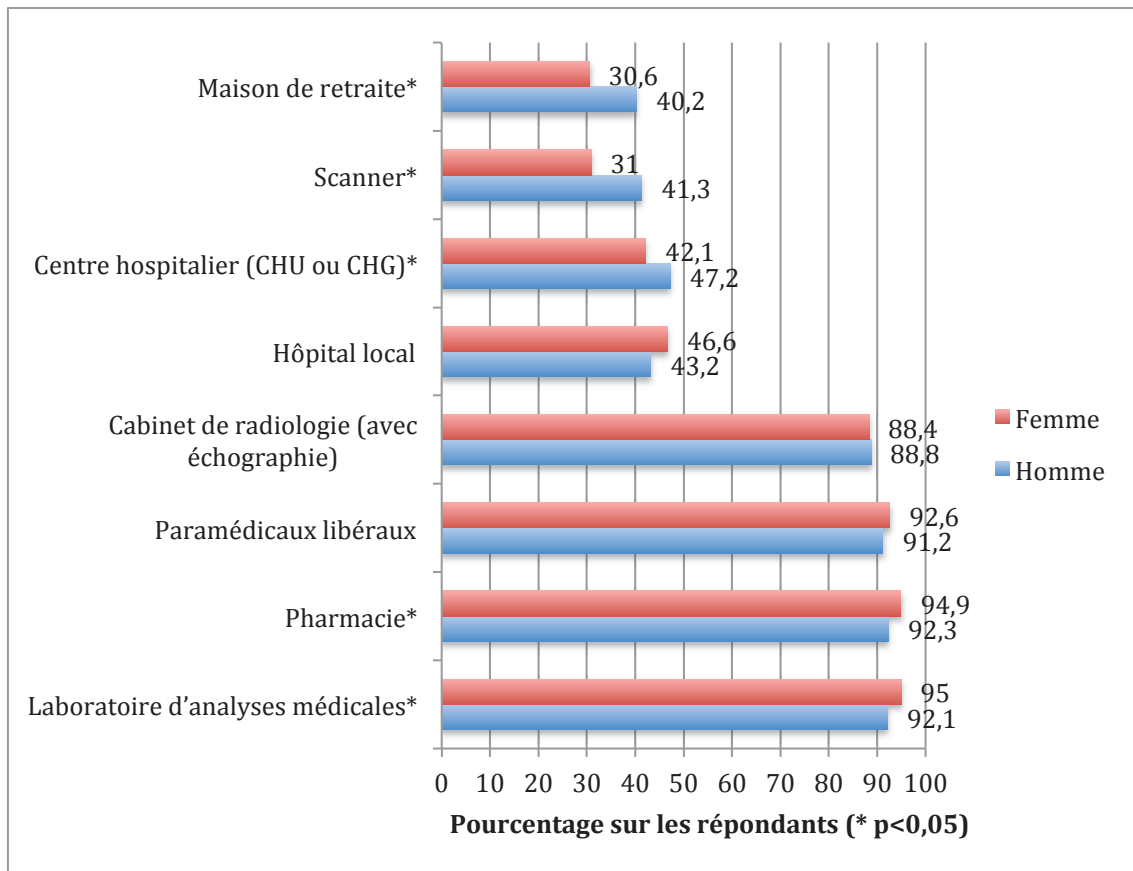
*Quelles structures sanitaires vous semblent indispensables près de votre lieu d'exercice ?
(Distance maximale correspond à 30 min de trajet)*

Tableau 11 : Structures sanitaires à proximité du lieu d'exercice

Structures sanitaires	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Laboratoire d'analyses médicales	2127	89,9	94,2
Pharmacie	2126	89,8	94,2
Paramédicaux libéraux	2082	88	92,2
Cabinet de radiologie (avec échographie)	1999	84,5	88,5
Hôpital local	1031	43,6	45,7
Centre hospitalier (CHU ou CHG)	983	41,5	43,5
Scanner	765	32,3	33,9
Maison de retraite	752	31,8	33,3
Aucun	14	0,6	0,6
Non répondu	108	4,6	-
Base de calcul		2366	2258

Sexe

Figure 4 : Structures sanitaires autour du lieu d'exercice en fonction du sexe



Année d'études

39% des internes inscrits en TCEM 1 souhaitaient la présence d'un centre hospitalier (Centre Hospitalier Universitaire ou Centre Hospitalier Général) à proximité de leur lieu d'exercice, contre 43,3% des internes inscrits en TCEM 2 et 47% des internes inscrits en TCEM 3. Il existait seulement une différence statistiquement significative entre les TCEM 1 et les TCEM 3.

Les internes inscrits en TCEM 3 souhaitaient davantage la présence d'une maison de retraite à proximité de leur lieu d'exercice (36,8%) que les internes inscrits en TCEM 2 (31,7%, $p < 0,05$) et les internes inscrits en TCEM 1 (31%, $p < 0,05$). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les TCEM 1 et les TCEM 2.

Pour les autres items, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Stage chez le praticien

Les internes n'ayant pas validé de stage chez le praticien souhaitaient moins la présence de paramédicaux libéraux à proximité de leur lieu d'exercice (90,8%) que les internes ayant validé un stage (93,3%, $p < 0,05$) ou deux stages (96,5%, $p < 0,05$). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes ayant validé un stage et ceux ayant validé deux stages chez le praticien.

Les internes ayant validé deux stages chez le praticien souhaitent davantage la présence d'une maison de retraite à proximité de leur lieu d'exercice (43,2%) que les internes n'ayant pas validé de stage chez le praticien (31,3%, $p < 0,05$) ou un stage (33,9%, $p < 0,05$). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes ayant validé un stage et les internes n'ayant pas validé de stage chez le praticien.

Pour les autres items, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Activité de remplacement

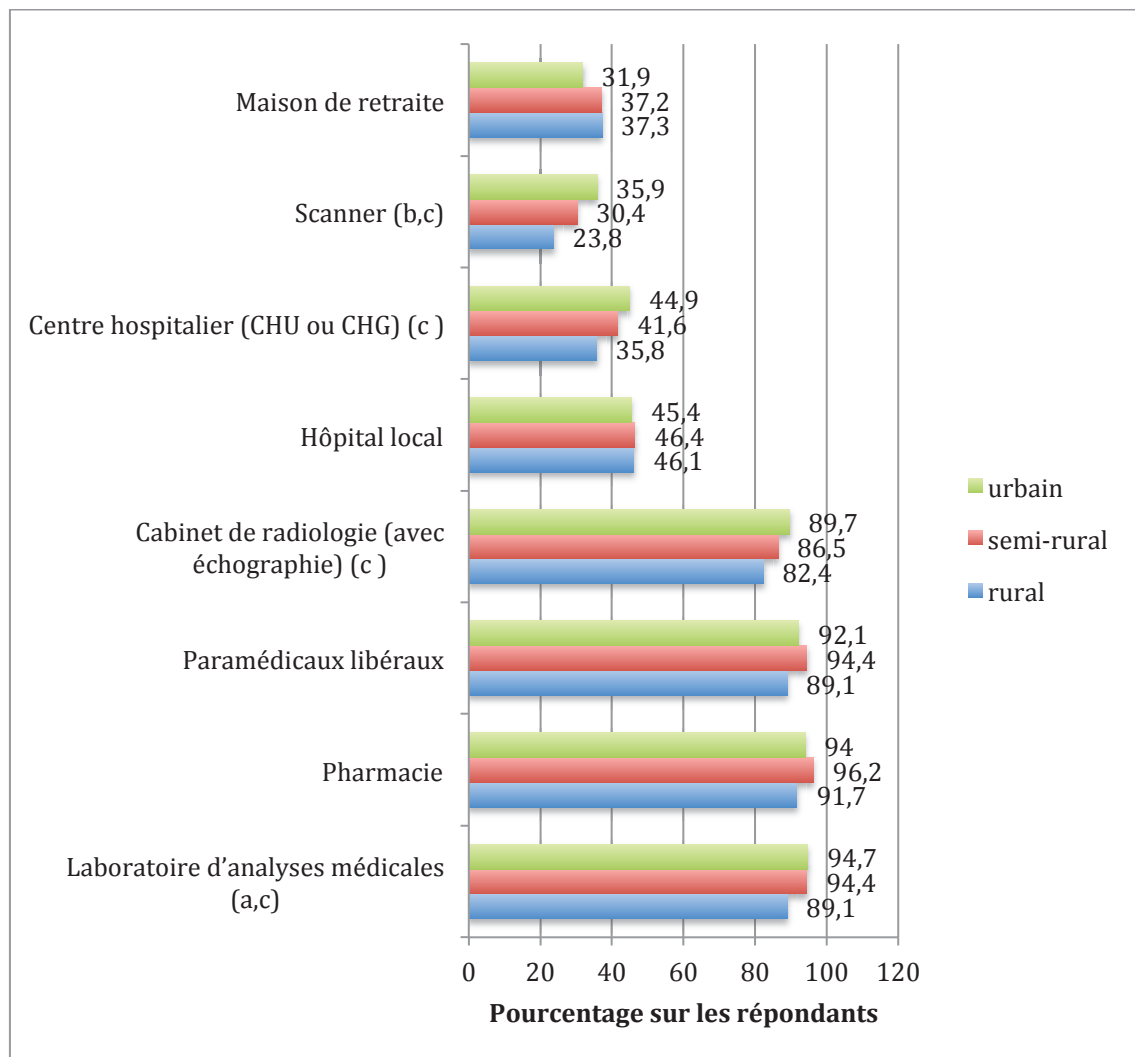
95% des internes ayant une activité de remplacement souhaitaient la présence de paramédicaux libéraux à proximité de leur lieu d'exercice, contre 91,5% des internes qui ne remplaçaient pas ($p < 0,05$).

37,2% des internes ayant une activité de remplacement souhaitaient la présence d'une maison de retraite à proximité de leur lieu d'exercice, contre 32,3% des internes qui ne remplaçaient pas ($p < 0,05$).

Pour les autres items, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Lieu d'habitation

Figure 5 : Structures sanitaires autour du lieu d'exercice en fonction du lieu d'habitation



(a) : $p < 0,05$ entre « rural » et « semi-rural »

(b) : $p < 0,05$ entre « semi-rural » et « urbain »

(c) : $p < 0,05$ entre « rural » et « urbain »

3.3.3. Distance lieu d'habitation – lieu d'exercice

Dans quel périmètre maximal pourrait se situer votre lieu d'exercice par rapport à votre lieu d'habitation ? (Définition choisie en temps de trajet aller)

Tableau 12 : Distance entre lieu d'habitation et lieu d'exercice

Temps de trajet (aller)	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Moins de 15 min	301	12,7	13,3
Entre 15 et 30 minutes	1484	62,7	65,8
Entre 30 et 45 minutes	387	16,3	17,1
Entre 45 et 60 minutes	66	2,8	2,9
Plus de 60 minutes	19	0,8	0,8
Non répondu	109	4,6	-
Base de calcul		2366	2257

Sexe, Année d'études, Stage chez le praticien

Il n'existait pas de différence statistiquement significative.

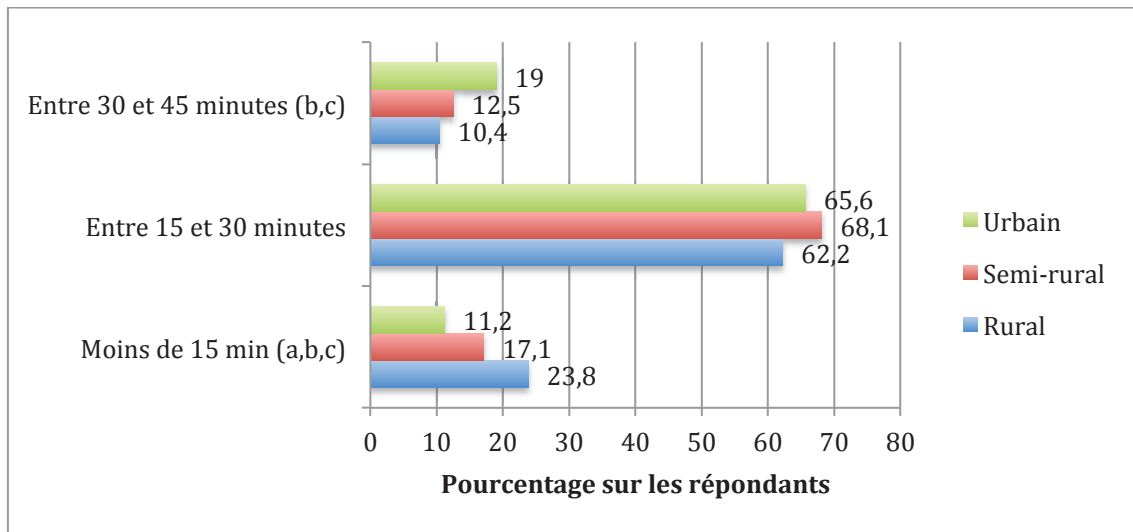
Activité de remplacement

18,1% des internes ayant une activité de remplacement estimaient que leur lieu d'exercice pourrait se situer entre 30 et 45 minutes de leur lieu d'habitation, contre 13,6 % des internes qui ne remplaçaient pas ($p < 0,05$).

Pour les autres items, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Lieu d'habitation

Figure 6 : Distance entre lieu d'habitation et lieu d'exercice en fonction du lieu d'habitation des internes



- (a) : $p < 0,05$ entre « rural » et « semi-rural »
- (b) : $p < 0,05$ entre « semi-rural » et « urbain »
- (c) : $p < 0,05$ entre « rural » et « urbain »

3.4. Gestion de l'emploi du temps

3.4.1. Temps de travail

Jusqu'à combien d'heures par jour souhaitez-vous travailler ? (Chiffre min 1h max 15h)

Jusqu'à combien de demi-journées par semaine êtes-vous prêt à travailler (hors temps de formation) ? (entre 1 et 14)

Sexe

Tableau 13 : Nombre d'heures de travail souhaité par jour en fonction du sexe

Sexe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Femme	1494	9,08	9	1,185
Homme	580	9,63	10	1,393
Non répondu	192	-	-	-
Total des répondants	2074	9,24	9	1,270

Il existait une différence de 33 minutes entre les hommes et les femmes ($p < 0,05$).

Tableau 14 : Nombre de demi-journées de travail par semaine souhaité en fonction du sexe

Sexe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Femme	1494	9,04	9	1,263
Homme	579	9,59	10	1,262
Non répondu	193	-	-	-
Total des répondants	2074	9,19	9	1,287

Il existait une différence d'un quart de journée entre les hommes et les femmes ($p < 0,05$).

Tableau 15 : Nombre d'heures de travail par semaine souhaité en fonction du sexe

Sexe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Femme	1493	41,203	40,5	8,539
Homme	579	46,674	45	10,496
Non répondu	194	-	-	-
Total des répondants	2072	42,676	40,5	9,428

Il existait une différence de 5,47 heures entre les hommes et les femmes ($p < 0,05$).

Année d'études

Pour le temps de travail quotidien, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Tableau 16 : Nombre de demi-journées de travail par semaine souhaité en fonction de l'année d'études

Année d'études	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type
TCEM 1	634	9,47	10	1,347
TCEM 2	645	9,10	9	1,293
TCEM 3 et plus	794	9,05	9	1,197

Les internes de médecine générale inscrits en TCEM 3 et plus souhaitaient travailler moins de demi-journées par semaine que leurs cadets ($p < 0,05$).

Tableau 17 : Nombre d'heures de travail par semaine souhaité en fonction de l'année d'études

Année d'études	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type
TCEM 1	634	44,098	45	9,668
TCEM 2	645	42,150	40,5	9,047
TCEM 3 et plus	793	41,967	40,5	9,424

Les internes de médecine générale inscrits en TCEM 3 et plus souhaitaient travailler moins d'heures par semaine que leurs cadets ($p < 0,05$).

Stage chez le praticien

Pour le temps de travail quotidien, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Tableau 18 : Nombre de demi-journées de travail souhaité en fonction de la réalisation du stage chez le praticien

Stage chez le praticien	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Aucun	1122	9,30	10	1,358
Niveau 1 validé	766	9,11	9	1,135
Niveau 1 et 2 validés	185	8,89	9	1,365

Les internes qui avaient validé deux stages chez le praticien souhaitaient travailler moins de demi-journées par semaine que ceux qui n'avaient fait qu'un ou aucun stage chez le praticien ($p < 0,05$).

Tableau 19 : Nombre d'heures de travail par semaine souhaité en fonction de la réalisation du stage chez le praticien

Stage chez le praticien	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Aucun	1122	43,128	45	9,385
Niveau 1 validé	765	42,441	40,5	9,394
Niveau 1 et 2 validés	185	40,908	40	9,629

Les internes qui avaient validé deux stages chez le praticien souhaitaient travailler moins d'heures par semaine que ceux qui n'avaient fait qu'un ou aucun stage chez le praticien ($p < 0,05$).

Activité de remplacement

Les internes ayant une activité de remplacement souhaitaient travailler plus d'heures par jour (9,36 heures par semaine, $\sigma = 1,399$) que ceux qui n'avaient pas d'activité de remplacement (9,20 heures par semaine, $\sigma = 1,233$) ($p < 0,05$).

Les internes ayant une activité de remplacement souhaitaient travailler moins de demi-journées par semaine (9,04 demi-journées par semaine, $\sigma = 1,250$) que ceux qui n'avaient pas d'activité de remplacement (9,23 demi-journées par semaine, $\sigma = 1,293$) ($p < 0,05$).

Pour le temps de travail hebdomadaire, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Lieu d'habitation

Pour le temps de travail quotidien, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Tableau 20 : Nombre de demi-journées de travail par semaine souhaité en fonction du lieu d'habitation

Lieu d'habitation	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Rural	180	9,02	9	1,318
Semi-rural	361	9,11	9	1,289
Urbain	1532	9,23	9	1,280

Les internes habitant en zone rurale souhaitaient travailler moins de demi-journées par semaine que les autres ($p < 0,05$).

Pour le temps de travail hebdomadaire, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

3.4.2. Congés

Combien de semaines de congés aimeriez-vous prendre par an ? (Chiffre entre 0 et 51)

Sexe

Tableau 21 : Nombre de semaines de congés par an souhaité en fonction du sexe

Sexe	N	Moyenne	Médiane	Ecart-type
Femme	1494	7,39	7	4,235
Homme	579	7,37	6	4,470
Non répondu	193	-	-	-
Total des répondants	2073	7,39	7	4,301

Il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Année d'études, Stage chez le praticien, Activité de remplacement, Lieu d'habitation

Il n'existait pas de différence statistiquement significative.

3.4.3. Organisation des consultations

Comment souhaitez-vous organiser vos consultations ?

Tableau 22 : Organisation des consultations

Organisation des consultations	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Avec et sans rendez-vous	1145	48,4	58,1
Sur rendez-vous uniquement	818	34,6	41,5
Consultations non programmées uniquement	7	0,3	0,4
Non répondu	396	16,7	-
Base de calcul		2366	1970

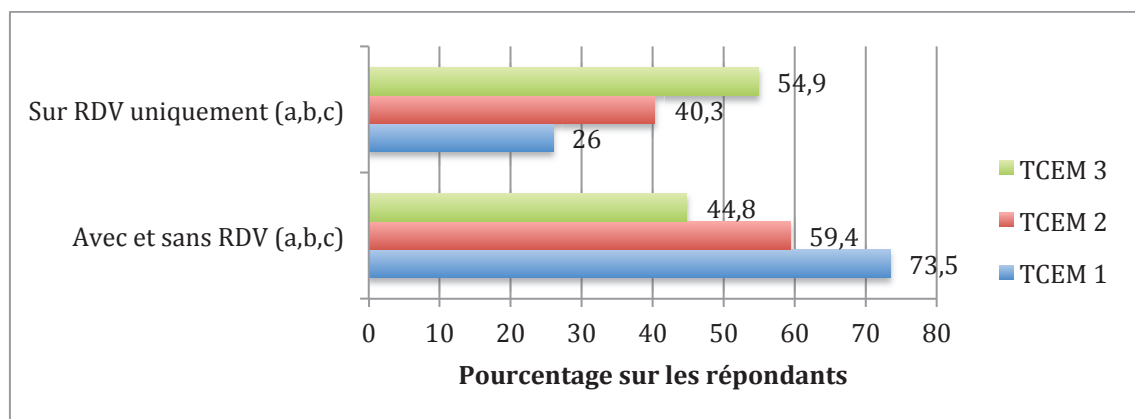
Sexe

55,9% des femmes souhaitent travailler avec des consultations programmées et non programmées contre 63,7% des hommes ($p < 0,05$).

43,9% des femmes souhaitent travailler sur rendez-vous uniquement contre 35,4% des hommes ($p < 0,05$).

Année d'études

Figure 7 : Organisation de la consultation en fonction de l'année d'études



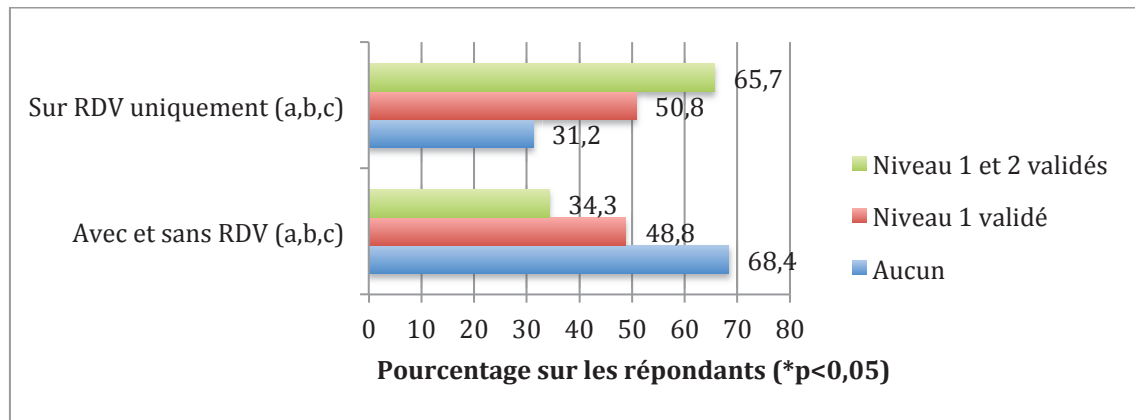
(a) : $p < 0,05$ entre les TCEM1 et les TCEM2

(b) : $p < 0,05$ entre les TCEM2 et les TCEM3

(c) : $p < 0,05$ entre les TCEM1 et les TCEM3

Stage chez le praticien

Figure 8 : Organisation de la consultation en fonction de la réalisation du stage chez le praticien



(a) : p<0,05 entre « aucun » et « niveau 1 validé »

(b) : p<0,05 entre « niveau 1 validé » et « niveau 1 et 2 validés »

(c) : p<0,05 entre « aucun » et « niveau 1 et 2 validés »

Activité de remplacement

45,2% des internes ayant une activité de remplacement souhaitaient travailler avec des consultations programmées et non programmées, contre 61,5% des internes qui ne remplaçaient pas (p<0,05).

54,8% des internes ayant une activité de remplacement souhaitaient travailler sur rendez-vous uniquement, contre 38,1% des internes qui ne remplaçaient pas (p<0,05).

Lieu d'habitation

Les internes habitant en zone rurale souhaitaient davantage travailler sur rendez-vous uniquement (50,8%) que les internes habitant en zone semi-rurale (36,7%, p<0,05) ou en zone urbaine (41,5%, p<0,05). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes habitant en zone semi-rurale et en zone urbaine.

A contrario, les internes habitant en zone rurale souhaitaient moins travailler avec des plages de consultation sans et avec rendez-vous (49,2%) que les internes habitant en zone semi-rurale (63,3%, p<0,05) ou en zone urbaine (58%, p<0,05). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes habitant en zone semi-rurale et en zone urbaine.

3.4.4. Solutions possibles pour augmenter le temps de consultation médicale

Pour dégager du temps de « consultation médicale », quelles solutions adopteriez-vous ?

Tableau 23 : Solutions pour augmenter le temps de consultation médicale

Solutions pour augmenter le temps médical de la consultation	Effectifs	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Formulaires électroniques	1232	52,1	62,5
Personnel administratif	1142	48,3	58
Coopération inter-professionnelle	632	26,7	32,1
Consultation en 3 temps	385	16,3	19,5
Auxiliaires médicaux	299	12,6	15,2
Aucune de celles présentées	148	6,2	7,5
Non répondu	396	16,7	-
Base de calcul		2366	1970

Sexe

Tableau 24 : Solutions pour dégager du temps de consultation médicale en fonction du sexe (pourcentage sur les répondants)

Solutions pour augmenter le temps médical de la consultation	Femme (%)	Homme (%)	
Formulaires électroniques	60,5	67,9	p<0,05
Personnel administratif	57,7	58,7	NS
Coopération inter-professionnelle	32,4	31,2	NS
Consultation en 3 temps	17,5	24,7	p<0,05
Auxiliaires médicaux	12,6	21,7	p<0,05

Année d'études

57,5% des internes inscrits en TCEM 3 pensaient que l'utilisation de formulaires administratifs électroniques permettraient de dégager du temps de consultation médicale, contre 63,8% des internes inscrits en TCEM 2 (p<0,05) et 67,5% des internes inscrits en TCEM 1 (p<0,05). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes de TCEM 1 et de TCEM 2.

Pour les autres items, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

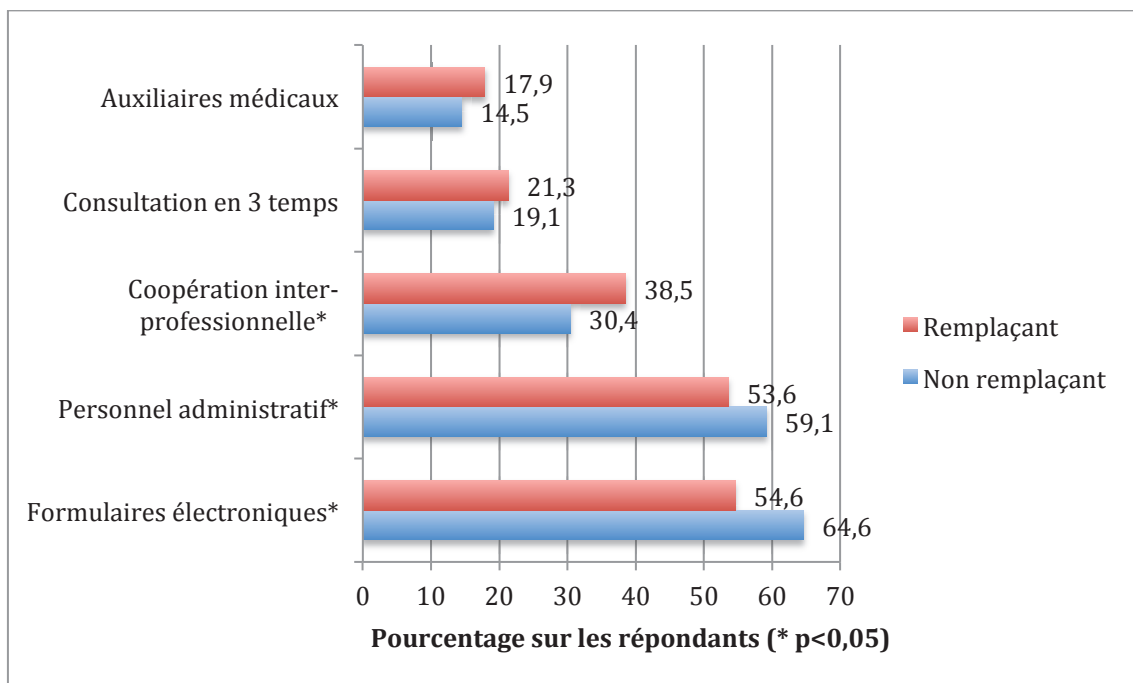
Stage chez le praticien

Les internes n'ayant pas validé de stages chez le praticien pensaient davantage que l'utilisation de formulaires administratifs électroniques permettraient de dégager du temps de consultation médicale (66,4%) que ceux qui avaient validé un stage (58,8%, $p < 0,05$) ou deux stages (54,3%, $p < 0,05$). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes ayant validé un ou deux stages.

Pour les autres items, il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Activité de remplacement

Figure 9 : Solutions pour dégager du temps de consultation médicale en fonction de l'activité de remplacement



Lieu d'habitation

Il n'existait pas de différence statistiquement significative.

3.5. Permanence des soins

3.5.1. Gardes ambulatoires

Effectuerez-vous des gardes en ambulatoires une fois en exercice ?

Tableau 25 : Réalisation de garde ambulatoire une fois en exercice

Gardes ambulatoires	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Oui	1539	65	78,5
Non	419	17,7	21,4
Non répondu	408	17,2	-
Base de calcul		2366	1958

Sexe

76,3% des femmes déclaraient qu'elles effectueraient des gardes ambulatoires une fois en exercice, contre 84,6% des hommes ($p < 0,05$).

Année d'études

Les internes inscrits en TCEM 3 déclaraient davantage qu'ils effectueraient des gardes ambulatoires une fois en exercice (82,3%) que les internes inscrits en TCEM 2 (77,2%, $p < 0,05$) ou en TCEM 1 (75,3%, $p < 0,05$). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les TCEM 1 et les TCEM 2.

Stage chez le praticien

Les internes qui avaient validé un stage chez le praticien déclaraient plus souvent qu'ils effectueraient des gardes ambulatoires une fois en exercice (83,4%) que les internes qui n'avaient pas fait de stage (75,1%, $p < 0,05$) ou les internes qui avaient validé deux stages (79,1%, NS). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes qui n'avaient pas validé de stage et ceux qui avaient validé le niveau 1 et 2.

Activité de remplacement

84,9% des internes ayant une activité de remplacement déclaraient qu'ils effectueraient des gardes ambulatoires une fois en exercice, contre 77% des internes qui ne remplaçaient pas ($p < 0,05$).

Lieu d'habitation

83,8% des internes habitant en zone rurale déclaraient qu'ils effectueraient des gardes ambulatoires une fois en exercice, contre 81,7% des internes habitant en zone semi-rurale et 77,2% des internes habitant en zone urbaine. Il existait seulement une différence statistiquement significative entre les internes habitant en zone rurale et les internes habitant en zone urbaine.

3.5.2. Participation à la régulation téléphonique de permanence des soins

Comptez-vous participer à la régulation téléphonique des gardes (au SAMU, en régulation libérale, etc.) ?

Tableau 26 : Participation à la régulation téléphonique de permanence des soins

Régulation téléphonique de permanence des soins	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Oui	628	26,5	32
Non	1332	56,3	68
Non répondu	408	17,2	-
Base de calcul		2366	1958

Sexe

28% des femmes souhaitaient participer à la régulation téléphonique de permanence de soins ambulatoires (centre 15 ou régulation libérale), contre 39,9% des hommes ($p < 0,05$).

Année d'études

Les internes inscrits en TCEM 3 souhaitaient moins participer à la régulation téléphonique de permanence de soins ambulatoires (26,6%) que les internes inscrits en TCEM 2 (34%, $p < 0,05$) ou en TCEM 1 (36,7%, $p < 0,05$). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les TCEM 1 et les TCEM 2.

Stage chez le praticien

Les internes qui n'avaient pas validé de stage chez le praticien souhaitaient davantage participer à la régulation téléphonique de permanence de soins ambulatoires (34,9%) que les internes qui avaient validé un stage (29,7%, $p < 0,05$) ou deux stages (24%, $p < 0,05$). Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes ayant validé un ou deux stages.

Activité de remplacement, Lieu d'habitation

Il n'existait pas de différence statistiquement significative.

3.6. Evolution de carrière

3.6.1. Projet professionnel

Avez-vous déjà un projet d'installation ou un poste ?

Tableau 27 : Projet professionnel (poste hospitalier ou projet d'installation)

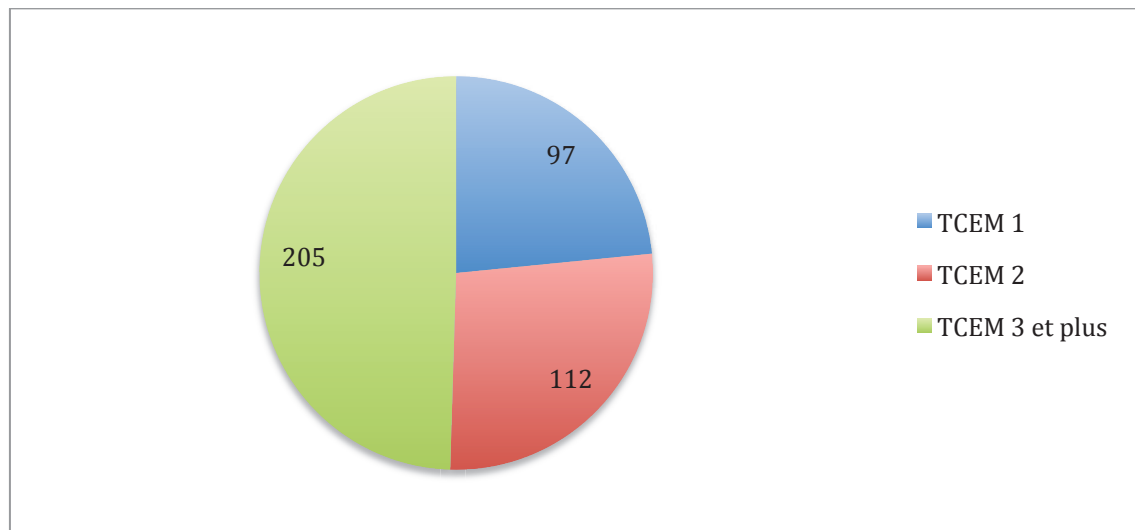
Projet professionnel	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les effectifs
Oui	414	17,5	21
Non	1558	65,8	79
Non répondu	394	16,6	-
Base de calcul		2366	1972

Sexe

Il n'existait pas de différence statistiquement significative.

Année d'étude

Figure 10 : Répartition des internes qui ont un projet professionnel en fonction de l'année d'études (effectif)



16,1% des internes inscrits en TCEM 1 avaient un projet professionnel contre 27,1% des internes inscrits en TCEM 3 et plus ($p < 0,05$).

18,3% des internes inscrits en TCEM 2 avaient un projet professionnel contre 27,1% des internes inscrits en TCEM 3 et plus ($p < 0,05$).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre la première et la deuxième année.

Stage chez le praticien

26,2% des internes qui avaient validé un stage chez le praticien avaient un projet professionnel contre 16,2% des internes qui n'avaient pas fait de stage chez le praticien ($p < 0,05$).

28,6% des internes qui avaient validé deux stages chez le praticien avaient un projet professionnel contre 16,2% des internes qui n'avaient pas fait de stage chez le praticien ($p < 0,05$).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes qui avaient validé un stage chez le praticien et ceux qui avaient validé deux stages.

Activité de remplacement

32% des internes ayant une activité de remplacement avaient un projet professionnel, contre 18,2% des internes qui ne remplaçaient pas ($p < 0,05$).

Lieu d'habitation

33,5% des internes habitant en zone rurale avaient un projet d'installation contre 18,1% des internes habitant en zone urbaine ($p < 0,05$).

26,7% habitant en zone semi-rurale avaient un projet professionnel contre 18,1% des internes habitant en zone urbaine ($p < 0,05$).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre les internes habitant en zone rurale et ceux habitant en zone semi-rurale.

3.6.2. Statut souhaité après l'internat

Sous quel statut aimeriez-vous exercer à la fin de votre internat ?

Tableau 28 : Statut souhaité après l'internat

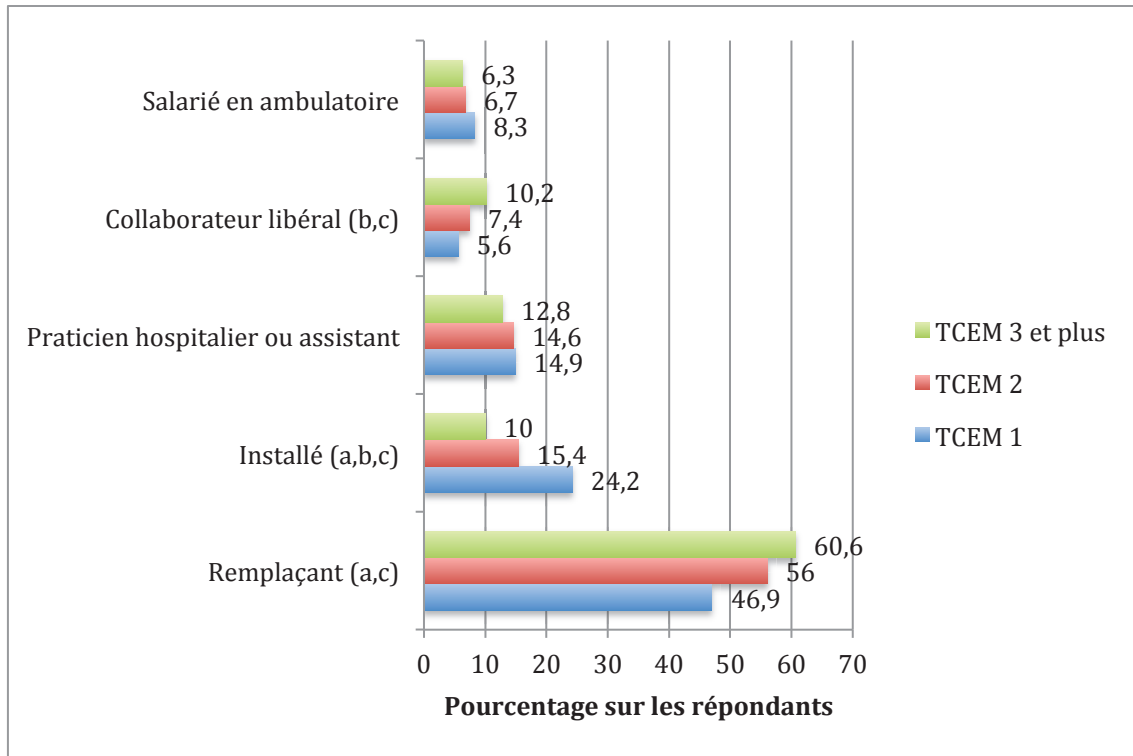
Statut	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les répondants
Remplaçant	1084	45,8	55
Installé	316	13,3	16
Praticien hospitalier ou assistant	276	11,7	14
Collaborateur libéral	156	6,6	7,9
Salarié en ambulatoire	139	5,9	7,1
Non répondu	395	16,7	-
Base de calcul		2366	1971

Sexe

Tableau 29 : Statut souhaité après l'internat en fonction du sexe (pourcentage sur les répondants)

Statut	Femme (%)	Homme (%)	
Remplaçant	54,9	55,2	NS
Installé	15,6	17,1	NS
Praticien hospitalier ou assistant	12,8	17	p<0,05
Collaborateur libéral	9,1	4,9	p<0,05
Salarié en ambulatoire	7,1	5,8	NS

Figure 11 : Statut souhaité après l'internat en fonction de l'année d'études



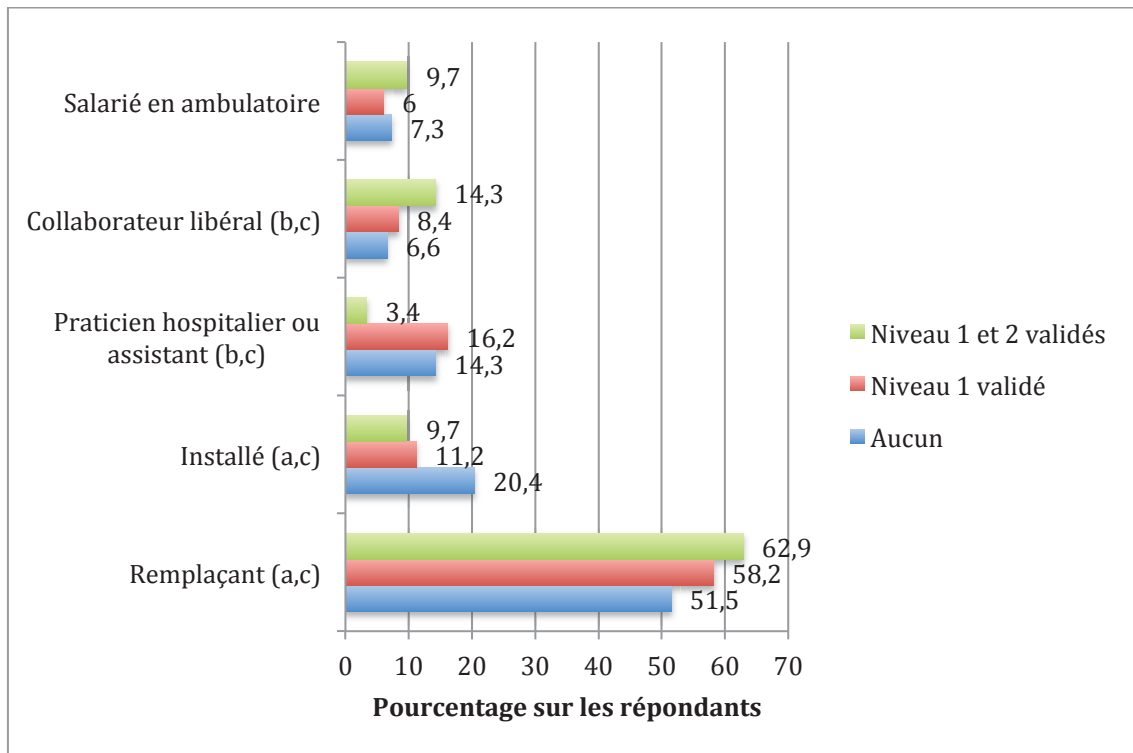
(a) : $p < 0,05$ entre les TCEM1 et les TCEM2

(b) : $p < 0,05$ entre les TCEM2 et les TCEM3

(c) : $p < 0,05$ entre les TCEM1 et les TCEM3

Stage chez le praticien

Figure 12 : Statut souhaité après l'internat en fonction de la réalisation du stage chez le praticien



(a) : $p < 0,05$ entre « aucun » et « niveau 1 validé »

(b) : $p < 0,05$ entre « niveau 1 validé » et « niveau 1 et 2 validés »

(c) : $p < 0,05$ entre « aucun » et « niveau 1 et 2 validés »

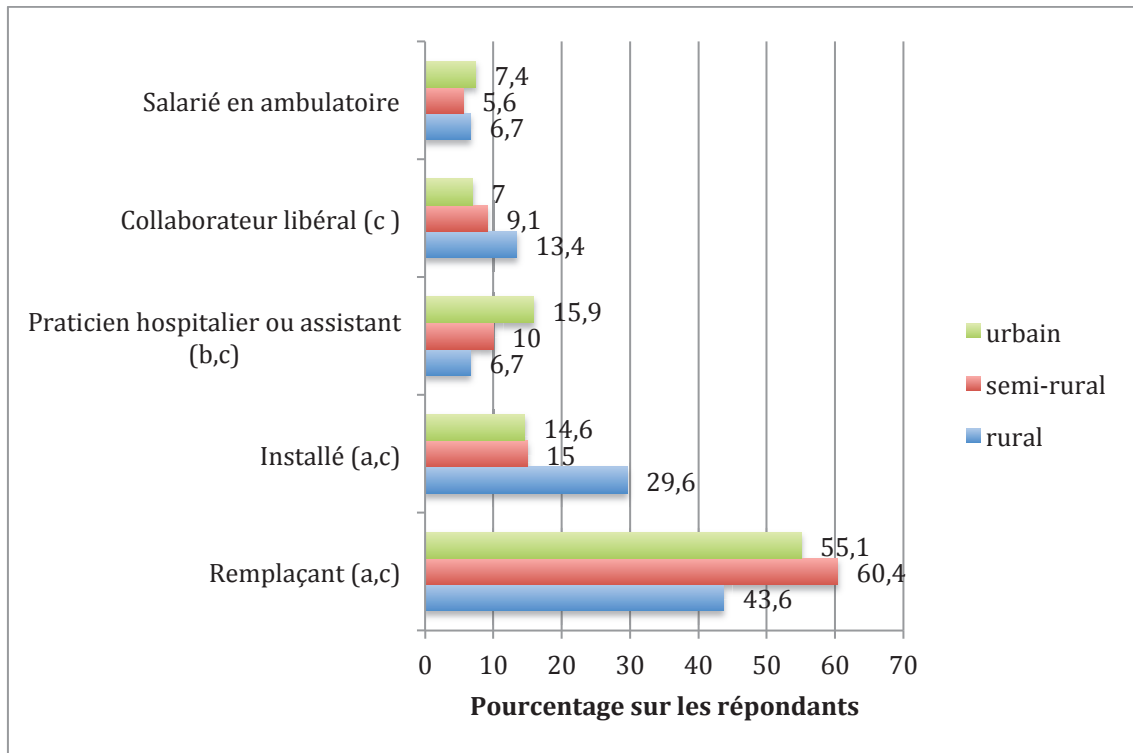
Activité de remplacement

Tableau 30 : Statut souhaité après l'internat en fonction de l'activité de remplacement (pourcentages sur les répondants)

Statut	Remplaçant (%)	Non remplaçant (%)	
Remplaçant	63	52,9	$p < 0,05$
Installé	9,9	17,6	$p < 0,05$
Praticien hospitalier ou assistant	9,7	15,1	$p < 0,05$
Collaborateur libéral	11,4	7	$p < 0,05$
Salarié en ambulatoire	6	7,3	NS

Lieu d'habitation

Figure 13 : Statut souhaité après l'internat en fonction du lieu d'habitation



- (a) : $p < 0,05$ entre « rural » et « semi-rural »
(b) : $p < 0,05$ entre « semi-rural » et « urbain »
(c) : $p < 0,05$ entre « rural » et « urbain »

3.6.3. Exercice diversifié ou changement d'orientation au cours de la carrière

Pensez-vous que vous aurez un exercice diversifié (EHPAD, HAD, PMI, etc) ou un changement d'orientation au cours de votre carrière ?

Tableau 31 : Souhaits d'un exercice diversifié ou d'un changement d'orientation au cours de la carrière

Exercice diversifié ou changement de carrière	Effectif	Pourcentage sur les interrogés	Pourcentage sur les effectifs
Oui	1610	68	81,6
Non	362	15,3	18,4
Non répondu	394	16,6	-
Base de calcul		2366	1972

Sexe

83,4% des femmes pensaient avoir un exercice diversifié ou un changement d'orientation au cours de leur carrière, contre 77,3% des hommes ($p < 0,05$).

Année d'étude, Stage chez le praticien, Activité de remplacement, Lieu d'habitation

Il n'existait pas de différence statistiquement significative.

3.7. Etude des profils

3.7.1. Description des sous-groupes

L'objectif secondaire de cette étude était de déterminer si les internes de médecine générale qui souhaitaient, dès la fin de l'internat, avoir une carrière ambulatoire, une carrière hospitalière ou être remplaçant, avaient des aspirations différentes de conditions de travail. Pour cela trois sous-groupes ont été analysés :

- hospitalier : internes ayant répondu qu'ils souhaitaient être assistant ou praticien hospitalier à la fin de leur internat ;
- ambulatoire : internes ayant répondu qu'ils souhaitaient s'installer, être collaborateur ou salarié en ambulatoire à la fin de leur internat ;
- remplaçant : internes ayant répondu qu'ils souhaitaient être remplaçant à la fin de leur internat.

Tableau 32 : Description des sous-groupes : hospitalier, ambulatoire et remplaçant (pourcentage sur les répondants)

		Hospitalier n=276	Ambulatoire n=611	Remplaçant n=1084	
Répondants (N=1971)		14 %	31 %	55 %	
Age moyen (ans)		26,56	26,44	26,62	
Sexe	Femme	65,9	74,8	71,8	p<0,05 (a,c)
	Homme	34,1	25,2	28,2	p<0,05 (a,c)
Région d'internat	< 141	46,3	49,7	49,3	NS
	> 141	53,6	50,2	50,6	NS
Lieu d'habitation	Rural	4,3	14,6	7,2	p<0,05 (a,b)
	Semi-rural	12,3	16,5	19	NS
	Urbain	83,3	68,9	73,8	p<0,05 (a,b,c)
Année d'études	TCEM 1	32,6	37,6	26,1	p<0,05 (a,b,c)
	TCEM 2	32,2	29,4	31,5	NS
	TCEM 3 et année thèse	35,1	32,9	42,3	p<0,05 (b,c)
Semestre praticien	Aucun	55,1	59,7	50,6	p<0,05 (a,c)
	Niveau 1 validé	42,7	30,6	39,2	p<0,05 (a,c)
	Niveau 1 et 2 validés	2,2	9,6	10,1	p<0,05 (a,c)
Activité de remplaçant		14,1	18	23,4	p<0,05
Choix positif de la MG aux ECN		58,7	88,5	87,9	p<0,05

(a) : p<0,05 entre « hospitalier » et « ambulatoire »

(b) : p<0,05 entre « ambulatoire » et « remplaçant »

(c) : p<0,05 entre « hospitalier » et « remplaçant »

3.7.2. Principaux résultats

Environnement de travail

Tableau 33 : Au sein du lieu d'exercice, principaux résultats en fonction des sous-groupes (pourcentage sur les répondants)

	Hospitalier	Ambulatoire	Remplaçant	
Secrétariat	87,7	84,1	87,7	NS
Système informatisé	91,9	97	94,4	p<0,05 (a,b)

(a) : p<0,05 entre « hospitalier » et « ambulatoire »

(b) : p<0,05 entre « ambulatoire » et « remplaçant »

(c) : p<0,05 entre « hospitalier » et « remplaçant »

Tableau 34 : Autour du lieu d'exercice, principaux résultats en fonction des sous-groupes (pourcentage sur les répondants)

	Hospitalier	Ambulatoire	Remplaçant	
Ecole	72,5	70,9	72,1	NS
Petite épicerie	64,9	63,8	62,5	NS
Bureau de poste	60,9	62,7	60,8	NS
Laboratoire d'analyse	94,9	93	95,2	NS
Pharmacie	91,3	94,3	95,6	p<0,05 (c)
Paramédicaux libéraux	92	90,8	93,6	NS
Cabinet de radiologie	92	90,8	93,6	p<0,05 (b)
Temps de trajet entre 15 et 30 minutes	64,1	64,8	66,4	NS

(a) : p<0,05 entre « hospitalier » et « ambulatoire »

(b) : p<0,05 entre « ambulatoire » et « remplaçant »

(c) : p<0,05 entre « hospitalier » et « remplaçant »

Gestion de l'emploi du temps

Tableau 35 : Gestion de l'emploi du temps, principaux résultats en fonction des sous groupes (pourcentage sur les répondants)

	Hospitalier	Ambulatoire	Remplaçant	
Heures par jour	9,3 (σ 1,35)	9,25 (σ 1,25)	9,24 (σ 1,25)	NS
Demi-journées par semaine	9,3 (σ 1,43)	9,17 (σ 1,34)	9,18 (σ 1,18)	NS
Heures par semaine	43,5 (σ 9,93)	42,6 (σ 9,52)	42,6 (σ 9,14)	NS
Semaines de congés par an	7,6 (σ 5,2)	7,3 (σ 4,5)	7,3 (σ 3,5)	NS
Formulaires administratifs électroniques	60,5	60,2	64,4	NS
Personnel administratif	56,5	57,4	58,6	NS
Avec et sans RDV	65,9	58,4	56	p<0,05 (a,c)
Sur RDV uniquement	33,7	41,1	43,8	p<0,05 (a,c)

(a) : p<0,05 entre « hospitalier » et « ambulatoire »

(b) : p<0,05 entre « ambulatoire » et « remplaçant »

(c) : p<0,05 entre « hospitalier » et « remplaçant »

Permanence des soins

Tableau 36 : Permanence des soins, principaux résultats en fonction des sous groupes (pourcentage sur les répondants)

	Hospitalier	Ambulatoire	Remplaçant	
Garde de PDSA	81,6	76,6	79	NS
Régulation	56,6	28,8	27,5	p<0,05 (a,c)

(a) : p<0,05 entre « hospitalier » et « ambulatoire »

(b) : p<0,05 entre « ambulatoire » et « remplaçant »

(c) : p<0,05 entre « hospitalier » et « remplaçant »

Evolution de carrière

Tableau 37 : Evolution de carrière, principaux résultats en fonction des sous-groupes (pourcentage sur les répondants)

	Hospitalier	Ambulatoire	Remplaçant	
Projet professionnel	35,9	28,8	12,8	p<0,05 (a,b,c)
Exercice diversifié	90,2	76,8	82,2	p<0,05 (a,b,c)

(a) : p<0,05 entre « hospitalier » et « ambulatoire »

(b) : p<0,05 entre « ambulatoire » et « remplaçant »

(c) : p<0,05 entre « hospitalier » et « remplaçant »

4. Discussion

4.1. Biais et limites de l'étude

4.1.1. Méthode de diffusion

La méthode de diffusion du questionnaire choisie a engendré un biais de sélection. D'une part, même si cela est devenu rare, tout le monde n'a pas un accès internet à tout moment de la journée. Tous les internats n'en sont pas forcément dotés et l'accès internet dans les hôpitaux est parfois restreint. Au cours de la diffusion de l'enquête, nous nous étions rendu compte que le logiciel d'enquête n'était pas accessible avec Microsoft Explorer sous Windows 95.

4.1.2. Echantillon

Le fait que cette enquête ait été dirigée par une structure syndicale a engendré un biais de sélection de la population interrogée et une influence d'opinion dans le questionnaire. Les sociologues parlent « d'effet d'imposition d'une problématique » défini comme : « effet imposé par toute enquête d'opinion qui résulte du fait que les questions posées ne sont pas des questions qui se posent réellement à toutes les personnes interrogées » (23).

N'étaient sollicitées que les villes de faculté adhérentes à l'ISNAR-IMG, excluant Marseille, Montpellier, Dijon, les Antilles-Guyane et la Réunion. Les internes de ces facultés n'ont pas été sollicités par les relances mais avaient la possibilité de répondre à l'enquête, puisqu'elle était en libre accès sur le site internet de l'ISNAR-IMG.

C'est pourquoi lorsque l'on mesure le taux de réponse en fonction du nombre d'internes adhérents à l'ISNAR-IMG (via leur structure locale), celui-ci est nettement plus élevé (46,9%) (Tableau 1).

Chaque structure adhérente à l'ISNAR-IMG était libre de choisir les modalités de relances auprès de leurs adhérents. C'est pourquoi nous avons obtenu un taux hétérogène de réponse entre les facultés. (annexe 5). Pour pallier à ce biais, une analyse a été réalisée en fonction de la densité médicale de médecins généralistes en activité au 1^{er} janvier 2011. Cette analyse montre une relative égalité entre les internes issus des régions où la densité médicale est supérieure à 141 (48,8%) et les internes où elle est inférieure à 141 (51,2%).

Dans ce travail de thèse, il a été décidé d'intégrer les non répondants. Le nombre de non-répondants diffère entre les questions, ceci pouvant s'expliquer par le choix du mode de

diffusion de l'enquête. Avec les résultats, nous avons mis en évidence que le nombre de non-répondants augmentait non pas à chaque question, mais par groupe de questions, correspondant à une nouvelle page informatique du questionnaire en ligne.

4.1.3. Objet de l'étude

Il s'agit d'une enquête sur les souhaits d'exercice des internes. L'objet de l'étude concerne leurs souhaits déclaratifs au début, au cours ou à l'issue de leur cursus alors qu'ils n'ont pas réellement commencé leur vie professionnelle. Une fois leur cursus terminé, leurs projets ont alors mûris et certains s'en trouvent profondément changés. On ne peut pas, avec cette enquête, prédire combien d'internes mettront en application les souhaits exprimés, mais il s'agit là d'un sujet de recherche ultérieur qui pourra être mené auprès des médecins thésés, installés ou non, quelques années après leur formation médicale initiale. Il pourrait alors être intéressant de connaître le nombre de médecins ayant changé de projet professionnel et surtout les raisons de leur éventuelle installation ou de leurs réticences à s'installer.

4.1.4. Hypothèses à tester

On peut reprocher à cette étude de ne s'intéresser qu'à l'exercice ambulatoire. Or les internes souhaitent également travailler à l'hôpital (14% des répondants). Dans la formulation des questions, il a été délibérément choisi de ne pas écrire « cabinet médical » mais « lieu d'exercice », afin de laisser la possibilité aux internes souhaitant travailler à l'hôpital d'exprimer leur souhait d'organisation professionnelle.

D'autres hypothèses auraient pu être testées. Nous avons choisi de ne pas approfondir plus spécifiquement les freins à l'installation, car ce travail avait déjà été réalisé par l'ISNAR-IMG (14). Nous n'avons pas voulu interroger les internes sur les freins à l'exercice libéral car ce mode d'exercice reste encore vague pour eux, d'autant plus qu'il existe actuellement une réflexion sur celui-ci (24). Enfin nous n'avons pas voulu explorer la partie formation initiale. Cette question aurait nécessité une enquête à elle seule.

4.1.5. Questionnaire

A posteriori, il a été mis en évidence quelques erreurs dans la fabrication du questionnaire.

Le temps grammatical utilisé est différent. Puisque le sujet de l'enquête porte sur les conditions futures d'exercice, il aurait été préférable d'utiliser le conditionnel à chaque question.

La variable décrivant le nombre de semestres validés présente un biais de classement pour plusieurs raisons : l'enquête a été réalisée sur deux semestres successifs et certains internes, ayant répondu au premier semestre, ont évolué lors du second, sans que cela puisse être mesuré. D'autre part, les internes ont parfois du mal à répondre en nombre de semestres « validés » et répondent alors en incluant leur semestre en cours.

La variable décrivant le lieu d'habitation ne repose pas sur une définition reconnue par l'INSEE. Les notions de « rural », « semi-rural » et « urbain » sont des notions du langage usuel et ne reposent sur aucune définition statistique.

Dans les questions où étaient seulement proposés les items « oui » et « non », il aurait dû être également proposé une réponse « sans opinion ». Quand on interroge les internes sur leur souhait d'exercice, leur réflexion n'est peut-être pas complètement aboutie et les réponses « sans opinion » auraient pu nous apporter des informations supplémentaires.

4.2. Objectif principal

Aucune étude nationale n'a encore été réalisée sur les conditions de travail souhaitées par les internes de médecine générale pour leur futur exercice. On retrouve dans certains travaux des données sur le temps de travail, le mode d'exercice ou le projet professionnel, mais aucun n'a questionné les internes sur l'environnement de travail et les conditions matérielles qu'ils souhaitaient avoir.

Malgré la faible puissance de notre étude, les résultats de notre enquête dressent une bonne estimation des souhaits des futurs médecins généralistes.

4.2.1. Travailler sur un territoire dynamique

Les études antérieures interrogeaient les internes sur leur futur lieu d'exercice, soit en distinguant les zones « rurales », « péri-urbaines », « urbaines » (13) (14) (25), soit en distinguant les communes « petite ville de province », « banlieue pavillonnaire de grande ville », « banlieue de grande ville dans une cité populaire » (26). Les résultats convergeaient en montrant que quelque soit l'intitulé de la question, l'attrait d'une forme idéalisée de compromis entre la qualité de vie offerte par l'environnement, le type de relation à la patientèle, la diversité des pathologies traitées, s'exprimait le plus souvent par les formulations « semi-rurales », « villes moyennes », « petite ville » (7).

Or plus qu'un choix entre ville et campagne, le choix du lieu d'installation se fait en fonction de l'environnement de travail. Les petites villes rurales bien pourvues en services et équipements attirent plus qu'une grande ville, où l'emploi et les services déclinent (27)(annexe 6). C'est pourquoi, dans cette enquête, nous avons délibérément décidé d'interroger les internes sur les services de proximité ou les services sanitaires qu'ils souhaitaient avoir autour de leur lieu d'exercice.

Les résultats montrent que les internes sont soucieux d'intégrer un environnement de travail où ils auraient à disposition un certain nombre de services et d'équipements (tableaux 9 et 11). Outre qu'ils seront acteurs de cette offre de services, ils seront eux-mêmes dépendants de l'offre locale pour la commodité de leur vie de tous les jours (27).

Plus spécifiquement, le fait que la présence d'une école se détache des autres items répond à un besoin particulier exprimé par une génération, tout sexe confondu (figure 3), qui s'apprête également à construire un projet de vie familiale.

Certains services de proximité, comme un bureau de poste, une station service, une banque, sont avant tout utiles à un exercice libéral. Les pompiers sont également une aide précieuse au médecin généraliste pour répondre à une demande de soins urgente tant pour l'aide technique que pour le transport vers le service d'urgences. De même, la

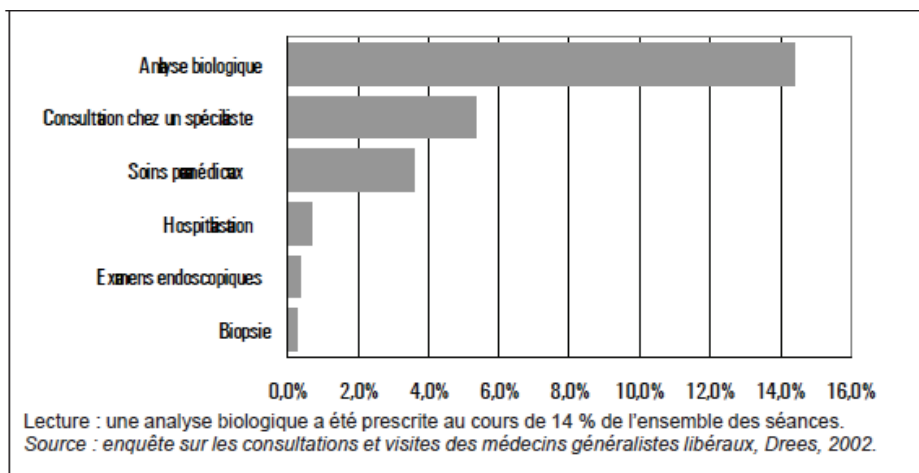
maison de retraite est un service sanitaire incontournable pour un médecin généraliste (tableau 11). L'appréhension de ces besoins spécifiques se fait lors des stages chez le praticien et lors des remplacements (tableau 10).

L'INSEE a fait un important travail sur la définition des bassins de vie (28). Dans les futures enquêtes auprès des internes, il serait intéressant d'intégrer cette nouvelle définition. Interroger les futurs médecins sur l'environnement de travail souhaité plus que sur le lieu d'exercice pourrait apporter des pistes de travail au Ministère de l'Aménagement du Territoire ou aux collectivités locales, afin d'améliorer la répartition des médecins sur le territoire.

4.2.2. S'organiser pour améliorer la qualité des soins

Les médecins généralistes ont tous un réseau de soins « traditionnel » et non formalisé où interagissent différents professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, paramédicaux, biologistes, pharmaciens) (29) (8). L'interaction avec ces professionnels peut être analysée par l'étude des consultations et des visites (figure 14) (30).

Figure 14 : Répartition de l'ensemble des consultations et visites concernées par chaque type d'acte prescrit ou décision d'orientation



De plus, en France, 78% des consultations de médecine générale sont assorties d'une prescription de médicaments (31).

Les internes ont clairement exprimé le besoin de construire ce réseau de soins informel, estimant indispensable d'avoir à proximité de leur lieu d'exercice un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie et des paramédicaux libéraux (tableau 11). Les maisons et pôles de santé sont un des outils permettant d'organiser et de coordonner le

réseau de soins informel. Leurs missions sont de contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge des patients, par le partage d'expérience, la complémentarité des approches et l'insertion des professionnels de santé partenaires. Cette organisation pourrait répondre aux souhaits des internes.

L'enquête a un défaut majeur sur cet item : aucune question n'interrogeait les internes sur deux acteurs importants du réseau de soin informel, les autres médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Les médecins généralistes ont la possibilité de réaliser des sutures, des plâtres ou d'autres petits gestes techniques, sans pour autant disposer d'une salle dédiée. Une étude réalisée dans l'Ain en 2003 montrait que près de 95% des médecins généralistes possédaient du produit anesthésiant, du fil de suture, des boîtes d'instruments et qu'ils les utilisaient fréquemment. Mais seulement 5% possédaient un appareil de radiographie (32). Les locaux spécifiques et les appareils de radiographie sont des investissements lourds pour un médecin généraliste. Or les internes les plus jeunes ou sans expérience ambulatoire souhaitaient un « plateau technique » au sein du cabinet médical (salle dédiée aux actes de petites chirurgies, appareil de radiographie, salle adaptée pour la gestion d'une urgence vitale). L'apprentissage du milieu ambulatoire modifie cette vision de l'aménagement du cabinet médical (figures 1 et 2, tableau 6), comme si la réalité financière de l'exercice libéral bridait l'imagination. Les internes sont pourtant demandeurs de réaliser des gestes techniques dans de bonnes conditions matérielles. Le regroupement des professionnels de santé permettrait également un partage plus facile des frais liés aux équipements et aux locaux.

L'informatique est un outil indispensable pour améliorer la qualité des soins apportés aux patients (33). Les internes ont largement intégré cet outil dans leur futur cadre d'exercice (tableau 8). L'informatique permet de simplifier la gestion des dossiers patients, d'améliorer la prescription avec les outils fournis par les logiciels médicaux mais aussi de réaliser des études à partir de la base de données patients.

Le système de soins français évolue vers une organisation plus collective des soins. Même si le regroupement de tous les professionnels de santé n'est pas la solution à appliquer sur tous les territoires, les internes souhaitent travailler dans un environnement leur permettant d'améliorer la qualité des soins de leurs patients. Les maisons et pôles de santé pluridisciplinaires sont une des réponses à leurs souhaits.

4.2.3. Rompre avec la norme de disponibilité continue

Comme l'enquête le montre (tableaux 13, 14 et 15), on est loin du modèle des 35 heures du travail salarié mais aussi loin du temps de travail des médecins généralistes installés, 52 à 60 heures par semaine (34). D'autres enquêtes sur les internes avaient déjà mis en évidence que le temps de travail hebdomadaire moyen souhaité était de 42 heures réparties sur 9,2 demi-journées (11) (25).

Pour chacun des items, les femmes souhaitent moins travailler que les hommes avec une différence moyenne de 5h30 par semaine. Cet effet de genre se retrouve également dans les autres enquêtes réalisées auprès des internes (11) (13).

Les internes souhaitent avoir en moyenne 7,39 semaines de congés par an, sans distinction de sexe, d'année d'étude ou d'expérience ambulatoire (tableau 21). Cette moyenne est légèrement plus élevée que celle de précédentes enquêtes auprès des internes (6,3 semaines par an en Rhône-Alpes en 2005 (11), entre 4 et 6 semaines de congés par an en Bretagne en 2006 (25)).

Ces résultats montrent que les internes souhaitent maîtriser leur temps de travail dans un souci d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée (7).

L'analyse sociologique du parcours professionnel de jeunes médecins généralistes réalisée par Géraldine Bloy en 2011 apporte un éclairage intéressant sur le « rapport au travail désinvolte ou défaillant de la jeune génération ». Elle analyse notamment que « le discours sur la fin supposée de la valeur travail dans les jeunes générations de médecins est ignorant des formes d'intensification du travail, muet sur les conventions d'effort et de qualité des actes, ne dit rien du temps consacrer à la formation continue ou aux tâches de coordination dans les organisations modernes. » (9) Il serait intéressant dans les prochaines études sur le temps de travail des jeunes médecins généralistes de prendre en compte ces particularités.

Les résultats de l'enquête sur le temps de trajet souhaité entre le lieu d'exercice et le lieu d'habitation sont une autre illustration de la volonté des futurs médecins de mettre des barrières entre le travail et la vie personnelle.

Seulement 13,3% des internes avaient répondu que le lieu d'exercice pourrait être situé à maximum 15 minutes du lieu de vie, la majorité des internes souhaitait pouvoir accéder à leur lieu d'exercice en 15 à 30 minutes (tableau 12).

Dans une enquête stéphanoise réalisée en 2007 auprès des internes de médecine générale, la majorité répondait entre 21 et 40 minutes (12). Une étude de l'INSEE montre, par ailleurs, que la part des actifs ayant un emploi et travaillant hors de leur

commune de résidence est passée de 45% en 1975 à 61% en 1999 (27). Le souhait des internes de diviser lieu de travail et lieu de vie suit également une évolution de notre société.

D'autre part, les résultats de l'enquête montrent que les internes sont prêts à se déplacer pour exercer. Cette mobilité est à exploiter, de nouveaux modes d'exercice pourraient inciter les plus jeunes à exercer dans les territoires les plus démunis (dispositifs des cabinets secondaires, télémedecine, pôle de santé de proximité...). La situation française n'a pas atteint un stade critique puisque 95% de la population a accès à des soins de proximité à moins de 15 minutes et 99% à un médecin généraliste, mais la réflexion doit se poursuivre pour préparer le déficit démographique de 2020 (35).

4.2.4. Organiser ses consultations pour maîtriser son emploi du temps

La consultation libre est un exercice lourd. La consultation libre est une forme de réponse à une demande du patient qui est sûr d'être vu le jour où ils se présentent au cabinet. Cela fait peser sur le praticien un aléa de charge important. C'est une forme de consultation qui produit naturellement une « pression » de la salle d'attente, et indépendamment de la façon dont le praticien vit cette pression, cela peut occasionner des tensions entre patients ou entre les patients et le secrétariat. Au contraire, la consultation sur rendez-vous est souvent pressentie comme un mode de régulation de la charge de travail par le contrôle de l'accès à la consultation (36).

Moins de 1% des internes souhaitaient travailler uniquement avec des consultations non programmées (tableau 22). 58,1% des internes souhaitaient organiser leurs consultations avec des plages sans rendez-vous et d'autres sur rendez-vous et 41,1% sur rendez-vous uniquement (tableau 22). Avec l'ancienneté et l'expérience ambulatoire, les internes souhaitaient davantage travailler sur rendez-vous uniquement (figure 11).

Le modèle d'organisation idéal est encore à déterminer. Mais les internes ont clairement exprimé qu'ils souhaitent maîtriser leur temps de travail par la gestion de leur planning de consultations.

4.2.5. Diminuer les charges administratives

Les internes ont conscience que les charges administratives font partie du métier de médecin généraliste et sont souvent citées comme un des freins majeurs à l'exercice de la médecine générale. En 2006, Samuel Behar avait interrogé des internes rennais après leur stage chez le praticien. Les formalités administratives étaient citées comme

principal inconvénient de la médecine générale par 82,6% des internes. En deuxième, venait la comptabilité pour 63% (25).

Les charges administratives correspondent en moyenne à 4h45 par semaine du temps de travail des médecins généralistes installés (34). Dans l'étude réalisée par l'URML Bretagne sur les conditions de travail des médecins généralistes, 94% déclarent travailler certains jours ou semaines plus longtemps qu'ils ne l'avaient prévu. Dans ce cas, pour 88%, cela est dû aux charges administratives (37).

Le souhait de diminuer les charges administratives se retrouve dans les solutions que les internes avaient choisies (tableau 23).

62,5% des internes envisageaient l'utilisation de formulaires administratifs électroniques. Les résultats en fonction des années d'études et de l'expérience ambulatoire montrent que cette solution n'est plus autant envisagée. Les formulaires administratifs en ligne (38) comme les arrêts maladie, les protocoles de soins, ont été mis en place en 2010. Très peu de médecins généralistes les utilisent. Les internes qui auraient pu en entendre parler au cours de leur stage chez le praticien ou lors de remplacement, auraient pu entendre les commentaires négatifs des médecins généralistes sur ce nouvel outil fourni par l'Assurance Maladie.

Pour 58% des internes interrogés, l'emploi de personnel administratif serait une solution. Ce personnel administratif pourrait être la secrétaire. Des transferts de tâches, en particulier administratives, pourraient permettre de soulager les médecins généralistes. Dans notre enquête, les internes souhaitaient majoritairement disposer d'un secrétariat médical sur leur futur lieu d'exercice (tableau 4). Le rôle essentiel d'une secrétaire médicale pour un médecin généraliste est particulièrement visible lors de nos stages chez le praticien. Les résultats de l'enquête montraient que ce besoin augmentait avec l'expérience ambulatoire (figure 2, tableau 6).

Une autre solution proposée était la coopération interprofessionnelle. Cette nouvelle organisation du travail a été officialisée en décembre 2009 (39). En pratique, fin 2011, il n'avait été créé qu'un seul protocole de coopération pour le milieu hospitalier, d'autres sont en cours de rédaction pour le milieu ambulatoire (40). Cette solution était envisagée par 32,1% des internes. Même si une définition succincte était proposée aux internes lors du remplissage de ce questionnaire (annexe 2), ils ne sont pas encore familiers de ce terme.

Les solutions proposées n'ont pas recueilli un assentiment franc et majeur de la part des internes, mais démontrent qu'ils souhaitent réduire ce temps de travail « non médical » au profit d'une délégation du travail à des outils ou à d'autres professionnels.

Un des items du questionnaire, non analysé pour cette thèse, interrogeait les internes : « Si vous travaillez en groupe hors hôpital, souhaiteriez-vous que la gestion administrative de la structure, y compris la comptabilité et la rémunération, soit

déléguée à une tierce personne ou un organisme spécifique ? ». Près de 90% avaient répondu « oui » (16).

4.2.6. La permanence des soins : une facette du métier intégrée par les internes

Aucune réglementation ne prévoit l'obligation de découvrir et de participer à la permanence des soins ambulatoires lors de nos stages chez le praticien. La plupart des internes de médecine générale découvrent cette facette du métier lors des remplacements. Pourtant ils étaient 78,5% à déclarer qu'ils effectueront des gardes ambulatoires une fois en exercice (tableau 25). Ce souhait était d'autant plus exprimé qu'ils étaient avancés dans leur cursus ou qu'ils avaient déjà effectué des remplacements.

Dans la thèse d'Andréa Poppelier, les internes y étaient encore plus favorables, puisque 90% souhaitaient participer à la permanence des soins ambulatoire, en étant prêts à effectuer pour la majorité 3 à 8 gardes de semaines et 2 gardes de weekend par semestre (13).

Les gardes que nous réalisons au cours de nos stages hospitaliers nous donnent peut-être l'habitude de répondre à la demande de permanence de soins qui existent dans notre métier. Mais la permanence des soins ambulatoires n'est pas superposable à son homologue hospitalier de part des patients, des pathologies et des moyens de réponse différents. Il serait judicieux de réfléchir à une formation à cette pratique dès notre cursus d'internes.

32% des internes souhaitaient participer à la régulation téléphonique de permanence de soins. Ce souhait était plus marqué chez les plus jeunes et chez ceux qui n'avaient pas eu d'expérience ambulatoire.

Les internes peuvent découvrir la régulation par le centre 15 ou par les médecins libéraux lors du stage de médecine d'urgence ou en suivant un médecin généraliste pratiquant cette activité. Dans notre enquête, le tiers de répondant souhaitant y participer se destine peut-être à une activité de médecine d'urgence. Nous n'avons pas interrogé les internes sur les éventuels diplômes complémentaires qu'ils avaient ou cherchaient à obtenir.

4.2.7. Un projet professionnel fixé dès l'internat : une minorité

Au moment où ils étaient interrogés, seulement 21% des internes avaient un projet d'installation ou un poste. Parmi eux, la majorité était en TCEM 3 et plus (figure 14).

Gauthier Constant montre dans sa thèse que 58,6% des internes répondent « oui » à la question « A la date d'aujourd'hui, avez-vous un projet professionnel plus ou moins clair ? », les internes de TCEM 3 étant plus nombreux également à avoir un projet professionnel (66,4% vs 45% en TCEM1) (41). Le faible taux de réponse « oui » à notre enquête peut s'expliquer par la formulation de la question qui était plus directe : « Avez-vous déjà un projet d'installation ou un poste ? ».

Les internes, qui avaient déjà validé au moins un stage chez le praticien, étaient plus nombreux à avoir un projet d'installation ou un poste. Le fait de réaliser un deuxième stage chez le praticien ne modifiait pas cette proportion.

Géraldine Bloy, sociologue, a démontré en 2005 que, même si les internes se trouvaient mieux préparés à la médecine générale que leurs aînés, le stage chez le praticien « ne fonctionnait pas comme un sas de transition vers l'installation en médecine générale » (42). Pourtant, les résultats de notre enquête laisse penser que le stage chez le praticien de niveau 1 renforce les internes dans leur choix de projet professionnel. Il ne faut donc pas penser que tous les internes qui auront réalisé un stage chez le praticien vont s'installer dès la fin de l'internat mais que ce stage est un moment d'échanges et de rencontres avec des professionnels du monde ambulatoire, offrant des opportunités d'installation pour les internes.

Le deuxième stage chez le praticien n'a pas cette fonction. L'autonomie laissée au cours de ce stage permet aux internes de prendre des responsabilités dans les autres tâches que le soin. Une étude réalisée à Brest sur l'influence du SASPAS sur les débuts et les modalités d'exercice montre que ce stage permet aux étudiants de gagner en confiance pour leur pratique médicale (« autonomie et confiance en début d'exercice », « sentiment d'assurance dans la pratique médicale »). Mais le SASPAS aurait peu d'influence sur le délai d'installation après l'internat (43).

Le remplacement influe sur la possibilité d'avoir un projet d'installation ou un poste avant la fin de l'internat. Les opportunités professionnelles seraient peut-être plus nombreuses pour les internes remplaçants. Dans l'arc alpin, en 2011, 75,4% des remplaçants avaient déjà eu une proposition d'installation (44).

Les internes résidant en zones rurale et semi-rurale sont également plus nombreux à avoir un projet d'installation ou un poste. Les différentes enquêtes sur les projets professionnels n'analysent pas le projet professionnel des internes en fonction du lieu d'habitation. Elles mettent en évidence que le fait d'être originaire d'une zone rurale influence positivement sur la décision d'exercer en milieu rural (14) (41).

Notre enquête conforte les études des sociologues qui considèrent que la socialisation professionnelle n'est pas achevée au terme du cursus (9).

4.2.8. Le remplacement, phase de stabilisation du projet de vie

55% des internes envisagent d'exercer en tant que remplaçant à la fin de l'internat (tableau 28). L'avancée dans le cursus renforce ce choix (figure 11).

Ces résultats confortent l'idée que l'installation n'est plus considérée comme le début de la vie professionnelle. D'autres études montrent que le remplacement est le principal mode d'exercice envisagé après l'internat. A Saint-Etienne en 2005, cela concernait 66% des internes (12). Dans la thèse d'Augustin Decorde en 2011, 96,7% des jeunes installés ont effectué des remplacements en libéral pendant 3,7 ans en moyenne avant de s'installer (44). Au 1^{er} janvier 2011, 44,41% des nouveaux inscrits en médecine générale au Tableau de l'Ordre, l'étaient en tant que remplaçants (10).

Ce mode d'exercice privilégié par la jeune génération dès la fin de leurs études peut s'expliquer par plusieurs arguments :

- La majorité des internes de médecine générale ne passe pas sa thèse avant la fin du cursus. Dans l'étude brestoise sur l'influence du SASPAS, le délai moyen entre le début du TCEM et la thèse était de 47 mois (43). Pendant cette période, les internes en année thèse, n'ont pas beaucoup de choix quant à leur mode d'exercice : exercer en médecine libérale en tant que remplaçant, exercer dans un établissement hospitalier en tant que remplaçant ou « Faisant Fonction d'Interne ».
- Les remplacements sont avant tout une période de transition entre un statut d'étudiant et une installation dans la vie (maturation du projet de vie personnel et professionnel, complément de formation) (7).
- Un effet générationnel formulé par les sociologues comme une norme de « retard ». La théorie du retard constate simplement que les individus, de leur fait ou de celui des transformations des structures sociales, mettent plus de temps à parcourir le même chemin que la génération précédente (9).

4.2.9. Statut souhaité après l'internat : l'ambulatoire avant l'hospitalier

31% des internes souhaitent un exercice ambulatoire, autre que le remplacement. 14% souhaitent un exercice hospitalier (tableau 28).

16% souhaiteraient pouvoir s'installer dès la fin de l'internat. Ce mode d'exercice était avant tout choisi par les internes les plus jeunes ou sans expérience ambulatoire (figures 15 et 16, tableau 30). Ces résultats laissent supposer que l'installation en milieu libéral est le mode d'exercice rêvé par les internes de médecine générale au début de leur cursus, mais que la découverte de la réalité du métier les freine dans leurs aspirations. L'entreprise médicale, sa gestion et son administration sont en effet largement

méconnues par les étudiants tant qu'ils n'ont pas été en stage chez le praticien (7). Le lieu d'habitation semble influencer sur le choix d'une installation dès la fin de l'internat. 29,6% des internes résidant en zone rurale ont fait ce choix (figure 13). Ce constat avait déjà été noté dans une des précédentes études réalisées par l'ISNAR-IMG : le fait d'être originaire d'une ville de moins de 10 000 habitants était un des paramètres favorisant l'orientation pour la médecine libérale (14).

7,9% des internes souhaiteraient exercer en tant que collaborateur libéral. La collaboration libérale pour les médecins est possible depuis 2005 et permet un exercice en toute indépendance avec le versement d'une redevance pour le médecin installé (45). Ce nouveau mode d'exercice permet de se stabiliser professionnellement, sans pour autant subir les contraintes matérielles et morales d'une installation. C'est une solution de plus en plus envisagée : en 2010 dans l'arc alpin, 78,9% des remplaçants envisageaient une installation en tant que collaborateur libéral (44).

7,1% des internes souhaiteraient exercer comme salarié en ambulatoire, sans différence entre les sexes, les années d'étude ou l'expérience ambulatoire. Dans la précédente enquête réalisée par l'ISNAR-IMG, 4,5% des répondants envisageaient un exercice salarié extrahospitalier (14). Le salariat a des avantages matériels certains (congés payés, protection sociale renforcée, sécurité financière lors des grossesses, maîtrise des temps de travail). Il peut être proposé au sein des centres de santé, des centres de protection maternelle et infantile, des administrations (médecin scolaire, médecin de la sécurité sociale, médecin coordonnateur en EHPAD). Au 1^{er} janvier 2011, la DREES recensait 14 769 omnipraticiens avec une activité salariée non hospitalière, soit 14,7% des omnipraticiens (35).

L'exercice hospitalier est choisi par 14% des internes (tableau 28). Dans d'autres travaux de thèse, 20 à 30% des internes envisageaient un exercice hospitalier (13) (25). Les internes qui ont choisi de faire un DESC savent qu'ils auront la nécessité de poursuivre leur formation pour au moins deux ans sur l'hôpital. Ce sont peut-être eux qui représentent ces 14%. L'exercice hospitalier a toujours fait partie des modes d'exercice possibles pour les diplômés de médecine générale, y compris chez nos aînés. Selon la DREES au 1^{er} janvier 2011, 18,5% des omnipraticiens exerçaient à l'hôpital. (35)

L'exercice hospitalier reste donc un choix minoritaire devant l'exercice ambulatoire. Les différents statuts permettant un exercice ambulatoire sont une des forces de la médecine générale. Il faut donc arrêter d'associer systématiquement médecine ambulatoire et médecine libérale.

Dans cette étude, il a été délibérément choisi de ne pas proposer « exercice mixte » comme item de réponse. La question sur la diversification de l'exercice nous a semblé plus judicieuse.

4.2.10. Une carrière évolutive

Les études médicales nous forment à développer l'envie d'approfondir des connaissances ou des compétences particulières. Cette envie se retrouve également dans les souhaits d'évolution de carrière des internes de médecine générale. 81,6% répondaient qu'ils pensent avoir un exercice diversifié ou un changement d'orientation au cours de leur carrière (tableau 31).

Le souhait de diversifier son exercice peut ainsi s'illustrer par l'acquisition de diplômes complémentaires dès l'internat. En 2007, l'ISNAR-IMG avait interrogé les internes sur l'évolution de leur formation. 25,2% souhaitaient réaliser un DESC, principalement pour diversifier leur exercice (61,4%), se former (61,4%), se « sur-spécialiser » (42%) et exercer à l'hôpital (42%) (46).

Géraldine Bloy, dans son étude intitulée « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste ... ou pas ? », montre que plus qu'une spécialisation, la médecine générale est aujourd'hui une polyvalence. L'obtention de formations complémentaires sont autant de « cordes à leur arc de compétences, dont ils espèrent qu'elles pourront (...) constituer une sorte d' « assurance-liberté » s'ils ne se trouvent pas bien dans ce qu'ils font ou si les conditions de liberté d'installation ou de conventionnement venaient à être durcies (9).

4.3. Objectif secondaire : l'étude des profils

L'objectif secondaire de ce travail était de rechercher si le souhait d'un mode d'exercice (ambulatoire, hospitalier ou remplaçant) impliquait des souhaits de conditions de travail différents.

N'ont été comparé que les principaux résultats (tableaux 33, 34, 35, 36 et 37). Tous les résultats en fonction des profils sont en annexe (annexe 7). Quelque soit le statut qu'ils envisageaient après l'internat, les conditions de travail souhaitées sont les mêmes, mais ce qui différencie les internes c'est leur vision de carrière.

Les internes avec un profil hospitalier sont les plus nombreux à avoir déjà une proposition de poste dès l'internat, mais leur carrière sera évolutive. Les internes avec un profil ambulatoire sont aussi nombreux à avoir déjà un projet d'installation mais sont moins demandeur d'un exercice diversifié ou d'un changement de carrière. Les plus incertains restent les internes avec un profil remplaçant, mode d'exercice, par excellence, temporaire.

Le monde hospitalier comme le monde libéral manque de praticiens. Nos études nous permettent d'être assistant ou praticien hospitalier dans des services d'urgences, de gériatrie, de médecine interne ou de psychiatrie... Sur neuf années d'étude, l'hôpital a été notre lieu de formation pendant au minimum 8 ans. Les rencontres avec des équipes, des personnes, des spécificités d'exercice ont été multiples, les opportunités professionnelles sont donc nombreuses.

Des efforts importants ont été fait pour faire découvrir aux étudiants en médecine la médecine générale ambulatoire : stage en 2ème cycle, obligation de réaliser au moins un stage chez le praticien, création des SASPAS, possibilité de valider le stage mère-enfant en ambulatoire, intégration des médecins généralistes dans les facultés de médecine. Là aussi, les possibilités d'installation sont nombreuses. Mais, contrairement au monde hospitalier qui peut paraître pour les étudiants rassurant, car devenu leur second lieu de vie, la médecine générale ambulatoire doit redoubler d'efforts si elle veut voir ses jeunes diplômés prendre la relève. Elle doit réfléchir à améliorer ses conditions de travail, en s'adaptant aux souhaits de la nouvelle génération. Elle doit également améliorer la formation des internes pour les préparer en toute sérénité à tous les aspects du métier de médecin généraliste.

Pour une minorité des internes, le choix professionnel est arrêté très tôt, avant même la fin du cursus. Pour la grande majorité ce choix est encore incertain. On peut ainsi penser que ce seront avant tout des opportunités professionnelles qui les pousseront vers tel ou tel mode d'exercice (25).

4.4. Différences générationnelles, vraiment ?

Une des questions suscitées par ce travail sur les conditions de travail souhaitées par les futurs généralistes était : « La fuite de la médecine générale par ses jeunes diplômés serait-elle liée au fait que les conditions de travail qu'ils souhaitent ne correspondent pas à celles de leurs aînés ? »

Les études sur les conditions de travail des remplaçants en médecine générale ou des médecins généralistes libéraux sont peu nombreuses. Certains points ont été particulièrement étudiés par la DREES, l'IRDES, les URML ou les thésards : le temps de travail, le mode d'exercice, l'informatisation des cabinets médicaux. L'environnement de travail et les services dits de proximité ont quant à eux été étudiés par le Ministère de l'Aménagement du Territoire (DATAR) et par l'INSEE. Ces données permettent d'analyser les souhaits de la jeune génération en regard de ce qui existe chez les médecins généralistes installés.

4.4.1. Là où les générations se retrouvent

L'informatisation du cabinet médical : un outil maintenant acquis

L'étude de l'URML Bretagne de 2003 sur les conditions de travail des médecins généralistes montre que 95% des répondants étaient informatisés et qu'ils utilisaient cet outil avant tout pour gérer les dossiers de leurs patients (37). En Alsace, en 2010, seuls 5% des médecins généralistes n'utilisaient pas d'outil informatique, préférant les dossiers papiers. Là aussi, l'utilité principale était la gestion des dossiers (89%) et la télétransmission (91%) (47).

Même si cette génération a dû se former à l'utilisation de ce nouvel outil, l'informatique est devenue incontournable.

Travailler sur un territoire dynamique : un besoin déjà existant

La volonté de travailler dans un environnement pourvu en services de proximité se retrouve aussi chez les médecins généralistes libéraux installés. L'étude de l'INSEE sur les bassins de vie apporte des arguments. La densité des médecins généralistes est maximale dans les bassins de vie autonomes, c'est à dire bien pourvus en équipement et services et cela, même si le bassin de vie est à prédominance rurale (27) (annexe 6).

Concernant les écoles maternelles, elles font plus souvent partie de l'entourage des médecins généralistes de moins de 40 ans, que celui de l'ensemble des médecins. Cela peut signifier que les jeunes médecins privilégient davantage la proximité d'une école

maternelle. Néanmoins, il est également possible que l'ensemble des médecins aient eu cette même exigence au moment de leur installation mais que certaines de ces écoles aient fermée depuis (48).

Le regroupement avec les autres professionnels de santé : un changement déjà commencé

En 2010, la DREES s'est intéressée à la localisation des professionnels de santé libéraux de premier recours et à leurs colocalisations (présence simultanée dans une même zone). Cette étude montre que les services composant fréquemment l'entourage immédiat des généralistes de moins de 40 ans sont des professionnels de santé non-médecins (sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues...) alors qu'il s'agissait d'abord d'autres spécialités pour l'ensemble des médecins généralistes libéraux. Les pharmaciens et les radiologues font aussi partie des 10 professionnels les plus colocalisés avec les jeunes médecins (tableau 38) (48).

Tableau 38 : Indice de colocalisation à 1 et 10 km pour l'ensemble des médecins généralistes et pour les généralistes de moins de 40 ans

	Ensemble des médecins généralistes			Médecins généralistes de moins de 40 ans		
	Rang à 1 km	Équipements	M à 1 km	Rang à 1 km	Équipements	M à 1 km
Colocalisation à 1km	1	Établissements thermaux	1,293	1	Centres de lutte contre le cancer	1,588
	2	Spécialistes en gynécologie médicale	1,252	2	Médecins généralistes de moins de 40 ans	1,464
	3	Spécialistes en pédiatrie	1,251	3	Sages-femmes	1,200
	4	Spécialistes en pneumologie	1,250	4	Orthophonistes	1,200
	5	Spécialistes en gynécologie obstétrique	1,238	5	Masseurs-kinésithérapeutes	1,177
	6	Spécialistes en cardiologie	1,236	6	Spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale	1,165
	7	Spécialistes en gastro-entérologie hépatologie	1,227	7	Pharmacies	1,160
	8	Centres de médecine préventive	1,221	8	Unités de formation et de recherche	1,151
	9	Spécialistes en dermatologie vénéréologie	1,212	9	Pédicures-podologues	1,150
	10	Spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale	1,212	10	Écoles maternelles	1,147
	Rang à 10 km	Équipements	M à 10 km	Rang à 10 km	Équipements	M à 10 km
	1	Centres de lutte contre le cancer	1,343	1	Centres de lutte contre le cancer	1,577
Colocalisation à 10km	2	Unités de formation et de recherche	1,221	2	Établissements de lutte contre l'alcoolisme	1,313
	3	Centres de médecine préventive	1,157	3	Unités de formation et de recherche	1,237
	4	Transfusion sanguine	1,134	4	Médecins généralistes de moins de 40 ans	1,186
	5	Formations santé	1,119	5	Centres de médecine préventive	1,159
	6	Spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale	1,117	6	Spécialistes en radiodiagnostic et imagerie médicale	1,136
	7	Spécialistes en pneumologie	1,116	7	Transfusion sanguine	1,107
	8	Spécialistes en gynécologie médicale	1,112	8	Sages-femmes	1,102
	9	Hospitalisation à domicile	1,105	9	Spécialistes en gynécologie médicale	1,097
	10	Spécialistes en psychiatrie	1,100	10	Spécialistes en pneumologie	1,095

*Sources : INSEE - Base permanente des équipements au 1er janvier 2008 ; IGN - Base du Répertoire Géographique des Communes 2008 ; exploitation DREES.
Champ : France Métropolitaine (hors Corse).*

Lecture : Pour les établissements thermaux, équipement le plus colocalisé avec les médecins généralistes, l'indice de 1,293 signifie qu'il y a 1,293 fois plus d'établissements thermaux parmi les équipements ou services à moins de 1 km des médecins généralistes que sur l'ensemble du territoire.

Les charges administratives : revaloriser le travail de la secrétaire

Les charges administratives correspondent en moyenne à 4h45 du temps de travail hebdomadaire des médecins généralistes installés (34). Cette facette du métier, non négligeable, n'est pas non plus souhaitée par les médecins généralistes (37).

Aucune étude n'existe à notre connaissance sur l'utilisation des formulaires électroniques de l'Assurance Maladie par les médecins généralistes. Mais ces derniers ne pensent pas que les formulaires administratifs puissent être le levier le plus important sur lequel agir (47).

Une des solutions pour augmenter son temps de consultation médicale, serait l'optimisation du travail de la secrétaire. Dans l'enquête de l'URML Bretagne sur les conditions de travail, les médecins généralistes reconnaissent qu'ils effectuaient certaines tâches qu'ils pourraient déléguer à leur secrétaire (figure 16) (37).

Tableau 39 : Principales tâches effectuées par le médecin qui pourraient relever du secrétariat

Tâches	Nb médecins (n = 57)
Classement des dossiers patients	10 (17.5%)
Changement d'adresses, de téléphone des patients	20 (35%)
Courriers de correspondants	24 (42%)
Résultats d'examens de laboratoire	19 (33%)
Dactylographie des courriers	47 (82%)
Comptabilité	36 (63%)
Accueil téléphonique pendant les gardes	56 (98%)

Source : Baromètre/synthèse résultats des conditions de travail, URML Bretagne, 2003

Organisation des consultations, la fin du sans rendez-vous

L'organisation des consultations sur rendez-vous uniquement ou avec des plages de consultations programmées et des plages de consultations non programmées sont les deux modèles les plus fréquents parmi les médecins généralistes, le modèle d'organisation mixte étant majoritaire. Mais les plus jeunes souhaitent davantage maîtriser leur emploi du temps (tableau 40) (47).

Tableau 40 : Organisation de la consultation chez des médecins généralistes installés et souhaits des médecins remplaçants

Type d'organisation de la consultation	Médecins installés	Médecins remplaçants
Exclusivement sans RDV	8%	0
Majoritairement sans RDV	44%	7%
Majoritairement sur RDV	10%	33%
Exclusivement sur RDV	33%	58%
Autres	5%	2%

Source : L.Michel, Optimisation du temps de travail des médecins généralistes, Thèse d'exercice, 2010

La permanence des soins : une des missions du médecin généraliste de 1^{er} recours

La permanence des soins était jusqu'en 2002 une obligation déontologique du médecin généraliste envers sa patientèle. Depuis cette date, celle-ci est organisée par l'Etat avec un financement forfaitaire par l'Assurance Maladie. Elle est maintenant une des missions du médecin généraliste de premier recours, mais reste basée sur le volontariat (49).

Les internes de médecine générale souhaitent autant participer à la permanence des soins ambulatoire que les médecins généralistes. Selon la DREES en 2007, 45 à 78% des médecins généralistes participent à des gardes et 11 à 17% participent à la régulation des urgences (50).

Une carrière évolutive : un des principes de la médecine générale

La DREES a étudié en 2007 l'activité des médecins généralistes à travers un panel dans cinq régions. Le fait d'avoir un exercice diversifié se retrouve aussi chez les médecins généralistes installés (tableau 41) (50).

Tableau 41 : Part des médecins déclarant avoir une activité en dehors du cabinet (%)

Activités en dehors du cabinet	Basse-Normandie	Bourgogne	Bretagne	Pays de la Loire	PACA
Activités à l'hôpital (CH, CHU, hôpital local)	15,0	28,4	17,8	21,3	14,5
Activités dans des établissements pour personnes âgées	38,5	48,4	52,3	48,7	39,9
Médecin coordinateur (EHPAD, MRS)	6,0	12,4	5,0	9,3	7,5
Participation à des gardes	74,9	70,8	78,5	67,9	44,9
Participation à la régulation des urgences	17,5	17,3	11,3	14,7	11,3

Sources • Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports / DREES – Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale.

Le souhait de diversifier son exercice amène les médecins à rechercher de nouvelles formations. Cette même étude de la DREES montrait que 31 à 50% des médecins généralistes avaient acquis un diplôme complémentaire après leur thèse (capacité, diplôme universitaire ou diplôme d'études spécialisées) (50).

Une étude, réalisée par le CREDES sur le déroulement de la carrière libérale des médecins généralistes et l'évolution de leur activité sur 22 ans, entre 1979 et 2011, montre que la carrière se limite de moins en moins au seul exercice libéral. La carrière des médecins généralistes ayant exercé en libéral jusqu'à leur retraite est en moyenne de 31 ans. Sur l'ensemble des généralistes, comprenant ceux cessant leur activité libérale avant la retraite, cette durée moyenne est de 22 ans (51).

4.4.2. Là où il existe encore des différences entre les souhaits et la réalité

Le secrétariat : se regrouper pour partager ?

Selon l'étude de la DREES réalisée en 2007, seulement 48% (PACA) à 73% (Pays de la Loire) des médecins généralistes installés disposaient d'un secrétariat médical (50). Ces résultats se retrouvent également dans l'étude de l'URML Bretagne de 2003 qui avait aussi constaté que les médecins exerçant en groupe disposaient plus souvent d'un secrétariat que ceux exerçant seuls (tableau 42) (37).

Tableau 42 : Le secrétariat chez les médecins généralistes libéraux

Secrétariat	En groupe (n = 56)	Seul (n = 43)	Total* (n = 100)
oui	49	7	56
Fixe au cabinet	45	4	49
Téléphonique	13	4	17
Les deux	9	1	10
non	7	36	43

*L'effectif des répondants est de 100. Les résultats exprimés en nombre ou en pourcentage sont les mêmes.

Source : Baromètre/synthèse résultats des conditions de travail, URML Bretagne, 2003

Les démarches administratives et les frais engendrés sont un des freins à l'emploi d'une secrétaire. Le regroupement des médecins, que ce soit en maison de santé ou en cabinet de groupe, peut être une solution pour répartir ces charges. Les jeunes médecins ont déjà choisi cette solution, puisque la majorité des nouvelles installations en médecine générale sont dans des cabinets de groupes (10).

Lieu de vie et lieu d'exercice, une délimitation moins marquée

Rarement et plutôt chez les médecins les plus âgés, le cabinet est une pièce de l'habitation principale. La majorité des généralistes habitent désormais à distance du lieu d'exercice, mais à une distance kilométrique faible (36). La DREES a étudié en 2007 le temps moyen de déplacement « domicile-cabinet » des médecins généralistes libéraux. Celui-ci varie entre 7 minutes (en Bourgogne) et 12 minutes (en PACA) (50). Ils ont peut-être choisi de ne pas trop s'éloigner pour limiter la fatigue liée au déplacement, se laisser la possibilité de prendre une pause chez soi ou pour être chez soi pendant les temps d'astreinte.

Les internes n'ont pas encore l'expérience suffisante pour appréhender cette organisation liée au monde libéral. Leur temps de trajet, une fois installé dans leur vie professionnelle et familiale se rapprochera peut-être de celui de leurs aînés.

Temps de travail : une réalité plus difficile

Selon trois enquêtes réalisées entre 2004 et 2008, les médecins généralistes libéraux déclaraient travailler globalement entre 52 et 60 heures en moyenne par semaine, dont 33,1 heures dédiées à l'activité de diagnostic et de soins (tableau 43) (34).

Tableau 43 : Estimation des temps de travail hebdomadaires des médecins généralistes par groupe d'activité

Groupes et nature de l'activité	Temps hebdomadaire moyen estimé	Pourcentage
Activité de diagnostic et de soins dans le cadre libéral	33,1 h	61%
Autres activités de diagnostic et de soins <i>Consultations gratuites</i> <i>Activité salariée</i> <i>Astreintes</i> <i>Conseils téléphoniques</i>	10,5 h 32 min 120 min 385 min 90 min	19%
Formation, visiteurs médicaux <i>Formation continue</i> <i>Lecture</i> <i>Réception des représentants de l'Assurance Maladie</i> <i>Réception des visiteurs médicaux</i>	4,6 h 63 min 156 min 2 min 52 min	8%
Autres activités <i>Activités administratives</i> <i>Tenue de l'agenda (prise de RDV)</i> <i>Entretien du cabinet</i>	6,4 h 285 min 84 min 14 min	12%
Ensemble	54,6 h	100%

Source : Le temps de travail des médecins généralistes, IRDES, Juillet 2009

Les enquêtes sur le temps de travail des médecins généralistes prennent en compte les gardes et astreintes or cette précision n'avait pas été notée dans le questionnaire de notre étude. De plus, même si les internes lors de leurs stages chez le praticien se rendent compte que le travail d'un médecin libéral comprend aussi d'autres tâches que le soin, les internes n'ont pas cette charge. Dans notre enquête ils n'ont peut-être pas pris en compte cet aspect du temps de travail pour comptabiliser le temps de travail souhaité. La vision des internes sur leur temps de travail est entendue comme du temps de soins.

Près d'un médecin généraliste sur deux déclarait souhaiter réduire sa durée de travail de 12 heures par semaine en Bourgogne à 14 heures en PACA (50). Ainsi nos aînés souhaiteraient avoir les mêmes temps de travail que nous.

En Alsace en 2010, 27% des médecins installés déclaraient prendre 7 à 9 semaines de congés par an et 57% entre 4 à 6 semaines (47). Dans l'arc alpin en 2011, les jeunes installés déclaraient prendre en moyenne 5,8 semaines de congés par an (44).

Les internes souhaitent prendre plus de semaines de congés que leurs aînés. C'est l'expression d'une génération davantage tournée vers sa vie privée et son épanouissement personnel. D'un autre côté, les contraintes matérielles et morales de l'exercice libéral, ne permettent peut-être pas aux médecins installés de prendre plus de congés par an.

Thèse soutenue par Sophie AUGROS

Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes

Enquête nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011.

5. Conclusion

Un point de vue pragmatique

La médecine générale a toujours été une discipline de diversité et de polyvalence. Restreindre la formation au seul exercice ambulatoire libéral, limiter la durée de remplacement après l'internat, obliger les jeunes diplômés à un exercice en milieu rural ne sont pas des solutions. D'autres pays ont essayé et se sont retrouvés avec un déficit d'étudiants en médecine, accentuant encore plus le problème de la démographie médicale.

Les jeunes diplômés ne fuient pas la médecine générale, mais peut-être qu'ils ne la retrouvent pas dans les propositions d'emploi actuellement offert par l'exercice ambulatoire. La perspective du déficit démographique de 2020 doit être une opportunité pour repenser le mode d'organisation du travail des médecins généralistes.

Cette enquête, en s'appuyant sur les souhaits des internes de médecine générale, a été élaborée pour que notre profession élabore des propositions en prenant en compte le point de vue de ceux qui, demain, seront les médecins généralistes.

Plus qu'un problème de démographie médicale, un problème d'aménagement du territoire ?

Les résultats de l'enquête montrent que les futurs médecins généralistes sont avant tout soucieux d'un environnement de travail confortable pour leur vie professionnelle mais aussi personnelle. Pour améliorer la répartition des médecins sur le territoire il faudra réfléchir à une politique globale de distribution des équipements sanitaires et non sanitaires, car la désaffectation des services dans les campagnes s'accompagnera également d'une désaffectation des médecins.

Des conditions de travail correspondant plus au mode hospitalier ?

Quelque soit le mode d'exercice envisagé, les internes de médecine générale souhaitent exercer dans les mêmes conditions de travail, mais ce sont les internes avec un profil hospitalier qui ont davantage arrêté leur projet professionnel. La médecine générale doit promouvoir son exercice ambulatoire, non seulement avec les stages chez le praticien, mais aussi par une implication plus importante des médecins généralistes au

sein des facultés ou par la création de forums étudiants permettant la rencontre des étudiants avec des médecins généralistes installés, des internes de médecine générale, des remplaçants, etc.

Les limites de la réalité

Aucun résultat ne montre de différences profondes entre ce que souhaitent les futurs généralistes comme conditions de travail et celles dont disposent les médecins généralistes installés. Pourtant, que ce soit par la volonté d'exercer avec un secrétariat, de s'entourer d'un réseau de soins informel, de s'installer sur un territoire dynamique ou de diminuer leur temps de travail, les internes, à travers cette étude, revendiquent des moyens leur permettant un plus grand confort d'exercice. On peut certainement imaginer que les médecins généralistes souhaiteraient eux aussi avoir ce confort d'exercice, mais la réalité matérielle et financière empêcherait cette intention. Il serait intéressant d'étudier la satisfaction des médecins généralistes quant à leurs conditions de travail et ce qu'ils souhaitent modifier.

Et les patients ?

Une étude réalisée par l'IRDES en mars 2011 interrogeait les usagers de médecine générale sur les transformations de l'offre de soins. Les résultats montrent que leurs principales préoccupations portent sur la relation entre le médecin et le patient et sur la coordination des soins. Les caractéristiques du médecin et de la structure dans laquelle il exerce retiennent peu leur attention (52). Les changements de conditions de travail ont donc avant tout des répercussions sur les professionnels. Un médecin épanoui dans son exercice professionnel est un médecin qui pourra d'autant plus s'attacher à épanouir sa relation avec le patient.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le 22/2/2012

LE DOYEN

Pr J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE

Pr J.P. VUILLEZ

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop followed by a vertical stroke and a horizontal stroke.

Bibliographie

1. Bessière S, Breuil-Genier P, Darriné S. Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et par spécialité. Paris : ONDPS; 2004.
2. Berland Y, Burdillat M, Daniel C. Les effectifs et l'activité des professionnels de santé. Paris : ONDPS; 2004.
3. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). Le rapport 2006-2007. Paris: La Documentation française; 2008.
4. Internes : les articles contestés du PLFSS supprimés provisoirement par les députés [Internet]. LeMonde.fr. 17/10/1007 [consulté le 8 décembre 2011]; Disponible sur : http://www.lemonde.fr/societe/article/2007/10/17/internes-les-articles-contestes-du-plfss-supprimes-provisoirement-par-les-deputes_967732_3224.html
5. Les internes en grève pour défendre la liberté d'installation [Internet]. Libération.fr. 05/10/2007 [consulté le 6 décembre 2011]; Disponible sur : <http://www.liberation.fr/societe/010121448-les-internes-en greve-pour-defendre-la-liberte-d-installation>
6. Soufflet-Carpentier M. Une organisation des soins de premiers recours plus attractive pour un service plus efficient et mieux réparti. Paris : DHOS, ONDPS; 2008.
7. Schweyer F-X. Souhaits et aspirations des médecins qui envisagent l'exercice de la médecine générale. Paris : ONDPS; 2008.
8. Bloy G. Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2010.
9. Bloy G. Jeune diplômés de médecine générale : devenir généraliste ... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). Paris : DREES; 2011.
10. Breton-Lerouillois G, Romestaing P. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2011. Paris : CNOM; 2011.
11. CAREPS. Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes de médecine générale de Rhône-Alpes. Lyon : URML Rhône-Alpes; 2005.
12. Chaumartin D, Frappé P. Les aspirations des futurs généralistes stéphanois. Saint-Etienne : AFMGS; 2005.
13. Poppelier A. Exercice de la médecine générale : approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2010. 204 p.
14. Flacher A, Baude N. Exercice médical des futurs médecins généralistes : désirs et attentes des internes [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier (Grenoble); 2007. 85p.

15. Hardy-Dubernet A-C, Gadéa C. De « faire médecine » à « faire de la médecine ». Paris : DREES; 2005.
16. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale Résultats complets. Lyon : ISNAR-IMG; 2011
17. Le Lan R. Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès de 5 000 actifs des établissements de santé. Paris : DREES; 2006.
18. Vanderschelden M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008. Paris : DREES; 2009.
19. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. Paris : DREES; 2010.
20. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010. Paris : DREES; 2011.
21. team TL project. LimeSurvey - the free and open source survey software tool! [Internet]. [consulté le 9 décembre 2011]; Disponible sur : <http://www.limesurvey.org/fr>
22. ISNAR-IMG | InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale [Internet]. [consulté le 11 décembre 2011]; Disponible sur : <http://www.isnar-img.com/>
23. Bourdieu P. Questions de sociologie. Paris: Minuit; 1980.
24. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. Paris : CNOM, Présidence de la République; 2010.
25. Behar S. Influence du stage chez le praticien sur les internes en médecine générale de la faculté de Rennes en 2006. [Thèse d'exercice]. Université de Rennes I; 2007. 170p.
26. BVA. Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel. Paris : CNOM; 2007 .
27. Structuration de l'espace rural: une approche par bassin de vie. Rapport de l'INSEE (avec la participation de IFEN, INRA, SCEES) pour la DATAR. Paris : INSEE; 2003.
28. Julien P. La France en 1916 bassins de vie. Paris : INSEE; 2007.
29. Sarradon-Eck A, Vega A, Faure M, Humert-Gaudart A, Lustman M. Etude qualitative des interactions professionnelles dans les réseaux de soins informels. Laboratoire d'écologie humaine et d'anthropologie, Université Aix-Marseille U3: ANAES, Fondation Fyssen; 2004.
30. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. Paris : DREES; 2004.
31. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Paris : DREES; 2005.

32. Le Goaziou MF. L'équipement du cabinet médical. La revue Exercer. 2003;(67):20-6.
33. Senez B. Qualité des soins : revue à travers la littérature des outils et des critères utilisés en médecine ambulatoire. Paris : ANAES; 1999.
34. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Paris : IRDES; 2009.
35. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2011. Paris : DREES; 2011.
36. Micheau J, Molière E. Activité et emploi du temps des médecins libéraux. DREES; 2010.
37. Bataillon R, Levasseur G, Samzun J-L. Synthèse des résultats « Conditions de travail ». Rennes : URML Bretagne; 2003.
38. ameli.fr - L'avis d'arrêt de travail en ligne [Internet]. [consulté le 27 janvier 2012]; Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-bouches-du-rhone/nos-services/l-8217-avis-d-8217-arret-de-travail-en-ligne_bouches-du-rhone.php
39. Arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.
40. Premier protocole de coopération entre professionnels de santé en France [Internet]. 28/07/2011 [consulté le 27 janvier 2012]; Disponible sur : <http://www.ars.paca.sante.fr/28-07-2011-Premier-protocole.117357.0.html>
41. Constant G. Construction du projet professionnel des internes de médecine générale d'Ile de France. [Thèse d'exercice]. Université René Descartes (Paris 5); 2009. 84p.
42. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue Française des Affaires Sociales. 2005;(1):103-25.
43. Freche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste J-Y, Nabbe P, Barais M, Le Floch B. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? Exercer. 2011;(95):21-4.
44. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale : analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier (Grenoble); 2011. 90p.
45. Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, version consolidée au 01 janvier 2011.
46. Evolution de la formation de l'interne de médecine générale, enquête nationale. Lyon : ISNAR-IMG; 2007.
47. Michel L. Optimisation du temps de travail des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2010. 114p.

48. Barlet M, Collin C. Localisation des professionnels de santé libéraux. Paris : DREES; 2009.
49. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
50. Aulagnier M, Obadia Y, Paraponaris A, Saliba-Serre B, Ventelou B, Verger P. L'exercice de la médecine générale libérale, premiers résultats d'un panel dans cinq régions françaises. Paris : DREES; 2007.
51. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Paris : CREDES; 2004.
52. Pelletier-Fleury N, Kruciena M, Le Vaillant N. Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? Paris : IRDES; 2011.

Tables des illustrations

FIGURE 1 : ELEMENTS SOUHAITES SUR LE LIEU D'EXERCICE EN FONCTION DE L'ANNEE D'ETUDES.....	22
FIGURE 2 : ELEMENTS SOUHAITES SUR LE LIEU D'EXERCICE EN FONCTION DE LA REALISATION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN	23
FIGURE 3 : SERVICES DE PROXIMITE AUTOUR DU LIEU D'EXERCICE EN FONCTION DU SEXE.....	26
FIGURE 4 : STRUCTURES SANITAIRES AUTOUR DU LIEU D'EXERCICE EN FONCTION DU SEXE.....	29
FIGURE 5 : STRUCTURES SANITAIRES AUTOUR DU LIEU D'EXERCICE EN FONCTION DU LIEU D'HABITATION	31
FIGURE 6 : DISTANCE ENTRE LIEU D'HABITATION ET LIEU D'EXERCICE EN FONCTION DU LIEU D'HABITATION DES INTERNES.....	33
FIGURE 7 : ORGANISATION DE LA CONSULTATION EN FONCTION DE L'ANNEE D'ETUDES	38
FIGURE 8 : ORGANISATION DE LA CONSULTATION EN FONCTION DE LA REALISATION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN	39
FIGURE 9 : SOLUTIONS POUR DEGAGER DU TEMPS DE CONSULTATION MEDICALE EN FONCTION DE L'ACTIVITE DE REMPLACEMENT	41
FIGURE 10 : REPARTITION DES INTERNES QUI ONT UN PROJET PROFESSIONNEL EN FONCTION DE L'ANNEE D'ETUDES (EFFECTIF)	44
FIGURE 11 : STATUT SOUHAITE APRES L'INTERNAT EN FONCTION DE L'ANNEE D'ETUDES.....	47
FIGURE 12 : STATUT SOUHAITE APRES L'INTERNAT EN FONCTION DE LA REALISATION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN	48
FIGURE 13 : STATUT SOUHAITE APRES L'INTERNAT EN FONCTION DU LIEU D'HABITATION	49
FIGURE 14 : REPARTITION DE L'ENSEMBLE DES CONSULTATIONS ET VISITES CONCERNEES PAR CHAQUE TYPE D'ACTE PRESCRIT OU DECISION D'ORIENTATION	59
TABLEAU 1 : TAUX DE REPONSE	18
TABLEAU 2 : DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON	19
TABLEAU 3 : PROPORTION DE FEMMES AUX ECN ET PARMI LES REpondANTS.....	20
TABLEAU 4 : ELEMENTS SOUHAITES SUR LE LIEU D'EXERCICE.....	21
TABLEAU 5 : ELEMENTS SOUHAITES SUR LE LIEU D'EXERCICE EN FONCTION DU SEXE (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS).....	21
TABLEAU 6 : ELEMENTS SOUHAITES SUR LE LIEU D'EXERCICE EN FONCTION DE L'ACTIVITE DE REPLACEMENT (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS)	24
TABLEAU 7 : ELEMENTS SOUHAITES SUR LE LIEU D'EXERCICE EN FONCTION DU LIEU D'HABITATION (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS)	24
TABLEAU 8 : PRESENCE D'UN SYSTEME INFORMATISE DE GESTION DES DOSSIERS.....	25
TABLEAU 9 : SERVICES DE PROXIMITE AUTOUR DU LIEU D'EXERCICE	26
TABLEAU 10 : SERVICES DE PROXIMITE EN FONCTION DE LA REALISATION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS)	27
TABLEAU 11 : STRUCTURES SANITAIRES A PROXIMITE DU LIEU D'EXERCICE	28
TABLEAU 12 : DISTANCE ENTRE LIEU D'HABITATION ET LIEU D'EXERCICE	32
TABLEAU 13 : NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL SOUHAITE PAR JOUR EN FONCTION DU SEXE	34
TABLEAU 14 : NOMBRE DE DEMI-JOURNEES DE TRAVAIL PAR SEMAINE SOUHAITE EN FONCTION DU SEXE	34
TABLEAU 15 : NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE SOUHAITE EN FONCTION DU SEXE.....	34
TABLEAU 16 : NOMBRE DE DEMI-JOURNEES DE TRAVAIL PAR SEMAINE SOUHAITE EN FONCTION DE L'ANNEE D'ETUDES.....	35

TABLEAU 17 : NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE SOUHAITE EN FONCTION DE L'ANNEE D'ETUDES.....	35
TABLEAU 18 : NOMBRE DE DEMI-JOURNEES DE TRAVAIL SOUHAITE EN FONCTION DE LA REALISATION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN	36
TABLEAU 19 : NOMBRE D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE SOUHAITE EN FONCTION DE LA REALISATION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN	36
TABLEAU 20 : NOMBRE DE DEMI-JOURNEES DE TRAVAIL PAR SEMAINE SOUHAITE EN FONCTION DU LIEU D'HABITATION.....	37
TABLEAU 21 : NOMBRE DE SEMAINES DE CONGES PAR AN SOUHAITE EN FONCTION DU SEXE	37
TABLEAU 22 : ORGANISATION DES CONSULTATIONS.....	38
TABLEAU 23 : SOLUTIONS POUR AUGMENTER LE TEMPS DE CONSULTATION MEDICALE.....	40
TABLEAU 24 : SOLUTIONS POUR DEGAGER DU TEMPS DE CONSULTATION MEDICALE EN FONCTION DU SEXE (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS).....	40
TABLEAU 25 : REALISATION DE GARDE AMBULATOIRE UNE FOIS EN EXERCICE.....	42
TABLEAU 26 : PARTICIPATION A LA REGULATION TELEPHONIQUE DE PERMANENCE DE SOINS.....	43
TABLEAU 27 : PROJET PROFESSIONNEL (POSTE HOSPITALIER OU PROJET D'INSTALLATION)	44
TABLEAU 28 : STATUT SOUHAITE APRES L'INTERNAT.....	46
TABLEAU 29 : STATUT SOUHAITE APRES L'INTERNAT EN FONCTION DU SEXE (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS).....	46
TABLEAU 30 : STATUT SOUHAITE APRES L'INTERNAT EN FONCTION DE L'ACTIVITE DE REMPLACEMENT (POURCENTAGES SUR LES REpondANTS)	48
TABLEAU 31 : SOUHAITS D'UN EXERCICE DIVERSIFIE OU D'UN CHANGEMENT D'ORIENTATION AU COURS DE LA CARRIERE.....	50
TABLEAU 32 : DESCRIPTION DES SOUS-GROUPES : HOSPITALIER, AMBULATOIRE ET REMPLAÇANT (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS)	52
TABLEAU 33 : AU SEIN DU LIEU D'EXERCICE, PRINCIPAUX RESULTATS EN FONCTION DES SOUS-GROUPES (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS)	53
TABLEAU 34 : AUTOUR DU LIEU D'EXERCICE, PRINCIPAUX RESULTATS EN FONCTION DES SOUS-GROUPES (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS)	53
TABLEAU 35 : GESTION DE L'EMPLOI DU TEMPS, PRINCIPAUX RESULTATS EN FONCTION DES SOUS GROUPES (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS)	54
TABLEAU 36 : PERMANENCE DES SOINS, PRINCIPAUX RESULTATS EN FONCTION DES SOUS GROUPES (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS)	54
TABLEAU 37 : ÉVOLUTION DE CARRIERE, PRINCIPAUX RESULTATS EN FONCTION DES SOUS-GROUPES (POURCENTAGE SUR LES REpondANTS)	54
TABLEAU 38 : INDICE DE COLOCALISATION A 1 ET 10 KM POUR L'ENSEMBLE DES MEDECINS GENERALISTES ET POUR LES GENERALISTES DE MOINS DE 40 ANS	71
TABLEAU 39 : PRINCIPALES TACHES EFFECTUEES PAR LE MEDECIN QUI POURRAIENT RELEVER DU SECRETARIAT	72
TABLEAU 40 : ORGANISATION DE LA CONSULTATION CHEZ DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLES ET SOUHAITS DES MEDECINS REMPLAÇANTS.....	72
TABLEAU 41 : PART DES MEDECINS DECLARANT AVOIR UNE ACTIVITE EN DEHORS DU CABINET (%).....	73
TABLEAU 42 : LE SECRETARIAT CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX.....	74
TABLEAU 43 : ESTIMATION DES TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRES DES MEDECINS GENERALISTES PAR GROUPE D'ACTIVITE	75

Annexe 1 : Questionnaire

Les questions marquées d'une étoile (*) ont été exploitées pour cette thèse.

Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale

Actuellement, les débats sur l'exercice des futurs généralistes sont au cœur des préoccupations de nos politiques. Mais ces futurs généralistes, c'est vous, et vous avez donc votre avis à donner.

En répondant à cette enquête, c'est votre opinion qui peut s'exprimer. Sur différents thèmes, nous avons besoin de connaître les souhaits des internes (mode d'exercice, lieu d'exercice, rémunérations, aides à l'exercice, etc...).

C'est votre vision de l'exercice médical que nous défendrons. Votre participation est à ce titre primordiale.

NB : Cette enquête dure moins de 10 minutes et si des questions ou des items de réponses ne sont pas clairs, une aide contextuelle vous sera proposée.

Il y a 45 questions dans ce questionnaire

Etude de représentativité

1 Ville facultaire d'internat *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes :*

Amiens	Angers	Antilles – Guyane	Besançon	Bordeaux
Brest	Caen	Clermont – Ferrand	Dijon	Grenoble
Lille	Limoges	Lyon	Marseille	Montpellier
Nancy	Nantes	Nice	Paris	Poitiers
Reims	Rennes	Réunion	Rouen	Saint-Etienne
Strasbourg	Toulouse	Tours		

2 Age *

Veillez écrire votre réponse ici:

3 Sexe *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Féminin Masculin

4 Nombre de semestres validés *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

0 1 2 3 4 5 6

5 Semestre chez le praticien validé *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

6 Ville d'externat

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:

Amiens	Angers	Antilles – Guyane	Besançon	Bordeaux
Brest	Caen	Clermont – Ferrand	Dijon	Grenoble
Lille	Limoges	Lyon	Marseille	Montpellier
Nancy	Nantes	Nice	Paris	Poitiers
Reims	Rennes	Réunion	Rouen	Saint-Etienne
Strasbourg	Toulouse	Tours		

Autre (texte libre)

7 Semestre chez le praticien niveau 2 (SASPAS) validé *

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:

Oui Non

8 Activité de remplaçant *

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:

Oui Non

9 Lieu d'habitation *

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:

rural semi-rural urbain

10 Choix de la médecine générale aux ECN *

Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes: (bulle info)

choix positif par défaut

Lieu et environnement d'exercice

11 Quels éléments doivent absolument être présents dans la structure où vous exercerez ? *

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent:

Secrétariat

Salle de repos (café, cuisine, etc.)

Crèche ou garderie

Salle de réunion

Point d'information pour les patients

Salle de kinésithérapie

Salle de petite chirurgie (salle adaptée à la réalisation de plâtre, de sutures)

Salle de petites urgences (salle équipée d'un scope, d'oxygène)

Appareil de radiologie (pour la réalisation de radiographies simples)

Autres:

12 Avez-vous envie de faire des investissements mobiliers ou immobiliers dans votre futur lieu d'exercice ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

Si la réponse était Oui :

13 Lesquels ?

*Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent:*

Les locaux

Le matériel médical

Les frais de fonctionnement (secrétariat, etc...)

14 Souhaitez-vous exercer dans votre région d'internat ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

15 Dans quel périmètre maximal pourrait se situer votre lieu d'exercice par rapport à votre lieu d'habitation ? (Définition choisie en temps de trajet aller) *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Moins de 15 minutes

Entre 15 et 30 minutes

Entre 30 et 45 minutes

Entre 45 et 60 minutes

Entre 60 et 90 minutes

Supérieur à 90 minutes

16 Accepteriez-vous de travailler dans des lieux différents sur une même semaine ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes: (bulle info)*

Oui Non

17 Quels services dits de proximité estimez-vous indispensables à proximité de votre lieu d'exercice (Distance maximale correspond à 30 min de trajet) ? *

*Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent:*

Bureau de poste

Ecole

Police ou gendarmerie

Pompiers

Petite épicerie

Station service

Banque

Aucune

18 Quelles structures sanitaires vous semblent indispensables près de votre lieu d'exercice ? (Distance maximale correspond à 30 min de trajet) *

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent:

Centre hospitalier universitaire

Centre hospitalier général

Hôpital local

Cabinet de radiologie (avec échographe)

Scanner

Laboratoire d'analyses médicales

Maison de retraite

Pharmacie

Paramédicaux libéraux (IDE, Kinésithérapeute, Orthophoniste, etc)

Aucune

19 Quelles types de mesures vous inciteraient à vous installer en zone déficitaire ?

Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent: (bulle info)

Aucune mesure, car je ne veux pas m'installer en zone déficitaire

Augmentation de la rémunération

Contrat d'engagement de service public (bourse donnée tout au long des études médicales en échange d'une installation en zone déficitaire)

Avantages fiscaux (diminution des charges à payer à l'Etat et/ou aux collectivités territoriales)

Remboursement des frais de transport (entre votre domicile et votre lieu d'exercice)

Ecole, crèche, garderie a proximité du lieu d'exercice

Aide (financière et logistique) à la création d'une maison de santé ou d'un cabinet de groupe

Etre salarié

Disposer d'un statut équivalent à celui des praticiens hospitaliers (salaire, congés, retraite, carrière, etc...)

Temps de travail et rémunération

20 Jusqu'à combien d'heures par jour souhaitez-vous travailler ? (Chiffre min 1h max 15h) *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici:

21 Jusqu'à combien de demi-journées par semaine êtes-vous prêt à travailler (hors temps de formation) ? (entre 1 et 14) *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici:

22 Combien de semaines de congés aimeriez-vous prendre par an ? (Chiffre entre 0 et 51) *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici:

23 Accepteriez-vous de vous organiser avec les professionnels de votre zone géographique pour aménager votre temps de travail (par exemple vos plages horaires de consultation ou vos dates de congés) en fonction des nécessités de la population de votre secteur, ou des épidémies, etc. ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

24 Si les modalités de rémunérations évoluaient, comment aimeriez-vous être rémunéré ? (NB : petite introduction de définition des différents modes de rémunération à l'étude : forfait, capitation, performance avant questionnaire)

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes: (bulle info)*

Paiement à l'acte seul

Paiement à l'acte combiné à d'autres formes de rémunération (forfait, capitation, performance)

Salariat

25 Parmi les nouveaux modes de rémunérations lequel privilégieriez-vous ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes: (bulle info)*

Forfait

Capitation

Performance

26 Si vous travaillez en groupe hors hôpital (Maison de Santé Pluridisciplinaire, cabinet de groupe, réseau, ...) souhaiteriez-vous que la gestion administrative de la structure, y compris de la comptabilité et votre rémunération, soit déléguée à une tierce personne ou un organisme spécifique ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

27 Pour quelles activités de médecine ambulatoire estimez-vous que devrait être créés une rémunération spécifique ?

*Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent:*

Coordination des patients atteint de pathologie chronique

Gestion administrative

Prévention primaire et secondaire

Mission de service public (actions de santé publique, par exemple une campagne de vaccination)

Continuité des soins

Consultations téléphoniques

Aucun

Autre: (texte libre)

Concernant votre exercice en lui-même

28 Avez-vous déjà un projet d'installation ou un poste ? *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

29 Pensez-vous que vous aurez un exercice diversifié (EHPAD, HAD, PMI, etc) ou un changement d'orientation au cours de votre carrière ? *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

30 Sous quel statut aimeriez-vous exercer à la fin de votre internat ? *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes: (bulle info)*

Salarié en ambulatoire

Remplaçant

Collaborateur libéral (exercice de plein droit en échange du versement d'un loyer au médecin installé)

Installé

Praticien hospitalier / Assistant

31 Pour dégager du temps de « consultation médicale », quelles solutions adopteriez-vous ? *

*Choisissez **toutes** les réponses qui conviennent : (bulle info)*

Auxiliaires médicaux (aide au déshabillage des enfants, prise des constantes, dictée des ordonnances, etc)

Utilisation de formulaires administratifs électroniques (arrêt de travail, certificat médical initial descriptif, protocole de renouvellement ALD pré-rempli, etc)

Personnel administratif (carte vitale, formulaires administratifs, règlement de la consultation)

Consultation en 3 temps, associant la participation auxiliaires médicaux, du médecin et de personnel administratif

Travailler dans le cadre de coopérations inter-professionnelles, et ainsi déléguer certaines tâches compétences choisies à d'autres professionnels de santé

Aucunes de celles présentées

32 Pour le renouvellement des ordonnances de patient atteint de pathologie chronique, souhaiteriez-vous que les consultations puissent se faire en alternance avec un professionnel paramédical dans le cadre d'un protocole de coopération établi ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

33 Comment souhaitez-vous organiser vos consultations ? *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Sur rendez-vous uniquement

Uniquement en consultations non programmées

Des plages de consultations programmées et non programmées

Permanence des soins ambulatoires

34 Pensez-vous que la réalisation de gardes en ambulatoire fait partie du métier de médecin généraliste ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

35 Effectuerez-vous des gardes en ambulatoire une fois en exercice ? *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

Si la réponse était Oui :

36 Y compris des gardes non régulées ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes: (bulle info)*

Oui Non

37 Comptez-vous participer à la régulation téléphonique des gardes (au SAMU, en régulation libérale, etc.) ? *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

Formation

38 Souhaiteriez-vous être plus tard maître de stage ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

39 Avez-vous envisagé une carrière universitaire au sein de la filière universitaire de médecine générale ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

40 Si oui, jusqu'à quel niveau aimeriez-vous vous y impliquer ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Chef de clinique

Maître de conférence

Professeur

Systemes d'information

41 Souhaitez-vous travailler sur un système informatisé de gestion des dossiers, des prescriptions, etc ? *

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

42 Pensez-vous utile d'être connecté par réseau informatique entre votre bureau et l'hôpital le plus proche (dossier de pré-admission, courrier de sortie, annuaire de spécialistes) ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

Organisation des soins

43 Pensez-vous bien connaître les aides à l'installation et/ou à l'exercice qui existent dans votre région ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

44 Souhaiteriez-vous vous investir dans des réunions de concertation sur les problématiques d'offre de soins ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

45 Souhaiteriez-vous que vos patients aient la possibilité de consulter indifféremment n'importe quel médecin généraliste de la structure où vous exercerez ?

*Veillez sélectionner **une seule** des propositions suivantes:*

Oui Non

Soumettre votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 2 : Aides Contextuelles (bulle « info » du questionnaire)

- *Question 10 : Choix de la médecine générale aux ECN*

Choix positif : vous avez depuis longtemps faire médecine générale et le classement aux ECN vous a conforté dans cette hypothèse

Par défaut : votre classement ECN ne vous a pas permis de faire le 1^{er} choix de spécialité que vous désiriez faire et vous avez choisi la médecine générale

- *Question 16 : Accepteriez vous de travailler dans des lieux différents sur une même semaine ?*

Par exemple, du lundi au mercredi dans votre cabinet dans votre ville, le jeudi dans une autre ville et le vendredi dans la maison de retraite de votre ville

- *Question 19 : Dans le cadre de quelle(s) mesure(s) seriez-vous prêts à vous installer en zone déficitaire ?*

Contrat d'engagement de service publique (CESP) : contrat accessible dès la P1 et tout au long de notre cursus, donnant droit à une allocation mensuelle jusqu'à la fin de nos études, versé en sus des émoluments habituels. En contrepartie, l'étudiant s'engage à exercer dans le secteur proposé pendant une durée équivalente à celle pendant laquelle il a bénéficié de l'allocation. Un minimum de deux ans est cependant obligatoire, même si le contrat a été signé en dernière année d'internat. L'exercice dans le cadre du CESP prend place dans un secteur défini. Ce dernier est caractérisé par une offre de soins insuffisante ou une continuité de l'accès aux soins menacée.

- *Question 24 : Si les modalités de rémunérations évoluaient, comment aimeriez-vous être rémunéré ? et Question 25 : Parmi les nouveaux modes de rémunérations lequel privilégieriez-vous ? (même encart pour les 2 questions)*

Capitation : Il s'agit d'un forfait annuel dont la tarification varie selon divers critères (type de pathologies, âge du patient, lieu d'exercice, etc.). La rémunération reste la même quel que soit le nombre de consultations, et il est possible d'y associer des forfaits complémentaires en fonction de certaines missions de santé publique et de prévention.

Performance : Cela consiste en des incitations et apports financiers complémentaires selon des objectifs à atteindre (principalement économique en France, mais aussi clinique, biologique etc...). L'intéressement peut être à la maîtrise des dépenses ou à des objectifs sanitaires.

Forfait : La capitation est un type de forfait, mais on pourrait aussi imaginer que serait alloué une somme pour laquelle le médecin aurait pour objectif de remplir une mission indépendamment du patient (par exemple un forfait de prévention de la rougeole par une campagne de vaccination de la population dont il a la charge), et qui peut être une rémunération ponctuelle (et pas forcément annuelle comme la capitation).

- *Question 30 : Sous quel statut aimeriez-vous exercer ?*

Salarié en ambulatoire : L'exemple le plus évident pour illustrer ce statut est celui des médecins travaillant dans les centres de santé. Ils ont des plages de consultation sur 35h dans la semaine, les patients payent les consultations au centre de santé, et les médecins reçoivent un salaire du centre de santé. Les charges liés à la structure et aux employés sont payés directement par le centre de santé.

Remplaçant : Vous remplacez un médecin installé, les ordonnances sont au nom du médecin que vous remplacez, les consultations sont payées à ce médecin. Votre rémunération vient d'une rétribution que vous donne le médecin que vous avez remplacé, correspondant le plus souvent à un pourcentage du montant global des consultations que vous avez faites.

Collaborateur libéral : Statut à mi chemin entre remplacement et installation, le médecin collaborateur exerce son activité en toute indépendance, il a le droit de constituer une patientèle personnelle, il perçoit les honoraires des consultations, mais il doit verser une redevance au médecin titulaire du cabinet.

Installé : C'est le type de statut qu'on connaît le mieux, car la majorité des médecins libéraux sont dans ce cas.

Praticien hospitalier/assistant : Ce sont des agents de la fonction publique, ils perçoivent une rémunération donnée par l'établissement dans lequel ils exercent et ont le droit aux avantages que donnent la fonction publique (prévoyance, couverture sociale, ...).

- *Question 31 : Pour dégager du temps de « consultation médicale », quelles solutions adopteriez-vous ? et Question 32 : Pour le renouvellement des ordonnances de patient atteint de pathologie chronique, souhaiteriez-vous que les consultations puissent se faire en alternance avec un professionnel paramédical dans le cadre d'un protocole de coopération établi ? (même encart pour les 2 questions)*

Coopérations interprofessionnelles : Ce nouveau système de prise en charge des patients est permis par la loi HPST, promulguée en juillet 2009. Le dispositif de coopération permet aux professionnels de santé d'opérer entre eux des transferts d'activités et d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'interventions auprès des patients. Cette délégation de tâche ne peut se faire que via un protocole défini entre les professionnels concernés et le patient concerné. De plus ces protocoles doivent être soumis à l'approbation de l'Agence régionale de Santé.

- *Question 36 : Y compris des gardes non régulées ?*

Lors d'une garde de permanence des soins ambulatoire régulée, les appels des patients sont « filtrés » soit par le centre 15, soit par un centre de régulation privée (exemple une maison médicale de garde). Dans le cas de gardes non régulées, le patient peut joindre directement le médecin de garde.

Annexe 3 : Courriers de relance



Sophie AUGROS,
Vice Présidente

**Aux Présidentes et Présidents
Des Structures Locales
Adhérentes à l'ISNAR-IMG**

Objet :

Enquête / souhaits d'exercice : relance

Lyon, le 7 octobre 2010

Chers Administrateurs, Chers Amis,

Au 6 octobre 2010, 873 internes ont répondu entièrement au questionnaire de l'enquête sur les souhaits d'exercice. Si ce nombre peut paraître important, il ne représente que 16% de nos adhérents.

Nous pouvons encore faire mieux, car plus nous aurons de réponses, plus nos propositions auront un poids important auprès de nos interlocuteurs locaux et nationaux.

La rentrée peut être le moment de faire une annonce lors de vos choix de stage ou de rappeler dans un des mails, que les internes lisent volontiers à ces moments cruciaux, de participer à cette enquête en ligne qui ne prend que quelques minutes.

Vous trouverez ci-dessous un modèle de mail qu'une structure locale a envoyé à ses adhérents. Ce n'est qu'un exemple et nous le mettons à votre disposition pour vous aider dans cette période où le temps vous manque. Cette mutualisation des moyens fait la force de notre structure. Alors n'hésitez pas à en profiter !

Ce n'est qu'avec votre soutien que cette enquête pourra obtenir le taux de participation le plus important des sondages de l'ISNAR-IMG.

Amicalement,

Pour le Bureau de l'ISNAR-IMG,

Sophie AUGROS,
Vice Présidente

286, rue Vendôme 69003 LYON

Tél. 04 78 60 01 47 / 06 73 07 53 00 - Fax : 04 78 60 27 14

administration@isnar-img.com - www.isnar-img.com

Siret 424 972 305 00025 - Code APE 912Z

Union de syndicats professionnels (livre IV du Code du Travail) et d'associations (loi 1901).

Déclarée représentative des résidents en médecine générale par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - 1999

Membre de la FAGE - 2001 - Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux - 2003



Exemple de mail

« Bonjour à tous,

L'ISNAR-IMG, l'intersyndicale représentative des internes de médecine générale à laquelle adhère **[nom de la structure locale]**, a mis en évidence un manque crucial de données concrètes et chiffrées à opposer aux politiciens et administratifs sur les souhaits d'exercice des internes.

Les installations des jeunes médecins de plus en plus rares et tardives, ainsi que la situation socio-économique actuelle, font que nous ne sommes pas à l'abri de mesures politiques coercitives visant à cadrer l'installation des jeunes praticiens. Il est essentiel pour nous tous de leur proposer des alternatives tenant compte de vos souhaits.

La mise en place d'un questionnaire en ligne a pour vocation de recueillir ces attentes.

Ce questionnaire est accessible en ligne sur le site de l'ISNAR-IMG. Comme pour toutes les enquêtes, sa force résidera sur le nombre de personnes qui y répondront. Nous attendons donc les réponses d'un maximum d'internes, car plus le taux de participation sera important, plus nos arguments auront du poids.

Les résultats auront un double intérêt. À l'échelle nationale d'abord où cela représentera une aide importante dans notre discours auprès des institutionnels. Mais surtout au niveau régional, car nous pourrons nous appuyer sur des données concrètes pour débattre au sein de l'Agence Régionale de Santé de **[région dont vous dépendez]**, lorsque seront discutées les politiques de régulation de l'offre des soins.

Cette enquête de grande ampleur, et d'une durée inférieure à 10 minutes, est accessible via le lien suivant :

<http://www.isnar-img.com/enquete/souhait-exercie-img.html>

Merci d'avance pour votre participation qui, nous l'espérons, reflétera l'engagement des internes **[de votre région]**. »

286, rue Vendôme 69003 LYON

Tél. 04 78 60 01 47 / 06 73 07 53 00 - Fax : 04 78 60 27 14

administration@isnar-img.com - www.isnar-img.com

Siret 424 972 305 00025 - Code APE 912Z

Union de syndicats professionnels (livre IV du Code du Travail) et d'associations (loi 1901).

Déclarée représentative des résidents en médecine générale par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - 1999
Membre de la FAGE - 2001 - Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux - 2003

2/2



Sophie AUGROS,
Vice Présidente

SYREL-IMG
286 rue Vendôme
69003 LYON

Objet :

Enquête / souhaits d'organisation des soins - Relance

Lyon, le 3 décembre 2010

Chers Administrateurs, Chers Amis,

L'enquête sur les souhaits d'organisation des soins lancée le 2 juillet 2010 va bientôt être clôturée (le 31 décembre 2010). Nous avons déjà un taux de participation national correct (1480 réponses complètes soit 26,6% des adhérents au 28 novembre 2010), mais qui pourrait être encore amélioré et donc vraiment refléter les souhaits d'exercice du maximum d'internes.

De plus, au niveau local, si vous parvenez, vous aussi, à obtenir un grand nombre d'internes répondant, cela sera significatif et donc très utile pour discuter des résultats avec vos interlocuteurs régionaux sur les problématiques touchant les futurs professionnels de soins que vous représentez. Plus le nombre d'internes de votre subdivision qui auront répondu à ce questionnaire sera important, plus vos arguments seront forts et votre discours crédible.

Au 28 novembre 2010, **64 internes lyonnais** ont répondu à l'enquête, cela représente un faible pourcentage d'internes de votre subdivision. Je sais qu'il est peut être parfois difficile de mobiliser les internes de votre région, mais une relance auprès de vos adhérents permettra peut-être d'en motiver quelques uns, en particulier les 1^{ers} semestres.

Comme je vous l'avais dit au Conseil d'Administration de Saint-Étienne, l'ISNAR-IMG vous fournira tous les résultats région par région, y compris si vous avez des demandes d'analyses par nombres de semestres validés, ou pour une autre requête.

Si votre structure locale a besoin d'outils spécifiques pour faire la promotion de cette enquête auprès de vos adhérents, le Bureau National de l'ISNAR-IMG essaiera de vous aider au mieux. De même si vous avez besoin de connaître le nombre d'internes qui ont répondu après votre relance, je pourrais vous répondre très rapidement, alors n'hésitez pas à me solliciter.

Amicalement,

Pour le Bureau de l'ISNAR-IMG,

Sophie AUGROS,
Vice Présidente

286, rue Vendôme 69003 LYON
Tél. 04 78 60 01 47 / 06 73 07 53 00 - Fax : 04 78 60 27 14
administration@isnar-img.com - www.isnar-img.com

Siret 424 972 305 00025 - Code APE 912Z
Union de syndicats professionnels (livre IV du Code du Travail) et d'associations (loi 1901).
Déclarée représentative des résidents en médecine générale par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - 1999
Membre de la FAGE - 2001 - Membre du Conseil Supérieur des Hôpitaux - 2003

Annexe 4 : Data management

Validation des questionnaires

Tableau brut des résultats nationaux : 2445 questionnaires

- suppression de 51 questionnaires car complètement vide (aucune réponse) : n°3/14/33/47/77/180/212/298/387/423/492/496/602/661/673/694/757/782/801/827/863/868/894/914/940/947/949/955/962/967/978/983/1082/1169/1174/1124/1453/1510/1515/1531/1683/1715/1782/1949/2125/2215/2274/1348/2402/2424.
- suppression des doublons de questionnaires avec sélection des doublons par concordance des lignes avec les données {date enregistrement/sexe/ville externat/sexe/nombre de semestre validé} puis vérification des autres données si identiques, soit 22 questionnaires :
 - n°65, non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°69
 - n°66, complété mais strictement identique au n°82 y compris dans le texte libre
 - n° 170, non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°175
 - n°254, non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°277
 - n°362, non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°371
 - n°474, non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°481
 - n°585, non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°587
 - n°721, non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°515
 - n°838, non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°841
 - n°864 identique au n°865
 - n°887 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°886
 - n°1019 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°1023
 - n°1416 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°1421
 - n°1456 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n° 1457
 - n°1466 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n° 1467
 - n°1538 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n° 1539

- n°1840 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n° 1844
- n°2104 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°2106
- n°2146 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n° 2148
- n°2286 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n° 2287
- n°2381 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n°2377
- n°2393 non complété et doublon sur toutes les questions remplies avec questionnaire n° 2394

- suppression de 6 questionnaires où le profil sociodémographique non complet : n°143, 1039, 1075, 1352, 1431 et 1953

Au total 79 questionnaires supprimés

Vérifications des données

- vérification de la donnée « stage niveau 2 validée », seuls les internes en dernière année et ayant validé leur stage praticien peuvent accéder au stage de niveau 2 (avoir validé au moins 5 semestres dont le semestre de SASPAS) : correction dans le sens de stage niveau 2 non validé si conditions non remplies : 17 questionnaires modifiés
- vérification de la donnée « remplacement », seuls les internes ayant validé 3 semestres et leur stage praticien niveau 1 peuvent remplacer : correction dans le sens ne remplace pas si conditions non validés : 1 questionnaire modifié
- vérification de la donnée « stage niveau 1 validé » : avoir validé au moins 1 semestre ; correction dans le sens stage niveau 1 non validé si condition non remplie : aucun question modifié
- corrections des données chiffrées aberrantes (âge, nombre d'heures de travail, nombre de demi-journée par semaine) :
 - item « âge » 2 questionnaires avec « 3 ans », correction au profit de la moyenne d'âge à nombre de semestre équivalent
 - item « nombre d'heure par jour » : réponse « 0 », correction au profit de N/A
 - item « nombre de demi-journées par semaine » : réponse « 0 » correction au profit de N/A

Création de nouveaux items

- question 1.1 : création d'un item « ville d'internat/densité médicale » avec densité inférieure à 141/100000 « 2 », densité médicale supérieure à 141/100000 « 1 » (moyenne de la densité médicale pour les médecins généralistes en France au 1^{er} janvier 2010, source CNOM)
- question 11 : création d'un item « aucun » pour les réponses « autre » où indiqué une notion de « aucun » et si items 11.1 à 11.9 réponses « Non »
- question 14 : nouvelle hiérarchisation des temps de trajets : rassemblement des items « entre 60 et 90 minutes » et « supérieur à 90 minutes » sous item « supérieur à 60 minutes »
- question 21 et 22 : création d'un nouvel item 21.2 « Nombre d'heures par semaine » par calcul = nombre d'heures par jour divisé par 2 multiplié par nombre de demi-journée par semaine, rapporté en chiffre entier
- question 17 : création d'un item (Hôpitaux) : réponse « Oui » si au moins 1 « Oui » dans les items 17.1 et/ou 17.2

Annexe 5 : Répartition des répondants selon leur ville d'internat

Ville d'internat où la densité médicale de la région est inférieure à 141 médecins généralistes pour 100000 habitants (15 villes) ^a	1211	51,2%
Amiens	78	3,3%
Angers	122	5,2%
Antilles-Guyane	2	0,1%
Brest	16	0,7%
Caen	146	6,2%
Clermont-Ferrand	132	5,6%
Dijon	1	0,04%
Nancy	21	0,9%
Nantes	188	7,9%
Poitiers	59	2,5%
Reims	64	2,7%
Rennes	126	5,3%
Réunion	1	0,04
Rouen	99	4,2%
Tours	100	4,2%
Ville d'internat où la densité médicale de la région est supérieure à 141 médecins généralistes pour 100000 habitants (13 villes)	1155	48,8%
Besançon	61	2,6%
Bordeaux	117	4,9%
Grenoble	191	8,1%
Lille	149	6,3%
Limoges	6	0,3%
Lyon	125	5,3%
Marseille	7	0,3%
Montpellier	0	0
Nice	104	4,4%
Paris	69	2,9%
Saint-Etienne	109	4,6%
Strasbourg	73	3,1%
Toulouse	200	8,5%

^a Source : CNOM, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2011, p126

Annexe 6 : Rapport INSEE (avec la participation de l'IFEN, l'INRA et SCEES) pour la DATAR, juillet 2003 (synthèse)

Zonage en Aires Urbaines et aires d'emploi de l'Espace Rural

Encadré 1

DÉFINITION SIMPLIFIÉE DU ZONAGE EN AIRES URBAINES ET EN AIRES D'EMPLOI DE L'ESPACE RURAL (ZAUER)

Espace à dominante urbaine (ZAU)

- Aires urbaines

- Pôles urbains (354 pôles représentant 3 100 communes en 1999) : un pôle urbain est une unité urbaine offrant au moins 5 000 emplois et qui n'est pas située dans la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain. L'unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes qui comporte sur son territoire une zone bâtie d'au moins 2 000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres. En outre, chaque commune concernée possède plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie.

- Couronnes périurbaines (10 808 communes) : une couronne périurbaine recouvre l'ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain. 40 % des actifs résidents travaillent hors de la commune (ou de l'unité urbaine) mais dans l'aire urbaine.

- Communes multipolarisées (4 122 communes) : communes (ou unités urbaines) dont 40 % ou plus des

actifs résidents travaillent dans plusieurs aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles.

Espace à dominante rurale

- Aires d'emploi de l'espace rural

- Pôles d'emploi de l'espace rural (525 pôles représentant 973 communes) : communes (ou unités urbaines) n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine comptant 1 500 emplois ou plus.

- Couronnes des pôles d'emploi de l'espace rural (832 communes) : communes (ou unités urbaines) n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine dont 40 % ou plus des actifs résidents travaillent hors de la commune (ou de l'unité urbaine) mais dans l'aire d'emploi de l'espace rural.

- Autres communes de l'espace à dominante rurale (16 730 communes) : communes (ou unités urbaines) n'appartenant ni à l'espace à dominante urbaine ni à une aire d'emploi de l'espace rural.

Bassins de vie

Afin de mieux analyser la structuration de l'espace rural en France métropolitaine, une nouvelle nomenclature spatiale, le zonage en bassins de vie, a été établie. Le bassin de vie d'un bourg ou d'une petite ville est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à l'emploi et aux équipements courants. (P.Julien 2007). La France a ainsi été découpée en 1916 bassins de vie, dont 1745 bassins de vie des bourgs et petites villes (blanc) et 171 bassins de vie des grandes agglomérations (gris).

Graphique 1
Les 1 916 bassins de vie constituent une partition du territoire



Qualification des bassins de vie

Les bassins de vie ont été répartis en 3 classes selon un score prenant en compte leur niveau d'équipement et d'emploi :

- dépendants (430 bassins de vie) avec un niveau d'équipement et d'emploi faible (bassins de vie ruraux et périurbains)
- faiblement autonomes (574 bassins de vie) (bassins de vie ruraux, pôle d'emploi de l'espace rural et périurbain)
- autonomes (741 bassins de vie) comprenant majoritairement des bassins de vie urbains

Tableau IV.1 – La valeur du score détermine le degré d'autonomie des bassins de vie

Valeur du score (sur 20)	bassins de vie	Nombre de bassins de vie
Inférieure à 8	dépendants	430
Supérieure ou égale à 8 mais inférieure à 12	faiblement autonomes	574
Supérieure ou égale à 12	autonomes	741
Ensemble		1 745

Rapport de l'INSEE (avec la participation de l'IFEN, l'INRA, le SCEES) pour la DATAR – Juillet 2003

Source : ICO, 1998

Afin de qualifier le potentiel des bassins de vie lié à la fois à la présence d'équipements et d'emplois, chaque bassin s'est vu attribuer un score. Celui-ci est établi en tenant compte du niveau d'équipements (respectivement, d'emplois) et de l'écart entre le niveau observé et le niveau attendu au regard du poids démographique du bassin. En effet, le nombre et la variété des équipements étant liés à la population (tout comme le sont les emplois, même si le lien entre population et emplois est d'une nature différente), un bassin très peuplé devrait être mieux pourvu qu'un bassin qui compte moins d'habitants. L'écart entre le niveau observé et le niveau attendu, en corrigeant l'effet de taille démographique, permet de dire si un bassin est plutôt moins bien ou mieux doté en équipements (respectivement, en emplois) eu égard à sa population.

En complément et parce qu'un bassin de vie n'assure pas uniquement une fonction de services auprès des populations, mais joue également un rôle économique en offrant du travail à la population, l'emploi a été introduit comme contribuant au potentiel des bassins.

Zoom sur la santé : l'offre de santé de premier recours dans les bassins de vie

Dans les bassins centrés sur les pôles urbains ou pôles d'emploi du rural, les professions libérales trouvent les emplois et les équipements qui peuvent favoriser leur propre vie de famille, comme l'insertion professionnelle de leur conjoint et la scolarisation des enfants. **Les densités médicales augmentent avec l'autonomie des bassins de vie.** Elles sont en effet bien plus élevées dans les bassins présentant un potentiel d'équipements important.

Les densités médicales sont maximales dans les bassins de vie autonomes et qui sont animés par une commune de l'espace à dominante rurale (hors pôle d'emploi), 116 médecins et 132 infirmiers pour 100 000 habitants. A contrario, elles **sont minimales dans les bassins de vie dépendants animés par d'autres pôles du rural**, et largement en dessous des moyennes nationales, y compris pour les infirmiers, pourtant très présents dans les campagnes. Les professions médicales contribuent à l'établissement du score des bassins et donc à la mesure de leur autonomie ; il est donc normal d'observer un tel lien. Ce résultat permet toutefois d'insister sur **l'importance de la co-attractivité des équipements et des services, à la fois vis-à-vis des populations à la recherche des services, mais aussi à l'égard des acteurs même de ces services qui sont eux-mêmes dépendants de l'offre locale pour la commodité de leur vie de tous les jours.**

Dans les bassins de vie dont le pôle est une commune périurbaine, surtout lorsque ceux-ci sont dépendants, les densités médicales, notamment celles des médecins et infirmiers, sont particulièrement élevées, et en tout cas supérieures aux densités qui caractérisent

les bassins de vie périurbains faiblement autonomes. Cette caractéristique, déjà notée, semble ici marquer une certaine convergence entre les logiques d'implantation de ces professions et les forts besoins des communes de ces bassins, parmi les plus dynamiques des 1 745 bassins de vie, un peu comme si ces nouveaux besoins s'exerçaient d'abord sur les professions médicales – celles-ci contribuent en effet assez fortement à la valeur du score. Ces densités restent malgré tout plus faibles que celles qui caractérisent, par exemple, les bassins de vie autonomes du monde rural. En effet la proximité des pôles urbains bien équipés et la présence de grands axes de communication sur ces espaces permettent aux patients d'accéder plus facilement aux services de santé des villes. Au demeurant les densités médicales ne varient que modérément en fonction du degré d'autonomie des bassins dans l'espace périurbain, contrairement aux campagnes où ces densités sont nettement plus heurtées d'un type de bassin de vie à l'autre.

Dans certains de ces bassins les plus ruraux, il est probable que la faiblesse des équipements est un frein à l'installation des professionnels de la santé.

Tableau IV.14 - Les densités médicales en services de premier recours en fonction du type de bassins de vie et de la position de son pôle dans le ZAUER
Champ : Référentiel rural restreint

Type de bassin de vie	Catégorie du ZAUER du pôle de bassin de vie	Nombre de bassins de vie	Densités médicales (pour 100 000 habitants)			
			Généralistes	Dentistes	Infirmiers	Pharmaciens
Dépendants	Pôles urbains	0				
	Périurbains	300	97,5	46,9	100,7	38,7
	Pôles d'emploi de l'espace rural	16	80,0	42,8	88,7	38,8
	Autre rural	114	80,0	36,7	89,9	43,6
	<i>Ensemble</i>	<i>430</i>	<i>92,8</i>	<i>44,4</i>	<i>97,7</i>	<i>39,9</i>
Faiblement autonomes	Pôles urbains	5	97,9	51,5	109,1	41,8
	Périurbains	151	93,3	48,7	83,5	40,6
	Pôles d'emploi de l'espace rural	102	97,8	47,3	102,3	45,2
	Autre rural	316	111,0	44,9	131,6	56,0
	<i>Ensemble</i>	<i>574</i>	<i>100,1</i>	<i>47,2</i>	<i>103,9</i>	<i>46,6</i>
Autonomes	Pôles urbains	183	104,0	53,2	99,4	47,7
	Périurbains	56	96,4	56,8	99,4	43,1
	Pôles d'emploi de l'espace rural	386	102,7	49,4	112,2	51,3
	Autre rural	116	116,4	51,4	132,0	63,3
	<i>Ensemble</i>	<i>741</i>	<i>103,7</i>	<i>51,8</i>	<i>106,6</i>	<i>49,8</i>

Rapport de l'INSEE (avec la participation de IFEN, INRA, SCEES) pour la DATAR - Juillet 2003
 Sources: INSEE-RP1999 et DREES-Répertoire Adeli 1er janvier 2002

Annexe 7 : Résultats complets selon les profils (en pourcentages)

Environnement de travail

N=1971	Hospitalier	Ambulatoire	Remplaçant	
Eléments souhaités sur le lieu d'exercice				
Secrétariat	87,7	84,1	87,7	NS
Salle de repos	51,1	50,1	51,8	NS
Salle de petite chirurgie	58,3	34,5	35,1	p<0,05
Point d'information	22,5	25,9	24,4	NS
Salle de petites urgences	47,5	20,1	17,6	p<0,05
Salle de réunion	22,8	14,6	11,9	p<0,05
Appareil de radiographie	29,3	10,8	7,3	p<0,05
Crèche ou garderie	17,0	11,5	10,0	p<0,05
Salle de kinésithérapie	17,0	10,0	8,6	p<0,05
Aucun	0	1,6	1,2	NS
Système informatisé (N=1953)	91,9	97,0	94,4	p<0,05
Services de proximité				
Ecole	72,5	70,9	72,1	NS
Petite épicerie	64,9	63,8	62,3	NS
Bureau de poste	60,9	62,7	60,8	NS
Station service	55,1	53,4	53,7	NS
Pompiers	48,2	44,5	48,0	NS
Banque	50,4	44,7	45,4	NS
Aucun	9,8	8,5	9,8	NS
Structures sanitaires				
Laboratoire d'analyses médicales	94,6	93,0	95,2	NS
Pharmacie	91,3	94,3	95,3	p<0,05
Paramédicaux libéraux	92,0	90,8	93,6	NS
Cabinet de radiologie (avec échographie)	88,4	85,6	90,6	p<0,05
Hôpital local	43,8	46,6	46,6	NS
Centre hospitalier (CHU ou CHG)	52,9	39,0	42,6	p<0,05
Scanner	39,9	30,0	33,7	p<0,05
Maison de retraite	30,8	30,8	35,6	NS
Aucun	0	1,1	0,5	NS
Temps de trajet (aller)				
Moins de 15 min	5,4	17,0	13,6	p<0,05
Entre 15 et 30 minutes	64,1	64,8	66,4	NS
Entre 30 et 45 minutes	24,6	15,5	16,3	p<0,05
Entre 45 et 60 minutes	4,7	1,8	3,0	NS
Plus de 60 minutes	1,1	0,8	0,7	NS

Gestion de l'emploi du temps

N=1970	Hospitalier	Ambulatoire	Remplaçant	
Heures par jour	9,3 (σ 1,35)	9,25 (σ 1,25)	9,24 (σ 1,25)	NS
Demi-journées par semaine	9,3 (σ 1,43)	9,17 (σ 1,34)	9,18 (σ 1,18)	NS
Heures par semaine	43,5 (σ 9,93)	42,6 (σ 9,52)	42,6 (σ 9,14)	NS
Semaines de congés par an	7,6 (σ 5,2)	7,3 (σ 4,5)	7,3 (σ 3,5)	NS
Organisation des consultations				
Avec et sans RDV	65,9	58,4	56	p<0,05
Sur RDV uniquement	33,7	41,1	43,8	p<0,05
Sans RDV uniquement	0,4	0,5	0,3	NS
Solutions pour augmenter le temps médical de la consultation				
Formulaires électroniques	60,5	60,2	64,4	NS
Personnel administratif	56,5	57,4	58,6	NS
Coopération inter-professionnelle	31,5	33,1	31,7	NS
Consultation en 3 temps	24,6	21,8	17,0	p<0,05
Auxiliaires médicaux	20,7	14,7	14,0	p<0,05
Aucune de celles présentées	6,5	7,9	7,6	NS

Permanence des soins

N=1958	Hospitalier	Ambulatoire	Remplaçant	
Garde de PDSA	81,6	76,6	79	NS
Régulation	56,6	28,8	27,5	p<0,05

Evolution de carrière

N=1971	Hospitalier	Ambulatoire	Remplaçant	
Projet professionnel	35,9	28,8	12,8	p<0,05
Exercice diversifié	90,2	76,8	82,2	p<0,05

Résumé

Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes

Etude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011

Introduction : La réflexion sur un métier passe aussi par une réflexion sur les conditions de travail dans lesquelles l'exercer. L'objectif principal de cette étude est de décrire les conditions de travail souhaitées par les internes de médecine générale à travers cinq axes : environnement de travail au sein et autour du lieu d'exercice, gestion de l'emploi du temps, permanence des soins ambulatoires et évolution de carrière.

Méthodes : Etude nationale transversale descriptive auprès des internes de médecine générale réalisée par questionnaire auto-administré sur internet du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011.

Résultats : 86,2% des internes souhaitent avoir un secrétariat, 94,9% travailler sur un système informatisé de gestion des dossiers médicaux. Près de 90% souhaitent avoir à proximité de leur lieu d'exercice un laboratoire, une pharmacie, un cabinet de radiologie ou des paramédicaux libéraux et plus de 60% une école, une petite épicerie ou un bureau de poste. En moyenne, les internes de médecine générale souhaitent travailler 42,7 heures par semaine et avoir 7,4 semaines de congés par an. 78,5% des internes déclarent qu'ils effectueront des gardes ambulatoires. 21% des internes disent avoir actuellement une proposition de poste hospitalier ou un projet d'installation.

Discussion : Les futurs médecins généralistes souhaitent maîtriser leurs conditions de travail pour assurer un équilibre entre vie professionnelle et personnelle. Le déficit de la démographie médicale annoncé doit être une opportunité pour améliorer les conditions de travail des médecins généralistes, sans oublier de prendre en compte les souhaits de la future génération.

Mots clés : médecine générale, conditions de travail, étude nationale descriptive

Abstract

Working conditions desired by future general practitioners

National descriptive study conducted among the general practitioner trainees from July 2, 2010 to January 1, 2011

Introduction: Thinking about a profession means also to take an interest in its working environment. The main objective of this study is to describe the wishes of general practitioner (GPs) trainees regarding five general areas of their future working environment : working place's setting and surroundings, schedule management, ambulatory out-of-hours care and career development.

Methods: National transversal descriptive study among GPs trainees through self-administered questionnaires on the internet from July 2, 2010 to January 1, 2011.

Results: 86.2% of GPs trainees want a secretariat, 94.9% wish to work on a computerized medical records management. Nearly 90% want to have a laboratory, pharmacy, radiology or other health professionals next to their practice and 60% need a school, a small grocery store or post office. On average, GP residents want to work 42.7 hours per week and to have 7.4 weeks leave per year. 78.5% of residents say they will participate in ambulatory out-of-hours care. 21% of residents have a proposal for post hospital or facility project at the moment of reply.

Discussion: Future GPs want their working environment to ensure a balance between professional and personal life. The announced medical demographic deficit should be an opportunity to improve working environment for GPs, and take into account the next generation's wishes.

Key words: general practice, working environment, national descriptive study

Serment d'Hippocrate

«Au 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 le 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 seront 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.»