



HAL
open science

Devenir professionnel des résidents et internes de médecine générale formés à Rouen (1999-2008)

Vincent Ledru

► **To cite this version:**

Vincent Ledru. Devenir professionnel des résidents et internes de médecine générale formés à Rouen (1999-2008). Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01116942

HAL Id: dumas-01116942

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01116942>

Submitted on 2 Mar 2015

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

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

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 8 avril 2014

par

Vincent LEDRU

Né le 29 décembre 1984 à Eu

**DEVENIR PROFESSIONNEL DES
RESIDENTS ET INTERNES DE MEDECINE
GENERALE FORMES A ROUEN
(1999 - 2008)**

Président du jury : Monsieur le Professeur J-L. HERMIL

Membres du jury : Monsieur le Professeur B. VEBER

Monsieur le Professeur P. FAINSILBER

Monsieur le Docteur J-M. BRASSEUR (directeur de thèse)

Monsieur le Docteur M. SCHUERS (directeur de thèse)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 – 2014
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET**
H. PIGUET – C. THUILLEZ

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

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie

Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>Surnombre</i>)	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>Surnombre</i>)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne – Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie

M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique – Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato – vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile

M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo- faciale

M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mme Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image

M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie

M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Pierre Hugues VIVIER	HCN	Imagerie Médicale

PROFESSEURS AGREGES OU CERTIFIES

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

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

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie

M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

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

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

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

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

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

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

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

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

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

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

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

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

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

M. Mohamed **SKIBA**

Pharmacie Galénique

M. Philippe **VERITE**

Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN**

Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT**

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER**

Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

Au Professeur J-L. Hermil

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous en remercie.

Au Professeur B. Veber

Vous avez accepté d'être membre du jury.

Je vous en remercie.

Au Professeur P. Fainsilber

Vous avez accepté d'être membre du jury.

Je vous en remercie.

Au Docteur J-M. Brasseur

Vous avez accepté de co-diriger cette thèse, m'avez permis d'entrer en contact avec le CNOM et avez accordé du temps à la recherche des « perdus de vue ».

Je vous en remercie.

Au Docteur M. Schuers

Tu m'as aidé à trouver le sujet de cette thèse, tu as accepté de la diriger et tu l'as fait de la meilleure des façons.

Je t'en suis grandement reconnaissant.

A Mme Lozier de l'ARS de Haute Normandie

Vous m'avez fourni « la matière première » nécessaire à la réalisation de cette thèse et vous êtes montrée disponible pour répondre à mes questions.

Je vous en remercie.

A Mme Le Breton-Lerouillois et son équipe du CNOM

Vous avez accepté d'accorder du temps à cette étude et sans vous elle n'aurait pu se faire.

Je vous en remercie.

A Mme Verpoest du CDOM 76

Vous avez accordé du temps à la « recherche » de certains médecins.

Je vous en remercie.

Aux Docteurs X.Gbaguidi, C. Leguillou et P. Lemarchand

Vous m'avez transmis les connaissances et la rigueur qui font de moi, je le pense, un bon médecin.

Aux Docteurs C. Bernard et M-H. Othman

Vous m'avez montré ce que devait être un bon généraliste de campagne.

A mes parents,

Vous m'avez transmis les valeurs qui font de moi un bon médecin et m'avez toujours soutenu durant ces longues années.

Soyez sûrs de mon amour.

A Eric, mon caribou de frère

Absent aujourd'hui, mais tu as une bonne excuse.

Je te souhaite tous mes vœux de réussite, on se revoit bientôt !

A Anne Sophie

Merci pour ton aide et pour avoir supporté mon mauvais caractère durant ces années (ça devrait désormais s'améliorer).

A mes amis, Hervé, Olivier, Yohan (les rôlistes du dimanche) et Mickaël

Nous sommes (presque) tous mariés et tous médecins, qui l'eût cru ?

Nous avons passé ensemble dix superbes années (et j'espère que ça va continuer !).

Sommaire

CONTEXTE

1. L'offre de soins en médecine générale en Francep.2
2. La situation actuelle de l'offre de soins de médecine générale en Haute Normandie.....p.17

METHODE

1. Type d'étudep.25
2. Population étudiéep.25
3. Recueil des données.....p.25
4. Analyses statistiques.....p.25

RESULTATS

1. Description de la populationp.28
2. Médecins inscrits et non-inscrits au tableau de l'Ordrep.33
3. Activité.....p.36

DISCUSSION

1. Synthèse des résultatsp.49
2. Discussion de la méthodep.50
3. Discussion des principaux résultatsp.50

CONCLUSIONp.67

LISTE DES ABREVIATIONSp.71

BIBLIOGRAPHIEp.73

CONTEXTE

1. L'OFFRE DE SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE EN FRANCE

1.1. Rôle de la médecine générale

La médecine générale est, de par sa définition, la spécialité médicale des soins primaires. Le concept de soins primaires a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1978¹ et précisé en 1996 par l'American Institute of Medicine : « les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire à une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté »². Les médecins généralistes, exerçant la médecine générale, sont donc les principaux acteurs des soins primaires en France.

1.2. Caractéristiques de la population des médecins généralistes française

1.2.1. Les généralistes en activité régulière^a

Le nombre de médecins généralistes en activité régulière en janvier 2013 était de 91 539. Ils représentaient 45,9% de l'ensemble des médecins français en activité régulière³. Leur nombre a diminué de 5% en 5 ans et continuera à décroître d'après les projections jusque vers 2020⁴.

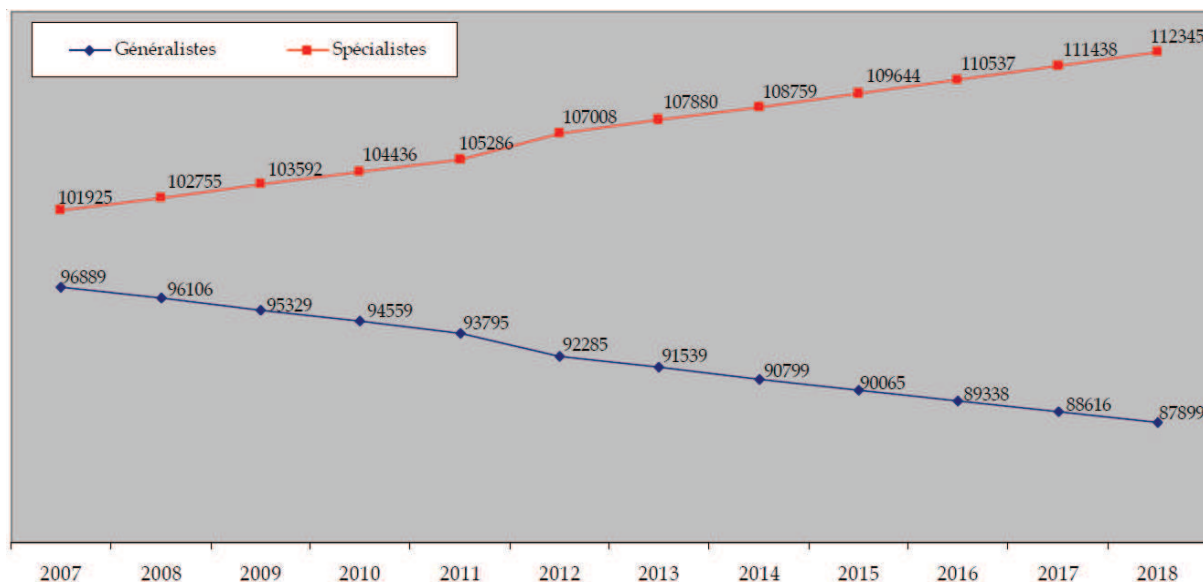


Figure n°1 : Evolution des effectifs des généralistes et spécialistes en activité régulière (source : Atlas de démographie médicale 2013)

^a L'activité régulière pour un médecin étant définie par le fait d'être installé (statut libéral ou salarié) et de disposer d'une adresse professionnelle.

Au premier janvier 2013, la moyenne d'âge des généralistes était de 52 ans et plus d'un tiers des effectifs avait 55 ans. La moyenne d'âge était plus élevée chez les généralistes libéraux : 53 ans³.

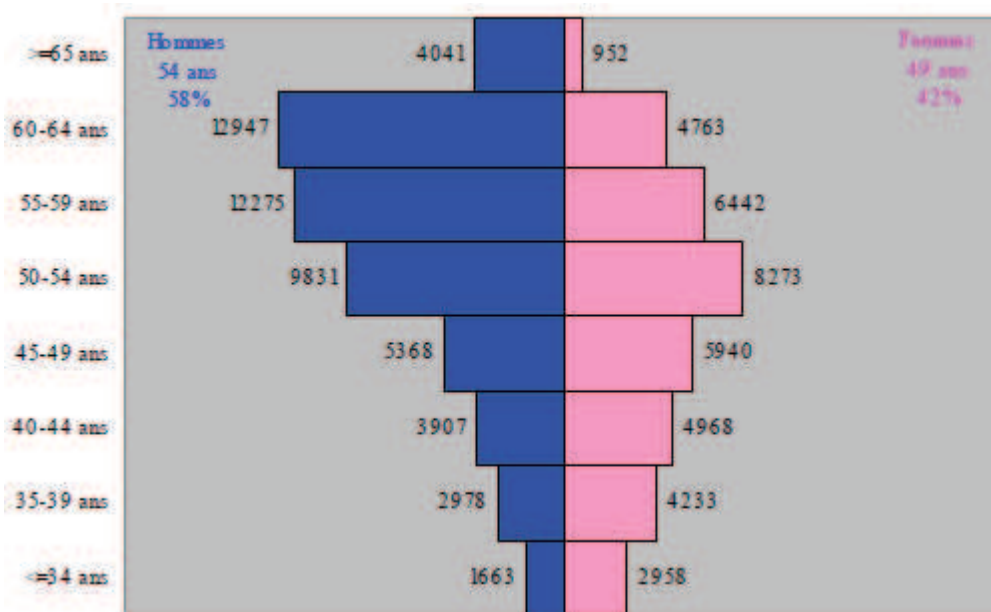


Figure n°2 : Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière.
(Source : Atlas de démographie médicale 2013)

Les femmes représentaient 42% des effectifs des généralistes³. La pyramide des âges montre que les effectifs des femmes deviennent plus importants que ceux des hommes chez les médecins ayant moins de 50 ans.

1.2.2. Les généralistes remplaçants inscrits au tableau de l'Ordre^b

Les remplaçants qualifiés en médecine générale inscrits au tableau de l'Ordre étaient au nombre de 6 955 en janvier 2013, soit 68,6% des effectifs des remplaçants actifs³. Leur moyenne d'âge était de 43 ans³. Les femmes constituaient 59 % de leurs effectifs³. Sont exclus de ces effectifs les remplaçants non-inscrits au tableau de l'Ordre. Le nombre de ces derniers ne peut être donné car ils ne sont pas recensés^c.

^b Le statut de remplaçant signifie que le médecin n'est pas installé et ne dispose donc pas d'une adresse professionnelle. Le fait d'être inscrit au tableau de l'Ordre implique que le médecin a soutenu sa thèse et a validé son DES de médecine générale.

^c Les licences de remplacement des médecins non-inscrits dépendent des conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM). Ces données ne sont pourtant pas centralisées.

1.3. Les projections évoquent des évolutions quantitatives et qualitatives de l'activité des médecins généralistes

1.3.1. Une modification quantitative des différents effectifs de généralistes

En 2013, 93% des généralistes inscrits à l'Ordre étaient en activité régulière, 7% étaient des remplaçants³. La majorité des généralistes en activité régulière avait une activité libérale (n=54 044), les généralistes salariés représentaient plus d'un tiers des effectifs (n=31 615), et ceux ayant un exercice mixte étaient au nombre de 5 794³. Les projections du conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) montrent que la part des médecins installés devrait diminuer au profit des salariés⁴.

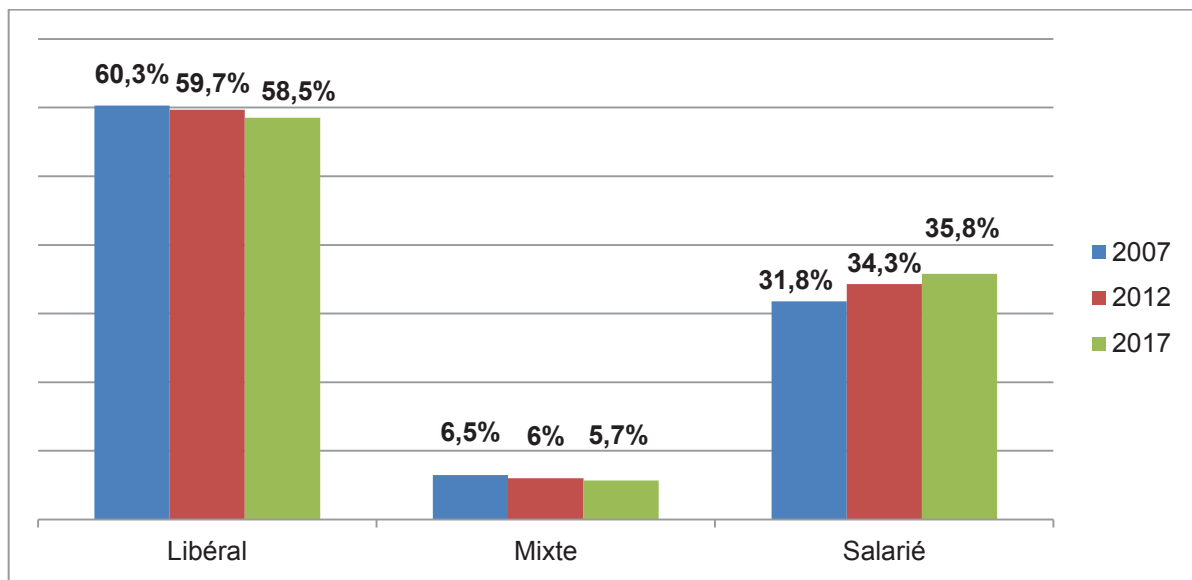


Figure n°3 : Evolution du mode d'exercice des généralistes en activité régulière (source : Atlas de démographie médicale 2012)

1.3.2. Les causes de la baisse des effectifs de généralistes dispensant des soins primaires

En 2006, 40% des généralistes ne participaient pas à la dispensation des soins primaires⁵, via la pratique d'un exercice particulier (médecine du sport, acupuncture, homéopathie..) ou d'un exercice spécialisé (gériatrie, médecine de réadaptation...). Les médecins généralistes libéraux, hors exercice particulier, et certains médecins salariés (centre de soins, collaborateurs) sont les principaux acteurs des soins primaires.

1.3.1.1 Le rôle des formations complémentaires

Il s'agit de formations réalisées par le médecin durant ou après l'internat. Elles lui permettent d'acquérir une compétence pour perfectionner sa prise en charge du patient dans certains domaines ou de modifier l'orientation de son activité en lui autorisant la pratique d'un exercice différent de la médecine de soins primaires.

S'agit-il d'un choix stratégique pour échapper à la médecine générale ? Le sociologue E.C. Hughes écrivait « *On a soutenu, non sans raison que l'allongement de la formation professionnelle dans la plupart de ces domaines ne sert pas tant à accroître la compétence nécessaire à l'activité centrale qu'à échapper plus facilement à celle-ci* »⁶.

Selon le CNOM en 2006, 18% des généralistes via l'acquisition d'une compétence n'exerçaient pas la médecine de soins primaires⁵.

1.3.1.2 Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes libéraux

- Un temps de travail important, un temps médical réduit

En 2011, les généralistes libéraux travaillaient en moyenne 57 heures par semaine (60h en milieu rural, 56h en milieu urbain). Le temps médical, temps accordé aux soins et aux diagnostics, représentait 60% du temps de travail hebdomadaire soit environ 33 heures par semaine. Le reste du temps était consacré aux charges médico-administratives, à la gestion du cabinet, à leur formation⁷.

- L'isolement professionnel

Bien que la tendance soit au regroupement des généralistes libéraux, 46% d'entre eux exerçaient en cabinet individuel en 2009. La France est l'un des pays européens présentant le pourcentage le plus important de généralistes en cabinet individuel^{5,8,9}. L'exercice individuel, couplé avec les difficultés à trouver un remplaçant, entraîne un temps de vacances réduit. Les généralistes exerçant seul travaillaient plus et prenaient en moyenne 4,7 semaines de vacances par an contre 5,8 pour les médecins exerçant en groupe⁷. Cette peur de l'isolement professionnel est un frein à l'installation des jeunes généralistes¹⁰.

- Un sentiment de perte de contrôle de leur pratique et d'un manque de reconnaissance

Trois éléments donnent aux généralistes un sentiment de perte de liberté dans leur exercice et dans l'organisation de celui-ci :

- le contrôle des prescriptions par l'organisme financeur^{11,12}.
- le fait de se sentir obligé de suivre les recommandations officielles des pratiques médicales^{5,11}.

- un rythme de travail soutenu lié à la forte demande de soins (67% des généralistes souhaitaient moins travailler mais ils ne le pouvaient pour différentes raisons: 42% car personne ne pouvait les suppléer, 15% pour des raisons financières)^{7,11}.

Les généralistes libéraux évoquent 3 sources à leur manque de reconnaissance :

- ils reprochent aux patients d'avoir un comportement consumériste, un investissement dans la relation médecin-malade non réciproque, un manque de respect (manque de politesse, rendez-vous non annulés, les violences physiques et verbales en augmentation)^{11,12}.
- l'attitude des confrères spécialistes et du monde hospitalier qui dénigrent la médecine générale^{3,13,14}.
- la différence de rémunération avec les autres spécialistes libéraux.

En France, il existe une différence entre les tarifs de consultation des spécialistes de médecine générale (C = 23 euros) et des autres spécialistes (CS = 28 euros). Le revenu annuel moyen des spécialistes (exception faite des psychiatres et pédiatres) est supérieur à celui des généralistes bien que le temps de travail des généralistes soit supérieur à celui des spécialistes. Sur les 10 dernières années, cet écart s'est creusé¹⁵.

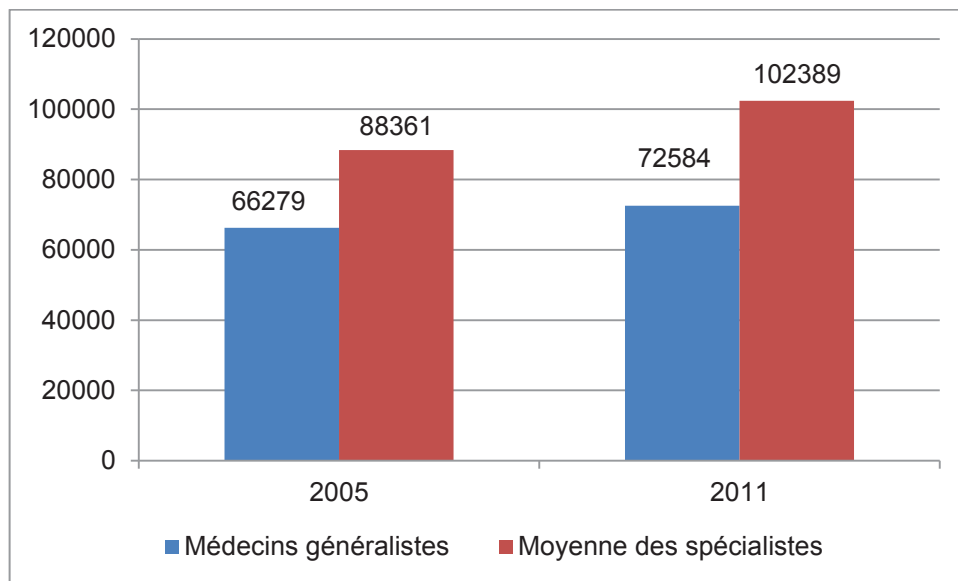


Figure n°4 : Evolution en France des bénéfices non commerciaux moyens en euros des généralistes et spécialistes, secteur 1 et 2 confondus (Source : Carmf.fr)

Le généraliste libéral français en activité régulière est l'un des moins bien rémunéré de l'Union Européenne par rapport au revenu moyen de la population nationale. Ses confrères allemands et anglais ont des revenus supérieurs pour un temps de travail inférieur¹⁶. (NB : le revenu des généralistes libéraux français est sous-estimé dans ce graphique car il correspond au revenu net et non pas brut contrairement aux autres pays).

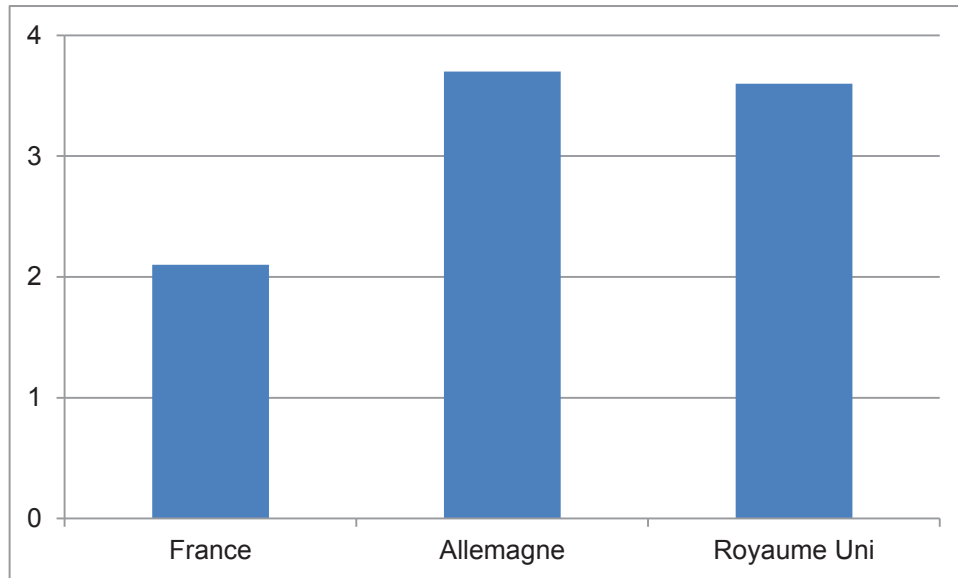


Figure n°5 : Revenus des généralistes libéraux par rapport aux revenus annuels moyens nationaux en 2011 (Source : ODCE.org)

- Un mode de rémunération non adapté aux missions confiées à la médecine générale

Le paiement à l'acte est le principal mode de rémunération de la médecine libérale en France. Le revenu du médecin dépend donc directement de son activité. Le paiement à l'acte incite au raccourcissement du temps de consultation (*maintenir un train de vie, un certain revenu sans augmenter son temps de travail*)¹². Il s'inscrit dans un modèle curatif qui intègre peu la prévention et l'éducation à la santé.

- Une mauvaise protection sociale

L'amélioration de la protection sociale est le premier item cité par les médecins libéraux à la question « que faudrait-il modifier pour améliorer votre situation ? »¹⁷.

- Le médecin libéral a 90 jours de délai de carence en cas d'arrêt maladie. Durant un arrêt de travail, en plus de ne pas gagner d'argent, le médecin doit continuer à payer les charges de son cabinet. Cette situation le contraint à demander la souscription d'un contrat de prévoyance auprès d'un assureur privé. L'assureur peut refuser d'accorder ce contrat au médecin, laissant celui-ci sans protection sociale complémentaire¹³.

- Le congé maternité des femmes libérales a été prolongé pour avoir la même durée que les femmes salariées, grâce au décret n°2006-644 du 1er juin 2006. Cependant, en cas d'arrêt de travail pour grossesse pathologique, la médecin libérale ne bénéficie d'aucune indemnité journalière avant 90 jours d'arrêt de la part de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)^{18,19,20}.

- Des répercussions sur la vie privée

Un médecin généraliste libéral sur 2 éprouve des difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale. Cette difficulté est proportionnelle à l'activité et est d'avantage ressentie par les médecins mère de famille. Seize pour cent des cadres ou autres professions libérales éprouvent cette difficulté²¹.

1.3.1.3 Le retentissement de ces difficultés sur les généralistes

La charge mentale de son travail et les différentes difficultés rencontrées dans sa pratique peuvent avoir des répercussions sur son état de santé psychique et physique²¹.

- Un retentissement psychique

Les généralistes libéraux étaient 2 fois plus nombreux que les cadres à déclarer avoir ressenti de façon répétée de la fatigue au cours des 12 derniers mois. Un sur deux se disait épuisé en fin de journée et 12% des généralistes interrogés se disaient en détresse psychologique²¹.

Soixante et un pour cent des généralistes libéraux d'Ile de France se disaient menacés par le *burn out* ou syndrome d'épuisement professionnel. Il existait un sur-risque par rapport à la population des autres spécialistes libéraux où le taux était de 50%¹⁷.

Vingt pour cent des généralistes libéraux avaient consommé dans l'année des psychotropes (contre 11% dans la population générale), et le taux de mortalité par suicide chez les généralistes était de 14,6% (contre 5,6% dans la population générale)^{17,21}.

Les maladies psychiatriques sont la première cause d'invalidité définitive chez les médecins libéraux d'après la CARMF, et sont en progression (38% des invalidités en 2005, 40,31% en 2012)²².

Les conséquences sur l'exercice médical de ces souffrances psychiques sont une dégradation de la qualité des soins (un moindre investissement professionnel, une moindre écoute, une majoration des prescriptions et du risque d'erreur médicale)^{23,24}, une majoration de l'absentéisme voire à l'extrême le décrochage de plaque (en 2011,

d'après le CNOM, 62% des décrochages de plaque concernaient des généralistes) pour un changement de carrière vers le salariat^{4,12}.

- Un retentissement physique secondaire au psychique

Les généralistes libéraux étaient 2 fois plus nombreux (21%) que les cadres supérieurs et autres professions libérales à déclarer un état de santé altéré. La déclaration d'une altération de l'état de santé était plus fréquente chez les médecins qui ont une activité importante ou ceux qui prennent moins de vacances²¹.

Pour les médecins généralistes affectés psychologiquement par leur exercice, la consommation d'alcool et de tabac était augmentée (2 fois plus fréquente)^{17,21}.

1.3.3. Une modification qualitative des effectifs de généralistes

La féminisation croissante de la médecine et le changement dans la pratique de l'exercice des nouveaux médecins, indépendamment de la féminisation, ont un impact sur l'offre de soins. Les médecins de la nouvelle génération favorisent plus le salariat que leurs aînés et les femmes plus que les hommes (50% vs 33%). En libéral, les femmes généralistes réalisent 24% d'actes en moins que leurs confrères masculins²⁵ et participent moins à la permanence de soins (50% vs 64%)⁷. Les jeunes généralistes installés ont un temps de travail hebdomadaire moins important (55h pour les moins de 45 ans vs 58h pour les plus de 45 ans)⁷.

1.3.3.1. Les souhaits d'évolution du métier exprimés par les jeunes médecins

Le nombre de généralistes diminue, le libéral est délaissé au profit du salariat, les zones de difficulté d'accès aux soins augmentent. Ces 3 phénomènes vont perdurer. L'action des pouvoirs publics est insuffisante pour améliorer la répartition hétérogène des généralistes. Le principe de liberté d'installation n'étant pas remis en cause, il semble important, dans ce contexte, d'écouter les souhaits des jeunes généralistes pour essayer de comprendre ce qui pourrait les amener à s'installer en plus grand nombre, *a fortiori* dans les zones déficitaires.

1.3.3.1.1. Les attraits du salariat

Plusieurs types d'exercice sont compatibles avec le statut de salarié : médecin hospitalier, médecin du travail, médecin conseil, médecin de PMI ou scolaire... Les avantages de ce statut sont les suivants^{12,13} :

- Une charge de travail moindre qu'en libéral
- Un temps de travail inférieur avec des horaires fixes
- Des revenus fixes

- Des congés payés
- Absence de gestion de cabinet
- Une meilleure retraite
- Une meilleure protection sociale
- Un travail en équipe

1.3.3.1.2. Concernant l'exercice libéral

- La formation

Les jeunes généralistes souhaitent avoir une formation plus approfondie sur l'exercice libéral et une meilleure information concernant les aides financières dont ils pourraient disposer^{5,13}.

- La pratique

La famille et le temps libre deviennent prioritaires par rapport aux revenus, ce qui contraste avec leurs aînés⁵.

- Le temps du remplacement

Les jeunes généralistes, en majorité, n'ont pas de projet clairement défini pour leur post-internat. Le remplacement ou la poursuite d'une activité salariée durant quelques années sont devenus la norme. Cette période leur permet de perfectionner leurs connaissances médicales et/ou du monde libéral ainsi que de stabiliser leur vie familiale avant de s'engager professionnellement. L'installation est considérée comme un engagement définitif empêchant toute mobilité professionnelle, peu compatible avec les contraintes familiales (évolution professionnelle du conjoint, par exemple)^{5,6}.

D'après Géraldine Bloy (sociologue), ce délai pourrait aussi être expliqué par le fait que les jeunes médecins souhaitent profiter de leur liberté retrouvée, après 9 ans d'études durant lesquelles l'encadrement y est jugé contraignant. Elle qualifie ce phénomène de « *crise post étudiante* »⁶.

- Le futur lieu d'exercice

- ✓ La région d'exercice

La majorité des internes de médecine générale envisage d'exercer dans sa région d'internat (79%). Ce pourcentage est plus important pour les internes ayant fait leur externat dans cette même région (90%) et plus faible pour ceux ayant été mobiles suite aux Epreuves Classantes Nationales (ECN) (64%)¹⁰.

✓ Une compatibilité entre leur lieu d'exercice et leur situation familiale

Ils souhaitent en majorité vivre et exercer dans un milieu semi-rural. Cela leur permet de profiter des bonnes conditions de vie offertes par la campagne sans pour autant être éloignés des commodités offertes par les villes (possibilité pour le conjoint, souvent cadre supérieur, de travailler; proximité des commerces et services publics)^{5,10}. Le revenu des médecins libéraux dépend de leur localisation (effet de la concurrence)²⁶. Les jeunes médecins pourtant continuent à « boudier » les régions déficitaires et à s'installer dans des zones médicalement bien dotées. Ils privilégient le cadre de vie à leurs revenus¹³.

o L'exercice en lui même

✓ Un temps de travail moindre que leurs aînés mais mieux optimisé

Les jeunes médecins généralistes interrogés envisagent d'avoir un temps de travail hebdomadaire inférieur à la moyenne actuelle (42h contre une moyenne actuelle de 57h hebdomadaires pour les généralistes libéraux)^{5,10}. Quatre-vingt-dix pour cent des jeunes généralistes interrogés souhaiteraient que les charges administratives du cabinet soient confiées à une tierce personne afin de pouvoir d'avantage se consacrer aux activités de soins¹⁰.

✓ L'exercice de groupe

Quatre-vingts pour cent des généralistes qui envisagent de travailler en libéral souhaiteraient le faire en groupe : partage des charges, permanence des soins plus facilement assurée, prise de vacances facilitée¹⁰.

✓ Un exercice diversifié

Quatre-vingt-deux pour cent des internes généralistes souhaitent exercer la médecine de soins primaires en parallèle avec un exercice en établissement (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), hôpital local) ou un exercice spécialisé. Cela pourrait expliquer l'engouement des généralistes pour les formations complémentaires. L'une des statistiques les plus parlantes concerne l'Île de France : en 2003, 16% des internes généralistes préparaient une formation complémentaire, ils étaient plus de 50% en 2005 et le phénomène s'accroît⁵.

✓ Une modification du mode de rémunération

En majorité, les jeunes médecins souhaitent sortir du paiement à l'acte exclusif^{5,10}.

1.4. Répartition géographique des généralistes en activité régulière

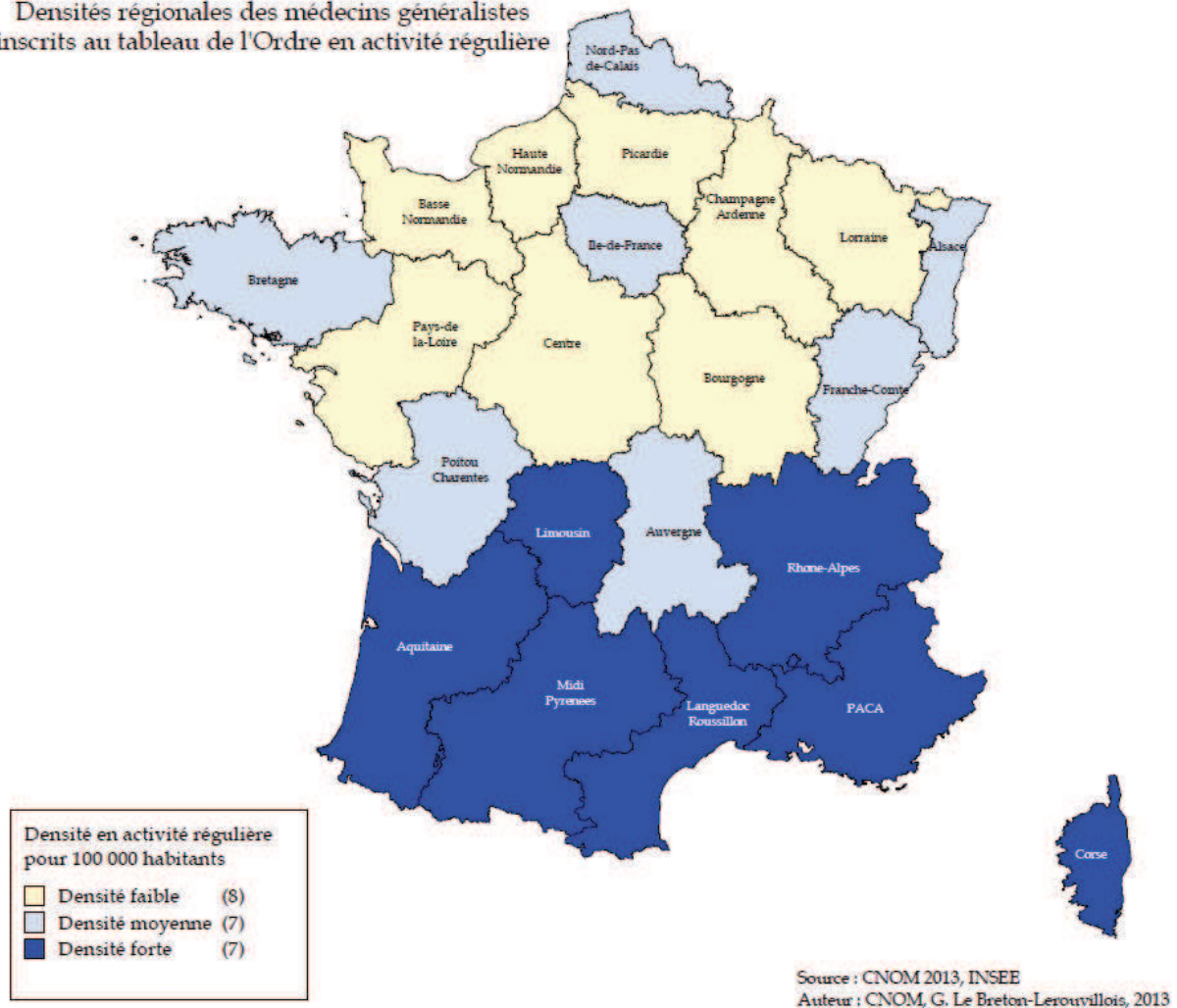
Malgré des effectifs en baisse, la France possède l'une des densités de généralistes la plus élevée des pays de l'organisation de coopération et de développement

économiques (OCDE)²⁷ et un nombre de médecins généralistes historiquement haut en 2006^{4,28}. Leur mauvaise répartition sur le territoire national est avant tout ce qui explique les difficultés d'accès aux soins. Cinq pour cent de la population étaient concernés par ces difficultés en 2012. Les projections montrent une augmentation de la part de population allant être affectée par ces difficultés²⁹.

1.4.1. Des disparités inter-régionales

Bien que les disparités régionales de densité médicale se soient réduites de 20% en 20 ans (1985-2005), celles-ci persistent²⁹ :

Densités régionales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière

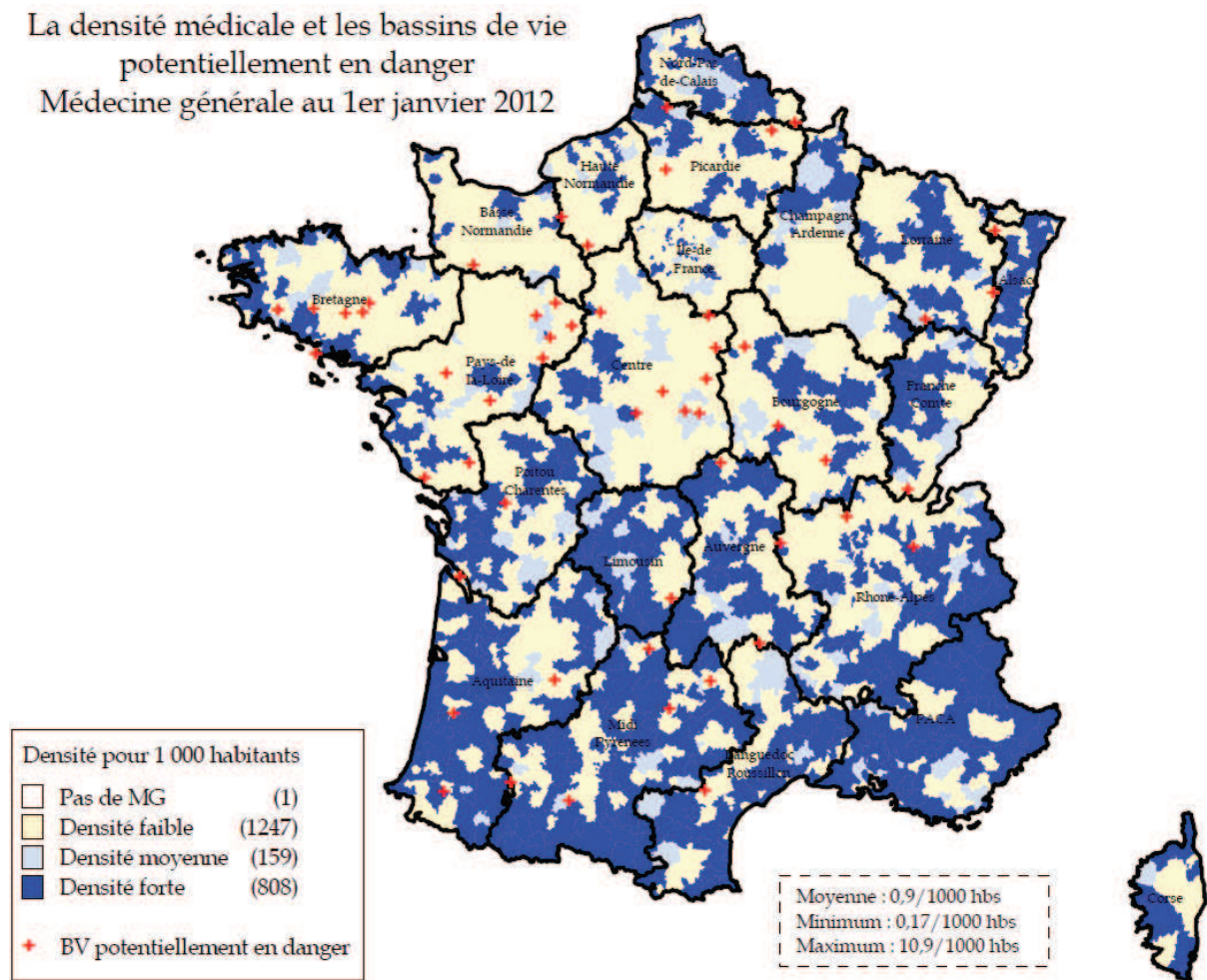


Carte n°1 : issue de l'Atlas de démographie médicale 2012

La répartition à l'échelle nationale des généralistes présente un gradient Nord/Sud, les régions du sud de la France possédant les plus fortes densités médicales. La région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) avait, en 2013, la densité de généraliste la plus élevée (162 généralistes pour 100 000 habitants) et la région Centre la plus faible (115)³.

1.4.2. Des disparités à l'échelle des bassins de vie^d

La densité médicale et les bassins de vie
potentiellement en danger
Médecine générale au 1er janvier 2012



Carte n°2 : issue de l'Atlas de démographie médicale 2012

Cette carte permet de souligner la désertification du milieu rural. Les généralistes se concentrent surtout dans les villes, sur le littoral, le long des frontières.

Les bassins de vie qualifiés de « potentiellement en danger » concernant l'accès aux soins sont présents en majorité au nord de la Loire. Cependant, ils existent aussi dans les régions du Sud de la France, au milieu de bassins de vie à forte densité médicale.

Quatre-vingt-dix pour cent des inégalités de répartition des généralistes libéraux sont entre bassins de vie d'une même région. Une analyse fine de la répartition régionale doit être faite pour aboutir à des solutions locales au problème de la désertification médicale³⁰.

^d Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements de la vie courante (services publics et commerces) et à l'emploi.

1.5. Les moyens utilisés pour améliorer la répartition des médecins

Les pouvoirs publics disposent de 4 outils pour tenter de réguler la répartition des médecins: le *numerus clausus*, la formation médicale, les ECN, les aides financières^{29,30}.

1.5.1. Le numerus clausus

Le *numerus clausus* fut créé en 1972 dans le but de diminuer les dépenses de santé en diminuant le nombre de médecins. Il permet de réguler le nombre de places en deuxième année d'études de médecine. Ce nombre est fixé par arrêté ministériel conjointement entre le ministère de la santé et celui de l'enseignement supérieur.

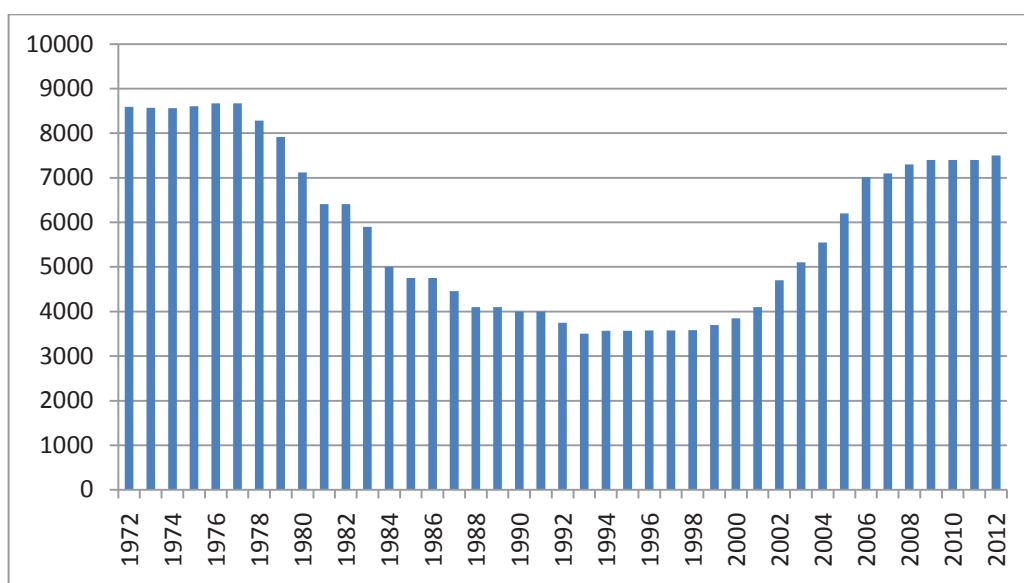


Figure n°6 : Evolution des effectifs du *numerus clausus* (Source : données de l'IRDES (Irdes.fr))

Du fait de la longueur des études de médecine, toute modification du *numerus clausus* ne se voit répercutée sur les effectifs de médecins qu'une dizaine d'années plus tard. Le redressement tardif du *numerus clausus* ne permettra pas de compenser les nombreux départs en retraite des prochaines années. Les augmentations du *numerus clausus* furent plus importantes dans les régions à faible densité médicale pour essayer de diminuer les inégalités inter-régionales^{5,31}.

1.5.2. La formation médicale

1.5.2.1. Durant le deuxième cycle d'études médicales (DCEM)

Une fois le concours de la 1^{ère} année validé, les étudiants en médecine suivent, pendant 5 ans, des cours théoriques assurés par des spécialistes hospitaliers et des stages pratiques à l'hôpital¹³. La majorité des étudiants n'a aucun contact avec la médecine générale. Les pouvoirs publics souhaitent introduire la médecine générale dans leur cursus initial, afin de les inciter à choisir cette discipline pour leur troisième cycle d'études médicales (TCEM). En 2011, seulement 37% des étudiants de DCEM ont suivi le stage d'initiation de 8 semaines à la médecine générale, bien que plusieurs arrêtés ont été publiés (1997, 2006, 2009) pour permettre à tous les étudiants d'y avoir accès¹⁴.

1.5.2.2. Durant le TCEM

Une majorité de jeunes médecins ou internes généralistes souligne l'insuffisance d'enseignement sur la médecine libérale (apprentissage dans la gestion d'un cabinet, tâches administratives...) ^{5,13}. En 2011, 70% des étudiants qualifiés en médecine générale n'ont eu que 6 mois de stage en milieu libéral sur les 36 que dure leur formation¹⁴. Plus de 80% des internes généralistes ignoraient les modalités d'installation en libéral. Ce manque dans leur formation sur la médecine libérale empêche ou retarde une éventuelle installation⁵.

1.5.3. Les ECN

1.5.3.1. Définition

Depuis 2004, tous les étudiants de médecine doivent passer les ECN. Il s'agit d'épreuves nationales qui permettent suivant son rang de classement de choisir son poste d'interne (spécialité et ville de formation).

Le nombre de postes ouverts aux ECN est, théoriquement, en adéquation avec le nombre d'étudiants qui doit les passer. Cependant, des centaines de postes restaient vacants chaque année, la plupart en médecine générale. La principale cause de cette inadéquation était due au fait que des étudiants se faisaient invalider leur dernier stage de DCEM 4 en cas de mauvais classement pour pouvoir repasser le concours l'année suivante. Le décret 2011-954 du 10 août 2011 fut établi dans l'optique de corriger une partie de cette inadéquation : il implique que la validation du dernier stage doit être connue avant le résultat des ECN³².

1.5.3.2. La médecine générale aux ECN

De 2004 à 2011, le nombre de postes d'internes ouverts en Médecine Générale a augmenté progressivement (de 1 841 à 3 930). Le taux de postes pourvus en médecine générale a été relativement faible dans les deux années ayant suivi la création des ECN, pour ensuite augmenter et se stabiliser depuis 2006. Il était de 84% en 2011. Bien que de nombreux postes restent vacants (633 en 2011), le nombre d'affectations continue de croître (+ 364 internes en 2011)³³.

L'année 2012 marque une rupture dans l'organisation des ECN. Le décret 2011-954 et une révision du nombre de postes ouverts en médecine générale ont permis d'améliorer le taux de postes pourvus (95%). C'est la première année où la part des postes ouverts en médecine générale (48%) était inférieure à celle des autres spécialités³².

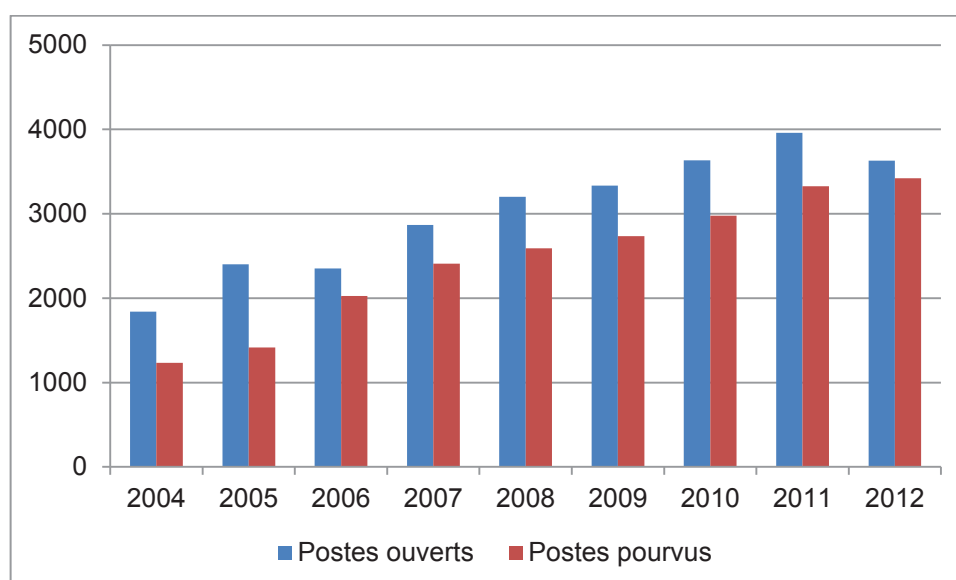


Figure n°7 : Evolution du nombre de postes ouverts/pourvus de médecine générale à l'ECN de 2004 à 2012 (source: DREES)

La majorité des médecins s'installe dans sa région de formation⁴. Le nombre de postes ouverts a été d'avantage majoré dans les régions déficitaires³². Depuis la création des ECN et jusqu'en 2012, la moitié des subdivisions (celles étant les plus déficitaires) n'a pas pourvu tous ses postes de médecine générale^{32,33}.

1.5.4. Les incitations financières

Les autorités ont mis en place depuis plusieurs années un système d'aides financières pour inciter les médecins à s'installer dans les zones déficitaires. Ces aides peuvent prendre différentes formes : bourses d'études en échange de l'engagement à exercer pendant plusieurs années dans une zone déficitaire, exonération temporaire de charge fiscale et/ou d'impôt sur le revenu en cas

d'installation dans ces zones, aides au remplacement^{5,27}. La grande majorité des internes (95% dans certaines études) ne connaît pas ces aides.

En France, le recul n'est pas suffisant pour juger de leur efficacité. L'expérience anglo-saxonne, plus ancienne, montre que ces mesures ont un faible effet à court terme et sont inefficaces à long terme²⁷.

2. LA SITUATION ACTUELLE DE L'OFFRE DE SOINS DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN HAUTE-NORMANDIE

2.1. Effectifs de la population de généralistes haut-normands

Les généralistes en activité régulière étaient au nombre de 2 271 le 1^{er} janvier 2013³. Leurs effectifs ont plus diminué en 5 ans qu'à l'échelon national et sont inégalement répartis entre les deux départements constituant la région³.

	Effectifs en activité régulière	Densité (pour 100 000 habitants)	Variations des effectifs sur 5 ans (2006-2011)	Projections sur les variations des effectifs à 5 ans (2018)
Eure	598	101,2	-4%	-3%
Seine-Maritime	1673	132,8	-6%	-6%
Haute-Normandie	2271	122,7	-6%	-5%
France métropolitaine	88244	139,2	-5%	-4%

Tableau n°1 : Effectifs, densités et variations des effectifs des généralistes en activité régulière en Haute Normandie (Source : Atlas de démographie médicale 2012 et 2013)

La Haute-Normandie est la 3^{ème} région française ayant la plus faible densité de généralistes. L'Eure est le département le moins doté en généralistes de France métropolitaine avec une densité de 101,2 généralistes pour 100 000 habitants en 2013³.

2.2. Caractéristiques de la population de généralistes hauts normands

Les hommes représentaient 59% des effectifs en 2013. La moyenne d'âge des généralistes haut-normands en 2011 était de 53 ans, soit 1 an de plus que la moyenne nationale³⁴.

	< 40 ans	> 60 ans
Eure	11,7%	30,2%
Seine-Maritime	10,6%	24,6%
Haute-Normandie	10,9%	26,2%
France	10,9%	26,9%

Tableau n°2 : Proportions de médecins généralistes en activité régulière selon leur tranche d'âge.
(Source : Atlas de démographie médicale 2012)

La situation de l'Eure est préoccupante : en plus d'être le département français ayant la plus faible densité de généralistes, un tiers de ses généralistes est susceptible de partir en retraite d'ici moins de 5 ans^{4,34}.

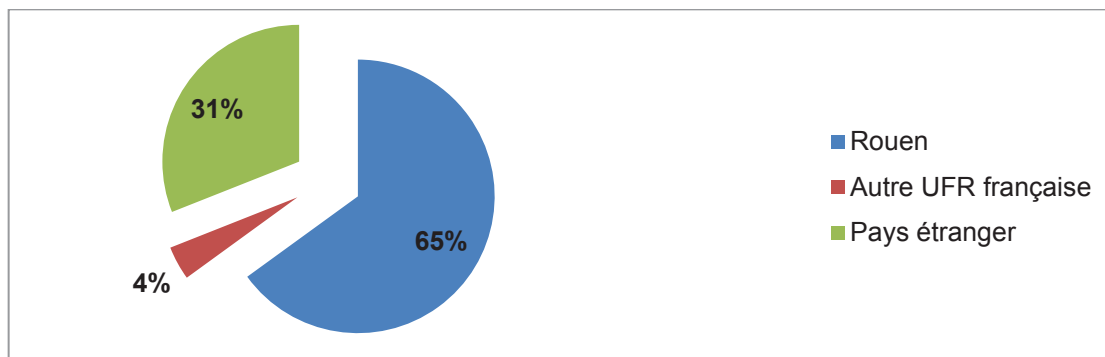


Figure n°8 : Origine du diplôme des médecins inscrits en 2010 en Haute Normandie
(Source : La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie : Situation au 1^{er} juin 2011)

Cette figure montre qu'en 2010, la majorité des médecins (toutes spécialités confondues) nouvellement inscrits en Haute-Normandie était formée à Rouen. Peu de médecins étaient originaires d'autres régions françaises (4%). Presque un tiers des médecins était d'origine étrangère.

2.3. Activités des généralistes haut-normands

Les médecins généralistes en activité régulière ont une activité répartie de la façon suivante :

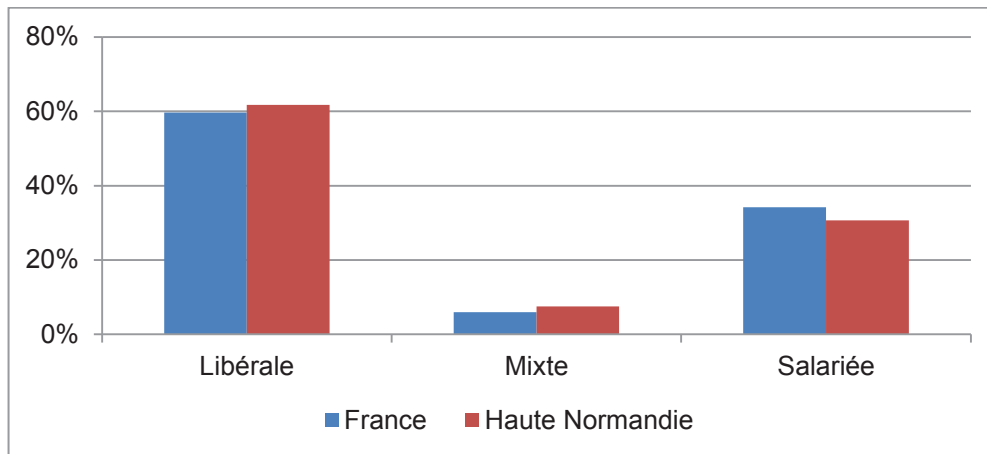
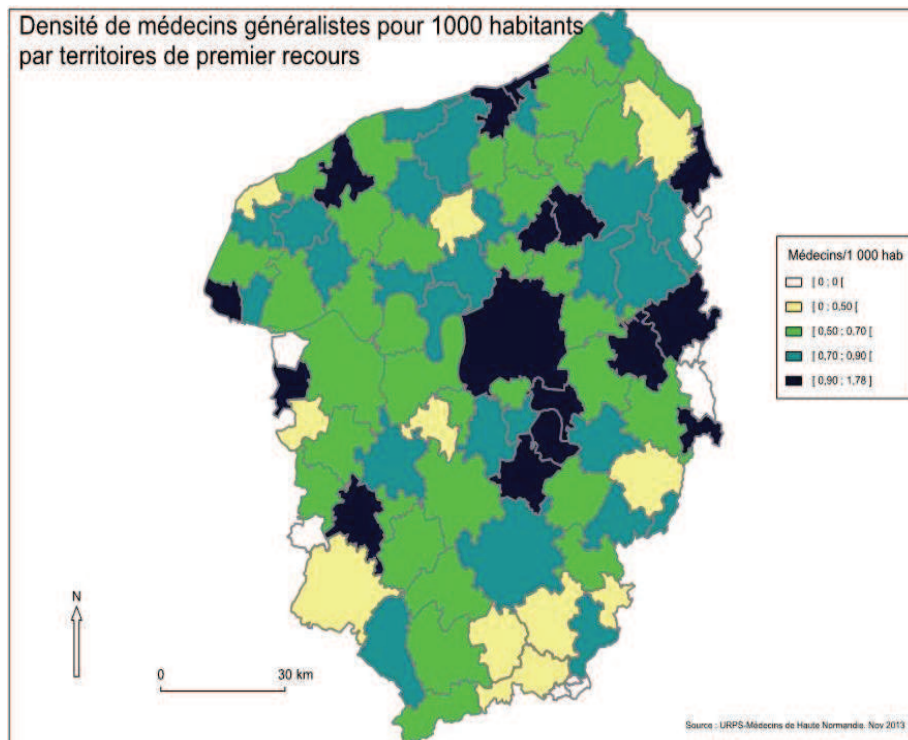


Figure n°9 : Proportions de médecins généralistes en exercice régulier suivant leur type d'activité.
(Source : Atlas de démographie médicale 2012)

En Haute-Normandie, la proportion de généralistes installés est plus importante qu'au niveau national et celle des salariés plus faible.

2.4. Répartition des généralistes libéraux en Haute-Normandie



Carte n°3 : Densités des généralistes libéraux en Haute-Normandie par bassin de vie en 2013
(Source : URPS de Haute Normandie)

Cette carte montre que les généralistes libéraux se concentrent dans les villes (Rouen et son agglomération, Dieppe, Fécamp, Le Havre, Elbeuf, Evreux...) au détriment des bassins de vie ruraux. Le sud de l'Eure présente de nombreux bassins de vie à faible densité voire sans médecin généraliste.

2.5. Les difficultés rencontrées par les généralistes libéraux haut-normands

Des éléments de conclusion d'une étude des CDOM de Haute-Normandie de 2008 sur la santé des médecins libéraux résumaient la situation³⁵ :

« Les généralistes sont moins satisfaits de leurs conditions de travail (58% vs 75%) et souffrent plus d'un manque de reconnaissance par leurs pairs (49% vs 30%) que les autres spécialistes ».

« Les principales causes d'insatisfaction sont la surcharge administrative, puis, l'exigence et le manque de considération de certains patients ».

« Les généralistes ont plus fréquemment des périodes d'épuisement (55%), des pathologies d'ordre psychique (32%) et prennent plus d'antidépresseurs (11%) que les autres spécialistes ».

2.6. La formation médicale à Rouen

2.6.1. Le numerus Clausus

Depuis l'année universitaire 1998-1999, le *numerus clausus* n'a cessé d'augmenter. Il est passé de 94 étudiants à 219 pour l'année 2012-2013³⁶.

2.6.2. Rouen et la médecine générale à l'ECN

Rouen était l'une des 14 subdivisions à ne pas pourvoir depuis plusieurs années ses postes d'internes en médecine générale et se situait loin sous la moyenne nationale^{29,30,31}.

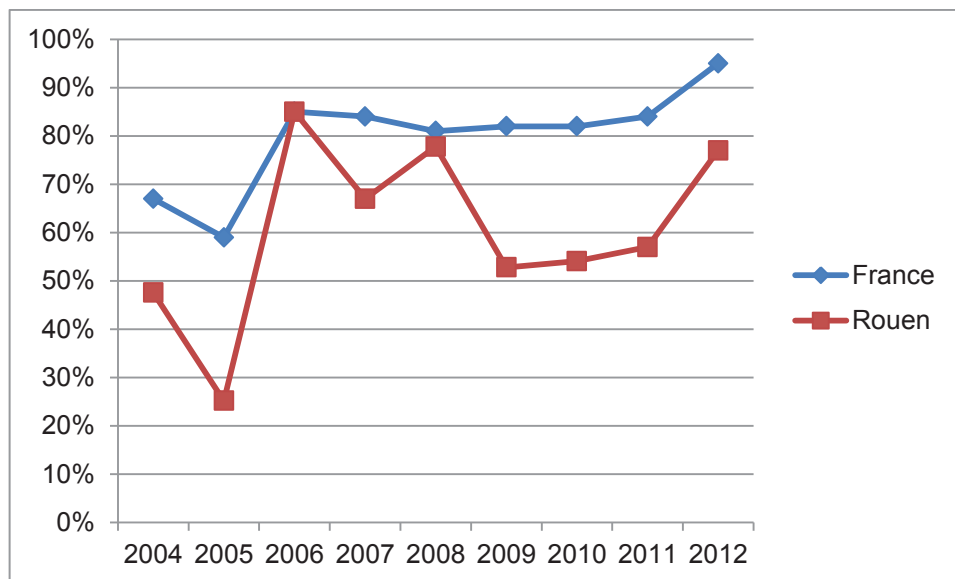


Figure n°10 : Evolution de la proportion de postes pourvus en médecine générale depuis la création de l'ECN à Rouen et au niveau national (Source: DREES)

Rouen n'a pas profité de l'augmentation du nombre de candidats aux ECN, de l'ouverture de nombreux postes en médecine générale et du nouveau décret de 2011 :

- Le nombre de postes pourvus était relativement stable,
- la proportion de postes pourvus à Rouen par rapport au niveau national était en baisse (inférieure à 2,5%)
- la proportion de postes non pourvus à Rouen par rapport au niveau national était stable (10%).

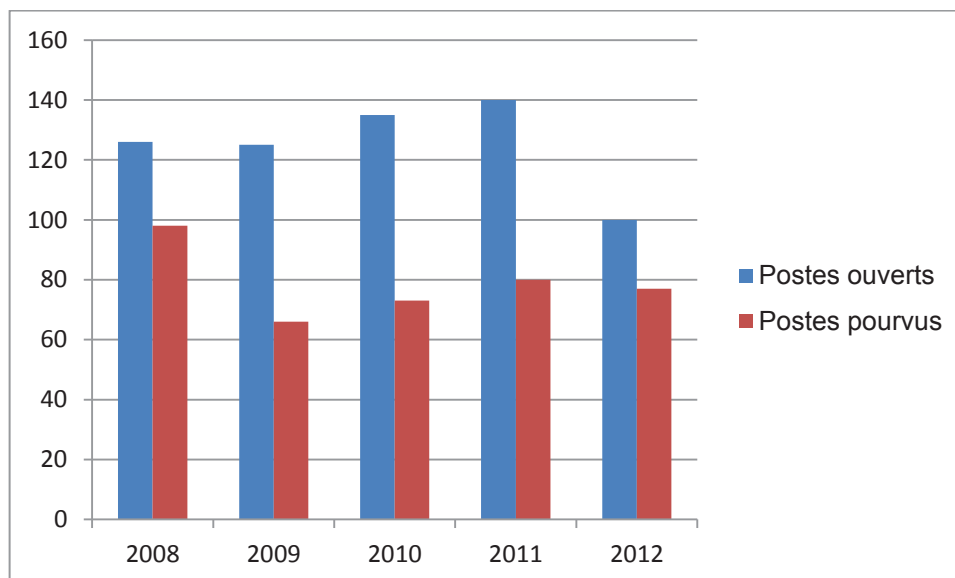


Figure n°11 : Postes de médecine générale à Rouen depuis l'ENC de 2008 (Source : DREES)

	France	Rouen	% des postes rouennais au plan national
2008	2591	98	3,78
2009	2733	66	2,41
2010	2978	73	2,45
2011	3327	80	2,4
2012	3421	77	2,25

Tableau n°3 : Postes pourvus en médecine générale depuis 2008 à l'ENC (Source : DREES)

	France	Rouen	Taux des postes non pourvus à Rouen par rapport au plan national (%)
2008	609	28	4,6
2009	591	59	10
2010	654	62	9,5
2011	634	60	9,5
2012	210	23	11

Tableau n°4 : Postes non pourvus à l'ECN en médecine générale depuis 2008 (Source : DREES)

2.6.3. Une région qui fait fuir ses médecins ?

La Haute-Normandie était la région pour laquelle l'écart entre le nombre de médecins diplômés (toutes spécialités confondues) et les inscrits à l'Ordre sur la période 2001-2008 était le plus fort (- 20,5 %) ³⁶.

La répartition hétérogène des généralistes sur le territoire national est la principale cause des difficultés d'accès aux soins primaires que connaissent certaines zones. Ce phénomène sera amplifié par deux facteurs : la diminution continue des effectifs de généralistes et l'évolution des souhaits de modalités d'exercice des futurs et des jeunes médecins.

La modification de la population de généralistes et les attentes de la nouvelle génération de médecins n'ont pas été pris en compte par les pouvoirs publics. Les mesures qui ont été entreprises pour essayer d'améliorer cette répartition se sont avérées inefficaces.

La Haute-Normandie est l'une des régions les plus déficitaires en généralistes. Elle en formait peu par rapport aux objectifs fixés et était la région française retenant le moins les médecins qu'elle formait. Les généralistes français s'y installant étaient pour la grande majorité formés à Rouen.

Dans ce contexte, sachant que la plupart des médecins s'installant le font dans leur région d'internat, il paraît intéressant d'analyser l'activité et le lieu d'exercice des généralistes formés à Rouen ces dix dernières années.

Cette étude a pour objectif d'étudier l'activité des médecins généralistes ayant débuté leur TCEM en novembre 1999 et l'ayant achevé au plus tard en novembre 2011 à Rouen.

METHODE

1. TYPE D'ÉTUDE

Cette enquête est une étude quantitative descriptive.

2. POPULATION ÉTUDIÉE

La population de médecins étudiée est l'ensemble des résidents et internes de médecine générale formés à la faculté de médecine de Rouen ayant débuté leur troisième cycle d'étude médicale à partir de novembre 1999 et l'ayant achevé au plus tard en novembre 2011.

Les personnes ayant démissionné, changé de faculté ou repassé les ECN ont été exclues.

3. RECUEIL DES DONNÉES

L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute-Normandie (interlocuteurs : M. LEJAL et Mme LOZIER) nous a transmis les fiches d'informations individuelles de la population étudiée. J'ai pu en extraire les informations suivantes : promotions, nom (nom de jeune fille s'il y a lieu), prénom, faculté d'externat d'origine, type et nombre de stages en médecine libérale réalisés.

La scolarité de la faculté de médecine de Rouen m'a transmis la liste des internes ayant débuté un DESC.

Ces données ont été compilées sous forme d'un tableau Excel qui a été transmis à Mme LE BRETON-LEROUVILLOIS, géographe du CNOM. Mme LE BRETON-LEROUVILLOIS a intégré les données suivantes dans le tableau : activité actuelle (avril 2012), qualification, âge d'inscription à l'Ordre.

Le CDOM 76 (Dr BRASSEUR et Mme VERPOEST) a été sollicité pour fournir des données concernant l'activité de certains médecins, inconnus des fichiers informatiques du CNOM.

Seuls les résultats définitifs (effectifs, moyennes et proportions) nous ont été fournis. Malgré nos demandes répétées, le CNOM a refusé de nous transmettre les données complètes de l'étude, même rendues anonymes.

4. ANALYSES STATISTIQUES

Les variables qualitatives ont été analysées sous forme de proportions.

Les variables quantitatives ont été analysées sous forme de moyennes et d'écart-types.

RESULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Quatre cent cinquante-sept médecins ont été inclus dans l'étude.

Vingt et un médecins ont été exclus pour les raisons suivantes :

- 10 démissions
- 8 étudiants ont repassé les ECN et ont changé de spécialité ou de région
- 1 changement de faculté
- 1 interne n'avait pas validé son 6ème semestre
- 1 décès

1.1. Effectifs par promotionⁱ

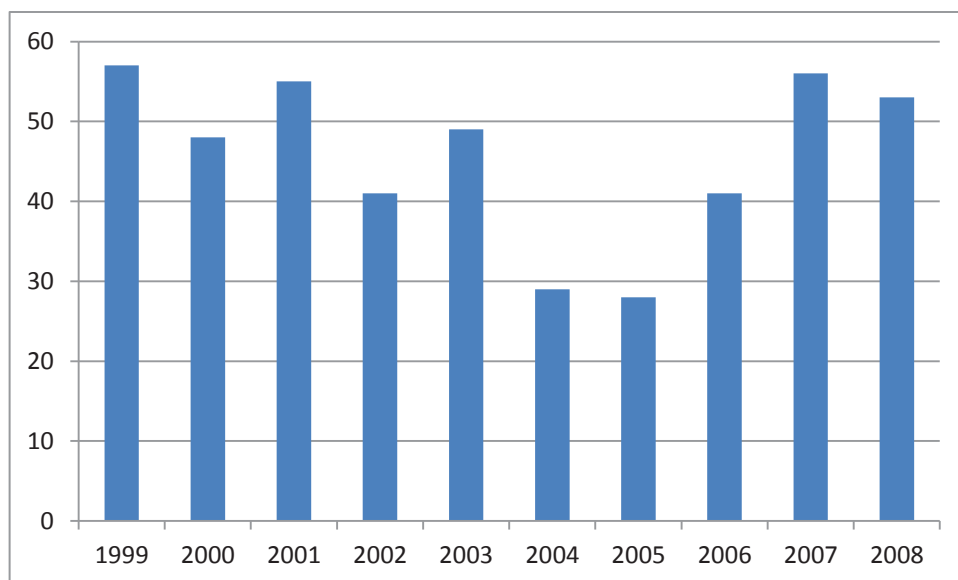


Figure n°12 : Effectifs de médecins par promotion (n=457)

La moyenne est de 46 étudiants par promotion, avec une importante baisse des effectifs en 2004 et 2005 (respectivement 29 et 28 individus).

ⁱ Le terme « promotion » correspond à l'ensemble des étudiants débutant leur internat au mois de novembre de l'année correspondante.

1.2. Genre

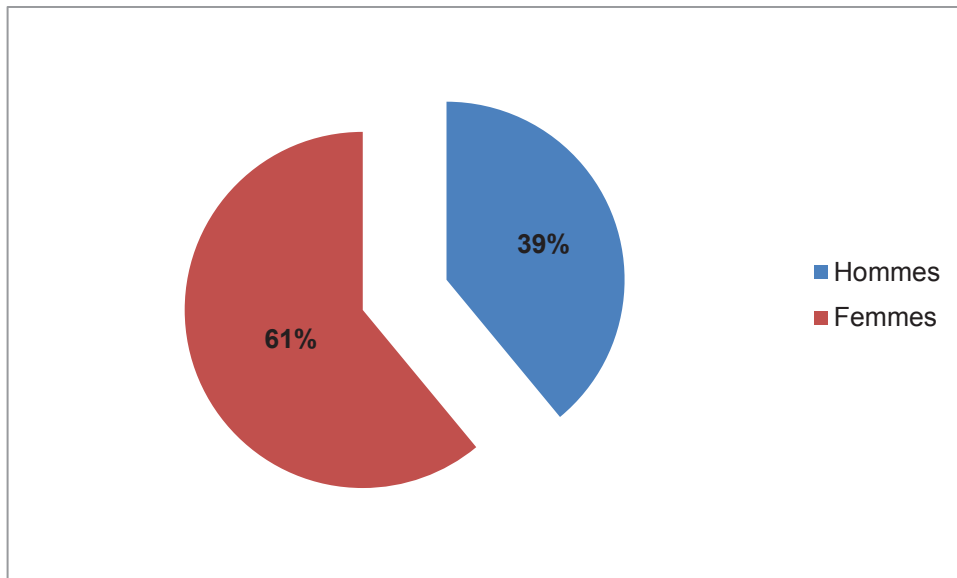


Figure n° 13 : Pourcentages de médecins selon le genre sur l'ensemble de la population étudiée (n=457)

Les femmes sont au nombre de 279 et les hommes 178.

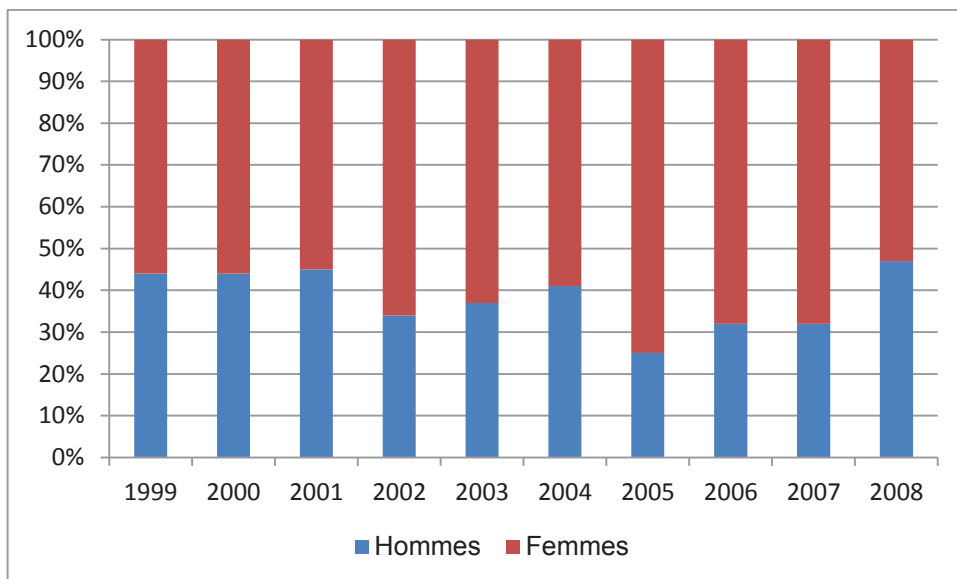


Figure n°14 : Pourcentages de médecins selon le genre par promotion

Le taux de femme est supérieur à 50% quelle que soit la promotion. Son maximum est de 75% pour la promotion 2005 et son minimum de 53% pour la promotion 2008.

1.3. Cursus universitaire

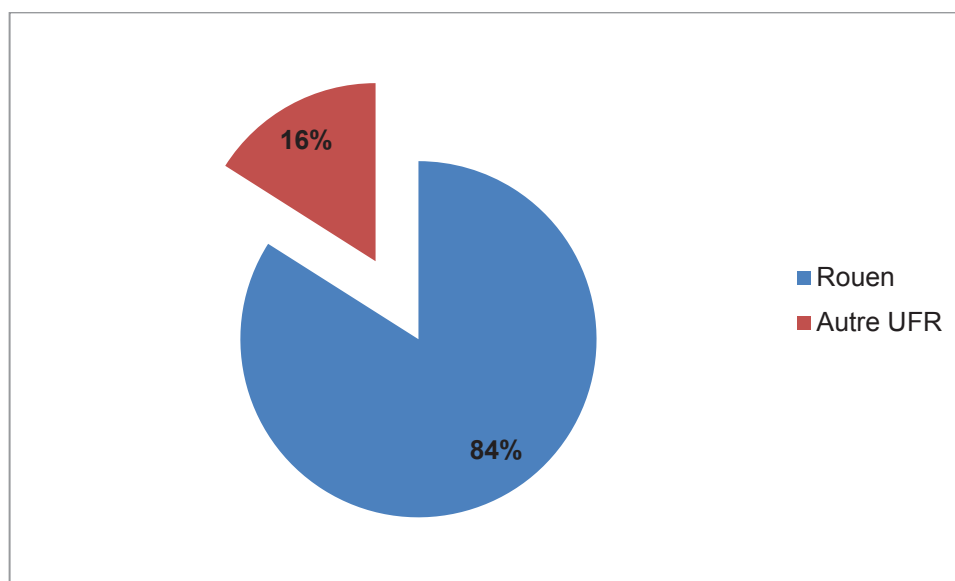


Figure n°15 : Proportions des médecins selon la faculté d'origine (n=457)

Trois cent quatre-vingt-trois médecins ont Rouen pour faculté d'origine et 74 proviennent d'autres Unités de Formation et de Recherche (UFR).

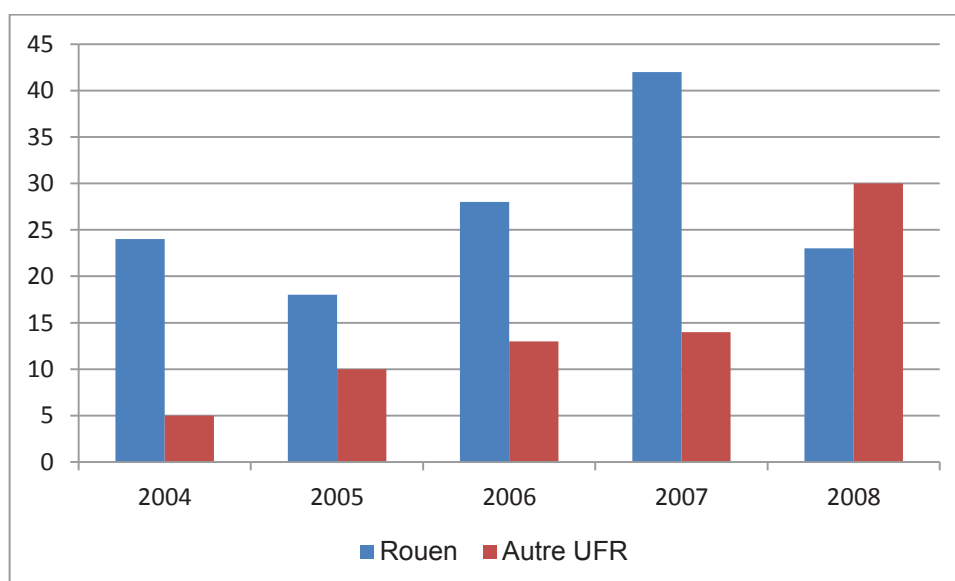


Figure n°16 : Effectifs de médecins selon l'UFR par promotion à partir de 2004 (n=207)

Le nombre de « non-Rouennais » progresse avec les promotions. Si la population étudiée commence à la promotion 2004 (première promotion post ECN), les « non-Rouennais » occupent une place plus importante dans les effectifs de médecins (35%).

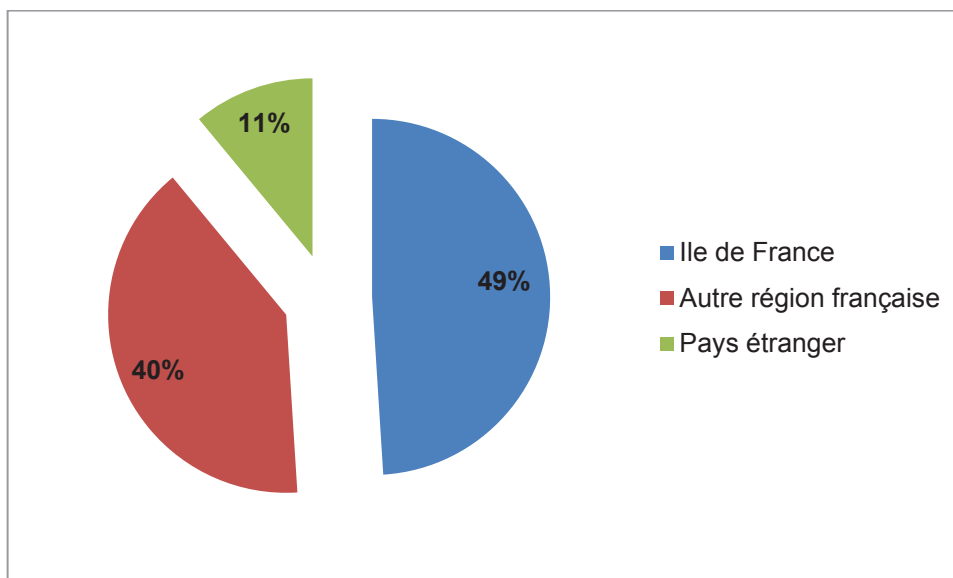


Figure n°17 : Proportions de médecins « non-Rouennais » selon la région d'origine à partir de la promotion 2004 (n=72)

Parmi les « non-Rouennais », les Franciliens sont le groupe le plus important (n= 36, 8% de l'ensemble de la population étudiée), viennent ensuite les internes originaires des autres régions françaises (n=29 ; 6%) et les internes d'origine étrangère (n=9 ; 2%).

1.4. Stages en médecine générale

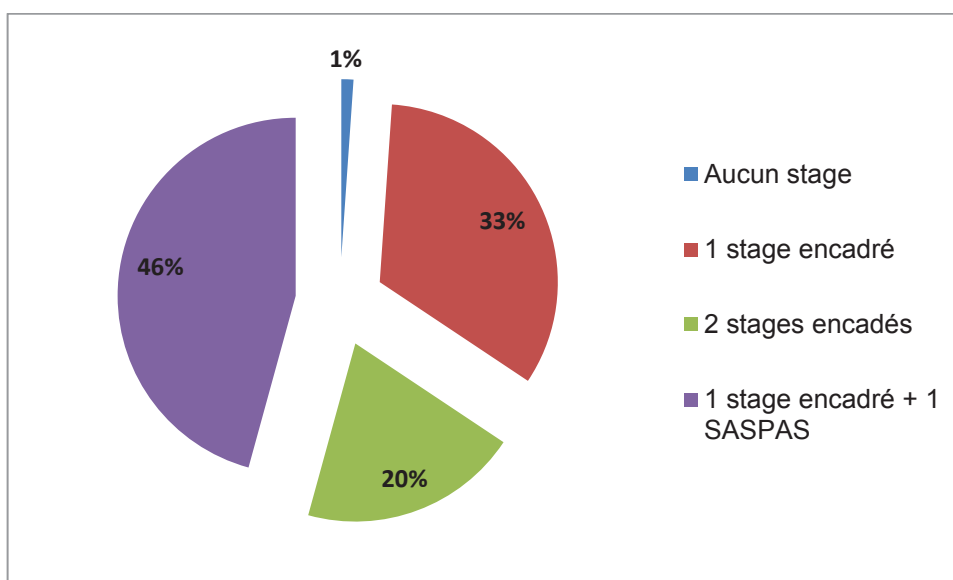


Figure n°18 : Pourcentages de médecins selon le nombre de stages en libéral réalisés (n=457)

Les médecins ayant réalisé un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) (n=209) constituent le groupe le plus nombreux. Soixante-six pour cent des médecins (300/457) ont eu 2 stages en milieu libéral.

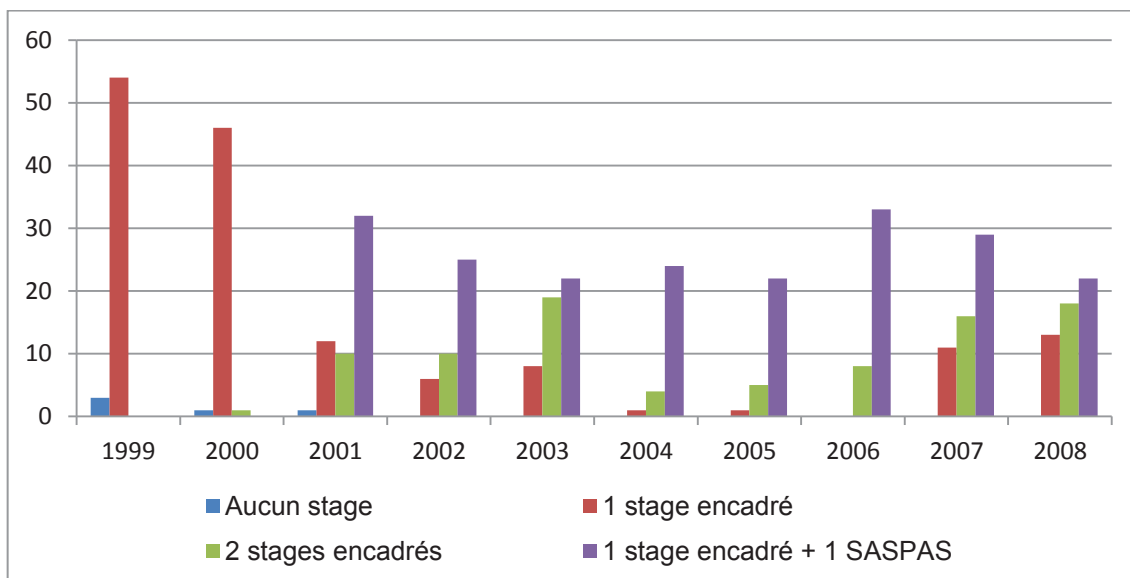


Figure n°19 : Nombres de médecins selon le nombre de stages en libéral réalisé par promotion (n=457)

A partir de la promotion 2001 (première promotion à avoir accès au SASPAS), les médecins ayant réalisé le SASPAS sont les plus nombreux, suivis des médecins ayant réalisé 2 stages encadrés en libéral.

Sur l'ensemble des médecins ayant eu la possibilité de réaliser un SASPAS, à partir de la promo 2001 (209/352), 60% d'entre eux l'ont fait.

A partir de la promotion 2001, 85% (299/352) des étudiants ont réalisé au moins 2 stages en libéral (2 stages encadrés ou 1 encadré et 1 SASPAS).

1.5. Formations complémentaires durant l'internat

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
DESC					2	5	8	4	12	15	46

Tableau n°5 : Nombres de médecins ayant débuté un DESC par promotion (n=46)

A partir de 2003, le nombre de médecins ayant débuté un DESC augmente progressivement. Ils représentent plus d'un quart des effectifs pour la dernière promotion.

Plus de 10% des effectifs ont débuté un DESC. Ce pourcentage passe à 18%, si seuls les médecins ayant eu la possibilité d'en réaliser un sont pris en compte (à partir de la promotion 2003).

Type de DESC	Nombre de médecins	Taux sur l'ensemble des DESC réalisés
Urgence	31	67%
Sport	5	11%
Gériatrie	4	9%
Nutrition	2	4%
Soins palliatifs	1	4%
Médecine légale	1	4%
Cancérologie	1	4%
Vasculaire	1	4%
Total	46	100%

Tableau n°6 : Nombres de médecins selon le type de DESC (n=46)

Le DESC de médecine d'urgence est le plus réalisé.

2. MEDECINS INSCRITS ET NON-INSCRITS AU TABLEAU DE L'ORDRE

2.1. Effectifs

Sur les 457 médecins, 354 (soit 77,5%) sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins et 103 (soit 22,5%) ne le sont pas.

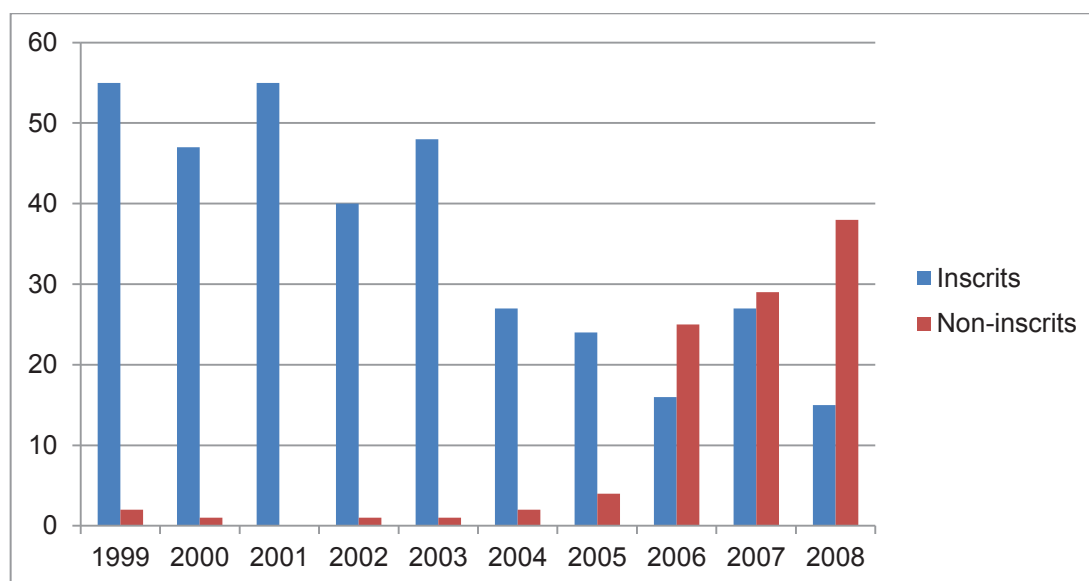


Figure n°20 : Effectifs de médecins inscrits et non-inscrits par promotion (n=457)

A partir de la promotion 2006, le nombre de médecins non-inscrits augmente de façon très importante. Ils sont 2 fois plus nombreux que les inscrits dans la promotion 2008.

2.2. Genre des médecins inscrits à l'Ordre

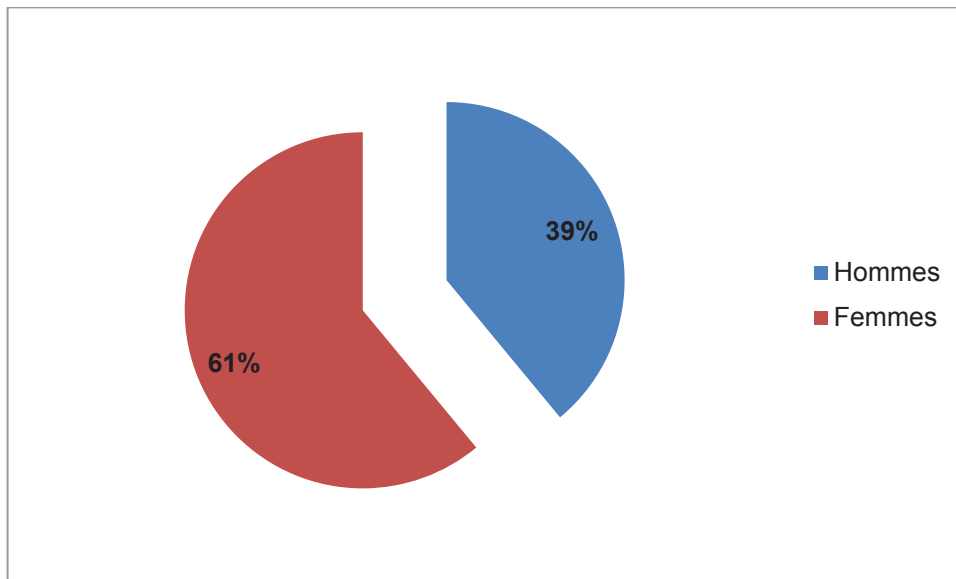


Figure n°21 : Pourcentages de médecins inscrits selon le genre (n=354)

Sur les 354 médecins inscrits à l'Ordre, les femmes sont au nombre de 216 et les hommes 138.

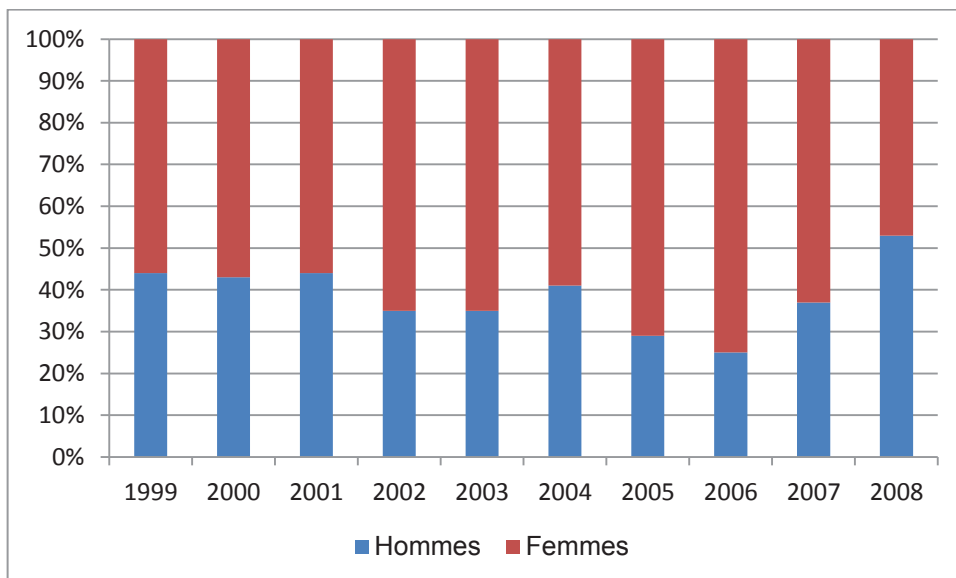


Figure n°22 : Proportions de médecins selon le genre par promotion chez les médecins inscrits

Le taux de femmes est supérieur à 50% pour toutes les promotions sauf celle de 2008. Le maximum est de 75% pour la promotion 2006 et le minimum est de 47% pour la promotion 2008.

2.3. Moyenne d'âge au moment de l'inscription à l'Ordre



Figure n°23 : Age moyen d'inscription à l'Ordre par promotion

Avec l'avancée dans les promotions, l'âge moyen d'inscription à l'Ordre diminue.

2.4. Qualifications des médecins

Quatre-vingt-quinze pour cent des médecins inscrits sont qualifiés en tant que médecin généraliste.

Promotions	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
% de MG	92,7	89,4	98,2	100	95,8	100	91,7	100	92,6	100

Tableau n°7 : Pourcentages de médecins qualifiés « médecin généraliste » par promotion

Discipline	Médecins
MG	338
Pédiatrie	4
Gériatrie	2
Neurologie	2
Psychiatrie	2
Anesthésie-Réanimation	1
Cardiologie et Médecine Vasculaire	1
Gastro-entérologie	1
Oncologie	1
Ophthalmologie	1
Radiothérapie	1

Tableau n°8 : Nombres de médecins selon leur qualification parmi les effectifs inscrits au tableau de l'Ordre

Le panel de qualifications que notre population présente est très varié.

3. ACTIVITE

3.1. Activité de l'ensemble de la population étudiée

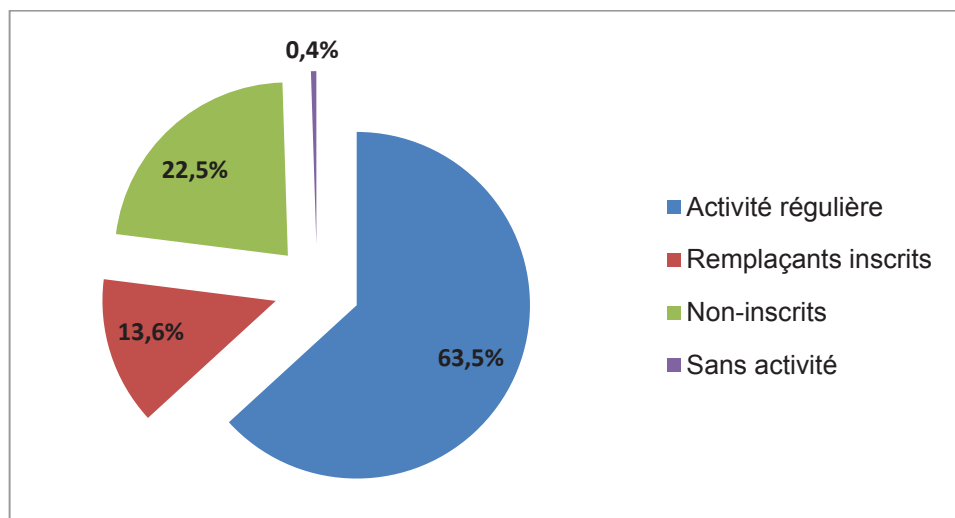


Figure n°24 : Pourcentages de médecins selon le type d'activité (n=457)

Les médecins ayant une activité régulière représentent presque les deux tiers des effectifs (n=290). Les médecins non-inscrits constituent le second groupe en termes d'importance des effectifs (n=103) avec plus d'un cinquième d'entre eux. Les remplaçants inscrits sont au nombre de 62. Si l'on considère que les médecins non-inscrits ont une activité de remplacement, celle-ci concernerait alors plus d'un tiers des médecins.

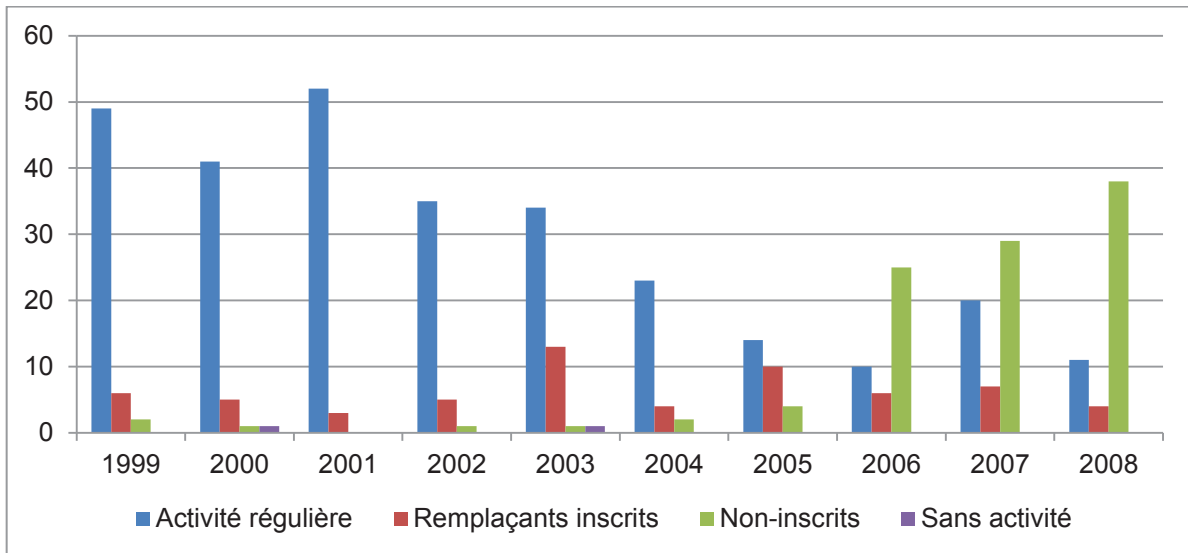


Figure n°25 : Nombres de médecins selon le type d'activité par promotion (n=457)

Le nombre de médecins en activité régulière diminue progressivement. Le nombre de remplaçants inscrits est relativement stable chaque année (moyenne de 6 par promotion). Le nombre de médecins non-inscrits croît fortement à partir de la promotion 2006 (de 27 en 2006 à 38 en 2008).

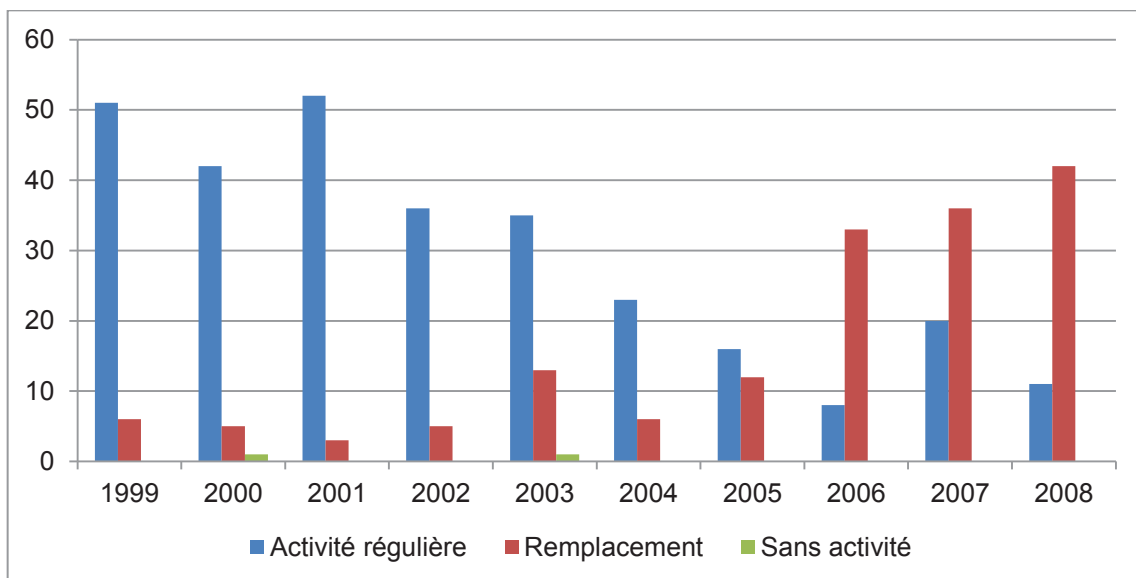


Figure n°26 : Nombres de médecins selon le type d'activité par promotion (remplaçants inscrits et médecins non-inscrits regroupés) (n=457)

En considérant que les médecins non-inscrits ont une activité de remplacement, le remplacement devient alors l'activité principale à partir de la promotion 2006.

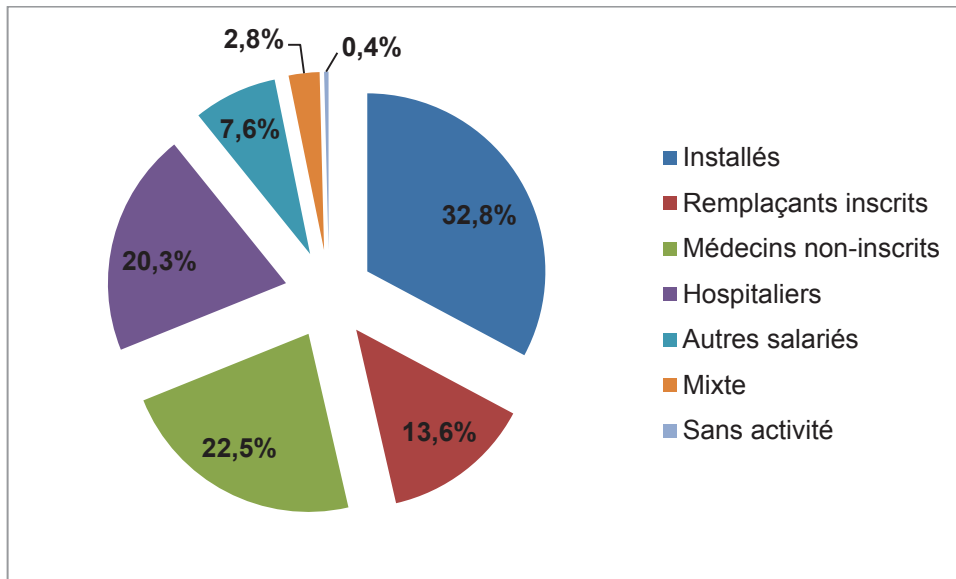


Figure n°27 : Pourcentages de médecins selon l'activité parmi l'ensemble de la population étudiée (n=457)

Les trois principaux groupes sont respectivement les médecins installés en libéral, les médecins non-inscrits et les hospitaliers.

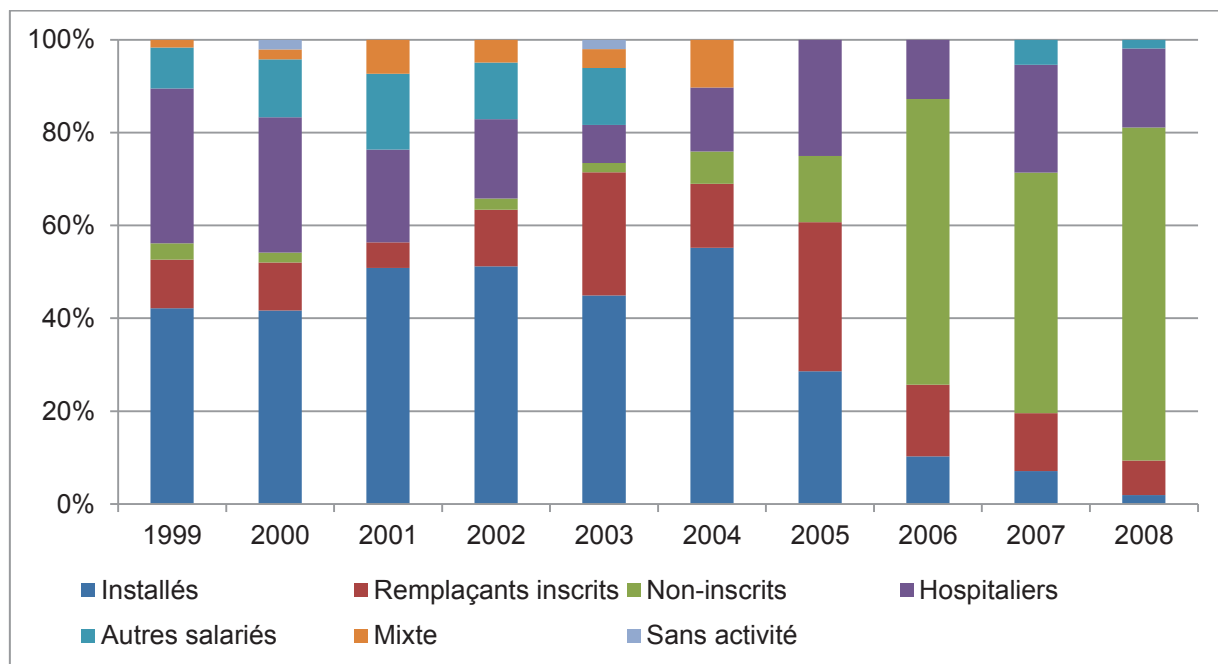


Figure n°28 : Proportions de médecins selon le type d'activité et par promotion

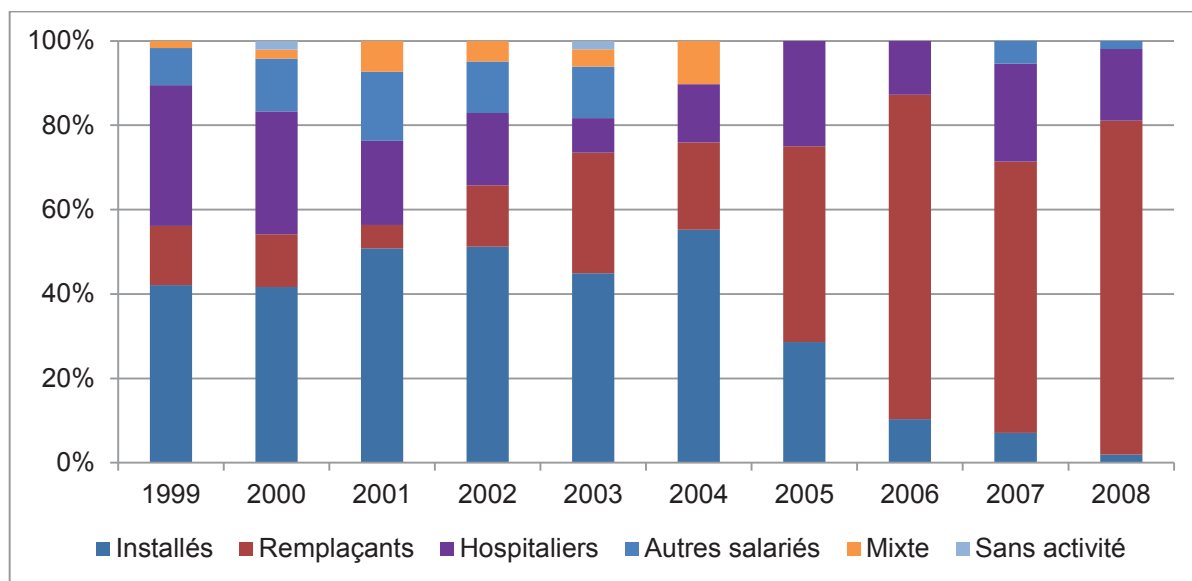


Figure n°29 : Proportions de médecins selon le type d'activité et par promotion (remplaçants inscrits et médecins non-inscrits regroupés)

En considérant que les médecins non-inscrits ont une activité de remplacement, la proportion de médecins ayant une activité libérale augmente avec les promotions (56% pour la promotion 1999 et 79% pour la promotion 2008) : la forte croissance de la part des remplaçants compense la diminution des installés.

3.2. Evolution des effectifs par promotion et par type d'activité

- Installés

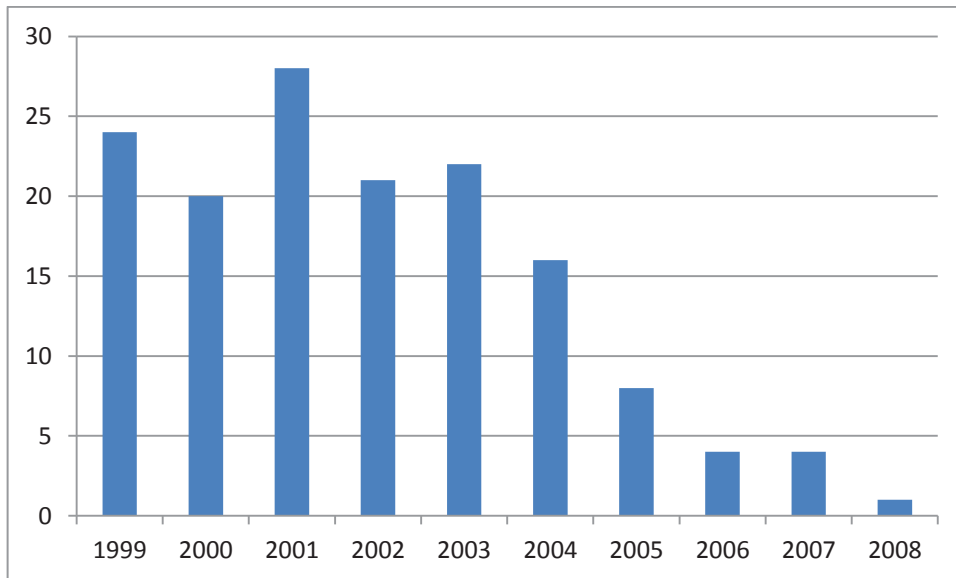


Figure n°30 : Effectifs des médecins installés par promotion (n=148)

Le nombre des médecins installés diminue à partir de la promotion 2004.

- Remplaçants inscrits

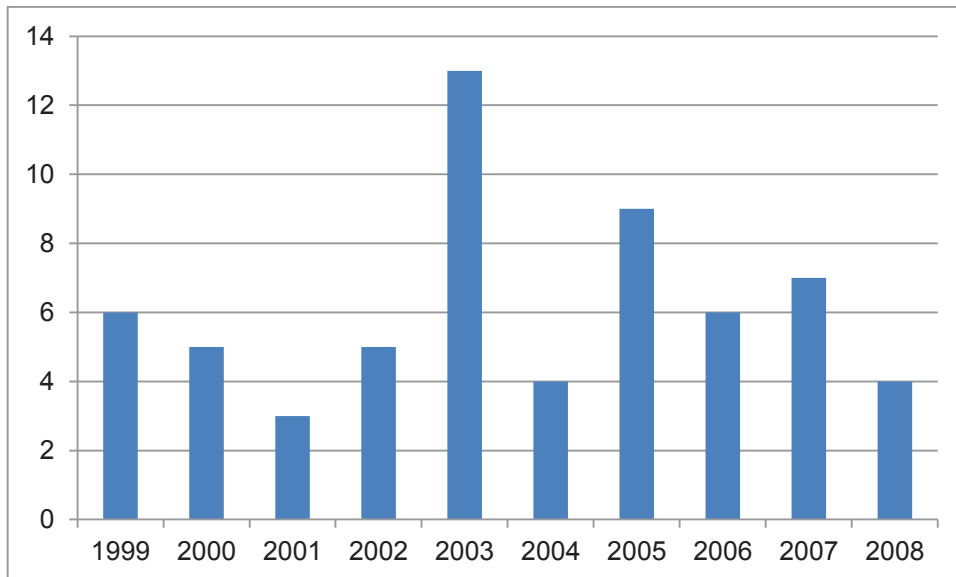


Figure n°31 : Effectifs des remplaçants inscrits par promotions (n=62)

Excepté le pic de la promotion 2003, le nombre de remplaçants inscrits peut être considéré comme stable sur toutes les promotions (6 en moyenne).

- Médecins non-inscrits

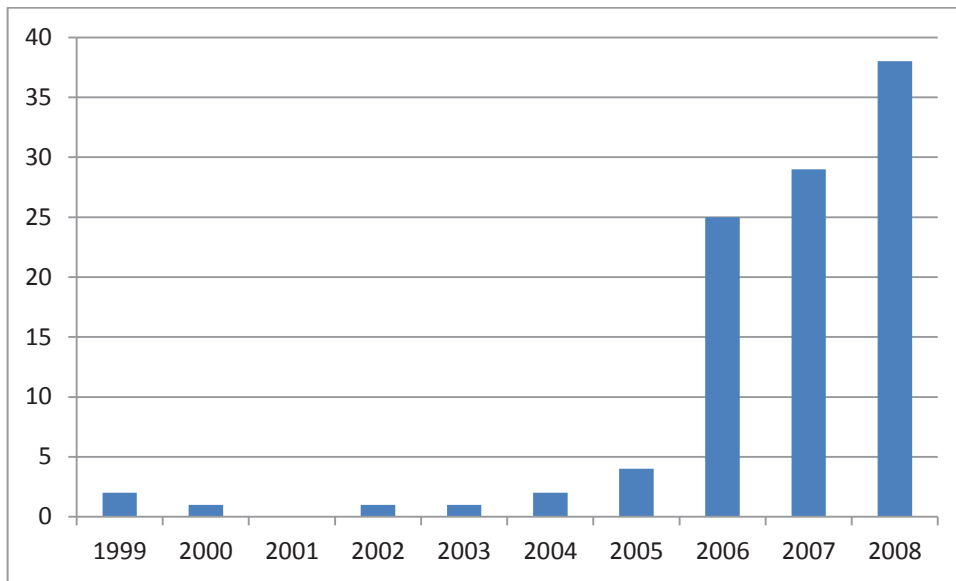


Figure n°32 : Effectifs des médecins non-inscrits par promotion (n=103)

Le nombre de médecins non-inscrits augmente fortement à partir de la promotion 2006.

- Hospitaliers

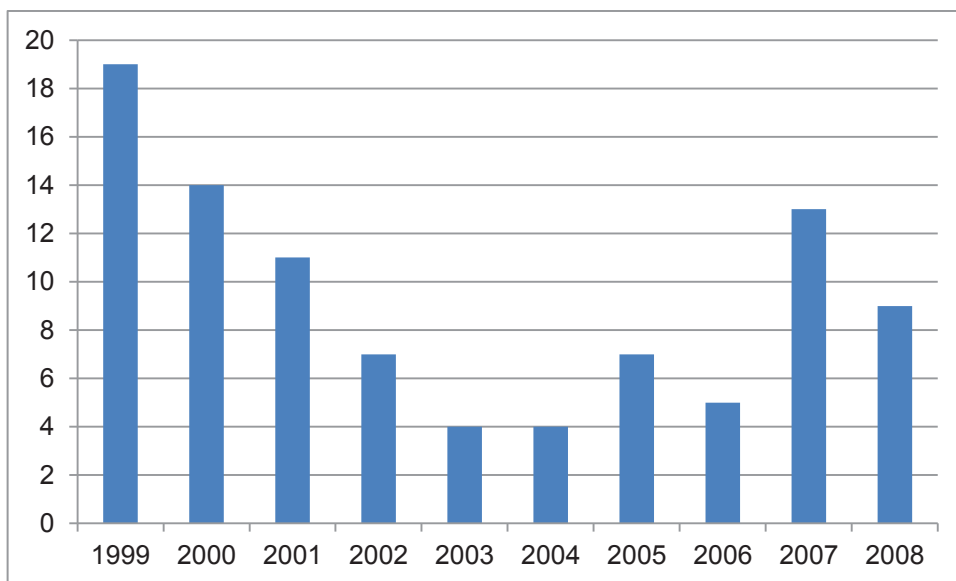


Figure n°33 : Effectifs des hospitaliers par promotion (n=93)

Le nombre de médecins hospitaliers est plus important dans les 3 plus anciennes et les 2 plus récentes promotions.

- Salariés non hospitaliers

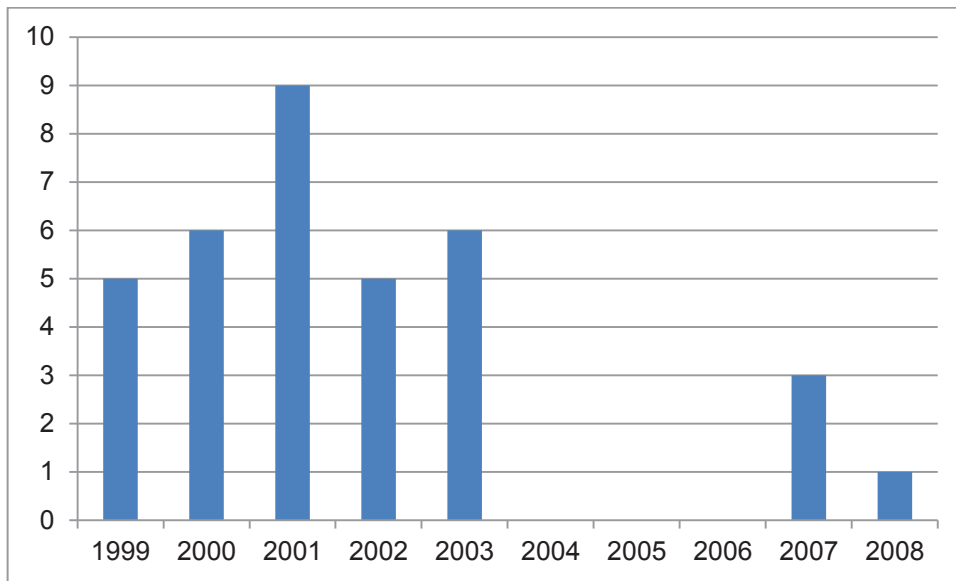


Figure n°34 : Effectifs des médecins salariés non hospitaliers par promotion (n=35)

Les salariés non hospitaliers sont plus nombreux dans les premières promotions.

- Médecins ayant une activité mixte

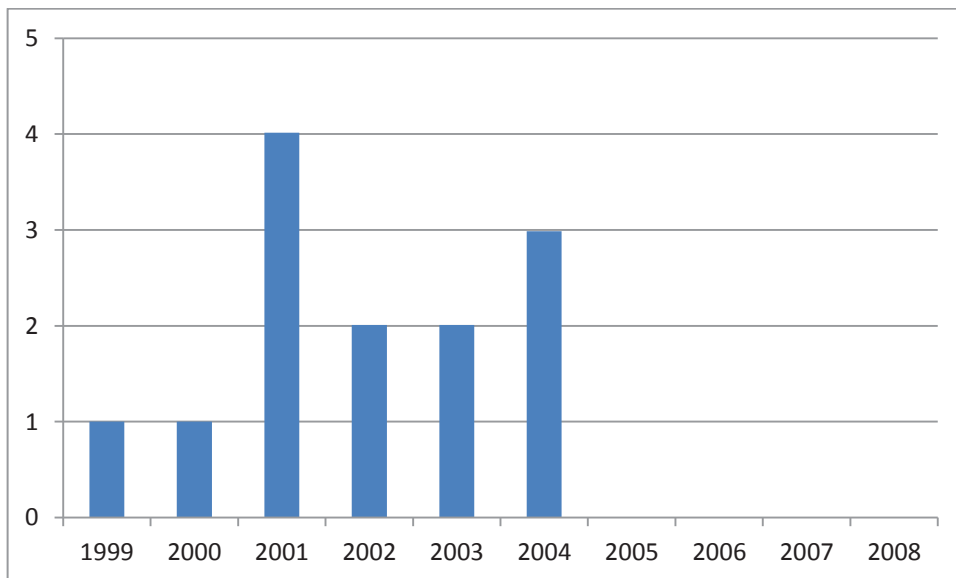


Figure n°35 : Effectifs des médecins ayant une activité mixte par promotion (n=13)

Les médecins ayant une activité mixte sont présents seulement sur les 6 premières promotions.

3.3. Activité des médecins inscrits au tableau de l'Ordre

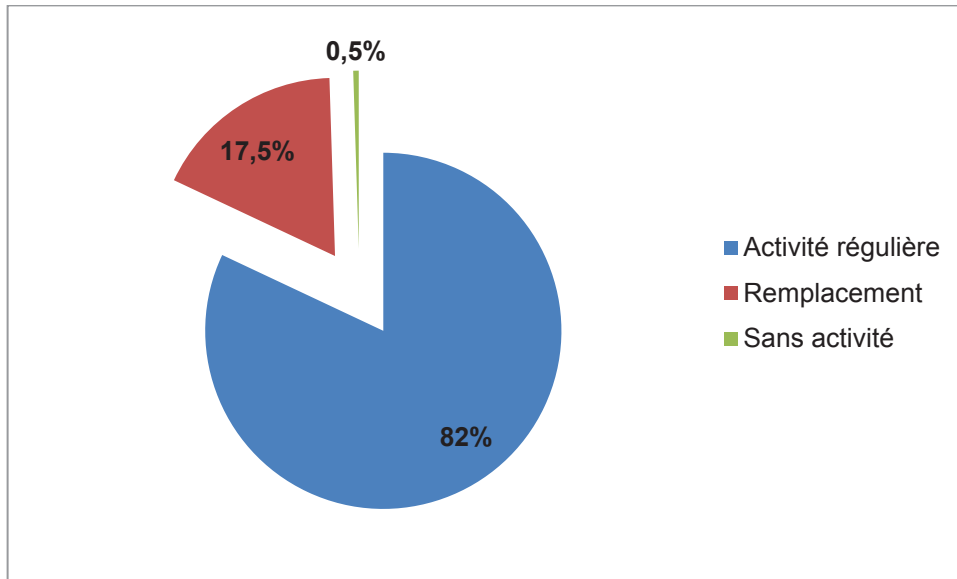


Figure n°36 : Proportions de médecins inscrits au tableau de l'Ordre selon leur type d'activité (n=354)

Une très grande majorité des médecins inscrits au tableau de l'Ordre a une activité régulière (n=290). Moins d'un cinquième de l'ensemble des médecins inscrits a une activité de remplacement (n=62).

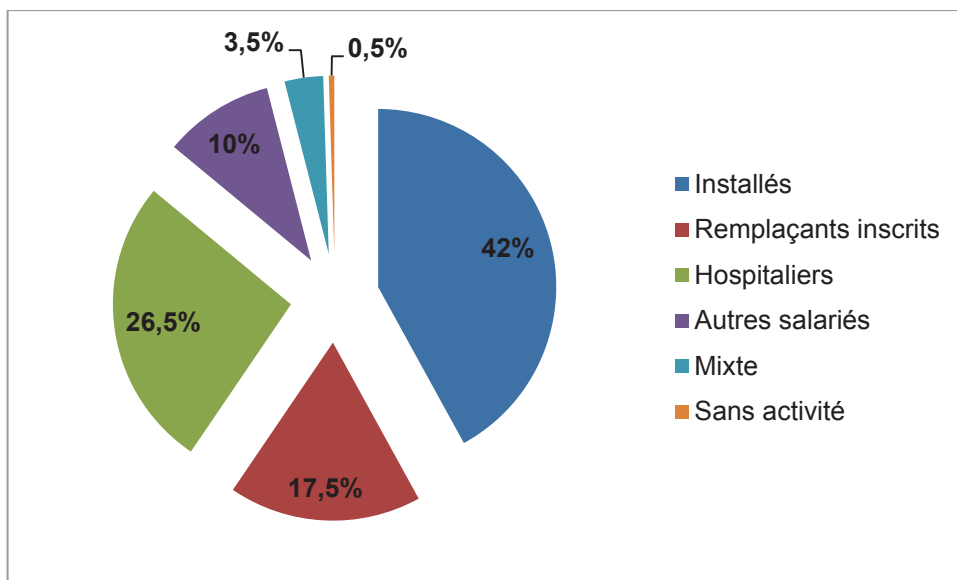


Figure n°37 : Proportions de médecins selon le type d'activité chez les médecins inscrits (n=354)

Chez les inscrits, la majorité des médecins est installée (n=148). Les médecins hospitaliers constituent le second groupe avec plus d'un quart des effectifs (n=93). Les remplaçants inscrits, avec 62 médecins représentent moins d'un cinquième des

effectifs des médecins inscrits. Les salariés non hospitaliers sont 36 et les médecins ayant une activité mixte 13.

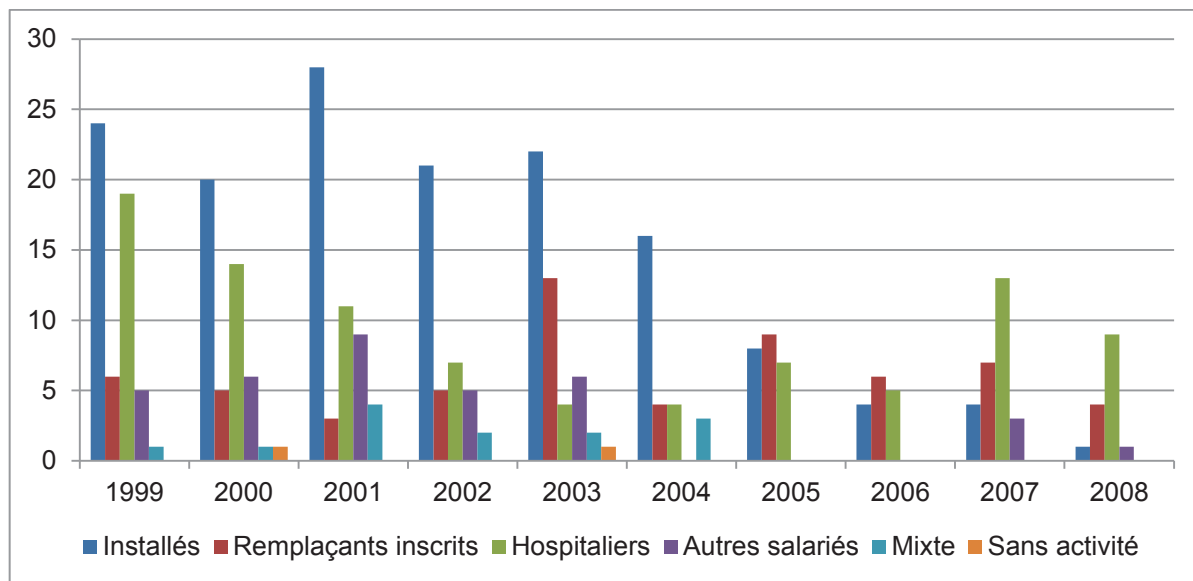


Figure n°38 : Nombres de médecins selon le type d'activité par promotion chez les médecins inscrits (n=354)

Les médecins installés sont les plus nombreux sur les 6 premières promotions puis leur nombre diminue rapidement.

Le nombre de médecins hospitaliers est important dans les 3 premières et les 2 dernières promotions. Dans ces dernières, les hospitaliers sont le groupe le plus important.

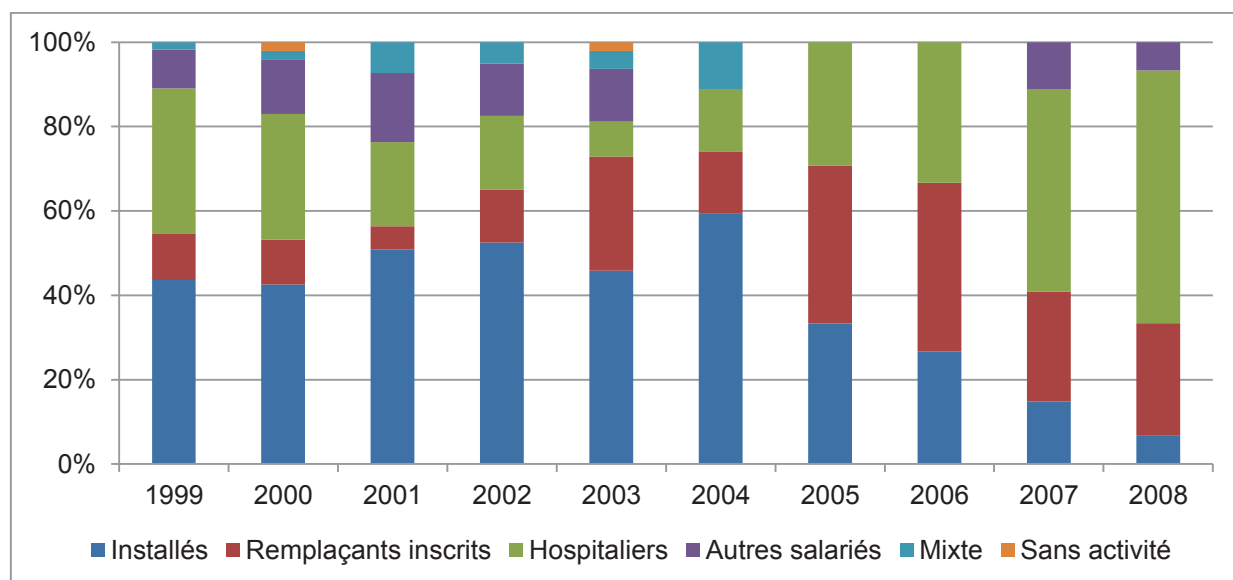


Figure n°39 : Pourcentages de médecins selon le type d'activité par promotion chez les médecins inscrits

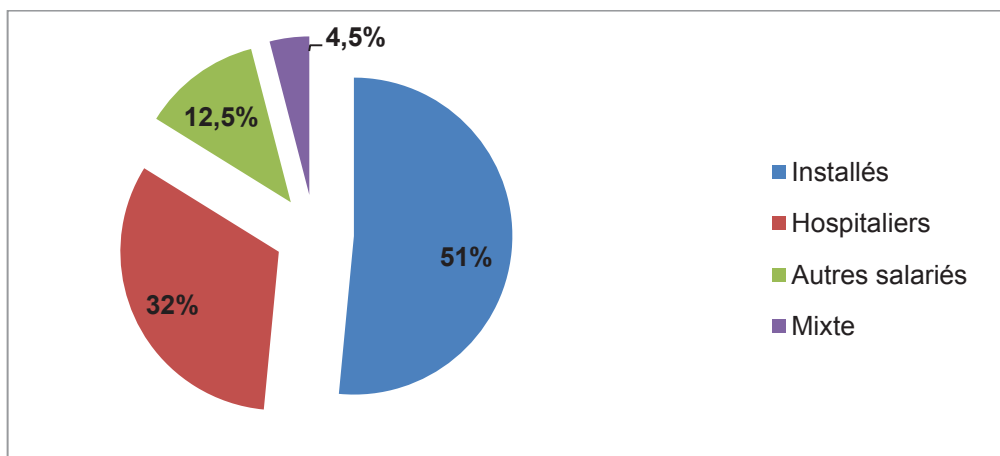


Figure n°40 : Pourcentages de médecins selon l'activité parmi les médecins en activité régulière (n=290)

L'effectif de médecins en activité régulière ayant une activité libérale exclusive n'est supérieur que de 15 individus par rapport à celui des salariés exclusifs.

Fonction	Effectifs	% de médecins
Cabinet	119	41
Collaborateur	27	9,3
Assistant des hôpitaux	22	7,6
PH	20	6,9
Praticien contractuel	19	6,6
Associé en exercice de SCP ou SEL	16	5,5
Médecin de PMI	12	4,1
Chef de clinique assistant des hôpitaux / assistant hospitalier-universitaire	11	3,8
Praticien attaché ou praticien attaché associé	10	3,4
Salarié en établissement de santé (public ou privé) ou réseau de santé (HAD)	10	3,4
Autre statut hospitalier	9	3,1
Autre médecine salariée avec soin	6	2,1
Médecin conseil	2	0,7
Administration publique d'Etat ou de collectivité (temps plein)	1	0,3
Médecin coordonnateur	1	0,3
Médecin de transfusion (temps plein)	1	0,3
Médecin en centre de santé hors centre municipal (temps partiel)	1	0,3
Médecin territorial	1	0,3
Médecine de soins salariée en institution médico-sociale (temps plein)	1	0,3
Organisme de recherche public ou à but non lucratif (temps plein)	1	0,3
TOTAL	290	99.6

Tableau n°9 : Nombres et proportions de médecins selon leur fonction chez les médecins en activité régulière (n=290)

Cinquante-six pour cent des médecins en activité régulière (162/290) sont susceptibles de procurer des soins primaires (Installés, collaborateurs, SCP/SEL).

3.4. Lieu d'exercice

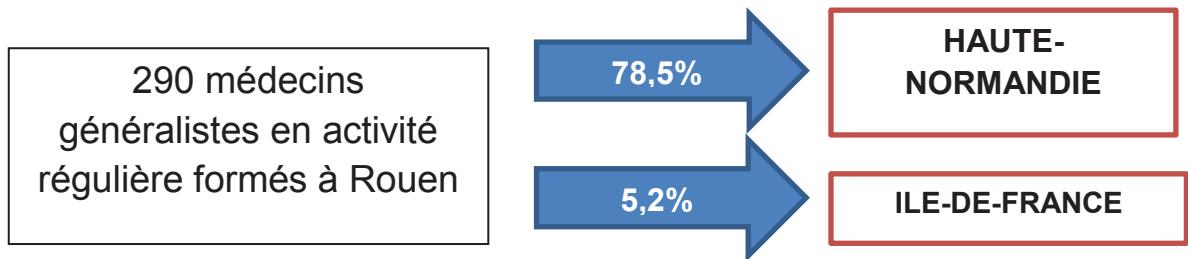
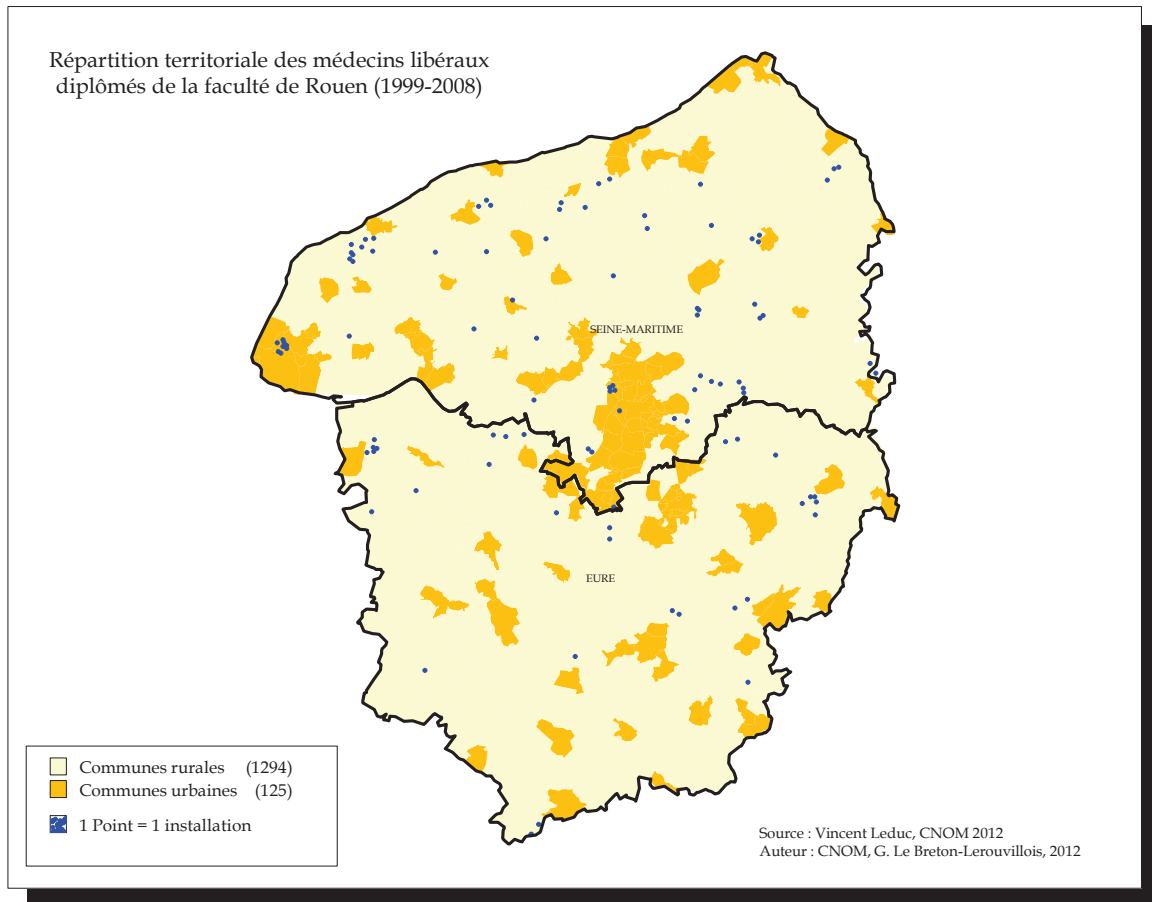


Figure n°41 : Principales régions d'exercice des médecins en activité régulière

Concernant les médecins en activité régulière, ils exercent majoritairement en Haute-Normandie (78,5% d'entre eux ; n=227)). Vient ensuite l'Île-de-France où 5,2% d'entre eux y travaillent (n=15).

Concernant les remplaçants inscrits au tableau de l'Ordre, 62,9% d'entre eux ont leur licence en Haute-Normandie (n=39) et 9,1% en Île-de-France (n=6).

Quatre-vingt-six pourcents des installés libéraux travaillent en groupe.



Carte n°4 : Communes d'installation des médecins généralistes en Haute Normandie

La majorité des médecins s'est installée dans des communes rurales et en Seine-Maritime. (95 installations : 66 en Seine-Maritime et 29 dans l'Eure)

Quatre-vingt-six pour cent des installations libérales ont eût lieu dans des communes de moins de 20000 habitants.

DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DES RESULTATS

1.1. Caractéristiques de la population :

Quatre cent cinquante-sept médecins généralistes ont été formés à Rouen sur 10 promotions à partir de novembre 1999.

Les femmes représentaient 61% des effectifs.

Le nombre de médecins n'ayant pas Rouen pour UFR d'origine crût de façon continue depuis la mise en place des ECN. Ils représentaient 57% des effectifs de la dernière promotion (2008).

1.2. Formation :

A partir de la promotion 2001, 85% des médecins ont eu 2 stages chez le praticien.

Le nombre de médecins réalisant un DESC crût avec les promotions : ils étaient 28% en 2008.

1.3. Activité :

Les médecins installés représentaient 32,8% de la population étudiée, les salariés 27,9%, les médecins non-inscrits à l'Ordre 22,5%, les remplaçants inscrits 13,6%, les médecins ayant une activité mixte 2,8% et les médecins sans activité 0,4%.

Parmi les inscrits à l'Ordre, les médecins installés ayant une activité libérale exclusive représentaient 42% des effectifs, les salariés exclusifs 36,5%, les remplaçants 17,5%, les médecins ayant une activité mixte 3,5% et les médecins sans activité 0,5%.

Quatre-vingt-six pour cent des médecins installés exerçaient en groupe.

Les médecins en activité régulière étaient 78,5% à exercer en Haute-Normandie.

Quatre-vingt-six pour cent des médecins installés l'étaient dans une commune de moins de 20000 habitants.

2. DISCUSSION DE LA METHODE :

2.1. Force :

Cette thèse constitue un travail original à l'échelle nationale sur l'étude du devenir de 10 promotions de généralistes formés par un DMG. Notre étude, contrairement à la plupart des thèses sur l'activité des généralistes, ne repose pas sur des données déclaratives, mais sur des données factuelles. Elle a nécessité la collaboration de l'ARS de Haute-Normandie, du CNOM, du CDOM 76 et de la scolarité de la faculté de médecine de Rouen.

2.2. Biais potentiels :

Cette thèse avait à l'origine 2 objectifs : obtenir une image de l'activité des généralistes formés à Rouen et analyser cette activité en fonction de plusieurs facteurs, tels que le genre du médecin, le type de stages réalisés, l'UFR d'origine... Les résultats transmis par le CNOM ne nous ont pas permis de réaliser le deuxième objectif.

Les données concernant les DESC réalisés sont la liste des médecins en ayant débuté un. Nous ne savons pas si tous ont été achevés.

3. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS :

3.1. Caractéristiques de la population

3.1.1. Effectifs

Quatre cent cinquante-sept médecins généralistes ont été formés à Rouen sur 10 ans. La majorité a été formée sur les 5 promotions précédant les ECN (250/207). Trois cent soixante-douze postes ont été ouverts à Rouen pour l'ensemble des promotions de 2004 à 2008. Deux cent sept médecins ont été formés à partir de ces promotions soit 56% de l'effectif théorique maximal alors que le pourcentage était de 76% de postes pourvus au plan national sur cette même période. Pour les promotions 2004 et 2005 à Rouen, le pourcentage de médecins formés était encore plus faible : 33%.

La vacance des postes de médecine générale à Rouen était liée à 2 facteurs : le faible attrait des étudiants pour la médecine générale et le faible attrait pour la Haute-Normandie^{32,33}. Les régions du pourtour du bassin parisien, dont la Haute-Normandie fait partie, sont celles les moins attrayantes de France pour les internes et médecins. Les inconvénients propres à la Haute-Normandie sont un climat peu attrayant, un

taux de chômage parmi les plus élevées de France et une part réduite des emplois dits « qualifiés » par rapport à la moyenne nationale⁴⁰ (rappel : les conjoints des médecins appartiennent le plus souvent à la catégorie des cadres supérieurs ou assimilés).

La correction de l'inadéquation entre postes ouverts et pourvus aux ECN, ainsi que l'amélioration de l'accessibilité au stage en médecine générale durant le DCEM commencent, a priori, à porter leur fruit : 100 étudiants ont choisi Rouen comme ville de formation pour leur internat de médecine générale en 2013⁴¹.

3.1.2. Le genre

Le pourcentage de femmes dans notre population était de 61%. Nous pouvons considérer que cette situation était comparable à la situation nationale. Le tableau ci-dessous compare le taux de femmes internes en médecine générale à Rouen et de la moyenne française.

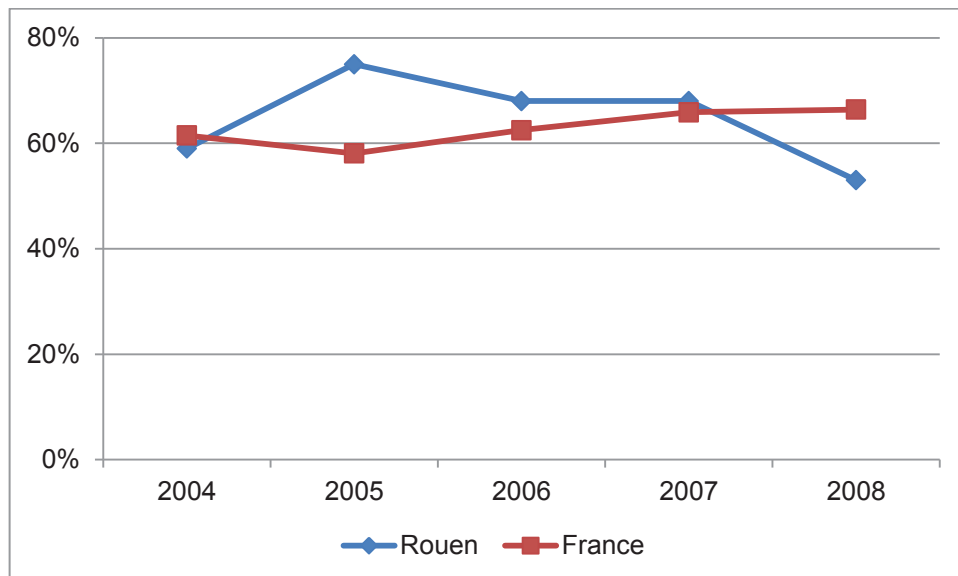


Figure n°42 : Evolution de la proportion de femmes dans les promotions de médecine générale depuis la mise en place de l'ENC (Source : DREES)

3.1.3. Faculté d'origine

Notre étude montre que depuis 2004, le nombre et la proportion des internes n'ayant pas Rouen pour faculté d'origine augmentaient. Ils représentaient 57% des effectifs de la promotion 2008.

Les résidents de médecine générale d'une région étaient quasiment tous originaires de cette même région. Les ECN ont permis aux nouveaux internes de médecine générale d'être mobiles au même titre que ceux des autres spécialités. La mobilité des internes a augmenté de façon continue de 2004 à 2011. Les internes de

médecine générale étaient les moins mobiles de tous (41% de mobilité en 2008 vs 61% pour les autres spécialités). Soixante-quinze pour cent des internes généralistes à avoir été mobiles l'ont fait sous forme de « mobilité choisie » (l'interne a choisi un poste de spécialité dans une subdivision différente de sa subdivision d'origine bien que ce même poste y soit disponible)^{32,33}. L'augmentation des effectifs de médecins n'ayant pas Rouen pour UFR d'origine reflétait cette mobilité accrue. L'origine de la faculté d'externat est importante car les internes n'étant pas originaires de la région d'internat sont les plus susceptibles de la quitter par la suite : 90% des internes originaires de la région d'internat souhaitent y rester vs 64% des internes qui ne sont pas originaires de cette région¹⁰.

Cette prédominance des « non-Rouennais » n'est plus d'actualité car pour la promotion 2013 selon l'ARS de Haute-Normandie, 84% des internes sont originaires de Rouen.

3.2. La formation :

3.2.1. Stages chez le praticien

Dans notre étude, 85% des médecins ont eu 2 stages de médecine générale en ambulatoire (dont la majorité a bénéficié d'un SASPAS), à partir de la promotion 2001. En 2011, seulement 29% des internes généralistes en France ont eu 2 stages en médecine générale¹⁴. Il faut cependant relativiser cet excellent résultat rouennais en rappelant que les promotions avaient de faibles effectifs par rapport aux effectifs théoriques maximaux. Le recrutement des maîtres de stage qui assuraient la formation ambulatoire était donc facilité.

3.2.2. Les DESC

3.2.2.1. Comparaisons de nos résultats

Le nombre et la proportion de médecins ayant débuté un DESC avaient tendance à augmenter avec les années : ils étaient 28% dans la dernière promotion et représentaient 1/10^{ème} de la population totale. Il faut rappeler que les autres formations complémentaires (compétences, DU, DIU..) ne sont pas prises en compte dans cette statistique, le nombre de médecins ayant suivi des formations complémentaires est probablement sous-estimé.

L'engouement pour ces formations complémentaires est un phénomène national et ancien. Dans la population de généralistes de Basse Normandie qu'il a étudié (promotions 1992 à 2002), Y. Badarelle retrouvait 45% de médecins ayant suivi une formation complémentaire³⁷. Trente-cinq pour cent des internes généralistes d'Ile de France en 2006 envisageaient d'en suivre une. A Saint Etienne, la même année, 21% des internes généralistes suivaient une formation complémentaire (9% de DESC) et 64% envisageaient de le faire (dont 41% de DESC)⁵.

L'augmentation des effectifs de médecins suivant un DESC à Rouen reflétait la dynamique nationale.

3.2.2.2. Des médecins qui fuient la médecine générale ?

Les médecins qui réalisent des DESC sont des médecins qui, en grande majorité, ne pratiqueront pas de la médecine de soins primaires. La compétence qu'ils acquièrent les destine à travailler en établissement hospitalier (DESC de médecine d'urgence). Certains perdent même leur qualification de généraliste (DESC de gériatrie, de type II, dit qualifiant).

Ces pertes pour la médecine de soins primaires sont limitées dans une certaine mesure car le nombre de postes ouverts par DESC est déterminé conjointement par le DMG et les services concernés. Cela peut correspondre à une ébauche de filiarisation (au moins à la faculté de Rouen).

La question du but du choix de la médecine générale par l'interne aux ECN se pose. Une partie des médecins réalisant un DESC choisit probablement de suivre le DES de médecine générale car c'est le moyen le plus simple pour ensuite débiter le DESC de médecine d'urgence ou gériatrie.

Seize pour cent des internes de médecine générale en 2010, n'avaient pas fait le choix de cette spécialité¹⁰. Ils étaient là par défaut, n'ayant pas pu avoir accès à la spécialité souhaitée lors de la procédure du choix de postes. Ces internes généralistes « par défaut » constituent probablement un important « réservoir » des médecins réalisant des DESC, ces derniers leur permettant ainsi d'échapper à la médecine générale. Dans sa thèse, G. Kerlir-Lebouc montre que le fait d'intégrer par choix ou par défaut la filière de médecine générale a un impact sur l'activité : 72% des généralistes « volontaires » ont une activité libérale contre 59% pour les généralistes « par défaut »³⁸.

3.3. L'activité :

3.3.1. Les médecins non-inscrits

3.3.1.1. Les chiffres

Les médecins non-inscrits étaient au nombre de 103, soit plus d'un cinquième de la population étudiée (22,5%). Cette importante proportion est liée au fait que l'étude s'est faite seulement 6 mois après la fin de l'internat de la dernière promotion (2008).

La majorité d'entre eux devaient remplacer, quant aux non-inscrits des premières promotions (jusqu'à la promotion 2004 incluse) ce sont probablement des personnes ayant abandonné la carrière médicale.

Les généralistes non thésés ne peuvent s'installer ou avoir une activité salariée. Après avoir validé leur 6^{ème} semestre, ils disposent d'un délai maximum de 3 ans pour remplacer. Passé celui-ci, ils ne peuvent plus exercer légalement la médecine. La thèse de Y. Badarelle montre que les généralistes formés en Basse Normandie soutenaient leur thèse peu avant la fin du délai légal de remplacement (délai moyen début résidanat-soutenance 4,7 ans pour un TCEM de 4 à 5 semestres)³⁷.

Théoriquement, après avoir vérifié le nombre de semestres validés par notre population :

- 3 médecins de la promotion 2005 disposaient encore de 1 mois pour soutenir leur thèse avant d'atteindre le délai de 3 ans post-internat
- 25 médecins de la promotion 2006 disposaient encore de 7 mois et 16 encore de 13 mois
- 38 médecins de la promotion 2007 disposaient de 19 mois et 18 de 25 mois
- les étudiants de la promotion 2008 disposaient encore de 31 mois.

Si les internes de médecine générale soutiennent tardivement leur thèse, cela peut être expliqué par 2 principaux facteurs :

- la majorité d'entre eux n'a pas d'objectif de fixation défini pour le post-internat⁵.⁶ Ils remplacent. La thèse est nécessaire pour l'installation, l'acquisition d'un poste salarié ou la poursuite du remplacement au-delà du délai de 3 ans post-internat.
- le manque d'encadrement des internes/médecins généralistes non thésés pour le travail de thèse. La filière universitaire de médecine générale présente un sous-effectif par rapport aux autres spécialités : en 2012, elle possédait 75 chefs de cliniques pour 10 000 internes alors que les autres spécialités présentaient 3 000 chefs de clinique pour le même nombre d'internes⁴².

3.3.1.2. Des effectifs sous-estimés par notre étude

Au moment de l'étude, le nombre de médecins non-inscrits exerçant en Haute-Normandie était sous-estimé car les internes remplaçant ne sont pas pris en compte. Soixante-treize pour cent des internes débuteraient les remplacements dans l'année qui suit leur premier stage chez le praticien¹³.

3.3.1.3. Des médecins ignorés?

Malgré leur importance en termes d'effectifs, les remplaçants non-inscrits ne sont jamais pris en compte dans les études de démographie médicale. Il est difficile de trouver un recensement fiable de leur nombre. Dans son étude de 2007 auprès des CDOM, A. Mainguy recensait 10 263 remplaçants généralistes pour 6 787 selon l'Atlas du CNOM la même année, soit une différence de 51% (3 476) par rapport à

l'effectif théorique du CNOM³⁹. Dans notre étude, les médecins non-inscrits sont plus nombreux que les remplaçants inscrits (103 vs 62).

Les remplaçants, qu'ils soient inscrits ou non-inscrits à l'Ordre, jouent un rôle important dans le système de santé. Ils participent à la continuité des soins primaires en permettant la prise de vacances par les médecins installés. Proportionnellement, ils participent même plus à la permanence des soins que ces derniers³⁹.

3.3.2. Les médecins inscrits à l'Ordre

Parmi les inscrits à l'Ordre, les médecins installés ayant une activité libérale exclusive représentaient 42% des effectifs, les salariés exclusifs 36,5%, les remplaçants 17,5%, les médecins ayant une activité mixte 3,5% et 0,5% d'entre eux sont sans activité.

Les médecins exerçant potentiellement une médecine de soins primaires représentaient donc 63% des médecins inscrits à l'Ordre (installés + remplaçants + activité mixte).

3.3.2.1. Comparaison de nos résultats concernant l'activité avec ceux de travaux concernant de jeunes populations de médecins

- Thèse de Y. Badarelle : étude déclarative (taux de réponse 46,7%) en 2004 de l'activité des promotions 1992 à 2002 formés à Caen en médecine générale³⁷

Les médecins non-inscrits de notre étude sont considérés comme remplaçants, les médecins ayant une activité mixte comme installés afin de pouvoir comparer les résultats de nos 2 études. Les résidents caennais n'ayant pas fini leur TCEM ne sont pas pris en compte dans cette comparaison.

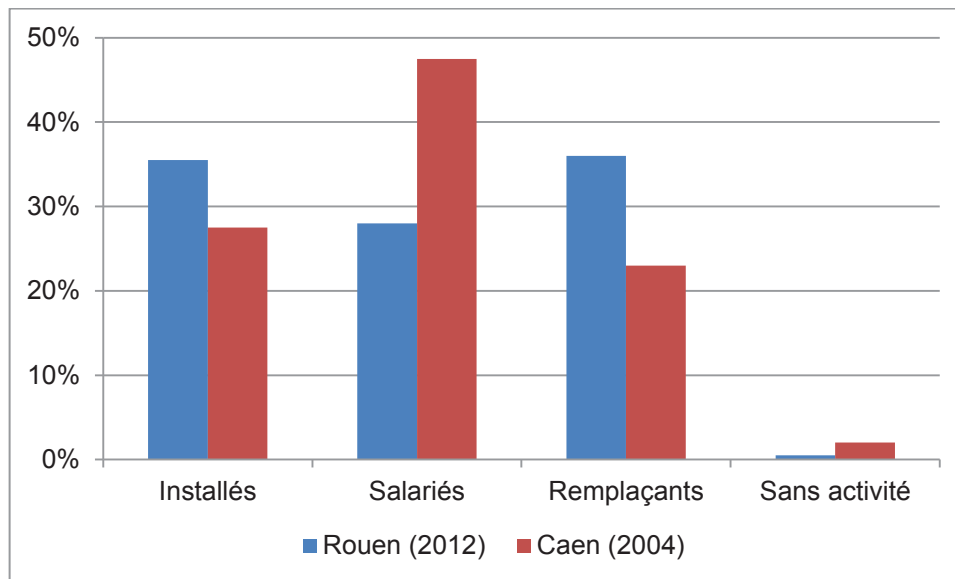


Figure n°43 : Comparaison de l'activité des médecins généralistes entre notre étude et celle de Y. Badarelle

Les médecins de notre étude sont plus orientés vers la médecine de soins primaires, libérale (installés et remplaçants) alors que les médecins caennais sont en majorité salariés. Cette différence peut paraître surprenante car l'attrait des jeunes médecins pour le salariat est un phénomène décrit comme s'accroissant. Nous nous serions attendus à trouver des résultats inversés entre nos 2 populations.

Cette différence dans l'activité peut être en lien avec la différence dans la formation des médecins :

- Les médecins caennais suivaient un résidanat de 4 et 5 semestres contre un résidanat de 5 semestres pour nos 2 premières promotions puis un résidanat/internat de 6 semestres pour les 8 suivantes.
- 64% des médecins caennais ont eu un stage chez le praticien (137 stages chez le praticien ont été réalisés par les 213 médecins caennais) alors que 99% des médecins de notre étude ont eu au moins un stage chez le praticien et 66% ont eu 2 stages chez le praticien.

La formation moins longue et moins orientée vers la pratique libérale de la médecine générale des médecins caennais pourrait expliquer que presque 50% d'entre eux se soient tournés vers un exercice ayant un cadre plus sécurisant, le salariat.

G. Kerlir-Lebouc montre dans son étude que les médecins ayant choisi de faire un SASPAS (sous-entendu 1 an de stage en médecine générale) avaient significativement plus souvent une activité libérale par la suite³⁸.

- Thèse de G. Kerlir-Lebouc : étude déclarative (taux de réponse 81%) en 2011 sur le devenir des médecins généralistes formés à Angers des promotions 2001 à 2004³⁸

Pour cette comparaison, nous n'utilisons que les promotions rouennaises de 2001 à 2004. Les remplaçants inscrits et les médecins installés de notre étude sont regroupés sous l'appellation « activité libérale » pour pouvoir comparer nos résultats.

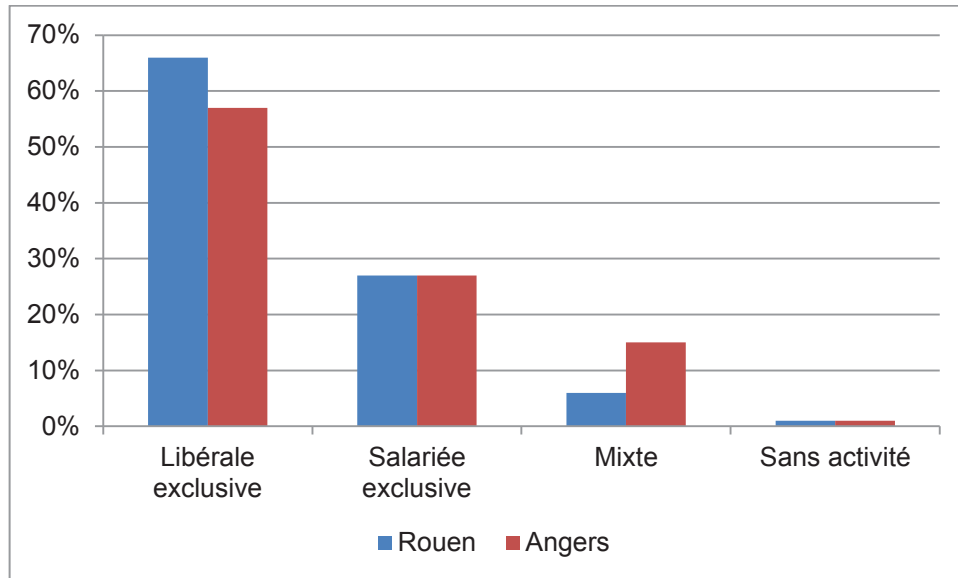


Figure n°44 : Comparaison de l'activité des promotions 2001 à 2004 entre notre étude et celle de G. Kerlir-Lebouc (Angers)

Nos études sont réalisées à un an d'écart. Les résultats peuvent être considérés comme proches dans le sens où la même proportion de médecins angevins et rouennais est salariée exclusive, par conséquent la même proportion de médecins a une activité libérale. La différence est que les généralistes angevins sont plus intéressés par un exercice diversifié que les rouennais. Concernant la formation des médecins sur cette période, elle est assez proche elle aussi puisque 58,5% des médecins angevins ont suivi un SASPAS pour 59,1% des rouennais.

- Etude du CNOM sur l'évolution de l'activité des généralistes s'étant inscrit pour la première fois à l'Ordre en 2007³

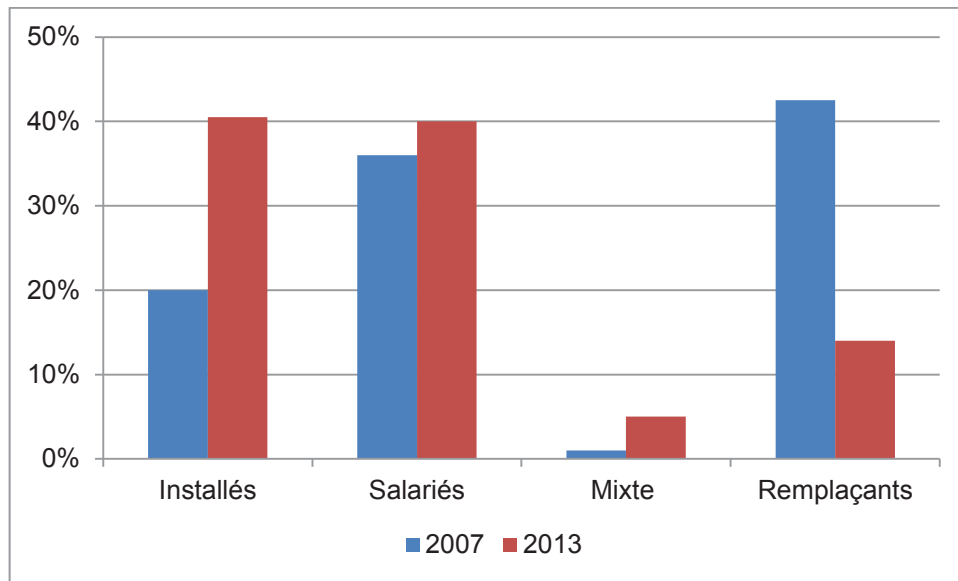


Figure n°45 : Evolution de la proportion de médecins généralistes s'étant inscrits pour la première fois à l'Ordre en 2007 au 1^{er} janvier 2013, selon leur activité (source : Atlas de la démographie médicale 2013)

Avec ce graphe, nous retrouvons le phénomène d'attrait précoce pour le salariat des jeunes médecins. Cinq ans plus tard, le changement d'activité des remplaçants a bénéficié principalement aux effectifs des libéraux installés, et dans une moindre mesure aux effectifs des salariés et médecins ayant une activité mixte. A distance de leur première inscription à l'Ordre, les jeunes généralistes sont aussi nombreux à être installés qu'à exercer en tant que salarié.

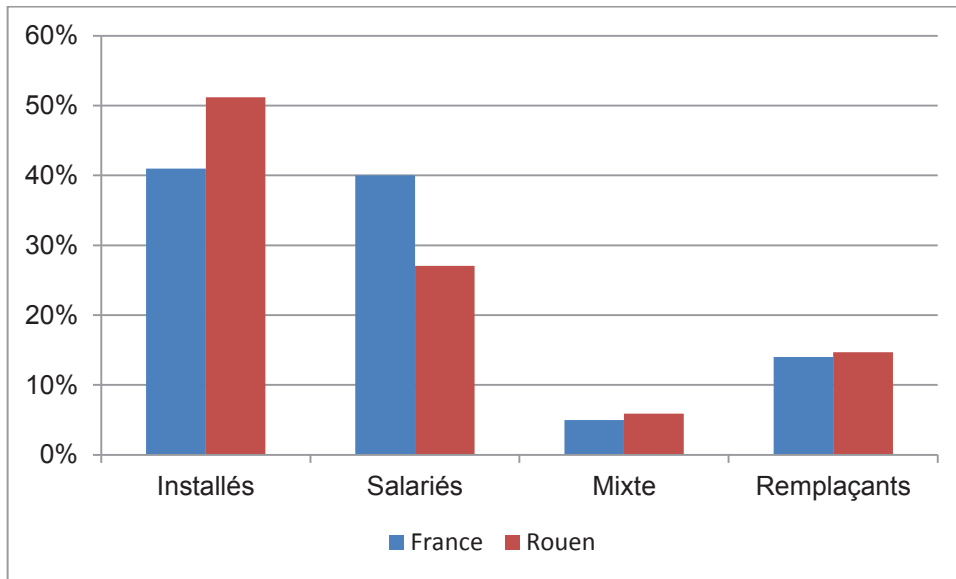


Figure n°46 : Comparaison de l'activité des médecins entre les promotions 2001 à 2004 de notre étude et l'étude du CNOM sur le devenir à 5 ans des primo-inscrits de médecine générale en 2007

Dans notre étude, les médecins s'étant inscrits à l'ordre pour la première fois en 2007 appartiendraient potentiellement aux promotions 2001, 2002, 2003 et 2004. En prenant en compte que les populations des 2 études ne sont pas strictement comparables et que nos résultats sont 6 mois plus anciens que ceux du CNOM, les généralistes formés à Rouen seraient *a priori* moins intéressés par le salariat. Cette différence bénéficie aux effectifs de médecins installés rouennais.

Cet écart entre la situation nationale et rouennaise est probablement lié à la différence de formation. Quarante-quatre pour cent des médecins généralistes des promotions rouennaises de 2001 à 2004 ont eu un an de stage en médecine générale libérale. Nous ne connaissons pas la proportion de médecins ayant eu un an de stage en libéral au plan national sur ces mêmes promotions, mais elle était sans aucun doute plus faible : en 2011, seulement 29% des internes généralistes français bénéficiaient d'un an de stage en médecine générale.

3.3.2.2. Comparaison avec l'activité moyenne des généralistes français en 2012⁴

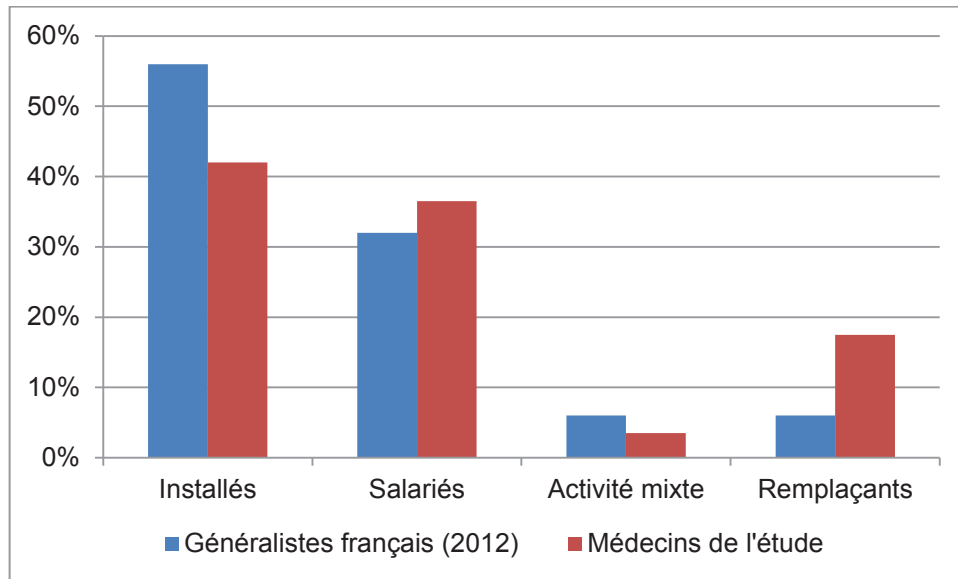


Figure n°47 : Comparaison entre l'activité des généralistes français inscrits à l'Ordre en 2012 et l'activité des médecins de notre étude.

La population de notre étude présente des taux plus élevés de remplaçants et de salariés que la moyenne nationale au détriment des installés. Les médecins de notre étude sont de jeunes médecins (l'étude s'est déroulée 10 ans après la fin du résidanat pour les plus anciens) comparés à l'âge moyen des généralistes français en 2012 (52 ans). La majorité des jeunes remplaçants souhaitent s'installer en libéral à plus ou moins long terme^{3,10,13}. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que l'activité des médecins de notre étude pourra être considérée comme proche de l'activité moyenne actuelle des généralistes français dans quelques années.

3.3.2.3. Les salariés exclusifs

Ils étaient au nombre de 128, soit 28% de la population étudiée. Après avoir lu le contexte de la thèse, nous nous serions attendus à trouver une proportion croissante de salariés avec l'avancée dans les promotions. Or, les salariés étaient plus importants en termes d'effectifs et de proportions dans les anciennes promotions. Si nous ne nous intéressons qu'aux médecins inscrits à l'ordre, les dernières promotions présentaient de plus fortes proportions mais sur de faibles effectifs de médecins inscrits. En effet, certains internes se voient proposer un poste salarié pour la fin de l'internat. Il faut qu'ils soient inscrits à l'Ordre pour obtenir ce poste. Ils ont ainsi une motivation pour soutenir rapidement leur thèse, expliquant ainsi l'importance des salariés parmi les inscrits dans les plus jeunes promotions.

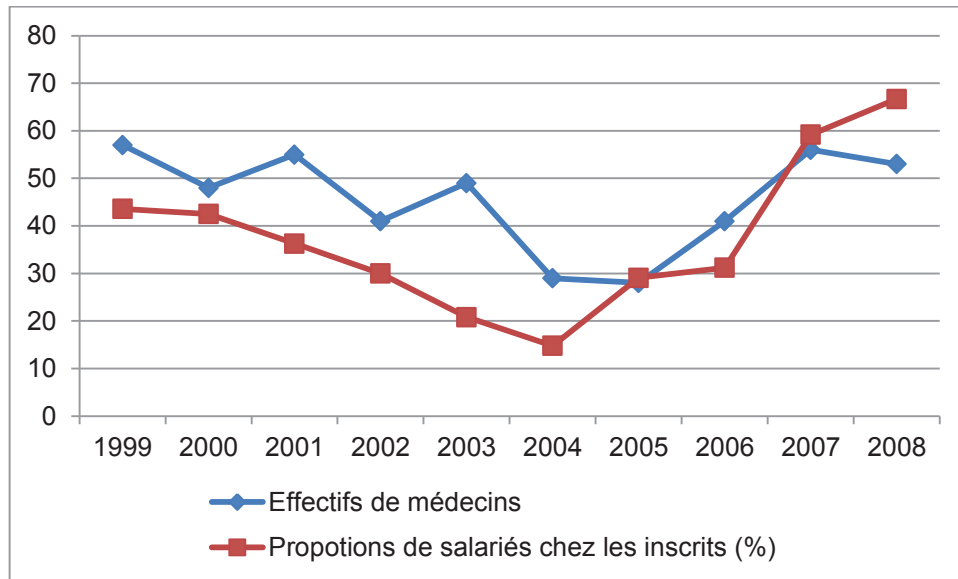


Figure n°48 : Evolution par promotion des effectifs de médecins et de la proportion de salariés chez les médecins inscrits

Comme le montre la figure n°48, la proportion de médecins salariés chez les médecins inscrits peut sembler être liée à l'effectif de chaque promotion. La première partie de courbe (jusqu'à 2004 incluse) permet d'émettre l'hypothèse que plus la taille de la promotion est importante plus la proportion de salariés chez les inscrits est importante. Jusqu'à la promotion 2004, les seuls médecins non-inscrits à l'Ordre sont des médecins ayant abandonné la carrière médicale et ils sont très peu nombreux (n = 7). La deuxième partie de courbe est soumise à des limites qui empêchent de l'analyser plus rigoureusement : le nombre de médecins non-inscrits augmente fortement et ces médecins n'ont pas abandonné la carrière médicale. L'explication de cette hypothèse pourrait être que les internes d'une petite promotion disposent d'un meilleur encadrement (enseignement théorique et préparation de thèse) et d'un taux plus élevé de stage en médecine générale ambulatoire, ce qui les préparerait mieux à l'exercice de la médecine générale ambulatoire.

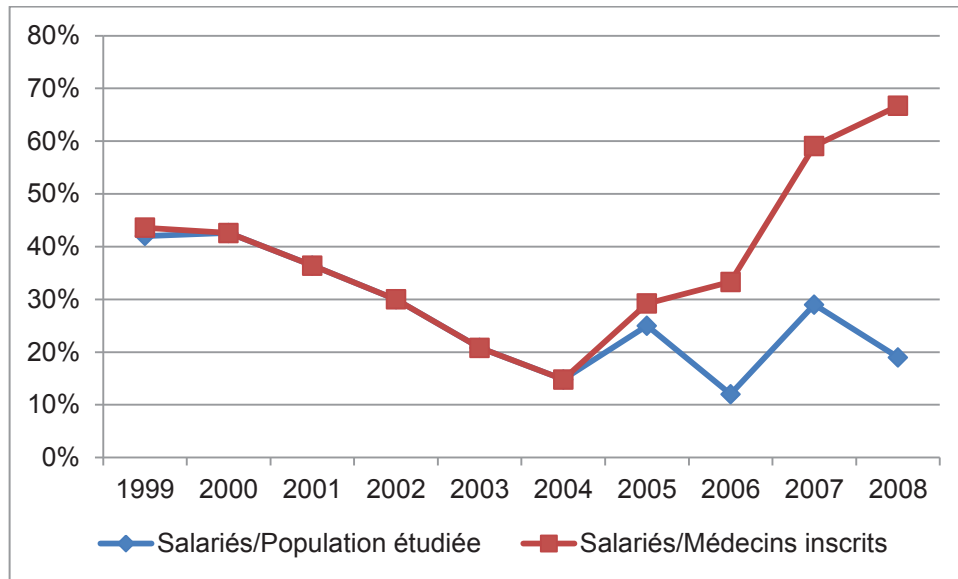


Figure n°49 : Comparaison de l'évolution de la proportion des salariés exclusifs chez l'ensemble des médecins et chez les médecins inscrits à l'ordre

Avec ce graphique, toute l'importance de la prise en compte ou non des non-inscrits dans les études est démontrée. Si seuls les médecins inscrits sont pris en compte, la part des salariés est écrasante dans les dernières promotions. Si l'on considère l'ensemble de la population, la part des salariés dans les dernières promotions fluctue entre 20 et 30% et est inférieure à celle des plus anciennes promotions (>40%).

Etudier l'activité des médecins généralistes à la sortie de l'internat (d'autant plus si les médecins non-inscrits ne sont pas pris en compte) ou lors de la première inscription à l'Ordre présente peu d'intérêt et peut donner une image alarmante de la situation (« tous les jeunes généralistes deviennent salariés »). Comme nous l'avons vu, les salariés seront les plus nombreux, mais cela ne prédit en rien de l'activité à moyen terme des médecins concernés.

3.3.2.4. Salariat, stages libéraux et DESC

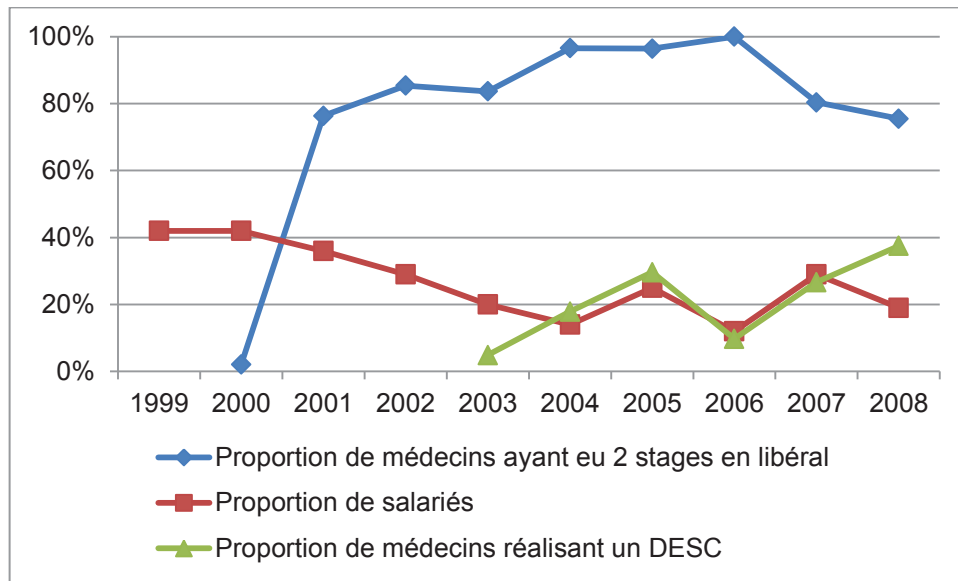


Figure n°50 : Evolution par promotion des proportions de médecins réalisant 2 stages en médecine générale libérale, de médecins salariés, et de médecins réalisant un DESC

La baisse de la part des salariés coïncide avec l'augmentation de la part des médecins ayant 2 stages en libéral. En 2004, la création des DESC « contre » les effets des doubles stages en libéral. La baisse de la part des salariés est enrayée. Leur taux oscille désormais aux alentours de 20%. Si la part des médecins ayant 2 stages en libéral baissent sur les 2 dernières promotions, c'est parce que le deuxième créneau de stage libéral est utilisé par les internes suivant un DESC pour réaliser à la place un stage hospitalier correspondant à leur maquette de DESC.

Nous pouvons donc émettre 2 hypothèses indépendantes à la vue de ce graphe:

- Plus les internes suivent de stages en médecine générale libérale, plus les médecins généralistes qu'ils deviennent ont la probabilité d'avoir une activité libérale
- Les médecins réalisant des DESC deviennent des médecins salariés

Les données nominatives du CNOM nous auraient permis de valider ces hypothèses.

L'écart pour la promotion 2008 entre le pourcentage de salariés et celui des DESC est possiblement expliqué par le fait que certains médecins suivant un DESC au moment de l'étude n'ont pas fini leur maquette de DESC (stages en réanimation, SMUR, etc... pour les futurs urgentistes), ils sont probablement considérés comme médecins non-inscrits.

3.4. Le lieu d'exercice

3.4.1. L'exercice en groupe

Quatre-vingt-six pour cent des installations se sont faites dans des cabinets de groupe. Ce résultat est en accord avec la dynamique de regroupement des jeunes médecins que nous retrouvons à l'échelle nationale⁹ : 80% des médecins généralistes de moins de 40 ans exercent en groupe. L'exercice de groupe permet de répondre à plusieurs attentes des jeunes médecins : pas d'isolement professionnel, plus de place pour la vie privée (les médecins de groupe prennent plus de vacances que ceux en exercice isolé), utilisation d'un secrétariat et de l'outil informatique plus fréquente avec la mise en commun des moyens^{5,7,10,13}.

3.4.2. Le milieu d'installation

Quatre-vingt-six pour cent des installations ont eu lieu dans des communes de moins de 2000 habitants. Cette donnée peut manquer de précision dans le sens où elle ne nous indique pas s'il s'agit d'un milieu rural ou semi-rural. Cependant, si nous combinons ce résultat et la carte de la répartition des installations en Haute Normandie, nous pouvons constater que les installations sont aussi nombreuses en milieu semi-rural (périphéries de l'agglomération rouennaise, de Fécamp, de Vernon...) qu'en rural.

Pour comparer notre résultat à la littérature, il faut le transposer à l'ensemble des médecins inscrits à l'Ordre. Nous obtenons alors que 28,5% des médecins inscrits se sont installés dans une commune de moins de 20000 habitants. Ce résultat est supérieur à une donnée du CNOM qui indique que 17,5% des nouveaux inscrits de médecine générale à l'Ordre en 2006 se sont installés dans une commune de moins de 2000 habitants en 2013³.

Si l'installation des généralistes formés à Rouen se fait d'avantage en milieu rural/semi-rural par rapport à la moyenne nationale, cela est probablement en lien avec la formation qu'ils ont suivie. Ils ont eu pour la majorité d'entre eux 2 stages en libéral contre un seul pour la moyenne nationale¹⁴. Les binômes-trinômes de maîtres de stage du DMG de Rouen sont constitués de telle façon que l'étudiant côtoie différents milieux d'exercice. La Haute-Normandie étant une région rurale, de nombreux maîtres de stage exercent en ce milieu. L'influence des lieux de stage par rapport au lieu d'exercice futur a été prouvée²⁹.

3.4.3. La région d'exercice

La Haute Normandie est l'une des régions les moins attractives en termes d'exercice médical. D'après l'ONDPS, elle avait le taux de fuite le plus important concernant les médecins qu'elle formait, toutes spécialités confondues (différence d'effectifs

médecins diplômés de la région – médecins inscrits dans la région = - 20,5% sur la période 2001-2008)⁵. Le CNOM retrouve ce phénomène de fuite dans l'une de ses analyses : seulement 66,3% des médecins primo-inscrits en Haute-Normandie en 2007 sont restés en 2012 dans la région⁴. La moyenne nationale est à 78,1% sur cette même période. Cette fuite de la région de la part des médecins est importante et constante.

Le fait que 78,5% des médecins en activité régulière de notre étude exercent en Haute-Normandie en 2012 montre que les généralistes, dans une moindre mesure, quittent la région comme les médecins des autres spécialités.

Cependant, ce résultat est proche de celui d'une enquête de l'ISNAR réalisée en 2010, dans laquelle 78,7% des internes généralistes interrogés déclarent vouloir exercer dans leur région d'internat¹⁰. Par rapport à une enquête plus ancienne, ils étaient 89,7% en Basse-Normandie à exercer dans leur région d'internat³⁷. Cette étude a eu lieu avant la mise en place des ECN : les médecins avaient quasiment tous réalisés leur externat en Basse-Normandie. Nous savons que les généralistes ayant une UFR d'externat différente de celle où ils réalisent leur TCEM sont plus susceptibles de quitter leur région d'internat.

Un autre résultat de notre étude montre que 62,9% des remplaçants inscrits à l'Ordre sont restés en Haute-Normandie. Au premier abord, nous pourrions penser que ce résultat confirme le phénomène de fuite des médecins de la région. Cependant, le pourcentage de remplaçants inscrits exerçant dans la région est peut-être « faible » parce que les médecins remplaçant en Haute-Normandie ont eu plus d'opportunités de « fixation » (installation, salariat) que ceux exerçant dans une autre région :

- La Haute-Normandie étant une région déficitaire, les lieux d'installation ne manquent pas
- La plupart des médecins ont probablement commencé à remplacer dans la région durant l'internat, ils avaient donc une meilleure connaissance du terrain, plus de contacts professionnels que les remplaçants quittant la Haute-Normandie et qui devaient redécouvrir « professionnellement parlant » leur nouveau territoire d'activité.

Le fait que l'Île-de-France est la deuxième région accueillant le plus les médecins formés à Rouen (5% des médecins en activité régulière et 9% des remplaçants inscrits) a probablement un lien avec l'importance des Franciliens dans les rangs des « non-Rouennais ». L'absence de données nominatives nous empêche de confirmer cela.

CONCLUSION

Quatre cent cinquante-sept médecins généralistes ont été formés à Rouen sur ces 10 promotions, soit un peu plus de la moitié de ce qui était planifié par les pouvoirs publics. Ce « faible » effectif est cependant compensé par 2 facteurs :

- le fait que la part des médecins ayant potentiellement une activité libérale, de soins primaires, est plus importante que ce à quoi nous nous serions attendus (71,5%).
- le fait que presque 80% des médecins en activité régulière exercent en Haute-Normandie.

Les médecins installés représentent 32,8% de la population étudiée, les salariés 27,9%, les médecins non-inscrits 22,5%, les remplaçants inscrits 13,6%, les médecins ayant une activité mixte 2,8% et les médecins sans activité 0,4%.

Le nombre de médecins salariés, dans les promotions les plus récentes, semble étroitement lié au nombre de médecins suivant des DESC.

Notre étude tend à confirmer l'importance du rôle de la formation durant l'internat sur l'activité et le lieu d'exercice des futurs médecins. Une formation à l'exercice libéral de la médecine générale plus poussée entrainerait une part plus importante de généralistes exerçant en libéral. De même, des stages en milieu rural permettraient d'augmenter la probabilité que les médecins aillent exercer dans ce milieu. Ces hypothèses pourraient faire l'objet d'un travail ultérieur dans le but de les confirmer ou de les infirmer.

PROPOSITIONS :

Dans le contexte d'amélioration de l'accès aux soins de certains territoires, la question du but de la formation des généralistes se pose.

La durée et les lieux de stage de la formation libérale des internes généralistes ont une influence sur leur future activité. Or, au lieu d'améliorer la formation des internes, les pouvoirs publics se concentrent sur l'augmentation de leur nombre. La stratégie de saturation de l'offre de soins (augmenter le nombre de médecin en espérant qu'ils aillent s'installer dans les zones déficitaires) a pourtant déjà été testée à l'étranger²⁷ et s'est avérée être un échec.

La médecine générale est la discipline qui présente le plus faible ratio chefs de clinique-professeurs/internes. En augmentant le nombre d'internes (les effectifs ont presque quadruplés à Rouen entre la promotion 2005 (28) et 2013 (100)), la qualité de la formation (dont la formation libérale) risque d'être dégradée : pour les DMG cela signifie trouver plus de terrains de stage, plus de maîtres de stage généralistes, des groupes plus importants d'étudiants lors des enseignements théoriques. La part d'internes ayant la possibilité de réaliser 2 stages en libéral va diminuer, or c'est l'un des principaux regrets des jeunes médecins : leur formation libérale n'a pas été assez longue.

Proposition 1 : Redistribuer les ressources dans l'objectif d'assurer au moins 1 an de formation libérale à chaque interne au lieu de les concentrer dans l'augmentation du nombre d'internes.

Dans la même optique, le nombre de postes ouverts pour les DESC (au minimum celui de médecine d'urgence) devrait être d'avantage restreint ou ce DESC devrait sortir du DES de médecine générale. Les DESC drainent une part importante des internes généralistes hors de la pratique de la médecine générale. Pour la promotion 2008, l'une des plus importantes en terme d'effectifs, nous savions qu'avant de finir leur DES, un quart des médecins n'aurait pas une pratique de généraliste. Sortir la formation de la médecine d'urgence et de la gériatrie du DES de médecine générale éviterait de « fausser » les chiffres du nombre d'internes généralistes en formation. Il y a plus d'externes qui ont fait un stage aux urgences qu'en médecine générale or 1 poste sur 2 aux ECN est un poste de médecine générale et aucun de médecine d'urgence. L'idée de filiariser les DESC a été émise lors de réunions entre syndicats de jeunes généralistes et les pouvoirs publics, mais rien n'est programmé à l'heure actuelle sur ce sujet selon le président de l'ISNAR-IMG.

Proposition 2 : Filiariser les DESC de médecine d'urgence et de médecine gériatrique.

Il est important de faire, à propos de la médecine générale, la distinction entre médecine libérale et médecine ambulatoire, entre le cadre et le statut. La pratique de la médecine générale libérale implique la pratique de la médecine ambulatoire, or, si l'on souhaite résoudre les problèmes d'accès aux soins primaires, la réciproque ne doit pas être vraie. Ce qui intéresse la majorité des médecins (jeunes ou moins jeunes) dans la médecine salariée, ce n'est pas la pratique de la médecine hospitalière à proprement parler mais les conditions de travail. De même, ce qui rebute les jeunes médecins dans l'installation libérale est le côté libéral (investissement financier, gestion de cabinet, charge de travail importante) et non pas la pratique de la médecine générale ambulatoire.

Les jeunes médecins veulent exercer en groupe, avoir un temps de travail optimisé en confiant les tâches administratives à une tierce personne, souhaitent sortir du paiement à l'acte^{5, 10}. De plus, comme nous l'avons vu, une partie des généralistes libéraux se plaignent des conditions de travail actuelles (surcharge de travail, mauvaise protection sociale...).

Créer un statut officiel de généraliste salarié ayant une activité de soins primaires permettrait de répondre en partie à ces problèmes et ferait que la médecine générale s'adapterait aux changements sociétaux au lieu de reposer, comme elle le fait depuis des dizaines d'années, sur l'unique modèle du généraliste libéral.

A l'heure actuelle, les rares généralistes salariés ayant une activité de soins primaires sont soit des collaborateurs, qui dépendent d'un autre médecin, soit des médecins associés, membres d'une société qu'ils ont créée par eux-mêmes issue d'un lourd et complexe montage administratif, soit des médecins ayant négocié leur contrat avec des communes manquant de généralistes.

Le mode de fonctionnement des généralistes suédois pourrait servir de base de travail : ils ont le statut de fonctionnaire, une incitation à l'activité et dépendent de centres de soins gérés par les municipalités.

Proposition 3 : Créer un statut officiel de généraliste salarié ayant une activité de soins primaires.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DMG : Département de Médecine Générale

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ECN : Epreuves Classantes Nationales

OCDE : Organisation de Coopération de Développement Economiques

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UFR : Unité de Formation et de Recherche

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Organisation mondiale de la santé
Déclaration d'Alma Alta 12 septembre 1978
[http://www.who.int/topics/primary health care/alma ata declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/)
(consulté le 06/10/2013)
- 2 Société française des médecins généralistes
Les soins primaires
[http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3 soins primaires51e8e.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/805/fichier_fiche3_soins_primaires51e8e.pdf) (consulté le 06/10/2013)
- 3 Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P
Atlas de démographie médicale en France : la situation au 1^{er} janvier 2013
Conseil national de l'ordre des médecins - 2013
- 4 Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P
Atlas de démographie médicale en France : la situation au 1^{er} janvier 2012.
Conseil national de l'ordre des médecins – 2012
- 5 Observatoire national de la démographie des professions de santé
La médecine générale
Le rapport 2006-2007 : tome 1 - 2008
- 6 Bloy G
Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010)
DREES : Document de travail n°104 - 2011
- 7 Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F
Les emplois du temps des médecins généralistes
DREES : Etudes et résultats n°797 - 2012
- 8 Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J
Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ?
IRDES : Questions d'économie de la santé n°127 - 2007
- 9 Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J
La dynamique de regroupement des généralistes libéraux de 1998 à 2009
IRDES : Questions d'économie de la santé n°157 - 2010

- 10 Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1^{er} janvier 2011
[http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20 ISNAR-IMG Enquete nationale souhaits d'exercice des IMG RESULTATS COMPLETS.pdf](http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20ISNAR-IMG%20Enquete%20nationale%20souhaits%20d'exercice%20des%20IMG%20RESULTATS%20COMPLETS.pdf) (consulté le 06/10/2013)
- 11 Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y
Médecine générale en crise : faits et questions
Médecine : Volume 2 : Numéro 5 - 2006
- 12 Vega A, Cabe MH, Blandin O
Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivations et stratégies
DREES : Dossiers solidarité et santé n°6 - 2008
- 13 Szwarc G
Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives
Thèse d'exercice en médecine : Université de Caen - 2007
- 14 Hubert E
Mission de concertation sur la médecine de proximité
Rapport parlementaire - 2010
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622/0000.pdf> (consulté le 06/05/2013)
- 15 Caisse autonome de retraite des médecins de France
Evolution des BNC 2010/2011
<http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/Stats/2013/bnc2011.htm?page=chiffrescles/Stats/2013/bnc2011.htm> (consulté le 09/09/2013)
- 16 Organisation de coopération et développement économiques
La rémunération des médecins
Panorama de la santé 2011 : indicateurs de l'OCDE
http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-fr/03/04/index.html;jsessionid=7k1m175j3bhb2.delta?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2011-23-fr&containerItemId=/content/serial/19991320&accessItemIds=/content/book/health_glance-2011-fr&mimeType=text/html&site=fr (consulté le 09/09/2013)

- 17 Galam E
L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives
URML Ile de France : Commission prévention et santé publique - 2007
- 18 Syndicat MG France
La maternité
<http://www.mgfrance.org/content/view/432/641/#avanc%C3%A9> (consulté le 22/09/2013)
- 19 Conseil national de l'ordre des médecins
Congés maternité et paternité : les conditions à remplir
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conge_maternite.pdf
(consulté le 22/09/2013)
- 20 Sécurité sociale
Vous êtes enceinte : votre congé maternité
<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-conge-maternite/vous-etes-praticienne-ou-auxiliaire-medicale.php> (consulté le 22/09/2013)
- 21 Observatoire régional de santé et Union régionale des médecins libéraux des Pays de Loire
Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire
Rapport détaillé de la vague d'enquête 4 : 2008 - 2010
- 22 Caisse autonome de retraite des médecins de France
Médecins bénéficiaires du régime invalidité
<http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/Stats/2012/bnc2010.htm&frame=chiffrescles/Stats/2012/2012stat.htm> (consulté le 22/09/2013)
- 23 Vaquin-Villeminey C
Prévalence du *burn out* en médecine générale: Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles
Thèse pour l'exercice en médecine : Faculté de Paris 5 - 2007
- 24 Ballester S, Macovei D, Puel C, Soulat JM
Causes & Conséquences de l'épuisement professionnel perçues par les médecins salariés hors structures de soins, vécu professionnel & prévalence du *Burnout* via l'échelle Maslach Burnout Inventory : Approche préliminaire
Service de Santé au Travail : CHU de Toulouse

- 25 Legmann M
Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale
Conseil national de l'ordre des médecins - 2010
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000184/0000.pdf> (consulté le 09/09/2013)
- 26 Dormont B, Samson AL
Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations
Economie et statistique n°414 - 2008
- 27 Bourgueil Y, Mousques J, Tajahmadi A
Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : enseignements de la littérature
IRDES : Questions d'économie de la santé n°116 - 2006
- 28 Attal-Toubert K, Vanderschelden M
La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées
DREES : Dossiers solidarité et santé n°12 - 2009
- 29 Bourgueil Y, Mousques J, Marek A et al
Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France
IRDES : Questions d'économie de la santé n°122 - 2007
- 30 Cour des Comptes
La répartition territoriale des médecins libéraux
Chapitre V du rapport de la sécurité sociale 2011 - 2011
- 31 Berland Y, Annereau A, Berthet J, Errieau G, Leroy O, Ract Y
Mission « Démographie des professions de santé »
Tome 1- 2002
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000643/0000.pdf> (consulté le 09/09/2013)
- 32 Godefroy P, Romain O, Buisine S, Laurent P
Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2012
DREES : Etudes et résultats N° 852 - 2013

- 33 Fauvet L, Romain O, Buisine S, Laurent P;
Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011
DREES : Etudes et résultats N°802 - 2012
- 34 Le Breton-Lerouillois G, Romestaing P
La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en Haute Normandie : Situation au 1^{er} juin 2011
Conseil national de l'ordre des médecins - 2011
- 35 Conseils départementaux de l'ordre des médecins de l'Eure et de la Seine Maritime
Enquête sur la santé des médecins libéraux de Haute Normandie
Résultats – 2008
<http://www.cdom76.com/doc/enquete.pdf> (consulté le 09/09/2013)
- 36 Observatoire national de la démographie des professions de santé
Les internes en médecine : effectifs et répartition 2010-2014
Le rapport 2010-2011 : Tome 1 - 2011
- 37 Badarelle Y
Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen (1992-2002)
Thèse d'exercice en médecine : Université de Caen - 2007
- 38 Kerlir Lebouc G
Devenir socio-professionnel en 2011 des internes entrés en TCEM de médecine générale à la faculté de médecine d'Angers de 2001 à 2004. Développement d'un outil informatique de recensement périodique
Thèse d'exercice en médecine : Université d'Angers - 2011 (66p)
- 39 Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants
REMPLECT- REMPLaçant en France : quelle ACTivité ?
Résultats – 2010
<http://www.urban-basse-normandie.org/uploads/news/id139/100518%20R%C3%A9sultats%20Remplact.pdf> (consulté le 11/01/2014)
- 40 Institut national de la statistique et des études économiques
Emploi et population active
La Haute Normandie en chiffre – Edition 2013
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/haute-normandie/themes/dossiers/chiffres/img/Emploi.pdf (consulté le 11/01/2014)

- 41 Arrêté du 23 octobre 2013 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2013-2014
JORF n°0259 du 7 novembre 2013 page 18078
texte n° 51
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028160771> (consulté le 10/02/2014)
- 42 Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants
FUMG : Filière universitaire de médecine générale
Le petit RENAR : numéro 7 - 2012
<http://www.noragjir.fr/uploads/news/id34/120910%20Petit%20ReNaR%20N%C2%B07%20sp%C3%A9cial%20FUMG.pdf> (consulté le 11/10/2013)

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 les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

La Haute-Normandie est la 3^{ème} région française présentant la plus faible densité de généralistes par habitant. Le nombre de généralistes va continuer à diminuer et les jeunes médecins ont des attentes professionnelles différentes de leurs aînés.

Cette étude a pour but de faire un état des lieux en 2012 de l'activité des médecins généralistes qui sont entrés en Troisième Cycle d'Etudes Médicales à Rouen entre 1999 et 2008. Elle utilise des données factuelles et a nécessité la collaboration de l'Agence Régionale de Santé de Haute Normandie, du Conseil National de l'Ordre des Médecins et du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Seine-Maritime.

Quatre cent cinquante-sept médecins ont été formés sur ces 10 promotions.

Les médecins installés représentent 32,8% de la population étudiée, les salariés 27,9%, les médecins non-inscrits 22,5%, les remplaçants inscrits 13,6%, les médecins ayant une activité mixte 2,8% et les médecins sans activité 0,4%.

Les médecins en activité régulière sont 78,5% à exercer en Haute-Normandie.

Quatre-vingt-six pour cent des médecins installés le sont dans une commune de moins de 2000 habitants.

Les stages en médecine générale de ville et la réalisation d'un DESC semblent avoir un important impact sur l'activité future des internes généralistes.

MOTS-CLEFS :

MEDECINE GENERALE – MEDECINS GENERALISTES

INTERNES

STAGES - SASPAS

DEMOGRAPHIE MEDICALE

HAUTE NORMANDIE

FORMATION – DESC

ACTIVITE - INSTALLATION – REMPLACEMENT – SALARIAT

ARS – CNOM

UFR

THESE