



**HAL**  
open science

# Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Études Spécialisées

Delphine Groboz-Lecoq

► **To cite this version:**

Delphine Groboz-Lecoq. Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Études Spécialisées. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01136600

**HAL Id: dumas-01136600**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01136600v1>

Submitted on 27 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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

## **THESE**

Pour l'obtention du

**Diplôme d'État de Docteur en Médecine**

Présentée et Soutenue publiquement le 5 juin 2014 par

**Delphine GROBOZ-LECOQ**

Née le 20 avril 1983

### **Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Études Spécialisées**

#### **Membres du jury de la Thèse :**

Monsieur le Professeur P. Baque	Président
Monsieur le Professeur JB. Sautron	Assesseur
Monsieur le Docteur N. Hogu	Assesseur
Monsieur le Professeur P. Hofliger	Co-Directeur de thèse
Monsieur le Docteur D. Darmon	Co-Directeur de thèse

## UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

## FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

<b>Doyen</b>	M. BAQUÉ Patrick
<b>Assesseurs</b>	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
<b>Conservateur de la bibliothèque</b>	M. SCALABRE Grégory
<b>Chef des services administratifs</b>	Mme CALLEA Isabelle
<b>Doyens Honoraires</b>	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel
<b>Professeurs Honoraires</b>	

M. BALAS Daniel  
M. BLAIVE Bruno  
M. BOQUET Patrice  
M. BOURGEON André  
M. BOUTTÉ Patrick  
M. BRUNETON Jean-Noël  
Mme BUSSIERE Françoise  
M. CHATEL Marcel  
M. COUSSEMENT Alain  
M. DAR COURT Guy  
M. DELMONT Jean  
M. DEMARD François  
M. DOLISI Claude  
M. FREYCHET Pierre  
M. GÉRARD Jean-Pierre  
M. GILLET Jean-Yves  
M. GRELLIER Patrick  
M. HARTER Michel  
M. INGLES AKIS Jean-André

M. LALANNE Claude-Michel  
M. LAMBERT Jean-Claude  
M. LAPALUS Philippe  
M. LAZDUNSKI Michel  
M. LEFEBVRE Jean-Claude  
M. LE BAS Pierre  
M. LE FICHOUX Yves  
M. LOUBIERE Robert  
M. MARIANI Roger  
M. MASSEYEFF René  
M. MATTEI Mathieu  
M. MOUIEL Jean  
Mme MYQUEL Martine  
M. OLLIER Amédée  
M. ORTONNE Jean-Paul  
M. SCHNEIDER Maurice  
M. TOUBOL Jacques  
M. TRAN Dinh Khiem  
M. ZIEGLER Gérard

**M.C.A. Honoraire**

Mlle ALLINE Madeleine

**M.C.U. Honoraires**

M. ARNOLD Jacques  
M. BASTERIS Bernard  
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
M. EMILIOZZI Roméo  
M. GASTAUD Marcel  
M. GIRARD-PIPAU Fernand  
M. GIUDICELLI Jean  
M. MAGNÉ Jacques  
Mme MEMRAN Nadine  
M. MENGUAL Raymond  
M. POIRÉE Jean-Claude  
Mme ROURE Marie-Claire

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHELIS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
2.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

**PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE**

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENZIRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
3.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

**PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS**

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

### MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

### PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

### PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

## **REMERCIEMENTS**

### **À Monsieur le Professeur Patrick Baque**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je tiens à vous remercier de l'intérêt que vous portez à la filière universitaire de médecine générale au sein de la faculté de médecine de Nice. Soyez assuré de mon profond respect.

### **À Monsieur le Professeur Philippe Hofliger**

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer au jury de cette thèse. Vous m'avez fait le plaisir de m'accompagner dans ce travail et de m'apporter votre précieuse aide. Je vous en suis reconnaissante. Merci de votre investissement auprès des étudiants et dans la recherche en médecine générale. Soyez assuré de mon profond respect et trouvez là l'expression de mes chaleureux remerciements.

### **À Monsieur le Professeur Jean-Baptiste Sautron**

Je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans ce jury. À la tête du département d'enseignement et de recherche de médecine générale de la faculté de Nice, vous me faites le plaisir d'accepter de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma considération.

### **À Monsieur le Docteur David Darmon**

Vous avez accepté sans réserve d'être mon directeur de thèse. Vous m'avez fait confiance pour la réalisation de ce travail. Je vous remercie pour vos conseils et encouragements. Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus sincère gratitude.

### **À Monsieur le Docteur Nicolas Hogu**

Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail. Vous m'avez accompagné durant ma formation et avez su me donner la confiance nécessaire à la pratique de la médecine générale.

Votre disponibilité et vos conseils ont été des cadeaux précieux. Soyez assuré de mes plus sincères sentiments d'amitié et trouvé ici l'expression de ma plus grande estime.

### À ma famille

**À Léa et Louis**, je suis fière d'être votre mère. Vous voir grandir et vous épanouir chaque jour m'apporte un bonheur sans faille.

**À Arnaud**, merci pour ta patience et tes nombreux conseils. Je peux toujours compter sur toi. Tu es notre pilier. Je t'aime.

**À mes parents**, merci de votre amour. Merci d'avoir toujours cru en vos filles, de nous avoir en permanence soutenues et d'être parfois même derrière nous... Papa, j'espère exercer ce beau métier avec autant de plaisir et de talent que toi.

**À mes sœurs, Anne-Laure et Astrid**, Anne-Laure tu ne peux pas être la car tu t'apprêtes à devenir mère. Encore félicitations et merci pour le temps passé à la relecture de ma thèse. Vous êtes toujours dans mon cœur malgré la distance.

### À Audrey

Malgré ton départ prochain pour les États-Unis, nous resterons toujours aussi proche et j'espère que tu me feras très bientôt découvrir New-York « by night »... Merci d'être présente pour ce jour si particulier pour moi.

### À Sandrine

Merci pour tous ces bons moments partagés avec nos enfants pendant notre internat et après.

### À l'équipe de l'INSERM de Marseille

Merci à Audrey Michel-Lepage et à Bruno Ventelou pour leur grande disponibilité pour ce lourd



travail de statistiques. Ce travail n'aurait jamais été possible sans vous. Audrey, tu m'as permis de découvrir les statistiques et un peu Marseille. Dorénavant, je te compte parmi mes amis.

**À tous mes maîtres**

**Les docteurs Christine Abad et Philippe Mathieu** : Vous m'avez initié à la médecine générale. Christine, merci de m'avoir donné le goût de faire de la médecine générale.

**Les docteurs Gilles Gardon et Yves Manez** : Vous avez su me transmettre l'amour de cette profession. Je vous en serai toujours reconnaissante.

**À tous les internes,** qui ont accepté de participer à cette enquête, sans qui ce travail n'aurait pu être mené à bien.

## SOMMAIRE

1 INTRODUCTION.....	10
2 MÉTHODES.....	13
2.1 Type d'étude.....	13
2.2 Objectifs de l'étude.....	13
2.3 Construction du questionnaire.....	13
2.4 Diffusion et taux de réponse.....	14
2.5 Financement.....	15
3 RESULTATS.....	16
3.1 Analyse statistique.....	16
3.2 Caractéristiques de la population.....	17
3.3 Caractéristiques des médecins désirant idéalement pratiquer la médecine générale.....	18
3.4 Déterminants du choix de pratiquer la médecine générale.....	22
4 DISCUSSION.....	25
4.1 Multiplier les opportunités professionnelles en augmentant les terrains de stage en ville.....	25
4.2 Le remplacement : la découverte du métier de médecin généraliste.....	26
4.3 Revalorisation du statut de maîtres de stage des universités.....	27
4.4 Ne pas réaliser de DESC pendant l'internat de médecine générale est un facteur favorisant l'installation en tant que médecin généraliste.....	28
4.5 Rendre la médecine générale plus attractive par une FUMG forte.....	30
4.6 Aversion au risque liée aux des finances personnelles des jeunes médecins généralistes.....	33
4.7 Forces et faiblesses de l'étude.....	37
5 CONCLUSION.....	39
6 BIBLIOGRAPHIE.....	41
7 ANNEXES.....	48
8 LISTES DES ABREVIATIONS.....	63
9 LISTES DES TABLEAUX.....	66
10 SERMENT D'HIPPOCRATE.....	67

## 1 INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, il existe une vraie désaffection des jeunes médecins pour l'exercice libéral et un intérêt grandissant pour le choix d'un exercice professionnel salarié [1].

L'activité libérale ne semble plus attractive [1] et l'installation dans un cabinet libéral ne constitue plus le parcours type du début de la vie professionnelle du jeune médecin généraliste [2].

Chaque année, le taux d'installation des médecins généralistes nouvellement inscrits au tableau de l'ordre des médecins est de plus en plus bas. En 2013, les médecins libéraux représentaient 19,40 % des médecins nouvellement inscrits à l'ordre en France, les remplaçants 41,73 % et les salariés 35,14 % [3].

Une étude réalisée sur les affiliations des cotisants actuels de 1989 à 2009 montre un allongement de temps entre la thèse et l'installation libérale de 1,62 ans en 1989 à 3,52 ans en 2009, pour les jeunes médecins généralistes [57].

Ces jeunes médecins retardent l'installation car ils redoutent principalement dans l'exercice libéral : le caractère définitif de l'installation, une mauvaise qualité de vie engendrée par une durée de travail hebdomadaire importante et la nécessité d'une grande disponibilité, la solitude de l'exercice, les importantes charges administratives et financières en augmentation avec parfois des loyers quasi dissuasifs dans certaines villes, le mode de rémunération actuel de paiement quasi exclusif à l'acte et pour finir la judiciarisation grandissante [4-5].

Les jeunes médecins généralistes à la fin de leurs études préfèrent donc souvent un exercice salarié tel qu'un poste de praticien hospitalier ou d'assistant, de salarié en clinique ou dans un centre de santé, ou encore en E.H.P.A.D. (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), plutôt que de pratiquer la médecine générale en libérale [38]. En 2008, 36% des médecins généralistes nouvellement inscrits exerçaient comme salarié. Parmi ces même médecins, ils sont 40 % cinq ans plus tard [3].

Néanmoins, les jeunes médecins généralistes ne désavouent pas totalement l'exercice libéral. En

2008, 20% des médecins généralistes nouvellement inscrits exerçaient en libéral, alors que cinq ans plus tard, ces mêmes médecins sont 40% [3]. Ils ont en réalité besoin d'un certain temps de réflexion pour la maturation d'un projet professionnel et exercent ainsi souvent en tant que remplaçants pendant quelques années.

En effet, la période de remplacement est souvent une phase transitoire pendant laquelle les jeunes médecins acquièrent de l'expérience et découvrent les différents modes de travail. C'est un moment privilégié dans leur carrière professionnelle pour se rendre compte de leurs préférences en vue de s'installer un jour [6]. Les jeunes médecins se rendent compte aujourd'hui qu'ils aspirent à concilier activité professionnelle et vie personnelle [38]. Ils refusent une disponibilité permanente et cela transforme la médecine de premier recours, en privilégiant l'installation en cabinet de groupe. Ainsi, les jeunes médecins s'inscrivent bien dans la modification comportementale des jeunes dans la société française. Ils arrivent aujourd'hui plus âgés dans le monde du travail avec une exigence plus importante de qualité de vie [26-31].

En 2012, une étude nationale a montré que la maturation du projet d'installation en ambulatoire était favorisée par deux facteurs : la formation médicale initiale de l'interne pendant ses études et l'environnement personnel et professionnel, avec notamment le stage chez le praticien [7].

Certains internes de médecine générale excluent donc la médecine libérale par manque d'information, d'enseignement et de formation.

Plusieurs études ont tenté de définir les souhaits d'exercice des jeunes médecins généralistes et d'identifier les facteurs liés à la désertification des territoires de santé [5-6-7-8-9], mais aucune étude descriptive prospective n'a permis de mettre en lumière les déterminants du choix de l'exercice des futurs médecins généralistes en fin de D.E.S. (Diplôme d'Etudes Spécialisées) et il n'existe aucun panel de jeune médecin généraliste en France.

Notre travail s'inspire d'expériences étrangères pour la mise en place et la construction de panel relatif aux jeunes médecins, tout juste sortis de l'internat, comme au Royaume-Uni avec UK.M.C.R.G. (UK Medical Careers Research Group) cohort studies qui étudie depuis 1974 un ensemble de cohortes constituées de tous les diplômés de toutes les facultés de médecine du Royaume-Uni d'une année civile donnée, ou encore comme aux Etats-Unis avec Jefferson

Longitudinal Study of Medical Education qui effectue un suivi de l'ensemble des étudiants depuis 1970 de la faculté de médecine de l'Université Thomas Jefferson de Philadelphie, ou enfin comme au Canada avec CAPER (Canadian Post-M.D. Education Registry) qui est le répertoire central des renseignements statistiques sur la formation médicale post-doctorale au Canada.

Trois grandes raisons justifient ce focus sur les « jeunes » : le besoin de planification territoriale de l'offre médicale (suivre finement le choix d'installation et ses déterminants) ; le besoin d'observer comment les médecins-débutants commencent à « mettre en pratique » le fruit de leurs enseignements universitaires, avec l'enjeu des recommandations pour un éventuel ajustement des études médicales ; enfin un besoin de comparaison entre les pratiques des jeunes remplaçants et des médecins déjà installés, en matière de qualité des soins fournis aux populations.

Notre étude s'inscrit dans un programme de recherche visant à réaliser un observatoire des pratiques des jeunes médecins généralistes de ville. Il est porté conjointement par le S.E.S.S.T.I.M. de l'Unité INSERM UMR 912 de Marseille, l'ORS PACA, et les Départements universitaires de médecine générale de Nice et Marseille. Il est prévu la construction spécifique d'un panel de jeunes médecins généralistes enquêtés pendant leurs cinq premières années suivant la fin du D.E.S. (du dernier semestre d'internat à cinq ans plus tard).

La construction de ce panel vise un suivi longitudinal de la dynamique d'installation du jeune médecin généraliste exerçant en ambulatoire en PACA, et plus particulièrement à Nice.

Par l'analyse de cette première cohorte d'interne en fin de D.E.S., l'objectif de notre étude est de mettre en évidence les principaux déterminants personnels ou environnementaux influençant le choix de la pratique de la médecine générale libérale plutôt qu' exercice salarié (en médecine générale ou pas).

## 2 MÉTHODE

### 2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive prospective réalisée par auto-questionnaire par internet ou par téléphone.

### 2.2 Objectifs de l'étude

Le but de cette étude est de caractériser les facteurs influençant les internes dans leur choix de pratiquer la médecine générale à la fin de leurs études (fin de D.E.S.). Elle vise également à mieux connaître la formation, le parcours, les attentes, les ressentis et les conditions d'exercices des internes de médecine générale.

La variable d'intérêt de notre étude est donc le souhait de pratiquer la médecine générale en ambulatoire (variable que l'on essaie d'expliquer dans notre étude). En effet, nous considérons qu'un interne désire idéalement pratiquer la médecine générale s'il souhaite à la fin de son internat exercer sous les statuts suivants : « installé comme médecin généraliste dans son cabinet individuel » ou « installé comme médecin généraliste en tant qu'associé dans un cabinet de groupe » ou « remplaçant d'un (ou plusieurs) médecin(s) titulaire(s) d'un cabinet » ou encore « collaborateur libéral d'un médecin titulaire d'un cabinet ».

### 2.3 Construction du questionnaire

Un groupe de travail a rédigé un questionnaire constitué de 89 questions (Annexe 3) après avoir effectué une revue de la littérature. Ce groupe était composé de chercheurs de différentes disciplines (de médecins de santé publique, de médecins généralistes, d'économistes et de sociologues), de différentes institutions porteuses du projet : le Département d'enseignement et de recherche en médecine générale des facultés de médecine de Marseille et de Nice, un laboratoire Inserm unissant sciences sociales et informatique médicale (SESSTIM UMR 912, Labex AMSE et Aix Marseille Université) et enfin l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA).

Les jeunes médecins niçois ont été interviewés sur leurs caractéristiques socio-démographiques, leur lieu et environnement d'exercices, leur choix d'exercice futur, la rémunération attendue, leur parcours et formation ainsi que leur attitude face au risque (pour leur vie quotidienne, leur finance, leurs comportements médicaux). Le risque de burn-out a été évalué par l'échelle MBI (Maslach Burn Out Inventory). Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel est donc caractérisé par trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et l'efficacité professionnelle.

La durée de l'interview, préalablement testée au sein du groupe de travail, était de 20 minutes.

#### 2.4 Diffusion et taux de réponse

Le questionnaire a été mis en ligne sur le site internet suivant : [www.paneljeunesmgpaca.fr](http://www.paneljeunesmgpaca.fr) pendant sept mois, entre le 9 avril et le 31 octobre 2013.

Le recrutement des internes de Nice s'est fait via le département de médecine générale. Ces derniers étaient libres de choisir les modalités de communication auprès de leurs internes.

Notre recrutement visait l'exhaustivité : l'ensemble de la promotion d'internes de médecine générale de dernière année de D.E.S. en 2013, qui était composée de 63 individus, devait répondre au questionnaire.

À Nice, le questionnaire a d'abord été envoyé aux internes de dernière année d'internat par un mail de l'équipe « panel jeunes médecins généralistes » en avril 2013 (annexe 1) puis il leur a été présenté par le département de médecine générale lors d'un séminaire à la faculté de médecine. Les non-répondants ont été relancés à nouveau par un mail de la même équipe en mai 2013 (annexe 2). Enfin, les derniers internes ont répondu au questionnaire entre juin et octobre 2013 après deux relances par mail puis par téléphone ou par réseau social (Facebook).

L'anonymat et la confidentialité les plus stricts dans le recueil et le traitement des réponses étaient garantis.

Le questionnaire a donc été envoyé aux 63 internes de médecine générale de dernière année de

D.E.S. de Nice en 2013. Soixante internes ont accepté de répondre au questionnaire. Nous avons donc un taux de participation de 95,2%.

Une interne a été perdue de vue et un autre interne est resté injoignable par téléphone et mail. Le dernier manquant a refusé de répondre au questionnaire sans donner d'explications.

Nous n'avons exclu aucun individu, car tous les jeunes médecins ont répondu à notre variable d'intérêt et aucune réponse aberrante n'a été donnée.

## 2.5 Financement

Dernièrement financé par l'A.R.S. en début 2014, le projet élargit ses intérêts aux jeunes médecins marseillais.



### 3 RESULTATS

#### 3.1 Analyse statistique

Notre critère de jugement principal était le souhait des internes à pratiquer la médecine générale libérale dans l'idéal après leur D.E.S.

Les variables explicatives étudiées sont les caractéristiques socio-démographiques individuelles (sexe, âge, enfant, situation maritale, lieu d'habitation), le parcours et la formation (ville d'externat et d'internat, choix de la médecine générale à l'Examen Classant National (E.C.N.), parcours universitaire, réalisation d'un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire (D.E.S.C.), remplacement pendant le D.E.S., réalisation du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (S.A.S.P.A.S.), stage chez le praticien, enseignement théorique, apprentissage des compétences). Les autres variables explicatives sont les caractéristiques socio-professionnelles (proposition de collaboration ou de reprise d'activité par un maître de stage, ou par un ancien maître de stage universitaire, aide financière, salaire espéré), leur bien-être (satisfaction dans la vie en générale, satisfaction dans la vie professionnelle, aversion au risque) et le risque de burn-out.

Des modèles logistiques univariés ont été effectués : chaque variable explicative a été incluse dans le modèle une par une, afin d'analyser leur effet sur notre variable d'intérêt (dernièrement noté comme critère de jugement principal).

Les Odds Ratio des variables notés dans le tableau 2 de l'analyse univariée sont les variables présentant une significativité statistique  $\leq 0,20$  (soit un niveau de confiance de 80 % : nous sommes sûrs statistiquement que le résultat est correct 80 fois sur 100, en d'autres termes nous avons 20 % de chance de nous tromper), ainsi que les variables concernant l'âge et le sexe des internes. Les variables de cette analyse qui ont un seuil de significativité statistique  $<0,05$  ont été incluses dans le modèle multivarié. Nous avons décidé d'ajuster notre analyse multivariée sur le sexe et l'âge malgré le fait que ces variables ne soient pas statistiquement significatives dans le modèle univarié afin de prendre en compte les éventuels biais dus à celles-ci.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels PSPP® et SAS®.

### 3.2 Caractéristiques de la population

Les caractéristiques socio-démographiques des internes de notre population sont présentées dans le tableau 1. L'âge moyen de notre population est de 28 ans, 66.7% d'entre eux sont des femmes, ils sont très majoritairement en couple (78.3%) et sans enfants (88%). Ils sont 85% à être inscrits sur au moins un réseau social tel que Facebook et une petite majorité vit avec son conjoint ou son (ses) enfant(s) (58.3%).

Concernant leur parcours professionnel, 50.8 % des internes ont effectué leur externat dans une autre ville que Nice ou Marseille. Ils sont 38.33 % à avoir choisi la médecine générale en premier choix aux E.C.N., 21.67 % d'entre eux souhaitaient une autre spécialité médicale, 13.33 % une spécialité chirurgicale, 11.67 % la gynécologie, 6.67 % l'anesthésie-réanimation et la pédiatrie et enfin 1.67 % la psychiatrie. Ils sont presque 68 % à ne pas vouloir réaliser un D.E.S.C. et 64.3 % veulent soutenir leur thèse en 2014, c'est-à-dire après la fin des stages hospitaliers et des cours théoriques. Enfin, 45 % d'entre eux ont déjà une activité de remplacement.

Ils sont plus de 68 % à vouloir dans l'idéal pratiquer la médecine générale en ambulatoire après leur internat et après prise en compte de leurs contraintes, ils sont finalement 75 % à vouloir pratiquer la médecine générale.

Concernant leur aversion au risque, une petite majorité d'entre eux (50.8 %) n'est pas averse au risque quand il s'agit de la vie quotidienne mais ils sont plus de 60 % à l'être lorsqu'il s'agit des finances personnelles.

Concernant le lieu d'exercice, 50 % souhaiteraient exercer en zone péri-urbaine, 36,67 % en zone urbaine et 13,33 % en zone rurale. 55 % souhaiteraient exercer dans la région de leur internat, 28,33 % dans la région ou qui offrira la meilleure opportunité, 10 % dans la région de leur naissance et enfin 6,67 % dans la région de leur externat. Pour finir, 55,17 % sont prêts à exercer dans une zone à faible densité médicale.

Leur objectif en termes de revenu net mensuel dans 5 ans est de 4250 euros et dans 10 ans il est de 5811 euros.

En ce qui concerne leur tendance au burn-out, 5.45 % ont un niveau d'épuisement professionnel élevé, 33.90 % ont un niveau élevé de dépersonnalisation et enfin 35.09 % ont un niveau d'accomplissement personnel bas.

### 3.3 Caractéristiques des médecins désirant idéalement pratiquer la médecine générale (Tableau1)

Parmi notre population, constituée de 60 internes de médecine générale, le questionnaire a permis de révéler que 41 d'entre eux souhaitent idéalement pratiquer la médecine générale en ambulatoire, après leur D.E.S.. Ces 41 internes constituent notre échantillon (68.3 %, N=41). Parmi eux, 2.44 % souhaitent s'installer comme médecin généraliste dans leur propre cabinet individuel, 36.59 % souhaitent s'installer comme médecin généraliste en tant qu'associé dans un cabinet de groupe, 46.34 % souhaitent exercer comme remplaçant d'un (ou plusieurs) médecin(s) titulaire(s) et 9.76 % souhaitent exercer comme collaborateur libéral d'un médecin titulaire d'un cabinet.

Étudions maintenant de plus près notre sous groupe de jeunes médecins désirant pratiquer idéalement la médecine générale à la fin de leur internat. Comparés à la population entière, ils ont le même âge, avec quasiment la même proportion de femmes (65.8 % VS 66.7 %), ils sont plus nombreux à être en couple (85.4 % VS 78.3 %), à vivre avec leur conjoint ou leurs enfants (63.4 % VS 58.3 %), à avoir au moins un enfant (17.5 % VS 11.9 %). Ils sont moins nombreux à être inscrits à au moins un réseau social (80.5 % VS 85 %).

Concernant les caractéristiques de leur parcours professionnel, ils sont plus nombreux à avoir fait leur externat dans une autre ville que Marseille ou Nice (58.5 % VS 50.8 %), à ne pas vouloir réaliser de D.E.S.C. après leur internat (87.5 % VS 67.8 %), à avoir une activité de remplacement (46.3 % VS 45 %) et à vouloir soutenir leur thèse en 2014 (78.9 % VS 64.3 %). Ils sont un peu prêt le même nombre à avoir choisi la médecine générale en premier choix aux E.C.N. (39.02 % VS 38.33 %), une spécialité médicale (21.95 % VS 21.67 %), une spécialité chirurgicale (14.63 % VS 13.33 %) et la psychiatrie (2.44 % VS 1.67 %). Ils sont plus nombreux à avoir choisi la gynécologie (14.64 % VS 11.67 %). Pour finir, ils sont moins nombreux à avoir choisi l'anesthésie-réanimation (4.88 % VS 6.67 %) et la pédiatrie (2.44 % VS 6.67 %).

Concernant leur aversion au risque, ils sont plus averses au risque que la population entière quand il s'agit de leur vie quotidienne (57.5 % VS 49.2 %) et de leurs finances personnelles (72.5 % VS 61 %).

Concernant le lieu d'exercice, ils sont à peu près le même nombre à souhaiter exercer zone péri-urbaine (48.78 % VS 50 %), en zone urbaine (36.59 % VS 36.67 %) et en zone rural (14.63 % VS 13.33 %). Les populations sont également comparables en ce qui concerne le souhait d'exercer dans la région de leur internat (56.10 % VS 55 %) et de leur externat (7.32 % VS 6.67 %). Ils sont par contre plus nombreux à souhaiter exercer dans la région de leur naissance (12.20 % VS 10 %) et enfin ils sont moins nombreux à souhaiter exercer dans la région qui offrira la meilleure opportunité (24.39 % VS 28.33 %). Pour finir, ils sont plus nombreux à envisager d'exercer dans une zone à faible densité médicale (58.97 % VS 55.17 %).

Leur objectif en termes de revenu net mensuel dans 5 ans est comparable à la population entière (4263 euros VS 4250 euros) ainsi que dans 10 ans (5 903 euros VS 5811 euros).

En ce qui concerne le burn-out, leur niveau élevé d'épuisement professionnel est comparable à celui de la population entière (5.41 % VS 5.45 %) et cela vaut également pour leur niveau élevé de dépersonnalisation (32.50 % VS 33.90 %). Enfin, ils sont légèrement plus nombreux à avoir le sentiment d'un bas niveau d'accomplissement personnel (38.46 % VS 35.09 %).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population et de l'échantillon

%		Internes (N=60)	Internes souhaitant idéalement pratiquer la médecine générale (N=41)
<b>Caractéristiques socio- démographiques des médecins</b>			
Age moyen		28.2	28.3
Sexe	Homme	33.3	34.2
	Femme	66.7	65.8
En couple	Oui	78.3	85.4
	Non	21.7	14.6
Enfant(s)	Oui	11.9	17.5
	Non	88.1	82.5
Être inscrit à au moins un réseau social			
	Oui	85	80.5
	Non	15	19.5
Habitation	Seul	33.3	26.8
	Chez les parents	1.7	2.5
	Avec le conjoint et/ou enfants	58.3	63.4
	En colocation	6.7	7.3
<b>Caractéristiques du parcours professionnel</b>			
Ville d'externat	Nice	33.9	26.8
	Marseille	15.3	14.7
	Autre	50.8	58.5
Désir réaliser un DESC	Oui	32.2	12.5
	Non	67.8	87.5
Activité de remplacement	Oui	45	46.3
	Non	55	53.7
Thèse à soutenir:	Avant 2013	8.1	5.3
	En 2013	25.0	10.5
	En 2014	64.3	78.9
	En 2015	2.6	5.3
1 <sup>er</sup> Choix aux ECN			
	Médecine générale	38.33	39.02
	Spécialités médicales	21.67	21.95
	Spécialités chirurgicales	13.33	14.63
	Anesthésie- Réanimation	6.67	4.88
	Pédiatrie	6.67	2.44
	Gynécologie	11.67	14.64
	Psychiatrie	1.67	2.44
<b>Choix d'activité après l'internat</b>			
Dans l'idéal	Médecine Générale	68.3	
	Salariat	31,7	-

Compte tenu des contraintes			
	Médecine Générale	75	-
	Salariat	25	
Aversion au risque			
Pour la vie quotidienne	Oui		
	Non	49.2	57.5
		50.8	42.5
Pour les finances personnelles			
	Oui	61.0	72.5
	Non	39.0	27.5
Désirs d'installations			
Lieu d'exercice	Zone urbaine	36.67	36.59
	Zone péri-urbaine	50.00	48.78
	Zone rurale	13.33	14.63
Région d'exercice	de l'internat	55.00	56.10
	de l'externat	6.67	7.32
	de naissance	10.00	12.20
	où meilleure opportunité	28.33	24.39
Dans zone à faible densité médicale			
	Oui	55.17	58.97
	Non	44.83	41.03
Revenus dans 5 ans(€) (Moyenne/ Ecart-Type)		4 250/1 385	4 263/ 1 441
Revenus dans 10 ans(€) (Moyenne/ Ecart-Type)		5 811/2 247	5 903/2 426
Burn- out			
Epuisement professionnel	Bas	56.36	59.46
	Modéré	38.18	35.14
	Elevé	5.45	5.41
Dépersonnalisation	Bas	35.59	45.00
	Modéré	30.51	22.50
	Elevé	33.90	32.50
Accomplissement personnel			
	Bas	35.09	38.46
	Modéré	33.33	30.77
	Elevé	31.58	30.77

### 3.4 Déterminants du choix de pratiquer la médecine générale (Tableau 2)

Nous avons réalisé des analyses univariées et multivariées. Nous avons décidé d'inclure dans le tableau 2 les variables explicatives du choix de pratiquer la médecine générale, pour lesquelles la p-value est inférieure à 0.10 en univarié étant donné la petite taille de notre échantillon.

Nos analyses univariées révèlent les variables influençant positivement et significativement le choix de pratiquer la médecine générale. Voici la liste exhaustive de ces variables : l'aversion au risque concernant les finances personnelles (OR=4.52,  $p < 0.05$ ), le fait de se sentir bien préparé pour exercer le métier de médecin généraliste et particulièrement pour gérer la santé des nourrissons (OR=5.50,  $p < 0.010$ ), la reprise d'activité d'un confrère (OR=5.24,  $p < 0.010$ ) ainsi qu'une proposition d'association ou de collaboration avec un ancien MSU (OR=5.82,  $p < 0.010$ ). Les variables influençant négativement et significativement notre variable d'intérêt sont : le désir de réaliser un D.E.S.C. (OR=0.05,  $p < 0.001$ ) et le fait d'avoir soutenu sa thèse en 2013 (OR=0.08,  $p < 0.001$ ).

Nos analyses multivariées révèlent que les variables influençant le choix de pratiquer la médecine générale dans l'idéal sont : le désir de réaliser un D.E.S.C. (influence négative aOR=0.02,  $p < 0.05$ ), l'aversion au risque quand il s'agit des finances personnelles (influence positive, aOR=42.46,  $p < 0.05$ ) et enfin une proposition de reprise de l'activité d'un confrère (influence positive, aOR=32.35,  $p < 0.05$ ).

Enfin, certaines variables explicatives n'ont pas de lien significatif avec le choix de pratiquer idéalement la médecine générale. Ainsi, les internes remplaçants pendant leur internat ou bien ceux réalisant un S.A.S.P.A.S. n'ont pas plus l'intention de pratiquer la médecine générale que les autres.

Tableau 2 : Analyse des déterminants du choix d'exercer la médecine générale idéalement (N=60)

			Analyse univariée		Analyse multivariée <sup>a</sup>	
			OR	IC 95%	aOR	IC 95%
			%			
<b>Caractéristiques socio- démographiques des médecins</b>						
Âgé de 28 ans	Oui	76.0	1.87	0.56- 5.88	0.54	0.02- 10.20
	Non	62.9	1	-	1	-
Sexe	Homme	70.0	1.12	0.35- 3.60	7.20	0.31- 165.63
	Femme	67.5	1	-	1	-
En couple	Oui	74.5	3.40	0.95- 12.15		
	Non	46.2	1	-		
<b>Caractéristiques du parcours professionnel</b>						
Externat à Nice	Oui	55.0	0.37	0.12- 1.16		
	Non	76.9	1	-		
Désir réaliser un DESC	Oui	26.3	<b>0.05***</b>	0.01- 0.20	<b>0.02*</b>	0.01- 0.96
	Non	87.5	1	-	1	-
Soutenance de thèse en 2013	Oui	28.6	<b>0.08***</b>	0.02- 0.32	0.49	0.01- 18.46
	Non	84.2	1	-	1	-
Stage SASPAS en internat au 6 <sup>è</sup> semestre	Oui	90.0	6.38	0.74- 55.13		
	Non	58.5	1	-		
Envisage d'exercer un mode d'exercice particulier occasionnellement	Oui	82.6	3.24	0.92- 11.44		
	Non	59.5	1	-		
<b>Aversion au risque</b>						
Concernant la vie quotidienne	Oui	79.3	2.93	0.93- 9.28		
	Non	56.7	1	-		



Concernant les finances personnelles	Oui	80.6	<b>4.52*</b>	1.41- 14.45	<b>42.46*</b>	1.62- 1000
	Non	47.8	1	-	1	
<hr/>						
Bien préparé pour exercer le métier de médecin généraliste						
<hr/>						
Pour prendre en charge des personnes précaires						
	Oui	50.0	0.31	0.09- 1.05		
	Non	76.2	1	-		
Pour éduquer un patient sur la gestion de la maladie						
	Oui	71.7	5.07	0.84- 30.64		
	Non	33.3	1	-		
Pour gérer votre temps de travail						
	Oui	59.5	0.33	0.09- 1.16		
	Non	81.8	1	-		
Pour gérer la santé des nourrissons						
	Oui	80.0	<b>5.50**</b>	1.66- 18.18	3.35	0.11- 100.83
	Non	42.1	1	-	1	-
Pour suivre une grossesse normale						
	Oui	75.7	2.59	0.84- 8.00		
	Non	54.6	1	-		
<hr/>						
Éléments pouvant influencer le choix de localisation de l'exercice						
<hr/>						
Reprise d'activité d'un confrère						
	Oui	82.9	<b>5.24**</b>	1.61 – 17.01	<b>32.35*</b>	1.27- 822.38
	Non	48.0	1	-	1	-
Proposition d'association ou de collaboration avec l'un de vos anciens MSU <sup>1</sup>						
	Oui	84.4	<b>5.82**</b>	1.72- 19.63	1.43	0.11- 19.08
	Non	48.2	1	-	1	-

\* p < 0.05 ; \*\* p < 0.01 ; \*\*\* p < 0.001 ; a : ne sont incluses dans l'analyse que les variables significatives dans l'univariée avec une p-value ≤ 5

<sup>1</sup> Maître de stage des universités ; aOR : Odds Ratio ajusté

## 4 DISCUSSION

Cette étude prospective descriptive met en évidence l'existence de plusieurs facteurs influençant les internes de médecine générale niçois en fin de D.E.S. dans leur choix de pratiquer la médecine générale en ambulatoire plutôt que d'exercer en tant que salarié (la médecine générale ou pas). Ils peuvent être classés en trois catégories. Il y a d'abord les facteurs liés à la formation, comme ne pas réaliser de D.E.S.C. ou ne pas soutenir sa thèse dans l'année qui suit son internat. Puis, il existe les facteurs liés aux opportunités professionnelles comme la reprise d'activité d'un confrère ou la proposition d'association ou de collaboration avec un ancien MSU. Ces derniers sont modifiables et peuvent faire l'objet d'actions ciblées. Enfin, le troisième type de facteurs est l'aversion au risque lié aux finances personnelles des futurs médecins généralistes.

### 4.1 Multiplier les opportunités professionnelles en augmentant les terrains de stage en ville

L'installation est souvent amorcée par des propositions concrètes, dans un lieu connu [2-10]. Plusieurs travaux ont montré que l'installation était provoquée par une opportunité comme une proposition de collaboration ou d'une association future, soit dans le cadre de la fin de l'internat [18-26], soit pendant la période de remplacement du post internat [2-10-17-26].

Notre travail met en évidence qu'une proposition de reprise d'activité d'un confrère inciterait les internes de médecine générale en fin de D.E.S. à pratiquer la médecine générale en ambulatoire après leur internat. Cette proposition favoriserait le déclenchement de l'installation car elle serait vécue comme plus simple et réalisable. Ainsi, il est important de multiplier les échanges et les rencontres avec différents médecins généralistes dans différents lieux et milieux d'exercice durant les trois années de l'internat de médecine générale.

Par ailleurs, Munk et al. ont constaté que la diversité des terrains de stage lors du stage chez le praticien de niveau 1 influait sur le nombre d'opportunités professionnelles et favorisait donc l'élaboration d'un projet d'installation. Ainsi, il confirme que la formation à la pratique libérale durant le cursus influence le projet d'installation [7-17].

Le Diplôme d'Études Spécialisées (D.E.S.) de Médecine Générale est né en 2004 de la volonté de

revaloriser la discipline [14]. La maquette de formation de médecine générale pour l'obtention du D.E.S. de médecine générale comporte 6 stages de 6 mois [13]. Quatre semestres sont obligatoires et deux semestres consistent en un stage libre. Un stage chez le praticien au sein d'un cabinet d'un ou plusieurs généralistes libéraux est obligatoire depuis 1997 [11]. Pour le stage obligatoire en pédiatrie et/ou en gynécologie, il est dorénavant possible de l'effectuer en cabinet libéral [14]. Les deux derniers stages obligatoires consistent en un semestre au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente ou gériatrie et un autre au titre de la médecine d'urgence. Les stages libres sont des stages déterminés par le projet professionnel personnel des internes [29]. Un stage hospitalier au CHU doit être effectués s'il n'a pas déjà été fait, autrement un stage hors CHU peut-être réalisé, ou encore un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée peut-être demander. Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée se développe depuis 2004 [12]. Le S.A.S.P.A.S. est facultatif et n'est pas encore disponible pour tous les internes d'une même promotion [32].

Dans sa thèse, Constant démontrait que les internes ayant effectué un S.A.S.P.A.S. avaient 4 fois plus de chance d'avoir un projet professionnel arrêté [18]. Le S.A.S.P.A.S. est une étape incontournable de la formation des internes de médecine générale et doit donc être accessible à tous les futurs médecins généralistes [32].

L'évolution cohérente de la maquette du D.E.S. vers une formation réellement professionnalisante permet aux jeunes internes de préparer précocement leur projet professionnel afin que leur installation se fasse le plus tôt possible et qu'elle soit la plus réussie possible [30]. Ainsi, l'augmentation progressive du nombre de stages possibles en cabinet libéral pendant le cursus de l'internat de médecine générale est nécessaire. Les internes peuvent donc pour les plus chanceux réaliser trois semestres en ambulatoire, avec le stage chez le praticien de niveau 1, avec la création du stage de séniorisation, le S.A.S.P.A.S. permettant de travailler en autonomie, et enfin avec l'ouverture récente du stage de pédiatrie et/ou en gynécologie qu'il est désormais possible d'effectuer en cabinet libéral [14]. Certes le nombre de stage ambulatoire est en progression, mais cela n'est pas suffisant. Il est encore trop difficile d'accéder aux stages en milieu libéral [22]. Il faudrait que tous les internes de médecine générale souhaitant réaliser ces trois stages en ambulatoire, le puissent. L'effort doit donc être intensifié.

#### 4.2 Le remplacement : la découverte du métier de médecin généraliste

Les travaux sociologiques de Bloy montrent que les médecins généralistes ont des capacités remarquables d'adaptation et d'acquisition de compétences supplémentaires. Et après l'internat vient « l'espace des possibles » ou de nombreuses opportunités s'offrent à eux [8]. Ainsi, beaucoup d'internes ont des propositions d'embauche hospitalière, liées à un parcours majoritairement hospitalier. Certains internes se détournent donc de la médecine générale non pas par manque d'attrait pour le métier mais par un manque de connaissance et d'opportunité qu'il faut s'efforcer de créer.

Le remplacement est considéré par de nombreux internes comme une période de transition nécessaire avant l'installation, pour se perfectionner dans leur métier, pour voir différents modes d'exercice et se donner le temps de la réflexion avant l'installation. Bloy démontre avec ses travaux sur les transmissions des savoirs professionnels au cours du stage chez le praticien que les étudiants inconditionnels de la médecine générale semblent peu pressés de s'installer. Leur projet est plutôt d'enchaîner les remplacements avant de se stabiliser [15-20].

Le retard à l'installation et l'allongement de la période de remplacement seraient liés à un manque d'exercice libéral durant l'internat de médecine générale [19-21]. La formation des internes de médecine générale doit donc nécessairement changer. En effet, une faible connaissance de l'exercice libéral (un seul stage) effraie beaucoup les internes [28] alors que l'approfondissement de l'exercice libéral avec deux stages voire plus permettrait aux futurs généralistes d'acquérir l'expérience complémentaire qui semble leur manquer actuellement [19]. Ainsi, la période de remplacement post-internat permet souvent aux jeunes médecins d'acquérir un complément de formation en s'inspirant de leurs confrères et une capacité d'exercice autonome que ne confère pas suffisamment l'internat.

#### 4.3 Revalorisation du statut de maîtres de stage des universités

La cohérence et la qualité de la formation initiale des médecins généralistes de demain sont le fondement nécessaire à l'efficacité de la discipline [30]. Les MSU ont une place indispensable dans la transmission des savoirs [29] et ont donc un rôle essentiel dans l'élaboration d'un projet professionnel.

Les maîtres de stage des universités ont quatre types de missions possibles. Ils peuvent exercer une

ou plusieurs de ces missions. Ils permettent la découverte de la médecine générale aux étudiants de 2ème cycle pendant un stage de 8 semaines. Ils accueillent les internes dans leurs cabinets lors du stage chez le praticien ou du S.A.S.P.A.S. Ils ont une fonction de « tutorat » en accompagnant les internes de médecine générale tout au long de leur internat. Et enfin, ils peuvent pour certains d'entre eux, dispenser des cours théoriques en deuxième et/ou troisième cycle [22].

La hausse du nombre de MSU devrait permettre une généralisation du S.A.S.P.A.S. à tous les futurs médecins généralistes et une mise en place d'une quatrième année de D.E.S. exclusivement ambulatoire de séniorisation [27]. D'ailleurs, l'ISNAR-IMG défend depuis de nombreuses années la mise en place de cette quatrième année professionnalisante [30]. Elle assurerait une meilleure formation des internes à la pratique libérale. Elle permettrait probablement de réduire la période de remplacement post-internat en accélérant la maturation du projet professionnel.

Le nombre de maîtres de stage des universités doit impérativement progresser. Mais cela ne se fera pas sans une revalorisation de leur statut [25], avec une augmentation des indemnisations et une reconnaissance de cette fonction dans le développement professionnel continu.

4.4 Ne pas réaliser de D.E.S.C. pendant l'internat de médecine générale est un facteur favorisant l'installation en tant que médecin généraliste

Des formations complémentaires pendant l'internat sont accessibles aux internes de médecine générale. Ils ont donc la possibilité de réaliser un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire. Ce diplôme permet d'acquérir une formation supplémentaire et permet d'exercer une nouvelle spécialité. Les principales raisons avancées par les internes dans leur souhait de réaliser un D.E.S.C. sont la diversification de l'activité, le désir de se former, de se sur-spécialiser et enfin la volonté d'exercer en milieu hospitalier [34].

La notion de soins de premier recours a été définie de façon législative par la loi HPST [36]. Cette loi identifie donc les médecins généralistes comme des médecins libéraux exerçant la médecine au sens de médecine de proximité. Elle ne prend donc pas en compte les médecins exerçant en secteur hospitalier ou installés en libéral ou encore les médecins à exercice particulier (MEP) qui ont d'autres types d'exercice. Notre travail met en évidence, comme d'autres travaux [22-38], que la réalisation d'un D.E.S.C. par les internes de médecine générale les détournent de la médecine de

premier recours au profit d'un poste salarié ou d'une spécialisation.

Le D.E.S.C. existe sous 2 formes : le D.E.S.C. de type 1, non qualifiant et le D.E.S.C. de type 2, qualifiant [44].

Les D.E.S.C. de type 1, donc non qualifiant, sont accessibles aux internes de médecine générale. Les médecins ont donc la possibilité, s'ils le souhaitent, de se spécialiser dans l'andrologie, la cancérologie, l'hémo-transfusion, les maladies infectieuses, la médecine du sport, la médecine d'urgences, la médecine vasculaire, la nutrition, la pharmacologie, la douleur et les soins palliatifs. Leur durée est de 2 ans et leur première année est réalisée pendant l'internat. Ils permettent une hyper-spécialisation. Le D.E.S.C. de type 2 accessible aux internes de médecine générale est la gériatrie. Il est qualifiant et donne accès à une nouvelle spécialité. Il dure 3 ans et les 2 premières années sont effectuées pendant l'internat. Le médecin devient gériatre et n'est donc plus médecin généraliste [22].

Les diplômes d'études spécialisées complémentaires en urgence et de gériatrie sont les deux D.E.S.C. les plus demandés par les internes. Ainsi, selon une enquête menée par l'ISNAR-IMG en 2007 [34], parmi les internes de médecine générale réalisant un D.E.S.C., 44,5% d'entre eux se destinent à la médecine d'urgence et 13,5 % d'entre eux se destinent à la gériatrie.

L'absence de régulation des urgentistes et des gériatres après les E.C.N. pose certains problèmes. Ainsi, les internes se dirigent vers un D.E.S.C. par leurs simples souhaits personnels et aucune évaluation des besoins en médecine d'urgence ou en gériatrie ne peut être faite. La question de créer une vraie filière de médecine générale doit être reconsidérée. En effet, un D.E.S. de médecine d'urgence et de gériatrie, permettrait de mesurer et donc de maîtriser les besoins de la répartition entre les soins primaires, la médecine d'urgence et la gériatrie [22].

Un autre argument en faveur de la création d'un D.E.S. d'urgence et de gériatrie est que la maquette du D.E.S. de médecine générale ne permet pas de remplir les conditions de formation exigées par les D.E.S.C. d'urgence ou de gériatrie. Ces internes sont alors obligés de faire un post internat hospitalier, qui n'est ni prévu, ni organisé dans le cadre de la spécialité de médecine générale.

Récemment, une proposition de restructuration du troisième cycle propose la suppression des

D.E.S.C de type 2 et la transformation D.E.S.C de type 1 en Formations Spécialisées Transversales (F.S.T). Les D.E.S. d'urgences et de gériatrie seront donc créés [24].

Les internes choisissant de réaliser un D.E.S.C. ont souvent un souhait de réorientation secondaire dû au fait qu'ils n'ont pas toujours fait le choix de la médecine générale. Néanmoins, une enquête menée par l'ISNAR-IMG en 2007 [34] prouve que le pourcentage d'internes de médecine générale désirant réaliser un DESC diminue en fonction de leur avancée dans le cursus de médecine générale. Ainsi, cette évolution décroissante est probablement liée à une formation encourageant la médecine générale et donc à une meilleure connaissance de la pratique de médecine générale acquise pendant leur internat, secondaire à une Filière Universitaire de Médecine Générale forte (FUMG) en cours de développement.

#### 4.5 Rendre la médecine générale plus attractive par une Filière Universitaire de Médecine Générale forte

La création de l'Examen National Classant devait placer la médecine générale au même rang que les autres spécialités médicales, pourtant chaque année de nombreux postes de médecine générale sont non pourvus. Il faut craindre un désintérêt grandissant des internes pour la médecine de premier recours, si aucune mesure n'est prise rapidement. Or l'Union européenne et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconisent de recentrer le système de santé sur les soins primaires, garants d'un meilleur accès aux soins et d'un plus grand rapport coût/efficacité [49].

La crise de recrutement en médecine générale peut être contrée par une Filière Universitaire de Médecine Générale forte. Son développement permet à la spécialité d'acquérir les moyens et les supports officiels pour la transmission de ses connaissances et le développement de la recherche en soins primaires [21-30]. La médecine générale devient plus attrayante, en donnant accès à une carrière universitaire. La création de la filière de médecine générale [48] donne une plus grande visibilité à la spécialité et améliore la qualité de formation des futurs médecins généralistes [30]. De sa qualité dépendront le nombre et l'efficacité des praticiens généralistes de demain.

En France, depuis la création du Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) en 1983, 20 années ont été nécessaires pour que la médecine générale ait un statut universitaire. En 1991, la filière universitaire de médecine générale est créée, avec la nomination des premiers médecins

généralistes, professeurs et maîtres de conférence associés de médecine générale [45]. En 1997, des départements de médecine générale sont instaurés dans toutes les facultés de France. En 2004, les Épreuves Nationales Classantes consacrent la médecine générale comme spécialité avec un diplôme d'études spécialisées par la loi N° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002 [43] et elle est organisée comme telle par un décret du 16 janvier 2004 [46]. En 2006, la médecine générale est reconnue comme discipline universitaire par la création d'une option Médecine Générale dans la sous-section 53-01 « médecine interne » du Conseil National des Universités (CNU) [47].

La Filière Universitaire de Médecine Générale a besoin en priorité pour fonctionner correctement et garantir un enseignement et une recherche de qualité, d'un contingent suffisant de médecins universitaires nommés [16].

En 2009, la loi HPST [36] est promulguée avec l'article 47 qui instaure un nombre minimal de postes d'enseignants de médecine générale à créer chaque année en France pendant 4 ans soit : 50 Chefs de Clinique Universitaire de Médecine Générale (CCU-MG), 30 Maîtres de Conférence Universitaire de Médecine Générale (MCU-MG) et 20 Professeurs des Universités de Médecine Générale (PU-MG).

Certes, le nombre d'enseignants de médecine générale augmente depuis quelques années, mais nous sommes très en deçà de ce qu'avait prévu la loi HPST [36]. Au 1er juin 2013, la médecine générale compte donc 299 enseignants pour la France entière, soit un ratio enseignants/étudiants de 1/107 avec 37 enseignants universitaires titulaires, 175 enseignants universitaires associés, 76 chefs de clinique des universités (aucune progression depuis novembre 2011) et 11 chefs de clinique associés (il y a 3 000 chefs de clinique pour le même nombre d'étudiants dans les autres spécialités) [39].

Ce déficit de nominations provoque une asphyxie des départements de médecine générale sous la charge de travail. En effet, cette année, seules 12 nominations à des postes de Maître de conférences associé (MCA) ou de Professeur Associé (PA) ont été faites pour 26 candidats reconnus aptes à l'unanimité par le CNU. La phase d'intégration, similaire à celle des autres disciplines en leurs temps, n'a permis d'intégrer que 16 enseignants de médecine générale seulement, reconnus aptes par l'instance universitaire suivante : la Commission Nationale d'Intégration (CNI) [40].

L'avenir des soins primaires en France dépend de la progression du nombre d'enseignants de



médecine générale. À ce rythme, le niveau d'encadrement des internes à former restera insuffisant. Car trop peu d'enseignants, c'est d'abord limiter, pour les internes, le temps consacré à l'acquisition des compétences propres à leur exercice futur. Mais, c'est aussi augmenter le temps d'attente pour qu'ils puissent valider leur D.E.S., et donc autant de décalage avant l'installation de jeunes généralistes sur le terrain. Les chiffres publiés par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) le 30 mai 2013 montrent que seuls 3 % des postes d'enseignant en médecine sont confiés à des médecins généralistes alors que 50 % des internes sont voués à devenir généralistes. À l'heure où l'avenir démographique de la médecine générale est au centre des préoccupations, cette situation préjudiciable doit évoluer. Une autre politique pour l'Enseignement Supérieur et la Recherche doit être menée d'urgence pour assurer aux Français un accès aux soins de qualité [40], d'autant plus que le surcoût engendré par un plus grand nombre d'enseignants sera compensé par le montant des économies réalisées grâce à une médecine de soins primaires plus efficient.

Pour créer un vivier de médecin généraliste universitaire, le statut de chef de clinique en médecine générale doit également être développé [22-30]. En 2007, les 16 premiers Chefs de Clinique de Médecine Générale (CCMG) sont nommés et depuis 2012, le clinicat peut être prolongé via le statut de Chef de Clinique Associé. Néanmoins, de nombreuses inégalités apparaissent entre les CCUMG et les Chefs de Clinique hospitaliers, liées à l'exercice du CCUMG structuré en un mi-temps de soins pratiqués en cabinet de médecine libérale [35] et en un mi-temps universitaire au sein du département de médecine générale (DUMG).

Le premier problème rencontré par les CCUMG est leur difficulté à trouver un lieu d'exercice leur permettant de pratiquer en tant que collaborateur libéral afin de concilier le statut de Chef de Clinique et celui de médecin généraliste.

La deuxième difficulté reconnue est la précarité liée à la part de soin libéral. En effet, il est compliqué pour les chefs de clinique ambulatoires d'arriver à des revenus identiques à ceux des Chefs de Clinique hospitaliers avec notamment des charges financières supplémentaires (CARMF, charges de collaboration libérale) et des activités supplémentaires liées à l'organisation du cabinet (comptabilité, fiscalité, commande de matériel).

Enfin le dernier inconvénient identifié par les CCUMG est lié au manque d'enseignants en médecine générale créant une charge importante d'enseignement, les empêchant de s'investir autant

qu'ils le souhaiteraient dans l'activité de recherche. Il faut également souligner la complexité de trouver des ressources humaines pour développer la recherche en médecine générale (la FUMG étant récente, peu d'enseignants de médecine générale ont une Habilité à Diriger des Recherches (HDR)) et les ressources financières pour mener à bien leurs projets.

Il doit être accordé aux chefs de clinique de médecine générale un temps nécessaire lorsqu'ils arrivent à la fin de leurs quatre années contractuelles, pour consolider un dossier afin d'être nommé au poste de Maître de Conférence des Universités par le Conseil National des Universités. La Médecine Générale a donc besoin en urgence d'un dispositif de post clinicat équivalent au statut de Praticien Hospitalier Universitaire pour les chefs de cliniques hospitaliers. Le statut intermédiaire de chef de clinique associé pour les chefs de clinique de Médecine Générale ayant terminé leur contrat ne permet pas d'avoir la visibilité nécessaire sur l'avenir puisque son maintien est constamment renégocié avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Afin de pérenniser la filière de médecine générale, un statut de Praticien Généraliste Universitaire doit être créé [41-42].

#### 4.6 Aversion au risque liée aux des finances personnelles des jeunes médecins généralistes

L'aversion au risque est l'un des tout premiers principes découverts en économie. Elle est mise en évidence par Daniel Bernoulli, médecin, physicien et mathématicien Suisse du 18ème siècle avec la théorie de l'utilité espérée ("expected utility theory").

Tous les jours, nous sommes confrontés à des prises de décisions dans des environnements risqués. Qu'il s'agisse d'un placement financier ou du choix d'un restaurant, les conséquences de ces choix ne sont pas complètement définies au moment de la prise de décision et le sujet tient évidemment compte de cette incertitude quand il effectue son choix [50]. Il en va de même pour la décision de l'installation en médecine générale, les médecins doivent prendre des décisions dont l'issue est la plupart du temps incertaine.

Notre travail montre que les internes de médecine générale souhaitant s'installer en fin de D.E.S. présentent une aversion au risque quand il s'agit leurs finances personnelles. Kimball introduit en 1991 la notion de tempérance. Il définit ce concept comme étant la tendance qu'ont les individus à réduire leur exposition vis-à-vis des risques qu'ils peuvent couvrir quand ils sont confrontés à

d'autres risques inévitables [51]. Ainsi on comprend plus aisément qu'une personne imprudente avec ses finances n'envisage pas l'installation en médecine générale parce qu'a priori, il faut être un bon gestionnaire.

Notre travail pointe le fait qu'avoir une aversion au risque liée à ses finances personnelles réduit le risque global pour l'installation et donc inciterait les internes de médecine générale à s'installer en ambulatoire. Le système de santé est en grande restructuration, et plus précisément le mode de rémunération. Ainsi, pour limiter le risque financier lié à l'installation et favoriser l'installation en libéral, on pourrait envisager d'autres modes de rémunération des médecins que ceux actuels.

Il existe trois principaux modes de rémunérations des médecins. Il y a tout d'abord, le paiement à l'acte : le médecin reçoit un paiement pour chaque consultation. Ensuite, on trouve la capitation : le médecin touche une rémunération pour chacun de ses patients, qu'il les ait effectivement vus en consultation ou non. Ce mode de rémunération peut dépendre des caractéristiques des patients, c'est alors une capitation pondérée. Pour finir, il existe le salariat : le médecin reçoit une rémunération en échange d'un temps de travail fixé. Face à cette absence de mode de rémunération idéal, différents pays adoptent de plus en plus des systèmes de paiement mixtes, avec des proportions variables des différentes composantes (mélange de capitation, forfaits, paiements à l'acte) avec l'incorporation d'une composante d'incitation. Ainsi en Australie, aux États-Unis et au Québec la rémunération reste majoritairement fondée sur le paiement à l'acte, alors qu'en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni la capitation et le paiement forfaitaire ont une part plus importante [56].

Plusieurs études [34-49] ont permis de constater que si les médecins généralistes et internes soutenaient encore très largement le principe du paiement à l'acte, il n'est désormais plus considéré par ces derniers comme l'unique mode de rémunération. L'enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale réalisée par l'ISNAR-IMG en 2011 montre qu'une majorité d'internes souhaite voir évoluer les modes de rémunération en médecine libérale. Parmi les répondants, le plus grand nombre souhaite l'introduction de forfaits aux côtés du traditionnel paiement à l'acte et seule une minorité d'internes souhaite une rémunération salariale [34]. Le débat ne se situe donc plus dans une opposition entre un système de paiement à l'acte versus un autre système de paiement, mais dans un équilibre à trouver basé sur le paiement à l'acte et d'autres rémunérations forfaitaires. Le mode de rémunération des médecins généralistes doit donc évoluer.

En France, alors que le paiement à l'acte est aujourd'hui majoritaire (plus de 95 %), il existe également le paiement à la performance et les forfaits.

Le paiement à l'acte présente quelques inconvénients. En effet, il peut encourager le médecin à prendre en charge entièrement son patient, à moins souvent déléguer et à contenter tous les désirs de ses patients pour ne pas risquer de le perdre. Mais surtout, le paiement à l'acte ne valorise pas le grand nombre d'activités non curatives que réalise le médecin comme les tâches administratives, la formation, l'enseignement, les activités de prévention, d'éducation, de coordination, qui peuvent plus facilement faire l'objet de forfaits.

Les forfaits sont des sommes payées aux médecins par le système d'assurance maladie du fait des contraintes ou des modalités de leur exercice mais qui ne peuvent pas être rattachées à un acte de soin à proprement dit. Ils comprennent la rémunération du médecin traitant (5 euros par an et par patient de plus de 16 ans et 40 € par an par patient atteint d'une affection de longue durée), la permanence de soins, les contrats de bonne pratique professionnelle, les aides à la télétransmission, les versements au titre de la responsabilité civile professionnelle et les forfaits et majorations pour gardes et astreintes [52]. L'inconvénient des systèmes forfaitaires est de conduire les médecins à sélectionner des patients avec un faible niveau de risque, puisque le revenu du médecin dépend du nombre de ses patients et non du nombre d'actes de soin prodigués. Toutefois il existe un système de capitation pondérée qui prend en compte les caractéristiques du patient dans le montant du forfait. Et enfin le médecin peut être amené à recourir à ses confrères spécialistes afin de réduire sa charge de travail. Pour un patient donné, le médecin est plus enclin à recourir aux confrères spécialistes, ce qui peut être préférable en termes de santé publique mais s'avérer plus coûteux. Là encore il est possible de contourner le problème en incluant dans le forfait les frais de délégation.

Le système de paiement à la performance valorise la qualité médicale et rémunère donc les médecins selon l'atteinte d'objectifs de santé publique et de bonnes pratiques médicales. Cette rémunération s'ajoute à la rémunération à l'acte. En France, le Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) est un contrat établi entre l'Assurance Maladie et le médecin libéral conventionné. Il s'est mis en place à titre optionnel en 2009. Les indicateurs individuels concernaient la prévention, le suivi des pathologies chroniques (en particulier le suivi des patients diabétiques), l'organisation du cabinet, ainsi que l'optimisation des prescriptions (il incite à la prescription des génériques). En avril 2011, 16 000 médecins avaient signé un CAPI, soit plus d'un

praticien éligible sur trois, selon l'Assurance Maladie. En 2011, la nouvelle Convention des médecins a permis une généralisation du système de paiement à la performance. Le dispositif de Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) mis en place le 1er janvier 2012 se substitue au CAPI [53]. Les médecins pouvaient refuser d'en faire partie sous réserve d'en avertir par courrier l'Assurance Maladie dans les trois mois suivant la réception de la Convention. La Rémunération sur objectifs de santé publique repose sur 29 indicateurs : 9 indicateurs clinique pour l'HTA et le diabète de type 2, 8 indicateurs de prévention et de santé publique, 5 indicateurs d'organisation du cabinet et 7 indicateurs d'efficience concernant la prescription de médicament. En France, les médecins ont tout intérêt à adhérer au système de paiement à la performance puisqu'il se traduit seulement par une augmentation de la rémunération [54-55]. Néanmoins le paiement à la performance est décrié par certains médecins [23]. Ils critiquent les indicateurs qui seraient incapables de juger de la qualité des soins. Ils pensent que des objectifs non révélés sont poursuivis par l'Assurance Maladie dont le contrôle de l'activité médicale par la tutelle qui favoriserait la rentabilité financière de lobbys, dévoilant alors les conflits d'intérêts industriels existants. Et enfin, le ROSP transformerait le contrat moral de soins en contrat de résultats, responsable d'effets pervers préoccupants comme la sélection de patients ou encore la dégradation des relations médecin-patient. Le paiement à la performance soulève donc de nombreuses questions : Comment garantir la déontologie du ROSP ? Jusqu'où va aller l'Assurance Maladie dans la normalisation des pratiques ? Et enfin, quels seront les résultats économiques du ROSP ?

Par ailleurs, chaque consultation est différente et est adaptée au patient. Une rémunération différente doit donc être envisagée pour certaines activités. Ainsi, un forfait pourrait prendre en compte les missions de service public (actions de santé publique, comme une campagne de vaccination ou de dépistage des cancers), le temps de la coordination entre professionnels de santé, la gestion administrative, la prévention primaire et secondaire, la continuité des soins, le coût de la structure (avec notamment le paiement de personnels affectés à l'organisation, la gestion et les relations avec les autres structures sanitaires ou le secteur médico-social) et enfin les consultations téléphoniques.

Pour s'adapter aux missions propres de la médecine générale, il est important que la rémunération évolue en conséquence. Il faut revaloriser certains actes ou certaines consultations [49], du fait du temps nécessaire qu'ils demandent et du fait de l'absence de rémunération qu'ils impliquent. Pour accéder à une médecine de meilleure qualité tant pour le patient que pour le médecin, il serait souhaitable de revaloriser un grand nombre d'actes fréquents et longs comme les visites à domicile

(notamment en milieu rural), les prises en charge en hospitalisation à domicile et en soins palliatifs, le temps passé pour les consultations longues et l'ensemble des actes réalisés (dont l'information du patient sur des pathologies particulières) avec une nomenclature adaptée à la médecine générale (par exemple : consultations douleur, psychiatrie, pédiatrie, gynécologie, gériatrie, sociale psychothérapeutique..), les actes techniques spécifiques nécessitant du matériel (tels les frottis, les actes de petite chirurgie et petite traumatologie), les consultations annuelles de bilan du suivi et de prévention, l'éducation thérapeutique et à la santé, les campagnes de dépistage, les réunions de coordination et projets locaux de coordination des soins pluri professionnels.

Le système de paiement à l'acte ne valorise pas non plus la part intellectuelle dans la démarche diagnostique des médecins au détriment des actes techniques réalisés. Le système de rémunération des médecins libéraux doit changer et intégrer des activités autres que celles directement liées aux soins délivrés à un patient. Pour sortir de l'enfermement du prix unique de la consultation, les situations jugées plus complexes et donc chronophages doivent être éligibles à une majoration du montant de la consultation ou entrer dans le cadre de forfait.

#### 4.7 Forces et faiblesses de l'étude

L'originalité de notre étude réside dans le fait qu'il s'agit de la première à s'intéresser aux déterminants du choix de pratiquer la médecine générale en France par les internes en dernière année de DES. Elle est le précurseur d'un projet de grande envergure dans le cadre du suivi des jeunes médecins de la région PACA à la sortie de leurs études. Les jeunes médecins généralistes constituent une population difficile d'accès qui n'est pas actuellement suivies par les dispositifs d'observation traditionnels des médecins généralistes (dispositifs basés sur le lieu du cabinet ou le numéro ADELI). Notre projet est financé depuis début 2014 par l'A.R.S. et le questionnaire va donc être repris par les internes de Marseille par l'intermédiaire d'enquêteurs. Ainsi, il est prévu deux vagues de questionnaire par an pendant 5 ans afin de suivre les débuts professionnels et l'activité des jeunes médecins. La mise en place d'un panel de jeunes diplômés suivis pendant plusieurs années est une expérience inédite en France.

Néanmoins notre étude présente quelques limites.

Tout d'abord, la taille de notre population est faible (N=60) et c'est la raison pour laquelle nous

avons inclus dans notre étude univariée (Tableau 2) des variables statistiquement significatives avec une p-value  $\leq 0,10$ . Par ailleurs, le projet est en phase d'extension sur Marseille. Ainsi la taille de la population va pouvoir être augmentée. La taille de notre échantillon explique certainement pourquoi plusieurs variables explicatives n'influencent pas étonnement notre variable d'intérêt. Ainsi, curieusement le choix de la médecine générale à l'Examen Classant National, la réalisation d'un S.A.S.P.A.S. et avoir une activité de remplacement pendant l'internat, ne sont pas des facteurs influençant le choix de la médecine générale en ambulatoire plutôt qu'un exercice salarié (en médecine générale ou pas).

Ensuite, notre variable d'intérêt relève d'une certaine subjectivité et peut ainsi présenter un biais. Un autre biais a pu être introduit, car la personne chargée de l'interview connaissait certains internes interrogés. Néanmoins comme cette personne est à l'origine de cette étude, elle a pris le temps de poser et d'expliquer les questions aux jeunes médecins.

Enfin, dans le cadre de notre étude les données n'ont pas été pondérées. Mais, a priori, quasiment tous les jeunes médecins sortant de l'internat de médecine générale de Nice ont été interrogés (sauf les trois manquants). Ainsi, on peut admettre la représentativité des données pour la ville de Nice.

## 5 CONCLUSION

Les problèmes actuels de démographie et de désertification médicales imposent de prendre en compte les appréhensions des jeunes médecins et de leur proposer des solutions concrètes pour les aider à l'installation. La médecine générale libérale est souvent perçue par les jeunes médecins comme un lot de contraintes, parmi lesquelles sont souvent citées l'impossibilité d'évolution de carrière, le coût de l'installation, une grande disponibilité nécessaire, une exigence accrue de formation continue, une couverture sociale peu protectrice. Mais heureusement la médecine générale signifie encore pour de nombreux médecins indépendance et relations privilégiées avec les malades.

Le souci de la démographie médicale ne peut se régler par des mesures coercitives de régulation à l'installation, dont on connaît l'effet inverse escompté observé à l'étranger (Allemagne, Québec). Ces mesures engendrent un déficit d'engagement dans la filière médicale, et une réorientation des professionnels de santé vers d'autres métiers. La solution aux problèmes d'inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire français passe par une association de mesures globales, organisationnelles, cohérentes et durables.

Notre travail met en évidence plusieurs solutions pour favoriser l'installation en médecine générale.

Tout d'abord, notre analyse met en lumière qu'une proposition de reprise d'activité d'un confrère déclencherait l'installation chez les internes de médecine générale en fin de DES. C'est pourquoi, il paraît nécessaire de multiplier les rencontres et les contacts entre les confrères. Il paraît donc urgent de créer un plus grand nombre de terrain de stages en ambulatoires et d'accroître la présence et la visibilité de la médecine générale dans les trois cycles des études médicales. La politique de santé doit donc revaloriser la fonction et la rémunération des MSU.

Ensuite, il est important de revaloriser la médecine générale pour donner envie au jeune médecin de pratiquer cette dernière avec talent et plaisir. Le manque de perspective d'évolution dans la carrière et le manque de valorisation de la discipline expliquent le peu d'attrait des étudiants pour la médecine générale. La médecine générale doit être dotée d'un nombre suffisant de Chefs de Clinique Universitaires de Médecine Générale conformément à la loi HPST. Un statut pérenne de Praticien Généraliste Universitaire doit être créé, permettant aux Chefs de Cliniques de préparer



leurs dossiers de Maître de Conférence des Universités. Le nombre de maîtres de conférence et de professeurs doit également être en progression pour porter l'avenir de la discipline, en développant l'enseignement pour une meilleure formation et une recherche organisée grâce à une FUMG forte avec une meilleure visibilité de la médecine générale.

Enfin, notre travail montre que les internes de médecine générale souhaitant s'installer en fin de DES présentent une aversion au risque quand il s'agit de leurs finances personnelles. Pour inciter les plus réticents à l'installation, le mode de rémunération obsolète doit évoluer vers une rémunération mixte associant forfaits et paiement à l'acte.

Le coût que représentent ces réformes pour la politique de santé sera amorti par une meilleure formation des futurs médecins généralistes, permettant une meilleure efficacité du système de santé français, dont le pilier sera une médecine de soins primaires de qualité.

## 6 BIBLIOGRAPHIE

[1] LEGMANN M. Définition d'un modèle de la médecine libérale, 2010.

[2] BLOY G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. Revue française des affaires sociales 2011.

[3] LE BRETON-LEROUVILLOIS G, LEGMANN M, ROMESTAING P. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013. Paris : CNOM 2013.

[4] EDEY GAMASSOU C, MOISSON-DUTHOIT V. Revue de la littérature sur la souffrance des médecins généralistes libéraux. Colloque DIM GESTES 2013.

[5] BAUDE N, FLACHER A, BOSSON J-L, MARCHAND O et al. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir. Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine 2008 ; 4(3) : 135-40.

[6] CHANDEZ Charlotte, CHIRON François. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône – Alpes. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Université de GRENOBLE, 2013.

[7] MUNCK Stéphane. Étude des déterminants de l'appropriation d'un projet d'installation en ambulatoire chez les internes de médecine générale français. Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Université de Nice, 2012.

[8] BLOY G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). Série Etudes et Recherches n°104, DREE. Paris, 2011.

[9] DORY V, POUCHAIN D, BEAULIEU MD, PESTIAUX D, GAY B, ROCHER G, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer 2009 ; 20 (85) : 4-7.

[10] GIBOUDOT Lorane. Que sont devenus ceux qui avaient choisi la médecine générale suite aux ECN 2005 : étude qualitative sur le choix et le devenir professionnel de jeunes médecins 2 ans après la validation du DES. Thèse de médecine générale. Université de Besançon, 2011.

[11] Décret n° 97-494 instaurant le stage auprès du praticien et Décret n° 97-495 concernant le déroulement du stage. Le Décret n° 97-494 ayant été modifié par le Décret n° 97-1213 du 24/12/97.

[12] Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 Avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires en ambulatoire supervisé.

[13] Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.

[14] Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du 3ème cycle des études médicales. INSTRUCTION N° DGOS/RH1/2011/141 du 13 avril 2011 relative à la réforme de l'organisation du troisième cycle des études de médecine.

[15] BLOY G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage auprès du praticien. Revue française des affaires sociales 2005 ; 1 : 101-25. En ligne : [www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-101.htm](http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-101.htm) [dernière consultation le 24/05/2014]

[16] BOUSQUET Marie-Alice. Concepts en médecine générale : tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline. Thèse de médecine générale. Université de Paris 6, 2013.

[17] DECORDE Augustin. Déterminants à l'installation en médecine générale. Analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Thèse de médecine générale. Université de Grenoble, 2011.

[18] CONSTANT G. Construction du projet professionnel des internes de médecine générale d'îles de France. Thèse de médecine générale. Université de Paris V, 2009.

[19] COUDREUSE CHICHOUX Mathilde. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. Thèse de médecine générale. Université de Grenoble, 2012.

[20] GALVANI Aurélie. Influence du stage chez le praticien sur les internes de médecine générale. Thèse de médecine générale. Université de Nice-Sophia Antipolis, 2011.

[21] Observatoire National Démographique des Professions de Santé. Synthèse générale 2004. En ligne : [http://www.vie-publique.fr/documents-vp/synthese\\_2004\\_ondps.pdf](http://www.vie-publique.fr/documents-vp/synthese_2004_ondps.pdf) [dernière consultation le 24/05/2014]

[22] Inspection Générale des Affaires Sociales. Le post-internat constat et propositions. Paris, 2010. En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2010/104000383.pdf> [dernière consultation le 24/05/2014]

[23] ANDRIANTSEHENOHARINAL Lanja. Approche qualitative des raisons exprimées par les médecins ayant refusé le paiement à la performance/rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Thèse de médecine générale. Université de Montpellier, 2014.

[24] COURAUD F, PRUVOT R. Proposition pour une restructuration du troisième cycle des études médicales. 2014.

[25] Arrêté du 4 octobre 2011 modifiant diverses dispositions relatives aux praticiens agréés-maitres de stage des universités durant les études de médecine. Texte N°28. JORF N°240. 15 octobre 2011.

[26] BOUET P., BERNARD-CATINAT M., DELGA M-E, GRILLET G., MONIER B, POUILLARD J. Liberté d'installation, liberté d'exercice. Quelle médecine pour quel médecin? Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du CNOM. Juin 2003.

[27] Inspection Générale des Affaires Sociales. Le post-internat constat et propositions. Juin 2010. En ligne : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2010/104000383.pdf> [dernière consultation le 24/05/2014]

[28] Martin François. Représentations de la Médecine Générale auprès des jeunes internes de Médecine Générale. Thèse de médecine générale. Université de Poitiers, 2010.

[29] LE MAUFF P, BAIL P, GARGOT F, GARNIER F, GUYOT H, HONNORAT C, HUEZ JF. L'évaluation des compétences des internes de médecine générale. Aspect théorique, réflexions pratiques. Exercer 2005, numéro 73 : 63-68. En ligne : [www.parisouest.cnge.fr/doc/LeMauff\\_Bail.pdf](http://www.parisouest.cnge.fr/doc/LeMauff_Bail.pdf) [dernière consultation le 24/05/2014]

[30] ANEMF, INSNAR-IMG. Démographie médicale. Contribution commune ANEMF ISNAR-IMG. Document de proposition. Nice, 2011.

[31] BRAUN NEVES Coralie. Être ou ne pas être médecin généraliste. Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes Thèse de médecine générale. Université de René Descartes, 2005.

[32] FRAIZY Déborah. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS. Étude descriptive menée à Dijon de novembre 2003 à octobre 2011 Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine. Thèse de médecine générale. Université de Dijon, 2012.

[33] ALLEN J, GAY B, CREBOLDER H et al. La définition européenne de la médecine générale. Médecine de famille. WONCA Europe 2002.

[34] ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale, résultats complets. Lyon, 2011.

[35] Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 a inséré dans le code de l'éducation un article L952-23-1 Article L952-23-1 du code de l'éducation. En ligne: [www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=ESRX0711109L](http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=ESRX0711109L) [dernière consultation le 24/05/2014]

[36] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la

santé et aux territoires Version consolidée au 25 mai 2013.

[37] Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale. 2014, Quel avenir pour la Médecine Générale ? En ligne : <http://www.snemg.fr/2014-Quel-avenir-pour-la-Medecine> [dernière consultation le 24/05/2014]

[38] Observatoire National Démographique des Professions de Santé. La médecine générale. Résumé des principaux enseignements Le pré rapport 2006-2007. En ligne : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_ondps\\_1.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ondps_1.pdf) [dernière consultation le 24/05/2014]

[39] ReAGJIR - Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants. Les chiffres de la filière universitaire de médecine générale. 2013.

[40] LERUSTE S. Pour le bureau du SNEMG (Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale). Le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche fait barrage au développement de la filière universitaire de médecine générale. Communiqué de presse du 7 avril 2014.

[41] ReAGJIR SNEMG INSNAR-IMG. Propositions de statut de Praticiens Généralistes Universitaires. Mars, 2014. En ligne : [http://www.snemg.fr/IMG/pdf/20140225\\_Propositions\\_statut\\_PGU.pdf](http://www.snemg.fr/IMG/pdf/20140225_Propositions_statut_PGU.pdf) [dernière consultation le 24/05/2014]

[42] ReAGJIR SNEMG INSNAR-IMG. Lettre au Ministre des Affaires Sociales et de la Santé et au Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. Février 2014.

[43] Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale : Articles 60 et 66. Version consolidée au 19 décembre 2012. En ligne : [www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0000077L](http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0000077L) [dernière consultation le 24/05/2014]

[44] Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine. Version consolidée au 28 décembre 2013.

[45] GALAM E. Ed. Infiniment médecins. Les généralistes entre la science et l'humain. Paris : Editions Autrement, 1996 : p 202

[46] Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

[47] Arrêté du 25 octobre 2006 modifiant l'arrêté du 29 juin 1992 fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales et odontologiques : Article 1.

[48] IGAENR, IGAS. Rapport conjoint IGAENR N°2007-016 et IGAS N° RM2007-030P. Création de la filière de médecine générale » Février 2007.

[49] HUBERT E. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Paris, 2010. En ligne : [http://www.snemg.fr/IMG/pdf/rapport\\_Hubert.pdf](http://www.snemg.fr/IMG/pdf/rapport_Hubert.pdf) [dernière consultation le 24/05/2014]

[50] CRAINICH D. Théorie du risque et décision médicale. Facultés Universitaires Saint-Louis. Bruxelles, 2001.

[51] Kimball M. Precautionary Motives for Holding assets, NBER Working Paper 1991 ; n° 3586.

[52] BARLET M, BELLAMY V, GUILLAUMAT-TAILLIET F, JAKOUBOVITCH S. Médecins généralistes : que pensent-ils de leur rémunération ? Revue française des affaires sociales 2011 ; n° 2-3 : 123-155.

[53] CNAMTS. Rémunération sur objectifs de santé publique : une mobilisation des médecins et de l'Assurance maladie en faveur de la qualité des soins. Dossier de presse. Avril 2013.

[54] MASSIN S, PARAPONARIS A, BERNHARD M, VERGER P, CAVILLON M, MIKOL F, VENTELOU B. Le paiement à la performance : les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. Études et résultats 2014 ; n° 873.

[55] BRAS P-L., DUHAMEL G. Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères, rapport IGAS. 2008.

[56] CNAM. Les modèles de rémunération : un regard international. 2010. En ligne : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/01\\_Polton\\_Bousquet.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/01_Polton_Bousquet.pdf) [dernière consultation le 24/05/2014]

[57] CARMF. Évolution des ages moyens. En ligne : [www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm](http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm) [dernière consultation le 24/05/2014]



## 7 ANNEXES

### Annexe 1 : Présentation de l'enquête (texte de l'email) du 9 avril 2013 :

Panel « Jeunes médecins généralistes »  
Vague 1 – Avril 2013

Vous recevez ce message en tant qu'interne de médecine générale à la faculté de Nice.

Nous sommes une équipe de chercheurs de plusieurs institutions (Départements d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale des facultés de médecine de Marseille et de Nice ; Inserm UMR912 ; Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Nous souhaitons mettre en place un dispositif prospectif d'observation des trajectoires professionnelles des jeunes médecins généralistes en région PACA.

Vous faites partie de la première promotion d'internes que nous souhaitons suivre. L'objectif est avant tout de mieux connaître le parcours, les attentes, le ressenti, les pratiques et conditions d'exercice des jeunes médecins issus du DES de Médecine Générale.

La première enquête de ce dispositif est accessible en ligne à l'adresse suivante :

<http://serveurs.no-ip.org/limesurvey/index.php/285245/lang-fr>

Nous vous serions très reconnaissants d'y répondre. La participation de chacun est indispensable pour garantir une bonne représentativité des résultats.

Nous garantissons l'anonymat et la confidentialité les plus stricts dans le recueil et le traitement des réponses. Nous nous engageons par ailleurs à vous communiquer régulièrement les résultats des enquêtes sous forme de flashes info envoyés par email (sauf refus de votre part).

Une information orale concernant cette enquête vous sera donnée lors des séminaires Maladies Chroniques qui auront lieu les 12 avril et 3 mai. N'hésitez pas à nous solliciter par email ([paneljeunes.u912@inserm.fr](mailto:paneljeunes.u912@inserm.fr)) si vous avez des questions concernant ce dispositif.

Merci d'avance pour votre collaboration.

L'équipe "Panel Jeunes Médecins Généralistes"

*Détail technique concernant l'enquête en ligne : si vous chargez plusieurs fois le questionnaire sur un même ordinateur, un message d'erreur peut éventuellement apparaître. Il suffit alors normalement de vider le cache de votre navigateur pour régler le problème.*

## **Annexe 2 : Relance par mail le 31 mai 2013**

Bonjour à tous,

Quelques informations concernant le Panel Jeunes Médecins Généralistes :

Pour ceux qui n'ont pas encore répondu à l'enquête, le questionnaire est désormais accessible à l'adresse simplifiée suivante (le lien précédent fonctionne toujours) :

<http://www.paneljeunesmgpaca.fr/>

L'utilisation du navigateur Safari semble parfois poser problème. Le dispositif fonctionne en revanche très bien avec les autres navigateurs (Google Chrome, Mozilla Firefox, Internet Explorer...).

L'enquête vient par ailleurs d'être lancée auprès des internes de Médecine Générale de Marseille. Une page Facebook dédiée au panel a également été créée :

[www.facebook.com/PanelJeunesMgPaca](http://www.facebook.com/PanelJeunesMgPaca)

N'hésitez pas à l'utiliser pour garder contact avec nous et entre vous.

L'équipe "Panel Jeunes Médecins Généralistes"

### Annexe 3 : Le questionnaire :

#### Panel Jeunes Médecins Généralistes

Après «Bienvenue»:

Ce site donne accès au premier questionnaire en ligne réalisé dans le cadre du projet « Panel Jeunes Médecins Généralistes ». Ce projet a pour objectif de mieux connaître le parcours, les attentes, le ressenti, les pratiques et conditions d'exercice des jeunes médecins issus du DES de Médecine Générale.

Le questionnaire dure une vingtaine de minutes.

Nous garantissons l'anonymat et la confidentialité la plus stricte dans le traitement des réponses.

Votre participation est importante. Nous vous en remercions.

Cliquez sur « Suivant » pour commencer.

Partenaires du projet : Aix-Marseille Université; INSERM UMR912 (SESSTIM); Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur ; Départements Universitaires de Médecine Générale de Marseille et de Nice.

Contact : [paneljeunes.u912@inserm.fr](mailto:paneljeunes.u912@inserm.fr)

#### Identification

Avant de commencer, merci d'indiquer l'adresse électronique à laquelle vous avez reçu l'invitation à remplir ce questionnaire (si vous n'avez pas reçu d'invitation, merci d'indiquer vos nom et prénom)

Ces informations ne seront en aucun cas utilisées lors du traitement des réponses au questionnaire. L'anonymat et la confidentialité de vos réponses seront parfaitement assurés.

#### Conditions d'inclusion

Quel semestre d'internat de médecine générale êtes vous actuellement en train d'effectuer ? *Une réponse possible*

- 1<sup>er</sup> semestre
- 2<sup>eme</sup> semestre
- 3<sup>eme</sup> semestre
- 4<sup>eme</sup> semestre
- 5<sup>eme</sup> semestre
- 6<sup>eme</sup> semestre

Quand avez-vous commencé votre internat ?

*Calendrier*

*« Sélectionnez n'importe quel jour, seul le mois et l'année seront pris en compte »*

Accord pour l'inclusion au sein du panel

ICI IL FAUT PRENDRE LA REGLE QUI ETAIT APPLIQUEE PAR LE QUESTIONNAIRE internet : 6<sup>ème</sup> semestre.

Êtes-vous :

1. Un homme
2. Une femme

Quelle est votre date de naissance ?

*Calendrier*

Afin de pouvoir étudier précisément les trajectoires professionnelles des jeunes médecins nous envisageons de constituer un « panel », ce qui conduirait à interroger chaque participant une à deux fois par an pendant cinq ans. En tant qu'étudiant de l'université de Nice ou Marseille, vous êtes automatiquement membre de ce panel. Vous pouvez cependant à tout moment indiquer votre refus de participer à l'adresse suivante : [paneljeunes.u912@inserm.fr](mailto:paneljeunes.u912@inserm.fr)

Coordonnées

Pour assurer le bon fonctionnement du panel, Il est important que nous puissions garder le contact avec vous au cours des 5 années à venir. Pouvez-vous nous préciser:

- Votre numéro de téléphone portable :
- L'adresse email que vous utilisez le plus souvent :
- Votre adresse postale :

De nouveau, nous garantissons que ces informations ne seront pas utilisées lors du traitement des réponses au questionnaire. Le fichier des participants au panel fera l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des libertés)

Par quel moyen préféreriez-vous être contacté(e) pour répondre aux enquêtes suivantes ?

*Une réponse possible*

1. Téléphone
2. Email
3. Courrier postal
4. Autre, précisez

En cas de changement de vos coordonnées, pouvez-vous nous fournir les coordonnées d'un tiers (de vos parents par exemple) par lequel nous pourrions ré-entrer en contact avec vous :

adresse :

et numéro de téléphone :

Etes-vous inscrit sur un ou des réseaux sociaux ? *Cochez la ou les réponses*

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
- Google+
- Viadeo
- Autre

\*\*\*\*\*

### Section 1 : Projet professionnel

S1-01. Idéalement, sous quel statut principal aimeriez-vous exercer à la fin de votre internat (ou de vos études, si vous souhaitez passer un DESC par exemple) ?

Veuillez sélectionner une réponse ci dessous

1. Installé comme médecin généraliste dans votre propre cabinet individuel
2. Installé comme médecin généraliste en tant qu'associé dans un cabinet de groupe
3. Remplaçant d'un (ou plusieurs) médecin(s) titulaire(s) d'un cabinet
4. Collaborateur libéral d'un médecin titulaire d'un cabinet\*
5. Salarié dans un centre de santé\*\*
6. Salarié en Clinique (SSR) ou en EHPAD
7. Praticien hospitalier/Assistant
8. Médecin territorial salarié (Mairie, Conseil Général- PMI par exemple)
9. Médecin scolaire
10. Médecin salarié d'une ONG (volontaire chez MSF par exemple)
11. Autre, préciser :

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

\*\* Il peut s'agir de centres de santé municipaux, mutualistes, associatifs. Les médecins travaillant dans ces structures ont des plages de consultation sur 35h dans la semaine, les patients payent les consultations au centre de santé, et les médecins reçoivent un salaire du centre de santé. Les charges liées à la structure et aux employés sont payées directement par le centre de santé.

S1-02. Compte tenu de vos contraintes, quel statut vous semble le plus probable (à la fin de votre internat ou de votre DESC) ?

1. Installé comme médecin généraliste dans votre propre cabinet individuel => passer à S1-05
2. Installé comme médecin généraliste en tant qu'associé dans un cabinet de groupe => passer à S1-05
3. Remplaçant d'un médecin titulaire d'un cabinet
4. Collaborateur libéral d'un médecin titulaire d'un cabinet\*
5. Salarié dans un centre de santé\*\*
6. Salarié en Clinique (SSR) ou en EHPAD
7. Praticien hospitalier/Assistant
8. Médecin territorial salarié (PMI, Mairie)
9. Autre, préciser :

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

\*\* Il peut s'agir de centres de santé municipaux, mutualistes, associatifs. Les médecins travaillant dans ces structures ont des plages de consultation sur 35h dans la semaine, les patients payent les consultations au centre de santé, et les médecins reçoivent un salaire du centre de santé. Les charges liées à la structure et aux employés sont payées directement par le centre de santé.

Si S1-02=3 à 9,

S1-03. Envisagez-vous de vous installer ultérieurement en tant que médecin généraliste-libéral ?

1. Oui, absolument
2. Oui, certainement

3. Non, pas vraiment => passer à S1-05
4. Non, pas du tout => passer à S1-05

*Si oui (S1-03=1 ou 2),*  
S1-04. A quel âge ?

S1-05. Dans l'idéal, souhaiteriez-vous exercer :  
Veuillez sélectionner une réponse ci dessous

1. Dans une grande ville, ou sa banlieue (une ville du type « préfecture de département ou de région »)
2. Dans une ville intermédiaire (hors banlieue de grande ville, de type « sous-préfecture »)
3. Dans une petite commune en zone rurale

S1-06. Dans l'idéal, souhaiteriez-vous exercer :  
Veuillez sélectionner une réponse ci dessous

1. Dans la région de votre internat
2. Dans la région de votre externat (si elle est différente de celle de votre internat)
3. Dans votre région de votre enfance (si elle différente de celle de vos études de médecine)
4. Dans la région où s'offrira la meilleure opportunité

S1-07. Qu'est-ce qui vous semble aujourd'hui le plus à même d'influencer le choix de localisation de votre exercice ?

	Tout à fait	Peut-être	Pas vraiment	Pas du tout
S1-07.1. Une proposition de reprise d'activité d'un confrère				
S1-07.2. Une proposition d'association ou de collaboration avec un de vos anciens MSU (maître de stage des universités)				
S1-07.3. La recherche d'un endroit où l'offre de médecins généralistes est insuffisante				
S1-07.4. La proximité géographique par rapport à votre lieu d'études				
S1-07.4. La proximité géographique par rapport à vos attaches familiales				
S1-07.5. Les contraintes professionnelles de votre conjoint				
S1-07.6. L'offre de services et de loisirs à proximité				
S1-07.7. Une incitation financière				
S1-07.8. La mise à disposition de locaux pour votre cabinet				
S1-07.9. La mise à disposition d'une plateforme de secrétariat				
S1-07.10. La mise à disposition d'une plateforme de gestion du				

cabinet				
S1-07.11. Autre, préciser : .....				

S1-11. Au cours de votre carrière, envisagez-vous de pratiquer un « mode d'exercice particulier » (homéopathie, acupuncture, ostéopathie, mésothérapie, phytothérapie...)?

1. Oui, de façon exclusive
2. Oui, de façon complémentaire ou occasionnelle
3. Non => passer à S1-14

S1-12. Le- ou lesquels ? si « oui » à S1-11 (plusieurs réponses possibles)

1. Homéopathie
2. Acupuncture
3. Mésothérapie
4. Ostéopathie
5. Sophrologie
6. Phytothérapie
7. Autre, préciser :

S1-13. Avez-vous déjà une formation spécifique pour ce(s) pratique(s) ? si « oui » à S1-11

1. Oui
2. Non

S1-14. Quel objectif en termes de revenu net mensuel vous fixez-vous pour dans: (*indiquer le montant en euros*)

1. 5 ans :
2. 10 ans :
3. 25 ans :

## Section 2 : Coursus

S2-01. Dans quelle ville avez-vous effectué votre externat ?

1. Marseille
2. Nice
3. Autre, préciser :

S2-02. Combien de fois avez-vous passé le concours d'entrée en médecine PCEM1 ?

Liste déroulante de 1 à 3

S2-03. Combien de fois avez-vous passé les ECN (Epreuves Classantes Nationales) ?

Liste déroulante de 1 à 3

S2-04. Quels étaient, par ordre de préférence, les 3 spécialités que vous visiez aux ECN ?

S2-04.1. 1<sup>er</sup> choix

S2-04.2. 2<sup>ème</sup> choix

S2-04.3. 3<sup>ème</sup> choix

Pour chacun : liste déroulante :

Médecine générale
Spécialités médicales
Spécialités chirurgicales

Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Gynécologie obstétrique
Gynécologie médicale
Psychiatrie
Biologie médicale
Médecine du travail
Santé publique

S2-05. Avez-vous utilisé un droit au remords en cours d'internat ?

1. Oui => préciser votre choix initial : (même liste déroulante que question précédente)
2. Non

S2-06. Pouvez-vous décrire le déroulement de votre internat (stages pratiques effectués ou en projet) :

- S2-06.1. Semestre 1
- S2-06.2. Semestre 2
- S2-06.3. Semestre 3
- S2-06.4. Semestre 4
- S2-06.5. Semestre 5
- S2-06.6. Semestre 6

(liste déroulante pour chaque semestre – cases grisées = choix ‘impossible’)

	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Stage chez le praticien						
Stage hospitalier : médecine d'adultes						
Stage hospitalier : pédiatrie et/ou gynécologie						
Stage hospitalier : médecine d'urgence						
Stage hospitalier libre, préciser :						
Stage ambulatoire de gyneco/pédiatrique						
SASPAS						
Autre, préciser :						
Non défini (pour les semestres à venir)						

S2-07. Avez-vous déjà exercé en tant que remplaçant ?

1. Oui
2. Non => passer à S2-09

S2-08. Pouvez-vous estimer le nombre de journées de remplacement que vous avez effectuées ?  
Nombre de journées :

S2-09. Avez-vous soutenu votre thèse ?

1. Oui => préciser la date (mois et année) /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_
2. Non => quand pensez-vous la soutenir ? (mois et année) /\_\_/\_\_/\_\_ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

S2-10. Pouvez-vous indiquer dans le nom de la commune et le numéro du département dans lesquels vous avez effectué votre stage chez le praticien (plusieurs réponses si vous avez été en stage chez plusieurs MSU) :



	NOM DE LA COMMUNE	Numéro de département
MSU1		
MSU2		
MSU3		

S2-11. Souhaitez-vous obtenir un DESC (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires) après validation de votre DES de médecine générale ?

1. Oui
2. Non => passer à la section suivante

S2-12. Si oui, lequel :

1. Allergologie et immunologie clinique
2. Andrologie
3. Hémobiochimie et transfusion
4. Médecine légale et expertises médicales
5. Médecine du sport
6. Médecine d'urgence
7. Médecine vasculaire
8. Nutrition
9. Pathologie infectieuse et tropicale
10. Pharmacologie clinique
11. Gériatrie
12. Autre, préciser : .....

S4-01. Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs aides financières au cours de vos études ?

1. Oui, bourse étudiante CNOUS
2. Oui, allocation de 1 200 euros par mois en contrepartie d'un contrat d'engagement de Service public (CESP) engagement à exercer en zone déficitaire pendant 4 ans
3. Oui, aide financière de 3 000 euros pour effectuer le stage chez le praticien en zone déficitaire
4. Oui, autre, préciser : .....
5. Non

*Pour ceux qui ont eu une aide du type 3 (S4-01=3):*

S4-02. Sans cette prime, auriez-vous quand même effectué votre stage au même endroit ?

1. Oui
2. Non

### Section 3 : Formation

S3-01. Pouvez-vous attribuer une note entre 1 et 5 aux différents aspects suivants concernant votre formation (1 étant la note la plus faible : vous avez été peu assidu, vous avez trouvé peu d'intérêt, cela vous a mal préparé à l'exercice de la médecine générale)

Liste déroulante pour chaque item de 1 à 5

	Assiduité	Intérêt	Bonne préparation à l'exercice de la médecine générale
Enseignement théorique académique en deuxième cycle			

Stages hospitaliers en deuxième cycle (en tant qu'externe)			
Stage(s) chez le praticien en deuxième cycle (en tant qu'externe)			
Stages chez le praticien en DCEM			
Conférences de préparation aux ECN			
Enseignement théorique en 3 <sup>ième</sup> cycle(DES )			
Stages hospitaliers en tant qu'interne			
Stages chez le praticien en tant qu'interne			

S3-02. Avez-vous eu des médecins généralistes comme enseignants dans les cours en deuxième cycle ?

1. Oui
2. Non

S3-03. Le stage chez le praticien a-t-il modifié votre perception du métier de généraliste ?

1. Oui, beaucoup
2. Oui, un peu
3. Non, pas du tout

S3-04. Diriez-vous à propos du (des) stage(s) chez le praticien :

1. Qu'il a été décisif dans votre choix d'exercer la médecine générale de ville
2. Qu'il a été décisif dans votre choix de ne pas exercer la médecine générale de ville
3. Qu'il n'a pas eu d'influence car votre choix était fait avant ce stage
4. Qu'il a été trop court pour vous donner une idée suffisante du métier
5. Que le mode d'exercice des MSU était trop différent de vos souhaits d'exercice

S3-05. De manière générale, vous sentez-vous suffisamment bien préparé(e) pour exercer le métier de médecin généraliste de ville ?

1. Pas du tout bien préparé
2. Pas assez bien préparé
3. Assez bien préparé
4. Bien préparé

S3-06. Vous sentez-vous bien préparé(e) pour prendre en charge les aspects suivants dans votre pratique quotidienne ?

Vous sentez-vous	Pas du tout bien préparé	Pas assez bien préparé	Assez bien préparé	Bien préparé...
...pour	...	...	...	

Gérer des soins de premiers secours				
Faire face à une urgence vitale telle qu'un OAP				
Faire un massage cardiaque				
Assurer une bonne couverture vaccinale de vos patients				
Assurer une éducation nutritionnelle				
Convaincre un patient fumeur d'initier un sevrage tabagique				
Favoriser le dépistage des cancers				
Suivre un patient ayant une pathologie cancéreuse évolutive				
Repérer une problématique suicidaire chez un patient adulte				
Diagnostiquer les troubles psychiatriques fréquents (dépression majeure, troubles anxieux)				
Prendre en charge un patient ayant un problème avec l'alcool				
Repérer des maladies d'origine professionnelle				
Repérer des problèmes de maltraitance chez un de vos patients				
Prendre en charge des patients polypathologiques				
Rechercher des informations validées comme des recommandations de BPC				
Prendre en charge un patient avec un handicap physique ou mental				
Prendre en charge des personnes dépendantes				
Prendre en charge des personnes en situation de grande précarité sociale				
Prendre en charge la douleur				
Éduquer un patient sur la gestion de sa maladie				
Gérer les prescriptions chez un patient âgé				
Accompagner un patient dans une situation de fin de vie				
Gérer la santé des nourrissons				
Retirer un bouchon de cérumen chez un				

nourrisson				
Dépister un problème de poids chez l'enfant				
Repérer un trouble du comportement chez l'adolescent				
Repérer les troubles du développement de l'enfant				
Dépister et orienter l'adolescent suicidaire				
Dépister et coordonner la prise en charge de l'adolescent consommateur de drogues				
Proposer une contraception à une adolescente				
Suivre une grossesse normale				
Réaliser un examen gynécologique				
Communiquer aux patients des informations difficiles sur leur état de santé				
Communiquer avec des patients souffrant d'un handicap mental				
Communiquer avec des patients présentant une déficience auditive, de la parole ou visuelle				
Coopérer avec des spécialistes de santé mentale				
Coopérer avec des spécialistes médicaux				
Coopérer avec des médecins du travail				
Coopérer avec des professionnels du secteur médico-social				
Accompagner une déclaration de maladie professionnelle				
Rédiger un certificat médical d'accident de travail				
Rédiger des certificats médicaux				
Gérer votre cabinet médical				
Gérer de votre temps de travail				
Prendre en charge votre propre santé				
Bien prescrire des antibiotiques				

### Section 5 : Eléments socio-démographiques

S5-01. Etes-vous en couple actuellement ?

1. Oui
2. Non => passer à S5-03

S5-02. Si oui, êtes-vous :

1. Marié
2. Pacsé

3. Ni l'un, ni l'autre

Combien d'enfants avez-vous ?

Liste déroulante : 0 ;1 ;2 ;3 ;4 ;5 et plus

Si non,

S5-04. Comptez-vous en avoir ?

1. Oui
2. Non

S5-05. Habitez-vous :

1. Seul
2. Chez vos parents => passer à S5-07
3. Avec votre conjoint et/ou vos enfants
4. Avec des amis, en colocation

S5-06. Etes-vous propriétaire ou locataire de votre logement ?

1. Locataire
2. Propriétaire
3. Occupant à titre gratuit

S5-07. Vivez-vous :

1. Dans une grande ville, ou sa banlieue (une ville du type « préfecture de département ou de région »)
2. Dans une ville intermédiaire (hors banlieue de grande ville, de type « sous-préfecture »)
3. Dans une petite commune en zone rurale

S5-08. Avez-vous la nationalité française ?

1. Oui
2. Non, préciser : .....

S5-09. Votre père est-il actuellement :

1. Actif en emploi
2. Au chômage
3. Retraité
4. Non actif pour une autre raison

S5-10. A quelle catégorie socio-professionnelle se rattache l'activité de votre père -

1. Agriculteurs exploitants => passer à S5-12
2. Artisans, commerçants, chefs d'entreprises => passer à S5-12
3. Cadres, professions intellectuelles supérieures
4. Professions intermédiaires => passer à S5-12
5. Employés => passer à S5-12
6. Ouvriers => passer à S5-12
7. Non applicable (n'a jamais exercé d'activité) => passer à S5-12

S5-11. Votre père est-il/était-il médecin ?

1. Oui, médecin généraliste
2. Oui, autre médecin
3. Non

S5-12. Votre mère est-elle actuellement :

1. Active en emploi
2. Au chômage
3. Retraitée
4. Non active pour une autre raison

S5-13. A quelle catégorie socio-professionnelle se rattache l'activité que votre mère exerce/a exercée/recherche ?

1. Agriculteurs exploitants => passer à la section suivante
2. Artisans, commerçants, chefs d'entreprises => passer à la section suivante
3. Cadres, professions intellectuelles supérieures
4. Professions intermédiaires => passer à la section suivante
5. Employés => passer à la section suivante
6. Ouvriers => passer à la section suivante
7. Non applicable (n'a jamais exercé d'activité) => passer à la section suivante

S5-14. Votre mère est-elle/était-elle médecin ?

1. Oui, médecin généraliste
2. Oui, autre médecin
3. Non

#### Section 6 : Traits de personnalité

S6-01-considérez-vous être une personne très prudente, qui évite les risques, ou au contraire une personne qui prend beaucoup de risques dans les domaines suivants?

Liste déroulante en face de chaque item : 0 ;1 ;2 ;3 ;4 ;5 ;6 ;7 ;8 ;9 ;10

Légende : 0 très prudente, 10 qui prend beaucoup de risques

- Votre vie quotidienne
- Vos finances personnelles
- Vos comportements médicaux impliquant la santé de vos patients
- Vos comportements médicaux impliquant votre propre santé

S6-02. De manière générale, considérez-vous être une personne tournée vers le moment présent ou au contraire qui se préoccupe beaucoup de l'avenir. Par exemple, si l'on vous donne une somme d'argent, aurez-vous tendance à la dépenser tout de suite, ou à la garder pour plus tard ?

Liste déroulante: 0 ;1 ;2 ;3 ;4 ;5 ;6 ;7 ;8 ;9 ;10

Légende : 0 très tournée vers le présent, 10 qui se préoccupe beaucoup de l'avenir

S6-03. Etes-vous satisfait(e) de votre vie actuelle de manière générale ?

Liste déroulante: 0 ;1 ;2 ;3 ;4 ;5 ;6 ;7 ;8 ;9 ;10

Légende : 0 très peu satisfait, 10 très satisfait

S6-04. Etes-vous satisfait(e) de votre vie professionnelle actuelle ?

Liste déroulante: 0 ;1 ;2 ;3 ;4 ;5 ;6 ;7 ;8 ;9 ;10

Légende : 0 très peu satisfait, 10 très satisfait

Pouvez vous évaluer les items suivants selon l'échelle proposée ?

÷ Jamais /Quelques fois par an/ Une fois par mois/ Quelques fois par mois/ Une fois par semaine/ Quelques fois par semaine/ Chaque jour

- 1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
- 2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
- 3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
- 4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients/ressentent
- 5-Je sens que je m'occupe de certains patients/ de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
- 6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort
- 7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients
- 8-Je sens que je craque à cause de mon travail
- 9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens
- 10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
- 11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
- 12-Je me sens plein(e) d'énergie
- 13-Je me sens frustré(e) par mon travail
- 14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon métier
- 15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients
- 16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
- 17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients
- 18-Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients
- 19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
- 20-Je me sens au bout du rouleau
- 21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement
- 22-J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes

Le questionnaire est maintenant terminé. Nous vous remercions de votre participation. Nous vous tiendrons informés des résultats principaux de cette enquête sous forme de *flashs info* envoyés par email. Si vous ne souhaitez pas recevoir ces messages d'information, cochez la case suivante :

## **8 LISTE DES ABREVIATIONS**

ANCCMG : Association Nationale des Chefs de Cliniques en Médecine Générale.

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPI : Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CCMG : Chefs de Clinique de Médecine Générale

CCU-MG : Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale

CNI : Commission Nationale d'Intégration

CNU : Conseil National Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DUMG : Départements Universitaires de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale



HDR : Habilité à Diriger des Recherches

IGAENR : Inspection Générale de l'Administration de l'Education Nationale et de la Recherche

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

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

Labex AMSE : Laboratoire d'excellence Aix Marseille School of Economics

Loi HPST : Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires

MCA : Maître de Conférence Associé

MCU-MG : Maître de Conférence Universitaire de Médecine Générale

MEP : Médecin à Exercice Particulier

MESR : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds Ratio

ORS : Observatoire Régional de la Santé

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PA : Professeur Associé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SASPAS: Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

SESSTIM UMR 912: Sciences Economiques et Sociales de la Santé et Traitement de l'Information  
Médicale Unité Mixte de Recherche 912

**9 LISTES DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon.....20

Tableau 2 : Analyse des déterminants du choix d'exercer la médecine générale idéalement.....23

## **10 SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

# RESUME

## INTRODUCTION

L'activité libérale ne semble plus attractive et l'installation dans un cabinet libéral ne constitue plus le parcours-type du début de la vie professionnelle du jeune médecin généraliste. L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les principaux déterminants personnels ou environnementaux influençant le choix de la pratique de la médecine générale en ambulatoire plutôt qu'un exercice salarié (en médecine générale ou pas.) en fin de D.E.S.

## METHODES

Nous avons effectué une étude descriptive prospective réalisée par auto-questionnaire par internet ou par téléphone pour ceux qui le souhaitent dont l'objectif était de mettre en évidence les facteurs influençant les internes dans leur choix de pratiquer la médecine générale en ambulatoire à la fin de leurs études. Notre critère de jugement principal est le souhait des internes à pratiquer la médecine générale dans l'idéal après leur D.E.S. et les variables explicatives étaient socio-démographiques, socio-professionnelles (proposition de collaboration ou de reprise d'activité par un maître de stage, ou par un ancien maître de stage universitaire, la formation (réaliser un D.E.S.C. ou la date de soutenance de la thèse) et enfin leur bien-être (satisfaction dans la vie en générale, satisfaction dans la vie professionnelle, aversion au risque, risque de burn-out).

## RESULTATS

Le taux de participation est de 95,2 %. Nos analyses multivariées révèlent que les variables influençant le choix de pratiquer la médecine générale dans l'idéal sont : le désir de réaliser un D.E.S.C. (influence négative aOR=0.02,  $p < 0.05$ ), l'aversion au risque quand il s'agit des finances personnelles (influence positive, aOR=42.46,  $p < 0.05$ ) et enfin une proposition de reprise de l'activité d'un confrère (influence positive, aOR=32,35,  $p < 0.05$ ).

## DISCUSSION

Les résultats de notre étude montrent que pour favoriser l'installation des internes en médecine générale, il paraît nécessaire de multiplier les rencontres et les contacts entre les confrères, de rendre la médecine générale plus attractive par une FUMG forte et enfin que le mode de rémunération des médecins obsolète doit évoluer vers une rémunération mixte associant forfaits et paiement à l'acte.

**Mots clés :** interne, médecine générale, proposition d'installation, D.E.S.C., aversion au risque.