



HAL
open science

Projet professionnel des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux en dernière année de DES en 2015 et déterminants de leurs choix

Murjana Saad-Eddine

► **To cite this version:**

Murjana Saad-Eddine. Projet professionnel des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux en dernière année de DES en 2015 et déterminants de leurs choix. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01676334

HAL Id: dumas-01676334

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676334>

Submitted on 5 Jan 2018

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.

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année : 2017

Thèse n°223

Thèse pour l'obtention
du DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Le 13 décembre 2017
Par Murjana Saad-Eddine
Née le 27 septembre 1987

**Projet professionnel des internes de médecine générale de
l'Université de Bordeaux en dernière année de DES en 2015 et
déterminants de leurs choix**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le Professeur Emérite Bernard GAY	Président
Monsieur le Professeur François PETREGNE	Rapporteur/Juge
Monsieur le Professeur Philippe CASTERA	Juge
Monsieur le Docteur David CRENN	Juge
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL	Juge

Au Président du jury,

Le Professeur Emérite Bernard Gay

Professeur Emérite des universités, ancien directeur du Département de médecine générale de l'université de Bordeaux et médecin généraliste

Je vous remercie du grand honneur que vous me faites de présider ce jury. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail et vous témoigne ma gratitude et mon profond respect.

Aux membres du jury,

Le Professeur Philippe Castera

Professeur des universités, coordinateur du réseau addictions Gironde-Aquitaine et médecin généraliste

Je suis très honorée que vous ayez accepté de juger ce travail. Je vous prie de trouver ici toute ma reconnaissance pour votre présence et l'enthousiasme que vous apportez dans votre enseignement à la faculté.

Le Docteur David Crenn

Docteur spécialisé en Santé Publique et médecin au sein du Département d'Information Médicale au Centre Hospitalier de Libourne

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Merci de votre précieuse aide et de votre patience sur la partie statistique de ce travail.

Au rapporteur de thèse,

Le Professeur François Pétrègne

Professeur des universités et médecin généraliste

Je vous suis infiniment reconnaissante d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse. Je vous remercie d'avoir apporté vos connaissances et votre expérience à la critique de ce travail. Veuillez trouver en témoignage mes sincères remerciements.

Au Directeur de thèse,

Le Docteur Yves Montariol

Maître de conférences associé du Département de Médecine Générale de l'université de Bordeaux et médecin généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse ainsi que de l'accompagnement que vous m'avez prodigué avec bienveillance. Vous m'avez aidé dès le début de l'internat grâce à vos conseils sur mon portfolio. Je vous témoigne ce jour toute mon admiration pour votre implication dans la formation des jeunes médecins généralistes, pour votre optimisme et pour votre bonne humeur à chaque étape de ce travail.

« *Le rêve est la meilleure chose qui soit au monde car c'est grâce à lui que nous avançons dans le réel.* » Guillaume Appolinaire

A mes enfants, *Ihsan et Naïm*, mes petits monstres. Cela n'a pas été toujours facile de jongler entre les études et la vie de famille. Je vous aime très fort. Vous m'apportez tellement de bonheur et de joie au quotidien. Vous me permettez de ne pas perdre de vue les choses essentielles de la vie. J'espère que plus tard vous aurez vous aussi l'envie de porter vos rêves et votre projet aussi loin que possible. Exercer les passions qui nous rendent heureux est plus important que la réussite scolaire. J'espère que vous ferez ce que vous aimez.

A Fred. Tu es l'homme le plus solide et patient que je connaisse. Parce qu'il est plus facile pour moi d'écrire que de te le dire, je t'aime.

A ma maman Yamina. Tu as toujours essayé de tout nous donner avec tes moyens. C'est avec peu de choses matérielles que j'ai des souvenirs très riches. Tu as toujours été présente pour me soutenir, me porter, m'encourager ou simplement m'écouter car je suis aussi bavarde que toi. Je te remercie d'être une gaminou quand je prends tout au sérieux ! Je souhaite juste que tu penses à tes rêves maintenant.

A mon papa, qui était venu pour ses études de médecine en France : être de deux continents n'est pas toujours facile, l'âge m'a permis de le comprendre.

A mon frère Mehdy. Les années passent tellement vite : de nos combats de catch à nos après-midi dessin animés. On a partagé des moments tellement forts.

A ma petite sœur Nohaila, moé moé Je souhaite juste que tu ais ton parcours. L'indépendance est la liberté des persévérants.

A mon papy, Mohand, parti trop tôt. Tu m'avais dit que tu ne me verrais pas devenir docteur. Je sais que de tout la haut tu me vois à présent. Je souhaite que tu sois aussi fier de moi que je le suis de toi, de ton parcours en France et de ta générosité.

A ma mamie Hadda, la femme la plus sage que je connaisse. Tu es si gentille mamie avec un cœur si grand. Je n'oublierais jamais tes jolis contes d'Algérie, ta bonne cuisine comme ton bon pain kabyle. Ta maison et celle de papy est ma madeleine de Proust.

A ma marraine Louisa. Tu as un enthousiasme contagieux et un rire réconfortant. Tu as éclairé mon enfance.

A ma tante Rachida, pour son dévouement à sa famille.

A ma tante Malika, pour ta folie et ta purée.

A ma tante Fadéla, à ses petites sorties du week-end et à ses dictées du dimanche.

A mon tonton Nasser, pour son humour revigorant.

A mes amies d'enfance du quartier : nos vies ont pris des trajectoires différentes mais nous avons partagé nos meilleurs moments d'enfance parsemés de fous rires et de galères et de quelques bêtises.

A mes Isabelle Veaux, « «mon mentor de PMI », une personne humaine avec un grand h.

A mon équipe PMI de Saint André-de-Cubzac, merci pour votre dynamisme à toute épreuve.

A tous ceux qui m'ont suivie dans ce parcours (ce graal ?) qu'est la thèse.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
SITUATION ACTUELLE DE LA France	14
1 La démographie médicale des médecins généralistes en France.....	14
1.1 La densité médicale des médecins généralistes	15
1.2 Caractéristiques de la population des médecins généralistes	15
1.2.1 Une population médicale vieillissante.....	15
1.2.2 La féminisation des effectifs	15
2 Les perspectives de l'offre de soins	15
2.1 Une augmentation de la demande de soins.....	15
2.2 Des chiffres prévisionnels de démographie médicale pessimistes.....	16
2.3 Une diminution du temps d'exercice médical	16
3 Les propositions politiques clés pour lutter contre les problématiques de démographie médicale actuelle.....	16
3.1 Loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » dite HPST du 21 juillet 2009	16
3.2 Le Pacte Territoire Santé 1 (PTS 1)	17
3.3 Le Pacte Territoire Santé 2 (PTS 2)	17
MATERIEL ET METHODES	19
1 Schéma général de l'étude	19
2 Population d'étude.....	19
2.1 Critères d'inclusion	19
2.2 Critères d'exclusion.....	21
3 Déroulement de l'étude	23
3.1 Elaboration du questionnaire	23
3.2 Phase test	23
3.3 Mode de diffusion du questionnaire	21
3.3.1 Diffusion via le DMG de Bordeaux	22
3.3.2 Diffusion via le groupe Facebook@ du SIMGA	22
3.3.3 Diffusion via le site internet du SIMGA	22
3.3.4. Relances.....	22
4 Traitement des données	23
4.1 Variables quantitatives	23
4.2 Variables qualitatives.....	23
5 Outils d'analyse	23
5.1 Analyse descriptive	24
5.2 Analyse statistique	24
RESULTATS	25
1 Description de la population	25
1.1 Recueil des données.....	25
1.1.1 Mode de gestion des données	25
1.1.2 Diagramme de flux	26
1.2 Profil personnel des répondants.....	27
1.2.1 L'âge.....	27
1.2.2 La situation maritale.....	27
1.2.3 Enfants	28
1.2.4 Département d'habitation au moment de l'étude	28
1.2.5 Département d'enfance.....	30
1.3 Parcours professionnel des répondants.....	32

1.3.1	Région de validation du DCEM 4.....	32
1.3.2	Choix de Bordeaux pour l'internat.....	32
1.3.3	Souscription au CESP.....	32
1.3.4	Inscription à un DESC.....	32
1.3.5	Inscription à un DIU/DU.....	33
1.3.6	Nombre de stages effectués en cabinet de médecine générale.....	34
1.3.7	Modes d'exercice rencontrés lors des stages en cabinet de médecine générale.....	35
1.3.8	Réalisation d'un SASPAS.....	35
1.3.9	Réalisation de remplacements.....	36
1.3.10	Modes d'exercice rencontrés lors des remplacements.....	36
2	Le CESP.....	36
2.1	Connaissance du CESP.....	36
2.2	Souscription au CESP.....	36
2.3	CESP et situation maritale.....	36
2.4	Freins au CESP.....	36
3	Choix du futur mode d'exercice professionnel.....	40
3.1	Libéral vs Salarial.....	40
3.1.1	Mode d'activité libéral envisagé après l'internat.....	40
3.1.2	Mode d'activité salarié envisagé après l'internat.....	41
3.2	Impact des stages effectués.....	41
3.2.1	Impact des stages sur le type de remplacement.....	41
3.2.2	Impact des stages sur le mode d'exercice envisagé après l'internat.....	42
3.3	Impact du sexe.....	42
3.4	Impact des remplacements.....	43
3.5	Place du cursus universitaire.....	43
3.5.1	Augmentation envisagée de la durée de l'internat de médecine générale.....	43
3.5.2	Projet de devenir maître de stage.....	44
3.6	Projet de formation continue.....	44
4	Choix du futur lieu d'exercice professionnel.....	45
4.1	Département choisi pour le début d'activité.....	45
4.2	Raisons du choix du futur lieu d'activité.....	46
4.3	Zone prioritaire/Zone fragile.....	47
5	Incitations à une activité libérale.....	48
5.1	Raisons du choix du mode d'exercice professionnel.....	48
5.2	Freins à l'installation en libéral.....	49
5.3	Leviers pour une inciter à l'activité libérale.....	50
5.4	Place des organismes et administrations.....	52
5.4.1	Institutions ou organismes perçus comme freins à l'exercice libéral.....	52
5.4.2	Solutions apportées aux freins institutionnels.....	53
6	Résumé des principaux résultats.....	54
	DISCUSSION.....	56
1	Forces et limites de l'étude.....	56
1.1	Limite de l'étude : le taux de réponses.....	56
1.2	Forces de l'étude.....	56
1.2.1	Choix du questionnaire Google Forms®.....	56
1.2.2	Une richesse des réponses libres.....	57
1.2.3	Un recueil de données récent.....	57
2	Le profil personnel des internes répondants.....	57
2.1	Une vie personnelle déjà établie.....	57
2.2	L'Aquitaine : région attractive pour l'internat.....	57
3	Le parcours universitaire des internes répondants.....	58
3.1	L'augmentation de l'attrait du CESP.....	58

3.2 Une expérience en cabinet de médecine générale pendant les études de médecine	59
3.3 Une formation universitaire plébiscitée	60
4 Le mode d'exercice professionnel envisagé	60
4.1 Le libéral : premier mode d'activité souhaité par les internes aquitains.....	60
4.2 L'Aquitaine : région privilégiée des internes aquitains pour débiter l'exercice professionnel	63
4.3 Et les zones sous-médicalisées ?.....	63
4.4 Les internes aquitains veulent garder le lien universitaire	63
5 Les futurs leviers possibles pour les problématiques de démographie médicale actuelles	64
5.1 La sensibilisation à la médecine générale durant les études de médecine	64
5.2 Un mode d'exercice libéral avec les avantages du statut salarié	64
5.3 La délégation des tâches administratives à un tiers.....	64
5.4 L'exercice en équipe et réseau pour sortir de l'isolement professionnel.....	65
5.5 Des aides financières pour inciter à l'installation en libéral	66
5.6 Une diminution des charges financières	66
5.7 Une formation universitaire à la gestion du cabinet en libéral	66
5.8 Une revalorisation du prix de la consultation et des actes	68
 CONCLUSION	 69
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXE	75
SERMENT D'HIPPOCRATE	84

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CESP : Contrat d'engagement du service public

DCEM : Deuxième cycle des études médicales

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DMG : Département de Médecine Générale

DIU : Diplôme interuniversitaire

DU : Diplôme universitaire

HPST : Hôpital, patient, santé et territoire

ORS : Observatoire Régionale de la Santé

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

PTS1 : Pacte Territoire Santé 1

PTS2 : Pacte Territoire Santé 2

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie
Supervisée

SIMGA : Syndicat des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine

TCEM : Troisième cycle des études médicales

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale
et d'Allocations Familiales

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Cartographie de la densité médicale des médecins généralistes en France au 1 er janvier 2016 (Source : Atlas de la Démographie Médicale 2016).....	14
Figure 2: Répartition des 72 internes selon le département d'habitation.....	28
Figure 3: Répartition des 72 internes selon le département d'enfance.....	30
Figure 4: Répartition des 71 internes répondants selon la région de validation du DCEM4.....	34
Figure 5: Répartition des 72 internes selon le nombre de stages réalisés en cabinet de médecine générale pendant les études médicales et l'internat.....	40
Figure 6: Répartition des 34 internes répondants selon le mode d'activité salariée envisagé.....	41
Figure 7: Répartition des 52 femmes et 20 hommes selon le mode d'activité envisagé après l'internat.....	43
Figure 8: Répartition des 72 internes selon le projet de devenir maître de stage.....	44
Figure 9: Répartition des 70 internes répondants selon le département souhaité pour le début d'activité professionnelle.....	46
Figure 10: Répartition des 72 internes selon leur disposition à travailler en zone fragile ou prioritaire.....	47
Figure 11: Répartition des réponses aux raisons du choix du mode d'activité professionnelle envisagé des 72 internes.....	48

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des 71 internes répondants selon la ville d'habitation au moment de l'étude	29
Tableau II: Ville d'enfance des internes.....	31
Tableau III: DESC réalisé, en cours ou envisagé.....	33
Tableau IV: DU/ DIU réalisé, en cours ou envisagé.....	34
Tableau V: Mode d'activité rencontrée pendant les stages et les remplacements.....	42
Tableau VI: Répartition des réponses des 62 internes répondants selon le type de formation continue envisagée.....	45
Tableau VII: Répartition des réponses des internes concernant les freins à l'installation en libéral.....	49

INTRODUCTION

La problématique des déserts médicaux est largement évoquée dans les médias et sur la scène politique. Ainsi, tout jeune bachelier souhaitant embrasser une carrière médicale, est déjà imprégné de cette idée.

La première année de médecine demandant une importante charge de travail personnel, de part son caractère sélectif, le questionnement de la démographie médicale résonne comme un écho lointain pour l'étudiant qui aspire seulement à accéder à la deuxième année.

Ensuite, l'externat va commencer à forger le futur médecin via des outils théoriques et pratiques. Pour l'externe, la priorité reste à l'Examen Classant National (ECN), qui va déterminer son métier. Le reste, notamment, le lieu d'exercice apparaît comme secondaire.

Lors de l'internat, les expériences cliniques permettent à l'étudiant de devenir pleinement médecin. La fin de l'internat et la pratique de terrains de stage variés aident l'interne à se dessiner un choix de carrière mais aussi un lieu de carrière.

De plus, en même temps que le futur médecin projette sa vie professionnelle, il construit en parallèle sa vie personnelle. Les deux deviennent souvent liées, impactant de façon réciproque l'une sur l'autre.

C'est lors de ce processus s'étendant sur presque une décennie que des solutions à la problématique des déserts médicaux ont été proposées. Cela commence, par exemple, par les Contrats d'Engagement de Service Public (CESP) (1) dès la deuxième année des études médicales.

Ces dernières années, la majoration des déserts médicaux a amené le monde politique à augmenter les propositions de solutions comme la multiplication des maisons de santé pluri-professionnelles (2), l'augmentation du nombre de CESP (2) ou encore du numerus clausus (3).

Ces solutions restent à ce jour encore insuffisantes quand on regarde les chiffres prévisionnels de la démographie médicale en France.

A partir de ce constat, je me suis alors interrogée sur l'origine de ces déserts médicaux : ils souffrent d'un manque de médecins mais pourquoi ? Pourquoi les médecins ne souhaitent pas s'y installer ?

C'est à partir de cette question assez simple que l'intérêt de connaître les envies professionnelles de ceux qui sont sensés repeupler ces déserts m'est venue.

Et de ce fait, je souhaitais m'interroger sur les raisons qui motivent les internes à choisir un mode d'exercice professionnel ou un lieu d'exercice plutôt qu'un autre.

Ce travail avait alors été entrepris dans certaines régions mais pas en Aquitaine, région attractive à mes yeux et au premier plan de mes projets professionnels.

Le nombre de médecins généralistes exerçant en cabinet de ville en France tend à diminuer : l'effectif de ces derniers, en activité régulière, était de 88 886 au 1^{er} janvier 2016, soit une baisse de 8,4% depuis 2007 (4).

Selon l'Atlas de la Démographie Médicale du Conseil National de l'Ordre 2016 (4), cette tendance se confirmera probablement à l'avenir, avec un chiffre prévisionnel de 81 455 médecins généralistes libéraux en activité régulière en 2025.

L'Aquitaine suit la même évolution, avec une baisse de ses effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes de 11,7% ces huit dernières années (4).

Cette pénurie de médecins s'accroît avec les départs importants à la retraite de médecins. La population de médecins retraités a connu un essor de 87,7% en 10 ans alors que le nombre de médecins actifs, lui, n'a augmenté que de 1,2% durant la même période (4).

Actuellement, des habitants sont privés de médecins généralistes de proximité faute de successeur. Pourtant, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 (5) mentionnait que « toute personne a droit à un niveau de vie pour assurer sa santé ».

Mais comment l'assurer quand l'accès aux professionnels compétents est lui-même compromis ?

Il perdure en France des zones de désertification médicale dont les difficultés à recruter des médecins s'accroîtront probablement dans les années à venir.

L'Aquitaine conserve une densité médicale forte avec 141,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2016 (6) alors que la moyenne nationale était de 131 pour 100 000 habitants (6).

Cependant, il existe, au sein même de la région Nouvelle- Aquitaine, des disparités de densité médicale et donc d'accès aux soins.

Sur le plan politique, des solutions ont été amorcées pour essayer d'inverser la tendance, comme récemment le pacte territoire santé.

Les solutions précédentes n'ont pas permis, à ce jour, d'apporter de solution durable, capable d'inverser la tendance de la baisse des effectifs de médecins généralistes en France. De ce fait, le manque de médecins dans certaines régions reste un enjeu politique majeur.

Parallèlement à cela, le profil du médecin généraliste change peu à peu. Le mode de travail et les attentes professionnelles des nouveaux médecins évoluent en conséquence.

La profession se féminise notablement. Au 1^{er} janvier 2016, la proportion de femmes médecins généralistes en activité régulière en France était de 46% soit une évolution de 20,1% depuis 2007 (6). Ces femmes, qui accèdent au métier de médecin, continuent d'assurer un rôle important auprès de leur foyer familial notamment auprès de leurs enfants.

Contrairement à leurs pairs il y a quelques années, les jeunes médecins généralistes font de leur qualité de vie la condition sine qua non à leur exercice médical. Le salariat semble apparaitre comme une possibilité pour allier carrière personnelle et professionnelle.

C'est dans ce contexte que la question de recherche soulevée par ce travail s'est dessinée : Quels sont les projets professionnels des internes en médecine générale, en dernier semestre de TCEM 3, en 2015, à Bordeaux ?

Notre étude avait alors pour objectif principal d'obtenir une vue d'ensemble des futurs choix professionnels des internes en médecine générale en TCEM 3 de Bordeaux, pour l'année universitaire 2014-2015.

Les objectifs secondaires étaient de :

- déterminer les principaux freins à l'installation en libéral, notamment dans les zones sous-médicalisées
- recenser les propositions de solutions évoquées par les internes

SITUATION ACTUELLE DE LA FRANCE

1 La démographie médicale des médecins généralistes en France

1.1 La densité médicale des médecins généralistes

Au 1^{er} janvier 2016, la densité médicale des médecins généralistes en activité régulière était de 131 pour 100 000 habitants soit une baisse de 8,4% depuis 2007 (6).

Il existait cependant une grande disparité à l'échelle nationale et régionale.

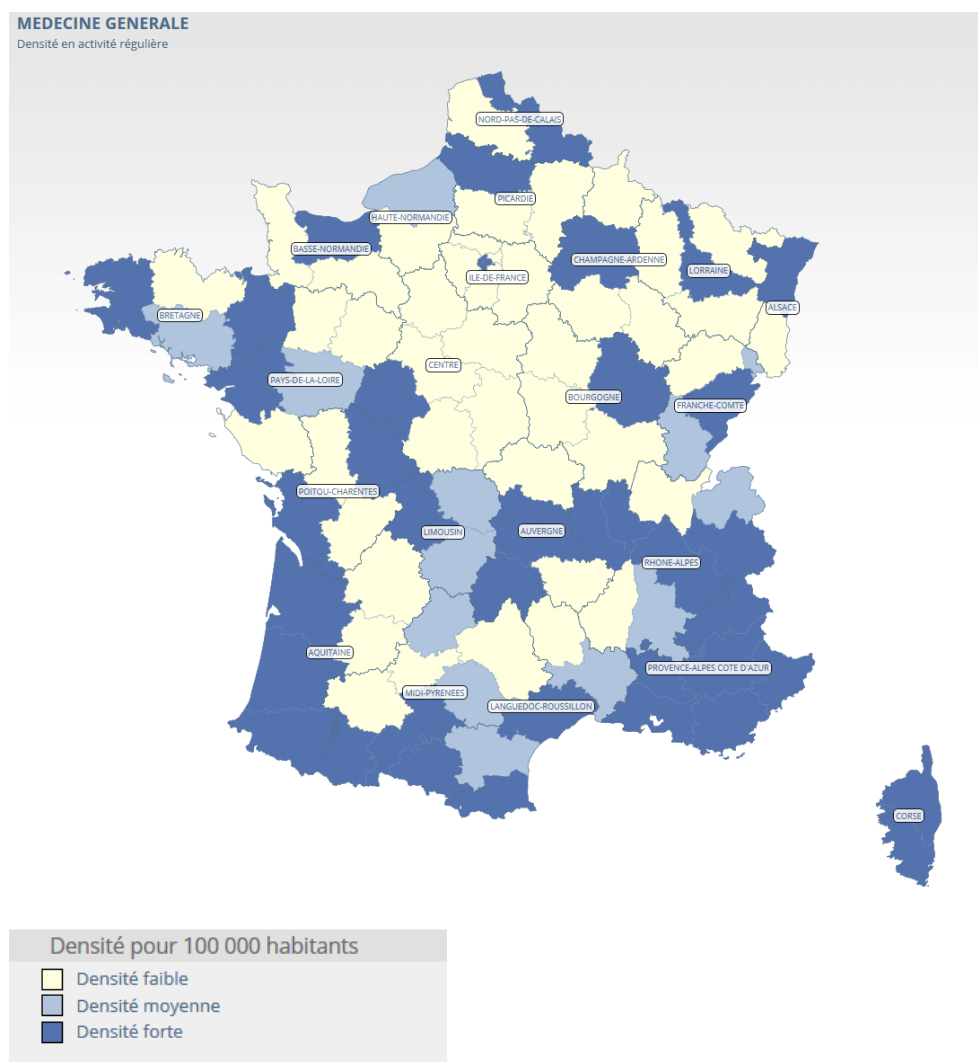


Figure 1 : Cartographie de la densité médicale des médecins généralistes en France au 1^{er} janvier 2016 (Source : Atlas de la Démographie Médicale 2016)

1.2 Caractéristiques de la population des médecins généralistes

Au 1^{er} janvier 2016, le nombre total de médecins, inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, était de 285 840, soit une augmentation de 1,7% depuis 2015 et une augmentation de 13% depuis 2007 (4).

Parallèlement, le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 0,4% depuis 2007 atteignant 198 144 au 1^{er} janvier 2016 (6).

L'évolution était similaire pour les médecins généralistes en activité régulière. Ils étaient 88 886 au 1^{er} janvier 2016 et 97 012 en 2007 soit une baisse de 8,4%(4).

1.2.1 Une population médicale vieillissante

L'âge moyen du médecin généraliste en activité régulière est de 52 ans (6).

Depuis 2006, le nombre de médecins retraités a augmenté de 87,7% alors que le nombre d'actifs, lui, n'a augmenté que de 1,2% (4).

Au 1^{er} janvier 2016, les médecins généralistes en activité régulière de plus de 60 ans représentaient 27,3% alors que les moins de 40 ans représentaient 16% (6).

Depuis la loi Fillon de 2003, année à laquelle la mesure d'incitation à la cessation anticipée d'activité (MICA) a été clôturée, les médecins peuvent cumuler l'emploi et la retraite. C'est ainsi qu'on peut définir un effectif de médecin retraité actif.

Ces derniers représentaient 7,4% de l'ensemble des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre (4).

1.2.2 La féminisation des effectifs

Au 1^{er} janvier 2016, le nombre de femmes médecins généralistes en activité régulière étaient de 40787 soit 45,9 % des effectifs totaux. Ce chiffre a ainsi augmenté de 20,1% entre 2007 et 2016 (6) traduisant ainsi la féminisation des études de médecine.

Cela se reflète dans la population des jeunes médecins : au 1^{er} janvier 2016, 60% des médecins généralistes libéraux et mixtes de moins de 40 ans étaient des femmes (4).

2 Les perspectives de l'offre de soins

2.1 Une augmentation de la demande de soins

La Santé reste une préoccupation majeure pour les français.

La dépense courante de santé ne cesse croître, passant de 5,6% du produit intérieur brut (PIB) en 1970 à 12% du PIB en 2014 soit 256,9 milliard d'euros (7).

La population française vieillit et appelle à une augmentation de la consommation des soins primaires, notamment en raison de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques avec 10,1 millions de personnes affiliées au régime général de l'Assurance Maladie bénéficiaires d'une ALD soit 16.6% des assurés(8).

2.2 Des chiffres prévisionnels de démographie médicale pessimistes

La population médicale vieillit elle aussi. L'arrivée des nouvelles générations ne comble pas, en nombre suffisant, les départs à la retraite actuels, impact décalé de la réduction du numerus clausus à la fin des années soixante-dix (9).

Les mesures prises pour le numerus clausus se mesurant plusieurs années plus tard compte tenu de la durée des études de médecine, le nombre de médecins en activité devrait diminuer jusqu'en 2019 puis augmenter jusqu'en 2030, en étant alors légèrement inférieur à son niveau actuel de 1% (10).

Toutefois, en parallèle, la population française devrait augmenter de 10% entre 2006 et 2030 (10).

Ainsi, la densité médicale chuterait davantage que les effectifs représentant une baisse de 10,6% par rapport à 2006 (10).

2.3 Une diminution du temps d'exercice médical

Les jeunes médecins souhaitent continuer à avoir du temps personnel libre et diminuent, de ce fait, leur temps de travail, à l'inverse de leurs pairs, il y a quelques décennies. Le salariat est privilégié comme le montre le nombre des nouvelles inscriptions en activité salariée à l'Ordre des médecins. Le remplacement apparaît plus attractif que l'installation. Pour les médecins généralistes, cela se traduit par une augmentation de l'âge moyen d'installation à 35,6 ans en 2011 (11) contre 31 ans dans les années quatre-vingt (12).

De plus, des médecins libéraux ont mis fin à leur carrière avant la retraite : 927 en 2011 dont 62,2% exerçaient la médecine générale (13). Cela diminue d'autant plus l'effectif total de médecins généralistes.

Enfin, le temps d'exercice médical est de plus en plus imputé par les tâches administratives croissantes (14).

3 Les propositions politiques clés pour lutter contre les problématiques de démographie médicale actuelle

3.1 Loi « Hôpital, patients, santé et territoire » dite HPST du 21 juillet 2009

La loi de 2009 avait pour ambition de réorganiser le système de santé. Une de ses grandes lignes de travail était la répartition des médecins en France et l'accès aux soins de ville.

Dans ce cadre là, le CESP, a été créé. Il s'agit d'un contrat, en relation avec l'ARS, qui propose aux étudiants en médecine, dès la deuxième année, et aux internes, une

allocation mensuelle de 1200 euros. En échange, le bénéficiaire s'engage, pendant un nombre d'années égal à celui pendant lequel il a perçu l'allocation et pour 2 ans minimum, à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée (1). L'objectif initial était de 1700 contrats d'ici 2017.

3.2 Le pacte territoire santé 1 (PTS1)

Dès 2012, le gouvernement de François Hollande, via sa ministre de la Santé Marisol Touraine, a lancé « le pacte territoire santé 1 ». Les deux objectifs initiaux étaient de lutter contre les déserts médicaux et de réduire les inégalités d'accès aux soins (2).

Ce pacte s'inscrivait dans la volonté de continuité du gouvernement de réformer le système de santé par le biais de la loi Santé promulguée en janvier 2016 (15).

12 engagements étaient faits autour de 3 axes :

-Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins

Cela passe par 4 engagements dont un stage en médecine générale pour 100% des étudiants en médecine et un objectif de 1500 contrats de CESP d'ici 2017, revoyant les objectifs de la loi HPST de 2009 un peu à la baisse.

-Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé

-Investir dans les territoires isolés

3.3 Le Pacte Territoire Santé 2 (PTS 2)

En 2015, le même gouvernement lançait le pacte territoire santé 2 avec plusieurs objectifs (3) :

-Amplifier les actions du PTS1

-Accompagner et soutenir les médecins au service des patients

10 engagements étaient faits autour de 2 axes :

-Pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire santé 1

Un des engagements était alors de développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville. Il s'agit de proposer des stages de médecine de ville, maison ou centre de santé dans d'autres spécialités que la médecine générale

Un autre engagement était de faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles en revoyant à la hausse l'objectif de signature de CESP à 1700 notamment.

-Innover pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires

Un des engagements était l'augmentation du numerus clausus de 6,4% dans 10 régions manquant de médecins, la Nouvelle-Aquitaine n'en faisant pas partie.

Un second engagement était l'augmentation du nombre de postes de chef de clinique en médecine générale d'ici 2017.

Les problématiques de démographie médicale resteront un enjeu majeur de demain.

MATERIEL ET METHODES

1 Schéma général de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive transversale quantitative analytique réalisée de mai 2015 à octobre 2015.

2 Population d'étude

2.1 Critères d'inclusion

Les internes de médecine générale en deuxième semestre de TCEM3 à l'Université de Bordeaux durant la période concernée.

2.2 Critères d'exclusion

Les internes de santé navale parce que leur affectation professionnelle ne dépendait pas de leurs choix.

3 Déroulement de l'étude

3.1 Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de celui de l'étude réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'Alsace sur les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale d'Alsace en 2014 (16).

Le choix a été fait de s'inspirer de ce questionnaire afin d'avoir une base comparable et assez exhaustive de questions.

Le questionnaire de notre étude comportait 37 questions (annexe 1) :

- 27 questions fermées
- 10 questions ouvertes

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme. Les questions fermées ont été priorisées afin que le temps passé sur ce dernier ne soit pas un frein pour y répondre.

Des notes explicatives ont été insérées sous certaines questions, pour détailler des définitions ou clarifier les questions. C'était le cas pour la définition du CESP ou des zones fragiles.

Le questionnaire était découpé en quatre parties, centrées sur l'interne répondant :

- Le profil personnel (7 questions):

Il s'agissait de déterminer les caractéristiques personnelles de l'interne répondant:

- L'année de naissance
- La situation maritale et la situation professionnelle de son conjoint si l'interne était en couple
- La présence d'enfants ou non
- La ville d'enfance
- La ville de résidence

- Les études (6 questions) :

Cette partie questionnait sur :

- La ville de validation du DCEM4
- Le choix premier ou non de Bordeaux pour l'internat
- La connaissance du CESP : contrats signés et freins à sa signature si non

- La formation (11 questions) :

Il s'agissait de connaître le parcours de formation pratique et théorique des internes répondants. Les items portaient sur :

- Le nombre de stages effectués en cabinet de médecine générale, externat et internat confondus
- Le mode d'exercice rencontré lors des stages en cabinet de médecine générale
- L'inscription et/ou la validation à un ou plusieurs DESC
- L'inscription ou la validation à un ou plusieurs DU/DIU
- L'expérience ou non de l'activité en tant que remplaçant et le mode d'exercice rencontré en remplacement

- L'activité professionnelle envisagée dans l'avenir proche (12 questions) :

Il s'agissait de connaître les projets professionnels des internes en médecine générale pour les années à venir immédiatement après l'internat. Il était demandé :

- Le mode d'exercice envisagée après l'internat : salarié, libéral ou mixte,
- Le souhait d'installation ou de remplacement après l'internat
- La zone géographique d'exercice souhaitée
- L'intention ou non de travailler en zone sous-médicalisée
- Les motivations du mode d'exercice et de la localisation souhaitée
- La détermination de freins et leviers à l'installation en libérale selon l'interne
- Le projet d'être maître de stage dans l'avenir ou non

- L'envie ou non de participer à des focus group sur le sujet de l'étude

Le dernier item questionnait l'interne sur son envie éventuelle de participer à des focus group sur le sujet. Si l'interne était intéressé, il pouvait laisser son mail afin d'être recontacté ultérieurement pour participer au focus group.

L'application Google Forms ®, programme d'enquête de Google, a été choisi pour la réalisation du questionnaire. Pour les questions fermées, l'interne n'avait qu'à valider une case en cliquant dessus avec la souris. Pour les questions ouvertes, un emplacement modulable était prévu, afin que l'interne ait la place nécessaire pour s'exprimer.

Il simplifiait le recueil des réponses et permettait d'avoir une première analyse statistique, qui ne tenait cependant pas compte des biais comme nous le verrons plus tard.

Enfin, le questionnaire via Google Forms® bénéficiait d'une diffusion simplifiée via un lien internet, sur lequel les internes répondants n'avaient juste qu'à cliquer.

3.2 Phase test

Le questionnaire a été proposé à trois internes femmes de médecine générale en dernier semestre de TCEM3, durant la dernière semaine d'avril 2015.

Le but était d'évaluer la faisabilité et la fluidité du questionnaire.

Le lien pour y répondre leur a été envoyé par mail. Une modification a été faite concernant la définition du CESP initialement donnée, afin de plus détailler les engagements à la signature du CESP.

Le temps de réponse a été évalué approximativement entre 10 et 15 minutes.

Les questionnaires de la phase test ont été inclus dans l'analyse.

3.3 Mode de diffusion du questionnaire

Initialement, un unique mode de diffusion du questionnaire, via la liste e-mail des internes en médecine générale, connue de l'Université de Bordeaux, a été envisagé. Très vite, compte tenu des difficultés soulevées, d'autres modes de diffusion ont été envisagés.

Finalement, trois modes de diffusion ont été menés simultanément afin d'avoir le plus grand nombre de réponses possibles.

Après rédaction du questionnaire, le lien vers ce dernier a été copié et accompagné d'un texte qui est le suivant :

« Bonjour à tous. J'ai besoin de vous dans le cadre de ma thèse qui porte sur les attentes professionnelles des internes de médecine générale en dernier semestre de TCEM 3 à Bordeaux. Le but est de connaître vos projets, juste après l'internat. Cliquez sur le lien, ça prend moins de 10 minutes ! Merci à vous ».

Le texte se devait d'être concis et expliquer à l'interne que le temps consacré à répondre au questionnaire serait court.

Le texte, accompagné du lien, a été diffusé par mail, par Facebook® et par le site du Syndicat des Internes de Médecine Générale d'Aquitaine (SIMGA)

3.3.1 Diffusion via le Département de 3^e cycle de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux (DMG)

Le DMG a été contacté en premier, afin de diffuser le questionnaire aux internes de médecine générale en deuxième semestre de TCEM3 à Bordeaux, via la boîte mail connue du DMG. L'hypothèse était faite que l'Université détenait toutes les adresses mails des internes cibles et permettrait ainsi un lien rapide avec le plus grand nombre d'entre eux.

Le Professeur Gay, en tant que directeur du DMG a été sollicité afin de valider la démarche. Il a rapidement évoqué les éventuelles difficultés de réponses. En effet, le DMG disposait, pour la plupart des étudiants, des adresses universitaires, qui étaient peu consultées.

Le questionnaire via le DMG a été envoyé mais n'a pu être effectif qu'en juin 2015 en raison des délais de réponse et autorisation nécessaire.

3.3.2 Diffusion via le groupe Facebook® du SIMGA

Compte tenu des délais prévisibles de réponses, le questionnaire a été soumis via le groupe Facebook® du SIMGA. Ce groupe comptait près de 1500 membres.

Beaucoup d'internes en médecine générale y étaient inscrits et consultaient la page régulièrement. Le questionnaire a donc été diffusé via un lien avec le texte précédemment cité.

Cela a pu être fait dès le 3 mai 2015, date du début du deuxième semestre des TCEM3.

3.3.3 Diffusion via le site internet du SIMGA

Le bureau du SIMGA a été directement contacté afin que le questionnaire soit sur le site officiel du syndicat. Cela a été fait afin de ne pas exclure les étudiants qui n'étaient pas inscrits sur Facebook®.

La diffusion sur le site a été faite en juillet 2015.

3.3.4 Relances

Des relances orales ont été faites à deux reprises en septembre et octobre 2015 durant des journées de cours, à la faculté de Bordeaux. Il s'agissait d'expliquer verbalement l'objectif du travail et d'inciter les internes présents à répondre au questionnaire via le mail reçu, le groupe Facebook ou le site du SIMGA.

4 Traitement des données

Les données descriptives des internes répondants ont été classées en deux types de variables : quantitatives et qualitatives.

4.1 Variables quantitatives

- l'âge
- le nombre de stages effectués en cabinet de médecine générale durant les deuxième et troisième cycles

4.2 Variables qualitatives

Elles portaient sur le profil personnel des internes répondants :

- le sexe : féminin ou masculin
- la situation maritale au moment de l'étude : en couple, célibataire, séparé(e) ou divorcé), veuf (ve)
- la situation professionnelle du conjoint : salarié(e), à son compte, profession de santé, étudiant en médecine, en recherche d'emploi, au foyer ou autre
- le fait d'avoir des enfants ou pas
- la ville d'habitation au moment lors de l'étude

Elles portaient sur le parcours professionnel des internes répondants :

- la ville de réalisation de la majorité des études de médecine
- la souscription à un CESP ou non
- l'obtention et/ou l'inscription envisagée ou en cours à un DIU/ DU et/ou un DESC
- le mode d'exercice professionnel rencontré lors des stages
- la réalisation de remplacements en cabinet de médecine générale en parallèle de l'internat

5 Outils d'analyse

Les résultats ont été regroupés dans un tableau Microsoft Excel ®. Les analyses descriptive et statistique ont été réalisées avec l'aide du médecin du Département d'Information Médicale (DIM) du CH de Libourne.

Une base de données anonymisée a été créée sur le logiciel Excel® afin d'intégrer toutes les informations. Cette base a été validée avant l'analyse statistique avec relecture individuelle des réponses. Notre travail s'appuyant sur le recueil de données anonymisées, aucune déclaration à la CNIL n'a été faite.

5.1 Analyse descriptive

Une analyse descriptive de la population a été réalisée pour la situation personnelle (en terme d'âge, de sexe, de situation maritale, de situation professionnelle du conjoint s'il y en avait un, de région d'origine, de ville de résidence), et pour le parcours professionnel (en terme de nombre de stages de médecine générale réalisé, de la souscription ou non à un CESP, de l'inscription ou de la détention d'un DIU/DU/DESC, du mode d'exercice professionnel rencontré lors des stages de médecine de ville, de la réalisation ou non de remplacements et du mode et lieu d'exercice envisagé) afin de connaître la population de l'étude

5.2 Analyse statistique

L'analyse statistique a consisté en une analyse univariée en comparant par exemple le sexe au futur mode d'exercice envisagé.

Pour les variables quantitatives, il a été utilisé le test de student ou test t si les hypothèses étaient respectées. Si ce n'était pas le cas, le test non paramétrique de Mann- Whitney était préféré.

Pour les variables qualitatives, le test du chi 2 de Pearson permettait l'analyse. Si les effectifs étaient inférieurs à 5, le test de Fisher était utilisé.

Pour certaines analyses, les données mesurées dépendaient les unes des autres. Dans cette situation, le test du chi 2 de Mac Nemar, prenant en compte justement cette dépendance des variables, a été utilisé.

Pour tous les tests statistiques, un risque alpha de première espèce de 5% a été accepté.

L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel STATA® version 13 IC.

RESULTATS

1 Description de la population

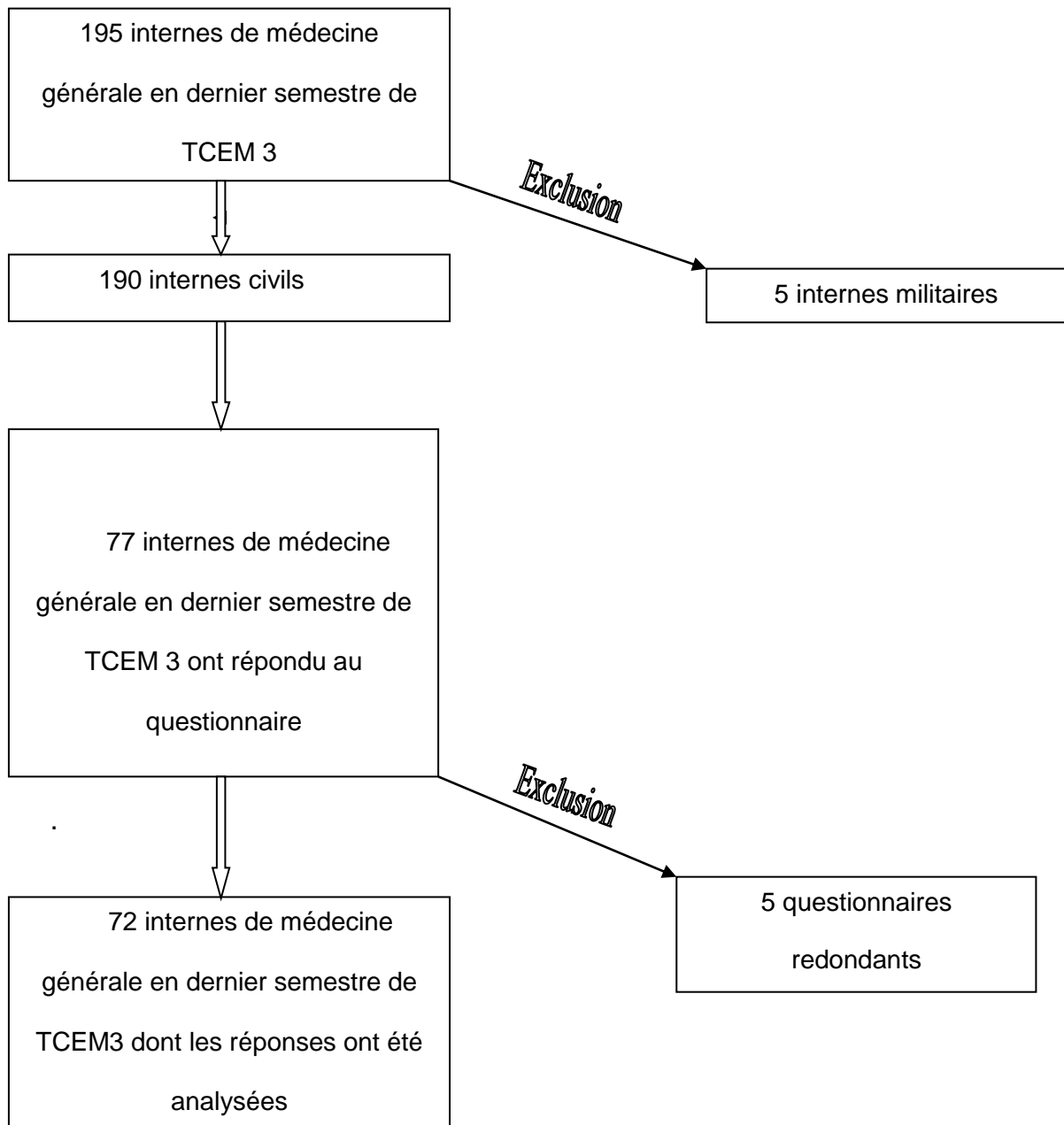
1.1 Recueil des résultats

1.1.1 Mode de gestion des données

L'application Google Forms ® recueillait les questionnaires au fur et à mesure. Elle permettait d'avoir le nombre total de questionnaires remplis en temps réel.

Les réponses se sont étendues du 8 mai 2015 au 10 juin 2015. La date limite de recueil était le 1^{er} novembre 2015.

1.1.2 Diagramme de flux



37,9 % des internes de médecine générale en dernier semestre de TCEM 3 ont participé à l'étude.

1.2 Profil personnel des répondants

1.2.1 L'âge

Les répondants, au questionnaire de l'étude, avaient une moyenne d'âge de 27,8 ans avec un minimum de 26 ans et un maximum de 33 ans (écart type de 1 an et 3 mois). La moyenne d'âge était identique pour les hommes et pour les femmes.

Parmi les 72 internes répondants, il y avait :

- 52 femmes (72,2 %)

- 20 hommes (27,8 %)

Cela est sensiblement représentatif de la population étudiée d'internes civils de médecine générale en dernier semestre de TCEM3, qui comptait 130 femmes (68,4 %) et 60 hommes (31,6%) (p non significatif).

1.2.2 La situation maritale

Parmi les 72 internes répondants :

-51 (70,8%) étaient en couple : marié(e), pacsé(e), en union libre

- 21 (29,2%) étaient célibataires

Parmi les 51 internes en couple, le conjoint était :

- salarié hors domaine médical ou paramédical pour 26 internes (36,1 %)

- étudiant en médecine (y compris interne) ou paramédical pour 12 internes (16,7 %)

- professionnel de santé (médecin, paramédical) ni à son compte ni salarié pour 7 internes (9,7 %)

- en recherche d'emploi pour 2 internes (2,8 %)

- musicien pour 1 interne (1,4 %)

- en reconversion professionnelle pour 1 interne (1,4 %)

-à son compte, hors domaine médical ou paramédical pour 1 interne (1,4 %)

- professionnel de santé salariée pour 1 interne (1,4 %)

1.2.3 Enfants

Parmi les 72 internes répondants :

-10 (13,9 %) avaient des enfants

- 62 (86,1 %) n'avaient pas d'enfants

1.2.4 Département d'habitation au moment de l'étude

La majorité des internes répondants soit 54 (76%) habitaient la Gironde. 8 internes (11,3 %) habitaient dans les Pyrénées-Atlantiques. 3 internes (4,2 %) habitaient dans les Landes. 1 interne (1,4 %) habitait en Dordogne.

Aucun interne ne résidait dans le Lot et Garonne. 2 internes (2,8 %) habitaient dans les DOM-TOM et 3 (4,2%) vivaient dans une région métropolitaine autre que l'Aquitaine.

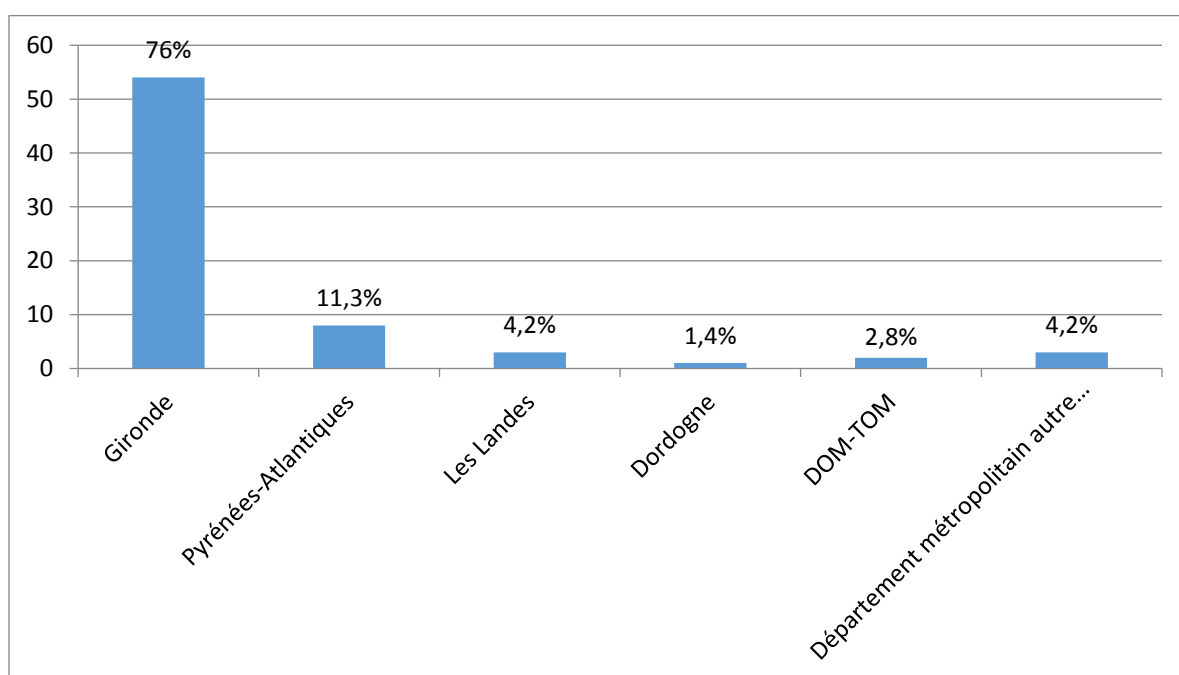


Figure 2: Répartition des 72 internes selon le département d'habitation

Tableau I: Répartition des 71 internes répondants selon la ville d'habitation au moment de l'étude

Bordeaux	42
Pau	6
Mérignac	2
Seignosse	1
Pessac	1
Bayonne	1
Arcachon	1
Saint-Denis	1
Toulouse	1
Bidart	1
Mont-de-Marsan	1
Caen	1
Moorea	1
La Teste-de-Buch	1
Périgueux	1
Le Barp	1
Poyanne	1
Lège-Cap-Ferret	1
Saint-Médard-en-Jalles	1
Lesparre-Médoc	1
Talence	1
Libourne	1
Albi	1
Libourne	1
Total général	71

1 interne n'a pas répondu à cette question.

1.2.5 Département d'enfance

35 internes répondants (50%) venaient d'une région autre que l'Aquitaine.

22 internes (31,4 %) venaient de Gironde.

5 internes (7,1 %) venaient des Pyrénées-Atlantiques.

3 internes (4,3 %) venaient de Dordogne.

2 internes (2,9 %) venaient des Landes.

1 interne (1,4 %) venait du Lot et Garonne.

1 interne (1,4 %) avait fréquemment déménagé pendant son enfance et 1 interne (1,4 %) venait d'Espagne.

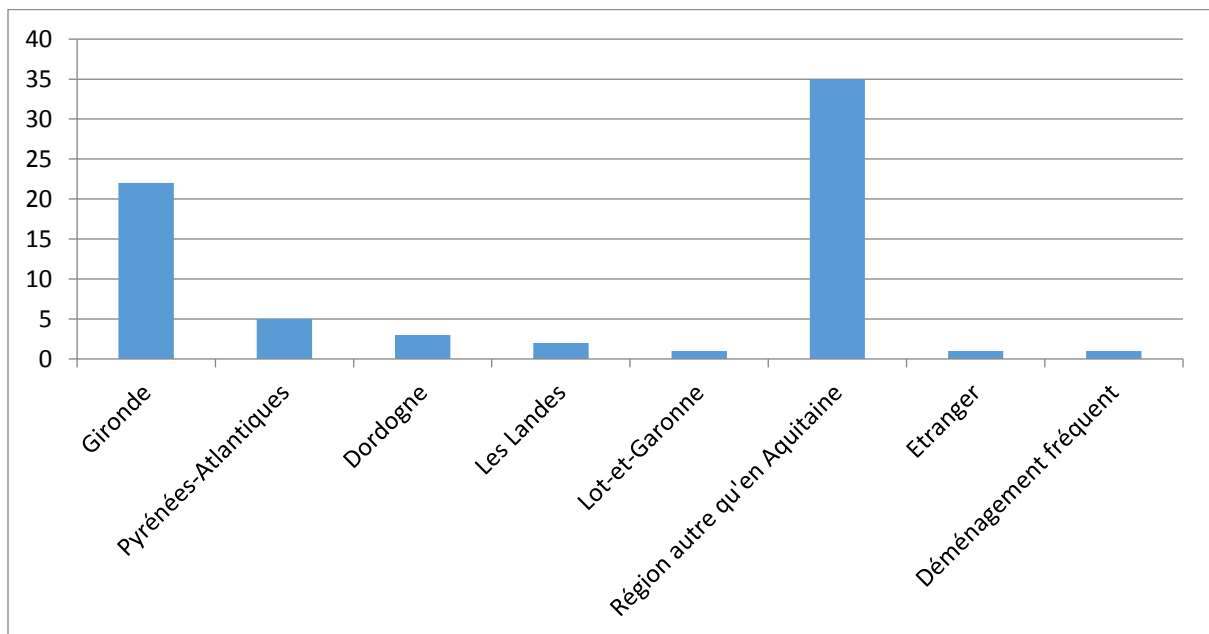


Figure 3 : Répartition des 72 internes selon le département d'enfance

Tableau II: Ville d'enfance des 72 internes répondants

Bordeaux	14
Paris	7
Pau	3
Anglet	2
Bergerac	2
Angoulême	2
Gradignan	2
Angers	1
Arras	1
Aurillac	1
Avensan	1
Bilbao	1
Bourges	1
Bourges	1
Brive la gaillarde	1
Caen	1
Camarsac	1
Castelmoron-sur-lot	1
Dax	1
Déménagement fréquent	1
Dunkerque	1
Epinal	1
Fuveau	1
Le Mans	1
Libourne	1
Lille	1
Longpont-sur-Orge	1
Montguyon	1
Montpellier	1
Mulhouse	1
Nancy	1
Orléans	1

Perigueux	1
Poitiers	1
Poyanne	1
Reims	1
Rennes	1
Saint jean d'Angely	1
Saintes	1
Saint-Médard-en-Jalles	1
Salles	1
Toulouse	1
Troyes	1
Absence de réponses	2
Total général	72

1.3 Parcours professionnel des répondants

1.3.1 Région de validation du DCEM 4

37 internes (52,1 %) avaient validé leur DCEM 4 en Aquitaine.

34 internes (47,9 %) avaient validé leur DCEM 4 dans une région autre que l'Aquitaine.

1.3.2 Choix de Bordeaux pour l'internat

Bordeaux était le premier choix de lieu d'internat pour 69 internes (97,2%).

1.3.3 Souscription au CESP

Parmi les 72 répondants, 1 seul (1,4%) bénéficiait du CESP.

1.3.4 Inscription à un DESC

9 internes (12,5 %) étaient inscrits ou envisageaient de s'inscrire à un DESC.

Tableau III: DESC réalisé, en cours ou envisagé

DESC Urgences	3
DESC Douleur et Soins Palliatifs	3
DESC Médecine Légale	1
DESC Médecine du sport	1
DESC Médecine Vasculaire	1

1.3.5 Inscription à un DIU/ DU

53 internes (73,6 %) avaient validé ou étaient inscrits ou envisageaient de s'inscrire à un DIU ou DU.

Tableau IV: DU/DIU réalisée, en cours ou envisagé

DU gynécologie	18
DU médecine générale de l'enfant	13
DU suivi de la femme enceinte et régulation des naissances	8
DU aptitude à la médecine d'urgence	5
DU bases théoriques de la médecine	4
DU urgences pédiatriques	3
DU gériatrie	3
DU échographie	2
DU mésothérapie	2
DU ostéopathie	2
DU homéopathie	2
DU soins palliatifs	2
DU urgences et soins de terrain en milieu sportif	2
DU éthique médicale	2
DU addictologie	1
DU aptitude à l'expertise médicale	1
DU du sommeil	1
DU hypnose médicale	1

DU MST/ VIH	1
DU médecine morphologique et anti-âge	1
DU médecine tropicale	1
DU radiologie en traumatologie	1
DU sexologie	1
DU thérapeutiques anti-infectieuses	1
DU toxicologie	1

1.3 .6 Nombre de stages effectués en cabinet de médecine générale

36 internes répondants (50%) avaient réalisé 1 seul stage de médecine générale.

25 internes (34,7%) en avaient effectué 2.

6 internes (8,3%) en avaient réalisé 3.

1 seul interne (1,4%) en avait fait 5.

4 internes (5,6%) n'avaient réalisé aucun stage en cabinet de médecine générale

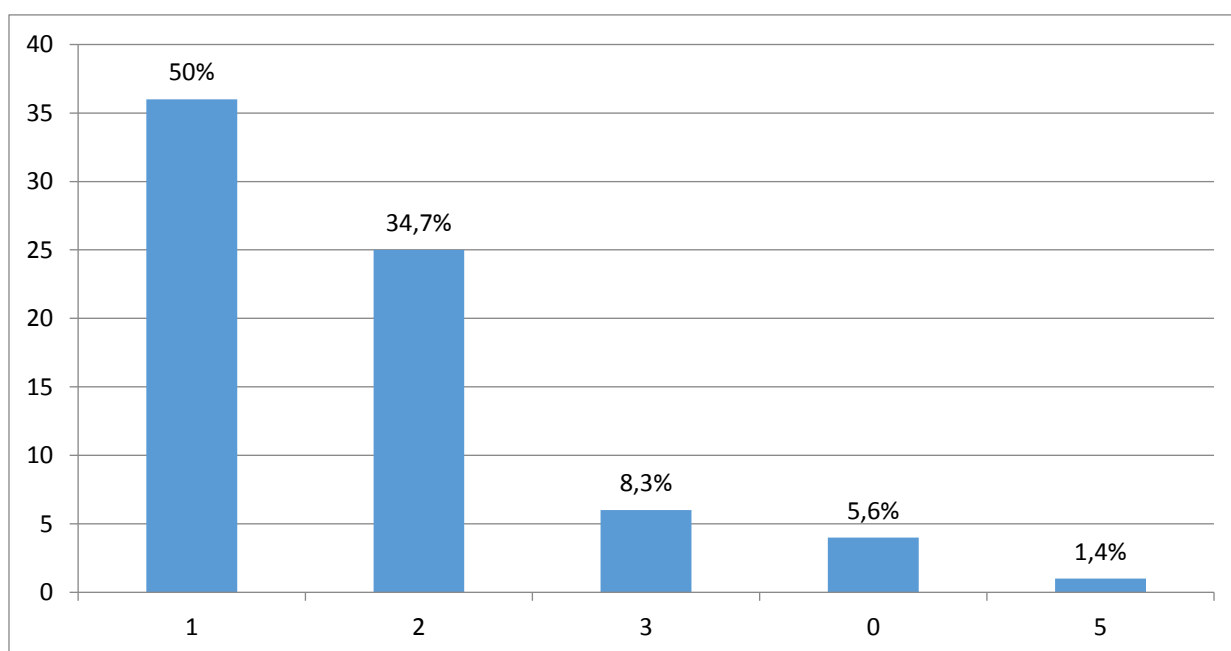


Figure 4: Répartition des 72 internes selon le nombre de stages réalisés en cabinet de médecine générale pendant les études médicales et l'internat

15 internes (21,1%) ayant passé leur DCEM 4 en Aquitaine, avaient fait 2 stages en cabinet de médecine générale contre 9 internes (12,7%) ayant validé leur DCEM 4 dans d'autres départements

5 internes (7%) ayant validé leur DCEM 4 en Aquitaine, avaient fait 3 stages en cabinet de médecine générale contre 1 interne (1,4%) ayant validé son DCEM4 dans d'autres départements

14 internes (19,7%) ayant validé leur DCEM 4 en Aquitaine, avaient fait un seul stage en cabinet de médecine générale contre 22 internes (31%) ayant validé leur DCEM 4 dans d'autres départements

3 internes (4,2 %) ayant validé leur DCEM 4 en Aquitaine, n'avaient fait aucun stage en cabinet de médecine générale contre 1 interne (1,4%) ayant validé leur DCEM 4 dans d'autres départements.

Le seul interne ayant fait 5 stages, avait validé son DCEM 4 dans un autre département que l'Aquitaine.

En regroupant le nombre de stages, on constatait que les internes qui avaient validé leur DCEM 4 en Aquitaine, faisaient plus de stages en cabinet de médecine générale que les internes qui avaient validé leur DCEM4 hors Aquitaine.

58,8% des internes qui avaient validé leur DCEM4 en Aquitaine avaient fait 2 stages ou plus en cabinet de médecine générale contre 35,5% des internes ayant validé leur DCEM 4 hors Aquitaine (p=0.04).

1.3.7 Modes d'exercice rencontrés lors des stages en cabinet de médecine générale

- En cabinet de groupe : 62 internes (21,8%)

- En exercice seul : 34 internes (15,5%).

-En zone urbaine : 48 internes (21,8%)

- En zone rurale : 41 internes (18,6 %) avaient déjà effectué au moins un stage dans un cabinet de médecine générale en zone rurale.

- En maison de santé pluridisciplinaire, maison urbaine de santé et pôle de santé : 21 internes (9,6 %)

- Avec une part d'activité salariale : 14 internes (6,4%)

1.3.8 Réalisation d'un SASPAS

27 internes (37,5%) avaient réalisé un SASPAS.

1.3.9 Réalisation de remplacements

Sur les 72 internes, 32 (44,4%) avaient déjà effectué des remplacements en cabinet de médecine générale.

1.3.10 Modes d'exercice rencontrés lors des remplacements

- En cabinet de groupe : 22 internes (30,6%).
- En exercice seul : 11 internes (15,3%)
- En zone urbaine : 21 internes (24,4%)
- En zone rurale : 20 internes (23,7%)
- En maison de santé pluridisciplinaire, maison urbaine de santé, pôle de santé : 10 internes (11,3 %)
- Avec une part d'activité salariale : 2 internes (2,8%)

2 Le CESP

2.1 Connaissance du CESP

4 internes seulement (5,6%) ne connaissaient pas le CESP.

2.2 Souscription au CESP

Parmi les 72 internes répondants, 1 seul (1,4%) bénéficiait du CESP. On ne sait pas dans quelle localité cet interne allait exercer.

19 internes (26,4%) avaient songé à en bénéficier.

2.3 CESP et situation maritale

L'unique interne, qui a souscrit au CESP, était un homme, en couple, dont le ou la conjoint(e) était en recherche d'emploi.

Parmi les 51 internes en couple, 16 (31,4%) avaient déjà songé à bénéficier du CESP.

Parmi les 21 internes célibataires, 3 (14,3%) avaient déjà songé à bénéficier du CESP.

2.4 Freins au CESP

14 freins ont été identifiés.

2.4.1 Crainte d'exercer dans une zone dépeuplée et/ou rurale du fait de l'isolement

Un des deux principaux freins à la souscription au CESP était la crainte d'exercer dans une zone trop rurale et/ou dépeuplée à l'origine du sentiment d'isolement.

Les régions liées au CESP étaient vues comme « *peu attractives* » et « *menacées* ». Elles étaient citées comme des « *campagnes* », parfois « *loin de tout* ». L'exercice y était vu « *difficile et contraignant* ».

Cette raison était évoquée par 15 internes (20,3%).

C'était la principale raison évoquée par les femmes (17,6%) et la seconde raison évoquée par les internes en couple (14,9%).

C'était également la principale raison rapportée par les internes dont la région d'enfance n'était pas l'Aquitaine avec 7 réponses.

2.4.2 Raison familiale (travail du conjoint et attaches familiales)

Le deuxième principal frein à souscrire au CESP, était la raison familiale, principalement liée au conjoint et à son métier. La crainte que le conjoint ne trouve pas de travail était prépondérante. Le ou la conjoint(e) avait déjà « *sa propre entreprise* » ou était « *salariée en CDI* ».

Cette raison était évoquée par 15 internes (20,3%).

C'était la seconde raison évoquée par les femmes avec 12 réponses (16,2%).

C'était un des deux principaux freins évoqués par les internes ayant des enfants (3 réponses).

C'était la principale raison évoquée par les internes en couple avec 12 réponses (16,2%).

C'était également la principale raison rapportée par les internes dont le département d'enfance était la Gironde.

Un interne évoquait que « *les zones du CESP sont trop éloignés de Bordeaux où je veux y garder ma vie personnelle* ».

2.4.3 Le manque de liberté d'installation

12 internes (16,2%) évoquaient, comme frein, le manque de liberté d'installation qu'entraînait la souscription au CESP.

Ce défaut de liberté d'installation était le premier frein recensé pour les hommes avec 5 réponses (6,8%).

Il s'agissait du second frein principal évoqué par les internes ayant des enfants avec 3 réponses.

Il s'agissait d'un des deux principaux freins évoqués par les internes célibataires avec 4 réponses (5,4%).

Les internes voyaient le CESP comme « *une entrave à la liberté d'installation* » et revendiquaient « *d'avoir fait médecine pour décider justement du lieu de travail en tant que profession libérale* » ou encore « *je ne veux pas qu'à 30 ans, on décide pour moi de mon lieu de travail* »

2.4.4 La peur de l'engagement

La peur de l'engagement suscitée par le CESP était évoquée par 6 internes (8,1%).

« *L'engagement sur un nombre d'années indéterminées* » a été évoqué par 3 internes.

Un interne a mis en avant que, l'engagement lié au CESP, pouvait « *faire passer à côté d'opportunités professionnelles intéressantes* ».

Une interne relatait son « *envie de liberté qui sera assouvie par des remplacements et des voyages* ».

2.4.5 Un projet professionnel incertain

L'incertitude du projet professionnel au moment de la souscription au CESP est évoquée par 6 internes (8,1%).

2 internes décrivaient le projet professionnel du médecin « *comme évoluant au fur et à mesure du temps et donc non figé.* ».

Un interne parlait « *des difficultés à se projeter professionnellement au moment de l'externat* ». Un autre interne évoquait « *que le moment de signature du CESP intervient un peu trop tôt pour être sûr de l'endroit où on veut s'installer ensuite* ».

Aucun homme n'a évoqué ce frein.

2.4.6 Absence de possibilité de choisir la zone d'exercice, de désert ou de spécialité

5 internes (6,8%).ont évoqué l'absence de choix de la zone d'exercice, tant au niveau de la spécialité qu'au niveau de la localisation géographique.

2.4.7 L'absence d'attractivité financière

5 internes (6,8%).évoquaient le côté financier peu intéressant malgré l'indemnisation proposée en échange de l'engagement au CESP.

Une interne citait que « *1200 euros sont peu attrayant pour y sacrifier sa liberté d'installation* ».

2.4.8 Le manque d'information concrète sur le CESP pendant les études de médecine

2 internes relataient le manque d'information transmises sur le CESP pendant les études de médecine.

Aucun homme n'évoquait cette raison.

Une interne déplorait « *l'absence de visualisation des postes qui seront à pourvoir à la fin de l'internat* ».

2.4.9 La non-compatibilité avec le projet professionnel envisagé

2 internes (2,7%) évoquaient un projet professionnel non compatible avec l'engagement du CESP.

2.4.10 Le manque d'offres de soins des régions proposées après souscription au CESP

1 interne rapportait le manque d'offres de soins (spécialistes, centre d'imagerie médicale et service d'urgences) dans les zones d'exercice liées au CESP.

2.4.11 Crainte de perdre un réseau constitué pendant les études

1 interne relatait la crainte de perdre le réseau constitué pendant les études de médecine. Il n'était pas précisé s'il s'agissait du réseau personnel ou professionnel.

2.4.12 Le refus d'être généraliste

1 interne citait comme frein au CESP son refus d'être généraliste.

2.4.13 La crainte d'avoir une patientèle trop importante

1 interne craignait d'avoir une patientèle trop grande dans une zone de souscription au CESP.

2.4.14 Le remboursement des indemnités avec intérêt en cas de désistement

1 interne évoquait, comme frein, le remboursement des indemnités avec intérêt, en cas de désistement.

2.4.15 Aucun

1 interne ne voyait pas de frein quant à la souscription au CESP. Il ne s'agissait pas de l'interne l'ayant souscrit.

3 Choix du futur mode d'exercice professionnel

Seuls 2 internes n'avaient pas de projet professionnel précis.

3.1 Libéral vs salarial

59 internes répondants (81,9%) envisageaient d'exercer la médecine en activité libérale après l'internat. Cette activité serait soit libérale exclusive pour 31 internes (43%) soit mixte avec une part salariale pour 28 internes (38,9%).

8 internes envisageaient une activité salariale exclusive (11,1%).

5 internes n'avaient pas de projet précis sur la question (6,9%).

3.1.1 Mode d'activité libérale envisagé après l'internat

La majorité des internes qui envisageait une activité libérale exclusive ou partielle à l'issue de l'internat soit 42 internes (65,6%), souhaitait exercer en tant que remplaçant.

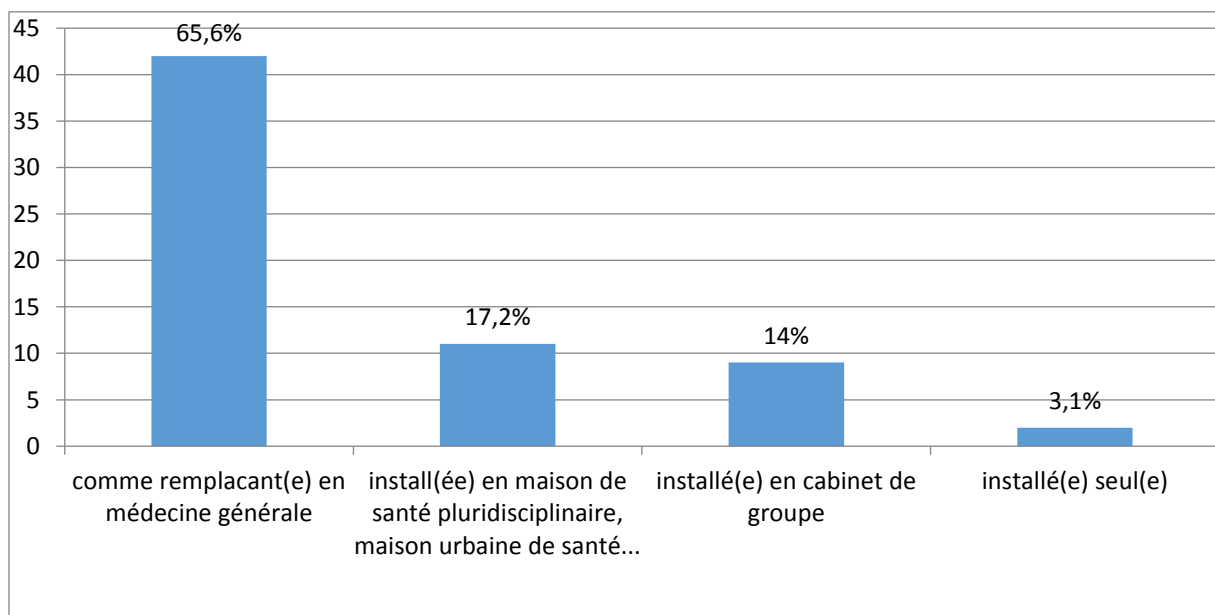


Figure 5: Répartition des 64 internes répondants selon le mode d'activité libérale envisagé après l'internat

3.1.2 Mode d'activité salarié envisagé après l'internat

La majorité des internes désirant exercer en tant que salarié après l'internat, soit 20 internes (58,8%), souhaitait exercer en établissement public de santé.

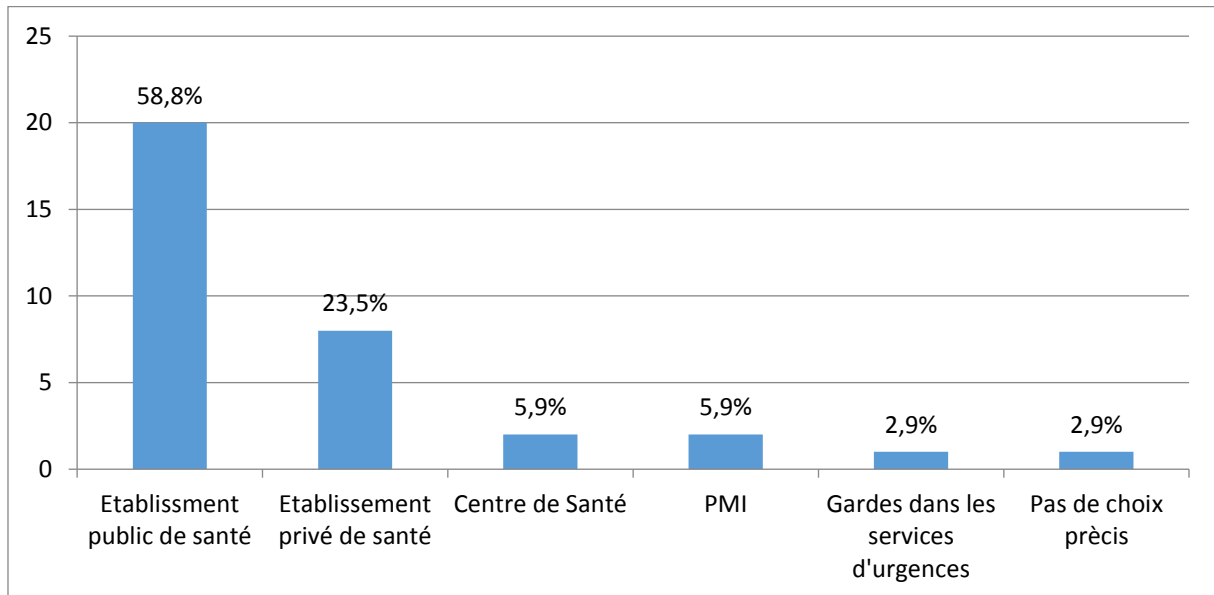


Figure 6: Répartition des 34 internes selon le mode d'activité salariée envisagé

3.2 Impact des stages effectués

3.2.1 Impact des stages sur le type de remplacement

Il a été analysé les réponses d'internes ayant fait uniquement des stages en zone rurale soit 4 internes ou des stages uniquement en zone urbaine soit 5 internes. Ont été exclu ceux qui ont fait les 2.

Il apparaît que les internes ayant fait des stages en zone rurale, faisaient majoritairement des remplacements en zone rurale et que les internes qui faisaient des stages en zone urbaine faisaient majoritairement des remplacements en zone en urbaine.

Tableau V: Mode d'activité rencontrée pendant les stages et les remplacements

Nombre d'internes	Activité rencontrée rurale pendant les remplacements	Activité rencontrée urbaine pendant les remplacements	Nombre total d'internes
Activité rencontrée uniquement rurale pendant les stages	4	0	4
Activité rencontrée uniquement urbaine pendant les stages	1	5	6
Total	5	5	10

3.2.2 Impact des stages sur le mode d'exercice envisagé après l'internat

Parmi les 14 internes ayant rencontré une activité salariée lors de stages en cabinet de médecine générale, 2 seulement envisageaient une activité salariale exclusive et 5 envisageaient une activité mixte.

Parmi les 41 internes, qui avaient rencontré une activité en zone rurale pendant les stages, la majorité soit 35 internes envisageaient une activité libérale, soit exclusive pour 17 internes, soit mixte pour 18 internes.

Parmi les 34 internes, qui ont rencontré une activité en cabinet installé seul, pendant les stages, 28 envisageaient une activité libérale, soit exclusive pour 10 internes, soit mixte pour 18 internes.

3.3 Impact du sexe

La majorité des femmes soit 43 femmes sur les 52 répondantes (82,7%) envisageait une activité libérale.

Cette activité serait libérale exclusive pour 24 femmes (46,2%) ou libérale mixte pour 19 femmes (36,5%).

6 femmes (11,5%) souhaiteraient avoir une activité salariée exclusive.

La majorité des hommes soit 16 hommes sur les 20 répondants (80%) envisageait une activité libérale.

Cette activité serait libérale exclusive pour 7 hommes (35%) ou libérale mixte pour 9 hommes (45%).

2 hommes (10%) souhaitaient avoir une activité salariée exclusive.

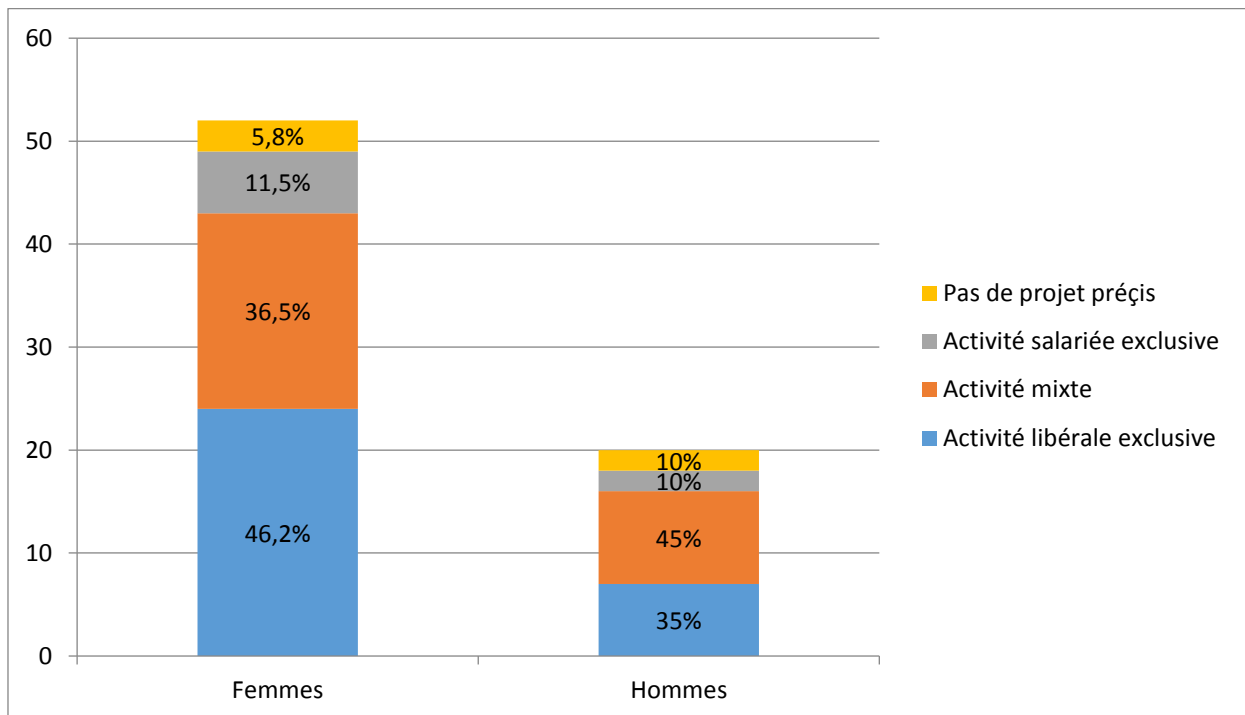


Figure 7: Répartition des 52 femmes et 20 hommes selon le mode d'activité envisagé après l'internat

3.4. Impact des remplacements

Les 11 internes ayant effectué au moins un remplacement, d'un médecin installé seul, envisageaient une activité libérale exclusive ou mixte après l'internat.

Les 2 internes ayant rencontré une activité salariale durant les remplacements envisageaient une activité libérale exclusive ou mixte.

Parmi les 20 internes ayant rencontré une activité en zone rurale durant les remplacements, 17 (85%) envisageaient une activité libérale exclusive ou mixte.

3.5 Place du cursus universitaire

3.5.1 Augmentation envisagée de la durée de l'internat de médecine générale.

La majorité des internes, soit 38 (52,8%), ne trouvait pas utile d'augmenter la durée de l'internat de médecine générale de 3 à 4 ans comme cela avait été évoqué par le collège des enseignants de médecine générale.

Parmi les 4 internes qui n'avaient effectué aucun stage de médecine générale en cabinet, 3 (75%) trouvaient utile l'augmentation de la durée de l'internat de médecine générale.

Parmi les 36 internes, qui avaient fait 4 stages de médecine générale en cabinet, 20 (55,6%) trouvaient utile d'augmenter la durée d'internat de médecine générale.

Pour les internes qui avaient fait de 2 à 5 stages, l'utilité de rallonger l'internat de médecine générale de 3 à 4 ans n'était pas retrouvée.

3.5.2 Projet de devenir maître de stage

30 internes (41,7%) envisageaient d'être maîtres de stage.

14 internes (19,4%) ne souhaitaient pas être maître de stage.

28 internes (38,9%) étaient encore indécis.

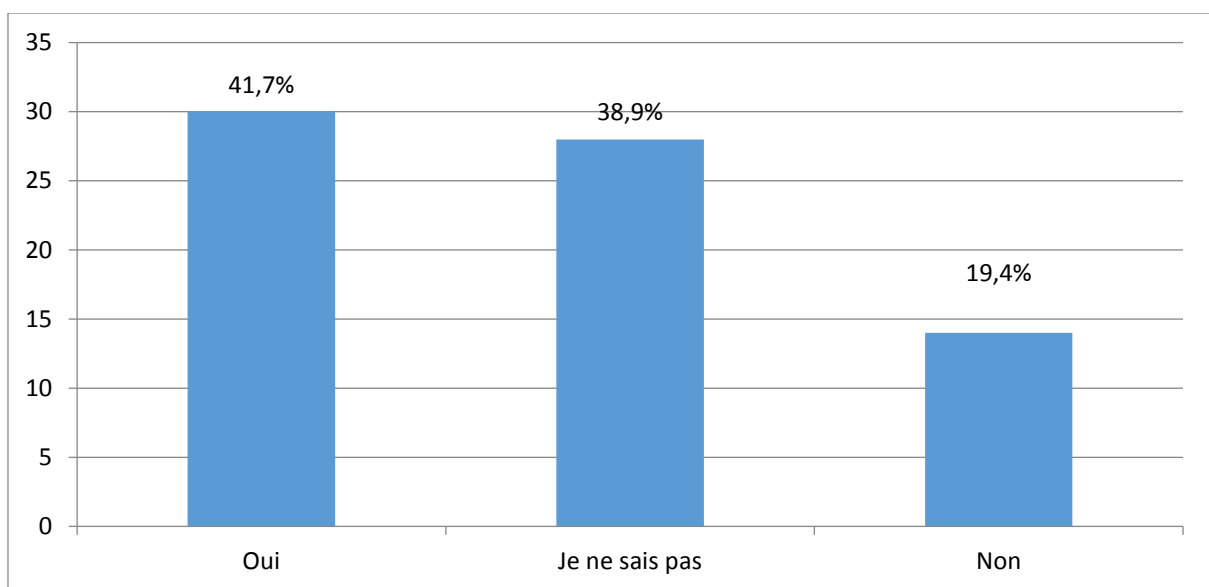


Figure 8: Répartition des 72 internes selon le projet de devenir maître de stage

Parmi les 31 internes qui envisageaient du libéral exclusif, 12 (38,7%) pourraient être maîtres de stages et 13 (41,9%) ne savaient pas encore.

Parmi les 16 internes qui envisageaient une activité mixte, 6 (37,5%) pourraient être maîtres de stages et 10 (62,5%) ne savaient pas encore.

3.6. Projet de formation continue

Parmi les 72 répondants, 62 (86,1%) envisageaient de bénéficier de la formation continue. Chaque interne pouvait citer plusieurs choix de formation continue.

Tableau VI: Répartition des réponses des 62 internes répondants selon le type de formation continue envisagée

FMC	54
Groupe de pairs	38
Congrès	34
Groupe Balint	1
Diplômes universitaires	1
Revue spécialisées	1

Parmi les 31 internes, qui envisageaient une activité libérale exclusive, 27 (87%) désiraient faire de la formation continue

De même, parmi les 28 internes qui envisageaient une activité mixte, 26 (92,9%) désiraient faire de la formation continue.

Même les 5 internes, qui n'avaient pas de projet précis, 4 (80%) envisageaient de participer à la formation continue.

4 Choix du futur lieu d'exercice professionnel

4.1 Département choisi pour le début d'activité.

La majorité des internes soit 45 internes (64,3%) souhaitait rester en Gironde pour débiter leur activité professionnelle.

Le deuxième département envisagé était les Pyrénées-Atlantiques pour 8 internes (11,4%). 58 internes (80,6%) envisageaient de rester en Aquitaine pour débiter leur activité professionnelle.

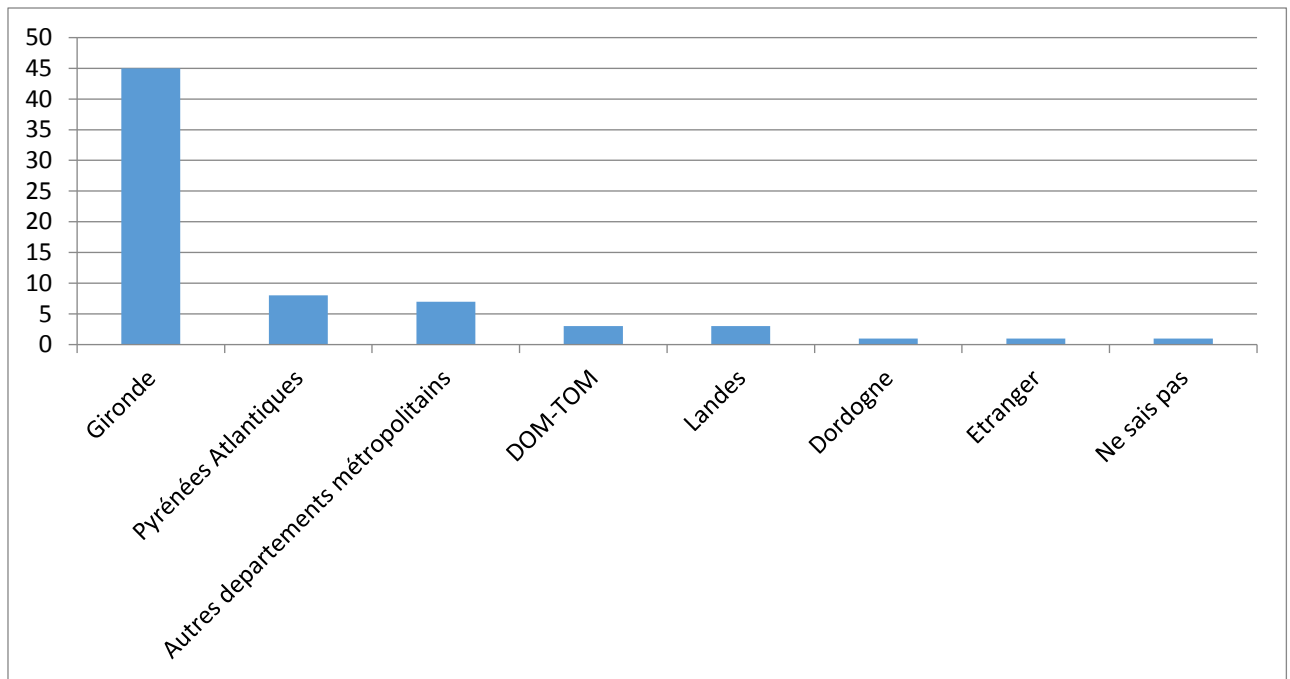


Figure 9: Répartition des 70 internes répondants selon le département souhaité pour le début d'activité professionnelle

Parmi les 45 internes souhaitant débiter une activité professionnelle en Gironde, 25 venaient d'un département n'appartenant pas à l'Aquitaine et 16 étaient natifs de Gironde.

Parmi les 7 internes souhaitant débiter une activité professionnelle dans un département métropolitain autre que l'Aquitaine, 5 venaient d'un autre département n'appartenant pas à l'Aquitaine.

Parmi les 37 internes ayant validé leur DCEM 4 en Aquitaine, la majorité soit 26 (70,3%) prévoyait de rester en Aquitaine.

Parmi les 34 internes ayant validé leur DCEM 4 dans un département n'appartenant pas à l'Aquitaine, la majorité soit 24 (70,6%) prévoyait de rester en Aquitaine.

4.2 Raisons du choix du futur lieu d'activité

Les 72 internes ont répondu à cette question.

La première raison évoquée était la famille pour 47 internes (65.3%)

La seconde raison évoquée était l'attractivité de la région pour 42 internes (58.3%).

L'intérêt personnel comme une promesse de poste était cité par 27 internes (37.5%).

L'aspect financier était retenu par 7 internes (9,7%).

4.3 Zone prioritaire/Zone fragile

27 internes (37,5%) étaient prêts à travailler en zone prioritaire ou fragile.

25 internes (34,7%) étaient indécis.

17 internes (23,6%) ne voulaient pas travailler en zone prioritaire ou fragile.

Seuls 3 internes (4,2%) des internes ne connaissaient pas les zones prioritaires ou fragiles.

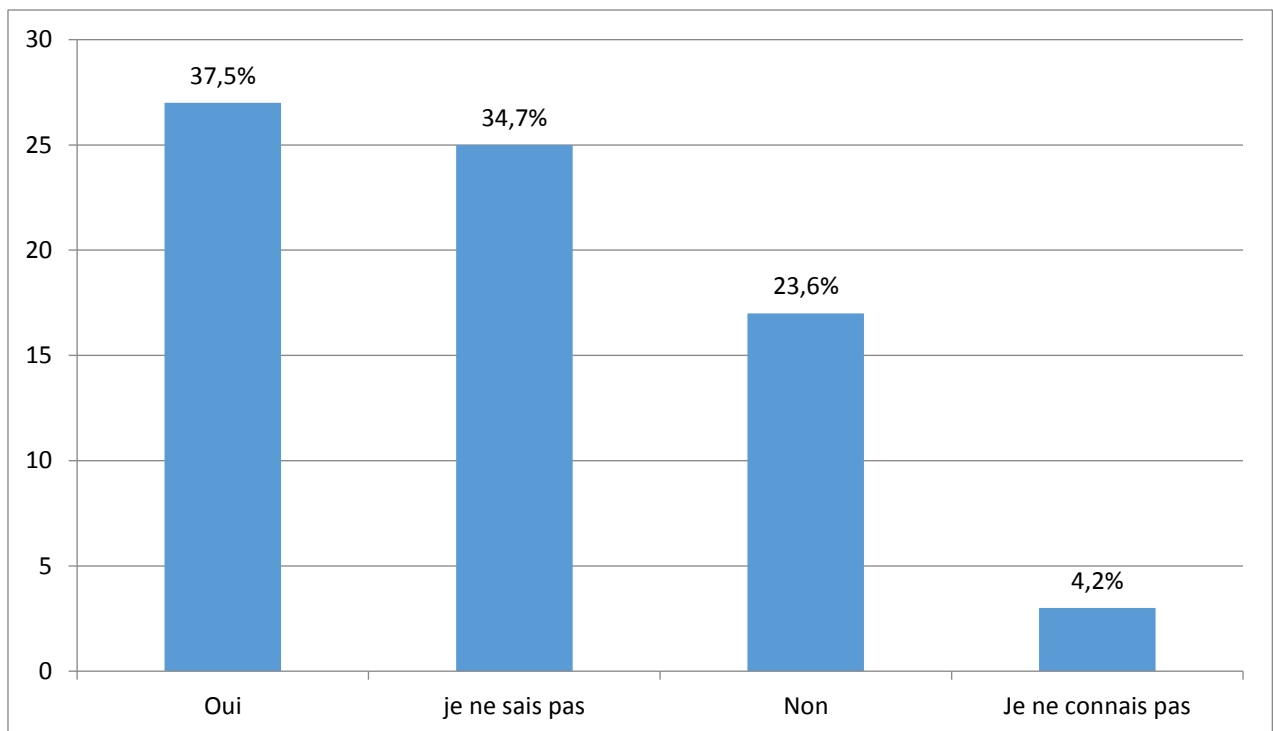


Figure 10: Répartition des 72 internes selon leur disposition à travailler en zone fragile ou prioritaire

Il n'y avait pas de différence significative selon sexe concernant la disposition à travailler en zone prioritaire / fragile. A noter que les femmes étaient plus indécises que les hommes avec 40% qui ne savaient pas contre 20% des hommes.

Il n'y avait pas non plus de différence significative selon la situation maritale.

Il n'y avait pas non plus de différence significative selon le fait d'avoir ou pas des enfants .Ceux qui avaient des enfants hésitaient pour 60% contre 30,6% pour ceux qui n'en n'avaient pas.

5 Incitations à une activité libérale

5.1 Raisons du choix du mode d'activité d'exercice professionnel

Quel que soit le choix d'activité envisagée dans l'avenir proche :

La première raison évoquée était la famille pour 35 internes (48,6%).

La seconde raison évoquée était les horaires pour 30 internes (41.7%).

L'intérêt personnel comme une promesse de poste était la troisième raison pour 27 internes (37.5%).

La quatrième raison évoquée était l'aspect financier pour 24 internes (33.3%)

La cinquième raison était la charge de travail pour 16 internes (22.2%).

Les autres raisons évoquées ont été citées de façon moindre.

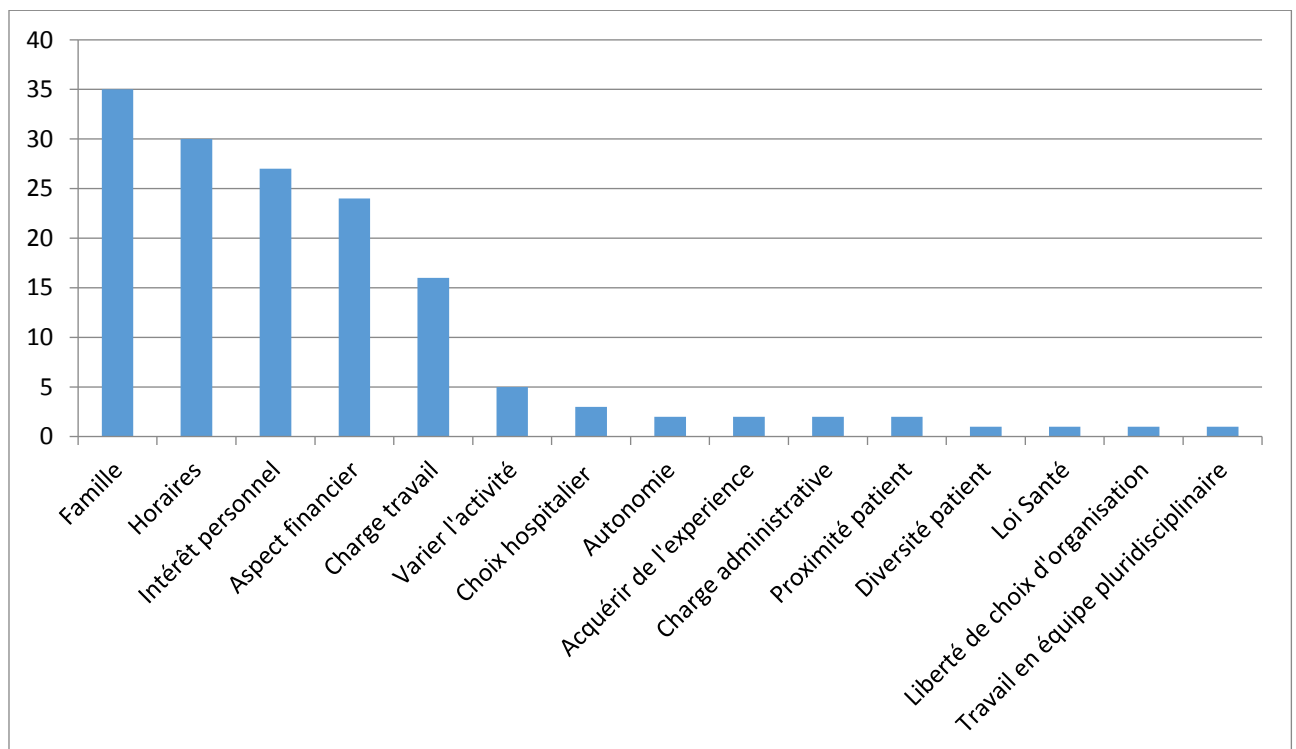


Figure 11: Répartition des réponses aux raisons du choix du mode d'activité professionnelle envisagée des 72 internes

Pour les internes qui envisageaient une activité libérale exclusive ou mixte, la première raison évoquée était la famille (24,6 % des internes envisageant un mode d'activité libéral exclusif et 26,2 % des internes envisageant une activité mixte) suivi des horaires (23,3 % pour les internes envisageant un mode d'activité libéral exclusif et 16,9 % pour les internes envisageant une activité mixte) et l'aspect

financier (18% pour les internes envisageant un mode d'activité libéral exclusif et 15,4 % pour les internes envisageant une activité mixte).

Pour les internes qui envisageaient une activité salariée, les premières raisons évoquées étaient les horaires (22,2%), l'intérêt personnel (22,2%) et la charge de travail (22,2%).

5.2 Freins à l'installation en libéral

Le premier frein évoqué était le temps administratif trop long pour 66 internes (91.7%). Le second frein était la charge de travail pour 52 internes (72.2%).

Le troisième frein était les conditions d'exercice à venir incertaines pour 44 internes (61.1%). Le quatrième frein était les horaires trop longs pour 42 internes (58.3%). Le cinquième frein était l'isolement professionnel pour 37 internes (51.4%).

Les autres freins cités sont données dans le tableau suivant.

Tableau VII : Répartition des réponses des 72 internes concernant les freins à l'installation en libéral

Installation à temps partiel peu compatible avec l'exercice libéral	19 (26.4%)
Difficultés à réaliser un travail de qualité	18 (25%)
Les gardes	18 (25%)
Difficultés à se faire remplacer	15 (20.8%)
Pas assez de congés	14 (19.4%)
Revenus insuffisants/ Patientèle insuffisante	12 (16.7%)
Difficultés à suivre la formation médicale continue	10 (13.9%)
Faible diversité de la pratique	3 (4.2%)
Difficultés à combiner une activité libérale et une activité universitaire	2 (2.8%)

5.3 Leviers pour une incitation à l'activité libérale

5.3.1 Aides financières de l'Etat

Le premier levier identifié, pouvant inciter à choisir une activité libérale, était l'instauration d'aides financières par l'Etat pour 16 internes.

Il s'agirait d'aides humaines financées, comme une « *secrétaire principalement, un comptable ou un agent d'entretien ménager* ».

La seconde demande portait sur des locaux mis à disposition gratuitement.

Les internes souhaitaient également des aides pour les travaux comme pour la mise aux normes d'accessibilité pour les personnes handicapées.

Un interne citait des « *aides financières pour le matériel médical coûteux tel que l'ECG, l'échographe et le défibrillateur* ».

5.3.2 Diminution de la charge administrative

Le second levier pouvant inciter à choisir une activité libérale était la diminution des charges administratives pour 15 internes.

Il s'agirait d'avoir « *moins de comptabilité* » et d'avoir « *moins de lourdeur administrative* » ou « *des simplifications administratives* » ou « *moins de paperasserie* ». Les internes souhaitaient que « *le nombre de déclaration administratives soit diminué* ».

5.3.3 Diminution des charges fiscales

Le troisième levier pouvant inciter à choisir une activité libérale était la diminution des charges et impôts pour 9 internes.

Les internes souhaitaient « *une diminution des impôts fiscaux, de l'URSSAF et de la CARMF* ». « *La diminution du coût, lié à l'installation* » était également citée sans plus de précision.

5.3.4 Revalorisation de la consultation et des actes

Pour 8 internes, un levier serait que le prix des actes et de la consultation soient revalorisés.

Un interne demandait, de façon plus précise « *une revalorisation des consultations non programmées* » et « *une revalorisation du prix des consultations de prévention qui durent plus longtemps* ».

2 internes demandaient « *une harmonisation du prix de la consultation à l'échelle européenne* ».

Un interne demandait « à être payé à hauteur des études effectuées ».

5.3.5 Faciliter le travail en équipe

6 internes envisageaient comme levier, tout ce qui permettrait de faciliter le travail en équipe : à la fois entre médecins mais aussi avec les paramédicaux (IDE, kinésithérapeute, sage-femme) et les auxiliaires de vie.

1 interne évoquait « la nécessité d'un temps de réunion pluridisciplinaire entre les partenaires ».

La notion de « contact privilégié » avec les interlocuteurs précédents était citée pour 2 internes.

5.3.6 Couverture santé similaire au salarial

4 internes pensaient qu'une meilleure couverture santé serait un levier pour le choix de l'installation en libéral. Deux internes demandaient « une couverture santé identique au salarié »

Les répondants citaient « un meilleur financement des congés maternité et paternité ».

L'abolition des jours de carences en cas d'arrêt maladie était également retrouvée.

5.3.7 Création de maison de santé

4 internes citaient la création de maison de santé comme un levier à l'installation en libérale.

Un interne, désirant la création de maison de santé, trouvait « les projets de maison de santé actuels peu intéressants ».

Un interne citait vouloir avoir une maison de santé juste à côté de son domicile.

L'intérêt apporté des maisons de santé n'a pas été développé par les internes répondants.

5.3.8 Diminution des contrôles institutionnels

2 internes trouvaient que « diminuer le nombre des contrôles des institutions » permettrait de favoriser l'installation en libéral.

Les institutions citées étaient « l'Etat », « l'ARS » et « la CPAM ».

Un interne évoquait « l'étatisation de la médecine libérale » et un second parlait « de diminuer la pression de l'Etat ». Ces deux internes revendiquaient leur « souhait d'indépendance vis-à-vis des institutions ».

5.3.9 Facilitation de l'accès de la formation en libéral

2 internes pensaient que faciliter la formation pour les médecins libéraux serait un levier. Les internes concernés déclaraient «vouloir avoir du temps dédié à la formation ».

5.3.10 Proposition de cours théoriques à la gestion du cabinet en libéral et de comptabilité durant les études

2 internes trouvaient qu'avoir des cours de gestion et de comptabilité, durant l'internat inciterait à choisir du libéral. Un des internes mentionnait « *une formation à devenir chef d'entreprise, ce qui est très anxiogène* ».

5.3 .11 Abolition du tiers payant généralisé

Un interne citait l'abolition du tiers payant généralisé sans plus de précision avec une volonté de « *ne pas dépendre des financeurs tel que la CPAM ou les mutuelles* ».

5.3.12 Aide pour trouver un remplaçant

1 interne demandait qu'une aide technique soit donnée pour trouver un remplaçant.

5.3.13 Augmenter le numerus clausus

Un interne disait que « *s'il y avait plus de places offertes en médecine, il y aurait plus de médecins* » et que « *cela permettrait de mieux aménager son temps de travail et de se rendre disponible pour sa famille* ».

5.3.14 Liberté d'orienter sa patientèle

Une interne souhaitait orienter sa patientèle selon ses choix professionnels. Elle écrivait « *vouloir faire de la pédiatrie essentiellement* ».

5.3.15 Valorisation des diplômes universitaires

Une interne souhaitait la reconnaissance des DU/DUI et de ce fait de « *pouvoir inscrire sur sa plaque les DU/DIU comme une spécialité* ».

5.4 Places des organismes et des administrations

5.4.1 Institutions ou organismes perçus comme freins à l'exercice libéral

19 internes (26,4%) ont répondu à la question sur les organismes et institutions qui étaient potentiellement des freins à l'exercice libéral.

L'URSSAF était citée en premier lieu avec 10 réponses. L'URSSAF serait « *injoignable* » pour un interne et « *incompréhensible* » pour un autre interne.

La CARMF était cité en deuxième place avec 8 réponses. Un interne déplorait « *de cotiser sans avoir la garantie d'une retraite* ».

Le ministère de la Santé et la loi Santé étaient cités en troisième place avec 7 réponses.

La CPAM était citée par 5 internes. Un interne déplorait « *le jugement des prescriptions par la CPAM sans la réalité du terrain et pour laquelle on est désormais à la merci car c'est elle qui nous paie* ». Un interne évoquait « *le flicage des prescriptions* »

Etaient citées à fréquence moindre : le Trésor Public (2 réponses), l'ARS (1 réponse) et les « *organismes d'assurances* » (1 réponse).

Un interne avait cité « *la mentalité des médecins généralistes rencontrés pendant les stages : patients vus en 5 minutes, faire du chiffre, de gros horaires, dire non à rien car on se croit irremplaçable* ».

2 internes ont dit qu'ils ne voyaient aucun organisme ou institution comme des freins et un interne ajoutait « *aucun, si on sait travailler en partenariat* ». L'autre interne écrivait « *Les anciens se sont installés avec beaucoup moins de formation spécifique et de connaissances sur la gestion du cabinet, je propose surtout qu'on prenne nos responsabilités et que la jeune génération fasse le métier à laquelle elle est destinée : la médecine libérale* »

5.4.2 Solutions apportées aux freins institutionnels

Les réponses apportées à cette question étaient peu nombreuses : seuls 9 internes (12,5%) y ont répondu.

Les solutions identifiées étaient :

- « *avoir plus de liberté vis-à-vis de la CPAM* » sans plus de précision
- « *le déconventionnement de la sécurité sociale* »
- « *l'instauration d'assurances et de caisses de retraite privées* » pour un interne
- « *abolir la loi Santé* »
- « *regrouper l'URSSAF et les impôts sous la même taxe* »
- « *Simplifier les démarches* » sans plus de précision

6 Résumé des principaux résultats

<p>Caractéristiques de l'échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> -72 internes répondants -52 femmes (72,2%) et 20 hommes (27,8%) -27,8 ans de moyenne d'âge -51 internes en couple (70,8%) et 21 internes célibataires (29,2%) -10 internes avaient des enfants (13,9%) -Département majoritaire d'habitation : la Gironde (76% des internes) - Département d'enfance : 35 internes d'Aquitaine (50%) et 35 hors Aquitaine (50%)
<p>Cursus universitaire et professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> -36 internes (50%) avaient réalisé un seul stage en cabinet de médecine générale -32 internes (44,4%) avaient déjà réalisé des remplacements
<p>CESP</p>	<ul style="list-style-type: none"> -4 internes ne connaissaient pas le CESP - 1 seul interne avait souscrit au CESP -Principaux freins aux CESP : la crainte d'exercer dans une zone isolée (pour 20,3%) et les raisons familiales liées au conjoint (pour 20,3%)

<p>Mode d'exercice professionnel envisagé et déterminants de ce choix</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 59 internes (89,1%) envisageaient le libéral majoritairement sous forme de remplacements pour 42 internes (65,6%) -Principales raisons du choix du mode d'exercice : la famille (pour 48,6%) et les horaires (pour 41,7%) -Principaux freins à l'exercice libéral : le temps administratif trop long (pour 91,7%) et la charge de travail (pour 72,2%) - Principaux leviers à l'activité libérale : instaurer des aides financières de l'Etat pour des aides humaines principalement (secrétaire, comptable...), proposer des mesures pour diminuer la charge administrative et diminuer les charges fiscales (impôt sur le revenu, URSSAF, CARMF) -30 internes (41,7%) envisageaient de devenir maîtres de stage
<p>Lieu d'exercice professionnel envisagé et déterminants de ces choix</p>	<ul style="list-style-type: none"> -58 internes (80,6%) souhaitaient débiter leur exercice en Aquitaine majoritairement en Gironde (64,3%) -Principales raisons du choix du lieu d'exercice : la famille (pour 65.3%) et l'attractivité de la région (pour 58.3%)

DISCUSSION

1 Forces et Limites de l'étude

1.1 Limite de l'étude : le taux de réponses

Le taux de réponse au questionnaire était de 37.9%, ce qui représente plus d'un tiers des internes ciblés.

Ce chiffre peut s'expliquer par les modes de diffusion, qui n'ont pas pu atteindre tous les internes visés. La diffusion du questionnaire, via les adresses mails connues du DMG, a été confrontée au fait que les internes ne consultaient pas tous leur adresse mail universitaire. Le mode de diffusion via le groupe SIMGA Facebook® n'a visé que les internes inscrits sur ce groupe mais semblait le moyen le plus fiable pour viser le plus grand nombre d'internes. Enfin, le mode de diffusion sur le site du SIMGA était accessible à tous les internes répondants aux critères. Cependant, ce site est peu consulté par les internes de médecine générale. Ainsi, aucune nouvelle réponse n'a été apportée par l'intermédiaire du site officiel du SIMGA : le dernier questionnaire recueilli datait du 10 juin 2015 alors que la diffusion sur le site du SIMGA a été faite en juillet 2015.

Les relances, pendant les cours à l'Université, n'ont pas permis d'obtenir de nouvelles réponses.

De plus, le logiciel Google Forms® ne permettait pas de relances automatisées comme dans l'étude similaire, effectuée par l'ORS d'Alsace en 2014 (16) qui a utilisé le logiciel LimeSurvey®.

1.2 Forces de l'étude

1.2.1 Choix du questionnaire Google Forms®

Une idée de questionnaire sur Word ® avait été initialement évoquée.

Cependant, les inconvénients du mode de diffusion et du recueil des données paraissaient compliqués.

L'utilisation de Word ® aurait obligé l'interne répondant à le renvoyer en pièce jointe et donc à rompre l'anonymat en communiquant son adresse mail.

L'interne aurait pu aussi imprimer le questionnaire et l'envoyer par courrier ou le déposer à l'université .Cela semblait chronophage et aurait diminué les réponses du fait des difficultés de logistique.

Le logiciel Google Forms® permettait une simplification et une rapidité des réponses. Il permettait également une analyse succincte des réponses afin d'en dresser un premier bilan.

1.2.2 Un recueil de données récent

Au moment de l'étude, il n'existait pas d'études sur les attentes professionnelles des internes de médecine générale en fin de cursus dans une région du Sud Ouest de la France.

1.2.3 Une richesse des réponses libres

Alors que les questions fermées avaient été privilégiées pour motiver les internes à répondre au questionnaire, ces derniers se sont beaucoup exprimés dans les questions ouvertes interrogeant leur point de vue personnel. Cela montre aussi leur intérêt pour leur avenir professionnel et leur envie de partager leurs avis sur les motivations de leurs choix.

2 Le profil personnel des internes répondants

2.1 Une vie personnelle déjà établie

La majorité des internes (70.8%) était déjà en couple à la fin de l'internat. On retrouve des données similaires dans l'étude de l'ORS d'Alsace (16) où 76% des internes alsaciens en fin d'internat étaient en couple et également dans la thèse de Delphine Groboz-Lecoq soutenue en 2014 où 78.3% des internes niçois en fin de DES étaient en couple (17). Dans la majorité des cas, le conjoint avait déjà un emploi, ce qui peut avoir un impact sur les choix et lieu d'exercice professionnel de l'interne en médecine générale. Le nombre d'internes déjà parents restait minoritaire (13.9%).

2.2 L'Aquitaine : région attractive pour l'internat

L'Aquitaine est une région attractive pour réaliser son internat de médecine générale. En effet, près de la moitié des internes répondants avaient réalisé leurs études de médecine dans une autre région que l'Aquitaine et la moitié avait passé leur enfance dans une autre région que l'Aquitaine. Cette tendance est retrouvée dans la thèse de Naiké Massu soutenu en 2017 et portant sur le devenir professionnel des internes effectuant le DES de médecine générale en Aquitaine mais originaire d'une autre région : 61% des internes issus d'autres régions que l'Aquitaine déclaraient être venu dans la région pour l'attractivité qu'elle représente (18).

Cela est différent de la région d'Alsace où deux tiers des internes répondants à l'étude était originaire d'Alsace (16).

La quasi-totalité des internes répondants désiraient Bordeaux comme premier choix de ville pour l'internat. Ce choix est aussi valable pour les autres spécialités : le CHU de Bordeaux était classée, en 2016, au 5^{ème} rang des CHU prisées par les internes, derrière les CHU de Nantes, les Hospices civils de Lyon, le CHU de Montpellier-Nîmes et le CHU de Rennes(19).

3 Le parcours universitaire des internes répondants

3.1 L'augmentation de l'attrait du CESP

Dans notre étude, le CESP était largement connu mais seul 1 interne y avait souscrit. Nous ne savions pas dans quelle localité cette interne allait exercer. Les deux principales raisons de non souscription étaient la crainte d'exercer dans une zone dépeuplée et les raisons familiales. Cela diffère avec la tendance en hausse de CESP signés en Aquitaine. Peut être parce que les internes interrogés, en fin de cursus, n'avaient pas été encore assez sensibilisés par les mesures des Pactes Territoire Santé (2,3). En effet, de 2010 à 2015, 66 CESP ont été signés en Aquitaine :

- En 2010 : 9 CESP signés (5 étudiants/4 internes)
- En 2011 : 7 CESP signés (2 étudiants/5 internes)
- En 2012 : 5 CESP signés (1 étudiant/4 internes)
- En 2013 : 13 CESP signés (5 étudiants/8 internes)
- En 2014 : 17 CESP signés (7 étudiants/10 internes)
- En 2015 : 15 CESP signés (11 étudiants/4 internes)

L'application du deuxième engagement du PTS1 (2) peut expliquer l'augmentation de 160% du nombre de CESP signés entre 2012 et 2013 en Aquitaine. L'engagement 2 du PTS1 visant la signature de 1500 CESP d'ici 2017 (2), s'est notamment réalisé par une meilleure lisibilité du CESP.

Au sein de l'ARS, un référent installation a été instauré pour guider l'étudiant des stages à l'installation. Il représente alors un interlocuteur privilégié facilement accessible par ligne directe. En parallèle, le Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé (PAPS), service d'information de proximité a été créé pour faciliter l'orientation des étudiants, internes et médicaux à chaque étape de leur vie professionnelle. L'objectif de ce portail était de donner une information fiable sur les conditions d'exercice en libéral, les aides d'installation existantes et des aides d'identification des bons interlocuteurs selon la demande. Des kits de communication (affiche, brochure et carte postale) ont été diffusés.

Dans certaines régions comme en Alsace et Champagne Ardenne, les facultés de médecine ont ouvert des permanences pour informer les internes et les étudiants en médecine sur le dispositif du CESP (2). Dans d'autres régions, comme en Auvergne et Picardie, des campagnes de communication ont été instaurées lors des journées de pré-rentrée et lors des choix de stage (2). En Aquitaine, le CESP est abordé lors des choix de stage mais aucune permanence n'est instaurée pour établir un lien direct avec l'ARS et l'étudiant ou interne. Cependant, le nombre de CESP signés a bel et bien augmenté.

Au 24 février 2017, l'objectif de 1700 CESP était largement atteint puisque le nombre de CESP signés était d'environ 1800 (19).

3.2 Une expérience en cabinet de médecine générale pendant les études de médecine

La moitié des internes avait réalisé un seul stage en cabinet de médecine générale.

4 internes n'avaient réalisé aucun stage en cabinet de médecine générale. Parmi ces 4 internes, 3 internes avaient réalisé leur 2ème cycle des études médicales à Bordeaux. Cette absence de stage effectué en cabinet de médecine générale, en dernière année d'internat, se retrouve également en Alsace (16). Ce chiffre reste questionnant car les internes répondants étaient en dernier semestre d'internat. Cela signifie qu'ils n'avaient réalisé aucun stage en cabinet de médecine générale durant l'externat et l'internat. Pourtant, la maquette de l'internat à Bordeaux prévoit la réalisation obligatoire d'un stage en cabinet de médecine générale de ville.

Il se pourrait donc que les internes étaient en dernier semestre de TCEM 3 mais qu'il leur restait des stages à valider. On remarque ainsi que sur les 190 internes civils : 180 avaient validé 5 semestres et 10 n'en avaient validé que 4. De ce fait, une partie des internes étaient en dernier semestre de TCEM3 mais devait valider encore 2 stages. Cela peut être le cas d'une des deux femmes répondantes qui avait des enfants. Elle a pu être en surnombre ou en disponibilité.

Enfin, il se peut que les internes répondants n'aient pas pris en considération, dans leur compte, le stage réalisé au moment de la réponse au questionnaire.

Ces chiffres étaient recueillis alors que l'engagement 1 du PTS 1, visant la réalisation d'un stage en médecine générale pour 100% des étudiants en médecine, était en train d'être mise en œuvre (2). L'évolution semble correcte puisque sur les 2732 étudiants de 2ème et 3ème cycle d'études médicales en France, 70% déclaraient avoir effectué au moins un stage en cabinet de médecine générale en 2015 (4).

Il est rare qu'un interne ait effectué 5 stages en cabinet de médecine générale. Le seul interne concerné avait réalisé son externat à Paris. Cet interne avait pu réaliser 3 stages en cabinet en médecine générale durant l'internat (stage en cabinet de médecine de ville, stage de SASPAS, stage gynécologie en cabinet de médecine de ville ou SASPAS) et 2 durant l'externat.

On ne peut cependant pas dire que les étudiants en médecine des Universités de Paris font plus de stages que les étudiants des autres facultés de médecine de France. En effet, parmi les 8 internes ayant réalisé leur externat à Paris, 5 avaient réalisés un stage cabinet de médecine générale et 2 en avaient réalisé 2.

Le mode d'exercice rencontré pendant les stages était varié en Aquitaine, tant au niveau de la zone d'exercice (rural/urbain) que du mode d'exercice (en groupe ou seul).

On peut noter qu'un peu plus d'un tiers seulement des internes interrogés avaient réalisé un SASPAS, ce qui est assez comparable avec l'Alsace (16). Cela peut traduire la trop grande prédominance des terrains de stage hospitalier dans l'internat de médecine générale à l'Université de Bordeaux.

Pour autant, plus de la moitié des internes interrogés ne jugeait pas utile l'augmentation de la durée de l'internat de médecine générale à 4 ans. Ce chiffre mitigé était retrouvé dans l'étude nationale sur la formation des internes de médecine générale de France réalisée en 2013 par l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale de France(ISNAR-IMG) : 37% des internes interrogés étaient plutôt pour l'allongement de l'internat à 4 ans et 32% étaient plutôt contre (21). C'est donc les terrains de stage orientés sur la médecine de ville qu'il faut proposer aux internes de médecine générale au détriment du surnombre de stage hospitalier. Dans l'enquête de l'INSAR-IMG, le nombre de stages moyens désirés en ambulatoire était de 2,73 ce qui reste éloigné de la moyenne de 1 stage pour les internes interrogés (21).

3.3 Une formation universitaire plébiscitée

Les internes bordelais sont intéressés par la formation universitaire et les connaissances apportées dans des domaines plus larges que la médecine générale. Près de trois quart des internes de médecine générale réalisaient ou envisageaient de réaliser un DIU/DU. Les DU de gynécologie et médecine de l'enfance étaient les plus prisés.

4 Le mode d'exercice professionnel envisagé

4.1 Le libéral : premier mode d'activité souhaité par les internes aquitains

La majorité des internes répondants (81.9%) se projetaient dans un mode d'activité libéral, exclusif pour 43 % d'entre eux et mixte pour 38.9%. Seuls 11.1% des internes envisageaient une activité salariée exclusive. Cette tendance se retrouve dans d'autres études comme celle de l'ORS d'Alsace, où l'activité libérale exclusive était plébiscitée par 62 % des internes répondants (16) et également dans la thèse de Delphine Groboz-Lecoq sur les internes niçois Nice où le taux était de 68% (17).

Ces chiffres sont en adéquation avec ceux du Conseil de l'Ordre des Médecins. Au 1^{er} janvier 2016, en France, le taux de médecins généralistes en activité libérale exclusive était de 56.9%, contre 36.5% en activité salariée exclusive et 6.5% en activité mixte (6).

Le lieu de formation influencerait le choix d'exercer la médecine générale. En effet, les étudiants de la faculté de Bordeaux choisissent en particulier la spécialité de médecine générale plus que dans d'autres départements (4) et cela de façon significative.

Contrairement à ce qu'on aurait pu initialement penser, les femmes choisissaient préférentiellement le mode d'exercice libéral plutôt que salarié. Les internes qui préféraient le mode d'exercice salarié avançaient comme raisons les horaires moins contraignants, l'intérêt personnel et la charge de travail du mode d'exercice salarié. On retrouve les mêmes raisons dans l'étude *Private or salaried practice: how do young general practitioners make their career choice? A qualitative study* de S. Kinouani et al (22). Les conditions de travail comprenant la charge de travail, les horaires et les tâches administratives constituaient un facteur majeur du choix du mode d'activité. Les jeunes médecins notamment les femmes disaient chercher dans

le salariat plus de souplesse et des horaires moins importants, quitte à avoir un revenu moins élevé.

Etonnamment les premières raisons évoquées par les internes interrogés, qui envisageaient une activité libérale, étaient la famille, les horaires moins contraignants et l'aspect financier. La famille ne semble donc pas représenter un frein pour le libéral. De même les horaires ne sont pas perçues négativement mais pouvant être au contraire modulées, ce qui diffère légèrement de l'étude précédente.

Cette préférence pour le libéral exclusif semble perdurer les premières années après l'internat comme le montre l'étude de l'ORS d'Alsace où le taux de jeunes médecins en activité libérale exclusif était de 67 % (16). Cette tendance était retrouvée de façon moindre chez les jeunes diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille où 51 % des jeunes médecins interrogés avaient choisi un mode d'exercice libéral exclusif (23).

Cette préférence du libéral est surprenante si l'on regarde l'évolution croissante du salariat chez les médecins généralistes. Le salariat a augmenté de 14.9% en France et de 21.9% en Aquitaine entre 2007 et 2016 (4). On peut se questionner sur la différence entre le désir exprimé en dernière année d'internat et les choix professionnels réels au long cours. On peut envisager un début de réponse quand on s'intéresse aux principaux déterminants du type d'activité choisi à savoir la famille et les horaires. En effet, l'interne découvre initialement l'exercice libéral pendant les stages universitaires. Cependant, sa vie personnelle est en construction. Le jeune diplômé expérimente majoritairement les remplacements qui permettent une certaine liberté et souplesse dans l'exercice que peut ne pas retrouver l'interne dans l'installation en libéral. La réalité du travail en libéral notamment l'installation se confronterait alors à la difficulté d'avoir des horaires allégés et de concilier vie professionnelle et vie de famille. Ainsi les internes initialement motivés par l'exercice libéral se tourneraient petit à petit vers du salariat car cela serait plus adaptée à leur vie personnelle et la charge de travail acceptée. Il pourrait être intéressant d'évaluer combien d'années après le début de l'exercice libérale et /ou de l'inscription à l'ordre, les médecins se tournent vers l'exercice salarié.

Les internes interrogés dans l'étude, s'apprêtant à rentrer dans le monde du travail libéral, envisageaient majoritairement le remplacement (65.6%) On retrouvait un chiffre moins élevé à 43.3% dans la thèse de Delphine Groboz-Lecoq en 2014 portant sur les internes niçois de dernière années de DES de médecine générale de Nice (17) et à 62.8 % dans la thèse de Baptiste Meunier portant sur les internes de faculté de Lyon (24).

Cette tendance se confirme à l'échelle nationale pour les médecins généralistes. En effet, lors de la première inscription à l'ordre, le premier mode d'exercice envisagé est le remplacement à 40% suivi du salariat pour 35% (4). L'activité libérale exclusive avec installation n'est envisagée qu'en troisième position avec 23% des réponses (4). La tendance semble s'inverser pour les jeunes médecins, 8 ans après la première inscription, où le taux de médecins généralistes remplaçants n'est plus que de 6.7 %. En effet, les jeunes médecins semblent délaisser, au fil des années, les remplacements pour un mode d'exercice plus stable, principalement libéral exclusif pour 44.1 % ou salarié exclusif pour 40.2% (4).

L'attrait pour les remplacements était similaire dans les résultats de la thèse de Seloua Marrakchi soutenue en 2010 et portant sur le devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Rennes : plus de 50% des jeunes médecins généralistes répondants, diplômés depuis moins de 5 ans, étaient remplaçants dont 80% de femmes (25).

A l'heure actuelle, 63.2 % des médecins remplaçants exercent la médecine générale (4). Le mode d'exercice de remplacement est appelé à croître dans les prochaines années (4).

Quelque soit le mode d'exercice envisagé, les conditions de travail (horaires, charges de travail) sont des déterminants majeures. La famille joue également un rôle important. En effet, le schéma familial d'il y a quelques décennies a évolué. Les femmes, qui représentent un pourcentage de plus en plus élevé du corps médical, travaillent mais continuent d'assurer un rôle majeur au sein du foyer familial (tâches ménagères, gestion des enfants...). Les hommes s'investissent également plus dans les tâches quotidiennes du foyer comme par exemple auprès des enfants. De ce fait, les jeunes médecins tentent de concilier vie professionnelle et vie personnelle.

4.2 L'Aquitaine : région privilégiée des internes aquitains pour débiter l'exercice professionnel

80.6% des internes interrogés envisageaient de rester en Aquitaine, la Gironde étant le département le plus sollicité.

Les internes de médecine générale qui ont effectué leur internat à Bordeaux ou qui étaient originaires de la région Aquitaine restent attachés à la région et envisagent d'y travailler. Cette envie de travailler en Aquitaine se retrouvait pour les internes qui avaient réalisé leur externat à Bordeaux mais aussi pour ceux qui l'avait effectué dans une autre région. Après l'entrée quelques années dans la vie active, ce chiffre projeté diminue puisque 54 % des médecins issus d'autres régions que l'Aquitaine étaient finalement restés en Aquitaine (18). Cependant 87% des médecins restés en Aquitaine n'envisageaient pas de quitter la région (18).

Cette tendance à s'installer dans la région où l'interne a réalisé son internat se confirme dans d'autre département comme en Alsace où 71% des internes interrogés envisageaient de s'y installer (16) ou à Nice où 55% des internes interrogés envisageaient d'y rester (17).

La première raison évoquée par les internes, quant à leur choix de lieu professionnelle, était la famille. L'interne qui a grandi en Aquitaine avait déjà des racines familiales implantées dont il ne souhait pas s'éloigner. La seconde raison est l'attractivité de la région Aquitaine. En effet, le dynamisme actuel et la situation géographique de l'Aquitaine en font une région d'intérêt pour les jeunes professionnels se traduisant par le maintien d'une densité médicale forte en Aquitaine (6). Le rôle majeur des raisons personnelles sur la pérennité du projet professionnel a déjà été mis en avant dans la thèse de Samuel Rietvel soutenue en 2016 sur le devenir professionnel des 130 médecins généralistes nouvellement inscrits à l'ordre des médecins de la Nièvre de 2006 à 2015 (26). En effet, pour 71%

des jeunes médecins généralistes interrogés, les facteurs de pérennité à l'installation étaient les motivations personnelles (épanouissement personnel et familial, environnement géographique, climat, maison de ses rêves). L'impact des raisons personnelles sur le lieu d'activité a également été retrouvé dans la thèse de Naiké Massu en 2017 où elles étaient évoquées en raison principale pour 58% des médecins interrogés (18).

4.3 Et les zones sous médicalisées ?

Les internes bordelais ne semblent pas si fermés à l'idée d'exercer en zone fragile ou prioritaire : plus d'un tiers serait disposé à y travailler. Cependant, les raisons du refus et les éventuels motifs d'incitation n'ont pas été développés dans notre étude. On peut noter qu'en Alsace, les internes sont plus enclins à travailler dans les déserts médicaux puisque plus de la moitié des répondants l'envisageaient (16). Cela est aussi relevé dans la thèse de Delphine Groboz-Lecoq soutenue en 2014 et portant sur les déterminants influençant le choix de la médecine générale en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisées à la faculté de Nice : 55.17% des internes étaient prêts à exercer en zone sous-médicalisée (17).

Les internes ne sont donc pas de prime à bord contre le fait d'exercer dans des déserts médicaux. Cependant, en pratique, au moment de s'y installer, ces zones restent peu choisies ce qui est à l'origine des déserts médicaux.

Contre cette problématique, des pistes de réflexion sont données, par exemple aux Etats-Unis ou en Australie, où les personnes venant de milieu rural sont encouragées à faire des études de médecine, par l'intermédiaire de programme comme le *Physician Shortage Area Program* (PSAP) (27). En effet, avoir grandi dans une zone rurale est le facteur le plus fort, motivant un médecin à venir exercer en zone rurale. Ce fait était retrouvé dans la thèse de Baptiste Meunier sur les déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon et soutenue en 2014 : les internes dont les parents vivaient dans des villages étaient plus enclin à y travailler et ce de façon significative ($p=0.004$) (24)

Cette perception a été en partie prise en compte avec l'augmentation sélective du numérus clausus dans certaines régions. Cependant, il faudrait peut-être penser un accompagnement plus pérenne et personnalisée des étudiants depuis la première année de médecine. Dans ce cadre là, une sensibilisation à l'exercice médical dans les zones sous médicalisées pourrait être plus précoce et permettre une meilleure information concrète aux étudiants.

4.4 Les internes aquitains veulent garder le lien universitaire

Dans notre étude, 30 internes (41.7%) avaient le projet d'être maître de stage et 28 internes (38.9%) étaient encore indécis. Ces chiffres montrent une perspective encourageante dans les années à venir. Les jeunes médecins aquitains manifestent l'envie de former leur pair et partager leur savoir.

Cependant, il faudrait réinterroger les internes, une fois installés, et confrontés à la charge de travail et vie quotidienne, afin de voir si le projet se concrétise.

5. Les futurs leviers possibles pour les problématiques de démographie médicale actuelles

5.1 La sensibilisation à la médecine générale libérale durant les études de médecine

Les internes qui avaient connu une activité libérale en cabinet de médecine générale via les remplacements ou les stages semblaient plus enclins à exercer une activité libérale en cabinet de médecine générale.

L'engagement 1 du PTS 1 (2) semble représenter un levier intéressant. Selon l'Atlas de la Démographie médicale 2016, 68% des étudiants de deuxième cycle et 83% des internes pouvaient dire que le stage en médecine générale leur avait donné envie de faire de la médecine générale (4).

L'évolution du DES avec 2 stages ambulatoires obligatoires dans le cursus de l'étudiant va dans ce sens. Le projet d'un DES à 4 ans avec une 4ème année exclusivement ambulatoire renforcerait cette orientation à condition que le nombre de stages ambulatoires soit largement majoritaire dans la maquette de l'internat.

5.2 Un mode d'exercice libéral avec les avantages du statut salarié

Les futurs jeunes médecins généralistes sont attirés par l'activité libérale. S'ils revendiquent leur désir d'indépendance, nombreux sont ceux à déplorer les désavantages du libéral par rapport au mode d'activité salarié. La seconde raison évoquée pour le mode d'exercice envisagée est les horaires. Les jeunes médecins ne veulent plus avoir de longues journées mais veulent avoir des horaires plus souples et moins contraignants comme dans le statut salarial. La meilleure protection santé notamment pour les arrêts maladie ou maternité offert par le salariat est enviée par les jeunes futurs médecins. La médecine salariée paraît donc une alternative séduisante déjà évoquée dans le rapport d'Hervé Maurey en février 2013 sur les déserts médicaux (28). C'est ainsi que des municipalités ont entrepris la création de centre de santé municipaux qui salarient les médecins avec des salaires calés sur la grille des praticiens hospitaliers (28). D'autres pistes ont été évoquées notamment par la présidente du regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReaGJIR) comme « la mise en place d'une offre publique de soins ambulatoires consistant en des médecins salariés par les ARS pour assurer des remplacements dans les zones fragiles » (28). Cette proposition pouvant être une autre piste dans la lutte contre les déserts médicaux.

5.3 La délégation des tâches administratives à un tiers

Pour 91.7% des internes, le temps passé à gérer les tâches administratives était un frein à l'exercice libéral. Les internes pointaient du doigt la complexité et la lourdeur des charges administratives. Ces dernières comme la comptabilité pouvaient être vues comme chronophages. On retrouve la même tendance dans l'étude de l'ORS d'Alsace en 2014 (16) où le premier frein cité à l'installation en libéral était le temps administratif trop long pour 89.8% des internes interrogés. L'analyse de la littérature de 2011 menée par l'ORS d'Aquitaine concluait également que les charges administratives et la gestion financière étaient des freins majeurs à l'exercice en libéral (29).

Une étude sur le temps de travail des médecins généralistes publiée par la DREES en mars 2012 (14) montrait que le temps de travail moyen hebdomadaire d'un médecin généraliste était de 57 heures (de 60 heures en zone rurale à 56 heures en zone urbaine). Le temps consacré aux tâches administratives (gestion, secrétariat et comptabilité) était en moyenne de 4 heures soit 7% du temps de travail hebdomadaire. La majorité des médecins généralistes soit 56% avaient par ailleurs un secrétariat. 22% effectuaient seuls leur comptabilité. A noter que 14% des médecins généralistes interrogés, effectuaient seuls l'entretien ménager des locaux. La délégation à d'autres professionnels comme un comptable ou une secrétaire apparaît comme une alternative intéressante mais se heurte au coût financier que cela engendrerait.

5.4 L'exercice en équipe et réseau pour sortir de l'isolement professionnel

Plus de la moitié des internes interrogés identifiaient l'isolement professionnel comme un frein à l'exercice en libéral. La majorité des internes qui envisageait une installation en libérale souhaitait travailler en maison de santé ou cabinet de groupe. L'exercice seul était très largement minoritaire. Contrairement à leurs pairs, il y a plusieurs décennies, les jeunes médecins généralistes veulent travailler en équipe. Faire du lien avec les partenaires paraissait important pour ces futurs médecins à l'heure où les technologies offrent des possibilités de contact instantanés. La même tendance a été évoquée par Hervé Maurey, dans son rapport Déserts médicaux : agir vraiment en février 2013 (28), qui soutenait cela par la généralisation du travail en équipe.

Le pacte territoire santé 1 (2) se propose de répondre à cet objectif de travail collaboratif. L'engagement 5 vise la multiplication des maisons de santé pluri professionnelles et les engagements 10 et 11 visent à favoriser le travail des médecins libéraux avec les hôpitaux périphériques. Un travail de coordination passe alors par la rémunération du travail d'équipe lors par exemple d'échanges inter professionnels autour de cas complexes. Le paiement à l'acte ne paraît alors pas toujours indiqué face au travail central du médecin généraliste, véritable coordonnateur de soins. A l'heure des réseaux sociaux et de l'hyper-informatisation, la télémédecine, qui fait l'objet depuis 2011 d'une stratégie de déploiement, pourrait sembler un outil à exploiter (30). Bon nombre de jeunes médecins ont déjà intégré ces *mobile health*. En 2016, l'HAS a été chargée d'évaluer des expérimentations de télémédecine dans différents domaines (dermatologie, gériatrie, cardiologie néphrologie et psychiatrie) ; l'évaluation est toujours en cours (31). Dans son rapport de 2013 sur les déserts médicaux (28), le sénat encourageait lui aussi le développement de la télémédecine. Il relevait cependant les limites actuelles dues à l'émergence de cette nouvelle activité, à savoir la clarification de la responsabilité du médecin impliqué vis-à-vis du patient téléconsulté, l'absence de classification de cotation des actes de télémédecine et la mauvaise couverture numérique de certains territoires en France correspondant souvent aux zones sous-médicalisées.

5.5 Des aides financières pour inciter à l'installation en libéral

Le premier levier pour inciter à s'installer en libéral était les aides financières, que ce soit pour payer un professionnel comme une secrétaire, un comptable ou une employée de ménage, ou pour financer le loyer ou d'éventuels travaux ou matériel médical. Cela signifie que les internes évaluent les aides actuelles insuffisantes pour être incitatives ou qu'ils ne sont pas au courant de ces dernières. Les aides financières de l'assurance maladie (32) comme le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) et le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) encouragent l'installation dans des zones déficitaires et non l'exercice libéral directement. Le Sénat tirait le même constat concernant le peu d'efficacité des aides financières avant la convention médicale de 2016 (28,32). L'Assurance maladie explique cela par la méconnaissance du dispositif, un versement trop tardif de l'aide par rapport à la date d'ouverture du cabinet et au fait que le montant de l'aide soit proportionnel au 2/3 du chiffre d'affaire de l'activité alors que dans les premiers mois d'installation l'activité est la plus faible. Jusqu'à présent, les aides financières n'ont pas permis de pérenniser l'installation de médecins généralistes libéraux dans les zones sous dotées (28).

L'Assurance maladie a alors repensé récemment le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) sous forme d'un forfait de 50000 euros versés en deux fois. Ce dernier devrait se mettre en place courant 2017 (32). Reste à savoir si ce type d'aide sera suffisant pour inciter à exercer dans les zones sous médicalisées.

5.6 Une diminution des charges financières

L'URSSAF a été le premier organisme reconnu comme un frein à l'installation en libéral. Étonnamment, même les internes n'ayant jamais effectué de remplacement avaient une vision assez négative des charges fiscales potentielles ou de l'URSSAF. Actuellement, des dispositifs d'exonération fiscale et des charges sociales sont en places mais restent méconnues des internes ou jugées insuffisantes (28). Ils concernent principalement les zones sous médicalisées encore une fois. Le rapport déserts médicaux de 2013 (28) aborde peu cet aspect et conclut à ce propos : « Le rapport de la Cour des Comptes fournit ainsi des évaluations du gain individuel moyen par médecin représenté par ces dispositifs d'exonération, mais pas de leur coût total annuel pour l'État » (28). Il faudrait songer à étendre les exonérations à des zones autres que celles en sous médicalisation dans le but de favoriser le libéral et d'évaluer leur impact dans un second temps avec une échéance définie. Cela permettrait un meilleur contrôle des dépenses par l'État et de juger de l'impact réel.

5.7 Une formation universitaire à la gestion du cabinet en libéral

Les internes répondant sont aussi demandeurs d'une formation plus poussée sur la gestion du cabinet durant les études. Ce désir d'être formé à devenir un médecin libéral était également retrouvé dans l'analyse de la littérature de l'ORS d'Aquitaine de 2011 (29) ainsi que dans l'étude de l'ORS d'Alsace (16) où les internes interrogés attribuaient la note de 4.2/10 concernant la formation reçue pendant l'internat sur l'installation en libéral. Cette insatisfaction était retrouvée dans la grande enquête de l'Inter Syndicat National des Internes (ISNI) portant sur l'enseignement théorique du troisième cycle des études médicales en France en 2014 (33). Deux tiers des internes de médecine générale n'étaient pas satisfaits de leur formation théorique.

Bordeaux se classait 18^{ème} sur 28 dans le classement de la meilleure faculté en matière d'enseignement théorique perçu par les internes.

Ce besoin d'outils théoriques était retrouvé dans la thèse de Stéphanie Poisson Rubi soutenue en 2006 portant sur le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de Poitiers : 85 % souhaitaient une majoration de l'enseignement de médecine générale en deuxième et troisième cycle, 80% souhaitaient en savoir plus sur l'enseignement juridique de médecine générale et 79% sur le domaine administratif (34). Ce besoin d'être mieux formé à l'activité libérale en cabinet de ville, est retrouvé dans la thèse de Luc Ricard soutenue en 2014, après des entretiens effectués auprès des internes en fin de cursus de DES de médecine générale. Les internes déploraient « *le manque de cours sur la gestion du cabinet, les déclarations fiscales, le choix des assurances, le remplissage des feuilles de soin* ». Les internes étaient en attente de « *cours sur les cotations avec des exercices d'entraînement et de centrer les cours sur le médecin chef d'entreprise* »(35). La grande enquête de l'ISNI récoltait des demandes similaires : 76.9% des internes de médecine générale souhaitaient plus de formation théorique sur la gestion et le management du cabinet et 57% sur la gestion de la carrière et l'installation (33).

Le SIMGA a également retrouvée les mêmes données dans son enquête auprès des internes de médecine générale de Bordeaux en 2015 intitulée Progression, vécu et attentes des IMG d'Aquitaine sur le portfolio, les cours et la thèse (36). La majorité des internes pensait que l'organisation des cours était adaptée concernant les conditions d'accueil (80%), la taille du groupe (85%) et le rythme d'une journée par mois (83%).

La satisfaction du contenu des cours était partagée: 43% des internes étaient plutôt en accord, 36% étaient plutôt en désaccord, 14% étaient totalement en désaccord et 4 % était totalement en accord. 49% des internes estimaient que les cours leur apportaient des outils pratiques. Dans les commentaires libres sur les cours du DES, la demande de cours sur les aspects pratiques de la gestion du cabinet était très récurrente. En effet, 80% des internes attendaient que les cours leur apportent des outils pratiques. Des propositions ont émanées suite à cette enquête avec une volonté d'un travail et d'un lien plus étroit entre les enseignants du DMG et les internes.

Actuellement, plusieurs heures en dernier semestre sont dispensées dans l'enseignement de médecine générale à la faculté de Bordeaux ainsi qu'une journée FMC, sur inscription, intitulée Forum des Jeunes Médecins Généralistes (FJMG). Les évaluations de ce forum montrent la satisfaction des internes sur les ateliers.

Il pourrait également être envisagé des cours de comptabilité et de gestion notamment par les maîtres de conférences voir des partenaires extérieurs comme des comptables par exemple. Des exercices concrets en cours pourraient être proposés aux internes. La validation de l'acquisition de ces outils pourrait entrer dans le cadre de l'évaluation des connaissances et du contrat de formation que propose la réforme du 3^{ème} cycle (37).

5.8 Une revalorisation du prix de la consultation et des actes

Pour une partie des internes, le prix de la consultation restait insuffisant. Depuis l'étude, la nouvelle convention entre l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins libéraux, signée en août 2016 a abouti à une hausse du prix de la consultation chez le médecin généraliste à 25 euros au 1^{er} mai 2017 (32). Des consultations spécifiques ont été valorisées : 30 euros pour le suivi des enfants de 0 à 6 ans, 46 euros la consultation lorsqu'elle présente « un fort enjeu de santé publique » comme la première consultation pour contraception et 60 euros pour les consultations « très complexes » comme l'annonce d'une pathologie grave et ce à partir du 1^{er} novembre 2017.

Les internes revendiquaient un alignement du prix de la consultation avec nos confrères européens dont la moyenne est de 47 euros (37). A ce jour, les médecins généralistes en France ont des salaires bien éloignés de la majorité des médecins généralistes d'Europe (37).

CONCLUSION

Notre travail avait pour objectif principal d'obtenir une vue d'ensemble des projets professionnels des internes de médecine générale en dernière année de DES en 2015 à l'Université de Bordeaux. Dans un second temps, il s'agissait de mettre en évidence les déterminants de leurs choix professionnels. Notre démarche s'inscrivait dans une volonté de mieux connaître les médecins de demain dans un contexte de crise démographique médicale actuelle.

Notre enquête confirme que l'Aquitaine est une région attractive pour réaliser l'internat de médecine générale mais aussi pour s'y installer à plus long terme puisque plus des trois quart des internes interrogés y songeaient.

Le mode d'activité libéral exclusif restait le premier choix des internes en dernier semestre à Bordeaux avec une nette préférence pour les remplacements. Les premières raisons évoquées à ce choix étaient les raisons personnelles notamment la famille. Paradoxalement, c'est peut être aussi ces mêmes raisons qui amèneraient les jeunes médecins généralistes à se tourner de plus en plus vers le salariat. En effet, les internes interrogés avaient repérés un certain nombre de freins à l'exercice libéral permettant d'évoquer de futurs leviers possibles comme un allègement des charges administratives ou une application des avantages du salariat au libéral.

Les internes en dernière année de DES de médecine générale ne montrent pas de refus catégorique pour aller travailler dans des zones sous médicalisées mais les incitations actuellement proposées ne semblent pas avoir d'impact positif. Une autre étude pourrait alors s'intéresser aux leviers possibles pouvant motiver les internes à travailler en zones sous médicalisées.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Ministère des Solidarités et de la Santé. Le principe du CESP [Internet]. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>
- (2) Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 [Internet]. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1>
- (3) Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 : Pacte territoire santé 2015-2017 [Internet]. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
- (4) Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2016 [Internet]. Edition 2016. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
- (5) ONU. Déclaration Universelle des droits de l'Homme : article 25.1948 dec 10. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>
- (6) Conseil National de l'Ordre des médecins. Carte interactive de la démographie médicale [Internet]. 2016. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <https://demographie.medecin.fr/>
- (7) Insee. Tableaux de l'économie française : dépenses de santé [Internet]. Edition 2016. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906695?sommaire=1906743>
- (8) L'Assurance Maladie. Prévalence des ALD [Internet]. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2015.php>

- (9) IRDES. Données de cadrage : démographie et activité des professions de santé [Internet]. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
- (10) DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et Résultats. février 2009 n°679 :1-8. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er679.pdf>
- (11) Pla A, Mikol . Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés. Insee Références. Edition 2015. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1374698>
- (12) Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Question d'économie de la santé. Avril 2004 ; 81 :1-8. [consulté le 11 sept 2017].Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>
- (13) Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2012 tome 1 [Internet]. Edition 2012. [consulté le 11 sept 2017]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas2012_tome1.pdf
- (14) DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et Résultats. Mars 2012 ; 797 :1-8.[consulté le 17 sept 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>
- (15) Journal Officiel de la République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
- (16) ORS Alsace. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. [Internet].Mai 2014.
- (17) Groboz-Lecoq D. Etude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisées. Thèse de médecine, Nice : Université de Nice Sophia Antipolis ; 2014.

- (18) Massu N. Devenir professionnel des internes effectuant le DES de médecine générale en Aquitaine mais originaires d'une autre région- Enquête sur les promotions de 2006 et 2007. Thèse de médecine, Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.
- (19) L'Intersyndicat national des internes. Classement 2016-2017 des CHU et spécialités. What's Up Doc ? Février 2016 ; 24. Disponible sur : <http://www.whatsupdoc-lemag.fr/classement-chu-specialites/2017/classement-general-des-chu.asp>
- (20) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Communiqué de Presse, Marisol Touraine renforce encore les moyens dédiés à la lutte contre les déserts médicaux. [Internet]. 10 mars 2017. [consulté le 19 sept 2017]. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/17_02_10_-_cp_reforcement_des_moyens_dedies_a_la_lutte_contre_les_deserts_medicaux.pdf
- (21) ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale. [Internet]. Décembre 2013. [consulté le 19 sept 2017]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>
- (22) Kinouani et al. Private or salaried practice : how do young general practitioners make their career choice ? A qualitative study. BMC Medical Education, BioMed Central. 2016 ;16.
- (23) Lemoine P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinions sur les mesures incitatives: Enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008). Thèse d'exercice, Lille: Université de Lille; 2014.
- (24) Meunier B. Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon. Thèse de médecine, Lyon : Université de médecine et de maïeutique Lyon Sud Charles Merieux ; 2014

- (25) Marrakchi S. Devenir professionnel des internes de médecine générale : Analyse des promotions de 2003 à 2005 issues de la faculté de médecine de Rennes. Thèse de médecine, Rennes : Université Rennes 1 ; 2010
- (26) Rietvel S. Etude descriptive sur le devenir professionnel des 130 médecins généralistes nouvellement inscrits à l'ordre des médecins de la Nièvre de 2006 à 2015. Thèse de médecine, Dijon : Université de Bourgogne UFR des Sciences de Santé ; 2016
- (27) Sidney Kimemel Medical College. Physician Shortage Area Program [Internet]. [consulté le 17 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.jefferson.edu/university/skmc/programs/physician-shortage-area-program.html>
- (28) Maurey H. Déserts médicaux : agir vraiment. Rapport d'information n°335(2012-2013) déposé le 5 février 2013. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-335.html>
- (29) ORS Aquitaine. Motivations et Freins à l'installation des médecins généralistes libéraux, synthèse de la littérature. 2011.
- (30) Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Stratégie Nationale e-santé 2020, le numérique au service de la modernisation et de l'efficacité du système de santé. 4 juillet 2016.
- (31) HAS. Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine. Septembre 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2670322/fr/experimentations-relatives-a-la-prise-en-charge-par-telemedecine?cid=r_1438775
- (32) L'Assurance Maladie. La Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie 2016-2021. 25 août 2016.
- (33) ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale. 2014. [consulté le 17 sept 2017]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>

- (34) Poisson Rubi S. Le devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003. Thèse de médecine, Poitiers: Université de Poitiers; 2006.
- (35) Ricard L. Enseignement théorique du DES de médecine générale à Amiens : ressenti des internes. Thèse de médecine, Amiens. : Université de Picardie ;2014
- (36) Lajzerowicz C. Vincent Y. Progression, vécu et attentes des IMG d'Aquitaine sur le portfolio, les cours et la thèse, enquête auprès des IMG d'Aquitaine sur l'enseignement, théorique du DES. [Internet]. Disponible sur : <http://33simga.fr/wp-content/uploads/2016/01/Enquete-IMG-2015.pdf>
- (37) OCDE. Panorama de la santé 2015, les indicateurs de l'OCDE.2015. Disponible sur : <http://www.oecd.org/fr/sante/>

ANNEXE 1 : Questionnaire

Thèse: les attentes professionnelles des internes de médecine générale de TCEM3 de Bordeaux

Les attentes professionnelles des internes de médecine générale de TCEM3 de la faculté de Bordeaux

*Obligatoire

PROFIL

1. Sexe *

Une seule réponse possible.

- Féminin
 Masculin

2. Année de naissance *

3. Situation maritale actuelle *

Une seule réponse possible.

- En couple (marié(e), pacsé(e), en union libre)
 célibataire
 séparé(e), divorcé(e)
 veuf, veuve

4. Si vous êtes en couple, quelle est la situation professionnelle de votre conjoint? *

plusieurs réponses peuvent être cochées

Plusieurs réponses possibles.

- salarié
 à son compte
 profession de santé (médecin, paramédical...)
 étudiant en médecine (y compris interne) ou autre profession de la santé
 en recherche d'emploi
 Au foyer
 Autre : _____

5. Avez vous des enfants? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Dans quelle ville habitez-vous actuellement?

Il s'agit de votre adresse officielle

7. Dans quelle ville avez vous majoritairement vécu avant vos études de médecine?

Il s'agit de votre ville d'enfance en générale

VOS ETUDES

8. Dans quelle ville avez vous validé votre deuxième cycle des études médicales?

Il s'agit de la ville où vous avez validé votre DCEM4

9. Bordeaux était-elle la ville dans laquelle vous souhaitiez effectuer votre internat?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

10. Connaissez vous le contrat d'engagement de service public (CESP)?

Le CESP propose aux étudiants et aux internes en médecine une allocation mensuelle de 1200 euros. En échange, les bénéficiaires s'engagent pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum à choisir une spécialité moins représentée ou à s'installer dans une zone où la continuité des soins est menacée

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. Bénéficiez vous du CESP actuellement?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. Avez vous déjà songé à bénéficier du CESP?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. Quelles sont les freins à signer un CESP selon vous?

FORMATION

14. Jusqu'à présent, combien de stages avez vous effectué en cabinet de médecine générale?

Une seule réponse possible.

- Aucun
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

15. Durant vos stages en cabinet de médecine libérale de ville , quelle mode d'exercice avez-vous rencontré?

Plusieurs choix possibles

Plusieurs réponses possibles.

- installé seul
- en cabinet de groupe
- en maison de santé pluridisciplinaire, maison urbaine de santé, en pôle de santé
- une part d'activité salariale (EHPAD, PMI...)
- activité rurale
- activité urbaine

16. Avez-vous effectué au moins un SASPAS?

Le stage actuel est pris en compte.

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

17. Les stages en médecine générale vous ont-ils conforté pour un mode d'exercice libéral?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

18. Pensez-vous que ce soit utile de rajouter une année d'internat en cabinet de médecine générale?

Il s'agit d'une demande du Collège National des Généralistes Enseignants qui souhaiterait un allongement du DES de médecine générale à 4 ans .Il y aurait une année supplémentaire dite professionnalisante en cabinet de médecine générale.

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. Etes vous inscrit ou envisagez vous de de vous inscrire à un DESC?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. Si vous etes inscrit à un DESC ou l'envisager , pouvez vous préciser lequel?

21. Etes vous inscrit ou envisagez vous de vous inscrire à un DU/DIU?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

22. Si vous êtes inscrit à un DU/DIU ou l'envisager, pouvez vous préciser lequel ou lesquels?

23. Avez vous déjà effectué des remplacements en cabinet de médecine générale?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

24. Si vous avez déjà effectué des remplacements en cabinet de médecine générale pouvez vous préciser le mode d'exercice?

Plusieurs réponses possibles.

- installé seul
- en cabinet de groupe
- en maison de santé pluridisciplinaire, maison urbaine de santé, en pôle de santé
- un part d'activité salariale (EHPAD, PMI...)
- activité rurale
- activité urbaine
- Je n'ai pas encore effectué de remplacements en cabinet de ville

ACTIVITE ENVISAGEE

25. A l'issue de votre internat, selon quel mode désirez -vous exercer votre activité?

Il s'agit de la période juste après l'internat

Une seule réponse possible.

- Libéral exclusif
- Salaré exclusif
- Mixte (salaré et libéral)
- Pas de projet précis

26. Si vous optez pour une activité libérale exclusive ou partielle, pouvez vous préciser le mode?

Il s'agit là encore de la période juste après l'internat

Une seule réponse possible.

- comme remplaceant(e) en médecine générale
- installé(e) seul(e)
- installé(e) en cabinet de groupe
- install(ée) en maison de santé pluridisciplinaire, maison urbaine de santé...
- Autre : _____

27. Si vous optez pour une activité salariée exclusive ou partielle, pouvez vous préciser le mode?

Il s'agit là encore de la période juste après l'internat

Une seule réponse possible.

- en établissement public de santé
- en établissement privé de santé
- en centre de santé
- Autre : _____

28. Qu'est ce qui motive votre choix d'activité?

Il s'agit d'expliquer le choix du mode d'exercice libéral ou salarié
Plusieurs réponses possibles.

- La famille
- l'intérêt personnel (promesse de poste..)
- les horaires
- l'aspect financier
- la charge de travail
- Autre : _____

29. Pouvez vous indiquer ce qui pourrait vous inciter à privilégier au moins en partie une activité libérale?

Il peut s'agir de tout ce qui vous vient à l'esprit (ex: secrétariat payé par l'Etat...)..

30. Selon vous,quels sont les freins possibles à l'installation en libéral?

Plusieurs réponses possibles.

- Difficultés à réaliser un travail de qualité
- Isolement professionnel
- Charge de travail trop importante
- Horaires trop longues
- Gardes
- Insécurité pendant les gardes
- Difficultés à se faire remplacer
- Pas assez de congès
- Temps administratif trop long
- Faible diversité de la pratique
- Difficultés à suivre la formation médicale continue
- Revenus insuffisants/ Patientèle insuffisante
- Installation à temps partielle peu compatible avec l'exercice libérale
- Conditions d'exercice à venir incertaines
- Difficultés à combiner une activité libérale et une activité universitaire
- Autre : _____

31. Quels organismes ou administrations vous paraissent un frein à l'exercice libéral? Que proposeriez vous?

32. Envisagez vous de devenir maitre de stage à l'avenir?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

33. Dans le cadre de la formation continue, participerez vous à:

Plusieurs réponses possibles.

- Groupe de pairs
 FMC
 Congrès
 Autre : _____

34. Où souhaiteriez vous débiter votre activité professionnelle?

Une seule réponse possible.

- Gironde
 les Landes
 Lot et Garonne
 Pyrénées Atlantiques
 Dordogne
 Autre : _____

35. Qu'est ce qui motive votre choix de lieu d'exercice?

Il s'agit là encore de la période juste après l'internat

Plusieurs réponses possibles.

- La famille
 l'intérêt personnel (promesse de poste...)
 l'attractivité de la région
 l'aspect financier
 Autre : _____

36. Seriez vous disposer à travailler en zone prioritaire/fragile?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne connais pas
- je ne sais pas

37. Si vous vous sentez prêt pour participer à des focus group plus tard, vous pouvez laisser vos coordonnées (adresse mail)

Les focus group sont des groupes de discussion au cours desquelles on échange sur un sujet ici ce serait l'activité libérale

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Introduction : La densité médicale des médecins généralistes en France a diminué de 8.4 % entre 2007 et 2016 avec une grande disparité de répartition sur le territoire à l'échelle nationale et régionale. En parallèle, le profil des jeunes médecins généralistes s'est modifié peu à peu avec une féminisation des effectifs et une reconsidération de la vie personnelle des médecins. L'objectif principal de notre étude était d'obtenir une vue d'ensemble des futurs choix professionnels des internes en médecine générale en TCEM 3 de Bordeaux, pour l'année universitaire 2014-2015. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les principaux freins à l'installation en libéral, notamment dans les zones sous-médicalisées et de recenser les propositions de solutions évoquées par les internes.

Matériel et Méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale quantitative analytique. Un questionnaire électronique a été adressé aux 195 internes de médecine générale en deuxième semestre de TCEM3 à l'Université de Bordeaux entre mai et octobre 2015.

Résultats : Le taux de réponses s'élevait à 37,9% (n=72). La moyenne d'âge des internes aquitains était de 27.8 ans. 70.8% des internes interrogés étaient en couple et 13,9% des internes avaient des enfants. 76% des répondants habitaient en Gironde, la moitié des internes interrogés avaient grandi dans une région autre que l'Aquitaine. 44,4% des internes avaient déjà réalisé des remplacements de médecine générale. 89,1% des internes interrogés envisageaient d'exercer la médecine générale en libéral, majoritairement sous forme de remplacements (65,6%). Les principales raisons du choix du mode d'exercice professionnel étaient la famille pour 48.6% des internes et les horaires pour 41,7%. Les freins majeurs à l'exercice libéral identifiés étaient le temps administratif trop long (cité par 91,7% des internes) et la charge de travail (cité par 72,2% des internes). Les principaux leviers évoqués pour inciter à une activité libérale étaient de financer des aides humaines, de proposer des mesures pour diminuer la charge administrative et de diminuer les charges fiscales. La grande majorité (80,6%) souhaitait rester en Aquitaine pour débiter son exercice professionnel, avec une nette préférence pour la Gironde (64,3%). Les premières raisons évoquées étaient la famille (65.3%) et l'attractivité de la région (58.3%).

Discussion : Alors que le nombre de médecins généralistes salariés augmente, les internes aquitains de médecine générale envisagent prioritairement d'exercer en libéral. Cependant, ils souhaitent que soit apporté des aides pour alléger la charge administrative et financière de ce mode d'exercice. Les avantages du salariat repérés par les internes aquitains pourraient être une première piste de réflexion.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS-CLES : Médecine générale, Devenir professionnel, Zone exercice professionnel, Freins à l'exercice libéral, Aquitaine, Internes

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Université de Bordeaux, UFR des Sciences Médicales.

146 rue Léo Saignat, Case 16 - Espace Santé 33076 BORDEAUX

ABSTRACT

Introduction: The medical density of general practitioners in France decreased by 8.4% between 2007 and 2016, with a great disparity of distribution on the national and regional scale. At the same time, the profile of young general practitioners changed little by little with a feminization of the workforce and a reconsideration of the personal life of physicians. The main objective of our study was to obtain an overview of the future professional choices of interns in general medicine in TCEM 3 in Bordeaux for the academic year 2014-2015. The secondary objectives were to determine the main obstacles to liberal installation, especially in sub-medical areas, and to identify solutions proposed by the interns.

Material and Methods: This was a quantitative analytical descriptive analytical study. An electronic questionnaire was sent to the 195 interns of general medicine in the second semester of TCEM3 at the University of Bordeaux between May and October 2015. Results: The response rate was 37.9% (n = 72). The average age of the Aquitaine interns was 27.8 years. 70.8% of the interns interviewed were in a couple and 13.9% of the interns had children. 76% of the respondents lived in Gironde, half of the interns interviewed had grown up in a region other than Aquitaine. 44.4% of interns had already completed general medical replacements. 89.1% of the respondents considered practicing general medicine in liberal, mostly in the form of replacements (65.6%). The main reasons for choosing the mode of professional exercise were the family for 48.6% of the interns and the schedules for 41.7%. The major obstacles to liberal exercise identified were administrative time too long (cited by 91.7% of interns) and workload (cited by 72.2% of interns). The main levers to encourage a liberal activity were to finance human aid, to propose measures to reduce the administrative burden and to reduce the tax burden. The vast majority (80.6%) wanted to remain in Aquitaine to start their professional practice, with a clear preference for the Gironde (64.3%). The first reasons mentioned were the family (65.3%) and the attractiveness of the region (58.3%).

Discussion: While the number of salaried general practitioners is increasing, Aquitaine interns in general practice are considering exercising as a liberal. However, they want aid to be provided to alleviate the administrative and financial burden of this mode of exercise. The salary benefits identified by the Aquitaine interns could be a first reflection.