



HAL
open science

Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande

Élodie Faget

► **To cite this version:**

Élodie Faget. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01337730

HAL Id: dumas-01337730

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01337730>

Submitted on 27 Jun 2016

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

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

**THESE POUR LE DOCTORAT
EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

Elodie FAGET

NEE le 29 JUILLET 1988 A EVREUX

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 7 JUIN 2016

**Déterminants du parcours professionnel des jeunes
médecins généralistes**

Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande

Président du jury : Monsieur le Professeur JL. Hermil

Membres du jury : Monsieur le Professeur B.Veber

Monsieur le Docteur J. Ladner

Monsieur le Docteur M. Schuers (directeur de thèse)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015 - 2016
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

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

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno BACHY (<i>surnombre jusque 01/11/15</i>)	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART (<i>surnombre</i>)	HCN	Commission E.P.P. D.P.C. Pôle Qualité
Mr Guy BONMARCHAND (<i>surnombre</i>)	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (<i>surnombre</i>)	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel GODIN (<i>surnombre</i>)	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Philippe GRISE (<i>surnombre</i>)	HCN	Urologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato - Vénérologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mr Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mr Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie MARTINET	Immunologie
----------------------------	-------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mr Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie
Mr François HALLOUARD	Galénique
Mme Caroline LAUGEL	Chimie organique
Mr Souleymane ABDOUL-AZIZ	Biochimie
Mme Maïté NIEPCERON	Microbiologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mr Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mr Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS-MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (phar)	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT (phar)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (phar)	Chirurgie Expérimentale
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle TOURNIER (phar)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

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

Remerciements

Au Professeur JL. Hermil, vous avez accepté d'être le président de ce jury et c'est pour moi un grand honneur. Ce d'autant que vous accompagnez ma vie depuis si longtemps, grâce à ce métier que nous partageons maintenant.

Au Docteur J. Ladner, vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie vivement.

Au Professeur B. Veber, vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie vivement.

Au Docteur M. Schuers, tu as accepté de diriger ma thèse et je t'en remercie sincèrement. Merci de m'avoir soumis l'idée de ce sujet qui m'a passionné et merci d'avoir été si disponible pour moi.

A tous les médecins avec lesquels j'ai eu la chance de travailler dans les services hospitaliers. Merci pour tout ce que vous m'avez appris.

Aux Docteurs S.Lejeal, V. Gueret-Maledon, C. Paul, vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale, un grand merci.

Aux Docteurs F. De Golmard, Y. Swartebroecks et P. Reynaud vous m'avez donné toutes les clés de la confiance en soi et de l'autonomie, un grand merci.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce travail et à tous ceux qui ont répondu à mon questionnaire. Désolée pour mon harcèlement.

A mes parents, vous avez toujours été là pour moi. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'avez apporté. Merci pour toute votre attention, votre amour et votre soutien sans failles. Je vous dédie ce travail, c'est grâce à vous que je fais ce métier et grâce à vous surtout que je fais tout ce que j'aime.

A mes grands-parents, à celle toujours présente et à ceux partis depuis longtemps, j'espère vous avoir rendu fiers de moi.

A mes sœurs, Marianne et Clémence. Vous avez fait de mon enfance la plus merveilleuse qui soit, ma vie n'aurait pas été la même sans vous, sans vos sourires

et notre complicité. Merci pour tout ce qu'on a vécu et tout ce qu'on vivra encore toutes les trois.

A Quentin, merci de prendre soin de ma petite sœur.

A ma famille, à Martine, Sigis, Sandrine, Olivier, Marilou, Léna, Jeanne, Xavier, Anaïs, Michelle, Patrick, Ben, Pauline et Nico, Jean-Paul, Marco, Christine et tous les autres, vous comptez tellement pour moi, merci d'être là.

A ma belle famille Florence, Bernard, Francis, Jocelyne, Lucie, Thomas, Noémie, Aaron et Lana, merci de m'avoir accueillie parmi vous.

A mes amies Solenne, Manon et Laurianne. Vous m'avez accompagnée depuis l'entrée en P1, ça n'aura pas toujours été facile, on aura quand même beaucoup travaillé, mais on a vécu des moments inoubliables et je suis certaine qu'on en vivra encore beaucoup d'autres.

A mes co-internes des urgences et de pédiatrie qui sont devenus des amis.

A mes co-internes de gynéco: on aura quand même vraiment bien rigolé.

A tous les amis de toujours, Lionel, la Team Esig, les amis de Geogeo et tous ceux qui répondent toujours présents pour une soirée ou un dîner.

A toi que je sens bouger dans mon ventre, et dont j'ai hâte de découvrir le visage et la personnalité.

Et enfin à Geoffroy, merci de me supporter, d'être là toujours dans les moments les plus formidables, comme dans les moments de doutes. Merci de toujours trouver le mot juste pour me reconforter. Merci de toujours trouver la solution à tous les petits tracas. La vie à tes côtés est douce, joyeuse et tellement heureuse. Merci.

Sommaire

Introduction.....	18
Contexte.....	20
1 Généralités	20
1.1 Cas des médecins, toutes spécialités confondues	20
1.2 Cas de la médecine générale.....	22
2 La région Haute-Normandie	23
2.1 Description géographie	23
2.2 Cas des médecins toutes spécialités confondues	24
2.3 Cas des médecins généralistes.....	24
3 L'activité des jeunes diplômés de médecine générale	26
4 Solutions envisagées par les pouvoirs publics	27
4.1 Les mesures relatives à la formation.....	27
4.1.1 Les mesures non financières	27
4.1.2 Les mesures financières	28
4.2 Les mesures relatives à l'exercice	28
4.2.1 Le Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG).....	28
4.2.2 Les aides à l'installation et au maintien de l'activité.....	28
4.3 Carte interactive.....	29
5 Les autres cohortes régionales	30
6 Les cohortes à l'étranger	31
7 Justification de l'étude	31
Méthode.....	33
1 Type d'étude	33
2 Population étudiée	33
3 Questionnaire	33
4 Recueil de données	35
5 Analyse des données	35
6 Droits informatiques et Liberté.....	35

Résultats.....	36
1 Généralités	36
2 Origine et situation sociale	36
3 Parcours d'enseignement	38
3.1 Parcours avant les études médicales	38
3.2 Premier cycle des études médicales, 1 ^{ère} année (PCEM1)	39
3.3 Le DCEM (Deuxième cycle des études médicales)	40
3.4 Les ECN	41
3.5 Le TCEM.....	42
4 Pratique médicale en novembre 2015	44
4.1 Le type d'exercice	44
4.2 Pratique exclusive de la médecine générale	45
4.3 Pratique exclusive d'une autre activité	45
4.4 Activité mixte.....	46
4.4.1 Concernant la médecine générale.....	46
4.4.2 Concernant la ou les autre(s) activité(s).....	46
4.4.3 Adhésion à un syndicat en novembre 2015	46
5 Pratique médicale envisagée dans le futur	47
5.1 Pratique exclusive de la médecine générale envisagée	48
5.2 Pratique exclusive d'une autre activité envisagée	48
5.3 Pratique d'une activité mixte envisagée	49
5.3.1 Concernant la médecine générale.....	49
5.3.2 Concernant la ou les autre(s) activité(s).....	50
6 Analyses univariées.....	51
6.1 Facteurs de variation liés au type d'exercice	51
6.1.1 La pratique actuelle	51
6.1.2 La pratique envisagée.....	53
6.2 Facteurs de variation liés au lieu d'exercice.....	56
6.2.1 La pratique actuelle	56
6.2.2 La pratique envisagée.....	58
Discussion.....	61
1 Discussion sur les résultats	61
1.1 Les principaux résultats.....	61

1.2	L'activité actuelle.....	61
1.3	L'activité envisagée	62
1.4	Les modalités de l'exercice envisagé.....	63
2	Discussion sur les facteurs de variation obtenus.....	64
2.1	Facteurs liés au type d'activité	64
2.1.1	La réalisation du SASPAS	64
2.1.2	La réalisation d'un DESC.....	65
2.1.3	La soutenance précoce de la thèse	65
2.1.4	La mention au Baccalauréat	66
2.1.5	Le choix pour la médecine générale au début du cursus médical	66
2.2	Facteurs liés au lieu d'activité	66
2.2.1	La profession des parents.....	66
2.2.2	La zone d'habitation actuelle et de l'enfance	68
2.2.3	Le statut foncier.....	68
2.2.4	Le lieu de réalisation du stage chez le praticien niveau 1	68
3	La Féminisation.....	69
4	Profil du médecin installé.....	70
5	Critique de l'étude.....	72
5.1	Points forts	72
5.1.1	Sujet d'actualité.....	72
5.1.2	Méthode	72
5.1.3	Questionnaire	73
5.1.4	Projet interrégional	73
5.2	Points faibles	73
5.2.1	Echantillon	73
5.2.2	Erreurs dans la rédaction du questionnaire	74
5.2.3	Limites	74
5.2.4	Déclaration CNIL.....	75
6	Nos propositions.....	75
	Conclusion.....	78
	Annexes.....	80
	Le questionnaire.....	80

Le courrier d'inclusion	90
Le poster (présenté au Congrès National de Médecine Générale 2016).....	91
Abréviations.....	92
Bibliographie.....	93
Résumé.....	98

Introduction

La société européenne de médecine générale – médecine de famille (WONCA Europe) a défini en 2002 les caractéristiques de la médecine générale et le rôle du médecin généraliste. « Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. » (1) La médecine générale est donc une spécialité de soins primaires qui a un devoir de disponibilité auprès des patients.

Plus récemment et à l'échelle nationale, la loi santé « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) de 2009 a confirmé au médecin généraliste la mission de soins de premier recours et son rôle au centre de l'organisation du système de soins ambulatoires (2).

Néanmoins, la France connaît aujourd'hui une situation paradoxale. En effet le nombre de médecins, toutes spécialités confondues, n'a jamais été aussi élevé, et pourtant l'accès aux soins de premiers recours reste un problème actuel. Plusieurs raisons en sont la cause. Tout d'abord, on observe une inégale répartition des médecins généralistes sur le territoire, avec des régions à forte densité médicale et des régions considérées comme des « déserts médicaux ». On observe également un vieillissement des médecins généralistes, avec un nombre de départs en retraite non compensé par les « nouvelles générations » de médecins. Ceci préjuge d'une diminution du nombre de médecins généralistes, bien objectivé par l'Atlas annuel de la démographie médicale. De plus, tous les diplômés de médecine générale n'exercent pas systématiquement la médecine de premier recours. On note des effectifs non négligeables de jeunes médecins généralistes ayant une activité hospitalière, une activité libérale à « mode d'exercice particulier » (MEP) ou une activité mixte.

A contrario, avec le vieillissement de la population et la chronicisation des maladies, la demande de soins de premier recours est en constante augmentation. Tout ceci préjuge donc d'une accentuation des conséquences de la crise de la démographie médicale.

La Haute-Normandie, appartenant maintenant à la Normandie depuis le 1^{er} janvier 2016, ne fait pas exception à la situation nationale et fait partie des secteurs les plus faiblement dotés en médecins généralistes. Le département de l'Eure est le département le plus sinistré en médecins toutes activités confondues (3).

Pour pallier à cette crise, le gouvernement tente de mettre en place différentes mesures incitatives à l'installation, principalement financières. Elles ne semblent pas toujours bien connues, ni correspondre aux attentes des jeunes médecins généralistes (4).

Les médecins généralistes récemment diplômés sont les principaux acteurs du système de santé de demain. Plusieurs études montrent qu'ils ne souhaitent plus travailler selon les mêmes modalités d'exercice que leurs aînés (5). Une conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle semble être au centre de leurs préoccupations.

Cette étude va permettre la création d'une cohorte de médecins titulaires du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale de l'UFR de Médecine-Pharmacie de Rouen. Au fil des années, les déterminants de leur évolution professionnelle pourront être étudiés. Cela permettra de connaître et de comprendre ces jeunes médecins généralistes. Des solutions efficaces, bénéfiques pour le système de soins ambulatoires et correspondants aux attentes de ses principaux acteurs pourront être trouvées.

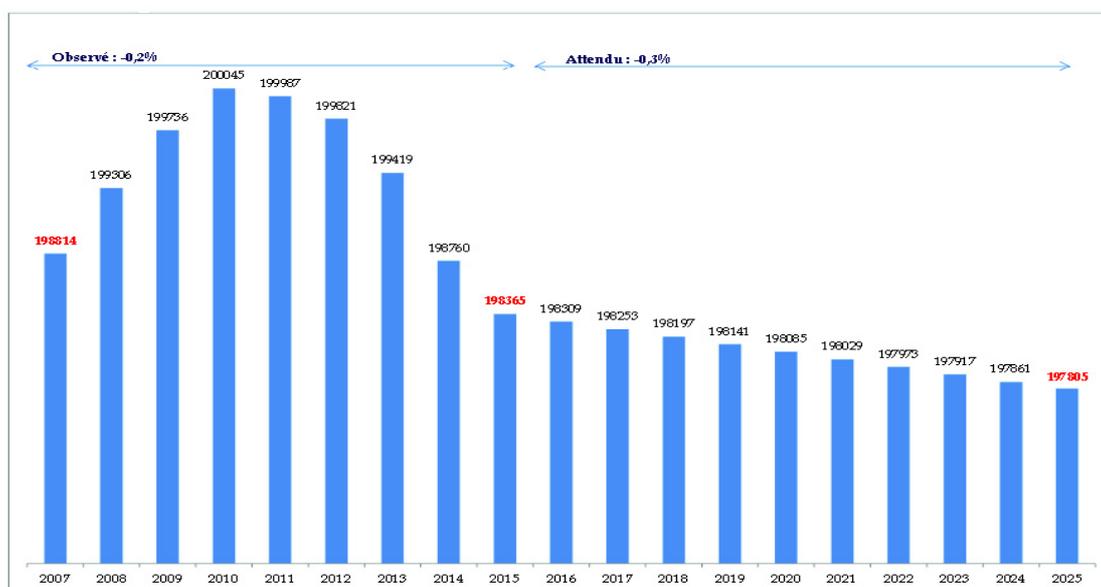
Contexte

1 Généralités

1.1 Cas des médecins, toutes spécialités confondues

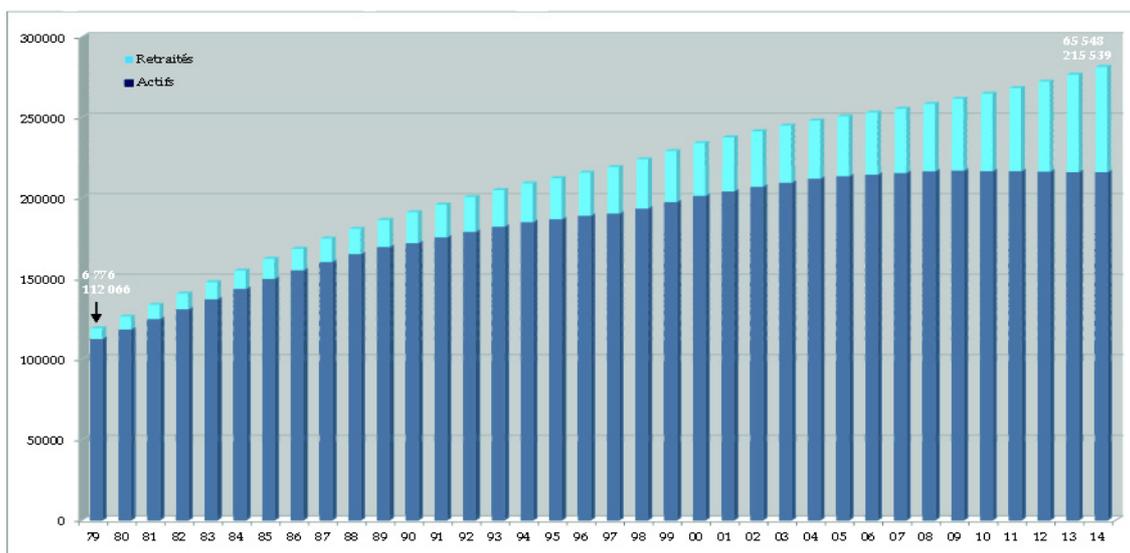
Le nombre de médecins, toutes spécialités confondues, n'a jamais été aussi élevé avec 281 087 médecins inscrits au tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2015. Néanmoins, il existe une inégalité de répartition de ces médecins sur le territoire et une baisse constante des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (3).

Quand on s'intéresse à l'analyse plus poussée des statistiques, ce chiffre de 281 087 ne fait finalement que décroître puisque parmi ces médecins, seulement 215 539 ont une activité enregistrée. 14 665 sont en cumul emploi-retraite, les 65 548 autres sont retraités. Au final, 198 365 ont une activité régulière. Ces effectifs ont chuté de 0,2% entre 2007 et 2015, et vont probablement continuer dans ce sens jusqu'en 2025.



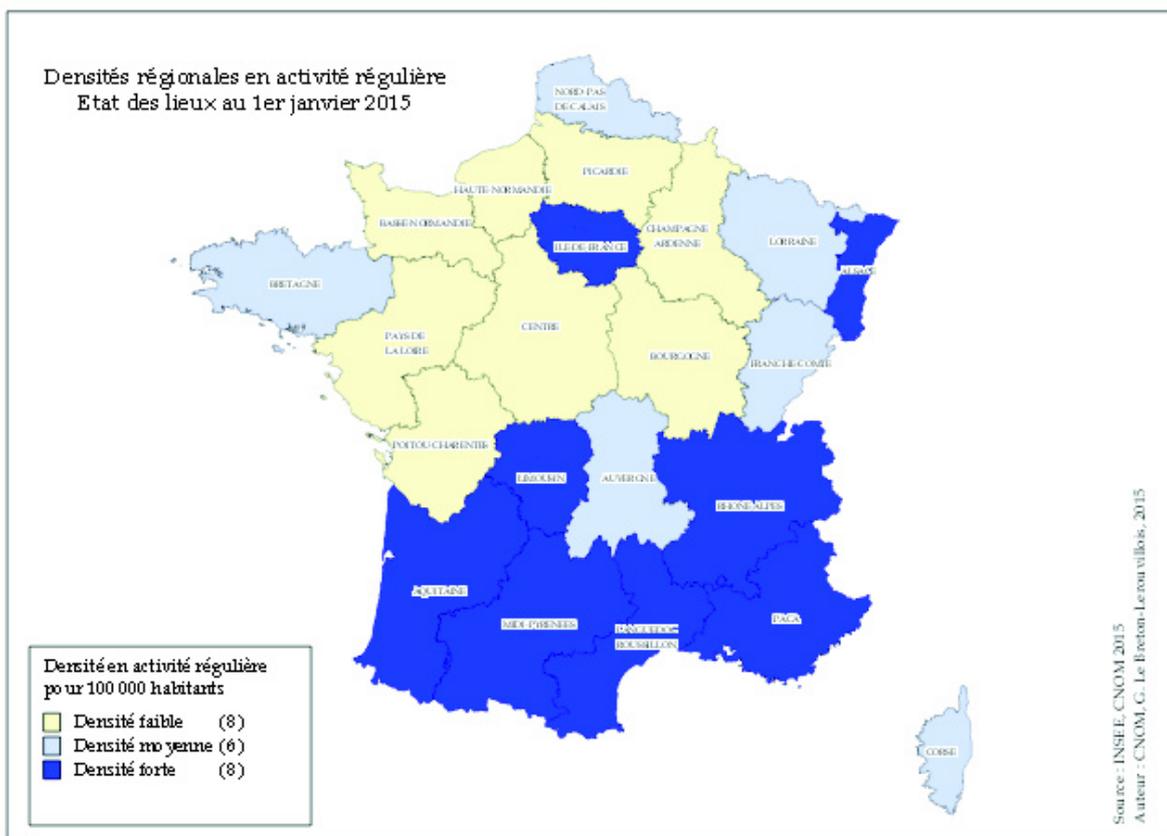
Graphique n°1 : Effectifs des médecins en activité régulière, de l'observé à l'attendu (Source : Atlas de démographie médicale 2015)

On remarque que l'accroissement du nombre de médecins sur les neuf dernières années s'observe surtout chez les médecins retraités. En effet, on constate chez ces derniers une augmentation de 75,1% de leurs effectifs contre 1,2% pour les médecins en activité.



Graphique n°2 : Effectif des médecins inscrits au tableau de l'Ordre entre 1979 et 2014 (Source : Atlas de démographie médicale 2015)

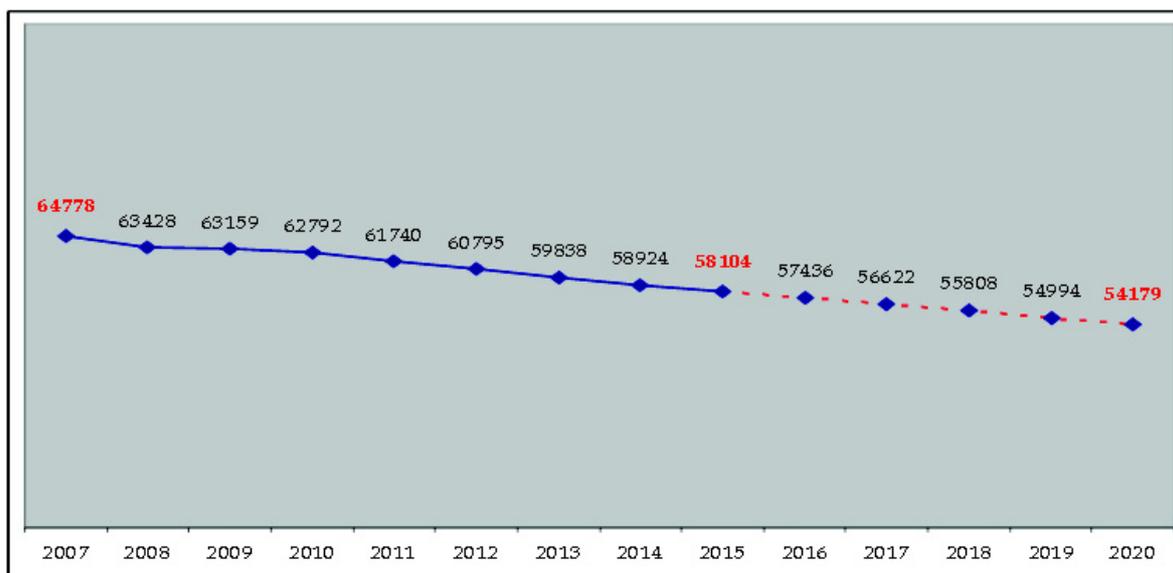
Les médecins sont répartis de manière inégale sur le territoire. Les régions comportant une forte densité médicale sont toujours les régions du Sud, la région Rhône-Alpes ainsi que l'Île-de-France. A noter néanmoins que l'Île-de-France, qui enregistrait encore en 2007 la plus forte densité médicale française, connaît une nette diminution des effectifs de médecins toutes activités confondues. Mille huit cent trente cinq médecins ont quitté cette région, ce qui représente une baisse de 6%. L'Atlas démographique l'avait déjà souligné en 2014 (6). Au 1^{er} janvier 2015, c'est la région PACA (Provence-Alpes-Côte-D'azur) qui recense la plus forte densité médicale avec 352 médecins pour 100 000 habitants.



Carte n°1 : Densités régionales en activité régulière au 1^{er} janvier 2015 (Source : Atlas de démographie médicale 2015)

1.2 Cas de la médecine générale

Au 1^{er} janvier 2015, le nombre de médecins généralistes en activité régulière (libérale et mixte) s'élevait à 58 104. En 2007, ils étaient 64 778. Cela représente donc une baisse de 10,3%. D'après les projections de l'atlas démographique, ces taux vont continuer à diminuer jusqu'en 2020 pour atteindre 54179 médecins généralistes en activité régulière.



Graphique n°3 : Effectif des médecins généralistes libéraux/mixtes, de l'observé à l'attendu (Source : Atlas de démographie médicale 2015)

La moyenne d'âge de ces médecins est actuellement de 53 ans, ils sont 30% à être âgé de plus de 60 ans, la tranche d'âge de moins de 40 ans représente seulement 13,6% des effectifs.

On note une nette féminisation de la profession. Parmi les médecins de moins de 40 ans, il y a 60% de femmes. Elles ne sont que 20% des plus de 60 ans.

2 La région Haute-Normandie

2.1 Description géographique

La Haute-Normandie est une région de 12 315 km², peuplée par 1 800 000 habitants. La densité moyenne est de 150 habitants/km², légèrement plus élevée que la moyenne nationale qui est de 115,4 habitants par km². Elle est composée de deux départements: la Seine Maritime et L'Eure. Elle comporte 52 bassins de vie (7). Un bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à l'emploi et aux équipements courants. Les bassins de vie sont des territoires structurés autour de leurs pôles qui contribuent eux-mêmes à la structuration hiérarchique du pays et constituent un outil pour l'aménagement du territoire.

2.2 Cas des médecins toutes spécialités confondues

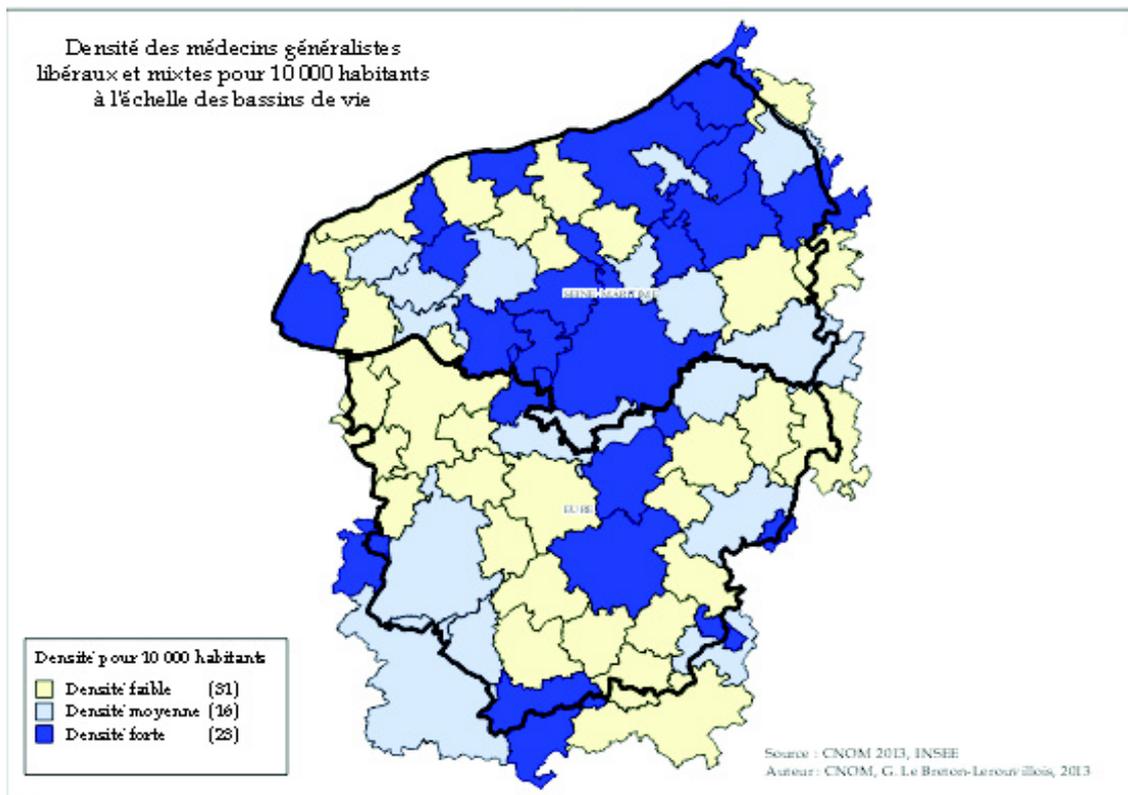
Au 1^{er} janvier 2013, la Seine Maritime et l'Eure dénombrent 6164 médecins, soit 2,3% de l'effectif national. Ils sont seulement 4626 en activité régulière (8). 47,5% exercent en secteur libéral exclusif.

Du point de vue des densités médicales, au 1^{er} janvier 2015, la Haute Normandie compte une densité médicale de 245,5 médecins pour 100 000 habitants. Elle se situe à la 3^{ème} place des anciennes régions ayant la densité médicale la plus faible, derrière la Picardie et la région Centre. Elle se situe en dessous de la moyenne nationale qui est de 281,4 médecins pour 100 000 habitants. A noter qu'en 2007, la Haute-Normandie ne faisait pas partie des 3 régions ayant la plus faible densité médicale. Il s'agissait déjà de la Picardie et du Centre, mais on y trouvait la région Pays-de-la-Loire.

Sur le plan départemental, au 1^{er} janvier 2015, L'Eure est toujours le département français le plus sinistré en médecins avec 167 médecins pour 100 000 habitants, pour une densité départementale moyenne de 266,4 médecins pour 100 000 habitants. La Seine Maritime est considérée comme un département à forte densité médicale. En effet, elle compte plus de 282 médecins pour 100 000 habitants. Ces chiffres ne font pas état des disparités intra-départementales parfois marquées.

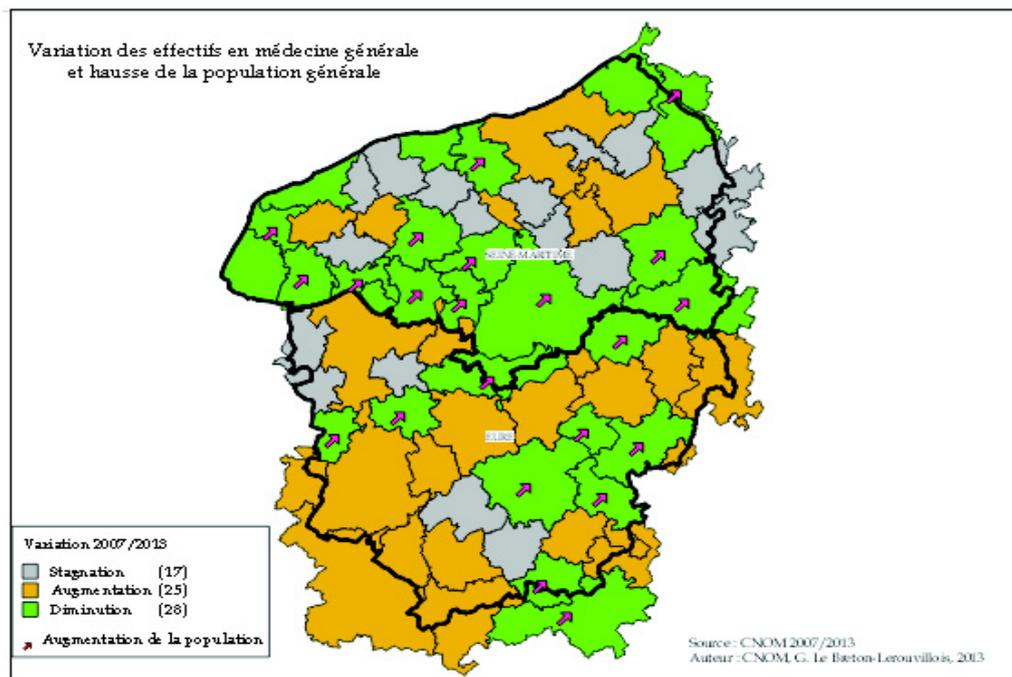
2.3 Cas des médecins généralistes

Les médecins généralistes, en activité libérale ou mixte, sont quant à eux 1660 à exercer en Haute Normandie (8), 1122 en Seine Maritime et 429 dans l'Eure. Leur âge moyen est de 53 ans. Ils sont de sexe masculin à 67%. 28,1% de ces médecins ont plus de 60 ans et seulement 10,5% ont moins de 40 ans. Entre 2007 et 2013, on recense une baisse des effectifs de 6,1%. La disparité intra départementale est marquée. L'Eure compte 101 médecins pour 100 000 habitants, ce qui en fait le département français le moins bien doté en médecins généralistes (9).



Carte n°2 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes en Haute-Normandie au 1^{er} janvier 2013 (Source : La démographie médicale en région Haute-Normandie, situation en 2013)

De plus, en 2013, un certain nombre de bassins de vie Haut-Normands observent une diminution des effectifs de médecins généralistes et une hausse de la population. L'accès aux soins primaires dans ces territoires pose donc question.



Carte n°3 : Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population générale (Source : La démographie médicale en région Haute-Normandie, situation en 2013)

3 L'activité des jeunes diplômés de médecine générale

L'Atlas de démographie médicale 2015 montre que 25% des nouveaux diplômés de la faculté de médecine française ne s'inscrivent pas immédiatement au tableau de l'Ordre. Certains finiront même par exercer d'autres professions, majoritairement du journalisme ou une profession administrative par exemple.

Au 1^{er} janvier 2014, 51% des médecins bénéficiant d'un diplôme de médecine générale exerçaient une activité libérale de premier recours. 38,7% avaient une activité salariée et 10,3% avaient une activité mixte (6).

Les jeunes médecins souhaitent aménager leur temps de travail. Ils souhaitent se libérer de cet « ethos professionnel », décrit par M. Robelet, N. Lapeyre et E. Zolesio, impliquant un temps de travail permanent, pour pouvoir bénéficier d'une vie personnelle épanouie (5). Le regroupement de médecins, permettant pour certains de travailler à temps partiel en est un exemple. La diversification de l'exercice, par la pratique de « l'activité mixte » (ostéopathie, médecine du sport, nutrition...) permet également d'adapter leur activité professionnelle.

4 Solutions envisagées par les pouvoirs publics

Pour pallier aux inégalités d'accès aux soins, les pouvoirs publics ont mis en place, depuis plusieurs années, différentes mesures incitatives, afin de favoriser l'installation des jeunes médecins, ou de maintenir une activité.

4.1 Les mesures relatives à la formation

4.1.1 Les mesures non financières

4.1.1.1 Le Numérus Clausus

Une importante augmentation du Numérus Clausus à la fin de la première année de médecine a eu lieu ces dernières années, puisqu'il est passé de 4000 postes en 2^{ème} année de médecine en 2001 à 7697 postes en 2015. Le nombre de postes par faculté est adapté en fonction des besoins régionaux en médecins. Le Numérus Clausus augmente davantage dans les régions aux densités médicales plus faibles.

Le nombre de postes en médecine générale aux ECN a également augmenté lui aussi. Il existait 1841 postes ouverts en 2004, contre 3894 en 2015. Malheureusement, un certain nombre de postes restent encore vacants, même si cette tendance tend à diminuer.

4.1.1.2 Le SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

Les premiers internes ayant pu bénéficier de ce stage sont des internes Brestois, en 2003. Le décret n'officialisant sa création n'a été publié qu'en 2004. L'objectif de ce stage était de placer l'étudiant en situation réelle mais supervisée, « à la place » du médecin généraliste afin de parfaire sa formation. Avec une dizaine d'années de recul, le SASPAS influence l'installation des jeunes médecins généralistes (10).

4.1.1.3 Les stages en médecine générale dès le deuxième cycle

Ce stage est devenu obligatoire depuis 2009 à raison d'un minimum de 6 semaines à temps plein ou 3 mois à mi temps (11). Il se généralise petit à petit à toutes les facultés. Mais le nombre important d'étudiants confronté au faible nombre de maîtres de stage, ne permet pas toujours sa réalisation.

4.1.2 Les mesures financières

4.1.2.1 Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

Prévu par la loi HSPT de 2009, le CESP est proposé aux étudiants dès la 2^{ème} année des études de médecine. Une allocation mensuelle de 1200€ est versée. En échange les signataires du contrat s'engagent à exercer dans une zone déficitaire, pour un minimum de 2 ans ou sinon pendant une durée équivalent à celle où l'allocation a été perçue (12).

4.1.2.2 Les aides des collectivités territoriales

Les conseils régionaux ou départementaux ont la possibilité d'accorder une indemnité de logement ou de déplacement pour les étudiants de 3^{ème} cycle réalisant un stage dans une zone jugée déficitaire. Une bourse d'étude ou de projet professionnel peut aussi être allouée.

4.2 Les mesures relatives à l'exercice

4.2.1 Le Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)

Il concerne les médecins désirant s'installer ou installés depuis moins d'un an dans un territoire prioritaire défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Il prévoit une rémunération stable le temps de la création d'une patientèle, et une meilleure protection sociale (indemnisation en cas de maladie ou en cas de congé maternité). Ce contrat est valable un an renouvelable une fois maximum.

4.2.2 Les aides à l'installation et au maintien de l'activité

4.2.2.1 Les aides des collectivités territoriales

Pour favoriser une installation ou maintenir une activité, les aides peuvent prendre différentes formes et la définition est large dans les textes de loi. Des conventions sont signées entre les professionnels de santé et les collectivités attribuant les aides (primes d'installation, mise à disposition de locaux...)

4.2.2.2 Les exonérations fiscales

Il peut s'agir d'exonération de la taxe foncière des entreprises (ancienne taxe professionnelle) pour une durée de 2 à 5 ans ou l'exonération d'une partie de l'impôt sur le revenu.

4.2.2.3 Les aides de l'assurance maladie

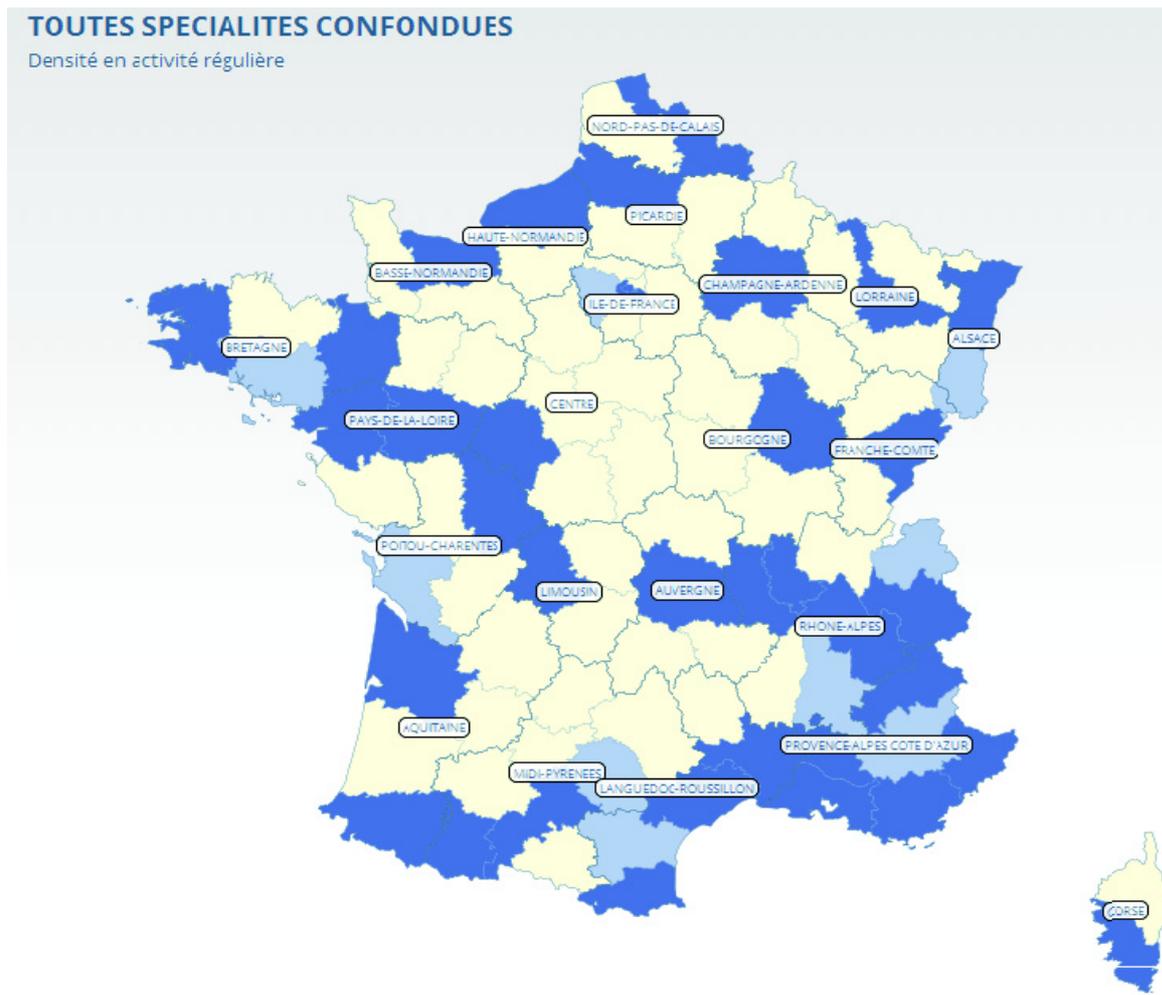
Un médecin peut percevoir une rémunération complémentaire et/ou une aide à l'investissement par l'assurance maladie, sous condition d'engagement d'exercice dans des zones sous dotées pendant une durée minimale.

4.2.2.4 Les aides à l'exercice en Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)

La Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) a été créée en 2011. Son but est de permettre le regroupement des professionnels de santé exerçant une profession différente, de percevoir des financements publics, de facturer certains actes à l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles rémunérations et d'avoir un cadre fiscal et social sécurisé.

4.3 Carte interactive

Afin de faire un état des lieux plus parlant et de compléter l'Atlas démographique annuel, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) met à jour tous les ans une cartographie interactive des densités médicales en activité régulière. Voici celle correspondant à l'Atlas démographique 2015 (13) :



Carte n°4 : Carte interactive des densités médicales toutes activités confondues en activité régulière en 2015 (Source : Atlas de démographie médicale 2015)

5 Les autres cohortes régionales

Ce projet de cohorte régionale a vu le jour en Champagne-Ardenne en 2011 dans la thèse de Caroline Dautremay, dirigée par le Dr Sylvain Duriez (14). Un suivi de la cohorte à un an a été réalisé par l’auteure dans ce même travail. Amaury Loron a effectué le suivi de la cohorte en 2013 (15). La région Provence-Alpes-Côte-D’azur a également créé un « panel de jeunes médecins généralistes » en avril 2013, grâce au travail de Delphine Groboz-Lecoq (16). Anouck Mintandjian a créé une cohorte en avril 2014 et en a réalisé son suivi en décembre 2014 pour la région Ile-de-France (17). Enfin, Elise Chabrierie a créé une cohorte auvergnate en 2015 (18). Ces deux derniers travaux ont été dirigés par le Dr Alan Charissou.

6 Les cohortes à l'étranger

Les pays étrangers semblent connaître les mêmes problématiques que la France en terme de démographie médicale. Les effectifs de médecins généralistes diminuent et on note une forte tendance à la féminisation.

Au Royaume-Uni, un suivi de cohorte prospectif des médecins diplômés en 1974, 1977, 1983, 1988, 1993 et 1996 a montré un engagement moindre pour la médecine générale et une baisse de la pratique à plein-temps. Les choses semblaient néanmoins s'améliorer dans la dernière cohorte (19). Au Canada, une étude de cohorte publiée en 2006 faisait état du vieillissement de la population médicale et de sa féminisation. Les résultats montraient une diminution du temps de travail global des médecins, avec un impact plus fort de la baisse du temps de travail des hommes sur le temps médical total consacré au patient. Une modification de la rémunération des médecins était envisagée en conclusion (20). En Australie, une étude de cohorte menée sur 368 médecins, diplômés en 1980, 1985, 1990 et 1995 montrait que le pourcentage de médecins en exercice passait de 96% à 2 ans à 82% pour les hommes et 89% pour les femmes à 10 ans. Il augmentait par la suite légèrement avec 85% des hommes et 90% des femmes en exercice 15 ans après l'obtention du diplôme. Plus de 50% des femmes et 9% des hommes avaient été temporairement absents des effectifs de la « main d'œuvre médicale australienne » en raison d'un congé parental ou d'une mission à l'étranger principalement (21). Une autre étude, réalisée sur ces mêmes cohortes australiennes, a montré que les médecins diplômés s'orientent de moins en moins vers la médecine générale (22).

7 Justification de l'étude

Les études médicales étant longues, les résultats de ces différentes mesures entreprises ne peuvent se voir que sur le long terme. Plusieurs études montrent qu'elles ne sont pas toujours très bien connues des jeunes médecins (23), et qu'elles ne correspondent pas toujours à leurs attentes (24). Concrètement dans notre région, l'URPS de Haute Normandie avait publié un communiqué montrant qu'entre 2009 et 2014, 181 médecins généralistes et 156 spécialistes s'étaient installés en Haute

Normandie (25). On constate aussi qu'après 5 ans d'inscription à l'Ordre, 40% des médecins généralistes exercent une activité libérale ou mixte, contre 10% au moment de l'inscription (26).

Néanmoins, ces installations ne compensent pas les nombreux départs à la retraite, l'équilibre entrée/sortie n'étant pas programmé avant 2020. On observerait toujours une baisse de la densité médicale jusqu'aux années 2030 (27). De plus, tous les diplômés de médecine générale n'exercent pas de médecine de premier recours (28).

Devant ces difficultés qui ne sont pas résolues, nous nous intéresserons à ces jeunes médecins généralistes Hauts-Normands, récemment diplômés qui seront les futurs acteurs de notre système de santé. Nous nous posons les questions suivantes: Quels sont les déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes de Haute-Normandie ? Dans quelles mesures connaître ces déterminants aura un impact sur l'organisation du système de soins ? Quel est l'intérêt de la création d'une cohorte ?

L'objectif de notre étude est de :

Dresser le portrait sociodémographique des jeunes médecins généralistes Hauts-Normands.

Analyser les facteurs influençant leurs évolutions de carrière.

Préparer le suivi de cette cohorte sur le long terme (à réaliser par d'autres thésards).

Méthode

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive par création d'une cohorte auprès de la promotion de jeunes médecins généralistes récemment diplômés. Le suivi prospectif de cette cohorte est envisagé dans les années à venir.

2 Population étudiée

Ont été inclus dans cette étude, les jeunes médecins généralistes ayant débuté leur Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM) en novembre 2012 à la faculté de médecine de Rouen. Ce seul critère était suffisant pour l'inclusion.

D'après le JORF n°0186 du 11 août 2012 (29), 77 internes étaient concernés par l'étude. Six jeunes médecins ayant débuté leur TCEM à cette date, n'apparaissent plus sur les listes de répartition de stage des internes de médecine générale lors de l'année universitaire 2014-2015. Ils ont été exclus de l'étude. Une autre jeune médecin nous a informé par mail qu'elle avait réalisé un droit aux remords. Ce qui rapporte notre population étudiée à 70 médecins.

Les coordonnées téléphoniques et électroniques ont été recueillies lors des séances de répartitions de stage des internes, de cours dispensés par le Département Universitaire de Médecine Générale de Rouen (DUMG) et via des mailing listes.

Au total, 69 questionnaires ont été envoyés. Une adresse mail avait fait défaut lors du recueil des coordonnées.

3 Questionnaire

Le questionnaire, appelé questionnaire d'inclusion, a été utilisé une première fois dans la thèse de Caroline DAUTREMY (14) réalisée en 2011 pour la région Champagne-Ardenne, sous la direction du Dr Sylvain DURIEZ. Par la suite, il a été

remanié par un groupe de travail en vue de la création d'une banque inter régionale de questions permettant la mise en commun et la comparaison des données des différentes cohortes régionales. Deux thèses inspirées du même questionnaire, intéressant deux autres régions, ont également été réalisées récemment, celle d'Anouck MINTANDJIAN pour l'Île-de-France (17), soutenue le 29 octobre 2015 et celle d'Elise CHABRERIE pour l'Auvergne (18), soutenue le 19 novembre 2015.

Le questionnaire a été adapté à la Haute-Normandie. Les questionnaires des différentes régions étaient regroupés dans un tableau de fusion. Tous les protagonistes des différentes études bénéficiaient d'un accès à un site Google Drive, où de nombreux documents étaient partagés.

Le questionnaire initial d'inclusion avait pour but de dresser le profil des jeunes médecins généralistes et des internes en fin de cursus, de connaître leur parcours de vie et de faire émerger les facteurs influençant leurs orientations professionnelles. Il était construit autour de quatre thèmes principaux :

- L'origine et la situation sociale de la population étudiée : relatant les données sociodémographiques.
- Leur parcours d'enseignement : depuis l'obtention du baccalauréat jusqu'au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES).
- Leur pratique médicale actuelle : type, mode et lieu d'exercice au moment de l'inclusion (pour la plupart, première année post DES)
- Leur pratique médicale envisagée dans le futur : type, mode et lieu d'exercice souhaité.

Les questionnaires ont été réalisés par l'intermédiaire du site Google Drive. Un lien vers le questionnaire en format Google Forms a été envoyé par e-mail aux jeunes médecins généralistes. Un courrier explicatif leur était également envoyé.

Avant sa diffusion, le questionnaire avait été testé par les internes de médecine générale, des jeunes médecins généralistes, mais aussi des « non-médecins ». Ceci afin d'apprécier la faisabilité du questionnaire, ainsi que son fonctionnement. Le temps moyen nécessaire pour compléter toutes les réponses était d'une dizaine de minutes.

4 Recueil de données

Les données ont été recueillies entre le 16 novembre 2015 et le 15 janvier 2016. Deux e-mails de relance ont été envoyés, le 27 novembre et le 16 décembre 2015. Par la suite plusieurs mails et SMS personnalisés ont été adressés aux «non-répondants» afin d'obtenir un maximum de données.

5 Analyse des données

Les réponses ont été saisies automatiquement sur une feuille de calcul, via le formulaire Google Forms. Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel BiostaTGV. Un test de CHI2 a été réalisé lorsque les effectifs attendus étaient au moins égaux à 5. Dans le cas contraire, un test de Fisher a été réalisé.

6 Droits informatiques et Liberté

Notre travail s'appuyant sur le recueil de données personnelles, non anonymisées, permettant le suivi ultérieur de la population, il a été déclaré au Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de l'Université de Rouen. Les conditions de recueil et d'exploitation des données n'étant pas conformes à la loi informatique et libertés, l'inscription au registre de l'université n'a pas été possible pour cette année. Nous envisageons le transfert de la base sur un serveur sécurisé ce qui devrait pouvoir permettre l'inscription du traitement.

Résultats

1 Généralités

Les questionnaires ont été adressés à tous les jeunes médecins généralistes, thésés ou non, ayant débuté leur DES en novembre 2012, soit 15 jours après la fin « théorique » de leur formation.

Au total, 60 questionnaires ont été complétés, soit 85,7% de réponses.

2 Origine et situation sociale

Les jeunes médecins généralistes étaient âgés de 26 à 44 ans. Avec une moyenne d'âge de 28,48 ans.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des jeunes médecins généralistes

		Répondants (n=60)	
		N	%
Genre	Femmes	40	66,7
	Hommes	20	33,3
Nationalité	Française	55	91,6
	Etrangère	5	8,3
Profession du père	Médecin	8	13,3
	Agriculteur, Exploitant	2	3,3
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	9	15
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	28	46,7
	Profession intermédiaire	5	8,3
	Employé	5	8,3
	Ouvrier	3	5
Profession de la mère	Médecin	4	6,7
	Agriculteur, Exploitant	1	1,7
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	4	6,7
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	21	35
	Profession intermédiaire	9	15
	Employé	6	10
	Ouvrier	4	6,7
	Sans activité professionnelle	11	18,3

		Répondants (n=60)	
		N	%
En couple	Oui	46	76,7
Statut marital	Dont Mariés	9	19,6
	Pacsés	12	26,1
	Ni l'un ni l'autre	25	54,3
Profession du conjoint	Médecin	10	21,7
	Interne	4	8,7
	Etudiant en médecine	1	2,2
	Etudiant (hors médecine)	3	6,5
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	1	2,2
	Cadre, profession intellectuelle supérieure	16	34,8
	Profession intermédiaire	2	4,3
	Employé	8	17,4
	Sans activité professionnelle	1	2,2
Enfants	Oui	9	15
	Dont 1 enfant	4	44,4
	2 enfants	5	55,6
Lieu de vie actuel	Zone urbaine	44	73,3
	Zone semi-rurale	9	15
	Zone rurale	7	11,7
Mode de vie actuel	Seul	13	21,7
	Chez vos parents	3	5
	Avec conjoint et/ou enfants	43	71,7
	En collocation	1	1,6
Statut foncier	Propriétaire	21	35
	Locataire	35	58,3
	Hébergé à titre gratuit	4	6,7
Lieu de résidence principale de l'enfance	Zone urbaine	33	55
	Zone semi-rurale	12	20
	Zone rurale	15	25

Parmi les répondants d'une autre nationalité, on compte : une italienne, une rwandaise, une grecque et 2 roumaines. En ce qui concerne la profession des parents, pour ceux dont le père est (ou était) médecin, 3 étaient médecins généralistes, un médecin du travail, un rhumatologue, un radiologue, un faisait de la chirurgie générale et un de la santé publique. 100% des mères médecins (n=4) étaient des médecins généralistes. Pour les conjoints médecins ou internes, on comptait : 9 médecins généralistes, 2 cardiologues, 1 chirurgien général, 1 chirurgien « oral » et 1 médecin du travail.

3 Parcours d'enseignement

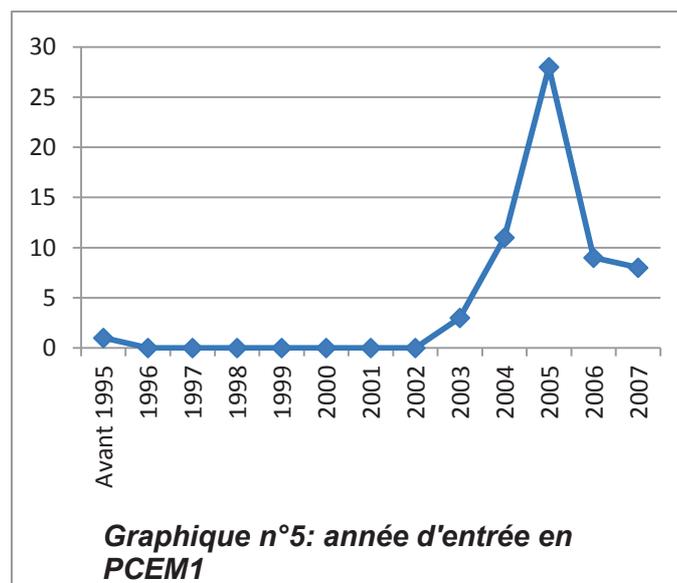
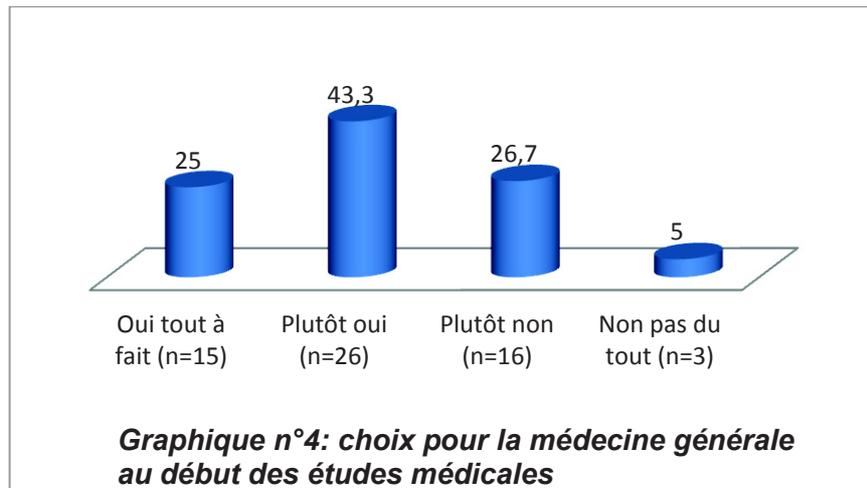
3.1 Parcours avant les études médicales

Tableau 2 : Parcours d'enseignement initial avant les études médicales

		Répondants (n=60)	
		n	%
Année d'obtention du baccalauréat	1995	1	1,7
	2002	2	3,3
	2003	2	3,3
	2004	19	31,7
	2005	26	43,3
	2006	10	16,7
Série du baccalauréat	Scientifique	56	94,9
	Economique et Sociale	2	3,4
	Littéraire	1	1,7
Mention au baccalauréat	Très bien	12	20
	Bien	18	30
	Assez bien	22	36,7
	Aucune	8	13,3
Etudes avant médecine	Oui	4	6,7
	Non	56	93,3
	Dont Classe préparatoire aux grandes écoles	1	25
	Hypokhâgne	1	25
	PCSI	1	25
	Vétérinaire	1	25

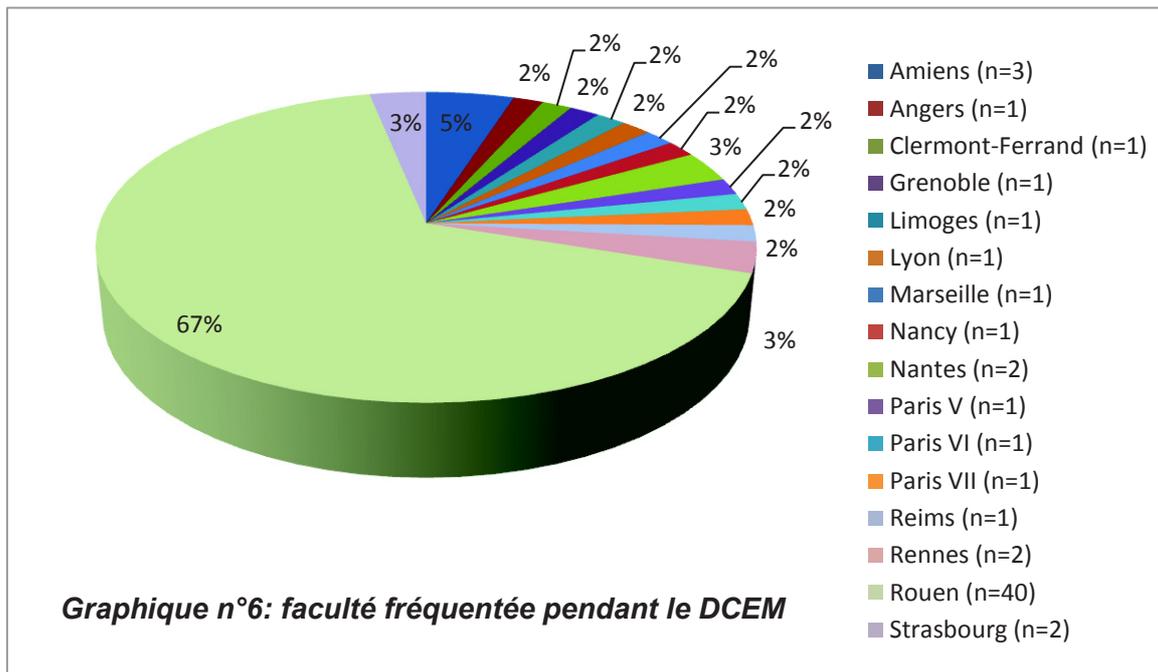
Le répondant ayant entamé des études de vétérinaire les avaient suivies pendant 3 ans. Les autres durées n'ont pas été renseignées.

3.2 Premier cycle des études médicales, 1^{ère} année (PCEM1)



38,3% (n=23) ont obtenu leur concours en 1 fois, et 61,7% (n=37) en 2 fois.

3.3 Le DCEM (Deuxième cycle des études médicales)



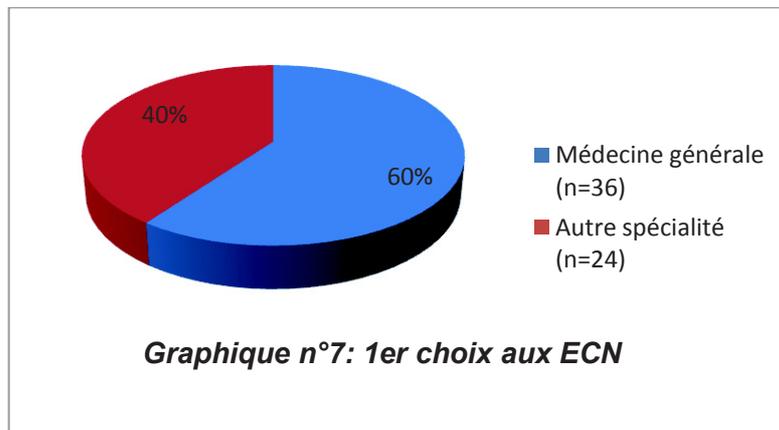
La faculté fréquentée pendant la PCEM1 et le DCEM était la même pour 100% de l'effectif.

80% (n=48) des répondants n'ont pas eu de médecins généralistes comme enseignant en DCEM.

35% (n=21) ont effectué un stage en médecine générale pendant leur DCEM, 66,7% d'entre eux (n=14) un stage court et 33,3% (n=7) un stage long. 65% (n=39) n'a fait aucun stage en médecine générale pendant le DCEM. A noter que la faculté de médecine de Rouen n'organisait pas encore de stage en médecine générale en DCEM à cette période-là.

3.4 Les ECN

91,6% (n=55) des répondants n'ont passé les ECN qu'une seule fois.



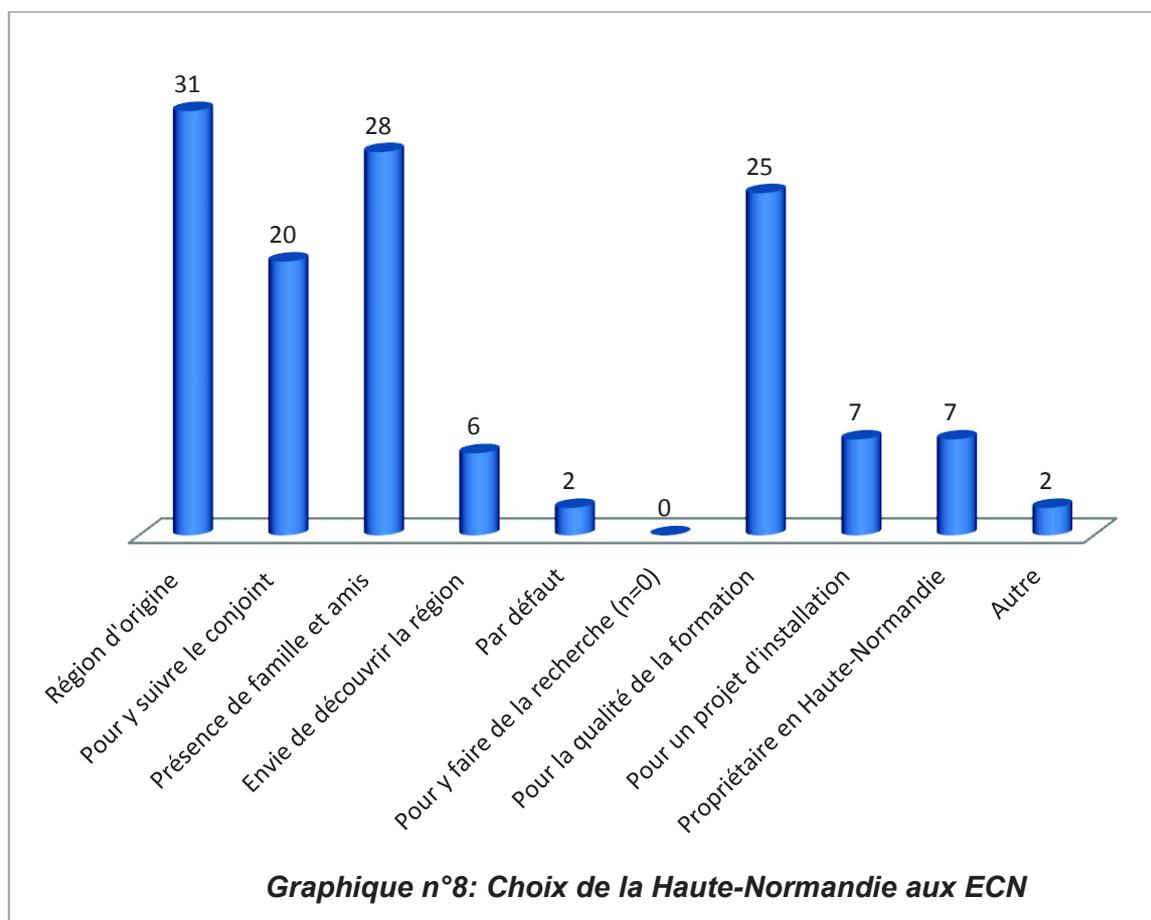
Pour 60% (n=36) d'entre eux, la médecine générale faisait partie de leur 1^{er} choix aux ECN. 8,3% (n=5) souhaitaient faire de l'anesthésie réanimation, 10% (n=6) souhaitaient faire de la chirurgie générale, 10% (n=6) souhaitaient faire une spécialité médicale (dermatologie, endocrinologie, gastro-entérologie, gynécologie médicale, médecine interne ou oncologie), 3,3% (n=2) souhaitaient faire de la gynécologie-obstétrique, 3,3% (n=2) souhaitaient faire de l'ophtalmologie, 3,3% (n=2) souhaitaient faire de la pédiatrie et 1,7% (n=1) de la radiologie.

Pour les répondants ayant choisi une autre spécialité en 1^{er} choix 83,3% (n=20) avait placé la médecine générale en tant que 2^{ème} choix.

Pour 1,7% (n=1) de l'effectif total, la médecine générale ne faisait pas partie des choix de spécialité aux ECN.

Pour 38,3% (n=23) de l'effectif total, la médecine générale était le seul choix envisagé.

3.5 Le TCEM



Les 2 réponses « Autre » n'ont pas été renseignées.

Tableau n°3 : Parcours lors du TCEM

		Répondants (n=60)	
		n	%
Le nombre de semestres validés	6 semestres	52	86,7
	5 semestres	7	11,6
	4 semestres	1	1,7
Semestre du stage praticien niveau 1	3 ^{ème} semestre	29	48,3
	4 ^{ème} semestre	31	51,7
Lieu de réalisation du stage praticien*	Zone urbaine	37	61,7
	Zone semi-rurale	35	58,3
	Zone rurale	28	46,7
Réalisation du SASPAS	Oui	51	85
	Non	7	11,7
	Stage en cours	2	3,3

		Répondants (n=60)	
		n	%
Modalités du SASPAS	Complètement en médecine générale	41	77,4
	Partiellement en médecine générale	12	22,6
Semestre du SASPAS	5 ^{ème} semestre	27	50,9
	6 ^{ème} semestre	26	49,1
Lieu de réalisation du SASPAS*	Zone urbaine	34	64,2
	Zone semi-rurale	22	41,5
	Zone rurale	23	43,4
Même lieu de stage praticien et SASPAS	Oui	3	5,7
	Non	50	94,3
DESC	Non	50	83,3
	Oui	10	16,7
	Dont DESC d'urgences	7	70
	DESC médecine du sport	1	10
	DESC nutrition	1	10
	DESC gériatrie	1	10
Remplacements pendant l'internat	Oui	38	63,3
	Non	22	36,7
Lieu des remplacements*	Zone urbaine	21	55,3
	Zone semi-rurale	18	47,4
	Zone rurale	11	28,9
Durée des remplacements	Moins de 5 semaines	31	81,6
	5 à 10 semaines	6	15,8
	Plus de 10 semaines	1	2,6
Soutenance de la thèse	Oui	22	36,7
	Non	38	63,3
Aides financières au cours des études	Non	38	63,3
	Oui	22	36,7
	Dont Bourse étudiante CROUS *	4	18,2
	contrat CESP	7	31,8
	Allocation par le Conseil Régional	12	54,5
	Autre	2	9,1
Adhésion à un syndicat	Oui	46	76,6
	Non	14	23,3

* Ces questions étaient à choix multiple, la somme des pourcentages est supérieure à 100. La faculté proposait des trinômes de praticiens libéraux exerçant dans des zones différentes pour les stages praticiens et les SASPAS.

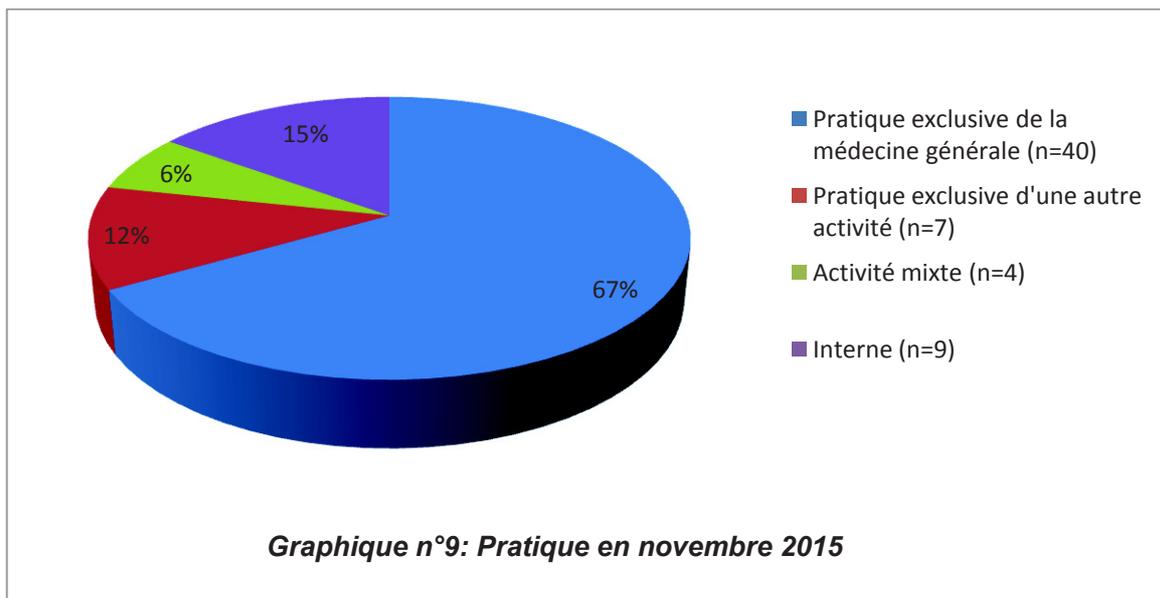
Les dates de soutenance de thèse se répartissaient de mars 2011 à novembre 2015. 2 répondants n'ayant pas soutenu leur thèse indiquaient quand même une date précise en janvier et novembre 2016.

En ce qui concerne l'aide financière au cours des études, parmi les réponses « Autre » il y avait : bourse de la Nouvelle Calédonie et aide de l'hôpital pour les frais de déplacement. L'allocation du conseil régional est une indemnité dispensée aux internes réalisant un stage en ambulatoire en zone déficitaire.

100% des syndiqués ont adhéré au Syndicat Indépendant REgional Haut-Normand des Internes de médecine générale (SIREHN-IMG), filiale haut-normande de l'Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (l'ISNAR-IMG).

4 Pratique médicale en novembre 2015

4.1 Le type d'exercice



4.2 Pratique exclusive de la médecine générale

Tableau n°4 : Les modalités d'activité des répondants ayant une activité stricte de médecine générale

		Répondants (n=40)	
		n	%
Le statut actuel*	Remplaçant libéral	38	95
	Remplaçant Salarié	2	5
	Installé	1	1,5
Type de structure*	Cabinet médical individuel	16	40
	Cabinet médical de groupe	35	87,5
	Maison de santé pluridisciplinaire	10	25
	Centre de santé	3	7,5
Lieu d'exercice actuel*	Zone urbaine	27	67,5
	Zone semi-rurale	26	65
	Zone rurale	17	42,5
Départements fréquentés*	Seine-Maritime	32	80
	Eure	18	45
	Ille-et-Vilaine	1	1,5
	Paris	2	5
	Yvelines	1	1,5
	Puy-de-Dôme	1	1,5
	Ain	1	1,5

* Plusieurs choix étaient possibles pour ces questions, la somme des réponses est donc supérieure à 100%

Il n'y a qu'un seul médecin installé en novembre 2015, et aucun médecin collaborateur. Le médecin installé exerce dans une maison de santé pluridisciplinaire, il est installé en zone urbaine dans l'Eure, et n'a pas bénéficié d'aide à l'installation.

4.3 Pratique exclusive d'une autre activité

Tous ont un statut salarié et ont un poste hospitalier. Un répondant a en plus un poste en SSR ou EHPAD. Un répondant a indiqué exercer une activité libérale car il participait aux gardes de « SOS médecin » .

4.4 Activité mixte

4.4.1 Concernant la médecine générale

100% (n=4) des répondants exerçant une activité mixte sont remplaçants libéraux. Ils travaillent tous dans un cabinet médical individuel (n=3) et/ou dans un cabinet médical de groupe (n=4). Les départements fréquentés sont la Seine-Maritime (n=2), l'Eure (n=1) et la Corrèze (n=1). Ils exercent tous (n=4) en zone urbaine, 75% (n=3) exercent également en zone semi-rurale et 50% (n=2) en zone rurale (il y avait plusieurs choix possibles à cette question, la totalité des réponses est donc supérieure à 100%).

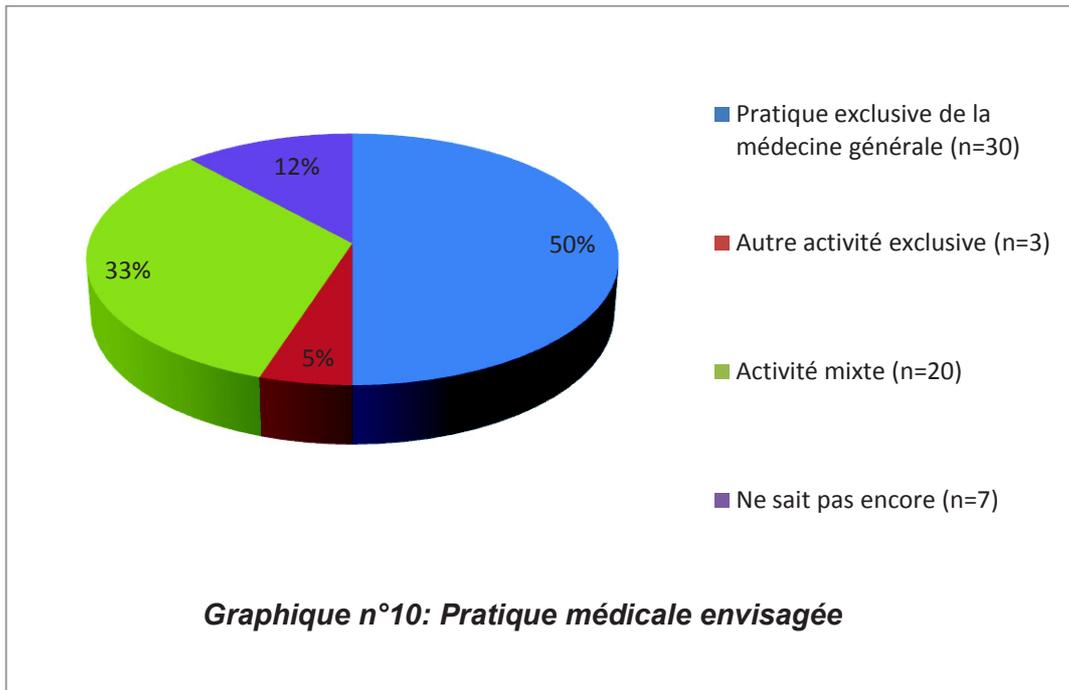
4.4.2 Concernant la ou les autre(s) activité(s)

75% (n=3) ont un statut salarié et occupent un poste hospitalier. Un des répondants occupe en plus un poste à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), réservé aux personnes ayant de faibles ressources. 25% (n=1) ont une activité libérale exclusive et pratique de l'acupuncture. Un autre médecin dit également participer aux gardes de « SOS médecin ».

4.4.3 Adhésion à un syndicat en novembre 2015

8% (n=5) sont adhérents à un syndicat. 4 adhèrent au SIREHN et 1 adhère à REGJIHN (Remplaçants Généralistes et Jeunes Installés en Haute-Normandie).

5 Pratique médicale envisagée dans le futur



5.1 Pratique exclusive de la médecine générale envisagée

Tableau n°6 : Les modalités d'exercice chez les répondants envisageant une activité exclusive de médecine générale

		Répondants (n=30)	
		n	%
Le statut envisagé*	Remplaçant libéral	13	43,3
	Remplaçant Salarié	1	3,3
	Collaborateur libéral	11	36,7
	Collaborateur salarié	2	6,7
	Installé	22	73,3
Type de structure envisagé*	Cabinet médical individuel	5	16,7
	Cabinet médical de groupe	28	93,3
	Maison de santé pluridisciplinaire	17	56,7
	Centre de santé	5	16,7
Région d'exercice envisagé	Région d'internat	20	66,7
	Région d'externat	1	3,3
	Région de naissance	1	3,3
	Région offrant la meilleur opportunité	4	13,3
	Région d'exercice du conjoint	4	13,3
Lieu d'exercice envisagé*	Zone urbaine	13	43,3
	Zone semi-rurale	28	93,3
	Zone rurale	11	36,7
Départements d'exercice envisagé*	Seine-Maritime	19	63,3
	Eure	10	33,3
	Ille-et-Vilaine	2	6,7
	Loire-Atlantique	2	6,7
	Moselle	1	3,3
	Haute-Savoie	1	3,3
	Paris	2	6,7
	Rhône	1	3,3
	Seine-et-Marne	1	3,3
	Val-de-Marne	1	3,3
	Ain	1	3,3
	Gironde	2	6,7
	La Réunion	1	3,3
Ne sait pas encore	1	3,3	
Devenir MSU	Oui	16	53,3
	Non	14	46,7

* Plusieurs choix étaient possibles pour ces questions, la somme des réponses est donc supérieure à 100%

5.2 Pratique exclusive d'une autre activité envisagée

Tous les répondants envisagent une activité salariée. Préférentiellement un poste hospitalier ou un poste en SSR ou en EHPAD.

5.3 Pratique d'une activité mixte envisagée

5.3.1 Concernant la médecine générale

Tableau n°7 : Les modalités d'exercice de la médecine générale chez les répondants envisageant une activité mixte

		Répondants (n=20)	
		n	%
Le statut envisagé*	Remplaçant libéral	5	25
	Collaborateur libéral	7	35
	Collaborateur salarié	3	15
	Installé	12	60
Type de structure envisagé*	Cabinet médical individuel	3	15
	Cabinet médical de groupe	16	80
	Maison de santé pluridisciplinaire	16	80
	Centre de santé	5	25
Région d'exercice envisagé	Région d'internat	7	35
	Région d'externat	2	10
	Région offrant la meilleur opportunité	6	30
	Région d'exercice du conjoint	5	25
Lieu d'exercice envisagé*	Zone urbaine	10	50
	Zone semi-rurale	12	60
	Zone rurale	3	15
Départements d'exercice envisagé*	Seine-Maritime	12	60
	Eure	3	15
	Corrèze	1	5
	Morbihan	1	5
	Bas-Rhin	1	5
	Paris	1	5
	Ille-et-Vilaine	1	5
	Loire	1	5
	Puy-de-Dôme	1	5
	Savoie	1	5
	Alpes de Haute Provence	1	5
Ne sait pas encore	4	20	
Devenir MSU	Oui	11	55
	Non	9	45

* Plusieurs choix étaient possibles pour ces questions, la somme des réponses est donc supérieure à 100%

5.3.2 Concernant la ou les autre(s) activité(s)

Tableau n°8 : Les modalités d'exercice de l'autre activité chez les répondants envisageant une activité mixte

		Répondants (n=20)	
		n	%
Le statut envisagé*	Salarié	15	75
	Libéral	10	50
Activités salariées envisagées*	Poste hospitalier	12	60
	Poste en PMI	3	15
	Poste en SSR ou en EHPAD	2	10
	Poste en médecine scolaire	1	5
	Poste dans un ONG	3	15
	Poste dans une clinique	4	20
	Autre	4	20
Activités libérales envisagées*	Acupuncture	1	5
	Médecine de la douleur	1	5
	Médecine du sport	1	5
	Médecine d'urgences (ex: SOS médecin)	3	15
	Médecine légale	1	5
	Nutrition	1	5
	Ostéopathie	3	15

* Plusieurs choix étaient possibles pour ces questions, la somme des réponses est donc supérieure à 100%

6 Analyses univariées

Nous avons réalisé des analyses statistiques afin de savoir s'il y avait des facteurs associés à un type d'exercice ou à un lieu d'exercice particulier. Nous avons comparé les facteurs de variation à l'activité actuelle déclarée par les jeunes médecins, mais aussi l'activité envisagée.

6.1 Facteurs de variation liés au type d'exercice

6.1.1 La pratique actuelle

Dans un premier temps, nous avons analysé les différentes variables afin de savoir si elles étaient liées à l'activité actuelle des jeunes médecins généralistes. Nous avons mis en évidence plusieurs facteurs statistiquement significatifs.

Les résultats sont répertoriés dans le tableau suivant :

Tableau n°8 : Déterminants de l'activité actuelle en novembre 2015

		Médecine générale stricte (n=40)	Autre activité (n=7)	Activité mixte (n=4)	P
Sexe	Homme	14	3	2	0,670
	Femme	26	4	2	
Nationalité	Française	38	6	4	0,526
	Autre	2	1	0	
Profession du père	Agriculteur	1	1	0	0,593
	Artisan	6	1	0	
	Cadre	18	4	2	
	Employé	4	0	0	
	Médecin	5	0	0	
	Ouvrier	2	1	2	
	Profession intermédiaire	4	0	0	
Profession de la mère	Agriculteur	1	0	0	0,970
	Artisan	3	1	0	
	Cadre	13	3	2	
	Employé	5	1	0	
	Médecin	2	0	1	
	Ouvrier	2	0	0	
	Profession intermédiaire	8	1	0	
	Sans activité	6	1	1	
Spécialité des parents	Médecine générale	4	0	2	1
	Autre	3	0	1	

En couple	Oui	26	6	2	0,464
	Non	11	1	2	
Situation maritale	Marié	5	0	1	0,594
	Pacsé	8	2	0	
	Ni l'un ni l'autre	16	4	1	
Profession du conjoint	Artisan	1	0	0	0,095
	Cadre	13	0	0	
	Employé	4	0	1	
	Etudiant	2	0	0	
	Médecin/Interne	7	5	1	
	Profession intermédiaire	1	1	0	
Sans activité	1	0	0		
Spécialité du conjoint	Médecine générale	5	3	0	0,463
	Autre	2	1	1	
Enfants (oui/non)	Oui	3	2	1	0,136
	Non	37	5	3	
Zone d'habitation actuelle	Zone urbaine	28	6	3	0,740
	Zone semi-rurale	5	1	1	
	Zone rurale	7	0	0	
Mode de vie	Seul	9	1	2	0,656
	Avec conjoint/enfants	28	6	2	
	Colocation	0	0	0	
	Chez les parents	3	0	0	
Statut foncier	Propriétaire	15	3	1	0,784
	Locataire	22	3	3	
	Hébergé gratuitement	3	1	0	
Zone d'habitation d'enfance	Zone urbaine	21	5	2	0,765
	Zone semi-rurale	8	1	0	
	Zone rurale	11	1	2	
Mention au Baccalauréat (très bien/bien/assez bien/aucune)	Très bien	5	2	1	0,071
	Bien	12	0	3	
	Assez bien	18	3	0	
	Aucune	5	2	0	
Etudes avant médecine	Oui	3	0	1	0,358
	Non	37	7	3	
Choix pour la médecine générale	Oui tout à fait	11	1	1	0,190
	Plutôt oui	17	3	1	
	Plutôt non	12	2	1	
	Non pas du tout	0	1	1	
Nombre de passage PCEM1	1 fois	13	4	2	0,448
	2 fois	27	3	2	
Généraliste enseignant	Oui	8	2	1	0,839
	Non	32	5	3	
Stage de médecine générale en DCEM	Oui	12	3	3	0,180
	Non	28	4	1	
Nombre de passage ECN	1 fois	32	5	4	0,112
	2 fois	2	2	0	
1er choix aux ECN	Médecine générale	22	5	4	0,229
	Autre	18	2	0	
Semestre de réalisation du stage praticien niveau 1	3 ^{ème}	21	2	2	0,546
	4 ^{ème}	19	5	2	
Réalisation d'un SASPAS (oui/non)	Oui	39	3	4	0,0013
	Non	1	4	0	

Semestre effectué en SASPAS	5 ^{ème}	18	2	3	0,498
	6 ^{ème}	21	1	1	
Type de SASPAS	Complètement	29	3	4	0,611
	Partiellement	10	0	0	
Même cabinet en stage praticien et en SASPAS	Oui	1	1	0	0,133
	Non	38	2	4	
Réalisation d'un DESC	Oui	0	7	2	1.972E-9
	Non	40	0	2	
Remplacement pendant l'internat	Oui	28	2	3	0,104
	Non	12	5	1	
Durée du remplacement	Moins de 5 semaines	22	1	3	0,458
	Plus de 5 semaines	6	1	0	
Soutenance de la thèse	Oui	13	6	3	0,007
	Non	27	1	1	
Bénéfice d'une bourse	Oui	14	0	2	0,088
	Non	26	7	2	

La réalisation d'un SASPAS est donc statistiquement associée à une activité exclusive de médecine générale, tandis que la réalisation d'un DESC et la soutenance précoce de la thèse sont statistiquement associées à la pratique d'une autre activité.

6.1.2 La pratique envisagée

Dans un deuxième temps, nous avons analysé chaque variable avec la pratique envisagée par les jeunes médecins. Certains résultats apparaissent statistiquement significatifs et sont répertoriés dans le tableau suivant.

Ont été exclus de l'analyse ceux ayant répondu « je ne sais pas » à la question sur la pratique envisagée dans le futur.

Les résultats sont répertoriés dans le tableau suivant :

Tableau n°9 : Déterminants de l'activité envisagée

		Médecine générale stricte (n=30)	Autre activité (n=3)	Activité mixte (n=20)	P
Sexe	Homme	18	1	14	0,482
	Femme	12	2	6	
Nationalité	Française	29	2	18	0,141
	Autre	1	1	2	
Profession du père	Agriculteur	1	0	1	0,883
	Artisan	6	1	1	
	Cadre	13	1	10	
	Employé	3	0	2	
	Médecin	3	1	4	
	Ouvrier	2	0	1	
	Profession intermédiaire	2	0	1	
Profession de la mère	Agriculteur	1	0	0	0,928
	Artisan	3	0	1	
	Cadre	9	2	7	
	Employé	3	0	2	
	Médecin	1	1	2	
	Ouvrier	2	0	1	
	Profession intermédiaire	4	0	4	
	Sans activité	7	0	3	
Spécialité des parents	Médecine générale	2	1	5	0,242
	Autre	4	1	1	
En couple	Oui	25	2	14	0,400
	Non	5	1	6	
Situation maritale	Marié	4	0	4	0,151
	Pacsé	10	1	1	
	Ni l'un ni l'autre	11	1	9	
Profession du conjoint	Artisan	1	0	0	0,511
	Cadre	11	0	3	
	Employé	5	0	3	
	Etudiant	2	0	1	
	Médecin/Interne	4	2	6	
	Profession intermédiaire	1	0	1	
	Sans activité	1	0	0	
Spécialité du conjoint	Médecine générale	2	2	3	0,758
	Autre	2	0	2	
Enfants (oui/non)	Oui	4	1	4	0,486
	Non	26	2	16	
Zone d'habitation actuelle	Zone urbaine	19	3	15	0,561
	Zone semi-rurale	5	0	4	
	Zone rurale	6	0	1	
Mode de vie	Seul	4	1	5	0,570
	Avec conjoint/enfants	24	2	13	
	Colocation	0	0	1	
	Chez les parents	2	0	1	

Statut foncier	Propriétaire	14	0	7	0,317
	Locataire	14	2	12	
	Hébergé gratuitement	2	1	1	
Zone d'habitation d'enfance	Zone urbaine	15	3	11	0,816
	Zone semi-rurale	6	0	4	
	Zone rurale	9	0	5	
Mention au Baccalauréat (très bien/bien/assez bien/aucune)	Très bien	2	2	7	0,045
	Bien	11	0	4	
	Assez bien	13	1	5	
	Aucune	4	0	4	
Etudes avant médecine	Oui	2	0	1	0,999
	Non	28	3	19	
Choix pour la médecine générale	Oui tout à fait	10	0	4	0,039
	Plutôt oui	14	1	9	
	Plutôt non	6	0	6	
	Non pas du tout	0	2	1	
Nombre de passage PCEM1	1 fois	8	2	10	0,15
	2 fois	22	1	10	
Généraliste enseignant	Oui	7	0	5	1
	Non	23	3	15	
Stage médecine générale en DCEM	Oui	10	0	9	0,334
	Non	20	3	11	
Nombre de passage ECN	1 fois	29	2	18	0,141
	2 fois	1	1	2	
1er choix aux ECN	Médecine générale	21	1	12	0,380
	Autre	9	2	8	
Semestre du stage praticien niveau 1	3 ^{ème}	16	1	9	0,749
	4 ^{ème}	14	2	11	
Réalisation d'un SASPAS (oui/non)	Oui	28	1	17	0,035
	Non	2	2	3	
Semestre effectué en SASPAS	5 ^{ème}	12	0	11	0,221
	6 ^{ème}	16	1	6	
Type de SASPAS	Complètement	21	1	12	0,810
	Partiellement	7	0	5	
Même cabinet en stage praticien et en SASPAS	Oui	1	0	1	0,999
	Non	27	1	16	
Réalisation d'un DESC	Oui	0	3	7	3.976E-6
	Non	30	0	13	
Remplacement pendant l'internat	Oui	22	1	12	0,244
	Non	8	2	8	
Durée du remplacement	Moins de 5 semaines	19	1	9	0,639
	Plus de 5 semaines	3	0	3	
Soutenance de la thèse	Oui	10	1	10	0,542
	Non	20	2	10	
Bénéfice d'une bourse	Oui	10	0	8	0,582
	Non	20	3	12	

Les déterminants de l'activité envisagée par les jeunes médecins généralistes sont la mention au baccalauréat, le choix positif de la médecine générale en début de cursus, la réalisation d'un SASPAS et d'un DESC.

6.2 Facteurs de variation liés au lieu d'exercice

6.2.1 La pratique actuelle

Ensuite, nous avons cherché à connaître les facteurs associés au lieu d'exercice actuel des jeunes médecins généralistes. Plusieurs facteurs statistiquement significatifs ont été retrouvés, ils sont listés ci-dessous.

Ont été considérés les répondants ayant déclaré exercer une activité exclusive de médecine générale, associés à ceux ayant déclaré exercer une activité mixte.

Les résultats sont répertoriés dans le tableau suivant :

Tableau n°10 : Déterminants associés au lieu d'exercice actuel en novembre 2015

		Activité en zone rurale/semi-rurale (n=13)	Activité en zone urbaine (n=31)	P
Sexe	Homme	7	21	0,496
	Femme	6	10	
Nationalité	Française	12	30	0,508
	Autre	1	1	
Profession du père	Agriculteur	1	0	0,0011
	Artisan	4	2	
	Cadre	1	19	
	Employé	2	2	
	Médecin	2	5	
	Ouvrier	2	0	
	Profession intermédiaire	1	3	
Profession de la mère	Agriculteur	1	0	0,029
	Artisan	2	1	
	Cadre	1	14	
	Employé	1	4	
	Médecin	1	2	
	Ouvrier	2	0	
	Profession intermédiaire	3	5	
	Sans activité	2	5	

En couple	Oui	9	22	1
	Non	4	9	
Situation maritale	Marié	1	5	0,871
	Pacsé	3	5	
	Ni l'un ni l'autre	5	12	
Profession du conjoint	Artisan	1	0	0,132
	Cadre	2	11	
	Employé	1	4	
	Etudiant	0	2	
	Médecin/Interne	3	5	
	Profession intermédiaire	1	0	
	Sans activité	1	0	
Enfants (oui/non)	Oui	1	3	1
	Non	12	28	
Zone d'habitation actuelle	Zone urbaine	4	27	0,00029
	Zone semi-rurale	3	3	
	Zone rurale	6	1	
Mode de vie	Seul	2	9	0,250
	Avec conjoint/enfants	9	21	
	Chez les parents	2	1	
Statut foncier	Propriétaire	8	8	0,0075
	Locataire	3	22	
	Hébergé gratuitement	2	1	
Zone d'habitation d'enfance	Zone urbaine	4	19	0,074
	Zone semi-rurale	2	6	
	Zone rurale	7	6	
Mention au Baccalauréat (très bien/bien/assez bien/aucune)	Très bien	0	6	0,103
	Bien	3	12	
	Assez bien	7	11	
	Aucune	3	2	
Etudes avant médecine	Oui	1	3	1
	Non	12	28	
Choix pour la médecine générale	Oui tout à fait	3	9	1
	Plutôt oui	6	12	
	Plutôt non	4	9	
	Non pas du tout	0	1	
Nombre de passage PCEM1	1 fois	3	12	0,488
	2 fois	10	19	
Généraliste enseignant	Oui	1	8	0,242
	Non	12	23	
Stage médecine générale en DCEM	Oui	4	11	1
	Non	9	20	
Nombre de passage ECN	1 fois	12	30	0,508
	2 fois	1	1	
1er choix aux ECN	Médecine générale	8	18	0,902
	Autre	5	13	
Semestre du stage praticien niveau 1	3 ^{ème}	4	19	0,129
	4 ^{ème}	9	12	
Lieu de réalisation du stage praticien	Zone urbaine	5	23	0,039
	Zone semi-rurale/rurale	8	8	
Réalisation d'un SASPAS (oui/non)	Oui	13	30	1
Non	0	1		
Semestre effectué en SASPAS	5 ^{ème}	6	14	0,763
	6 ^{ème}	7	16	

Type de SASPAS	Complètement	8	25	0,140
	Partiellement	5	5	
Lieu de réalisation du SASPAS	Zone urbaine	6	21	0,178
	Zone semi-rurale/rurale	7	9	
Même cabinet en stage praticien et en SASPAS	Oui	0	1	1
	Non	13	29	
Réalisation d'un DESC	Oui	0	2	1
	Non	13	29	
Remplacement pendant l'internat	Oui	12	19	0,068
	Non	1	12	
Lieu de réalisation des remplacements	Zone urbaine	3	4	1
	Zone semi-rurale/rurale	9	15	
Durée du remplacement	Moins de 5 semaines	9	16	0,610
	Plus de 5 semaines	3	3	
Soutenance de la thèse	Oui	6	10	0,496
	Non	7	21	
Bénéfice d'une bourse	Oui	5	20	0,208
	Non	8	11	

La profession des parents, la zone d'habitation actuelle, le statut foncier et le lieu de réalisation du stage praticien sont des facteurs statistiquement associés au lieu d'activité actuel des jeunes médecins généralistes.

6.2.2 La pratique envisagée

Enfin, nous nous sommes intéressés aux facteurs de variation significativement associés au lieu d'activité envisagé par les jeunes médecins généralistes.

Ont été considérés les répondants souhaitant exercer une activité exclusive de médecine générale, associés à ceux souhaitant exercer une activité mixte.

Les résultats sont répertoriés dans le tableau suivant :

Tableau n°11 : Déterminants associés au lieu d'exercice envisagé

		Activité en zone rurale/ semi-rurale (n=27)	Activité en zone urbaine (n=23)	P
Sexe	Homme	18	14	0,897
	Femme	9	9	
Nationalité	Française	24	23	0,240
	Autre	3	0	
Profession du père	Agriculteur	1	1	0,493
	Artisan	4	3	
	Cadre	9	14	
	Employé	3	2	
	Médecin	5	2	
	Ouvrier	3	0	
	Profession intermédiaire	2	1	
Profession de la mère	Agriculteur	1	0	0,431
	Artisan	2	2	
	Cadre	6	10	
	Employé	3	2	
	Médecin	2	1	
	Ouvrier	3	0	
	Profession intermédiaire	3	5	
	Sans activité	7	3	
En couple	Oui	21	18	0,763
	Non	6	5	
Situation maritale	Marié	6	2	0,405
	Pacsé	6	5	
	Ni l'un ni l'autre	9	11	
Profession du conjoint	Artisan	1	0	0,722
	Cadre	6	8	
	Employé	4	4	
	Etudiant	2	1	
	Médecin/Interne	7	3	
	Profession intermédiaire	1	2	
	Sans activité	0	0	
Enfants (oui/non)	Oui	5	3	0,711
	Non	22	20	
Zone d'habitation actuelle	Zone urbaine	13	21	0,0042
	Zone semi-rurale	8	1	
	Zone rurale	6	1	
Mode de vie	Seul	4	5	0,938
	Avec conjoint/enfants	20	17	
	Colocation	1	0	
	Chez les parents	2	1	
Statut foncier	Propriétaire	13	8	0,590
	Locataire	13	13	
	Hébergé gratuitement	1	2	
Zone d'habitation d'enfance	Zone urbaine	9	17	0,016
	Zone semi-rurale	7	3	
	Zone rurale	11	3	
Mention au Baccalauréat (très	Très bien	4	5	0,758
	Bien	7	8	

bien/bien/assez bien/aucune)	Assez bien	11	7	
	Aucune	5	3	
Etudes avant médecine	Oui	2	1	
	Non	25	23	1
Choix pour la médecine générale	Oui tout à fait	7	7	
	Plutôt oui	14	9	
	Plutôt non	6	6	
	Non pas du tout	0	1	0,730
Nombre de passage PCEM1	1 fois	9	9	
	2 fois	18	14	0,897
Généraliste enseignant	Oui	5	7	
	Non	22	16	0,515
Stage médecine générale en DCEM	Oui	11	8	
	Non	16	15	0,888
Nombre de passage ECN	1 fois	24	23	
	2 fois	3	0	0,240
1er choix aux ECN	Médecine générale	20	13	
	Autre	7	10	0,314
Semestre du stage praticien niveau 1	3 ^{ème}	13	12	
	4 ^{ème}	14	11	1
Lieu de réalisation du stage praticien	Zone urbaine	15	17	
	Zone semi-rurale/rurale	12	6	0,293
Réalisation d'un SASPAS (oui/non)	Oui	24	21	
	Non	3	2	1
Semestre effectué en SASPAS	5 ^{ème}	8	11	
	6 ^{ème}	16	10	0,323
Type de SASPAS	Complètement	19	14	
	Partiellement	5	7	0,543
Lieu de réalisation du SASPAS	Zone urbaine	17	8	
	Zone semi-rurale/rurale	7	13	0,057
Même cabinet en stage praticien et en SASPAS	Oui	1	1	
	Non	23	20	1
Réalisation d'un DESC	Oui	3	4	
	Non	24	19	0,819
Remplacement pendant l'internat	Oui	19	15	
	Non	8	8	0,932
Lieu de réalisation des remplacements	Zone urbaine	8	11	
	Zone semi-rurale/rurale	11	4	0,141
Durée du remplacement	Moins de 5 semaines	16	12	
	Plus de 5 semaines	3	3	0,798
Soutenance de la thèse	Oui	12	9	
	Non	15	14	0,927
Bénéfice d'une bourse	Oui	12	6	
	Non	15	17	0,293

La zone d'habitation actuelle et de l'enfance conditionnent, de manière significative, le lieu d'activité envisagé par notre population.

Discussion

1 Discussion sur les résultats

1.1 Les principaux résultats

Le taux de réponse obtenu de 87,5% est très satisfaisant. La population était âgée de 28,48 ans en moyenne, féminine à 67%, de parents essentiellement cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure. 60% avaient choisi la médecine générale en premier aux ECN. 85% avaient réalisé un SASPAS et 17% réalisaient un DESC. 63,3% avaient remplacé pendant leur internat principalement sur une courte période (moins de 5 semaines pour 82% des répondants). Ils étaient 37% à avoir déjà soutenu leur thèse. En novembre 2015, 67% des jeunes médecins généralistes pratiquaient exclusivement la médecine générale, sous le statut de remplaçant libéral à 95%. Ils exerçaient en majorité dans un cabinet médical de groupe, situé en zone urbaine ou semi-rurale en Haute-Normandie. Dans l'avenir, la moitié d'entre eux envisageaient une activité stricte de médecine générale, sous le statut de médecin installé dans un cabinet médical de groupe ou une MSP. Ils envisageaient majoritairement un exercice en zone semi-rurale et souhaitaient rester en Haute-Normandie.

1.2 L'activité actuelle

A la fin théorique du DES de médecine générale, 67% des jeunes médecins exerçaient une activité de médecine générale exclusive. 98% d'entre eux étaient remplaçants, il n'y avait qu'un seul médecin installé et aucun médecin collaborateur. Dans son travail, concernant la région angevine, soutenu en 2011 (30), Gwenaëlle Kerlir-Lebouc retrouvait un pourcentage similaire avec 68,5% de médecins libéraux. Ils exerçaient majoritairement dans des cabinets médicaux de groupe. Un nombre non négligeable de répondants (40%), déclarait remplacer, au moins en partie, dans un cabinet médical individuel. Les centres de santé étant relativement peu développés en Haute-Normandie, peu de médecins y travaillaient, contrairement à l'Île-de-France (17) où cette activité salariée est plébiscitée. Ils exerçaient majoritairement en zone urbaine et semi-rurale. 42,5% de l'effectif déclarait exercer au moins une partie de son activité en zone rurale.

12% de nos jeunes médecins généralistes exerçaient une activité totalement différente de la médecine générale. Ceux-ci avaient tous une activité salariée et exerçaient en milieu hospitalier. Ils réalisaient tous un DESC.

Seulement 6% des répondants avaient une activité mixte initiale, soit 4 jeunes médecins. Trois d'entre eux avaient une activité à la fois libérale et salariée. Une exerçait une activité libérale stricte. Elle réalisait des remplacements en médecine générale et avait également une activité d'acupuncture.

Nos résultats n'étaient pas toujours complètement comparables avec les autres études. Nous différencions la médecine générale des autres activités, alors que la majorité des autres thèses différenciaient l'exercice libéral et salarié (14,15,30–33).

Les 15% restant étaient encore internes. Il s'agissait des étudiants qui s'étaient « décalés » au cours de leurs études, ayant dû prendre un semestre de disponibilité ou un congé maternité. Ils étaient en 5^{ème} ou en 6^{ème} semestre.

1.3 L'activité envisagée

Concernant les activités souhaitées, ils étaient 50% à vouloir exercer une activité de médecine générale stricte, majoritairement sous le statut de médecin installé (73%) ou collaborateur libéral (37%). Dans sa thèse haut-normande Maud Dachy (24) comparait les conditions d'exercice des médecins installés et collaborateurs de moins de 5 ans avec celle des remplaçants. Elle retrouvait que 85% des médecins remplaçants souhaitaient s'installer.

Le nombre de médecins qui désiraient exercer une activité mixte augmentait de manière importante, puisque 35% déclaraient que c'est de cette manière qu'ils voulaient exercer la médecine. Dans la thèse champardennaise d'Amaury Loron (15), réalisée en 2013, ils étaient 26% à souhaiter ce type d'activité. Cette volonté semble nouvelle puisque dans la thèse rétrospective sur le devenir des résidents et internes de médecine générale formés à la faculté de Rouen (promotion 1999 à 2008) de Vincent Ledru (34), 2,8% des médecins avaient une activité mixte.

Ils n'étaient plus que 5% à vouloir exercer une pratique différente de la médecine générale. Dans des travaux plus anciens, celui de Myriam Aroulandom-Vango soutenu en 2007 à la faculté Paris-Sud, on voyait le statut de médecin salarié davantage plébiscité par les internes (33). Aujourd'hui, les jeunes médecins

envisagent plutôt une activité libérale, comme le montraient les résultats du projet national réalisé par l'ISNAR-IMG (35). Le travail de Yohan Badarelle,(32) réalisé à Caen, retrouvait également une part importante de salariés (32% de l'effectif). De même dans le thèse de Laure Guillot, sur le profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Limousin soutenue en 2008, on notait une volonté plus importante d'exercice libéral parmi les internes que parmi les plus anciens étudiants déjà en activité qui s'orientaient davantage vers un exercice salarié (31).

12% de nos répondants étaient encore indécis concernant leur activité future.

Ces résultats sont plutôt encourageants pour l'exercice de la médecine générale en Haute-Normandie. Ces jeunes médecins n'étaient certes plus que la moitié à souhaiter exercer une activité stricte de médecine générale. Néanmoins 70% des répondants exerçant une activité différente initialement souhaitaient, à plus long terme, revenir vers la médecine générale au moins partiellement.

L'interprétation reste difficile pour les 12% de répondants encore indécis. Ils sont en proportion comparable dans la thèse champardennaise de Caroline Dautremay (14). En novembre 2011, ils étaient 14% à être hésitant concernant leur activité future. Un an plus tard, ils n'étaient plus que 7%. On ne voyait néanmoins aucun type d'activité franchement plébiscitée par ces indécis. Les effectifs de médecins hésitants étaient beaucoup plus faibles dans les thèses auvergnate d'Elise Chabrierie (18), avec 2,6% (soit 1 répondant) et francilienne d'Anouck Mintandjian (17) avec 1,7% (soit 2 répondants). Notre cohorte pourra nous apporter des informations plus précises sur les choix professionnels futurs de cette catégorie de jeunes médecins non volontaires au départ pour la médecine générale. Pour le moment, aucun n'avait réalisé de DESC.

1.4 Les modalités de l'exercice envisagé

Concernant le type de structure envisagé, la majorité des effectifs souhaitait exercer dans un cabinet médical de groupe ou une maison de santé pluridisciplinaire. Néanmoins, 5 répondants, soit 16% de l'effectif total, souhaitaient s'installer seul. Ce résultat est surprenant. En effet, il n'a pas été retrouvé dans d'autres travaux. Par exemple la thèse d'Andrea Poppelier, réalisée en 2010 sur les souhaits d'exercice des médecins généralistes de Poitou-Charentes, retrouvait que 75% des effectifs souhaitaient exercer en cabinet pluridisciplinaire et 46% en cabinet mono

disciplinaire (plusieurs réponses étant possibles, le total des résultats était supérieur à 100%) (36). De plus, à l'heure où des moyens sont déployés pour promouvoir l'exercice de la médecine générale en équipe, où l'attractivité de l'exercice en zones défavorisées passe par la création de maisons médicales et de centres de santé, comme le montre le travail de Maud Lecoustey (37), on peut s'étonner du nombre non négligeable de jeunes médecins généralistes Hauts-Normands pour lesquels une installation seul(e) reste envisageable.

La zone d'exercice majoritairement souhaitée était le milieu semi-rural. Ce résultat est retrouvé dans les autres travaux du projet inter-régional notamment en Champagne-Ardenne (14) (15).

2 Discussion sur les facteurs de variation obtenus

2.1 Facteurs liés au type d'activité

2.1.1 La réalisation du SASPAS

Notre étude a montré que les internes qui réalisent un SASPAS lors de leur formation, exercent et souhaitent exercer préférentiellement une activité stricte de médecine générale. Ce constat mesure bien l'impact positif qu'à la réalisation d'un SASPAS dans la formation d'un médecin généraliste. On retrouve des résultats similaires dans d'autres thèses, par exemple dans celle de Mélanie Le Tacon Priquet, sur les médecins généralistes remplaçants de Bretagne réalisée en 2008. 86% des 53 internes ayant réalisé un SASPAS ont été confortés dans le choix de la médecine générale après la réalisation de ce stage, et 81% dans leur choix de pratiquer une médecine libérale (38). Un travail brestois (10) retrouvait que le SASPAS diminuait le délai de passage de la thèse ainsi que le délai d'installation. Le département de médecine générale de Rouen, met tout en œuvre pour qu'une très grande majorité d'internes réalisent un SASPAS. Jusqu'à présent, les places de médecine générale rouennaises n'étant pas toutes pourvues, un très grand nombre d'internes bénéficiaient d'au moins deux stages en médecine générale. Avec l'augmentation de la taille des promotions, comme observé à partir de novembre 2013, les choses vont probablement être un peu plus difficiles et le recrutement des généralistes maîtres de stage doit augmenter. La thèse de Vincent Ledru (34), montrait également l'impact

positif des stages en médecine générale. Un maximum d'internes avaient ainsi bénéficié du SASPAS dès que cela a été possible en 2001. Enfin, dans le travail d'Amaury Loron (15), 95% des médecins ayant réalisé un SASPAS exercent en libéral, contre 50% chez ceux n'ayant pas bénéficié de ce stage. Dans la thèse réalisée en Ile-de-France (17), l'auteure retrouvait que la réalisation du SASPAS en 6^{ème} semestre était significativement associée à un exercice exclusif de médecine générale, contrairement à notre étude où nous ne retrouvons pas d'association.

2.1.2 La réalisation d'un DESC

Le fait de réaliser un DESC oriente majoritairement l'interne vers une pratique différente de celle de la médecine générale. Ce lien a également été mis en évidence dans d'autres thèses, celle d'Ile-de-France (17), celle d'Auvergne (18) et celle de la région PACA (16). Le DESC est un moyen de se détourner de la médecine générale exclusive. Le DES de médecine générale étant jusqu'à présent la seule porte d'entrée pour les autres spécialités comme la médecine d'urgences.

Il existe deux types de DESC, le type 1 et le type 2. (39). Le type 1 est dit non qualifiant, il offre une compétence supplémentaire au médecin tout en lui permettant de garder le statut de médecin généraliste. 90% de notre effectif suit ce type de DESC. Le type 2 est dit qualifiant. Il s'agit d'une spécialisation à part entière. Il fait perdre le statut de médecin généraliste. Le seul DESC de type 2 accessible aux internes de médecine générale est la gériatrie. Un seul médecin de notre promotion suit actuellement ce type de DESC.

2.1.3 La soutenance précoce de la thèse

La soutenance précoce de la thèse est plutôt associée à un autre exercice que celui de la médecine générale. Ce résultat est également une des variables retrouvées dans la thèse de Delphine Groboz-Lecoq en PACA (16) influençant négativement l'exercice de la médecine générale. En effet, les jeunes médecins ayant choisi une autre pratique et suivant notamment un DESC exercent principalement un poste hospitalier et ont donc « besoin » d'avoir soutenu leur thèse plus rapidement pour pouvoir bénéficier d'un poste de sénior. L'activité de médecin

généraliste remplaçant ne nécessitant pas l'obtention du statut de docteur en médecine dans l'immédiat, la soutenance de la thèse est donc moins urgente. Toutefois un tiers de l'effectif exerçant exclusivement la médecine générale est thésé à la fin du DES.

2.1.4 La mention au Baccalauréat

Nos analyses univariées montrent qu'il y a davantage de mentions au baccalauréat chez les jeunes médecins souhaitant exercer une activité stricte de médecine générale ou une activité mixte. Ce résultat nous surprend car il n'a pas été mis en évidence dans les autres travaux. Il n'est pas interprétable.

2.1.5 Le choix pour la médecine générale au début du cursus médical

Les médecins ayant pour ambition d'exercer la médecine générale au début de leurs études s'orientent davantage vers une pratique exclusive de la médecine générale. Comme le propose l'académie nationale de médecine dans « La situation de la médecine générale en France » (40), une certaine valorisation de la médecine générale, par les facultés de médecine ou les pouvoirs publics au début du cursus des médecins, pourrait donc éveiller des vocations et ainsi favoriser l'orientation dans cette spécialité. Dans les thèses d'Ile-de-France (17) et d'Auvergne (18), le choix positif de la médecine générale aux ECN est un facteur déterminant de l'exercice professionnel, ce qui n'est pas retrouvé dans notre travail. En Haute-Normandie, 45% des internes exerçant la médecine générale exclusivement à la fin de leur DES n'avaient pas choisi la médecine générale en 1^{er} choix aux ECN. En revanche, 71% des médecins exerçant une autre activité avait fait ce choix positif. Ceci nous paraît étonnant et un peu contradictoire par rapport à ce qui a été retrouvé dans les autres études.

2.2 Facteurs liés au lieu d'activité

2.2.1 La profession des parents

La profession des parents est un facteur de variation associé au lieu de pratique de la médecine générale (stricte ou mixte). On remarque que ceux qui ont

un parent cadre, médecin ou ayant une profession intermédiaire exercent plus fréquemment en zone urbaine, que ceux qui ont un parent agriculteur, artisan ou ouvrier. Ces derniers exercent préférentiellement en zone rurale ou semi-rurale. Dans le travail d'Anouck Mintandjian pour l'Île-de-France (17), la profession du père est associée de manière significative à la pratique envisagée par les jeunes médecins généralistes. On peut trouver surprenant que le lieu d'exercice actuel des jeunes médecins généralistes soit lié à l'activité professionnelle de leurs parents. On peut s'étonner à l'inverse que la zone d'habitation de l'enfance ne soit pas significativement liée au lieu d'exercice actuel, mais cela est peut-être dû à la petite taille de notre échantillon. A notre connaissance, il n'existe pas de moyens validés en France permettant la sélection des étudiants pour augmenter les chances qu'ils exercent en zone rurale. Mais sont-ils envisageables sans poser de problème de « stéréotype » ? Aux Etats-Unis, il existe un programme appelé Physician Shortage Area Program (PSAP) développé depuis 1974 au Jefferson Medical College (Pennsylvanie). Il vise à augmenter le nombre de médecins de famille exerçant en milieu rural. Il admet les étudiants qui ont grandi en zone rurale ou qui ont une volonté fermement affirmée d'y exercer. Une étude de cohorte rétrospective auprès de 3414 médecins diplômés entre 1978 et 1993, avait pour but d'identifier les facteurs prédictifs de l'exercice en zone rurale et de déterminer les composantes de PSAP influençant cette pratique (41). Le plan de carrière en médecine familiale, l'appartenance au groupe PSAP, être dans le programme des bourses, le sexe masculin, et avoir réalisé une année de pratique en médecine familiale rurale étaient des facteurs prédictifs d'installation en zone rurale. La rétention était influencée par une enfance en milieu rural, l'appartenance au groupe PSAP, une année de pratique de médecine familiale en milieu rural et des études pré-médicales en milieu rural. Les facteurs prédictifs pour les diplômés du groupe PSAP étaient une année de pratique rurale et le programme de bourse. Les étudiants qui n'étaient pas dans le groupe PSAP mais ayant grandi en zone rurale, y exerçaient de manière sensiblement équivalente aux PSAP. Une admission sélective dans le programme PSAP semblait donc justifiée.

2.2.2 La zone d'habitation actuelle et de l'enfance

La zone d'habitation actuelle est associée de manière significative au lieu d'exercice actuel et envisagé et la zone d'habitation de l'enfance au lieu d'exercice envisagé. Les médecins ayant grandi et vivant en zone rurale, exercent principalement en milieu semi-rural et rural, ceux ayant grandi et vivant en zone urbaine restent plus facilement en ville pour exercer. Notre population est essentiellement une population de remplaçants, que l'on sait d'ordinaire plus mobiles que les médecins installés comme le retrouvent les travaux de Vanessa Braka-Cohen sur les médecins remplaçants généralistes d'Ile-de-France (42) et Maud Dachy (24) dans son étude comparative entre les médecins généralistes installés et collaborateurs avec les remplaçants. Ces variables sont donc à comparer et à suivre pour les autres années. On peut vivre en ville et exercer à la campagne et inversement. Une étude canadienne réalisée entre 1977 et 1991 a montré que les médecins ayant grandi en milieu rural étaient 2,3 fois plus susceptibles d'y exercer immédiatement après l'obtention de leur diplôme (43).

2.2.3 Le statut foncier

Le fait d'être locataire est davantage associé à un exercice en zone urbaine, et le fait d'être hébergé à titre gratuit plutôt associé à un exercice en zone rurale ou semi-rurale. Les propriétaires exercent à 50% en zone urbaine et à 50% en zone semi-rurale ou rurale. On suppose que les locataires restent en zone urbaine car c'est ici qu'ils ont réalisé leurs études, ils y vivent pour les commodités que peuvent apporter une ville et y exercent pour la proximité avec leur domicile.

2.2.4 Le lieu de réalisation du stage chez le praticien niveau 1

On retrouve un lien statistiquement significatif entre le lieu de réalisation du stage praticien en zone urbaine et l'activité actuelle principalement en zone urbaine de 80% de l'effectif. On peut donc considérer que le lieu du stage premier niveau a orienté le lieu d'activité des jeunes médecins généralistes hauts-normands dans notre étude. Par contre, aucun lien avec le lieu de réalisation du SASPAS n'a été retrouvé ce qui semble plutôt surprenant. On aurait plutôt pensé que le stage en autonomie orientait davantage la pratique du jeune médecin et non le stage de

premier niveau qui est pour la majorité des étudiants, un stage de découverte de la médecine générale (seulement 35% des répondants ont effectué un stage de médecine générale pendant leur DCEM). En Norvège, il existe un modèle de formation du 3^{ème} cycle pour les médecins généralistes et les médecins communautaires de santé publique visant à favoriser l'exercice en zone rurale. C'est un programme d'étude qui se réalise en 5 ans, 4 ans en médecine générale rurale et 1 an à l'hôpital. L'originalité du programme repose sur la base de tutoriels et de groupes de travaux dirigés ayant lieu tous les 15 jours ou tous les mois. Il propose aussi un programme de soutien professionnel aux médecins déjà en activité. Une étude de cohorte longitudinale, réalisée de 1995 à 2008 a permis d'évaluer l'effet du programme de formation sur le taux de rétention des médecins en zone rurale. Ce taux est de 65-67% à 5 ans, ce qui est très satisfaisant, et les auteurs pensent que ce type de programme pourrait être généralisé à d'autres pays. (44) La confrontation au milieu rural y favorisant son exercice est également retrouvé dans le travail de Rabinowitz sur les PSAP (41).

3 La Féminisation

Notre étude compte 67% de femmes. Elle correspond quasi parfaitement au sexe ratio de la promotion de médecine générale des ECN 2012, ainsi qu'au pourcentage de femmes actuellement étudiantes en médecine. Elle ne fait pas exception au constat réalisé depuis plusieurs années déjà sur la féminisation de la profession médicale (24) (32) (34) (35). Ce n'est d'ailleurs pas la seule catégorie professionnelle dans cette situation, on le remarque aussi notamment dans les professions judiciaires (45). L'Atlas de la démographie médicale publiée par l'Ordre National des Médecins consacre plusieurs pages à ce phénomène, en 2014 (6) et 2015 (3). Ainsi en 2015, on remarque que dans la tranche d'âge des plus de 60 ans, les femmes représentent 36% de l'effectif total, alors qu'elles sont 60% parmi les moins de 40 ans (3). De plus, contrairement à ce qui avait été laissé entendre jusqu'à maintenant, les femmes semblent d'avantage intéressées par un exercice libéral, probablement grâce à l'aménagement personnel du temps de travail. Dans un des

travaux de recherche similaire à notre étude, la thèse d'Elise Chabrierie, réalisée en Auvergne (18), le sexe féminin est associé significativement à la pratique de la médecine générale. Même si ce résultat est étonnant et qu'il n'a pas été retrouvé dans les autres études, il était important à souligner. Le conseil de l'ordre a réalisé en 2006 une étude intéressant les étudiants de PCEM2, ceux du troisième cycle des études médicales et les médecins inscrits au tableau de l'Ordre depuis 1990. Cette étude montre que lorsque l'on compare les hommes et les femmes on note peu de différences sur les conditions et les volontés d'exercice, mais il en existe sur le temps de travail et l'accès aux spécialités (46). La notion de temps de travail est toutefois difficile à interpréter dans cette étude car elle évoquait le temps partiel et le temps complet. On sait que les jeunes médecins généralistes envisagent tous, hommes comme femmes, de travailler moins que leurs aînés et consacrer davantage de temps à leurs familles et leurs loisirs (5). La thèse de Sophie Augros, soutenue en 2012, sur les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes, illustre également cette notion (47). Néanmoins, le temps de travail moyen d'un médecin généraliste dépasse fréquemment celui de la majorité de la population active, même encore à l'heure actuelle. Le temps de travail des femmes est généralement diminué au moment de la maternité, et dans les premiers âges de vie de leurs enfants, mais il s'intensifie quand les enfants deviennent plus grands. Une étude plus poussée sur les emplois du temps des médecins généralistes analyse le temps de travail des hommes et des femmes. Les hommes déclarent travailler 59h par semaine contre 53h pour les femmes, soit 10% de moins. Elles réalisent également des consultations plus longues. Concernant la répartition de leurs tâches inhérentes au cabinet, elles sont identiques dans les deux catégories. Elles sont par contre moins fréquemment aidées par leur conjoint dans les tâches administratives (48). Ces idées tordent un peu le cou à la notion de « féminisation donc diminution du recours aux soins primaires pour nos patients ».

4 Profil du médecin installé

Le médecin installé de notre cohorte est un homme, âgé de 28 ans, il était de nationalité française, marié et père de deux enfants de moins de 3 ans. Son père exerçait une activité de cadre, sa mère était sans profession. Sa conjointe était

également cadre. Il était locataire en zone urbaine. Il a grandi majoritairement dans cette zone urbaine. Il a obtenu son baccalauréat série S mention Bien. Il n'avait pas entrepris d'autres études avant médecine et souhaitait « tout à fait » faire de la médecine générale au début de ses études. Il a passé 2 fois le concours PCEM1 et a réalisé tout son cursus à la faculté de Rouen. Il n'a pas eu d'enseignant médecin généraliste en DCEM1 mais avait réalisé un stage court de médecine générale avant le TCEM. Il a passé une seule fois les ECN et son 1^{er} choix était la médecine générale. Il a choisi la Haute-Normandie pour réaliser son internat car c'était sa région d'origine et qu'il y avait sa famille et ses amis. Il a réalisé son 1^{er} stage praticien en 3^{ème} semestre, en zone urbaine. Il a réalisé son SASPAS en 6^{ème} semestre totalement en médecine générale, en zone urbaine. Il n'a pas réalisé de DESC. Pendant son internat, il a réalisé des remplacements en médecine générale, en zone urbaine, moins de 5 semaines. Il a soutenu sa thèse. Il a signé un contrat CESP pendant ses études. Actuellement, il pratique la médecine générale exclusivement, dans une maison de santé pluridisciplinaire, en zone urbaine, dans la même commune que ses stages praticien niveau 1 et SASPAS. Il n'a pas bénéficié d'aide à l'installation. Il envisageait plus tard de pratiquer la médecine générale exclusivement, en restant installé, mais dans un cabinet individuel, dans la région qui lui offrira la meilleure opportunité. Il pensait à la Haute-Savoie. Il aimerait exercer en zone rurale ou semi-rurale et devenir MSU.

En comparaison avec les thèses du projet interrégional, la thèse de Caroline Dautremay en Champagne-Ardenne (14) ne retrouve aucun médecin installé en novembre 2011. A un an, il y en a 1. Dans la thèse de suivi d'Amaury Loron (15), ils sont 4 installés en novembre 2013.

Dans la thèse d'Anouck Mintandjian pour l'Île de France (17), l'auteure retrouve 5 médecins installés (soit 7,2%) en avril 2014. 6 mois plus tard ils sont 8 médecins installés soit 16,8% des répondants.

Dans la thèse d'Elise Chabrierie pour l'Auvergne (18), 1 médecin était installé. Il exerçait en cabinet individuel et avait un projet dans une maison de santé pluridisciplinaire.

Dans la thèse de Maud Dachy (24). Elle retrouve une population majoritairement féminine et décrit la population d'installées comme étant âgée de 35 ans, vivant en

milieu urbain mariée et en couple avec des enfants (comme notre installé). Contrairement au nôtre, « l'installée » de Maud Dachy a été remplaçante auparavant. Elle est installée depuis 2 ans et demi et est thésée depuis 5 ans. Comme cela semble être le cas pour notre installé, ceux de la thèse de Maud Dachy ont trouvé leur lieu d'exercice suite à un stage ou à un remplacement et exercent en milieu urbain. Ils n'ont pas bénéficié d'aides à l'installation. Ils se sont généralement associés ou ont succédé à un médecin et exercent en groupe. Toutes ces caractéristiques se rapprochent de notre installé.

La comparaison entre ces différentes installations précoces est actuellement difficile, mais on peut déjà noter plusieurs éléments qui seront à réévaluer dans le suivi des cohortes.

5 Critique de l'étude

5.1 Points forts

5.1.1 Sujet d'actualité

Notre sujet est pertinent car le problème de la démographie médicale est un sujet d'actualité et au cœur des débats politiques. Il intéresse également les médecins installés, approchant de la retraite, qui ne trouvent pas facilement de successeurs et se posent des questions sur les volontés d'exercice des jeunes générations.

5.1.2 Méthode

La méthode quantitative descriptive par création d'une cohorte est une méthode adaptée pour analyser les caractéristiques sociodémographiques, leur parcours de formation et leur activité professionnelle. Il a permis de mettre en évidence plusieurs déterminants de leur parcours professionnels et de répondre à notre question de recherche. Le suivi de la cohorte est indispensable pour préciser ces facteurs de variabilité. De plus, notre taux de réponse est élevé : 85,7%.

5.1.3 Questionnaire

Le questionnaire a été réalisé par un groupe de travail interrégional, s'appuyant sur une importante revue de la littérature. Il est très complet et s'adapte aux différentes régions. Le nombre important de questions obligatoires nous a permis de ne pas avoir de données manquantes.

5.1.4 Projet interrégional

Ce projet est également intéressant car il s'inscrit dans un projet inter-régional de suivi de cohorte. Il existe pour le moment des études ayant été réalisées en Champagne-Ardenne (14,15), Provence-Alpes-Côte-D'azur (16), Ile-de-France (17) et Auvergne (18). Les résultats de ces études, même s'ils ne sont pas encore mis en commun dans une étude spécifique, sont comparés lors de la réalisation de nouvelles thèses. Les échantillons restent petits, et les suivis encore peu réalisés, mais on voit déjà apparaître des points communs entre les caractères sociaux démographiques, les modes d'exercices actuels et futurs des jeunes médecins des différentes régions. Des propositions communes visant à améliorer la démographie médicale nationale peuvent donc émerger de ces différents travaux. Un projet de cohorte nationale est également envisagé. Il impacterait encore davantage sur l'amélioration de l'organisation du système de soins.

5.2 Points faibles

5.2.1 Echantillon

Notre étude s'est intéressée à une seule promotion de médecins généralistes, constituée de 70 personnes. Un médecin n'a pu recevoir le questionnaire car son adresse e-mail a fait défaut, nous possédions pourtant ses coordonnées téléphoniques. Même si le taux de réponse est très satisfaisant (84,5%), notre échantillon reste de petite taille (60 répondants) et diminue la puissance statistique des résultats. Au début du projet de cette thèse, et étant donné la loi récente sur la fusion des régions (49), notre étude devait inclure la promotion ECN 2012 de Caen, afin de créer une cohorte Normande. Devant le faible nombre d'adresses e-mail Caennaises recueillies, ce projet a été abandonné.

5.2.2 Erreurs dans la rédaction du questionnaire

Il y a eu quelques erreurs dans la rédaction du questionnaire. La question sur le code postal de résidence des jeunes médecins a été oubliée. Nous n'avons donc pas pu faire d'analyses statistiques sur la commune de résidence et l'activité actuelle et souhaitée.

En ce qui concerne les questions sur les différentes activités libérales qu'elles soient exclusives ou mixtes, une modification peu judicieuse de dernière minute a annulé la possibilité de choix multiple pour cette question. Un certain nombre de médecins souhaitant exercer plusieurs activités libérales différentes de la médecine générale (par exemple : médecine du sport et ostéopathie) n'ont pu donc choisir qu'une seule réponse, ce qui a constitué un biais de réponse.

Enfin il y a probablement eu une erreur, lors de la chronologie du questionnaire au moment du remplissage de ce dernier par certains répondants. En effet, dix personnes ayant répondu exercer une activité stricte de médecine générale ont eu accès aux questions réservées aux médecins exerçant une activité totalement différente de la médecine générale.

5.2.3 Limites

Le but de notre travail est de connaître les déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Mais il reste une ébauche d'un projet s'inscrivant sur le long terme. En effet nous avons créé une cohorte qui doit bénéficier d'un suivi dans le temps, ce que nous ne pouvons réaliser à notre échelle. Afin de connaître l'évolution réelle de la carrière des médecins généralistes hauts-normands, et ainsi pouvoir apporter de vraies réponses au problème de la démographie médicale, un suivi prospectif de notre échantillon, ainsi que l'intégration de nouvelles promotions doit être entrepris. De plus, les promotions ECN 2013, 2014 et 2015 compte 30 à 40 internes de plus que celle de 2012. Les suivis à venir devraient être plus puissants statistiquement.

5.2.4 Déclaration CNIL

Notre questionnaire a été diffusé au moyen d'un formulaire Google Form. Les données recueillies ont été stockées sur le serveur Google drive. Cette thèse s'appuyant sur des thèses régionales pré existantes et en cours de recueil, les données de ces régions étaient également mises en commun sur le serveur Google Drive. Tous ces travaux avaient fait l'objet d'une déclaration au Comité National informatique et liberté (CNIL). Lors de notre propre déclaration, le Correspondant Informatique et Liberté de l'Université de Rouen nous a fait part de l'invalidation du protocole autorisant jusque là le stockage des données sur des serveurs internationaux. Cette invalidation a eu lieu le 6 octobre 2015 (50). Nous n'avons donc pas pu inscrire notre travail au registre de l'université. Les données devront être stockées sur des serveurs sécurisés afin d'être en conformité avec la loi informatique et liberté.

Il a également été souligné lors de cette déclaration, que la question sur la date complète de naissance des répondants (jj/mm/aaaa) était trop précise et permettait de « retrouver » l'identité du répondant trop facilement. Cette question devrait être modifiée et ne demander que l'année de naissance. Elle sera plus adaptée à l'anonymisation des résultats.

6 Nos propositions

Notre échantillon est de petite taille et ne permet pas de comparer notre population haut-normande à la population générale. De plus, nous ne pouvons pas prendre pour « argent comptant » les déclarations des médecins généralistes sur leur activité future. C'est pour cela qu'un suivi prospectif de la population est nécessaire à plus long terme. Mais grâce à nos résultats, qui implémentent les résultats des autres régions et leur sont comparables, nous pouvons réaliser des propositions afin de promouvoir la médecine générale et favoriser l'exercice de premier recours.

Concernant la mention au baccalauréat, la profession des parents, le statut foncier, et les zones d'habitation aucune intervention n'est possible sur ces déterminants.

Concernant la réalisation du SASPAS, ce stage favorise l'exercice en médecine générale. Il nous semble très important de le généraliser massivement, afin que tous les internes de médecine générale puissent y avoir accès. Le recrutement des maîtres de stage est nécessaire afin d'en faciliter l'accès à tous.

Concernant le DESC. Le suivi de ce type de diplôme, oriente vers une pratique différente de celle de la médecine générale, et beaucoup pensent que filiariser les DESC serait une solution supplémentaire (34). Nous pensons que le DESC de type 2, comme la gériatrie, devrait devenir un DES. Car au moment de l'inscription à l'Ordre, le médecin doit faire le choix de sa déclaration et ne peut plus revenir en arrière. Pour ce qui est du DESC d'urgences et des autres DESC de type 1, notre étude a montré que 70% des répondants réalisant un DESC et exerçant initialement une activité différente de celle de la médecine générale, souhaitent revenir à une activité mixte dans l'avenir, et donc exercer de nouveau de la médecine générale. Il serait regrettable de se priver de ces médecins qui souhaitent exercer une activité de soins de premier recours au moins partiellement. De plus, certains internes ayant choisi la médecine générale par défaut aux ECN et ayant donc pour objectif de réaliser un DESC, changent parfois d'avis après leur stage en médecine générale (51). Au moment de la réalisation de notre travail, est paru un arrêté en novembre 2015, fixant la filiarisation du DESC d'urgence et de gériatrie à la rentrée 2017 (52). Il semble donc judicieux de promouvoir l'activité de médecine générale par des stages précoces et diversifiés en ambulatoire, afin d'orienter un maximum d'internes vers la filière de médecine générale, qui sera exclusive à partir de l'année universitaire 2017-2018.

Concernant la soutenance de la thèse, elle est plutôt associée à un exercice autre que celui de la médecine générale, mais 30% de l'effectif exerçant la médecine générale est thésé. Nous ne pensons pas que freiner le passage de cette dernière soit bénéfique. Au contraire, former des médecins généralistes à diriger des thèses et continuer de proposer des sujets de recherche de médecine générale pourrait avoir un impact positif sur l'exercice.

Notre travail a montré qu'une volonté d'exercer la médecine générale, au début du cursus médical orientait vers ce type d'exercice. Nous souhaitons donc que les étudiants et les externes soient formés rapidement à la pratique de cette discipline, et

que les pouvoirs publics rendent attractive l'activité en donnant des moyens et du pouvoir aux médecins généralistes installés. La pratique ultérieure des soins de premiers recours en sera augmentée.

Le lieu de réalisation du stage 1^{er} niveau oriente le jeune médecin sur son lieu d'exercice. Notre étude a surtout montré que les jeunes médecins ayant réalisé leur stage en zone urbaine exercent en zone urbaine. Nous pensons que faire découvrir les zones rurales et semi-rurales aux internes peut éveiller des vocations, et que la diversité des lieux d'exercice des MSU serait bénéfique à la démographie médicale. Les jeunes médecins plébiscitent, à l'heure actuelle, l'activité en zone semi-rurale.

Conclusion

Notre travail nous a permis de répondre à l'objectif de recherche principal et ainsi dresser le profil socio-démographique et de formation des jeunes médecins généralistes Hauts-Normands. Il nous a permis de faire un état des lieux sur l'activité des jeunes médecins généralistes à la fin théorique de leur DES, et de se donner une idée sur les objectifs de carrière de cette population. Enfin, il nous a aussi permis de mettre en évidence des facteurs déterminants de l'exercice des jeunes médecins généralistes.

Grâce à cela, nous avons pu réaliser des propositions pour promouvoir la formation des internes et ainsi avoir un impact positif sur la démographie médicale. Afin de continuer à améliorer la formation des jeunes médecins généralistes, nous souhaitons la généralisation du stage en autonomie (SASPAS), et cette généralisation passe par un recrutement des MSU. Nous souhaitons la création d'un DES de gériatrie, ce qui sera effectif prochainement et qui d'évitera une fuite des internes vers une spécialisation qui les éloignera de la médecine de premiers recours. Nous souhaitons le recrutement de directeurs de thèse de médecine générale ainsi que le développement de sujets de recherche de médecine générale afin de faciliter aux internes l'accès au travail de thèse. Nous souhaitons la mise en place de stages en ambulatoire très tôt dans le cursus des études médicales afin que le stage praticien de premier niveau ne soit plus un « stage de découverte » de la médecine générale. Nous souhaitons un maintien de la diversité des terrains de stage en ambulatoire afin d'attirer les jeunes médecins vers les zones déficitaires. Nous souhaitons l'arrêt des mesures coercitives et la diffusion maximale des mesures incitatives afin qu'elles soient connues du plus grand nombre.

La démographie médicale française est encore en difficultés. Il est évident que l'étude des tendances démographiques futures est importante pour prendre des décisions mais c'est en s'intéressant aux nouvelles générations de médecins généralistes, qui sont les principaux acteurs du système de soins, que des solutions efficaces pourront être trouvées. En effet augmenter des numéros clausus, sans améliorer les formations des internes ni prendre en compte les objectifs de carrière

de ceux qui dispensent les soins de premier recours, ne pourra pas améliorer efficacement les problèmes rencontrés en terme de démographie médicale.

Le suivi prospectif de notre cohorte ainsi que l'inclusion des promotions suivant la notre confirmera les déterminants que nous avons trouvé et permettra d'objectiver les évolutions de carrière de nos jeunes médecins généralistes.

Annexes

Le questionnaire

Partie identifications coordonnées

1) Merci d'indiquer les 3 premières lettres de votre nom puis les 3 premières lettres de votre prénom*

2) Quelle est votre date de naissance (jj/mm/aaaa) ?*

3) Vous êtes ?*

Un homme

Une femme

4) Quelle est votre nationalité ?*

Française

Autre :

Pour assurer le bon fonctionnement de la cohorte, il est important que nous puissions garder le contact avec vous au cours des 5 années à venir.

Nous garantissons que ces informations ne seront pas utilisées lors du traitement des réponses au questionnaire. (Le fichier des participants à l'étude fera l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).)

Pouvez-vous nous préciser :

5) Votre numéro de téléphone portable ?*

6) L'adresse email que vous utilisez le plus souvent ?*

7) Par quel(s) moyen(s) préférez-vous être contacté(e) pour répondre aux enquêtes suivantes ?*

Téléphone

Email

Autre :

8) Etes-vous inscrit sur un ou des réseaux sociaux?*

Cochez la ou les réponses

Facebook, Twitter, LinkedIn,

Google +, Viadeo, Aucun, Autres

En cas de changement de vos coordonnées, pouvez-vous, s'il vous plaît, nous fournir les coordonnées d'un tiers

(ami, parent) :

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

Merci de nous préciser :

9) Qui est ce tiers par rapport à vous ?

10) Quel est son numéro de téléphone portable ?

11) Quelle est son adresse mail ?

Origines et situation sociale

12) Quelle est (était) la profession de votre père?*

Médecin

Agriculteur, exploitant

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)

Profession intermédiaire

Employé

Ouvrier

Sans activité professionnelle

13) Si votre père est (était) médecin,

Quelle est (était) sa spécialité ?*

Liste déroulante de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales

14) Quelle est (était) la profession de votre mère?*

Médecin

Agriculteur, exploitant

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)

Profession intermédiaire

Employé

- Ouvrier
 Sans activité professionnelle
- 15) Si votre mère est (était) médecin,
 Quelle est (était) sa spécialité ?*
- Liste déroulante de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales
- 16) Etes-vous en couple actuellement ?*
- Oui
 Non
- 17) Si oui, êtes-vous ?*
- Marié(e)
 Pacsé(e)
 Ni l'un ni l'autre
- 18) Quelle est la profession de votre conjoint ?*
- Médecin
 Interne
 Etudiant en médecine
 Etudiant (hors médecine)
 Agriculteur, exploitant
 Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)
 Profession intermédiaire
 Employé
 Ouvrier
 Sans activité professionnelle
- 19) Si votre conjoint est médecin ou interne, Quelle est sa spécialité ?*
- Liste déroulante de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales

Enfants

- 20) Avez-vous des enfants à charge ?*
- Oui
 Non
- Vous avez des enfants à charge
- 21) Combien avez-vous d'enfants à charge ?*
- 1
 2
 3
 4
 5 et plus
- 22) Quel âge ont-ils ? (plusieurs réponses possibles)*

- De 0 à 3 ans
 De 3 à 6 ans
 De 6 à 11 ans
 De 11 à 15 ans
 De 15 à 18 ans
 Plus de 18 ans

Habitation

- 23) Où habitez-vous ?*
- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
 En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
 En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)
- 24) Habitez-vous ?*
- Seul
 Chez vos parents
 Avec votre conjoint et/ou vos enfants
 En colocation
- 25) Concernant votre logement, êtes-vous ?*
- Propriétaire
 Locataire
 Hébergé(e) à titre gratuit
- 26) Dans votre enfance et adolescence, où avez-vous vécu la plus grande partie du temps ?*
- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
 En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
 En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

Partie parcours d'enseignement

- 27) En quelle année avez-vous obtenu votre baccalauréat ?
- Liste : de "avant 1995" à "2007"*
- 28) Concernant votre baccalauréat, quelle série avez-vous passée ?*

- S
ES
L
Autre :
- 29) Concernant votre baccalauréat, quelle mention avez-vous obtenu ?*
- Aucune
Assez bien
Bien
Très bien
- 30) Avez-vous entrepris d'autres études supérieures avant de débiter vos études de médecine ?*
- Oui
Non
- 31) Si oui, lesquelles ?*
- Texte libre :
- 32) Jusqu'où êtes-vous allé(e) dans ce(s) cursus avant de débiter médecine ?*
- Licence = 3 ans
Master = 5 ans
Doctorat = 8 ans
Autre :
- 33) Avez-vous voulu faire des études de médecine pour devenir médecin généraliste ?*
- Oui tout à fait
Plutôt oui
Plutôt non
Non pas du tout
- 34) En quelle année êtes-vous entré(e) en première année du premier cycle des études médicales (PCEM 1) ?*
- Liste : de "avant 1995" à "2007"
- 35) Combien de fois avez-vous passé le concours d'entrée en médecine PCEM1 ?*
- 1 fois
2 fois
3 fois
- 36) Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre PCEM1 ?*
- Liste déroulante de l'ensemble des facultés de médecine de France
- 37) Dans quelle faculté avez-vous réalisé la majorité de votre deuxième cycle des études médicales (DCEM) ?*
- Liste déroulante de l'ensemble des facultés de médecine de France
- 38) Avez-vous eu des médecins généralistes comme enseignants dans les cours théoriques en DCEM ?*
- Oui
Non

- 39) Avez-vous fait un stage de médecine générale pendant votre DCEM ?*
- Oui, un stage court (moins de 3 mois)
Oui, un stage long (3 mois)
Non
- 40) Combien de fois avez-vous passé les ECN (Epreuves Classantes Nationales) ?*
- 1 fois
2 fois
- 41) Quel était, par ordre de préférence, le 1er choix de spécialité que vous visiez aux ECN ?*
- Liste déroulante de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales
- 42) Quel était votre 2ème choix ?
- Je n'avais pas d'autre choix
Liste déroulante de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales
- 43) Quel était votre 3ème choix ?
- Je n'avais pas d'autre choix
Liste déroulante de l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales
- 44) Combien de semestres avez-vous validé actuellement ?*
- J'ai validé mes 6 semestres
J'ai validé 5 semestres
J'ai validé 4 semestres
J'ai validé 3 semestres
J'ai validé 2 semestres
- 45) Pourquoi avez-vous effectué votre internat en Haute Normandie ? (plusieurs réponses possibles)*
- C'est votre région d'origine
Pour y suivre votre conjoint
Vous y avez de la famille ou des amis
Vous aviez envie de découvrir la région
Par défaut (classement insuffisant aux ECN)
Pour y faire de la recherche
Pour la qualité de la formation
Vous y avez un projet d'installation
Vous êtes propriétaire en Haute-Normandie
Autre :

Stage chez le praticien

46) Lors de quel semestre avez-vous effectué votre stage chez le praticien niveau 1 ?*

3^{ème} semestre

4^{ème} semestre

5^{ème} semestre

6^{ème} semestre

47) Où avez-vous effectué votre stage chez le praticien niveau 1 ? (plusieurs réponses possibles)*

En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)

En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)

En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

48) Pouvez-vous indiquer le code postal de(s) la commune(s) dans la(les)quelle(s) vous avez effectué votre stage chez le praticien niveau 1.

Merci d'indiquer les différents codes postaux si vous avez été en stage dans plusieurs cabinets.

a. Code postal du 1er cabinet de stage praticien niveau 1

b. Code postal de l'éventuel 2ème cabinet de stage praticien niveau 1

c. Code postal de l'éventuel 3ème cabinet de stage praticien niveau 1

SASPAS = Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

49) Avez-vous effectué votre SASPAS ?*

Oui

Non

Stage en cours

Vous effectuez ou avez effectué un SASPAS

50) Lors de quel semestre avez-vous effectué, ou effectuez-vous, votre SASPAS ?*

5^{ème} semestre

6^{ème} semestre

51) Votre SASPAS a-t'il été réalisé ?*

Complètement en médecine générale

Partiellement (un praticien avait une autre activité)

52) Où se situent les cabinets de votre SASPAS ? (plusieurs réponses possibles)*

En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)

En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)

En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

53) Pouvez-vous indiquer le code postal du(des) cabinet(s) de votre SASPAS.

Merci d'indiquer les différents codes postaux si vous avez été en stage dans plusieurs cabinets.

a. Code postal du 1er cabinet de stage SASPAS ?

b. Code postal de l'éventuel 2ème cabinet de stage SASPAS ?

c. Code postal de l'éventuel 3ème cabinet de stage SASPAS ?

54) Êtes-vous retourné(e) dans le(s) même(s) cabinet(s) que lors de votre stage chez le praticien niveau 1 ?*

Oui

Non

DESC

55) Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement une formation complémentaire type DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) ?*

Oui

Non

56) Si oui, précisez quel DESC :*

Andrologie - type I

Cancérologie - type I

Hemo-transfusion - type I

Maladies Infectieuses - type I

Médecine du sport - type I

Médecine d'urgences - type I

Médecine vasculaire - type I

Nutrition - type I

Pharmacologie - type I

Douleur et soins palliatifs - type I

Gériatrie - type II

57) Durant votre internat, avez-vous effectué des remplacements en médecine générale ?*

Oui

Non

58) Si oui, où avez-vous effectué ces remplacements ? (plusieurs réponses possibles)*

En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)

En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)

En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

59) Si oui, quelle quantité de remplacements avez-vous effectué durant votre internat ?*

Moins de 5 semaines

De 5 à 10 semaines

Plus de 10 semaines

60) Avez-vous soutenu votre thèse ?*

Oui

Non

61) Si oui, date précise de soutenance : (JJ/MM/AAAA)

62) Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs aides financières au cours de vos études ? (plusieurs réponses possibles)*

Oui, bourse étudiante CROUS

Oui, allocation mensuelle de 1200 euros en contrepartie d'un contrat d'engagement de service public (CESP)

Oui, bourse aux étudiants de 3ème cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire par le Conseil Régional de Haute Normandie

Non

Autre :

63) Avez-vous adhéré à un syndicat durant votre internat ?*

Oui

Non

64) Si oui, à quel syndicat avez-vous adhéré ? (plusieurs réponses possibles)

SIREHN-IMG/ISNAR-IMG (Rouen)

ISNI

Autre:

Partie pratique médicale en cours

Attention, nous définissons la pratique de la médecine générale telle que décrite par la WONCA Europe en 2002, à savoir l'exercice de soins primaires dans une structure de soins ambulatoire (ex : cabinet, centre de santé, maison médicale, etc.)

Pour plus d'informations :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

65) Quelle est votre pratique médicale actuelle ?

Pratique exclusive de la médecine générale (exercice des soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quelque soit le statut)

Pratique exclusive d'une autre activité (ex : médecine hospitalière, médecine du sport, angiologie, PMI, médecine scolaire, urgentiste, acupuncture, médecine humanitaire, etc.)

Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités)

Je suis encore interne

Autre :

VOUS EXERCEZ EXCLUSIVEMENT LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Exercice des soins primaires, en cabinet ou centre de santé (donc extra-hospitalier), en tant que remplaçant ou installé, quelque soit le statut.

66) Sous quel(s) statut(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Remplaçant libéral

Remplaçant salarié

Collaborateur libéral

Collaborateur salarié

Installé

Autre:

67) Dans quel type de structure (plusieurs réponses possibles)

Cabinet médical individuel
 Cabinet médical de groupe
 Maison de santé pluridisciplinaire
 Centre de santé
 Autre :

68) Si vous êtes remplaçant/collaborateur, dans quel(s) département(s) exercez-vous la médecine générale ?
 (plusieurs réponses possibles, à classer par ordre d'importance en mettant en premier le département le plus fréquenté) à classer de 1 à 5

Liste déroulante de l'ensemble des départements français incluant les DOM

69) Si vous êtes installé(e), quel est le code postal de la commune dans laquelle vous exercez la médecine générale ?

70) Dans quel(s) type(s) de commune(s) exercez-vous la médecine générale ?
 (plusieurs réponses possibles)*

En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
 En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
 En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

Vous êtes installé(e) en cabinet ou maison de santé
 Si oui, merci de répondre à ces questions
 Si non passez directement à la page suivante

71) Avez-vous bénéficié d'aide(s) à l'installation?
 Oui
 Non

72) Si oui, la(les)quelle(s)?(plusieurs réponses possibles)

Contrat de praticien territorial de médecine générale
 Aide des collectivités territoriales
 Aide de l'assurance maladie
 Aide des services fiscaux
 Autre:

73) Si oui, vous seriez-vous tout de même installé(e) si vous n'en aviez pas bénéficié ?

Oui
 Non

VOUS NE PRATIQUEZ PAS LA MEDECINE GENERALE
 Par exemple : médecine hospitalière, médecine du sport, angiologie, PMI, médecine scolaire, urgentiste, acupuncture, médecine humanitaire, etc.

74) Sous quel statut l'(les) exercez-vous ?(plusieurs réponses possibles)*

Salarié
 Libéral - MEP (médecine à exercice particulier)
 Bénévole
 Autre :

75) Quelle(s) est(sont) votre(vos) éventuelle(s) activité(s) salariée(s) ?
 (plusieurs réponses possibles)

Poste hospitalier
 Poste en PMI
 Poste en SSR ou en EHPAD
 Poste en médecine scolaire
 Poste dans une ONG
 Poste dans une clinique
 Poste de chef de clinique (CCU-MG)
 Poste de chargé ou attaché d'enseignement
 Autre (préciser) :

76) Quelle(s) est(sont) votre(vos) éventuelle(s) activité(s) libérale(s) ou MEP ? (plusieurs réponses possibles)

Liste déroulante de l'ensemble des activités libérales ou MEP
 Acupuncture
 Addictologie
 Allergologie
 Andrologie
 Angiologie
 Auriculothérapie
 Echographie
 Homéopathie
 Hypnose
 Médecine agréée
 Médecine aérospatiale
 Médecine de la douleur et médecine palliative
 Médecine du sport
 Médecine d'urgence (ex: SOS médecin)
 Médecine esthétique
 Médecine légale et expertises

médicales
Médecine physique
Médecine thermale
Mésothérapie
Nutrition
Ostéopathie
Pathologie infectieuse et tropicale
Phytothérapie
Phoniatry
Sexologie
Psychothérapie / TCC
Autre :

**VOUS AVEZ UNE ACTIVITÉ MIXTE :
MÉDECINE GÉNÉRALE ET AUTRE(S)
ACTIVITÉ(S)**

Concernant votre pratique de la médecine générale :

77) Sous quel(s) statut(s) l'exercez-vous?
(plusieurs réponses possibles)*

Remplaçant libéral
Remplaçant salarié
Collaborateur libéral
Collaborateur salarié
Installé
Autre:

78) Dans quel type de structure (plusieurs réponses possibles)*

Cabinet médical individuel
Cabinet médical de groupe
Maison de santé pluridisciplinaire
Centre de santé
Autre :

79) Si vous êtes remplaçant/collaborateur, dans quel(s) département(s) exercez-vous la médecine générale ? *

(plusieurs réponses possibles, à classer par ordre d'importance en mettant en premier le département le plus fréquenté)

Liste déroulante de l'ensemble des départements français incluant les DOM

80) Si vous êtes installé(e), quel est le code postal de la commune dans laquelle vous exercez la médecine générale ?

81) Dans quel(s) type(s) de commune(s) exercez-vous la médecine générale ?

(plusieurs réponses possibles)*

En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300

habitants/km² et 5 000 habitants)
En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)

En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

Concernant votre(vos) autre(s) activité(s) ?

82) Sous quel statut l'(les) exercez-vous ?
(plusieurs réponses possibles)*

Salarié
Libéral - MEP (médecine à exercice particulier)
Bénévole
Autre :

83) Quelle(s) est(sont) votre(vos) éventuelle(s) activité(s)

salariée(s) ?(plusieurs réponses possibles)

Poste hospitalier
Poste en PMI (Protection Maternelle et Infantile)
Poste en clinique (SSR) ou en EHPAD
Poste en médecine scolaire
Poste dans une ONG
Poste dans une clinique
Poste de chef de clinique (CCU-MG)
Poste de chargé ou attaché d'enseignement
Autre (préciser) :

84) Quelle(s) est(sont) votre(vos) éventuelle(s) activité(s) libérale(s) ou MEP ? (plusieurs réponses possibles)

Liste déroulante de l'ensemble des activités libérales ou MEP

Vous êtes installé(e) en cabinet ou maison de santé

85) Avez-vous bénéficié d'aide(s) à l'installation?

Oui
Non

86) Si oui, la(les)quelle(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Contrat de praticien territorial de médecine générale
Aide des collectivités territoriales
Aide de l'assurance maladie
Aide des services fiscaux
Autre:

87) Si oui, vous seriez-vous tout de même installé(e) si vous n'en aviez pas bénéficié ?

Oui
Non

Syndicalisation actuelle

88) Êtes-vous adhérent(e) à un syndicat ?*

Oui
Non

89) Si oui, à quel(s) syndicat(s) adhérez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

SIREHN, branche Haut Normande de l'ISNAR-IMG
REGJIHN
URBAN
URPS-HN
MG France
SML
UNOF-CSMF
SMG
Union Généraliste (branche de la FMF)
Autre :

Partie pratique médicale envisagée dans le futur

90) In fine, quel type d'activité professionnelle envisagez-vous d'exercer ?*

Pratique exclusive de la médecine générale (exercice des soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quelque soit le statut)
Pratique exclusive d'une autre activité (ex : médecine hospitalière, médecine du sport, angiologie, PMI, médecine scolaire, urgentiste, acupuncture, médecine humanitaire, etc.)
Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités)
Ne sais pas encore
Autre :

VOUS ENVISAGEZ D'EXERCER EXCLUSIVEMENT LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Exercice des soins primaires, en cabinet ou centre de santé (donc extra-hospitalier), en tant que remplaçant ou installé, quelque soit le statut.

91) Sous quel statut envisagez-vous d'exercer la médecine générale ? (plusieurs réponses possibles)*

Remplaçant libéral
Remplaçant salarié
Collaborateur libéral
Collaborateur salarié
Installé
Autre:

92) Dans quel type de structure (plusieurs réponses possibles)*

Cabinet médical individuel
Cabinet médical de groupe
Maison de santé pluridisciplinaire
Centre de santé
Autre :

93) Où souhaitez-vous exercer la médecine générale ?*

Dans la région de votre internat
Dans la région de votre externat (si elle est différente de celle de votre internat)
Dans votre région de naissance (si elle est différente de celle de vos études de médecine)
Dans la région où s'ouvrira la meilleure opportunité
Dans la région d'exercice de votre conjoint(e)
Je ne sais pas encore

94) Dans quel département envisagez-vous d'exercer la médecine générale ?

Je ne sais pas encore
Liste déroulante de l'ensemble des départements français incluant les DOM

94b) Eventuel 2^{ème} choix

94c) Eventuel 3^{ème} choix

95) Dans quel(s) type(s) de commune envisagez-vous d'exercer la médecine générale?(plusieurs réponses possibles)*

En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

96) Eventuellement, pourriez-vous déjà donner le code postal de la commune dans laquelle vous souhaitez exercer ?

97) Envisagez-vous de devenir MSU (Maître de Stage des Universités) ?*

Oui
Non

VOUS ENVISAGEZ DE NE PAS PRATIQUER LA MEDECINE GENERALE

Par exemple : médecine hospitalière, médecine du sport, angiologie, PMI, médecine scolaire, urgentiste, acupuncture, médecine humanitaire, etc.

98) Sous quel statut envisagez-vous de l'(les) exercer?*

(plusieurs réponses possibles)

Salarié
Libéral - MEP (médecine à exercice particulier)
Bénévole
Autre :

99) Si vous envisagez une(des) activité(s) salariée(s), la(es)quelle(s) serai(en)t-elle(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Poste hospitalier
Poste en PMI (Protection Maternelle et Infantile)
Poste en SSR ou en EHPAD
Poste en médecine scolaire
Poste dans une ONG
Poste dans une clinique
Poste de chef de clinique (CCU-MG)
Poste de chargé ou attaché d'enseignement
Autre :

100) Si vous envisagez une(des) activité(s) libérale(s) ou MEP, la(es)quelle(s) serai(en)t-elle(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Liste déroulante de l'ensemble des activités libérales ou MEP

VOUS ENVISAGEZ D'AVOIR UNE ACTIVITÉ MIXTE : MÉDECINE GÉNÉRALE ET AUTRE(S) ACTIVITÉ(S)

Concernant la médecine générale

101) Sous quel statut envisagez-vous d'exercer la médecine générale ?(plusieurs réponses possibles)*

Remplaçant libéral
Remplaçant salarié
Collaborateur libéral
Collaborateur salarié
Installé
Autre:

102) Dans quel type de structure (plusieurs réponses possibles)*

Cabinet médical individuel
Cabinet médical de groupe
Maison de santé pluridisciplinaire
Centre de santé
Autre :

103) Où souhaitez-vous exercer la médecine générale ?*

Dans la région de votre internat
Dans la région de votre externat (si elle est différente de celle de votre internat)
Dans votre région de naissance (si elle est différente de celle de vos études de médecine)
Dans la région où s'offrira la meilleure opportunité
Dans la région d'exercice de votre conjoint(e)

104) Dans quel département envisagez-vous d'exercer la médecine générale ?

Je ne sais pas encore
Liste déroulante de l'ensemble des départements français incluant les DOM

104b) Eventuel 2^{ème} choix

104c) Eventuel 3^{ème} choix

105) Dans quel type de commune envisagez-vous d'exercer la médecine générale?*

En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

106) Eventuellement, pourriez-vous déjà donner le code postal de la commune dans laquelle vous souhaitez exercer ?

107) Envisagez-vous de devenir MSU (Maître de Stage des Universités) ?*

- Oui
- Non

Concernant l(es) autre(s) activité(s)
108) Sous quel statut envisagez-vous de l'(les) exercer? (plusieurs réponses possibles)*

- Salarié
- Libéral - MEP (médecine à exercice particulier)
- Bénévole
- Autre :

109) Si vous envisagez une(des) activité(s) salariée(s), la(es)quelle(s) serai(en)t-elle(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Poste hospitalier
- Poste en PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- Poste en SSR ou en EHPAD
- Poste en médecine scolaire
- Poste dans une ONG
- Poste dans une clinique
- Poste de chef de clinique (CCU-MG)
- Poste de chargé ou attaché d'enseignement
- Autre :

110) Si vous envisagez une(des) activité(s) libérale(s) ou MEP, la(es)quelle(s) serai(en)t-elle(s) ? (plusieurs réponses possibles)

Liste déroulante de l'ensemble des activités libérales ou MEP

PRESQUE TERMINE !!!

Il ne vous reste plus qu'à répondre à une dernière question.

Et surtout n'oubliez pas de cliquer sur le bouton « Envoyer » ci-dessous, sinon vos réponses ne seront pas enregistrées.

111) Combien de temps avez-vous mis pour remplir ce questionnaire ?* (en minutes)

112) Souhaitez-vous être destinataire des emails d'informations sur les résultats de l'étude ?*

Vous pourrez toujours être désinscrit sur simple demande

- Oui
- Non

Nous vous remercions vivement pour votre participation à ce suivi de cohorte et ne manquerons pas de vous tenir informé(e)s de ces résultats

Le courrier d'inclusion

Chers collègues,

Je suis remplaçante en médecine générale, et je réalise ma thèse sur la création d'une cohorte de jeunes médecins généralistes Haut-Normands ayant débuté leur Diplôme d'Etudes Spécialisées en novembre 2012.

L'objectif de ce travail est de connaître les facteurs influençant les parcours professionnels des médecins généralistes.

Ce suivi de cohorte en Haute Normandie viendra grossir les données déjà récoltées dans d'autres régions (Champagne-Ardenne, Provence-Alpes-côte-D'Azur, Ile-de-France, Auvergne) et permettra aux organisateurs du système de soins de proposer des solutions visant à favoriser l'exercice de la médecine générale.

Pourquoi m'accorder 15min environ pour répondre à ce questionnaire et ainsi participer à cette cohorte ?

- Parce que, déjà, vous rendez possible ce travail de thèse ! Et l'impact positif qu'il pourra avoir sur la profession et la répartition de l'offre de soins aux médecins Haut-Normands.
- Vous recevrez les résultats de l'étude en avant-première.

Pour accéder au questionnaire cliquez [ici](#).

Sachez enfin que les données de cette cohorte seront anonymisées.

Je vous remercie par avance pour votre participation et vous invite à répondre à ce questionnaire avant le 15 janvier 2016.

Elodie Faget
Pr Jean-Loup Hermil
Dr Matthieu Schuers

Le poster (présenté au Congrès National de Médecine Générale 2016)

Devenir des médecins généralistes à la fin du DES Premiers pas d'une cohorte en Haute-Normandie

Faget E, Hazard E, Schuers M, Hermil JL
Département universitaire de médecine générale
Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen

Contexte

Les effectifs de médecins généralistes baissent constamment et les diplômés de médecine générale n'exercent pas tous de médecine de premier recours.

Méthode

Création d'une **cohorte prospective**.
Inclusion des **jeunes médecins généralistes** ayant commencé leur internat en novembre 2012 à la faculté de médecine de Rouen.
70 personnes incluses dans la cohorte.
Envoi d'un questionnaire électronique.
Données recueillies entre le 16 novembre 2015 et le 15 janvier 2016.

Résultats

Obtention de **60 questionnaires remplis**, soit un **taux de réponses de 85,7%**.

- Population âgée de **28,48 ans** en moyenne, **féminine** à 67%, de **nationalité française** à 92%, de **parents essentiellement cadres** ou exerçant une profession intellectuelle supérieure.
- Seuls 20% des répondants ont eu un médecin généraliste comme enseignant en DCEM et seuls 35% ont fait un stage de médecine générale en DCEM.
La **médecine générale était leur premier choix aux ECN** à 60%.
85% ont réalisé un **SASPAS**.
Ils sont 17% à réaliser un **DESC**.
63,3% ont remplacé pendant leur internat sur une courte période (moins de 5 semaines pour 82%).
Ils sont 37% à avoir déjà soutenu leur thèse.
- Les répondants exerçant une activité de médecine générale stricte sont tous **remplaçants** (libéral ou salarié), sauf un seul médecin installé.
Ils exercent majoritairement dans un **cabinet médical de groupe**, en **zone urbaine** ou **semi-rurale**, dans le département de la **Seine Maritime** en priorité.

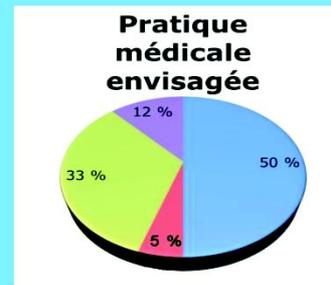


- Pratique exclusive de la médecine générale (n=40)
- Pratique exclusive d'une autre activité (activité hospitalière médecine d'urgences ou gériatrie) (n=7)
- Activité mixte (n=4)
- Interne (n=9)

Facteurs de variations statistiquement liés au type d'exercice des jeunes médecins généralistes:

		Pratique exclusive de la médecine générale (n=40)	Pratique exclusive d'une autre activité (n=7)	Activité Mixte (n=4)	P
Réalisation d'un SASPAS	Oui	84,8% (n=39)	6,5% (n=3)	8,7% (n=4)	0,0013
	Non	20% (n=1)	80% (n=4)	0% (n=0)	
Réalisation d'un DESC	Oui	0% (n=0)	77,8% (n=7)	22,2% (n=2)	1,972E-9
	Non	95,2% (n=40)	0% (n=0)	4,8% (n=2)	
Soutenance précoce de la thèse	Oui	59,1% (n=13)	27,3% (n=6)	13,6% (n=3)	0,007
	Non	93,1% (n=27)	3,4% (n=1)	3,4% (n=1)	

4



- Pratique exclusive de la médecine générale (n=30)
- Pratique exclusive d'une autre activité (activité hospitalière médecine d'urgences ou gériatrie) (n=3)
- Activité mixte (n=20)
- Ne sait pas encore (n=7)

Facteurs de variations statistiquement liés au lieu d'exercice des jeunes médecins généralistes:

		Activité en zone Rurale/semi rurale (n=13)	Activité en zone urbaine (n=31)	p
Zone d'habitation actuelle	Urbaine	12,9% (n=4)	87,1% (n=27)	0,00029
	Semi-rurale	50% (n=3)	50% (n=3)	
	Rurale	85,7% (n=6)	14,3% (n=1)	
Statut foncier	Propriétaire	50% (n=8)	50% (n=8)	0,0075
	Locataire	12% (n=3)	88% (n=22)	
	Hébergé à titre gratuit	66,7% (n=2)	33,3% (n=1)	
Lieu de réalisation du stage praticien	Urbaine	17,9% (n=5)	82,1% (n=23)	0,039
	Semi-rural/ Rural	50% (n=8)	50% (n=8)	

Conclusion

Cette étude a révélé qu'**un seul médecin**, sur 60 répondants, s'était **installé précocement**.
La cohorte a permis de faire émerger les parcours personnels, pédagogiques et professionnels actuels et envisagés de ces jeunes médecins.
Des facteurs de variations associés à la pratique de la médecine générale ont été mis en évidence, en particulier la **réalisation d'un SASPAS**.
Le suivi ultérieur de la cohorte, et l'inclusion d'autres promotions permettra de faire émerger, plus en détail, le devenir des jeunes médecins généralistes de Haute-Normandie.

Abréviations

ARS : Agence régionale de Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National

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

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MSU : Maître de Stage des Universités

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PCEM1 : Premier cycle des études médicales 1^{ère} année

PSAP: Physician Shortage Area Program

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

REGJHN : Remplaçants Généralistes et Jeunes Installés en Haute-Normandie

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SIREHN-IMG : Syndicat Indépendant REgional Haut-Normand des Internes de Médecine Générale

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Bibliographie

1. WONCA. La définition européenne de la médecine générale-Médecine de Famille 2002. Disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879 juill 21, 2009.
3. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2015. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
4. Ambroise-Thomas P. 09-02 La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national | Académie nationale de médecine. Disponible sur:
<http://www.academie-medecine.fr/publication100035964/>
5. Magali Robelet, Nathalie Lapeyre, Emmanuelle Zolesio. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins Genre, carrière et gestion des temps sociaux Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. 2006. Disponible sur:
<http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/feminisationsociologie.pdf>
6. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale 2014 | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472>
7. Philippe J. Insee - Territoire - La France en 1 916 bassins de vie. 2007. Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=2218
8. La démographie médicale en région Haute-Normandie, Situation en 2013/ Conseil national de l'ordre des médecins. 2013. Disponible sur:
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/haute-normandie_2013.pdf
9. Le Breton-Lerouillois. Atlas de la démographie médicale française 2013 | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medecale-francaise-2013-1327>
10. Freche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste JY, Nabbe P, Barais M, Le Floch B. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ?. Exercer. 2011. Disponible sur:
<http://www.exercer.fr>

11. Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.
12. Le contrat d'engagement de service public (CESP) - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp.html>
13. Cartographie interactive de la démographie médicale. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/>
14. Dautremay C. Lancement d'un observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2013.
15. Loron A. Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne: devenir après deux années de suivi [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014.
16. Groboz-Lecoq D. Etude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisées. Nice, France: Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
17. Mintandjian A. Etude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Ile-de-France -Etude de cohorte-. 2015. Disponible sur: <https://drive.google.com/drive/folders/0B51pXDezCI5BbE1rdUUwTlhYeJg>
18. Elise C. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes formés en Auvergne. Etude de cohorte sur la promotion d'internes ECN 2011. 2015. Disponible sur: <https://drive.google.com/drive/folders/0B51pXDezCI5BVFZKUi1YaHNsa2s>
19. Lambert TW, Evans J, Goldacre MJ. Recruitment of UK-trained doctors into general practice: findings from national cohort studies. *Br J Gen Pract.* mai 2002;52(478):364-72.
20. Crossley TF, Hurley J, Jeon S-H. Physician labour supply in Canada: a cohort analysis. *Health Econ.* avr 2009;18(4):437-56.
21. Joyce CM, McNeil JJ. Participation in the workforce by Australian medical graduates. *Med Educ.* avr 2006;40(4):333-9.
22. Joyce CM, McNeil JJ. Fewer medical graduates are choosing general practice: a comparison of four cohorts, 1980-1995. *Med J Aust.* 17 juill 2006;185(2):102-4.
23. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.

24. Dachy M. Étude comparative en Haute Normandie des conditions d'exercice des Médecins généralistes installés et collaborateurs de moins de 5 ans et des remplaçants. France; 2015.
25. Dr Revillion M. Ils se sont installés en Haute-Normandie depuis 5 ans - 2014-06-Rapport-enquete-installation.pdf. 2014. Disponible sur: <http://urps-medecins-hn.org/images/stories/publications/2014-06-Rapport-enquete-installation.pdf>
26. REGJIHN - Syndicat des Médecins Remplaçants et Jeunes Installés en Haute-Normandie : Détail actualités. Démographie médicale, l'heure n'est plus au catastrophisme (communiqué de presse). 2015. Disponible sur: <http://www.regjihn.com/news/87/53/Demographie-medicale-l-heure-n-est-plus-au-catastrophisme>
27. La démographie médicale à l'horizon 2030 (DREES). Sante-Medecine. Disponible sur: <http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/550-la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-drees>
28. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste ... ou pas ? -. 2011. Disponible sur: <zotero://attachment/38/>
29. Arrêté du 25 juillet 2012 fixant par rang de classement la liste des étudiants et des internes de médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales, organisées au titre de l'année universitaire 2012-2013.
30. Kerlir Lebouc G. Devenir socio-professionnel en 2011 des internes entrés en TCEM de médecine générale à la Faculté de médecine d'Angers de 2001 à 2004. Développement d'un outil informatique de recensement périodique [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2011.
31. Guillot L. Démographie médicale en Limousin: profil et devenir des jeunes médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2008.
32. Badarelle Y. Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen (1992-2002) [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2007.
33. Aroulandom-Vanzo M. Le projet professionnel des étudiants en troisième cycle de médecine générale à la Faculté de médecine Paris-sud [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France]: Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2007.
34. Ledru V. Devenir professionnel des résidents et internes de médecine générale formés à Rouen (1999-2008). 2014.
35. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2010. Disponible sur: <zotero://attachment/91/>
36. Poppelier A. Exercice de la médecine générale: approche inter-générationnelle des souhaits des médecins généralistes du Poitou-Charentes

- [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers. UFR de médecine et de pharmacie; 2010.
37. Lecoustey M. Les propositions de l'AIMGER sur l'installation. AIMGER - internes de médecine générale de Rennes. 2012. Disponible sur: http://www.aimger.com/index.php?option=com_content&view=article&id=200
 38. Priquet M. Les médecins généralistes remplaçants en Bretagne: profils, activités et projets professionnels [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2008.
 39. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine | Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000024038141>
 40. Ambroise-Thomas P. 11-06 La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036335>
 41. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. JAMA. 5 sept 2001;286(9):1041-8.
 42. Braka-Cohen V. Les médecins remplaçants généralistes d'Ile-de-France: profil, cursus étudiant, projet professionnel, prise en charge de leur santé et satisfaction [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
 43. Easterbrook M, Godwin M, Wilson R, Hodgetts G, Brown G, Pong R, et al. Rural background and clinical rural rotations during medical training: effect on practice location. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 20 avr 1999;160(8):1159-63.
 44. Straume K, Søndena MS, Prydz P. Postgraduate training at the ends of the earth - a way to retain physicians? Rural Remote Health. juin 2010;10(2):1356.
 45. Féminisation des professions judiciaires : où est le problème ? 2014. Disponible sur: <http://www.u-bordeaux.fr/Espace-presse/Communiqués-de-presse2/2014/Feminisation-des-professions-judiciaires-ou-est-le-probleme>
 46. La féminisation : une chance à saisir | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-729>
 47. Augros S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes: étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
 48. Steve Jakoubovitch Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)-, Marie-Christine Bournot, Elodie Cercier, François

Tuffreau (ORS Pays de la Loire). Les emplois du temps des médecins généralistes - Etudes et résultats. 2012. Disponible sur: zotero://attachment/19/

49. LOI n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République. 2015-991 août 7, 2015.
50. Invalidation du « safe harbor » par la Cour de Justice de l'Union européenne : une décision clé pour la protection des données - CNIL - Commission nationale de l'informatique et des libertés. 2015. Disponible sur:
<http://www.cnil.fr/linstitution/actualite/article/article/invalidation-du-safe-harbor-par-la-cour-de-justice-de-lunion-europeenne-une-decision-cl/>
51. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale. 2013. Disponible sur: zotero://attachment/71/
52. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine.

Résumé

Introduction : Le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé, mais l'offre de soins est inégalement répartie et les effectifs de médecins généralistes baissent. Connaître le parcours professionnel des jeunes généralistes et ses déterminants pourrait aider dans la perspective d'une régulation de l'offre de soins. L'objectif était de construire une cohorte de jeunes médecins généralistes Hauts-Normands. Elle complètera les données issues d'autres études régionales.

Méthode : Création d'une cohorte prospective. Inclusion de 70 jeunes médecins généralistes ayant débuté leur troisième cycle à la faculté de médecine de Rouen en novembre 2012. Un questionnaire électronique leur a été adressé. Données recueillies entre novembre 2015 et janvier 2016.

Résultats : Taux de réponse 87,5%. Population âgée de 28,48 ans en moyenne, féminine à 67%, de parents essentiellement cadres. La médecine générale était leur premier choix aux ECN à 60%. 85% ont réalisé un SASPAS. 17% réalisaient un DESC. 63,3% ont remplacé pendant leur internat. 37% avaient soutenu leur thèse. En novembre 2015, 67% exerçaient exclusivement la médecine générale, 12% une autre activité, 7% une activité mixte, 15% étaient encore internes. Dans l'avenir, 50% souhaitaient pratiquer exclusivement la médecine générale, 5% une autre activité, 33% une activité mixte et 12% étaient indécis. Les déterminants liés au type d'exercice étaient la réalisation d'un SASPAS, d'un DESC et la soutenance précoce de la thèse. Les déterminants liés au lieu d'exercice étaient la zone d'habitation actuelle, le statut foncier et le lieu de réalisation du stage praticien.

Conclusion : La cohorte a permis de faire émerger les parcours personnels, pédagogiques et professionnels actuels et envisagés de ces jeunes médecins. Des propositions visant à améliorer le recours aux soins primaires en ont découlé. Le suivi de la cohorte permettra d'objectiver le devenir des jeunes médecins généralistes hauts-normands.

Mots clés : Médecine générale , Démographie médicale, Pratique professionnelle, Etudes de cohorte, Déterminants, Soins Primaires