



HAL
open science

Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes : Suivi à 6 ans de la cohorte Haut-Normande ECN 2012

Marlène Cluizel

► **To cite this version:**

Marlène Cluizel. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes : Suivi à 6 ans de la cohorte Haut-Normande ECN 2012. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04222221

HAL Id: dumas-04222221

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04222221>

Submitted on 29 Sep 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.



UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE

ANNÉE 2023

N°

**THÈSE POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

Par

CLUIZEL Marlène

Née le 13 Mai 1995 à Evreux

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2023

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

Suivi à 6 ans de la cohorte Haut-Normande ECN 2012

Président du jury : Monsieur le Professeur Matthieu SCHUERS

Membres du jury : Monsieur le Docteur Julien BOUDIER (Directeur de thèse)

Madame le Docteur Isabella MARINO

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (<i>disponibilité</i>)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne

Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHYOT	Bactériologie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie

Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale
M. Damien SALAUZE	Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël DAOUPHARS	Pharmacie
M. Pierre BOHN	Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

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

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric BARAT	Pharmacie
M. Guillaume FEUGRAY	Biochimie Générale
M. Henri GONDÉ	Pharmacie
M. Paul BILLOIR	Hématologie
M. Romain LEGUILLON	Pharmacie
M. Thomas DUFLOT	Pharmacologie
Mme Alice MOISAN	Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma EZZINE	Pharmacologie
M. Abdelmounaim MOUHAJIR	Informatique Bio-informatique
M. Olivier PERRUCHON	Pharmacognosie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (PU-MG)

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mme Lucille **PELLERIN**

UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Julien **BOUDIER**

UFR Médecine Générale

Mme Laëtitia **BOURDON**

UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**

UFR Médecine Générale

Mme Ségolène **GUILLEMETTE**

UFR Médecine Générale

Mr Frédéric **RENOU**

UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mr Jonathan **BRETON** (med) Nutrition

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med) Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med) Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mme Rachel **LETELLIER** (med) Physiologie

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med) Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET** Sciences du langage, orthophonie

Mme Anne-Sophie **PEZZINO** Orthophonie

Mme Christine **RONDANINO** (med) Physiologie de la reproduction

Mr Youssan Var **TAN** Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med) Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique
et de Réadaptation*

SJ – Saint Julien Rouen

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

Remerciements

Au Professeur Matthieu SCHUERS : Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury et pour votre investissement dans la formation des jeunes médecins généralistes.

Au Docteur Isabella MARINO : Vous avez accepté d'être membre de mon jury et je vous en remercie.

Au Docteur Julien BOUDIER : Merci d'avoir dirigé ce travail. Merci pour les nombreuses heures investies à en discuter, à le corriger et veiller à ce qu'il soit pertinent.

À mon conjoint Adrien, pour ton amour inconditionnel, pour la merveilleuse petite fille qui grandit chaque jour auprès de nous, pour notre belle maison que nous embellissons jour après jour. Pour ton investissement à mes côtés dans cette thèse et ton soutien tout au long de la réalisation de ce travail. Pour ton accompagnement quotidien, dans les hauts comme dans les bas. Je t'aime !

À ma petite Amélia, le plus beau rayon de soleil existant dans ce monde. Tu embellis chaque moment par ton magnifique sourire, ta joie de vivre et ton amour. Continue de t'épanouir comme tu le fais. Je t'aime de tout mon cœur de maman !

À mes parents, pour votre amour partagé depuis ma naissance, pour m'avoir donné des bases solides pour vivre la vie que je souhaite, pour m'avoir soutenue et accompagnée tout au long de ces longues années d'études, d'être des grands-parents toujours présents pour Amélia, pour l'investissement dans cette thèse également en me libérant du temps pour que j'y travaille. Merci d'être toujours là pour moi. Je vous aime !

À ma belle-mère, pour t'être occupée de mes frères et moi comme de tes propres enfants, aussi bien à travers tes bons petits plats que les multiples activités réalisées, et, à présent, par l'investissement auprès d'Amélia.

À mes frères, pour les moments de partage depuis notre plus jeune âge et pour votre bienveillance. Merci à toi Frédéric pour le temps passé à relire cette thèse. Je vous aime fort tous les deux !

À mes deux meilleurs amis, Anthony et Julia, pour votre amitié indéfectible. Pour le nombre d'heures passées ensemble aussi bien à réviser qu'à décompresser autour d'un café, d'une partie de tarot ou d'une soirée jeu de société. L'externat n'aurait pas été pareil sans vous. Pour tous les bons moments passés ensemble. Pour votre soutien même dans les moments d'incertitude. Pour tous nos partages d'expériences. Merci de votre présence !

À Pauline, pour ton amitié depuis le début de ces études de médecine, pour tous ces moments de partage, aussi bien d'expériences professionnelles que de celles de jeune maman.

À Agathe et David, pour votre amitié depuis mon arrivée dans ce petit coin de campagne, pour nos échanges sur nos deux métiers si liés et pourtant si différents, pour toutes les soirées passées et à venir.

À mes maîtres de stage, et tout particulièrement à Isabelle, François et Sébastien, pour m'avoir accompagnée dans ma formation en m'incluant pleinement dans votre exercice, puis dans mes débuts de remplacements. Merci pour votre confiance !

Enfin, à tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude, sans vous, ce travail n'aurait pas existé.

Serment d'Hippocrate

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Abréviations

ALD : Affection Longue Durée

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins

CDE : Contrat de Début d'Exercice

CDS : Centre De Santé

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COSCOM : Contrat de Stabilisation et de Coordination des Médecins

COTRAM : Contrat de Transition pour les Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSTM : Contrat de Solidarité Territoriale Médecin

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESP : Equipe de Soins Primaires

FIR : Fond d'Intervention Régional

GEP : Groupe d'Echanges de Pratiques

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

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

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

Km : Kilomètre

LAS : Licence Accès Santé

MAX : Maximum

MEP : Médecins à Exercice Particulier

MG : Médecin Généraliste

MICA : Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité

MIN : Minimum

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maître de Stage Universitaire

Nb : Nombre

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PADHUE : Praticien Diplômé Hors Union Européenne

PAPS : Plateforme d'Accompagnement des Professionnels de Santé

PASS : Parcours d'Accès Spécifique Santé

PIAS : Praticien Isolé à Activité Saisonnière

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PP : Point de Pourcentage

PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTMR : Praticien Territorial Médical de Remplacement

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SD : Standard Déviation (« écart type » en français)

SISA : Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (« Organisation mondiale des médecins généralistes » en français)

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Sommaire

I. Introduction	21
1. La médecine générale : définition et évolution dans le système de soins	21
2. L'offre et la demande de soins médicaux	21
2.1. L'augmentation de la demande de soins	21
2.2. La démographie médicale	23
2.3. La répartition des modes d'exercice	29
2.4. Accessibilité Potentielle Localisée (APL)	32
3. Les mesures prises pour lutter contre la désertification médicale	35
3.1. Accroissement du nombre de médecins généralistes	35
3.2. Favoriser l'installation en zone déficitaire	38
3.3. L'adaptation de la pratique médicale	46
4. Le suivi de cohortes de jeunes médecins généralistes	51
II. Méthode	53
III. Résultats	57
1. Caractéristiques socio-démographiques	57
1.1. Situation socio-démographique des médecins en 2022	57
1.2. Origine des médecins répondants	59
2. Pratique médicale actuelle	63
2.1. Pratique de la médecine générale	65
2.2. Pratique d'une autre activité	71
2.3. L'adaptation de la pratique médicale	72
2.4. Temps de travail et satisfaction générale	75
3. Pratique envisagée dans les 10 prochaines années	79
3.1. Modifications envisagées	79
3.2. Projection de l'évolution des pratiques dans 10 ans	82
4. Evolutions de la cohorte	85
4.1. Comparaison avec les suivis antérieurs	85
4.2. Description et schématisation parcours professionnel des médecins depuis 2016	90

5. Analyse univariée	101
5.1. Facteurs influençant le type d'activité exercé	101
5.2. Facteurs influençant le statut d'exercice de la médecine générale	102
5.3. Facteurs influençant la zone d'exercice.....	103
5.4. Facteurs influençant le département géographique d'exercice de la médecine générale	104
5.5. Facteurs influençant la satisfaction de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle et le temps de travail	105
IV. Discussion.....	107
1. Les principaux résultats et leur mise en perspective.....	107
1.1. La situation socio-démographique.....	107
1.2. La pratique médicale	108
1.3. Le lieu d'exercice.....	116
1.4. Adaptation de la pratique médicale.....	123
2. Critique de l'étude	130
2.1. Points forts	130
2.2. Points faibles	131
2.3. Points d'amélioration	132
3. Perspectives et propositions	133
V. Conclusion	135
VI. Bibliographie.....	136
VII. Annexe.....	144
1. Mail d'inclusion.....	144
2. Questionnaire.....	145
3. Typologie socio-sanitaire des territoires de vie français par l'IRDES	170

I. Introduction

1. La médecine générale : définition et évolution dans le système de soins

La médecine générale a été définie en 2002 par un organisme européen, la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale), comme une discipline à la fois universitaire et scientifique ayant pour fonction de se consacrer aux soins primaires (1). Les soins primaires, ou soins de proximité, constituent un premier contact avec le système de soins afin de délivrer des soins globaux au plus près de l'environnement des patients, accessibles à tous, sans restriction, et tout au long de la vie, allant de la prévention au traitement, et de la pédiatrie aux soins palliatifs (2). Le médecin généraliste assure également la coordination, la continuité des soins et la réorientation vers les autres professionnels de santé en cas de besoin (1).

Le collège des Généralistes Enseignants a été créé en 1983, mais il a fallu attendre le 16 janvier 2004 pour que la médecine générale devienne une spécialité à part entière, avec la création du DES de médecine générale (3). Cette même année, la loi de réforme de l'Assurance Maladie introduit la notion de « médecin traitant » et ancre le médecin généraliste dans son rôle pivot du système de soins. La loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) a d'autant plus renforcé cette notion en 2009, suivie par la loi du 29 juillet 2019 « Ma santé 2022 ».

Cependant, si les médecins généralistes ont une place bien définie dans le parcours de soins, de plus en plus de Français rencontrent des difficultés d'accès à un médecin traitant. Selon la Caisse nationale d'Assurance Maladie, en 2021, 11% des Français de plus de 17 ans n'avaient pas de médecin traitant (4).

2. L'offre et la demande de soins médicaux

2.1. L'augmentation de la demande de soins

La démographie française ne cesse de croître avec 67,8 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2022, soit une croissance de 3,9% en 10 ans (5). De plus, la population française vieillit d'année en année. La part des plus de 65 ans représentait 21% de la population au 1^{er} janvier 2022 (soit 3,9pp de plus qu'en 2012) et elle devrait atteindre 26% de la population française en 2040 (6).

En Haute-Normandie, la population a augmenté de 0,7% en 10 ans, pour atteindre 1,85 million d'habitants en 2022 (5). En 2022, 597 mille habitants ont été recensés dans l'Eure, contre 1 254 mille habitants en Seine-Maritime.

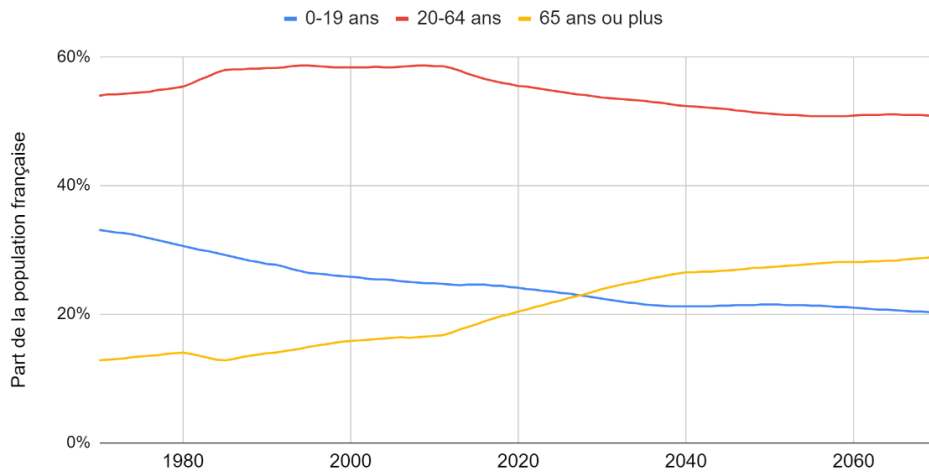


Figure 1 : Évolution de la démographie française par tranche d'âge depuis 1970 et projection jusqu'en 2070 (6)

La consommation de soins évolue en fonction de l'âge. Une personne de 35 ans consomme en moyenne quatre fois moins de soins qu'une personne de 75 ans, et deux fois plus qu'un enfant de 10 ans. Le vieillissement de la population implique donc une demande de soins qui sera de plus en plus importante dans les années à venir.

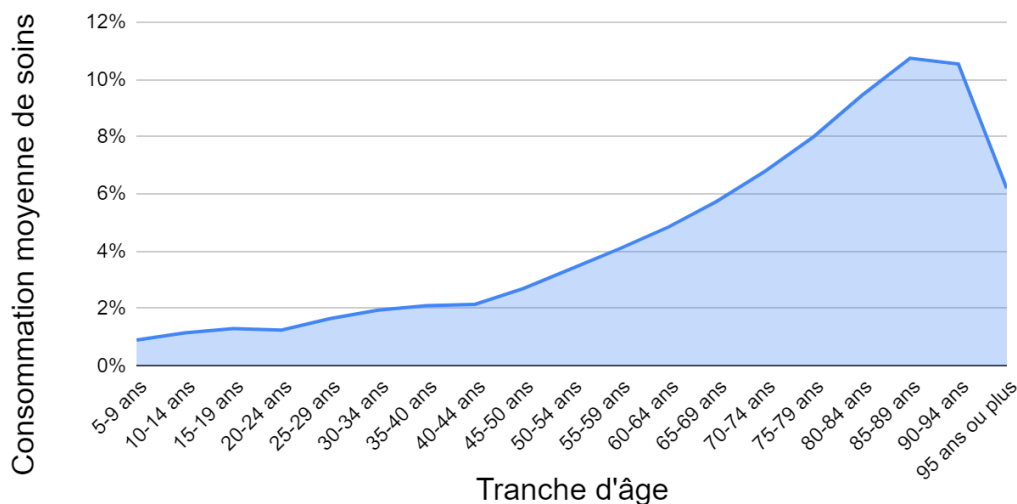


Figure 2 : Consommation moyenne de soins par tranche d'âge en 2015

Lecture : en 2015, la dépense moyenne des hommes de 20 à 24 ans représentait 0,9% de la consommation totale de soins et de biens médicaux. Elle était 6 fois plus faible que celle des hommes de 65 à 69 ans. (7)

Le nombre de pathologies chroniques est également croissant d'année en année, avec une augmentation de 28% des affections de longue durée (ALD) entre 2012 et 2021, pour atteindre un effectif de 12,1 millions d'habitants ayant au moins une ALD, soit 17,9% de la population française (8). Sachant que le taux moyen par département est de 21,6 ALD pour 100 habitants en France métropolitaine, l'Eure et la Seine-Maritime sont proches de cette moyenne avec respectivement 21,4 et 23 ALD pour 100 habitants.

Par ailleurs, on peut constater que le nombre de patients sans médecin traitant est croissant d'année en année (+1,2pp depuis 2017) et touche surtout les patients de 17 à 50 ans (9).

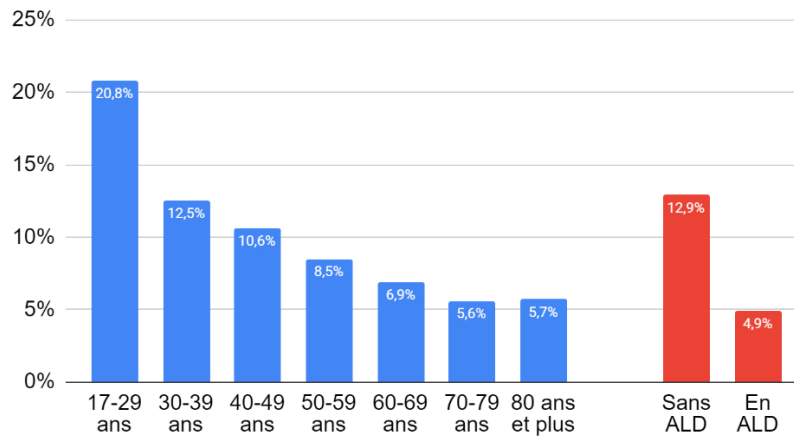


Figure 3 : Part de la population française sans médecin traitant en 2021 (9)

2.2. La démographie médicale

2.2.1. Des effectifs décroissants de médecins généralistes

En France, au 1^{er} janvier 2022, 228 858 médecins étaient en activité, dont 99 941 médecins généralistes (44% de l'ensemble) (10). Entre 2021 et 2022, alors que le nombre de médecins toutes spécialités confondues était en hausse sur l'ensemble de la France (+0,4%), le nombre de médecins généralistes a diminué de 0,7%. Cette tendance est semblable à celle des dix dernières années avec une augmentation de 6% toutes spécialités confondues contre une diminution de 1,5% des médecins généralistes. Une des raisons à ce phénomène est la création des spécialités « médecine d'urgence » et « gériatrie » qui étaient initialement considérées comme une formation complémentaire à la médecine générale jusqu'en 2017, avec leurs effectifs inclus dans ceux des médecins généralistes.

L'arrivée importante de médecins diplômés de l'étranger a, elle, contribué à l'augmentation globale des effectifs des médecins (11).

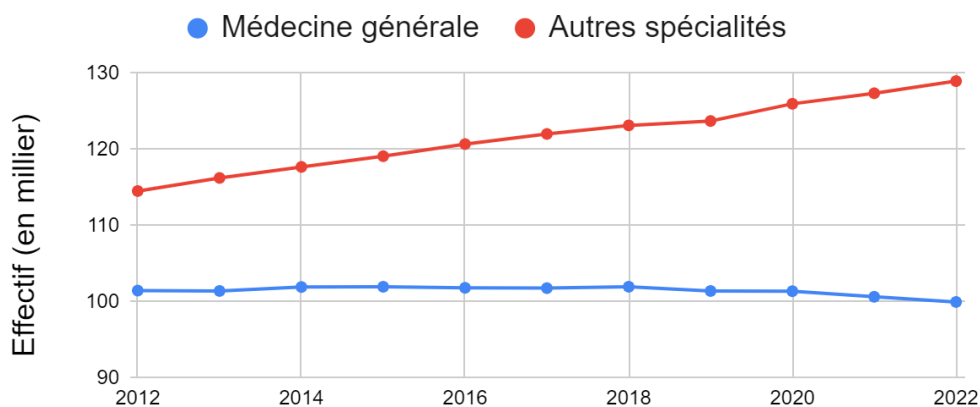


Figure 4 : Évolution des effectifs des médecins au cours des dix dernières années

2.2.2. Une densité décroissante en médecine générale

La densité des médecins toutes spécialités confondues était de 338 médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2022 (10). Elle est restée relativement stable entre 2012 et 2022 (-1,2%), avec une diminution en 2013 suivie d'une augmentation progressive. En ce qui concerne les médecins généralistes, leur densité était de 148 médecins pour 100 000 habitants en 2022, soit une diminution de 8,1% depuis 2012. Quant aux médecins généralistes libéraux, leur densité était de 97 médecins pour 100 000 habitants en 2022.

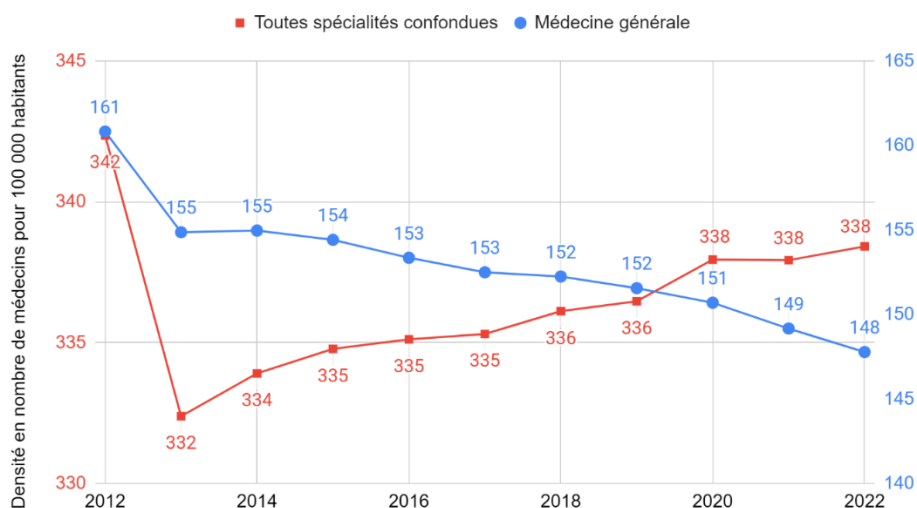


Figure 5 : Évolution des densités de médecins au cours des dix dernières années

En Haute-Normandie, la densité des médecins toutes spécialités confondues est plus faible que la moyenne nationale, avec 247 médecins pour 100 000 habitants (10). Entre 2012 et 2022, on observe une diminution de la densité de 0,4%, due à une évolution fortement négative dans le département de l'Eure (-9,3%), contrairement à la Seine-Maritime (+4,7%). La densité des médecins généralistes dans cette région est également inférieure à la moyenne nationale en 2022, avec 116 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Depuis 2012, la variation du nombre de médecins généralistes est négative, avec une perte de médecins plus importante dans l'Eure (-17%) qu'en Seine-Maritime (-5%), rendant l'accès aux soins de plus en plus difficile.

En Haute-Normandie comme en France, la densité des médecins généralistes risque de diminuer encore jusqu'en 2026-2027, avec une densité minimale d'environ 134 médecins pour 100 000 habitants en France et 122 en Haute-Normandie. La densité ne retrouvera sa valeur de 2022 qu'aux alentours de 2031 à l'échelle nationale et vers 2028 pour la Haute-Normandie (12). Pour établir ses projections, la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) se base sur deux scénarios : le maintien de la tendance actuelle du nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année de médecine à 8 700 (scénario A), ou une augmentation plus importante à 10 400 étudiants (scénario B). Quel que soit le scénario envisagé, la densité des médecins généralistes en Haute-Normandie resterait a priori inférieure à la moyenne nationale, tout en s'y rapprochant progressivement.

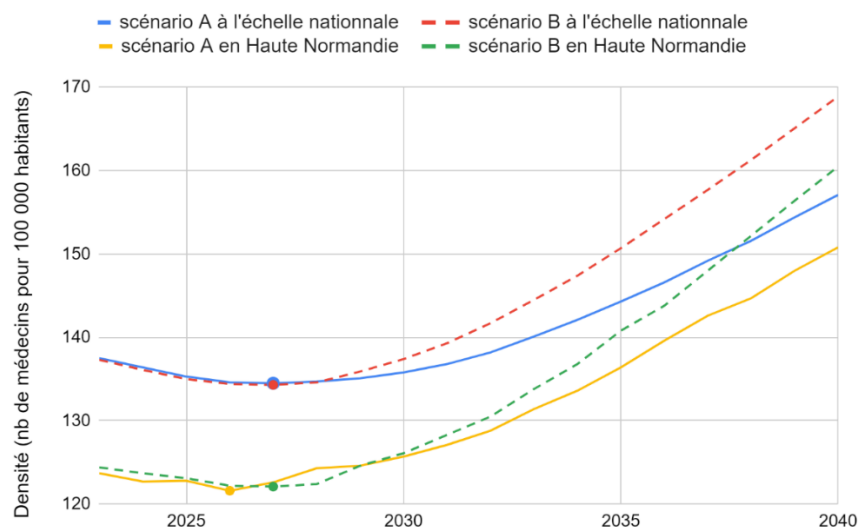


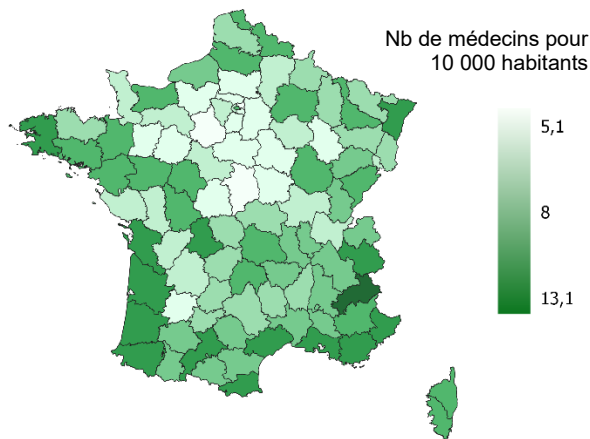
Figure 6 : Projection de la densité des médecins généralistes en activité de moins de 70 ans selon deux scénarios :

Scénario A : maintien de la tendance actuelle du nombre d'étudiants admis en 2ème année de médecine à 8 700
 Scénario B : augmentation à 10 400 étudiants admis en 2ème année de médecine

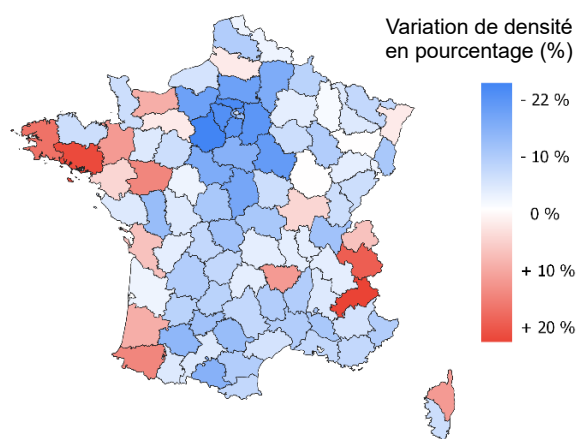
2.2.3. Une répartition géographique inégale

La répartition géographique des médecins est inégale sur l'ensemble de la France, avec des effectifs et une densité de médecins plus élevés le long du littoral et dans le sud du pays. Les cartes de densité sont superposables entre celle des médecins toutes spécialités confondues et celle des médecins généralistes. Malgré l'effectif important de médecins en Île-de-France, la densité de médecins y est faible. Les densités varient en France métropolitaine, allant de 89 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans l'Eure en Normandie à 272 dans le département des Hautes-Alpes (10).

Les variations de densité montrent une accentuation des inégalités, avec une attractivité plus marquée pour les territoires déjà les mieux pourvus en médecins généralistes. Les départements enregistrant les plus grandes variations de densité depuis 2012 en France métropolitaine sont l'Eure-et-Loir (-22,7%) et les Hautes-Alpes (+19,8%).

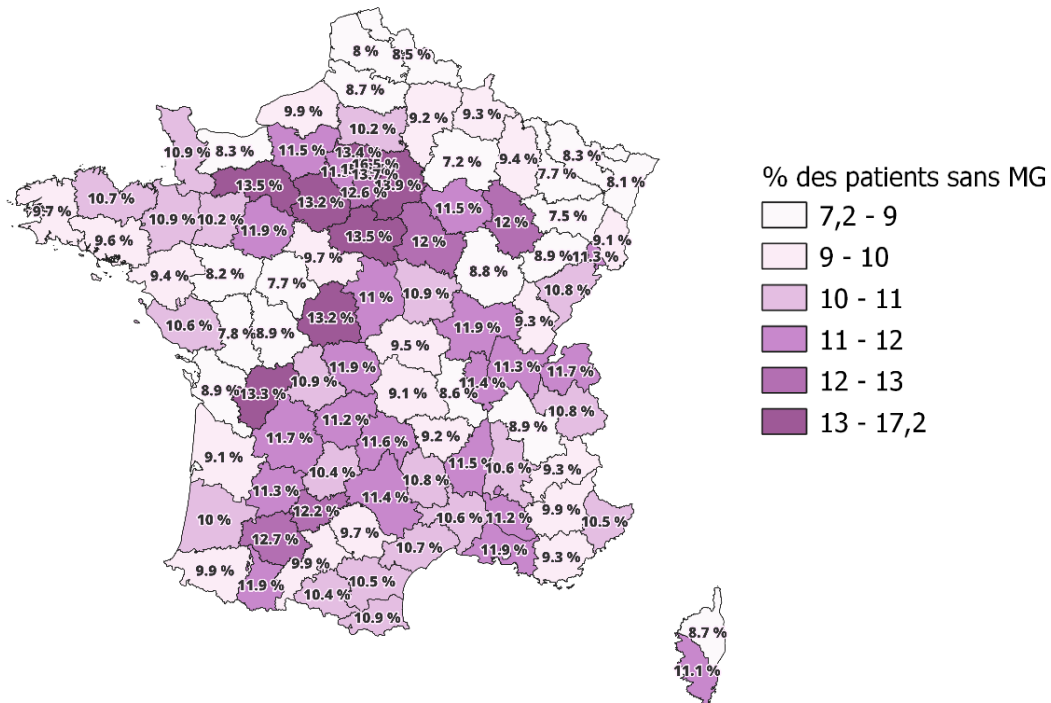


Carte 2 : Densité de médecins généralistes par département en France, en 2022 (10)



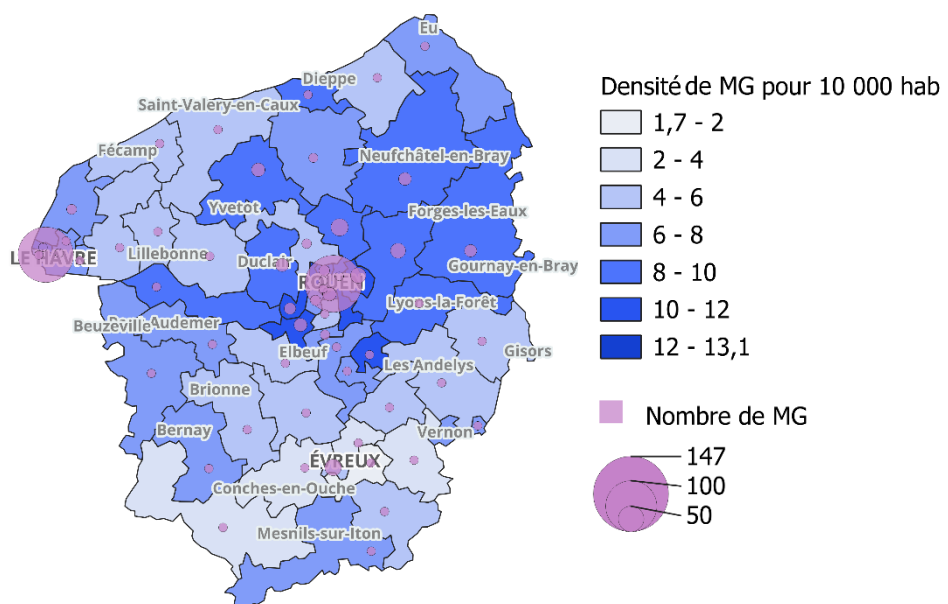
Carte 1 : Variation de densité de médecins généralistes, par département, en France entre 2012 et 2022 (10)

En cartographiant le taux de patients sans médecin traitant, on constate une « diagonale du vide » entre le Sud-Ouest et l'Île-de-France. On pouvait également l'observer sur la carte précédente, portant sur les variations de densité des médecins généralistes de 2012 à 2022.



Carte 3 : Cartographie des patients sans médecin traitant par département en 2021 (9)

Au sein même de la Haute-Normandie, on observe également des variations de densités médicales, avec une concentration de cantons ayant une forte densité en médecins généralistes autour de la capitale régionale et dans l'est de la Seine-Maritime.



Carte 4 : Effectif et densité de médecins généralistes libéraux par canton en Haute-Normandie en 2022 (13)

2.2.4. Classe d'activité : l'évolution depuis 2010

Les variations d'effectifs des médecins ne sont pas identiques pour toutes les classes d'activité et sont en faveur des retraités actifs (+4pp entre 2010 et 2022) tandis que la part des médecins en activité régulière est en diminution (-14,2pp entre 2010 et 2022) (13).

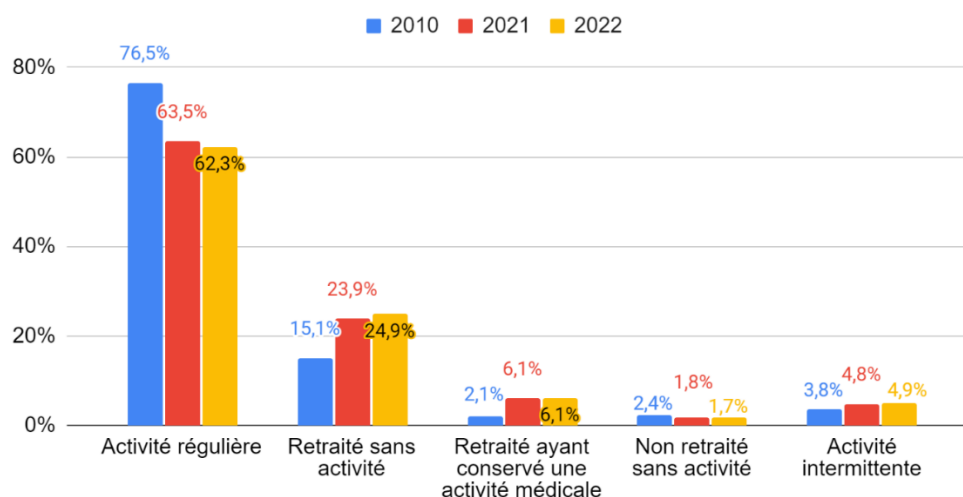


Figure 7 : Évolution de la répartition de l'activité des médecins

2.2.5. Rajeunissement et féminisation de la profession

Depuis 2016, on observe une tendance au rajeunissement des médecins actifs, chez les médecins généralistes comme dans les autres spécialités. En 2022, la moyenne d'âge des médecins, toutes spécialités confondues, était de 50,5 ans et de 50,8 ans pour les médecins généralistes (10).

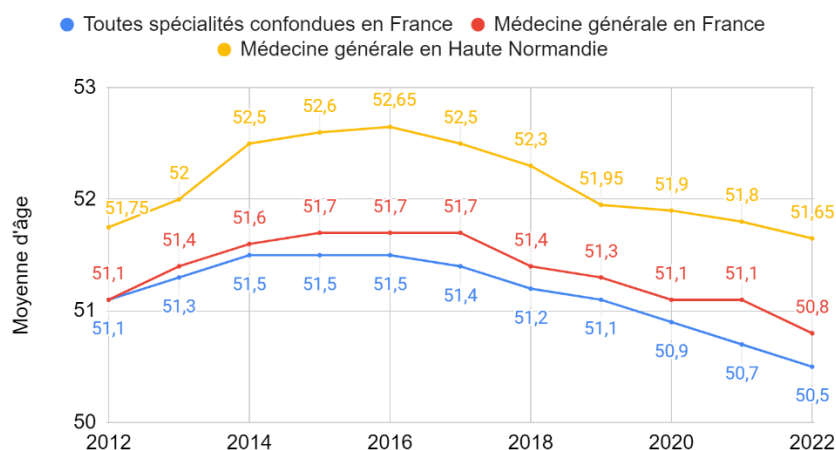


Figure 8 : Moyenne d'âge des médecins depuis 2012

Cependant, comme on peut le voir dans la figure ci-dessous, la pyramide des âges met en évidence un nombre important de médecins généralistes en activité âgés de plus de 60 ans (32,6%) en particulier chez les hommes (45%), dont certains cumulent emplois et retraite. La proportion des moins de 40 ans étant plus faible (27,8%), l'index de renouvellement générationnel (part des moins de 40 ans par rapport à celle des

plus de 60 ans) est insuffisant (0,85). Ceci contribue à la diminution actuelle et future des effectifs des médecins généralistes. L'instauration du numerus clausus en 1972 a directement influencé cette structure démographique.

En Haute-Normandie, la moyenne d'âge des médecins généralistes actifs est plus élevée d'environ une année (51,7 ans en 2022). L'index de renouvellement générationnel y est encore plus bas (0,80), avec une part de médecins généralistes de plus de 60 ans légèrement supérieure (33,8%). Les médecins généralistes de l'Eure sont en moyenne plus âgés (52,8 ans) que ceux de la Seine-Maritime (50,5 ans).

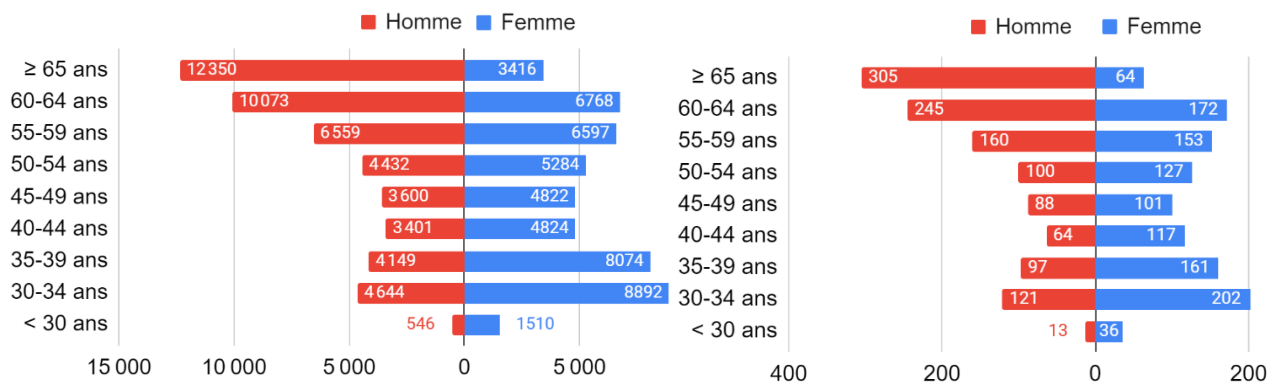


Figure 10 : Pyramide des âges de médecins généralistes en France

Figure 9 : Pyramide des âges de médecins généralistes en Haute-Normandie

Parmi les médecins généralistes en activité, 50,2% étaient des femmes en 2022. La féminisation de la profession apparaît de plus en plus marquée chaque année (40,8% en 2012 et 49,4% en 2021). Chez les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ans, 66,4% sont des femmes. Cette tendance à la féminisation s'observe également dans les autres spécialités (62% de femmes parmi les moins de 40 ans, toutes spécialités confondues). Par ailleurs, on peut observer sur la pyramide des âges que les femmes restent majoritaires jusqu'à la tranche d'âge des 50-54 ans.

En Haute-Normandie, la proportion de femmes est moins importante (48,7%) en particulier dans l'Eure (43,1%), ce qui pourrait s'expliquer par la présence moins marquée de la jeune génération, qui est plus féminisée. La structure globale de la pyramide des âges est semblable en Haute-Normandie par rapport à celle de la France.

Cependant, bien que la féminisation de la profession soit parfois considérée comme pouvant entraîner des changements dans l'organisation du travail médical, notamment en termes de temps de travail, il semblerait que le souhait d'un meilleur équilibre entre vie personnelle et professionnelle soit commun aux deux genres parmi la jeune génération (14,15). Ces évolutions sont donc davantage liées à des facteurs générationnels qu'à la simple augmentation de la proportion de femmes parmi les médecins généralistes.

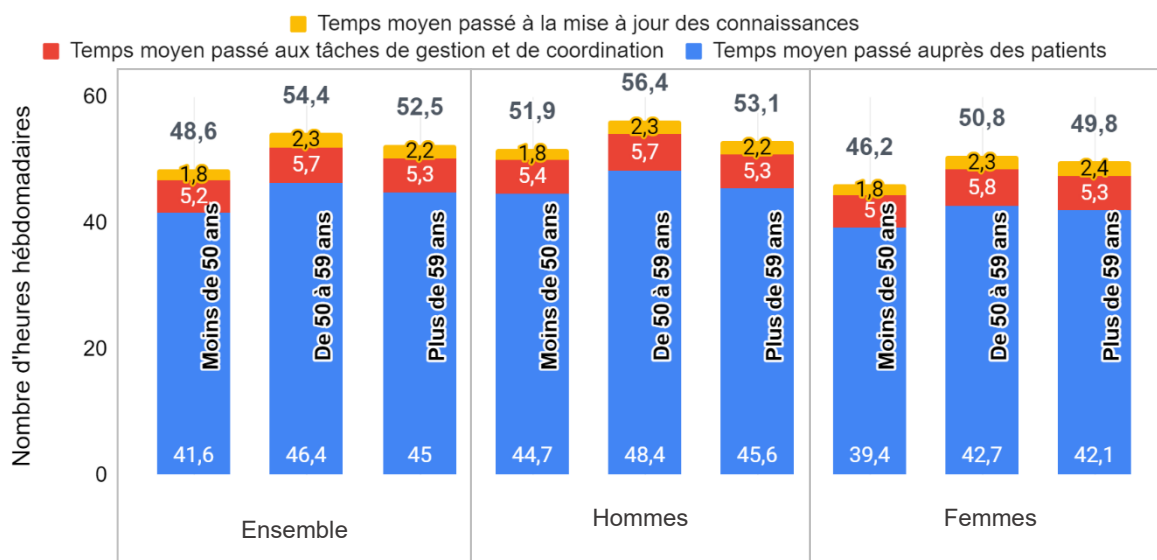


Figure 11 : Organisation du temps de travail libéral des médecins généralistes par genre et âge en 2019 (15)

2.3. La répartition des modes d'exercice

Au 1^{er} janvier 2022, les médecins généralistes étaient majoritairement libéraux avec 57,1% de médecins libéraux exclusifs, contre 34,5% de médecins salariés et 8,4% de médecins ayant une activité mixte (10). En Haute-Normandie, la répartition est similaire à celle de la France, avec une proportion d'activité exclusivement libérale légèrement plus élevée (61%), particulièrement dans l'Eure (65%).

L'activité libérale est en déclin au profit des autres modes d'exercice. La part de l'activité mixte a presque doublé en France depuis 2012. Cette tendance est moins prononcée en Haute-Normandie, où l'augmentation de l'activité mixte s'élève à 36%, avec des évolutions comparables dans l'Eure et en Seine-Maritime.

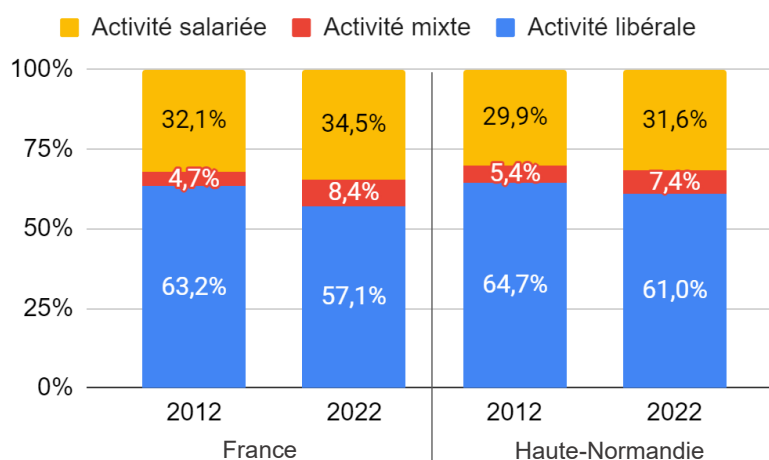


Figure 12 : Répartition et évolution de l'activité des médecins généralistes entre 2012 et 2022

Parmi les médecins généralistes salariés, près de 60% sont des femmes, tandis que la répartition hommes-femmes en activité libérale est légèrement plus masculine (54,6%). Les médecins généralistes ayant une activité mixte sont globalement plus jeunes, avec une moyenne d'âge de 48,5 ans, contre 50,9 ans pour les médecins libéraux et 51,8 ans pour les médecins salariés. Environ 8% des médecins généralistes salariés travaillent dans des centres de santé.

La pratique en groupe devient de plus en plus courante chez les médecins généralistes. En 2022, 69% des médecins généralistes libéraux ont déclaré exercer en groupe en France (contre 54% en 2010). De plus, alors que la part des médecins généralistes exerçant en groupe et privilégiant les cabinets pluriprofessionnels est actuellement de 58%, ils n'étaient qu'un quart en 2010 (16,17), ce qui reflète une forte évolution des cabinets pluriprofessionnels au cours des 10 dernières années.

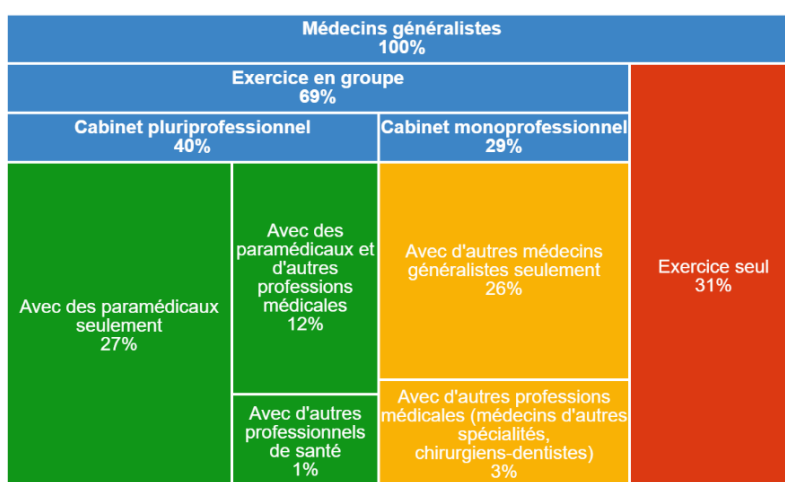


Figure 13 : Répartition des médecins généralistes en 2022 en fonction de leur type d'installation

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ont connu un développement rapide, passant de 20 MSP en 2008 à 2311 MSP en 2022 (dont 68 en Haute-Normandie) (18,19). En 2022, 17% des médecins généralistes exerçaient dans ces structures, avec une proportion plus élevée parmi les jeunes médecins (24% chez ceux âgés de moins de 50 ans) (16) ainsi que dans les territoires où l'accès aux soins est plus limité (selon la typologie socio-sanitaire des espaces français à l'échelle des territoires de vie, établie par l'IRDES, en fonction de 32 variables (20; Annexe 3)) (21).

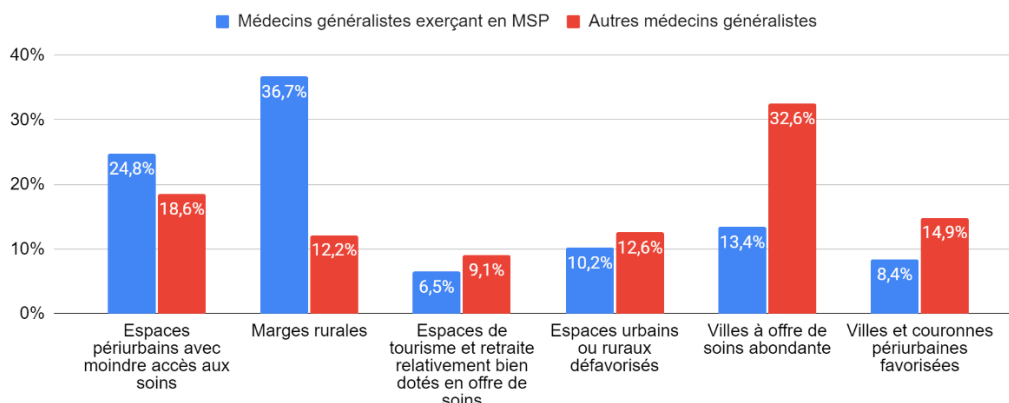
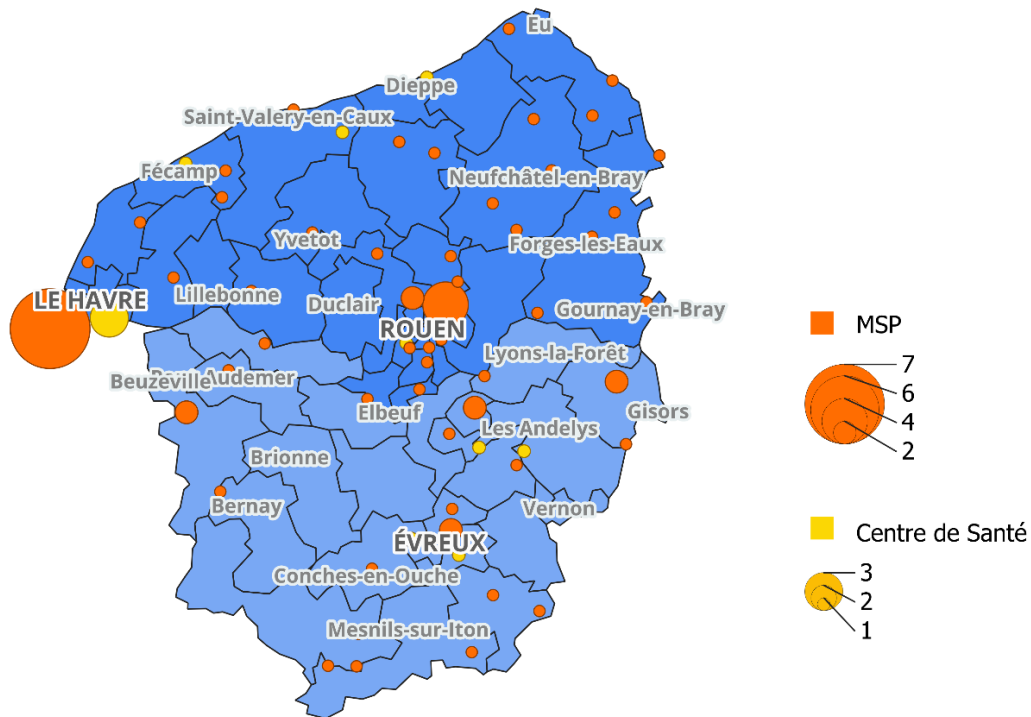


Figure 14 : Répartition des médecins généralistes selon leur lieu d'exercice (21)

En Haute-Normandie, les MSP sont principalement localisées dans les grandes villes et à l'est de la région. On dénombre 43 MSP en Seine-Maritime et 25 dans l'Eure.



Carte 5 : Répartition des MSP et Centres de santé polyvalents en Haute-Normandie en 2022 (13)

L'exercice en groupe attire particulièrement les jeunes médecins généralistes (87% chez ceux âgés de moins de 50 ans, qu'ils soient libéraux ou installés) ainsi que les femmes (80% comparé à 62% chez les hommes) (16). À l'inverse, 33% des médecins âgés de plus de 65 ans exercent en cabinet individuel (10).

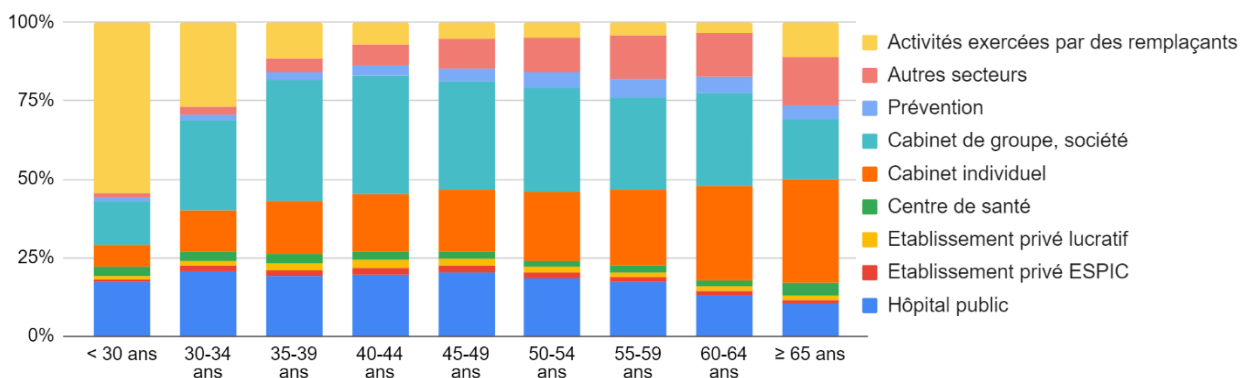


Figure 15 : Secteur d'activité de l'ensemble des médecins généralistes par tranche d'âge en France (10)

Cet exercice en groupe (hors Centre de santé) est encore plus attractif en Normandie par rapport au reste de la France (+4,1pp).

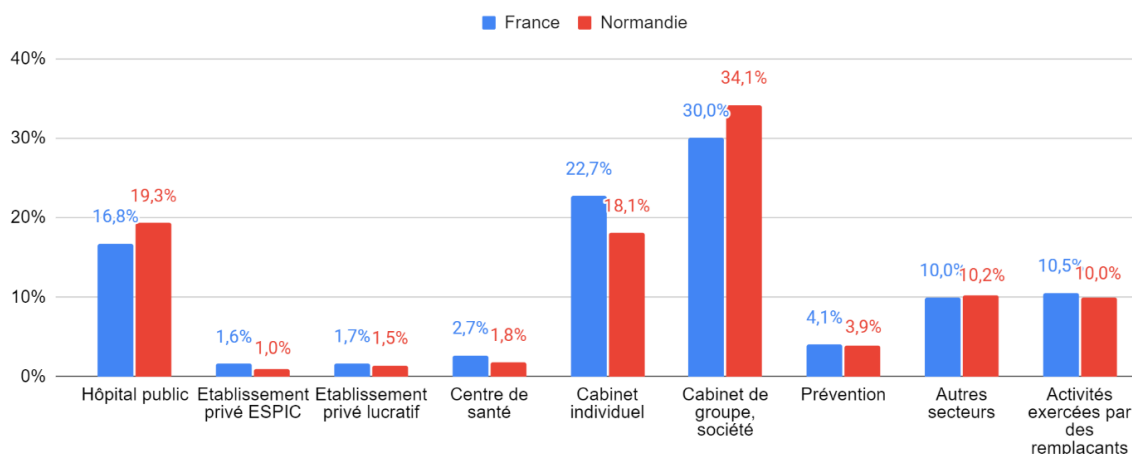


Figure 16 : Comparaison du secteur d'activité des médecins généralistes entre la France et la Normandie

2.4. Accessibilité Potentielle Localisée (APL)

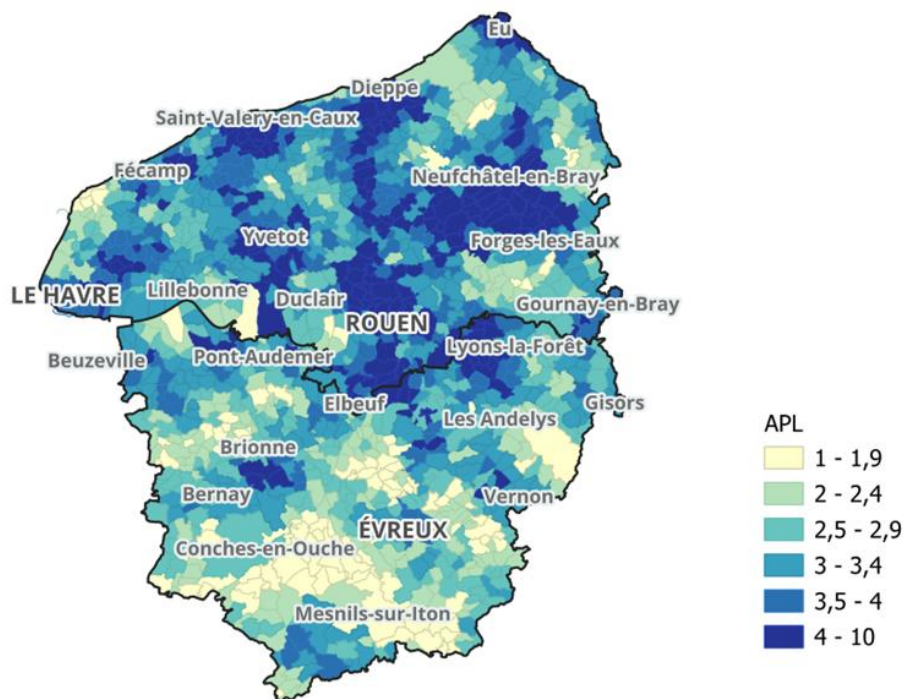
2.4.1. Définition et interprétation

Créée en 2012 par la DRESS et l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé), l'APL (Accessibilité Potentielle Localisée) correspond au volume de soins accessible pour les habitants d'une commune. Il prend en compte la proximité et la disponibilité des médecins (nombre de rendez-vous ouverts), ainsi que les besoins de soins de la population en fonction de l'âge dans cette commune mais aussi dans les communes environnantes. Cet indicateur est exprimé en nombre de consultations accessibles par patient et par année. Cela permet une approche plus précise des besoins de santé d'un territoire par rapport à la densité ou à l'effectif des médecins généralistes.

Un territoire est considéré comme bien doté en médecins généralistes lorsque l'APL dépasse 4 consultations par an et par habitant. À l'inverse, en dessous de 2,5, le territoire est considéré en sous-effectif (ou sous-dense). C'est cette limite de 2,5 qui a été retenue pour qualifier un territoire de particulièrement fragile.

En France, l'APL moyenne en 2021 pour les médecins généralistes de moins de 65 ans était de 3,4 consultations par an et par habitant, soit une baisse de 10,5% par rapport à 2015 (22). En 2021, environ 13% de la population française résidait dans une commune sous-dotée en médecins généralistes (APL < 2,5). L'accessibilité moyenne pour les 10 % d'habitants les moins bien dotés en médecins généralistes était de 1,5 consultation par an et par habitant en 2021, tandis qu'elle était de 5,7 pour les 10% les mieux dotés.

En Haute-Normandie, l'APL moyenne est de 2,6 consultations par an et par habitant, soit en deçà de la moyenne nationale. L'Eure est particulièrement en difficulté avec une APL de 2,2 consultations par an et par habitant, tandis que la Seine-Maritime possède une moyenne de 3,1 consultations par an et par habitant. Ainsi, 74,9% des habitants de l'Eure vivent dans une commune considérée en sous-effectif, contre 24,7% en Seine-Maritime.



Carte 6 : APL par commune en Haute-Normandie en 2021 (22)

La diminution de l'APL est due à plusieurs facteurs, dont l'accroissement de la démographie française, le vieillissement de la population entraînant une augmentation de la demande de soins, un faible nombre d'installations de jeunes médecins pour compenser les départs à la retraite, ainsi qu'un temps de travail moins important chez les jeunes médecins.

La DREES a étudié l'accessibilité des 10% des habitants les moins bien dotés en médecins généralistes (considérés comme ayant des difficultés d'accès aux médecins) ainsi que celle des 10% les mieux dotés en 2019 (considérés comme n'ayant pas de difficultés d'accès aux médecins) (23). On peut constater que, si 27,6% de la population française habite en territoire rural, 60,5% des habitants éprouvant des difficultés d'accès aux médecins généralistes y résident.

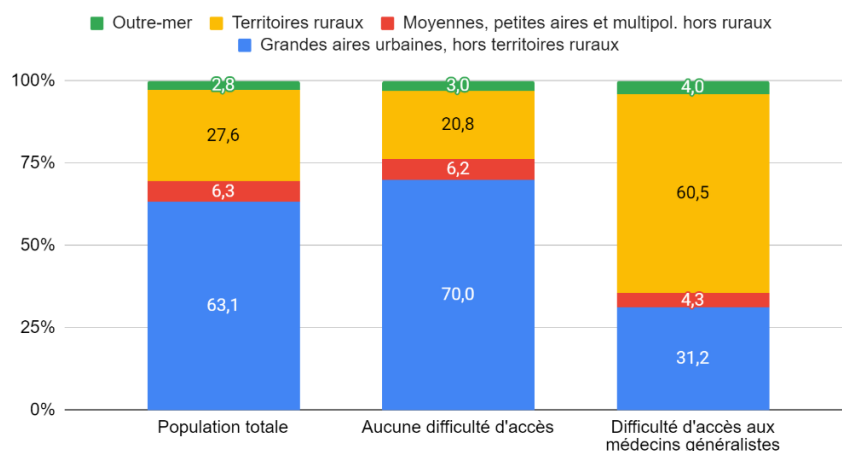


Figure 17 : Accessibilité selon le type de commune de résidence

2.4.2. L'exercice médical en zone sous-dotée

Si la désertification médicale touche directement les patients, entraînant un risque de retard dans la prise en charge et de renoncement aux soins, elle impacte également les professionnels de santé. En 2022, 78% des médecins généralistes libéraux considéraient que l'offre de soins en médecine générale dans leur territoire d'exercice était insuffisante (+11pp depuis 2019). De plus, 87% d'entre eux éprouvaient des difficultés à orienter un patient vers un spécialiste en raison des délais de consultation (+10pp depuis 2019) et près de 80% d'entre eux déclaraient en 2019 avoir des difficultés à répondre aux besoins des patients en termes de demande de soins (24,25). La pratique médicale en est fréquemment impactée, avec notamment :

- des journées plus longues que souhaité (pour 72% des médecins),
- une réduction du temps de formation professionnelle (pour 50% des médecins),
- un refus de nouveaux patients en tant que médecin traitant (pour 65% des médecins) mais aussi pour des consultations occasionnelles,
- une augmentation des délais de rendez-vous,
- une nécessité d'espacer les suivis,
- ou encore une diminution du temps de consultation.

Ainsi, en 2022, 98% des médecins ont affirmé adapter leur pratique en raison d'une offre de soins insuffisante. Cette tendance était plus prononcée lorsque les médecins exerçaient dans des territoires sous-denses ou en cabinet de groupe, lorsqu'ils étaient plus âgés (> 50 ans), ou lorsqu'ils avaient un volume d'activité élevé.

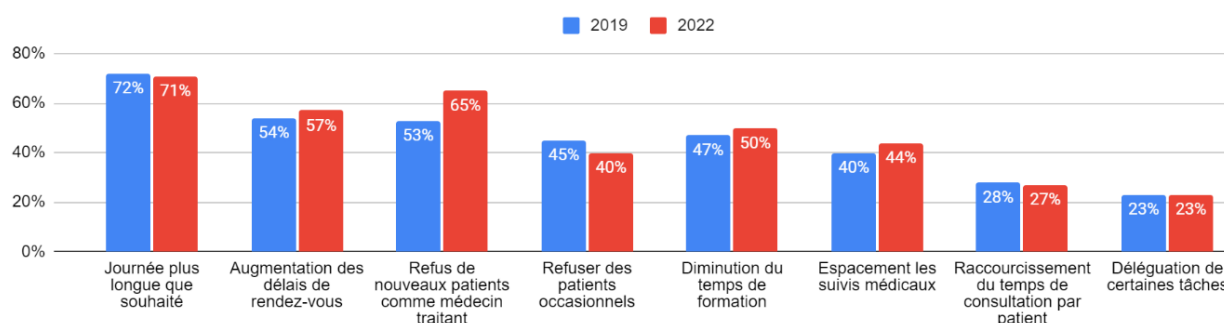


Figure 18 : Stratégies d'adaptation des médecins généralistes en cas d'offre de soins insuffisante

En zone rurale, on constate une augmentation du nombre d'heures de travail, une plus grande fréquence des gardes et des astreintes, une charge de travail accrue, un nombre de patients à traiter plus important et une insatisfaction fréquente quant à la durée des consultations (26).

3. Les mesures prises pour lutter contre la désertification médicale

Devant la diminution de la densité médicale, plusieurs stratégies ont été étudiées et mises en place à la fois pour accroître l'effectif médical à l'échelle nationale et dans les zones sous-dotées, mais aussi pour adapter l'organisation et les pratiques de soins.

3.1. Accroissement du nombre de médecins généralistes

3.1.1. La première année de médecine

Le nombre de médecins formés était déterminé jusqu'en 2020 par le numerus clausus, mis en place en 1971, imposant un nombre maximum d'étudiants pouvant entrer en 2^{ème} année de médecine. Cette restriction a induit une forte diminution du nombre d'étudiants jusqu'en 1993 avant d'augmenter à partir de 1996, permettant de retrouver en 2019 un nombre similaire à 1972 (la population française ayant augmenté de 28% dans cet intervalle de temps). Le nombre d'étudiant admis en 2ème année de médecine était supérieur à 10 000 en 2021.

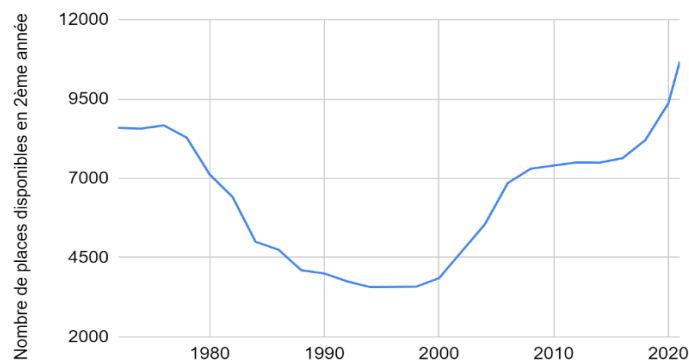


Figure 19 : Évolution du nombre de places ouvertes à la deuxième année de médecine depuis 1972

Depuis 2021, le numerus clausus a été remplacé par le numerus apertus, correspondant au nombre minimum (et non plus maximum) d'étudiants pouvant entrer en 2^{ème} année de médecine. Il est calculé par le Ministère de l'Enseignement supérieur et le Ministère de la Santé, en accord avec les ARS et fixé chaque année par décret. L'objectif est de permettre une adéquation entre les besoins en médecins d'un territoire et le nombre d'étudiants formés, tout en prenant en compte les capacités de formation des universités et CHU. Depuis sa mise en place, on peut constater une augmentation de 14% du nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine.

Ces mesures ne sont toutefois efficaces que sur le long terme étant donné la nécessité d'un minimum de 9 années pour former un médecin généraliste. De plus, il est à noter que le taux d'abandon au cours des études de médecine est de 18,4%, impliquant un écart entre le nombre d'étudiants entrant en formation et le nombre de médecins ayant terminé leur formation (9). Un des freins à cette augmentation de places est la capacité de formation des facultés et CHU qui est limitée en termes de locaux, d'enseignants et de terrains de stage.

3.1.2. Nombre de postes ouverts aux ECN

Le nombre de places ouvertes à la médecine générale aux ECN est croissant depuis 2020 et représente près de 40% des places toutes spécialités confondues. On retrouve en 2017 la diminution franche du nombre de places du fait de la création des spécialités « médecine d'urgence » et « gériatrie », autrefois considérées comme formations complémentaires de la médecine générale et donc comprises dans l'effectif des médecins généralistes.

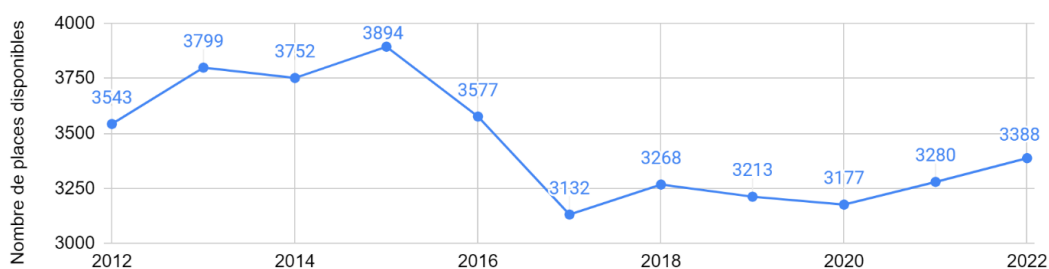


Figure 20 : Évolution du nombre de places ouvertes à la médecine générale aux ECN depuis 2012

La médecine générale est de plus en plus attractive auprès des étudiants en médecine, avec la totalité des places pourvues en 2021 et 2022 (contre seulement 84% en 2011 (27)). Cela montre également une bonne adéquation entre le nombre de places proposées et le souhait d'orientation des étudiants.

3.1.3. Les médecins diplômés de l'étranger

Chaque année depuis 2012, entre 35 et 223 médecins ayant un diplôme étranger sont venus exercer la médecine générale en France. En cas de diplôme obtenu dans l'Union Européenne, il existe, sous certaines conditions, un régime de reconnaissance automatique. Si les conditions ne sont pas remplies, ou pour les Praticiens Diplômés Hors Union Européenne (PADHUE), d'autres recours existent, dont certains nécessitant un stage d'adaptation et/ou une épreuve d'aptitude.

La spécialité de médecine générale est exercée par 20,4% des médecins ayant réalisé leur diplôme à l'étranger (toutes spécialités confondues) et exerçant actuellement en France (10) ; soit deux fois moins que chez les médecins diplômés en France. Les médecins généralistes ayant un diplôme étranger représentaient 4,7% de l'ensemble des médecins généralistes en 2022, part croissante au cours des 10 dernières années (+1,3pp). Cette augmentation en France des médecins diplômés de l'étranger a permis une diminution moins importante des effectifs totaux de médecins généralistes sur les dix dernières années.

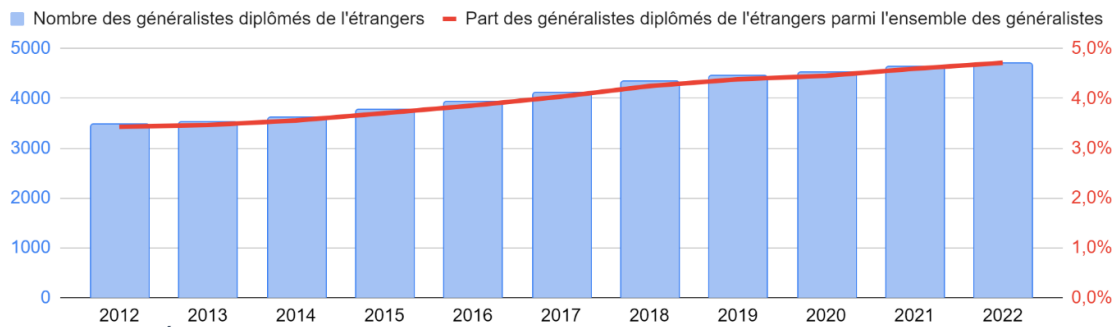


Figure 21 : Évolution et part des médecins généralistes diplômés de l'étranger par rapport à l'ensemble des médecins généralistes (10)

Les médecins diplômés de l'étranger exercent principalement dans les régions où la densité de médecins est plus faible. C'est le cas par exemple dans l'Yonne où 66,7% des nouveaux médecins inscrits en 2021 sont des médecins de diplôme étranger, ou encore en Eure-et-Loir avec une proportion de 88,9%.

En Normandie, la part des médecins généralistes diplômés de l'étranger en 2022 était similaire à celle observée à l'échelle nationale (4,9%). Cependant, la répartition entre l'Eure et la Seine-Maritime est inégale, avec une représentation des médecins possédant un diplôme étranger de 22,6% parmi les médecins exerçant dans l'Eure (dont les trois quarts hors Union Européenne) et de 51,5% parmi les médecins nouvellement inscrits en 2021, contre 8,1% parmi les médecins exerçant en Seine-Maritime et 10,8% des médecins nouvellement inscrits en Seine-Maritime en 2021.

3.1.4. Retarder le départ à la retraite

Afin d'augmenter le nombre de médecins en activité, une autre solution mise en avant est le maintien en activité (totale ou partielle) des médecins en âge de partir à la retraite, ce qui concerne plus de 15 000 médecins généralistes en France. Jusqu'en 2004, les médecins étaient incités à prendre leur retraite précocement à travers une allocation de remplacement de revenu versée par l'Assurance Maladie, appelée MICA (Mécanisme Incitatif à la Cessation d'Activité), accessible à partir de 57 ans et mise en place afin de réduire l'offre de soins ambulatoires et ainsi contribuer à maîtriser les dépenses de santé. À présent, les médecins sont plutôt incités à poursuivre leur activité le plus longtemps possible. Rendu possible par la loi Fillon en 2003, le cumul emploi-retraite concerne de plus en plus de médecins (8,3% des médecins généralistes actifs en 2018) qui choisissent de poursuivre leur exercice médical tout en bénéficiant de leur retraite sous certaines conditions (28). Le projet d'exonération exceptionnelle des cotisations pour la retraite pour l'année 2023 vise à rendre ce statut encore plus attractif (29).

Ce statut a été créé afin de limiter la désertification des zones sous-denses. On observe en effet que les médecins retraités actifs exercent principalement dans des communes sous-dotées en médecins généralistes, avec des difficultés à la reprise de leur cabinet. Ce dispositif de cumul emploi-retraite permet d'augmenter le nombre d'années travaillées de 3,5 ans en moyenne chez les médecins généralistes, avec un départ à la retraite en moyenne à 69,1 ans (28).

3.2. Favoriser l'installation en zone déficitaire

Les facteurs influençant le choix du lieu d'installation sont multiples. Les conditions de travail ont une place de plus en plus importante, incluant les notions d'équilibres entre vie professionnelle et familiale, de maîtrise des horaires et de la charge de travail, ou encore la possibilité d'échanges d'expériences ou de problématiques avec des collègues. Ainsi, parmi ces facteurs d'influence, on retrouve principalement (24,30–32) :

- les attaches du futur médecin à un territoire :
 - o personnelles : origine, proximité familiale et amicale...
 - o professionnelles : proximité du lieu d'étude, ancien lieu de stage ou de remplacement...
- la qualité et le cadre de vie offerts par le territoire
- la possibilité d'emplois pour le conjoint
- les services et infrastructures présents sur le territoire (établissement scolaire, garde d'enfants, commerces, divertissements tels que les cinémas ou les salles de sport, moyens de transport)
- l'offre de soins du territoire :
 - o la présence de confrères (spécialistes, médecins généralistes) et de structures de soins (hôpitaux, services d'urgence)
 - o la proximité d'équipements et services médicaux de santé (pharmacie, laboratoire, radiologie)
 - o la possibilité de reprise de l'activité d'un confrère
- la possibilité d'un exercice coordonné avec des confrères (MSP, CPTS ...)
- l'accompagnement dans les démarches d'installation

L'influence des aides financières semble être importante sans pour autant être déterminante.

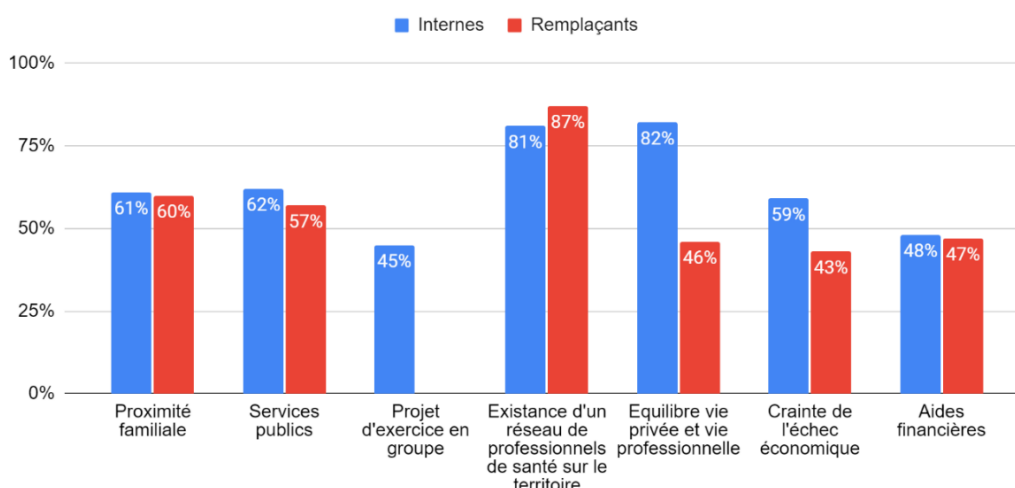
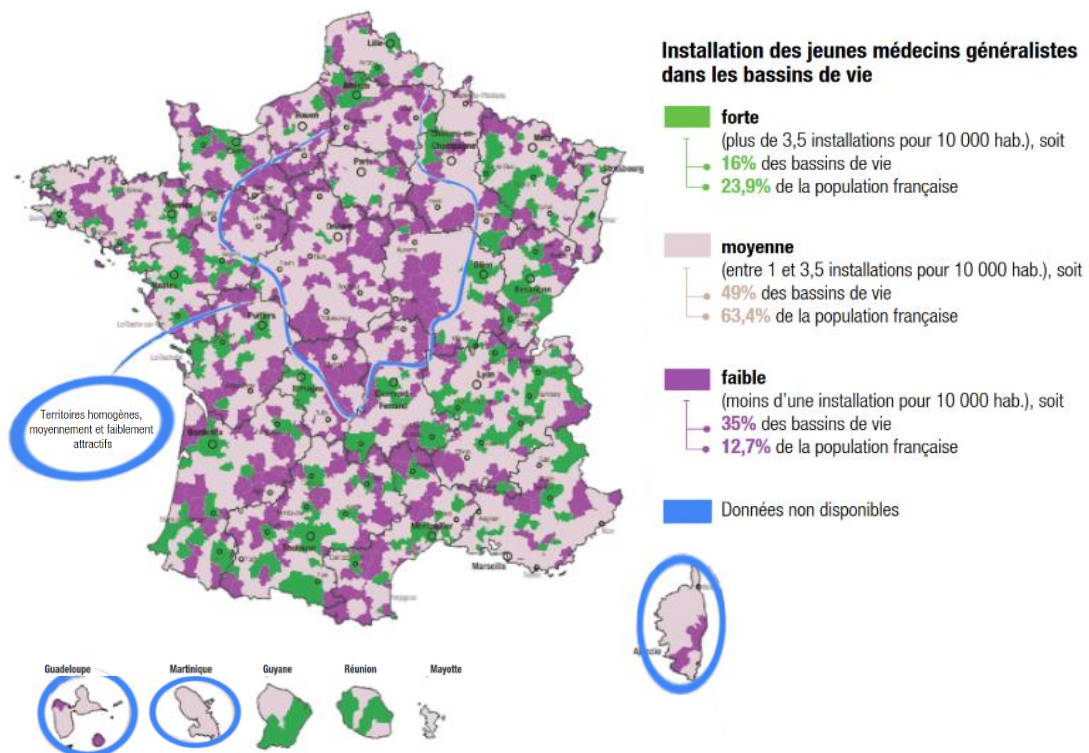


Figure 22 : Facteurs considérés par les internes et remplaçants comme ayant une influence sur l'installation (33)

Les nouvelles installations se situent principalement autour des grandes agglomérations, qui répondent à plusieurs de ces critères recherchés par les jeunes médecins.



Carte 7 : Lieux d'installation des jeunes médecins généralistes entre 2000 et 2010 (30)

Le maintien sur le long terme d'une installation dépend moins de l'origine du médecin que des conditions de l'exercice professionnel (charge de travail, soutien par les pairs et autres professionnels de soins...), du revenu, de l'épanouissement professionnel et des conditions de vie nécessaires aux besoins familiaux et sociaux. Le fait d'avoir été préparé et formé à la vie et à la pratique spécifique en milieu rural est également prédictif du maintien de l'exercice dans ce type de zone. Les zones sous-denses sont fréquemment associées à un risque plus important d'isolement, de charge de travail importante, d'une mobilisation fréquente pour la permanence des soins et de difficultés à se faire remplacer, ce qui rend ces zones moins attractives. (26)

Différents leviers d'action existent afin d'influencer ces facteurs et ainsi lever les freins à l'installation et favoriser le choix d'une zone sous-dense.

3.2.1. L'identification des zones sous-dotées grâce au zonage

Depuis 2017, le zonage des médecins généralistes permet d'identifier les territoires de vie défavorisés en offre de soins. Il est réalisé en fonction de l'indicateur d'APL, puis ajusté à certains autres indicateurs tels que la part de la population en affection de longue durée (ALD), le nombre de médecins en secteur 1 ou encore le taux d'hospitalisations potentiellement évitables. Il identifie différentes zones :

- Les ZIP (Zone d'Intervention Prioritaire) : zones les plus fragiles ouvrant droit à l'ensemble des aides financières incitatives pour les professionnels de santé

- Les ZAC (Zones d'Action Complémentaire) : zones de vigilance ouvrant droit uniquement aux aides de l'État, afin d'éviter une détérioration de la situation. Le FIR (Fond d'Intervention Régional) permet des aides de l'ARS sur certaines de ces zones
- Les QPV (Quartiers Prioritaires de la Ville) : quartiers en difficulté alors que la commune ne l'est pas nécessairement, permettant l'accès aux aides financières.

En France en 2021, 30,2% de la population résidaient en ZIP et 42% en ZAC. Cela signifie que près des trois quarts de la population française est considérée comme vivant en zone fragile (34). Parmi les médecins généralistes libéraux, 10,7% exerçaient en ZIP en 2019 (35). Les ZIP se situent principalement en espaces périurbains ou en dehors de l'influence des pôles urbains, avec seulement 7% des ZIP en zone urbaine.

Les ZAC et ZIP représentaient 98% de la Haute-Normandie en 2021, avec une répartition asymétrique entre les deux départements.

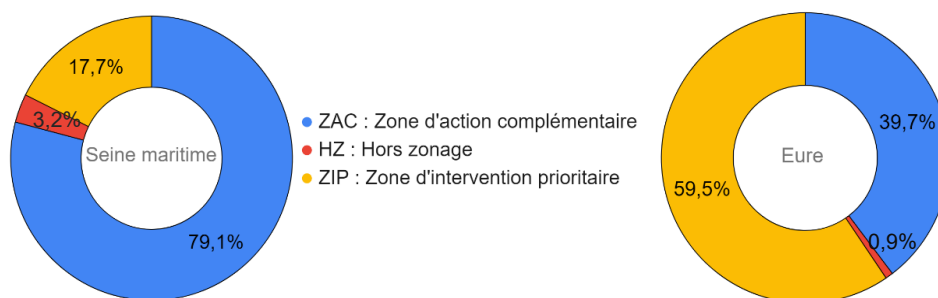
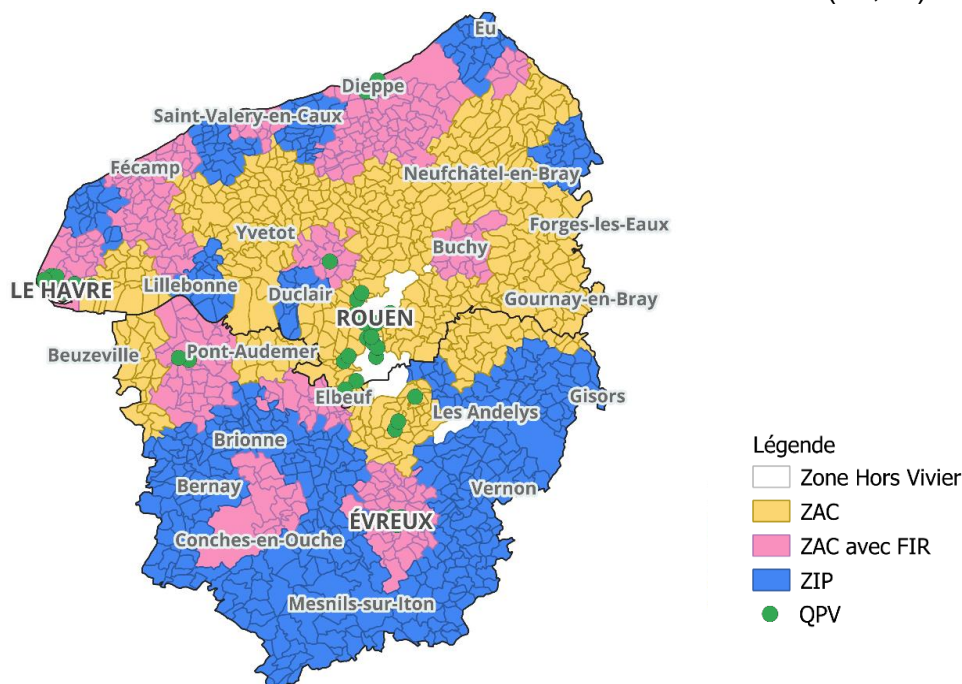


Figure 23 : répartition des communes en fonction du zonage en vigueur (18)

Le service Rezone et Cartosanté de l'Assurance Maladie permettent de visualiser les données des différents territoires de vie santé et des communes (19,36).



Carte 8 : Zonage par commune des médecins généralistes en Haute-Normandie en 2021 (37)

Les médecins généralistes exerçant en zone d'intervention prioritaire (ZIP) ont en moyenne une patientèle plus importante (+14%) et un plus grand nombre de consultations (+10%) sans pour autant avoir un temps de travail hebdomadaire beaucoup plus important du fait d'une durée de consultation plus courte (35). Ils ont également moins de temps attribué aux actes de prévention et à la formation continue. On constate une proportion plus importante d'hommes parmi les médecins généralistes exerçant en ZIP, ainsi qu'une moyenne d'âge plus élevée.

3.2.2. Les aides financières

Afin d'inciter les médecins généralistes libéraux à s'installer en zone fragile, des aides financières ont été mises en place. Il en existe principalement trois types et elles sont cumulables : les aides de l'État, les aides conventionnelles de l'Assurance Maladie et les aides des collectivités territoriales. Ces aides semblent avoir une action d'influence sur le choix du lieu d'installation plutôt qu'un rôle unique de décision. Elles aident à une mise en place plus rapide des projets et à leur pérennisation sur le moyen terme.

Un des freins au succès de ces aides est la complexité administrative et le nombre d'aides proposées (seuls 10% des médecins éligibles aux aides de l'État en 2019 les ont perçues). Face à cela, certaines aides ont été regroupées en un contrat unique, et certains départements ou régions proposent des interlocuteurs uniques pour une aide administrative à l'installation. Les plateformes d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) sont des sites internet spécifiques à chaque région ayant pour vocation d'orienter et renseigner les professionnels de santé souhaitant s'installer.

Les aides de l'État :

L'État propose depuis 2021 un unique contrat nommé Contrat de Début d'Exercice (CDE). Ce contrat, proposé pour une durée de 3 ans non renouvelable, regroupe quatre aides différentes (37):

- Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)
- Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA)
- Praticien Isolé à Activité Saisonnière (PIAS)
- Praticien Territorial Médical de Remplacement (PTMR).

Il garantit un revenu minimal calculé en fonction du nombre de demi-journées travaillées et du revenu perçu par le médecin (généraliste ou spécialiste) installé depuis moins d'un an ou remplaçant, ainsi que des congés maladies, une aide supplémentaire en cas de congés maternité/paternité/adoption et un accompagnement à la gestion entrepreneuriale et administrative du cabinet. En contrepartie, le jeune médecin s'engage à exercer au minimum 3 ans en zone sous-dense (ZIP ou ZAC) au sein d'un regroupement de médecins ou d'une équipe, au minimum 5 demi-journées par semaine (ou 29 journées par trimestre pour les remplaçants).

Le CESP (Contrat d'Engagement de Service Public) est une aide financière créée en 2009 pour les étudiants en médecine et odontologie à partir de la 2^{ème} année d'études et jusqu'à la fin de l'internat, sous forme de bourse d'études forfaitaire après sélection par une commission de chaque université. En contrepartie, l'étudiant s'engage à pratiquer en zone sous-dense (ZIP ou ZAC) pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel il a perçu cette aide. Ce contrat prévoit également un accompagnement personnalisé avec un référent de l'ARS afin d'aider à la construction d'un projet professionnel d'installation (38).

L'installation des médecins semble plus rapide grâce au CESP (moyenne d'âge de 29 ans à l'installation, contre 39 ans en l'absence de CESP) ; cependant, la majorité des étudiants signant ce contrat ont déclaré projeter une installation en zone sous-dense, même en l'absence d'aide financière (39).

Entre 2010 et 2021, 3 307 contrats ont été signés par des étudiants en médecine (38), en grande majorité par des étudiants en médecine générale (86,8% en 2020) (40). Le nombre de contrats proposés ne cesse de croître (+58,5% de 2010 à 2019) mais l'évolution du nombre de contrats signés connaît une baisse depuis 2018-2019.

Avec 32 CESP signés en médecine en 2019-2020 (ce qui représentait 9,9% de l'ensemble des CESP ayant été signés cette année-là en France), la Normandie était en 3^{ème} position concernant le nombre de CESP signés en France, alors qu'elle était la 11^{ème} région en termes de nombre d'étudiants en médecine en 2019 (en se basant sur le nombre d'étudiants admis en 2^{ème} année de médecine et en 3^{ème} cycle des études médicales, par région) (41,42).

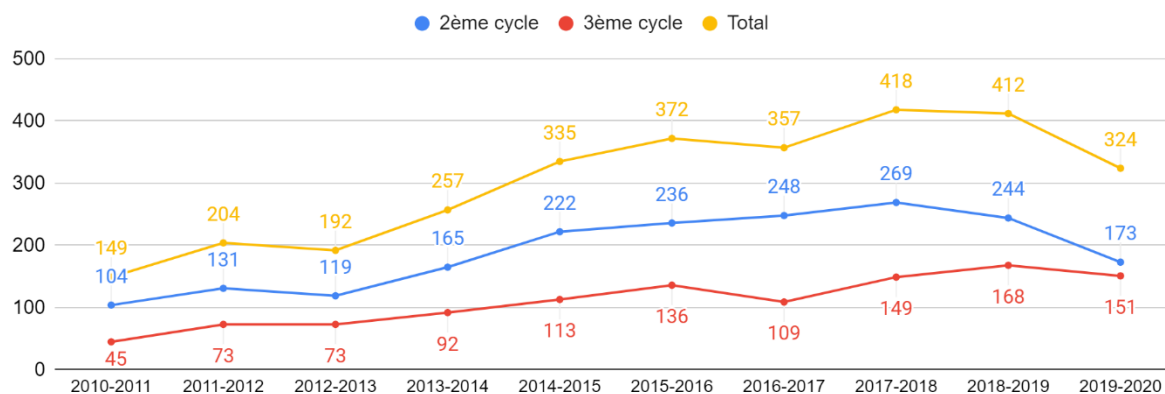


Figure 24 : Évolution du nombre de CESP signés en France chaque année depuis 2010 en médecine

En outre, une exonération d'impôt peut être demandée en cas de :

- Installation en Zone de Revitalisation Rurale (ZRR) : exonération totale pendant 5 ans, puis de façon partielle et dégressive pendant les 3 années suivantes
- Exercice en ZIP et participation à la permanence des soins ambulatoires (à la hauteur de 60 jours de permanence par an).

Les aides conventionnelles de l'Assurance Maladie :

En 2016, quatre nouveaux contrats ont été créés, financés par l'Assurance Maladie, pour les médecins exerçant en ZIP :

- Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM), versé aux médecins installés depuis moins d'un an en ZIP, exerçant une activité libérale en secteur 1 et en groupe (ou au sein d'une CPTS ou ESP). Il consiste en une prime forfaitaire (maximum de 50 000 euros sur une durée de cinq ans non renouvelable).
- Le Contrat de Stabilisation et de Coordination (COSCOM), proposé aux médecins ayant un exercice coordonné, sous forme de prime forfaitaire (maximum de 5 000 euros par an), majorée en cas de consultations dans l'hôpital de proximité ou d'accueil d'étudiants (contrat de 3 ans renouvelable).
- Le Contrat de Solidarité Territoriale (CSTM), permettant une majoration des honoraires du médecin (25%) en cas de consultation en zone sous-dense au minimum 10 jours par an (contrat de 3 ans renouvelable).
- Le Contrat de Transition (COTRAM), valorisant la reprise d'un cabinet en cas de cessation d'exercice, avec une majoration des honoraires (10%) en cas d'accueil par un médecin de plus de 60 ans, au sein de son cabinet, d'un confrère âgé de moins de 50 ans (contrat de 3 ans renouvelable une fois).

Les aides des collectivités territoriales :

Les collectivités territoriales peuvent proposer des aides, principalement sous la forme de bourses d'études, mais aussi, de façon moins fréquente, sous forme d'aides financières forfaitaires, en contrepartie d'une installation en zone sous-dense (ZIP et ZAC). D'un territoire à un autre, les durées, montants et contrats sont très variables et non recensés à l'heure actuelle. En Normandie, dans le département de l'Eure, une aide de 200 euros par mois était versée aux internes réalisant un stage dans ce département ; cette aide a été remplacée récemment par une bourse à partir de l'externat jusqu'à la deuxième année d'internat, sous condition d'installation dans l'Eure pendant 5 ans (43).

3.2.3. Accroître l'attache et la connaissance d'un territoire

Le lien des jeunes médecins à un territoire est souvent un facteur important de décision concernant leur lieu d'installation. En effet, les médecins tendent à s'installer dans des exercices et des lieux qu'ils connaissent. Ainsi, des actions sont menées à différentes échelles.

L'origine rurale d'un médecin est un facteur exerçant une grande influence sur le choix de la zone d'installation future, avec 2 à 3 fois plus de probabilité de s'installer en zone rurale en cas d'origine rurale (26). C'est notamment sur ce principe que s'est appuyée la Réforme du premier cycle, avec la création de deux voies d'accès aux études de santé (PASS et L.AS), afin de diversifier les profils des étudiants en médecine pour inclure une plus grande proportion d'étudiants ayant grandi et réalisé

leur scolarité en milieu rural. Dans certaines universités, la première année de médecine peut s'effectuer dans une antenne universitaire située dans une ville éloignée du CHU. Certaines universités proposaient également, avant la réforme, le dispositif AlterPACES qui permettait d'intégrer la deuxième année de médecine après deux ou trois ans de licence d'un autre parcours universitaire.

En amont de l'université, la fidélisation à un territoire est proposée par certaines régions à travers un accompagnement de lycéens sous forme de tutorat ou de cours préparatoires (ex : « Cordées de la réussite » en Picardie, « ambition PACES » en Centre-Val de Loire, ou encore l'« APES Année préparatoire aux études en santé » en Seine-Saint-Denis (44)).

Les universités proposent de plus en plus de stages en dehors des CHU, dans des structures plus locales ou en milieu ambulatoire, en complément des 3 stages obligatoires :

- Le stage en médecine générale au cours de l'externat, créé officiellement en 1997 et devenu obligatoire en 2006,
- Le stage ambulatoire en médecine générale de premier niveau au cours de l'internat, créé en 1973 et devenu obligatoire en 1997,
- Le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie) réalisé en dernière année d'internat, créé en 2003 et devenu obligatoire en 2017 avec la Réforme du Troisième Cycle des études médicales, mais généralisé seulement à partir de l'année 2019-2020.

Cependant, malgré l'accès accru aux stages de médecine générale pour les étudiants, le manque de maîtres de stage a rendu difficile la mise en œuvre de ces mesures.

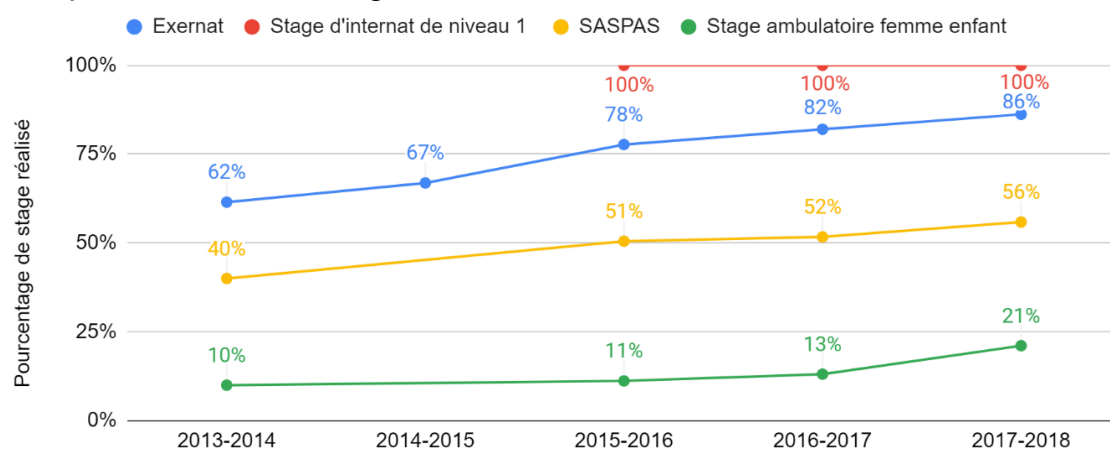


Figure 25 : Évolution de l'offre de stages en médecine générale en France (45)

Lorsqu'ils sont réalisés dans de bonnes conditions, ces stages permettent une meilleure connaissance d'un territoire en termes d'offre de soins et la constitution de son propre réseau de professionnels. Les jeunes médecins retournent souvent travailler sur leur lieu de SASPAS et s'installent plus rapidement en cas de réalisation d'un tel stage (46). Par conséquent, l'accompagnement et l'incitation des médecins généralistes des zones sous-dotées à devenir Maîtres de Stage Universitaire (MSU) sont primordiaux, en complément d'une formation accessible (encore souvent dispensée uniquement dans les CHU) (9).

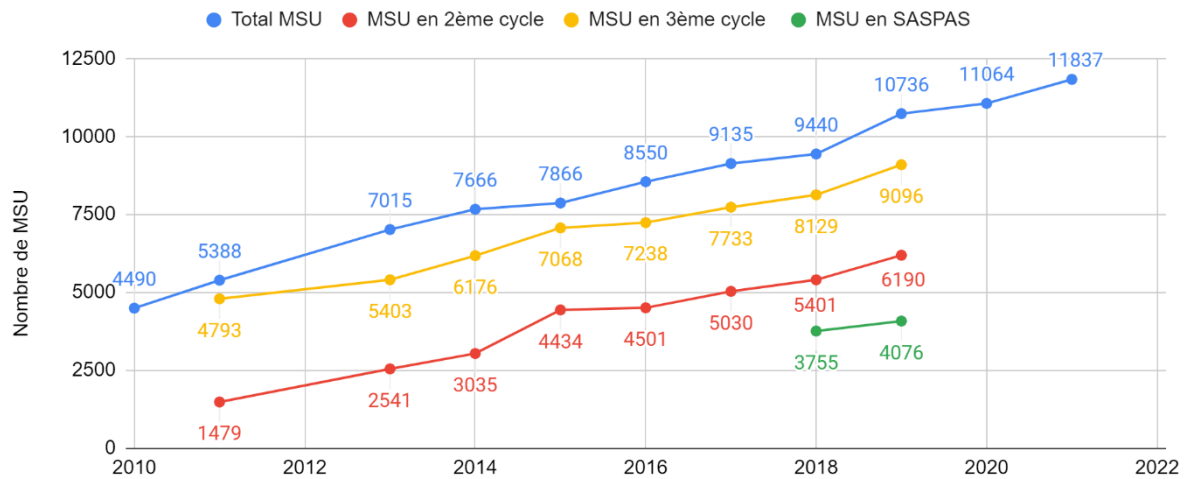
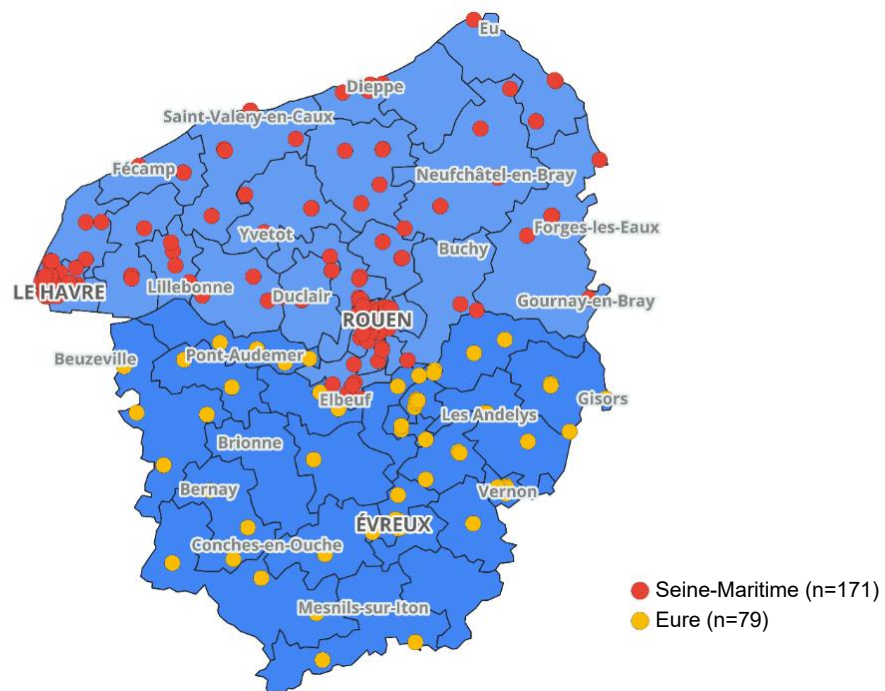


Figure 26 : Évolution du nombre de MSU en France (47)

La répartition actuelle des MSU en Haute-Normandie montre une répartition inégale entre la Seine-Maritime et l'Eure, avec 31,6% des MSU exerçant dans l'Eure. En sachant que la population vivant en zone sous-dotée est trois fois plus importante dans l'Eure qu'en Seine-Maritime, la formation de jeunes médecins y est d'autant plus indispensable.



Carte 9 : Répartition des MSU en Haute-Normandie en 2022

La création fin 2022 d'une 4^{ème} année d'internat de médecine générale a, en partie, pour vocation d'améliorer l'offre de soins en zone fragile. Elle consiste en une année de consolidation sous le statut de docteur junior, réalisée en priorité dans des zones sous-denses. Cela permettra à la fois d'augmenter le nombre d'actes de soins dans ces zones, mais aussi de faire découvrir ces territoires aux étudiants dans l'optique de les inciter à s'y installer.

Enfin, les actions d'amélioration concernant le cadre familial sont parfois proposées à l'échelle locale, à la fois sur les possibilités d'emplois pour le conjoint, mais aussi sur l'accessibilité aux services publics (écoles, crèches, transports...). En effet, si la présence d'un médecin est aujourd'hui considérée comme un facteur d'attractivité d'un territoire, à l'inverse, un territoire attractif à travers de nombreux services aura plus de chances d'attirer un jeune médecin.

3.3. L'adaptation de la pratique médicale

Face aux difficultés croissantes concernant l'offre de soins, la pratique médicale s'est adaptée de diverses façons : télémédecine, délégation de tâches à un assistant médical ou un(e) IPA (Infirmier(-ère) en Pratique Avancée), éducation thérapeutique des patients pour les autonomiser et diminuer leur recours au système de soins, exercice coordonné... (24).

3.3.1. La délégation de tâches

Selon 80% des médecins, la répartition entre le temps médical et le temps administratif s'est détériorée ces dernières années (48). C'est dans cette logique de décharger le médecin des tâches administratives, mais aussi soignantes, que le métier d'assistant médical a été créé en 2019. Ainsi, une des finalités de la présence de ces assistants est l'accroissement de la file active des médecins (= nombre de patients différents vus dans l'année). En effet, ils « favorisent l'accès aux soins des patients, assurent de meilleures conditions d'exercice en permettant au médecin de se recentrer sur les soins tout en améliorant la prise en charge et le suivi des patients [...] avec plusieurs missions telles que l'accueil des patients, la gestion des contacts téléphoniques, la mise à jour du dossier du patient, la facturation, les protocoles, le scan des résultats des bilans » (9). Début 2022, 2 150 médecins généralistes travaillaient avec un(e) assistant(e) médical(e) (soit 2,2% des médecins généralistes). Le gouvernement a participé à promulguer cette profession avec un objectif de recrutement de 10 000 assistants médicaux avant 2025 et à travers une aide à l'embauche pour les médecins, de la part de la sécurité sociale (49).

Le statut IPA a été créé en 2018 dans l'optique d'un partage de compétences avec les médecins afin d'améliorer l'offre de soins, notamment en zones sous-denses. Pour ce faire, les IPA ont la possibilité de réaliser (50) :

- des actes de prévention, d'orientation, d'éducation et de dépistage
- des actes techniques, de surveillance mais aussi d'évaluation et de conclusion clinique
- des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations, si nécessaire, de prescriptions médicales mais aussi de primo-prescriptions de certains produits de santé.

Le champ d'action des IPA praticiens englobe les pathologies chroniques stabilisées mais aussi la prévention et les pathologies courantes bénignes en soins primaires,

dans le cadre d'un exercice coordonné avec une équipe de soins. Depuis le 10 mai 2023, les IPA sont directement accessibles par les patients sans avoir besoin d'avoir l'aval de leur médecin traitant (51). En juillet 2022, environ 1 700 IPA étaient en activité.

Le dispositif des infirmiers(-ères) Asalée (Action de Santé Libérale En Équipe) a été créé en 2004, toujours dans l'objectif d'une délégation de tâches, afin de libérer du temps médical, centré sur les pathologies chroniques autour de 4 thèmes (52) :

- le diabète et le pré-diabète
- les risques cardiovasculaires
- la BPCO ou l'asthme
- les troubles du sommeil.

Leur mission inclut également le repérage des troubles cognitifs, le dépistage précoce et l'accompagnement de l'enfant et de l'adolescent en surpoids ainsi que l'accompagnement au sevrage tabagique. En 2022, 1 628 infirmiers(-ères) Asalée travaillaient en association avec 7 063 médecins généralistes. En Normandie, on dénombrait 91 infirmiers(-ères) Asalée pour 440 médecins généralistes.

Ces projets d'élargissement des compétences concernent également les pharmaciens, avec la possibilité de vacciner et de renouveler une prescription d'origine pour une durée maximale de trois mois.

3.3.2. La télémédecine

La télémédecine est définie par une pratique médicale effectuée à distance. Elle regroupe (53) :

- La téléconsultation : consultation entre un patient et un médecin à distance
- La téléexpertise : échange entre médecins pour un avis spécialisé sur une prise en charge
- Télésurveillance : interprétation à distance de données de suivi médical d'un patient
- Téléassistance : assistance à distance d'un patient ou d'un médecin en difficulté
- Régulation médicale : orientation d'un patient à distance lors d'un problème de santé aiguë.

Le remboursement de la télémédecine a débuté en 2016 dans les EHPAD, puis en 2018 et 2019 pour respectivement les téléconsultations et la téléexpertise à destination de l'ensemble de la population sous certaines conditions :

- inscription dans le respect du parcours de soins coordonné avec orientation préalable du médecin traitant (sauf zone sous-dense ou absence de médecin traitant)
- alternance obligatoire entre les consultations en présentiel et les téléconsultations
- inscription dans une logique d'ancrage territorial aux soins (sauf zone sous-dense).

La téléconsultation a pour objectif, notamment en zone sous-dense, de (54) :

- « Faciliter l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire
- Simplifier le suivi des patients dans un contexte d'augmentation des pathologies chroniques
- Améliorer la qualité de vie des patients, en évitant par exemple le déplacement de personnes âgées fragiles ou atteintes de maladies chroniques
- Améliorer la prise en charge des patients, en évitant des renoncements aux avis spécialisés ».

La croissance de la téléconsultation a été rapide avec 80 000 actes de téléconsultation en 2019, puis 13,5 millions d'actes en 2020 (soit 5,7% de l'activité des médecins généralistes, pour un maximum autorisé à 20%) (55). Elle s'est fortement développée en 2020 pendant la pandémie de Covid-19. 77% des médecins ont indiqué avoir déjà effectué des téléconsultations en 2022 (contre moins de 5% avant 2020) et la moitié d'entre eux envisagent de continuer à l'utiliser après la pandémie (55).

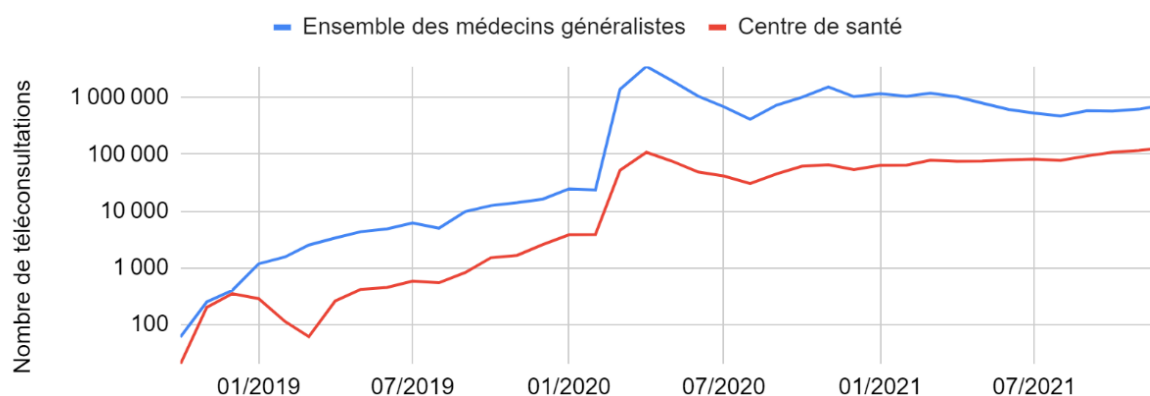


Figure 27 : Évolution du nombre de téléconsultations en médecine générale en France (55)

Les médecins sont relativement partagés sur l'intérêt de la télémédecine, avec seulement 44% des médecins considérant qu'elle permet d'améliorer l'accès aux soins. Une des inquiétudes repose sur le consumérisme des téléconsultations par les patients plus jeunes, au détriment des patients vivant en zone sous-dense. En 2021, la part la plus importante des actes de téléconsultation était en effet réalisée par des patients ayant entre 30 et 44 ans et concernait des patients en moyenne plus urbains et moins précaires que les patients consultant en présentiel (55).

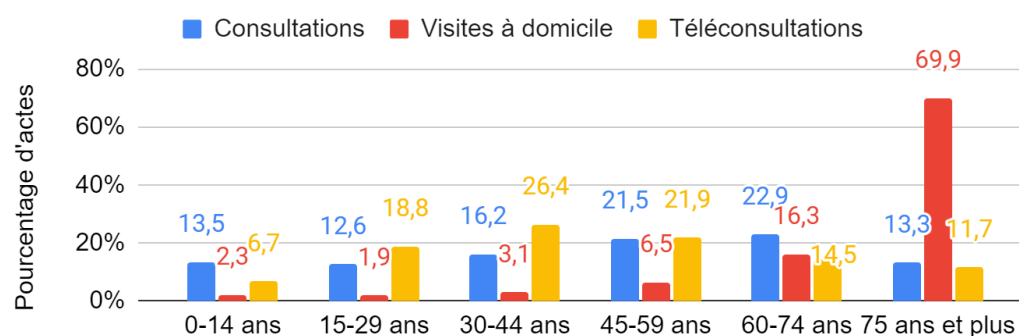


Figure 28 : Part des prestations des médecins généralistes en France en 2021 selon l'âge des patients. Lecture : 26,4 % des actes de téléconsultation sont réalisés par des patients ayant entre 30 et 44 ans

En tenant compte de l'APL, la part de téléconsultations a été légèrement plus importante chez les patients résidant dans les zones les mieux dotées en médecins généralistes. On peut noter par ailleurs que la part des consultations au cabinet et celle des visites étaient également moins importantes pour les patients résidant en zones sous-dotées, et progressivement croissantes en suivant l'augmentation de l'APL.

Selon les enquêtes de la DREES et du CNOM, seulement un peu plus d'un tiers des médecins pensent que la téléconsultation pourrait être une solution pour la prise en charge des patients résidant en zone sous-dotée (48,55). C'est tout de même l'une des solutions retenues par le gouvernement, ayant mené à la promulgation de la téléconsultation (élargissement des remboursements, encouragement des bornes de téléconsultation en zone sous-dense...), afin de permettre aux patients de consulter un médecin éloigné de leur domicile et ainsi accroître l'offre de soins en zone sous-dotée (9).

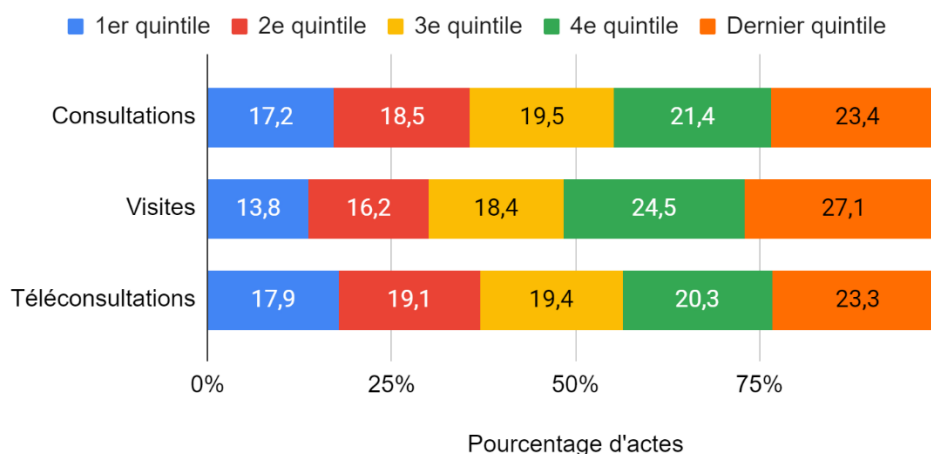


Figure 29 : Répartition de la proportion des actes des médecins généralistes en France en 2021 en fonction de la tranche de l'indicateur APL de la commune de résidence du patient (55).

À noter : APL moyen du 1er quintile : 1,85 et APL moyen du 5^{ème} quintile : 5,15.

3.3.3. L'exercice en groupe

Selon une étude de la DREES, l'exercice en groupe pluriprofessionnel permet un meilleur équilibre entre vie professionnelle et familiale (18). Les médecins généralistes exerçant seuls ont déclaré un temps de travail supérieur de 2 heures par semaine par rapport aux médecins exerçant en groupe pluriprofessionnel, et supérieur de 5 heures par rapport aux médecins exerçant en groupe monodisciplinaire. Ces différences sont notamment expliquées par le partage de la charge de travail, des contraintes, de la permanence des soins ainsi que par une plus grande flexibilité dans l'organisation du temps de travail lors de regroupements. La présence plus importante de jeunes médecins mais aussi de femmes dans les regroupements, qui travaillent en moyenne 5 heures de moins par semaine que les hommes, participe également à ces différences. Il est à noter que le temps de travail est également fortement dépendant du type de territoire d'exercice, avec un temps significativement plus important dans les territoires défavorisés en termes de ressources économiques et/ou médicales.

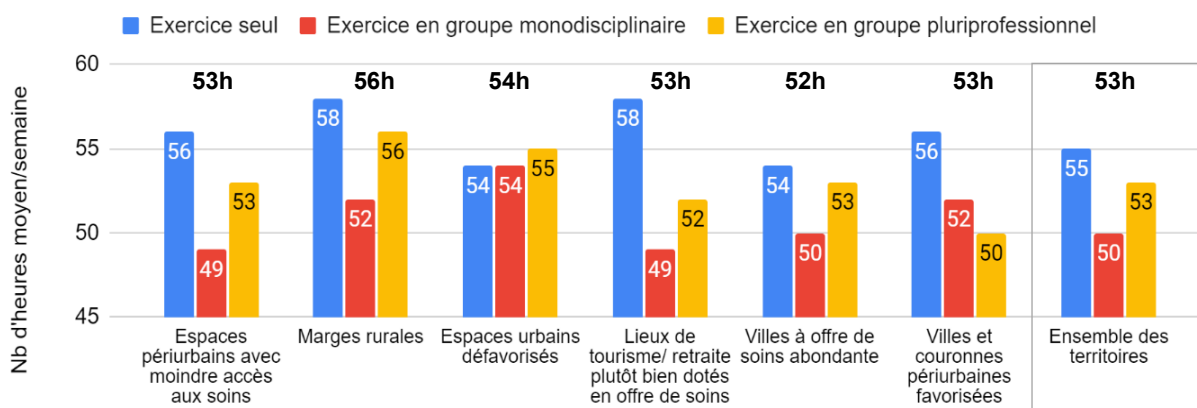


Figure 30 : Nombre moyen d'heures travaillées par les médecins généralistes en fonction du modèle d'exercice et du territoire d'exercice (18)

L'exercice en regroupement autorise également un temps consacré aux activités secondaires non libérales (exercice partagé) plus important et un nombre de congés et de formations plus élevé, d'environ une semaine, grâce à la présence de confrères et consœurs lors des absences, ainsi que le partage d'un même remplaçant. De plus, si ce temps de travail, en moyenne moins important pour les professionnels travaillant en MSP, peut interroger sur l'offre de soins proposée, ces structures permettraient un volume d'actes équivalent, une meilleure qualité des soins et services rendus, ainsi qu'une hausse plus rapide et une taille plus importante de la patientèle « médecin traitant » et de la file active (21).

Parallèlement à ces avantages, l'exercice en groupe permet une concertation entre professionnels (source de réassurance et de partage de connaissances), une meilleure coordination interprofessionnelle et, en cas de groupement pluriprofessionnel, un partage de compétences à travers des protocoles.

Enfin, la possibilité pour un médecin de devenir salarié d'un centre de santé ou d'une MSP à travers la SISA (rendue possible depuis mai 2021 (56)) peut participer à limiter l'inquiétude administrative et économique entourant une installation et donc le risque de report d'installation au profit de longues périodes de remplacements. L'intégration d'une formation à l'entreprise médicale libérale et au management d'équipe, ainsi qu'un meilleur accompagnement administratif en début d'installation, sont également à l'étude.

4. Le suivi de cohortes de jeunes médecins généralistes

Afin d'améliorer les connaissances sur les facteurs influençant les parcours des jeunes médecins généralistes après leur internat, plusieurs cohortes ont été créées en France dans différentes régions depuis 2010. Leur suivi a été effectué, pour certaines d'entre elles, sur plusieurs années. Une cohorte nationale rétrospective a été créée en 2019 par Juliette BRUMENT et Marine MARGUERITE, regroupant 13 cohortes différentes dont les deux cohortes créées en Haute-Normandie, incluant la cohorte de cette thèse (57). Une étude transversale nationale a été réalisée en 2020 par Julien BOUDIER, regroupant 14 cohortes locales et régionales (58).

Cette étude correspond au troisième suivi de la première cohorte Haut-Normande, réalisé 6 ans après sa création par Elodie FAGET en 2016. Elle inclut les médecins généralistes ayant passé leurs ECN en 2012 (59). Le premier suivi à 18 mois a été réalisé par Jérôme ECHASSERIAU et le deuxième suivi à 4 ans a été réalisé par Florent MAZÉ (60,61).

Une deuxième cohorte Haut-Normande a été créée par Cyrielle BOUSSUGE en 2018, concernant les médecins généralistes ayant passé leurs ECN en 2014, avec un suivi à 2 ans réalisé par Louise SERVAIN (62,63). Une troisième cohorte a été créée en 2021, incluant les médecins généralistes ayant passé leurs ECN en 2017.

L'objectif de cette présente étude était de décrire l'évolution du parcours professionnel des médecins généralistes ayant débuté leur DES de médecine générale à l'université de Rouen en 2012, 2 ans après la thèse de Florent MAZE ; et d'analyser les facteurs ayant influencé leur mode d'exercice.

L'objectif secondaire de ce travail était la description de l'adaptation des pratiques médicales à travers 4 critères : la télémédecine, la téléexpertise, les IPA et les assistants médicaux.

II. Méthode

Cette étude épidémiologique de cohorte, prospective, quantitative, descriptive et analytique, a consisté en un 3^{ème} suivi de jeunes médecins généralistes, 6 ans après leur inclusion initiale en 2016 et 2 ans après le 2^{ème} suivi.

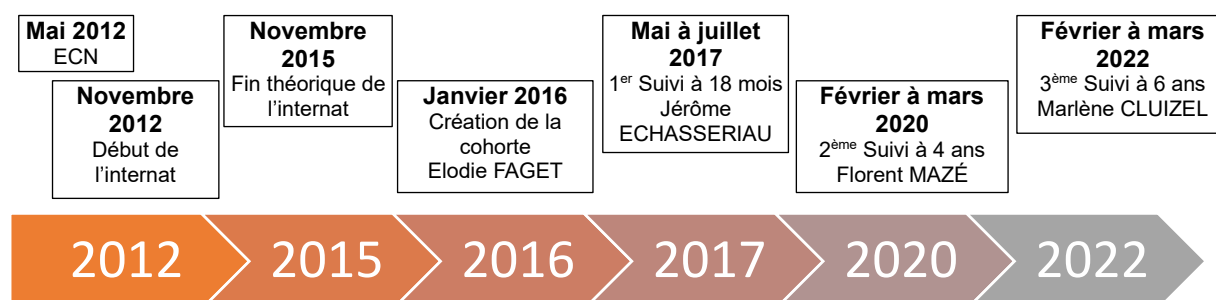


Figure 31 : Chronologie du suivi de la cohorte Haut-Normande ECN 2012

Population

Cette cohorte est constituée de médecins généralistes ayant passé leurs ECN en 2012, ayant choisi la Haute-Normandie pour réaliser leur Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM), c'est-à-dire leur internat, et étant toujours inscrits à l'université lors de l'inclusion initiale.

Lors de la création de la cohorte, Elodie FAGET a réalisé l'inclusion à partir du Journal officiel n°0186 du 11 août 2012 (64). D'après celui-ci, 77 internes avaient choisi la région de Haute-Normandie pour réaliser leur internat. Six internes n'étant plus inscrits à la faculté de médecine de Rouen pour l'année universitaire 2014-2015, ils ont été exclus lors de l'inclusion. Un des médecins a réalisé un droit au remord vers une autre spécialité que la médecine générale et n'a donc pas été inclus. La population éligible à l'inclusion était donc de 70 jeunes médecins.

Les coordonnées téléphoniques et électroniques des internes inclus ont été recueillies directement auprès des internes lors des séances de répartition de stage ou de cours dispensés par le Département Universitaire de Médecine Générale de Rouen (DUMG), ainsi qu'à travers des listes de diffusion (mailing lists) du DUMG. Elles ont été actualisées régulièrement au cours des années par la demande des coordonnées actuelles dans les questionnaires successifs.

Questionnaire

Le questionnaire utilisé a été initialement créé par Caroline DAUTREMAY pour sa thèse portant sur le suivi d'une cohorte de jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne en 2011 (65). Ce questionnaire a été remanié par un groupe de travail dans l'optique de créer une base de données inter-régionale française afin de comparer par la suite les différentes cohortes régionales. Des modifications ont également été apportées par la suite lors des thèses portant sur la cohorte de Haute-Normandie créée en 2016 (réalisées par Elodie FAGET, Jérôme ECHASSERIEAU et Florent MAZÉ) ainsi que par Louise SERVAIN pour sa thèse portant sur une autre cohorte Haut-Normande créée en 2020.

Le questionnaire de cette étude a été repris du questionnaire de Louise SERVAIN, adapté au questionnaire de suivi précédent réalisé par Florent MAZÉ, afin d'obtenir des réponses comparables à ce dernier. Il a ensuite été actualisé afin de l'adapter au contexte d'un troisième suivi et complété par des questions portant sur l'objectif secondaire de cette étude. Les questions d'inclusion, portant sur les origines socio-démographiques et le parcours universitaire, ont été posées uniquement aux primo-répondants (= médecins répondant pour la première fois, parmi les médecins éligibles).

Le questionnaire était divisé en 5 grandes parties :

- Données socio-démographiques (origine et situation sociale)
- Parcours universitaire
- Pratique médicale actuelle
- Pratique médicale envisagée dans 10 ans
- Adaptation de la pratique médicale
- Équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Dans un souci de longueur de questionnaire et afin d'éviter des différences de réponses, les questions portant sur les faits passés (origine socio-démographique et parcours universitaire) n'ont pas été posées à nouveau auprès des non primo-répondants. Leurs réponses antérieures concernant ces questions ont été intégrées aux données de cette thèse. Il en a été de même concernant la pratique médicale actuelle des médecins interrogés, dans le cas où ils affirmaient ne pas avoir changé de pratique depuis le dernier questionnaire.

Recueil de données

Le questionnaire et le recueil de données ont été réalisés entre février et mars 2022 à l'aide du logiciel LimeSurvey, outil sécurisé et adapté aux questionnaires d'études épidémiologiques. Les données ont été stockées sur un serveur sécurisé du DataCenter de l'université.

Un courriel contenant un lien a été envoyé aux jeunes médecins inclus via ce même logiciel, permettant d'obtenir un identifiant unique pour chaque utilisateur et une

anonymisation des données. En cas d'absence de réponse, deux rappels ont été envoyés via ce logiciel, suivi, si nécessaire, d'un rappel via une autre messagerie afin d'éviter que le questionnaire ne soit filtré automatiquement vers les spams. Enfin, pour les médecins n'ayant toujours pas répondu, un contact par téléphone a été effectué.

Au total, 68 questionnaires ont été envoyés. Ont été exclus des envois : un médecin décédé et un médecin ayant fourni des réponses incohérentes, déjà exclu en 2017. Parmi les 55 réponses reçues, deux questionnaires ont été exclus : celui d'un primo-répondant ayant effectué une reconversion professionnelle (et ayant cessé son activité de médecin généraliste) ainsi que celui d'un ancien répondant (= médecin ayant déjà répondu par le passé, puis perdu de vue) en raison de réponses incohérentes par rapport aux questionnaires précédents. Lors du questionnaire de 2^{ème} suivi, il avait été décidé de ne pas inclure de primo-répondants. Cette décision n'a pas été réitérée pour ce questionnaire (ni pour le questionnaire de 1^{er} suivi).

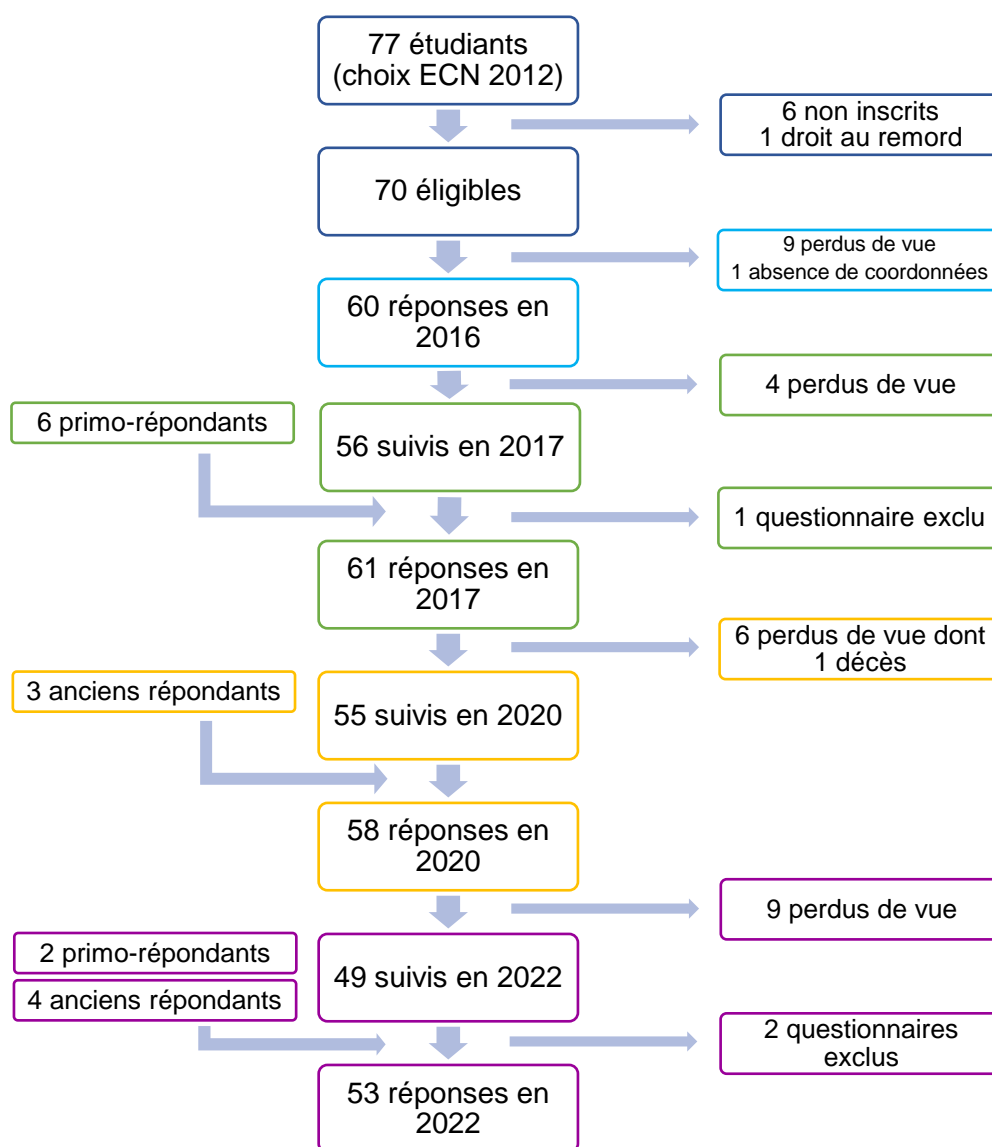


Figure 32 : Diagramme de flux

En 2016, 9 internes n'ont pas répondu au questionnaire et 1 interne n'a pas pu être contacté faute de coordonnées exactes, ce qui a porté le nombre de réponses à 60. Lors du suivi à 18 mois en 2017, il y a eu 62 réponses dont 6 primo-répondants, cependant le questionnaire d'un des primo-répondants a dû être exclu en raison de réponses incohérentes. En 2020, les questionnaires ont été envoyés seulement aux médecins ayant déjà répondu au moins une fois par le passé (en 2016 et/ou 2017), soit à 65 médecins, avec 58 réponses. Parmi les 9 perdus de vue entre 2017 et 2020, un des médecins était décédé.

L'analyse de l'évolution de la cohorte entre 2016 et 2022 a été réalisée sur les 53 médecins ayant répondu à notre questionnaire. Cette analyse a pu être effectuée grâce à la conservation des données des thèses de 2016, 2017 et 2020, permettant ainsi un suivi personnalisé de chaque parcours.

Protection des données

Étant donné la nécessité de conserver les données personnelles sur plusieurs années dans le cadre de ce suivi, une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été réalisée via le délégué de la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen, lors de la création de la cohorte. Cette déclaration a été renouvelée pour chaque suivi afin de la mettre à jour, et il en a été de même pour ce suivi.

L'enregistrement a également été réalisé auprès de l'université.

Analyse des données

Dans un premier temps, une analyse descriptive de la population de médecins ayant répondu à notre questionnaire a été réalisée, puis les résultats ont été comparés avec ceux des trois thèses précédentes afin d'analyser l'évolution de la cohorte à travers des diagrammes de flux. Enfin, des analyses univariées ont été effectuées avec comme variables d'intérêt : l'activité exercée, le statut des médecins, le lieu d'exercice et la satisfaction de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Afin d'étudier les données recueillies sur le logiciel LimeSurvey, celles-ci ont été exportées automatiquement vers le logiciel Excel sur une feuille de calcul. Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel BiostaTGV. Les analyses univariées ont été effectuées à l'aide de tests du khi-deux ou de tests exacts de Fisher lorsque l'effectif théorique était inférieur à 5. Un test de Student a été utilisé pour les variables quantitatives. Le risque de première espèce alpha a été arbitrairement fixé à 5%, et une différence a été considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

Le logiciel QGIS a été utilisé pour réaliser l'intégralité des cartes, et les schémas ont été créés grâce aux logiciels Inkscape et Google Sheet.

III. Résultats

Nous avons recueilli et inclus 53 réponses sur les 68 questionnaires envoyés, ce qui représente un taux de réponse de 78%. Parmi les répondants en 2022, quatre médecins n'avaient pas répondu lors du précédent questionnaire en 2020, dont (sur l'intégralité des 4 questionnaires) :

- un médecin répondant pour la première fois,
- deux médecins pour la deuxième fois (avec une première réponse lors du questionnaire de 1^{er} suivi en 2017),
- un pour la troisième fois.

De plus, 46 médecins ont répondu à l'ensemble des questionnaires de 2016 à 2022, ce qui représente 87% de nos réponses en 2022.

1. Caractéristiques socio-démographiques

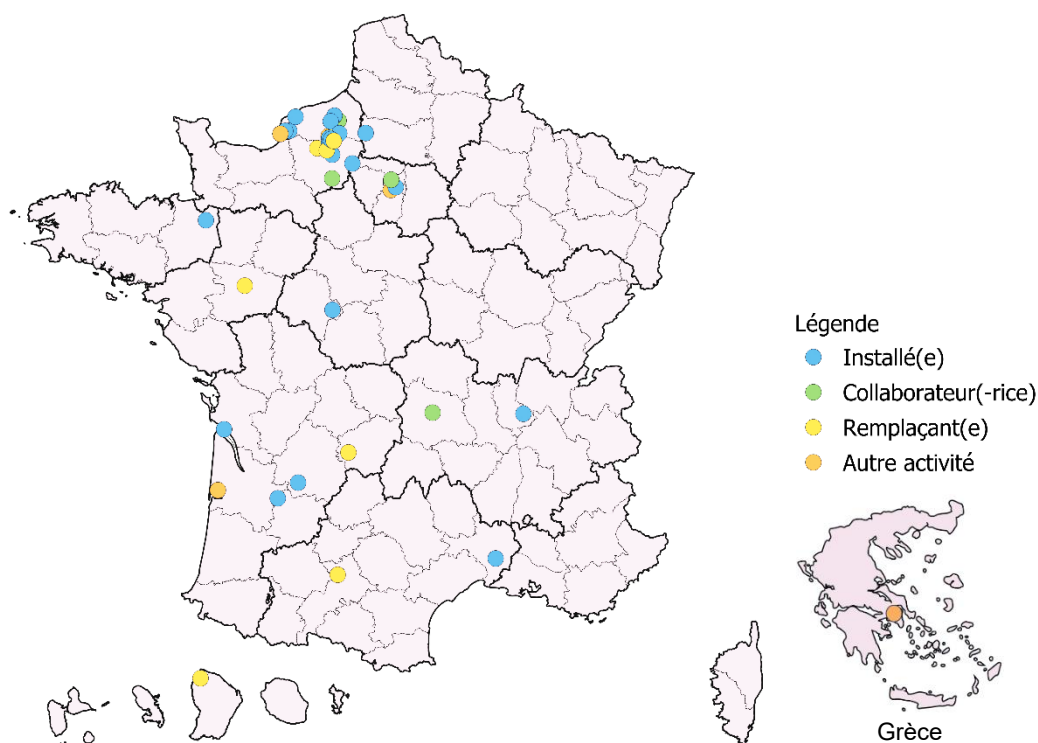
1.1. Situation socio-démographique des médecins en 2022

		Répondants N=53	
Genre	Femme	35	66%
	Homme	18	34%
Situation conjugale	Célibataire/En concubinage	11	21%
	En couple	41	77%
	<i>dont pacsé(e)</i>	20	37,5%
	<i>dont marié(e)</i>	21	39,5%
	Divorcé(e)	1	2%
Enfants	Oui	39	74%
	<i>dont 1 enfant</i>	19	36%
	<i>dont 2 enfants</i>	14	26,5%
	<i>dont 3 enfants</i>	5	9,5%
	<i>dont 5 enfants ou plus</i>	1	2%
	Non	14	26%
Mode de vie actuel	Seul(e)	4	7,5%
	Avec conjoint(e) et/ou enfant(s)	49	92,5%
Statut foncier	Propriétaire	44	83%
	Locataire	8	15%
	Hébergé(e) à titre gratuit	1	2%

Lieu de résidence actuel	Urbain	30	57%
	Semi-rural	9	17%
	Rural	14	26%
Département de résidence	Seine-Maritime (76)	30	56,5%
	Eure (27)	4	7,5%
	Autre département français	18	34%
	Autre pays	1	2%

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble des médecins en 2022

L'âge moyen des médecins ayant répondu à cette étude était de 36,2 ans, avec des âges allant de 34 à 39 ans (médiane=36 et Sd=1,25). Les deux tiers étaient des femmes (66%). La plupart des médecins étaient, à présent, propriétaires (83%) et habitaient en zone urbaine (57%), notamment en Seine-Maritime (56,5%).



Carte 10 : Lieu de résidence de l'ensemble des médecins répondants inclus en 2022

Un tiers des médecins (34%) ont quitté la Haute-Normandie après leur internat pour s'établir dans une autre région française, notamment en Nouvelle-Aquitaine (n=6, 11,3%), mais également dans la plupart des autres régions françaises. Un des médecins est parti vivre à l'étranger, en Grèce.

Les zones d'habitation ont été définies comme urbaines en cas de population supérieure à 5 000 habitants, semi-rurales entre 2 000 et 5 000 habitants, et rurales en cas de population inférieure à 2 000 habitants. Cette définition a été donnée dans le questionnaire fourni aux médecins interrogés, et très peu de médecins ont défini leur ville d'habitation de façon inexacte (d'après la commune de résidence déclarée

dans ce questionnaire) : seuls quatre médecins (7,6%) ont sous-estimé la taille de leur ville (dont deux la considérant semi-rurale à la place d'urbaine et deux la définissant comme rurale à la place de semi-rurale).

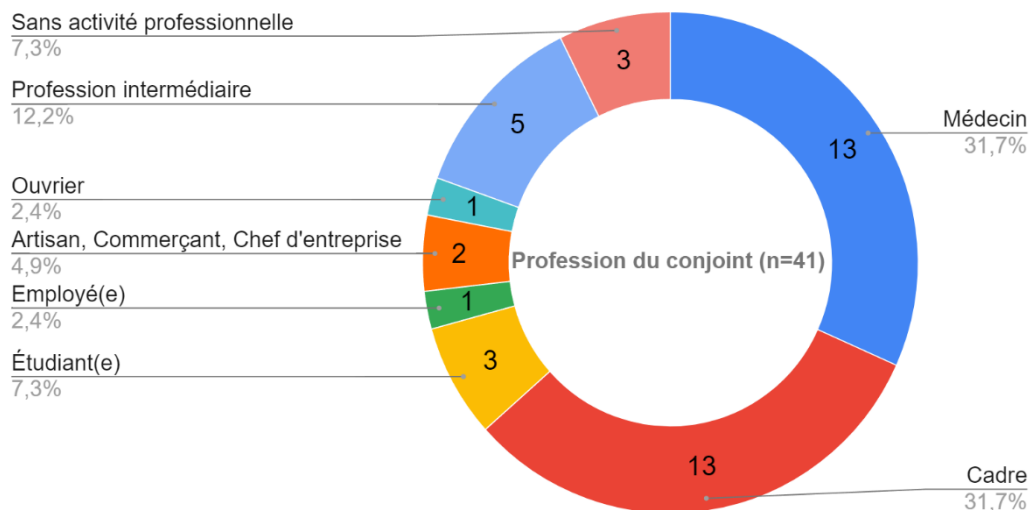


Figure 33 : Profession des conjoints des médecins vivant en couple

Plus des trois quarts des médecins vivaient en couple (77%), principalement avec un conjoint médecin ou ayant un statut de cadre/profession intellectuelle supérieure, à parts égales (31,7%). Les conjoints médecins étaient majoritairement médecins généralistes à 69% (n=9) ; les autres étaient, pour leur part, cardiologue, chirurgien orthopédique, chirurgien urologique et médecin du travail. Parmi les trois étudiants, l'un d'eux était interne en médecine générale et les deux autres se formaient à un autre domaine d'activité.

1.2. Origine des médecins répondants

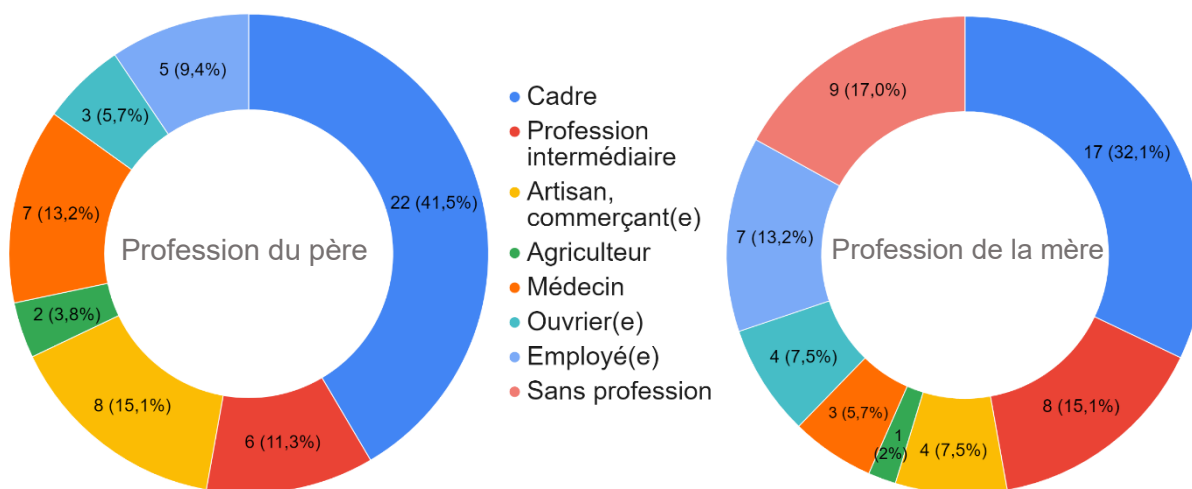


Figure 34 : Profession des parents de l'ensemble des médecins

La profession des parents était de type intellectuel supérieur (cadre ou médecin) pour la moitié des pères (n=29, 54,7%) contre un peu plus d'un tiers chez les mères (n=20, 37,7%). Parmi les médecins répondants, 13% avaient au moins un parent médecin (lorsque la mère était médecin, le père l'était également systématiquement). En ce qui concerne la spécialité des parents médecins, les mères étaient exclusivement médecins généralistes, contre 43% des pères. Les autres spécialités des pères étaient médecin du travail, rhumatologue, santé publique et radiologue.

		Répondants N=53	
Lieu de résidence principale dans l'enfance	Urbain	28	53%
	Semi-rural	11	21%
	Rural	14	26%
Réalisation d'autres études avant celles de médecine	Oui	4	7,5%
	Non	49	92,5%
Désir de choix de la médecine générale au début des études médicales	Oui	18	34%
	Non	35	66%
Stage ambulatoire en médecine générale pendant l'externat	Oui	21	39,5%
	<i>Dont moins de 3 mois</i>	15	28,25%
	<i>Dont plus de 3 mois</i>	6	11,25%
	Non	32	60,5%
Nombre de passages aux ECN	1 fois	48	90,5%
	2 fois ou plus	5	9,5%
Ordre de choix de la médecine générale aux ECN	1er choix	33	62,5%
	2ème choix	16	30%
	3ème choix ou plus	4	7,5%
Réalisation d'un stage de MG de niveau 1	Oui	53	100%
	Non	0	0%
Lieu de réalisation du stage de MG niveau 1 *	Urbain	34	64%
	Semi-rural	35	66%
	Rural	20	38%
Département de réalisation du stage de MG niveau 1	76	25	47%
	27	12	23%
	Les deux	14	26%
	Non répondu	2	4%
Réalisation d'un SASPAS	Oui	49	92,5%
	Non	4	7,5%

Modalité du SASPAS (n=49)	Partiellement en MG	11	22,5%
	Complètement en MG	38	77,5%
Département de réalisation du SASPAS (n=49)		76	57%
		27	10%
	Les deux	13	27%
	Non répondu	3	6%
Lieu de réalisation du SASPAS * (n=49)	Urbain	31	63%
	Semi-rural	20	41%
	Rural	13	37%
Réalisation d'un DESC	Oui	7	13%
	Non	46	87%
Remplacement pendant l'internat	Oui	35	66%
	Non	18	34%
Lieu de remplacement * (n=35)	Urbain	24	69%
	Semi-rural	21	60%
	Rural	12	34%
Durée de remplacement (n=35)	<5 semaines	26	74%
	5-10 semaines	8	23%
	>10 semaines	1	3%
Aides financières *	Oui	15	28%
	<i>Dont CESP</i>	4	7,5%
	<i>Dont bourse du Conseil Régional de Haute-Normandie</i>	8	15%
	<i>Dont bourse étudiante CROUS</i>	3	5,5%
	<i>Dont autre (CEDIES, bourse de Nouvelle Calédonie)</i>	2	4%
	Non	38	72%

* Ces questions étant à choix multiples, la somme des pourcentages est supérieure à 100%

Tableau 2 : Origine de l'ensemble des médecins

Quatre médecins ont réalisé des études différentes avant de débiter leurs études de médecine : 1 an de classe préparatoire PCSI (Physique, Chimie et Sciences de l'Ingénieur) ; 1 an de classe préparatoire MPSI (Mathématiques, Physique et Sciences de l'Ingénieur) ; 3 ans d'études vétérinaires ; 1 an de classe préparatoire Hypokhâgne.

Près des deux tiers des médecins (60,5%) n'ont pas pu réaliser de stage ambulatoire pendant leur externat. Cette proportion est encore plus basse si l'on considère uniquement les médecins ayant effectué leur externat en Haute-Normandie avec seulement 12% de réalisation d'un stage d'externat chez un médecin généraliste,

contre 85% parmi les médecins ayant réalisé leur externat en dehors de la Haute-Normandie.

Si la moitié des internes (49%) ont effectué au moins partiellement leur stage d'internat en médecine générale de niveau 1 dans l'Eure, seulement 37% y ont réalisé leur SASPAS. La réalisation d'un stage en milieu rural a été accessible à un peu plus de la moitié des médecins au cours de leur internat (51%) dont 38% des médecins ayant été au moins partiellement en zone rurale lors du stage de 1^{er} niveau et 37% lors du SASPAS.

Des formations complémentaires de type DESC ont été suivies par 7 médecins (13%), dont quatre en médecine d'urgence, un en gériatrie, un en médecine du sport et un en nutrition. Parmi eux, en 2022, deux médecins pratiquaient en médecine générale exclusivement, un médecin exerçait en activité partagée et quatre médecins exerçaient une autre activité.

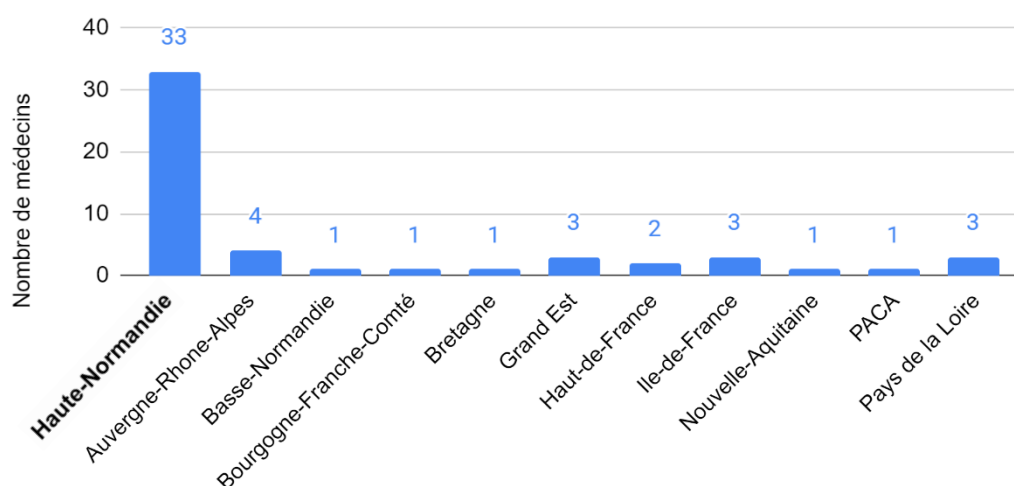


Figure 35 : Université d'externat

La plupart des médecins avaient réalisé leur externat en Haute-Normandie à Rouen (62%). Seulement un médecin a changé de faculté au cours de son externat (de Paris vers Clermont-Ferrand).

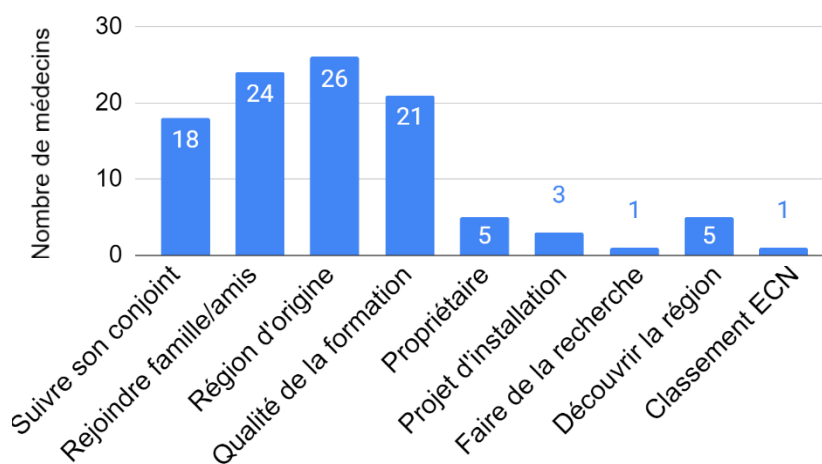


Figure 36 : Critères de choix d'un internat en Haute-Normandie (plusieurs réponses possibles)

Le choix des médecins de réaliser leur internat à Rouen a surtout été motivé par les attaches personnelles préexistantes, familiales et/ou amicales (81%), ainsi que par la qualité de la formation proposée par l'université de Rouen (40%).

Concernant les 20 médecins ayant réalisé leur externat en dehors de la Haute-Normandie, la raison principale ayant mené au choix de cette région pour réaliser leur internat a été la qualité de la formation (50%, n=10) et/ou le souhait de suivre un conjoint (45%, n=9). La volonté de rejoindre la famille a été déterminante pour quatre médecins, tout comme le souhait de découvrir la région. Enfin, un des participants souhaitait faire de la recherche, un était propriétaire et un a dû choisir en fonction de son classement aux ECN.

Pour les 33 médecins ayant décidé de rester en Haute-Normandie après y avoir réalisé leur internat, le choix a été principalement orienté par le fait d'être originaire de cette région (79%, n=26) et/ou d'y avoir de la famille ou des amis (61%, n=20). La qualité de la formation, la volonté de suivre un conjoint et le fait d'être propriétaire ont été décisifs pour respectivement 33% (n=11), 27% (n=9) et 12% (n=4). Enfin, 3 médecins y avaient déjà un projet d'installation et 1 médecin souhaitait découvrir plus amplement la région.

2. Pratique médicale actuelle

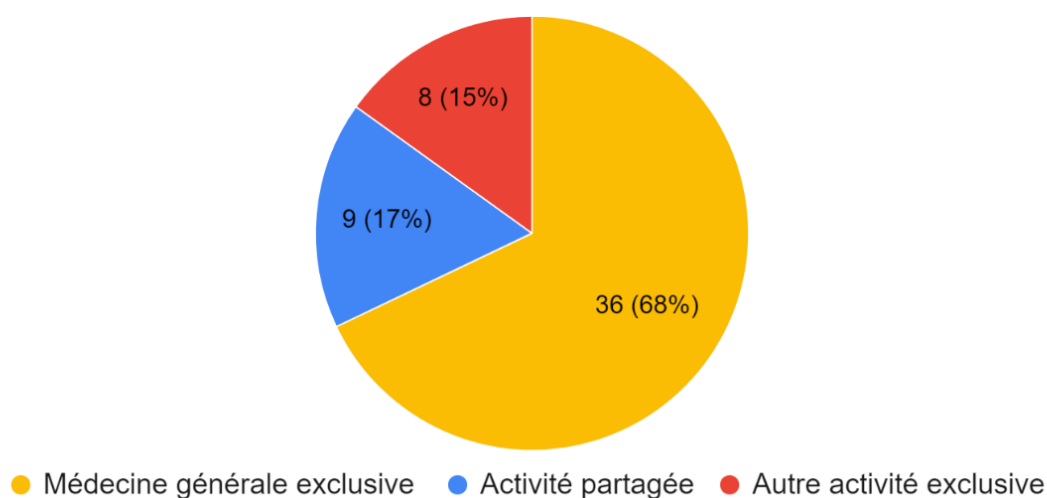


Figure 37 : Type d'activité pratiquée en 2022

La majorité des médecins ayant répondu à notre étude exerçaient la médecine générale (85%, n=45), avec notamment 68% (n=36) d'exercice exclusif de la médecine générale.

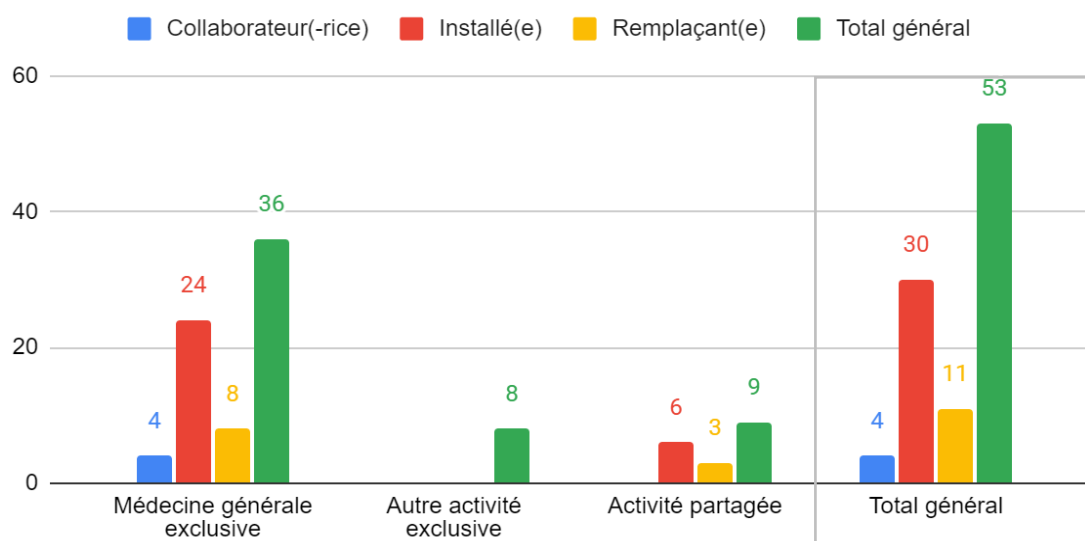


Figure 38 : Répartition des différentes pratiques médicales

Le statut de médecin installé était majoritaire, avec notamment près de trois fois plus de médecins installés que de médecins remplaçants.

		Répondants N=53	
Soutenance de thèse	Oui	52	98%
	Non	1	2%
Activité universitaire	Oui	9	17%
	Non	44	83%
Adhésion à un syndicat	Oui	6	11%
	Non	47	89%
Adhésion à une société savante	Oui	7	13%
	Non	46	87%

Tableau 3 : Autres implications des médecins

Les médecins avaient déjà tous soutenu leur thèse en 2022, à l'exception de l'un d'entre eux, qui a déménagé à l'étranger et qui exerçait une autre activité de façon exclusive sans avoir réalisé sa thèse.

Concernant l'activité universitaire, 17% des médecins (n=9) y participaient. Huit médecins sur les neuf étaient maîtres de stage et un médecin était vacataire (enseignant GEP ou tuteur). Les maîtres de stage avaient tous une activité de médecine générale exclusive, dont huit médecins installés et un médecin collaborateur. Le médecin vacataire avait une activité partagée entre la médecine générale et un poste hospitalier.

Six médecins avaient adhéré à un syndicat. Ils avaient tous choisi le syndicat REGJIHN et l'un d'entre eux était en plus d'adhérent à MG France.

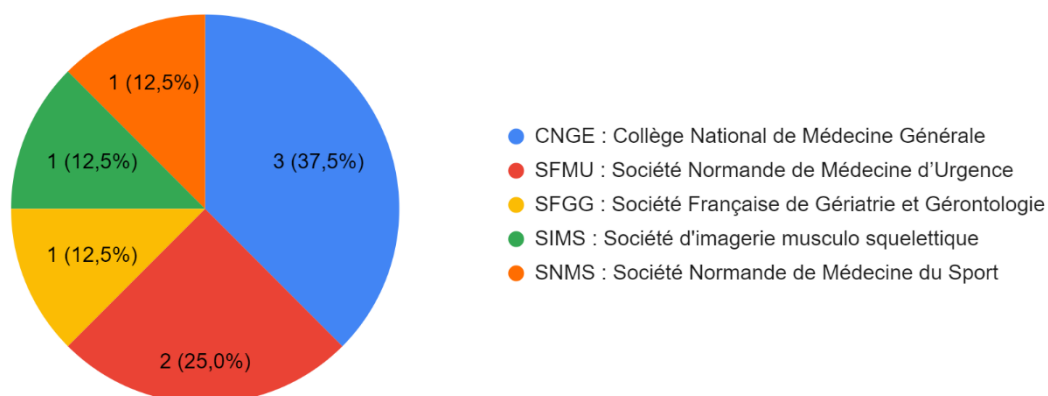


Figure 39 : Adhésion à une Société Savante

Le nombre d'adhérents à une société savante était du même ordre de grandeur, avec sept médecins adhérents (dont un médecin adhérent à deux sociétés savantes).

2.1. Pratique de la médecine générale

2.1.1. Description de l'exercice de la médecine générale

		Répondants N=45 (MG exclusive + activité partagée)	
Exercice médical	MG exclusive	36	80%
	Activité partagée MG et autre activité	9	20%
Statut *	Remplaçant(e)	12	27%
	Collaborateur(-rice)	5	11%
	Installé(e)	30	67%
Mode d'exercice	Libéral	40	89%
	Salarié	2	4,5%
	Libéral et salarié	3	6,5%
Type de structure *	Cabinet individuel	6	13,5%
	Cabinet monoprofessionnel (médecins)	26	58%
	Cabinet pluriprofessionnel type MSP	13	29%
	Centre de santé	4	9%
	Autre (SOS médecin, centre vaccination)	2	4,5%
Département d'exercice majoritaire	Seine-Maritime (76)	24	53,5%
	Eure (27)	7	15,5%
	Autre	14	31%

Zone d'exercice	Urbaine	23	51%
	Semi-rurale	15	33,5%
	Rurale	7	15,5%
Aide à l'installation pour les médecins installés (n = 30)	Oui	6	20%
	Non	24	80%
Type d'aide * (n = 6)	Aide financière de l'État (PTMG)	1	17%
	Aide financière conventionnelle de l'Assurance Maladie	2	33,5%
	Aide des collectivités territoriales	2	33,5%
	Accompagnement administratif à l'installation (ARS, CPAM)	2	33,5%

* Ces questions étant à choix multiples, la somme des pourcentages est supérieure à 100%

Tableau 4 : Pratique de la médecine générale

Parmi les 45 médecins ayant une activité de médecine générale, 80% l'exerçaient de façon exclusive. Plus de la moitié des médecins étaient installés début 2022 (67%, n=30), dont deux médecins cumulant le statut d'installé et de remplaçant pour l'un et d'installé et de collaborateur pour l'autre. Parmi les médecins installés, 80% exerçaient en médecine générale et 20% en activité partagée.

Les médecins de notre étude exerçaient principalement en libéral à 95,5% (n=43), dont 3 médecins cumulant un statut libéral et salarié. Seuls deux médecins exerçaient exclusivement dans un cabinet individuel. Le type de structure privilégié par les médecins de notre étude était le cabinet monoprofessionnel avec uniquement des médecins (58%, n=26), et 91% des répondants (n=41) exerçaient en cabinet de groupe (mono ou pluriprofessionnel). Seul un médecin a déclaré exercer au sein d'une CPTS. Parmi les six médecins exerçant au moins partiellement en cabinet individuel, quatre étaient remplaçants et deux étaient installés, tous exerçant exclusivement en médecine générale.

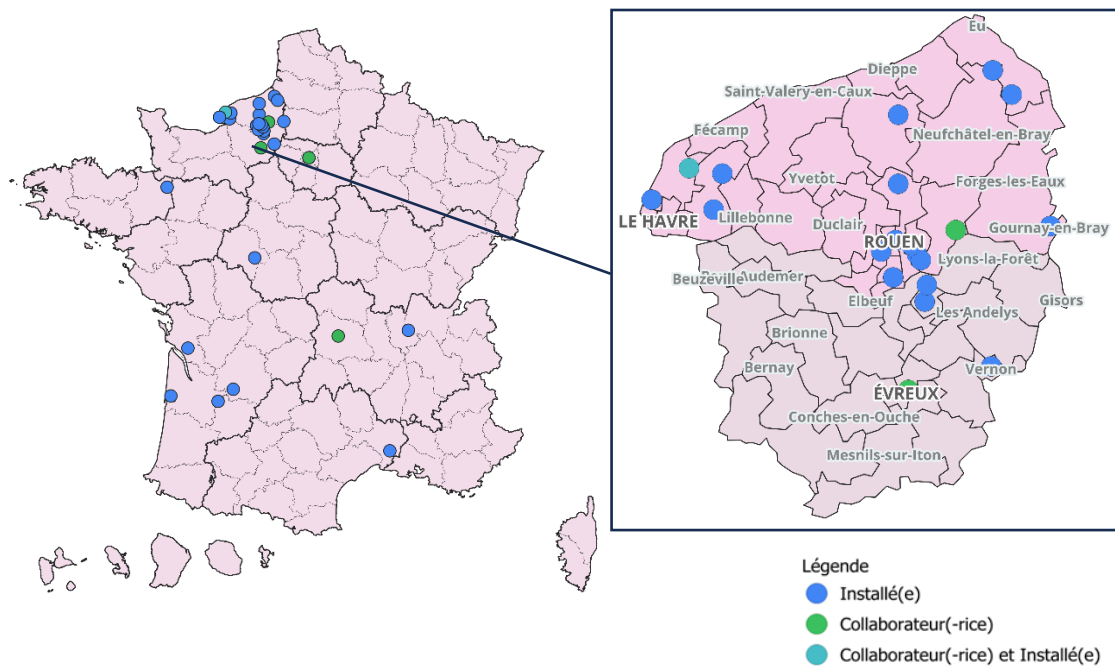


Figure 40 : Lieu d'installation ou de collaboration des médecins généralistes

En ce qui concerne le lieu d'exercice, 70% (n=37) des médecins ayant réalisé leur internat en Haute-Normandie y sont restés pour leur pratique, dont 8 médecins sur 10 dans le département de la Seine-Maritime où est située l'université de médecine.

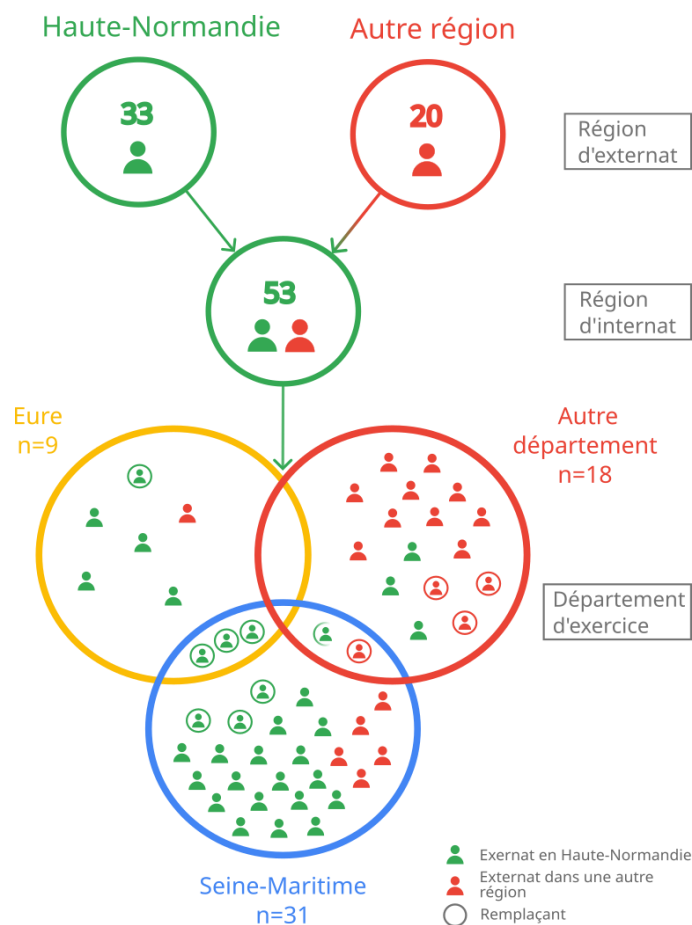


Figure 41 : Lieu d'exercice en fonction de la région de réalisation des études médicales

La plupart des médecins exerçant actuellement en dehors de la Haute-Normandie, ont réalisé leur externat dans une autre université que celle de Rouen (78%, n=14). Inversement, les médecins ayant réalisé leur externat à Rouen sont majoritairement restés en Haute-Normandie (91%, n=30). Les médecins exerçant dans plusieurs départements étaient tous remplaçants (dont un médecin étant à la fois remplaçant et installé).

Un peu plus de la moitié des médecins (51%) considéraient exercer en zone urbaine. Cependant, il a pu être observé un manque d'adéquation entre le type de zone déclaré et le type de zone réel, pour les médecins installés ou collaborateurs, dont la commune d'exercice a été demandée. Ainsi, 29% des médecins installés ou collaborateurs (n=10) ne qualifiaient pas correctement leur commune d'exercice selon les critères qui avaient été donnés, avec une petite tendance à la sous-estimation de la taille de la commune en termes de nombre d'habitants (six médecins ayant sous-estimé le nombre d'habitants de leur commune d'exercice contre quatre médecins l'ayant surestimé).

Seuls 20% des médecins installés ont eu recours à une aide à l'installation. Les aides demandées ont été aussi bien administratives (n=2) que financières (n=5). Ces aides ont été un « complément financier » pour trois des médecins (notamment pour l'achat du matériel) et, pour l'un des médecins, une incitation à l'implantation (du fait d'un contrat sur 5 ans), sans pour autant avoir eu d'impact sur le lieu d'installation initialement. Les autres médecins ayant affirmé avoir perçu des aides n'ont pas souhaité préciser ce qu'elles leur ont apporté.

2.1.2. Activité partagée et activité exclusive de la médecine générale

		Activité partagée N=9		Activité exclusive N=36	
Statut *	Remplaçant(e)	4	44%	8	22%
	Collaborateur(-rice)	0	0%	4	11%
	Installé(e)	6	67%	24	67%
Mode d'exercice	Libéral	7	78%	33	91,5%
	Salarié	0	0%	2	5,5%
	Libéral et salarié	2	22%	1	3%
Type de structure *	Cabinet individuel	0	0%	6	17%
	Cabinet monoprofessionnel (médecins)	3	33%	23	64%
	Cabinet pluriprofessionnel type MSP	4	44%	9	25%
	Centre de santé	1	11%	3	8%
	Autre (SOS médecin, Centre de vaccination)	1	11%	1	3%

Département(s) d'exercice	Seine-Maritime (76) uniquement	3	33%	17	47%
	Eure (27) uniquement	0	0%	6	17%
	Haute-Normandie uniquement (27 et 76)	1	11%	2	6%
	Haute-Normandie et autre(s) département(s)	2	22%	0	0%
	Autre(s) département(s) uniquement	3	33%	11	31%
Zone d'exercice	Urbaine	4	44%	19	53%
	Semi-rurale	4	44%	11	31%
	Rurale	1	11%	6	17%

* Ces questions étant à choix multiples, la somme des pourcentages est supérieure à 100%

Tableau 5 : Description de la pratique professionnelle des médecins en exercice exclusif de la médecine générale et en exercice partagé

Les deux tiers des médecins étaient installés en 2022, qu'ils aient une activité partagée ou exclusive de la médecine générale, mais il y avait une proportion deux fois plus importante de remplaçants en cas d'activité partagée par rapport à une activité exclusive de la médecine générale et une absence de statut de collaborateur en cas d'activité partagée.

Les médecins en activité partagée exerçaient tous leur activité en libéral (dont deux médecins ayant une activité libérale et salariée), contrairement aux médecins en activité exclusive de la médecine générale.

L'exercice en cabinet individuel était absent chez les médecins ayant une activité partagée. L'exercice en cabinet monoprofessionnel était, quant à lui, deux fois plus fréquent en cas d'activité exclusive de la médecine générale par rapport à une activité partagée.

Aucun médecin ayant une activité partagée ne pratiquait la médecine générale uniquement dans l'Eure et seul un médecin réalisait des remplacements à la fois dans l'Eure et en Seine-Maritime. Le seul médecin exerçant en activité partagée en zone rurale n'exerçait pas en Haute-Normandie.

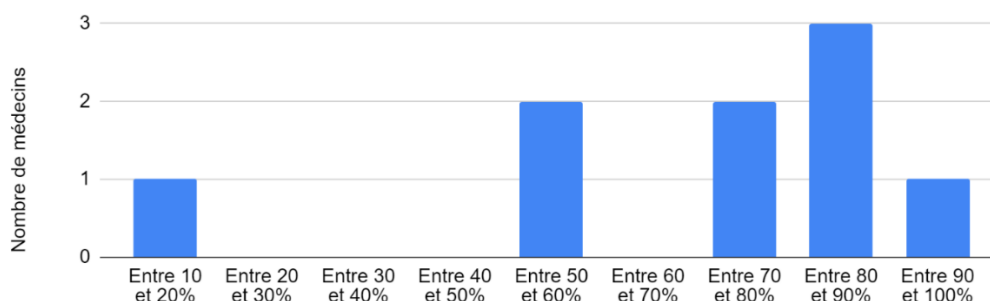


Tableau 6 : Pourcentage du temps d'activité consacré à la médecine générale en cas d'activité partagée

A propos de la répartition de temps du travail en cas d'activité partagée, la majorité des médecins (89%, n=8) consacraient plus de la moitié de leur temps de travail à la médecine générale.

2.1.3. Médecins remplaçants et médecins installés/collaborateurs

		Remplaçants N=12		Collaborateurs/ Installés N=34	
Exercice médical	MG exclusive	8	67%	28	82%
	Activité partagée MG et autre activité	4	33%	6	18%
Mode d'exercice	Libéral	9	75%	32	94%
	Salarié	0	0%	2	6%
	Libéral et salarié	3	25%	0	0%
Type de structure *	Cabinet individuel	4	33%	2	6%
	Cabinet monoprofessionnel (médecins)	8	67%	19	56%
	Cabinet pluriprofessionnel type MSP	5	42%	8	23,5%
	Centre de santé	0	0%	4	11,5%
	Autre (SOS médecin, Centre de vaccination)	1	8%	1	3%
Départements d'exercice majoritaire	Seine-Maritime (76) uniquement	3	25%	18	53%
	Eure (27) uniquement	1	8%	5	15%
	Eure et Seine-Maritime	3	25%	0	0%
	Haute-Normandie et autre département	2	17%	0	0%
	Autres départements uniquement	3	25%	11	32%
Zone d'exercice	Urbaine	6	50%	17	50%
	Semi-rurale	5	42%	11	32%
	Rurale	1	8%	6	18%

* Ces questions étant à choix multiples, la somme des pourcentages est supérieure à 100%

Tableau 7 : Description de la pratique des médecins remplaçants et de celle des médecins collaborateurs ou installés ayant une activité de médecine générale (exclusive ou partagée)

Les médecins remplaçants ainsi que les médecins collaborateurs/installés exerçaient plus fréquemment exclusivement en médecine générale. Cependant, la part d'exercice partagé était plus importante chez les médecins remplaçants que chez les médecins collaborateurs/installés (+15pp). Les médecins remplaçants exerçaient tous en libéral (dont 3 médecins cumulant libéral et salariat), contrairement aux médecins collaborateurs/installés qui exerçaient en salariat exclusif pour 2 d'entre eux. Les médecins remplaçants travaillaient plus souvent en cabinet individuel (+27pp), mais cumulaient plus souvent plusieurs types de structures différentes en raison de remplacements dans plusieurs lieux.

Le choix d'exercer en Haute-Normandie (au moins partiellement) avait été fait par 75% (n=9) des médecins remplaçants, contre 68% (n=23) des médecins collaborateurs/installés. Il y avait légèrement plus de médecins collaborateurs/installés exerçant en zone rurale que de médecins remplaçants (+10pp). Cependant, c'est le secteur urbain qui était privilégié par ces deux statuts, avec des proportions égales.

2.2. Pratique d'une autre activité

		Répondants N=17	
Exercice médical	Activité partagée MG et autre activité	9	53%
	Autre activité exclusive	8	47%
Statut d'exercice des autres activités	Salarié	13	76%
	Libéral-Médecin à exercice particulier	4	24%

Tableau 8 : Pratique d'une autre activité

Concernant les médecins généralistes exerçant une autre activité (de façon exclusive ou partagée), la majorité d'entre eux étaient salariés (76%), et ce d'autant plus que cette autre pratique était réalisée de façon exclusive (88,9% de médecins salariés). En cas de salariat, 62% des médecins avaient un poste hospitalier, dont un médecin cumulant un poste en PMI et un poste hospitalier.

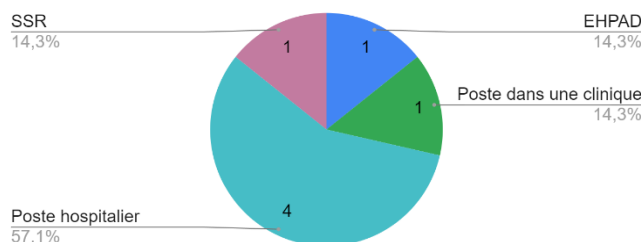


Figure 43 : Lieu d'exercice en cas de pratique exclusive d'une autre activité salariée

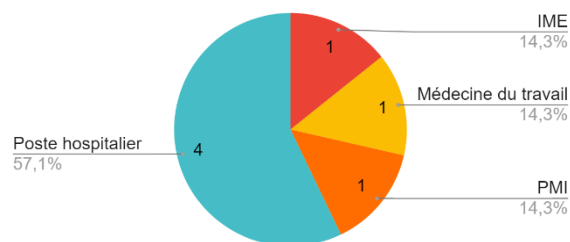


Figure 42 : Lieu d'exercice en cas de pratique partagée d'une autre activité salariée

Quatre médecins exerçaient sous le statut de libéral/MEP (Médecin à Exercice Particulier), correspondant à une compétence autre que celle d'un médecin spécialiste ou généraliste, pouvant être l'acupuncture, l'allergologie, l'homéopathie, etc. Trois médecins exerçaient cette autre activité libérale de façon partagée avec la médecine générale et un médecin l'exerçait de façon exclusive. Les activités de ces médecins se répartissaient en : médecine du sommeil (n=1) ; activité partagée acupuncture, auriculothérapie et phytothérapie (n=1) ; mésothérapie (n=1) ; et une activité en médecine du sport avec pratique d'échographie, mésothérapie, ostéopathie et explorations fonctionnelles avec test d'effort VO2 maximale (n=1). Les quatre médecins exerçaient en Seine-Maritime, dont un exerçant également dans une autre région que la Haute-Normandie.

La moitié des médecins pratiquant une autre activité exclusive (n=4) avaient réalisé un DESC, dont le DESC de médecine d'urgence (n=2), le DESC de gériatrie (n=1) et le DESC de médecine du sport (n=1). Seul un médecin sur les 8 médecins ayant une activité partagée avait réalisé un DESC (en médecine d'urgence).

2.3. L'adaptation de la pratique médicale

		Répondants N=45	
Téléconsultation	Oui	20	44%
	Non	25	56%
	<i>Dont ayant une bonne connaissance du fonctionnement</i>	25	
	<i>Dont ayant un manque de connaissance du fonctionnement</i>	0	
Téléexpertise	Oui	7	16%
	Non	38	84%
	<i>Dont ayant une bonne connaissance du fonctionnement</i>	16	
	<i>Dont ayant un manque de connaissance du fonctionnement</i>	22	
IPA libéral(e)	Oui	1	2%
	Non	44	98%
	<i>Dont ayant une bonne connaissance du fonctionnement</i>	31	
	<i>Dont ayant un manque de connaissance du fonctionnement</i>	13	
Assistant(e) médical(e)	Oui	0	0%
	Non	45	100%
	<i>Dont ayant une bonne connaissance du fonctionnement</i>	33	
	<i>Dont ayant un manque de connaissance du fonctionnement</i>	12	
Souhait d'ajout d'une de ces pratiques dans les 10 prochaines années (si actuellement non présente)	Téléconsultation (n=25)	10	40%
	Téléexpertise (n=38)	7	18%
	IPA libéral(e) (n=44)	13	30%
	Assistant(e) médical(e) (n=45)	8	18%

Tableau 9 : Adaptation à de nouvelles pratiques médicales

Parmi les médecins exerçant la médecine générale, la moitié (51%, n=23) utilisait au moins une des pratiques relativement nouvelles qui ont été sélectionnées : téléconsultation, téléexpertise, infirmier(-ère) en pratique avancée libéral(e) et assistant(e) médical(e).

2.3.1. Les assistant(e)s médicaux et IPA

On peut observer que les assistant(e)s médicaux et infirmier(-ère)s en pratique avancée (IPA) libéraux étaient encore très peu présents dans les cabinets des

médecins participants à notre étude. Un seul médecin travaillait avec un(e) IPA libéral(e), depuis moins de 2 ans, afin de déléguer des tâches chronophages et pour réaliser de l'éducation thérapeutique ; il était globalement satisfait de cette pratique. Aucun médecin n'avait d'assistant(e) médical(e).

Près de 30% des médecins considéraient manquer de connaissance sur au moins l'une de ces deux professions. Parmi les 44 médecins n'ayant pas d'IPA, 30% souhaiteraient en accueillir une, alors que seulement 18% des médecins n'ayant pas d'assistant(e) médical(e) souhaiteraient en employer. Les médecins souhaitant accueillir un(e) IPA ou un(e) assistant(e) médical(e) avaient presque exclusivement tous une bonne connaissance de leurs fonctions (respectivement n=12, 92% et n=7, 87,5%).

2.3.2. La téléconsultation

		Répondants N=20	
Avec assistance (ex : infirmière, pharmacien...)	Oui	1	5%
	Non	19	95%
Ancienneté de la pratique de la téléconsultation	Plus de 2 ans	4	20%
	Entre 1 et 2 ans	11	55%
	Entre 6 et 12 mois	4	20%
	Ne sait plus	1	5%
Nombre de créneaux de téléconsultation par semaine	Entre 10 et 20	5	25%
	Entre 5 et 10	5	25%
	Moins de 5	10	50%
Satisfaction de la pratique	Oui	16	80%
	Non	4	20%

Tableau 10 : Pratique de la téléconsultation

La téléconsultation était considérée comme bien connue de l'ensemble des médecins et utilisée par 44% des médecins. Elle était presque exclusivement utilisée sans l'assistance d'un professionnel médical ou paramédical, et elle a surtout été débutée dans les 2 dernières années (75% n = 15). La majorité des médecins l'utilisant (80%) semblaient en être satisfaits. Le temps alloué à la téléconsultation n'excédait pas 20 créneaux de consultation par semaine et la moitié des médecins n'y consacrait pas plus de 5 créneaux. Les avantages à son utilisation, avancés par les médecins, étaient notamment :

- L'aspect pratique de manière générale (n=3), avec gain de temps (n=2)
- La réévaluation / le suivi (n=3)
- Le rendu de résultats d'examen complémentaires (n=1)
- La réalisation de dossiers administratifs (type MDPH) (n=1)

- La limitation des contacts lors des épidémies (n=1)
- Sa compatibilité avec du télétravail (n=1)
- L'utilisation en consultations de dépannage (n=3), en rajout le jour même (n=1)
- L'utilisation pour l'accès à un logiciel permettant un partage de documents de manière sécurisée (n=1)

Les points négatifs relevés étaient principalement :

- Les limites dues à l'absence d'examen clinique (n=5)
- La perte de temps lors d'une téléconsultation pour un motif nécessitant une consultation physique (n=2)

Parmi les médecins ne pratiquant actuellement pas la téléconsultation, 40% (n=10) souhaiteraient l'ajouter à leur pratique dans les 10 prochaines années.

2.3.3. La téléexpertise

		Répondants N=7	
Ancienneté de la pratique de la téléexpertise	Plus de 2 ans	1	14%
	Entre 6 et 12 mois	3	43%
	Moins de 6 mois	3	43%
Fréquence d'utilisation	Plusieurs fois par semaine	1	14,3%
	Une fois par semaine	1	14,3%
	Deux fois par mois	3	43%
	Une fois par mois	1	14,3%
	Moins d'une fois par mois	1	14,3%
Satisfaction de la pratique	Oui	6	86%
	Non	1	14%

Tableau 11 : Pratique de la téléexpertise

La pratique de la téléexpertise est également récente parmi les médecins de notre étude (moins d'un an pour 86% des médecins). 86% des médecins en étaient globalement satisfaits. Les médecins utilisaient la téléexpertise principalement pour :

- La rapidité des avis (n=4)
- L'obtention d'avis dermatologiques (n=1)
- L'interprétation des électrocardiogrammes (n=1)
- En cas de difficulté d'accès à un spécialiste (difficulté de déplacement, anxiété liée à la consultation en structure de soins, coût élevé, impossibilité d'obtenir une consultation rapidement...) (n=1)

Parmi les médecins qui n'utilisaient pas la téléexpertise, 18% (n=7) d'entre eux souhaiteraient l'ajouter à leur pratique au cours des 10 prochaines années, dont seulement un médecin n'ayant pas de bonnes connaissances sur son fonctionnement.

2.4. Temps de travail et satisfaction générale

		Répondants N=53	
Satisfaction de l'équilibre vie professionnelle / vie personnelle	Satisfait	36	68%
	Ni satisfait ni insatisfait	11	21%
	Insatisfait	6	11%
Réalisation de gardes	Oui	36	68%
	Non	17	32%
Souhait de modification du temps de travail dans les 2 ans	Non	25	47%
	Oui, le réduire	15	28%
	Oui, l'augmenter	4	8%
	Ne sait pas	9	17%

Tableau 12 : Temps de travail et satisfaction générale

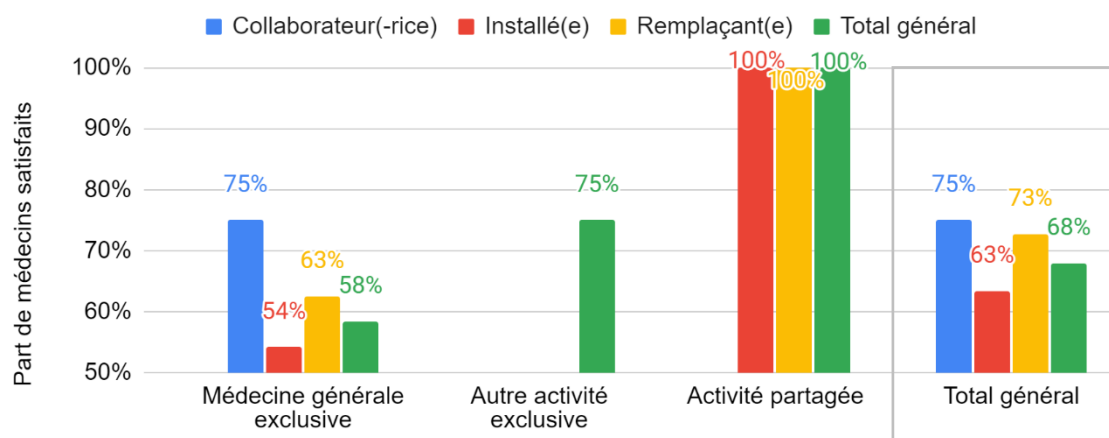


Figure 44 : Proportion de médecins satisfaits de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle en fonction des différentes pratiques médicales

Plus des deux tiers des médecins de notre étude (68%, n=36) ont déclaré être plutôt satisfaits de leur équilibre entre leur vie personnelle et professionnelle, tandis que 21% (n=11) ont déclaré être ni satisfaits ni insatisfaits, et 11% (n=6) ont déclaré être insatisfaits. Les médecins installés et exerçant la médecine générale de façon exclusive avaient globalement un niveau de satisfaction moins important par rapport à tous les autres médecins. La satisfaction la plus importante était exprimée chez les médecins en activité partagée, quel que soit leur statut.

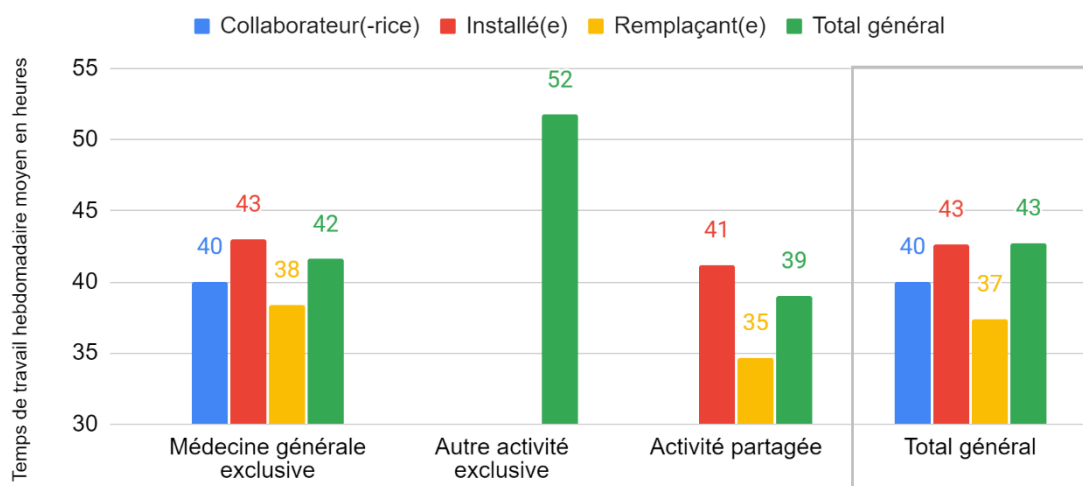


Figure 45 : Moyenne hebdomadaire du nombre d'heures travaillées en fonction de la pratique des médecins

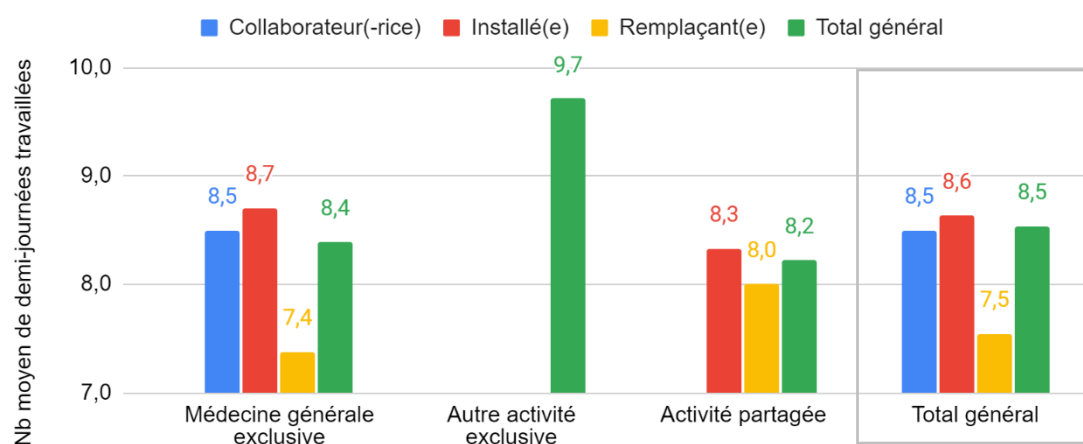


Figure 46 : Moyenne hebdomadaire du nombre de demi-journées travaillées en fonction de la pratique médicale

Le temps de travail moyen des médecins collaborateurs ou installés (exerçant la médecine générale de façon exclusive ou partagée) était de 42,3 heures (*médiane*=40, *Sd*=8,71), réparties sur 8,6 demi-journées (*médiane*=9, *Sd*=1,18). Le volume horaire était plus important chez les hommes (*moyenne*=45,3, *médiane*=45, *Sd*=9,23) que chez les femmes collaboratrices ou installées (*moyenne*=40,1, *médiane*=40, *Sd*=7,8). L'amplitude horaire hebdomadaire pouvait varier de 25 heures à 60 heures, sur 6 à 12 demi-journées.

On peut observer que les médecins remplaçants exclusivement en médecine générale avaient le temps de travail (incluant le nombre moyen d'heures travaillées et le nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine) le moins important. À l'inverse, les médecins ayant une autre activité exclusive avaient le temps de travail le plus important, suivi des médecins installés en médecine générale. Les médecins ayant une activité partagée avaient en moyenne un temps de travail légèrement inférieur aux médecins ayant une activité exclusive de médecine générale.

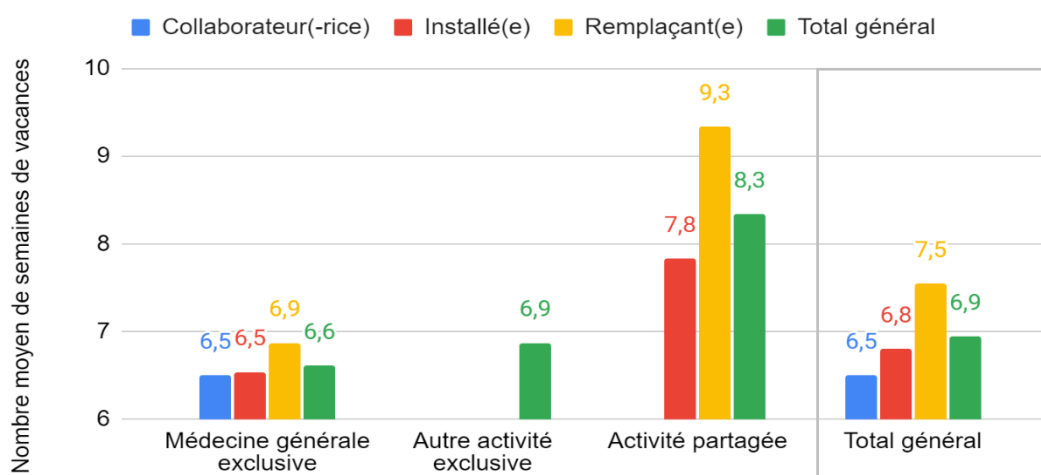


Figure 47 : Moyenne du nombre de semaines de vacances annuelles en fonction de la pratique médicale

Les médecins collaborateurs ou installés (en activité exclusive et partagée) prenaient en moyenne 6,8 semaines de vacances (*médiane*=7, *Sd*=1,7, *min*=4, *max*=12). Le nombre moyen de semaines de vacances était globalement plus élevé chez les médecins ayant une activité partagée et chez les médecins remplaçants.

Les médecins installés et/ou collaborateurs (en activité exclusive ou partagée) avaient en moyenne un temps de trajet de 20 minutes entre leur domicile et leur lieu d'exercice (*médiane*=16, *Sd*=11,9) pour une distance moyenne de 16,8km (*médiane*=11,5, *Sd*=14,9)

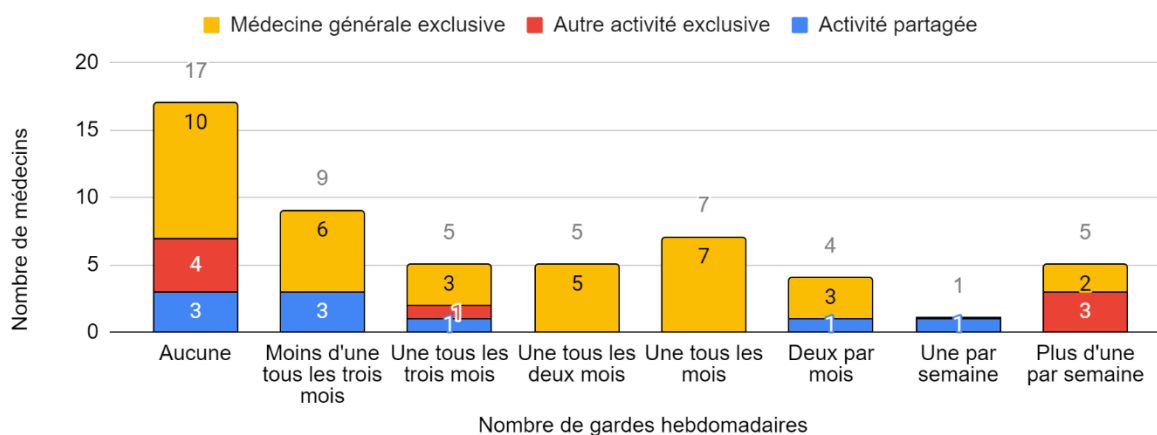


Figure 48 : Nombre de gardes hebdomadaires par médecin en fonction de leur pratique médicale

Parmi les médecins réalisant des gardes, près de la moitié (47%, n=17) en réalisaient au moins une par mois. Les médecins effectuant au moins une garde par semaine avaient majoritairement un poste hospitalier exclusif ou partagé avec la médecine générale (n=4, 66%) ; les deux autres médecins réalisant au moins une garde par semaine étant des médecins en pratique exclusive de la médecine générale, l'un étant installé et l'autre remplaçant.

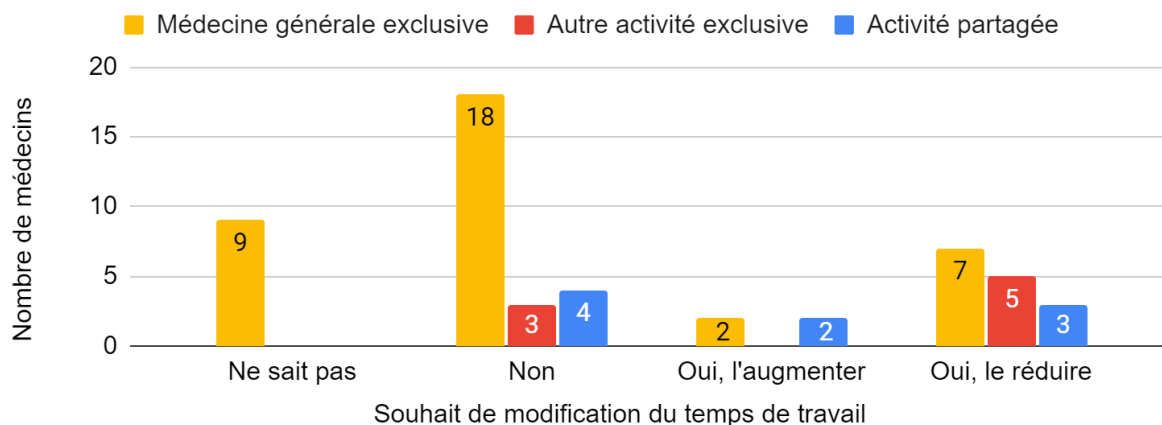


Figure 49 : Nombre de médecins souhaitant changer de volume horaire travaillé dans les 2 prochaines années, en fonction du type de pratique médicale et de la modalité de ce changement

En ce qui concerne les médecins souhaitant modifier leur rythme de travail, quinze médecins ont exprimé le désir de diminuer leur nombre d'heures travaillées, alors que seulement quatre ont déclaré souhaiter l'augmenter. Parmi ces derniers, trois médecins étaient remplaçants (dont deux médecins ayant une activité partagée et un médecin ayant une activité de médecine générale exclusive), et un médecin était actuellement installé (en exercice exclusif de la médecine générale).

Parmi les médecins pratiquant une autre activité exclusivement, 63% ont déclaré souhaiter réduire leur temps de travail, contre 33% chez les médecins ayant une activité partagée et 19% chez les médecins ayant une activité de médecine générale exclusive.

Les médecins souhaitant diminuer leur temps d'activité professionnelle travaillaient entre 39 et 80 heures par semaine (*moyenne=50,5, médiane=45, Sd=12,5*), tandis que les médecins souhaitant l'augmenter travaillaient entre 25 et 40 heures par semaine (*moyenne=34, médiane=35, Sd=7,5*).

3. Pratiques envisagées dans les 10 prochaines années

		Répondants N=53	
Souhait de changement	Oui	15	28%
	Non	21	40%
	Ne sait pas	17	32%
Projection de la pratique médicale dans 10 ans	MG exclusive	37	70%
	Activité partagée	7	13%
	Autre activité exclusive	6	11%
	Ne sait pas	3	6%

Tableau 13 : Changement de pratique médicale envisagé dans les 10 prochaines années

Un quart des médecins (28%, n=15) ont exprimé le souhait de changer de pratique au cours des 10 prochaines années. Ces changements concerneraient principalement l'activité médicale, le statut ou encore le lieu d'exercice.

3.1. Modifications envisagées

Activité envisagée (N=53) Activité actuelle (N=53)	MG exclusive (n=37)	Activité partagée (n=7)	Autre activité exclusive (n=6)	Ne sait pas (n=3)
MG exclusive (n=36)	34	1	1	0
Activité partagée (n=9)	2	6	0	1
Autre activité exclusive (n=8)	1	0	5	2

Tableau 14 : Évolution du type d'activité médicale envisagée dans 10 ans

Parmi les médecins souhaitant changer de type d'activité (n=5), deux médecins ayant une activité partagée souhaiteraient exercer la médecine générale de façon exclusive (en tant qu'installés en libéral) en quittant un poste de salariat hospitalier pour l'un et de salarié en médecine du travail pour l'autre.

Deux médecins exerçant en médecine générale exclusive souhaiteraient changer pour un exercice d'une autre activité, en libéral/MEP : l'un de façon partagée (avec de la médecine légale et expertises, éventuellement en bénévolat), et le second de façon exclusive (acupuncture).

Enfin, trois médecins exerçant une autre activité de façon exclusive souhaiteraient effectuer un changement de type d'activité. Parmi eux, deux médecins ne savaient pas encore quel serait l'objet de ce changement. Le troisième médecin, actuellement salarié dans une clinique, souhaiterait s'orienter vers un exercice exclusif de la

médecine générale en libéral dans un centre de santé en zone urbaine ou semi-rurale, sans changer de département afin de rester en Seine-Maritime (région d'internat, mais non d'origine).

La part de l'exercice exclusif de la médecine générale serait donc a priori stable au cours des dix prochaines années chez les médecins de notre étude (70% soit +2pp par rapport à 2022)

Statut envisagé (N=53) Statut actuel (N=53)	Remplaçant(e)s (n=7)	Collaborateurs (-rices) (n=4)	Installé(e)s (n=36)	Autre activité exclusive (n=6)	Ne sait pas (n=3)
Remplaçant(e)s (n=12)	6	4		1	1
Collaborateurs(-rices) (n=5)	0	3	2	0	0
Installé(e)s (n=30)	1	0	29	0	0
Autre activité exclusive (n=8)	0	0	1	5	2

Possibilité de choix multiples

Tableau 15 : Évolution du statut d'exercice envisagée dans 10 ans

Quatre médecins parmi les douze actuellement remplaçants souhaiteraient s'installer (et/ou être collaborateur pour l'un d'entre eux), en cabinet monoprofessionnel ou MSP, en libéral (et/ou salarié pour l'un d'entre eux), sans changement de zone ni de département d'exercice. Un de ces quatre médecins exerçait la médecine générale de façon partagée (avec du salariat en médecine du travail) et souhaiterait à présent l'exercer de façon exclusive ; les trois autres médecins exerçaient la médecine générale de façon exclusive sans souhait de changement.

Un médecin remplaçant en activité exclusive de la médecine générale souhaiterait exercer une autre activité de façon exclusive (acupuncture), sous un statut libéral ou de MEP. Un autre médecin remplaçant et ayant une activité partagée souhaiterait apporter des changements dans sa pratique médicale sans savoir encore lesquels.

Deux des cinq médecins collaborateurs souhaiteraient s'installer en libéral dans une MSP ou un autre regroupement de médecins, plutôt en zone urbaine ou semi-rurale, sans changer de département.

À l'inverse, un des médecins, qui était installé et qui avait une pratique exclusive de la médecine générale, souhaiterait faire des remplacements dans le cadre d'une activité partagée avec de la médecine légale et des expertises médicales, sous un statut libéral, mais sans savoir dans quel type de structure pour le moment, plutôt en zone rurale (et non plus en zone urbaine) dans un autre département (le Doubs au lieu de la Gironde).

Un des médecins exerçant la médecine générale de façon exclusive et déjà installé dans un cabinet monoprofessionnel souhaiterait changer de lieu d'exercice, à la fois en s'orientant vers un regroupement pluridisciplinaire (MSP, centre de santé et/ou CPTS), et vers un éventuel changement de département. Actuellement dans l'Eure, il envisage la possibilité de s'installer à nouveau dans l'Eure, ou en Dordogne ou en Haute-Savoie, tout en restant en zone urbaine ou semi-rurale.

Un médecin ayant une activité partagée et exerçant la médecine générale en tant qu'installé en libéral souhaiterait modifier son lieu d'exercice tout en poursuivant une activité partagée. Actuellement en maison médicale dédiée aux gardes de permanence de soins, il souhaiterait s'orienter vers un cabinet monoprofessionnel ou une MSP, toujours en zone urbaine en Seine-Maritime, sans changer son autre activité médicale (salarié en poste hospitalier).

Le choix du lieu d'exercice pour les 9 médecins s'orientant vers la médecine générale (partagée ou exclusive) serait principalement influencé par le lieu où ils ont effectué leur internat (55,5%, n=5). Un médecin souhaiterait retourner dans sa région d'externat ou de naissance (qui n'étaient pas la Haute-Normandie), un médecin souhaiterait rejoindre son conjoint exerçant dans une autre région, et enfin, un médecin préférerait rester dans la même région car il y a déjà établi son exercice.

Aucun des médecins n'a exprimé le souhait de changer de mode d'exercice de libéral vers salarié ou inversement (seul un médecin exerçant actuellement sous un statut à la fois salarié et libéral souhaiterait exercer uniquement sous un statut libéral). De même, aucun médecin n'aurait l'intention de travailler en cabinet individuel.

Quatre médecins n'ayant actuellement pas d'activité universitaire souhaiteraient devenir maîtres de stage. Le médecin actuellement vacataire souhaiterait également devenir maître de stage en mettant fin à sa fonction de vacataire. Enfin, un des médecins, actuellement maître de stage, souhaiterait arrêter son activité universitaire. Parmi ces 5 médecins souhaitant devenir maîtres de stage, 2 médecins aimeraient exercer en zone semi-rurale ou rurale, 2 en zone urbaine et 1 n'a pas encore défini de zone.

3.2. Projection de l'évolution des pratiques dans 10 ans

3.2.1. Pratique de la médecine générale (exclusive et partagée)

		Situation en 2022 (N=45)		Projection dans 10 ans (N=45)		Nb de départs	Nb d'arrivées
Exercice médical	MG exclusive	36	80%	37	82%	-2	+3
	Activité partagée	9	20%	8	18%	-2	+1
Statut *	Remplaçant(e)	12	27%	8	18%	-5	+1
	Collaborateur(-rice)	5	11%	4	9%	-2	+1
	Installé(e)	30	67%	36	80%	-1	+7
Mode d'exercice	Libéral	40	89%	41	91%	-1	+2
	Salarié	2	4,5%	2	4,5%		
	Libéral et salarié	3	6,5%	2	4,5%	-1	
Type de structure *	Cabinet individuel	6	13,5%	4	9%	-2	
	Cabinet monoprofessionnel (médecins)	26	58%	25	55,5%	-3	+2
	Cabinet pluriprofessionnel type MSP	13	29%	19	42%	-1	+7
	Centre de santé	4	9%	6	13,5%		+2
	Autre (SOS médecin, centre vaccination)	2	4,5%	0	0%	-2	
	Ne sait pas	0	0%	1	2%		+1
	Département d'exercice majoritaire	Seine-Maritime (76)	24	53,5%	24	53,5%	-1
Eure (27)		7	15,5%	5	11%	-2	
Autres		14	31%	13	29%	-1	
Incertitude		0	0%	3	6,5%		+3
Zone d'exercice *	Urbaine	23	51%	24	53,5%		+1
	Semi-rurale	15	33,5%	19	42%	-2	+6
	Rurale	7	15,5%	9	20%		+2
Activité universitaire	Maître de stage	8	18%	12	27%	-1	+5
	Vacataire	1	2%	0	0%	-1	

* Ces questions étant à choix multiples, la somme des pourcentages est supérieure à 100%

Tableau 16 : Pratique de la médecine générale (exclusive et partagée) en 2022 et projection de cette pratique dans 10 ans

En considérant l'absence de changement pour les médecins ayant répondu qu'ils ne savaient pas s'ils modifieraient leur pratique ou comment ils la modifieraient dans les 10 prochaines années, la majorité des médecins pratiquant la médecine générale devraient être installés dans 10 ans (80% soit +13pp) et il ne resterait plus que 18% de médecins remplaçants (soit -9pp par rapport à la situation actuelle).

Le mode d'exercice et le département d'exercice resteraient relativement stables (les incertitudes portant sur le fait de rester dans le même département).

Concernant les types de structures, l'attrait pour les cabinets individuels serait en diminution (-4,5pp) au profit des regroupements de professionnels et notamment des MSP (+13pp). Un seul médecin souhaiterait intégrer une CPTS (+2pp).

Le secteur semi-rural semblerait gagner en attractivité (+8,5pp) notamment pour les médecins installés en zone urbaine et hésitant à éventuellement changer pour un secteur semi-rural ; un seul médecin souhaiterait changer d'une zone urbaine pour une zone rurale et un médecin hésitait entre les trois types de zones.

Les médecins souhaiteraient être de plus en plus impliqués dans la formation des étudiants en médecine, en devenant maîtres de stage (+9pp).

3.2.2. Pratique d'une autre activité (exclusive et partagée)

		Situation en 2022 (N=17)		Projection dans 10 ans (N=16)		Nb de départs	Nb d'arrivées
Pratique médicale	Activité partagée MG et autre activité	9	53%	8	50%	-2	+1
	Autre activité exclusive	8	47%	8	50%	-1	+1
Statut d'exercice des autres activités *	Salarié	13	76,5%	10	62,5%	-3	
	Libéral-Médecin à exercice particulier	4	23,5%	6	37,5%		+2
	Bénévole	0	0%	1	6,5%		+1

* Ces questions étant à choix multiples, la somme des pourcentages est supérieure à 100%

Tableau 17 : Pratique d'une autre activité (exclusive et partagée) en 2022 et projection de cette pratique dans 10 ans

L'évolution de la pratique d'une autre activité par les médecins généralistes resterait plutôt stable, avec tout de même une diminution de la part du salariat (-14pp) au profit d'un exercice libéral-MEP (+14pp).

4. Évolutions de la cohorte

4.1. Comparaison avec les suivis antérieurs

4.1.1. Évolutions socio-démographiques

		2020 N=58	2022 N=53
Genre	Femme	67%	66%
	Homme	33%	34%
Situation conjugale	Célibataire/En concubinage	26%	21%
	En couple	72%	77%
	Divorcé(e)	2%	2%
Profession du conjoint	Médecin	31,5%	31%
	Interne	2,5%	2,5%
	Étudiant (hors médecine)	5%	5%
	Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise	5%	0%
	Cadre, Profession intellectuelle supérieure (hors médecin)	31,5%	31%
	Profession intermédiaire	12%	7%
	Employé	2,5%	14%
	Ouvrier	2,5%	2,5%
	Sans activité professionnelle	7,5%	7%
Enfant(s)	Oui	57%	74%
	Non	43%	26%
Lieu de résidence actuel	Urbain	57%	57%
	Semi-rural	21%	17%
	Rural	22%	26%
Mode de vie actuel	Seul(e)	12%	8%
	Avec conjoint(e) et/ou enfant(s)	88%	92%
Statut foncier	Propriétaire	76%	83%
	Locataire	24%	15%
	Hébergé(e) à titre gratuit	0%	2%

Tableau 18 : Évolution des caractéristiques socio-démographiques entre 2020 et 2022

En comparant les réponses des 58 médecins ayant participé au questionnaire de suivi en 2020 avec celles des 53 médecins ayant participé au questionnaire de suivi en 2022, on peut observer une augmentation du nombre de médecins en couple (+5pp), ayant un ou des enfants (+17pp), propriétaires (+7pp) et vivant en couple ou avec leur(s) enfant(s) (+4pp). On observe également une légère augmentation du nombre de médecins vivant en secteur rural (+4pp).

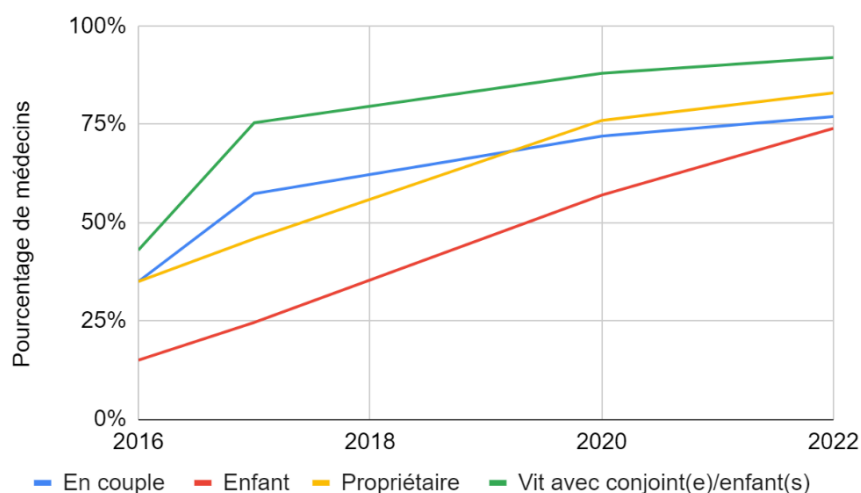


Figure 50 : Évolution du projet personnel depuis 2016

Depuis 2016, les effectifs de chacun des critères détaillés dans la Figure 50, n'ont cessé de croître. On peut constater un léger ralentissement de leur croissance depuis 2020, en dehors du nombre de médecins ayant un ou des enfant(s) (environ +10pp par an).

4.1.2. Évolutions de la pratique médicale

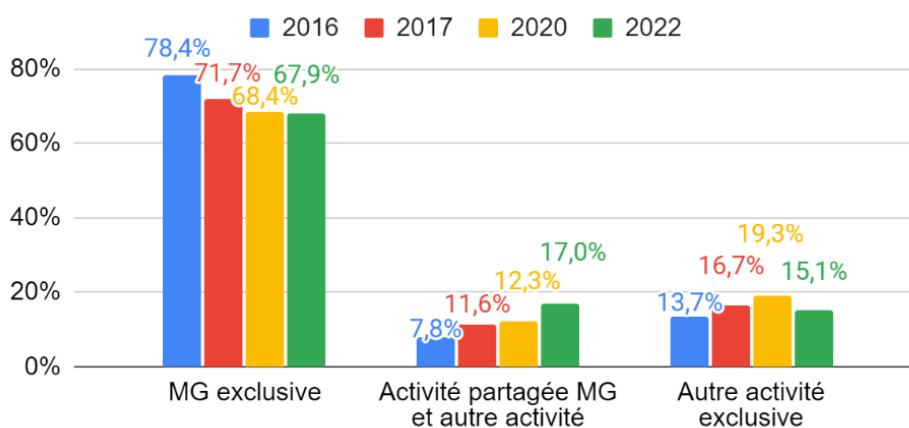


Figure 51 : Effectifs des médecins ayant terminé leur internat, par type d'activité en 2016 (N=51), 2017 (N=60), 2020 (N=56) et 2022 (N=53)

Les médecins ayant une activité partagée étaient légèrement plus nombreux en 2022 qu'en 2020 (+4,7pp) contrairement aux médecins exerçant une autre activité exclusivement (-4,2pp). Entre 2016 et 2022, on peut observer, d'un suivi à l'autre, une diminution des effectifs en médecine générale exclusive.

		2020 N=46	2022 N=45
Exercice médical	MG exclusive	85%	80%
	Activité partagée MG et autre activité	15%	20%
Statut *	Remplaçant(e)	35%	27%
	Collaborateur(-rice)	20%	11%
	Installé(e)	50%	67%
Mode d'exercice	Libéral	94%	89%
	Salarié	2%	4,5%
	Libéral et salarié	4%	6,5%
Type de structure *	Cabinet individuel	20%	13,5%
	Cabinet de groupe (mono ou pluriprofessionnel)	93%	91%
	Autre (SOS médecin, centre vaccination)	2%	4,5%
Département d'exercice majoritaire	Seine-Maritime (76)	59%	53,5%
	Eure (27)	19,5%	15,5%
	Autres	21,5%	31%
Zone d'exercice *	Urbaine	50%	51%
	Semi-rurale	57%	33,5%
	Rurale	24%	15,5%
Aide à l'installation pour les médecins installés	Oui	17%	20%
	Non	83%	80%

* Ces questions étant à choix multiples, la somme des pourcentages est supérieure à 100%

Tableau 19 : Comparaison de la pratique de la médecine générale (exclusive et partagée) entre 2020 et 2022

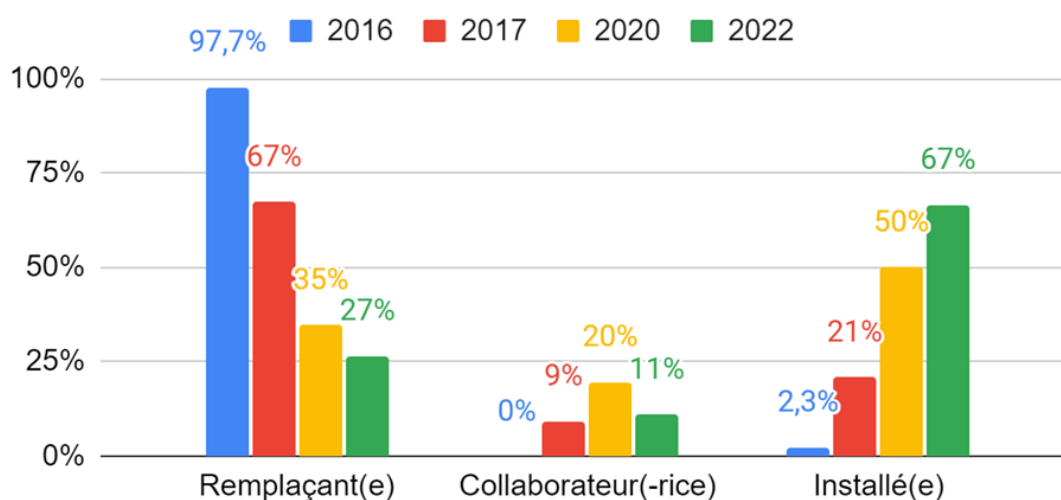


Figure 52 : Statut des médecins exerçant en médecine générale, entre 2016 et 2022

Concernant la pratique de la médecine générale, on peut constater entre 2020 et 2022 une augmentation du nombre de médecins installés (+17pp) tandis qu'il y a eu une diminution du nombre de collaborateurs (-9pp) et de remplaçants (-8pp). Le nombre de médecins exerçant uniquement en libéral a diminué (-5pp) au profit de l'activité salariée et de l'activité salariée et libérale.

On peut observer une augmentation des départs vers un exercice en dehors de la Haute-Normandie (+9.5pp). Alors que l'exercice en milieu urbain est resté stable depuis 2020, le choix d'un milieu rural a été moins fréquent (-8,5pp) au profit d'un milieu semi-rural.

Le nombre d'aides financières ou administratives demandées par les médecins a légèrement augmenté (+3pp) réparties sur les aides financières de la CPAM et des collectivités territoriales, ainsi que sur les aides administratives à l'installation.

Parmi les 7 médecins de notre cohorte ayant signé un CESP, 2 ont été perdus de vue en 2020 et un en 2022. Le seul médecin installé en 2016 avait signé un CESP. En 2017, 2 médecins ayant signé un CESP se sont installés, suivis en 2020 par une autre installation et une collaboration. Il n'y a pas eu de nouvelle installation parmi les signataires du CESP en 2022. Un médecin ayant signé un CESP était toujours remplaçant en 2022.

En ce qui concerne l'activité partagée de la médecine générale, les proportions de salariat et d'exercice libéral ou MEP sont restées stables entre 2020 et 2022 (-2pp pour le salariat et +2pp pour le libéral/MEP).

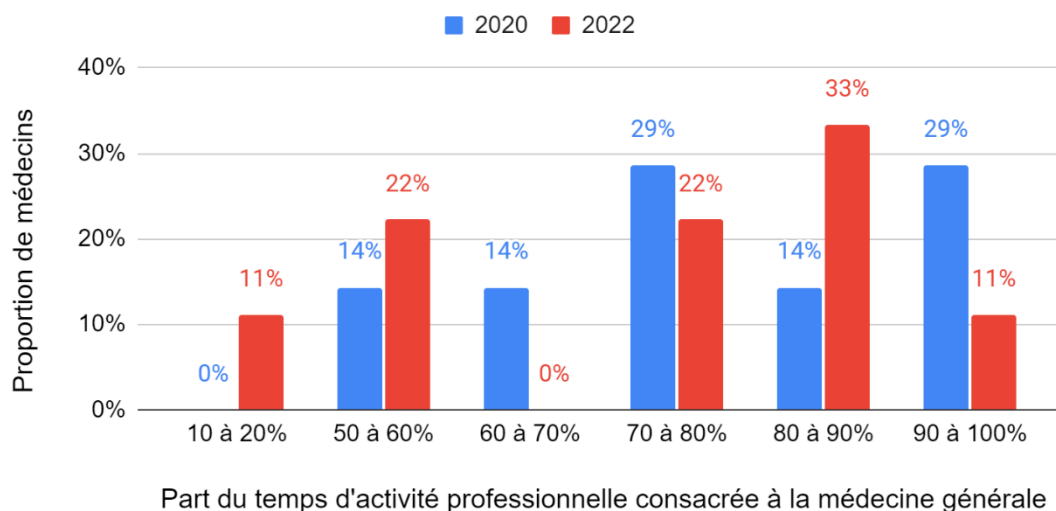


Figure 53 : Comparaison des pourcentages du temps d'activité professionnelle consacré à la médecine générale en cas d'activité partagée, en 2020 et 2022

On peut constater que la part des médecins en activité partagée et consacrant moins de 60% de leur temps à la médecine générale a été plus importante en 2022 qu'en 2020 (+19pp). La proportion de médecins consacrant plus de 80% de leur temps à la médecine générale est cependant restée stable depuis 2020 (+1,5pp).

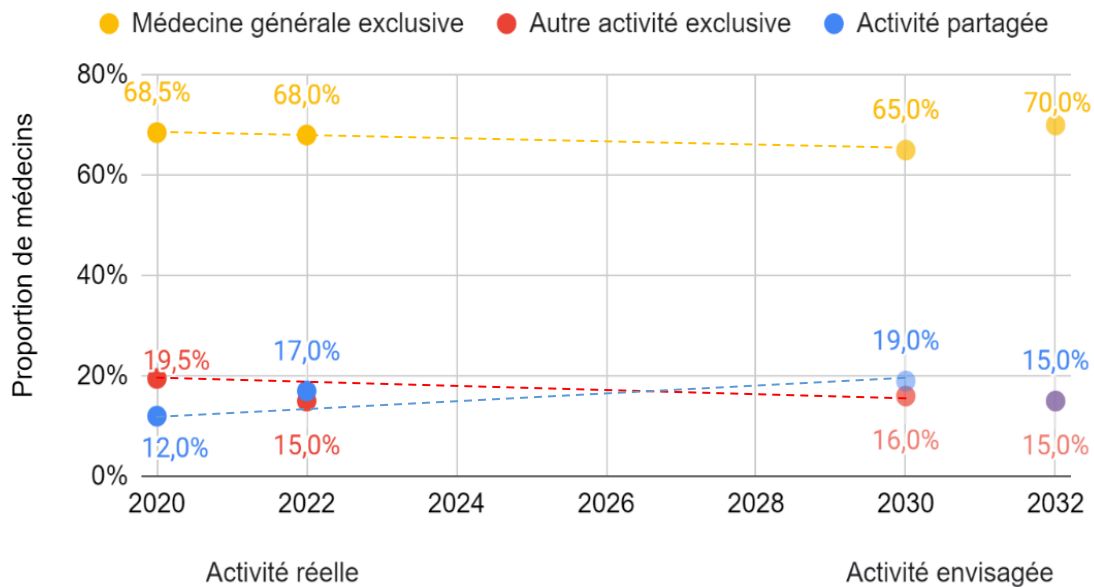


Figure 54 : Type d'activité pratiquée et type d'activité envisagée dans 10 ans

La Figure 54 représente la proportion de médecins par type d'activité exercée et celui envisagé dans 10 ans, lors des questionnaires de 2020 et de 2022. Il a été considéré une absence de changement pour les médecins ayant répondu ne pas savoir s'ils souhaitaient changer d'activité, ainsi que pour les médecins souhaitant changer mais ne sachant pas vers quel type d'activité. On peut constater que le type d'activité a suivi l'orientation de la courbe de tendance envisagée en 2020.

Concernant la médecine générale exclusive, la tendance prévue en 2020 pour les 10 prochaines années était à la diminution (ce qui a été le cas), alors qu'elle a été annoncée comme probablement croissante en 2022 pour atteindre 70% d'activité de médecine générale exclusive en 2032.

Entre 2020 et 2022, l'évolution a été opposée entre l'exercice exclusif d'une autre activité qui a diminué et celui d'une activité partagée qui a augmenté. Une augmentation de l'activité partagée était envisagée en 2020 dans les 10 prochaines années, alors que la tendance était prévue à la diminution en 2022. La tendance de la pratique d'une autre activité exclusive était prévue à la diminution en 2020 et 2022 pour les 10 prochaines années.

4.2. Description et schématisation des parcours professionnels des médecins depuis 2016

Nous avons étudié les évolutions de la pratique des 53 médecins ayant répondu à notre questionnaire. En cas de non-réponse à l'un des questionnaires de suivi précédents, la situation du médecin a été considérée comme inchangée dans l'intervalle de temps. Les médecins primo-répondants en cours du suivi (en 2017 et 2022) ont également été pris en compte, en les identifiant spécifiquement dans les schémas.

Un tiers des médecins (n=17) ont affirmé avoir changé de pratique depuis le dernier questionnaire de suivi auquel ils avaient participé.

4.2.1. Évolution du type d'activité pratiquée par les médecins

À partir de 2017, tous les médecins avaient terminé leur internat (à l'exception d'un médecin parti exercer une autre activité à l'étranger sans avoir validé son DES).

Entre 2016 et 2022, l'exercice exclusif de la médecine générale est resté relativement stable (n=36 en 2022) alors que l'exercice partagé et l'exercice exclusif d'une autre activité ont doublé (respectivement n=9 et n=8 en 2022), avec une surreprésentation de femmes (23% des femmes exerçant en activité partagée en 2022 (n=8) contre 5,5% des hommes (n=1)).

Le nombre de médecins ayant changé de type d'activité entre deux suivis a peu varié d'un suivi à l'autre, avec une légère tendance à la diminution (de 12 changements entre les deux premiers suivis à 8 changements entre les deux derniers suivis). Les changements d'activité entre 2020 et 2022 ont été plus nombreux en cas d'exercice d'une autre activité (partagée ou exclusive), qu'en cas d'exercice de la médecine générale (5 changements parmi les 16 médecins exerçant une autre activité contre 3 changements parmi les 36 médecins en exercice exclusif de la médecine générale). Les femmes ont plus souvent changé de type d'activité que les hommes, surtout jusqu'en 2020 (32,4% de femmes (n=11) ayant changé d'activité contre 6,7% d'hommes (n=1) entre 2016 et 2017). On observe des mouvements aussi bien de la médecine générale exclusive vers une autre activité ou vers une activité partagée, que dans l'autre sens. L'intervalle entre 2020 et 2022 est la seule période pendant laquelle aucun médecin n'a changé d'activité pour une autre activité exclusive.

Entre 2020 et 2022, huit médecins ont changé d'activité. Trois médecins ont opté pour un exercice exclusif de la médecine générale, dont deux médecins initialement en activité partagée qui, en 2022, ont conservé uniquement leur activité de médecine générale sans la modifier, et un médecin exerçant initialement uniquement une autre activité :

- Un médecin hospitalier salarié, également installé en libéral dans un cabinet individuel en zone rurale en Seine-Maritime,

- Un médecin réalisant des polygraphies ventilatoires en libéral, tout en étant collaborateur libéral dans un cabinet monoprofessionnel en zone urbaine dans l'Eure,
- Un médecin, initialement salarié hospitalier, exerçant en 2022 en tant que remplaçant libéral dans un cabinet individuel et en centre de vaccination en zone semi-rurale en dehors de la Haute-Normandie.

Cinq autres médecins ont changé d'activité pour un exercice partagé, dont trois médecins initialement en exercice exclusif de la médecine générale et deux médecins en exercice exclusif d'une autre activité :

- Un médecin, initialement installé en libéral dans un cabinet monoprofessionnel en zone urbaine en Seine-Maritime, exerçant toujours en tant qu'installé libéral en 2022, mais dans un centre de santé en zone rurale en dehors de la Haute-Normandie, en plus d'une activité libérale de médecin du sommeil,
- Un médecin, initialement remplaçant libéral dans un cabinet individuel en zone urbaine et semi-rurale en Seine-Maritime, exerçant en 2022 toujours en tant que remplaçant libéral, mais en MSP en zone semi-rurale en Seine-Maritime et dans l'Eure, en parallèle d'une activité salariée à l'hôpital et en PMI,
- Un médecin, initialement remplaçant libéral dans un cabinet monoprofessionnel et chez SOS Médecins en zone urbaine en Seine-Maritime, exerçant en 2022 en tant que remplaçant libéral et salarié dans une MSP en zone semi-rurale en dehors de la Haute-Normandie, ainsi qu'en tant que salarié hospitalier,
- Un médecin, initialement exclusivement salarié hospitalier, ayant conservé cette activité et exerçant également en tant qu'installé libéral dans une maison médicale (SOS Médecins) en zone urbaine en Seine-Maritime,
- Un médecin, initialement exclusivement salarié dans un IME, ayant conservé cette activité et exerçant en parallèle en tant qu'installé libéral dans une MSP en zone semi-rurale en Seine-Maritime.

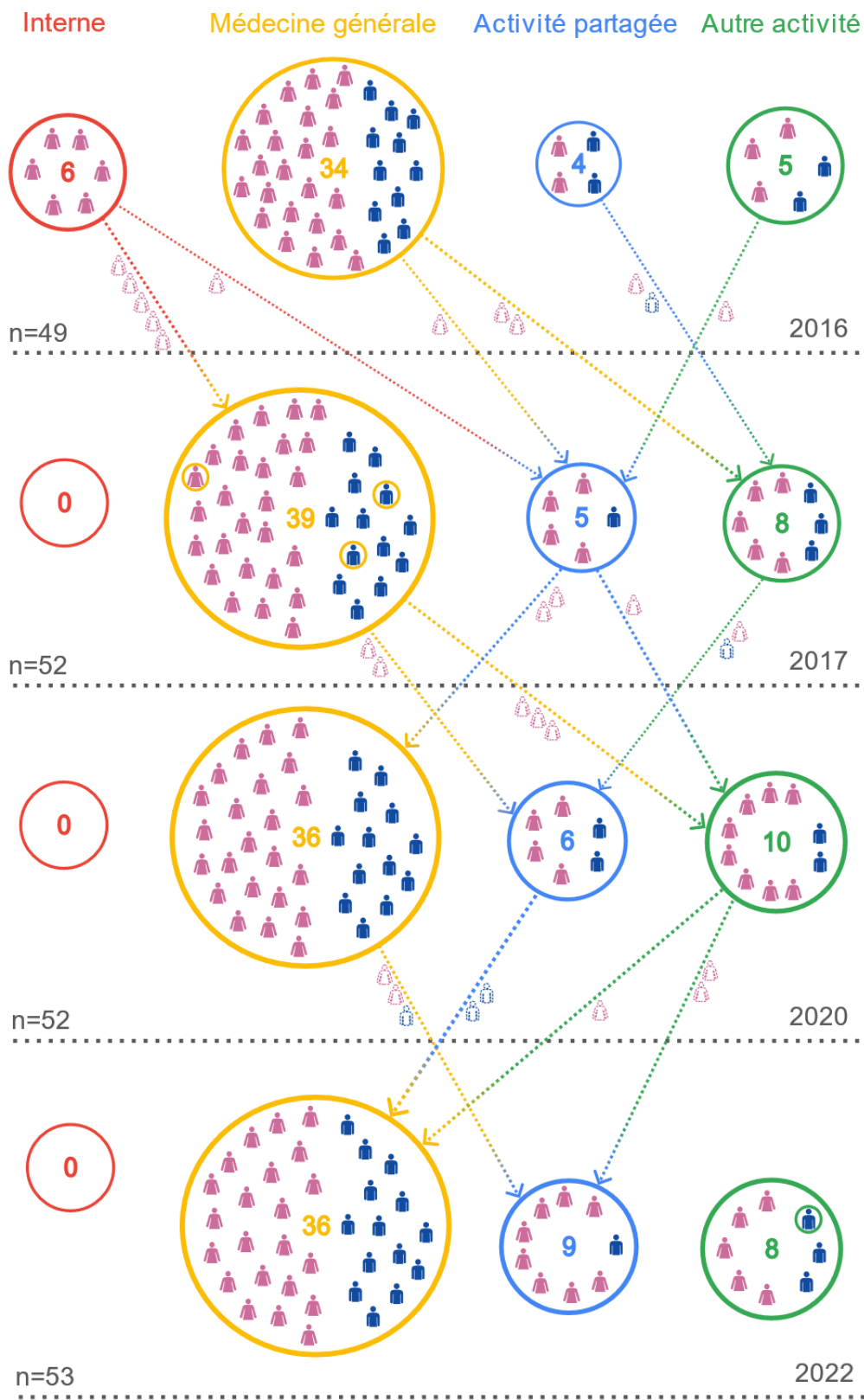


Figure 55 : Évolution du type d'activité pratiquée entre 2016 et 2022

Légende

- 👤👤 Activité pratiquée
- 👤👤 Modification d'activité entre deux suivis
- Inclusion en cours de suivi

4.2.2. Évolution du statut des médecins

Entre 2016 et 2022, on observe une augmentation progressive du nombre d'installations et, à l'inverse, une diminution du nombre de remplaçants. Dans des proportions plus faibles, le nombre de collaborateurs a augmenté jusqu'en 2020 avant de légèrement diminuer entre 2020 et 2022, au profit de 3 installations. Entre 2016 et 2017, une interne a commencé à exercer sous deux statuts (celui de médecin installée et collaboratrice), expliquant une somme des différents statuts supérieure au nombre de médecins. Une seconde médecin a également séparé son statut en deux entre 2017 et 2020 (de remplaçante, elle est devenue à la fois remplaçante et installée).

Seuls quatre médecins se sont installés sans avoir déclaré de statut de remplaçant au cours des différents suivis, à savoir :

- un médecin qui est passé du statut d'interne en 2016 à celui de collaborateur et installé en 2017
- un médecin qui était interne en 2016 et installé en 2017
- un médecin qui a exercé une autre activité jusqu'en 2020 avant d'être installé en 2022
- un médecin primo-répondant en 2017, ayant déclaré d'emblée un statut d'installé.

Le statut de remplaçant chez les femmes était plus fréquent que chez les hommes, avec un écart qui s'est creusé de 2017 à 2022 : 11 femmes remplaçantes parmi les 35 médecins femmes contre 1 homme remplaçant parmi les 18 médecins hommes, soit un rapport de 5,7 en 2022. En 2017, ce rapport était de 1,2 avec 23 femmes remplaçantes parmi les 35 médecins femmes et 9 hommes remplaçants parmi les 17 médecins hommes.

Les femmes étaient également surreprésentées dans le statut de collaborateur, contrairement à celui d'installé où il y avait deux fois plus d'installations chez les hommes que chez les femmes (4 collaboratrices sur 35 médecins femmes en 2022 contre 1 collaborateur sur 18 médecins hommes, et 17 installées sur 35 médecins femmes contre 13 installés sur les 18 médecins hommes).

Le nombre de médecins ayant changé de statut entre deux suivis a diminué de moitié depuis 2016, avec 20 médecins ayant effectué un changement entre les 2 premiers suivis (dont 1 médecin vers deux statuts différents), 23 médecins entre 2017 et 2020, et 10 médecins entre 2020 et 2022. Les changements de statut étaient plus nombreux chez les femmes que chez les hommes entre 2016 et 2017 (16 changements parmi les 34 médecins femmes contre 5 changements parmi les 15 médecins hommes) et entre 2020 et 2022 (8 changements parmi les 35 médecins femmes contre 2 changements parmi les 17 médecins hommes), contrairement à l'intervalle 2017-2020 lors duquel les proportions de changement étaient équivalentes. Aucun médecin installé n'a changé de statut ou d'activité pour un exercice exclusif d'une autre activité depuis 2016.

Concernant les changements de statut entre 2020 et 2022, sans changement de type d'activité (détaillé ci-dessus), sept médecins ont modifié leur statut, avec 6 installations et 1 collaboration, tous en exercice exclusif de la médecine générale, à l'exception d'un médecin ayant un exercice partagé (initialement collaborateur et devenu installé) :

- Trois médecins remplaçants libéraux dans un cabinet monoprofessionnel (et également en cabinet individuel pour deux d'entre eux, ainsi que dans une MSP pour l'un d'eux) se sont installés en libéral dans un cabinet monoprofessionnel. L'un exerçait dans toute la Haute-Normandie et a choisi uniquement la Seine-Maritime en 2022 ; un autre exerçait en Haute-Normandie et en dehors, et avait quitté la Haute-Normandie en 2022 ; et le dernier exerçait en Seine-Maritime et dans le Gard, pour ensuite exercer uniquement dans le Gard en 2022.
- Un médecin remplaçant libéral dans un cabinet monoprofessionnel en Haute-Normandie était devenu collaborateur libéral en 2022, dans un centre de santé en dehors de la Haute-Normandie.
- Trois médecins collaborateurs libéraux dans un cabinet monoprofessionnel se sont installés en libéral dans un cabinet monoprofessionnel pour deux d'entre eux, et dans une MSP pour le troisième. L'un exerçait en zone urbaine dans l'Eure et y est resté ; un autre exerçait en Seine-Maritime et y est resté, mais en passant d'une zone semi-rurale à urbaine ; et le dernier exerçait en dehors de la Haute-Normandie dans plusieurs départements, et est resté dans l'un d'eux.

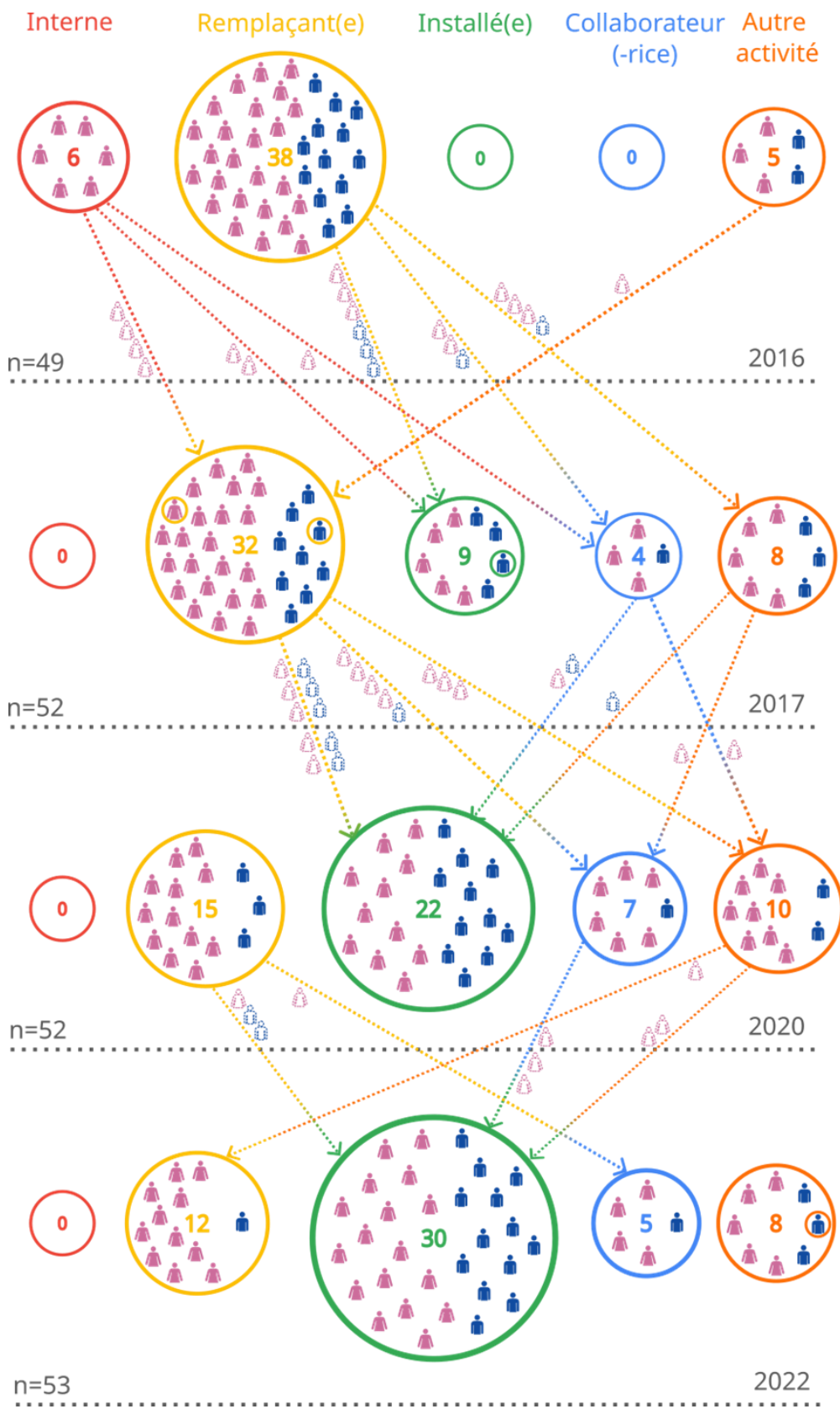


Figure 56 : Évolution des statuts entre 2016 et 2022

Légende

- Statut exercé
- Modification du statut entre deux suivis
- Inclusion en cours de suivi

4.2.3. Évolution du département d'exercice de la médecine générale

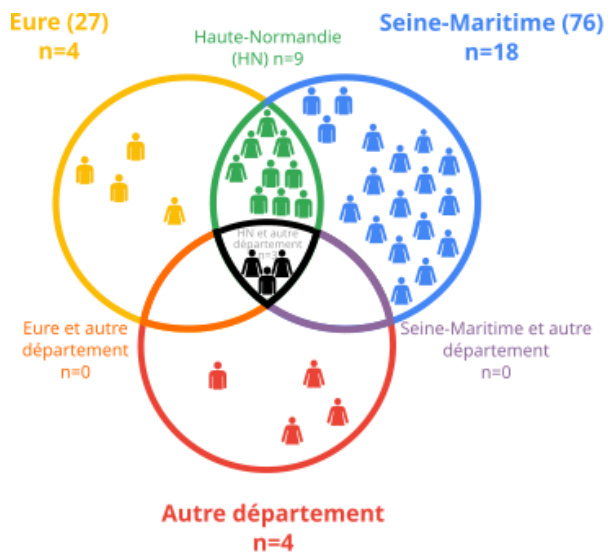
La Figure 57 illustre la répartition des médecins exerçant en médecine générale (de façon exclusive ou partagée avec une autre activité) en fonction de leur département d'exercice, entre 2016 et 2022. Le nombre de médecins n'est pas égal d'une année à l'autre en raison de la non-représentation des internes et des médecins exerçant exclusivement une autre activité, ainsi que du fait de l'ajout des quatre médecins primo-répondants.

Les médecins exerçant dans plusieurs départements étaient exclusivement des remplaçants et/ou des collaborateurs. On peut observer sur la Figure 57 que de moins en moins de médecins exerçaient dans plusieurs départements simultanément. Entre 2016 et 2022, les médecins se sont progressivement déplacés de la Seine-Maritime vers une autre région que la Haute-Normandie : 79% des médecins (n=30) exerçaient au moins partiellement en Seine-Maritime en 2016 (et 47,5% (n=18) uniquement dans ce département), contre 55,5% (n=25) en 2022 ; à l'inverse, 18,5% des médecins (n=7) exerçaient dans un autre département en 2016, contre 35,6% (n=16) en 2022. L'exercice dans l'Eure est resté relativement stable et a même diminué si l'on considère les médecins exerçant dans plusieurs départements dont l'Eure (de 42% (n=16) en 2016 à 20% (n=9) en 2022).

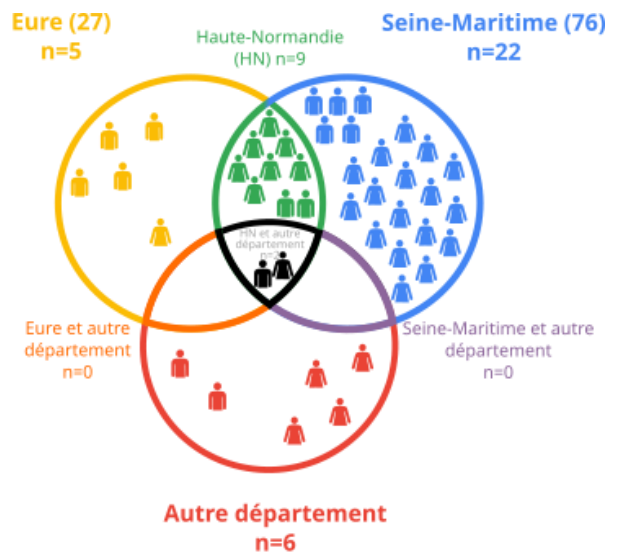
Le nombre de changements a progressivement diminué au fil des années, avec 17 changements de zone entre 2016 et 2017, 16 entre 2017 et 2020, et 11 entre 2020 et 2022. Le département ayant enregistré le plus de mouvements (arrivées et départs) était la Seine-Maritime entre 2016 et 2017 et entre 2017 et 2020 (respectivement 63% (n=17) et 46% des mouvements (n=12)), mais entre 2020 et 2022, ce sont les départements hors Haute-Normandie qui ont connu le plus grand nombre de mouvements (37% des mouvements (n=7)).

L'exercice de la médecine générale en Seine-Maritime (partiel ou exclusif) était plus fréquent chez les médecins femmes que chez les médecins hommes, avec un écart de plus en plus important au fil des années (84% de femmes exerçant en Seine-Maritime (n=21) après exclusion des internes, contre 69% des hommes (n=9) en 2016, et en 2022, des proportions de 63,5% chez les femmes (n=19) contre 40% chez les hommes (n=6)). A l'inverse, l'Eure était plus attractive pour les hommes, bien que l'écart tende à diminuer (28% des femmes exerçant dans l'Eure (n=7) contre 69% des hommes (n=9) en 2016, et 17% des femmes (n=5) contre 27% des hommes (n=4) en 2022). Concernant les autres départements que ceux de la Haute-Normandie, l'écart entre les médecins hommes et femmes était beaucoup moins prononcé.

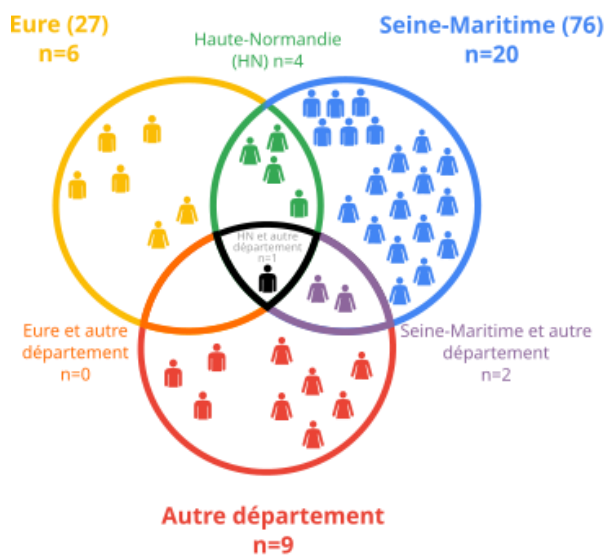
A propos des changements depuis 2020, onze médecins ont changé de département, dont trois se sont installés en Seine-Maritime, et 6 sont partis pour un autre département (dont 3 installations, 1 collaboration et 2 remplacements). Il n'y a pas eu de changement concernant l'Eure, en dehors d'un médecin réalisant des remplacements dans l'Eure en plus des remplacements qu'il faisait en Seine-Maritime. Un dernier changement a consisté en l'ajout de remplacements en Seine-Maritime pour un médecin qui ne remplaçait qu'en dehors de la Haute-Normandie en 2020.



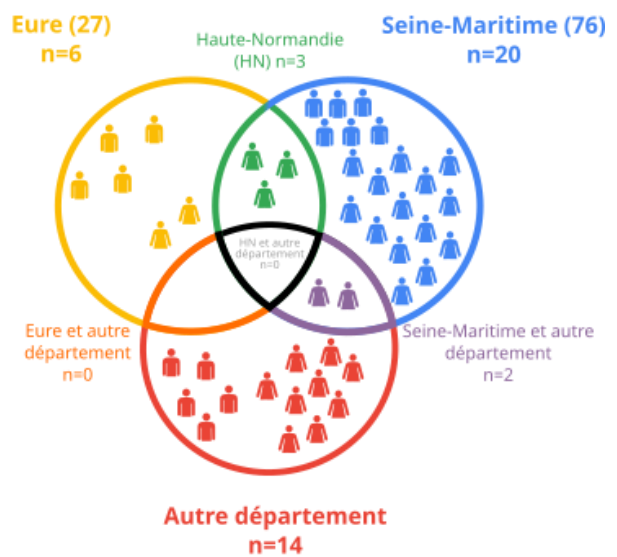
Département d'exercice des médecins pratiquant la médecine générale en 2016 (n=38)



Département d'exercice des médecins pratiquant la médecine générale en 2017 (n=44)



Département d'exercice des médecins pratiquant la médecine générale en 2020 (n=42)



Département d'exercice des médecins pratiquant la médecine générale en 2022 (n=45)

Figure 57 : Évolution du département d'exercice des médecins entre 2016 et 2022

4.2.4. Évolution de la zone d'exercice de la médecine générale

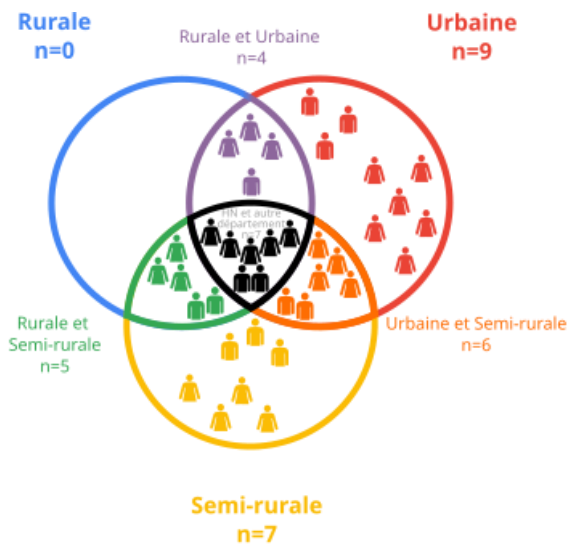
La Figure 58 illustre la répartition des médecins exerçant la médecine générale (de façon exclusive ou partagée avec une autre activité) en fonction de leur zone d'exercice déclarée, entre 2016 et 2022. Le nombre de médecins n'est pas égal d'une année à l'autre en raison de la non-représentation des internes et des médecins exerçant exclusivement une autre activité, ainsi que du fait de l'ajout des quatre médecins primo-répondants.

En 2016, 16 médecins exerçaient au moins partiellement en zone rurale (contre 7 en 2022), 25 au moins partiellement en zone semi-rurale (contre 15 en 2022) et 26 au moins partiellement en zone urbaine (contre 23 en 2022). La zone urbaine est devenue de plus en plus attractive. En 2016, il existait une différence de -2,6pp entre la proportion de médecins exerçant en zone urbaine et celle exerçant en zone semi-rurale (respectivement n=26 et n=25), en incluant les exercices dans plusieurs zones. Cette différence était de +17,8pp en 2022 (respectivement n=15 et n=23).

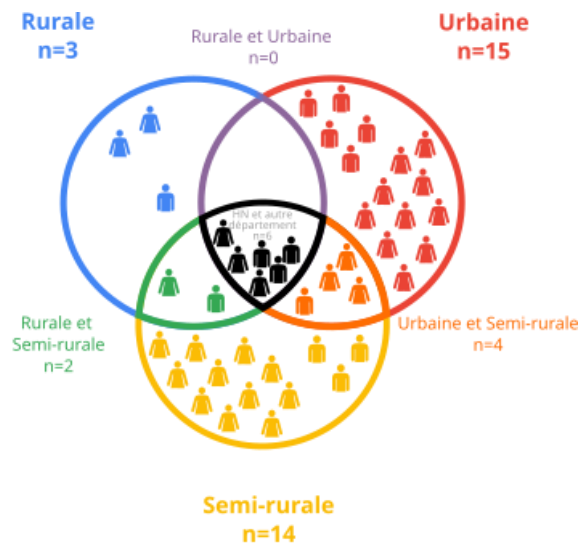
Si en 2016, de nombreux médecins exerçaient dans plusieurs zones simultanément, la totalité des médecins avait choisi un type de zone en 2022. Le nombre de changements de zone a progressivement diminué au fil des années, avec 34 changements entre 2016 et 2017, 16 entre 2017 et 2020, et 14 entre 2020 et 2022. La zone ayant enregistré le plus de mouvements (arrivées et départs) était la zone semi-rurale entre 2016 et 2017 ainsi qu'entre 2017 et 2020 (respectivement 25% (n=15) et 38,5% (n=10) des mouvements), suivie de la zone urbaine (respectivement 23,5% (n=14) et 27% (n=7)). Entre 2020 et 2022, c'est la zone urbaine qui a connu le plus grand nombre de mouvements (36% des mouvements (n=9) contre 20% en zone semi-rurale (n=5)), avec notamment 8 nouvelles arrivées en zone urbaine.

Les genres étaient proportionnellement équilibrés en zone urbaine, mais pas dans les autres zones. En 2022, il y avait deux fois plus d'exercice en zone semi-rurale chez les femmes (12 femmes sur 30) que chez les hommes (3 hommes sur 15). À l'inverse, 26,7% des hommes (n=4) travaillaient en zone rurale, contre 10% des femmes (n=3). En incluant l'exercice dans plusieurs zones, les proportions selon le genre étaient plus équilibrées en 2016 (44% des femmes exerçaient en zone rurale (n=11) contre 38,5% des hommes (n=5), 64% des femmes exerçaient en zone semi-rurale (n=16) contre 69% des hommes (n=9), et 72% des femmes exerçaient en zone urbaine (n=18) contre 61,5% des hommes (n=8)).

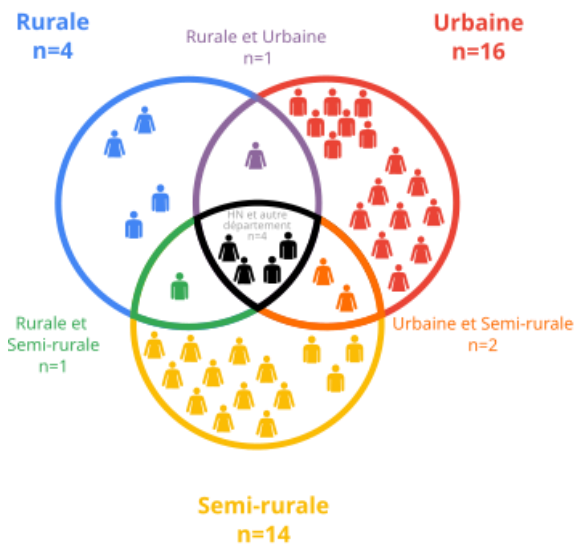
Concernant les changements depuis 2020, il y a eu 14 changements de zone, dont 8 arrivées en zone urbaine (provenant aussi bien d'une zone rurale que d'une zone semi-rurale, d'un ensemble de plusieurs zones, ou encore à partir d'une autre activité), 3 en zone rurale (à partir d'une zone urbaine, d'une zone semi-rurale ou d'un ensemble des trois zones) et 3 en zone semi-rurale (en provenance d'une zone urbaine et semi-rurale, ou d'une autre activité). Il n'y a eu aucun départ de la zone rurale, contrairement à l'ensemble des autres zones. Par ailleurs, seul un départ de la zone rurale a été enregistré depuis 2016 parmi les médecins y exerçant exclusivement.



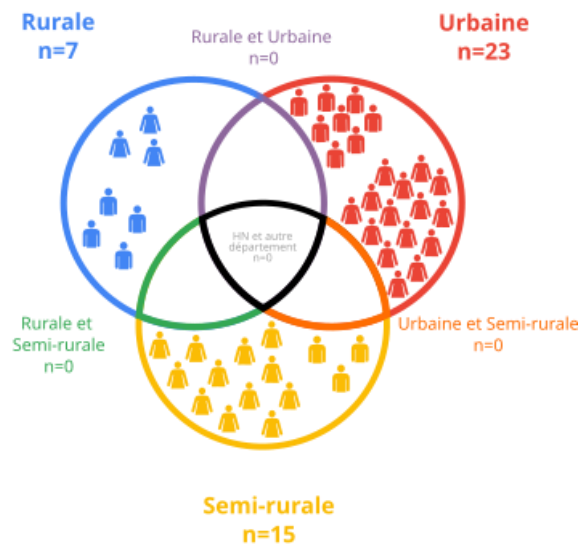
Zone d'exercice des médecins pratiquant la médecine générale en **2016** (n=38)



Zone d'exercice des médecins pratiquant la médecine générale en **2017** (n=44)



Zone d'exercice des médecins pratiquant la médecine générale en **2020** (n=42)



Zone d'exercice des médecins pratiquant la médecine générale en **2022** (n=45)

Figure 58 : Évolution de la zone d'exercice des médecins entre 2016 et 2022

5. Analyse univariée

5.1. Facteurs influençant le type d'activité exercé

	MG (exclusive ou partagée) (N=45)	Autre activité exclusive (N=8)	p
Genre féminin	67%	63%	1,00
Profession du conjoint : Médecin	20%	63%	0,04
Lieu de résidence rural	31%	0%	0,09
Lieu de résidence urbain dans l'enfance	47%	88%	0,05
Désir d'exercice de la MG au début des études médicales	69%	50%	0,42
MG en premier choix aux ECN	64%	50%	0,46
Enseignants médecins généralistes lors des cours théoriques au cours de l'externat	24%	13%	0,67
Réalisation d'un stage de MG pendant l'externat	40%	38%	1,00
Réalisation d'un SASPAS	98%	63%	0,01
SASPAS réalisé exclusivement en MG	78%	38%	0,31
Réalisation d'un DESC	7%	50%	0,01
Réalisation de remplacements pendant l'internat	73%	25%	0,01
Aide financière pendant les études	42%	0%	0,09
Mode de rémunération : salarié	18%	88%	< 0,01

Tableau 20 : Variables influençant le type d'activité exercé

Parmi l'ensemble des analyses réalisées dans l'objectif de déterminer des variables ayant un lien avec le type d'activité exercée, certaines ont donné des résultats significatifs ($p < 0,05$). On peut constater que les médecins exerçant exclusivement une autre activité avaient moins souvent effectué un SASPAS ou des remplacements, mais avaient plus souvent réalisé un DESC et avaient un statut salarié plus fréquent. Cependant, la réalisation d'un stage en médecine générale pendant l'externat, ou l'orientation du SASPAS exclusivement vers la médecine générale, n'a pas semblé avoir eu d'influence sur le type d'activité exercée.

Chez les médecins exerçant exclusivement une autre activité, les conjoints médecins étaient plus fréquents, ainsi qu'un milieu de vie urbain dans l'enfance. Néanmoins, il n'a pas été retrouvé de lien entre l'activité exercée et le lieu de résidence des médecins, les zones de stage lors de l'internat ou encore les zones de remplacement.

Le choix de la médecine générale en première position lors des ECN n'était pas significativement plus fréquent chez les médecins pratiquant la médecine générale exclusivement ou de façon partagée. Cependant, en comparant la pratique de la médecine générale uniquement de façon exclusive avec la pratique d'une autre activité (exclusive ou partagée), un résultat significatif a été retrouvé ($p = 0,03$).

5.2. Facteurs influençant le statut d'exercice de la médecine générale

	Installés ou collaborateurs (N=33)	Remplaçants (N=12)	p
Genre féminin	58%	92%	0,04
Enfants	73%	75%	1,00
Statut marital : Marié ou Pacsé	79%	67%	0,45
Statut foncier : Propriétaire	91%	75%	0,32
Lieu de résidence rural	42%	0%	< 0,01
Lieu de vie rural ou semi-rural dans l'enfance	52%	58%	0,75
Stage de niveau 1 en zone rurale ou semi-rurale uniquement	39%	8%	0,07
Réalisation d'un SASPAS	97%	100%	1,00
SASPAS réalisé en zone rurale ou semi-rurale uniquement	42%	8%	0,04
Réalisation de remplacements pendant l'internat	79%	58%	0,25
Remplacements en zone rurale ou semi-rurale (au moins partiellement)	64%	25%	0,07
Durée des remplacements ≥ 5 semaines	21%	8%	0,65
Exercice en cabinet individuel	6%	33%	0,04
Zone d'exercice rural	18%	8%	0,65
Aide financière pendant les études	30%	42%	0,47
dont un CESP	9%	8%	1,00

Tableau 21 : Variables influençant le statut d'exercice de la médecine générale

L'analyse des facteurs pouvant influencer le statut d'exercice des médecins généralistes a révélé un lien entre le genre des médecins et leur statut d'exercice : les médecins remplaçants étant plus souvent des femmes. Cependant, le cadre familial (enfants, conjoint, statut foncier, etc.) n'a pas montré d'influence.

Concernant l'influence géographique, un milieu rural de résidence était plus fréquent en cas d'installation ou de collaboration qu'en cas de remplacements. Le lieu de réalisation de SASPAS semblait également avoir exercé une influence, avec une fréquence plus élevée de zones rurales ou semi-rurales chez les médecins installés ou collaborateurs par rapport aux médecins remplaçants. A l'inverse, le lieu de vie dans l'enfance, le lieu de stage pendant l'externat ou de celui de niveau 1 d'internat, le lieu des remplacements ou encore le lieu d'exercice, n'ont pas montré de lien significatif. Enfin, concernant le type de structure, les remplaçants exerçaient plus souvent dans des cabinets individuels.

Ni le fait d'avoir réalisé des remplacements pendant l'internat ni leur durée n'ont influencé l'installation ou, à l'inverse, la poursuite de remplacements. Il en était de même pour la réalisation d'un SASPAS. Les aides financières reçues lors des études n'ont pas non plus montré de lien avec l'installation/collaboration, six ans après la fin de l'internat.

5.3. Facteurs influençant la zone d'exercice

	Rurale (N=7)	Urbaine/Semi-rurale (N=38)	<i>p</i>
Genre féminin	43%	71%	0,20
Lieu de résidence rural ou semi-rural	86%	42%	0,05
Lieu de vie rural ou semi-rural dans l'enfance	57%	53%	1,00
Stage de niveau 1 en zone rurale ou semi-rurale uniquement	86%	21%	< 0,01
SASPAS en zone rurale ou semi-rurale uniquement	43%	32%	0,67
Remplacements pendant l'internat	100%	68%	0,16
Remplacements en zone rurale ou semi-rurale uniquement	43%	21%	0,66
Durée des remplacements ≥ 5 semaines	57%	11%	0,04
Type d'activité : Médecine générale exclusivement	86%	79%	1,00
Statut d'exercice : Installé	86%	71%	0,65
Mode de rémunération libéral uniquement	100%	87%	0,58
Exercice en cabinet individuel (au moins partiellement)	43%	8%	0,04
Activité universitaire	57%	13%	0,02
Signature d'un CESP	29%	5%	0,11
Aide à l'installation	14%	13%	1,00

Tableau 22 : Variables influençant la zone d'exercice de la médecine générale

La zone d'exercice de la médecine générale (partagé ou exclusif) a été influencée, d'après cette étude, par le lieu de résidence et le lieu de stage de niveau 1, avec un exercice en milieu rural plus fréquent en cas de zone rurale ou semi-rurale pour l'une de ces deux variables. Cependant, elle n'a pas semblé avoir été influencée par le lieu de vie dans l'enfance ni par le lieu de réalisation du SASPAS ou encore celui des remplacements. Le genre et l'environnement familial n'ont pas non plus influencé la zone d'exercice des médecins.

En cas de longue durée de remplacements (5 semaines ou plus), l'exercice en zone rurale était plus fréquent que l'exercice en zone urbaine ou semi-rurale. Cependant, le fait de réaliser des remplacements n'a pas semblé avoir eu d'influence.

Concernant le type de pratique, les médecins exerçant en zone rurale avaient davantage tendance à exercer en cabinet individuel et à avoir une activité universitaire. Cependant, le statut d'exercice, le type d'activité pratiquée ou le mode de rémunération n'ont pas eu d'influence sur la zone d'exercice. Il en a été de même pour les aides financières pendant ou après les études.

5.4. Facteurs influençant le département géographique d'exercice de la médecine générale

	Haute-Normandie (N=31)	Autre département (N=14)	<i>p</i>
Lieu de résidence en Haute-Normandie	94%	0%	<0,01
Externat réalisé en Haute-Normandie	84%	14%	<0,01
Exercice exclusivement libéral	97%	71%	0,03
Activité universitaire	29%	0%	0,04

Tableau 23 : Variables influençant l'exercice en Haute-Normandie ou en dehors

Les quatre facteurs présentés dans le tableau ci-dessus ont été identifiés comme étant significativement liés au département d'exercice de la médecine générale (partagé ou exclusif). Aucune des autres variables analysées n'a montré de différences significatives.

	Eure (N=7)	Seine-Maritime (N=24)	<i>p</i>
Lieu de résidence dans l'Eure	57%	0%	<0,01
Stage de niveau 1 réalisé dans l'Eure uniquement	71%	13%	<0,01
SASPAS réalisé dans l'Eure uniquement	43%	4%	0,03

Tableau 24 : Variables influençant le département d'exercice en Haute-Normandie

L'exercice dans l'Eure a été constaté comme étant lié au lieu de résidence du médecin ainsi qu'au lieu de réalisation des stages d'internat (1^{er} niveau et SASPAS).

5.5. Facteurs influençant la satisfaction de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle et le temps de travail

	Absence de satisfaction de cet équilibre (N=36)	Satisfaction de cet équilibre (N=17)	<i>p</i>
Activité médicale : exercice exclusif de la médecine générale	88%	58%	0,05
Souhait de changement de rythme de travail dans les 2 prochaines années	59%	25%	0,02
Temps de travail hebdomadaire ≤ 45 heures	53%	86%	0,01

Tableau 25 : Variables influençant la satisfaction de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle

Parmi les trois variables du Tableau 25 ayant montré une différence significative, l'influence du souhait de changement de rythme de travail était d'autant plus significative que ce changement s'orientait vers un souhait de réduction du temps de travail, qui était plus fréquent en cas d'absence de satisfaction ($p=0,006$). Par ailleurs, cette variable était également liée au temps de travail, avec un lien entre le souhait de réduire le temps de travail et un temps de travail hebdomadaire supérieur à 45 heures ($p=0,02$).

Concernant le temps de travail en cas de pratique de la médecine générale, les médecins travaillant 45 heures ou moins avaient plus fréquemment adapté leur pratique médicale que ceux travaillant davantage (avec une IPA, des téléconsultations ou téléexpertises) ($p=0,035$), notamment avec des téléconsultations ($p=0,027$).

Le test de Student a montré qu'il existait une différence significative entre les moyennes de temps de travail hebdomadaire des médecins de genre masculin et féminin, avec 7,2 heures de plus chez les hommes ($p=0,03$). Le nombre de demi-journées travaillées était également significativement différent en fonction du genre, avec une différence de 0,7 demi-journée ($p=0,05$). Enfin, le temps de travail était significativement influencé par le statut des médecins, les médecins installés ou collaborateurs travaillant en moyenne 6 heures de plus que les médecins remplaçants ($p=0,05$).

Les autres variables analysées (comprenant, entre autres, le lieu d'exercice, la distance de trajet, le statut d'exercice, le mode de rémunération ou encore l'environnement familial) n'ont pas montré de différences significatives entre la satisfaction ou non de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.

IV. Discussion

1. Les principaux résultats et leur mise en perspective

1.1. La situation socio-démographique

- Une féminisation marquée chez la jeune génération de médecins généralistes

La majorité des médecins de cette étude étaient de genre féminin (66%). On retrouve cette féminisation de la profession à l'échelle nationale, avec 66,4% de femmes parmi les médecins généralistes de moins de 40 ans selon la DREES (10). Des résultats similaires ont été retrouvés dans la cohorte Haut-Normande créée deux ans après la nôtre, avec un taux de féminisation de 65% (63).

La moyenne d'âge des médecins de notre étude était de 36,2 ans, soit bien moins élevée que la moyenne nationale qui est de 50,8 ans pour les médecins généralistes. Étant donné que cette étude a consisté en un suivi de jeunes médecins, 10 ans après le début de leur internat, il est normal que cette cohorte ne reflète pas la population nationale des médecins généralistes en termes d'âge. Les moyennes d'âge des médecins dans les thèses avec lesquelles nos résultats ont été comparés dans cette discussion étaient principalement inférieures à 40 ans.

- La construction du projet personnel

Les projets personnels se sont progressivement construits au cours des différents suivis. On peut constater en 2022 que la majorité des médecins étaient désormais en couple (77%), parents (74%), propriétaires (83%) et vivaient avec leur conjoint(e) et/ou leur(s) enfant(s). Ces effectifs ont tous été croissants depuis 2016, comme cela a aussi pu être le cas au cours des différents suivis de la cohorte de Champagne-Ardenne, dont les résultats ont été synthétisés dans le mémoire de J. BOUDIER (58).

En comparaison à la population générale, la proportion de médecins en couple dans notre étude était légèrement supérieure à la moyenne. En effet, 72% des individus ayant entre 35 et 39 ans étaient en couple dans la population générale en 2006, contre 77% des médecins de notre étude (66).

De même, les médecins de notre étude ont accédé plus précocement à la propriété, avec 46,1% des ménages des 30-39 ans étant propriétaires dans la population générale en 2013, contre 83% des médecins de notre étude (67). Cela pourrait s'expliquer par un revenu supérieur à la moyenne dans cette tranche d'âge chez les médecins.

Enfin, le nombre d'enfants par médecin dans notre étude était moins élevé que le nombre d'enfants par femme à 36 ans dans la population générale (126,4 enfants pour cent médecins dans notre étude contre 169,5 enfants pour cent femmes dans la population générale). Cependant, il faut prendre en compte le fait que les hommes ont en moyenne des enfants plus tard que les femmes (+3 ans à la naissance du premier enfant), tout comme les femmes diplômées du supérieur (+1,7 ans) (68).

Les mêmes constatations de différences par rapport à la population générale avaient été faites dans la thèse de V. LOIZEAUX sur l'étude de l'activité des jeunes médecins généralistes de Champagne-Ardenne (69).

1.2. La pratique médicale

La majorité des médecins de notre étude exerçait la médecine générale de manière exclusive, en étant installée en libéral dans un cabinet de groupe plutôt monoprofessionnel, en Seine-Maritime et en zone urbaine. Six ans après la fin de l'internat, la situation des médecins a commencé à se stabiliser, après quelques années d'expérience dans différentes pratiques, bien qu'il y ait encore des projets de changements.

- L'exercice de la médecine générale toujours prédominant

S'il a légèrement diminué depuis 2016, l'exercice de la médecine générale était toujours majoritaire en 2022 (85% des médecins, n=45), avec 68% des médecins l'exerçant exclusivement (n=36). C'était également le cas dans la plupart des autres suivis de cohortes de médecins généralistes, dont la cohorte nationale de J. BRUMENT et M. MARGUERITE avec 74,9% d'exercice de la médecine générale chez les médecins ayant terminé leur internat et 76% dans celle de L. SERVAIN (57,63).

On peut noter que l'effectif en médecine générale incluait des exercices s'éloignant parfois de la définition stricte de cette activité, tels que des médecins exerçant uniquement dans des maisons médicales orientées SOS médecins, ou encore en centre de vaccination.

- La diversification de l'exercice médical

L'exercice des médecins généralistes est encore majoritairement libéral avec 83% des médecins de notre étude exerçant au moins une partie de leur activité en libéral. Cependant, l'attrait pour le salariat est de plus en plus important chez les médecins généralistes, comme on peut le voir dans les chiffres rapportés par la DREES, mais aussi dans son rapport de 2021 avec projections futures, ou dans l'atlas de démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins (10,11,13). Ce phénomène n'est pas récent, avec une augmentation de 29% du salariat hospitalier chez les médecins généralistes entre 1995 et 2005 et de 19,6% concernant le salariat non hospitalier (70). Le rapport de la DREES sur la démographie récente et à venir des professions médicales retrouve cette croissance du salariat (+6% en salariat exclusif et +77% en activité mixte entre 2012 et 2021 en médecine générale), en partie corrélée à la croissance du salariat hospitalier (+10% entre 2012 et 2021 chez les médecins généralistes) (11). On constate également cette évolution dans notre cohorte : 23,5% des médecins en exercice étaient salariés en 2016 contre 30% en

2022. Les pouvoirs publics ont par ailleurs investi dans ce mode d'exercice salarié afin d'améliorer l'offre de soins, avec la création de 400 postes salariés suite à la réforme « Ma santé 2022 » (71).

La pratique mixte libérale et salariée est particulièrement croissante chez les jeunes médecins généralistes, permettant de cumuler les avantages des deux statuts (72). Dans notre étude, cette pratique mixte était réalisée par 7,8% des médecins en 2016, contre 13,2% en 2022.

L'évolution du salariat chez les jeunes médecins généralistes est principalement corrélée à l'augmentation de l'exercice d'une autre activité (partagé ou exclusif). En effet, la plupart des médecins exerçant une autre activité le font sous un statut de salarié (76% dans notre étude). Depuis 2016, de plus en plus de médecins généralistes ont quitté l'exercice de la médecine générale pour un exercice exclusif d'une autre activité (+1,4pp) ou pour celui d'une activité partagée (+9,2pp), même si on peut noter une légère diminution depuis 2020 de l'exercice exclusif d'une autre activité. D'après l'orientation prévue dans les 10 prochaines années exprimée par les médecins de notre étude, la croissance de la proportion des médecins exerçant une autre activité devrait se ralentir et se stabiliser autour d'un tiers des médecins (dont la moitié en exercice partagé).

On retrouve dans la littérature cette attractivité d'un exercice varié, avec 42% des médecins du panel du Pays de la Loire ayant un exercice partagé, dans une autre structure en plus de leur cabinet (73). La proportion d'activité partagée est plus importante que dans notre étude (pour rappel, 17% des médecins) ; cependant, notre étude n'incluait pas la participation à la régulation des urgences et avait une moyenne d'âge plus faible, se privant ainsi des médecins diversifiant leur pratique par lassitude ou par opportunité rencontrée plus tardivement.

Deux raisons peuvent expliquer l'orientation vers une autre activité salariée :

- Un projet établi très tôt pour certains médecins, avec une formation initiale réalisée dans cet objectif. On peut en effet constater que la moitié des médecins exerçant exclusivement une autre activité ont réalisé un DESC, notamment d'urgence ou de gériatrie. Pour rappel, ces deux domaines étant à présent des spécialités à part entière, la proportion de médecins quittant l'exercice de la médecine générale pour une autre activité hospitalière devrait diminuer, au moins en partie.
- Une orientation plus tardive, face aux contraintes du libéral, opposées aux avantages du salariat et/ou suite à des opportunités. Les contraintes du libéral régulièrement avancées dans la littérature sont : les tâches administratives chronophages, un stress plus important, l'absence de congés payés, et la faible protection sociale en cas d'arrêt de travail ou de congé maternité (74–76). Selon une étude de la DREES, 19% des médecins envisageraient de changer de mode d'exercice, notamment pour celui de salarié, en raison des conséquences de la diminution de la démographie médicale (24). De manière générale, la sécurité du salariat semble séduire les nouvelles générations de médecins généralistes.

Cependant, selon la thèse de B. CORNET et celle de C. MAILLET et B. JEFFREDO, il est relativement fréquent que le salariat soit considéré comme une activité transitoire par certains médecins, avec respectivement 24% et 44% des médecins salariés envisageant un changement d'activité dans un second temps (75,77). On retrouve cette notion de changement de mode d'exercice au cours de la vie professionnelle dans l'analyse sociologique de l'évolution de la médecine générale par F-X. SCHWEYER (70). Il est donc possible que l'attractivité du salariat, importante chez les jeunes médecins, soit temporaire, ce qui concorderait avec le fait que la moyenne d'âge soit plus basse chez les médecins salariés, et ce, de façon stable au fil du temps (11). Cette hypothèse pourrait être confirmée par la poursuite de l'étude des parcours des jeunes médecins dans le temps.

Le salariat dans la pratique de la médecine générale est également croissant mais dans une moindre mesure, et représente une proportion plus faible de médecins : dans notre étude, on a pu constater une proportion de 11% de salariat dans l'exercice de la médecine générale, contre 76,5% dans l'exercice d'une autre activité. Les centres de santé sont, pour rappel, des structures où les médecins peuvent exercer la médecine générale de manière salariée. Selon la DREES, 2,7% des médecins généralistes exerçaient en centre de santé en 2022, ce qui représentait 8% de l'activité salariée des médecins généralistes (10). Dans notre étude, les centres de santé représentaient 25% de l'activité salariée, et 7,5% de l'ensemble des médecins y exerçaient leur activité. Cette proportion est plus élevée que celle chez les médecins généralistes de moins de 40 ans à l'échelle nationale (3%) ou régionale en Normandie (1,8%) où les centres de santé sont moins développés que dans d'autres régions (10,19). Cependant, si l'on considère les médecins appartenant à la tranche des moins de 30 ans en Normandie, la proportion d'exercice en centre de santé se rapproche de celle de notre étude (7,6%). Cela pourrait s'expliquer par une récente augmentation du nombre de centres de santé en Normandie, attirant préférentiellement les jeunes médecins. Au cours des 10 prochaines années, cette proportion d'exercice en centre de santé devrait continuer d'augmenter, avec 2 médecins de notre étude envisageant de s'orienter vers une de ces structures, ce qui porterait la proportion d'exercice en centre de santé à 11,3%.

Selon une enquête nationale de l'Intersyndicale Nationale des Internes de Médecine Générale (l'ISNAR-IMG), 90,8% des internes qui envisagent de travailler en groupe souhaiteraient déléguer la gestion administrative de la structure, la comptabilité, ainsi que la rémunération, à une tierce personne, ce qui concordait avec un mode de gestion salarié. Le salariat permet en fin de compte de libérer plus de temps médical et de réduire la charge mentale des médecins.

Selon la thèse d'E. RIDARD sur les centres de santé, ces derniers sont particulièrement attractifs pour les médecins, entre autres pour les avantages du salariat, mais aussi en raison de conditions de travail jugées plus agréables (secrétariat, regroupement de professionnels), et d'un équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle considéré comme meilleur (74).

La diversification de l'exercice médical concerne également l'exercice libéral d'une autre activité (MEP), qui est également croissant : il représentait, dans notre étude, 1,96% de l'ensemble des médecins en 2016, contre 7,5% en 2022, et devrait augmenter à 11,3% dans les 10 prochaines années selon les modifications d'activité envisagées par les médecins. Cette orientation vers une MEP est effectuée par certains comme une « stratégie de réenchancement de la pratique » après s'être perdu dans une activité ne leur convenant pas, parfois très tôt dans leur parcours professionnel (70). Cela permet également à certains de se protéger, notamment en limitant leur patientèle à travers une offre de soins plus ciblée. Selon les effectifs de médecins rapportés par l'Assurance-Maladie, les médecins exerçant une MEP représentaient 8% des médecins généralistes en France en 2022, ce qui concorde avec l'effectif retrouvé dans notre étude (19). Il est à noter que, tout comme dans notre étude mais de manière moins dichotomique, les médecins exerçant une MEP sont moins nombreux dans l'Eure qu'en Seine-Maritime, avec 4,8% des médecins généralistes exerçant une MEP dans l'Eure selon l'Assurance-Maladie (dans notre étude : n=0), contre 8,4% en Seine-Maritime (dans notre étude : n=4, 12,9%). Cette disparité pourrait s'expliquer par le caractère plus rural de l'Eure, les MEP étant des activités se concentrant davantage autour des zones urbaines (78).

- Du remplacement à l'installation

Six ans après la fin théorique de l'internat, l'ensemble des médecins de notre étude étaient thésés (à l'exception d'un médecin parti exercer à l'étranger avant la fin de son internat). Étant donné l'obligation de soutenance de thèse avant la fin de la 3ème année suivant la validation du DES, ce résultat était attendu. Seul un médecin était également non thésé lors du suivi 2020 de notre cohorte (61).

Le remplacement est le mode d'exercice privilégié après la fin de l'internat, comme l'ont montré les études Haut-Normandes d'E. FAGET et de C. BOUSSUGE (59,62), mais aussi à l'échelle nationale avec 81% des médecins installés ayant effectué des remplacements avant leur installation, selon une enquête de 2019 (79). C'est également le cas dans notre étude, avec 86% des médecins installés ayant réalisé des remplacements avant leur installation. Si 70% des remplaçants se sont installés ou sont devenus collaborateurs depuis 2016 dans notre étude, ce taux devrait encore augmenter en raison d'un souhait d'installation ou de collaboration dans les 10 prochaines années pour un tiers des médecins qui étaient remplaçants en 2022. Le remplacement ne doit donc pas être vu comme un frein à l'installation, mais comme un mode d'entrée dans la profession. Ce statut permet entre autres une plus grande mobilité, un emploi du temps plus flexible et des contraintes moins importantes, notamment concernant la gestion d'un cabinet. Tout ceci est favorable à la construction de la vie personnelle des jeunes médecins, incluant les projets de parentalité, surtout pour les jeunes femmes. La période de remplacement permet également de construire et de concrétiser un projet professionnel d'installation, de découvrir un territoire et sa

patientèle, ainsi que d'acquérir de l'expérience dans l'exercice libéral et dans la gestion d'un cabinet (31).

Bien qu'il y ait certes 11% des médecins de notre étude qui envisageaient en 2022 de conserver leur statut de remplaçant au moins pendant les 10 prochaines années, il faut garder en mémoire que ces médecins permettent d'assurer la permanence et la continuité des soins lors des vacances, arrêts maladie ou congés maternité des médecins (31).

Alors que le remplacement est souvent la première expérience des médecins après l'internat, les médecins choisissant d'être collaborateurs le font souvent en 2^{ème} étape avant une installation. Ainsi, s'il y a eu peu de nouveaux médecins remplaçants depuis 2016, ce n'est pas le cas des collaborateurs, avec des arrivées dans ce statut tout au long des 6 dernières années. De plus, ce statut est relativement transitoire puisqu'entre 43 et 75% des médecins collaborateurs ont quitté ce statut entre chacun des suivis, et 40% des médecins collaborateurs en 2022 envisageaient de s'installer dans les 10 prochaines années.

L'installation est souvent considérée comme un objectif par les jeunes médecins, avec un souhait d'installation chez 82% des remplaçants (33). L'installation attire par sa stabilité, l'indépendance et l'autonomie, la liberté d'action qu'elle induit (aussi bien concernant l'organisation que l'exercice médical, avec une pratique à l'image du médecin installé) et l'aspect financier fréquemment plus intéressant qu'en cas de remplacements (80,81). Depuis 2020, plus de la moitié des médecins exerçant en médecine générale sont installés. En 2022, 6 ans après la fin théorique de l'internat, 67% de médecins étaient installés. Les collaborateurs sont également de plus en plus nombreux à s'installer (3 installations depuis 2020 parmi les 7 collaborateurs).

- Facteurs influençant la pratique médicale

Plusieurs études ont cherché à connaître les avantages et les freins liés à l'installation, à l'exercice libéral et à l'exercice de la médecine générale par rapport à une autre activité (32,75,75,76,81–85). Malgré les effectifs réduits de notre étude, quelques variables d'influence ont été retrouvées comme statistiquement significatives. Ainsi, la pratique médicale, incluant l'activité exercée et le statut d'exercice, a été influencée à la fois par des facteurs personnels/familiaux, par la formation médicale et par les caractéristiques de l'exercice médical pratiqué.

L'influence des facteurs personnels et familiaux

Le fait d'avoir un conjoint médecin incitait davantage à exercer exclusivement une autre activité que la médecine générale. Ce lien était également présent dans l'étude de cohorte nationale de J. BOUDIER (58). En effet, le facteur familial joue un rôle déterminant dans le choix de la pratique médicale, comme on peut le retrouver dans la littérature (79,85). De plus, les raisons familiales sont un des critères cités dans d'autres études pouvant mener à différer une installation (75). Le désir d'équilibrer vie

personnelle et vie professionnelle, encore plus marqué chez les nouvelles générations de médecins, implique une certaine adaptation de la part des couples doubles actifs, notamment dans un métier où le volume horaire de travail est souvent important. En revanche, le genre n'a pas été identifié comme un facteur influençant l'activité exercée, probablement du fait que les jeunes médecins, hommes comme femmes, partagent le souhait d'équilibrer leur vie personnelle et professionnelle, et de réduire globalement le volume horaire hebdomadaire de travail par rapport aux médecins plus âgés (15,70,85).

La proportion de médecins ayant vécu en zone urbaine pendant l'enfance était plus élevée en cas d'exercice exclusif d'une autre activité, et aucun médecin exerçant une autre activité ne résidait en zone rurale. Ceci pourrait s'expliquer par la localisation plutôt urbaine des cliniques et hôpitaux où la majorité des autres activités sont exercées, notamment lorsqu'elles sont salariées. Bien qu'un lien ait pu être mis en évidence entre la zone d'exercice et celle de résidence, nous n'en avons pas retrouvé entre le lieu d'exercice et le lieu de vie pendant l'enfance, contrairement à plusieurs autres études (57,58). Une étude sur les attentes des étudiants de troisième cycle de médecine générale (internes) a retrouvé l'origine géographique et familiale comme facteur influençant le choix de l'activité exercée (76).

On a pu constater que les hommes avaient tendance à s'installer plus rapidement que les femmes (72% des hommes étaient installés en 2022 contre 48,5% des femmes). En effet, on observe une proportion significativement plus élevée de femmes en cas de statut de remplaçant par rapport au statut d'installé ou de collaborateur. Cela implique donc un temps de remplacement plus long chez les femmes. Ce frein temporaire à l'installation que pourrait constituer le fait d'être une femme, peut s'expliquer au moins en partie par le souhait de réaliser un projet de maternité avant une éventuelle installation, qui impliquerait des charges fixes plus élevées et la nécessité d'assurer la continuité des soins (84,86).

Selon notre étude, parmi les facteurs liés à l'installation ou à la collaboration, on retrouve également le fait de vivre en milieu rural. Une étude sur les projets d'installation des internes a montré une probabilité plus forte d'installation en ambulatoire en cas de résidence en milieu rural ou semi-rural (87). Cela pourrait s'expliquer par une sensibilité accrue à la difficulté d'accès aux soins des jeunes médecins vivant dans des zones rurales où la démographie médicale est souvent plus faible, avec des projets d'installation plus rapide afin d'améliorer l'accès aux soins.

L'influence des choix et des expériences effectués lors de la formation médicale

Selon l'enquête nationale de l'ISNAR-IMG de 2010, 84% des internes ont choisi la médecine générale de façon volontaire aux ECN et non pas par défaut (88). Nous avons pu retrouver une influence de la position de la médecine générale dans l'ordre de choix aux ECN sur l'exercice exclusif de la médecine générale par rapport à

l'exercice d'une autre activité (partagée ou exclusive). Les jeunes médecins ayant choisi la médecine générale par défaut sont probablement plus enclins à inclure d'autres activités dans leur pratique médicale afin de satisfaire leurs aspirations, comme cela a été observé dans la littérature et dans les autres études de cohorte de jeunes médecins (58,89). V. LOIZEAUX a également pu montrer que les médecins ayant choisi la médecine générale par défaut aux ECN envisageaient plus fréquemment le salariat (69).

Le fait d'avoir entrepris des études de médecine dans l'objectif d'exercer la médecine générale n'a pas été retrouvé comme facteur influençant l'activité exercée. La thèse de L. SERVAIN ainsi que les trois thèses précédentes réalisées sur notre cohorte n'avaient pas non plus mis en évidence ce lien (59–61,63). Cependant, ce dernier a été retrouvé dans l'étude nationale de J. BOUDIER et dans celle de J. BRUMENT et M. MARGUERITE (57,58) en analyse univariée. Il est donc possible que le faible effectif de notre étude n'ait pas permis de faire ressortir une influence significative.

Le stage en médecine générale au cours de l'externat (deuxième cycle des études médicales) est, la plupart du temps, l'unique expérience professionnelle en médecine générale avant le choix de cette spécialité aux ECN. Ce stage n'ayant été réalisé que par 39,5% des médecins de notre étude, 32 médecins ont découvert cette spécialité au cours de l'internat, augmentant alors les risques de changement d'activité lorsque cette spécialité ne correspondait finalement pas aux attentes du médecin (70). Par ailleurs, ce stage n'a été réalisé que par 4 médecins parmi les 33 médecins ayant réalisé leur externat en Haute-Normandie, contre 17 médecins sur les 20 ayant réalisé leur externat en dehors de la Haute-Normandie. Cependant, depuis son caractère obligatoire en 2006, l'offre de stage en deuxième cycle a fortement augmenté, permettant à la grande majorité des étudiants d'y avoir accès.

La thèse de L. DAHLEM sur l'influence du stage en médecine générale au cours de l'externat a montré que sa réalisation était liée à un plus grand souhait de positionner la médecine générale en premier choix aux ECN (90). Il était également lié à un choix effectif de la médecine générale aux ECN plus fréquent, notamment en cas de bon classement à ce concours, excluant, pour ces derniers, un choix par défaut. Or, l'exercice de la médecine générale de manière exclusive était significativement lié au souhait de choisir la médecine générale aux ECN.

Contrairement à ce qui était attendu, le fait d'exercer la médecine générale n'était pas significativement influencé dans notre étude par le fait d'avoir réalisé un stage ambulatoire en médecine générale au cours de l'externat. Cependant, notre effectif était bien plus faible que celui de l'étude sus-citée, majorant le risque de ne pas retrouver cette influence. De plus, les études médicales étant de longue durée, on peut imaginer que les projets évoluent avec le temps et en fonction d'autres facteurs ultérieurs.

Le stage chez le praticien de niveau 1 au cours de l'internat ayant été réalisé par la totalité des médecins de notre étude, l'impact de sa réalisation sur l'exercice futur ou sur les projets d'installation n'a pas pu être étudié. Les médecins n'ont pas été interrogés sur la réalisation de ce stage en partie ou en totalité en médecine générale, ce qui pourrait éventuellement avoir un impact sur l'exercice futur, du fait de l'expérience acquise aussi bien en médecine générale, que dans une autre activité. Or, le manque d'expérience est une des raisons avancées lors du recul d'une installation, ainsi que la mauvaise formation à la gestion d'un cabinet (76).

Le fait d'avoir réalisé un SASPAS, ainsi que d'avoir effectué des remplacements pendant l'internat, était associé au fait d'exercer la médecine générale (exclusivement ou de façon partagée). Ce lien peut s'expliquer par le fait que l'un comme l'autre permettent d'acquérir de l'expérience dans la pratique de la médecine générale libérale, de se projeter et de découvrir les avantages de cette activité. Cela favorise l'exercice d'une pratique semblable par la suite. Plusieurs études ont retrouvé ces liens entre SASPAS et/ou remplacements pendant l'internat et activité médicale exercée, dont les études nationales de J. BOUDIER et de J. BRUMENT et M. MARGUERITE (57,58). Selon l'ISNAR-IMG, 90% des internes ayant réalisé un SASPAS auraient pour projet de s'installer en médecine générale (46).

Selon la littérature, le fait de réaliser un SASPAS peut permettre des installations plus rapides, en secteur ambulatoire et en milieu rural/semi-rural (46,91). Selon notre étude, parmi les facteurs influençant l'installation ou la collaboration par rapport à la poursuite de remplacements, on retrouve le fait d'avoir réalisé un SASPAS en milieu rural ou semi-rural. Une plus grande sensibilisation au manque d'offre de soins pourrait être présente chez les internes ayant réalisé leur SASPAS en milieu rural ou semi-rural, motivant ainsi une installation en libéral. Cependant, il est également possible que ce résultat soit dû à un biais de confusion, étant donné les liens existants entre : installation/collaboration et milieu rural de résidence, milieu rural de résidence et exercice en milieu rural, exercice en milieu rural et stage au cours de l'internat en milieu rural.

L'influence des conditions de la pratique médicale

On a pu constater dans notre étude que le salariat était significativement plus fréquent en cas de pratique d'une autre activité exclusive, par rapport à l'exercice de la médecine générale. Les autres activités étant principalement exercées à l'hôpital, le taux de salariat y est logiquement élevé. À l'inverse, même si le salariat séduit de plus en plus de jeunes médecins, il reste encore minoritaire dans l'exercice de la médecine générale (11).

R. LEMONNIER et P. AUBRY, dans leur revue systématique de la littérature, ont retrouvé la charge de travail comme frein significatif à l'installation, incluant le temps de travail et la qualité de vie (82). Dans notre étude, le temps de travail était en effet significativement supérieur en cas d'installation/collaboration. Les autres freins à

l'installation retrouvés dans la littérature, tels que la responsabilité professionnelle, la difficulté à se faire remplacer, le manque de formation, l'isolement professionnel ou encore la fixité du lieu d'exercice, n'ont pas été étudiés dans notre travail.

Par ailleurs, l'étude sur les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale a permis d'identifier comme facteur incitatif à l'exercice d'une autre activité (partagé ou exclusif) : les horaires aménagés, le temps libre, l'activité variée et les avantages sociaux (76). Le volume horaire important en cas d'installation en médecine générale est donc ainsi peu attractif pour les jeunes générations.

Un lien a pu être mis en avant entre le fait d'être remplaçant et celui d'exercer en cabinet individuel. Ce lien pourrait s'expliquer par la faible attractivité des cabinets individuels chez les jeunes médecins généralistes qui, lorsqu'ils décident de s'installer, le font majoritairement dans un cabinet de groupe (16). En effet, l'exercice en groupe permet, un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, ainsi que d'autres avantages. On peut noter, par ailleurs, que la totalité des remplaçants exerçant en cabinet individuel, dans notre étude, exerçait également en parallèle en cabinet de groupe.

1.3. Le lieu d'exercice

- La faible attractivité de la zone rurale

La moitié des médecins de notre étude exerçant la médecine générale pratiquait en zone urbaine (51%, n=23) en 2022, suivie de la zone semi-rurale (33,5%, n=15) puis rurale (15,5%, n=7). Cette faible attractivité pour la zone rurale a été retrouvée dans la thèse de J. BRUMENT et M. MARGUERITE, ainsi que dans le suivi à 6 ans de la cohorte champenoise de M. LIBERA, avec un exercice urbain pour respectivement 41,6% et 57,6% des médecins (57,92). Selon la littérature, les facteurs influençant le choix de la zone d'exercice incluent les services et les infrastructures accessibles ainsi que l'offre de soins sur le territoire (31). Cela rend les zones rurales, plus souvent touchées par la désertification médicale (23) et la réduction des services (93,94), moins attractives. De plus, le milieu rural souffre d'une moins bonne réputation chez les médecins, incluant l'idée d'une charge de travail plus importante (dont une plus grande charge mentale) et d'un isolement plus fréquent, induisant une majoration du stress quotidien (70). Étant majoritairement rural, le département de l'Eure pâtit tout particulièrement de ce manque d'attractivité.

Si, dans notre étude, l'effectif des médecins exerçant exclusivement en zone rurale a augmenté progressivement depuis 2016, la proportion de médecins exerçant au moins en partie en zone rurale a, elle, diminué. Sur le suivi des 53 médecins de cette étude, cette proportion est passée de 42% à 15,5% entre 2016 et 2022. Cela s'explique par le fait que les médecins étaient nombreux à exercer dans plusieurs zones à la fois en 2016, surtout en cas de remplacements, puis ils se sont progressivement répartis sur les différentes zones de façon concomitante à la diminution de la proportion de remplaçants, en délaissant la zone rurale. En zone rurale, la difficulté croissante

d'accès aux services publics (dont les établissements scolaires), aux commerces, aux infrastructures culturelles, à l'emploi, mais aussi aux spécialistes et aux paramédicaux, n'incite pas à l'installation et explique le choix préférentiel de la zone urbaine pour les jeunes médecins généralistes, soucieux de leur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Une politique territoriale de revalorisation pourrait améliorer l'attractivité de cette zone.

La projection à 10 ans montre un certain intérêt des médecins pour la zone semi-rurale, surtout en cas d'exercice en zone urbaine, avec un possible gain de 6 médecins pour la zone semi-rurale. Cette zone, intermédiaire entre rurale et urbaine, pourrait lisser les avantages et inconvénients de ces deux types de milieux, permettant d'atteindre une « forme idéalisée de compromis souhaité entre la qualité de vie offerte par l'environnement » et les conditions d'exercice (70).

- Les facteurs d'influence du choix du lieu d'exercice

En France, plus de 60% des individus les plus en difficulté face à l'accès à la médecine générale résident en zone rurale (23). Or, en Normandie, 9 communes sur 10 sont qualifiées de rurales, avec 62% de la population résidant en zone rurale dans l'Eure et 34% en Seine-Maritime selon l'INSEE (95). Il est donc primordial d'améliorer l'accès aux soins dans ces zones. C'est par ailleurs une préoccupation majeure des politiques. Si contraindre les médecins à s'installer en zone sous-dense est une option régulièrement envisagée, l'étude des facteurs motivant le choix du lieu d'exercice permettrait d'agir de manière positive sans diminuer l'attractivité que représente la spécialité de médecine générale. Plusieurs études ont cherché à connaître ces facteurs favorisant mais aussi les freins au choix d'un lieu d'exercice, ce qui permettrait ensuite de cibler les actions dans les zones sous-denses (31,32,70,73,76,79,82–84,96,97). C'est le cas notamment de l'enquête du CNOM en 2019 auprès des internes, des remplaçants et des installés, qui a trouvé comme principaux facteurs favorisant : les services publics, les équipements culturels et sportifs, les transports, l'offre de soins sur le territoire (dont la facilité à trouver un remplaçant et l'exercice en groupe), la proximité familiale, des raisons personnelles et l'attachement au territoire. Notre étude a retrouvé une partie de ces critères.

L'influence des facteurs personnels et familiaux

Concernant la proximité familiale, on retrouve une forte association entre le lieu d'habitation et celui d'exercice, aussi bien pour le type de zone que pour le département. Ainsi, les médecins exerçant en zone rurale habitaient plus fréquemment en zone rurale que ceux exerçant en zone urbaine. De même, et de façon tout à fait logique, les médecins exerçant dans l'Eure habitaient plus fréquemment dans l'Eure par rapport à ceux exerçant en Seine-Maritime, et les médecins exerçant en Haute-Normandie habitaient plus souvent en Haute-Normandie.

Les jeunes médecins essaient particulièrement de trouver un équilibre entre travailler relativement proche de leur domicile afin de ne pas perdre de temps

personnel dans leurs trajets, sans pour autant habiter trop près, afin de pouvoir faire la distinction entre vie personnelle et vie professionnelle. Selon l'enquête de l'ISNAR-IMG, 96,5% des internes souhaiteraient habiter à moins de 45 minutes de leur lieu de travail, et 65,5% à moins de 30 minutes. Seuls 13,5% des internes souhaiteraient habiter à moins de 15 minutes de leur lieu de travail, alors que, selon l'enquête sur les conditions d'exercice d'un panel de médecins généralistes du Pays de la Loire, 70% des médecins généralistes de plus de 55 ans habitent à moins de 5 minutes de leur cabinet. Cela montre bien la volonté plus marquée des jeunes généralistes de séparer leur vie personnelle et professionnelle (73), par rapport aux générations précédentes.

Dans notre étude, le temps de trajet moyen des médecins installés ou collaborateurs était de 20 minutes pour une distance de 16,8 km, ce qui est légèrement supérieur à la distance retrouvée dans la thèse de L. SERVAIN où les médecins parcouraient en moyenne 10,5 km pour atteindre leur lieu de travail. Cela peut s'expliquer par une proportion plus importante de médecins installés en zone urbaine dans l'étude de L. SERVAIN (70% contre 50% dans notre étude) ; les distances de trajets étant en moyenne inférieures dans ce type de zone.

Contrairement à de nombreux travaux retrouvés dans la littérature, il n'a pas été observé dans notre étude d'influence du lieu de vie dans l'enfance sur celui d'exercice. Les études nationales de J. BOUDIER et de J. BRUMENT et M. MARGUERITE, qui disposaient d'effectifs plus importants, ont retrouvé cette variable comme facteur d'influence (57,58), ce qui n'a pas été le cas des études régionales de plus petits effectifs telles que la thèse de L. SERVAIN ou celle de F. MAZÉ (61,63). Les revues de littérature de C. RASSU, de R. LEMONNIER et P. AUBRY ainsi que celle internationale de l'IRDES, portant sur les facteurs influençant l'installation des médecins, ont retrouvé plusieurs études, en France comme à l'étranger, montrant cette influence du lieu d'origine (82,84,98). Selon F-X. SCHWEYER et les études citées dans son ouvrage à ce propos, les étudiants originaires du milieu rural seraient les seuls à envisager spontanément une installation en milieu rural (70). Face à ces constatations, certains pays ont tenté de modifier leurs critères de recrutement des étudiants en médecine afin de favoriser la formation de médecins originaires d'un milieu rural, dans l'hypothèse qu'ils seront ensuite plus attirés par un exercice dans ce type de zone. C'est le cas du PSAP (Physician shortage Area Program) en Pennsylvanie (États-Unis), qui recrute et forme des étudiants ayant passé plusieurs années de leur enfance en zone rurale ou dans une petite ville, et ayant pour projet d'exercer la médecine de premier recours. Les résultats de ce programme sont prometteurs avec 3 fois plus d'installations en milieu rural et/ou en zone sous-dense (99).

L'influence des choix et des expériences lors de la formation médicale

Les travaux cités ci-dessus, ayant étudié l'influence de l'origine des médecins sur le lieu d'exercice, ont également retrouvé la participation du lieu de la formation médicale. Certains pays, comme l'Australie, ont pris en compte ce facteur afin

d'essayer d'augmenter les installations en milieu rural en favorisant la délocalisation de la formation vers des milieux ruraux. Malgré un biais de sélection, les résultats de l'expérimentation en Australie sont plutôt positifs, avec 83,8% des étudiants ayant déclaré avoir un intérêt accru pour l'exercice médical en milieu rural après cette expérience, et 38,1% ayant un intérêt accru pour l'exercice médical en zone isolée (101). Dans notre étude, 84% des médecins exerçant en Haute-Normandie sont restés en Seine-Maritime, où est située l'université de médecine.

Dès l'externat, les étudiants commencent à découvrir et à s'attacher à une région. Dans notre étude, le lieu de réalisation de l'externat était significativement lié à la région d'exercice. En effet, on a pu constater dans cette étude que la plupart des jeunes médecins ayant réalisé leur externat en Haute-Normandie y sont restés par la suite pour y réaliser leur internat puis pour y exercer. A l'inverse, 70% des jeunes médecins ayant choisi de réaliser leur internat en Haute-Normandie après avoir effectué leur externat dans une autre région, ne sont pas restés en Haute-Normandie pour y exercer.

L'internat a également son rôle dans la création de liens avec une région. Selon une étude de la Revue Française d'Économie, 75% des médecins exercent dans la région de leur internat (100). Dans notre étude, 70% des médecins (n=37) ont choisi de rester en Haute-Normandie après avoir réalisé leur internat dans cette région, dont 7 médecins ayant réalisé leur externat dans une autre région.

Les deux facteurs ayant motivé la réalisation d'un internat en Haute-Normandie sans y avoir réalisé l'externat ont été la qualité de la formation (50%) et/ou le souhait de suivre un conjoint (45%). Pour ceux qui sont restés en Haute-Normandie pour réaliser leur internat après y avoir effectué leur externat, les deux principaux facteurs de décision ont été le fait de ne pas quitter leur région d'origine (79%) et/ou la présence de leur famille ou de leurs amis (61%). La thèse de L. SERVAIN a retrouvé cette même répartition de critères de choix (63). On retrouve ainsi l'importance des facteurs familiaux et de la région d'origine dans les prises de décision concernant le lieu de formation, qui impactera à son tour le choix du lieu d'exercice. Ces facteurs sont difficilement modifiables en dehors de la qualité de la formation, qui est un facteur attractif pour l'université de Rouen.

Les stages réalisés au cours de l'internat exercent une vraie influence sur les choix futurs d'exercice. Ils modèlent petit à petit les futurs médecins, qui auront tendance à exercer ensuite une pratique qu'ils auront déjà expérimentée et qui leur aura plu, dans un lieu qu'ils connaissent (70,100).

On a pu constater dans notre étude que le fait d'avoir réalisé un stage de niveau 1 chez le praticien spécifiquement en zone rurale ou semi-rurale était plus fréquemment associé au fait d'exercer en zone rurale par la suite. De même, le département d'exercice est influencé par celui de réalisation du stage de niveau 1. La réalisation d'un stage en un lieu donné permet de découvrir les conditions d'exercice de ce lieu

et sa population, et ainsi de fidéliser les jeunes médecins. Ce lien avait également été largement observé dans la littérature (57,58).

Une influence du département de réalisation du SASPAS sur celui d'exercice a pu être constatée dans notre étude. Cependant, de façon surprenante et contrairement à ce qui a été observé dans d'autres études (46,57,63,91), nous n'avons pas pu mettre en évidence d'influence de la zone de réalisation du SASPAS ou des déplacements sur la zone d'exercice. Les thèses précédentes concernant notre cohorte n'avaient pas non plus retrouvé ce lien. De façon cohérente avec le reste de la littérature, si l'on considère l'existence d'un tel lien, un SASPAS réalisé en zone rurale permettrait de favoriser les installations dans ce type de zone. Or, si 92% des médecins de notre étude ont pu effectuer un SASPAS, près de la moitié d'entre eux l'ont réalisé uniquement en zone urbaine et seulement un peu plus d'un tiers ont pu avoir accès au milieu rural, au moins partiellement.

Ces constatations concernant les stages confortent donc l'importance d'augmenter l'offre de stages en dehors du milieu hospitalier, et particulièrement en milieu rural (102). Une expérience dans chaque type de zone serait même idéale afin de permettre aux jeunes médecins de se projeter dans leur pratique future et ainsi de faire des choix éclairés lors de leur installation.

Les déplacements pendant l'internat, au même titre que les stages, influencent l'exercice futur des médecins. On aurait pu s'attendre à retrouver une influence du lieu de déplacement sur le lieu d'exercice, mais cela n'a pas été le cas dans notre étude, probablement en raison de l'effectif insuffisant. En effet, ce lien a été constaté dans d'autres études à plus grande échelle (57,58).

Dans notre étude, nous avons pu constater que les médecins exerçant en zone rurale avaient plus fréquemment réalisé des déplacements pendant au moins 5 semaines pendant l'internat. L'exercice en zone rurale étant plus souvent associé à un lieu de résidence en zone rurale, il est possible qu'une sensibilisation plus importante aux besoins de santé de ces territoires ait été présente dès l'internat avec une participation plus précoce à l'offre de soins à travers des déplacements longs. Une autre hypothèse serait que, du fait d'une construction plus précoce du projet d'installation future, dès la période de formation, en cas d'habitat en zone rurale, ces médecins anticiperaient leur début de pratique en réalisant des déplacements longs dès l'internat. L'étude sur les déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale a en effet montré un lien entre le projet d'installation et l'habitation en zone rurale, ainsi qu'un lien entre la réalisation de déplacements pendant l'internat et le projet d'installation (87). Il serait utile d'interroger les médecins sur leur choix d'exercer ou non dans un cabinet où ils auraient déjà remplacé au cours de l'internat (ou réalisé des stages) afin de mieux comprendre ce lien entre les longs déplacements et le milieu rural.

L'influence des conditions de la pratique médicale

L'exercice médical peut lui-même influencer ou être influencé par l'environnement, dont le lieu d'exercice. L'exercice en cabinet individuel était, par exemple, plus fréquent en cas d'exercice en zone rurale dans notre étude. En effet, si les MSP se sont plus développées dans les zones sous-dotées, l'exercice en groupe, de manière générale, s'est davantage répandu dans les zones urbaines (qui sont moins fréquemment considérées comme sous-denses) (16,21,103). De plus, l'exercice en cabinet individuel était majoritaire parmi la génération en âge de la retraite, or le nombre de médecins en âge de partir à la retraite est plus élevé en zone sous-dense, laissant ainsi plus d'opportunités de reprise ou de remplacements en cas de diminution d'activité chez ces médecins (10,104).

La dernière variable ayant montré une significativité vis-à-vis de la zone d'exercice a été l'activité universitaire, avec une fréquence plus élevée en cas d'exercice en zone rurale. Ce résultat est encourageant car il implique pour les internes une plus grande possibilité de découvrir le milieu rural, et ainsi de créer des liens sur ces terrains de stage. Dans l'étude sur la représentativité des maîtres de stage, un tiers des MSU exerçaient en zone rurale, sans différence significative par rapport à un panel de médecins généralistes (105). Cependant, la moyenne d'âge était plus élevée que dans notre étude. On peut supposer que les jeunes médecins généralistes, sensibilisés au problème d'accès aux soins et conscients de l'influence des stages sur leurs choix futurs d'exercice, se sont particulièrement investis dans la formation des jeunes médecins, en particulier en zone rurale.

Cette activité universitaire devrait par ailleurs s'amplifier, avec 5 médecins ayant exprimé le souhait de devenir maîtres de stage dans les 10 prochaines années, dont 2 en zone semi-rurale ou rurale. Selon une enquête de l'ISNAR-IMG, deux internes sur trois souhaiteraient devenir MSU, ce qui est encourageant pour la formation ambulatoire. Il est tout de même nécessaire de redoubler d'efforts pour la formation et pour le soutien du statut de maître de stage (46), afin de proposer des stages de haute qualité pédagogique, favorisant ainsi leur attractivité et la fidélisation des jeunes médecins.

Pour les médecins souhaitant changer leur pratique médicale dans les 10 prochaines années et s'orientant vers la médecine générale (partagée ou exclusive), c'est principalement le lieu de réalisation de l'internat qui a été déclaré comme étant décisif dans le choix de la région d'exercice, suivi de façon égale par la région d'externat/de naissance, la région d'exercice du conjoint et la région d'exercice actuel. Ceci renforce la notion d'impact du lieu de formation et de la proximité familiale dans le choix du lieu d'exercice.

Les aides financières : un facteur à prendre en compte mais non déterminant

D'après notre étude et de façon cohérente avec la littérature, les aides financières n'ont pas semblé être un critère suffisant à lui seul pour inciter à l'installation. Selon F-X. SCHWEYER, « si une aide financière est toujours bonne à prendre, elle ne pèse pas en tant que critère de choix par rapport à la proximité d'un collègue, à l'accès d'un bassin d'emploi pour le conjoint ou aux attraits de la vie urbaine » (70). Nous avons étudié aussi bien les aides au cours des études médicales que celles lors de l'installation.

D'après la littérature, le CESP est le contrat le mieux connu des étudiants et des médecins, ayant pour objectif l'amélioration de l'accès aux soins de la population en zone déficitaire (106). Parmi les 7 médecins de notre cohorte ayant signé un CESP au cours des études médicales, 2 ont été perdus de vue en 2020 et 1 en 2022. Entre chaque suivi de 2016 à 2020, il y a eu entre 1 et 2 installations/collaborations parmi les signataires du CESP, alors qu'il n'y a pas eu de nouvelle installation en 2022. Concernant les 5 médecins installés/collaborateurs, 4 exerçaient en médecine générale exclusive et 1 en exercice partagé ; 2 médecins exerçaient en zone rurale, 2 en zone semi-rurale et 1 en zone urbaine.

Il n'a pas été montré dans notre étude de lien entre les aides financières perçues pendant les études et la pratique médicale (que ce soit sur l'activité exercée ou le lieu d'exercice). Étant donné que notre étude intervient 6 ans après la fin théorique de l'internat, les médecins ayant signé un CESP pendant leur internat ont normalement terminé leur engagement, qui aura été d'une durée égale au nombre d'années d'études après la signature du CESP, soit en moyenne 3,8 ans (40). De plus, le CESP engage à exercer en zone sous-dense, or ces zones ne se situent pas exclusivement en milieu rural ou semi-rural. Il serait donc intéressant d'étudier la relation avec l'APL de la commune d'exercice du médecin. L'étude de cohorte nationale rétrospective ainsi que la thèse de L. SERVAIN ont mis en évidence un lien entre indemnités financières au cours des études et la pratique en milieu rural (57,63). La thèse d'A. PHELIPOT a montré que, si le CESP pouvait parfois permettre une installation plus rapide (moyenne d'âge de 29 ans à l'installation, contre 39 ans en l'absence de CESP), il n'était pas déterminant d'une installation en zone sous-dense, avec un projet d'installation dans une telle zone préexistant à la signature du CESP (39). Il a également été noté que, si le suivi individuel proposé dans ce contrat était très attendu des étudiants signataires, il était rendu difficile en raison du nombre de contrats signés et donc majoritairement non réalisé, avec des rencontres plutôt à l'initiative de l'étudiant (39,107).

Entre le questionnaire de suivi de 2017 et le nôtre, la proportion de médecins installés ayant sollicité une aide à l'installation est restée stable (entre 17 et 22% des médecins installés). Ces chiffres sont semblables à ceux de l'étude de cohorte nationale rétrospective (57). Il n'a pas été retrouvé d'influence de ces aides sur le lieu d'installation ou l'activité exercée. Selon l'enquête du CNOM auprès des internes, remplaçants et installés, si ces aides sont déclarées importantes, 47 à 48% des

internes et remplaçants considèrent les aides financières comme étant seulement « peu ou partiellement » déterminantes dans les choix entourant l'installation (31). Respectivement 10% et 22% des internes et remplaçants les considèrent même « pas du tout » déterminantes. La thèse de C. LAFORET a retrouvé des résultats similaires, avec des aides considérées comme pertinentes mais insuffisantes pour influencer les choix d'installation chez 59% des médecins interrogés (installés ou remplaçants) (108). Par ailleurs, cette même thèse ainsi que celle de B. BRABANT ont mis en évidence un manque de connaissance concernant ces aides chez la majorité des répondants, diminuant de ce fait leur efficacité (109). Des études complémentaires seraient nécessaires pour évaluer l'impact réel de ces aides sur l'installation mais aussi sur son maintien, notamment par le revenu minimum qu'elles garantissent en début de pratique. De plus, il pourrait être intéressant de ne pas cibler uniquement les médecins installés, mais aussi d'élargir la question des aides aux médecins remplaçants, qui peuvent également les solliciter.

Face au manque d'influence des aides financières, les pouvoirs publics s'orientent davantage vers des projets d'accompagnement à l'installation pour les jeunes médecins, en proposant des aides individualisées aux professionnels de santé ainsi qu'aux étudiants, à travers des guichets uniques (9).

1.4. Adaptation de la pratique médicale

- Le temps de travail et ses facteurs d'influence

Les médecins de notre étude travaillaient en moyenne 42,7 heures par semaine, avec une amplitude allant de 25 à 80 heures. Chez les médecins installés ou collaborateurs, cette moyenne était de 42,3 heures, réparties sur 8,6 demi-journées. Cette moyenne est inférieure à celle des 52 heures hebdomadaires annoncées par la DREES en 2019 (15). Cependant, comme l'a montré J. DONNIO dans sa thèse sur les déterminants du temps de travail des médecins, celui-ci est, entre autres, influencé par l'âge des médecins ; or, la moyenne d'âge des médecins de notre étude était inférieure à la moyenne nationale. Cette influence de l'âge confirme un souhait de réduction du temps de travail chez les jeunes générations de médecins (110).

La thèse de L. SERVAIN retrouvait une moyenne plus faible que la nôtre (40,8 heures sur 8,4 demi-journées) mais portait sur une population plus jeune (31 ans en moyenne). La thèse de T. LOUYOT, portant sur une population d'une moyenne d'âge de 37,3 ans, ce qui est relativement proche de celle de notre cohorte, rapportait un temps de travail semblable au nôtre (43,2 heures en moyenne par semaine, sur 9,4 demi-journées) (83).

Le nombre de semaines de congé est semblable dans notre étude par rapport à celles de L. SERVAIN et de T. LOUYOT, avec entre 6 et 7 semaines de congé en moyenne.

La différence de temps de travail en fonction du genre était significative dans notre étude, les hommes travaillant en moyenne plus que les femmes, avec une différence de 7,2 heures par semaine et de 0,7 demi-journée. On retrouve ces écarts dans différentes études (63,73,83,110), ainsi que dans le rapport de la DREES sur le temps

de travail des médecins (15). Il serait intéressant d'ajuster cette variable au statut de remplaçant, à l'activité exercée, au fait d'avoir des enfants à charge ou encore à l'activité du conjoint, quatre facteurs qui pourraient influencer ces différences de temps de travail. J. DONNIO retrouvait dans son étude une différence significative de temps de travail en fonction du genre uniquement en cas de présence d'enfant(s) à charge (110). Dans sa thèse, T. LOUYOT a montré un temps avant l'installation plus long en cas d'enfant(s) à charge ; or, les médecins remplaçants ont un temps de travail en moyenne moins important. De même, le fait qu'il y avait significativement plus de femmes remplaçantes pourrait constituer un facteur de confusion. Cependant, la dynamique des couples évolue au fil des années, avec de plus en plus de médecins masculins envisageant de réduire leur temps de travail pour s'occuper de leur(s) enfant(s), ou de modifier leurs conditions d'exercice, voire de changer de profession pour privilégier leur vie de couple (75,85). Par ailleurs, on peut nuancer cette différence de temps de travail en prenant en compte le fait que les femmes médecins ont tendance à sous-estimer leur temps de travail, du fait d'une volonté de montrer un certain équilibre avec leur implication familiale (111).

Il a été retrouvé une différence significative concernant le temps de travail en fonction du statut du médecin, avec un temps de travail inférieur de 6 heures en moyenne chez les médecins remplaçants par rapport aux médecins installés ou collaborateurs. Cette influence du statut a été également constatée dans les thèses de J. DONNIO et de L. SERVAIN (63,110). Cela peut s'expliquer par une charge administrative moins importante chez les médecins remplaçants, par une demande moins importante de la part des patients qui choisissent préférentiellement leur médecin traitant, ou encore par le choix de ce statut fréquemment guidé par le souhait de libérer du temps personnel (enfant en bas âge, rédaction d'une thèse, etc.), ce qui est plus complexe en cas d'installation en raison des charges fixes et de la demande de soins.

Même si l'on a pu constater un volume horaire de travail plus important chez les médecins exerçant une autre activité par rapport à ceux exerçant la médecine générale, ces différences n'étaient pas significatives. Le temps de travail entre médecin libéral et salarié a été peu étudié dans la littérature, avec une analyse plus fréquemment ciblée uniquement sur les médecins libéraux, probablement en raison d'un exercice et d'un rythme très différents et peu comparables entre ces deux statuts. Il est possible que le temps de travail chez les médecins libéraux ait été sous-estimé, du fait du travail administratif souvent réalisé en dehors des heures de consultation, parfois au domicile et/ou le week-end.

De façon assez prévisible, les médecins travaillant plus de 45 heures souhaitaient plus fréquemment réduire leur temps de travail. On retrouve cette observation chez les médecins du Pays de la Loire, où 50% des médecins souhaitaient réduire leur temps de travail, dont 67% travaillant plus de 65 heures, contre 25% en cas de temps de travail de moins de 50 heures hebdomadaires (73).

Enfin, un lien a pu être établi entre le fait d'avoir adapté sa pratique médicale avec des téléconsultations, des téléexpertises et/ou une IPA, et le fait de travailler 45 heures ou moins par semaine. On peut émettre l'hypothèse que les IPA permettent de déléguer certaines tâches, et certains suivis stabilisés, ce qui réduit la pression en termes de besoins de consultations et donc le volume horaire de travail. Concernant les téléconsultations, elles sont considérées par certains comme étant moins chronophages qu'une consultation au cabinet. À cela peut s'ajouter le fait de sous-estimer le temps de travail en cas de pratique de téléconsultations, notamment lorsque celles-ci sont rajoutées en dehors des horaires de travail habituels au cabinet (pendant la pause déjeuner, en soirée après les consultations, en télétravail à domicile...).

- L'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle

L'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle est de plus en plus important pour les jeunes générations de médecins (32,70,81). En effet, l'enjeu d'une activité suffisante qui était présent lorsque la densité médicale était à son maximum, s'est progressivement déplacé vers la recherche individuelle de qualité de vie en raison d'une activité garantie, voire plus importante que souhaitée, due à l'augmentation de la demande de soins dans un contexte de diminution de la densité médicale (70).

Plus des deux tiers des médecins de notre étude ont exprimé une satisfaction vis-à-vis de cet équilibre, ce qui est plutôt encourageant. À travers l'étude du panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice, la DREES a également montré une satisfaction vis-à-vis du temps consacré au travail chez 60% des médecins généralistes (15).

Selon notre étude, l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle était significativement impacté par l'activité exercée et le temps de travail. En effet, nous avons pu montrer que les médecins exprimant une satisfaction à l'égard de cet équilibre avaient plus fréquemment un temps de travail inférieur à 45 heures par rapport aux médecins n'ayant pas exprimé de satisfaction concernant leur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Selon la DREES, plus le volume hebdomadaire de travail était faible, plus le temps consacré au travail était évalué positivement (15). Dans sa thèse sur la prévalence et les facteurs associés au burnout chez les médecins généralistes de Haute-Normandie, G. PICQUENDAR a mis en avant plusieurs liens associés au « syndrome d'épuisement professionnel », qui résulte notamment d'un « manque de congruence entre le médecin et son environnement » dont, en analyse univariée : un volume horaire hebdomadaire de travail de plus de 48 heures, un travail administratif d'une durée de plus de 5 heures, et un isolement chez le médecin (112). À l'inverse, le fait d'exercer une autre activité de type MEP ou une activité médicale non rémunérée en dehors du cabinet a été constaté comme protecteur, de même que le fait d'avoir au moins 2 enfants à charge et le fait de consacrer au moins 2 heures par semaine aux loisirs. On peut également

retrouver dans la littérature une meilleure satisfaction entre le temps personnel et professionnel en cas d'exercice à temps partiel (113).

De façon assez prévisible, les médecins qui n'exprimaient pas de satisfaction concernant cet équilibre souhaitaient plus fréquemment effectuer une modification de leur temps de travail dans les 2 prochaines années. Cette constatation renforce l'idée de l'existence d'un lien entre le temps de travail d'une part et la satisfaction de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle d'autre part.

De plus, dans notre étude, l'exercice exclusif de la médecine générale était plus fréquent en cas d'absence de satisfaction de l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle. La totalité des médecins exerçant une activité partagée s'est dite satisfaite, tandis que seulement un médecin sur deux, parmi ceux installés en médecine générale exclusive, s'est considéré comme satisfait. Ce sentiment, deux fois plus fréquent en cas d'activité partagée, et augmenté de moitié en cas d'exercice exclusif d'une autre activité, peut expliquer en partie l'attractivité croissante de ces deux types d'exercice. Interroger les médecins sur les raisons de leur insatisfaction pourrait aider à comprendre les leviers d'action pour améliorer l'attractivité de la médecine générale. On peut émettre l'hypothèse que les médecins ayant choisi d'exercer une autre activité, partiellement ou exclusivement, ont pu trouver une activité qui correspondait mieux à leurs aspirations, augmentant ainsi la satisfaction dans leur activité professionnelle. De plus, l'activité libérale est souvent associée dans la littérature à une charge de travail plus importante qu'en cas d'exercice salarié, avec une diminution de la qualité de vie personnelle (75,82,97). Elle est aussi décrite comme moins sécurisante : incertitudes financières, moindre visibilité concernant les conditions d'exercice à venir, difficultés concernant la gestion de la comptabilité, moindre couverture sociale, travail en équipe moins fréquent).

Les médecins ne décrivant pas de satisfaction dans leur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle n'ont pas exprimé davantage de souhaits de modification de leur pratique professionnelle (en dehors du temps de travail). Il est probable que les contraintes liées à un changement de pratique freinent les médecins à modifier leur activité si tôt après avoir organisé leur activité actuelle. Selon la DREES, la tranche d'âge dans laquelle on retrouve le plus d'exercice salarié chez les médecins généralistes (mixte ou exclusive) est celle des médecins ayant entre 45 et 49 ans, avec une augmentation progressive à partir de 40 ans, suivie d'une décroissance après 60 ans (10). On pourrait en déduire soit un effet générationnel, soit une décision de modification d'activité après une dizaine d'années d'exercice.

Les analyses réalisées n'ont pas montré de lien entre la satisfaction de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle d'une part, et d'autre part : la distance entre le domicile et le lieu de travail, le nombre de semaines de congé, le statut, l'exercice en groupe, le mode de rémunération, la participation aux gardes ou encore la zone d'exercice. Le faible effectif de notre cohorte pourrait en être une des causes.

- L'exercice en groupe privilégié par les jeunes médecins

Les jeunes médecins exerçant la médecine générale privilégient l'exercice en groupe (mono ou pluriprofessionnel) par rapport aux générations précédentes. C'est par ailleurs un des critères participant au choix du lieu d'exercice. Dans notre étude, 91% (n=41) des médecins pratiquant la médecine générale exerçaient au moins partiellement en groupe (dont 29% en MSP, n=13). Les chiffres de la DREES sont du même ordre de grandeur, avec 87% d'exercice en groupe chez les moins de 50 ans, dont 24% en MSP (16). C'est également le cas dans la cohorte Haut-Normande de 2012, avec 88% d'exercice en groupe mais avec un exercice en MSP plus important (48%) (63). On peut effectuer le même constat en dehors de la France. En Angleterre, par exemple, une étude sur 280 étudiants en fin de cursus médical a montré que la notion de travail en groupe était déterminante dans leur carrière pour 79% d'entre eux, mais seuls 46% d'entre eux jugeaient cette notion compatible avec un exercice de la médecine générale (114).

Cet attrait pour la pratique en groupe peut s'expliquer par un souhait d'équilibrer vie personnelle, charge de travail et qualité du travail effectué. Or, les regroupements de médecins permettent en général une plus grande liberté sur les horaires (qui sont souvent moins importants), une diminution des charges (administratives ou encore financières), une rupture de l'isolement lié au cabinet individuel, et de meilleures conditions de travail (18,70). Par ailleurs, il existe de nombreuses aides à la mise en place de cet exercice en groupe, qu'elles soient logistiques (coordinateur(-rice)), financières (ARS, aides régionales, départementales ou des collectivités territoriales) ou encore fiscales, favorisant ce mode d'exercice lorsqu'il est souhaité (115).

- L'adaptation aux nouvelles pratiques médicales

L'utilisation des téléconsultations semble, d'après notre étude, susciter des avis divergents en fonction des médecins. Certains y voient un moyen de gagner du temps et d'améliorer l'offre de soins, quand, à l'inverse, d'autres la trouvent chronophage et difficile à intégrer à la pratique de la médecine générale, où l'examen clinique occupe une place prédominante.

Selon un rapport de la DREES (55), 77% des médecins ont indiqué avoir déjà réalisé des téléconsultations en 2022 suite à la pandémie de Covid-19 (ayant débuté fin 2019). Dans notre étude, seulement 44% des médecins exerçant la médecine générale ont déclaré en réaliser. Toujours d'après la DREES, seulement la moitié des médecins ayant déjà réalisé des téléconsultations en 2022 envisageaient de poursuivre cette pratique après la pandémie de Covid-19 ; or dans notre étude, nous avons interrogé les médecins sur l'utilisation des téléconsultations au moment du remplissage du questionnaire et non sur l'antériorité, excluant ainsi les médecins ayant déjà arrêté les téléconsultations (55).

Les trois quarts des médecins utilisaient les téléconsultations depuis moins de 2 ans (ce qui peut correspondre à la période de la pandémie de covid-19) et effectuaient

moins de 10 téléconsultations par semaine (dont la moitié n'en réalisant pas plus de 5). Ces téléconsultations étaient principalement réalisées sans l'assistance d'un professionnel de santé paramédical. La majorité des médecins réalisant des téléconsultations se sont dits satisfaits de cette pratique, avec divers avantages avancés, dont l'aspect pratique (particulièrement concernant les sujets administratifs et rendus d'examens), sa compatibilité avec le télétravail tout en limitant les contacts lors d'épidémies, ou encore pour son aspect instantané pour des rajouts de consultations de dépannage. L'un des principaux risques qui a été décrit, déjà rapporté dans la littérature, a été celui lié à la surconsommation de soins, en partie due à une seconde consultation au cabinet afin de réaliser un examen physique lorsqu'il était nécessaire ou lorsque le patient ne s'est pas senti rassuré après une téléconsultation (116).

Cette pratique devrait continuer à se développer, avec un souhait de réaliser des téléconsultations chez 40% des médecins de notre étude qui n'en réalisaient pas en 2022. La connaissance de cette pratique semble s'être bien diffusée parmi les médecins généralistes, avec la totalité des médecins de notre étude ayant déclaré une bonne connaissance à ce sujet.

La téléexpertise était, elle, utilisée dans notre étude par seulement 7 médecins, soit 16% des médecins exerçant la médecine générale. Le remboursement des actes de télémédecine étant récent (2019) et généralisé à l'ensemble des patients uniquement depuis avril 2022, cela peut expliquer la faible proportion d'utilisation de cet outil. Par ailleurs, on retrouve dans la littérature très peu d'études chez les médecins généralistes portant sur l'utilisation de cette pratique.

Concernant notre étude, six médecins sur sept utilisaient la téléexpertise depuis moins d'un an, et la même proportion l'utilisait au moins une fois par mois. Seul un médecin s'est dit non satisfait de cette pratique sans avoir souhaité en détailler la raison. Les avantages avancés ont principalement été la possibilité d'accéder à un avis spécialisé plus simplement et plus rapidement (notamment en dermatologie), ainsi que l'aide à l'interprétation des électrocardiogrammes. On retrouve cet argument de rapidité d'avis dans la littérature, associé à la sécurité des échanges réalisés, le tout sans que le patient n'ait besoin de se déplacer jusqu'au spécialiste (117).

Contrairement à la téléconsultation, la connaissance du fonctionnement de la téléexpertise est insuffisamment répandue avec 58% des médecins ayant déclaré avoir un manque de connaissance à son sujet. Ce chiffre est plus élevé que dans la thèse de L. FORNAY et E. PAPIILLON (13% de méconnaissance), mais la population étudiée était différente de la nôtre, avec la présence d'une part de professionnels hospitaliers. Malgré tout, sept autres médecins de notre étude souhaiteraient débiter des téléexpertises dans les 10 prochaines années.

Aucun médecin de notre étude ne travaillait avec un(e) assistant(e) médical(e). Ce statut ayant moins de trois ans au moment de notre étude, seuls 4,2% des médecins généralistes libéraux avaient employé un(e) assistant(e) médical(e) en 2022 (49). En raison du faible effectif de notre étude, il n'est pas étonnant de ne pas avoir eu de

retour sur cette fonction. Malgré sa création récente, seuls 27% des médecins ont déclaré manquer de connaissance sur cette profession, soit deux fois moins que pour la téléexpertise. Sept médecins envisageaient d'accueillir un(e) assistant(e) médical(e) dans les 10 prochaines années. Selon une étude de la DREES, 32% des médecins envisageraient de recourir au dispositif d'assistant(e) médical(e) face à la baisse de la démographie médicale (24). La poursuite du suivi des cohortes permettrait d'évaluer l'augmentation potentielle de l'emploi des assistants médicaux afin de libérer du temps médical.

Enfin, seul un médecin travaillait avec un(e) IPA en libéral. Notre questionnaire ne portait pas sur les IPA salariées. Le statut d'IPA, mal connu chez 30% des médecins de notre étude, a été créé un an avant celui des assistants médicaux, soit en 2018, mais nécessitant un minimum de 2 ans de formation, avec une première promotion sortie en 2020. Près d'un tiers des médecins ont exprimé le souhait de travailler avec un(e) IPA dans les 10 prochaines années. Suite aux volontés du gouvernement d'augmenter rapidement les effectifs d'IPA et de diversifier leurs compétences pour libérer du temps médical, il sera intéressant de suivre l'évolution de l'intégration des IPA auprès des médecins généralistes.

- Une stabilisation des conditions d'exercice

Entre les suivis de 2020 et 2022, 17 médecins avaient changé de pratique, dont 8 médecins ayant changé d'activité, 10 médecins ayant changé de statut, 11 médecins ayant changé de département d'exercice et 14 médecins ayant changé de zone d'exercice. Aucun médecin installé n'a changé de statut ou d'activité pour un exercice exclusif d'une autre activité depuis 2016. L'installation semble donc être un mode d'exercice relativement pérenne, mais un suivi plus long de notre cohorte serait nécessaire pour le confirmer. La durée moyenne d'installation libérale chez les médecins généralistes serait d'environ 22 ans, en prenant en compte aussi bien les départs à la retraite que les changements pour une autre activité ou pour du salariat (118).

On peut constater une stabilisation progressive des conditions d'exercice des médecins au cours des suivis. En effet, 29% des médecins n'avaient pas changé d'activité entre 2016 et 2017, puis un tiers n'avait pas déclaré de changement lors de la thèse de suivi de 2020, et enfin deux tiers pour notre étude (60,61). Par ailleurs, plus des trois quarts des médecins de notre étude n'envisageaient pas de changement dans les 10 prochaines années ou étaient incertains quant à leur souhait d'en réaliser un. Un suivi ultérieur de la cohorte pourrait confirmer cette tendance.

2. Critique de l'étude

2.1. Points forts

Le taux de réponses incluses pour notre étude a été de 78%, ce qui est assez élevé pour un suivi à 6 ans. Lors du suivi à 4 ans, le taux de réponse avait été de 82,9%.

Les médecins ayant participé à cette étude étaient relativement bien représentatifs des jeunes médecins généralistes en termes de critères socio-démographiques et de pratique médicale, aussi bien par rapport aux autres cohortes françaises déjà créées, mais aussi par rapport aux médecins de la même tranche d'âge à l'échelle nationale.

Cette étude permet d'apporter des éléments de connaissance sur la pratique des jeunes médecins, leur parcours professionnel et sur certains facteurs les influençant. Sur l'ensemble des cohortes régionales créées, peu d'entre elles ont été l'objet de suivis réguliers, et seule une autre cohorte que celle-ci, à notre connaissance, a été suivie sur une période de 6 ans. Or, dans le contexte actuel de problématiques concernant l'offre de soins sur le territoire français et la liberté d'installation, ces données sont particulièrement intéressantes pour tenter d'optimiser la répartition des médecins généralistes sur le territoire sans avoir recours à la contrainte, et de maintenir l'attractivité de cette spécialité, en fonction des besoins et des souhaits actuels des jeunes médecins.

Ce délai de six ans après la fin théorique de l'internat permet d'avoir un certain recul, après plusieurs années d'expérimentation de la part des médecins dans différentes pratiques, avant de commencer à se stabiliser dans un exercice, même s'il persiste une proportion non négligeable de projets de changement dans les 10 prochaines années.

La conservation des données d'un suivi à l'autre a permis d'individualiser chaque parcours et de suivre les évolutions individuelles de chaque médecin. Cela a permis une analyse plus fine qu'en cas de comparaison uniquement avec les résultats exposés dans les thèses précédentes, composées de médecins en partie différents.

Deux autres cohortes sont actuellement en cours de suivi en Haute-Normandie, avec des questionnaires similaires, permettant de réaliser des comparaisons, et éventuellement une reconstitution d'une cohorte régionale plus large afin d'augmenter la puissance statistique. Des projets de regroupement des cohortes régionales en cohortes nationales ont également été réalisés et seront probablement poursuivis.

L'objectif secondaire de cette étude consistait à décrire les adaptations des pratiques médicales à travers la téléconsultation, la téléexpertise, les IPA et les assistants médicaux.

C'est l'une des toutes premières études à évaluer l'intégration des IPA et des assistants médicaux en médecine générale. Cependant, cela a probablement été quelque peu précoce par rapport à la création de ces deux fonctions, avec très peu de médecins y ayant eu recours.

La téléexpertise, même si de création plus ancienne, a également été peu étudiée jusqu'à présent en médecine générale.

L'utilisation des téléconsultations, très étudiée au moment de la pandémie de Covid-19, a fait l'objet de nombreuses thèses, mais peu d'entre elles ont étudié la poursuite de l'utilisation de la téléconsultation dans ce contexte de « post-Covid ».

2.2. Points faibles

Malgré un taux de réponse de 78%, l'effectif de notre étude était faible (N=53), limitant ainsi la réalisation des analyses statistiques et la probabilité de retrouver des résultats significatifs en raison d'un manque de puissance.

Étant donné la présence de « perdus de vue », un biais de sélection doit être pris en compte. En effet, on peut émettre, par exemple, l'hypothèse que les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire étaient plus nombreux à ne plus exercer la médecine générale. D'autres hypothèses pourraient être l'existence d'horaires de travail plus importants chez les médecins n'ayant pas répondu, une moindre implication dans l'activité universitaire, une vie de famille plus prenante avec notamment plus d'enfants à charge, ou encore un changement de région plus fréquent, avec des médecins pensant ne pas être utiles à l'étude du fait de leur départ de la région où ils avaient été initialement inclus.

L'envoi du questionnaire par mail a permis de limiter le nombre de perdus de vue, étant donné que la population ciblée était jeune et habituée aux outils informatiques. Cela a donné la possibilité aux médecins de répondre lorsqu'ils en avaient le temps (par opposition aux contacts téléphoniques), sans déplacement. Un biais de sélection dû à l'absence de réception du mail (notamment en cas de localisation dans les courriers indésirables ou de changement d'adresse électronique) a été limité au maximum, par :

- la mise à jour régulière des coordonnées à chaque suivi, avec demande de celles d'un proche en cas d'incapacité à joindre le médecin concerné,
- l'envoi de courriels de rappel à partir de différents fournisseurs de messagerie afin de limiter la classification automatique des courriels comme messages indésirables,
- le contact par téléphone (personnel et/ou professionnel) en cas d'absence de réponse, permettant de vérifier la bonne réception du courriel.

Il existe dans notre étude un biais de mémorisation dû à la partie de notre questionnaire portant sur des éléments du passé des médecins. Afin de limiter ce biais (sans pour autant pouvoir le supprimer), les questions sur leurs origines n'ont été posées qu'une seule fois, lors de l'inclusion de chaque médecin. Malgré tout, certaines incohérences ont été retrouvées dans les résultats, comme un médecin ayant indiqué ne pas avoir changé de pratique depuis le dernier questionnaire et ayant déclaré avoir terminé son internat, or ce n'était pas le cas lors du dernier questionnaire. Ces

incohérences ont notamment mené à l'exclusion d'un questionnaire, et celles n'ayant pas pu être relevées ont constitué un réel biais.

D'autres biais d'information étaient également présents dans notre étude, tels qu'un biais de classement lors de la qualification des zones par les médecins (rurale, semi-rurale ou urbaine), avec des différences entre les zones déclarées (après avoir donné une définition de chaque zone dans le questionnaire, basée sur le nombre d'habitants des communes), et celles obtenues grâce au nom de la commune déclarée et au recensement de la population disponible sur l'INSEE. Un autre exemple a été celui du temps de travail, avec certains médecins n'ayant pas pris en compte la nécessité de considérer une semaine typique en cas de non-représentativité de la semaine précédant la réponse au questionnaire. Si certains biais de déclarations ont pu être pris en compte lorsqu'ils étaient connus, d'autres ont certainement constitué des biais non négligeables.

Par ailleurs, les déclarations concernant les projets de changement dans les 10 prochaines années ne sont que des intentions sans réalité objective. La poursuite de cette cohorte sera donc indispensable pour confirmer ou infirmer ces tendances.

Quelques biais de confusion ont été relevés et d'autres ont certainement participé aux résultats obtenus ou, à l'inverse, non obtenus. Cependant, l'effectif de notre population n'a pas permis de réaliser d'analyse multivariée afin d'ajuster ces facteurs.

2.3. Points d'amélioration

Concernant la poursuite du travail de suivi de cohorte, certaines questions de notre questionnaire pourraient être modifiées par la suite afin d'en améliorer la qualité.

Les données concernant la fréquence de l'exercice actuel dans un cabinet ou une autre structure, dans lequel un stage ou des remplacements auraient été précédemment effectués, n'ont pas pu être étudiées. En effet, la question a été posée pour la première fois dans notre questionnaire et, suite à un problème de paramétrage du questionnaire, elle n'a été accessible qu'aux médecins ayant déclaré un changement d'activité depuis le dernier suivi. Étant donné que deux tiers des médecins n'ont pas changé d'exercice, le taux de non-réponse était de ce fait trop élevé. Il serait intéressant de proposer cette question à l'ensemble des médecins par la suite.

Une question sur le temps et/ou la distance du trajet jusqu'au lieu d'exercice pourrait permettre d'obtenir des données plus fiables que les estimations basées sur les communes déclarées, qui peuvent être relativement vastes.

La qualification de « cabinet de groupe » dans le questionnaire incluait uniquement les regroupements de médecins généralistes (excluant ainsi les regroupements avec d'autres professions médicales sans paramédicaux). Certains médecins ont éventuellement pu ne pas avoir d'option adaptée à leur situation, notamment en cas d'exercice avec d'autres professions médicales sans rentrer dans les critères d'une MSP (les MSP impliquant la présence de paramédicaux).

Dans un souci de longueur du questionnaire, les questions sur les adaptations de pratiques (télémédecine, IPA et assistants médicaux) pourraient être posées uniquement aux médecins exerçant la médecine générale. En effet, les médecins travaillant à l'hôpital, par exemple, ne sont pas confrontés à ces pratiques.

La question sur les aides à l'installation pourrait être ouverte à l'ensemble des médecins exerçant la médecine générale, étant donné que ces aides peuvent également être accordées aux médecins remplaçants et collaborateurs.

Il avait été décidé, dans un souci de comparabilité avec les études précédentes, de caractériser les lieux de résidence, de stage et d'exercice en fonction du nombre d'habitants, en distinguant trois zones : rurale, semi-rurale et urbaine. Cependant, l'utilisation de l'APL aurait pu être plus pertinente. En effet, l'APL est un indicateur particulièrement précis pour caractériser l'offre de soins d'un territoire. Or, le degré de difficulté d'accès aux soins ne se superpose pas aux différents types de zones, même si les patients résidant en zone rurale sont plus susceptibles d'être en zone sous-dotée. Par ailleurs, l'APL est défini à l'échelle de la commune, ce qui permet d'avoir un paramètre objectif et précis. À l'inverse, la caractérisation de la répartition des médecins par type de zone, en fonction du nombre d'habitants, est à la fois moins précise et source d'erreurs, comme on a pu le voir en comparant les réponses des médecins avec celles attendues en fonction de la commune d'exercice déclarée, avec 29% d'inadéquation. L'inconvénient principal de l'APL réside dans le délai d'obtention et d'analyse des données, avec un décalage de 2 à 4 ans entre l'année à laquelle les données se rapportent et celle de leur publication.

3. Perspectives et propositions

L'échantillon de notre étude étant, certes, de petite taille, il a permis un suivi individualisé de chaque parcours. Il sera intéressant de poursuivre le travail de suivi afin de confirmer à la fois les tendances qui se dessinent ainsi que les perspectives de changements déclarées par les médecins. Étudier les facteurs permettant le maintien dans une pratique médicale donnée pourra être une seconde étape de ce suivi de cohorte.

Les projets inter-régionaux à travers une cohorte nationale sont également très informatifs, du fait d'une plus grande puissance statistique et d'une sélection plus large permettant une meilleure représentativité. Pour ce fait, il est nécessaire de conserver une certaine constance dans la trame de ce questionnaire.

Les résultats ainsi obtenus pourront orienter les choix, aussi bien gouvernementaux qu'à l'échelle des communes, ou encore des médecins proches d'un départ à la retraite, afin d'améliorer l'attractivité d'un territoire et de la médecine générale à travers diverses stratégies.

En effet, si certains facteurs influençant les choix des médecins sont non modifiables, d'autres peuvent faire l'objet d'actions dès les études médicales. C'est le

cas, entre autres, de la sélection des étudiants entrant en médecine, qui a tout intérêt à inclure des étudiants originaires de milieux ruraux et sous-dotés ; ou encore celui des lieux de stage, qui fidéliseront par la suite les jeunes médecins à un territoire en cas de stage de bonne qualité.

Afin de favoriser l'exercice en médecine générale, les efforts doivent être maintenus pour proposer au plus grand nombre d'étudiants, un stage d'externat chez le praticien dans de bonnes conditions, ainsi qu'un stage de SASPAS, qui est, à présent, réalisé par la grande majorité des internes de médecine générale.

Les efforts pour recruter, former et soutenir les maîtres de stage doivent également être maintenus, notamment en zone sous-dense, étant donné l'impact des stages sur la pratique médicale future des jeunes médecins généralistes.

La période de remplacement ne doit pas être banalisée ni réduite au minimum, car elle représente une vraie voie d'entrée dans l'exercice de la médecine générale au cours de laquelle les jeunes médecins expérimentent plusieurs pratiques afin d'en trouver une qui leur convienne, en équilibre avec leur vie personnelle.

L'exercice en groupe, toujours plus privilégié par les jeunes médecins, devrait continuer à se développer. La construction de nouvelles structures d'exercice pluridisciplinaires telles que les MSP peut être un réel avantage pour les zones sous-dotées afin de les rendre plus attractives. À cela doivent s'ajouter des stratégies d'amélioration de l'attractivité globale des zones sous-denses, pas seulement sur le plan médical, mais aussi concernant les infrastructures, les services publics, les transports, etc., l'ensemble des éléments faisant que toute personne, autant qu'un jeune médecin, souhaiterait y élire domicile. En effet, contrairement aux générations précédentes, l'importance de l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle a pris une place centrale chez les jeunes médecins, qui souhaitent concrétiser leurs projets aussi bien personnels que professionnels.

La démographie médicale étant prévue en baisse pendant encore plusieurs années, différentes stratégies ont été proposées par le gouvernement, mais leur adoption par les médecins généralistes restera à évaluer. C'est notamment le cas des IPA et des assistants médicaux, deux fonctions nouvellement arrivées dans les cabinets de médecine générale, dont l'inclusion auprès des médecins sera à étudier plus en détail et dans le temps, afin de mieux comprendre les avantages et les inconvénients qu'elles représentent pour les médecins généralistes.

Cette étude n'avait pas pour objectif d'étudier les freins et motivations des médecins à l'installation en médecine générale, plusieurs thèses ayant déjà porté sur ces éléments. Ainsi, peu de questions ont été posées à propos des raisons ayant conduit les médecins à choisir une pratique plutôt qu'une autre (maintien de remplacements ou encore exercice d'une autre activité que la médecine générale). La prise en compte de ces facteurs n'en est pas moins indispensable afin d'améliorer l'offre de soins en France (par exemple, l'importance de la formation à la gestion d'un cabinet afin de favoriser l'installation des jeunes médecins).

V. Conclusion

L'offre de soins primaires constitue un enjeu majeur d'actualité, tant pour la population générale de plus en plus affectée par la difficulté croissante d'accès à un médecin généraliste, que pour les autorités publiques. Plusieurs facteurs ont contribué à ce phénomène de diminution de l'offre de soins primaires. Parmi ceux-ci, on peut citer l'augmentation de la demande de soins liée au vieillissement de la population ainsi que la baisse de la démographie médicale consécutive à la mise en place du *numerus clausus*. À cela s'ajoute une inégalité de répartition des médecins sur l'ensemble du territoire français ainsi qu'un changement de vision concernant le travail au sein des nouvelles générations, y compris parmi les jeunes médecins généralistes. Les politiques territoriales de santé doivent donc rapidement s'adapter afin de répondre au mieux aux besoins de la population en matière de santé, mais aussi à ceux des médecins généralistes pour améliorer l'attractivité des « déserts médicaux » et celle du métier de médecin généraliste. Pour ce faire, l'étude des parcours des jeunes médecins généralistes permet de mettre en évidence les facteurs influençant leurs choix professionnels, pour pouvoir ensuite attirer plutôt que contraindre les installations en agissant de manière ciblée sur ces facteurs.

Ce travail de suivi à 6 ans d'une cohorte de jeunes médecins généralistes a permis de répondre à notre objectif principal et secondaire. Il en est ressorti une tendance à la stabilisation des pratiques, avec une diminution aussi bien des changements de statut, que d'activité exercée, et de lieu d'exercice. La médecine générale demeure l'activité la plus pratiquée, malgré une attractivité croissante pour l'activité partagée. Les installations ont été croissantes au cours des différents suivis, confirmant le caractère transitoire des remplacements, et devraient encore croître selon les perspectives de changement déclarées par les médecins. Le milieu urbain est de plus en plus attractif, permettant de répondre à plusieurs souhaits des jeunes médecins, incluant les services publics (crèches, écoles, transports...) ainsi qu'une proximité avec les autres professionnels de santé, dont les établissements de soins et les autres spécialistes. Les médecins se sont majoritairement dits satisfaits de leur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, avec néanmoins des inégalités notables en fonction de l'activité pratiquée, en défaveur de la médecine générale. De même, le temps de travail était un sujet d'insatisfaction lorsqu'il était trop élevé.

De façon cohérente avec la littérature, la pratique médicale, le statut et le lieu d'exercice ont été influencés par des facteurs personnels, les études médicales dont les stages réalisés, et certains critères d'exercice souhaités.

Ainsi, l'accès aux soins primaires est certes une problématique actuelle, mais plusieurs pistes sont actuellement à l'étude, et d'autres pourraient être prises en compte afin de permettre à chacun de se soigner, et ce, auprès de médecins exerçant dans des conditions qui les satisfont.

VI. Bibliographie

1. WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille [Internet]. 2022 [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: [https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)
2. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. 2021 [cité 27 févr 2023]. Soins de santé primaires. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
3. DUMG. Département Médecine Générale - Université de Rouen. 2021 [cité 27 févr 2023]. Un peu d'histoire. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/un-peu-dhistoire>
4. MG France. Les actes du colloque Un médecin traitant pour tous, à quel prix ? [Internet]. 2021 déc 3 [cité 27 févr 2023]; Colloque présenté au Ministère des solidarités et de la Santé. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualites/3051>
5. INSEE. Statistiques et études [Internet]. [cité 27 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques>
6. INSEE. Institut national de la statistique et des études économiques. 2021 [cité 27 févr 2023]. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#tableau-figure5_radio1
7. Grangier J, Mikou M, Roussel R, Solard J. Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. DREES [Internet]. 20 sept 2017 [cité 2 mai 2023];(1025). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-facteurs-demographiques-contribuent-la-moitie-de-la-hausse-des>
8. L'assurance Maladie Ameli.fr. Agir ensemble, protéger chacun. 2021 [cité 29 mars 2022]. Affections de longue durée (ALD). Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/affections-longue-duree-ald>
9. Rojouan B. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard [Internet]. Sénat; 2022 mars [cité 3 mars 2023]. (commission de l'aménagement du territoire et du développement durable). Report No.: 589. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5898.html>
10. DREES. dataviz.dress_Etudes et statistiques. 2022 [cité 27 oct 2022]. Démographie des professionnels de santé. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
11. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Doss Dress. mars 2021;(76):74.
12. DREES. dataviz.dress_Etudes et statistiques. 2021 [cité 3 mars 2023]. Projections d'effectifs de médecins. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/Projection-effectifs-medecins/>
13. Ordre National des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2022.
14. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Sociol Prat. 2007;14(1):19-30.
15. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. DREES [Internet]. 7 mai 2019 [cité 29 mars 2023];(1113). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>

16. Bergeat M, Vergier(DREES) N, Verger(ORSProuvence-Alpes-Côte d'Azur) P. Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022. DRESS [Internet]. 3 nov 2022 [cité 1 mars 2023];(1244). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
17. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, LeFur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES [Internet]. sept 2010 [cité 4 mai 2023];(157). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
18. Biais(Cesp) M, Cassou(Irdes,DREES) M, Franc(Cesp,Irdes) 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. DRESS [Internet]. 10 mai 2022 [cité 2 mars 2023];(1229). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/documents-de-reference/etudes-et-resultats/des-conditions-de-travail-plus-satisfaisantes-pour-les>
19. Agences Régionales de Santé. CartoSanté [Internet]. 2022 [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=252587,7024247,450639,261178&c=indicator&i=offre_ps.nb_msp&s=2022&selcodgeo=28&view=map6
20. Guillaume Chevillard, Julien Mousquès (Irdes). Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français [Internet]. IRDES; 2019 janv [cité 12 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/076-accessibilite-aux-soins-et-attractivite-territoriale.pdf>
21. DREES) MC Irdes, Mousquès(Irdes) J, Franc(Cesp,Irdes) C. Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes. DRESS [Internet]. 11 mai 2021 [cité 2 mars 2023];(1193). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/exercer-en-maison-de-sante-pluriprofessionnelle-un-effet-positif>
22. DREES. L'accessibilité potentielle localisée (APL) [Internet]. 2023 [cité 1 mars 2023]. Disponible sur: https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/530_l-accessibilite-potentielle-localisee-apl/
23. Legendre B. Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux. DRESS. sept 2021;(1206):6.
24. Chaput(DREES) H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva(AMSE) A, Chevillard G, Mousquès(Irdes) J, et al. 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. DRESS [Internet]. 22 janv 2020 [cité 3 mars 2023];(1140). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/difficultes-et-adaptation-des-medecins-generalistes-face-loffre-de>
25. Davin-Casalena B, Scronias D, Fressard L, Verger(ORSProuvence-Alpes-Côte d'Azur) P, Bergeat M, Vergier(DREES) N. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant. DREES [Internet]. 25 mai 2023 [cité 25 mai 2023];(1267). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/les-deux-tiers-des-generalistes-declarent-1>
26. Polton D, Chaput H, Portela(DREES) M. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale. DREES [Internet]. 9 déc 2021 [cité 27 mars 2023];(89). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>
27. Bachelet M. 7 860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014. DREES [Internet]. 26 oct 2015;(937). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/7-860-etudiants-en-medecine-affectes-lissue-des-epreuves>

28. Pla A. Un médecin libéral sur dix en activité cumule emploi et retraite. DREES [Internet]. 13 déc 2018;(1097). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/un-medecin-liberal-sur-dix-en-activite-cumule-emploi-et-retraite>

29. JORF n°0145. Décret n° 2023-503 du 23 juin 2023 portant application des articles 13 et 17 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 [Internet]. juin 23, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047719750>

30. Hurel K, Jerber M, LeGuyader S. Installation des jeunes médecins généralistes dans les territoires. *Commis Général À L'égalité Territ CGET*. sept 2015;4.

31. CNOM commission jeunes médecins, ANEMF, ISNAR-IMG, ReAGJIR, SNJMG, ISNI. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés - Dossier de presse [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAted%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf>

32. ORS Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. Synthèse de la littérature. [Internet]. Observatoire régional de la santé Aquitaine; 2011 déc. Disponible sur: <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/motivations-et-freins-a-linstallation-des-medecins-generalistes-liberaux%C2%A0synthese-de-la-litterature>

33. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 2 mars 2023]. Enquête sur les déterminants à l'installation. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>

34. Légifrance. Arrêté du 24 juillet 2017 fixant les caractéristiques de l'examen médical spécifique relatif à la délivrance du certificat médical de non-contre-indication à la pratique des disciplines sportives à contraintes particulières - Légifrance [Internet]. 2017 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035418863>

35. Silhol(Insee) J, Legendre B, Monziols(Drees) M. Pratiques des médecins généralistes dans les territoires devenus zones d'intervention prioritaire. *Insee* [Internet]. mai 2020 [cité 2 mars 2023];(51). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4493549>

36. L'assurance Maladie. Rezone ameli.fr. 2023 [cité 1 avr 2023]. REZONE - Médecins. Disponible sur: <http://rezone.ameli.fr/rezone/>

37. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Contrat de début d'exercice (CDE) [Internet]. 2021 [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/contrat-de-debut-d-exercice-cde/CDE>

38. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées. Le principe du CESP [Internet]. 2022 [cité 19 oct 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/le-contrat-d-engagement-de-service-public-cesp/article/le-principe-du-cesp>

39. Phelipot A. Quelle a été l'influence du « Contrat d'Engagement de Service Public » sur le choix de l'activité professionnelle de ses signataires? Enquête nationale qualitative auprès de médecins signataires actuellement en exercice. :66.

40. Centre National de Gestion. Données sur les contrats d'engagement de service public (CESP) conclus avec les étudiants et internes en médecine et en odontologie [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/2021_CESP_Etude.pdf

41. Légifrance. Journal officiel électronique authentifié JORF n° 0095 [Internet]. 2019 [cité 21 août 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=xqu1ntKJQ_Qf10Fimh1S_4OIURU_fHHyH0XV8CIOKk=

42.CNG. Bilan des épreuves classantes nationales informatisées (ECNi) 2019 [Internet]. 2019 [cité 21 août 2023]. Disponible sur: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/media/2022-03/2019_ECNi.pdf

43.Conseil départemental de l'Eure. Département de l'Eure en Normandie. [cité 15 mai 2023]. Bourses aux externes et internes en médecine et interne en chirurgie dentaire. Disponible sur: <https://eureennormandie.fr/nos-aides-et-services/professionnels/professionnels-de-sante/bourses-aux-externes-et-internes-medecine-chirurgie-dentaire/>

44.Augros S. Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. 2019 sept.

45.Collège National des Généralistes Enseignants, Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale. Progression de l'offre des stages en médecine générale [Internet]. 2019 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/191217_Communique_SNEMG_CNGE__nombre_postes_stages.pdf

46.ISNAR IMG. La formation, tremplin vers l'installation en Médecine Générale [Internet]. Dossier de presse présenté en janv 2020 [cité 23 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/2001-Dossier-de-presse-La-formation-au-service-de-lacc%C3%A8s-aux-soins.pdf>

47.CNGE. Collège National des Généralistes Enseignants. [cité 27 mars 2023]. Communiqués de presse. Disponible sur: https://www.cnge.fr/lettres_et_communications_du_president/espace_communication_et_presse/communiqués_de_presse_cnge/

48.CNOM. Soigner Demain - « La parole aux médecins ». 2022 févr.

49.Assurance Maladie. ameli.fr pour les médecins. 2022 [cité 27 juin 2023]. Assistants médicaux : un levier pour renforcer l'accès aux soins dans les territoires. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/eure/medecin/actualites/assistants-medicaux-un-levier-pour-renforcer-l-access-aux-soins-dans-les-territoires>

50.DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 11 mai 2023]. L'infirmier en pratique avancée - Améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

51.Direction de l'information légale et administrative. Vie publique Au coeur du débat public. 2023 [cité 11 mai 2023]. Proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/loi/288203-access-aux-soins-proposition-de-loi-rist>

52.Action de santé libérale en équipe [Internet]. 2022 [cité 4 mars 2023]. Asalée. Disponible sur: <http://www.asalee.org/>

53.Direction de l'information légale et administrative. Vie publique Au coeur du débat public. 2020 [cité 11 mai 2023]. La télémedecine, une pratique en voie de généralisation. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>

54.L'assurance Maladie. Téléconsultation, une pratique qui s'installe dans la durée [Internet]. 2020 sept [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire.pdf>

55.Kamionka J, Bergeat(DREES) M. Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains. DRESS [Internet]. 8 déc 2022 [cité 4 mars 2023];(1249). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sept-teleconsultations-de-medecine-generale>

56. Ministère des solidarités et de la santé. Maisons de santé pluriprofessionnelles : évolution du statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires / Ce qu'il faut retenir de l'ordonnance du 12 mai 2021 [Internet]. 2021 [cité 11 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.femasif.fr/wp-content/uploads/sites/3/2021/11/guide-sisa-vf.pdf>
57. Brument J, Marguerite M. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes français / Reconstitution d'une cohorte nationale rétrospective [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02361188/document>
58. Boudier J. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes français : étude nationale [Mémoire de stage]. Université Paris-Saclay; 2020.
59. Faget E. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes / Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01337730>
60. Echasserieu J. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes Suivi à 18 mois de la cohorte Haut-Normande [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2018.
61. Mazé F. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Suivi à 4 ans de la cohorte haut-normande [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2020. Disponible sur: <https://hal-normandie-univ.archives-ouvertes.fr/dumas-02970024/>
62. Boussuge C. Les déterminants des parcours professionnels des jeunes médecins généralistes issus de l'Université de Rouen : cohorte ECN 2014 [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2018.
63. Servain L. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes: Suivi à 2 ans de la cohorte Haut-normande ECN 2014 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2021.
64. Légifrance. République Française. 2012 [cité 16 mai 2023]. JORF n° 0186 du 11 août 2012. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/jo/2012/08/11/0186>
65. Dautremay C. Lancement d'un observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne. [Thèse d'exercice]. Université de Reims; 2013.
66. Daguet F, Niel X. Vivre en couple. La proportion de jeunes en couple se stabilise. Insee [Internet]. févr 2010 [cité 1 juill 2023];(1281). Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1281/ip1281.pdf>
67. Arnold C, Boussard J. Caractéristiques des propriétaires occupants. Edition 2017 [Internet]. Insee; 2017 févr [cité 1 juill 2023]. (INSEE Références). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2586022?sommaire=2586377>
68. Tableaux de l'économie française. Edition 2020 [Internet]. INSEE; 2020 févr [cité 1 juill 2023]. (Insee référence). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277635?sommaire=4318291>
69. Loizeaux V. Poursuite de l'observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne Ardenne [Thèse d'exercice]. Université de Reims; 2014.
70. Schweyer FX. Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale. In: Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010. p. 379-402.
71. Ministère de la Santé et de la Prévention. ARS Agir pour la santé de tous. 2022 [cité 8 juin 2023]. 400 postes de médecins généralistes pour les territoires prioritaires. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/400-postes-de-medecins-generalistes-pour-les-territoires-prioritaires>
72. CNOM. Des parcours professionnels et des exercices de plus en plus mixtes. déc 2021;(76). Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/duau68/medecins_76.pdf

73.ORS Pays de la Loire, URML des Pays de la Loire. 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. [Internet]. 2008 février [cité 6 juill 2023] p. 16. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/conditions-dexercice-des-medecins-generalistes-des-pays-de-la-loire-en-2007-panel>

74.Ridard É. Les motivations des médecins généralistes en centres de santé : enquête par entretiens auprès de médecins des centres de santé de Bretagne et Pays de la Loire. 18 oct 2016;41.

75.Cornet B. Influence des stages ambulatoires sur les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes exemple du département de l'ain.

76.Baude N, Flacher A, Bosson JL, Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine. 1 mars 2008;4(3):135-40.

77.Maillet C, Jeffredo B. Devenir socio-professionnel des internes de médecine générale de la faculté de Rennes ayant réalisé un SASPAS entre novembre 2003 et octobre 2008 [Thèse d'exercice]. université de Rennes; 2010.

78.URML des Pays de la Loire, ORS Pays de la Loire. Les pratiques des médecins libéraux à expertise particulière des Pays de la Loire [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2010_PDF/2010_pratiques_mep.pdf

79.CNOM - Commission Jeunes médecins. Etude sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés. 2019 avr p. 27.

80.Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? DREES [Internet]. févr 2011 [cité 8 juin 2023];(104). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/jeunes-diplomes-de-medecine-generale-devenir-medecin>

81.Chandez C, Chiron F. Facteurs influençant positivement l'installation en médecine générale libérale chez les internes et les jeunes médecins récemment installés en Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble; 2013.

82.Lemonnier R, Aubry P. Les déterminants du parcours professionnel des médecins généralistes en France : une revue systématique de la littérature [Internet]. 2019 [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02345119>

83.Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine ? Une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine [Thèse d'exercice]. Université de Nancy; 2016.

84.RASSU C. Les facteurs influençant l'installation en médecine générale ambulatoire en France : une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2016.

85.Equipes de recherche Université de Tours. Médecins généralistes en région Centre-Val de Loire et décisions d'installation en activité libérale. Enquête auprès des internes spécialisés en médecine générale sur leur projection des choix d'exercice et d'implantation géographique [Internet]. Université de Tours; 2021 mars [cité 23 déc 2021]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03178417>

86.Huon-Wojtarkowski C. Les femmes remplaçantes dans la Somme face à une installation en médecine générale libérale. Attentes et réticences [Internet] [Thèse d'exercice]. Université d'Amien; 2015 [cité 8 juin 2023]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01279468>

87.Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 2015;27(1):49-58.

88. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/souhaits-exercice-img.pdf>
89. Septier-Guelf J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. *Santé Publique*. 2014;26(1):65-74.
90. Dahlem L. Influence du stage de deuxième cycle en médecine générale sur le choix aux ECN. [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.
91. Frèche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste JY, Nabbe P, Barais M, Le Floch B. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS ? *exercer*. 2011;22(95):21-4.
92. M. Libera. Poursuite de l'observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne : devenir après six années de suivi [Thèse d'exercice]. Université de Reims; 2017.
93. Jacquin O. Mobilités dans les espaces peu denses en 2040 : un défi à relever dès aujourd'hui [Internet]. Sénat; 2021 janv [cité 12 juin 2023]. Report No.: 313. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r20-313/r20-313.html>
94. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population. DREES [Internet]. févr 2020;(1144). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
95. Brendler J, Roger P. Un Normand sur deux vit dans une commune rurale. Insee [Internet]. 29 avr 2021 [cité 13 juin 2023];(92). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5359151>
96. CGET. Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. 2015 nov.
97. URML Ile de France. Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_090324.pdf
98. Bourgueil Y, Mousquès(Irdes) J, Tajahmadi A. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. IRDES; 2006 juin. Report No.: 534.
99. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. *JAMA*. 20 janv 1999;281(3):255-60.
100. Dumontet M, Samson AL, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? *Rev Fr Déconomie*. 2016;31(4):221-67.
101. Isaac V, Walters L, McLachlan CS. Association between self-efficacy, career interest and rural career intent in Australian medical students with rural clinical school experience. *BMJ Open*. 1 déc 2015;5(12):e009574.
102. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *Jama*. 2001;286(9):1041-8.
103. ORS Pays de la Loire, URPS-médecins libéraux Pays de la Loire. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des pays de la Loire. N°4. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications/lexercice-en-cabinet-de-groupe-des-medecins-generalistes-des-pays-de-la-loire-ndeg-4>

104.Noémie Vergier, Hélène Chaput. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? DREES [Internet]. 11 mai 2017 [cité 13 juin 2023];(17). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/deserts-medicaux-comment-les-definir-comment-les-mesurer>

105.Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. *Sante Publique (Bucur)*. 24 mars 2015;27(1):59-67.

106.A. Jardel. Connaissance et perception des mesures dites incitatives à l'installation par les internes de médecine générale haut-normands [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2013.

107.190403-Résultats-de-lenquête-CESP-de-IISNAR-IMG..pdf [Internet]. [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/190403-R%C3%A9sultats-de-lenqu%C3%AAte-CESP-de-IISNAR-IMG..pdf>

108.Laforêt C. Impact des différentes mesures incitatives sur le choix du lieu d'installation. Étude auprès des médecins généralistes installés en zones sous-dotées et des médecins généralistes remplaçants en Limousin [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Limoges; 2018. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-103018>

109.Brabant B. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot; 2013. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4408_Brabant_Influence_des_aides_incitatives_sur_l_installation_de_medecins_generalistes_en_zones_sous-dotees.pdf

110.Donnio J. Les déterminants du temps de travail des médecins généralistes en Savoie [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble; 2019.

111.Le Feuvre N, Lapeyre N. L'analyse de l'articulation des temps de vie au sein de la profession médicale en France : révélateur ou miroir grossissant des spécificités sexuées ? *Enfances Fam Gener*. janv 2013;18(1):72-93.

112.Picquendar G. Burnout des médecins généralistes hauts-normands : prévalence et facteurs associés [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2016.

113.McMurray JE, Heiligers PJM, Shugerman RP, Douglas JA, Gangnon RE, Voss C, et al. Part-time medical practice: Where is it headed? *Am J Med*. 1 janv 2005;118(1):87-92.

114.Barber S, Brettell R, Perera-Salazar R, Greenhalgh T, Harrington R. UK medical students' attitudes towards their future careers and general practice: a cross-sectional survey and qualitative analysis of an Oxford cohort. *BMC Med Educ*. 4 juill 2018;18(1):160.

115.Fédération des Maisons et Pôles de Santé en Île-de-France. FémasiF. [cité 4 juill 2023]. Maison de santé : quels financements ? Disponible sur: <https://www.femasif.fr/maison-de-sante-financements/>

116.Khanchouche H. Téléconsultation en médecine générale: le ressenti des médecins. :142.

117.Fornay L, Papillon E. Évaluation de l'utilisation de la téléexpertise chez les médecins libéraux et hospitaliers dans le territoire du GHT Léman-Mont Blanc. :90.

118.Lucas-Gabrielli V, Sourty-Le Guellec MJ. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). *CREDES*. avr 2004;(81).

VII. Annexe

1. Mail d'inclusion

Invitation à participer à un questionnaire

Bonjour Docteur {LASTNAME},

Je suis interne en 4ème semestre de Médecine générale à Rouen. Je reprends la thèse d'Élodie FAGET qui a été suivi par les thèses de Jérôme ECHASSERIEAU et de Florent MAZÉ.

Pour rappel, il s'agit d'une thèse du Département de Médecine Générale de suivi d'une cohorte de jeunes médecins qui ont débuté leur troisième cycle d'étude de Médecine (Internat) en 2012. L'objectif de cette thèse est de mettre en évidence les facteurs influençant le parcours professionnel des jeunes médecins généralistes. Elle s'inscrit dans la poursuite d'un travail déjà débuté en Champagne-Ardenne, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Île-de-France, Auvergne et Haute Normandie.

Les trois thèses précédentes avaient eu un excellent taux de réponse de plus de 85% !

L'évolution qu'il y a pu avoir dans votre vie professionnelle est importante, d'autant plus que ces années sont riches de changements pour nous tous. Votre réponse nous sera nécessaire, quel que soit votre activité actuelle (absence de changement d'activité ; changement de profession, de spécialité, de région etc.)

Pour information, cette cohorte a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL, les données recueillies seront anonymisées et sauvegardées sur un serveur sécurisé à la faculté de Rouen. En acceptant de répondre, vous consentez au traitement de vos données pour cette thèse.

Voici le lien pour accéder au questionnaire : {SURVEYURL}

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Je reste à votre disposition pour toute question ou information complémentaire.

Bien cordialement,

Marlène CLUIZEL

Interne en Médecine générale

2. Questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Marlène Cluizel, je suis interne en médecine générale à l'université de Rouen.

Je réalise ma thèse avec le Département de médecine générale. Il s'agit d'un suivi d'une cohorte constitué par les jeunes médecins ayant commencé leur internat en novembre 2012.

L'objectif de cette thèse est de mettre en évidence les **facteurs influençant le parcours professionnel des jeunes médecins généralistes**. Elle s'inscrit dans la suite d'un travail déjà débuté en Champagne-Ardenne, Provence-Alpes-Côte-D'azur, Île-de-France, Auvergne et Haute Normandie en 2012.

Nous vous remercions de participer à ce suivi sur plusieurs années.

En 2015, lors de votre dernière année d'internat, puis lors des deux questionnaires suivants en 2017 et 2020, vous avez accepté de participer à ce suivi de cohorte et consenti au traitement de vos données personnelles à cette fin. Les réponses que vous fournirez dans ce questionnaire seront également traitées sur la base de votre consentement

Toutes ces données sont **confidentielles, anonymisées et protégées** (sur un serveur crypté). Elles seront utilisées uniquement à titre professionnel pour la réalisation de thèses ainsi que pour des publications.

Vos données sont conservées sous la responsabilité de mon directeur de thèse, le Dr Julien BOUDIER, qui autorise l'accès à ces données aux seuls médecins qui effectueront le suivi de cette cohorte dans le cadre de travaux de thèse.

La base de données constituée sera conservée pendant 10 ans pour le suivi de la cohorte.

Aucune information directement identifiante vous concernant ne figurera dans la thèse produite. Vous disposez de droits sur vos données, vous pouvez ainsi :

- Demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant,
- Demander la rectification ou l'effacement de ces données,
- Demander à retirer votre consentement à tout moment sans porter atteinte à la licéité du traitement effectué avant le retrait. Vous pouvez ainsi demander à ne plus être contacté dans le cadre du suivi de cette cohorte,
- Demander la portabilité de vos données,
- Définir des directives relatives au sort des données après votre mort.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données (DPO) de l'Université de Rouen qui peut être contacté :

- par mail à l'adresse dpo@univ-rouen.fr
- par courrier à l'adresse :

Délégué à la protection des données,
Direction des affaires juridiques et statutaires,
Université de Rouen Normandie,
1 rue Thomas Becket,
76821 MONT SAINT AIGNAN.

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle. En France, cette autorité est la CNIL.

Le questionnaire dure environ 10-15 minutes.
Il y a 160 questions dans ce questionnaire

Identité

1. Merci d'indiquer votre nom

Veillez écrire votre réponse ici :
Les données seront anonymisées pour leur conservation et analyse

2. Merci d'indiquer votre prénom

Veillez écrire votre réponse ici :
Les données seront anonymisées pour leur conservation et analyse

3. Quelle est votre année de naissance ?

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :
Noter les 4 chiffres (par exemple : 2016, 1990,...)

Coordonnées

4. Quel est votre numéro de téléphone portable ?

Veillez écrire votre réponse ici :
Exemple : 0612457836

5. Sur quelle adresse mail voulez-vous être contacté par la suite ?

Veillez écrire votre réponse ici :

6. Il s'agit d'un suivi sur dix ans, pendant lesquels des pertes de contact sont possibles pour de multiples raisons différentes.

C'est pourquoi nous vous demandons, si vous êtes d'accord, les coordonnées d'une seconde personne pour vous joindre.

Ces informations sont totalement confidentielles et nous garantissons qu'elles ne seront pas utilisées lors du traitement des réponses au questionnaire.

(Question optionnelle)

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :
Quel est ce tiers par rapport à vous ?
Quel est son numéro de téléphone portable ?
Quelle est son adresse mail ?

Situation familiale

7. Etes-vous :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Célibataire
- En concubinage
- Pacsé(e)
- Marié(e)
- Veuf(Veuve)

- Autre

8. Quelle est la profession de votre conjoint(e) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Marié(e)' ou 'Pacsé(e)' à la question '7 [C4]' (Etes-vous ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Médecin
- Interne
- Étudiant en médecine
- Étudiant (hors médecine)
- Agriculteur, Exploitant
- Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise
- Cadre, Profession intellectuelle supérieure (hors médecin)
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Sans activité professionnelle
- Autre

9. Si votre conjoint(e) est médecin ou interne, quelle est sa spécialité ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Médecin' ou 'Interne' à la question '8 [C5]' (Quelle est la profession de votre conjoint(e) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Anatomie et cytologie pathologiques
- Anesthésie-Réanimation
- Biologie médicale
- Cardiologie et maladies vasculaires
- Chirurgie de la face et du cou
- Chirurgie infantile
- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- Chirurgie orthopédique et traumatologie
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie viscérale et digestive
- Dermatologie et vénéréologie
- Oncologie
- Gastro-entérologie et hépatologie
- Génétique médicale
- Gynécologie médicale
- Gynécologie-Obstétrique

- Hématologie
- Médecine interne
- Médecine du travail
- Médecine générale
- Médecine nucléaire
- Médecine physique et de réadaptation
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiodiagnostic et imagerie médicale
- Rhumatologie
- Santé publique et médecine sociale

Spécialités reconnues par le CNG et organisées par ordre alphabétique

10. Avez-vous des enfants à charge ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

11. Combien d'enfants à charge avez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '10 [C7]' (Avez-vous des enfants à charge ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 et plus

Logement

12. Où habitez-vous ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 5 000 habitants)
- En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2 000 et 5 000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2 000 habitants)

13. Dans quelle ville habitez-vous ?

Veillez écrire votre réponse ici :

14. Quel est le code postal ?

Veillez écrire votre réponse ici :

15. Habitez-vous :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Seul(e)
- Chez vos parents
- Avec votre conjoint(e) et/ou vos enfants
- En colocation
- Autre

16. Concernant votre logement, êtes-vous :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Propriétaire
- Locataire
- Hébergé(e) à titre gratuit
- Autre

Questionnaire d'inclusion

17. Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si vous ne vous en souvenez plus, l'information vous a été indiquée dans le mail que je vous ai envoyé.

Groupe 1 : vous n'y avez pas répondu

Groupe 2 et 3 : vous y avez déjà répondu

18. Où avez-vous vécu la majeure partie de votre enfance et adolescence ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17

[k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 5 000 habitants)
- En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2 000 et 5 000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2 000 habitants)

19. Quelle est (était) la profession de votre père ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17

[k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Médecin

- Agriculteur, exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure (hors médecin)
- Employé
- Ouvrier
- Sans activité professionnelle
- Non connu

20. Si votre père est (était) médecin, quelle est (était) sa spécialité ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Médecin' à la question '19 [K3ProfessionPere]' (Quelle est (était) la profession de votre père ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Anatomie et cytologie pathologiques
- Anesthésie-Réanimation
- Biologie médicale
- Cardiologie et maladies vasculaires
- Chirurgie de la face et du cou
- Chirurgie infantile
- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- Chirurgie orthopédique et traumatologie
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie viscérale et digestive
- Dermatologie et vénérologie
- Gastro-entérologie et hépatologie
- Génétique médicale
- Gynécologie médicale
- Gynécologie-Obstétrique
- Hématologie
- Médecine interne
- Médecine du travail
- Médecine générale
- Médecine nucléaire
- Médecine physique et de réadaptation
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiodiagnostic et imagerie médicale
- Rhumatologie
- Santé publique et médecine sociale

Spécialités reconnues par le CNG et organisées par ordre alphabétique

21. Quelle est (était) la profession de votre mère ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Médecin
- Agricultrice, exploitante
- Artisan, commerçante, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure (hors médecin)
- Profession intermédiaire
- Employée
- Ouvrière
- Sans activité professionnelle
- Non connu

22. Si votre mère est (était) médecin, quelle est (était) sa spécialité ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Médecin' à la question '21 [K4ProfessionMere]' (Quelle est (était) la profession de votre mère ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Anatomie et cytologie pathologiques
- Anesthésie-Réanimation
- Biologie médicale
- Cardiologie et maladies vasculaires
- Chirurgie de la face et du cou
- Chirurgie infantile
- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- Chirurgie orthopédique et traumatologie
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie viscérale et digestive
- Dermatologie et vénérologie
- Gastro-entérologie et hépatologie
- Génétique médicale
- Gynécologie médicale
- Gynécologie-Obstétrique
- Hématologie
- Médecine interne
- Médecine du travail
- Médecine générale
- Médecine nucléaire

- Médecine physique et de réadaptation
 - Néphrologie
 - Neurochirurgie
 - Neurologie
 - Oncologie
 - Ophtalmologie
 - Oto-rhino-laryngologie
 - Pédiatrie
 - Pneumologie
 - Psychiatrie
 - Radiodiagnostic et imagerie médicale
 - Rhumatologie
 - Santé publique et médecine sociale
- Spécialités reconnues par le CNG et organisées par ordre alphabétique

23. En quelle année avez-vous obtenu votre baccalauréat ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

24. Concernant votre baccalauréat, quelle série avez-vous passé ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Scientifique (S)
- Littéraire (L)
- Economique et Social (ES)
- Autre

25. Concernant votre baccalauréat, quelle mention avez-vous obtenue ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucune
- Assez bien
- Bien
- Très bien

26. Avez-vous entrepris d'autres études supérieures avant de débiter vos études de médecine ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

27. Lesquelles ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '26 [K8Autresetudes]' (Avez-vous entrepris d'autres études supérieures avant de débiter vos études de médecine ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

28. Jusqu'où êtes-vous allé(e) dans ce(s) cursus avant de débiter vos études médicales ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '26 [K8Autresetudes]' (Avez-vous entrepris d'autres études supérieures avant de débiter vos études de médecine ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Licence = 3 ans
- Master = 5 ans
- Doctorat = 8 ans
- Autre

29. Souhaitiez-vous devenir médecin généraliste dès votre entrée à la faculté de médecine ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

30. En quelle année êtes-vous entré(e) en première année du premier cycle des études médicales (PCEM1) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

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

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois

32. Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre PCEM 1 ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Amiens
- Angers
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermont-Ferrand
- Dijon
- Grenoble
- Guadeloupe
- La Réunion
- Lille 2
- Université Catholique de Lille
- Limoges
- Lyon-Est
- Lyon-Oullins
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris V - Descartes
- Paris VI - Pierre et Marie Curie
- Paris VII - Diderot
- Paris XI - Le Kremlin Bicêtre
- Paris XII - Créteil
- Paris XIII - Bobigny
- Paris - IDF Ouest-Montigny le Bretonneux
- Poitiers
- Reims

- Rennes
- Rouen
- Saint-Etienne
- Strasbourg
- Toulouse Purpan
- Toulouse Ranguéil
- Tours
- Autre

33. Dans quelle faculté avez-vous réalisé la majorité de votre deuxième cycle des études médicales (DCEM) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Amiens
- Angers
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermont-Ferrand
- Dijon
- Grenoble
- Guadeloupe
- La Réunion
- Lille 2
- Université Catholique de Lille
- Limoges
- Lyon-Est
- Lyon-Oullins
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris V - Descartes
- Paris VI - Pierre et Marie Curie
- Paris VII - Diderot
- Paris XI - Le Kremlin Bicêtre
- Paris XII - Créteil
- Paris XIII - Bobigny
- Paris - IDF Ouest-Montigny le Bretonneux
- Poitiers
- Reims
- Rennes
- Rouen
- Saint-Etienne
- Strasbourg
- Toulouse Purpan

- Toulouse Rangueil
- Tours
- Autre

34. Avez-vous eu des médecins généralistes comme enseignants dans les cours théoriques en DCEM ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne sait pas

35. Avez-vous fait un stage de médecine générale pendant votre DCEM ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

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

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- 1 fois
- 2 fois
- Autre

37. Aux ECN, la médecine générale était :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Votre 1er choix
- Votre 2ème choix
- Votre 3ème choix ou plus

38. Quel était votre premier choix de spécialité que vous visiez aux ECN

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Votre 2ème choix ' ou 'Votre 3ème choix ou plus ' à la question '37

[K17premierchoixECN]' (Aux ECN, la médecine générale était :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Anatomie et cytologie pathologiques
- Anesthésie-Réanimation
- Biologie médicale
- Cardiologie et maladies vasculaires
- Chirurgie de la face et du cou
- Chirurgie infantile
- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- Chirurgie orthopédique et traumatologie
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie viscérale et digestive
- Dermatologie et vénéréologie
- Gastro-entérologie et hépatologie
- Génétique médicale
- Gynécologie médicale
- Gynécologie-Obstétrique
- Hématologie
- Médecine interne
- Médecine du travail
- Médecine générale
- Médecine nucléaire
- Médecine physique et de réadaptation
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiodiagnostic et imagerie médicale
- Rhumatologie
- Santé publique et médecine sociale
- Autre

39. Quel était votre deuxième choix de spécialité que vous visiez aux ECN

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Votre 3ème choix ou plus ' à la question '37 [K17premierchoixECN]' (Aux ECN, la médecine générale était :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Anatomie et cytologie pathologiques
- Anesthésie-Réanimation
- Biologie médicale
- Cardiologie et maladies vasculaires
- Chirurgie de la face et du cou
- Chirurgie infantile
- Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
- Chirurgie orthopédique et traumatologie
- Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
- Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- Chirurgie urologique
- Chirurgie vasculaire
- Chirurgie viscérale et digestive
- Dermatologie et vénérologie
- Gastro-entérologie et hépatologie
- Génétique médicale
- Gynécologie médicale
- Gynécologie-Obstétrique
- Hématologie
- Médecine interne
- Médecine du travail
- Médecine générale
- Médecine nucléaire
- Médecine physique et de réadaptation
- Néphrologie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Radiodiagnostic et imagerie médicale
- Rhumatologie
- Santé publique et médecine sociale
- Autre

40. Pourquoi avez-vous effectué votre internat en Haute-Normandie ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- C'est votre région d'origine
- Pour y suivre votre conjoint
- Vous y avez de la famille ou des amis
- Vous aviez envie de découvrir la région

- Pour y faire de la recherche
- Pour la qualité de la formation
- Par défaut (classement ECN insuffisant)
- Vous y avez un projet d'installation
- Vous êtes propriétaire en Haute-Normandie
- Autre:

41. Lors de quel semestre avez-vous effectué votre stage chez le praticien de niveau 1 ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1er semestre
- 2ème semestre
- 3ème semestre
- 4ème semestre
- 5ème semestre
- 6ème semestre

42. Où avez-vous effectué votre stage chez le praticien de niveau 1 ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

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

43. Dans quel(s) département(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Seine Maritime
- Eure
- Autre:

44. Avez vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17

[k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

45. En quel semestre avez-vous effectué votre SASPAS ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '44 [K22SASPAS]' (Avez vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- 5ème semestre
- 6ème semestre
- Autre

46. Votre SASPAS a été réalisé :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '44 [K22SASPAS]' (Avez vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Complètement en médecine générale
- Partiellement en médecine générale (un praticien avait une autre activité)

47. Etes-vous retourné(e) dans le(s) même(s) cabinet(s) que lors de votre stage chez le praticien de niveau 1 ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '44 [K22SASPAS]' (Avez vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

48. Où avez vous effectué votre SASPAS ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '44 [K22SASPAS]' (Avez vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (plus de 5000 habitants)
- En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2 000 et 5 000 habitants)

- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2 000 habitants)

49. Pouvez-vous indiquer le nom et code postal des communes dans lesquelles vous avez effectué votre SASPAS ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '44 [K22SASPAS]' (Avez vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- 1er cabinet :
- 2ème cabinet :
- 3ème cabinet :

50. Durant votre internat, avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement une formation complémentaire type DESC ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

51. Lequel ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '50 [K23DESC]' (Durant votre internat, avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement une formation complémentaire type DESC ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Andrologie - type I
- Cancérologie - type I
- Hémo-transfusion - type I
- Maladies infectieuses - type I
- Médecine du sport - type I
- Médecine d'urgence - type I
- Médecine vasculaire - type I
- Nutrition - type I
- Pharmacologie - type I
- Douleurs et soins palliatifs - type I
- Gériatrie - type II

52. Durant votre internat, avez-vous effectué des remplacements en médecine générale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17

[k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

53. Où avez-vous effectué ces remplacements ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '52 [K24RemplInternat]' (Durant votre internat, avez-vous effectué des remplacements en médecine générale ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (plus de 5000 habitants)
- En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

54. Quelle quantité de remplacements avez-vous effectuée durant votre internat ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '52 [K24RemplInternat]' (Durant votre internat, avez-vous effectué des remplacements en médecine générale ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 5 semaines
- De 5 à 10 semaines
- Plus de 10 semaines

55. Avez-vous adhéré à un syndicat durant votre internat ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

56. A quel syndicat avez-vous adhéré ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '55 [K25Syndicat]' (Avez-vous adhéré à un syndicat durant votre internat ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- SIREHN-IMG / ISNAR-IMG (Rouen)

- ISNI
- Autre:

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

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Non' à la question '17 [k1particip1erquest]' (Avez-vous répondu au premier questionnaire il y a 6 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

58. La/lesquelles ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '57 [K26Aide]' (Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs aides financières au cours de vos études ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Bourse étudiante CROUS
- Allocation mensuelle en contrepartie d'un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)
- Bourse aux étudiants de 3ème cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire, par le Conseil Régional de Haute Normandie
- Allocation transport par la région
- Allocation transport par le CHU
- Autre:

59. A quel moment avez-vous signé le Contrat d'Engagement de Service Public ? (CESP)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était à la question '58 [K26aQuellesAides]' (La/lesquelles ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Avant l'internat
- Pendant l'internat
- Autre

Troisième Cycle des Etudes Médicales

60. Étiez-vous encore Interne en Mars 2020 (date du dernier questionnaire) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

61. Avez-vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '60 [E0]' (Étiez-vous encore Interne en Mars 2020 (date du dernier questionnaire) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

62. En quel semestre avez-vous effectué votre SASPAS ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '61 [E0f1SASPAS]' (Avez-vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- 5ème semestre
- 6ème semestre
- Autre

63. Votre SASPAS a été réalisé :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '61 [E0f1SASPAS]' (Avez-vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Complètement en médecine générale
- Partiellement en médecine générale (un praticien avait une autre activité)

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

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '61 [E0f1SASPAS]' (Avez-vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

65. Où avez-vous effectué votre SASPAS ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '61 [E0f1SASPAS]' (Avez-vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (plus de 5000 habitants)
- En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2 000 et 5 000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2 000 habitants)

66. Pouvez-vous indiquer le nom et code postal des communes dans lesquelles vous avez effectué votre SASPAS ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '61 [E0f1SASPAS]' (Avez-vous effectué un SASPAS (stage chez le praticien de niveau 2) ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- 1er cabinet :
- 2ème cabinet :
- 3ème cabinet :

67. Durant votre internat, avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement une formation complémentaire type DESC ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '60 [E0]' (Étiez-vous encore Interne en Mars 2020 (date du dernier questionnaire) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

68. Lequel ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '67 [E0b]' (Durant votre internat, avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement une formation complémentaire type DESC ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Andrologie - type I
- Cancérologie - type I
- Hémotransfusion - type I
- Maladies infectieuses - type I
- Médecine du sport - type I
- Médecine d'urgence - type I
- Médecine vasculaire - type I
- Nutrition - type I
- Pharmacologie - type I
- Douleur et soins palliatifs - type I
- Gériatrie - type II
- Autre

69. Durant votre internat, avez-vous effectué des remplacements en médecine générale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '60 [E0]' (Étiez-vous encore Interne en Mars 2020 (date du dernier questionnaire) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

70. Où avez-vous effectué ces remplacements ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '69 [E0c]' (Durant votre internat, avez-vous effectué des remplacements en médecine générale ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 5 000 habitants)
- En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2 000 et 5 000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2 000 habitants)

71. Quelle quantité de remplacements avez-vous effectuée durant votre internat ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '69 [E0c]' (Durant votre internat, avez-vous effectué des remplacements en médecine générale ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 5 semaines
- De 5 à 10 semaines
- Plus de 10 semaines

72. Avez-vous adhéré à un syndicat durant votre internat ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '60 [E0]' (Étiez-vous encore Interne en Mars 2020 (date du dernier questionnaire) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

73. A quel syndicat avez-vous adhéré ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '72 [E0d]'

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

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- SIREHN-IMG / ISNAR-IMG (Rouen)
- ISNI
- Autre:

74. Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs aides financières au cours de votre internat ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '60 [E0]' (Étiez-vous encore Interne en Mars 2020 (date du dernier questionnaire) ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

75. La/lesquelles ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '74 [E0e]' (Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs aides financières au cours de votre internat ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Bourse étudiante CROUS
- Allocation mensuelle en contrepartie d'un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)
- Bourse aux étudiants de 3ème cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire, par le Conseil Régional de Haute Normandie
- Allocation transport par la région
- Allocation transport par le CHU
- Autre:

76. A quel moment avez-vous signé le Contrat d'Engagement de Service Public ? (CESP)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Allocation mensuelle en contrepartie d'un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)' à la question '75 [E0e0Lesquelles]' (La/lesquelles ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Avant l'internat
- Pendant l'internat
- Autre

77. Avez-vous soutenu votre thèse ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

78. A quelle date ? (Mois + Année)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '77 [E1]' (Avez-vous soutenu votre thèse ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

Exemple : Septembre 2021

Pratique médicale actuelle

79. Y a-t-il eu des changements concernant votre activité depuis mars 2020 ? (date du dernier questionnaire)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Si vous n'aviez pas répondu au questionnaire de 2020 (= **groupe 3** (indiqué dans le mail qui vous a été envoyé avec ce questionnaire)), et qu'il y a eu des changements depuis le dernier questionnaire auquel vous avez participé, répondez "oui".

Si vous n'avez encore jamais répondu à un questionnaire (= **groupe 1** (indiqué dans le mail qui vous a été envoyé avec ce questionnaire)), répondez "oui".

80. Quelle est votre pratique médicale actuelle ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '79 [F0]' (Y a-t-il eu des changements concernant votre activité depuis mars 2020 ? (date du dernier questionnaire))

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)
- Pratique exclusive d'une autre activité (ex : médecine hospitalière, médecine du sport, angiologue, PMI, médecine scolaire, urgentiste, acupuncture, médecine humanitaire...)
- Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)
- Je suis encore interne
- Autre

81. Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '80 [F1]' (Quelle est votre pratique médicale actuelle ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Remplaçant(e)
- Collaborateur(e)
- Installé(e)
- Autre:

82. Sous quel(s) mode(s) de rémunération exercez-vous la médecine générale en tant que remplaçant(e) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Remplaçant(e)' à la question '81 [FA1]' (Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Libéral
- Salarié

83. Sous quel(s) mode(s) de rémunération exercez-vous la médecine générale en tant que collaborateur(-trice) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Collaborateur(e)' à la question '81 [FA1]' (Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Libéral
- Salarié

84. Sous quel(s) mode(s) de rémunération exercez-vous la médecine générale en tant que "installé(e)" ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Installé(e)' à la question '81 [FA1]' (Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Libéral
- Salarié

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

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' ou 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' à la question '80 [F1]' (Quelle est votre pratique médicale actuelle ?) Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 5 000 habitants)
- En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2 000 et 5 000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2 000 habitants)

86. Dans quel(s) département(s) avez-vous exercé la médecine générale depuis mars 2020 en tant que remplaçant(e) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Remplaçant(e)' à la question '81 [FA1]' (Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?)

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- 1er département le plus fréquenté :
- 2ème département le plus fréquenté :
- 3ème département le plus fréquenté :
- 4ème département le plus fréquenté :
- 5ème département le plus fréquenté :

Notez le numéro du département.

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

Si besoin : <http://les-departements.fr/carte-des-departements.html>

87. Quels sont les noms et codes postaux des 3 villes dans lesquelles vous avez le plus exercé ces 12 derniers mois en tant que remplaçant(e) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Remplaçant(e)' à la question '81 [FA1]' (Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- 1ère ville :
- 2ème ville :
- 3ème ville :

Exemple : Rouen 76000

88. Quel est le code postal de la commune dans laquelle vous exercez, en tant

que "installé(e)" ou collaborateur(-trice) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Collaborateur(e)' ou 'Installé(e)' à la question '81 [FA1]' (Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

89. Quel est le nom de la commune dans laquelle vous exercez actuellement, en tant que "installé(e)" ou collaborateur(-trice) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Collaborateur(e)' ou 'Installé(e)' à la question '81 [FA1]' (Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

90. Dans quel type de structure exercez-vous la médecine générale?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '80 [F1]' (Quelle est votre pratique médicale actuelle ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Cabinet médical individuel
- Cabinet médical de groupe (= médecins uniquement)
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Centre de santé
- Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)
- Autre:

91. Concernant vos locaux professionnels, vous êtes :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Installé(e)' à la question '81 [FA1]' (Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre :'

- Locataire
- Propriétaire
- Autre

92. Avez vous bénéficié d'aide(s) à l'installation ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Installé(e)' à la question '81 [FA1]' (Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

93. Laquelle ou lesquelles ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '92 [FA6]' (Avez vous bénéficié d'aide(s) à l'installation ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Contrat de praticien territorial de médecine générale
- Aide des collectivités territoriales
- Accompagnement administratif à l'installation (ARS, CPAM)
- Aide des services fiscaux
- Autre:

94. Quel rôle ces aides ont pu jouer dans votre installation ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '92 [FA6]' (Avez vous bénéficié d'aide(s) à l'installation ?)

Veillez écrire votre réponse ici :

95. Avez-vous, depuis la fin de votre internat, pratiqué la médecine générale dans un cabinet dans lequel vous aviez effectué un stage durant vos études ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '80 [F1]' (Quelle est votre pratique médicale actuelle ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

96. Il s'agissait d'un (des) cabinet(s) où vous avez effectué votre (vos) :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '95 [FA9]'

(Avez-vous, depuis la fin de votre internat, pratiqué la médecine générale dans un cabinet dans lequel vous aviez effectué un stage durant vos études ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- SASPAS
- Stage médecine générale niveau 1
- Stage d'externe en médecine générale
- Autre:

97. Vous y avez travaillé ou y travaillez toujours en tant que :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '95 [FA9]'

(Avez-vous, depuis la fin de votre internat, pratiqué la médecine générale dans un cabinet dans lequel vous aviez effectué un stage durant vos études ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Remplaçant
- Collaborateur
- Installé
- Autre:

98. Sous quel statut l' (les) exercez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive d'une autre activité (ex : médecine hospitalière, médecine du sport, angiologue, PMI, médecine scolaire, urgentiste, acupuncture, médecine humanitaire...)' à la question '80 [F1]' (Quelle est votre pratique médicale actuelle ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Salarié
- Libéral - Médecin à Exercice Particulier (MEP)
- Bénévole
- Autre:

99. Quelle(s) est(sont) votre(vos) activité(s) salariée(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Salarié' à la question '98 [FB1]' (Sous quel statut l' (les) exercez-vous ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Poste hospitalier
- Poste de chef de clinique (CCU-MG)
- Poste en SSR ou en EHPAD

- Poste dans une clinique
- Poste en PMI
- Poste en médecine scolaire
- Post dans une autre collectivité territoriale (planning familial ...)
- Poste dans une ONG
- Poste en assurance maladie ou assurance privée
- Poste de chargé ou attaché d'enseignement
- Autre:

100. Quelle(s) est(sont) votre(vos) activité(s) libérale(s) ou MEP ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Libéral - Médecin à Exercice Particulier (MEP)' à la question '98 [FB1]' (Sous quel statut l' (les) exercez-vous ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Acupuncture
- Addictologie
- Allergologie
- Andrologie
- Angiologie
- Auriculothérapie
- Echographie
- Homéopathie
- Hypnose
- Médecine agréée
- Médecine aérospatiale
- Médecine de la douleur et médecine palliative
- Médecine du sport
- Médecine d'urgence (ex : SOS médecin)
- Médecine esthétique
- Médecine légale et expertises médicales
- Médecine physique
- Médecine thermale
- Mésothérapie
- Nutrition
- Ostéopathie
- Pathologie infectieuse et tropicale
- Phytothérapie
- Phoniatrie
- Sexologie
- Psychothérapie/TCC
- Autre:

101. Concernant vos autres activités, sous quel statut l' (les) exercez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités

médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '80 [F1]' (Quelle est votre pratique médicale actuelle ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Salarié
- Libéral - Médecin à Exercice Particulier (MEP)
- Bénévole
- Autre:

102. Quelle(s) est(sont) votre(vos) activité(s) salariée(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Salarié' à la question '101 [FC6]' (Concernant vos autres activités, sous quel statut l' (les) exercez-vous ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Poste hospitalier
- Poste de chef de clinique (CCU-MG)
- Poste en SSR ou en EHPAD
- Poste dans une clinique
- Poste en PMI
- Poste en médecine scolaire
- Post dans une autre collectivité territoriale (planning familial ...)
- Poste dans une ONG
- Poste en assurance maladie ou assurance privée
- Poste de chargé ou attaché d'enseignement
- Autre:

103. Quelle(s) est(sont) votre(vos) activité(s) libérale(s) ou MEP ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Libéral - Médecin à Exercice Particulier (MEP)' à la question '101 [FC6]' (Concernant vos autres activités, sous quel statut l' (les) exercez-vous ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Acupuncture
- Addictologie
- Allergologie
- Andrologie
- Angiologie
- Auriculothérapie
- Echographie
- Homéopathie
- Hypnose
- Médecine agréée
- Médecine aérospatiale

- Médecine de la douleur et médecine palliative
- Médecine du sport
- Médecine d'urgence (ex : SOS médecin)
- Médecine esthétique
- Médecine légale et expertises médicales
- Médecine physique
- Médecine thermique
- Mésothérapie
- Nutrition
- Ostéopathie
- Pathologie infectieuse et tropicale
- Phytothérapie
- Phoniatrie
- Sexologie
- Psychothérapie/TCC
- Autre:

104. En terme de temps de travail, quelle est la part moyenne de votre activité de Médecine Générale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '80 [F1]' (Quelle est votre pratique médicale actuelle ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- entre 0 et 10%
- entre 10 et 20%
- entre 20 et 30%
- entre 30 et 40%
- entre 40 et 50%
- entre 50 et 60%
- entre 60 et 70%
- entre 70 et 80%
- entre 80 et 90%
- entre 90 et 100%

105. Avez-vous une activité universitaire ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

106. Quelle(s) est(sont) elle(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '105 [F6]' (Avez-vous une activité universitaire ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Maître de stage universitaire

- Enseignant universitaire (chef de clinique, assistant universitaire, maître de conférence, professeur...)
- Vacataire (enseignant de GEP, tuteur...)
- Autre:

107. Êtes-vous adhérent à un syndicat ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

108. A quel syndicat adhérez-vous ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '107 [F2]' (Êtes-vous adhérent à un syndicat ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

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

109. Êtes-vous adhérent à des sociétés savantes ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

110. Laquelle ou lesquelles ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '109 [F4]' (Êtes-vous adhérent à des sociétés savantes ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Collège National de Médecine Générale (CNGE)
- Société Française de Médecine Générale (SFMG)
- Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG)
- Institut de Recherche en Médecine Générale (IRMG)
- French Association of Young Researchers in General Practice (FAYR-GP)
- Autre:

Pratique médicale envisagée dans l'avenir

111. Envisagez-vous de modifier votre activité ou vos modalités d'exercice dans les 10 ans ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non
- Ne sait pas

112. Quel type d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '111 [G11]' (Envisagez-vous de modifier votre activité ou vos modalités d'exercice dans les 10 ans ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

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

113. Sous quel(s) statut(s) envisageriez-vous d'exercer la médecine générale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '112 [G1]' (Quel type d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Remplaçant(e)
- Collaborateur(e)
- Installé(e)
- Autre:

114. Sous quel(s) mode(s) de rémunération envisagez-vous d'exercer la médecine générale en tant que remplaçant(e) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Remplaçant(e)' à la question '113 [GA1]' (Sous quel(s) statut(s) envisageriez-vous d'exercer la médecine générale ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Libéral
- Salarié
- Ne sait pas

115. Sous quel(s) mode(s) de rémunération envisagez-vous d'exercer la médecine générale en tant que collaborateur(-trice) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Collaborateur(e)' à la question '113 [GA1]' (Sous quel(s) statut(s) envisageriez-vous d'exercer la médecine générale ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Libéral
- Salarié
- Ne sait pas

116. Sous quel(s) mode(s) de rémunération envisagez-vous d'exercer la médecine générale en tant que "installé(e)" ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Installé(e)' à la question '113 [GA1]' (Sous quel(s) statut(s) envisageriez-vous d'exercer la médecine générale ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Libéral
- Salarié
- Ne sait pas

117. Dans quel(s) type(s) de structure envisageriez-vous d'exercer la médecine générale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '112 [G1]' (Quel type

d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Cabinet médical individuel
- Cabinet médical de groupe (= médecins uniquement)
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Centre de santé
- Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)
- Je ne sais pas
- Autre:

118. Où souhaiteriez-vous exercer la médecine générale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '112 [G1]' (Quel type d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Dans la région de votre internat
- Dans la région de votre externat (si elle est différente de celle de votre internat)
- Dans votre région de naissance (si elle est différente de celle de vos études de médecine)
- Dans la région qui offrira la meilleure opportunité
- Dans la région d'exercice de votre conjoint(e)
- Je ne sais pas encore
- Autre:

119. Dans quel département envisageriez-vous exercer la médecine générale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '112 [G1]' (Quel type d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- 1er choix :

- Éventuel 2ème choix :
- Éventuel 3ème choix :
- Je ne sais pas

Notez le numéro du département.

Si besoin : <http://les-departements.fr/carte-des-departements.html>

120. Dans quel(s) type(s) de commune(s) envisageriez-vous d'exercer la médecine générale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '112 [G1]' (Quel type d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 5 000 habitants)
- En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2 000 et 5 000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2 000 habitants)
- Je ne sais pas

121. Éventuellement, pourriez-vous déjà donner le nom et/ou le code postal de la commune dans laquelle vous souhaiteriez exercer la médecine générale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus)' ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '112 [G1]' (Quel type d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?)

Veuillez écrire votre réponse ici :

Exemple : Rouen 76000

Question non obligatoire

122. Envisageriez-vous de devenir Maître de Stage Universitaire (MSU) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive de la médecine générale (exercice en soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que

remplaçant ou installé, quel que soit le statut, activité universitaire inclus) ou 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '112 [G1]' (Quel type d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

123. Quel type d'activité ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '122 [GA7]' (Envisageriez-vous de devenir Maître de Stage Universitaire (MSU) ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Maître de stage universitaire
- Enseignant universitaire (chef de clinique, assistant universitaire, maître de conférence, professeur)
- Vacataire (enseignant de GEP, tuteur...)
- Je ne sais pas
- Autre:

124. Sous quel statut envisageriez-vous de l' (les) exercer ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Pratique exclusive d'une autre activité (ex : médecine hospitalière, médecine du sport, angiologue, PMI, médecine scolaire, urgentiste, acupuncture, médecine humanitaire...)' à la question '112 [G1]' (Quel type d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Salarié
- Libéral - Médecin à Exercice Particulier (MEP)
- Bénévole
- Autre:

125. Quelle(s) serai(en)t votre(vos) activité(s) salariée(s) envisagée(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Salarié' à la question '124 [GB1]' (Sous quel statut envisageriez-vous de l' (les) exercer ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Poste hospitalier
- Poste de chef de clinique (CCU-MG)
- Poste en SSR ou en EHPAD

- Poste dans une clinique
- Poste en PMI
- Poste en médecine scolaire
- Post dans une autre collectivité territoriale (planning familial ...)
- Poste dans une ONG
- Poste en assurance maladie ou assurance privée
- Poste de chargé ou attaché d'enseignement
- Je ne sais pas
- Autre:

126. Quelle(s) serai(en)t votre(vos) activité(s) libérale(s) ou MEP envisagée(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Libéral - Médecin à Exercice Particulier (MEP)' à la question '124 [GB1]' (Sous quel statut envisageriez-vous de l' (les) exercer ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Acupuncture
- Addictologie
- Allergologie
- Andrologie
- Angiologie
- Auriculothérapie
- Echographie
- Homéopathie
- Hypnose
- Médecine agréée
- Médecine aérospatiale
- Médecine de la douleur et médecine palliative
- Médecine du sport
- Médecine d'urgence (ex : SOS médecin)
- Médecine esthétique
- Médecine légale et expertises médicales
- Médecine physique
- Médecine thermale
- Mésothérapie
- Nutrition
- Ostéopathie
- Pathologie infectieuse et tropicale
- Phytothérapie
- Phoniatrie
- Sexologie
- Psychothérapie/TCC
- Autre:

127. Concernant l' (les) autre(s) activité(s), sous quel statut envisageriez-vous de l' (les) exercer ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités médicales ou non, HORS activité universitaire)' à la question '112 [G1]' (Quel type d'activité professionnelle envisageriez-vous d'exercer ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Salarié
- Libéral - Médecin à Exercice Particulier (MEP)
- Bénévole
- Autre:

128. Quelle(s) serai(en)t votre(vos) activité(s) salariée(s) envisagée(s)?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Salarié' à la question '127 [GC8]' (Concernant l'(les) autre(s) activité(s), sous quel statut envisageriez-vous de l' (les) exercer ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Poste hospitalier
- Poste de chef de clinique (CCU-MG)
- Poste en SSR ou en EHPAD
- Poste dans une clinique
- Poste en PMI
- Poste en médecine scolaire
- Post dans une autre collectivité territoriale (planning familial ...)
- Poste dans une ONG
- Poste en assurance maladie ou assurance privée
- Poste de chargé ou attaché d'enseignement
- Je ne sais pas
- Autre:

129. Quelle(s) serai(en)t votre(vos) activité(s) libérale(s) ou MEP envisagée(s) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Libéral - Médecin à Exercice Particulier (MEP)' à la question '127 [GC8]' (Concernant l'(les) autre(s) activité(s), sous quel statut envisageriez-vous de l' (les) exercer ?)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Acupuncture
- Addictologie
- Allergologie
- Andrologie
- Angiologie
- Auriculothérapie
- Echographie

- Homéopathie
- Hypnose
- Médecine agréée
- Médecine aérospatiale
- Médecine de la douleur et médecine palliative
- Médecine du sport
- Médecine d'urgence (ex : SOS médecin)
- Médecine esthétique
- Médecine légale et expertises médicales
- Médecine physique
- Médecine thermique
- Mésothérapie
- Nutrition
- Ostéopathie
- Pathologie infectieuse et tropicale
- Phytothérapie
- Phoniatrie
- Sexologie
- Psychothérapie/TCC
- Autre:

Nouvelles modalités de pratique médicale

130. Dans votre cabinet, avez-vous :

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Infirmier(ère) en pratique avancée (IPA) libérale
- Assistant(e) médical(e)
- Téléconsultation
- Téléeexpertise
- Aucun

131. Depuis combien de temps avez-vous un(e) IPA ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Infirmier(ère) en pratique avancée (IPA) libérale' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Moins de 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- Entre 1 et 2 ans
- Plus de 2 ans
- Autre

132. En êtes-vous satisfait(e) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Infirmier(ère) en pratique

avancée (IPA) libérale ' à la question '130 [J1]'
(Dans votre cabinet, avez-vous :)
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

133. Pourquoi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Infirmier(ère) en pratique avancée (IPA) libérale ' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veuillez écrire votre réponse ici :

134. Savez-vous quelle est la fonction des Infirmiers(ères) en Pratique Avancée (IPA) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était pas 'Infirmier(ère) en pratique avancée (IPA) libérale ' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

135. Depuis combien de temps avez-vous une collaboration avec un(e) assistant(e) médical(e) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Assistant(e) médical(e) ' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre ' :

- Moins de 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- Entre 1 et 2 ans
- Plus de 2 ans
- Autre

136. Combien de temps par semaine est-il(elle) présent(e) ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Assistant(e) médical(e) ' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre ' :

- Une demi-journée
- 1 jour
- 2 jours
- 3 jours
- 4 jours
- 5 jours
- 6 jours
- 7 jours
- Autre

137. Etes-vous satisfait(e) de cette collaboration ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Assistant(e) médical(e) ' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

138. Pourquoi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Assistant(e) médical(e) ' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veuillez écrire votre réponse ici :

139. Savez-vous quelle est la fonction des assistants médicaux ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était pas 'Assistant(e) médical(e) ' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

140. Réalisez-vous vos téléconsultations avec assistance du patient (par infirmière, pharmacien...)

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Téléconsultation' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre ' :

- Oui

- Non
- Parfois
- Autre

141. Depuis combien de temps utilisez-vous régulièrement la téléconsultation ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Téléconsultation' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Moins de 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- Entre 1 et 2 ans
- Plus de 2 ans
- Autre

142. Combien de créneaux de téléconsultation avez-vous par semaine ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Téléconsultation' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 20
- Plus de 20
- Autre

143. Etes-vous satisfait(e) de cette pratique médicale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Téléconsultation' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

144. Pourquoi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Téléconsultation' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez écrire votre réponse ici :

145. Savez-vous en quoi consiste la téléconsultation ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était pas 'Téléconsultation' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

146. Depuis combien de temps utilisez-vous régulièrement la téléexpertise ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Téléexpertise' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Moins de 6 mois
- Entre 6 et 12 mois
- Entre 1 et 2 ans
- Plus de 2 ans
- Autre

147. A quelle fréquence utilisez vous la téléexpertise ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Téléexpertise' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Moins d'une fois par mois
- Une fois par mois
- Deux fois par mois
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine
- Autre

148. Etes-vous satisfait(e) de cette pratique médicale ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Téléexpertise' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

149. Pourquoi ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Téléexpertise' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez écrire votre réponse ici :

150. Savez-vous en quoi consiste la téléexpertise ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse n'était pas 'Téléexpertise' à la question '130 [J1]' (Dans votre cabinet, avez-vous :)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non pas du tout

151. Pensez-vous éventuellement changer votre organisation de travail dans les 10 prochaines années afin d'inclure une de ces pratiques ?

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Infirmier(ère) en pratique avancée (IPA) libérale
- Assistant(e) médical(e)
- Téléconsultation
- Téléexpertise
- Aucune
- Autre:

Ne pas cocher si vous avez déjà cette modalité de pratique professionnelle

Temps de travail

152. Combien d'heures avez-vous travaillé la semaine dernière ?

Veillez écrire votre réponse ici :

Si vous pensez que cette semaine n'est pas représentative de votre travail habituel, prenez une semaine ordinaire.

Comprend le temps au cabinet, en vacation, administratif, universitaire, gardes/astreintes, formation.

153. Sur une semaine type, quelles demi journées travaillez-vous ? (possibilité de préciser la fréquence : 1 lundi matin sur 2 ...)

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- Lundi matin
- Lundi après midi

- Mardi matin
- Mardi après midi
- Mercredi matin
- Mercredi après midi
- Jeudi matin
- Jeudi après midi
- Vendredi matin
- Vendredi après midi
- Samedi matin
- Samedi après midi
- Variable en fonction des remplacements
- Autre :

154. Réalisez-vous des gardes ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

155. A quelle fréquence ?

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :

La réponse était 'Oui' à la question '154 [I3]' (Réalisez-vous des gardes ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Au besoin, veuillez préciser le champ 'Autre' :

- Moins d'une tous les trois mois
- Une tous les trois mois
- Une tous les deux mois
- Une tous les mois
- Deux par mois
- Une par semaine
- Plus d'une par semaine
- Autre

156. En moyenne, combien de semaines de vacances prenez-vous par an ?

Veillez écrire votre réponse ici :

157. Êtes-vous satisfait de l'équilibre entre votre travail et votre vie personnelle ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Pas du tout satisfait(e)
- Plutôt insatisfait(e)
- Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)
- Plutôt satisfait(e)
- Totalement satisfait(e)

158. Souhaitez-vous modifier votre temps de travail dans les 2 prochaines années ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Non
- Oui, le réduire

- Oui, l'augmenter
- Je ne sais pas

Pour finir....

159.Souhaitez-vous être destinataire des emails d'information sur les résultats de l'étude ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

160.Merci d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

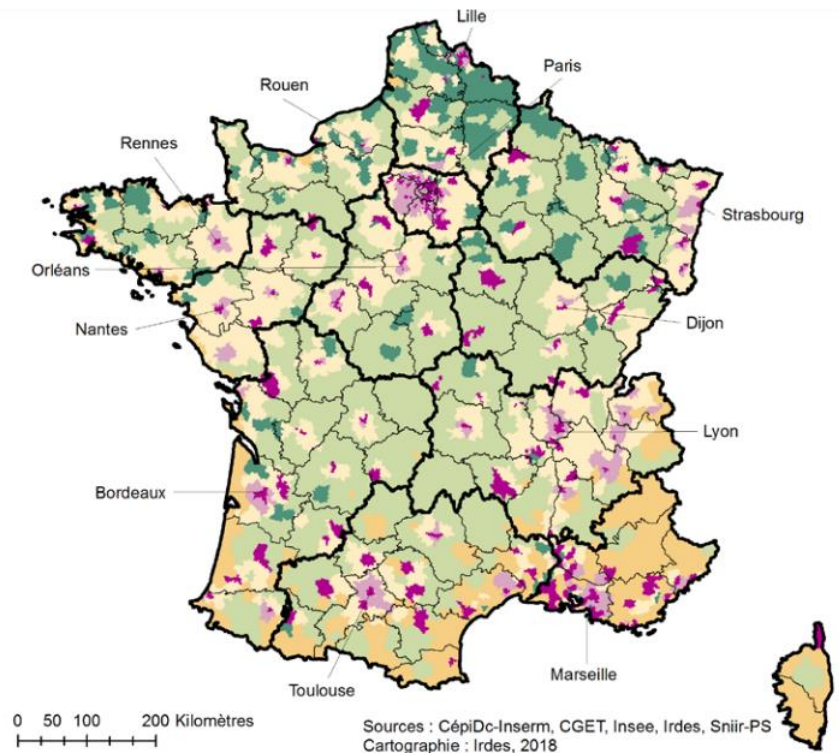
Vous pouvez éventuellement laisser un commentaire, si vous le souhaitez.

Veillez écrire votre réponse ici :

Nous vous remercions vivement pour votre participation à ce suivi de cohorte et du temps que vous y avez consacré.

Nous ne manquerons pas de vous tenir informé(e)s de ces résultats.

3. Typologie socio-sanitaire des territoires de vie français par l'IRDES



Légende

Types de territoires de vie

- Classe 1 : Espaces périurbains avec une moindre accessibilité aux soins
- Classe 2 : Marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles
- Classe 3 : Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins
- Classe 4 : Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires
- Classe 5 : Villes centres hétérogènes socio-économiquement, à l'offre de soins abondante
- Classe 6 : Villes et couronnes périurbaines favorisées

Définition des six groupes (20) :

Classe 1 : les espaces périurbains, avec une moindre accessibilité aux soins primaires (21,2 % de la population ; 27 % des territoires de vie). Ces espaces sont localisés dans la périphérie des grands pôles urbains, formant, selon la taille des agglomérations, l'unique couronne ou la deuxième couronne. Ils se caractérisent par la plus forte croissance de population depuis 2009, une population plutôt jeune, un taux d'emploi élevé, une légère surreprésentation des ouvriers et un état de santé dans la moyenne. L'APL aux différents professionnels de santé de premier recours y est inférieure à la moyenne métropolitaine, la densité de médecins généralistes libéraux y est la plus faible, et la distance aux établissements de santé (MCO, EHPAD, urgences, SSR) y est légèrement supérieure. Ces espaces sont aussi légèrement plus éloignés des pôles de services de proximité.

Classe 2 : les marges rurales, peu attractives et aux populations fragiles (13,2 % de la population ; 22,6 % des territoires de vie). Ces espaces sont à l'intérieur des terres, éloignés des grands pôles urbains et recouvrent pour une grande part les espaces ruraux de faible densité. Les populations de ces espaces sont davantage défavorisées avec une surreprésentation des personnes âgées et des ouvriers. De plus, le niveau d'éducation et la moyenne des revenus y sont les plus faibles, les indicateurs d'état de santé défavorables (mortalité prématurée et toutes causes élevées). L'APL aux soins de premier recours est globalement moins bonne que la moyenne et la plus faible pour les médecins généralistes libéraux, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et dentistes. La diminution de la densité de médecins généralistes libéraux depuis 2004 y est la plus prononcée ainsi que la part de médecins généralistes proches de la retraite. Ces espaces se caractérisent par un fort niveau d'enclavement : la distance aux établissements de santé (MCO, EHPAD, urgences, SSR) y est supérieure à la moyenne et la distance moyenne aux grands pôles urbains et pôles de services de proximité y est la plus forte. La part de logements vacants est également la plus élevée et la part de locaux connectés au très haut débit la plus faible. Enfin, la densité de population dans ces espaces est la plus faible avec, en moyenne, moins de 40 habitants par km².

Classe 3 : les espaces de tourisme et de retraite relativement bien dotés en offre de soins (7,4 % de la population et 11,1 % des territoires de vie). Ces espaces, principalement dans la moitié sud de la France, sont situés sur les littoraux français, ou dans les massifs alpins, corses et pyrénéens. La population de ces espaces se démarque par la prépondérance des personnes âgées, et pour les actifs, d'employés, avec un taux d'emploi inférieur à la moyenne. L'état de santé des populations est proche de la moyenne, voire meilleur, les mortalités évitable et toutes causes étant légèrement inférieures à la moyenne. L'APL aux médecins généralistes libéraux et infirmiers y est la plus forte et l'APL aux autres professionnels de santé y est plus élevée que la moyenne. La distance aux établissements MCO ou SSR est la plus importante et celle aux EHPAD et urgences est supérieure. Ces espaces sont attractifs pour la population : le solde migratoire est le plus élevé, la part de résidences secondaires la plus forte (un tiers des résidences), la distance aux littoraux la plus faible et la distance aux pôles de services de proximité inférieure à la moyenne. En revanche, l'écart entre la moyenne et la médiane est élevé pour la distance aux littoraux et aux pôles de services suggérant une grande hétérogénéité parmi les individus de cette classe.

Classe 4 : les espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économique et sanitaire (11% de la population et 10,3 % des territoires de vie). Ils sont principalement situés dans le nord-est de la France autour de villes petites et moyennes ou d'anciens bassins miniers fortement peuplés. Les populations se distinguent par, en moyenne, un état de santé plus défavorable concernant les

mortalités toutes causes, prématurée et évitable. La part de population fragile (personnes âgées vivant seules, familles monoparentales) est plus élevée, le niveau d'éducation plus faible et le taux d'emploi le plus bas. La proportion d'habitants en zone urbaine sensible (Zus) est de 13 %. L'APL aux médecins généralistes libéraux est légèrement supérieure, mais la diminution de la densité y est plus forte que la moyenne. Ces espaces sont moins attractifs avec un solde migratoire déficitaire malgré une plus grande proximité aux pôles urbains et services.

Classe 5 : les villes centres, hétérogènes socio-économiquement et à l'offre de soins abondante (29,3 % de la population et 12 % des territoires de vie). Elles correspondent pour la plupart au cœur des métropoles ou aux préfectures régionales et départementales. Leur population est très hétérogène : d'un côté, les proportions de populations fragiles (personnes âgées vivant seules, familles monoparentales) et d'employés y sont les plus fortes, et les revenus inférieurs à la moyenne ; d'un autre côté, la population est plus jeune et le niveau d'éducation légèrement supérieur. La part de population en Zus est la plus élevée avec 16 %. L'offre de soins y est abondante, en particulier en établissements de santé : MCO, SSR, EHPAD, urgences. L'APL aux différents professionnels de santé est supérieure à la moyenne. Ces espaces sont des lieux de centralité pour la plupart des pôles d'emplois et de services mais ont, en revanche, un solde migratoire déficitaire.

Classe 6 : les villes et couronnes périurbaines favorisées (17,6 % de la population et 13 % des territoires de vie). Elles correspondent aux banlieues des principales métropoles régionales ou à des villes favorisées. Les populations habitant dans ces espaces se démarquent par le meilleur état de santé, en moyenne, ainsi que par les niveaux d'éducation, de revenus et d'emploi les plus élevés. Les APL aux gynécologues, masseurs-kinésithérapeutes et dentistes y sont supérieures, les APL aux infirmières, pharmacies et médecins généralistes libéraux y sont légèrement en dessous de la moyenne. L'érosion de la densité de médecins y est la moins forte. La part de médecins de plus de 60 ans y est la plus faible et celle de femmes généralistes la plus élevée. Les distances aux établissements de santé y sont moindres. Ces espaces sont proches des grands pôles urbains et des pôles de services de proximité et le gain de population y est plus marqué.

VIII. Résumé

Introduction : La difficulté d'accès aux soins primaires, problématique d'actualité, l'est particulièrement en Haute-Normandie. La demande croissante de soins s'oppose à la diminution de densité des médecins généralistes. Les mesures prises contre cette désertification médicale demeurent insuffisantes. Comprendre les facteurs influençant les parcours professionnels des jeunes médecins est un prérequis indispensable pour l'amélioration et la répartition de l'offre de soins. Plusieurs cohortes régionales de jeunes médecins généralistes ont été créées dans cet objectif, dont celle de Haute-Normandie, sur laquelle porte notre travail.

Méthode : Cette étude épidémiologique quantitative est un suivi à 6 ans d'une cohorte de médecins généralistes issus des ECN 2012 et ayant réalisé leur internat en Haute-Normandie. Les données du questionnaire en ligne, recueillies entre février et mars 2022, ont fait l'objet d'analyses descriptives et univariées.

Résultats : Le taux de réponse était de 78%. Les médecins étaient majoritairement des femmes (66%), ayant en moyenne 36,2 ans, en couple (77%), parents (74%), propriétaires (83%) et résidant en zone urbaine (57%). Six ans après l'internat, la plupart exerçaient la médecine générale (85%), en étant installés (67%), en libéral (83%), en regroupement (91%), et en zone urbaine (51%). Si 28% des médecins envisageaient des changements dans leur activité d'ici dix ans, la tendance s'oriente vers une stabilisation. Des influences furent retrouvées entre l'activité médicale et : la profession du conjoint, le lieu de résidence, l'exercice salarié, la réalisation d'un SASPAS, d'un DESC ou de remplacements pendant l'internat. Le lieu d'exercice était lié au lieu de résidence et de stage de niveau 1, à la durée des remplacements pendant l'internat, au type d'exercice (salarié, regroupement) et à l'activité universitaire.

Conclusion : Ce travail a mis en lumière des facteurs influençant les choix professionnels de jeunes médecins généralistes, confirmant certains liens observés précédemment. La poursuite de ce travail permettra de confirmer les projections établies.

Mots clés : Médecine générale, Démographie médicale, Pratique professionnelle, Étude de cohorte, Parcours professionnel, Soins Primaires, Déserts médicaux.