



**HAL**  
open science

## Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes français. Reconstitution d'une cohorte nationale rétrospective

Juliette Brument, Marine Marguerite

### ► To cite this version:

Juliette Brument, Marine Marguerite. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes français. Reconstitution d'une cohorte nationale rétrospective. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02361188

**HAL Id: dumas-02361188**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02361188>**

Submitted on 13 Nov 2019

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

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

UNIVERSITE DE ROUEN

UFR SANTE

ANNEE 2019

N°

# THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Juliette BRUMENT née le 23 septembre 1991 à Rouen

Et

Marine MARGUERITE née le 1<sup>er</sup> avril 1989 à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 03 octobre 2019

**Les déterminants des parcours professionnels des jeunes  
médecins généralistes français**

**Reconstitution d'une cohorte nationale rétrospective**

**Président du jury :** Pr Jean-Loup HERMIL

**Membres du jury :** Dr Julien BOUDIER (Co-directeur de thèse)

Dr Elise RIDARD (Co-directrice de thèse)

Dr Laëtitia BOURDON

Dr Matthieu SCHUERS



Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas <b>CORNU</b>	HCN	Urologie
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphane <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric <b>DI FIORE</b>	HCH-CBC	Cancérologie
Mr Fabien <b>DOGUET</b>	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean <b>DOUCET</b>	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Dominique <b>GUERROT</b>	HCN	Néphrologie
Mr Olivier <b>GUILLIN</b>	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie

Mr Claude <b>HOUDAYER</b>	HCN	Génétique
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato –Vénérologie
Mme Bouchra <b>LAMIA</b>	Havre	Pneumologie
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mr. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit <b>MISSET</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
Mr <b>MUIR</b> ( <i>sumombre</i> )	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie

Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan <b>PREVOST</b>	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace <b>ROMAN</b> ( <i>disponibilité</i> )	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b> ( <i>sumombre</i> )	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles <b>TOURNEL</b>	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier <b>TROST</b>	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b> ( <i>sumombre</i> )	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure <b>WELTER</b>	HCN	Physiologie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mme Valérie <b>BRIDOUX HUYBRECHTS</b>	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOUCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b> ( <i>détachement</i> )	HCN	Virologie
Mr Gaël <b>NICOLAS</b>	HCN	Génétique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia <b>ROLLIN</b>	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu <b>SALAUN</b>	HCN	Pneumologie
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
Mr David <b>WALLON</b>	HCN	Neurologie
Mr Julien <b>WILS</b>	HCN	Pharmacologie

## PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry <b>WABLE</b>	UFR	Communication
Mme Mélanie <b>AUVRAY-HAMEL</b>	UFR	Anglais

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

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

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémie <b>BELLIEN</b> (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mme Camille <b>CHARBONNIER (LE CLEZIO)</b>	Statistiques

Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mme Dominique <b>DUTERTE- BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL <b>GHARBI-HAMZA</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
M. Jérémie <b>MARTINET</b> (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine <b>MALLETER</b>	Toxicologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Tiphaine <b>ROGEZ-FLORENT</b>	Chimie analytique
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### **PROFESSEURS ASSOCIES**

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

### PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

### ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs **SOARES**

Bactériologie

### ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie **MOHAMED**

Chimie Organique

<h3>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</h3>
---

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Roland **CAPRON**

Biophysique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **ELOMRI**

Pharmacognosie

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**

Physiologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique



## ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

### PROFESSEURS

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

### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil <b>ADRIOUCH</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle <b>BOUGEARD-DENOYELLE</b> (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine <b>CLEREN</b> (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain <b>FRAINEAU</b> (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline <b>GAILDRAT</b> (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas <b>GUEROUT</b> (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel <b>LETELLIER</b> (med)	Physiologie
Mme Christine <b>RONDANINO</b> (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine <b>OUVRARD-PASCAUD</b> (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric <b>PASQUET</b>	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var <b>TAN</b>	Immunologie
Mme Isabelle <b>TOURNIER</b> (med)	Biochimie (UMR 1079)

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*    *SJ – Saint Julien Rouen*

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

## Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## Abréviations

CCU-MG : Chef de Clinique Universitaire de Médecine générale

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPEF : Centre de Planification et d'Education familiale

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRF : Centre de Rééducation Fonctionnelle

DCEM : Deuxième cycle des Études Médicales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DREES : Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

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

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

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PCEM : Premier cycle des Études Médicales

PMI : centres de Protection Maternelle et Infantile

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales

# Sommaire

Introduction .....	20
Méthodologie.....	28
Résultats .....	32
1. Caractéristiques socio démographiques .....	32
2. Parcours d'enseignement .....	33
2.1 <i>Avant les études médicales</i> .....	33
2.2 <i>Premier cycle des études médicales (PCEM1)</i> .....	33
2.3 <i>Deuxième cycle des études médicales</i> .....	34
2.4 <i>ECN</i> .....	35
2.5 <i>Troisième cycle des études médicales</i> .....	36
3. Pratique médicale actuelle .....	38
3.1 <i>Activité exclusive de la médecine générale</i> .....	39
3.2 <i>Activité exclusive autre que la médecine générale</i> .....	39
3.3 <i>Pratique de la médecine générale associée à une activité libérale ou salariée</i> ...	40
4. Pratique médicale envisagée dans le futur.....	41
4.1 <i>Médecine générale exclusive envisagée</i> .....	41
4.2 <i>Activité exclusive autre que la médecine générale envisagée</i> .....	42
4.3 <i>Activité de la médecine générale associées à une autre activité libérale ou salariée envisagées</i> .....	43
5. Analyses univariées.....	44
5.1 <i>Pratique médicale actuelle</i> .....	44
5.2 <i>Pratique médicale envisagée</i> .....	48
Discussion.....	54
1. Critiques de l'étude .....	54
2. Principaux résultats et perspectives.....	56
Conclusion.....	61

# Introduction

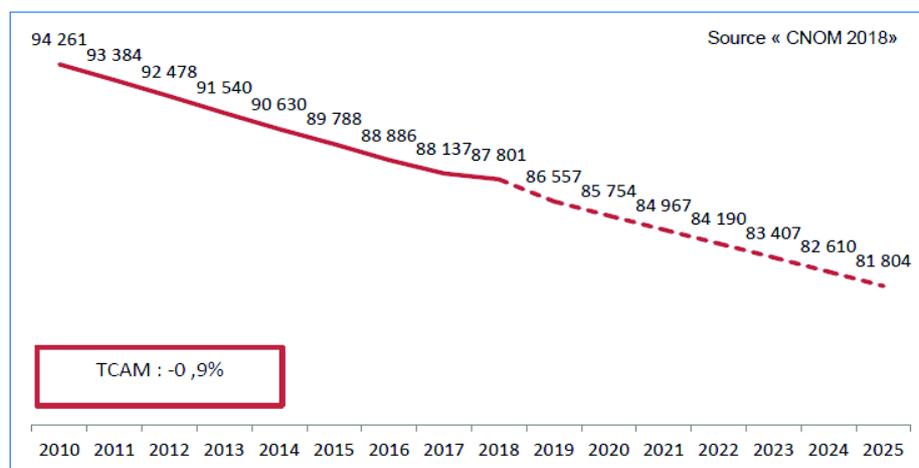
L'égal accès aux soins dans tous les territoires est actuellement au cœur des politiques de santé. L'accès au médecin généraliste est un axe primordial de cet accès aux soins. Il est le principal acteur de l'offre de soins primaires, et donc le premier contact avec le système de santé.

La place du médecin généraliste dans le système de santé n'a fait que croître ces deux dernières décennies. En effet, en 2002, la société WONCA le définit comme « le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée » (1). La réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 renforce le rôle du médecin généraliste (2). Les assurés doivent dorénavant déclarer un médecin traitant sous peine de pénalités de remboursement. Celui-ci oriente le patient dans le système de soins, il est l'acteur principal de la coordination entre les professionnels de santé. La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009 confirme le statut du médecin généraliste comme principal acteur des soins primaires en lui attribuant les missions de prévention, dépistage, diagnostic et le suivi des maladies chroniques ainsi que l'éducation pour la santé (3). Elle évoque la notion d'égalité d'accès aux soins en proposant de lutter contre les « déserts médicaux ».

Plus récemment, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 soutient la médecine de proximité en créant l'Équipe de soins primaires avec au cœur de cette équipe le médecin généraliste afin de mieux structurer le parcours de soins des patients (4). Cette loi permet également aux professionnels de santé de se constituer en Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui ont vocation à assurer une meilleure coordination des soins de proximité. Le projet de loi « Ma santé 2022 » prévoit de développer le nombre de CPTS pour répondre aux besoins de la population et assurer la fluidité du parcours des patients (5). Les CPTS sont un mode d'organisation ayant pour objectif la création d'un projet médical et médico-social sur la base du volontariat des professionnels de santé.

Le médecin généraliste a donc un rôle central dans le parcours de soins. L'accroissement des inégalités de répartition des médecins généralistes ces dernières années a fait apparaître la notion de « déserts médicaux » (6). Ce nouveau mode d'organisation permet alors de répondre à un projet de soins dans un territoire sous-dense. Il permettrait d'améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes.

Selon l'Atlas publié en 2018 par le CNOM (7), le nombre de médecins généralistes en activité régulière a diminué de 7% entre 2010 et 2017 alors que le nombre de médecins, toutes spécialités confondues, ne cesse d'augmenter. Cette tendance à la baisse devrait probablement se confirmer jusqu'en 2025 (Figure 1). L'offre de soins primaires tend à diminuer tandis que les besoins ne cessent d'augmenter. En effet, il existe un vieillissement de la population avec une part des 60 ans et plus qui a augmenté de 1 à 4 % depuis 2010 selon les départements (7). En 2016, les personnes âgées de 70 ans et plus ont eu recours aux médecins généralistes 2,3 fois plus que les personnes plus jeunes (8).



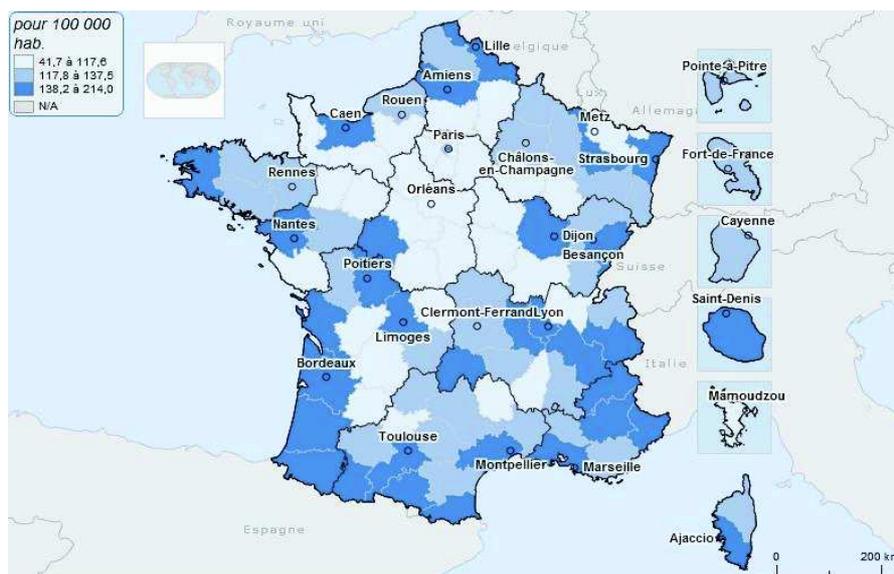
**Figure 1 : Projection des médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025**

Parallèlement au vieillissement de la population, la pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière confirme un vieillissement connu mais qui ne se majore plus. L'âge moyen d'un médecin généraliste en activité régulière en 2018 est 50,6 ans (7). En effet, depuis 2010, le nombre de médecins inscrits a augmenté de

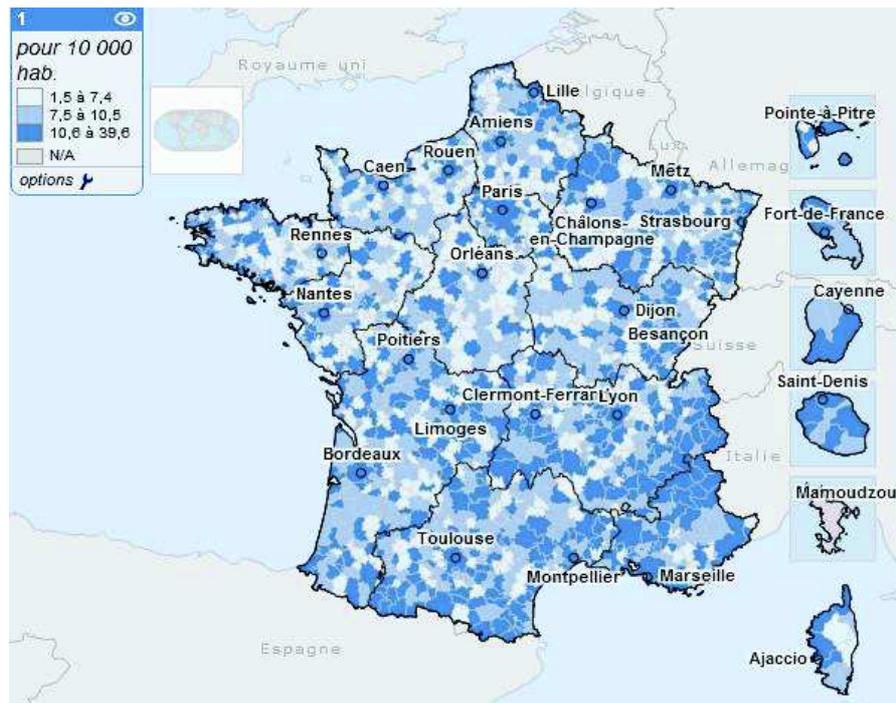
11,9% en faveur des retraités actifs qui ont augmenté de 67,6% tandis que les médecins en activité régulière ont diminué de 0,9%(7).

La profession se féminise avec une part de 48,2% pour les femmes médecins généralistes en 2018 contre 39,2% en 2010 (7). A l'avenir, les femmes médecins seront majoritaires et représenteront environ 60% des effectifs en 2034 (9). Ce processus de féminisation interroge sur une possible modification des pratiques professionnelles et l'offre de soins primaires (9–12).

L'offre de soins primaires repose notamment sur la répartition territoriale des praticiens libéraux. La répartition de ces professionnels de santé est inégale sur le territoire français (Figures 2 et 3) et favorise l'émergence de « déserts médicaux » (6,13,14). Selon la DREES, en 2016, 8,6 % de la population française vit dans une commune sous-dotée en médecin généraliste (8). Les communes sous-dotées sont notamment les communes rurales et isolées (8). Ces territoires ruraux sont moins attractifs que les métropoles et autres zones urbanisées (15). L'environnement professionnel, tel que la présence de structures de soins de proximité, et l'environnement extra professionnel (scolarisation des enfants, activité professionnelle du conjoint) influencent l'installation des jeunes médecins (16).



**Figure 2 : Densité médicale des généralistes en activité régulière en 2019, sources CNOM et INSEE (l'activité régulière est représentée par les médecins actifs).**

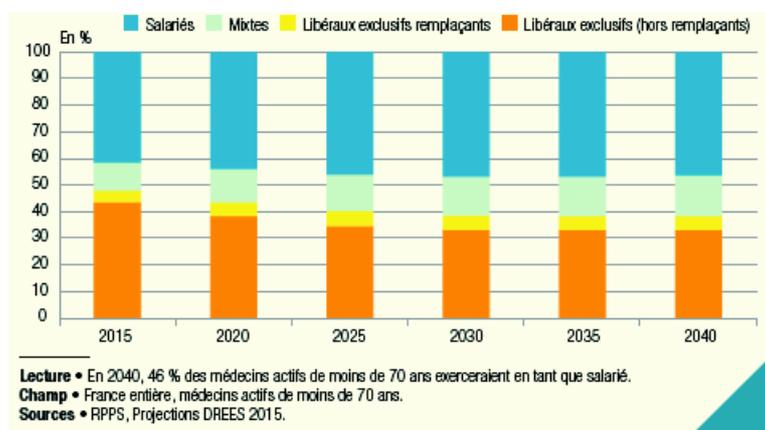


**Figure 3 : Densité des médecins généralistes en activité totale 2019, sources CNOM et INSEE (l'activité totale est représentée par les remplaçants, les actifs réguliers et les sans activité temporaire).**

Outre les caractéristiques socio-démographiques et la répartition territoriale des médecins généralistes, leur mode d'exercice influence également l'offre de soins. Il évolue avec le temps en défaveur de l'offre de soins primaires. Le rapport au travail des jeunes médecins se modifie, ils souhaitent travailler tout en étant épanouis dans leur vie privée, le cadre familial étant très important pour eux (17,18). Les horaires et le rythme de travail influencent le lieu et le mode d'installation des médecins (19).

En 2018, 56% des médecins généralistes sont libéraux, 37% sont salariés et 7% exercent une activité mixte (7). La part de l'activité libérale diminue au profit de l'activité salariée en milieu hospitalier. Cette tendance va s'accroître dans les années à venir avec un recul important du nombre de médecins libéraux au profit des médecins salariés pour la plupart hospitaliers (9) (Figure 4). L'activité intermittente, représentée principalement par le remplacement libéral, ne cesse d'augmenter, laissant l'ancienne génération de médecins sans successeur (7). Les jeunes médecins généralistes

s'installent plus tard que leurs aînés (20), l'âge moyen d'installation en médecine générale est de 37 ans (17).



**Figure 4 : Répartition des médecins en activité à l'horizon 2040 par mode d'exercice, source DREES 2017.**

En 2017, l'Assurance maladie dénombrait 6584 médecins à mode d'exercice particulier (MEP). Leur recensement est difficile, tant les pratiques sont variées (21). L'IRDES définit les médecins MEP comme « des médecins dont les spécialités ne sont pas reconnues par la Sécurité sociale telles que l'acupuncture ou l'homéopathie » (22). Les MEP s'installent préférentiellement en zone urbaine, s'éloignant des zones rurales (15).

Les modes d'organisation de travail des médecins généralistes évoluent également. La jeune génération favorise l'exercice en groupe face à l'isolement professionnel (23) (24). La création des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en 2008 permet aux praticiens libéraux de travailler de façon collective. Les futurs médecins généralistes se tourneront de plus en plus vers l'exercice collectif, notamment avec le développement des centres de santé et autres modes d'exercice de groupe.

La formation joue un rôle important sur le nombre et la répartition des médecins. Tout d'abord, le numérus clausus fixe chaque année le nombre de médecins à former. Cependant, il n'a aucun effet sur la répartition territoriale des médecins. L'Examen national classant a, quant à lui, un rôle plus important sur la répartition territoriale.

Les étudiants doivent choisir la subdivision où ils effectueront leur internat en fonction de leur classement. Même s'ils ne sont pas obligés d'exercer dans la région où ils sont formés, le choix de la subdivision est crucial. Dans une étude publiée en 2016 par la Revue française d'économie, l'analyse de 6619 médecins généralistes installés entre 2005 et 2011 a montré que près de trois quarts d'entre eux sont installés dans la région de leur internat (15). Depuis l'arrêté du 4 mars 1997 (25) puis celui du 18 juin 2009 (26), le stage ambulatoire en médecine générale pendant le deuxième cycle des études médicales est obligatoire. Ce stage permet à l'étudiant de découvrir pour la première fois le métier de médecin généraliste. Enfin, pendant l'internat, la présence des médecins généralistes dans l'enseignement favorise l'émergence de projets d'installation chez les étudiants (17). Cependant, le nombre de médecins généralistes enseignants n'augmentent pas proportionnellement au nombre d'étudiants (14). Les stages de niveau 1 chez les praticiens puis les stages en autonomie permettent de découvrir le fonctionnement d'un cabinet et de se former de façon concrète au métier de médecin généraliste. Ces stages rassurent et confortent l'étudiant dans son projet libéral (27).

Les facteurs liés à la formation sont particulièrement intéressants à étudier car modifiables par les pouvoirs publics et les Universités.

Pour favoriser l'installation des jeunes médecins, des mesures financières ont été mises en place par les pouvoirs publics. Dès la deuxième année de leurs études, les médecins peuvent signer un Contrat d'engagement au service public (CESP). C'est une indemnité contractuelle pour fidéliser les jeunes médecins dans des zones fragiles et sous-dotées. Des aides territoriales mises en œuvre par les collectivités locales existent telles que des subventions si l'étudiant effectue un stage dans une zone déficitaire, ainsi que des indemnités de transport et de logement pour inciter les jeunes médecins généralistes à s'installer (28). Il existe également plusieurs types d'aides à l'installation sous différentes formes telles que les primes, la mise à disposition de locaux professionnels ou encore les exonérations fiscales. Les aides à l'installation restent relativement méconnues des médecins (16).

Malgré ces mesures, les inégalités territoriales et les « déserts médicaux » persistent. Avec la démographie actuelle alarmante, les politiques territoriales de santé doivent être adaptées aux besoins croissants de la population et aux souhaits des professionnels de santé, notamment des médecins généralistes, pivots des soins primaires. Les professionnels de santé et les patients réclament une organisation de l'offre de soins. L'analyse du profil des jeunes médecins et de leur activité est donc indispensable afin de connaître leurs souhaits et ainsi adapter les politiques territoriales de santé pour répondre au mieux aux besoins de la population.

D'autres pays sont également concernés par ce problème de répartition des médecins. Plusieurs études de cohortes ont été menées.

En Australie, une étude rétrospective de cohortes sur 368 médecins a été menée entre 1980 et 1995. 96% des médecins sont en activité 2 ans après l'obtention de leur diplôme puis 85% 10 ans après le diplôme (29). Une autre étude australienne menée sur ces mêmes cohortes met en évidence un déclin avec le temps du choix de l'exercice de la médecine générale (30). Au Royaume-Uni, une étude de 2002 sur plusieurs cohortes de 1974 à 1993 a montré que la jeune génération de médecins généralistes préférait travailler à temps partiel par rapport à leurs aînés qui travaillaient à temps complet (31).

En France, plusieurs études de cohortes dressant le profil des jeunes médecins généralistes, à l'échelle régionale, ont été menées depuis 2008. Certaines études ont bénéficié d'un suivi de cohorte pour décrire au mieux le parcours professionnel des médecins. Par exemple, à Reims, l'Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne (OBAC-MG), initié en 2008, est un suivi de cohorte de médecins généralistes sur plusieurs années (32–34). Les principaux résultats sont une évolution majeure de l'importance du cadre de vie personnelle et la lourdeur des charges administratives perçue comme un frein à l'installation. L'inter région Grand Ouest a réuni 121 anciens internes de médecine générale des facultés de Rennes, Poitiers et Angers (35). Un des principaux résultats de cette étude de cohorte est l'association significative entre la réalisation d'un SASPAS et l'exercice de

la médecine générale en ambulatoire. A Nantes et Nancy, Florence Frete (36) et Charène Colley retrouvent, respectivement, le même résultat.

L'Observatoire régional de santé PACA a réalisé un « panel jeunes médecins » en initiant un suivi de 3 cohortes différentes issues des promotions arrivant en avant dernier semestre d'internat en 2013,2014, et 2015 (37–39). A Rouen, Elodie Faget (40) a créé une cohorte ECN 2012, Jérôme Echasseriau (41) en a fait le suivi à 18 mois. Un de leurs principaux résultats est la préférence pour l'activité de remplaçant notamment en cabinet de groupe.

Toutes ces études avaient pour principal objectif d'analyser le parcours professionnel des jeunes médecins généralistes afin de mettre en évidence des déterminants à leur choix d'exercice.

Les objectifs de notre travail étaient d'identifier les cohortes de jeunes médecins généralistes existantes afin de reconstituer une cohorte nationale et mettre évidence des facteurs influençant leurs choix professionnels.

## Méthode

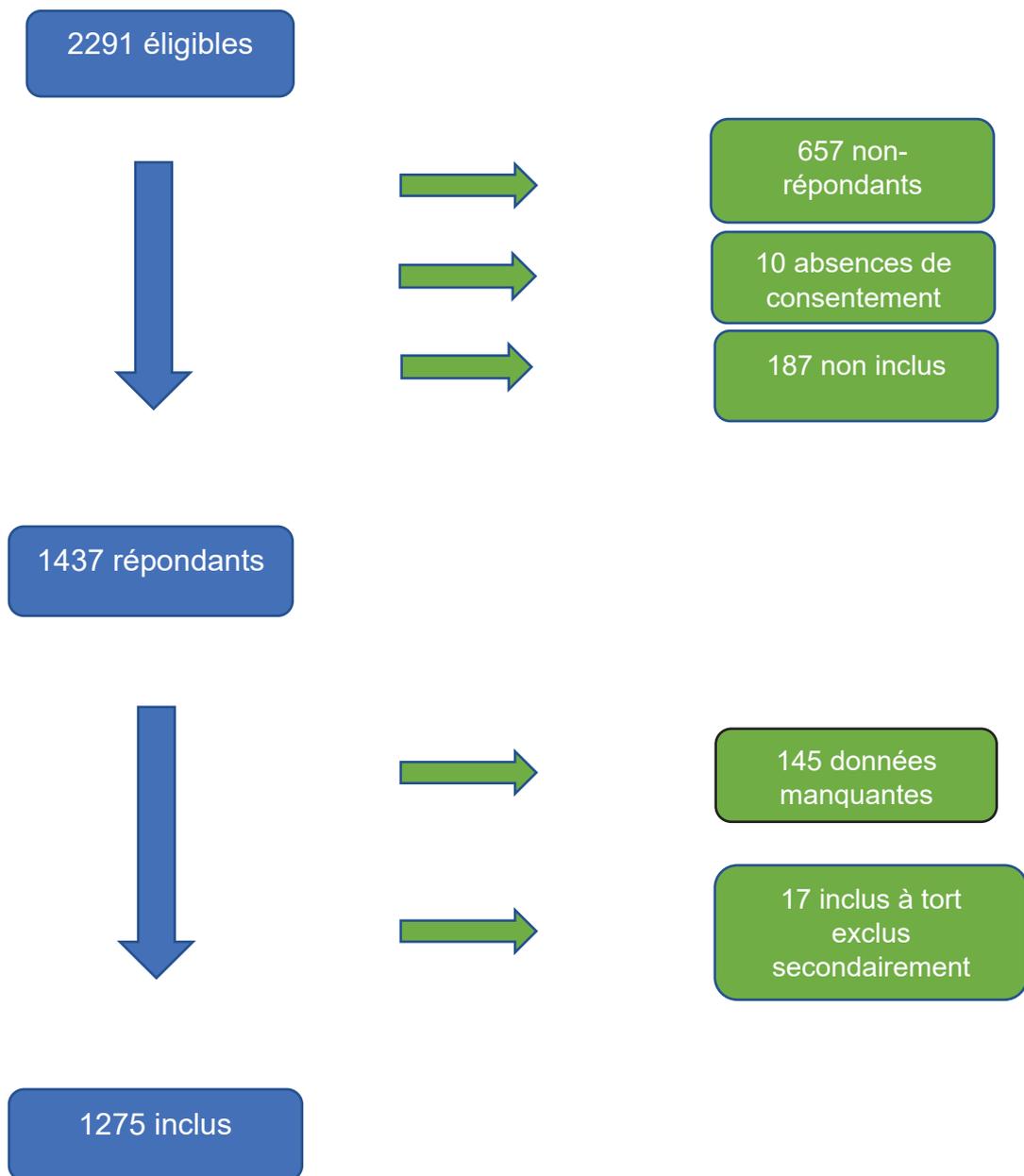
Les sous cohortes locales et régionales de jeunes médecins généralistes ont été recensées. Les critères d'inclusion étaient un DES débuté entre 2008 et 2014 et la réponse au questionnaire. Le DES de médecine générale était achevé ou en cours dans la subdivision concernée.

Le critère d'exclusion était l'absence de réponse au questionnaire initial ou au questionnaire de suivi. Toutes les données avaient été recueillies par questionnaires auto administrés.

Une étude de cohorte rétrospective, multicentrique a été réalisée. Le recueil rétrospectif des données de l'ensemble des sous-cohortes prospectives s'est fait via les investigateurs principaux des différentes études. Il a débuté en mai 2018 et s'est terminé en mars 2019. Le questionnaire des différentes sous cohortes régionales n'était pas standardisé. Les différents questionnaires ont donc été rassemblés. Les réponses ont ensuite été colligées puis analysées.

Une analyse descriptive de la population et des trajectoires professionnelles a été réalisée. Une analyse univariée a ensuite permis d'identifier les facteurs susceptibles d'influencer les choix professionnels des jeunes médecins généralistes. Les analyses statistiques ont été réalisées via le site Biostat TGV avec un test du Chi<sup>2</sup> lorsque les échantillons le permettaient ou à défaut avec un test de Fisher.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) via la déléguée à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen, et reçu un avis favorable du comité d'éthique pour la recherche sur données existantes et/ou hors loi Jardé du CHU de Rouen.



**Figure 5 : Diagramme de flux**

Parmi les quinze sous cohortes recensées, nous avons pu en analyser treize (Figure 6).

Dix personnes dans la cohorte de Nantes n'ont pas été incluses par absence de consentement, elles n'ont pas reçu le questionnaire. Il y avait 16 retours de mails erronés dans la cohorte Ile de France et un dans la cohorte de Rouen 2012, les personnes n'ont donc pas été incluses. 15 médecins dans la cohorte Ile de France, 69

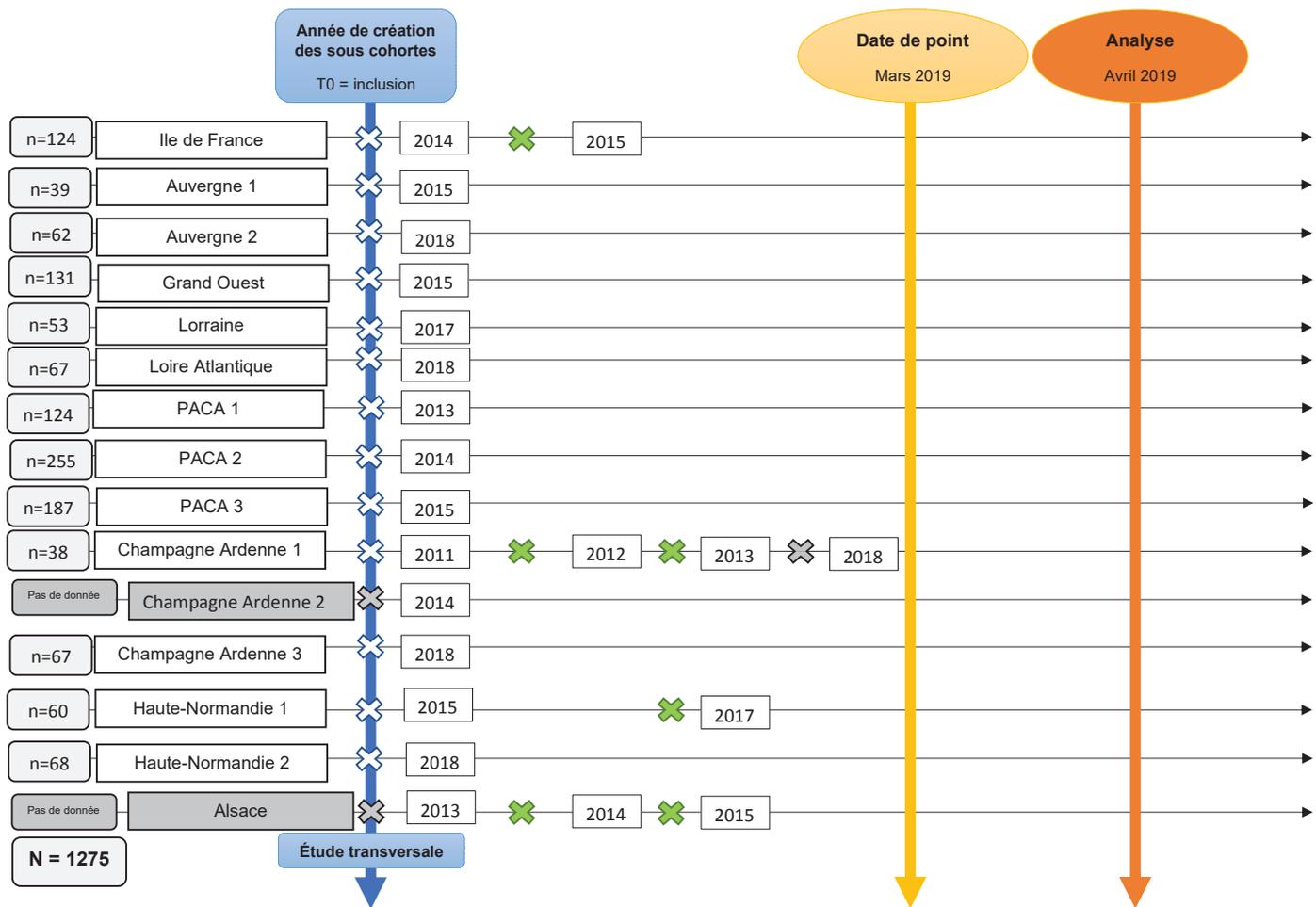
dans la cohorte Grand Ouest, 71 dans la cohorte PACA 2010, 5 dans la cohorte PACA 2011 et 10 dans la cohorte 2012 n'ont pas été incluses pour cause indéterminée.

Après réception des questionnaires, 10 personnes interrogées dans l'inter région Grand Ouest ont été exclues secondairement car leur mémoire a été validé après 2015, le fait de ne pas avoir validé le DES de médecine générale en 2015 était un critère d'exclusion dans leur étude. Dans la cohorte de Nantes, 3 personnes ont été exclues pour retrait de consentement. Dans la cohorte de Rouen 2014, une personne a signalé son abandon dans le questionnaire et une autre avait débuté son internat en 2013, elles ont été exclues. Deux personnes ont été exclues de la cohorte Ile de France car une avait fait un droit au remord vers la médecine physique et de réadaptation et une autre avait passé l'internat en 2009.

Les données des cohortes de Strasbourg (98 participants), Reims 2008 (5 participants) et Reims 2009 (42 participants) étaient manquantes, elles n'ont pas pu être incluses.

Il y avait 657 non-répondants parmi toutes les cohortes.

Au total, 1275 personnes ont été incluses.



1 : Ile de France; 2-3: UFR Clermont-Ferrand; 4: UFR Angers/Poitiers/Rennes; 5: UFR Nancy; 6: UFR Nantes; 7-8-9: UFR Aix-en-Provence/Marseille; 10-11-12: UFR Reims; 13-14 : UFR Rouen; 15: Organisme Régional de la Santé Strasbourg

**Figure 6 : Cohorte nationale reconstituée via les sous cohortes régionales**

# Résultats

Le taux de participation était de 55,7%.

Le questionnaire des différentes sous cohortes régionales n'étant pas standardisé, certains items sont donc représentés de façon aléatoire et les effectifs varient d'un item à l'autre. De même, les non répondants n'apparaissent pas dans l'ensemble des tableaux descriptifs.

## 1. Caractéristiques socio démographiques

Les répondants étaient âgés de 25 à 54 ans, l'âge moyen était de 29,2 ans.

**Tableau 1 : Caractéristiques socio démographiques des répondants**

	n		N( =1275)	%
Genre	1273	Féminin	855	67,2
		Masculin	418	32,8
Nationalité	941	Française	926	98,4
		Étrangère	15	1,6
Profession du père	1068	Médecin dont généraliste	140 dont 66	13,1 dont 47,1
		N'est pas médecin	928	86,9
Profession de la mère	1066	Médecin dont généraliste	88 dont 34	8,3 dont 38,7
		N'est pas médecin	978	91,7
En couple	1270	Oui	1016	80
		Non	254	20
Profession du conjoint	387	Médecin dont généraliste	125 dont 53	32,3 dont 42,4
		N'est pas médecin	262	67,7
Enfant(s)	1247	Oui	296	23,7
		Non	951	76,3
Lieu de vie dans l'enfance	511	Zone urbaine	276	54
		Zone semi-rurale	99	19,4
		Zone rurale	136	26,6
Lieu d'habitation actuel	1072	Zone urbaine	749	69,9
		Zone semi-rurale	198	18,5
		Zone rurale	125	11,7
Mode de vie actuel	942	Seul	201	21,3
		Avec conjoint et/ou enfant(s)	663	70,4
		Colocation	52	5,5
		Avec parents	26	2,8

Statut foncier	969	Propriétaire	285	29,4
		Locataire	592	61,1
		Hébergé(e) à titre gratuit	92	9,5

Les femmes représentaient 67,2% de la population étudiée. Parmi les répondants, 80% étaient en couple, 32,3% avaient un conjoint médecin. Parmi les conjoints médecins, 42,4% étaient généralistes.

## 2. Parcours d'enseignement

### 2.1 Avant les études médicales

**Tableau 2 : Parcours initial avant les études médicales**

	N		N (= 1275)	%
Année d'obtention du baccalauréat	352	Avant 1995	4	1,1
		1995	1	0,3
		1996	3	0,9
		1998	5	1,4
		2000	12	3,4
		2001	30	8,5
		2002	26	7,4
		2003	64	18,9
		2004	47	13,4
		2005	37	10,5
		2006	31	8,8
		2007	67	19
Études avant médecine	82	Oui	43	52,4
		Non	39	47,6

### 2.2 Premier cycle des études médicales (PCEM1)

**Tableau 3 : Caractéristiques du PCEM1**

	n		N (= 1275)	%
Année d'entrée en PCEM1	683	Avant 1995	2	0,3
		1998	2	0,3
		2000	5	0,7
		2001	31	4,5
		2002	28	4,1
		2003	84	12,3
		2004	106	15,5
		2005	144	21,2
		2006	93	13,6
		2007	137	20,1
		2008	50	7,3

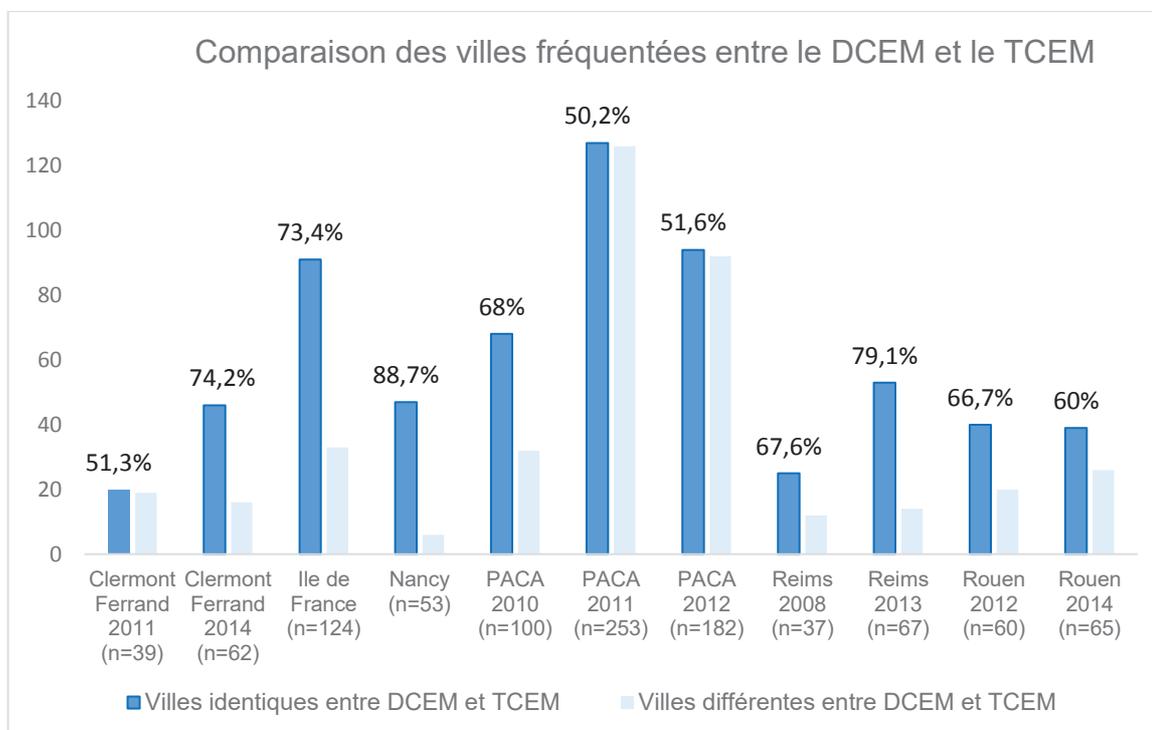
		2009	1	0,1
Nombre de PCEM1	968	1 fois	333	34,4
		2 fois	623	64,4
		3 fois	12	1,2
Études réalisées pour faire médecine générale	511	Oui	297	58,1
		Non	201	39,3
		Ne sait pas	13	2,5

Parmi les répondants, 58,1% ont passé le concours PCEM 1 dans le but de faire de la médecine générale.

### 2.3 Deuxième cycle des études médicales

Dans toutes les sous-cohortes interrogées, la majorité des médecins est restée dans la même ville entre le DCEM et le TCEM.

Pour les cohortes PACA 2011 et PACA 2012, la différence de proportion entre les étudiants qui ont changé de ville et ceux qui sont restés est minimale (Figure 5).



**Figure 7 : Comparaison des villes fréquentées entre le DCEM et le TCEM**

**Tableau 4 : Caractéristiques du DCEM**

	n		N(=1275)	%
Cours réalisés par des médecins généralistes	963	Oui	325	33,7
		Non	638	66,3
Stage en médecine générale durant le DCEM	473	Oui	288	60,9
		Non	185	39,1

Pendant le DCEM, 33,7% des répondants ont bénéficié de cours réalisés par des médecins généralistes.

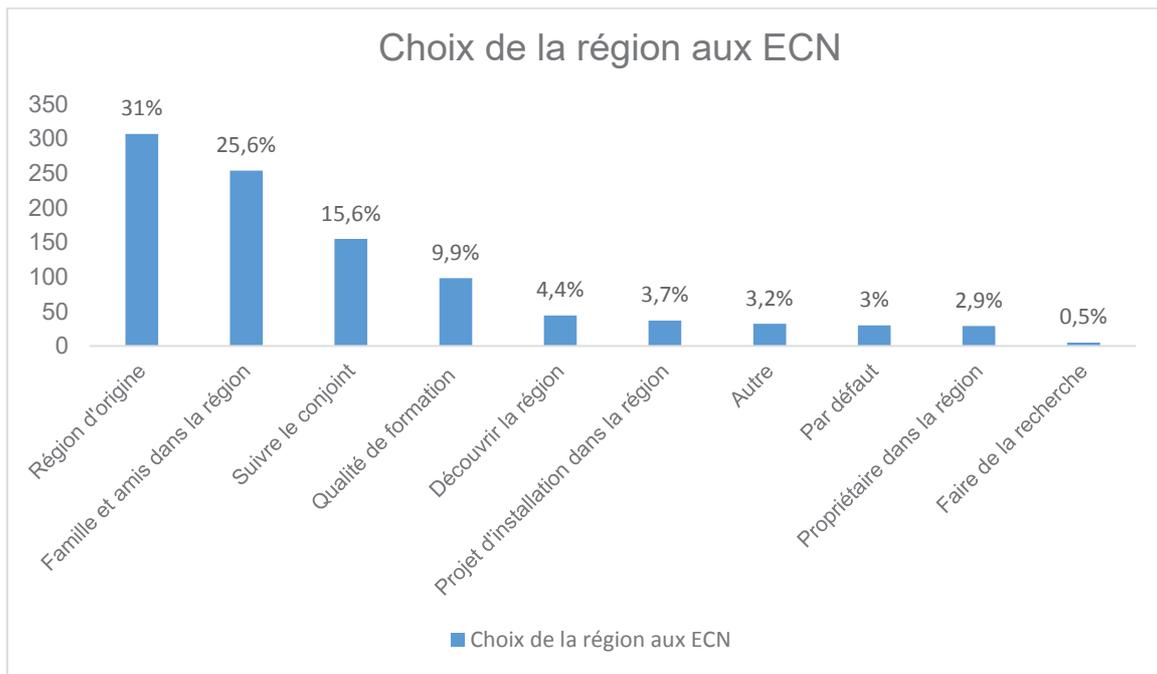
Parmi les répondants, 60,9% déclarent avoir effectué un stage en médecine générale durant leur DCEM.

## 2.4 ECN

**Tableau 5 : Caractéristiques de l'ECN**

	n		N(=1275)	%
Année de présentation aux ECN	1224	2001	4	0,3
		2003	1	0,08
		2007	4	0,3
		2008	15	1,2
		2009	56	4,6
		2010	275	22,5
		2011	276	22,5
		2012	330	27
		2013	76	6,2
Nombre de présentations aux ECN	971	Une fois	863	88,9
		Deux fois	105	10,8
		Trois fois	3	0,3
1 <sup>er</sup> choix de la médecine générale aux ECN	972	Oui	602	61,9
		Non	370	38,1
Droit au remord vers la médecine générale	844	Oui	10	1,2
		Non	834	98,8

Concernant les ECN, 88,9% des médecins ont passé une seule fois le concours des ECN. Parmi les répondants, 61,9% ont choisi la médecine générale en 1<sup>er</sup> choix aux ECN. Parmi les répondants, 10 personnes soit 1,2% ont effectué un droit au remord vers la médecine générale, ils ont donc changé de cursus en cours d'internat.



**Figure 8 : Raisons du choix de la région aux ECN**

Concernant la région choisie aux ECN, 31% des répondants ont choisi leur région d'origine, 25,6% en fonction de leurs attaches familiales et amicales et 15,6% pour suivre leur conjoint. 9,9% ont privilégié la qualité de la formation en médecine générale et 3,7% avaient un projet d'installation dans la région choisie.

## 2.5 Troisième cycle des études médicales

**Tableau 6 : Caractéristiques du TCEM**

	n		N(=1275)	%
Stage chez le praticien de médecine générale niveau 1	1047	Oui	1040	99,3
		Non	7	0,7
Semestre de réalisation du stage niveau 1	1040	2	148	14,2
		3	477	45,9
		4	299	28,8
		5	109	10,5
		6	7	0,7
Localisation du stage niveau 1*	1329	Zone urbaine	782	61,3
		Zone semi-rurale	294	23,1
		Zone rurale	253	19,8
SASPAS	1214	Oui	635	52,3
		Non	572	47,1
		En cours	7	0,6

Semestre de réalisation du SASPAS	513	4 5 6	1 177 335	0,2 34,5 65,3
Localisation du SASPAS	462	Zone urbaine Zone semi-rurale Zone rural	204 144 114	44,2 31,2 24,7
Réalisation d'un DESC	1256	Oui Non	281 975	22,4 77,6
Type de DESC réalisé	278	Addictologie Allergologie et immunologie clinique Cancérologie Douleur et soins palliatifs Esthétique Gériatrie Gynécologie Maladies infectieuses et tropicales Médecine du sport Médecine d'urgence Médecine légale et expertises médicales Médecine vasculaire Nutrition Pédiatrie Pharmacologie clinique	2 4 3 12 1 26 2 11 13 177 8 9 8 1 1	0,7 1,4 1,1 4,3 0,4 9,4 0,7 4 4,7 63,7 2,9 3,2 2,9 0,4 0,4
Remplacements pendant l'internat	1021	Oui Non	657 364	64,3 35,7
Lieu des remplacements	382	Zone urbaine Zone semi-rurale Zone rurale	162 117 103	42,4 30,6 28,5
Durée des remplacements	628	Moins de 5 semaines Entre 5 et 10 semaines Plus de 10 semaines	388 113 127	61,8 18 20,2
Thèse soutenue	1217	Oui Non	485 732	39,9 60,1
Aide(s) financière(s) durant les études	774	Oui dont CESP Non	337 dont 36 437	43,5 dont 10,7 56,5
Membre d'un syndicat durant l'internat	353	Oui Non	201 152	56,9 43,1

\* Les questions étaient à choix multiples, la somme des pourcentages est supérieure à 100%.

Durant le TCEM, 99,3% des répondants ont effectué un stage de médecine générale niveau 1 dont 61,3% en zone urbaine, 23,1% en zone semi-rurale et seulement 19,8% en zone rurale.

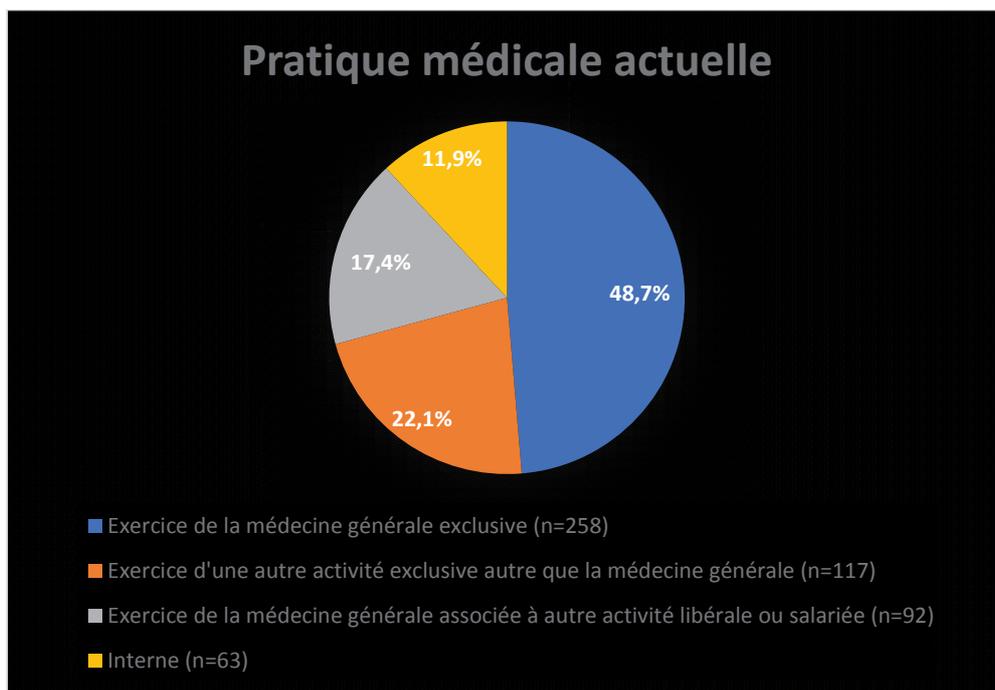
Parmi les répondants, 52,3% ont effectué un stage de médecine générale niveau 2 dit SASPAS.

Concernant les formations complémentaires, 22,4% ont effectué un DESC et 63,7% celui de médecine d'urgence parmi les répondants.

Parmi les étudiants, 64,3% ont réalisé des remplacements au cours de leur internat. Les remplacements étaient en zone urbaine pour 42,4% d'entre eux. La majorité (61,8%) des remplacements pendant l'internat duraient moins de 5 semaines.

### 3. Pratique médicale actuelle

La pratique médicale actuelle correspondait, selon les sous-cohortes, de quelques mois jusqu'à 2 ans après la fin du DES.



**Figure 9 : Pratique médicale actuelle**

### 3.1 Activité exclusive de la médecine générale

**Tableau 7 : Modalités d'exercice des médecins exerçant exclusivement la médecine générale**

	n		N(=258)	%
Statut	230	Libéral	212	92,2
		Salarié	7	3
		Libérale et salarié	11	4,8
Statut d'exercice	231	Remplaçant	213	92,2
		Collaborateur	2	0,9
		Installé	16	6,9
Type de structure*	155	MSP	31	20
		Cabinet de groupe	85	54,8
		Seul(e)	35	22,6
		Centre de santé	4	2,6
Lieu d'exercice*	386	Zone urbaine	157	40,7
		Zone semi-rurale	136	35,2
		Zone rurale	93	24,1
Aide à l'installation	30	Oui	5	16,7
		Non	25	83,3

\*Plusieurs choix étaient possibles.

92,2% des médecins généralistes exerçaient en tant que remplaçants et 6,9% étaient installés. 53,5% exerçaient en groupe, 20 % au sein d'une MSP et 22,6 % seuls.

### 3.2 Activité exclusive autre que la médecine générale

**Tableau 8 : Modalités d'exercice des médecins exerçant exclusivement une autre activité que la médecine générale**

	n		N (=117)	%
Type d'activité	94	Poste hospitalier	57	60,6
		Médecine d'urgence	11	11,7
		Gériatrie	7	7,4
		SSR/EHPAD	4	4,3
		Allergologie	2	2,1
		Médecine scolaire	2	2,1
		CRF	2	2,1
		PMI	2	2,1
		Psychiatrie	1	1,1
		Médecine légale	1	1,1
		Angiologie	1	1,1
		Médecine du sport	1	1,1
		Médecin du travail	1	1,1

Médecine polyvalente	1	1,1
Clinique	1	1,1
CCU-MG	1	1,1

### 3.3 Pratique de la médecine générale associée à une activité libérale ou salariée

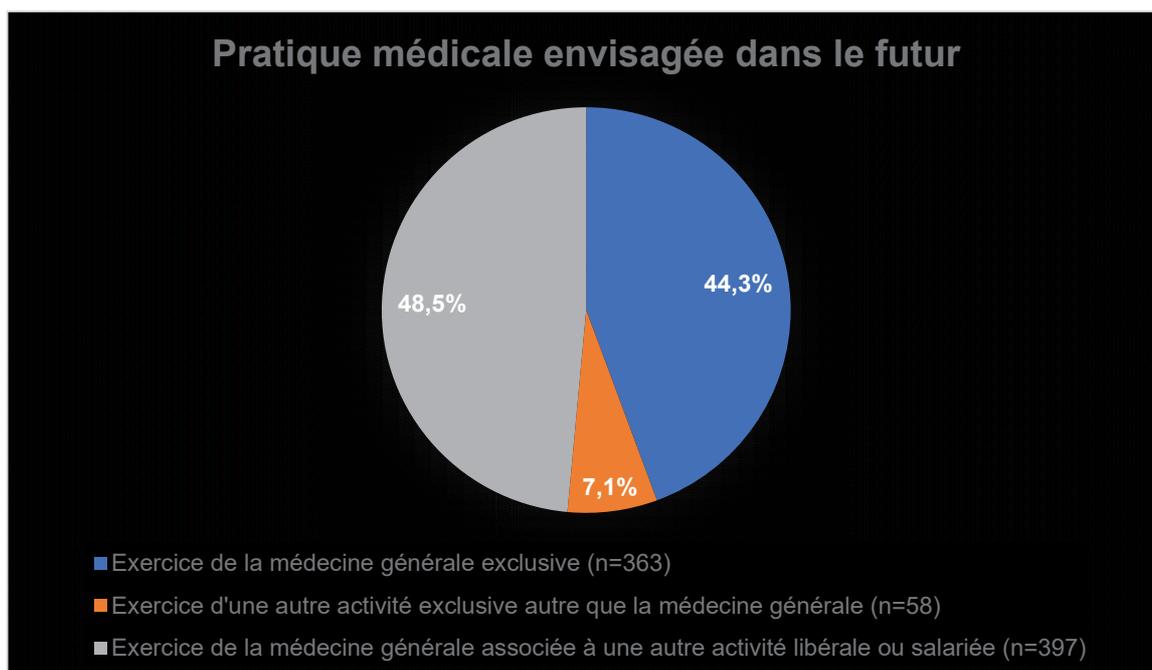
**Tableau 9 : Modalités d'exercice des médecins exerçant une activité de médecine générale associée à une autre activité (libérale ou salariée)**

	n		N(=92)	%
Statut d'exercice	88	Remplaçant	65	73,9
		Installé et	23	26,1
		Collaborateur		
Type de structure	38	MSP	7	18,4
		Cabinet de groupe	19	50
		Seul(e)	6	15,8
		Centre de santé	6	15,8
Lieu d'exercice*	116	Zone urbaine	52	44,8
		Zone semi-rurale	40	34,5
		Zone rurale	24	20,7
Activité salariée	55	Hôpital	20	36,4
		PMI	7	12,7
		Urgences	6	10,9
		SSR	5	9,1
		CPEF	4	7,3
		CCU-MG	4	7,3
		Médecine scolaire	3	5,5
		Clinique	2	3,6
		Allergologie	1	1,8
		Infectiologie	1	1,8
		Milieu carcéral	1	1,8
		Psychiatrie	1	1,8
		Activité libérale	16	MEP
Urgences	6			37,5
Médecine du sport	3			18,8
Activité universitaire	38	Oui	8	21,1
		Non	30	78,9

\*Plusieurs choix étaient possibles

#### 4. Pratique médicale envisagée dans le futur

Parmi les répondants, 48,5% envisageaient l'association de la pratique de la médecine générale et d'une autre activité (libérale ou salariée), 44,3% envisageaient la pratique de la médecine générale exclusive et 7,1% l'exercice exclusif d'une autre activité que la médecine générale.



**Figure 10 : Pratique médicale envisagée dans le futur**

##### 4.1 Médecine générale exclusive envisagée

**Tableau 10 : Modalités d'exercice des médecins envisageant exclusivement la médecine générale**

	n		N(=363)	%
Statut	212	Libéral	160	75,6
		Salarié	45	21,2
		Libéral et salarié	7	3,3
Statut d'exercice	174	Remplaçant	25	14,4
		Collaborateur	34	19,5
		Installé	115	66,1

Type de structure	179	MSP	62	34,6
		Cabinet de groupe	92	51,4
		Seul(e)	8	4,5
		Centre de santé	17	9,5
Lieu d'exercice	299	Lieu de vie dans l'enfance	30	10
		Lieu de réalisation de l'externat	19	6,4
		Lieu de réalisation de l'internat	169	56,5
		Lieu où se présentera la meilleure opportunité	62	20,7
		Lieu d'exercice professionnel du conjoint	13	4,3
		Ne sait pas quel lieu envisager	6	2
Zone d'exercice*	401	Zone urbaine	128	31,9
		Zone semi-rurale	170	42,4
		Zone rurale	103	25,7
Devenir Maitres de Stages Universitaires (MSU)	73	Oui	32	43,8
		Non	31	42,5
		Ne sait pas	10	13,7
Activité universitaire**	88	Oui	56	63,6
		Non	8	9,1
		Ne sait pas	24	27,3

\*Plusieurs choix étaient possibles.

\*\* L'activité universitaire pouvait correspondre à une activité de MSU, tuteur ou chargé d'enseignement des internes de médecine générale

#### 4.2 Activité exclusive autre que la médecine générale envisagée

**Tableau 11 : Modalités d'exercice des médecins envisageant exclusivement une autre activité que la médecine générale**

	n		N(=58)	%
Statut envisagé	30	Libéral	6	20
		Salarié	23	<b>76,7</b>
		Libéral et salarié	1	3,3
Activité salariée envisagée	38	Hôpital	24	<b>63,2</b>
		SSR	5	13,2
		PMI	4	10,5
		Clinique	4	10,5
		ONG	1	2,6

15 médecins envisageaient une activité libérale type MEP mais nous ne savions pas combien de personnes ont été interrogées sur cette question.

### 4.3 Activité de la médecine générale associée à une autre activité libérale ou salariée envisagées

**Tableau 12 : Modalités d'exercice des médecins envisageant une activité de médecine générale exclusive associée à une autre activité**

	n		N(=397)	%
Statut envisagé	304	Libéral	131	43,1
		Salarié	91	29,9
		Libéral et salarié	82	27
Statut d'exercice envisagé	155	Remplaçant	24	15,5
		Collaborateur	29	18,7
		Installé	102	65,8
Type de structure envisagé	162	MSP	64	39,5
		Cabinet de groupe	65	40,1
		Seul€	5	3,1
		Centre de santé	28	17,3
Lieu d'exercice envisagé	371	Lieu de vie dans l'enfance	32	8,6
		Lieu de réalisation de l'externat	21	5,7
		Lieu de réalisation de l'internat	189	51
		Lieu où se présentera la meilleure opportunité	103	27,8
		Lieu d'exercice professionnel du conjoint	21	5,7
		Ne sait pas quel lieu envisager	5	1,3
Zone d'exercice	384	Zone urbaine	119	31
		Zone semi-rurale	197	51,3
		Zone rurale	68	17,7
Devenir MSU	58	Oui	23	39,7
		Non	22	37,9
		NSP	13	22,4
Activité salariée envisagée	125	Hôpital	48	38,4
		PMI	39	31,2
		Clinique	15	12
		SSR	13	10,4
		ONG	10	8
Activité universitaire	44	Oui	31	70,5
		Non	7	15,9
		NSP	6	13,6

284 médecins envisageaient une activité libérale type MEP mais nous ne savions pas combien de personnes ont été interrogées sur cette question.

## 5. Analyses univariées

Nous avons recherché les facteurs influençant l'activité actuelle et envisagée (médecine générale exclusive, médecine générale associée à une autre activité) ainsi que la zone d'exercice actuelle et envisagée (zone urbaine, zone semi-rurale et zone rurale).

### 5.1 *Pratique médicale actuelle*

**Tableau 13 : Les facteurs influençant la pratique médicale actuelle**

		MG exclusive (n= 258)	MG et une autre activité libérale ou salarisée (n = 92)	p
Sexe	Féminin	189	60	0,144
	Masculin	69	32	
Profession du père	Médecin	25	6	0,751
	N'est pas médecin	233	48	
Profession de la mère	Médecin	21	8	0,124
	N'est pas médecin	237	46	
En couple	Oui	204	78	0,234
	Non	54	14	
Profession du conjoint	Médecin	53	13	0,714
	N'est pas médecin	140	30	
Enfant(s)	Oui	38	28	<b>&lt; 0,001</b>
	Non	220	64	
Lieu de vie dans l'enfance	Zone urbaine	133	29	0,768
	Zone semi-rurale	46	11	
	Zone rurale	79	14	
Lieu de vie actuel	Zone urbaine	195	44	0,232
	Zone semi-rurale	22	6	
	Zone rurale	41	4	
Mode de vie	Seul	38	7	0,677
	Avec conjoint et/ou enfant(s)	150	34	
	Colocation	7	3	
	Parents	7	2	
Statut foncier	Propriétaire	95	17	0,679
	Locataire	136	32	
	Hébergé(e) à titre gratuit	27	5	
Études avant médecine	Oui	19	12	<b>&lt;0,001</b>
	Non	29	1	
Nombre de PCEM 1	1 fois	78	18	0,498

	2 fois	143	23	
	3 fois	2	0	
Études pour faire médecine générale	Oui	168	26	<b>0,040</b>
	Non	86	25	
Enseignants généralistes pendant DCEM	Oui	68	16	0,281
	Non	155	25	
Stage médecine générale pendant DCEM	Oui	151	33	0,509
	Non	107	19	
Nombre de passage ECN	1 fois	207	40	0,561
	2 fois	15	1	
	3 fois	1	0	
1 <sup>er</sup> choix de la médecine générale à l'ECN	Oui	157	26	0,372
	Non	66	15	
SASPAS	Oui	211	64	<b>0,014</b>
	Non	47	28	
DESC	Oui	4	15	<b>&lt; 0,001</b>
	Non	254	77	
Remplacement pendant l'internat	Oui	154	38	0,136
	Non	77	11	
Durée du remplacement	< 5 semaines	108	25	0,721
	Entre 5 et 10 semaines	29	7	
	>10 semaines	17	6	
Thésé(e)	Oui	50	50	<b>&lt; 0,001</b>
	Non	181	37	
Aide financière pendant les études	Oui	82	12	0,549
	Non	108	20	
Membre d'un syndicat pendant l'internat	Oui	119	23	0,719
	Non	77	13	

*A noter, les effectifs de chaque item sont parfois inférieurs aux effectifs totaux, ne tenant pas compte des non réponses.*

Les médecins exerçant la médecine générale exclusive n'ont majoritairement pas d'enfant. A l'inverse, la parentalité favorise un exercice de la médecine générale associée à une autre activité libérale ou salariée ( $p < 0,001$ ).

Les médecins exerçant la médecine générale exclusive ont choisi la médecine initialement pour faire de la médecine générale ( $p = 0,040$ ). Ils ont réalisé un SASPAS pendant l'internat ( $p = 0,014$ ) et n'ont pas effectué de DESC ( $p < 0,001$ ).

Les médecins exerçant la médecine générale associée à une autre activité sont moins nombreux à avoir fait des études de médecine dans le but de devenir médecins généralistes ( $p = 0,040$ ) et également moins nombreux à avoir effectué un SASPAS ( $p = 0,014$ ). Ils sont majoritairement thésés ( $p < 0,001$ ).

**Tableau 14 : Les facteurs influençant la zone d'exercice actuelle de la médecine générale**

		Zone urbaine (n=263)	Zone semi-rurale (n=240)	Zone rurale (n=150)	p
Sexe	Féminin	197	174	99	0,149
	Masculin	66	66	51	
Profession du père	Médecin	24	16	10	0,624
	N'est pas médecin	188	160	110	
Profession de la mère	Médecin	20	14	9	0,794
	N'est pas médecin	192	162	111	
En couple	Oui	217	187	115	0,277
	Non	46	53	35	
Profession du conjoint	Médecin	45	48	28	0,248
	N'est pas médecin	121	85	60	
Enfant(s)	Oui	51	41	26	0,770
	Non	212	199	124	
Lieu de vie dans l'enfance	Zone urbaine	132	82	41	<b>&lt; 0,001</b>
	Zone semi-rurale	33	33	23	
	Zone rurale	47	61	56	
Lieu de vie actuel	Zone urbaine	189	120	77	<b>&lt; 0,001</b>
	Zone semi-rurale	13	23	7	
	Zone rurale	10	33	36	
Mode de vie	Seul(e)	29	19	13	0,976
	Avec conjoint et/ou enfant(s)	120	83	56	
	Colocation	6	5	5	
	Parents	5	4	3	
Statut foncier	Propriétaire	62	68	45	0,338
	Locataire	124	91	63	
	Hébergé(e) à titre gratuit	26	17	12	
Études pour faire médecine générale	Oui	141	113	80	0,912
	Non	68	59	38	
Stage de médecine générale pendant le DCEM	Oui	107	111	78	<b>0,005</b>
	Non	86	52	30	
1 <sup>er</sup> choix de la médecine générale aux ECN	Oui	103	104	70	<b>0,003</b>
	Non	58	33	14	
Lieu de réalisation du stage praticien niveau 1	Zone urbaine	150	82	58	<b>&lt; 0,001</b>
	Zone semi-rurale	76	93	53	
	Zone rurale	56	77	68	
SASPAS	Oui	204	202	119	0,187
	Non	58	38	31	
Lieu de réalisation du SASPAS	Zone urbaine	130	81	45	<b>&lt; 0,001</b>
	Zone semi-rurale	55	96	52	
	Zone rurale	48	53	51	
DESC	Oui	10	8	4	0,827
	Non	253	232	146	
Remplacement pendant l'internat	Oui	122	108	81	<b>0,009</b>
	Non	73	40	22	
Lieu du remplacement	Zone urbaine	98	48	35	<b>&lt; 0,001</b>

	Zone semi-rurale	37	70	36	
	Zone rurale	31	38	51	
Thésé(e)	Oui	80	76	43	0,704
	Non	166	136	90	
Aide(s) financière(s) pendant les études	Oui	47	45	34	<b>0,014</b>
	Non	93	56	28	
Membre d'un syndicat pendant l'internant	Oui	110	65	36	<b>0,001</b>
	Non	34	44	31	
Membre actuel d'un syndicat	Oui	42	30	24	0,505
	Non	119	107	60	
Pratique médicale actuelle	Médecine générale exclusive	157	136	93	0,661
	Médecine générale associée à une autre activité	52	40	24	
Type d'activité	Libérale	208	199	124	<b>&lt; 0,001</b>
	Salariée	9	18	2	
	Libérale et salariée	32	0	10	
Statut actuel	Remplaçant	237	210	128	0,888
	Collaborateur	3	3	2	
	Installé	10	5	6	
Type de structure	MSP	14	19	21	0,394
	Cabinet de groupe	43	64	39	
	Seul(e)	22	31	23	
	Centre de santé	7	3	3	

*A noter, les effectifs de chaque item sont parfois inférieurs aux effectifs totaux, ne tenant pas compte des non réponses.*

Il existe un lien significatif entre le lieu de vie dans l'enfance et la zone d'exercice actuelle. Les médecins ayant vécu en zone urbaine exercent davantage en zone urbaine et en parallèle, les médecins ayant vécu en zone rurale exercent davantage en zone rurale ( $p < 0,001$ ).

Les médecins vivant en zone urbaine travaillent plus en zone urbaine, et les médecins travaillant en zone rurale habitent plus en zone rurale ( $p < 0,001$ ).

La réalisation d'un stage pendant le DCEM est significativement associée à la zone d'exercice actuelle ( $p = 0,005$ ). Les médecins exerçant en zone rurale sont plus nombreux à avoir effectué un stage pendant le DCEM.

Le choix de la médecine générale en premier aux ECN est associé à la zone d'exercice actuelle. Les médecins dont ce premier choix n'était pas la médecine générale exercent plutôt en zone urbaine ( $p = 0,003$ ).

Les lieux de réalisation du stage niveau 1 et le SASPAS pendant l'internat sont des facteurs associés à la zone d'exercice actuelle. Les médecins exercent dans la même zone (urbaine, semi-rurale et rurale) que la zone où ils ont effectué leur stage de niveau 1 ( $p < 0,001$ ). De même, les médecins travaillant actuellement en zone urbaine ont effectué majoritairement leur SASPAS en zone urbaine et ceux travaillant en zone rurale, ont effectué leur SASPAS en zones rurale et semi rurale ( $p < 0,001$ ).

Le remplacement pendant l'internat est associé aux zones d'exercices actuelles ( $p = 0,009$ ). Les lieux de remplacements sont également liés à la zone d'exercice actuelle ( $p < 0,001$ ).

Les aides financières reçues pendant les études sont associées à un exercice en milieu rural ( $p = 0,014$ ).

L'association de l'exercice libéral et salarié se fait majoritairement en zone urbaine ( $p < 0,001$ ).

## 5.2 Pratique médicale envisagée

**Tableau 15. Facteurs influençant la pratique médicale envisagée**

		MG exclusive (n= 363)	Activité médecine générale associée à une autre activité (n = 397)	p
Sexe	Féminin	260	283	0,917
	Masculin	103	114	
Profession du père	Médecin	41	46	0,690
	N'est pas médecin	261	321	
Profession de la mère	Médecin	28	21	0,075
	N'est pas médecin	273	347	
En couple	Oui	290	326	0,392
	Non	72	69	
Profession du conjoint	Médecin	21	35	0,114
	N'est pas médecin	81	82	
Enfant(s)	Oui	93	85	0,200
	Non	266	303	
Lieu de vie dans l'enfance	Zone urbaine	77	91	0,721
	Zone semi-rurale	27	28	
	Zone rurale	29	27	
Lieu de vie actuel	Zone urbaine	211	262	0,318
	Zone semi-rurale	54	75	

		Zone rurale	37	33	
Mode de vie	Seul		59	72	0,488
	Avec conjoint et/ou enfant(s)		203	249	
	Colocation		13	27	
	Parents		9	10	
Statut foncier	Propriétaire		86	92	0,478
	Locataire		157	209	
	Hébergé(e) à titre gratuit		25	29	
Études avant médecine	Oui		4	17	<b>0,005</b>
	Non		18	13	
Nombre de PCEM 1	1 fois		88	133	0,205
	2 fois		189	213	
	3 fois		3	4	
Études de médecine pour faire médecine générale	Oui		95	80	<b>0,005</b>
	Non		37	63	
Enseignants généralistes pendant DCEM	Oui		91	129	0,232
	Non		189	219	
Stage médecine générale pendant DCEM	Oui		76	75	0,333
	Non		57	71	
1 <sup>er</sup> choix de la médecine général aux ECN	Oui		195	210	<b>0,015</b>
	Non		87	141	
SASPAS	Oui		225	199	<b>0,003</b>
	Non		127	176	
DESC	Oui		32	80	<b>&lt;0,001</b>
	Non		331	315	
Remplacements pendant l'internat	Oui		200	251	0,650
	Non		103	120	
Durée du remplacement	< 5 semaines		128	134	0,312
	Entre 5 et 10 semaines		35	48	
	>10 semaines		35	51	
Thésé(e)	Oui		127	130	0,462
	Non		233	267	
Aide financière pendant les études	Oui		103	121	0,309
	Non		128	180	
Membre d'un syndicat pendant l'internat	Oui		78	87	0,910
	Non		33	38	
Pratique médicale actuelle	Médecine générale exclusive		115	73	<b>&lt;0,001</b>
	Médecine générale et autre activité		20	43	
Type d'activité actuel	Libérale		163	100	<b>&lt; 0,001</b>
	Salariée		10	23	
	Libérale et salariée		9	24	
Statut actuel	Remplaçant		168	105	0,067
	Collaborateur		2	5	
	Installé		5	8	
Type de structure	MSP		13	8	0,366
	Cabinet de groupe		41	27	
	Centre de santé		3	6	
	Seul		19	9	
Zone d'activité actuelle	Urbaine		105	85	0,143
	Semi rurale		100	54	

	Rurale	60	34	
Type d'activité envisagée	Libérale	160	131	<b>&lt;0,001</b>
	Salariée	45	91	
	Libérale et salariée	7	82	
Statut envisagé	Remplaçant	25	24	0,951
	Collaborateur	34	29	
	Installé	115	102	
Type de structure envisagée	MSP	62	64	0,065
	Cabinet de groupe	92	65	
	Centre de santé	17	28	
	Seul	8	5	
Zone d'activité envisagée	Urbaine	103	119	0,905
	Semi-rurale	170	197	
	Rurale	64	68	

*A noter, les effectifs de chaque item sont parfois inférieurs aux effectifs totaux, ne tenant pas compte des non réponses.*

Les médecins généralistes souhaitant exercer la médecine générale exclusivement sont plus nombreux à avoir effectué un SASPAS que les médecins généralistes souhaitant exercer la médecine générale en association avec une autre activité (p=0,003).

Les médecins ayant effectué des études de médecine pour faire de la médecine générale sont plus nombreux à envisager une activité exclusive de la médecine générale (p=0,005).

Les médecins dont le premier choix aux ECN n'était pas la médecine générale envisage une activité de médecine générale en association avec une autre activité (p=0,015).

La pratique médicale actuelle (médecine générale exclusive et médecine générale en association avec une autre) et le type d'activité (libérale, salariée, les deux) sont des facteurs associés à la pratique médicale envisagée (p< 0,001).

Les médecins envisageant d'exercer une activité libérale et salariée feront majoritairement de la médecine générale et une autre activité (p<0,001).

**Tableau 16. Facteurs influençant la zone d'activité envisagée**

		Zone urbaine (n=292)	Zone semi- rurale (n=475)	Zone rurale (n=162)	p
Sexe	Féminin	198	339	107	0,331
	Masculin	94	135	55	
Profession du père	Médecin	43	60	19	0,621
	N'est pas médecin	247	412	139	
Profession de la mère	Médecin	27	35	12	0,609
	N'est pas médecin	261	435	149	
En couple	Oui	220	382	132	0,153
	Non	71	91	29	
Profession du conjoint	Médecin	26	37	10	0,750
	N'est pas médecin	87	96	30	
Enfant(s)	Oui	59	102	34	0,946
	Non	225	366	125	
Lieu de vie dans l'enfance	Zone urbaine	112	85	22	<b>&lt;0,001</b>
	Zone semi-rurale	15	44	11	
	Zone rurale	11	50	23	
Lieu de vie actuel	Zone urbaine	280	290	70	<b>&lt; 0,001</b>
	Zone semi-rurale	8	140	32	
	Zone rurale	3	43	59	
Mode de vie	Seul(e)	69	87	25	0,206
	Avec conjoint et/ou enfant(s)	183	310	106	
	Colocation	13	28	9	
	Parents	9	10	8	
Statut foncier	Propriétaire	89	118	41	0,649
	Locataire	153	260	87	
	Hébergé(e) à titre gratuit	23	41	12	
Études de médecine pour faire médecine générale	Oui	85	115	41	0,282
	Non	51	60	14	
Stage de médecine générale pendant le DCEM	Oui	52	99	31	<b>&lt;0,001</b>
	Non	74	61	18	
1 <sup>er</sup> choix de la médecine générale à l'ECN	Oui	133	246	106	<b>&lt; 0,001</b>
	Non	129	182	38	
Choix de la région à l'ECN	Région d'origine	89	101	27	0,487
	Découvrir la région	8	17	5	
	Qualité de formation en médecine générale	26	42	11	
	Faire de la recherche	4	0	0	
	Suivre le conjoint	49	51	15	
	Propriétaire dans la région	7	13	6	
	Famille et amis dans la région	71	92	29	
	Projet d'installation	9	11	6	

	Par défaut	7	6	4	
	Autres	6	9	4	
Stage praticien niveau 1	Oui	280	466	149	0,123
	Non	4	1	1	
Lieu de réalisation du stage praticien niveau 1	Zone urbaine	243	360	104	<b>0,002</b>
	Zone semi-rurale	56	115	48	
	Zone rurale	46	101	43	
SASPAS	Oui	133	231	89	<b>0,023</b>
	Non	146	228	56	
Lieu de réalisation du SASPAS	Zone urbaine	76	84	22	<b>&lt;0,001</b>
	Zone semi-rurale	24	68	21	
	Zone rurale	18	54	22	
DESC	Oui	72	87	23	<b>0,017</b>
	Non	219	383	139	
Remplacement pendant l'internat	Oui	184	318	116	0,183
	Non	107	155	46	
Lieu du remplacement	Zone urbaine	70	69	20	<b>&lt;0,001</b>
	Zone semi-rurale	26	53	22	
	Zone rurale	15	46	26	
Thésé(e)	Oui	95	135	46	0,449
	Non	196	338	115	
Aide(s) financière(s) pendant les études	Oui dont CESP	94	148	61	0,126
	Non	141	208	59	
Membre d'un syndicat pendant les études	Oui	84	83	19	<b>0,002</b>
	Non	24	49	19	
Membre actuel d'un syndicat	Oui	27	41	10	0,563
	Non	81	91	28	
Pratique médicale actuelle	Médecine générale exclusive	86	109	37	0,941
	Médecine générale et autre activité	17	19	7	
Statut actuel	Remplaçant	103	131	46	0,870
	Collaborateur	4	3	1	
	Installé	6	5	3	
Type de structure actuel	MSP	5	14	8	0,427
	Cabinet de groupe	21	50	18	
	Centre de santé	6	4	3	
	Seul	13	21	7	
Zone d'activité actuelle	Urbaine	101	85	18	<b>&lt;0,001</b>
	Semi rurale	41	92	29	
	Rurale	16	56	36	
Pratique médicale envisagée	Médecine générale exclusive	36	170	64	<b>&lt;0,001</b>
	Médecine générale en association avec une autre activité	397	197	68	
Type d'activité envisagé	Libérale	111	215	83	<b>&lt;0,001</b>
	Salariée	84	113	28	
	Libérale et salariée	52	48	11	
Statut envisagé	Remplaçant	29	47	8	0,561
	Collaborateur	27	45	13	
	Installé	96	132	44	
Type de structure envisagé	MSP	42	84	30	Analyse non réalisée
	Cabinet de groupe	67	106	28	
	Seul	8	9	3	
	Centre de santé	31	18	3	

*A noter, les effectifs de chaque item sont parfois inférieurs aux effectifs totaux, ne tenant pas compte des non réponses.*

Les lieux de vie dans l'enfance et actuel, le stage effectué pendant le DCEM et le choix de la médecine générale en premier aux ECN sont des facteurs associés au lieu d'exercice envisagé ( $p < 0,001$ ).

La réalisation d'un stage pendant le DCEM oriente vers un exercice en zone rurale ( $p < 0,001$ ).

Le choix de la médecine générale en premier aux ECN oriente vers un exercice en zone rurale ( $p < 0,001$ ).

Un lien significatif existe entre le lieu de stage niveau 1 ( $p = 0,002$ ) mais aussi le SASPAS ( $p < 0,001$ ) et la zone d'activité envisagée. Les médecins envisagent d'exercer dans la même zone que la zone de réalisation du SASPAS.

Les médecins ayant validé un DESC sont moins nombreux à envisager un exercice en milieu rural ( $p = 0,017$ ).

Les lieux de remplacements effectués pendant l'internat sont associés à la zone d'exercice future ( $p < 0,001$ ).

Les projets d'exercer la médecine générale en association avec une autre activité ou d'avoir une activité libérale et salariée se feront majoritairement en zone urbaine ( $p < 0,001$ ).

# Discussion

## 1. Critiques de l'étude

Notre étude est au cœur du contexte démographique médical actuel. La multiplication des départs en retraites et la difficulté pour trouver un successeur nécessitent d'étudier le profil des jeunes médecins généralistes et leurs souhaits quant à leurs parcours professionnels. L'émergence et l'accroissement des « déserts médicaux » contraignent les pouvoirs publics à s'interroger sur les désirs et conditions d'installation des futurs médecins généralistes.

Treize sous-cohortes ont pu être recensées et analysées, reconstituant ainsi la première cohorte à l'échelle nationale de jeunes médecins généralistes. L'analyse quantitative descriptive initiale permet de dresser de façon fiable le profil des jeunes médecins. Cette méthode quantitative descriptive était la plus adaptée concernant cette étude rétrospective. L'analyse a permis ensuite d'identifier plusieurs déterminants de la pratique de la médecine générale et de la zone d'exercice des médecins. Le nombre important de sous cohortes répertoriées représentant plusieurs régions de France et donc différents bassins de population vient renforcer cette étude.

Cependant certaines limites à notre étude sont aussi à noter.

Le taux de participation est variable d'une sous-cohorte à l'autre, allant de 27,5% pour Ile de France 2012 jusqu'à 98,1% pour PACA 2014.

Il n'y avait pas de questionnaire standardisé entre les sous-cohortes, ce qui explique le faible taux de réponses à certains items. En effet, certaines questions n'étaient pas soumises aux participants de l'ensemble des sous-cohortes.

Il serait nécessaire de suivre la cohorte pour confirmer ou infirmer les modes d'activité envisagés dans le futur, les souhaits pouvant évoluer avec le temps. Certaines sous cohortes ont cependant bénéficié d'un suivi mais étant donné leur faible nombre et les données manquantes, nous n'avons pu en tenir compte.

Les données manquantes pour les sous-cohortes de Reims (2008 et 2009) et Strasbourg et les non-répondants auraient pu modifier les résultats de notre étude.

Différents biais peuvent limiter la qualité de cette étude.

Il existe un biais de recrutement. Les médecins généralistes ayant répondu aux différents questionnaires sont probablement plus sensibles à la problématique de démographie médicale, en particulier les médecins exerçant une activité exclusive de médecine générale représentés par 48,7% de la population étudiée. Ceux pratiquant une activité autre que la médecine générale de façon exclusive (type DESC) soit 22,1%, voire une activité de médecine générale associée à une seconde activité soit 17,4%, qui se sont éventuellement sentis moins concernés.

Dans certaines études comme celles de Maxime Lориoux (32) ou Charlène Cholley (42) le jour de soutenance de mémoire de DES était un critère d'inclusion. Cependant ce critère n'est pas adapté pour une comparaison des effectifs. En effet dans certaines facultés, les soutenances de DES sont plus à distance de la fin de la maquette du TCEM. Ce temps supplémentaire après la fin de l'internat est intéressant à analyser car il permet une plus grande expérience de la pratique et peut favoriser les perspectives d'installation.

L'absence de précision sur la durée potentielle entre la pratique médicale actuelle au moment du recueil de données de l'inclusion et la pratique médicale envisagée dans le futur est un biais de classement potentiel. Le délai entre la fin du DES et le recueil du questionnaire d'inclusion varie selon les sous cohortes (2 ans pour Nantes), c'est aussi un biais de classement potentiel. Pendant ce délai, les activités et les souhaits des jeunes médecins généralistes peuvent changer et donc modifier les résultats (36). L'absence d'uniformité de la définition des zones géographique urbaines, semi rurales et rurales est également un biais. Dans le travail de Maxime Lориoux (35) les valeurs utilisées ne correspondent pas à celles des autres études par exemple. Cette définition reste une notion subjective et peu donc varier d'un répondant à un autre.

Il existe un biais de mémorisation concernant la question de l'enseignement du DCEM par des médecins généralistes. L'information recueillie directement à la source via les facultés et le planning d'enseignement des étudiants aurait apporté une réponse plus fiable.

## 2. Principaux résultats et perspectives

Nous nous sommes intéressés au parcours de formation des médecins, et en particulier à leurs stages en médecine générale.

Dans notre étude, un lien significatif est mis en évidence entre la réalisation d'un stage pendant le DCEM et la zone d'exercice (actuelle et envisagée). Cependant, il n'y a pas de lien significatif entre la réalisation du stage de médecine générale pendant le DCEM et la pratique de la médecine générale exclusive envisagée. En effet aucun argument en ce sens n'a été retrouvé dans la littérature. Ce stage est la première étape dans la découverte pratique du métier de médecin généraliste. Il a été mis en place en 1997 puis rendu obligatoire en 2009 (25,26). Cependant, devant le trop faible nombre de MSU, ce n'est que récemment que tous les externes effectuent ce stage. Il serait alors intéressant de créer des nouvelles cohortes et étudier le lien entre la zone du stage effectué pendant le DCEM et la zone d'exercice.

99,3% des répondants avaient effectué un stage de niveau 1, et seulement 52,5% ont effectué un SASPAS.

Dans notre étude, le stage de niveau 1 chez le praticien pendant l'internat et son lieu d'exercice sont déterminants dans le parcours professionnel des médecins. Il est donc indispensable de proposer des zones d'exercice différentes (urbaine, semi-rurale et rurale) dans un binôme ou trinôme de MSU. Faire découvrir les zones rurales au cours du cursus des médecins est primordial pour limiter l'apparition de « déserts médicaux ». Le stage niveau 1 constitue un moment important dans la formation des étudiants. Il permet de confirmer le choix de la médecine générale pour certains et pour d'autres celui de l'exercice libéral. La spécialité de médecine générale est évaluée au cours de ce stage au même titre que les différences de pratiques selon les maîtres de stage, l'organisation du temps de travail et son articulation avec le temps personnel (43).

Le SASPAS reste un facteur influençant les choix professionnels. Dans notre étude, il détermine la pratique de médecine générale exclusive. Les différents types de zones doivent être proposées aux étudiants. La découverte des milieux semi-ruraux et ruraux est indispensable. Pendant le SASPAS, les futurs médecins se projettent dans le

métier de médecin généraliste. Les étudiants devraient tous bénéficier de ce stage au cours de leur cursus. Les facultés doivent poursuivre leurs efforts pour inciter les médecins généralistes installés à participer à la vie universitaire et rendre ainsi le SASPAS accessible à tous. Le SASPAS est la dernière étape de formation et est décisif dans le choix du parcours professionnel d'un médecin.

La réalisation des études de médecine dans le but de devenir médecin généraliste est associée à la pratique de la médecine générale exclusive. Le fait de ne pas avoir réalisé de DESC et être thésé oriente vers une pratique de médecine générale exclusive associée à une autre activité. Les sous-cohortes analysées sont issues des promotions antérieures à 2017, le seul moyen de devenir urgentiste ou gériatre était de choisir la médecine générale aux ECN et faire le DESC pendant leur cursus. Ils avaient besoin de valider leur DES pour avoir un poste à la sortie de l'internat. Ces résultats seront donc probablement modifiés pour les cohortes issues des promotions après 2017. La réforme de l'internat de 2017 renforce le choix de médecine générale comme un choix positif et non par défaut. Elle permet également d'assurer une meilleure cohérence et organisation avec la maquette de médecine générale. Cela permet une meilleure accessibilité au stage de médecine générale niveau 1 et SASPAS pour les futurs médecins généralistes (44).

La mobilité géographique des étudiants est faible. La majorité des médecins interrogés avaient fréquenté la même ville entre le DCEM et le TCEM. La région d'origine, la famille et le conjoint, tous trois réunis, représentent 72,2% des raisons du choix de la ville à l'issue des ECN, ce qui confirme les résultats de Louise Cogneras (45). D'après une étude de la Revue Française d'Economie, près des trois quarts des médecins s'installent dans la région choisie aux ECN (15). La décision d'installation des jeunes médecins généralistes va plus dépendre des conditions environnementales autour du lieu de travail que du simple lieu géographique d'exercice (43). Une proximité du lieu de travail du conjoint, des groupes scolaires, des transports en commun et de l'ensemble des services publics assurés en milieu urbain peuvent diminuer l'attractivité pour les milieux ruraux dépourvus de ces infrastructures. La question d'installation des

jeunes médecins est une question d'aménagement du territoire et une évolution du mode de vie (46).

Dans notre étude, 64,3% des médecins interrogés ont effectué des remplacements pendant l'internat. Ces remplacements, même de courte durée, donnent une expérience supplémentaire aux futurs médecins généralistes et prolongent l'immersion en médecine ambulatoire en autonomie sans supervision cette fois-ci. Les médecins généralistes exclusifs sont remplaçants dans 92,2% des cas, le remplacement étant le mode de travail privilégié à la sortie de l'internat, confirmant les travaux de Cyrielle Boussuge (47) et Elodie Faget (40). Le remplacement à l'issue de l'internat est l'occasion de poursuivre leur recherche d'identité professionnelle. C'est une activité transitoire puisque la majorité des jeunes médecins souhaitent s'installer dans les années à venir. C'est un élément particulièrement intéressant dans ce contexte politique, aspirant à limiter la durée des remplacements au profit d'une installation plus précoce. Le projet de loi « organisation et transformation du système de santé » promulgué le 24 juillet 2019, comporte deux amendements visant à limiter la pratique de remplacement pour les jeunes médecins généralistes à 3 ans (48) et à inciter à une installation rapide en échange d'une exonération de cotisations sociales sur leurs revenus d'activité si installation dans les 3 ans suivant la fin de l'internat (49). Le remplacement est une étape clé dans le parcours d'un médecin généraliste. Par ailleurs, les pouvoirs publics doivent faciliter les démarches à l'installation des jeunes médecins et le développement des formations à l'installation pendant les études doit se poursuivre. En effet, la gestion d'un cabinet et l'ensemble des formalités administratives et comptables associés à cette activité libérale sont des freins à l'installation de nombreux jeunes médecins généralistes (16). C'est une période importante de transition personnelle pendant laquelle les jeunes médecins généralistes sont à la recherche d'un équilibre entre vie personnelle et professionnelle difficile à concilier durant le TCEM (43).

Notre étude confirme une féminisation de la profession médicale et conforte les prévisions de la DREES qui estime la proportion des femmes médecins à 60% d'ici à 2040 (9). Mais la féminisation n'est pas propre à la profession médicale, elle est également constatée dans les autres professions libérales (23). Se ménager du temps

personnel, limiter son activité professionnelle sont des souhaits souvent exprimés. Ce nouveau modèle professionnel, est moins en lien avec la féminisation des professions médicales ou autres qu'à une réelle transformation du rapport au travail. Depuis plusieurs dizaines d'années, avec l'émergence des couples dits « doubles actifs », l'articulation masculine entre vie professionnelle et vie privée elle aussi, tend à se modifier (43,50). Il s'agit d'une réelle transformation progressive du modèle professionnel au sein des jeunes générations.

Notre étude confirme également une rupture dans le mode d'organisation du travail (9–11) La jeune génération de médecins souhaite et exerce majoritairement en groupe, l'isolement professionnel est devenu une exception. L'activité de groupe permet également l'allègement de la charge de travail tant sur le plan administratif que mental et permet une certaine amélioration des conditions de travail. Le choix d'une installation résulte de l'association de ces différents facteurs. La non installation des jeunes médecins généralistes est probablement synonyme d'une recherche individuelle de qualité de vie (43). Les jeunes médecins souhaitent exercer en groupe et concilier vie professionnelle et vie personnelle (12,17,18). Cette volonté d'équilibre n'est pas propre à la France. Dans une étude de cohorte au Royaume-Uni publiée en 2018, 280 étudiants de médecine en fin de cursus ont été interrogés, le travail en groupe était un facteur déterminant pour 79% d'entre eux (45% souhaitaient devenir médecins généralistes) (51).

Dans notre étude, la pratique médicale actuelle s'oriente plutôt vers la médecine générale. 48,7% des répondants exercent la médecine générale exclusive, 22,1% une activité autre que la médecine générale exclusivement et 17,4% l'association de la médecine générale exclusive et une autre activité (libérale ou salariée). Le poids des facteurs extérieurs à l'institution hospitalière détermine aussi les choix de carrière. Il s'effectue en prenant compte un ensemble de facteurs tant personnels (enfants, âge, situation maritale, aspect financier) que professionnels (charge de travail, charges administratives) (52).

Les médecins généralistes exclusifs travaillent en zone urbaine pour 40,7% d'entre eux, en zone semi-rurale pour 35,2% et en zone rurale pour 24,1%. Le type d'activité (libérale, salariée, libérale et salariée) est un facteur associé à la zone d'exercice

actuelle. L'activité salariée s'exerce majoritairement à l'hôpital ou en clinique, elle oriente donc vers une pratique en zone urbaine.

La pratique (médecine générale exclusive ou médecine générale en association avec une autre) et le type d'activité (libérale, salariée ou libérale et salariée) actuels sont prédictifs de la pratique médicale envisagée.

44,3% des répondants souhaitent devenir médecin généraliste exclusivement, 48,5% avoir une activité de médecine générale associée à une autre activité (libérale ou salariée). L'exercice de la médecine générale exclusive n'est donc pas majoritairement plébiscitée par les jeunes médecins et ceux-ci s'orientent davantage vers un exercice de la médecine générale en association avec une autre activité, témoignant d'un nouveau mode d'organisation du travail. Envisager d'exercer une activité de médecine générale associée à une autre activité se fait au détriment du milieu rural.

Les médecins ayant l'intention de devenir médecins généralistes exclusifs souhaitent majoritairement s'installer. La tendance s'inverse donc entre la sortie de l'internat et le futur envisagé des médecins, le remplacement est une étape transitoire. Ils exerceront en zone urbaine dans 31,9% des cas, en zone semi-rurale dans 42,4% et en zone rurale dans 25,7% des cas. Notre étude démontre que les futurs médecins généralistes exclusifs exerceront de plus en plus en zones semi-rurales et rurales, se retirant peu à peu des zones urbaines. Ceci est encourageant pour l'avenir de la médecine rurale et doit en partie rassurer les patients inquiets vivant dans ces zones.

Notre étude a mis en évidence un lien entre les indemnités financières reçues pendant les études et une pratique en milieu rural. Ce lien est peut-être expliqué par l'obligation d'exercer en zone sous-dotée après avoir signé un CESP. Des aides financières à l'installation ont été mises en place pour encourager cet attrait pour les milieux semi ruraux et ruraux. Ces aides ont pour principal objectif de diminuer la désertification médicale de ces zones isolées. Des études spécifiques sur les aides existantes et l'installation seraient nécessaires pour confirmer ce lien.

## Conclusion

L'offre de soins primaires, représentée par la médecine générale ambulatoire, est au cœur des débats publics. Le vieillissement de la population et les nombreux départs à la retraite de médecins contribuent à la diminution de l'offre des soins primaires. La rupture du mode d'organisation du travail des jeunes médecins généralistes associée à l'émergence des « déserts médicaux » doivent inciter les pouvoirs publics à adapter les politiques territoriales de santé pour répondre au mieux aux besoins de la population en tenant compte des souhaits des jeunes médecins.

Notre travail a permis de répondre à nos principaux objectifs en reconstituant une cohorte nationale de jeunes médecins généralistes à partir de sous-cohortes existantes et ainsi analyser leurs choix professionnels.

L'importance des stages en ambulatoire est soulignée dans ce travail. Le stage pendant l'externat, de plus en plus accessible pour les nouvelles générations, influence la zone d'exercice future. Pendant l'internat, les stages niveau 1 et SASPAS sont de nouveau mis au premier plan comme facteurs indispensables et déterminants dans la carrière d'un médecin généraliste. Ils permettent également la découverte et la mise en avant des territoires ruraux et ainsi éviter la désertification.

L'exercice de la médecine générale exclusive n'est pas l'activité qui prédomine dans le futur des jeunes médecins de notre étude. Ils souhaitent partager leur activité entre la médecine générale ambulatoire et une autre activité telle que le secteur hospitalier ou un MEP. C'est une rupture dans le mode d'organisation du travail d'un médecin généraliste. Cette rupture d'organisation est également marquée par la volonté d'exercer en groupe pour éviter l'isolement professionnel et par le souhait d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Ce phénomène de rupture n'est pas spécifique à la médecine générale mais s'observe dans l'ensemble des professions.

Les zones semi rurales et rurales séduisent de plus en plus de jeunes médecins généralistes, ce qui est prometteur pour l'avenir des territoires isolés.

Le suivi de cette cohorte serait essentiel pour connaître l'évolution des pratiques des jeunes médecins généralistes et ainsi comprendre plus précisément les facteurs influençant leurs choix professionnels. Ces informations sont indispensables pour proposer des pistes d'amélioration de la répartition des médecins généralistes à adapter aux besoins des différents bassins de population.

Cette étude était une première étape indispensable pour la constitution d'une cohorte nationale prospective de jeunes médecins généralistes.

## Bibliographie

1. Allen DJ, Heyrman PJ, Gay PB, Crebolder PH, Svab PI, Ram DP. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de Famille. WONCA Europe 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. Loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Aout 13;2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&categorieLien=id>
3. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 36. 2009-879. Juillet 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
4. Instruction N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).. Ministère des affaires sociales et de la santé. Disponible sur: [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/12/cir\\_41637.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/12/cir_41637.pdf)
5. Projet de loi "Ma santé 2022". Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>
6. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux: comment les définir? Comment les mesurer? Les dossiers de la DREES. Mai 2017 (17).
7. Mourgues JM. Atlas de la démographie médicale en France 2018. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf)
8. Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10000 médecins de plus depuis 2012. DREES;2018. Disponible sur : [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er\\_1061.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf)
9. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040: une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Rapport de la DREES 2018. Mai 2017 (1011). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1011.pdf>

10. Vartanian C. Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Xavier Bichat inscrit en TCEM entre 1995 et 1998. université. [Thèse d'exercice]. [France]; Université Paris 7-Denis Diderot; 2003.
11. Kandel O, Poisson Rubi S, Gavid B. Devenir des jeunes généralistes issus de la faculté de Poitiers. Résultats d'une enquête auprès de 183 médecins. La revue du praticien en médecine générale. Janvier 2017; 21 (000/000): 2.
12. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19.
13. Mourgues JM. Synthèse de l'activité régulière.  
Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/pie6yf/cnom\\_atlas\\_2018\\_synthese\\_activite\\_reguliere\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pie6yf/cnom_atlas_2018_synthese_activite_reguliere_0.pdf)
14. Cardoux J-N, Daudigny Y. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées. p. 129. Report No.: 686.  
Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf>
15. Dumontet M, Samson A-L, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice? Revue Française d'économie. 2016;31(4):221–267.
16. ORS Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. Synthèse de la littérature. 2011 déc.  
Disponible sur: <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/motivations-et-freins-a-linstallation-des-medecins-generalistes-liberaux%C2%A0-synthese-de-la-litterature>
17. Munck S, Massin S, Hoffliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 2015;27(1):49-58.
18. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). Le rapport 2006-2007. Paris: La Documentation française; 2008.  
Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000372.pdf>
19. CNOM. Etude sur l'installation des jeunes médecins.2019.  
Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/1thxouu/cnom\\_enquete\\_installation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf)
20. Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Quest D'économie Santé. avr 2004;(81):8.

21. Assurance Maladie. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé libéraux.  
Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/index.php>
22. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Modes d'exercice particulier (mep).  
Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/2362.html>
23. Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. Rev Fr Aff Soc. 2011;(2):297–309.
24. CGET. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. 2015 nov .  
Disponible sur : <http://www.cget.gouv.fr/ressources/publications/etude-pour-la-caracterisation-des-territoires-en-tension-pour-l-installation-des-jeunes-medecins>
25. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.  
Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLien=id>
26. Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.  
Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025012316&dateTexte=20151120>
27. Rassu C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France: une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]; Université de Poitiers; 2016.
28. ISNAR. Aides à l'installation.  
Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/aides-installation.pdf>
29. Joyce CM, McNeil JJ. Participation in the workforce by Australian medical graduates. Med Educ. avr 2006;40(4):333-9.
30. Joyce CM, McNeil JJ. Fewer medical graduates are choosing general practice: a comparison of four cohorts, 1980-1995. Med J Aust. 2006;185(2):102.
31. Lambert TW, Evans J, Goldacre MJ. Recruitment of UK-trained doctors into general practice: findings from national cohort studies. Br J Gen Pr. 2002;52(478):364–372.
32. Dautremay C. Lancement d'un observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Reims Champagne-Ardenne; 2013.
33. Loron A. Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne: devenir après deux années de suivi [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2014

34. Libera M. Poursuite de l'observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne : devenir après six années de suivi [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Reims Champagne-Ardenne; 2017.
35. Lorioux M. Le devenir des anciens internes de médecine générale : étude à deux ans dans l'interrégion grand Ouest [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Poitiers; 2018.
36. Frete F. Thèse Florence Frete - Parcours professionnel des étudiants de médecine générale de Nantes cinq ans après le passage des épreuves classantes nationales [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes; 2018.
37. Michel-Lepage A, Bonnet P-A, Casanova L, Ventelou B. Caractéristiques et projets professionnels des jeunes médecins généralistes. Première vague du "Panel Jeunes Med". Regard Santé. UMR 912 Inserm-IRD-Université Aix et Marseille. 2015; (25)
38. Adnot S, Bonnet P-A, Bouchez T, Casanova L, Casta C, Darmon D, Dumond-Husson M, Gentile G, Groboz D, Hofliger P, Michel-Lepage A, Munck S, Ventelou B, Verger P. Caractéristiques et perceptions de la formation des jeunes médecins généralistes. Première vague du "Panel Jeunes Med". Regard Santé. UMR 912 Inserm-IRD-Université Aix-Marseille. 2015; (26).
39. Zaytseva A, Verger P, Bouchez T, Casanova L, Munck S, Darmon D, Ventelou B. Les médecins pendant leur phase d'installation: un observatoire des jeunes généralistes en PACA, résultats d'un point étape à un an. Deuxième vague du "Panel Jeunes Médecins". Regard Santé. UMR 912 Inserm-IRD-Université Aix-Marseille. 2018; (27)
40. Faget E. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rouen. 2016.
41. Echasseriau J. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Suivi à 18 mois de la cohorte Haut-Normande [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rouen. 2018.
42. Cholley C. Étude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Lorraine. Création et étude de cohorte. [Thèse d'exercice]. [France] : Faculté de médecine de Nancy.
43. Schweyer FX. Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. Singuliers Généralistes. 2010.
44. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.  
Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034502881&c48.ategorieLien=id>
45. Cogneras L. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes formés en Auvergne. Cohorte ECN 2014. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Clermont Auvergne. 2018.

46. Levasseur G, Schweyer F.-X. (2004), Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne : rapport d'étape- Etat des connaissances à partir d'une étude documentaire et d'une revue de littérature. 2003.
47. Boussuge C. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes issus de l'Université de Rouen: cohorte ECN 2014 [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Rouen. 2019.
48. Amendement L. 4131-2 visant limiter la durée des remplacements relatif à la LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.  
Disponible sur : [http://www.senat.fr/amendements/commissions/2018-2019/404/Amdt\\_COM-292.html](http://www.senat.fr/amendements/commissions/2018-2019/404/Amdt_COM-292.html)
49. Amendement L. 722-4-1 visant à une exonération des cotisations sociales en contrepartie d'une installation précoce LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.  
Disponible sur : [http://www.senat.fr/amendements/commissions/2018-2019/404/Amdt\\_COM-291.html](http://www.senat.fr/amendements/commissions/2018-2019/404/Amdt_COM-291.html)
50. Lapeyre N., Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. Revue française des affaires sociales. 2005.
51. Barber S, Brettell R, Perera-Salazar R, Greenhalgh T, Harrington R. UK medical students' attitudes towards their future careers and general practice: a cross-sectional survey and qualitative analysis of an Oxford cohort. BMC Med Educ. 2018;18(160).
52. Baszanger I Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes. Revue française de sociologie. 1981; (22) 223p

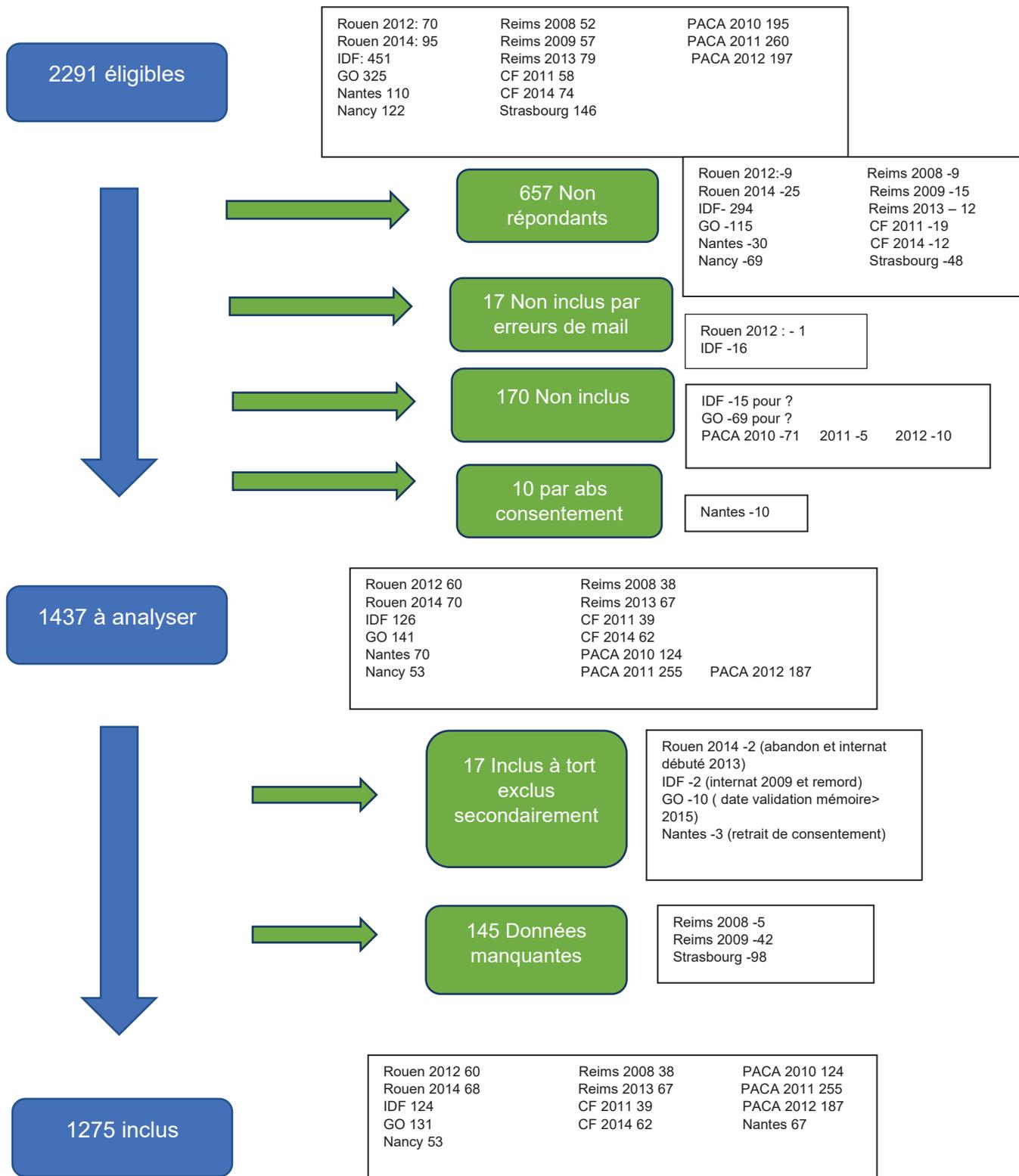
### **Bibliographies des sous-cohortes analysées**

53. Mintandjian A. Etude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généraliste en île-de-France. Etude de cohorte. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paris Descartes. Faculté de médecine Paris Descartes. Octobre 2015.
54. Goulet L-P. Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne : création d'une nouvelle cohorte (ECN 2013). [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Reims Champagne-Ardenne. Faculté de médecine. Septembre 2018.
55. Chabrierie E. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes formés en Auvergne. Etude de cohorte sur la promotion d'internes ECN 2011. [Thèse d'exercice]; [France] : Université de Clermont-Ferrand. Faculté de médecine. Novembre 2015

### **Bibliographies des sous cohortes non analysées (données manquantes)**

56. Anselm M, Alizada U, Gagneur E, Mutzig N, Tomkinsom J, Schauder N, Imbert F. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale. Observatoire régional de la santé d'Alsace. Mai 2014.
57. Anselm M, Mielcarek M, Mutzig N, Imbert F. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale. Observatoire régional de la santé d'Alsace. Octobre 2015.
58. Anselm M, Mielcarek M, Imbert F. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale (vague 3). Observatoire régional de la santé d'Alsace. Juillet 2016.
59. Loizeaux V. Poursuite de l'observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes de Champagne-Ardenne. [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Reims Champagne-Ardenne. Faculté de médecine. Novembre 2014.

# Annexes



**Annexe 1 : Détails des effectifs du diagramme de flux**

	NORD OUEST		ILE DE FRANCE	GRAND EST			ORS STRASBOURG	AUVERGNE-RHONE-ALPES		Clermont-Ferrand 2014	GRAND OUEST		PACA
	Rouen 2012	Rouen 2014	Ile de France 2010	Reims 2008	Reims 2009	Reims 2013	Strasbourg 2013	Nancy 2014	Clermont-Ferrand 2011		Grand Ouest fin DES 2015 suivi à 2 ans	NANTES ECN 2012	Nice / Marseille ECN 2010-2011-2012
<b>Identité:</b> année de naissance / sexe / nationalité	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>Profession des parents:</b> si médecin précisez quelle spécialité ?	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
<b>Situation maritale:</b> célibataire / en couple / PACSE / marié(e) ?	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
<b>Profession du conjoint:</b> si médecin ou interne précisez quelle spécialité ?	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*			
-> si médecin ou interne précisez quelle spécialité	*	*	*	*	*	*		*	*	*			
Enfants à charge?	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
-> si oui : quel âge ont-ils?	*	*	*	*	*	*		*	*	*			
<b>Région d'origine:</b> numéro de département / milieu rural / semi-rural / urbain?	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
Lieu d'habitation actuel : rural / semi-rural/ urbain?	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
<b>Logement:</b> êtes vous propriétaire / locataire / hébergé à titre gratuit?	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*

	NORD OUEST		ILE DE FRANCE	GRAND EST			ORS STRASBOURG	AUVERGNE-RHONE-ALPES			GRAND OUEST		PACA
	Rouen 2012	Rouen 2014	Ile de France 2012	Reims 2008	Reims 2009	Reims 2013	Strasbourg 2013	Nancy 2014	Clermont-Ferrand 2011	Clermont Ferrand 2014	Grand Ouest fin DES 2015 suivi à 2 ans	Nantes 2012	Nice / Marseille ECN 2010-2011-2012
<b>Année d'optention du baccalauréat / Mention obtenue:</b> Très bien / Bien / Assez bien / Aucune	*	*	*		*					*			
<b>Baccalauréat: quelle série?</b>	*	*	*	*	*					*			
<b>Etudes précédent médecine: laquelle ou lesquelles?</b> Jusqu'ou êtes vous allez dans le cursus?	*	*	*	*	*	*		*	*	*			
<b>Année d'entrée en PCEM1 / Année d'obtention PCEM1</b> <b>Combien de fois avez-vous passez le concours de PCEM1:</b> 1 / 2 / 3 fois		*	*					*	*	*	*	*	*
<b>Etudes de médecine: pour devenir médecin généraliste?</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
<b>Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre DCEM?</b> <b>Avez vous eu des MG comme enseignants théoriques pendant le DCEM? oui/non</b>	*	*	*					*	*	*			*
<b>Avez-vous effectué un stage en médecine générale durant l'externat: oui / non</b> Lieu stage MG pendant l'externat: milieu rural / semi-rural / urbain?	*	*	*			*	*	*	*	*			*

	NORD OUEST		ILE DE FRANCE	GRAND EST			ORS STRASBOURG	AUVERGNE RHONE-ALPES			GRAND OUEST		PACA
	Rouen 2012	Rouen 2014	Ile France de 2010	Reims 2008	Reims 2009	Reims 2013	Strasbourg 2014	Nancy 2014	Clermont-Ferrand 2011	Clermont Ferrand 2014	Grand Ouest fin DES 2015 suivi à 2 ans	Nantes 2012	Nice / Marseille ECN 2010-2011-2012
<b>Année passage des ECN</b>			*				*					*	*
<b>Nombre de fois ECN</b>	*	*	*					*	*	*			*
<b>Choix aux ECN (1er, 2ème, 3ème)</b>	*	*	*					*	*	*			*
Raisons région choisie à l'internat: région d'origine / suivi du conjoint / présence familiale / nouvelle région / choix par défaut/recherche / qualité de formation/projet d'installation/propriétaire dans la région	*	*	*	*	*			*	*	*			
<b>Choix de la médecine générale aux ECN:</b> volontaire / par défaut?				*	*	*					*	*	
Stage praticien Niveau 1: quel semestre ? En cours ? Non effectué ? Dans quel milieu: rural / semi rural / urbain?	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
SASPAS: oui / non / en cours ? Où l'avez-vous effectué: milieu rural / semi rural / urbain? Lors de quel semestre: 5e / 6e?	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
SASPAS : même praticiens qu'en niveau 1?	*	*						*	*	*			
Formation complémentaire type DESC: oui / non? Précisez quel(s) DESC: andrologie/cancerologie/h'mo transfusion/maladies infectieuses/gériatrie / nutrition /médecine du sport/ médecine d'urgence / médecine vasculaire/pharmacologie/soins palliatifs	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Remplacements effectués durant l'internat: oui/non Où? milieu rural / semi-rural / urbain?	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
Nombre de semaines: - de 5 / de 5 à 10 / + de 10?	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
<b>Thèse soutenue: oui / non? Date de soutenance</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
Aides financières au cours des études ? Bourse CROUS, allocation mensuelle 1200 euros CESP, aide financière régionale	*	*	*					*	*	*			*
<b>Syndicat pendant l'internat ?</b>	*	*	*					*	*	*			
<b>Année de validation du DES</b>												*	
<b>Année de validation du mémoire de DES</b>										*	*		

		NORD OUEST		ILE DE FRANCE	GRAND EST			ORS STRASBOURG	AUVERGNE RHONE-ALPES			GRAND OUEST		PACA
		Rouen 2012	Rouen 2014	Ile de France 2012	Reims 2008	Reims 2009	Reims 2013	Strasbourg 2014	Nancy 2014	Clermont-Ferrand 2011	Clermont-Ferrand 2014	Grand Ouest fin DES 2015 suivi à 2 ans	Nantes 2012	Nice / Marseille ECN 2010-2011-2012
<i>Médecin(e) générale exclusive</i>	<b>Etes-vous actuellement membre d'un(e) syndicat / association? La ou lesquelles?</b>	*	*	*						*	*	*		
	Situation professionnelle actuelle: activité libérale / salariée / mixte?	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
	<b>1) Remplacement</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
	-> libéral	*	*	*					*	*	*			
	-> salarié	*	*	*					*	*	*			
	<b>2) Collaboration</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
	-> libérale	*	*	*					*	*	*			*
	-> salariée	*	*	*					*	*	*			
	<b>3) Installation</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*
	-> Seul			*			*		*	*	*	*	*	*
	-> Cabinet de groupe			*			*		*	*	*	*	*	*
	-> MSP			*			*		*	*	*	*	*	*
	-> Centre de santé			*			*		*	*	*	*	*	*
<b>Type de structure quelque soit l'activité? seul, groupe, MSP, centre de santé</b>	*	*								*				
<b>Type de commune(s) : zone urbaine, rurale, semi-rurale?</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
<b>1) Salarié</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
-> hospitalier	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
-> Territorial (PMI)	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
-> Maison de retraite	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
-> SSR	*		*			*		*	*		*	*	*	
-> Médecine scolaire	*	*	*			*		*	*	*	*	*	*	
-> Clinique	*	*	*			*		*	*	*			*	
<i>Autre(s) pratique(s)</i>														

Mixte	-> ONG	*	*	*			*		*	*	*			*
	-> chef de clinique en MG, attaché enseignement	*							*	*				*
	<b>2) MEP</b>	*	*	*			*				*			*
	Type MEP	*	*	*			*				*			*
	<b>3) Bénévole</b>	*	*	*			*				*			*
	<b>1) Remplacement</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
	-> libéral	*	*	*			*		*	*	*			*
	-> salarié	*	*	*			*		*	*	*			*
	<b>2) Collaboration</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
	-> libérale	*	*	*			*		*	*	*			*
	-> salariée	*	*	*			*		*	*	*			*
	<b>3) Installation</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
	-> Seul			*			*		*	*	*			*
	-> Cabinet de groupe			*			*		*	*	*			*
	-> MSP			*			*		*	*	*			*
	-> Centre de santé			*			*		*	*	*			*
	<b>Type de structure quelque soit l'activité?</b> seul, groupe, MSP, centre de santé	*	*	*			*		*	*	*			*
	<b>Type de commune(s) : zone urbaine, rurale, semi-rurale?</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
	<b>1) Salarié</b>	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
	-> hospitalier	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*
-> Territorial (PMI)	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*	
-> Maison de retraite	*	*	*	*	*	*		*	*	*			*	
-> SSR	*		*			*		*	*	*			*	
<i>Autre(s) pratique(s)</i>			*			*		*	*	*			*	
-> Médecine scolaire	*	*	*			*		*	*	*			*	
-> Clinique	*	*	*			*		*	*	*			*	
-> ONG	*	*	*			*		*	*	*			*	
-> chef de clinique en MG, attaché enseignement	*					*		*	*				*	
<b>2) MEP</b>	*	*	*			*		*	*	*			*	
Type MEP	*	*	*			*		*	*	*			*	

<b>3) Bénévole</b> Aide à l'installation (si installé): oui / non? Laquelle/ lesquelles: Contrat de praticien territorial de MG? aide AM? aide collectivités territoriales? Aides fiscales? Freins à l'installation: formation initiale inadaptée / mauvaise image MG / protection sociale insuffisante / responsabilité professionnelle / gestion du cabinet / temps de travail / charges administratives / permanence des soins / isolement pro / coût élevé / comptabilité et fiscalité/difficultés prendre des congés/immobilité géo/situation du conjoint incompatible/non thésé/rapprot revenus/temps travaillé/mesures incitatives non adaptées Situation: activité libérale / salariée / mixte? <u>Si remplaçant</u> (raisons): indépendance / choix du lieu d'exercice / organisation travail libre / organisation congés libre / diversité d'exercice / contact privilégié / PEC globale patient / aspect financier / mobilité géo / logistique en - / etc Si installé (raisons): pas de hiérarchie/gestion tps de travail/liberté congés/ activité variée/contact privilégié avec patient/PEC globale/aspect financier/stabilité/épanouissement professionnel/bénéfice d'aide financière/enseignement/reconnaissance <b>Avantages milieu rural/milieu urbain</b> : Activité plus variée/ relation médecin malade/cout du cabinet moins important/ revenus plus importants/aide financière/cadre de vie/ <b>Inconvénients milieu rural/milieu urbain</b> : accès aux commerces/services pour enfants/difficulté professionnelle conjoint/distance habitation/temps de travail/difficulté à trouver un remplacement/isolement professionnel/permanence des soins	*	*	*							*			
	*	*							*	*	*		

		NORD OUEST		ILE DE FRANCE	GRAND EST			ORS STRASBOURG	AUVERGNE RHONE-ALPES			GRAND OUEST		PACA
		Rouen 2012	Rouen 2014	Ile de France 2010	Reims 2008	Reims 2009	Reims 2013	Strasbourg 2014	Nancy 2014	Clermont-Ferrand 2011	Clermont-Ferrand 2014	Grand Ouest fin DES 2015 suivi à 2 ans	Nantes 2012	Nice / Marseille ECN 2010-2011-2012
<i>Médecine générale exclusive</i>	<b>1) Remplacement</b>	*	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*
	-> libéral	*	*	*				*		*	*	*	*	
	-> salarié	*	*	*						*	*			
	<b>2) Collaboration</b>	*	*	*	*	*	*			*	*			*
	-> libérale	*	*	*						*	*			
	-> salariée	*	*	*						*	*			
	<b>3) Installation</b>	*	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*
	-> Seul			*			*	*		*				*
	-> Cabinet de groupe			*			*	*		*				*
	-> MSP			*			*	*		*				
	-> Centre de santé			*						*				
	<b>Type de structure quelque soit l'activité?</b> seul, groupe, MSP, centre de santé	*	*								*			
	<b>Type de commune(s) : zone urbaine, rurale, semi-rurale?</b>	*	*	*	*	*	*			*	*			
	Où souhaitez vous exercer la médecine générale?	*	*	*						*	*			
	-> région d'internat	*	*	*						*	*			*
-> région d'externat (si différente de celle d'internat)	*	*	*						*	*			*	
-> région de naissance (si différente de celles de vos études de médecine)	*	*	*						*	*			*	
-> région de la meilleure opportunité	*	*	*						*	*			*	
-> région où exerce votre conjoint(e)	*	*							*	*			*	
-> je ne sais pas encore	*	*								*				
Envisagez vous de devenir MSU? oui/non	*	*							*	*	*	*	*	
<b>1) Salarié</b>	*	*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	
-> hospitalier	*	*	*	*	*	*	*		*	*			*	
<i>Autre(s) pratique(s)</i>														



Autre(s) pratique(s)	-> région où exerce votre conjoint(e)	*	*								*	*						
	-> je ne sais pas encore	*	*									*	*					
	Envisagez vous de devenir MSU? oui/non	*	*									*	*					
	<b>1) Salarié</b>	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	-> hospitalier	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	-> Territorial (PMI)	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	-> Maison de retraite	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	-> SSR	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	-> Médecine scolaire	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	-> Clinique	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	-> ONG	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	-> chef de clinique en MG, attaché enseignement	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	<b>2) MEP</b>	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	Type MEP	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	<b>3) Bénévole</b>	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

**Légende :**  : Identité;  : Formation;  : Internat;  : Pratique médicale actuelle;  : Pratique médicale envisagée ;  : Question non posée

## Annexe 2 : Tableau comparatif des questionnaires des sous-cohortes éligibles

# Résumé

## Introduction

La démographie médicale actuelle est inégale et les déserts médicaux progressent. Des études de cohortes à l'échelle régionale ont été réalisées pour connaître le devenir et les souhaits des jeunes médecins généralistes français. L'objectif de ces études était de connaître le profil des jeunes médecins généralistes français afin de proposer des solutions d'amélioration de la répartition des médecins généralistes et de réduire ces inégalités d'accès aux soins. L'objectif de notre étude était d'identifier les sous cohortes régionales de jeunes médecins généralistes afin de reconstituer une cohorte nationale et de mettre en évidence les déterminants de leur parcours professionnel.

## Méthode

Un recensement des internes de médecine générale ayant débuté leur DES entre 2008 et 2014 a été fait. Une étude de cohorte multi centrique rétrospective constituée des sous cohortes régionales a été réalisée. Une analyse descriptive de la population et du parcours professionnel puis une analyse univariée ont été réalisées.

## Résultats

Quinze sous cohortes ont été identifiées. En prenant compte des données manquantes et des non répondants, les données de 13 sous cohortes soit 1275 répondants ont été agrégées et analysées. Le taux de participation était de 55,7%. La population était composée à 67,2% de femmes et l'âge moyen était de 29,2 ans. La médecine générale exclusive représentait 48,7% de la pratique actuelle avec 92,2% de remplaçants. 73% des médecins généralistes exclusifs exerçaient en MSP ou cabinet de groupe. Les facteurs influençant la pratique médicale actuelle de la médecine générale étaient le choix d'avoir fait des études de médecine pour devenir médecin généraliste et d'avoir effectué un SASPAS durant le TCEM. Les facteurs influençant la zone géographique d'exercice actuelle étaient les lieux de vie dans l'enfance et actuel, les lieux de réalisation du stage niveau 1 et le SASPAS pendant le TCEM.

## Conclusion

La démographie médicale alarmante et la modification du mode d'organisation du travail des jeunes médecins généralistes imposent la mise en place de nouvelles mesures par les pouvoirs publics. L'objectif de ce travail est de permettre dans un second temps la création d'une cohorte nationale prospective de jeunes médecins généralistes.

Mots clés : Démographie médicale ; médecins généralistes ; étude de cohorte