



HAL
open science

Étude descriptive quantitative concernant l'activité des médecins généralistes issus des promotions 2017-2020 et 2018-2021 de l'université de Nantes lors de leurs premières années d'exercice

Jade Dujardin

► **To cite this version:**

Jade Dujardin. Étude descriptive quantitative concernant l'activité des médecins généralistes issus des promotions 2017-2020 et 2018-2021 de l'université de Nantes lors de leurs premières années d'exercice. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03980924

HAL Id: dumas-03980924

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03980924>

Submitted on 9 Feb 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2022

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Jade DUJARDIN

Présentée et soutenue publiquement le 6 décembre 2022

**ETUDE DESCRIPTIVE QUANTITATIVE CONCERNANT L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES ISSUS DES PROMOTIONS 2017-2020 ET 2018-2021 DE
L'UNIVERSITÉ DE NANTES LORS DE LEURS PREMIÈRES ANNÉES D'EXERCICE.**

Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Daniel PRIN

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

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

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Cédric RAT, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Veillez trouver ici l'expression de ma sincère considération et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Daniel PRIN, je tiens à t'exprimer toute ma gratitude pour avoir dirigé ce travail de thèse avec autant de bienveillance et de disponibilité. J'admire ton humanité et ton dévouement, j'ai pris beaucoup de plaisir à travailler à tes côtés. Je te suis sincèrement reconnaissante.

Madame le Docteur Sarah COSTANZA, je te suis infiniment reconnaissante pour ta précieuse aide dans la rédaction de ce questionnaire. Je te remercie grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de ta présence.

Monsieur le Docteur Nicolas HOMMEY, je vous remercie grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de votre présence. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Jean-Michel NGUYEN, je vous remercie grandement d'avoir accepté de juger ce travail et de me faire l'honneur de votre présence. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Aux participants de cette étude. Merci à chacun d'entre vous d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire.

À mes pairs, à mes collègues. Merci aux médecins qui ont su prendre du temps tout au long de ma formation, pour me guider et m'apprendre la médecine. Merci en particulier à Christian, Anne, Vincent, Florence et Cécile.

A mes parents. Merci pour votre amour et soutien indéfectible lors de toutes ces années d'études mais aussi lors de chaque étape de ma vie.

Votre bienveillance concernant l'épanouissement et le bien-être de vos filles, votre sensibilité et votre originalité font de vous des parents extraordinaires.

Je ne vous le dis pas assez mais, Papa et Maman, je vous aime.

A mes sœurs, mes meilleures amies. C'est si bon de se retrouver et d'être 100 % soi. Nous sommes toutes les quatre si différentes et pourtant si unies. Un regard suffit. J'ai beaucoup de chance de vous avoir, protégeons ce lien qui est si précieux à mes yeux.

A mes grands-parents. J'aurai aimé qu'Api et Mamie soient là, je pense qu'ils auraient été fiers. Aimée, ton dynamisme et ta débrouillardise sont source d'inspiration.

A ma belle-famille. Merci de m'avoir accueillie si chaleureusement. Votre joie de vivre et votre complicité sont si appréciables !

A Marinum, ma grande copine, celle au côté de qui j'ai grandi à travers nos voyages, tu es ma quatrième sœur, ne change rien !

Aux cops du love, Jav, Romi, Herbi, Soph, Man, Alex, Agathe et Marinum. La team du kiff ! Je vous aime les copines. Nos discussions, vos sourires et vos rires me manquent.

A mes amies d'enfance notamment Claire et Jeanne, **et à mes amis scouts.** Vous avez forgé la personne que je suis aujourd'hui. C'est si chouette de se retrouver !

Aux BBC. Merci pour ces belles années, j'avoue être un peu nostalgique de cette insouciance. Au fil des ans nous avons créé une Bien Belle Complicité ! Au plaisir les copains !!

Aux copains Nantais. Votre amitié a (très) fortement contribué à mon épanouissement et bonheur dans cette ville ! Vous êtes des copains pour la vie. Merci pour votre aide et soutien durant ce travail de thèse.

A Judith, ma fille chérie. Nous avons appris ta venue il y a un an jour pour jour et depuis tu combles ma vie de bonheur. Je t'aime, mon amour pour toi est sans limite. Merci pour ta patience pendant la rédaction de ce travail.

A toi, Gasp. Je me sens en sécurité avec toi dans cette barque de la vie, nous regardons dans la même direction et nos différences font notre force. Merci d'être ce papa formidable. Tant de belles choses nous attendent encore. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	10
	A) <u>La formation des médecins généralistes</u>	10
	1. Le parcours d'enseignement des médecins généralistes de l'étude ...	10
	2. Le vécu des étudiants en médecine	11
	a) <u>Etat des lieux de l'état de santé des étudiants en médecine</u>	11
	b) <u>Typologie des internes face au burnout</u>	12
	c) <u>Etude sur les internes de médecine générale de Nantes</u>	14
	B) <u>Démographie médicale</u>	14
	1. Croissance démographique et vieillissement de la population dans les Pays-de-la-Loire	14
	2. Démographie actuelle des médecins généralistes en France	15
	3. Démographie actuelle des médecins généralistes en Loire-Atlantique et Vendée	17
	4. Démographie actuelle des médecins toutes spécialités confondues ...	17
	C) <u>Problématique du manque de remplacement des médecins généralistes installés</u>	18
	D) <u>Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes</u>	20
	E) <u>Justification de l'étude</u>	22
II.	Méthode	23
	A) <u>Description de l'étude</u>	23
	B) <u>Questionnaire et recueil des données</u>	23
	C) <u>Analyse des résultats</u>	24
	D) <u>Critère de jugement</u>	24

iii. Résultats	25
A) <u>Caractéristiques de l'échantillon</u>	25
B) <u>Caractéristiques socio-démographiques des jeunes médecins participants</u>	26
C) <u>Exercice professionnel</u>	28
1. Répartition du temps des médecins	28
2. Modes d'exercice	29
a) <u>Types d'activité</u>	29
b) <u>Modes d'exercice en ambulatoire</u>	30
c) <u>Types de remplacement</u>	31
3. Lieu d'exercice	32
a) <u>L'espace démographique</u>	32
b) <u>Zone géographique</u>	34
c) <u>La place du conjoint</u>	34
d) <u>Comment ont-ils trouver leur(s) lieu(x) de travail (quelque soit le type d'activité) ?</u>	35
4. Structures	35
D) <u>Amplitude de travail</u>	36
1. Nombre d'heures par jour travaillé	36
2. Nombre de jours travaillés par semaine	36
E) <u>Critères de remplacements</u>	36
1. Proximité avec le domicile	36
2. Possibilité d'adapter son planning	37
3. Rétrocession	37
4. Secrétariat	37
5. Types de structures préférentiels (privilegiés pour les remplacements)	37
6. Proximité avec des spécialistes	38

7. Préférences sur l'emplacement du cabinet	38
8. Orientation de l'activité	38
9. Infrastructure et ambiance du cabinet	39
10. Le logiciel médical	39
F) <u>Délai thèse-installation</u>	39
IV. Discussion	40
A) <u>Principaux résultats</u>	40
B) <u>Comparaison avec les données de la littérature</u>	44
1. Caractéristiques socio-démographiques	44
2. Caractéristiques universitaires	46
3. Activité professionnelle	47
a) <u>Modes d'exercice</u>	47
b) <u>Lieu d'exercice</u>	49
c) <u>Place du conjoint</u>	51
d) <u>Structures</u>	52
e) <u>Amplitude de travail</u>	54
f) <u>Critères de remplacement</u>	56
g) <u>Installation</u>	58
C) <u>Forces et limites de l'étude</u>	59
1. Les points forts	59
2. Les points faibles	60
D) <u>Perspectives</u>	62
1. Pistes pour attirer les remplaçants	62
2. Pistes pour remédier à la pénurie de médecins dans certaines zones géographiques	63

3. Exemples de systèmes de soins en Europe	66
a) L'Allemagne	66
b) L'Espagne	67
c) Pays nordiques	68
d) Royaume-Uni	68
v. Conclusion	69
vi. Bibliographie	71
vii. Questionnaire	74
viii. Résumé	88

Liste des abréviations

ACI : accord conventionnel interprofessionnel

APL : accessibilité potentielle localisée

APMSL : association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire

ARS : agence régionale de santé

CCGs : clinical commissioning groups

CESP : contrat d'engagement de service public

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

DES : diplômes d'études spécialisées

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DMG : département de médecine générale

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECN : épreuves classantes nationales

HAD : hospitalisation à domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

ISNAR-IMG : intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

MG : médecine générale

MSP : maisons de santé pluriprofessionnelle

ORS : observatoire régional de la santé

PACES : première année commune aux études de santé

PMI : protection maternelle et infantile

ZIP : zones d'intervention prioritaire

ZAC : zones d'action complémentaire

I. Introduction

A) La formation des médecins généralistes

1. Le parcours d'enseignement des médecins généralistes de l'étude

Le parcours d'enseignement des étudiants en médecine a récemment changé, nous abordons ici le cursus vécu par les étudiants de l'étude.

Pour devenir médecin généraliste, l'étudiant est passé par des études médicales qui s'effectuent en 9 ans.

Il a commencé par le concours très sélectif de la PACES (Première Année Commune aux Études de Santé). Le nombre de places disponibles était régi par le numerus clausus. Celui-ci a été créé en 1971 pour limiter le nombre d'étudiants en médecine ; à partir des années 90 il a progressivement augmenté pour lutter contre la baisse de la démographie médicale.¹

Une fois l'année de PACES validée, le futur médecin généraliste en devenir a passé deux ans à l'université pour suivre des cours, mais aussi pour pratiquer lors de quelques jours à l'hôpital.

Il a ensuite été externe durant les 3 années suivantes. De nombreuses périodes de stage étaient alternées avec des cours à la faculté de médecine. Il effectuait en réalité l'équivalent d'un travail à mi-temps au sein d'un hôpital. Il devait également réaliser 25 gardes par an. Les externes sont salariés de l'hôpital (le salaire était très bas : 100 euros à 250 euros par mois).

A la fin de l'externat, il a passé un deuxième concours : l'ECN. Les épreuves classantes nationales (ou examen classant national), qui se sont substituées au concours de l'internat, étaient déterminantes pour leurs avens. En effet, la réussite à ces épreuves conditionnait l'accès au troisième cycle (l'internat) et surtout le choix et le lieu d'affectation de la spécialité. La liste des postes disponibles était établi par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé avec l'appui des ministères de la santé et de l'enseignement supérieur en fonction des besoins démographiques.¹

Il a ensuite entamé 3 ans en internat en milieu hospitalier. Et continuait parallèlement à suivre des cours.

La soutenance de sa thèse lui a permis d'obtenir son Diplôme d'État de docteur en médecine et de rejoindre l'ordre des médecins.

Les études de médecine sont reconnues comme faisant partie des études les plus dures des différents cursus universitaires, à la fois sur le plan des connaissances académiques à acquérir mais aussi sur le plan émotionnel.²

2. Le vécu des étudiants en médecine

a) Etat des lieux de l'état de santé des étudiants en médecine

L'existence de troubles psychiques touchant les professionnels de santé est une réalité régulièrement rappelée par les médias. Les soignants ne sont pas épargnés par les pathologies psychiques.

En France, le risque est 3 fois plus important pour un interne de se suicider qu'une personne de même âge dans la population générale².

Une revue systématique de la littérature scientifique parue en 2016 dans le Journal de l'American Medical Association (JAMA) retrouve 11,1% de risque suicidaire chez les étudiants en médecine et 27,2% de dépression.^{3 2}

En 2017, l'intersyndicale des internes de France a montré que 66% des internes souffraient d'anxiété (contre 26% dans la population générale), 28% souffraient de syndrome dépressif (contre 10% dans la population générale), que 23,7% déclaraient avoir eu des idées suicidaires dont 5,8% dans le mois précédent la réponse à l'enquête et que 3,4% des internes avaient déjà réalisé une tentative d'autolyse.^{3 2}

Dans l'étude de A.Danset⁴, en 2017, la souffrance et le mauvais état de santé des externes étaient une réalité :

A Paris, 23,5% des externes consomment du tabac, 82,3% de l'alcool (dont 9,5% en probable alcoolodépendance), 21,1% du cannabis (dont 49,5% ayant une consommation inquiétante), 15,5% des drogues dures, 20,5% des stimulants, 32,8% des anxiolytiques, 24,9% des somnifères et 13,3% des antidépresseurs.

45,3% sont anxieux et 12,1% ont une dimension dépressive. 76,1% présentent au moins une dimension de burn out. 37,2% ont des troubles psychosomatiques, 68,8% des troubles du sommeil, 37,6% estiment avoir une mauvaise qualité de vie, 65,6% ont déjà songé à renoncer à leurs études, 20,1% ont eu des idées suicidaires, et 2,6% ont déjà fait une tentative de suicide.⁴

Dans une étude réalisée en 2021 sur le ressenti des étudiants en médecine de Rouen à propos de leur internat²: 31% voyaient un spécialiste pour discuter de leurs études et 18% consommaient une substance pour supporter leurs études. L'anxiété, la fatigue chronique et les troubles du sommeil touchaient respectivement 82%, 70% et 41% des étudiants.

Les futurs médecins, internes des hôpitaux, rentrent dans la catégorie des métiers d'aide et de soins les plus exposés au burnout.^{5 6}

b) Typologie des internes face au burnout

Le burn-out peut entraîner une diminution de la qualité des soins prodigués ainsi qu'une augmentation du risque d'erreurs médicales. En provoquant des démissions et une avancée du départ en retraite il amplifie les problèmes de démographie médicale. De plus, il favorise les conduites addictives ainsi que la dépression et augmente le risque de suicide.^{3 5}

Une étude réalisée par Caroline CINTAS, Marie COUSINEAU et Vincent LANGLOIS classe les internes en quatre profils différents face au burn-out :⁶

Le profil équilibré regroupe près de la moitié des internes. Ils apprécient leur travail et ils se sentent à leur place.

Le profil blasé est un individu qui ne souffre ni d'épuisement ni de dépersonnalisation (développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, envers les personnes dont il s'occupe). Il y a d'une part celui qui ne se reconnaît pas dans son métier et se demande pourquoi il fait beaucoup d'efforts. D'autre part, il y a celui qui aime son travail mais qui se désespère du système. Il ne sait pas s'il pourra continuer d'exercer dans des bonnes conditions et trouver un emploi en adéquation avec ses attentes.

Le profil fragilisé est en situation de fatigue liée à la surcharge de travail combinée à la crainte de ne pas être compétent pour réaliser les tâches demandées. Le fragilisé souligne également le manque de considération pour la fonction qu'il occupe au sein du CHU. L'interne « fragilisé » ne souffre pas de dépersonnalisation, il cherche à faire son travail au mieux et considère ses patients. Il y a un risque d'erreur médicale à cause de l'épuisement et d'un basculement dans les catégories « blasé » ou « brisé ».

Le profil brisé s'apparente à la situation de burnout total. L'épuisement mélangé à la dépersonnalisation engendre un sentiment d'absence d'épanouissement envers les patients et envers lui-même. Un sentiment de culpabilité se développe. Dans ce cas précis du « brisé », les limites sont atteintes. Il met en avant qu'il est de coutume que les jeunes médecins aient des difficultés, c'est un héritage des médecins séniors. Il se sent débordé par son travail et abandonné notamment au niveau des gardes. Une des conséquences est la forte prise de recul envers les patients dont il s'occupe.

Les résultats de l'étude⁶ mettent en évidence que 48% des internes (toutes spécialités confondues) sont « équilibrés » et arrivent à faire face aux situations particulièrement stressantes de leur quotidien. 52% sont donc répartis entre les « blasés », les « fragilisés » et les « brisés », avec 21,9% pour cette dernière catégorie.

Cela confirme l'existence d'un phénomène d'épuisement au travail de ces futurs médecins.

c) Etude sur les internes de médecine générale de Nantes

Une thèse réalisée en 2008 par Dr Barbarin sous la direction de Dr Goronflot sur les internes de médecine générale de Nantes met en lumière que 66,6 % des internes se sont sentis victimes de harcèlement, 36,8 % avaient déjà songé à arrêter leurs études médicales et 44,7 % avaient un burn-out non corrélé à leur charge de travail.

En 2008, le burn-out est une réalité chez les internes de médecine générale de la faculté de Nantes.⁷

B) Démographie médicale

1. Croissance démographique et vieillissement de la population dans les Pays-de-la-Loire

La demande de soins augmente avec la croissance démographique, le vieillissement de la population et la transition épidémiologique (augmentation de la prévalence des maladies chroniques) nécessitant plus de suivi et recours aux soins.⁸

Au 1er janvier 2018, 3 781 420 personnes résident dans les Pays de la Loire, ce qui situe la région au 8e rang des régions de France métropolitaine. Avec + 0,7 % par an, le rythme de croissance de la population est supérieur à la moyenne nationale. La Loire-Atlantique, véritable locomotive de la région, affiche un gain de population de 1,2 % par an en moyenne (sur la période 2013-2018), sa croissance ne cesse de s'accroître. La Vendée, quant à elle, affiche une augmentation de population encore soutenue (+ 0,7 % par an), mais en fort ralentissement (+1,2 % sur la période 2008-2013). La dynamique démographique est particulièrement marquée dans l'espace périurbain des grandes villes de la région et sur une bande littorale située au sud de la Loire.⁹

En 2015, dans les Pays de la Loire, 25 % de la population est âgée de 60 ans ou plus, avec une proportion similaire à celle de France métropolitaine selon l'INSEE. Avec le vieillissement des générations nombreuses du baby-boom, 30 % des habitants des Pays de la Loire auront 60 ans ou plus d'ici 2028, soit une augmentation de 20 600 personnes par an. L'augmentation serait plus forte à partir de 2023 et serait particulièrement soutenue en Loire-Atlantique et en Vendée.¹⁰

2. Démographie actuelle des médecins généralistes en France

Le nombre de médecins généralistes en activité régulière continue à décroître.

Actuellement (au 1^{er} janvier 2021), le Tableau de l'Ordre recense 85 364 médecins généralistes en activité régulière (par convention le CNOM utilise la notion d'activité régulière en référence à l'activité qualifiée de pleine par les médecins (hors activité intermittente, sans condition de cumul emploi-retraite), soit une diminution de 9% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.9% depuis 2020.¹¹ L'activité intermittente, elle, concerne essentiellement les remplacements libéraux ou contrats salariés courts.

D'après les analyses du CNOM et le calcul du taux de croissance moyen annuel, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 82 018 médecins généralistes en activité régulière.¹¹

Selon les dernières projections de la DREES, les effectifs de médecins généralistes libéraux diminueraient jusqu'en 2027 et seraient alors inférieurs de près de 30 % à leur niveau de 2012.¹²

Groupe de spécialité	Activité générale	Effectifs entrants	Effectifs sortants	Solde 2020 - 2021
Généralistes	retraités actifs	321	1047	-726
Généralistes	activité intermittente	1806	513	1293
Généralistes	activité régulière	2352	2943	-591

Table 1: Répartition (valeur absolue) des soldes entrants/sortants par groupe de spécialité et type d'exercice en 2021.

En 2019, d'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir. Ils sont par ailleurs 8 sur 10 à déclarer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. Nombreux sont ceux qui déclarent allonger leurs journées de travail ou refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant, sans que cela soit toujours lié au fait d'exercer en zone sous-dense.¹²

Les médecins généralistes en activité régulière sont inégalement répartis.

La variation des effectifs de médecins généralistes est fortement liée à l'attractivité territoriale. Les départements qui gagnent des médecins généralistes en activité régulière montrent une attractivité majoritaire pour les départements situés sur la bordure Atlantique, les DOM TOM et une frange Est de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Cette dynamique 2020-2021 confirme la tendance observée depuis 2010.¹¹

Concernant la pyramide des âges des généralistes en activité régulière, elle montre une répartition pour moitié des effectifs : un quart (26%) des effectifs a 60 ans ou plus et un autre quart (27%) moins de 40 ans.

L'âge moyen des médecins généralistes observe un rajeunissement depuis 2015 (49,9 ans en 2021). La part des femmes marque une part importante parmi les moins de 40 ans (47%).¹¹

Si l'on s'intéresse à l'index de renouvellement générationnel en France (la part des moins de 40 ans sur celle des plus de 60 ans) on constate un index de renouvellement générationnel non suffisant en médecins généralistes.¹¹

La profession se féminise, avec au 1er janvier 2021 les femmes qui représentent 51,5 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière.¹¹

3. Démographie actuelle des médecins généralistes en Loire-Atlantique et Vendée

Entre 2010 et 2021, le nombre de médecins généralistes en activité régulière a augmenté de 12,8% en Loire Atlantique (a baissé de 0,6% entre 2020 et 2021), alors qu'en Vendée entre 2010 et 2021 il a baissé de 4,8% (et a augmenté de 1,6% entre 2020 et 2021).¹¹

La densité moyenne en France de médecins généralistes tous types d'exercice confondus (activité régulière, remplacements..) en 2021 est de 122.7 pour 100 000 habitants.

En Loire atlantique, la densité de médecins généralistes en 2021 est de 141,2 pour 100 000 habitants (-0,4 % par rapport à 2010). En Vendée, la densité de médecins généralistes en 2021 est de 107,1 pour 100 000 habitants (-14,9% par rapport à 2010).¹¹

4. Démographie actuelle des médecins toutes spécialités confondues

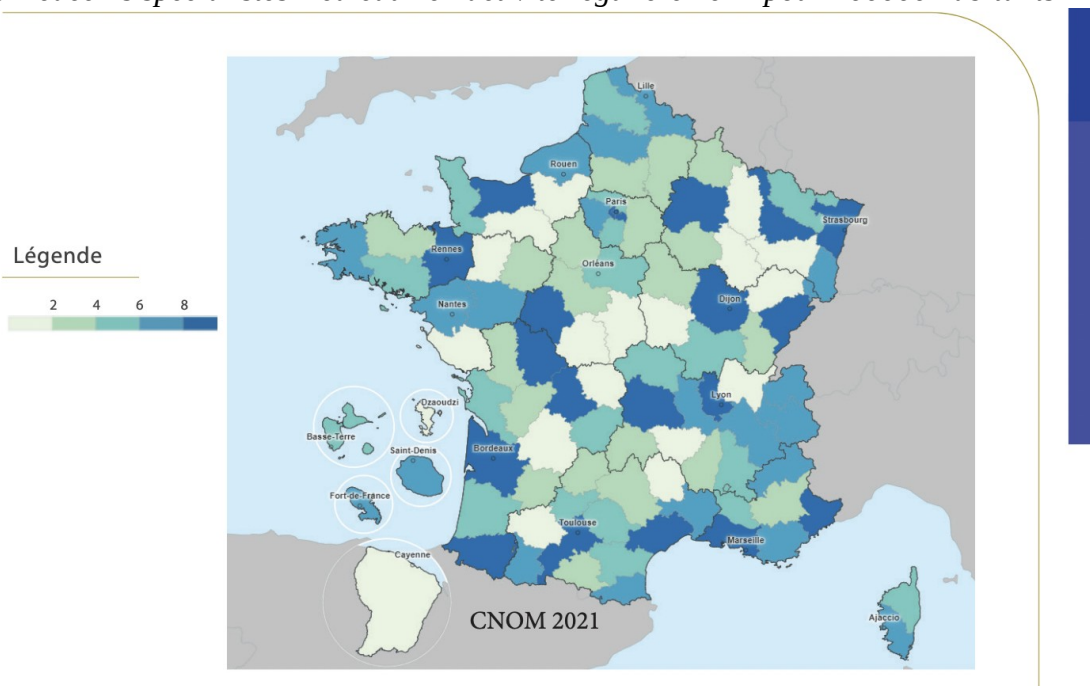
Selon les dernières projections de la DREES, les effectifs de médecins libéraux diminueraient jusqu'en 2027 et seraient alors inférieurs de 24 % à leur niveau de 2012. Cette baisse, combinée à la croissance et au vieillissement de la population française, se traduirait par un affaiblissement de la densité médicale libérale à l'échelle nationale.¹²

Au 1er janvier 2021, la France recense 312 172 médecins inscrits au tableau dont 15210 en Pays-de-la-Loire soit un ratio régional/national à 4,9%. Les Pays-de-la-Loire font partie des 7 régions qui ont un nombre d'actifs réguliers qui augmente depuis 1 an : + 1,1%.¹¹ Entre 2020-2021 le nombre d'inscrits à l'Ordre des médecins a augmenté de 2,8 % en Loire Atlantique et de 1,2 % en Vendée.

La densité médicale pour 100 000 habitants de Loire Atlantique a augmenté de +5,7% entre 2010 et 2021 (et de +2,3% entre 2020 et 2021), celle de la Vendée a diminué de 5,6% entre 2010 et 2021 (et -2,2% entre 2020 et 2021).¹¹

En France, 3 généralistes sur 4 ont des difficultés à trouver des confrères spécialistes pour assurer la prise en charge de leurs patients. Devant la perspective de la baisse de l'offre locale de soins ils sont 3 médecins généralistes sur 10 à déclarer se « spécialiser », notamment en gynécologie, en pédiatrie ou en gériatrie.¹²

Figure 1: Positionnement des départements par rapport au décile en termes de densité de médecins spécialistes médicaux en activité régulière 2021 pour 100000 habitants



L'âge moyen des actifs réguliers en 2021 en France est de 50,3 ans (soit un rajeunissement de quatre mois par rapport à 2020). En Loire Atlantique il est de 46,8 ans et en Vendée de 48,7 ans.¹¹

C) Problématique du manque de remplacement des médecins généralistes installés

Chaque année la presse grand public et spécialisée évoque la difficulté croissante pour les médecins installés à trouver un remplaçant.¹³

C'est aussi ce que montrent les thèses de Sarah Boudjabi Fadli, de Anne-Sophie Querrec et de Jean Christophe Walter et ce malgré la conjoncture actuelle où l'offre de remplacement n'a jamais été aussi abondante.¹³

Dans l'enquête réalisée par Sarah Boudjabi Fadli en 2013 la majorité (52%) des médecins a indiqué qu'il était très difficile de trouver un médecin remplaçant, 40% des médecins ont fait savoir que c'était moyennement difficile et seulement 8% ont déclaré que c'était pour eux facile. Une large majorité des médecins (64%) a précisé ne pas toujours trouver de remplaçant.¹⁴

Dans cette étude, les médecins avaient besoin d'être remplacés en moyenne 47 jours par an, leur cabinet étant fermé en moyenne 23 jours par an faute de remplaçant.¹⁴

En 2007, dans les Pays de la Loire, 52 % des médecins déclarent avoir pris six semaines ou plus de vacances au cours de l'année 2006, 34 % quatre ou cinq et 14 % moins de quatre. La proportion de généralistes qui prennent plus de six semaines de vacances ne varie pas de façon significative selon l'âge, le sexe, la commune d'exercice.¹⁵

59 % des médecins de cette étude déclarent s'être fait remplacer pendant leurs vacances dont 36 % sur toute la durée de celles-ci et 23 % sur une partie. Les médecins qui exercent en cabinet de groupe sont plus fréquemment remplacés (69 % vs 41 % pour ceux qui exercent seuls).¹⁵

Le nombre exact de remplaçants est difficile à établir, dû à l'hétérogénéité de la population : internes qui remplacent, remplaçants non thésés, remplaçants thésés, médecins à activité mixte, médecins retraités remplaçants.¹⁶

Nous savons néanmoins que depuis 2010, l'activité intermittente (essentiellement représentée par celle des médecins remplaçants toutes spécialités confondues) a augmenté de 48,9% et de 2,1% depuis 2020.¹¹

La pratique du remplacement, initialement prévue pour faire face à une crise sanitaire, s'est imposée comme une étape précédant l'installation voir un mode d'exercice à part entière.^{16 13}

Selon une étude réalisée en 2016, la majorité des médecins (65 %) exerce comme remplaçant en médecine générale un an après la fin de l'internat.¹⁷ Le pourcentage de remplaçants un an après la fin de l'internat est probablement majoré depuis la réforme des DES en 2017.

Dans l'étude de Teres en 2021, 18% des remplaçants ne prévoient pas de s'installer (dans un avenir proche), ce qui représente quasiment 1 remplaçant sur 5.¹⁶

L'âge moyen de l'installation d'un médecin généraliste en France est de plus en plus élevé.¹⁶ En 2011, il était de 35 ans.¹

D) Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes

Au moment d'entamer la dernière année d'internat, un étudiant en médecine générale sur six indique ne pas encore avoir arrêté de choix concernant son futur mode d'exercice. Les autres se disent avant tout attirés par une activité libérale : les deux tiers des futurs médecins envisagent ou veulent en priorité opter pour ce mode d'exercice, alors qu'ils envisagent un peu moins fréquemment une activité mixte et que le salariat exclusif ne constitue une option ou une priorité que pour un tiers d'entre eux.¹⁷

Les internes qui se destinent à une activité libérale se distinguent très nettement de leurs aînés en ce qui concerne le cadre dans lequel ils souhaitent exercer leur profession. Ils sont de façon très majoritaire intéressés par l'exercice en cabinet de groupe, mais aussi, dans une moindre mesure, par des activités de remplacement et un exercice en maison de santé. Travailler seul dans son propre cabinet est en revanche une perspective que la majorité des étudiants rejette.¹⁷

Ce qui motive ces étudiants qui s'orientent vers une activité libérale, c'est l'autonomie et l'absence de hiérarchie, la qualité de vie et de travail et la possibilité d'assurer une continuité des soins pour leur patientèle. Ce qui fait frein, c'est avant tout la charge de travail et ses conséquences en particulier sur la vie de famille : « Temps administratif trop important », « Charge de travail trop importante/horaires », « Installation à temps partiel peu compatible avec l'exercice libéral », « Congés courts ». En revanche, la faible diversité de la pratique ou les revenus insuffisants n'ont été que rarement cités.¹⁷

Quant à ceux qui se projettent en priorité dans une activité salariée, ils se disent attirés par le travail en équipe, la possibilité de faire une carrière, la reconnaissance de la médecine hospitalo-universitaire, la richesse et la diversité des actes et, pour quelques-uns, le souhait de se spécialiser.¹⁷

L'étude réalisée par D.Teres en 2021 a permis de montrer que le statut de remplaçant était satisfaisant et même attractif sur certains points comme le confort et la qualité de vie. En effet, les remplaçants jouissent d'une liberté considérable dans leur mode d'exercice avec une augmentation du temps libre, ce qui leur permet de facilement se mettre à l'abri du surmenage. Un des avantages notables de celui-ci est l'absence de charges administratives et financières.¹⁶

La revue de la littérature réalisée par Rebecca Lemonnier et Paul Aubry en 2019 a permis de recenser les déterminants de l'installation des médecins généralistes en France. Cet ouvrage conclue que la lourdeur administrative et l'importance de la charge de travail sont les principaux freins à l'installation. L'opportunité professionnelle est un des déterminants les plus retrouvés dans cette étude. Les autres facteurs déterminants modifiables de l'installation sont l'environnement médical et l'expérience professionnelle antérieure.⁸

Le suivi de patient via l'installation permet un épanouissement personnel. La diversité de l'activité et la relation médecin-patient de qualité favorisent l'installation en zone rurale quand l'isolement, la surcharge de travail ainsi que les difficultés d'emploi du conjoint en sont des freins.⁸

La DREES dans sa synthèse parue en décembre 2021¹⁸ s'accorde avec la revue de la littérature réalisée par Rebecca Lemonnier et Paul Aubry mais ajoute que les aspects financiers ont aussi leur importance bien que variable selon les caractéristiques des systèmes de santé et des zones concernées, et que c'est un critère secondaire par rapport aux autres conditions de l'épanouissement professionnel.

La DREES nomme aussi le contexte du territoire lui-même. Les commodités et la gamme de services éducatifs, culturels, récréatifs qu'il peut fournir pèsent dans les décisions d'installation, et peuvent prendre une importance plus ou moins grande en fonction du moment du cycle de vie.¹⁸

Les étudiants et jeunes médecins sont préoccupés par l'équilibre entre leur charge de travail, leur vie personnelle et la qualité du travail qu'ils pourront réaliser.¹⁷

Lors de leurs études les étudiants en médecine sont en souffrance (dans une étude réalisée en 2021 sur le ressenti des étudiants en médecine de Rouen à propos de leur internat²: 94% d'étudiants

trouvaient qu'il y avait un manque de reconnaissance de leur travail ; 85% ont fait des sacrifices pour continuer médecine ; 43% ne recommandaient pas leurs études aux lycéens et 24% ne referaient pas médecine ; 21% étaient en difficulté financière ; la surcharge de travail touche 65% des étudiants). Ils recherchent en priorité une bonne qualité de vie par la suite.

E) Justification de l'étude

C'est dans ce contexte de jeunes médecins généralistes sortant d'études difficiles et de médecins installés ayant des difficultés à trouver des remplaçants que j'ai souhaité faire ce travail de thèse dont l'objectif principal est de faire un état des lieux de l'activité des jeunes médecins généralistes lors de leurs premières années post-internat : Quel est le profil de ces jeunes médecins ? Comment et où travaillent-ils? Quels sont leurs critères pour choisir un remplacement ?

II. Méthode

A) Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative d'observation épidémiologique descriptive transversale du choix d'activité des jeunes médecins généralistes lors de leur première ou deux premières années post-internat.

Notre critère d'inclusion était de faire partie des promotions de médecine générale de Nantes des années 2017-2020 ou 2018-2021. Ce seul critère était suffisant pour l'inclusion.

Les médecins éligibles n'ont pas été inclus en cas de refus de participation ou d'absence de soumission du questionnaire.

La population éligible à l'inclusion était de 213 médecins.

B) Questionnaire et recueil des données

L'enquête a été réalisée de juillet 2022 à septembre 2022 avec l'envoi d'un questionnaire électronique standardisé Typeform®.

Le questionnaire a été créé en partenariat avec le DMG de Nantes.

Il comprenait 23 questions divisées en 70 sous-questions dont 3 à réponses libres, 3 à réponses dichotomiques (oui/non) et 64 à réponses multiples. Le temps moyen nécessaire pour compléter toutes les réponses était de 9 minutes et 22 secondes.

Il a initialement été envoyé via Facebook sur les groupes des promotions concernées accompagné d'un mot explicatif. Puis dans un deuxième temps, un mail a été envoyé par le DMG à chaque médecin concerné. Enfin deux relances ont été réalisées via facebook.

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé par le DMG de Nantes, des jeunes médecins généralistes, mais aussi des « non-médecins » afin d’apprécier sa faisabilité et sa bonne compréhension.

Les réponses étaient entièrement anonymes.

L’étude ne portant pas sur des patients, l’avis du Comité de Protection des Personnes n’a pas été nécessaire.

C) Analyse des résultats

Tous les questionnaires ont été pris en compte et analysés.

Les réponses ont été saisies automatiquement sur une feuille de calcul, via le site Typeform®.

Les résultats sont présentés en effectif et pourcentage pour les variables qualitatives et en moyenne pour les variables quantitatives.

Aucune analyse statistique (en dehors des pourcentages et moyennes) n’a été réalisé dans cette étude, le niveau de preuve scientifique étant faible nous avons préféré être prudent dans l’interprétation causale des associations observées.

D) Critère de jugement

Cette étude descriptive a pour objectif de dresser le profil des jeunes médecins généralistes, de connaître leur choix d’activité professionnelle ainsi que leur rythme de vie et de faire émerger les facteurs influençant leurs orientations professionnelles.

iii. Résultats

A) Caractéristiques de l'échantillon

213 médecins généralistes font partie des promotions nantaises 2017-2020 et 2018-2021 de médecine générale.

Sur ces 2 promotions, 159 questionnaires ont été débutés mais seulement 120 ont été soumis. Nous appellerons « médecins répondants » ces médecins généralistes ayant soumis leurs questionnaires (qu'ils aient répondu entièrement aux questions ou non). Soit un taux de réponse de 56,3 %.

Le temps moyen de réponse était de 9 minutes et 22 secondes.

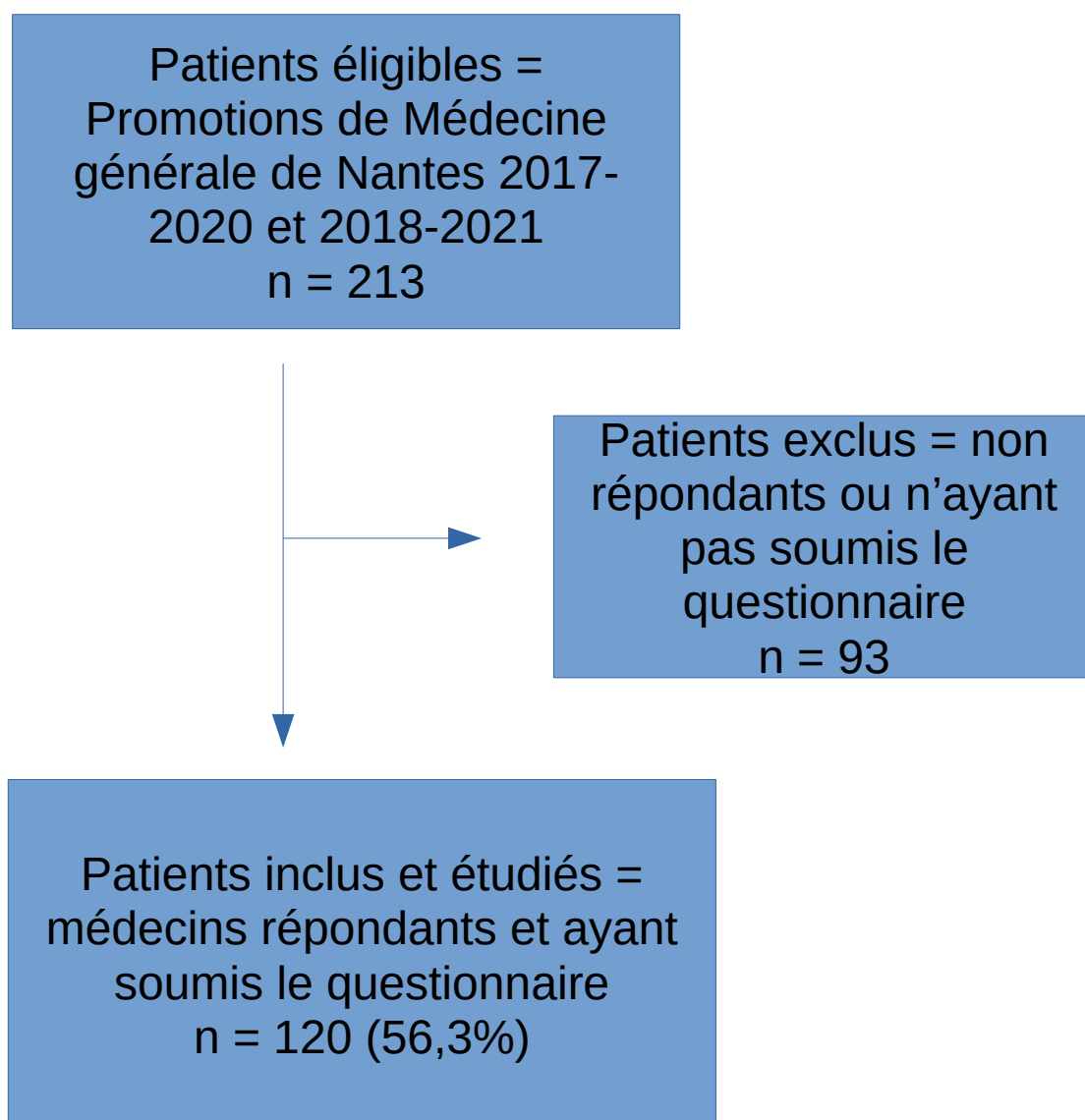


Figure 2: Diagramme des effectifs

B) Caractéristiques socio-démographiques des jeunes médecins participants

55 % des participants font partie de la promotion 2017-2020.

79,2 % des répondants sont des femmes.

Dans leur enfance ils étaient 44,5 % à habiter en milieu semi-rural, 37,8 % à habiter en milieu urbain et 17,6 % à habiter en milieu rural.

L'âge moyen est de 29 ans et 9 mois (29,77): 3 sont nés en 1982 (40 ans), 3 sont nés en 1986 (36 ans), 2 sont nés en 1989 (33 ans), 2 sont nés en 1990 (32 ans), 7 sont nés en 1991 (31 ans), 33 sont nés en en 1992 (30 ans), 50 sont nés en en 1993 (29 ans), 17 sont nés en en 1994 (28 ans) et 3 sont nés en en 1995 (27 ans).

75,8% des répondants vivent en couple. 85 % des participants n'ont pas d'enfants à charge, 14 (soit 11,7%) ont 1 ou 2 enfants, 4 (soit 3,3%) ont 3 enfants ou plus.

99 répondants (soit 82,5%) avaient le désir de faire médecine générale en passant l'ECN.

Seulement 14,2 % des répondants ont passé leur thèse pendant l'internat et 37,5 % l'année suivant l'internat. Un peu moins de la moitié (48,3%) la soutiendra lors de leur 2ème ou 3ème année après l'internat.

La très grande majorité (93,3%) des répondants n'a pas signé de CESP. Le CESP (contrat d'engagement de service publique) a été créé en 2011, prévue par la loi HPST de 2009, il est destiné à promouvoir, par une bourse contractuelle, l'installation en zone déficitaire. Il a pour objectif de fidéliser les jeunes médecins dans des spécialités et des lieux d'exercice fragiles où la continuité des soins est menacée. Ce contrat est destiné aux étudiants en médecine, de la 2ème année des études médicales à la dernière année d'internat.

Le profil type des répondants est une femme de 29 ans et 9 mois, vivant en couple, n'ayant pas d'enfant à charge, ayant choisi médecine générale aux ECN de son plein gré. Elle n'a pas signé de CESP et passera sa thèse pendant l'internat ou l'année suivante.

	n = 120	%
Genre :		
Femme	95	79,2
Homme	25	20,8
Année de naissance :		
1982	3	2,5
1986	3	2,5
1989	2	1,7
1990	2	1,7
1991	7	5,8
1992	33	27,5
1993	50	41,7
1994	17	14,2
1995	3	2,5
Milieu de vie dans l'enfance :		
Urbain	45	37,8
Semi-rural	53	44,5
Rural	21	17,6
Vit en couple	91	75,8
Nombre d'enfants à charge :		
Pas d'enfant	102	85
1 à 2	14	11,7
3 ou plus	4	3,3
Désir MG aux ECN	99	82,5
Soutenance thèse :		
Pendant l'internat	17	14,2
1ère année post internat	45	37,5
2ème ou 3ème année post internat	58	48,3
A signé un CESP	8	6,7

C) Exercice professionnel

1. Répartition du temps des médecins

	Travail dans le milieu médical	Temps de formation / Thèse	Vacances / Loisirs	Congé maternité - paternité / Arrêt de travail	Travail autre que médecine
Jamais	0	16 (13,3%)	0	103 (85,8%)	114 (95%)
1 à 5 semaines par an	0	48 (40%)	17 (14,2%)	4 (3,3%)	5 (4,2%)
5 à 10 semaines par an	0	26 (21,7%)	68 (56,7%)	3 (2,5%)	1 (0,8%)
10 à 15 semaines par an	4 (3,3%)	13 (10,8%)	22 (18,3%)	2 (1,7%)	0
15 à 20 semaines par an	4 (3,3%)	12 (10%)	9 (7,5%)	3 (2,5%)	0
20 à 25 semaines par an	11 (9,2%)	0	2 (1,7%)	4 (3,3%)	0
25 à 30 semaines par an	18 (15%)	2 (1,7%)	2 (1,7%)	1 (0,8%)	0
30 à 40 semaines par an	34 (28,3%)	1 (0,8%)	0	0	0
40 à 52 semaines par an	49 (40,8%)	2 (1,7%)	0	0	0

Lors de leur première ou deux premières années post internat, la majorité des médecins travaille dans le milieu médical 40 à 52 semaines par an (40,8%), consacre 1 à 5 semaines par an pour continuer à se former (40%) et prend 5 à 10 semaines de vacances par an (56,7%).

2. Modes d'exercice

a) Types d'activité :

	Jamais	Occasionnelle ment	Environ 25% de mon temps de travail	Environ 50% de mon temps de travail	Environ 75% de mon temps de travail	100% de mon temps de travail
Cabinet libéral en médecine général	9 (7,5%)	3 (2,5%)	2 (1,7%)	13 (10,8%)	24 (20%)	69 (57,5%)
Cabinet salarié en médecine générale	109 (90,8%)	4 (3,3%)	4 (3,3%)	2 (1,7%)	1 (0,8%)	0
Salarié en hospitalier	87 (72,5%)	10 (8,3%)	9 (7,5%)	5 (4,2%)	0	9 (7,5%)
Salarié en clinique	115 (95,8%)	3 (2,5%)	2 (1,7%)	0	0	0
SOS médecin	117 (97,5%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	0	0
Centre de vaccination Covid	69 (57,5%)	45 (37,5%)	6 (5%)	0	0	0
Plateforme de téléconsultation	116 (96,7%)	4 (3,3%)	0	0	0	0
Caps/gardes	48 (40%)	66 (55%)	6 (5%)	0	0	0
Pratique en ambulatoire d'une autre spécialité que médecine générale*	113 (95%)	1 (0,8%)	4 (3,4%)	1 (0,8%)	0	0
Centre de santé / Planning familial / Foyer médico-social	116 (96,7%)	1 (0,8%)	2 (1,7%)	0	1 (0,8%)	0
Autres structures*	112 (93,3%)	4 (3,3%)	3 (2,5%)	0	0	1 (0,8%)

*Pratique en ambulatoire d'une autre spécialité que médecine générale : gynécologie, régulation, esthétique, médecin en crèche, médecine du sport, médecine vasculaire...

*Autres structures : médecine pénitentiaire, médecine scolaire, PMI, HAD, médecin coordinateur en maison de retraite...

Lors de leur première ou deux premières années post internat, la grande majorité (57,5%) travaille 100 % de leur temps dans un cabinet libéral en médecine générale et 88,3 % y travaillent la plupart de leur temps (50 à 100 % de leur temps).

90,8 % n'ont jamais travaillé en médecine générale en tant que salarié.

7,5 % travaillent uniquement en tant que salarié en hospitalier, et 27,5% y travaillent une partie de leur temps.

4,2 % travaillent en tant que salarié en clinique sur une petite partie de leur temps, les autres n'y travaillent pas.

57,5 % n'ont jamais travaillé en centre de vaccination covid ; 37,5 % y ont travaillé de façon occasionnel, aucun n'y a travaillé la majeure partie de son temps.

Il y a peu de participation aux gardes/caps : 40 % n'en n'ont jamais fait. 55 % y prennent part occasionnellement.

95% des médecins n'ont jamais pratiqué en ambulatoire une autre spécialité que médecine générale.

b) Modes d'exercice en ambulatoire :

Sur les 120 médecins :

106 (soit 88,3%) ont effectués des remplacements et 94 (78,3%) n'ont fait que des remplacements.

10 ont fait des remplacements et une collaboration. 2 ont fait des remplacements et se sont installés.

5 se sont installés (et n'ont pas fait de remplacement).

Et 7 (5,8%) n'ont jamais travaillé en ambulatoire.

c) Types de remplacement

	Jamais	Environ 25% de mon temps de travail	Environ 50% de mon temps de travail	Environ 75% de mon temps de travail	100% de mon temps de travail
dans un même cabinet pendant plusieurs mois de suite avec des jours fixes	27 (22,7%)	13 (10,9%)	12 (10,1%)	18 (15,1%)	43 (36,1%)
régulièrement dans les (2 à 4) mêmes cabinets (sans jour fixe)	44 (37%)	18 (15,1%)	17 (14,3%)	14 (11,8%)	20 (16,8%)
Ponctuellement sans régularité, dans différents cabinets	70 (58,8%)	29 (24,4%)	8 (6,7%)	1 (0,8%)	5 (4,2%)

Les statistiques sont faites sur l'ensemble de l'échantillon ayant répondu (119 médecins), incluant ceux n'ayant jamais travaillé en ambulatoire (6 soit 5%).

58,8 % des médecins de ces deux promotions travaillent uniquement dans des cabinets de façon régulière.

11,7 % travaillent la majeure partie de leur temps (50 à 100 % de leur temps) ponctuellement, sans régularité, dans différents cabinets.

3. Lieu d'exercice

a) L'espace démographique

	Jamais	Environ 25% de mon temps de travail	Environ 50% de mon temps de travail	Environ 75% de mon temps de travail	100% de mon temps de travail
En zone urbaine	45 (37,5%)	20 (16,7%)	20 (16,7%)	11 (9,2%)	24 (20%)
En zone semi- rurale	31 (26,1%)	12 (10,1%)	25 (21%)	17 (14,3%)	34 (28,6%)
En zone rurale	89 (74,2%)	18 (15%)	7 (5,8%)	2 (1,7%)	4 (3,3%)
En zone sous dense	65 (57%)	13 (11,4%)	14 (12,3%)	6 (5,3%)	16 (14%)

Lors de leur première ou deux premières années post internat, il y a respectivement 37,5 % et 74,2 % des médecins qui n'ont jamais travaillé en zone urbaine et en zone rurale.

63,9 % des médecins ont exercé la majeure partie (50 à 100%) de leur temps en zone semi-rurale.

43 % des médecins ont travaillé en zone sous-dense.

La zone urbaine étant définie dans notre étude comme une grande ville (plus de 20000 habitants) ou sa banlieue ; la zone semi-rurale comme une ville intermédiaire (entre 2000 et 20000 habitants) et la zone rurale comme une ville ayant moins de 2000 habitants.

Les zones sous-denses en médecins sont définies par les ARS qui s'appuient sur les résultats d'un indicateur de référence, l'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin.

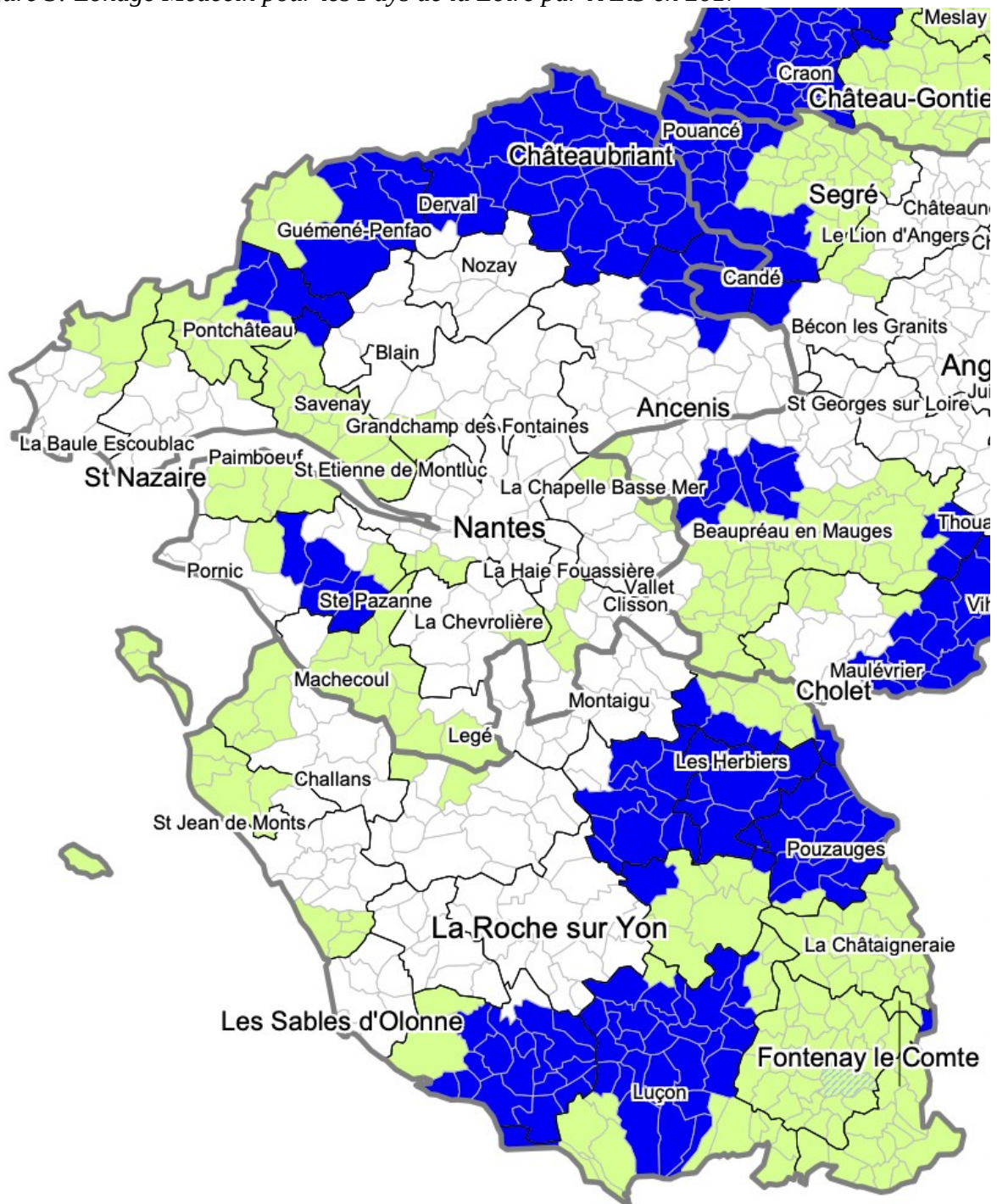
L'APL prend en compte :

- le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, pour anticiper les futurs départs à la retraite
- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou visites effectuées dans l'année

- le temps d'accès aux praticiens
- le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

Une fois les zones sous-denses en médecins identifiées, elles sont réparties en 2 catégories : les ZIP (zones d'intervention prioritaire), les plus fragiles (en bleu sur la carte) et les ZAC (zones d'action complémentaire) qui sont des zones fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP (en vert sur la carte).

Figure 3: Zonage Médecin pour les Pays de la Loire par l'ARS en 2017



b) Zone géographique

	Jamais	Environ 25% de mon temps de travail	Environ 50% de mon temps de travail	Environ 75% de mon temps de travail	100% de mon temps de travail
De mon internat	14 (11,7%)	3 (2,5%)	5 (4,2%)	9 (7,5%)	89 (74,2%)
De mon externat	75 (62,5%)	6 (5%)	5 (4,2%)	2 (1,7%)	32 (26,7%)
Ailleurs en France métropolitaine	103 (86,6%)	6 (5%)	2 (1,7%)	0	8 (6,7%)
Dans les DOM TOM	113 (94,2%)	6 (5%)	0	0	1 (0,8%)

Aucun des 120 médecins n'a travaillé à l'étranger.

81,7 % des médecins ont travaillé 75 à 100 % de leur temps dans la région de leur internat.

8,4 % des médecins ont travaillé la majeure partie (50 à 100%) de leur temps dans une région autre que celle de leur internat ou externat.

c) La place du conjoint

Le choix du lieu d'exercice a été influencé par le travail du conjoint chez 61 % des médecins étant en couple (100), soit 50,8 % de l'ensemble de l'échantillon (120).

Chez les conjoints des médecins, 45 sur 99 ne trouveraient pas de travail en zone sous dense tel que définit par l'ARS.

d) Comment ont-ils trouver leur(s) lieu(x) de travail (quelque soit le type d'activité) ?

	Jamais	Occasionnellement	Principalement
Ancien maitre de stage	30 (25%)	40 (33.3%)	50 (41.7%)
Annonces sur internet	39 (32.5%)	33 (27.5%)	48 (40%)
Bouche à oreille	49 (40.8%)	53 (44.2%)	18 (15%)
Connaissance de la sphère privée	90 (75%)	27 (22.5%)	3 (2.5%)

75% des médecins ont travaillé (occasionnellement ou principalement), lors de cette période, avec un ancien maitre de stage.

40 % déclarent trouver principalement leurs lieux de travail via des annonces sur internet.

59,2 % ont trouvé un de leurs lieux de travail par du bouche à oreille et 25 % via leurs connaissances de la sphère privée.

4. Structures

	Jamais	Environ 25% de mon temps de travail	Environ 50% de mon temps de travail	Environ 75% de mon temps de travail	100% de mon temps de travail
Dans un cabinet seul	94 (78,3%)	17 (14,2%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Dans un cabinet de groupe	13 (10,8%)	8 (6,7%)	17 (14,2%)	16 (13,3%)	60 (50%)
Structures de soins pluri-professionnels	34 (28,6%)	23 (19,3%)	12 (10,1%)	12 (10,1%)	32 (26,9%)

Les statistiques sont faites sur l'ensemble de l'échantillon ayant répondu incluant ceux n'ayant jamais travaillé en ambulatoire (6 soit 5%).

78,3% des médecins de l'étude n'ont jamais travaillé dans un cabinet seul ce qui correspond à 81,7% des médecins ayant travaillé en ambulatoire.

D) Amplitude de travail

1. Nombre d'heures par jour travaillé

Le temps moyen d'heures de travail (incluant consultations, autres tâches médicales, gestion administratif, comptabilité..) effectués en moyenne par jour travaillé est de 10 heures (9,98), avec un minimum de 7 heures et un maximum de 13 heures.

2. Nombre de jours travaillés par semaine

En moyenne, les médecins de l'étude travaillent 3 jours et demi (3,54) par semaine travaillée, avec un minimum de 2 jours et un maximum de 5 jours.

Les médecins de l'étude travaillent donc en moyenne 35 heures par semaine travaillée.

E) Critères de remplacement

Les statistiques sont faites sur l'ensemble de l'échantillon ayant répondu, le nombre de participants peut varier d'une question (critère) à l'autre.

1. Proximité avec le domicile

Définie dans le questionnaire comme un trajet domicile-lieu de travail inférieur à 30 minutes ou l'accès à un logement.

Ce critère est indispensable pour 57,1 % des répondants, considéré plutôt comme un plus pour 38,4 % d'entre eux et ne fait pas partie de leurs critères pour 4,5 %.

2. Possibilité d'adapter son planning

Définie dans le questionnaire comme la possibilité d'adapter ses horaires, le nombre de consultations par jour, de choisir de faire des samedis matins ou non, des consultations sur rendez-vous ou libres, des visites à domicile.

Ce critère est indispensable pour 65,5% des répondants, considéré plutôt comme un plus pour 31 % d'entre eux et ne fait pas partie de leurs critères pour 3,5 %.

3. Rétrocession

68,8 % des médecins demandent au minimum 70 % de rétrocession, 17 % n'acceptent pas de remplacer si la rétrocession est inférieure ou égale à 70%. Le pourcentage de rétrocession ne fait pas partie des critères de 14,3 % des médecins.

4. Secrétariat

68,8 % des répondants acceptent de remplacer si il y a un secrétariat sur place ou en ligne. Pour 30,4 % le secrétariat sur place est indispensable. Et 6,2 % des médecins acceptent les remplacements sans secrétariat.

5. Type de structures préférentiels (privilégiés pour les remplacements)

66,4% privilégient aussi bien les cabinets de groupe (plusieurs médecins) que les cabinets pluri-professionnels.

20,4% privilégient uniquement les cabinets de groupe (plusieurs médecins).

8% privilégient uniquement les cabinets pluri-professionnels.

Pour 5,3% des médecins le type de structure ne fait pas partie de leurs critères.

Aucun ne privilégie les cabinets seuls.

6. Proximité avec des spécialistes

Ce critère est indispensable pour 11,5% des médecins, considéré plutôt comme un plus pour 70,8 % d'entre eux, et ne fait pas partie de leurs critères pour 17,7 %.

7. Préférences sur l'emplacement du cabinet

69.6% des médecins interrogés privilégient le milieu semi-rural, 25.9% le milieu rural, 15.2% le milieu urbain, 7,1 % les déserts médicaux.

Pour 25.9% l'emplacement du cabinet n'est pas un critère.

8. Orientation de l'activité

Pour 59.8% des médecins beaucoup de pédiatrie est un avantage. Pour 36.6% d'entre eux beaucoup de gynécologie est un avantage. Pour 9.8% d'entre eux beaucoup de social est un avantage. Pour 8% d'entre eux beaucoup de psychiatrie - addictologie est un avantage.

Pour 40.2% des médecins beaucoup de social est un désavantage. Pour 39.3% d'entre eux beaucoup de psychiatrie - addictologie est un désavantage. Pour 19.6% d'entre eux beaucoup de gynécologie est un désavantage. Pour 5.4% d'entre eux beaucoup de pédiatrie est un désavantage.

Pour 25,9% des médecins l'orientation de l'activité du remplacé n'est pas un critère pour choisir un remplacement.

9. Infrastructure et ambiance du cabinet

Défini dans notre questionnaire comme bonne entente avec les collègues et le médecin remplacé, présence d'une salle de pause, luminosité..

Ce critère est indispensable pour 66.1% des médecins, considéré plutôt comme un plus pour 33%, et ne fait pas partie de leurs critères pour 0.9%.

10. Le logiciel médical

Ne fait pas partie des critères pour choisir un remplacement pour 62.7% des médecins.

22.7% des médecins ne remplacent que si ils apprécient le logiciel et 14% ne remplacent que si ils connaissent déjà le logiciel.

F) Délai thèse-installation

13 (10.9%) des médecins de l'étude se sont proclamés déjà installés, parmi eux 7 sont installés en médecine générale en libéral, 4 sont en collaboration, 1 remplace en tant que salarié en médecine générale et 1 est salarié en hospitalier.

21 % d'entre eux n'ont pas encore réfléchi à une date ou souhait d'installation.

10.9% des médecins souhaitent s'installer moins de 2 ans après avoir passé leur thèse. 42% souhaitent s'installer entre 2 et 5 ans après avoir soutenu leur thèse. 10.9% souhaitent s'installer entre 5 et 10 ans après avoir passé leur thèse. 0.8% souhaitent s'installer plus de 10 ans après avoir passé leur thèse.

3,4 % des médecins ne souhaitent pas (jamais) s'installer.

IV. Discussion

A) Principaux résultats

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux de l'activité des médecins généralistes des promotions 2017-2020 et 2018-2021 de Nantes lors de leur 1ère ou 2èmes années post-internat.

Notre échantillon était composé de 120 médecins (taux de réponses de 56,3 %), dont 79,2 % de femmes. L'âge moyen est de 29 ans et 9 mois. Parmi eux, 75,8% vivent en couple et 85 % n'ont pas d'enfant à charge.

Dans leur enfance ils étaient 44,5 % à habiter en milieu semi-rural, 37,8 % à habiter en milieu urbain et 17,6 % à habiter en milieu rural.

Parmi ceux qui ont grandi en milieu urbain, 60,5 % ont travaillé en zone urbaine : 20,9 % y ont exercé 100 % de leur temps, 9,3 % les 3/4 de leur temps, 18,6 % la moitié de leur temps et 11,6 % un quart de leur temps.

Parmi ceux qui ont grandi en milieu rural, 71,4 % n'ont jamais travaillé en milieu rural, 19 % y ont travaillé un quart de leur temps, 4,8 % y ont travaillé les 3/4 de leur temps et 4,8 % y travaillent 100 de leur temps.

Parmi ceux qui habitaient en milieu semi-rural dans l'enfance, 18,9 % n'y ont jamais travaillé, 9,4 % y ont travaillé un quart de leur temps, 22,6 % la moitié de leur temps, 15 % y ont travaillé les trois quart de leur temps et 30,2 % y ont exercé 100 % de leur temps.

82,5% des répondants ont choisi volontairement le DES de MG lors des ECN.

Seulement 14,2 % des répondants ont soutenu leur thèse pendant l'internat et 37,5 % l'année suivant l'internat. Un peu moins de la moitié (48,3%) la passera la 2ème ou 3ème année après la fin de l'internat.

La très grande majorité (93,3%) des répondants n'a pas signé de CESP.

La majorité des médecins (40,8%) travaille dans le milieu médical 40 à 52 semaines par an, avec une moyenne de 35 heures par semaine travaillée, prend 1 à 5 semaines de formation par an (40%) et 5 à 10 semaines de vacances par an (56,7%).

88,3% des médecins travaillent la plupart de leur temps (50 à 100 % de leur temps) dans un cabinet libéral en médecine générale, 57,5% y travaillent 100 % de leur temps.

90,8 % des répondants n'ont jamais travaillé en médecine générale en tant que salarié.

7,5 % des médecins travaillent uniquement en tant que salarié en hospitalier et 27,5% y travaillent une partie de leur temps.

57,5 % des médecins n'ont jamais travaillé en centre de vaccination covid ; 37,5 % y ont travaillé de façon occasionnel, aucun n'y a travaillé la majeure partie de son temps.

88,3% des médecins de l'étude ont effectués des remplacements, 78,3% n'ont fait que des remplacements. 10 % ont fait une collaboration et 5,8 % se sont installés.

Et 5,8 % n'ont jamais travaillé en ambulatoire.

Parmi ceux n'ayant pas eu initialement le désir de faire médecine générale (20 médecins analysés), 80 % travaillent en cabinet libérale de médecine générale et 50 % y travaillent 100 % de leur temps. Un seul pratique en ambulatoire une autre spécialité que médecine générale et seulement 25 % de son temps.

Les participants ayant des enfants travaillent en moyenne 34 heures par semaine travaillée (10 heures par jour travaillé et 3,4 jours par semaine).

Ceux ayant 1 ou 2 enfants travaillent en moyenne 32,3 heures par semaine travaillée (9,8 heures par jour travaillé et 3,3 jours par semaine).

Ceux ayant 3 enfants ou plus travaillent en moyenne 4,1 jours par semaine.

Les participants n'ayant pas d'enfant travaillent en moyenne 36 heures par semaine travaillée (10 heures par jour travaillé et 3,6 jours par semaine).

Les hommes travaillent en moyenne 34,7 heures par semaine travaillée (9,9 heures par jour travaillé et 3,5 jours par semaine). Les femmes travaillent en moyenne 36 heures par semaine travaillée (10 heures par jour travaillé et 3,6 jours par semaine).

Les médecins thésés pendant l'internat travaillent en moyenne 38,2 heures par semaine travaillée (9,8 heures par jour travaillé et 3,9 jours par semaine).

Ceux qui sont installés ou en collaboration (qu'ils aient ou non fait des remplacements avant) travaillent en moyenne 41 heures par semaine travaillée (10,8 heures par jour travaillé et 3,8 jours par semaine).

Les remplaçants travaillent en moyenne 33,7 heures par semaine travaillée (9,9 heures par jour travaillé et 3,4 jours par semaine).

47 % des médecins thésés n'ont jamais fait de gardes/caps.

58,8 % des médecins de ces deux promotions travaillent uniquement dans des cabinets de façon régulière, soit avec des jours fixes pendant plusieurs mois dans un cabinet soit en travaillant régulièrement mais sans jours fixes dans les quelques mêmes cabinets.

11,7 % des médecins travaillent la majeure partie de leur temps (50 à 100 % de leur temps) ponctuellement, sans régularité, dans différents cabinets.

63,9 % des médecins ont travaillé la majeure partie (50 à 100%) de leur temps en zone semi-rurale.

81,7 % des médecins ont travaillé 75 à 100 % de leur temps dans la région de leur internat.

Ce choix a été influencé par le travail du conjoint chez 61 % des médecins étant en couple, soit 50,8 % de l'ensemble de l'échantillon.

43 % des médecins ont travaillé en zone sous dense.

Chez les conjoints des médecins, 45 sur 99 ne trouverait pas de travail en zone sous dense tel que définit par l'ARS.

75% des médecins ont travaillé (occasionnellement ou principalement), lors de leur 1ère ou 2èmes années post-internat, avec un ancien maître de stage.

Concernant le délai d'installation, 21 % des médecins de l'étude n'ont pas encore réfléchi à une date ou souhait d'installation.

10,9% souhaitent s'installer dans un délai de moins de 2 ans après avoir passé leur thèse. 42% souhaitent s'installer entre 2 et 5 ans après avoir validé leur thèse. 10,9% souhaitent s'installer entre 5 et 10 ans après avoir soutenu leur thèse. 0,8% souhaitent s'installer plus de 10 ans après avoir passé leur thèse. Enfin, 3,4 % ne souhaitent pas (jamais) s'installer.

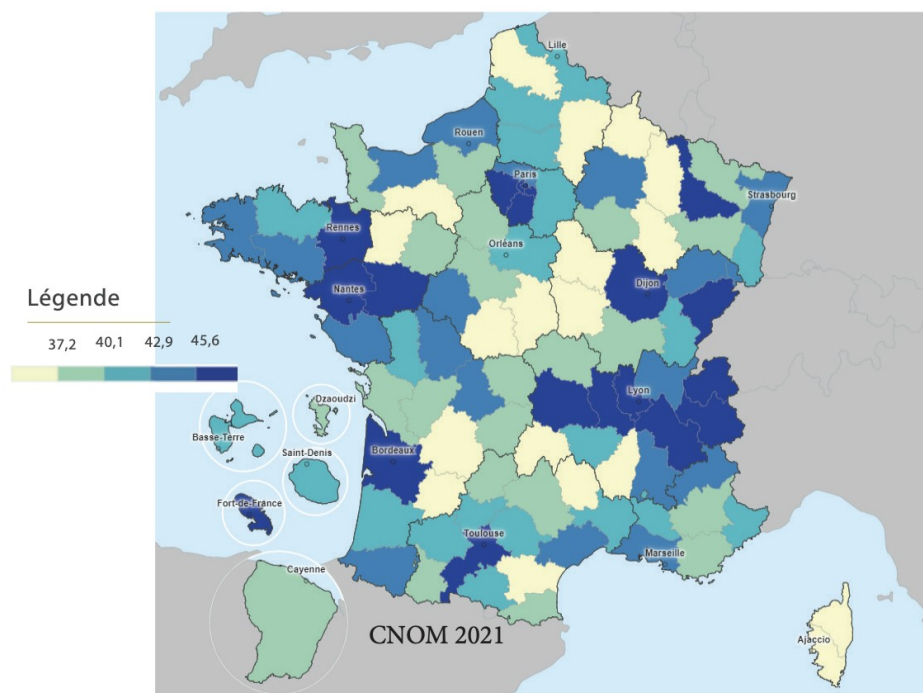
B) Comparaison avec les données de la littérature

1. Caractéristiques socio-démographiques

Notre étude retrouve un taux de 79,2 % de médecins de genre féminin. L'âge moyen est de 29 ans et 9 mois. La majorité vit en couple (75,8%) et n'a pas d'enfants à charge (85 %).

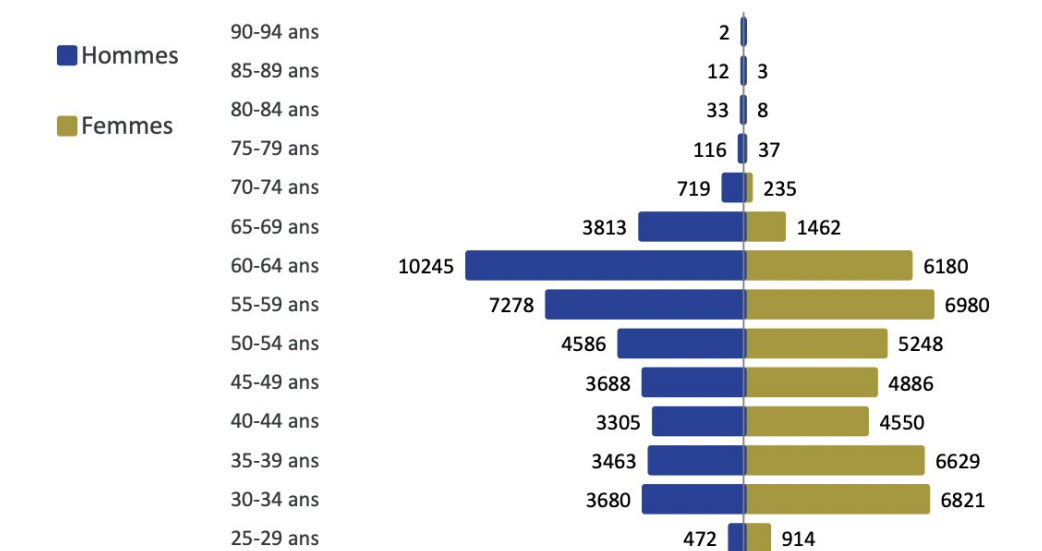
Le CNOM constate une féminisation des effectifs, au 1er janvier 2021, les femmes représentent 51.5 % des effectifs de médecins généralistes en activité régulière ; en Loire Atlantique elles représentent 54,5% d'entre eux. ¹¹

Figure 4: Proportion (%) par département des femmes inscrites en 2021 (%)



Sur le graphique ci-dessous représentant le nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2021 en fonction de leur âge et sexe¹¹ nous pouvons très clairement remarquer qu'il y a plus de femmes que d'hommes chez les 25-34 ans.

Figure 5: Nombre de médecins généralistes en activité régulière en 2021 en fonction de leur âge et sexe.^{11,27}



Nous retrouvons dans la littérature plusieurs thèses ayant une population similaire à la nôtre.

Dans sa thèse, à 5 ans des ECN, F. Frete retrouve un taux de 70,15 % de médecins de sexe féminin ; la moyenne d'âge est de 31 ans et 5 mois ; la majorité est en couple (80,6%) et sans enfant (65,67%).¹ Ces résultats étaient similaires à ceux de la thèse de Lorioux.¹¹⁹

Dans sa thèse, en 2015, A. Mintandjian interroge les jeunes médecins généralistes 4 ans après le début de leur internat : 79 % sont des femmes, 81,5% sont en couple, 78,2% sont sans enfant à charge et la moyenne d'âge est de 29,4 ans.^{20 8}

Dans notre étude, la grande majorité vit en couple et le choix du lieu d'exercice a été influencé par le travail du conjoint chez 61 % des médecins étant en couple, soit 50,8 % de l'ensemble de l'échantillon. 45,45 % des conjoints ne trouveraient pas de travail en zone sous dense.

La place du conjoint est un thème abordé dans de nombreuses thèses et nous savons que le travail du conjoint est un déterminant non modifiable qui conditionne souvent le lieu d'installation.

L'importance de ce déterminant dans l'installation était toutefois très variable en fonction des études.⁸

Ces données sont à prendre en compte afin de réguler la démographie en attirant les jeunes médecins avec leurs conjoints et leurs potentiels enfants à venir. Il est indispensable de rendre attractives les zones rurales déficitaires en offre de soin par une politique orientée de l'aménagement du territoire avec notamment la préservation ou la restauration des services publics et des commerces de proximité. Les possibilités d'embauche, les commodités, les services éducatifs et culturels doivent être adaptés à une vie de famille.

2. Caractéristiques universitaires

La médecine générale est une spécialité médicale attractive pour les étudiants en médecine, ces dernières années la quasi-totalité des postes ont été pourvus aux ECN.²¹

Dans notre étude 82,5% ont choisi volontairement le DES de MG lors des ECN.

C'est similaire à l'étude réalisée par l'ISNAR-IMG du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011 où 84,2 % déclarent avoir volontairement choisi la médecine générale lors des Epreuves Classantes Nationales.²²

Et c'est plus que dans l'étude de F. Frété (64,2 %) réalisée en 2018 à 5 ans de l'ECN des médecins formés en médecine générale à Nantes.¹

Dans notre étude, 14,2 % des répondants ont soutenu leur thèse pendant l'internat et 37,5 % l'année suivant l'internat.

C'est légèrement moins que dans l'étude réalisée en 2014 dans le grand Est où un an à l'issue de leur formation 11 % des médecins avaient validé leur thèse et 48 % prévoyaient de la valider dans l'année soit 59 %.¹⁷

Dans l'étude réalisée dans le grand Est en 2016, moins de la moitié des médecins répondants (43 %) avait validé sa thèse deux ans à l'issue de l'internat.¹⁷

Dans la thèse de M. Lorioux réalisée dans le grand Ouest en 2018, le nombre d'anciens internes de médecine générale ayant validé leur thèse avant d'avoir validé leur maquette de DES était de 30,6%.¹⁹ C'est deux fois plus que dans notre étude.

Dans cette même étude le délai moyen de validation de la thèse par rapport à la date de validation de la maquette (dit dans notre étude « fin de l'internat ») allait de - 13 mois (soit 13 mois avant la fin de la maquette) à 43 mois avec une moyenne de 9,9 mois.¹⁹

Dans l'étude de F. Frete, 5 ans après les ECN, en 2018 à Nantes, 79,10 % des médecins étaient thésés. Le délai moyen entre la soutenance de la thèse et l'ECN était de 3 ans et 10 mois.¹

Nous resterons prudent avec la comparaison de ses études réalisées avant la réforme du 3ème cycle en 2017. La soutenance de la thèse étant plutôt associée à un exercice autre que celui de la médecine générale.²³

3. Activité professionnelle

a) Modes d'exercice

Comme dit dans l'introduction, au moment d'entamer la dernière année d'internat, les deux tiers des futurs médecins envisagent ou veulent en priorité opter pour une activité libérale, alors qu'ils envisagent un peu moins fréquemment une activité mixte et que le salariat exclusif ne constitue une option ou une priorité que pour un tiers d'entre eux.¹⁷

Dans notre étude, 88,3% des médecins travaillent la plupart de leur temps (50 à 100 % de leur temps) dans un cabinet libéral en médecine générale. 88,3% ont effectués des remplacements et 78,3% n'ont fait que des remplacements. 10 % ont fait une collaboration et 5,8% se sont installés.

90,8 % n'ont jamais travaillé en médecine générale en tant que salarié.

7,5 % travaillent uniquement en tant que salarié en hospitalier et 27,5 % y travaillent une partie de leur temps.

En 2008, 87% des médecins généralistes ont remplacé avant de s'installer.²³ Cela semble similaire à notre étude.

Il n'est pas évident de comparer ces chiffres avec ceux de la littérature car les médecins de notre étude sont des médecins qui ont été formés après la réforme du 3ème cycle de 2017 où de nouvelles spécialités ont vu le jour avec la création de 7 diplômes d'études spécialisées (DES) : médecine d'urgence, gériatrie, médecine légale et expertises médicales, allergologie, médecine intensive-réanimation, maladies infectieuses et tropicales, médecine vasculaire. Avant cette réforme de nombreux étudiants « passaient » par médecine générale pour faire une de ces spécialités qui s'exercent principalement en hospitalier (urgences, gériatrie..). Nous supposons que cela modifie le nombre de médecins travaillant dans les établissements de santé public ou privé.

Par exemple dans l'étude de L. Servain, les médecins qui exerçaient exclusivement une autre activité (que MG) étaient tous salariés et avaient un poste hospitalier pour la majorité. 68 % d'entre eux avaient réalisé un DESC pendant l'internat, principalement celui d'urgence.²¹

En Alsace, en 2016, un an après la fin de l'internat la majorité des jeunes médecins déclare un exercice libéral exclusif: 67 % ont un exercice libéral exclusif, 19 % un exercice salarié exclusif, 7 % un exercice mixte avec une activité libérale principale. Dans le détail de leur exercice, la majorité des médecins (65 %) exerce comme remplaçant en médecine générale. Le 2e type d'activité déclarée est l'exercice salarié en établissement public de santé (21 %), suivi d'une installation en cabinet de groupe (10 %) et d'un exercice salarié en établissement de santé privé (6 %).¹⁷

Dans la thèse de M. Lorigou réalisée en 2018 dans le grand Ouest, 51,2 % des anciens internes de médecine générale interrogés exerçaient en tant que remplaçant en médecine générale ambulatoire.¹⁹

Dans l'étude de F. Frete, à Nantes, 5 ans après les ECN : 55,22 % déclaraient exercer en tant que remplaçant en médecine générale ambulatoire.¹

L'étude de J.Brument et M.Marguerite de 2019 interrogeant les médecins généralistes ayant débuté leurs DES entre 2008 et 2014, parmi ceux envisageant exclusivement la médecine générale :

75,6 % envisageaient une activité libérale exclusive, 21,2 % une activité salariale exclusive et 3,3% une activité libérale et salariale.²⁵

14,4 % envisageaient le statut de remplaçant, 19,5 % le statut de collaborateur, 66,1 % le statut de médecin installé.²⁵

Concernant les gardes, en 2007 dans les Pays de la Loire, 68 % des généralistes déclarent effectuer des gardes, les hommes (71 %) plus fréquemment que les femmes (59 %). Cette proportion diminue avec l'âge (60 % chez les plus de 55 ans contre 71 % chez les moins de 55 ans).¹⁵

Dans une étude réalisée en 2008 qui interroge les remplaçants, 65 % d'entre eux déclarent avoir pris au moins une garde de semaine et de week-end.²⁴

Ces résultats sont équivalents à ceux de notre étude. 60 % des médecins (et 59,6 % des remplaçants) affirment avoir déjà fait au moins une garde. Les hommes (76 %) sont plus nombreux à faire des gardes que les femmes (54,7 %).

En 2019, en raison de l'évolution de l'offre de soins sur leur territoire, 29 % des médecins généralistes déclarent se « spécialiser » dans certains domaines de la médecine. Les domaines les plus mentionnés sont la gynécologie (49 %), la pédiatrie (45 %) et la gériatrie (27 %). Toutes choses égales par ailleurs, ce sont les médecins généralistes jeunes, les femmes, ceux en exercice regroupé, exerçant en zone sous-dense ou ceux ayant un faible volume d'activité qui déclarent le plus se spécialiser.¹²

C'est beaucoup plus que dans notre étude où 95 % des médecins n'ont jamais pratiqué en ambulatoire une autre spécialité que la médecine générale (gynécologie, régulation, esthétique, médecin en crèche, médecine du sport, médecine vasculaire ..).

b) Lieu d'exercice

Une étude publiée en 2007 sur les conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire met en évidence que plus les généralistes sont jeunes et plus leur domicile se trouve éloigné de leur cabinet médical : ainsi 32 % des médecins de moins de 45 ans habitent à moins de 5 minutes de leur cabinet (vs 70 % pour ceux de 55 ans et plus). Par ailleurs, le domicile des généralistes de sexe féminin est plus éloigné du cabinet médical que celui de leurs homologues de sexe masculin (35 % des femmes habitent à moins de 5 minutes de leur cabinet vs 63 % pour les hommes). Enfin, il

est plus fréquent pour les généralistes d'habiter à moins de 5 minutes de leur cabinet lorsque ce dernier se trouve en zone rurale que lorsqu'il se trouve dans un pôle urbain (75 % vs 42 %).¹⁵

La proximité entre le logement et le cabinet n'a pas été étudiée dans notre étude car la plupart des médecins exercent dans plusieurs cabinets en tant que remplaçants, néanmoins nous avons remarqué que pour 57,1 % des remplaçants la proximité avec le domicile (ou l'accès à un logement) est indispensable et que pour 38,4 % elle est considérée comme un plus.

Cette étude montre aussi que les généralistes de moins de 45 ans sont aussi fréquemment que leurs aînés installés en zone rurale avec 28 % des médecins interrogés installés dans une commune appartenant à l'espace à dominante rurale et 54 % dans un pôle urbain. Aucune différence n'apparaît non plus selon le sexe.¹⁵

L'étude de J.Brument et M.Marguerite interrogeant les médecins généralistes quelques mois jusqu'à 2 ans après la fin du DES retrouve 40,7 % des médecins qui exercent en zone urbaine, 35,2 % en zone semi-rurale et 24,1 % en zone rurale.²⁵

Dans la thèse de Lorioux publiée en 2018, parmi les remplaçants en médecine générale ambulatoire, 46,8 % exerçaient en zone urbaine, 69,4 % en zone semi-rurale et 38,7 %, en zone rurale.¹⁹ La question étant à choix multiple, ce qui explique que le nombre de réponses soit supérieur au nombre de sujets concerné.

Dans notre étude, 62,5% des médecins ont déjà travaillé en zone urbaine. 74,2 % n'ont jamais travaillé en zone rurale. 63,9 % des médecins ont travaillé la majeure partie (50 à 100%) de leur temps en zone semi-rurale. Et 69.6% privilégient pour leurs remplacements le milieu semi-rural, 25.9% le milieu rural, 15.2% le milieu urbain, 7,1 % les déserts médicaux. Pour 25.9% l'emplacement du cabinet n'est pas un critère.

Selon l'étude de l'INSAR en 2010, à l'échelle nationale, 78,7 % des internes déclarent vouloir rester dans leur région d'internat ; variant d'une région à l'autre, à Nantes il était de 85,1 %.¹

Ce qui est encore vrai en 2016, où une étude explique que même si les médecins généralistes sont, en théorie, libres de s'installer dans la région et la commune de leur choix, en pratique, ils sont extrêmement sédentaires : près de trois sur quatre s'installent dans leur région de thèse.²⁶

Dans l'étude de Frete publiée en 2019, 5 ans après les ECN à Nantes, s'accorde aussi avec ses statistiques: 69 % exerçaient en Loire-Atlantique, 13,5 % en Vendée.¹

L'étude de J.Brument et M.Marguerite de 2019 interrogeant les médecins généralistes ayant débuté leurs DES entre 2008 et 2014, parmi ceux envisageant exclusivement la médecine générale dans le futur, seulement 56,5 % envisageaient de travailler sur le lieu de leur internat.²⁵

Dans notre étude, 81,7 % des médecins ont travaillé 75 à 100 % de leur temps dans la région de leur internat.

L'étude de J.Brument et M.Marguerite trouve 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 ($p < 0,001$).²⁵

Dans notre étude, ils étaient 37,8 % à avoir grandi en milieu urbain, parmi eux 60,5 % ont travaillé en zone urbaine dont 20,9 % la totalité de leur temps, 9,3 % les 3/4 de leur temps, 18,6 % la moitié de leur temps et 11,6 % un quart de leur temps.

Ils étaient 17,6 % à habiter en milieu rural pendant leur enfance. Parmi eux, 71,4 % n'ont jamais travaillé en milieu rural, 19 % y ont travaillé un quart de leur temps, 4,8 % y ont travaillé 3/4 de leur temps et 4,8 % y travaillent 100 % de leur temps.

Ils étaient 44,5 % à avoir grandi en milieu semi-rural, parmi eux 18,9 % n'y ont jamais travaillé, 9,4 % y travaillent un quart de leur temps, 22,6 % y travaillent la moitié de leur temps, 15 % y travaillent les trois quart de leur temps et 30,2 % y travaillent 100 % de leur temps.

c) Place du conjoint

Dans notre étude, pour la majorité (61%) des médecins en couple, le choix du lieu d'exercice a été influencé par le travail du conjoint.

En effet, le partenaire a une place importante dans le choix de l'exercice de la médecine générale, l'avis et la profession du conjoint peuvent être déterminants.¹⁶

d) Structure

Les internes qui se destinent à une activité libérale se distinguent très nettement de leurs aînés en ce qui concerne le cadre dans lequel ils souhaitent exercer leur profession. Ils sont de façon très majoritaire intéressés par l'exercice en cabinet de groupe, mais aussi, dans une moindre mesure, un exercice en maison de santé. Travailler seul dans son propre cabinet est en revanche une perspective que la majorité des étudiants rejette.¹⁷

En 2007 dans les Pays de la Loire, 64 % des médecins interrogés déclarent exercer en cabinet de groupe et 35 % seul. L'exercice en cabinet de groupe est plus fréquent parmi les généralistes installés dans un pôle urbain (71 %) que parmi ceux installés en milieu rurale (55 %).¹⁵

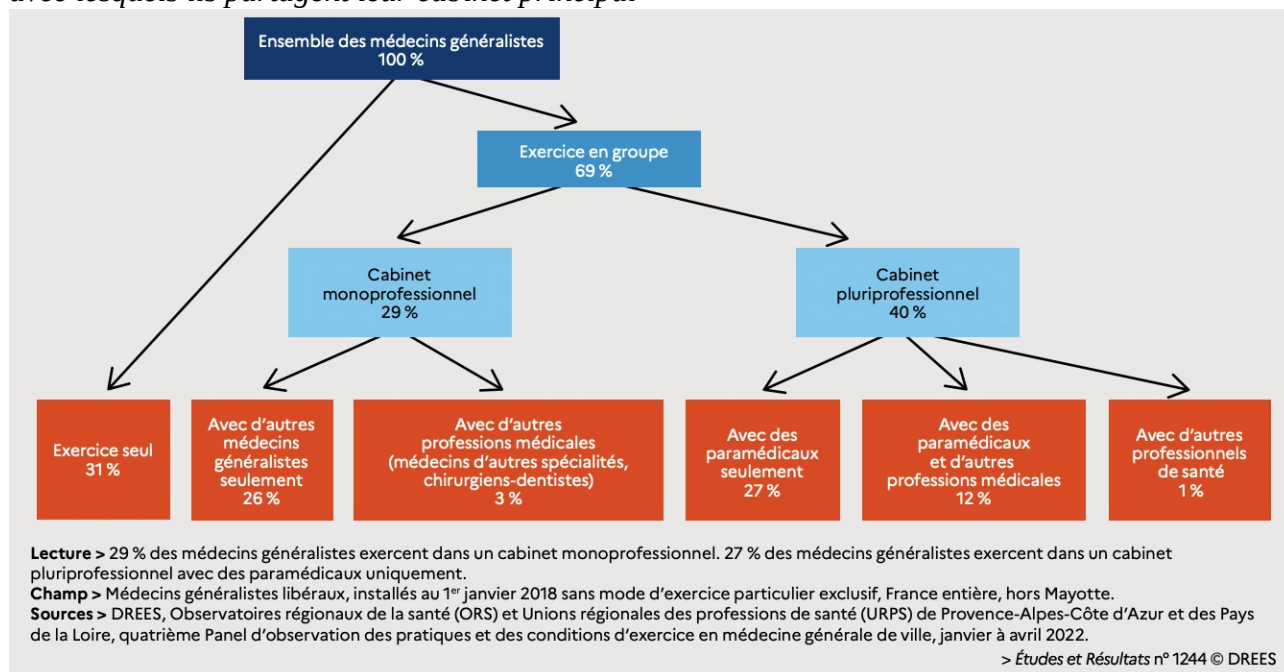
La DRESS nous informe que depuis 2010, l'exercice regroupé est de plus en plus plébiscité par les médecins généralistes : fin 2010, 54 % des médecins exerçaient en groupe, contre 61 % en 2019 et 69 % début 2022. La fréquence de l'exercice en groupe est plus élevée chez les médecins âgés de moins de 50 ans (87 %, contre 53 % pour les 60 ans ou plus) et chez les femmes (80 %, contre 62 %). Elle varie aussi selon les régions (62 % des médecins généralistes de Provence-Alpes-Côte d'Azur, contre 82 % de ceux des Pays de la Loire) et est plus faible dans les zones sous-denses. L'exercice en groupe pluriprofessionnel, qui rassemble un ou plusieurs généralistes avec d'autres professionnels de santé progresse : il concerne 40 % de l'ensemble des médecins (contre 29 % en 2019) et 60 % des médecins exerçant en groupe. Ce dernier mode d'exercice a considérablement progressé ces dernières années sous l'impulsion des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dont le nombre est passé de moins de 20 en 2008 à 1800 en 2021.^{27 28 21}

Les raisons du développement des maisons de santé pluridisciplinaires et des cabinets de groupes sont multiples : l'exercice de groupe permet la mise en commun de moyens, qu'ils soient humains (secrétariat) ou matériels, la possibilité d'acquérir et de rentabiliser des équipements coûteux, ainsi que davantage de souplesse en matière de conditions de travail.⁸

Selon Carine RENAUX, co-présidente de l'APMSL (Association pour le développement de l'exercice coordonné pluriprofessionnel en Pays de la Loire), en 2021, 79 MSP sur 111 sont

conventionnées sous ACI (Accord conventionnel interprofessionnel) dans la région Pays de la Loire et en 2022, 86 MSP sont sous convention ACI sur 112 MSP.

Figure 6: Répartition des médecins généralistes libéraux en 2022, selon les professionnels de santé avec lesquels ils partagent leur cabinet principal



Dans l'étude de J.Brument et M.Marguerite de 2019, interrogeant les médecins généralistes quelques mois à 2 ans après la fin de leur DES, 20 % des médecins exerçaient au sein d'une MSP, 54,8 % au sein d'un cabinet de groupe, et 22,6 % seuls.²⁵

Dans notre étude, nous avons pu constater qu'il existait une confusion entre cabinet de groupe (plusieurs médecins généralistes) et structures de soins pluri-professionnelles (MSP, ESP). Nous avons donc décidé d'analyser uniquement le nombre de participants travaillant dans un cabinet seul. 78,1 % des participants affirment n'avoir jamais travaillé dans un cabinet seul.

De plus, 66,4% privilégient pour leurs remplacements aussi bien les cabinets de groupe que les cabinets pluri-professionnels, 20,4% privilégient uniquement les cabinets de groupe, 8% privilégient uniquement les cabinets pluri-professionnels, aucun ne privilégie les cabinets seuls et enfin pour 5,3% ce n'est pas un de leurs critères pour choisir un remplacement.

e) Amplitude de travail

Des études montrent que le temps de travail hebdomadaire des médecins généralistes était en augmentation progressive jusqu'en 2005 environ, puis il a été stable jusque dans les années 2010 et il apparaissait en légère diminution sur ces dernières années.²⁹

En 2007 dans les Pays de la Loire, 50 % des médecins déclarent souhaiter travailler moins dans le cadre de leur exercice libéral. Cette proportion ne varie pas de façon significative avec l'âge, le sexe, le type de commune d'exercice (urbain, rural). Cette proportion varie selon le temps de travail, avec une proportion de médecins souhaitant diminuer leur temps de travail de 25 % parmi ceux qui exercent moins de 50 heures et de 67 % pour ceux qui déclarent travailler 65 heures ou plus.¹⁵

Le temps de travail des médecins varie en fonction des sources retrouvées dans la littérature.

Les médecins de notre étude travaillent en moyenne 35 heures par semaine travaillée, ce qui est moins que dans les références ci-dessous.

Selon l'ORS, en 2007, dans les Pays de la Loire, le temps de travail des généralistes libéraux est très important. Le temps de travail déclaré est de 57 heures en moyenne au cours d'une semaine ordinaire, en comptant toutes les activités professionnelles : 43 % des généralistes travaillent moins de 54 heures, 32 % entre 55 et 64 heures et 25 % plus de 65 heures.¹⁵ En moyenne, sur les 57 heures hebdomadaires que les médecins généralistes consacrent à leurs activités professionnelles, 53 heures concernent l'exercice libéral et 4 heures d'autres activités professionnelles. En moyenne, les femmes de moins de 45 ans interviewées ne déclarent pas consacrer de temps à une autre activité que celles exercées à titre libéral.¹⁵

Le panel DREES sorti en 2019 interrogeant les médecins généralistes des régions PACA et Pays de la Loire retrouve un temps de travail moyen par semaine à 54 heures. En moyenne, ils travaillent 9,5 demi-journées par semaine et prennent 6,2 semaines de vacances par an.³⁰

Dans le panel DRESS sorti en 2022 interrogeant les médecins généralistes en 2019, les médecins exerçant seuls déclarent travailler 55,4 heures par semaine contre 53,1 heures pour ceux qui exercent en groupe pluriprofessionnel et 50,7 heures pour ceux qui travaillent en groupe monodisciplinaire. Ces écarts de volume horaire observés entre les modèles d'exercices sont similaires dans la plupart des territoires. Les médecins qui exercent seuls déclarent travailler plus

que leurs confrères dans la plupart des territoires tandis que ceux exerçant avec d'autres médecins généralistes uniquement déclarent des volumes horaires presque toujours inférieurs à la moyenne.²⁶ Pour les médecins en groupe pluriprofessionnel, le temps de travail varie selon le lieu d'installation : il est plus élevé dans les zones rurales et les zones urbaines défavorisées où il atteint 53,2 heures, soit 2 à 3 heures de plus que la moyenne.²⁸

Dans une étude réalisée dans le Grand Est en 2016, les médecins remplaçants déclarent en moyenne 41,4 heures de travail hebdomadaires, l'activité est largement conditionnée par l'offre de remplacement. Six jeunes médecins (installés) sur dix exercent leur activité plus de 40 heures par semaine (24 % de 40 à 50 heures, et 39 % plus de 50 heures). Les médecins remplaçants sont un peu moins nombreux à déclarer une forte activité hebdomadaire. Seul un médecin remplaçant sur cinq (19 %) déclare un nombre de demi-journées d'activité de 10 ou 11 demi-journées.¹⁷

Le temps de travail des médecins de notre étude est similaire à celui retrouvé par Louise Servain. Dans son étude, la population de médecins généralistes collaborateurs ou installés déclaraient travailler 40,8 heures par semaine réparties sur 4,25 journées.²¹

Dans plusieurs études les hommes travaillent plus que les femmes.

En 2007, dans les Pays de la Loire, la durée hebdomadaire de travail est nettement moins élevée chez les femmes (49 heures en moyenne) que chez les hommes (59 heures). On n'observe pas de différence selon l'âge en terme de temps de travail. Enfin, le temps de travail est plus faible parmi les médecins installés dans un pôle urbain (55 heures en moyenne).¹⁵

Justine Donnio s'accorde avec cet article de l'ORS Pays de la Loire dans sa thèse passée en octobre 2019 pour dire que différentes études ont montré que les femmes avaient un temps de travail inférieur à celui des hommes et qu'il est plus élevé chez les médecins généralistes installés en zone rurale. Par contre elle cite trois études qui montrent que le temps de travail des médecins généralistes était plus important chez les médecins de plus de 45 ans (il y avait une augmentation du temps de travail jusqu'à 55 ans environ puis une diminution ensuite).²⁹

Louise Servain aussi retrouve cette différence entre le temps de travail des médecins femmes et hommes : 36 heures hebdomadaires pour les femmes contre 42h en moyenne pour les hommes.²¹

Dans notre étude, les femmes travaillent en moyenne plus que les hommes. Ils travaillent en moyenne 9,9 heures par jour travaillé et en moyenne 3,5 jours par semaine, soit 34,7 heures par

semaine travaillée. Alors qu'elles travaillent en moyenne 10 heures par jour travaillé et en moyenne 3,6 jours par semaine soit 36 heures par semaine travaillée.

Dans notre étude, les médecins installés ou en collaboration travaillent plus que les remplaçants.

Les médecins installés ou en collaboration de notre étude (qu'ils aient fait ou non des remplacements avant) travaillent en moyenne 10,8 heures par jour travaillé et 3,8 jours par semaine travaillée soit en moyenne 41 heures par semaine travaillée. Les remplaçants travaillent en moyenne 10 heures par jour travaillé et 3,5 jours par semaine travaillée soit en moyenne 35 heures par semaine travaillée.

L'étude de Louise Servain ainsi que dans celle de J. Donnio retrouvent aussi un temps de travail moins important pour les médecins remplaçants par rapport aux médecins installés, respectivement 36 et 35,3 heures contre 40,8 et 43,7 heures hebdomadaires.^{21 29} Cette différence peut s'expliquer par le peu de tâches administratives qu'ont les médecins remplaçants et la charge de travail souvent moins importante que les médecins installés. Elle peut également résulter chez remplaçants non thésé d'une volonté de garder du temps libre afin de réaliser leur thèse.²¹

f) Critères de remplacement

Plusieurs études ont mis en lumière que les remplaçants privilégient de travailler :

- à proximité de leur domicile^{16 31 32 33}
- dans un cabinet de groupe^{16 31 14} ou en maison de santé ^{16 14}
- avec secrétariat^{31 14}
- en semi-rural^{31 24}
- à proximité d'un "plateau technique"³¹
- avec un planning adaptable^{16 33 32}
- dans un cabinet où il y a une bonne ambiance de travail^{31 32}
- Ils choisissent un travail régulier dans les mêmes cabinets.^{32 31}

- L'aspect financier³² reste moins importants que d'autres aspects du métier de médecin comme le lieu d'exercice.¹⁸

Dans notre étude, nous constatons aussi que les remplaçants privilégient la proximité avec leur domicile, le travail en groupe, la présence d'un secrétariat (téléphonique ou en présentiel), le milieu semi-rural, l'adaptabilité du planning ainsi l'ambiance et l'infrastructure du cabinet.

La proximité avec des spécialistes est plutôt vu comme un plus et non un critère indispensable par les remplaçants.

La revue de la littérature publiée en 2019 sur les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France⁸ explique que l'isolement professionnel et l'accès difficile aux autres spécialistes fait craindre une installation en zone rurale. Cette revue met en lumière douze thèses montrant l'influence positive de la proximité avec des spécialistes dans le choix de l'installation. Cela nous amène à nous poser la question des différences entre les critères pour choisir un remplacement de médecine générale et ceux pour s'installer.

Concernant l'aspect financier, dans notre étude 17 % des répondants refusent de remplacer si le pourcentage de rétrocession est inférieur ou égal à 70 %.

En 2008, en France, le taux moyen de rétrocession est de 73,28 %.²⁴

Dans la littérature, la qualité de maître de stage a été identifié comme un facteur facilitateur pour la recherche d'un remplaçant.^{14 13} Ce constat est retrouvé dans notre étude également puisque 75 % des médecins interrogés ont déjà exercé avec un ancien maître de stage.

g) Installation

L'âge d'installation a fortement reculé. Ainsi, en 2007 dans les Pays de la Loire, 71 % des généralistes de plus de 55 ans se sont installés avant 30 ans, contre seulement 15 % pour ceux de moins de 45 ans.¹⁵

L'âge d'installation moyen retrouvé par A-S. Woronoff est de 33 ans. Le délai d'installation moyen est de 4 ans après la fin du DES dans l'étude de T. Louyot.²¹

Même si l'installation peut être source d'appréhension et engendrer des contraintes, dans l'étude de L. Servain publiée en 2020 interrogeant les médecins généralistes 6 ans après les ECN, on retrouve un fort désir d'installation ou collaboration à court et moyen terme. En effet, 70 % des médecins remplaçants de son étude souhaitaient s'installer ou collaborer dans un délai de 2 ans.²¹

Nous retrouvons aussi ce désir d'installation dans notre étude : la majorité (42%) souhaite s'installer entre 2 et 5 ans après leur soutenance de thèse. Et 10,9% souhaitent s'installer moins de 2 ans après avoir passé leur thèse. Ce qui est compatible avec le délai et l'âge d'installation moyen.

Dans l'étude de D. Teres en 2021, interrogeant des médecins généralistes remplaçants thésés (échantillon diversifié avec un âge allant de 29 à 52 ans et un nombre d'années de remplacement allant de 1 à 24 ans), 18% des remplaçants ne prévoient pas de s'installer, ce qui représente quasiment 1 remplaçant sur 5.¹⁶

Dans notre étude, 3,4% des médecins ne souhaitent pas (jamais) s'installer et 21 % n'ont pas encore réfléchi à une date ou souhait d'installation.

Dans l'étude de F. Frete, 5 ans après les ECN: 10 % déclare être installé en médecine générale.¹

Dans notre étude, 5,8 % des médecins répondants sont installés et 10 % sont en collaboration, soit 19 participants au total, parmi eux 13 font partie de la promotion 2017-2020 et 6 font partie de la promotion 2018-2021.

C) Forces et limites de l'étude

1. Les points forts

La démographie médicale est un enjeu majeur de santé publique de fait, le sujet de notre étude est pertinent et d'actualité. Il devrait intéresser les médecins installés qui ont des difficultés pour trouver des remplaçants et se posent des questions sur les volontés d'exercice des jeunes générations.

La nature descriptive de l'étude est adaptée pour décrire les données socio-démographiques et l'exercice professionnel des jeunes médecins généralistes formés à Nantes.

La population interrogée est représentative de celle des jeunes médecins généralistes et semblable à la plupart des autres études retrouvées dans la littérature.

Notre questionnaire a été réalisé sur la base d'une importante revue de littérature et permet une bonne comparabilité aux études sur le même sujet. Cela renforce la validité externe de notre étude. Notre taux de réponse au questionnaire de 56,3% est correct, notre effectif (n = 120) est satisfaisant.

Les questionnaires incomplets ont été intégrés aux résultats puisque les réponses fournies sont fiables. Nous avons eu un taux de réponse supérieur à 99 % de réponses pour 98 % des 60 sous-questions qui s'adressent à tous : 10 sous questions n'ont eu que 119 réponses et une n'en a eu que 114 (question sur l'exercice en zone sous dense). Concernant les 10 questions sur les critères de remplacement (ceux n'ayant pas fait de remplacements devaient passer ces questions) nous avons 112 réponses pour 6 questions, 113 réponses pour 3 questions et 110 réponses pour une question.

Notre thèse est réalisée après la réforme du 3ème cycle. Nous avons trouvé peu d'études faisant l'état des lieux du choix d'activité des jeunes médecins généralistes après la réforme des DES en 2017.

Notre étude permet d'aller à l'encontre de certains préjugés notamment sur les centres de vaccination Covid : « les jeunes médecins remplaçants préfèrent travailler dans les centres de vaccination, ils y sont payés plus et les tâches sont moins fatigantes qu'un exercice en cabinet, alors que les médecins de ville peinent à trouver des remplaçants pour les suppléer durant les vacances d'été. »³⁴

Dans notre étude, 57,5 % des médecins interrogés (120) n'ont jamais travaillés dans un centre de vaccination, 37,5 % y ont travaillé occasionnellement, et 5 % y ont travaillé un quart de son temps. Aucun médecin ne déclare y avoir travaillé plus de 25 % de son temps.

2. Les points faibles

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive et qui a donc un faible niveau de preuve scientifique (grade des recommandations C ; niveau de preuve scientifique fourni par la littérature 4).

Cette étude comporte de nombreux biais :

- Un biais de sélection/recrutement : tous les médecins concernés ont reçu un mail du DMG mais peut-être que certains ne sont pas sur le groupe facebook par lequel nous avons effectué les relances. Nous avons néanmoins utilisé deux moyens de communication (mail et facebook) afin de limiter le nombre de non répondants.
- Un biais de volontariat : les caractéristiques des personnes volontaires pour répondre au questionnaire sont possiblement différentes de ceux qui ne décident pas de participer.
- Le calcul du temps de travail est approximatif car difficile à définir pour les médecins qui peuvent avoir des horaires variables en fonction des semaines et de leurs lieux d'exercice. Il a probablement été compliqué pour eux d'indiquer fiablement le nombre de jours par semaine travaillée, le nombre d'heures par jour travaillé ainsi que le nombre de semaines de congés/de formation etc..

- Un biais de classement est également présent lorsque les médecins doivent définir leur lieu de vie dans l'enfance et leur zone d'exercice (zone rurale, semi rurale ou urbaine). La différence entre ces zones étant déterminée par le nombre d'habitants leur classement par les médecins peut-être un peu subjectif.
- Nous observons un biais d'information lié à des difficultés de compréhension vis-à-vis des questions :

Certains profils ont eu des difficultés à répondre au questionnaire, celui-ci étant inadapté à leur exercice professionnel. En effet il existe une grande diversité d'exercices en médecine générale. Nous avons réalisé ce questionnaire en partenariat avec le DMG afin de limiter ce biais.

Nous avons noté une incompréhension de certaines questions notamment :

- Nous retrouvons cinq réponses incohérentes à la question sur le type d'activité (Q11) avec une très probable confusion pour une réponse entre cabinet salarié en médecine générale et maison de santé/planning familial/foyer médico-social et pour deux réponses entre salarié hospitalier et autres structures.
- Concernant le mode d'exercice en ambulatoire (Q12): 106 répondants affirment faire ou avoir fait des remplacements mais ils sont 113 à répondre à la question sur les critères de remplacement (qui s'adressait uniquement à ceux ayant fait ou faisant des remplacements)
- 16 réponses à la question sur le type de remplacement (Q13) sont incohérentes dont 9 ayant répondu qu'ils faisaient 100 % de leur temps dans un même cabinet avec des jours fixes et 100 % de leur temps dans différents cabinets sans jours fixes. Il aurait été pertinent d'ajouter une quatrième réponse « je n'ai jamais travaillé en ambulatoire ou fait de remplacement ».
- 3 réponses sont incohérentes à la question sur l'espace démographique d'exercice (Q16).
- 3 réponses sont incohérentes à la question sur la zone géographique d'exercice (Q18).
- 34 réponses sont incohérentes à la question sur le type de structure dans laquelle les répondants travaillent (Q20). Une ambiguïté portant sur cette question réside dans le fait que, contrairement à certains participants, nous avons rattaché le terme de « cabinet de groupe » aux « cabinets monoprofessionnels » en opposition aux « cabinets pluriprofessionnels ». Ainsi, 24 ont répondu le même pourcentage de temps (75 % ou 100 %) aux cabinets de groupe et aux structures de soins pluriprofessionnelles. Nous avons donc décidé d'analyser uniquement la ligne concernant le travail dans un cabinet seul.

- Sur les 120 réponses à la question sur le nombre d'heures travaillées par jour (Q14), 11 n'ont pas été comptabilisées car non compatibles avec la question (60 - 30 - 0,1 - 40 - 60 - 40 - 60 - 48 - 35 - 20 - 35). La réponses « 8-10h » à été modifiée en 9.
 - Sur 120 réponses sur le nombre de jour travaillé par semaine (Q15), 1 réponse (« 36 ») n'a pas été prise en compte car non compatible avec la question. La réponse « 4 à 5 » à été modifiée en 4,5.
 - Sur les 13 réponses « je suis déjà installé » la question sur le délai souhaité pour s'installer après avoir passé leur thèse (Q22): 7 sont installés - 4 sont en collaboration – 1 en remplacement en tant que salarié en médecine générale - 1 est salarié en hospitalier.
- Le biais de mémorisation est limité car il s'agit de l'état des lieux de l'activité sur l'année en cours et celle de l'année précédente pour la promotion 2017.

La question sur la répartition du temps de médecins (Q10) est peu exploitable car trop peu précise.

D) Perspectives

1. Pistes pour attirer les remplaçants

Dans notre étude, les remplaçants vivent majoritairement en couple et cherchent avant tout un lieu de travail à proximité de leur domicile ou avec un accès à un logement.

Nous proposons de redynamiser les zones sous dotées afin d'attirer les médecins et leurs conjoints ainsi que leurs potentiels enfants à venir. Il est indispensable de restaurer les services publics, les commerces de proximité, les services éducatifs et culturels. Les conjoints de médecins doivent pouvoir y trouver un emploi. L'accès à un logement pour le remplaçant est une piste à explorer.

Les cabinets attractifs sont les cabinets de groupe et pluri-professionnels où règnent une bonne entente. Le secrétariat sur place est indispensable pour 1/3 des médecins, les 2/3 acceptent de

remplacer si il y a un secrétariat sur place ou en ligne. Il semble donc indispensable d'avoir un secrétariat si l'on souhaite être remplacé, seulement 6 % des remplaçants acceptent de remplacer sans secrétariat. Concernant le logiciel, un peu moins de 2/3 des remplaçants n'y prêtent pas attention.

Un autre critère mis en lumière et facile à mettre en place est la possibilité pour le remplaçant d'adapter son emploi du temps : ses horaires, le nombre de consultations par jour, de choisir de faire des samedis matins ou non, des consultations sur rendez-vous ou libres, des visites à domicile.

Les remplaçants privilégient les remplacements de médecins ayant de nombreuses consultations de pédiatrie. Ils ont tendance à délaissier les remplacés ayant de nombreuses consultations d'addictologie, de psychiatrie ou de social.

Il y a néanmoins 1/4 des remplaçants pour qui cela ne rentre pas en compte.

L'attrait financier est un plus mais doit s'inscrire dans une globalité, il n'est pas suffisant à lui seul si le cabinet n'est pas attractif.¹⁸

Dans la littérature ainsi que dans notre étude, la qualité de maître de stage a été identifié comme un facteur facilitateur pour la recherche d'un remplaçant.^{13 14} Nous conseillons donc de participer à la formation des jeunes médecins.

2. Pistes pour remédier à la pénurie de médecins dans certaines zones géographiques

L'analyse de l'expérience internationale permet de dégager quatre grands registres d'intervention pour attirer et garder des médecins dans les zones mal pourvues : les incitations financières, la formation initiale, la régulation (contraintes sur le choix de localisation) et le soutien professionnel et personnel.¹⁸

➤ Les incitations financières, largement mises en œuvre, ont plutôt des résultats décevants. Elles ont été souvent les premières mesures mises en œuvre pour tenter de corriger les déséquilibres géographiques et sont un des leviers les plus utilisés. S'il n'y a pas d'évaluations précises, l'expérience commune d'un certain nombre de pays ou provinces est que celles-ci n'ont pas eu les résultats escomptés. Notamment, les dispositifs de soutien financier aux étudiants en contrepartie d'engagements de service permettent en général d'accroître l'offre à court terme mais avec des résultats discutables à plus long terme.¹⁸ Dans notre étude, seulement 8 médecins sur 120 ont signé un CESP, soit 6,7 %.

➤ Augmenter les capacités de formation a également pu apparaître comme une solution simple pour corriger les déséquilibres géographiques, avec le raisonnement suivant : si on forme de plus en plus de médecins, les zones urbaines favorisées finiront par être saturées, et ils iront combler les besoins non couverts dans les zones mal desservies. Ce raisonnement est néanmoins contredit par la réalité des évolutions constatées, comme le soulignent beaucoup d'auteurs. À noter cependant que si former plus de médecins ne règle pas ipso facto les problèmes de distribution géographique, ce peut être néanmoins une condition nécessaire dès lors qu'il y a un manque global d'effectifs.¹⁸

En revanche, les résultats convergents des études sur l'influence de l'origine des médecins sur les choix d'installation ainsi que le succès de plusieurs expériences, ont conduit plusieurs pays (notamment les États-Unis, le Canada, l'Australie ou encore la Norvège) à s'appuyer davantage sur la formation pour accroître la présence médicale dans les zones mal desservies. Le levier principal est la sélection des étudiants admis en école de médecine, pour augmenter la part de ceux qui sont issus de communautés défavorisées en termes d'accès aux soins. Le but est d'"enraciner" ces médecins généralistes afin qu'ils restent exercer dans la même zone une fois leurs études achevées.^{18 21 23 25}

➤ Une autre stratégie, plus contraignante, consiste à restreindre la liberté de choix selon des modalités variables que l'on peut classer en deux grandes catégories :¹⁸

- Un passage obligé d'exercice dans des zones déficitaires fléchées, pendant une durée déterminée, pour certaines catégories de médecins.¹⁸ Ce que souhaite mettre en place le gouvernement français prochainement avec la création d'une quatrième année de médecine générale exclusivement en ambulatoire en priorité dans les zones sous-denses.

- Une restriction plus globale de la liberté d'installation, les médecins exerçant leur choix dans le cadre d'un nombre limitatif de places (ou de postes, ou de contrats) défini par zone géographique.¹⁸
- Des mesures de soutien aux professionnels en place ont également été déployées dans différents pays telles que :¹⁸
- l'organisation et le financement de remplacements pour permettre aux praticiens de s'absenter ;
 - des facilités pour la formation, le développement professionnel continu et l'acquisition de compétences nouvelles (compensation de la perte de revenu, prise en charge de frais de transport) ;
 - un aménagement des conditions de travail pour les médecins seniors, par exemple avec une réduction ou une suppression des gardes et astreintes ;
 - des stratégies de soutien et des interventions ponctuelles pour améliorer la santé et le bien-être psychologique des médecins ruraux.

Globalement, l'expérience internationale montre l'efficacité limitée de mesures isolées, et l'on constate dans plusieurs pays une évolution vers des stratégies plus globales, combinant différents leviers. Cette importance d'une politique d'ensemble, à adapter au cours du temps, est soulignée par tous les rapports internationaux.¹⁸

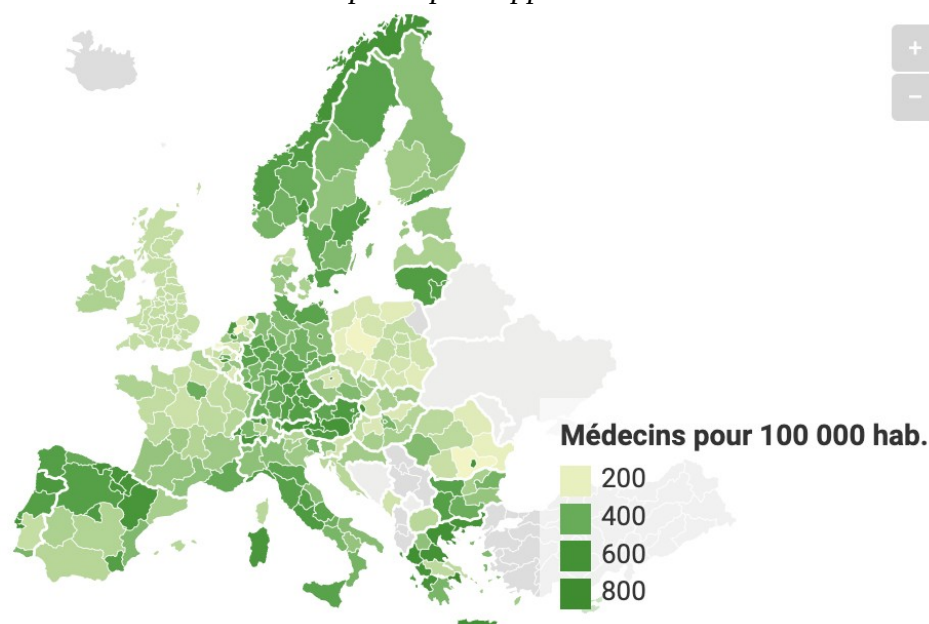
Le burn-out des jeunes médecins peut aggraver le problème de la démographie médicale. Prendre soin des étudiants en médecine pourrait contribuer à diminuer son incidence.

3. Exemples de systèmes de soins en Europe

L'accès aux soins de santé constitue un droit fondamental selon la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Les médecins sont très inégalement repartis dans l'UE. La Grèce compte par exemple 658 praticiens pour 100 000 habitants, contre 242 en Pologne.³⁵

Figure 7: Positionnement des territoires européens par rapport à la de densité de médecins



Map: EDJNet • Source: Eurostat 2016 • Get the data • Created with Datawrapper

a) L'Allemagne

En Allemagne, c'est au début des années 1990 que des limites concernant le nombre de médecins pouvant être conventionnés avec l'Assurance maladie ont été fixées dans chaque zone géographique. Le territoire fédéral a été découpé en 395 circonscriptions médicales (classées en trois catégories, urbain, périurbain, rural, avec plusieurs sous-catégories en fonction de la densité de population). Une densité cible a été définie par type de territoire, exprimé par un ratio de nombre d'habitants par médecin. La réforme avait pour objectif, après la réunification, de réduire les disparités médicales entre l'ouest et l'est du pays. Dans une circonscription donnée, l'installation est

possible aussi longtemps que le nombre de médecins de la spécialité considérée ne dépasse pas 110 % du ratio. À titre d'exemple, le ratio pour la médecine générale était en 2013 de 1 médecin pour 1 617 habitants.¹⁸

En 2008, dans la plupart des circonscriptions, y compris dans les nouveaux Länder, aucune installation de spécialiste n'était envisageable, en revanche il était possible d'ouvrir un cabinet de généraliste dans les deux tiers des circonscriptions.¹⁸

Selon une étude en 2012, la moitié des personnes vivant dans les régions rurales en Allemagne doit se rendre en ville pour consulter un médecin, du fait du manque d'offre locale de soins.³⁶

Le dispositif a été revu en 2013, avec une indexation du ratio par un « facteur démographique » tenant compte en particulier de la part de la population âgée. Cette modification a conduit à rouvrir des zones qui étaient auparavant fermées, notamment dans des régions attractives du sud et de l'ouest du pays.¹⁸

b) L'Espagne

Presque exclusivement nationalisé (les médecins sont salariés des régions), le système de santé est soumis à une forte planification de la part des régions autonomes. Celles-ci agissent à deux niveaux : tout d'abord, en formulant des besoins en termes d'effectifs à former par spécialité ; ensuite, en décidant de l'implantation des centres de soins où exercent spécialistes et généralistes en ville, et donc des médecins. Par ailleurs, certaines facilités financières existent afin d'inciter les médecins à exercer dans les zones en déficit. Malgré ces dispositifs, un certain déséquilibre de spécialisation persiste, ainsi que de fortes disparités régionales, puisque le nombre de médecins par habitants varie du simple au triple entre régions (6,9 à Navarre, 2,5 dans les Iles Canarie).³⁶

c) Pays nordiques

En Norvège, les généralistes sont des libéraux pour l'essentiel, et sont sous contrat avec les municipalités (une toute petite minorité est salariée par les municipalités, en général dans les zones éloignées). Les médecins spécialistes libéraux exerçant en cabinet, qui assurent 25 % des soins de spécialistes, sont, eux, sous contrat avec les régions. Les possibilités d'installation des médecins sont donc restreintes par la nécessité de passer contrat, soit avec la municipalité, soit avec la région.¹⁸

En Finlande, pour l'essentiel, les professionnels de santé sont employés dans des structures de soins gérées par les municipalités, centres de santé ou hôpitaux de districts : les choix de localisation sont donc, de fait, limités aux postes vacants pour lesquels les médecins se portent candidats.¹⁸

d) Royaume-Uni

De 1948 à 2002, la régulation de la distribution géographique des généralistes a été opérée par une instance nationale, le Medical Practices Committee. Les organisations locales devaient obtenir l'accord du Comité pour toute installation ou tout remplacement, cet accord étant donné sur la base de la situation de la zone géographique, désignée comme « ouverte », « intermédiaire » ou « restreinte » en fonction du nombre moyen de patients inscrits par généraliste et des caractéristiques de la population. Lorsque les généralistes avaient en moyenne 2 500 patients ou plus à prendre en charge, la zone était considérée comme déficitaire et toute installation était autorisée, tandis qu'elle pouvait être refusée dans des zones où l'effectif moyen de la liste de patients était inférieur à 1 700. En 2002, cette responsabilité a été décentralisée au niveau des « groupes de soins primaires » (Primary Care Trusts), puis, avec la réforme de 2012, aux Clinical Commissioning Groups (CCGs). Les CCGs sont des regroupements obligatoires de cabinets de médecine générale, disposant d'une personnalité juridique propre et couvrant en moyenne une population de 250 000 habitants ; ils ont un rôle d'acheteur et de régulateur des soins, finançant et organisant les soins secondaires et délivrant les autorisations aux cabinets de soins primaires.¹⁸

v. Conclusion

Après des études longues et éprouvantes, les médecins généralistes nouvellement diplômés, pour la plupart trentenaires, en couple et sans enfant, ont pour priorité de retrouver une bonne qualité de vie avec des conditions de travail satisfaisantes.

Ils exercent très majoritairement en cabinet de médecine générale et travaillent en moyenne 35 heures par semaine. Plus de la moitié des médecins remplaçants ont vocation à s'installer dans un délai de moins de cinq ans après leur soutenance de thèse. L'exercice de groupe, à l'image du nombre croissant de maisons de santé pluriprofessionnelles, est plébiscité par la plupart des jeunes médecins.

Le choix du remplacement est conditionné par certaines contraintes. 6 médecins en couple sur 10 choisissent leur lieu d'exercice en fonction du travail de leur conjoint et presque 1 médecin sur 2 estime que son conjoint ne pourrait pas trouver de travail en zone sous dense.

Depuis la fin de leurs études, ils sont néanmoins 43 % à avoir déjà travaillé dans ces zones.

Depuis plusieurs années, les médecins généralistes libéraux expriment des difficultés à trouver des médecins remplaçants. Pourtant, le nombre de remplaçants n'a jamais été aussi élevé.

Dans ce travail de thèse, nous proposons quelques pistes pour remédier à cette problématique complexe.

La redynamisation des territoires sous dotés afin qu'ils soient adaptés à une vie de famille ainsi que la création de structures de groupe semblent indispensables pour attirer les médecins.

La qualité de maître de stage, l'adaptabilité du planning, la présence d'un secrétariat, la bonne entente au sein du cabinet et un nombre important de consultations de pédiatrie paraissent être des facteurs facilitateurs pour se faire remplacer.

L'attrait financier est un plus mais doit s'inscrire dans une globalité, il n'est pas suffisant à lui seul si le cabinet n'est pas attractif.

En conclusion, les jeunes médecins sont attirés par la médecine générale libérale y compris en zone sous dense. Il faut trouver des solutions incitatives pour qu'ils s'y sentent bien.

La majorité des médecins remplace de façon régulière dans un ou plusieurs cabinets. Il serait intéressant d'étudier les motivations et besoins des médecins installés qui sont de plus en plus demandeurs de remplaçants fixes.

VI. Bibliographie

1. Frété F. Parcours professionnel des étudiants de médecine générale de Nantes cinq ans après le passage des épreuves classantes nationales. Published online 2019. Accessed June 29, 2022. <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=d6001624-4f6c-4e78-8607-75b5e99d0e18>
2. Maufroid V. Étude sur le ressenti des étudiants en médecine de Rouen à propos de leur externat, de leur état de santé général ainsi que leurs liens vis-à-vis de la médecine du travail Février 2020- Septembre 2021. Published online September 30, 2021:74.
3. FUHRMAN J, ISNI. Enquête santé mentale des jeunes médecins. Published June 13, 2017. Accessed June 13, 2022. <https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/>
4. Danset A, Galam É. La santé psychique des externes en médecine des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot: une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique. Published online 2017. Accessed June 13, 2022. http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2017_Medecine_DansetAlban.pdf
5. Le Provost AS, Loddé B, Pietri J, De Parscau L. Souffrance au travail des étudiants en médecine : étude qualitative par entretiens semi-dirigés | AMUB. Accessed June 14, 2022. <https://www.amub-ulb.be/revue-medicale-bruxelles/article/souffrance-au-travail-des-etudiants-en-medecine-etude-qualitative>
6. Cintas C, Cousineau M, Langlois V. S'occuper de nos futurs médecins. *RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep.* 2016;235(4):27-46.
7. Barbarin B. *Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale: enquête transversale à la Faculté de Nantes en 2008.* Thèse d'exercice. Nantes Université. Pôle Santé. UFR Médecine et Techniques Médicales; 2009.
8. Lemonnier R, Aubry P. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France: une revue systématique de la littérature. Published online October 2019:89.
9. Lalande E., Vahé M. Pays de la Loire : une dynamique démographique soutenue, portée par la Loire-Atlantique - Insee Analyses Pays de la Loire - 84. Published December 29, 2020. Accessed July 17, 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5005318>
10. Barré M., Chesnel H. La hausse du nombre de seniors dépendants accélérerait à partir de 2023 - Insee Analyses Pays de la Loire - 75. Published June 13, 2019. Accessed July 17, 2022. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4169347>
11. BOUET P. La démographie médicale. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Published April 17, 2019. Accessed June 14, 2022. <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
12. H. Chaput, M. Monziols (DREES), A. Zaytseva (AMSE), A. Jolivet (ORS Pays de la Loire), F. Zémour (URPS-ML Provence-Alpes-Côte d'Azur), . Hérault (URML). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale | Direction de la recherche, des études,

de l'évaluation et des statistiques. Published January 2020. Accessed June 29, 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>

13. Carlier V. *Difficultés des médecins généralistes à trouver un remplaçant: une étude quantitative dans le Nord et le Pas-de-Calais*. Thèse d'exercice. Université du droit et de la santé; 2017. Accessed December 23, 2021. https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M177.pdf
14. Boudjabi Fadli S. *Evaluation des difficultés et identification des freins et leviers pour trouver un médecin remplaçant en Picardie*. Thèse d'exercice. Université de Picardie Jules Verne; 2013.
15. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Vague d'enquête 1 (mars-avril 2007). Published 2007. Accessed July 11, 2022. <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/conditions-dexercice-des-medecins-generalistes-des-pays-de-la-loire-en-2007-panel>
16. Teres D. *Pourquoi rester remplaçant quand on est médecin généraliste ? : étude qualitative*. Thèse d'exercice. Université de Lille; 2021. Accessed December 23, 2021. https://pepите-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM073.pdf
17. Marie ANSELM, Marie MIELCAREK. Devenir des internes de médecine générale (Enquête - vague 3) | ORS Grand Est. Published July 2016. Accessed July 12, 2022. <https://ors-ge.org/documents/devenir-des-internes-de-medecine-generale-enquete-vague-3>
18. Dominique Polton, Hélène Chaput, Mickaël Portela. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Published December 2021. Accessed June 29, 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>
19. Lориoux M. Le devenir des anciens internes de médecine générale : étude à deux ans dans l'interrégion grand Ouest. Published March 22, 2018. Accessed October 22, 2022. <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/59450>
20. Mintandjian A. Étude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Île-de-France: étude de cohorte. :110.
21. Servain L, Boudier J, Hermil JL, Schuers M, Sévrin Y. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes: Suivi à 2 ans de la cohorte Haut-normande ECN 2014. Published online April 13, 2020. Accessed January 18, 2022. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03243131/document>
22. souhaits-exercice-img.pdf. Accessed May 18, 2022. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
23. Faget É. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande. Published online June 7, 2016:98.
24. L'étude Remplact. ReAGJIR. Published 2009. Accessed October 14, 2022. <https://reagjir.fr/je-remplace/letude-remplact/>

25. Brument J, Marguerite M. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes français. Reconstitution d'une cohorte nationale rétrospective. :78.
26. Dumontet M, Samson AL, Franc C. How do Physicians Choose their Place of Practice? *Rev Francaise Econ.* 2016;(4):221-267.
27. Maxime Bergeat, Noémie Vergier, Pierre Verger. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Published October 26, 2022. Accessed November 2, 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
28. Biais M, Cassou M, Franc C. Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Published May 10, 2022. Accessed October 12, 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/documents-de-reference/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes-pour-les?fbclid=IwAR1Ja5ssuSfxHBEfxLbO3b329jez4gqkpLlvQVJ4QV-HNdG63OsG19fIdgo>
29. Donnio J. Les déterminants du temps de travail des médecins généralistes en Savoie. *16/10/2019*.:44.
30. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P. Les médecins généralistes libéraux travaillent au moins 50 heures par semaine. Published May 16, 2019. Accessed February 16, 2022. <https://www.ars.sante.fr/les-medecins-generalistes-liberaux-travaillent-au-moins-50-heures-par-semaine>
31. Da Fonseca-Lopes A. *Critères de choix d'un remplacement en médecine générale: entretiens auprès de médecins remplaçants du Maine et Loire*. Thèse d'exercice. Université d'Angers; 2011.
32. Shahandeh A. *Exploration des critères déterminant le choix des remplaçants de médecine générale en Picardie: à propos d'une enquête auprès de jeunes médecins remplaçants*. Thèse d'exercice. Université de Picardie Jules Verne; 2014.
33. Mougel V. *Facteurs influençant le choix du terrain de remplacement en médecine générale dans les départements de la Marne et des Ardennes*. Thèse d'exercice. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2021.
34. Long S. Des mercenaires, les médecins remplaçants ? Le syndicat ReAGJIR remet les pendules à l'heure. *Le Quotidien du Médecin*. Published June 26, 2021. Accessed October 26, 2022. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/des-mercenaires-les-medecins-remplacants-le-syndicat-reagjir-remet-les-pendules-lheure>
35. Berthier D. Le désert médical avance en Europe - Voxeurop. <https://voxeurop.eu/fr/>. Published December 4, 2018. Accessed October 17, 2022. <https://voxeurop.eu/fr/le-desert-medical-avance-en-europe/>
36. Chevalet B. Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. Published online March 2015:145.

VII. Questionnaire

1. Quelle est votre année de naissance ?
2. Vous êtes :
 - A) Une femme
 - B) Un homme
 - C) Non genré
3. Dans votre enfance habitiez-vous, en milieu:
 - A) Urbain (Zone urbaine : grande ville (plus de 20000 habitants) ou sa banlieue)
 - B) Semi-rural (Zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 20000 habitants))
 - C) Rural (Zone rurale : moins de 2000 habitants)
4. Vivez-vous en couple ?
 - A) Oui
 - B) Non
5. Combien d'enfants à charge avez-vous ?
 - A) Pas d'enfant
 - B) 1 ou 2 enfant(s)
 - C) 3 enfants ou plus
6. De quelle promotion d'internes de médecine générale de Nantes êtes-vous ?
 - A) Promo MG 2017-2020
 - B) Promo MG 2018-2021
7. Le choix de la spécialité médecine générale à la fin de la 6ème année était-il votre premier choix? (intention de faire médecine générale avant l'ECN)
 - A) Oui
 - B) Non
8. Quand avez-vous ou allez-vous passer votre thèse ?
 - A) Pendant l'internat

- B)** L'année suivant la fin de l'internat
- C)** La 2ème ou 3ème année après la fin de l'internat

9. Avez-vous signé un CESP ? (CESP : contrat d'engagement de service public)

- A)** Oui
- B)** Non

10. Comment occupez-vous votre temps depuis la fin de l'internat (inclure les projets pour la fin de l'année 2022) ?

a) Travail dans le milieu médical (quel qu'il soit)

- A)** Jamais
- B)** 1 à 5 semaines par an
- C)** 5 à 10 semaines par an
- D)** 10 à 15 semaines par an
- E)** 15 à 20 semaines par an
- F)** 20 à 25 semaines par an
- G)** 25 à 30 semaines par an
- H)** 30 à 40 semaines par an
- I)** 40 à 52 semaines par an

b) Temps de formation / Thèse

- A)** Jamais
- B)** 1 à 5 semaines par an
- C)** 5 à 10 semaines par an
- D)** 10 à 15 semaines par an
- E)** 15 à 20 semaines par an
- F)** 20 à 25 semaines par an
- G)** 25 à 30 semaines par an
- H)** 30 à 40 semaines par an
- I)** 40 à 52 semaines par an

c) Vacances / Loisirs

- A)** Jamais

- B)** 1 à 5 semaines par an
- C)** 5 à 10 semaines par an
- D)** 10 à 15 semaines par an
- E)** 15 à 20 semaines par an
- F)** 20 à 25 semaines par an
- G)** 25 à 30 semaines par an
- H)** 30 à 40 semaines par an
- I)** 40 à 52 semaines par an

d) Congé maternité - paternité / Arrêt de travail

- A)** Jamais
- B)** 1 à 5 semaines par an
- C)** 5 à 10 semaines par an
- D)** 10 à 15 semaines par an
- E)** 15 à 20 semaines par an
- F)** 20 à 25 semaines par an
- G)** 25 à 30 semaines par an
- H)** 30 à 40 semaines par an
- I)** 40 à 52 semaines par an

e) Travail autre que médecine

- A)** Jamais
- B)** 1 à 5 semaines par an
- C)** 5 à 10 semaines par an
- D)** 10 à 15 semaines par an
- E)** 15 à 20 semaines par an
- F)** 20 à 25 semaines par an
- G)** 25 à 30 semaines par an
- H)** 30 à 40 semaines par an
- I)** 40 à 52 semaines par an

11. Depuis la fin de l'internat, comment répartissez-vous votre temps de travail (différents types d'activités) ? (inclure les projets pour la fin de l'année 2022)

- a) Cabinet libéral en médecine générale**
- A) Jamais**
 - B) Occasionnellement**
 - C) Environ 25% de mon temps de travail**
 - D) Environ 50% de mon temps de travail**
 - E) Environ 75% de mon temps de travail**
 - F) 100% de mon temps de travail**
- b) Cabinet salarié en médecine générale**
- A) Jamais**
 - B) Occasionnellement**
 - C) Environ 25% de mon temps de travail**
 - D) Environ 50% de mon temps de travail**
 - E) Environ 75% de mon temps de travail**
 - F) 100% de mon temps de travail**
- c) Salarié en hospitalier**
- A) Jamais**
 - B) Occasionnellement**
 - C) Environ 25% de mon temps de travail**
 - D) Environ 50% de mon temps de travail**
 - E) Environ 75% de mon temps de travail**
 - F) 100% de mon temps de travail**
- d) Salarié en clinique**
- A) Jamais**
 - B) Occasionnellement**
 - C) Environ 25% de mon temps de travail**
 - D) Environ 50% de mon temps de travail**
 - E) Environ 75% de mon temps de travail**
 - F) 100% de mon temps de travail**
- e) SOS médecin**
- A) Jamais**

- B) Occasionnellement**
- C) Environ 25% de mon temps de travail**
- D) Environ 50% de mon temps de travail**
- E) Environ 75% de mon temps de travail**
- F) 100% de mon temps de travail**

f) Centre de vaccination Covid

- A) Jamais**
- B) Occasionnellement**
- C) Environ 25% de mon temps de travail**
- D) Environ 50% de mon temps de travail**
- E) Environ 75% de mon temps de travail**
- F) 100% de mon temps de travail**

g) Plateforme de téléconsultation

- A) Jamais**
- B) Occasionnellement**
- C) Environ 25% de mon temps de travail**
- D) Environ 50% de mon temps de travail**
- E) Environ 75% de mon temps de travail**
- F) 100% de mon temps de travail**

h) Caps/gardes

- A) Jamais**
- B) Occasionnellement**
- C) Environ 25% de mon temps de travail**
- D) Environ 50% de mon temps de travail**
- E) Environ 75% de mon temps de travail**
- F) 100% de mon temps de travail**

i) Pratique en ambulatoire d'une autre spécialité que médecine générale (gynécologie, régulation, esthétique, médecin en crèche, médecine du sport, médecine vasculaire ..)

- A) Jamais**
- B) Occasionnellement**

- C)** Environ 25% de mon temps de travail
- D)** Environ 50% de mon temps de travail
- E)** Environ 75% de mon temps de travail
- F)** 100% de mon temps de travail

j) Centre de santé / Planning familial / Foyer médico-social

- A)** Jamais
- B)** Occasionnellement
- C)** Environ 25% de mon temps de travail
- D)** Environ 50% de mon temps de travail
- E)** Environ 75% de mon temps de travail
- F)** 100% de mon temps de travail

k) Autres structures (Médecine pénitentiaire, Médecine scolaire, PMI, HAD, Médecin coordinateur en maison de retraite, ...)

- A)** Jamais
- B)** Occasionnellement
- C)** Environ 25% de mon temps de travail
- D)** Environ 50% de mon temps de travail
- E)** Environ 75% de mon temps de travail
- F)** 100% de mon temps de travail

l) Arrêt de la médecine

- A)** Oui
- B)** Non

12. Quel(s) est (sont) votre (vos) mode(s) d'exercice en ambulatoire depuis votre fin d'internat (inclure les projets pour la fin de l'année 2022) ? (NB : Si vous avez remplacé au début de votre exercice puis que vous vous êtes installé, merci de cocher les deux.)

- A)** Remplacements
- B)** Collaboration
- C)** Installation
- D)** Je n'ai jamais travaillé en ambulatoire

13. Lorsque vous remplacez/avez remplacé en ambulatoire, vous travaillez/travailliez (sur toute la durée de vos remplacements en incluant les projets pour la fin de l'année 2022) :

NB: une personne qui est maintenant installée ou en collaboration mais qui a remplacé avant de s'installer ou d'être en collaboration peut répondre à cette question.

a) Dans un même cabinet pendant plusieurs mois de suite avec des jours fixes

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail
- F)** Je n'ai jamais travaillé en ambulatoire

b) Régulièrement dans les (2 à 4) mêmes cabinets (sans jours fixes)

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail
- F)** Je n'ai jamais travaillé en ambulatoire

c) Ponctuellement, sans régularité, dans différents cabinets

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail
- F)** Je n'ai jamais travaillé en ambulatoire

14. Combien d'heures de travail (incluant consultations, autres tâches médicales, gestion administratif, comptabilité..) effectuez-vous en moyenne par jour travaillé ? (30 minutes = 0,5)

15. Combien de jours, en moyenne, travaillez-vous par semaine travaillée (1/2 journée = 0,5) ?

16. Depuis la fin de l'internat, travaillez-vous en :

a) Zone urbaine : grande ville (plus de 20000 habitants) ou sa banlieue

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail

b) Zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 20000 habitants)

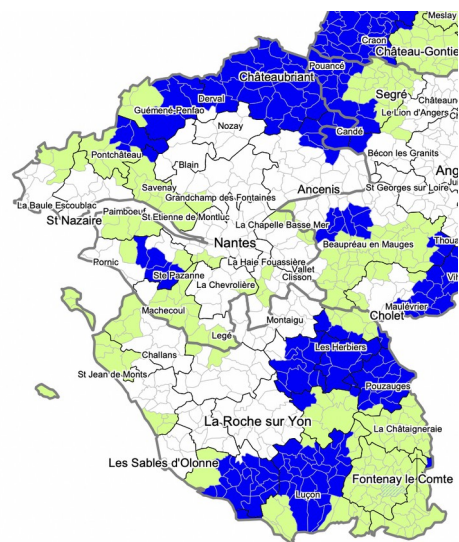
- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail

c) Zone rurale : moins de 2000 habitants

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail

d) Zone sous dense tel que définit par l'ARS
(sur la carte en bleu et/ou
vert. <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/21931/download?inline>)

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail



17. Serait-il possible pour votre conjoint de trouver du travail en zone sous dense?

- A)** Oui
- B)** Non

18. Depuis la fin de l'internat, travaillez-vous dans la région :

a) De votre internat

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail

b) De votre externat (il est possible que vous ayez réalisé votre externat dans la même région que votre internat, dans ce cas répondez la même chose aux deux items)

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail

c) Ailleurs en France métropolitaine

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail

d) Dans les DOM TOM

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail

e) A l'étranger

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail

- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail

19. Ce choix a-t-il été influencé par le travail de votre conjoint ?

- A)** Oui
- B)** Non
- C)** Je n'ai pas conjoint ou il n'a pas de travail

20. Type(s) de structure dans laquelle (lesquelles) vous travaillez en ambulatoire depuis la fin de l'internat :

a) Dans un cabinet seul

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail
- F)** Je n'ai jamais travaillé en ambulatoire

b) Dans un cabinet de groupe (plusieurs médecins généralistes)

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail
- F)** Je n'ai jamais travaillé en ambulatoire

c) Structures de soins pluri-professionnels (MSP, ESP)

- A)** Jamais
- B)** Environ 25% de mon temps de travail
- C)** Environ 50% de mon temps de travail
- D)** Environ 75% de mon temps de travail
- E)** 100% de mon temps de travail
- F)** Je n'ai jamais travaillé en ambulatoire

21. Quels sont vos critères lors du choix d'un remplacement en médecine ambulatoire ? (Passer cette question en cliquant directement sur OK si vous n'avez jamais travaillé en ambulatoire)

- a)** Proximité avec le domicile (trajet domicile-lieu de travail inférieur à 30 minutes) ou accès à un logement
 - A)** Indispensable
 - B)** Plutôt comme un plus
 - C)** Ne fait pas partie de mes critères

- b)** Possibilité d'adapter mon planning (horaires, nombre de consultations par jour, choix de faire des samedis matins ou non, consultations sur rendez-vous ou libres, visites à domicile ..)
 - A)** Indispensable
 - B)** Plutôt comme un plus
 - C)** Ne fait pas partie de mes critères

- c)** Pourcentage minimal de rétrocession demandé
 - A)** 70%
 - B)** plus de 70% (je n'accepte pas si 70%)
 - C)** Ne fait pas partie de mes critères

- d)** Le secrétariat
 - A)** Secrétariat sur place indispensable
 - B)** J'accepte de remplacer si il y a un secrétariat sur place ou en ligne
 - C)** J'accepte les remplacements sans secrétariat

- e)** Type(s) de structure préférentiel(s) :
 - A)** Cabinet seul
 - B)** Cabinet de groupe (plusieurs médecins)
 - C)** Cabinet pluri-professionnel
 - D)** Ne fait pas partie de mes critères

- f)** Proximité avec des spécialistes
 - A)** Indispensable
 - B)** Plutôt comme un plus

C) Ne fait pas partie de mes critères

g) Préférences sur l'emplacement du cabinet :

A) Milieu urbain

B) Milieu semi-rural

C) Milieu rural

D) Déserts médicaux

E) Ne fait pas partie de mes critères

h) Orientation de l'activité

A) Ne fait pas partie de mes critères

B) Beaucoup de gynécologie est un avantage

C) Beaucoup de gynécologie est un désavantage

D) Beaucoup de pédiatrie est un avantage

E) Beaucoup de pédiatrie est un désavantage

F) Beaucoup de psychiatrie - addictologie est un avantage

G) Beaucoup de psychiatrie - addictologie est un désavantage

H) Beaucoup de social est un avantage

I) Beaucoup de social est un désavantage

i) Infrastructure et ambiance du cabinet (Bonne entente avec les collègues et le médecin remplacé, présence d'une salle de pause, luminosité ..) :

A) Indispensable

B) Plutôt comme un plus

C) Ne fait pas partie de mes critères

j) Le logiciel médical

A) Ne fait pas partie de mes critères

B) Je ne remplace que si je connais déjà le logiciel

C) Je ne remplace que si j'apprécie le logiciel

22. Comment avez-vous trouvé votre (vos) lieu(x) de travail depuis la fin de l'internat (sur l'ensemble de vos expériences : en ambulatoire, en hospitalier, en clinique, chez SOS médecin)?

a) Ancien maitre de stage
A) Jamais
B) Occasionnellement
C) Principalement

b) Annonces sur internet
A) Jamais
B) Occasionnellement
C) Principalement

c) Bouche à oreille
A) Jamais
B) Occasionnellement
C) Principalement

d) Connaissance de la sphère privée
A) Jamais
B) Occasionnellement
C) Principalement

23. Dans quel délai souhaitez-vous vous installer après avoir passé votre thèse (délai thèse-installation) ?

- A)** Moins de 2 ans
- B)** Entre 2 et 5 ans
- C)** Entre 5 et 10 ans
- D)** Dans plus de 10 ans
- E)** Jamais
- F)** Je n'y ai pas encore réfléchi
- G)** Je suis déjà installé(e)

NOM : DUJARDIN

PRENOM : JADE

Titre de Thèse : ETUDE DESCRIPTIVE QUANTITATIVE CONCERNANT L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ISSUS DES PROMOTIONS 2017-2020 ET 2018-2021 DE L'UNIVERSITÉ DE NANTES LORS DE LEURS PREMIÈRES ANNÉES D'EXERCICE.

RESUME

Introduction : Les médecins installés ont des difficultés pour trouver des remplaçants et se posent des questions sur les volontés d'exercice des jeunes générations qui après des études longues et éprouvantes ont pour priorité de retrouver une bonne qualité de vie avec des conditions de travail satisfaisantes.

L'objectif principal de cette thèse est de faire un état des lieux de l'activité des jeunes médecins généralistes lors de leurs premières années post-internat : Quel est le profil de ces jeunes médecins ? Comment et où travaillent-ils ? Quels sont leurs critères pour choisir un remplacement ?

Méthode : Nous avons mené une étude quantitative d'observation épidémiologique descriptive transversale concernant l'activité des médecins généralistes issus des promotions 2017-2020 et 2018-2021 de l'université de Nantes lors de leurs premières années d'exercice.

Résultats : 120 médecins ont participé à l'étude soit un taux de réponse est de 56,3 %. L'âge moyen est de 29 ans et 9 mois. 79,2 % sont des femmes. 75,8% des répondants vivent en couple et 85 % n'ont pas d'enfants à charge. 14,2 % ont passé leur thèse pendant l'internat et 37,5 % l'année suivant l'internat. Ils travaillent en moyenne 35 heures par semaine travaillée. 88,3 % exercent la plupart de leur temps dans un cabinet libéral en médecine générale. 88,3% ont effectués des remplacements. 81,7% des médecins ayant travaillé en ambulatoire n'ont jamais travaillé dans un cabinet seul. 75% des médecins ont travaillé avec un ancien maître de stage. Ils ont majoritairement exercé en zone semi-rurale. 43 % ont travaillé en zone sous-dense. 81,7 % des médecins ont travaillé 75 à 100 % de leur temps dans la région de leur internat. Le choix du lieu d'exercice a été influencé par le travail du conjoint chez 61 % des médecins étant en couple. 45,5 % des médecins estiment que leur conjoint ne pourrait pas trouver de travail en zone sous dense.

La proximité avec le domicile, l'adaptabilité du planning, la présence d'un secrétariat, la bonne entente au sein du cabinet et un nombre important de consultations de pédiatrie paraissent être des facteurs facilitateurs pour se faire remplacer.

Conclusion : Les jeunes médecins sont attirés par la médecine générale libérale y compris en zone sous dense. Il faut trouver des solutions incitatives pour qu'ils s'y sentent bien.

MOTS-CLES

Médecine générale, Parcours professionnel, Démographie médicale, Temps de travail, Maisons de santé pluriprofessionnelles