



HAL
open science

Projet professionnel des jeunes médecins généralistes en Hauts-de-France et Normandie au regard de l'avenir de la médecine libérale

Nagui Chadli

► To cite this version:

Nagui Chadli. Projet professionnel des jeunes médecins généralistes en Hauts-de-France et Normandie au regard de l'avenir de la médecine libérale. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04808799

HAL Id: dumas-04808799

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04808799v1>

Submitted on 28 Nov 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



FACULTE DE MEDECINE d'AMIENS

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

Année 2024

Thèse n°2024-201

**THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Spécialité : Médecine Générale

**Projet professionnel des jeunes médecins généralistes en
Hauts-de-France et Normandie au regard de
l'avenir de la médecine libérale.**

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2024

Par Nagui CHADLI

Né le 01/10/1997 à Creil (60)

Président du jury : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Membres du jury : Monsieur le Docteur Manuel VINCENT

Monsieur le Docteur Sylvain CHAMOT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sébastien DELESCLUSE

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À mon Président du jury,

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN,

Ancien Doyen de l'UFR de Médecine d'Amiens (2014-2024)

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Néphrologie)

Pôle Digestif – Rénal – Infectieux – Médecine Interne et Endocrinologie (DRIME)

Chef de service de Néphrologie, Médecine Interne, Dialyse, Transplantation

Cher Professeur, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je tenais à vous remercier de juger mon travail mais aussi à vous remercier pour l'engagement que vous avez apporté à tous les étudiants durant toutes ces années et j'ai apprécié et été honoré d'accompagner mes futurs confrères et consœurs auprès de vous en tant qu'étudiant.

À mon jury,

Monsieur le Docteur Manuel VINCENT,

Maître de Conférence Associé au Département de Médecine Générale
Coordonnateur adjoint du DES de Médecine Générale
Médecin Généraliste à Corbie

Vous me faites un très grand honneur d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.
Un grand merci pour vos enseignements tout au long de notre internat ainsi que votre bienveillance. Vous avez été un exemple pour moi ce qui m'a motivé à apporter une petite pierre à l'édifice dans l'accompagnement des internes de Médecine Générale et pour leur formation.

Monsieur le Docteur Sylvain CHAMOT,

Praticien Hospitalo-Universitaire
Centre Régional de Pathologies Professionnelles et Environnementales des Hauts-de-France
CRPPE-HDF CHU Site Amiens Sud
Spécialiste en Médecine du travail

Mon cher Sylvain, merci d'avoir accepté de juger ce travail, je t'en suis très reconnaissant.
Nous partageons durant nos études de médecine, cette même passion pour l'associatif et pour l'accompagnement de nos pairs. Je te remercie également d'être toujours de bon conseil et te souhaite une belle continuation dans la poursuite de tes projets.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Sébastien DELESCLUSE,

Médecin de Santé Publique
Directeur général adjoint de l'Agence Régionale de Santé Normandie

Cher Sébastien, tu m'as fait un très grand honneur en acceptant de m'accompagner dans ce projet et en acceptant de diriger cette thèse. Ton parcours et tes expériences professionnelles m'ont toujours fascinés. J'ai beaucoup apprécié notre collaboration dans l'associatif.

A ma famille,

*Tout d'abord, à mes **parents**, merci de m'avoir permis de réaliser ces belles études et de m'avoir permis de réaliser ce rêve. Merci de votre soutien durant tout ce parcours. Je vous remercie également de m'avoir élevé avec le sens des valeurs humaines et de l'amour pour nos prochains, car c'est l'une des plus belles choses que nous offre la vie ! Merci d'avoir permis d'être celui que je suis aujourd'hui et j'espère ne jamais vous décevoir. Je suis très fier et heureux de pouvoir concrétiser ces années en votre présence, vous m'êtes très chers et je ne saurais comment vous remercier.*

*A mes **grand-mères** parties trop tôt, vous me manquez et j'espère de là où vous êtes que vous êtes en paix, j'aurais aimé partager ce moment avec vous, mais vous êtes et serez toujours dans mon cœur.*

*A mon **grand-père paternel**, que je n'ai malheureusement pas connu mais je voulais te faire cet honneur en réalisant ces études et ce travail que je présente aujourd'hui. J'espère que tu es fier de qui je suis.*

*A mon **grand-père maternel, Chédé**, malheureusement tu ne peux pas être présent ce jour mais j'espère que tu es fier du parcours que j'ai pu accomplir. Tout petit, j'ai beaucoup aimé être à tes côtés, et même quand tu t'énervais je te trouvais drôle. Je suis content d'avoir pu te retrouver par la suite un peu plus tard.*

*A mes **sœurs, Sonia et Nadia**, mes deux grandes sœurs que j'aime tant, vous me faites un immense plaisir en venant ce jour assister à l'aboutissement de toutes ces années dont je ne vous remercierai jamais assez de votre soutien. J'adore partager pleins de bons moments avec vous même si ces dernières années je n'ai pas toujours été de grande bonne compagnie. Je vous aime très fort et serais toujours là pour vous.*

*A mes **neveux et nièce, Noham, Eliaz et Lahna**, mes loulous, vous voir chacun.e arriver au monde était si magique, je suis fier de qui vous êtes aujourd'hui et Tonton sera toujours là pour vous, je vous aime.*

A mes **beaux-frères, Samir et Hamady**, merci d'avoir été à mes côtés durant toutes ces années. Je suis fier d'être votre beau-frère et je sais que je pourrais toujours compter sur vous et je serai toujours là pour vous également.

A tous les **autres membres de ma famille**, c'est un honneur pour moi de pouvoir entrer dans le monde des professionnels de santé et je vous dédicace cette thèse pour vous remercier de m'avoir soutenu en particulier mon oncle Boualem.

A **Hugo**, mon bel ami, que d'aventures passées ensemble, on a traversé les bons comme les mauvais moments, et j'ai toujours aimé être ton confident, que tu me racontes tes belles histoires comme tu le fais si bien avec un vocabulaire qui m'épatera toujours « la panacée ». J'aurais aimé pouvoir encore faire plus pour toi mais je me rattraperai par la suite et sache que tu pourras toujours compter sur moi. Je ne saurais être exhaustif pour décrire toutes tes merveilleuses qualités d'ami dont tu m'as fait part.

A **Marianne**, j'ai été heureux lorsque nos chemins se sont croisés en 3^e année de médecine, tout de suite, j'ai pu voir la belle personne que tu es et je suis heureux d'être un de tes amis aujourd'hui, nos moments partagés ensemble me rendent nostalgique et j'aimerais les revivre dès que le temps nous le permettra. Merci d'avoir été et d'être toujours là, telle est la définition d'un ou d'une amie et je te suis très reconnaissant.

A **Bastien**, pour ta gentillesse, ta bienveillance, tes précieux conseils dans la vie comme pour la thèse, tes mots réconfortants. J'ai déjà pu te le dire mais ton parcours m'impressionne et tu seras toujours un exemple à mes yeux aussi bien sur le plan professionnel que sur le plan humain.

A **Maité**, je suis très heureux d'avoir et ce depuis ma 2^e année des études médicales, pu à tes côtés m'engager dans l'associatif et avoir réalisé ensemble et avec **Priscilla**, le tutorat, l'accompagnement pour les conférences d'externat, mais aussi l'engagement syndical que l'on a partagé ensemble et je l'espère une belle collaboration pour la suite des aventures .

A **Clarisse**, je te remercie de m'avoir donné la fibre syndicale en plus de mon engagement étudiant, tu m'as fais découvrir le SAPIR-IMG et au-delà ,ce très beau syndicat national qu'est l'ISNAR-IMG.

A **Antoine**, je t'ai vu pour la toute première fois dans une soirée d'accueil pour internes, et j'ai tout de suite apprécié la belle personne que tu es et les moments passés ensemble, j'espère qu'on aura l'occasion d'en passer davantage très bientôt.

A **Marylis et Nicolas**, votre complicité me fascinera toujours et votre humanité me donnera toujours des frissons dans le dos. A travers les stages, les soirées et les moments passés ensemble, j'ai apprécié être à vos côtés et j'espère que l'on pourra continuer à partager de bons moments.

A **Sébastien**, mon acolyte d'endocrinologie, j'ai beaucoup apprécié l'approche que tu avais avec les externes au moment de ton internat, un grand sens de la pédagogie avec toujours des bonnes petites blagues. Nous aurons sans doute l'occasion de collaborer d'une façon ou d'une autre.

A **Ayoub**, te rencontrer a été formidable, tu es si gentil, humain, attentionné, rares sont les personnes avec toutes ces qualités réunies. J'espère que l'on aura l'occasion de partager plein de moments ensemble et je te souhaite le meilleur dans ta vie.

A **Margot et Liamine**, je vous admire, j'ai apprécié faire votre connaissance et d'avoir partagé ces moments ensemble, à Clermont, pour Margot et à Péronne, pour Liamine et à ses moments sushis qu'il faut que l'on rattrape d'ailleurs !

A **mes ami.es** rencontrés lors de cette **aventure Isarienne**, vous rencontrer a été formidable et j'en suis ressorti grandi humainement et par les différentes expériences que cela m'a permis de vivre. Raphaël, Clément, Mathou, Victor, Louise, Barbara, Alice, François, Tanguy et Luna, je tenais à vous exprimer ma plus sincère reconnaissance et vous connaître a été merveilleux, j'espère que nos chemins se recroiseront très bientôt !

A **Steven**, et par les moments partagés à Clermont en stage et en dehors, merci d'avoir été un chef bienveillant et mettant toujours l'ambiance. Nos moments de rigolade passés à plusieurs dans le bureau seront inoubliables.

A mes **maîtres de stage**, Docteur VAN AUDENAEGHE, Docteur DUCROCQ, Docteur MERCIER, Docteur COURTOIS. Je vous remercie pour votre accompagnement et pour tous vos précieux conseils.

Docteur FORTANE, ma chère Vanessa, merci pour ces stages passés ensemble, ton expérience, merci pour tes très bons conseils qui m'ont servi pour l'internat et qui me serviront ensuite pour mon futur professionnel.

Docteur BOUDOUX, je peux le dire maintenant, Jean-Luc, merci pour tous vos conseils bienveillants que vous m'avez prodigués. J'ai toujours apprécié votre relationnel et l'empathie que vous avez avec vos patients qui ont été un exemple pour moi. J'ai apprécié ces différents mois passés à Montataire tellement riches sur le plan humain.

A tous les membres du Département de Médecine Générale d'Amiens, Pr SELLIER, un grand merci à vous de votre confiance et de vos conseils, à May ma tutrice, dont j'ai toujours admiré le parcours, mais également tous les autres membres que je remercie.

Aux **Professeurs Rachel DESAILLOUD et Jean-Daniel LALAU**, je tenais particulièrement à vous faire cette dédicace pour vous remercier de vos conseils, votre accueil durant mon deuxième cycle, j'ai beaucoup apprécié vos enseignements, votre dévouement pour les étudiants, je vous en serai toujours reconnaissant. J'ai choisi la Médecine Générale, mais je resterai toujours fidèle aux endocrinologues !

A tous mes **co-internes de promotion**, quelle belle aventure passée ensemble ! Vous connaître a tout simplement été merveilleux, depuis la 2^e année de médecine jusqu'à aujourd'hui. Je vous souhaite à toutes et tous une belle continuation, de trouver la voie et l'exercice qui vous conviennent le mieux et surtout qui vous rendent heureux au quotidien. En espérant qu'on se recroisera d'une manière ou d'une autre !

A toutes et tous les IDE, Aides-soignant.es, brancardiers, personnels administratifs des hôpitaux et maisons de santé où j'ai pu aller en stage mais également **le personnel universitaire**. Sans votre aide quotidienne, vos conseils, votre bonne humeur, les stages n'auraient pas été aussi bien vécus. J'ai apprécié pouvoir collaborer avec chacun d'entre vous et pour certaines équipes de m'avoir aussi bien intégré particulièrement pour le CH de Péronne dont je garderai un très bon souvenir (Joris, Thibault et Lilian, gros cœur sur vous).

Je n'ai sûrement pas été exhaustif dans tous les remerciements que je voulais faire et m'en excuse par avance. Je vous remercie toutes et tous pour votre soutien et votre accompagnement durant tout ce parcours.

Table des matières

SERMENT D'HIPPOCRATE	3
REMERCIEMENTS	5
TABLE DES MATIERES	11
LISTE DES ABREVIATIONS	14
I. INTRODUCTION	15
1) Généralités.....	15
2) Etat de l'art : situation démographique actuelle de la France	17
a) Données socio-démographiques.....	17
b) Mode d'exercice actuel et temps de travail moyen des médecins généralistes en France	20
3) Quelles données socio-démographiques en régions Hauts-de-France et Normandie ?.....	21
4) Quelles propositions politiques récentes ?	23
5) Question de recherche	25
6) Objectifs de l'étude	26
II. MATERIELS ET METHODES	27
1) Type d'étude	27
2) Bibliographie	27
3) Population étudiée	27
4) Aspects réglementaires de l'étude	27
5) Questionnaire	28
a) Réalisation du questionnaire	28
b) Schéma général du questionnaire	28
c) Méthodes de diffusion et de recueil du questionnaire	29
6) Analyses statistiques	30
III. RESULTATS	32
1) Collecte des données	32
2) Population étudiée : Flowchart ou (Diagramme de flux)	32
3) Caractéristiques socio-démographiques	33
a) Âge et sexe de la population étudiée	33
b) La situation familiale	34
c) La situation professionnelle du ou de la conjoint.e	34
d) Origine géographique	35
4) Parcours de formation	35
a) Ville d'origine pendant l'externat	35
b) Subdivision pendant l'internat	36

c)	Année des épreuves classantes nationales	37
d)	Connaissances et recours au CESP (Contrat d'Engagement Service Public)	37
e)	Parcours ambulatoire en stage	38
f)	Formation théorique et pratique	39
g)	Remplacements pendant l'internat	40
h)	Réalisation de Diplômes (Inter) Universitaires	41
5)	Analyse du projet professionnel parmi les jeunes médecins de l'étude	41
a)	Situation professionnelle actuelle	41
b)	Projet professionnel à court terme dans les 3 années post-internat.....	42
c)	Activité professionnelle envisagée au long terme	44
d)	Modalités de l'exercice libéral envisagées	46
e)	Projet professionnel universitaire ?	46
f)	Lien entre l'année de réalisation des ECNi et le projet professionnel	47
g)	Projet professionnel et lien avec la satisfaction du parcours de formation.....	47
h)	Impact des données socio-démographiques sur le projet professionnel des répondants	48
1.	Sexe et activité envisagée	48
2.	Situation maritale et du conjoint sur le projet professionnel	49
i)	Impact des remplacements pendant l'internat sur le projet professionnel	50
j)	Impact des actualités politiques sur la liberté d'installation et le projet professionnel	51
6)	Etude des freins à l'installation en libéral	52
a)	Raisons évoquées pouvant constituer un frein à l'installation	52
b)	Réticences pour une installation dans des zones déficitaires en soins	53
c)	Quelles solutions seraient envisageables pour remédier à la pénurie d'installation ? ...	55
IV.	DISCUSSION	57
1)	Forces et limites de l'étude	57
a)	Limites de l'étude	57
b)	Forces de l'étude	58
2)	Discussion de l'échantillon obtenu	58
3)	Comparaison entre les données socio-démographiques avec les données de littérature.....	59
a)	En fonction de l'âge et du genre.....	59
b)	En fonction de la situation maritale et professionnelle du conjoint	59
c)	En fonction de l'origine géographique	60
4)	Parcours de formation des participants de l'étude.....	61
5)	Un projet professionnel libéral encore plébiscité	62
6)	Discussion des freins à l'installation en libéral et des leviers pour y remédier	65

a)	De l'administratif au détriment du temps médical	65
b)	Pour un avenir de la médecine libérale : moins d'incitations, meilleure revalorisation ...	66
c)	Un meilleur accompagnement à l'installation	67
7)	Un projet professionnel universitaire ?	71
V.	CONCLUSION	73
VI.	TABLEAUX	74
VII.	FIGURES	75
VIII.	BIBLIOGRAPHIE	76
IX.	ANNEXES	81
X.	RESUME	90

Abréviations

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DMG : Département de Médecine Générale

DOM-TOM : Départements d'Outre-Mer – Territoires d'Outre-Mer

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des Statistiques

ECNi : Epreuves Classantes Nationales informatisées

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPCI : Etablissements Publics de Coopération Inter-communale

ISNAR-IMG : Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentant les Internes de Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

ORS : Observatoire Régional de la Santé

OR2S : Observatoire Régional de la Santé et du Social Hauts-de-France et Normandie

PMI : Protection Maternelle et Infantile

ReAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes, Jeunes Installés et Remplaçants

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

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

ZAC : Zone d'Action Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

I INTRODUCTION :

1. Généralités

Alors que les **déserts médicaux** s'étendent et que la population française vieillit, l'avenir de l'accès aux soins repose sur les **choix professionnels des jeunes médecins généralistes**. Si l'on imagine aisément que les caractéristiques de l'écosystème de soins primaires influencent ce choix, les modalités de cette interaction restent mal connues.

L'accès aux soins en France présente des **disparités régionales importantes**, exacerbées par une demande croissante de prise en charge médicale dans un contexte de pénurie de professionnels de santé. Ces besoins de santé de la population apparaissent dans de nombreux textes réglementaires et en matière d'organisation du système de santé et de soins en France.

(1)

Prenons pour exemple notamment les Ordonnances de 1996 portant réforme du système de santé et de protection sociale qui instaurent entre autres la mise en vigueur de conférences régionales de santé qui ont pour objectif principal d'analyser et d'étudier les besoins en santé de la population. A partir de cette prise en compte et de l'intérêt des politiques publiques pour l'étude des besoins de santé, il a pu être redéfini comment réellement évaluer les besoins de santé dans un objectif de **réduction des inégalités territoriales et sociales en matière de santé**.

Depuis ces réformes, la situation sanitaire a évolué. Actuellement, nous sommes confrontés à un **déséquilibre entre les demandes de soins** des patients de plus en plus âgés et présentant souvent une ou plusieurs affections chroniques évoluant de manière inversement proportionnelle à la **démographie médicale qui s'appauvrit**.

En effet, la densification de la population associée à une espérance de vie croissante, entraîne un vieillissement marqué dans des territoires déjà fragilisés par des **départs à la retraite** non remplacés, aggravant ainsi la pénurie de médecins.

La première cause à cette carence attestée à l'accès aux soins est due notamment à l'instauration puis la **diminution du *numerus clausus*** (2) qui a commencé de façon majeure à la fin des années 1960 et qui n'a cessé de se creuser par la suite pour atteindre un seuil inférieur à 4000 places d'étudiants en médecine avant les années 2000.

Ceci était dans l'objectif de maîtriser les dépenses de santé et à la demande des syndicats de médecine et du Conseil national de l'ordre des médecins afin de contenir le nombre de professionnels.

La Loi du 24 juillet 2019 relative à l'Organisation et à la transformation du système de santé (OTSS), portait la modification de l'entrée dans les études de santé : médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique. Cela passait notamment par la suppression du *numerus clausus* et par la création d'un *numerus apertus* dont le nombre d'étudiants admis en deuxième année de ces études serait fixé en concertation avec les universités et Agences Régionales de Santé (ARS). Cette suppression avait pour objectif affiché d'augmenter de 20 % l'effectif d'étudiants admis en seconde année de formation.

Cependant, selon le rapport du Sénat relatif aux déserts médicaux du 29 janvier 2020 (3), celui-ci émettait une limite concernant la suppression du *numerus clausus* car pour permettre une augmentation des capacités d'accueil prévue par cette loi, il faudrait attendre plusieurs années peut être une dizaine d'années et les capacités de formation doivent aussi pouvoir évoluer au gré du nombre d'étudiants acceptés.

Des modélisations ont pu être effectuées par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) (4) qui retrouvaient une projection du nombre de médecins généralistes en **2024** atteignant un **point faible de 209 000 médecins en activité** soit 2,7 % de moins qu'en 2020. Cela a été analysé comme étant le reflet de la **diminution du *numerus clausus*** entre les années 1990 et 2000 mais aussi en raison du nombre de **cessations d'activité** notamment pour départ à la retraite relativement conséquent.

L'âge moyen de départ à la retraite des médecins généralistes étant de **67 ans**, des analyses ont été menées pour identifier les freins et les leviers de cessation d'activité. (5)

Les profils sont assez variables avec des médecins qui prennent effectivement leur retraite mais qui continuent à exercer leur profession à raison de quelques demi-journées de manière libérale, salariée voire parfois bénévole. D'autres médecins continuent leur exercice jusqu'à temps de trouver un successeur. Il a été retrouvé que la motivation au départ à la retraite était essentiellement lorsqu'un médecin pouvait s'assurer d'une reprise de sa patientèle, vécue comme un aboutissement.

Par ailleurs, malgré la motivation à ce que la patientèle d'un médecin soit reprise, avec l'âge, la possibilité de problèmes de santé, la pression familiale font que les médecins cessent assez souvent leur activité malgré l'absence d'une continuité assurée et cela est souvent mal vécu par les médecins généralistes qui éprouvent une forme de frustration, comme cela a pu être indiqué dans une thèse étudiant les ressentis des médecins généralistes de plus de 65 ans (6).

Dans la prochaine partie, sera présentée la situation démographique actuelle de la France qui présente une répartition très inégale et disparate en termes de professionnels de santé.

Avant d'en présenter les contours, il est important de rappeler la place qu'occupe le médecin généraliste en France. **Devenue spécialité en 2004** avec l'universitarisation de la discipline, la **médecine générale** est dans notre système de soins, le **premier recours** et le **médecin généraliste** le premier interlocuteur pour la prise en charge, l'accompagnement des patients et le rôle clé de coordination avec les autres spécialistes, qu'on appelle communément le parcours de soins coordonnés.

En effet, cette nomenclature a vu le jour des suites de modifications des fondements politiques et sociétaux depuis la loi du 13 août 2004 portant sur la réforme de l'Assurance Maladie (7) et le terme de parcours de soins coordonné était au départ motivé par des raisons économiques dans l'objectif de limiter les dépenses de santé mais au-delà de cet aspect financier, en découle un autre objectif, celui de coordonner l'orientation des patients vers un parcours de soins.

2. Etat de l'art : Situation démographique médicale actuelle en France

a. Données socio-démographiques

Selon les dernières données que l'on peut retrouver dans la littérature et selon l'atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) de 2023 (8), **au 1er janvier 2023**, il existe 234 028 médecins encore en activité totale, dont **99 500 médecins généralistes** ainsi qu'un nombre exact de 322 973 médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

La répartition des médecins généralistes varie au gré de la densité de population à l'échelle nationale. En effet, on remarque une densité de médecins généralistes plus importante dans les grandes régions comme **l'Île-de-France** ou encore la région **Auvergne Rhône Alpes**.

Sur la *figure 1* ci-dessous, on peut noter une concentration de la densité médicale en médecins généralistes dans les grandes métropoles et au sein par exemple de la région Île de France, Paris *intra-muros* a une densité médicale en médecins généralistes très forte (206 ou plus généralistes pour 100 000 habitants) alors que la densité est plus faible en banlieue parisienne. A l'inverse, la **région Centre-Val de Loire comprend la plus faible densité** de médecins généralistes en France en dehors des Départements d'Outre-Mer et Territoires d'Outre-Mer (DOM-TOM).

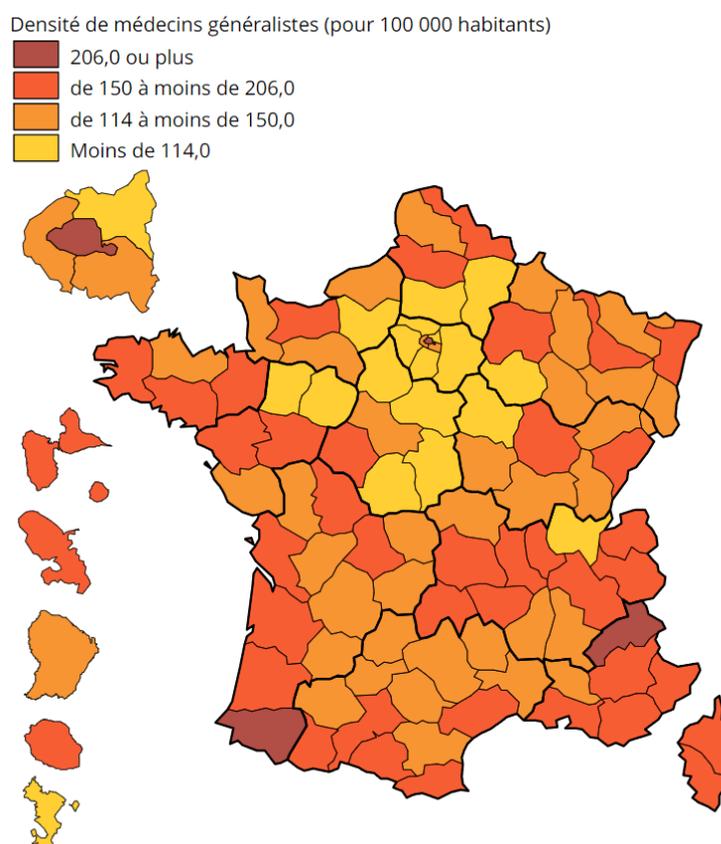


Figure 1 : Cartographie représentant la densité de médecins généralistes à l'échelle nationale au 1er janvier 2023 pour 100 000 habitants selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) (9)

Selon la DREES et les perspectives démographiques publiées en 2021 (4), on note finalement une **stagnation du nombre de médecins entre 2012 et 2021** expliquée par des variations inégales avec le nombre de médecins généralistes qui a **chuté de 5,6 %** alors que le nombre de médecins spécialistes hors médecine générale a augmenté de 6,4 %, et cette dynamique commence à s'accroître et continuera à progresser.

Ceci étant notamment lié à la suppression des Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC) depuis la réforme du 3e cycle de 2017. En effet, les médecins urgentistes et les médecins gériatres par exemple faisaient le Diplôme d'Études Spécialisées (DES) de Médecine Générale avec le DESC correspondant mais étaient comptabilisés en tant que médecins généralistes.

A noter que l'on aura d'après les mêmes estimations de la DREES, une **stagnation** des effectifs médicaux **jusqu'en 2030** avant une ré-augmentation progressive et une croissance annuelle estimée à **1,5 % / an jusqu'en 2050**. Cette stagnation est en grande partie expliquée par la cessation d'activité des médecins partant en retraite.

Dans ce contexte d'inégalité d'accès aux soins, les jeunes médecins généralistes sont le symbole d'un **renouveau tant attendu**. Comprendre leurs choix et les défis auxquels ils font face est essentiel pour **répondre aux besoins de santé de la population**.

La tendance où la proportion de médecins âgés était jusqu'ici assez importante (45% de médecins âgés de 55 ans ou plus en 2015) devrait **s'inverser** de façon progressive avec une estimation en 2040 à 22 %. (10)

Par ailleurs, en termes de répartition par sexe, on note une féminisation de la profession de médecin représentant en 2015, **45 % de la profession médicale** et une estimation avoisinant les **60 % en 2034**.

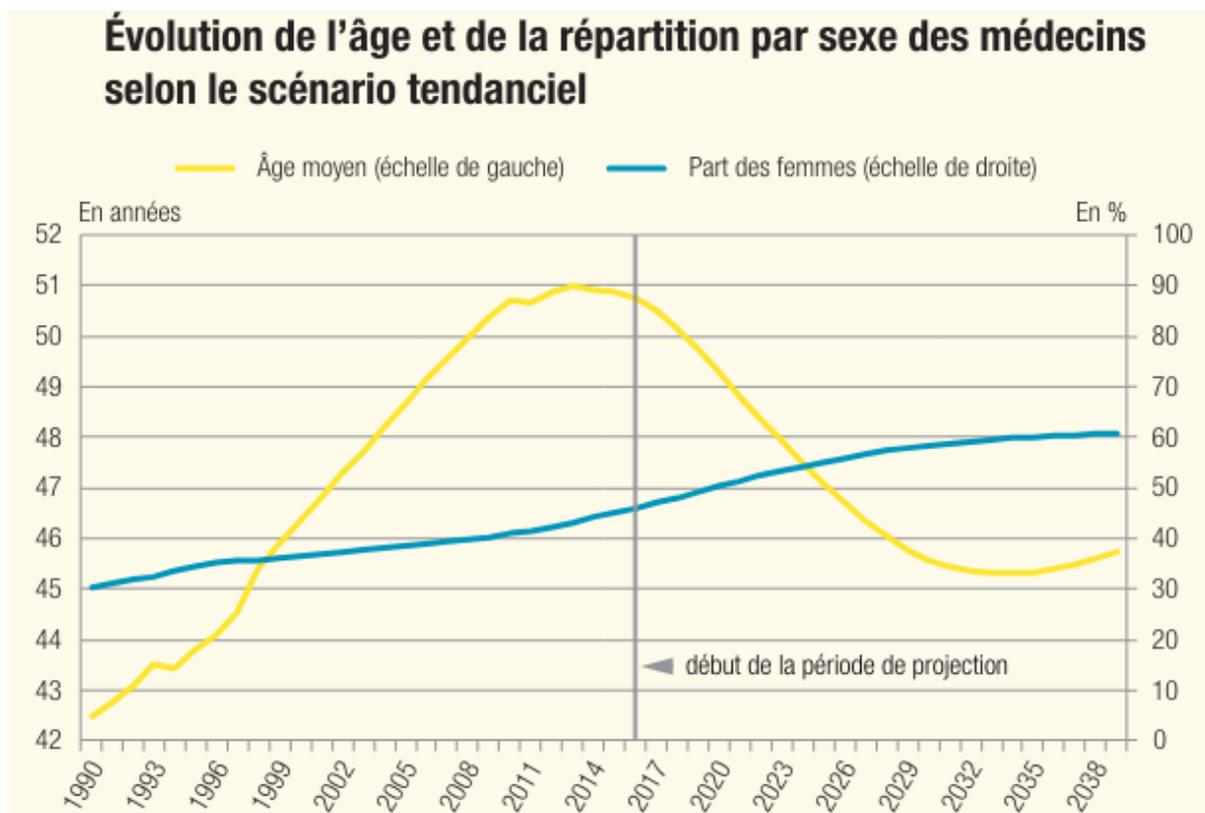


Figure 2 : Graphique représentant l'évolution de l'âge et la répartition par sexe des médecins toute spécialité confondue avec modélisation selon les tendances actuelles établi par les projections de la DREES en 2015.

b. Mode d'exercice actuel et temps de travail moyen des médecins généralistes en France

Il était intéressant de présenter quelques données à l'échelle nationale des modes d'exercice des médecins généralistes et la tendance actuelle.

Si les tendances antérieures correspondaient à une installation en cabinet individuel monoprofessionnel pour un médecin généraliste, les tendances actuelles sont très différentes avec un **exercice collectif pluriprofessionnel** en plein essor.

En effet, début 2022, environ **70 % des médecins généralistes libéraux** ayant au moins quatre ans d'ancienneté déclarent travailler en exercice de groupe. (11) Parmi ceux-ci, nous pouvons distinguer les médecins installés en cabinets de groupe mono ou pluri-professionnel. La différence est que les **cabinets de groupe pluri-professionnels** permettent un exercice avec d'autres professions que les professions médicales. Ce dernier type d'exercice représente une majorité de l'exercice en groupe (40 % vs 29 % pour l'exercice mono-professionnel en groupe).

A partir de cette même étude, il a pu être identifié que **16 % des médecins généralistes libéraux** travaillent au sein d'une **Maison de Santé pluriprofessionnelle (MSP)**.

Cette entité regroupe notamment l'exercice en groupe pluri-professionnel mais également, dans un objectif d'exercice coordonné, la mise en place de protocoles de coopération inter-professionnels avec l'établissement d'un projet de santé publique commun.

Aussi, une différence en termes de préférences d'installation a pu être constatée en fonction de l'âge avec **87 % de médecins âgés de moins de 50 ans** qui exercent en groupe en 2022, 75 % pour les 50-59 ans et 53 % pour les médecins au moins âgés de 60 ans.

Dans une étude s'intéressant à la disponibilité des médecins généralistes pour les patients en fonction des structures (12), nous pouvons constater que contre toute attente, les structures telles que les MSP n'accueillent pas forcément plus de nouveaux patients et ce malgré un cahier des charges imposant une ouverture de 8 heures à 20 heures par rapport à des médecins exerçant seuls. Cette absence de différence peut être expliquée par le fait que les MSP étant principalement concentrées dans des **territoires déficitaires en soins**, les patients ont la connaissance de telles structures et y ont recours plus facilement. Ainsi, les patientèles se constituent très rapidement et même les **jeunes médecins généralistes récemment installés** peuvent refuser des nouveaux patients.

Chaput et al. dans une étude publiée en 2019 (13) s'intéressaient au **temps de travail des médecins généralistes libéraux** et il a été retrouvé que le nombre d'heures hebdomadaires moyen d'un médecin généraliste est de **52 heures**. Le temps passé auprès des patients a été estimé à 44 heures 30 en moyenne alors que le reste du temps travaillé correspond aux autres activités notamment administratives mais aussi à l'actualisation des connaissances avec le Développement Professionnel Continu (DPC) et la lecture de revues. Une partie de ce temps de travail est aussi dédiée à des **activités mixtes** notamment dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ou Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ainsi, **86 %** du temps de travail d'un médecin généraliste libéral est dédié aux **consultations** avec les patients.

3) Quelles données démographiques en régions Hauts-de-France et Normandie ?

Comme nous avons pu le voir précédemment, la population est de plus en plus âgée tant à l'échelle nationale qu'à l'échelle régionale.

Dans les Hauts-de-France, l'âge de la population suit la tendance nationale mais en plus la **population augmente en taille** alors que la **densité de médecins généralistes** aussi bien libéraux exclusifs qu'en exercice mixte observe une **diminution**.

En effet, en 2022, on note une densité régionale de médecins généralistes libéraux et salariés en Hauts-de-France de **118 praticiens pour 100 000 habitants** inférieure à la moyenne nationale de 123 praticiens pour 100 000 habitants. (14)

Selon la DREES, les projections en termes de densité de médecins généralistes indiquent une tendance similaire entre l'estimation nationale et l'ex Nord-Pas-de-Calais avec une **diminution légère jusqu'en 2027** pour repartir à la hausse ensuite.

Pour l'ex-Picardie, il en est autrement et les **estimations sont inquiétantes** avec un delta de 24 % avec la moyenne nationale en 2030 et une densité de médecins généralistes qui ne retrouvera son niveau de 2023 qu'à partir de 2042.

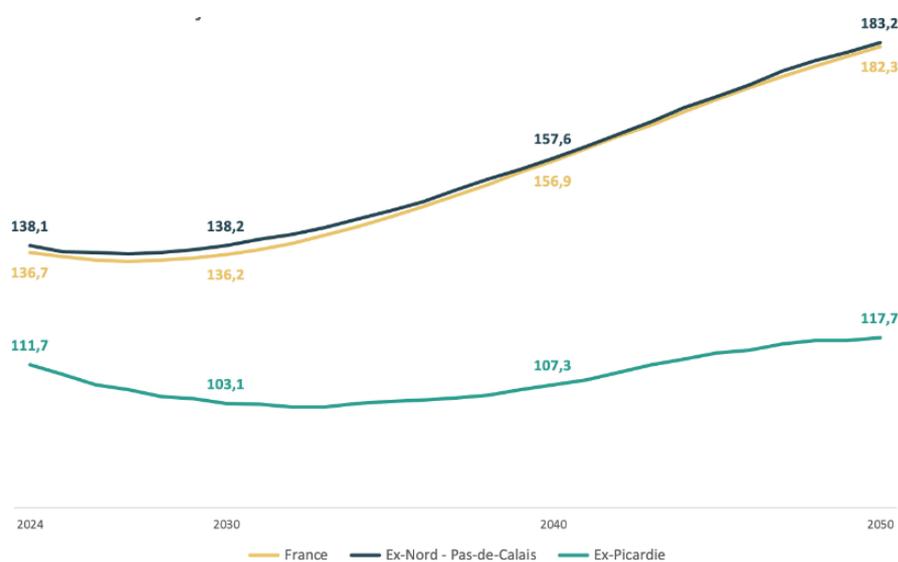


Figure 3 : Estimation par modélisation selon la méthodologie de comportements et de législation constantes des densités de médecins libéraux et salariés en région Hauts-de-France par rapport à la situation nationale (Source : DREES)

En région Normandie, la situation demande également une attention particulière étant donné qu'elle se situe parmi les **dix plus grandes régions françaises** alors que l'offre de soins au 1er janvier 2021 n'était guère encore suffisante par rapport aux besoins de la population. La Normandie étant la deuxième région de France métropolitaine avec une démographie médicale parmi les plus défavorables et ce d'autant plus dans les **départements de l'Eure et de l'Orne** (15).

Nous pouvons voir sur la carte ci-dessous qui s'intéresse au nombre de consultations de médecine générale par habitant et par an en région Normandie, une situation assez inégale avec les territoires sud-normands qui peuvent avoir jusqu'à **moins de deux consultations de médecine générale par habitant et par an** correspondant justement à l'Eure et à l'Orne alors qu'on observe un recours aux soins plus aisé en Seine Maritime et dans le Calvados.

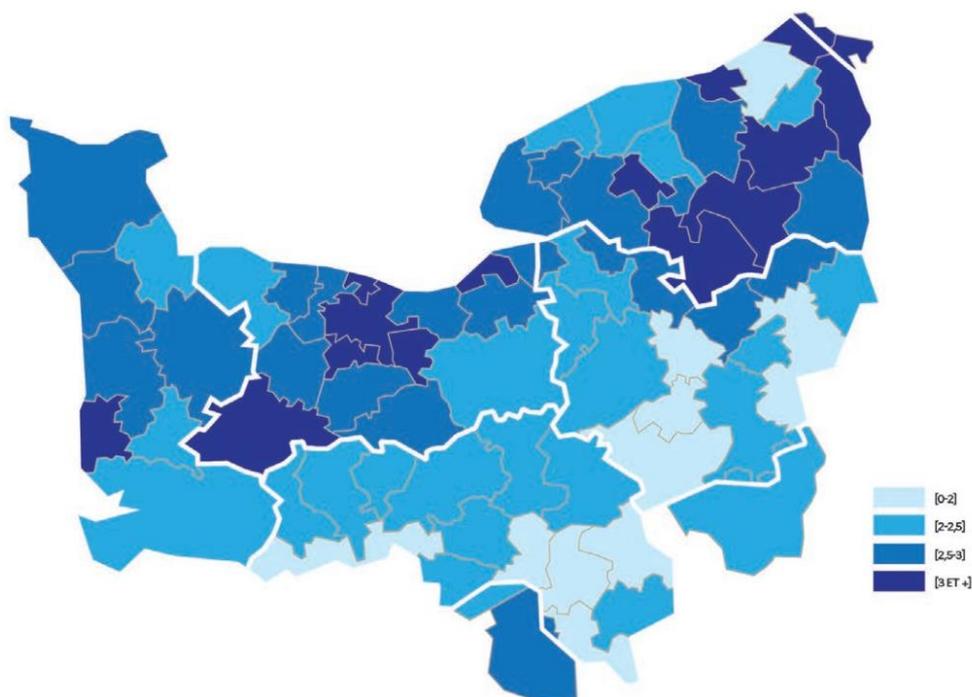


Figure 4 : Cartographie de l'accessibilité aux soins de médecine générale dans les territoires normands en regroupant par Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) (15).

4) Quelles propositions politiques récentes ?

L'exposé n'a pas pour objectif de retracer les différentes propositions politiques qui ont pu avoir lieu ces dernières années concernant les stratégies d'offres de soins, mais il semblait pertinent de présenter certains contours de la loi "**Ma Santé 2022**" (16) qui a été annoncée en septembre 2018 par le Président de la République Française, Emmanuel Macron.

Celle-ci a été contextualisée devant des **inégalités d'accès aux soins grandissantes** et un recours aux soins de médecine de ville de plus en plus complexe entraînant un nombre de passages aux urgences conséquent.

Parmi les grands axes déployés au sein de cette loi, libérer du temps médical pour avoir un meilleur accès aux soins est une des préoccupations des politiques de santé avec notamment la création de la fonction **d'assistant médical** qui pourra accueillir des patients, collecter des données anthropométriques et les constantes, avoir un rôle préventif en s'assurant de la réalisation des dépistages et des vaccinations, ...

Un autre axe est celui de **l'exercice coordonné** afin d'assurer l'accès à un médecin traitant, la possibilité de soins non programmés, favoriser une coopération entre professionnels de santé. Ainsi, plusieurs leviers sont proposés pour que l'exercice en cabinet individuel devienne une exception et que les professionnels s'orientent pleinement vers un exercice collectif.

La situation et l'accès aux soins étant tellement déficitaires en France, de nombreux travaux parlementaires s'en emparent. Ainsi une proposition de loi transpartisane a pu être proposée en 2023 concernant la **régulation à l'installation** contre les déserts médicaux avec notamment la régulation des installations sous la forme d'autorisations délivrées par les ARS avec une autorisation de droit dans les zones sous dotées. A l'inverse, afin de s'installer dans des zones où l'offre de soins est suffisante, cela doit faire suite à une cessation d'installation ou un départ à la retraite. Cette proposition de loi n'a pas été examinée par le Parlement à ce stade.

Dans un rapport de la DREES publié par *Polton et al* en 2021, si la distribution liée à la régulation de **l'installation des médecins libéraux** y était plus équilibrée, nous ne pouvons pas mesurer l'impact que cela pourrait entraîner à moyen et long terme et dans les expériences internationales, très peu de données ou d'études permettent de suivre l'évolution de cette répartition. Cela ne permettra pas non plus de remédier aux pénuries locales. (17)

Dans un article publié par *Chevillard et al.* (18), les médecins généralistes diplômés en France s'installent peu dans les **marges rurales et les territoires péri-urbains** entraînant un déficit d'accès aux soins en raison notamment d'un déficit d'attractivité pour ces dites-zones.

Selon l'Enquête Nationale en 2019 (19) sur les souhaits des internes de médecine générale, des remplaçants exclusifs et jeunes installés réalisée par la commission Jeunes Médecins du CNOM avec les associations d'internes et de jeunes médecins, **72 % des internes souhaitent s'installer en libéral** mais demandent un accompagnement humain plus important lors du projet d'installation étant donné que 85 % des internes en fin de troisième cycle n'avaient pas de projet défini.

De plus, l'étude a pu montrer que les jeunes médecins avaient un **attrait pour l'exercice coordonné** et en groupe notamment dans les MSP.

Il n'y a pas eu de nouvelle étude réalisée à l'échelle nationale depuis cette date, soit depuis cinq ans. Cependant, des études ont pu être réalisées soit à l'échelle d'un département ou à l'échelle régionale comme dans le territoire angevin par exemple.

Seulement quelques études existent concernant le projet professionnel des internes de médecine générale dans les Hauts-de-France ou en Normandie alors que ces deux territoires présentent une majorité de zones sous-dotées. C'est pourquoi cette étude se concentre sur le projet professionnel des jeunes médecins généralistes dans ces deux régions, afin d'identifier les leviers qui pourraient encourager leur installation dans les zones les plus fragilisées.

Le choix de ces deux régions a été motivé par cette offre de soins qui est précaire mais aussi par, et ce jusqu'à récemment, le regroupement de nos quatre subdivisions (Lille, Amiens, Rouen et Caen) au cours de notre formation notamment de deuxième cycle en médecine.

Aussi, l'Observatoire Régional de la Santé et du Social (OR2S) des Hauts-de-France a élargi son champ interventionnel à la Haute Normandie sous décision de l'Assemblée Générale Extraordinaire du 19 mai 2014.

5) Question de recherche

A l'issue de ces données introductives, il paraissait comme annoncé plus haut intéressant de permettre une réactualisation du projet professionnel des internes de médecine générale en toute fin du DES et à l'issue de celui-ci.

La question de recherche posée ici est donc : **quel est le projet professionnel des futurs médecins généralistes à l'issue ou en fin du DES de Médecine Générale au regard de l'avenir de la médecine libérale dans les régions Hauts-de-France et Normandie ?**

6) Objectifs de recherche

L'objectif primaire de cette étude est d'étudier le projet professionnel des futurs médecins généralistes en fin ou à l'issue du DES de Médecine Générale dans le groupement G4 des régions Hauts-de-France et Normandie dans un contexte où ces deux dernières années, les actualités et contraintes planant sur la médecine ambulatoire risquaient de freiner le souhait d'installation en libéral.

L'objectif secondaire de l'étude est l'analyse des freins à l'installation en libéral ainsi que des leviers pour y remédier.

Dans un contexte où les déserts médicaux menacent l'accès aux soins, comprendre les aspirations des jeunes médecins généralistes est essentiel pour envisager des solutions viables et durables.

II MATERIELS & METHODES

1. Type d'étude

Notre étude était une étude transversale quantitative descriptive et analytique, multicentrique car s'intéressant à quatre subdivisions (Lille, Amiens, Rouen et Caen) avec l'aide d'un questionnaire auto-administré.

2. Bibliographie

Les références bibliographiques sont issues de différentes bases de données avec comme principales références les études réalisées par la DREES et le CNOM.

Plusieurs références viennent aussi de thèses de médecine et particulièrement des thèses de médecine générale qui ont été consultées principalement sur Internet via le catalogue universitaire SUDOC pour Système Universitaire de Documentation.

Des références proviennent aussi d'articles universitaires consultés sur la base de données PubMed.

3. Population étudiée

Notre schéma d'étude portait sur le projet professionnel des internes en fin de DES de Médecine Générale et des médecins généralistes récemment diplômés, thésés ou non, en étudiant les promotions issues des Épreuves Classantes Nationales informatisées (ECNi) allant de 2018 à 2021.

Étaient inclus dans l'étude les internes ou médecins ayant fait leur internat dans l'une des quatre subdivisions des Hauts-de-France et de Normandie soit respectivement Amiens, Lille ainsi que Caen et Rouen, qui devaient avoir passé les ECNi entre 2018 et 2021.

4. Aspects réglementaires de l'étude

Tout d'abord, il s'agit d'un questionnaire auto-administré qui était totalement anonyme et qui ne recueillait aucune donnée personnelle.

En raison du fait que l'étude portait sur l'envoi d'un questionnaire à des professionnels de santé et ne comprenait aucune donnée personnelle en tout anonymat, il n'était pas nécessaire de soumettre cette étude à un Comité de Protection des Personnes (CPP).

De plus, l'étude était en conformité avec le Règlement Général de Protection des Données (RGPD) et ne nécessitait pas de déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

5. Questionnaire

5.a) *Réalisation du questionnaire*

Afin de réaliser l'étude et dans un objectif d'avoir suffisamment de comparaison avec les questions étudiées, il a été décidé d'élaborer le questionnaire actuel en s'inspirant du questionnaire issu de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'Alsace qui étudiait les attentes professionnelles et le devenir des internes de Médecine Générale réalisé en mai 2014 (20).

Le questionnaire a été réalisé via la plateforme d'édition de questionnaire *Google Forms*[®].

5.b) *Schéma général du questionnaire*

Le questionnaire comporte en totalité 32 questions dont 28 questions fermées ainsi que 4 questions ouvertes. En effet, les questions ouvertes semblaient plus appropriées afin d'étudier les motivations au choix que pourraient faire les internes ou médecins tout récemment diplômés.

Pour les questions ouvertes, un encadré était prévu à cet effet afin que les répondantes et répondants puissent avoir assez d'espace pour exprimer leur ressenti.

Certaines questions étaient précédées de notices explicatives notamment pour expliquer à quoi correspondent par exemple le découpage des zones sous-denses ou encore le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP).

Le questionnaire était divisé en quatre parties :

- En tout premier, l'*étude des caractéristiques socio-démographiques des internes* avec notamment pour variables l'âge, la situation maritale, la ville d'externat, la souscription à un CESP, ... qui comportait six questions.
- Ensuite, la deuxième partie du questionnaire comporte des questions sur la *formation des internes* avec le nombre de stages ambulatoires réalisés, le type de structure, la

réalisation de Diplômes inter-universitaires (DIU) , la réalisation de remplacements durant l'internat et si oui dans quelle structure,... et comportait quatorze questions.

- En troisième lieu, cela consistait en une étude des *perspectives professionnelles souhaitées à l'issue du DES de Médecine Générale* : installation , remplacement , exercice mixte, hospitalier ; appréciation du ressenti concernant l'exercice libéral, connaître les conditions souhaitées en termes d'installation : type de structure, exercice en réseau , proximité d'un hôpital, la zone géographique souhaitée ; ainsi que de connaître le souhait ou non de développer de la maîtrise de stage ambulatoire voire de l'universitaire. Cette partie comprenait sept questions.
- Enfin, la dernière partie étudiait les *leviers possibles à l'installation en libéral*, notamment si cet exercice dépendait des aides possibles à l'installation, d'une possible contrainte à l'avenir à un exercice en zone sous-dotée, d'un modèle de valorisation de la médecine libérale, de la peur de pratiquer son exercice de façon isolée, ou d'autres leviers identifiés par les internes. Cette dernière partie comprenait cinq questions.

5.c) Méthodes de diffusion et de recueil du questionnaire

Le questionnaire a été édité pendant les mois de mars et avril 2024 pour être diffusé après une courte fenêtre pré-test auprès deux internes. La période de diffusion du questionnaire était comprise entre le 25 avril et le 24 juin 2024, date à laquelle la collecte des données a été close.

Dans un premier temps, afin de diffuser mon questionnaire qui était accompagné d'un texte de présentation associé à un lien hypertexte ainsi qu'un QR code, un envoi a été effectué auprès des secrétariats de scolarité des Départements de Médecine Générale (DMG) des quatre subdivisions (Amiens, Lille, Rouen et Caen).

Parmi les quatre subdivisions, seule la subdivision d'Amiens et pour la promotion 2021 seulement a pu recevoir le questionnaire selon cette modalité. Pour les trois autres, un refus systématique m'avait été envoyé par mail en retour de l'envoi que j'avais effectué. Les raisons qui émanaient de ce refus étaient pour deux des trois subdivisions, un refus systématique de l'envoi des questionnaires de thèse afin de ne pas surcharger les boîtes de réception universitaires en raison d'un nombre important de questionnaires.

Pour une des subdivisions, le refus était motivé par le seul envoi des questionnaires de thèses réalisés par des internes de la subdivision.

La deuxième partie de diffusion et qui est la méthode qui fut majoritaire pour cette étude était l'envoi des questionnaires dans les groupes de promotion au sein du réseau social *Facebook*® pour les promotions d'Epreuves Classantes Nationales informatisées (ECNi) 2018 à 2021 pour la subdivision d'Amiens. Les trois autres subdivisions n'avaient pas de groupes différenciés selon les promotions ECNi mais avaient des groupes communs modérés par les syndicats d'internes locaux.

Les groupes modérés par les syndicats de remplaçants et jeunes installés en Médecine Générale n'ont malheureusement pas pu diffuser le questionnaire également pour des raisons de demandes très nombreuses et au risque de surcharger le réseau d'adhérents dont ils disposent.

Enfin, un envoi a également été fait auprès de quatre Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins que sont la Somme, le Nord, la Seine-Maritime et le Calvados.

Seuls le Nord et la Seine-Maritime ont répondu favorablement à la mise en ligne du questionnaire sur leur site internet.

Une présentation de l'étude a pu être réalisée lors du Forum local de l'Installation co-organisé par le DMG d'Amiens et par l'Union Représentative des Professionnels de Santé Médecins Libéraux (URPS-ML) des Hauts-de-France le 16 mai 2024.

6. Analyse statistique

Cette note méthodologique présente les étapes et les méthodes statistiques utilisées dans le cadre de l'analyse de l'étude. Le logiciel Biostatgv® a été utilisé pour réaliser les analyses statistiques. Les analyses sont effectuées en fonction des types de variables et de distributions des données.

Variables Qualitatives

- Test du **Chi2** : Utilisé lorsque l'échantillon est suffisamment grand pour les variables qualitatives.

Variables Qualitatives avec plus de 3 modalités

- Test de **Kruskal-Wallis** : Utilisé pour comparer les distributions de **plus de deux échantillons indépendants**. Il s'agit d'un **test non paramétrique** qui ne nécessite pas d'hypothèse de validité.

Détails des Tests Statistiques

- Test du **Chi2**

- But : Tester l'indépendance entre deux variables qualitatives.
- Hypothèse nulle (H0) : Il n'y a pas de relation entre les deux variables.
- Hypothèse alternative (H1) : Il y a une relation entre les deux variables.
- Conditions : Échantillon suffisamment grand (au moins 5 observations par cellule).

- Test de **Kruskal-Wallis**

- But : Comparer les distributions de plus de deux échantillons indépendants.
- Hypothèse nulle (H0) : Les distributions des échantillons sont identiques.
- Hypothèse alternative (H1) : Il y a une relation entre les deux variables.
- Conditions : Aucune hypothèse de normalité nécessaire.

Pour l'ensemble des tests statistiques réalisés, il a été retenu un risque statistique alpha de première espèce inférieur à cinq pour cent ($p < 0,05$), pour que les résultats obtenus soient considérés comme significatifs.

III RESULTATS

1. Collecte des données

La période de diffusion du questionnaire était comprise entre le 25 avril et le 24 juin 2024, jour de clôture de la collecte des questionnaires sur l'application Google Forms®. Pour rappel, la récupération et collecte des questionnaires ont été réalisées en tout anonymat.

Durant cette période de diffusion, des relances ont eu lieu au sein des réseaux sociaux utilisés et également aux différents réseaux sus-cités.

2. Population étudiée : Flowchart (ou diagramme de flux)

L'étude portait sur le projet professionnel des internes ou jeunes médecins récemment diplômés, thésés ou non, ayant passé les ECNi au plus tôt en 2018 et au plus tard en 2021 et au sein des quatre subdivisions qui ont été présentées initialement.

Le nombre d'internes concernés par ces critères a été déterminé en consultant les arrêtés à l'issue des épreuves classantes nationales pour les quatre années de 2018 à 2021 et pour les quatre subdivisions.

Cela représentait au total 299 internes pour Amiens, 767 internes pour Lille, 415 internes pour Rouen et 335 internes pour Caen, soit un total au sein du G4 de 1816 internes.

Devant un mode de diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux et la présence partielle des internes sur ces canaux, nous avons été amenés à réviser cette population totale en une population cible. Ainsi, il y avait potentiellement 286 internes et jeunes médecins concernés pour Amiens, 337 pour Lille, 415 pour Rouen et 281 pour Caen.

Soit un total de 1319 personnes qui pouvaient répondre au questionnaire avec un nombre de participants de 252. Ceci fait un taux de participation de 19,1 %.

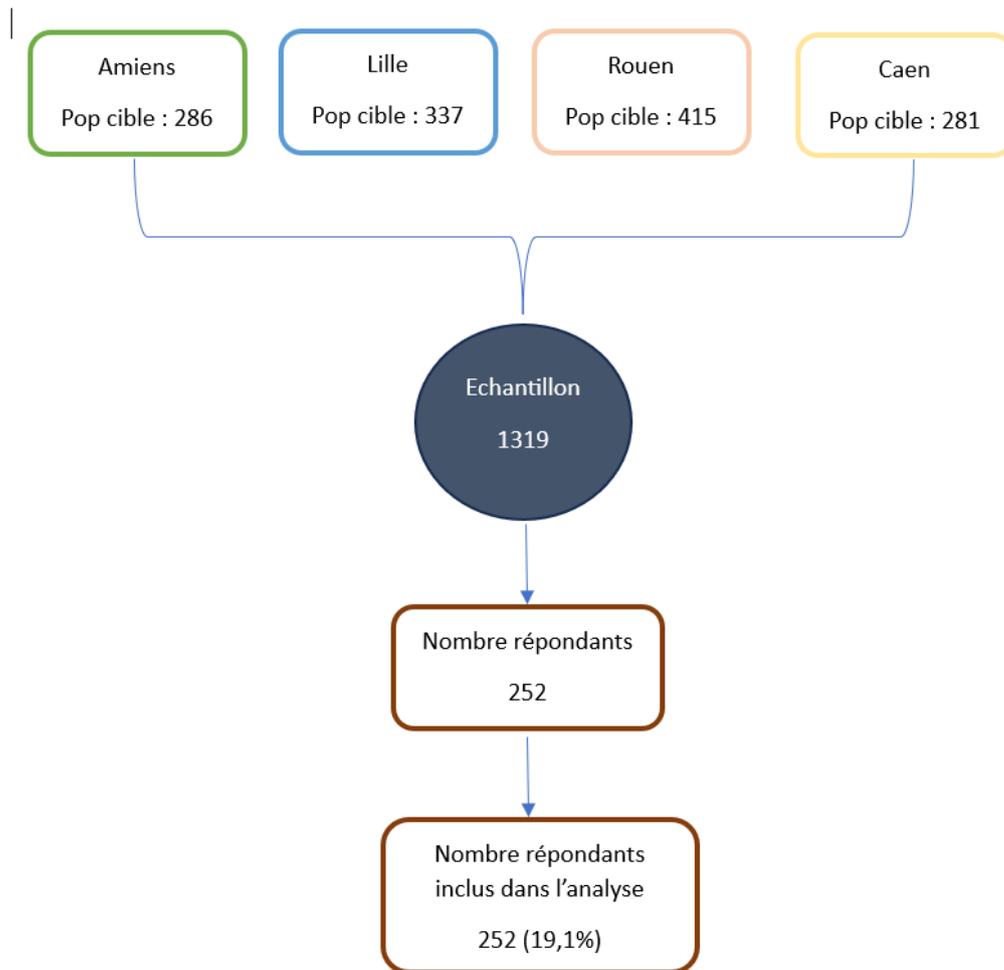


Figure 5 : Diagramme de flux représentant la population étudiée

3. Caractéristiques socio-démographiques

a. **Âge et sexe de la population étudiée**

Au sein de notre étude qui comprenait in fine 252 personnes répondantes, l'âge moyen des participants était de 28,9 ans avec un écart-type à 2,3 ; et une étendue assez large avec des âges allant de 25 à 40 ans.

Les femmes représentaient 63,9% soit 161 internes et jeunes médecins ayant répondu à l'étude alors que les hommes en représentaient 36,1 % soit 91 personnes ce qui amène à un sex-ratio de 0,57.

Aucun participant n'a répondu non-binaire à la question posée sur le genre.

b. La situation familiale

La majorité des répondants au questionnaire était en couple lors de la période de diffusion de l'étude dont la question posée était si le participant était marié, en concubinage ou pacsé ce qui correspondait à 177 personnes dans l'étude soit 79 %.

21 % des internes et jeunes médecins sondés étaient célibataires au moment de remplir le questionnaire.

Par rapport au fait d'avoir des enfants ou non, parmi les 252 personnes ayant répondu au questionnaire, 53 ont indiqué avoir un ou des enfants actuellement soit 21 % des participants de l'étude.

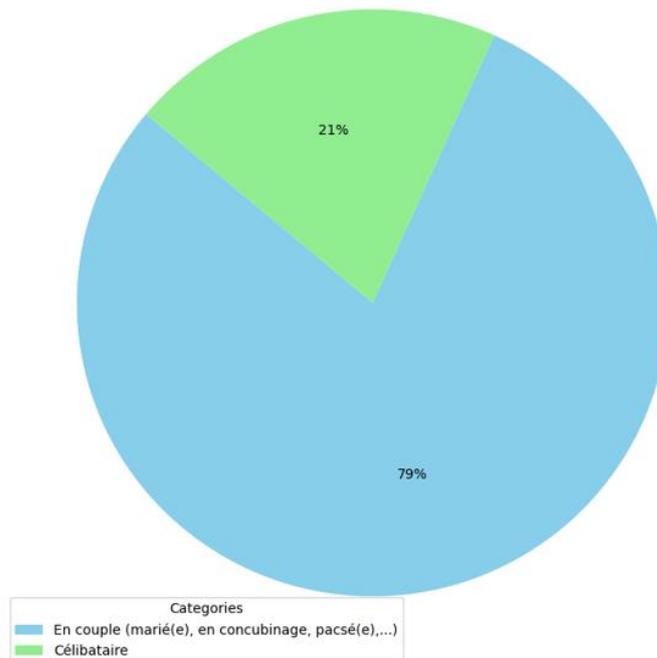


Figure 8 : Diagramme représentant la situation familiale

c. La situation professionnelle du ou de la conjoint.e

Il était important afin d'analyser le projet professionnel de demander la situation professionnelle du conjoint. Ainsi, nous pouvons remarquer que 194 des conjoints des personnes ayant répondu au questionnaire avaient un emploi au moment de remplir le questionnaire.

Parmi ces 194, 58 sont professionnels de santé soit 28,6 % dont 35 sont internes de médecine ou autre.

d. Origine géographique

Parmi les personnes ayant répondu au questionnaire, une majorité relative semblait se dessiner avec des internes ou jeunes médecins provenant de zones urbaines pour 96 d'entre elles soit 38 % des répondants.

Cependant, 84 ont indiqué provenir de zones semi-rurales représentant 33 % des répondants et 72 ont indiqué provenir de zones et territoires ruraux, soit 29 % d'entre eux.

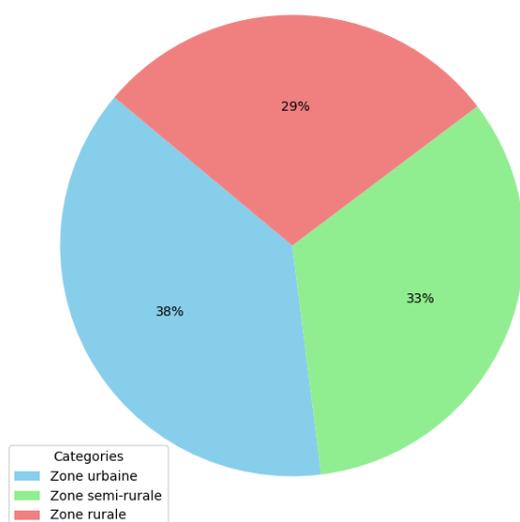


Figure 6 : Répartition parmi les 252 participants à l'étude en fonction de leur zone géographique d'origine.

4) Parcours de formation

a. Ville d'origine pendant l'externat (ou deuxième cycle des études médicales)

Parmi les participants à l'étude, nous pouvons noter que dans les quatre subdivisions : Amiens, Lille, Rouen et Caen, le nombre d'internes ayant réalisé leur externat dans ces quatre villes est le plus important avec respectivement 75, 54, 43 et 38 participants qui ont réalisé leur deuxième cycle dans ces quatre subdivisions.

Dix participants ont répondu avoir réalisé leur deuxième cycle en région Île-de-France puis nous avons une moindre proportion d'internes et de jeunes médecins ayant répondu avoir réalisé leur externat dans d'autres subdivisions notamment dans les régions Grand-Ouest et Nouvelle-Aquitaine.

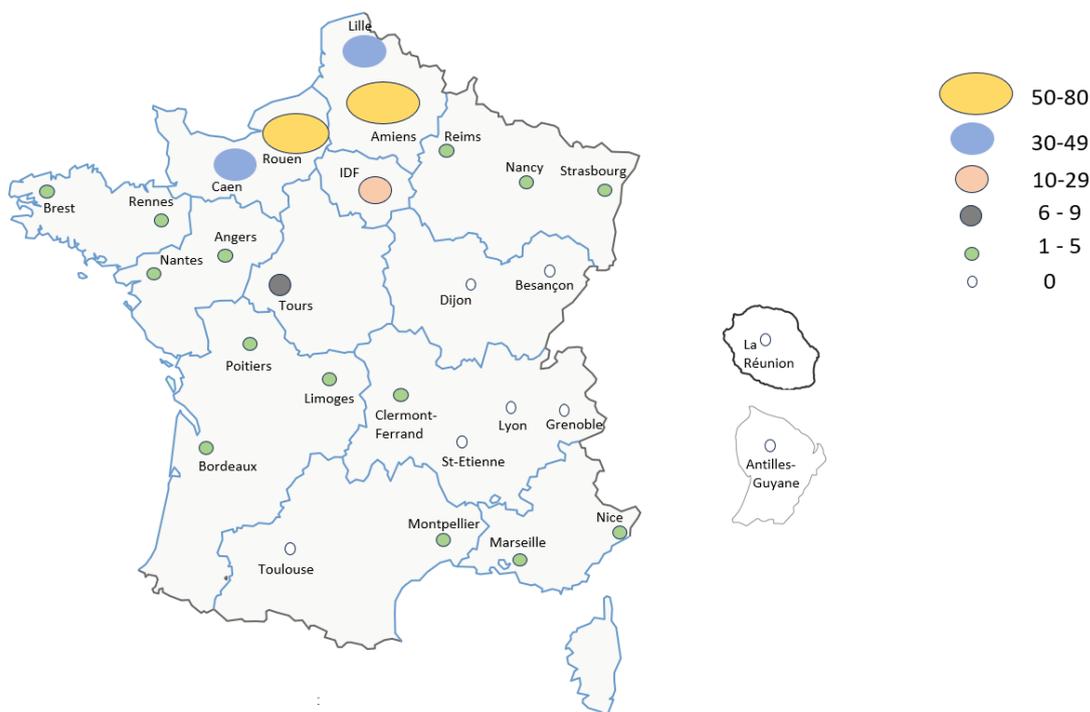


Figure 7 : Cartographie montrant la répartition géographique de la ville d'externat (ou deuxième cycle d'études médicales) parmi les 252 participants.

b. Subdivision pendant l'internat

Parmi les participants, 98 des internes et jeunes médecins sondés avaient fait leur internat à Amiens ce qui représente environ 39 % des réponses. 66 l'avaient réalisé à Rouen soit 26% alors que nous retrouvons seulement 24 réponses pour Lille (9,5%).

Enfin, en ce qui concerne la ville de Caen, 64 personnes ont répondu avoir fait l'internat dans cette subdivision soit 25%.

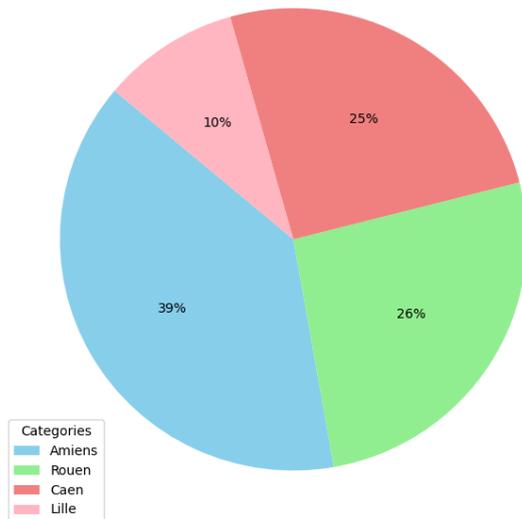


Figure 8 : Diagramme de répartition des internes en fonction de la zone de réalisation d'internat

c. Année des Épreuves Classantes Nationales

Nous pouvons remarquer que parmi les personnes sondées, 94 sont issues de la promotion ECNi 2021 ce qui signifie que ces personnes sont actuellement en fin d'internat et représentent environ 37 % des participants à l'étude.

43 personnes ont terminé leur troisième cycle (ou internat) depuis 3 ans et sont les personnes issues des ECNi 2018, ce qui représente 17 % des participants.

Par ailleurs, 68 personnes sont issues des ECNi 2020 et 47 proviennent des ECNi 2019 ce qui représente environ 27% et 18,7 % respectivement.

d. Connaissances et recours au CESP

Deux questions ont été posées vis-à-vis de ce dispositif et ont été précédées d'une notice d'explications au départ afin de pouvoir poser le contexte.

La majorité des internes et jeunes médecins ayant répondu au questionnaire avait connaissance de ce dispositif pendant leurs études, représentant 98% des participants.

Cependant, nous notons que seulement 35 personnes (soit 13,9%) y ont eu recours pendant leur deuxième et/ou troisième cycle.

e. Parcours ambulatoire en stage

Les stages ambulatoires font partie des stages à réaliser dans le cadre de la maquette de Médecine Générale.

Dans les deux régions dans lesquelles nous avons étudié le parcours professionnel des participants, il existe une répartition territoriale avec plusieurs zones semi-rurales voire rurales mais quelques zones urbaines sont à considérer également dans les terrains de stages proposés.

Concernant la répartition géographique, nous retrouvons une nette majorité des participants ayant réalisé leur stage en zone semi-rurale pour 92 % des internes et jeunes médecins sondés au sein de l'étude.

Toutefois, 68 % des répondants ont réalisé un ou plusieurs stages en zone urbaine. Parmi les stages ambulatoires, nous retrouvons notamment le Stage praticien de niveau 1 (SN1), le Stage praticien de niveau 2 (SN2) et le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Ces deux derniers stages s'ils sont réalisés le sont en dernière année d'internat (ou deuxième année de la phase d'approfondissement).

Concernant les modalités pratiques d'exercice de ces stages, une proportion similaire parmi les internes ou anciens internes interrogés a réalisé son stage au sein d'une MSP ou pôle de santé et/ou au sein d'un cabinet de groupe pour 78 % et 83 % respectivement.

Un peu moins de stagiaires ont été rencontrés au sein de cabinets individuels pour 57,5 % des participants.

L'étude s'intéressait également à la réalisation ou non d'un stage en SASPAS. En effet, la maquette de Médecine Générale qui était en vigueur pour la population étudiée soit celle de 2017, implique la réalisation pendant la phase d'approfondissement d'un stage en autonomie supervisée (SASPAS ou stage de niveau 2). Le SASPAS a pour vocation d'apporter à un interne une autonomie pendant les consultations et, dans l'étude et parmi les quatre subdivisions étudiées, 82 % des répondants ont pu réaliser ce type de stage.

Il était intéressant en outre au sein de la population étudiée de définir si le stage a pu être formateur pour les internes ou anciens internes. Cette question n'était pas obligatoire et était adressée aux personnes ayant réalisé un SASPAS, donc toute la population n'a pas répondu à cette question.

86 % des répondants ont indiqué avoir eu un stage formateur pendant leur SASPAS.

Parmi les critères, nous pouvons retrouver chez une large majorité des personnes ayant répondu à l'étude, une séniorisation satisfaisante des prises en charge en rétroaction avec des debriefing de qualité. Cela leur a permis de nettement renforcer leur autonomie et la relation soignant-soigné.

Les avantages de ce stage ont aussi porté sur l'apprentissage de l'administratif qui était peu appréhendé lors des stages hospitaliers mais aussi la gestion d'un cabinet médical, des logiciels, de la comptabilité ainsi que des différentes modalités d'exercices possibles.

Il en est ressorti que les stages SASPAS réalisés en MSP ou Pôles de santé ont été agréablement vécus en raison de la possibilité d'avoir recours à d'autres professionnels de santé en cas de nécessité, de pouvoir échanger avec des confrères à propos de situations vécues difficiles.

Aussi, l'accessibilité aisée à des objets connectés comme l'électrocardiogramme avec interface cardiologie ou encore l'échographie a pu être appréciée des internes ayant réalisé le stage en MSP.

Cependant, parmi les personnes n'ayant pas eu une bonne expérience en stage SASPAS, la plupart indiquent un manque de séniorisation avec peu de rétroactions et l'impression d'être laissés pour compte seuls au cabinet. La plupart indiquaient également avoir eu peu de réunions de concertation pluri-professionnelles ce qui a pu être vécu comme frustrant.

Enfin, dans l'étude, nous avons pu demander si, immédiatement à la fin de l'internat parmi les personnes interrogées dans l'étude, le projet professionnel s'inscrivait selon un mode d'exercice ambulatoire. 88,5 % y ont répondu favorablement.

f. Formation théorique et pratique

Parmi les personnes sondées, 76,6 % sont satisfaites de la subdivision qu'elles ont choisie en termes de formation pratique et théorique au cours de leur troisième cycle. Une question a été posée à destination des personnes qui n'étaient pas satisfaites et cela au sein des quatre subdivisions étudiées.

Parmi ces personnes, 50 % indiquent avoir eu un manque de cours pratiques pendant les enseignements hors stage. En effet, parmi les réponses collectées, les internes et anciens internes, parmi les quatre subdivisions confondues, étaient satisfaits des cours théoriques mais

auraient souhaité plus d'enseignements sur les aspects pratiques de la gestion de cabinet, des démarches liées à l'installation, ...

14 % ont signalé avoir rencontré des difficultés à réaliser leur Récit d'une Situation Complexe et Authentique (RSCA) et ont complété en indiquant qu'ils auraient aimé avoir plus de vignettes explicatives afin de les guider dans la réalisation de cet écrit universitaire et ce notamment lors de la première année de leur troisième cycle.

8 % des internes n'ayant pas été satisfaits de leur formation théorique et/ou pratique pendant leur internat ont martelé avoir été isolés lors de leur stage hospitalier, avec un manque criant d'encadrement et le sentiment de ne pas avoir été dans un stage formateur pour la maquette de médecine générale. Cela était notamment le cas en gynécologie avec également 8 % des internes ou anciens internes qui indiquaient ne pas avoir été suffisamment formés à la pratique de cette discipline.

g. Remplacement pendant l'internat (ou troisième cycle)

Au cours de l'internat, 58 % des internes et anciens internes sondés ont déclaré avoir effectué un ou plusieurs remplacements en libéral soit 146 des personnes interrogées.

Avant de répondre à la question, une petite note explicative succédait à l'intitulé de la question afin que les participants puissent décrire la zone et les modalités d'exercice du lieu de remplacement dans lequel ils avaient le plus travaillé. En effet, plusieurs ont remplacé sur des sites différents.

Parmi les personnes ayant indiqué avoir réalisé des remplacements pendant leur internat, 46,8 % soit 118 personnes ont remplacé dans des zones semi-rurales alors que 26,2 % en ont réalisé en zone urbaine soit 66 personnes.

Les cabinets de groupes étaient les lieux d'exercice majoritaires (39,7 %) alors que les cabinets individuels ne représentaient qu'une faible part des lieux de remplacement (15 %). De façon intermédiaire, 28,6 % des personnes interrogées ayant fait des remplacements au cours de leur troisième cycle, l'ont fait au sein de MSP et/ou Pôles de Santé.

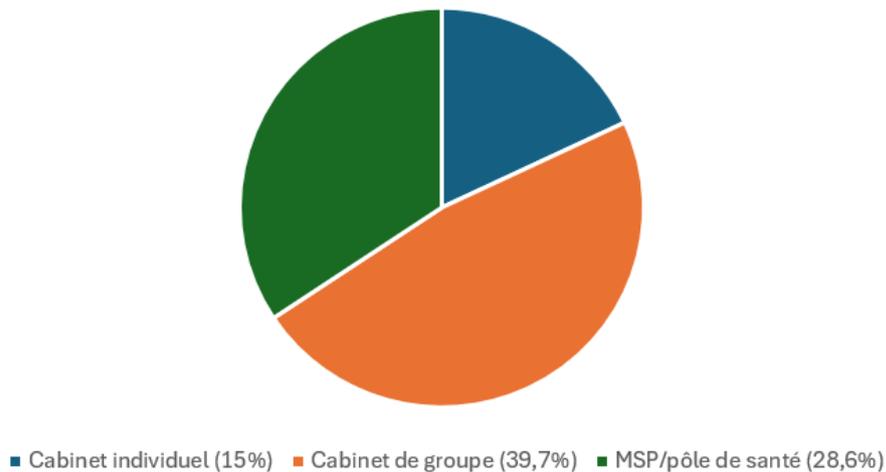


Figure 9 : Répartition des internes/anciens internes ayant réalisé des remplacements pendant leur 3e cycle en fonction du lieu de remplacement.

h) Réalisation de Diplômes (Inter-) Universitaires : DU/DIU

Enfin, dans un objectif de vouloir apprécier de manière globale le parcours de formation des participants, il a été demandé s'il était envisagé qu'un ou plusieurs DU/DIU soient réalisés pendant l'internat ou s'ils étaient envisagés voire effectués à l'issue du troisième cycle des études médicales.

Sur les 252 personnes ayant participé à l'étude, 87 (soit 35 %) souhaitent ou ont déjà réalisé un ou plusieurs DU/DIU.

Parmi ceux qui reviennent le plus fréquemment, nous retrouvons ceux de médecine esthétique, gynéco-pédiatrie, soins palliatifs, addictologie et traumatologie du sport.

De manière plus anecdotique, nous pouvons retrouver un intérêt chez certains internes pour le DU d'ostéopathie fonctionnelle ou de médecine maritime.

5) Analyse du projet professionnel parmi les internes et jeunes médecins de l'étude

a. Situation professionnelle actuelle

Parmi les internes et jeunes médecins qui ont été interrogés lors de l'étude, la majorité concerne des **internes non thésés et remplaçants en Médecine Générale**.

Pour rappel, notre étude portait sur des personnes ayant passé les ECNi entre 2018 et 2021, c'est-à-dire des internes en fin de troisième cycle ou des jeunes médecins ayant fini leur internat avec un maximum de 3 ans.

20 % concernent des internes non thésés et non remplaçants et 24 % sont thésés donc docteurs en Médecine Générale et remplaçants.

Seules 9 % des personnes sondées lors de l'étude étaient thésées et installées au moment du recueil des réponses avant la fin du premier semestre 2024. Une part plus infime (2%) concerne d'autres statuts qui s'intercalent entre celui de remplaçant et d'installé en Médecine Générale correspondant au statut de collaborateur en Médecine Générale.

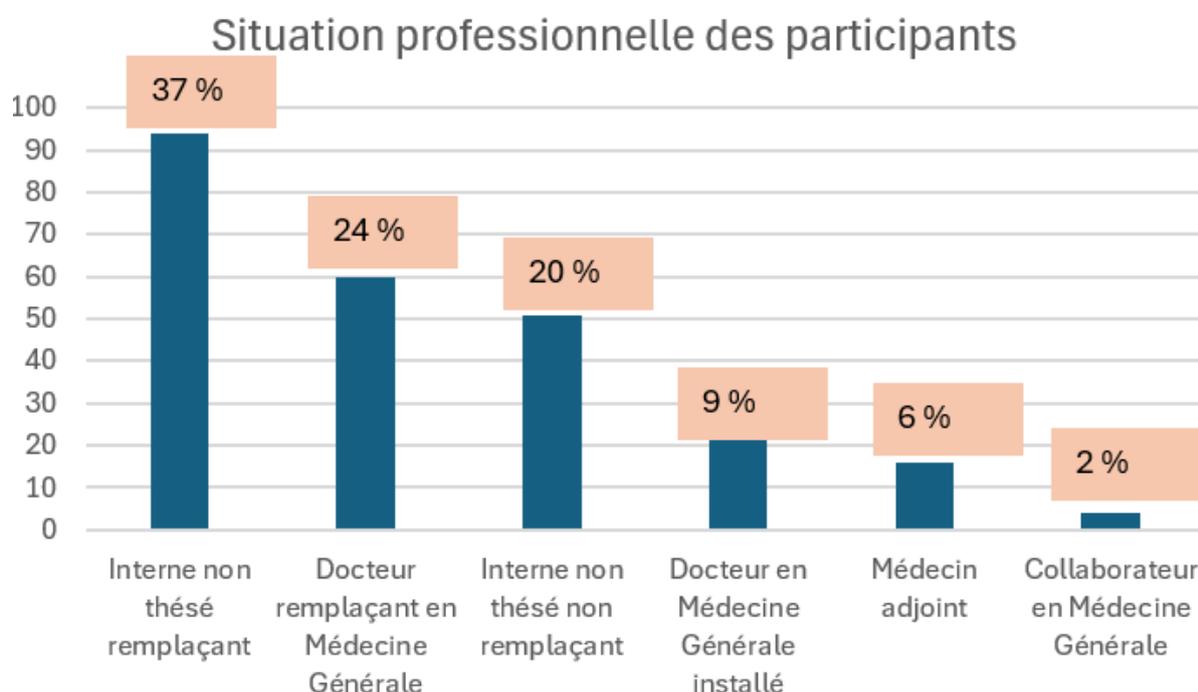


Figure 10 : Histogramme représentant la situation professionnelle des participants à l'étude au moment de la diffusion du questionnaire.

b. Projet professionnel à court terme parmi les répondants (dans les 3 ans post-internat)

Avant d'analyser le projet professionnel vers lequel les internes et jeunes médecins souhaitent évoluer au long terme, il paraissait intéressant d'affiner ce projet à plus court terme et d'avoir un aperçu en périphérie du troisième cycle de l'internat.

Parmi les répondants à l'étude, 37 % ont indiqué vouloir réaliser des remplacements exclusifs et la même proportion (37 %) souhaitent directement s'installer dans les trois ans à l'issue de l'internat.

Nous remarquons également que 20 % des personnes sondées envisagent une activité mixte (pouvant être hospitalo-libérale, ou avec une activité de PMI , salariée, ...)

15 % des internes et jeunes médecins envisagent une activité en tant que collaborateur en Médecine Générale avec un médecin généraliste déjà installé.

Une part des personnes interrogées souhaite exercer une activité hospitalière à l'issue de l'internat soit 9 %. Quatre participants ont indiqué vouloir faire du salariat exclusif et notamment en PMI. Certains internes ou jeunes médecins thésés étaient sans idée de projet professionnel ou étaient face à une indécision vis-à-vis des différentes opportunités possibles.

Enfin, deux répondants ont indiqué vouloir une **reconversion professionnelle avec arrêt de la médecine.**

Trois internes ont indiqué vouloir réaliser dans les 3 années à venir des remplacements exclusifs étant donné que les contraintes administratives étaient excessives et voulaient prendre le temps de s'organiser.

Certains internes ou jeunes médecins récemment diplômés avançaient la notion de projet professionnel qui n'était pas encore défini et voulait avoir un certain temps de réflexion afin de le construire en plusieurs années.

Certains internes et jeunes médecins souhaitant dans les trois prochaines années exercer au titre de remplaçant en Médecine Générale ont indiqué vouloir choisir ce mode en raison de la situation de leur conjoint ou conjointe qui sont en recherche d'emploi.

Projet professionnel dans les 3 ans

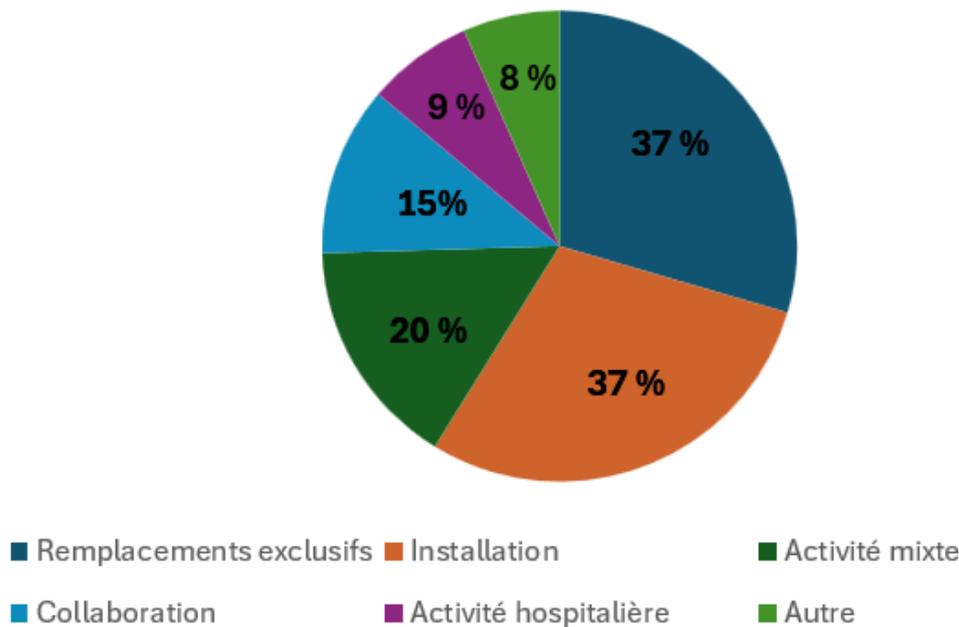


Figure 11 : Graphique en secteur représentant la répartition de l'activité professionnelle souhaitée dans les 3 ans post-internat chez les personnes sondées.

c. Activité professionnelle envisagée au long terme

Parmi les personnes sondées au sein de l'étude et qui ne sont pas encore installées au moment de la diffusion du questionnaire, **46 % envisagent de réaliser une activité libérale exclusive** au long terme. Mais cela est suivi de très près par les internes et jeunes médecins qui souhaiteraient **réaliser un exercice mixte (39 %)**.

Très peu envisagent de réaliser un exercice hospitalier exclusif représentant seulement 5 % des personnes interrogées. De façon plus large, seulement 4 % envisagent une activité salariée seule lors de leur carrière professionnelle.

Parmi les personnes qui souhaitent réaliser une activité mixte et notamment dans le salariat, l'exercice en PMI revient régulièrement avec des activités de gynéco-pédiatrie et de planning familial/contraception.

Quelques internes envisagent une activité de régulation au sein du **Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)**. Parmi les personnes qui souhaitent avoir une part d'exercice en milieu hospitalier sans pour autant que cela soit exclusif, la recherche de travail en équipe et en pluridisciplinarité en est la raison principale.

Certains internes ont indiqué vouloir aussi cet exercice afin d’avoir accès plus facilement à l’actualisation des connaissances médicales et au développement professionnel continu.

Certains ont indiqué aussi vouloir exercer en parallèle une activité universitaire et cherchent des postes d’assistants hospitaliers ou encore ne désiraient pas avoir de patientèle à suivre au long terme.

En ce qui concerne les personnes souhaitant réaliser des remplacements exclusifs tout au long de leur carrière professionnelle, la raison tient du fait qu’elles souhaitent éviter les rouages des tâches administratives en libéral. Nous retrouvons notamment la notion de “pressurisation lors de l’installation” et un sentiment d’anxiété vis-à-vis d’un tel projet.

Enfin, les participants qui souhaitent réaliser une activité mixte expliquent vouloir varier leur activité et développer de nouvelles compétences, un réseau de soins, ...

Projet professionnel au long terme

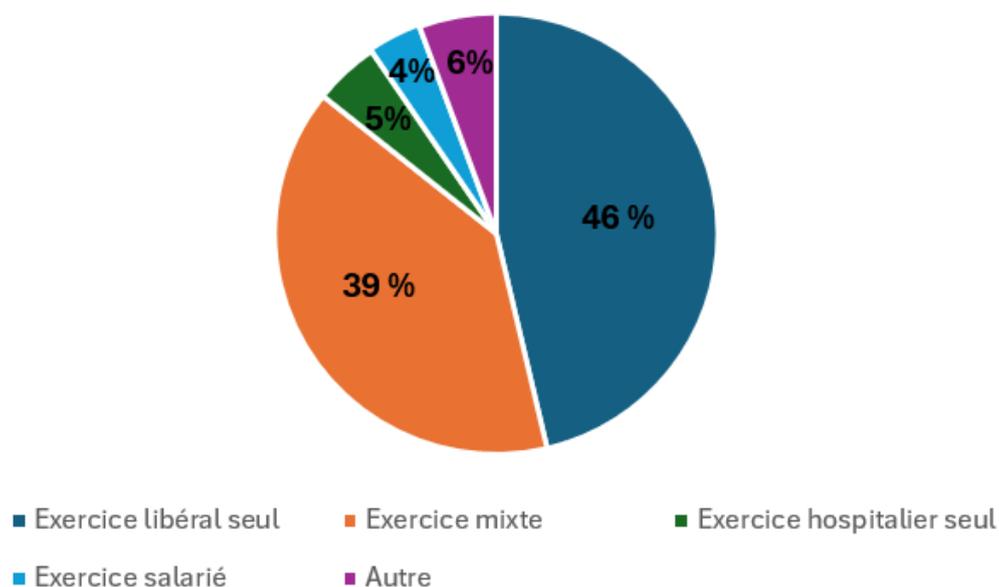


Figure 12 : Graphique en secteurs illustrant la répartition de l'exercice souhaité des futurs médecins sondés dans l'étude au long terme

d. Modalités de l'exercice libéral envisagées

La majorité des personnes ayant répondu à l'étude et qui souhaitent exercer une activité exclusive ou non, **préfèrent exercer en milieu semi-rural pour 73 % d'entre elles**. 27 % des répondants souhaitant une activité libérale souhaiteraient exercer en milieu urbain et 23 % souhaitent à l'inverse exercer au sein des zones rurales.

Par rapport à la structure d'exercice envisagée par les internes et jeunes médecins sondés voulant exercer exclusivement ou non une activité libérale, **70 % souhaitent exercer en cabinet de groupe et 64 % en MSP**.

Seuls 9,5 % des répondants souhaitent exercer en cabinet individuel.

Plusieurs internes ont indiqué préférer l'exercice semi-rural afin de pouvoir personnaliser leur emploi du temps selon leur vie de famille et leurs attentes personnelles. Certains internes indiquent même préférer le milieu semi-rural car les patientèles y sont le plus souvent plus agréables, plus familiales.

Une interne a indiqué que le milieu semi-rural était pour elle un choix lui permettant un bon équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle.

Trois jeunes médecins ayant terminé leur internat envisagent exclusivement une installation en cabinet individuel par peur d'une mésentente entre leurs confrères/consœurs.

e. Projet professionnel universitaire ?

De manière générale, environ **43 % des participants à l'étude souhaitent réaliser de la maîtrise de stage universitaire (MSU)** en parallèle de leur activité de soins.

Cependant, seulement 9 % des participants à l'étude soit 23 personnes ont répondu vouloir exercer une activité universitaire en parallèle de l'activité clinique impliquant au minimum un clinicat ou un assistantat universitaire de Médecine Générale.

f. Lien entre l'année de réalisation des ECNi et le projet professionnel

Nous pouvons remarquer que les internes et jeunes médecins issus de la promotion des ECNi 2019 ont davantage pour projet de s'installer de façon significative par rapport aux personnes issues des autres promotions avec un *p-value* à 0,01.

Au sein de la promotion 2020, les jeunes médecins qui en sont issus ont de façon similaire un projet d'installation mais aussi pour une grande partie des remplacements exclusifs sur du long terme et/ou au moins pendant plusieurs années.

Les données sont un peu plus dispersées pour la promotion 2021 avec une tendance cependant pour les remplacements exclusifs.

Promotion ECNi	Autre 21 (6.6%)	Activité hospitalière 23 (7.23%)	Activité mixte 50 (15.72%)	Collaboration 37 (11.64%)	Installation 93 (29.25%)	Remplacements exclusifs 94 (29.56%)	p-value
ECNi 2018	9 (19.15%)	2 (4.26%)	7 (14.89%)	6 (12.77%)	10 (21.28%)	13 (27.66%)	0,01
ECNi 2019	2 (4.17%)	1 (2.08%)	9 (18.75%)	5 (10.42%)	21 (43.75%)	10 (20.83%)	
ECNi 2020	5 (5.32%)	12 (12.77%)	9 (9.57%)	10 (10.64%)	29 (30.85%)	29 (30.85%)	
ECNi 2021	5 (3.88%)	8 (6.2%)	25 (19.38%)	16 (12.4%)	33 (25.58%)	42 (32.56%)	

Tableau 1 : Répartition de l'activité professionnelle envisagée par les participants en fonction de leur année de réalisation des ECNi

g. Projet professionnel et lien avec la satisfaction du parcours de formation pendant le troisième cycle

Il semble exister un lien dans l'étude entre le fait d'être satisfait de la formation théorique et pratique dispensée pendant le troisième cycle (ou l'internat) et le projet professionnel.

En effet, les personnes satisfaites de la formation qui leur a été prodiguée pendant l'internat semblent davantage vouloir s'installer. A contrario, les personnes qui n'ont pas indiqué avoir été satisfaites de leur formation, semblent choisir les remplacements exclusifs.

Cependant, ce lien n'a pas été retrouvé de façon significative étant donné que nous obtenons un *p-value* à 0,08 soit supérieur à notre risque de première espèce dont le seuil est fixé à 0,05.

Satisfaction par rapport à la formation	Autre 21 (6.6%)	Activité hospitalière 23 (7.23%)	Activité mixte 50 (15.72%)	Collaboration 37 (11.64%)	Installation 93 (29.25%)	Remplacements exclusifs 94 (29.56%)	p-value
Non	7 (9.72%)	7 (9.72%)	13 (18.06%)	3 (4.17%)	16 (22.22%)	26 (36.11%)	0,08
Oui	14 (5.69%)	16 (6.5%)	37 (15.04%)	34 (13.82%)	77 (31.3%)	68 (27.64%)	

Tableau 2 : Répartition de l'activité professionnelle envisagée par les participants en fonction de leur satisfaction vis-à-vis de la formation théorique et pratique dispensée pendant le troisième cycle.

h. Impact des données socio-démographiques sur le projet professionnel des répondants

1. Sexe et activité envisagée

Dans l'étude qui a été réalisée, nous ne retrouvons pas de lien entre le sexe des personnes ayant participé à l'enquête par rapport au projet professionnel envisagé. En effet, le p-value obtenu lors des comparaisons est à 0,39 supérieur à la valeur seuil de 0,05.

Genre	Autre 21 (6.6%)	Activité hospitalière 23 (7.23%)	Activité mixte 50 (15.72%)	Collaboration 37 (11.64%)	Installation 93 (29.25%)	Remplacements exclusifs 94 (29.56%)	p-value
Féminin	11 (5.53%)	10 (5.03%)	32 (16.08%)	24 (12.06%)	60 (30.15%)	62 (31.16%)	0,39
Masculin	10 (8.4%)	13 (10.92%)	18 (15.13%)	13 (10.92%)	33 (27.73%)	32 (26.89%)	

Tableau 3 : Répartition de l'activité professionnelle envisagée par les participants en fonction de leur genre.

Par ailleurs, dans l'étude, nous avons aussi étudié l'impact du sexe sur le type de structure et la zone d'exercice souhaités par les participants. Nous ne trouvons pas non plus de lien significatif en fonction du fait d'être un homme ou une femme et le type d'activité choisi ni en ce qui concerne les zones rurales, semi-rurales ou urbaines.

En effet, nous obtenons après avoir fait un test de *Chi2*, un p-value de 0,83 soit supérieur au risque alpha de 5 %.

Genre	Milieu rural	Milieu semi-rural	Milieu urbain	Exercice en cabinet de groupe	Exercice en cabinet individuel	Exercice en maison de santé pluridisciplinaire	p-value
Féminin	35 (8,01 %)	120 (27,46 %)	47 (10,76%)	116 (26,54%)	13 (2,97%)	106 (24,26%)	0,83
Masculin	22 (9,36 %)	64 (27,23%)	21 (8,94%)	61 (25,96%)	11 (4,68%)	56 (23,83%)	

Tableau 4 : Etude de la relation entre le genre des participants et le type d'exercice souhaité ainsi que la zone d'exercice.

2. Situation maritale et du conjoint sur le projet professionnel

Il semble exister un lien entre la situation maritale des internes et jeunes médecins ayant répondu à l'étude et le projet professionnel envisagé. En effet, nous remarquons une tendance préférentielle pour les remplacements exclusifs chez les personnes célibataires pour 43,6 % d'entre elles alors que 12,9 % souhaitent s'installer.

De manière différente, les personnes en couple, mariées ou non, ont une tendance à préférer l'installation pour 33,2 % d'entre elles alors que les remplacements exclusifs ne concernent que 26,2 % des jeunes médecins en couple.

Après comparaison et selon le test de Chi² de *Pearson*, ce lien revient significatif avec un p-value à 0,02 soit inférieur au risque alpha fixé.

Situation maritale	Autre 21 (6.6%)	Activité hospitalière 23 (7.23%)	Activité mixte 50 (15.72%)	Collaboration 37 (11.64%)	Installation 93 (29.25%)	Remplacements exclusifs 94 (29.56%)	p-value
Célibataire	4 (6.45%)	4 (6.45%)	12 (19.35%)	7 (11.29%)	8 (12.9%)	27 (43.55%)	0,02
En couple (pacsé(e), marié(e), concubinage,...)	17 (6.64%)	19 (7.42%)	38 (14.84%)	30 (11.72%)	85 (33.2%)	67 (26.17%)	

Tableau 5 : Répartition de l'activité professionnelle envisagée par les participants en fonction de leur situation maritale.

Taux de répartition du projet professionnel en fonction de la situation maritale

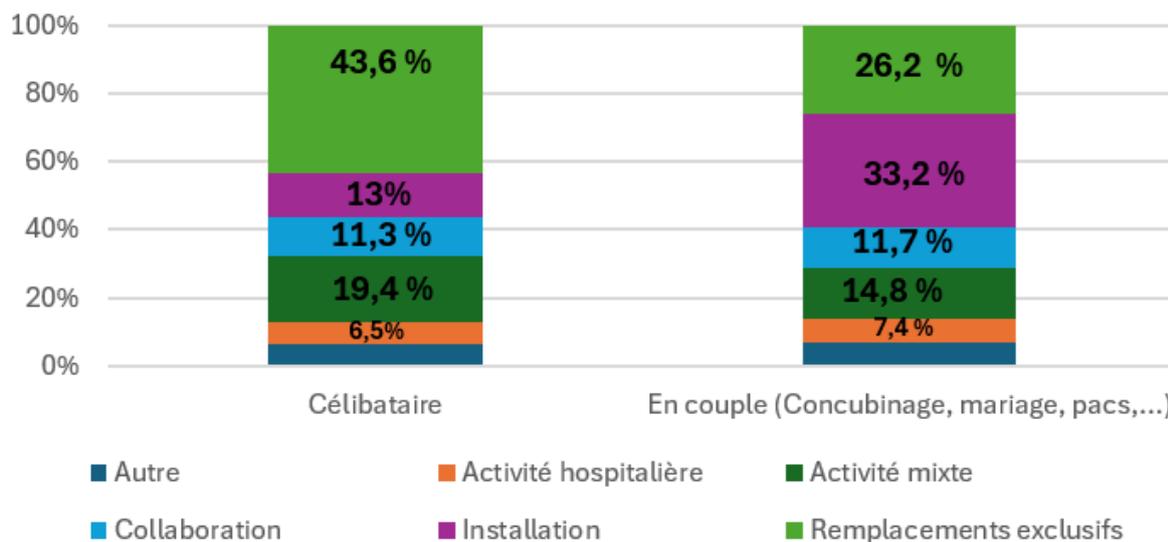


Figure 13 : Graphique représentant la répartition du projet professionnel en fonction de la situation maritale.

i) Impact des remplacements pendant l'internat sur le projet professionnel

Il semble exister un lien entre le fait d'avoir réalisé des remplacements en activité libérale pendant le troisième cycle et le projet professionnel.

En effet, nous notons une tendance à l'installation plus importante chez les personnes **ayant remplacé pendant l'internat** (34% des personnes ayant déjà remplacé une ou plusieurs fois) par rapport à celles qui n'ont jamais remplacé et qui vont tendre vers des remplacements exclusifs à l'issue du **DES de Médecine Générale** (34 % des personnes n'ayant fait aucun remplacement pendant l'internat).

Cependant, ce lien n'a pas été confirmé par le Test de Chi² de *Pearson* retrouvant un p-value à 0,08, ce qui est indicatif mais pas de significativité étant donné la supériorité vis-à-vis du risque de première espèce à 5 %.

Remplacements en libéral pendant l'internat	Autre 21 (6.6%)	Activité hospitalière 23 (7.23%)	Activité mixte 50 (15.72%)	Collaboration 37 (11.64%)	Installation 93 (29.25%)	Remplacements exclusifs 94 (29.56%)	p-value
Non	8 (5.76%)	13 (9.35%)	28 (20.14%)	13 (9.35%)	32 (23.02%)	45 (32.37%)	0,08
Oui	13 (7.26%)	10 (5.59%)	22 (12.29%)	24 (13.41%)	61 (34.08%)	49 (27.37%)	

Tableau 6 : Répartition de l'activité professionnelle en fonction de la réalisation ou non de remplacements en libéral pendant l'internat

j) Impact des actualités politiques sur la liberté d'installation et le projet professionnel des futurs médecins généralistes

Nous pouvons remarquer parmi les personnes inquiètes quant à l'avenir de la médecine libérale et des menaces planantes sur la liberté d'installation un choix plus incertain avec une majorité hésitant plutôt vers les remplacements exclusifs (85 %) ou la collaboration (81 %) voire l'activité hospitalière (74 %) plutôt que l'installation à proprement parler (67,8 %) bien que cette dernière observation n'ait pas été confirmée de façon significative avec un *p-value* à 0,08.

Inquiétude par rapport aux actualités politiques	Autre 21 (6.6%)	Activité hospitalière 23 (7.23%)	Activité mixte 50 (15.72%)	Collaboration 37 (11.64%)	Installation 93 (29.25%)	Remplacements exclusifs 94 (29.56%)	p-value
Non 78 (24,22%)	5 (20.0%)	6 (26.09%)	16 (32.0%)	7 (18.92%)	30 (32.26%)	14 (14.89%)	0,08
Oui 174 (75,8%)	20 (80.0%)	17 (73.91%)	34 (68.0%)	30 (81.08%)	63 (67.74%)	80 (85.11%)	

Tableau 7 : Choix du projet professionnel en fonction des possibles inquiétudes relatives aux actualités politiques récentes sur la liberté d'installation

6) Etude des freins à l'installation en libéral

a. Raisons évoquées pouvant constituer un frein à l'installation

Nous avons recensé au sein de cette étude les raisons qui pourraient être un frein à l'installation chez les internes et jeunes médecins.

Nous pouvons retrouver de manière décroissante que la majorité des répondants à l'étude pensent que les contraintes administratives et la réduction du temps des soins constituent un frein à une installation en libéral pour 81,4 % d'entre eux.

Les charges telles que les **impôts** et les charges que recouvre l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et des Allocations Familiales (**URSSAF**) représentent une raison majeure également des réticences à une installation parmi les jeunes médecins avec un taux de réponse à ce frein à 73,8 % de même pour ce qui concerne le temps consacré à la comptabilité.

Nous pouvons remarquer également que les contraintes pouvant peser sur l'avenir de l'exercice libéral en France ne restent pas en marge des freins perçus par les internes et jeunes médecins qui souhaitent débiter leur exercice. En effet, un peu **plus de la moitié des participants** pensent que cela peut être un frein (55,2 %).

De manière similaire, environ une personne sur trois parmi les participants à l'étude pense que l'exercice libéral amène à un certain isolement professionnel (35,3%) et est perçu comme une **limite à un équilibre entre la vie familiale et la vie professionnelle** (36,1%).

Ensuite, environ 20 % des internes et jeunes médecins pensent que le manque d'accompagnement à l'installation pendant le troisième cycle et au-delà constitue un frein pour s'installer.

Freins à l'installation en libéral

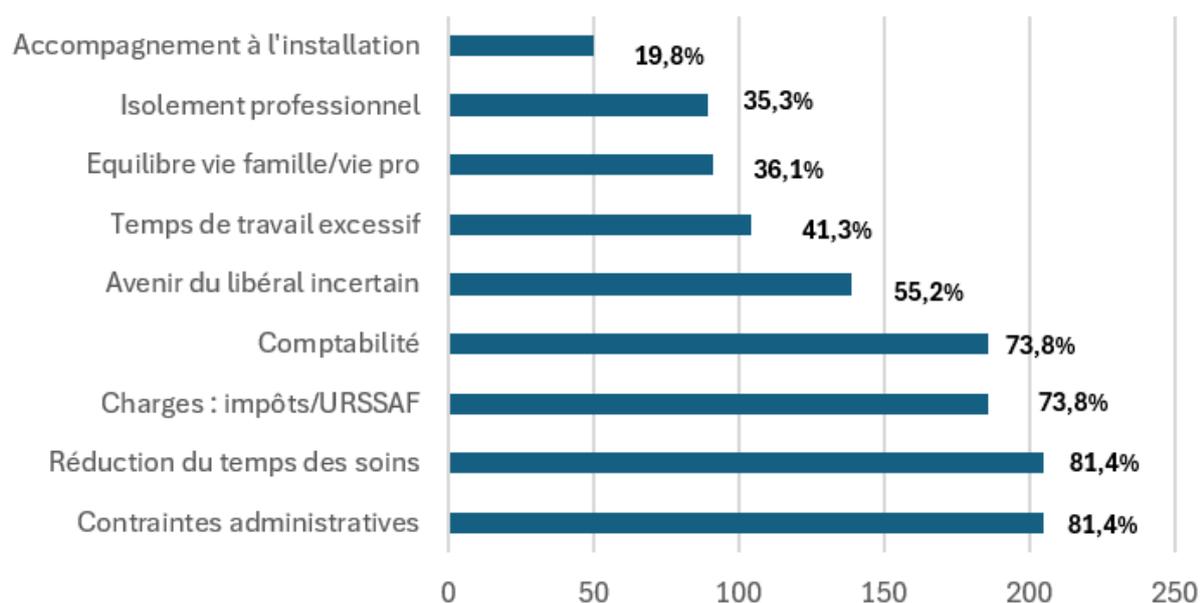


Figure 14 : Graphique en barres représentant les principaux freins à l'installation perçus par les internes et jeunes médecins ayant répondu à l'étude.

Des internes ont pu également souligner la difficulté de se projeter vers une installation pendant un projet de maternité notamment dans les premières années à l'issue du troisième cycle et que la protection sociale liée à la maternité était insuffisante dans l'univers libéral.

Deux internes ont répondu que l'installation en libéral était pour eux un frein étant donné la difficulté à posteriori de prévoir une mobilité/un déménagement qui pourrait faire suite à une mutation du conjoint ou de la conjointe ou pour d'autres impératifs personnels. Enfin, deux répondants ont toutefois pu souligner qu'ils ne voient aucun frein à s'installer en libéral.

Parmi les participants ayant répondu à l'étude, **75% d'entre eux** sont inquiets de l'avenir de la médecine dans le secteur libéral en regard des dernières actualités politiques. De façon subséquente, 27 % des personnes inquiètes à ce sujet ont changé de projet professionnel des suites des incertitudes sur la liberté à l'installation.

b. Réticences pour une installation dans des zones déficitaires en soins

Les zones dites sous-dotées ou déficitaires en soins sont des zones définies par les ARS de manière régulière définissant des Zones dites d'Intervention Prioritaire (ZIP) et d'Action Complémentaire (ZAC).

Au sein de notre étude, une notice explicative a été réalisée à destination des participants afin d'expliquer en amont l'origine de la détermination de ces dites zones.

La majorité des répondants à l'étude (70,6%) pense que l'installation en zone déficitaire est un frein en raison de l'éloignement géographique par rapport à leur domicile et de façon similaire, une majorité pense que les zones ZIP et ZAC sont peu attractives afin d'y envisager une installation sur le long terme (68,3%).

Les zones rurales avec peu de services à proximité tels que les commerces, lieux de culture,... sont repérées comme un frein pour plus de deux tiers des participants (67,1%).

De façon plus minoritaire, seuls 22 % des participants pensent que le fait d'avoir peu d'informations préalablement sur les aides à l'installation pourraient constituer un frein à l'installation en zones sous-denses.

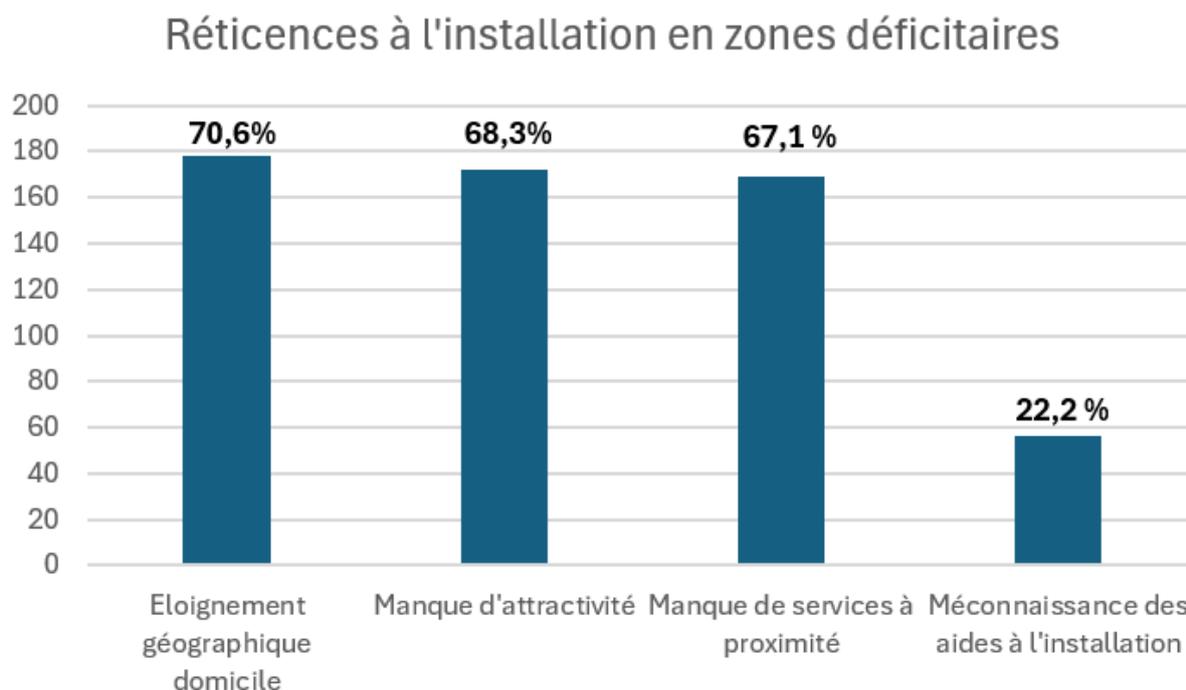


Figure 15 : Graphique en histogramme représentant les réticences à l'installation en zones sous-denses.

Des internes ont pu indiquer que s'installer en zones sous-denses représentait pour eux un frein/une inquiétude vis-à-vis du temps de travail que pourrait impliquer un tel exercice devant le sentiment de travailler de façon "pressurisée" sans aménagement possible de son emploi du temps. De même, certains s'inquiètent de la quasi-impossibilité de créer des créneaux d'urgence devant les demandes importantes de soins émanant des patients.

Quatre internes ont pu indiquer dans l'étude que pour eux l'installation en zones déficitaires impliquait, pour la plupart de ces zones, l'impossibilité d'accès à d'autres spécialités et notamment un isolement vis-à-vis des structures hospitalières.

c. Quelles solutions / quels leviers seraient envisageables pour remédier à la pénurie d'installation en libéral ?

Pour la majorité des personnes ayant répondu à l'étude, **soit 85,3% d'entre elles**, revaloriser l'acte de consultation (appelé le GS) est un levier incontournable afin de favoriser l'exercice en libéral chez les jeunes diplômés en Médecine Générale.

Plus de la moitié des participants (55,6%) estime également qu'il faudrait accompagner davantage les médecins récemment diplômés à s'installer, étant donné le nombre de démarches à effectuer à l'issue de la thèse et **un peu plus d'un tiers (34,5%)** des personnes sondées estiment qu'il faudrait accompagner à l'installation dès le début du troisième cycle donc dès l'entrée dans l'internat.

35,3% des personnes ayant répondu à l'enquête estiment qu'accompagner le ou la conjoint.e du médecin qui souhaite s'installer est un **atout considérable** pour favoriser l'installation et **permettre une vie de famille**.

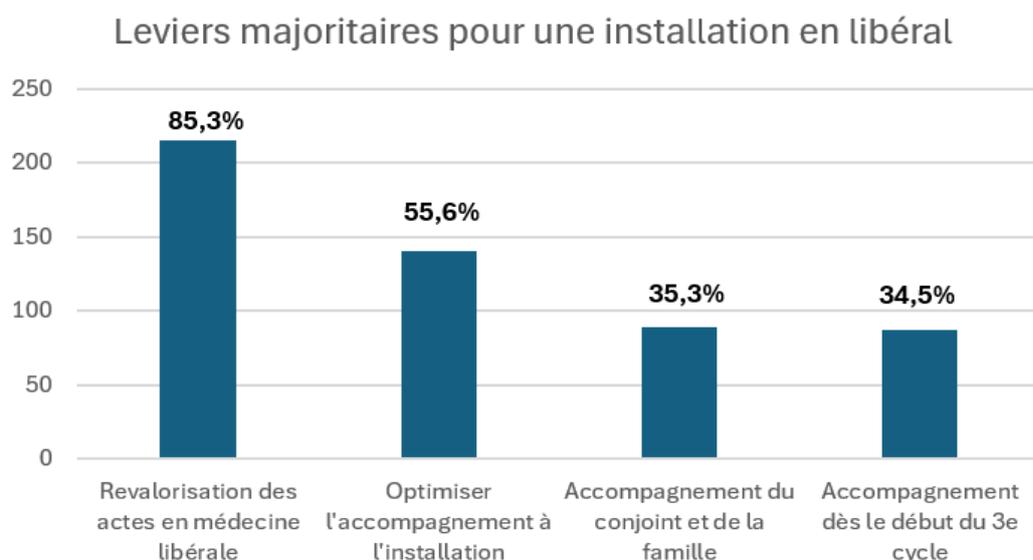


Figure 16 : Graphique en histogramme représentant les principaux leviers permettant une installation en libéral

D'autres leviers ont pu être soulignés par les internes et jeunes médecins ayant répondu à l'enquête :

Environ dix participants, en effet, estiment qu'il faudrait organiser pendant le troisième cycle par les collectivités et/ou départements, une découverte des territoires et notamment des territoires isolés afin d'accompagner au mieux vers une installation dans ces zones ou l'organisation de journées thématiques en ruralité.

Quatre internes estiment qu'il faudrait augmenter l'offre pour l'accueil des enfants en bas âge dans les villages notamment via les crèches, les maisons de famille, ...

Deux internes ont relevé l'idée d'avoir des enseignements concernant les démarches administratives à réaliser lors du début de l'installation.

Enfin, une interne a pu souligner qu'il devrait y avoir un meilleur accès aux autres spécialités et une meilleure coordination/mise en réseau entre médecins généralistes et autres spécialistes.

IV : DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

a) Limites de l'étude :

Au sein de cette étude, nous étions confrontés à plusieurs biais dont il est important d'en souligner certains contours.

Premièrement, nous étions confrontés à un biais de participation. La méthodologie de l'étude par questionnaire auto-administré nous expose à un risque d'avoir un taux de réponse assez faible. En effet, sur les 1319 personnes de la population cible qui pouvaient potentiellement répondre, seulement 252 ont répondu au questionnaire ce qui nous fait un taux de participation plutôt limité à 19,1 %.

Les données issues des logiciels d'enquêtes en ligne ou de sondage dont *SurveyMonkey*® indiquent par exemple qu'un taux de réponses inférieur à 10 % est considéré comme faible et que le taux moyen de réponses se situe plutôt autour de 20 à 30 %.

Aussi, le mode de diffusion du questionnaire sur les réseaux sociaux n'était guère suffisant afin d'augmenter le taux de participation. Il aurait été intéressant que les scolarités puissent diffuser le questionnaire sur les "mailing" de promotions.

Ce qui aurait pu également être fait est de se rendre au sein des quatre subdivisions afin de présenter le questionnaire pendant des cours facultaires mais cela aurait été possible uniquement pour les internes de la promotion 2021 étant donné que les autres promotions ne sont plus en troisième cycle de formation.

Un autre biais méthodologique que l'on peut souligner au sein de cette étude était la possibilité pour les participants à l'étude de sélectionner pour certaines questions, plusieurs réponses à la fois. Cela a pu notamment entraver le caractère significatif de certains résultats obtenus dans l'étude.

Nous pouvons aussi retenir que cette étude était totalement anonymisée c'est-à-dire qu'elle ne collectait aucune donnée personnelle et ne nous permet donc pas in fine de suivre l'évolution professionnelle des participants à l'étude sous la forme d'une cohorte sur des périodes ciblées à un ou à trois ans. En perspective, nous pourrions envisager la suite de ce travail en suivant de façon ponctuelle à des temps ciblés l'évolution du projet professionnel des jeunes médecins.

Enfin, un biais qui mérite d'être souligné est le biais de mémorisation concernant les réponses au questionnaire des jeunes médecins issus des promotions ECNi 2018 et 2019 notamment.

b) Forces de l'étude

Notre étude contient également des forces et notamment par le fait que même si plusieurs études se sont intéressées au projet professionnel des futurs médecins généralistes dont dans les Hauts-de-France, il s'agit de la première étude en inter-région Hauts-de-France/Normandie à s'intéresser au projet professionnel des futurs médecins généralistes et à déterminer les freins possibles à l'installation ainsi que leurs leviers.

De plus, nous souhaitons au sein de ce projet déterminer s'il existait un changement d'activité professionnelle au gré des actualités politiques qui pourraient limiter la liberté d'installation en libéral.

La méthodologie comprenait un questionnaire avec certes des questions fermées et orientées mais permettait aussi pour certaines questions de recueillir librement l'avis des participants ce qui a permis de soulever de manière éclairée certaines craintes ou souhaits des futurs médecins généralistes.

Le fait d'avoir élargi et actualisé l'enquête à plusieurs subdivisions nous a permis de recueillir l'avis d'une population plus importante et dans deux régions fortement impactées par des "déserts médicaux".

2) Discussion de l'échantillon obtenu

Tout d'abord, nous pouvons remarquer que la plus grande partie des participants au sein de notre échantillon provient de la promotion ECNi 2021 pour 37 % d'entre eux. Ceci peut s'expliquer notamment par le fait que cette promotion est encore en cours d'internat (dernière année du troisième cycle) et donc proactive sur les réseaux sociaux notamment pour l'échange d'informations sur les cours facultaires et l'organisation de l'internat.

A l'inverse, seulement 43 personnes soit 17 % des participants proviennent de la promotion ECNi 2018. C'est-à-dire que les jeunes médecins issus de cette promotion ont terminé leur internat depuis maintenant trois ans et étaient difficilement mobilisables afin de recueillir leur avis.

De même, la répartition géographique par subdivision au moment de l'internat des différents participants montre un taux pour Amiens majoritaire par rapport aux autres subdivisions. En effet, les groupes par promotions sur les réseaux sociaux pour Amiens étaient répartis par année et donc permettaient de mobiliser les internes et jeunes médecins concernés.

Cela était suivi ensuite par la subdivision Rouennaise et nous n'avons pu obtenir que 10 % de participants ayant réalisé leur troisième cycle à Lille malgré plusieurs relances.

3) Comparaison des données socio-démographiques des participants avec les données de la littérature

a) En fonction de l'âge et du genre

Au sein de notre étude, l'âge moyen des participants était de **28,9 ans** avec un écart allant de 25 ans à 40 ans pour les répondants les plus âgés.

Parmi les participants, 161 sur les 252 ayant répondu à l'enquête sont des **femmes**, représentant ainsi **63,9 % des personnes** dans l'échantillon obtenu.

Cette observation est corrélée avec les données de la littérature montrant une féminisation de la profession des médecins et nous retrouvons également des données similaires dans la thèse de *Cholley* en 2019 (21).

Aucun participant n'a répondu au choix non binaire à la question posée sur le genre des participants. Après analyse, la question aurait pu être ouverte ou posée différemment notamment en précisant si la personne est transgenre ou intersexe comme le souligne le rapport d'analyse de la Haute Autorité de Santé (HAS) en décembre 2020 (22).

b) En fonction de la situation maritale et de la situation professionnelle du conjoint

Au sein de notre étude, nous avons pu constater que la majorité des participants et des jeunes médecins était en couple au moment de l'étude c'est-à-dire 177 des personnes sondées soit 79 % qu'elles soient mariées, pacsées ou en concubinage.

Nos résultats corrélerent avec ceux de **l'enquête de l'ORS d'Alsace** sur les attentes professionnelles et le devenir des internes de Médecine Générale (20) qui retrouve 76 % de personnes en couple parmi les participants.

Nous retrouvons les mêmes résultats dans la thèse de *Foyer* soutenue en 2022 à Angers (23) où **77,1 % des personnes** ayant répondu à l'étude dans la cohorte **2022** sont en couple et 85,8 % en 2012.

Parmi les personnes ayant répondu à l'étude, 53 indiquent avoir des enfants au moment d'avoir répondu au sondage soit 21 %.

Nous retrouvons des données différentes dans d'autres thèses dont celle de *Saad-Eddine* à Bordeaux en 2017 (24) qui retrouve 13,9 % de participants ayant des enfants ou encore la thèse de *Meunier* soutenue en 2014 à Lyon (25) retrouvant 18,14 % d'internes parents.

Cette différence peut aussi s'expliquer par le fait que nous avons réalisé l'étude sur trois générations de promotions jusqu'à trois années à l'issue des ECNi.

Ensuite, nous nous sommes intéressés à l'emploi des conjoints des participants et nous avons retrouvé que 194 des conjoints ont une activité professionnelle soit 77 % et 28,6% sont des professionnels de santé. Nous retrouvons également dans la thèse de *Cholley* (21), parmi les emplois des conjoints, une majorité de **professions non médicales ou paramédicales**.

c) En fonction de l'origine géographique

Au sein de notre échantillon, une tendance majoritaire des internes et jeunes médecins répondants se dessinait pour les zones urbaines qui représentent 38 % des zones de provenance des participants.

Nous avons trouvé également que 33 % des personnes ayant répondu à l'étude proviennent de zones semi-rurales et de façon très rapprochée, de zones rurales pour 29 % d'entre elles.

Une plus faible part provient donc des régions rurales mais dans notre étude, l'écart entre ces différentes zones est peu marqué comme nous avons pu le voir sur le graphique de la *figure 6*. Toujours dans l'étude de *Cholley* (21), celle-ci retrouve un taux de provenance des internes dans les zones rurales à 43,4 % et 18,7 % en zones semi-rurales. Le département de la Lorraine étant également très riche en zones rurales.

Concernant la ville où les participants ont réalisé leur deuxième cycle de formation des études médicales, la majorité des internes et médecins répondants ont réalisé leur externat dans la subdivision des Hauts-de-France et Normandie. On note dans notre étude, une faible mobilité à l'issue du deuxième cycle à l'instar du travail réalisé par l'ORS d'Alsace en 2014 (20) qui retrouvait que la majorité des externes ont souhaité poursuivre leur internat à Strasbourg.

A l'inverse, dans d'autres travaux notamment la thèse de *Saad-Eddine* s'intéressant au projet professionnel des internes de Médecine Générale bordelais soutenue à Bordeaux en 2018, 48 % des internes avaient validé leur sixième année de médecine (fin d'externat) dans une autre région que l'Aquitaine (24).

4) Parcours de formation des participants de l'étude

Au sein de cette étude, nous nous sommes intéressés notamment au parcours ambulatoire des jeunes médecins lors de leur formation. En effet, ce n'est que depuis 1997 qu'un stage chez le praticien est devenu obligatoire lors du résidanat et à partir de 2001, que les résidents peuvent réaliser un ou plusieurs stages chez le praticien (26).

Les internes et jeunes médecins ont répondu avoir réalisé 92 % de leurs stages ambulatoires dans des zones semi-rurales. Cela concernait à la fois le SN1 pour la première année de troisième cycle, le SN2 et/ou le SASPAS pour la troisième année.

Nous retrouvons dans notre étude chez la majorité des participants, la réalisation de leur stage praticien au sein de structures d'exercice coordonné telles que les MSP/ pôles de santé pluridisciplinaires ou les cabinets de groupes pour 80 % des participants.

Toutefois, un peu plus de la moitié des participants ont fait également des stages dans des cabinets médicaux individuels, étant donné qu'un interne alternait les terrains de stage ce qui permet également de diversifier les pratiques professionnelles et de s'imprégner d'un mode de fonctionnement.

Nos données concordent avec l'étude de *Saad-Eddine* (24) dont les internes bordelais ont réalisé leur stage principalement en structures d'exercice coordonné.

Nous avons pu retrouver chez une large majorité (82 %) des jeunes médecins sondés, la réalisation d'un stage SASPAS qui a été formateur pour la plupart des participants. Ce qui a été le plus apprécié était notamment la possibilité d'exercer en pluriprofessionnalité avec d'autres confrères/consœurs notamment dans les MSP et également l'acquisition de l'autonomie tout en ayant la possibilité d'avoir des rétroactions/debriefing de ce qui s'est produit la journée.

Ces données ont pu être retrouvées de façon similaire dans la thèse de *Troester* (27) qui a réalisé un bilan des stages SASPAS en Lorraine sous la forme d'une étude qualitative auprès des MSU et des internes.

Concernant les remplacements réalisés pendant l'internat, ceux-ci sont possibles à l'heure actuelle à partir du quatrième semestre de l'internat de Médecine Générale et 58 % des personnes dans notre échantillon ont remplacé durant leur troisième cycle.

La plupart des remplacements ont été réalisés dans des zones semi-rurales et pour la majorité d'entre-eux, l'exercice se faisait en cabinet de groupe ou en MSP/pôles de santé.

Nous retrouvons dans la littérature (28) plusieurs atouts à la réalisation de remplacements en libéral pendant l'internat avec notamment un positionnement de l'interne en tant qu'acteur du système de santé, l'acquisition de nouvelles compétences et la mise en lien direct avec le stage SASPAS afin de poursuivre vers une autonomie complète. Les freins qui peuvent cependant encore subsister sont la combinaison difficile avec les stages de l'internat et un rythme de travail plus intense ou encore la notion d'anxiété à l'erreur médicale.

Enfin, on retrouve une volonté de formations complémentaires assez riches et variées parmi les personnes ayant répondu à l'étude avec plus d'un tiers qui souhaite faire ou a déjà réalisé des DIU/DU dont les thèmes les plus fréquents sont autour de la gynécologie-pédiatrie, de la traumatologie du sport et de l'addictologie. Celles-ci s'inscrivent dans une optique de diversifier les compétences et connaissances parallèlement à l'obtention du DES de Médecine Générale.

5) Un projet professionnel libéral encore plébiscité

Dans notre étude, nous retrouvons un souhait d'exercice libéral majoritaire parmi les personnes ayant répondu au questionnaire et cela se confirme aussi bien lorsque l'on a étudié le projet professionnel à court terme et à long terme.

Au long terme, 46 % des jeunes médecins sondés déclarent vouloir exercer une activité libérale exclusive. 39 % des participants nous indiquent un souhait d'exercice mixte notamment avec une autre activité le plus souvent salariée (hospitalière ou en PMI). Dans la thèse de *Foyer* (23), on retrouve également une tendance à l'augmentation de l'attrait pour l'exercice mixte.

Que ce soit à court ou à long terme, l'exercice hospitalier seul figure parmi l'activité la moins souhaitée par les internes et jeunes médecins généralistes avec moins de dix pour cent des participants qui ont indiqué vouloir ce type d'activité lors de leur carrière professionnelle.

Si nous comparons nos données obtenues avec celles de l'Atlas de la Démographie Médicale (situation au 1er Janvier 2023) publié par le CNOM (8), nous retrouvons chez les médecins généralistes en activité, un **exercice libéral exclusif majoritaire** (58%) ce qui corrobore nos résultats obtenus. Cependant, nous retrouvons une activité salariée seule plus prévalente à l'activité mixte au sein de cet Atlas ce qui est différent de ce que l'on peut constater au sein de notre étude.

En 2023, seulement 8 départements présentent un taux d'activité de médecins généralistes en salariat prédominant qui sont les DOM-TOM ainsi que les Hauts-de-Seine et Paris.

De façon générale, chez les médecins toutes spécialités confondues, on note en l'espace de treize ans de 2010 à 2023, un recul pour l'attrait de l'exercice libéral (41,5 % en 2023 vs 46,5% en 2010) au profit de l'exercice salarié (48,2 % vs 41,9 %) à mettre en lumière également avec le changement de paradigme défini par le **souhait d'un temps de travail plus respecté** chez les jeunes médecins généralistes. Cependant, pour la Médecine Générale, l'exercice libéral reste majoritaire.

Parmi les souhaits exprimés des personnes souhaitant réaliser une activité mixte notamment hospitalière, nous retrouvons la notion de travail en équipe et également favoriser l'actualisation des connaissances et des compétences médicales.

Après avoir questionné sur le projet professionnel dans les trois ans, une proportion similaire parmi les participants souhaite soit réaliser des remplacements exclusifs (37 %) durant cette période ou bien envisagent un projet d'installation dans cet intervalle pour 37 % d'entre eux.

Pour cette observation, les données de la littérature divergent à ce sujet. Par exemple, dans la thèse de *Specque* (29) étudiant le projet professionnel des internes de Médecine Générale en 2016 dans la subdivision de Marseille soutenue en 2020, celle-ci retrouvait un souhait de réaliser dans les trois années des remplacements exclusifs pour 18 % des internes et une installation pour 17 % d'entre eux alors que le salariat hors milieu hospitalier était privilégié.

A l'inverse, dans la thèse de Meunier (25), on retrouvait un souhait de réaliser des remplacements dans les trois ans à venir après l'internat pour 63 % des participants et une installation prévue dans les trois ans pour 19,5 % d'entre eux.

Nous retrouvons dans d'autres données de la littérature (30) qu'en France le délai moyen à l'installation après avoir réalisé la thèse de Médecine Générale avait considérablement diminué passant de 5,9 ans en 2011 à 3,8 ans en 2023 ce qui indique une tendance chez les jeunes médecins généralistes à vouloir s'installer rapidement.

Parmi ceux souhaitant réaliser des remplacements exclusifs, nous avons pu constater que les jeunes médecins célibataires choisissent ce mode d'exercice de façon préférentielle au sein de notre étude. En effet, 43,6 % des personnes célibataires choisissent le remplacement exclusif alors qu'il est choisi pour 33,2 % des personnes en couple.

Nous retrouvons en effet plus le souhait d'une mobilité chez les médecins choisissant ce type d'activité et qu'en raison de l'absence de foyer familial établi, il leur était préférable d'effectuer des **remplacements** afin d'avoir plus de temps pour trouver l'exercice qui leur convenait au mieux.

Nous n'avons pas retrouvé de différence notable entre le genre et le projet professionnel au sein de notre étude mais dans l'étude de *Meunier* (25), celle-ci retrouve que les hommes souhaitent de manière significative exercer dans un cabinet fixe.

Concernant les modalités d'exercice, il semblerait que l'activité libérale en milieu semi-rural soit nettement préférée des internes en fin de cursus et jeunes médecins récemment diplômés pour 73 % d'entre-eux. De plus, environ 70 % et 64 % souhaitent respectivement exercer dans un cabinet de groupe ou en MSP.

L'exercice semi-rural est plébiscité selon les participants de l'étude pour une adaptabilité plus souple de leur emploi du temps entre vie professionnelle et vie personnelle par rapport à un exercice rural pur. Les médecins sondés ont indiqué également que dans les zones d'activité semi-rurales, les patientèles étaient plus agréables et familiales.

Cet attrait pour l'exercice semi-rural est retrouvé dans l'étude de Clément *Farez* (31) étudiant l'évolution du projet professionnel des internes de Médecine Générale de Lille en 2018 soutenue en 2020, qui retrouve que le milieu semi-rural est plébiscité par 60 % des personnes ayant participé à l'étude.

6) Discussion des freins à l'installation en libéral et des leviers pour y remédier

a) De l'administratif au détriment du temps médical

La majorité des participants à l'étude (81 %) ont indiqué que les contraintes administratives inhérentes à la profession de médecin libéral constituaient un frein à l'installation en ville et que le temps médical et de soins en était particulièrement affecté. Les charges administratives sont chronophages et parfois même certaines tâches dépassent le cadre des compétences qui ont pu être acquises durant la formation.

Il est à prendre en compte à la fois le temps administratif lié à des motifs de consultations (Prise en charge financière des soins (feuilles de soins électroniques), demande de certificats, dossiers administratifs "lourds" comme les dossiers de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), ou les interruptions téléphoniques pour demandes diverses) et le temps administratif notamment pour la partie comptabilité.

La DREES, lors d'une étude de 2019 (13), a estimé sur un temps de travail hebdomadaire de 54 heures en moyenne pour un médecin généraliste, que le temps de travail administratif représentait 5 heures 30 par semaine soit 10 % du temps de travail hebdomadaire.

Dans une autre étude, celle de *Rakotoarivonina* (32) étudiant 674 consultations de médecins généralistes dans les Alpes-Maritimes et soutenue en 2015 à Nice, on retrouve dans l'ensemble de ces consultations, un total de 1594 tâches administratives réalisées par les médecins généralistes ce qui représente une moyenne de 2,36 tâches administratives par consultation.

Solutions envisagées pour optimiser le temps médical

Plusieurs propositions ont pu être émises afin que les médecins généralistes puissent retrouver plus de temps médical pendant les consultations.

Ainsi, un avenant à la Convention Nationale de 2016 organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, appelé avenant 7, a été signé le 20 juin 2019 (33) et porte sur l'emploi d'assistants médicaux permettant d'améliorer l'accès aux soins des patients et d'optimiser le temps médical passé en consultation en permettant la délégation des tâches.

De plus, le Ministre de la Santé et de la Prévention en date de février 2023, Monsieur François BRAUN, a annoncé 15 mesures (34) permettant de réduire les tâches administratives des médecins et d'optimiser le temps médical.

Parmi celles-ci, nous relevons notamment la demande urgente de limiter l'impact pressurant des demandes de certificats médicaux envers les médecins notamment émanant des crèches, des fédérations sportives,...

Enfin, il a été jugé important d'accompagner au mieux les professionnels au numérique en santé et de tendre vers le "zéro papier" mais aussi de fluidifier les échanges entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie en optimisant le portail numérique appelé "AmeliPro".

b) Pour un avenir de la médecine libérale : moins d'incitations, et une meilleure revalorisation

La plupart des participants à l'étude font état d'une inquiétude quant à ce que pourrait devenir la médecine libérale au gré des dernières actualités politiques notamment en matière d'installation pour trois quarts des personnes ayant répondu à l'enquête. Cela a même pu faire changer de projet professionnel pour **27 % d'entre eux des suites de ces incertitudes**.

Comme a pu le montrer le rapport de la DREES en 2021 (17), la régulation à l'installation dans des territoires sous dotés n'est pas une solution afin de pallier à la pénurie de médecins libéraux.

Un communiqué commun entre les syndicats et associations de jeunes médecins tels que l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF), l'Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentant les Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) et le Regroupement Autonome des Généralistes, Jeunes Installés et Remplaçants (ReAGJIR) (35) indiquait également que **la régulation à l'installation n'était pas une solution** et que l'expérience de régulation dans d'autres professions de la santé comme les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) ou les Masseurs-Kinésithérapeutes présentait de nombreuses limites et ne permettait pas de pallier à la carence en professionnels dans les zones très sous-dotées.

Quelles solutions envisagées ?

Plus que par des mesures coercitives régulant l'installation, il pourrait être proposé des mesures d'incitation financière même si les aides financières pures ne sont pas prévalentes et déterminantes dans le choix d'installation des jeunes médecins.

Dans le rapport de Sophie Augros en 2019 (36), l'actuelle sous-directrice à la démographie du système de santé à l'ARS Hauts-de-France (ARS-HDF) conseillait la création d'un contrat unique jeunes médecins afin de se concentrer sur un seul contrat et permettant de s'installer dans des zones où l'offre de soins est insuffisante. Cette aide appelée Contrat de Début d'Exercice (ou CDE) a pu voir le jour en fin d'année 2020 après l'inscription à la loi de Financement de la Sécurité Sociale 2020 qui concernait les médecins installés et remplaçants mais qui depuis le 1er janvier 2024 ne concerne que les médecins remplaçants depuis moins d'un an et souhaitant s'installer en libéral. (37)

Il a pu être mis en place également dans des zones dites "sensibles" ou Zones Franches Urbaines (ZFU) constituant des quartiers de plus de 10 000 habitants et qui sont défavorisées, un dispositif d'exonération fiscale totale pendant une durée de cinq ans puis partielle pendant neuf ans mais également d'autres dispositifs d'exonération dont la diffusion large de ces informations devrait voir le jour au cours du troisième cycle de formation (3).

Enfin, et cela pourrait répondre au souhait des participants au sein de notre étude, la nouvelle Convention Nationale signée entre les représentants des médecins libéraux et l'Assurance Maladie a opté pour une revalorisation des actes de la consultation de Médecine Générale.

En effet, 85 % des jeunes médecins ont estimé qu'il fallait revaloriser l'acte de consultation (appelée le GS) qui est considéré comme levier important dans l'installation en médecine libérale. Cette nouvelle Convention Médicale signée le 4 juin 2024 par les différents représentants permet l'augmentation du GS à 30 euros à compter de décembre 2024 et également entre autres la création d'un forfait unique pour valoriser l'exercice du médecin traitant. (38)

c) Un meilleur accompagnement à l'installation : un levier pour remédier à la pénurie de médecins dans les zones sous-dotées ?

Les zones dites sous dotées comprennent notamment les Zones d'Insertion Prioritaires (ZIP) et les Zones d'Action Complémentaire (ZAC). Les ZIP sont considérées comme les zones étant les plus fragiles alors que les ZAC sont des territoires également en tension mais à un moindre degré que les ZIP.

Catégoriser en zonage des territoires de santé permet en outre de connaître les territoires qui demandent le plus de vigilance, d'attribuer certaines aides à l'installation supplémentaires notamment pour les ZIP.

Les ARS pour chaque région déterminent, selon l'indicateur Accessibilité Potentielle Localisée (APL) qui est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre de soins en ville et la demande de soins, ainsi que d'autres indicateurs, un zonage dont la réglementation impose une révision tous les trois ans et qui va être porté prochainement à tous les deux ans afin de mettre à jour et d'ajuster les aides en fonction des besoins.

71 % des participants à l'étude indiquent que les zones déficitaires sont des freins à l'installation notamment en raison de l'éloignement géographique et autant pensent que les zones dites ZIP/ZAC sont peu attractives afin d'y envisager une installation sur le long terme.

On y retrouve également une inquiétude vis-à-vis du temps de travail, étant donné que les territoires sont déficitaires, plusieurs jeunes médecins au sein de l'enquête se sont dits inquiets quant à avoir une charge de travail plus intense par rapport à des territoires mieux dotés sur le plan démographique. De même, on y retrouve la crainte d'un isolement par rapport aux autres zones et un exercice plus difficile.

Cette notion d'isolement et de crainte d'un manque de collaboration avec les autres confrères/consoeurs a pu être retrouvée également dans l'étude d'*Odile Camus* (39) étudiant les freins et les réticences à l'installation en Picardie en 2014 et retrouve également la notion d'avoir une patientèle très vite surchargée au risque de devoir très tôt refuser d'accueillir des nouveaux patients.

Comment y remédier et quelles solutions ?

Une des premières solutions envisageables qui est d'ailleurs une des demandes des jeunes médecins de notre étude est d'accompagner au mieux à l'installation les médecins récemment diplômés afin de les aider dans les démarches à la fois en termes de lieu d'installation mais au-delà, d'aller-vers également l'accompagnement du conjoint ou de la conjointe, de la famille.

En effet, plus de la moitié (56 %) des participants estiment que **l'accompagnement à l'installation** est un levier majoritaire à l'installation en libéral et plus d'un tiers (35 %) estime qu'il faudrait également **accompagner la famille** au sens général lors d'un projet d'installation car cela peut être un changement de vie en fonction de la situation professionnelle du conjoint. Un tiers également des participants estime qu'il faudrait commencer cet accompagnement dès le début de l'internat afin que le projet puisse s'affiner plus tôt, à l'issue du troisième cycle de formation.

Dans l'étude de *Martinez-Valentin et Chapuis* (40) étudiant les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en zones sous-dotées en Isère soutenue en décembre 2022, ont pu être classés comme **déterminants majeurs à l'installation**, l'emploi du conjoint et sa situation professionnelle ainsi que la proximité familiale.

De même, dans cette étude, les internes cherchaient un accompagnement humain avec l'aide d'une personne s'intéressant notamment aux démarches administratives.

C'est ainsi que l'on peut introduire la notion de "guichet unique", qui est un système permettant de faciliter l'ensemble des démarches administratives que l'on demande lors d'une installation en passant par l'inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins, puis l'enregistrement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), l'inscription à l'URSSAF puis la Caisse Autonome des Retraites des Médecins de France (CARMF),... (41)

Cette demande d'avoir un "guichet unique" sous la forme de permanences mensuelles ou bimensuelles réunissant les différents acteurs est une demande des associations de jeunes médecins et a pu être généralisée pour chaque département lorsque la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2023 a été votée.

Au sein de notre étude, certains participants ont évoqué l'idée d'organiser pendant l'internat des journées découvertes par les collectivités et/ou communautés de communes voire départements afin d'accompagner au mieux les internes et de faire découvrir les zones peu attractives au départ.

Citons quelques exemples locaux par rapport aux régions étudiées dans notre étude.

Par exemple, la région Normandie a initié un dispositif d'accompagnement à l'installation des médecins généralistes appelé *Medinstal Normandie* (42) permettant un accompagnement optimisé des jeunes médecins avec la connaissance des territoires et notamment des territoires les plus sensibles, sous-dotés en médecins généralistes, mais également avec la connaissance des différentes aides à l'installation. De plus, chaque département de la région Normandie dispose d'une antenne avec la connaissance fine des différents besoins des médecins libéraux notamment dans l'Eure, la Manche, l'Orne.

Medinstal Normandie possède une connaissance également de l'actualisation du Zonage réalisé par l'ARS Normandie et également des différentes aides proposées d'ailleurs consultables sur la page internet utile pour les futurs professionnels de santé appelée PAPS pour Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé.

Dans l'Oise pour ce qui concerne les Hauts-de-France, depuis 2018, une initiative du département a été mise en place appelée "Plan Oise Santé", afin de favoriser le renforcement de soins de proximité et notamment dans la lutte contre la désertification médicale. (43)

Ce dispositif propose un accompagnement personnalisé à l'installation des jeunes médecins généralistes notamment concernant les démarches pour le projet professionnel mais aussi pour le projet familial avec la recherche de solutions de gardes d'enfants qui est une demande des jeunes médecins sondés dans notre étude avec les crèches mais aussi les Maisons d'Assistants Maternelles.

Est proposé également un accompagnement financier mais aussi une découverte du territoire, autant d'actions prolifiques qui amènent à une réflexion pour la généralisation de ce type de dispositifs à l'ensemble des départements.

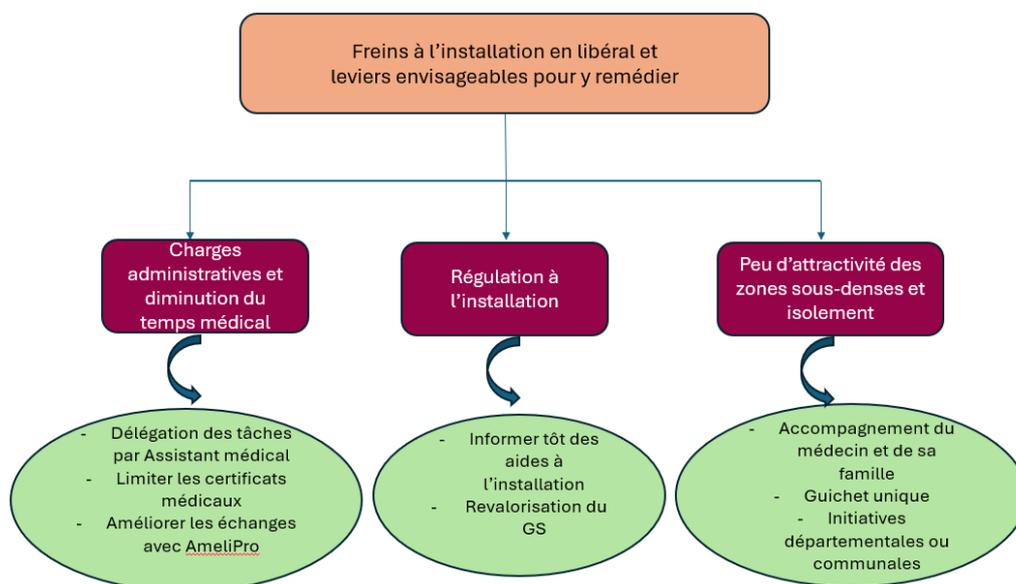


Figure 17 : Schéma récapitulatif des freins à l'installation en libéral perçus dans l'étude et des leviers envisageables pour y remédier.

7) Un projet professionnel universitaire ?

Dans notre étude, nous avons voulu nous intéresser au projet professionnel universitaire des jeunes médecins généralistes à l'issue du DES de Médecine Générale. En effet, notre spécialité est reconnue depuis 2004. Pour autant, nous manquons de façon considérable de membres universitaires en Médecine Générale à l'échelle nationale.

En effet, en 2022, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a indiqué un nombre de 162 Chefs de Clinique Universitaire en Médecine Générale, 93 Assistants Universitaires en Médecine Générale et 337 postes de titulaires comprenant les professeurs, professeurs associés, maîtres de conférences et maîtres de conférences associés.

Pour autant, nous recensons un nombre d'internes en Médecine Générale avoisinant les 10 000 sur la même période ce qui fait un ratio de chefs de clinique en Médecine Générale d'environ 1,6 % alors que dans les autres spécialités toutes confondues ce taux est d'environ 30 % d'où l'importante nécessité que les jeunes médecins en devenir puissent également s'intéresser à l'universitaire. (44,45)

9 % des participants à l'étude seulement ont indiqué vouloir ce projet à l'issue de l'internat, néanmoins **43 % des jeunes médecins** sondés souhaitent réaliser une **activité de MSU** pour l'accueil des étudiants en deuxième et troisième cycle de Médecine Générale.

Dans l'étude réalisée par l'ORS d'Alsace en 2014 (20), celle-ci retrouve que moins d'un interne sur trois envisage une carrière universitaire, donc nous retrouvons au sein de notre travail également peu d'enclîn pour une activité universitaire titulaire mais toutefois une volonté de la part des jeunes médecins de formation auprès des étudiants.

Dans l'étude de *Saad-Eddine* (24), la jeune médecin généraliste a trouvé qu'environ 42 % des internes interrogés souhaitaient réaliser de la maîtrise de stage universitaire ce qui corrobore nos données.

Par ailleurs, il est intéressant également d'évoquer les Maisons de Santé Pluri professionnelles Universitaires (MSPU) qui sont des structures d'exercice coordonnées à l'instar des MSP mais dont les objectifs sont également d'apporter une capacité de formation pour les étudiants de second et troisième cycles au plus proche des territoires et de permettre aussi le déploiement de nouveaux projets de recherche ambulatoire en Médecine Générale.

Par exemple, en région Normandie, nous avons notamment la MSPU de Granville dans le département de la Manche et celle de Deauville pour le Calvados.

V : Conclusion

Cette étude nous aura permis d'actualiser les souhaits en termes de projet professionnel des jeunes médecins généralistes et au sein de deux régions limitrophes : les Hauts-de-France et la Normandie.

Notre objectif principal au sein de ce travail était d'étudier le projet professionnel des futurs médecins généralistes à l'issue du DES de Médecine Générale dans un contexte où les actualités concernant la médecine libérale pourraient être un frein pour un grand nombre de médecins récemment diplômés.

Les objectifs secondaires étaient l'étude des freins à l'installation en libéral et des leviers possibles afin de remédier à la pénurie des médecins libéraux.

Cette étude a pu montrer que l'exercice libéral reste plébiscité et encore majoritaire dans le souhait des internes en fin de cursus et médecins ayant fini leur troisième cycle de formation bien qu'on ait une augmentation de l'attrait pour l'exercice mixte par rapport à des études antérieures.

Nous avons pu constater également la prise en compte considérable de l'équilibre vie personnelle et professionnelle dans le choix des jeunes médecins et que le projet d'installation doit être réfléchi en prenant en compte plusieurs paramètres et déterminants dont la situation familiale est au premier plan.

Concernant les zones sous-denses (ou déserts médicaux), celles-ci doivent être plus connues des internes et les jeunes médecins ont des attentes d'accompagnement en matière d'installation. Ils sont en recherche également de solutions pour leur conjoint.e et/ou enfants et les mécanismes d'incitation ne sont guère une solution pérenne afin de favoriser l'installation des professionnels.

Au final, les dernières actualités inquiètent pour l'avenir de la médecine libérale et même si cela n'impacte pas encore substantiellement le choix des futurs médecins, nous restons sur un sujet fragile où des solutions concrètes sont attendues de la part des professionnels de santé libéraux.

VI : Tableaux

Tableau 1	Répartition de l'activité professionnelle envisagée par les participants en fonction de leur année de réalisation des ECNi
Tableau 2	Répartition de l'activité professionnelle envisagée par les participants en fonction de leur satisfaction vis-à-vis de la formation théorique et pratique dispensée pendant le troisième cycle.
Tableau 3	Répartition de l'activité professionnelle envisagée par les participants en fonction de leur genre.
Tableau 4	Etude de la relation entre le genre des participants et le type d'exercice souhaité ainsi que la zone d'exercice.
Tableau 5	Répartition de l'activité professionnelle envisagée par les participants en fonction de leur situation maritale.
Tableau 6	Répartition de l'activité professionnelle en fonction de la réalisation ou non de remplacements en libéral pendant l'internat
Tableau 7	Choix du projet professionnel en fonction des possibles inquiétudes relatives aux actualités politiques récentes sur la liberté d'installation

VII : Figures

Figure 1	Cartographie représentant la densité de médecins généralistes à l'échelle nationale au 1er janvier 2023 pour 100 000 habitants selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)
Figure 2	Graphique représentant l'évolution de l'âge et la répartition par sexe des médecins toute spécialité confondue avec modélisation selon les tendances actuelles établi par les projections de la DREES en 2015.
Figure 3	Estimation par modélisation selon la méthodologie de comportements et de législation constantes des densités de médecins libéraux et salariés en région Hauts-de-France par rapport à la situation nationale (Source : DREES)
Figure 4	Cartographie de l'accessibilité aux soins de médecine générale dans les territoires normands en regroupant par EPCI.
Figure 5	Diagramme de flux représentant la population étudiée
Figure 6	Répartition parmi les 252 participants à l'étude en fonction de leur zone géographique d'origine.
Figure 7	Cartographie montrant la répartition géographique de la ville d'externat (ou deuxième cycle d'études médicales) parmi les 252 participants.
Figure 8	Diagramme de répartition des internes en fonction de la zone de réalisation d'internat
Figure 9	Répartition des internes/anciens internes ayant réalisé des remplacements pendant leur 3e cycle en fonction du lieu de remplacement
Figure 10	Histogramme représentant la situation professionnelle des participants à l'étude au moment de la diffusion du questionnaire.
Figure 11	Graphique en secteur représentant la répartition de l'activité professionnelle souhaitée dans les 3 ans post-internat chez les personnes sondées.
Figure 12	Graphique en secteurs illustrant la répartition de l'exercice souhaité des futurs médecins sondés dans l'étude au long terme.
Figure 13	Graphique représentant la répartition du projet professionnel en fonction de la situation maritale
Figure 14	Graphique en barres représentant les principaux freins à l'installation perçus par les internes et jeunes médecins ayant répondu à l'étude.
Figure 15	Graphique en histogramme représentant les réticences à l'installation en zones sous-denses.
Figure 16	Graphique en histogramme représentant les principaux leviers permettant une installation en libéral
Figure 17	Schéma récapitulatif des freins à l'installation en libéral perçus dans l'étude et des leviers envisageables pour y remédier.

VI : BIBLIOGRAPHIE

1. Cases, Chantal, et Dominique Baubeau. « Peut-on quantifier les besoins de santé ? » *Solidarités et Santé*, 2004 ;1.
2. Castaigne, Sylvie, et Yann Lasnier. « Les déserts médicaux ». Avis du Conseil Economique Social et Environnemental, 2017.
3. Maurey, Hervé, et Jean-François Longeot. « Déserts médicaux : L'État doit enfin prendre des mesures courageuses ! » Rapport d'informations du Sénat, 2020.
4. Anguis, Marie, Maxime Bergeat, Jacques Pisarik, Noémie Vergier, et Hélène Chaput. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? » Dossiers DREES, 2021.
5. Vega, Anne. « Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux ». Dossiers DREES, 2007.
6. Debaes, Valérie. « Motivations et ressentis du médecin généraliste de plus de 65 ans poursuivant une activité professionnelle ». Thèse d'exercice de Médecine Générale. Aix-Marseille, 2019, 135 p.
7. Rothier Bautzer, Eliane, et Aurélien Troisoefus. « De quoi le parcours de soins est-il le nom ? » *Sciences de la société*, 2021;107
8. Arnault, François. « Atlas de la démographie médicale en France ». Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2023.
9. « Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 ». Insee, 2023. [Consulté le 21 juin 2024]
Disponible sur :
https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677#graphiqueTCRD_068_tab1_departements .
10. Bachelet, Marion, et Marie Anguis. « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée ». *Etudes & Résultats : DREES*, 2017 ; 1011.
11. Bergeat, Maxime, Noémie Vergier, et Pierre Verger. « Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 ». *Etudes & Résultats : DREES*, 2022 ;1244.

12. Biais, Myriam, Matthieu Cassou, et Carine Franc. « Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients ». *Etudes & Résultats : DREES*, 2024 ;1301.
13. Chaput, Hélène, Martin Monziols, et Lisa Fressard. « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine ». *Etudes & Résultats : DREES*, 2019 ;1113.
14. « Démographie des médecins généralistes et perspectives d'évolution ». Plateforme Sanitaire et Sociale Hauts de France. [Consulté le 25 juin 2024]. Disponible sur : <https://www.pf2s.fr/actualites/sante/835-demographie-des-medecins-generalistes-et-perspectives-d-evolution>.
15. « Plan régional d'investissement dans les établissements de santé 2021-2030 en région Normandie ». Agence Régionale de Santé Normandie. [Consulté le 25 juin 2024].
Disponible sur : https://www.normandie.fr/sites/default/files/202111/Sant%C3%A9%20Normandie_A4_20p_RN_WEB-LIGHT.pdf.
16. « Ma Santé 2022 : Un engagement collectif : Où en sommes-nous des mesures d'accès aux soins dans les territoires ». [En ligne] Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/masante2022/>
17. Polton, Dominique, Hélène Chaput, et Mickael Portela. « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale ». Dossiers DREES, 2021.
18. Chevillard, Guillaume, Véronique Lucas-Gabrielli, et Julien Mousquès. « Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger contribuent à renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées ». *Questions de l'économie de la santé*, octobre 2023 ;282.
19. Commission Jeunes Médecins du Conseil national de l'ordre des médecins. « Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés », [Internet]. 2019.
Disponible sur : https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/externalpackage/analyse_etude/1thx_ouu/cnom_enquete_installation.pdf

20. Anselm, Marie, Ulviyya Alizada, et Etienne Gagneur. « Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale : Enquête auprès des internes en médecine générale ». Observatoire Régional de la Santé d'Alsace, 2014, 52 p.
21. Cholley, Charlène. « Etude des déterminants du choix de la médecine générale d'une cohorte d'étudiants en fin de DES en Lorraine. » Thèse d'exercice de Médecine Générale, Université de Lorraine, 2019, 95 p.
22. « Sexe, genre et santé : Rapport d'analyse prospective ». Haute Autorité de Santé, 2020. Disponible sur : https://has-sante.fr/jcms/p_3223570/fr/sexe-genre-et-sante-rapport-d-analyse-prospective-2020
23. Foyer, Joseph. « Projet professionnel des internes de Médecine Générale angevins en 2022 ». Thèse d'exercice de Médecine Générale, Université d'Angers, 2022, 60 p.
24. Saad-Eddine, Murjana. « Projet professionnel des internes de médecine générale de l'Université de Bordeaux en dernière année de DES en 2015 et déterminants de leurs choix ». Thèse d'exercice de Médecine Générale, Université de Bordeaux, 2017, 86 p.
25. Meunier, Baptiste. « Déterminants à l'installation en milieu rural des internes en médecine générale de Lyon. ». Thèse d'exercice de Médecine Générale, Université Claude Bernard Lyon 1, 2014, 52 p.
26. Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. [Consulté le 24 août 2024] Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000381745>
27. Troester, Jeffrey. « Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine : Étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires ». Thèse d'exercice de Médecine Générale, Université de Lorraine, 2013, 109 p.
28. Gbedo, Alexandre. « Étude descriptive des freins et des leviers au démarrage des remplacements en médecine générale par les internes en Troisième Cycle des Études Médicales en Nouvelle-Aquitaine ». Thèse d'exercice de Médecine Générale, Université de Bordeaux, 2020, 61 p.

29. Specque, Florian. « Le projet personnel des internes de Médecine Générale de Marseille après la fin du 3ème cycle ». Thèse d'exercice de Médecine Générale, Université Aix-Marseille, 2020, 132 p.
30. La Rédaction de What's Up Doc. What's Up Doc [Internet]. Paris. Publié le 7 décembre 2023 [Cité le 24 août 2024] Disponible sur : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/les-vrais-chiffres-sur-linstallation-et-lexercice-des-generalistes>
31. Farez, Clément. « Evolution du projet professionnel des internes de Médecine Générale de Lille : Des certitudes professionnelles croissantes au fil des semestres ? Evaluation par la création d'un score. » Thèse d'exercice de Médecine Générale, Université de Lille, 2020, 91p.
32. Rakotoarivonina, Solomampionina. « Impact du travail administratif sur la qualité d'exercice médical libéral ; étude observationnelle sur 674 consultations de médecins généralistes des Alpes-Maritimes ». Thèse d'exercice de Médecine Générale, Université de Nice Sophia Antipolis, 2015, 91p.
33. « Arrêté du 24 septembre 2019 modifiant l'arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant no 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 ». Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/751614/document/avenant-7-rectificatif-modifie-9-oct2019_jo.pdf.
34. « François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention, annonce 15 mesures pour réduire les tâches administratives des médecins et redonner du temps médical ». Ministère des Solidarités et de la Santé, février 2023. [Consulté le 23 août 2024] Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/francois-braun-ministre-de-la-sante-et-de-la-prevention-annonce-15-mesures-pour>.
35. « Contre la fin de la liberté d'installation, jeunes et futurs médecins proposent des solutions : Communiqué commun ANEMF, ISNAR-IMG et ReAGJIR », 2022. [Consulté le 24 août 2024] Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Contre-la-fin-de-la-liberte-dinstallation-jeunes-et-futurs-medecins-proposent-des-solutions.pdf>.
36. Augros, Sophie. « Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins ». Ministère de la Santé et de la Prévention, 2019. [Consulté le 26 août 2024] Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf.

37. « Le Contrat de début d'exercice (CDE) ». Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes, février 2024. [Consulté le 21 août 2024] Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/media/120825/download?inline&rubrique=8218#:~:text=%C3%80%20par tir%20du%201er%20janvier,la%20S%C3%A9curit%C3%A9%20sociale%20pour%202023>.
38. « Convention médicale : Syndicats signataires ». Assurance Maladie, juin 2024. [Consulté le 25 août 2024]
Disponible sur :
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Pr%C3%A9sentation%20synth%C3%A9tique%20Convention%20M%C3%A9dicale%20vdef.pdf>.
39. Camus, Odile. « L'installation en médecine générale en milieu libéral en Picardie : freins et réticences. Étude qualitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale 2014, par focus groups ». Université Picardie Jules Verne, 2015, 61p.
40. Martinez-Valentin, Elvire, et Pierre Chapuis. « Déterminants à l'installation de jeunes médecins généralistes en zone sous-dotée en Isère, chez les signataires du dispositif d'aide à l'installation du département de l'Isère ». Université de Grenoble Alpes, 2022, 91p.
41. « Guichet unique départemental d'accompagnement à l'installation ». ReAGJIR & ISNAR-IMG, 2023. [Consulté le 26 août 2024] Disponible sur : <https://reagjir.org/wp-content/uploads/2024/04/reagjir-et-isnarimg-contribution-guichet-unique-2023.pdf>.
42. « Med'Instal Normandie : Aides à l'installation des médecins généralistes ». Région Normandie. [En ligne] [Consulté le 24 août 2024]. Disponible sur : <https://medinstal.normandie.fr/exercer-en-normandie/aides-linstallation-des-medecins-generalistes>.
43. « Plan Oise Santé ». Conseil Départemental de l'Oise. [En ligne] [Consulté le 24 août 2024]. Disponible sur : <https://www.oise.fr/actions/sante-social-solidarite/plan-oise-sante/professionnels-de-sante>.
44. « Carrière universitaire en Médecine Générale ». Syndicat Représentatif Parisien des Internes en Médecine Générale. [Consulté le 27 août 2024]. Disponible sur : <https://www.srp-img.com/filiere-universitaire-de-medecine-generale>.
45. « La filière universitaire de médecine générale ». ReAGJIR. [Consulté le 27 août 2024]. Disponible sur : <https://reagjir.org/page/fumg/>.

VII : ANNEXE

Questionnaire de thèse de Nagui CHADLI :

Projet professionnel des jeunes médecins généralistes en Hauts-de-France et Normandie au regard de l'avenir de la médecine libérale.

Caractéristiques socio démographiques

Question 1 : De quel genre êtes-vous ?*

- Féminin
- Masculin
- Non binaire

Question 2 : Quel est votre âge ?

Question 3 : Quelle est votre situation matrimoniale ?

- Célibataire
- En couple (marié(e), en concubinage, pacsé(e),...)
- Séparé(e) / divorcé(e)
- Veuf(ve)

Question 4 : Si vous êtes en couple, quelle est la situation de votre conjoint(e) ?

- En emploi
- En recherche d'emploi
- Professionnel.le de santé
- Est interne
- Est sans emploi

Question 5 : Avez-vous un ou des enfants ?

- Oui
- Non

Question 6 : De quelle zone géographique êtes-vous originaire ?

- Zone rurale
- Zone semi-rurale
- Zone urbaine

Parcours de formation

Question 7 : Dans quelle subdivision avez-vous réalisé votre deuxième cycle de formation des études médicales (ou externat) ?

Sélectionner

Question 8 : Dans quelle subdivision réalisez-vous ou avez réalisé votre internat ?

- Lille
- Amiens
- Rouen
- Caen

Question 9 : Êtes-vous satisfait de la subdivision que vous avez choisi en termes de formation théorique et pratique ?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu non à la question précédente, merci d'en préciser la ou les raisons à des fins d'étude (sans obligation de réponse).

Question 10 : De quelle promotion ECN êtes vous ?

- ECN 2021
- ECN 2020
- ECN 2019
- ECN 2018

La question suivante concerne le CESP (Contrat d'Engagement de Service Public), cela permet d'allouer aux étudiant.es et internes une somme de 1 200€ mensuelle brut sur condition d'engagement à s'installer en zone déficitaire pour une durée équivalente au contrat et d'au moins deux ans et égale au nombre d'années de souscription au CESP.

Question 11 : Avez-vous eu connaissance de ce dispositif pendant vos études ?

- Oui
- Non

Question 12 : Avez-vous bénéficié de ce dispositif pendant vos études ?

- Oui
- Non

Question 13 : Durant vos stages en ambulatoire, quels ont été les modes d'exercice de vos MSU ?

- Zone rurale
- Zone semi-rurale
- Zone urbaine
- En cabinet individuel
- En cabinet de groupe
- En Maison de santé pluridisciplinaire ou pôle de santé

Question 14 : Au cours de votre internat, avez-vous réalisé un Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) ?

- Oui
- Non

Question 15 : Si votre réponse est oui, est-ce que ce stage a été professionnalisant pour vous ?

(Merci d'indiquer si vous avez pu bénéficier d'une séniorisation indirecte satisfaisante, le cadre de travail que vous aviez, si vous aviez la possibilité de pouvoir avoir accès des professionnels en exercice coordonné, avez-vous pu bénéficier de réunions de concertation en MSP par exemple, etc...)

Question 16 : Est-ce qu'à la fin de votre internat (y compris au cours de la dernière année), votre projet professionnel s'inscrivait dans un exercice ambulatoire ?

- Oui
- Non

Question 17 : Si vous avez réalisé ou comptez réaliser un Diplôme (Inter) Universitaire (DU/DIU) durant votre internat ou à l'issue de ce dernier, merci de préciser lesquels ?

Commentaire libre : Si vous pouvez indiquer l'université dans laquelle vous l'avez ou souhaitez le faire et l'intitulé de votre DU/DIU.

Remplacements

Question 18 : Est-ce qu'au cours de votre internat, vous avez réalisé des remplacements en libéral ?

- Oui
- Non

Question 19 : Si oui, pouvez-vous préciser la zone géographique de votre lieu de remplacement ainsi que le mode d'exercice du lieu où vous remplacez. Si vous remplacez dans plusieurs endroits, merci d'indiquer celui où vous réalisez le plus de remplacements.

- Zone rurale
- Zone semi-rurale
- Zone urbaine
- En cabinet individuel
- En cabinet de groupe
- En maison de santé pluridisciplinaire ou pôle de santé

Projet Professionnel

Notice :

Il existe plusieurs statuts à l'issue de l'internat pour exercer en libéral en tant que médecin généraliste.

Un médecin collaborateur libéral est un médecin thésé inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins différent du statut de remplaçant ou d'associé, en effet le collaborateur peut avoir ses propres ordonnances et plaques mais n'est pas titulaire du cabinet.

Un médecin adjoint est une forme particulière de remplacement, il s'agit souvent d'internes en fin de cursus ou ayant fini l'internat mais non encore thésés, qui travaille sous licence de remplacement mais en soutien au médecin remplacé, c'est-à-dire qui peut travailler dans la même structure en même temps que le médecin remplacé. Ce type d'exercice n'est possible que pendant 3 ans.

Il existe aussi le contrat de médecin assistant qui concerne les médecins thésés pour une durée également limitée à 2 ans.

Question 20 : Quelle est actuellement votre situation professionnelle ?

- Interne non thésé non remplaçant
- Interne non thésé remplaçant
- Interne thésé
- Docteur remplaçant en Médecine Générale
- Médecin adjoint
- Docteur en Médecine Générale et installé
- Docteur en Médecine Générale, en collaboration avec un Médecin installé

Question 21 : Si vous n'êtes pas encore installé, quel est votre projet professionnel à court terme (dans les 3 années à venir) ?

- Installation
- Remplacements exclusifs
- Collaboration
- Activité hospitalière
- Activité mixte
- Autre :

Question 22 : Si vous n'êtes pas encore installé, pourriez-vous dire quelle serait l'activité professionnelle que vous envisagez ?

- Exercice libéral seul
- Exercice mixte : hospitalo-libéral
- Exercice mixte : libéral mais une autre activité : PMI, EHPAD, foyers, ...
- Exercice salarié
- Exercice hospitalier seul
- Autre :

Question 23 : Si vous envisagez une activité libérale même non exclusive, pouvez-vous indiquer quel serait le mode d'exercice souhaité ?

- Exercice en cabinet individuel
- Exercice en cabinet de groupe
- Exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire
- En milieu rural
- En milieu semi-rural
- En milieu urbain

Question 24 : Quelles seraient vos motivations au choix que vous envisagez ?

Toutes les personnes peuvent répondre indépendamment du choix d'exercice souhaité

Commentaires libres : Merci d'y indiquer si cela est en rapport avec le vécu de l'internat, d'actualités politiques concernant la médecine libérale, un choix par rapport à une situation familiale , charge de travail, autres...

Etude des freins à l'installation en libéral

- **Question 25 : Quels seraient les facteurs parmi les suivants qui constituent selon vous un frein pour l'installation en libéral des jeunes médecins généralistes ?**
- Temps de travail excessif
- Contraintes administratives : certificat, démarches, temps de soins réduit
- Contraintes financières : Impôts, URSSAF, Comptabilité,...
- Isolement professionnel
- Accompagnement à l'installation
- Difficulté à concilier vie de famille et vie professionnelle
- Avenir de la profession en libéral incertain
- La rémunération sur objectifs (ROSP)
- Difficulté pour poser des congés
- Autre :

Suite à l'arrêté du 13 novembre 2017 réactualisé le 1er octobre 2021 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la Santé Publique, des territoires Vie-Santé ont ainsi été créés avec identification pour chaque territoire de zones caractérisées par une offre de soins insuffisante divisées notamment en deux catégories :

Les **zones d'intervention prioritaires (ZIP)**, territoires étant les plus en tension.

Les **zones d'action complémentaires (ZAC)**, territoires en tension mais à un niveau moins important selon le classement des ARS.

Ces zones sont éligibles à des aides dites conventionnelles et régionales par les ARS (Agence Régionale de Santé Hauts-de-France et Normandie par exemple) et l'Assurance Maladie tels que le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM) par l'Assurance Maladie pour les ZIP ou encore le Contrat de Début d'Exercice (CDE) par les ARS valable pour les ZIP et ZAC.

Ces zones sont aussi visibles et il existe un engagement des ARS à réactualiser de manière régulière le zonage visible sur le site du PAPS (Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé) disponible pour chaque Agence Régionale de Santé.

Question 26 : Quel serait selon vous le (les) freins à une installation dans une zone déficitaire (ou sous-dotée) ?

- Éloignement géographique par rapport à votre vie de famille
- Manque d'attractivité pour ces dites zones, parfois isolées
- Peu de services proposés à proximité notamment pour les familles
- La méconnaissance des aides à l'installation existantes pour le début de l'installation
- Autre :

Question 27 : Au regard des actualités politiques notamment dans les deux dernières années et sur les menaces planantes d'une liberté à l'installation incertaine, cela vous inquiète-t-il pour votre activité future ?

- Oui
- Non

Question 28 : Si vous avez répondu oui à la question précédente, est-ce que cette liberté à l'installation menacée vous a fait changer de projet professionnel par rapport à votre début d'internat ?

- Oui
- Non

Question 29 : Quelles seraient selon vous les solutions pour favoriser une installation en libéral d'un médecin généraliste ?

- Meilleur accompagnement à l'installation notamment par la présence d'un guichet unique départemental
- Mise en place de solutions d'accompagnement pour le.a conjoint.e et pour la vie de famille
- Une meilleure revalorisation des actes pour la pratique libérale
- Être accompagné.e dans un projet d'installation dès le début de l'internat
- Autre :

Vie Universitaire

Question 30 : Avez-vous pour projet de faire de la maîtrise de stage universitaire ?

- Oui, pour les externes
- Oui, pour les internes
- Oui, de manière générale
- Non

Question 31 : Projetez-vous de réaliser une carrière universitaire ?

Ce qui est entendu par là est si vous souhaitez réaliser un clinicat voire éventuellement une carrière universitaire ou de professeur/maître de conférence associé.

- Oui
- Non

Merci de votre participation

VIII:RESUME

Résumé :

Title : Projet professionnel des jeunes médecins généralistes en Hauts-de-France et Normandie au regard de l'avenir de la médecine libérale.

Introduction : Aujourd'hui, on note un déséquilibre entre les demandes et l'offre de soins avec une chute de 5,6 % des médecins généralistes entre 2012 et 2021. Les jeunes médecins auraient tendance à choisir l'exercice libéral mais avec le souhait d'un meilleur accompagnement à l'installation. L'objectif principal de l'étude était de connaître le projet professionnel des futurs médecins généralistes en régions Hauts-de-France et Normandie.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude transversale, quantitative descriptive et analytique multicentrique avec un questionnaire diffusé aux internes et jeunes médecins entre avril et juin 2024 de manière anonyme.

Résultats : 252 personnes ont répondu au questionnaire soit un taux de participation de 19,1 %. 79 % des personnes interrogées étaient en couple au moment de l'étude. Dans notre étude, 46 % envisageaient une activité libérale exclusive. L'exercice libéral est souhaité en milieu semi-rural pour 73 % des personnes dont majoritairement en exercice coordonné. Concernant les freins, les contraintes administratives restaient majoritaires selon les participants et l'accompagnement à l'installation, un levier incontournable.

Discussion : L'exercice libéral reste majoritaire chez les participants de l'étude même si on retrouve un attrait également pour l'exercice mixte. Cependant, les jeunes médecins souhaitent plus d'accompagnement à l'installation et souhaitent que le temps médical soit optimisé.

Conclusion : L'exercice libéral reste encore plébiscité et majoritaire mais la prise en compte de l'équilibre vie professionnelle et personnelle est indéniable dans le choix des internes et pour leur vie familiale.

Mots-clés : Médecine Générale, Exercice professionnel, Installation, Démographie médicale, Interne.

Abstract :

Title : Professional project of young general practitioners in Northern France and Normandy with regard to the future of liberal medicine.

Introduction : Today, there is an imbalance between demand and supply of care with a 5.6% drop in general practitioners between 2012 and 2021. Young doctors would tend to choose the liberal exercise but with the desire for better support at the installation. The main objective of the study was to know the professional project of future general practitioners in the regions of Northern France and Normandy.

Materials and methods : A cross-sectional, quantitative, descriptive and analytical multicenter study was conducted with a questionnaire distributed to interns and young doctors between April and June 2024 in an anonymous form.

Results : 252 people answered our questionnaire, giving a participation rate of 19.1%. 79% of respondents were in couples at the time of the study. In our study, 46% were looking at exclusive liberal activity. The liberal exercise is desired in semi-rural environment for 73% of people, mostly in coordinated practice. Regarding the barriers, the administrative constraints remained majority according to participants and support at installation, an essential lever.

Discussion : The liberal exercise remains predominant among study participants, although there is also an appeal for mixed exercise. However, young doctors want more support at installation and want medical time to be optimized.

Conclusion : The liberal exercise is still popular and predominant but taking into account the balance of professional and personal life is undeniable in the choice of young doctors and for their family life.

Keywords: General Medicine, Professional practice, Installation, Medical demography. Resident.