



HAL
open science

Orientation en 2024 des médecins généralistes ayant réalisé leur internat à Amiens - promotion 2017-2021 : étude quantitative descriptive

Lora Acoume

► To cite this version:

Lora Acoume. Orientation en 2024 des médecins généralistes ayant réalisé leur internat à Amiens - promotion 2017-2021 : étude quantitative descriptive. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04833452

HAL Id: dumas-04833452

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04833452v1>

Submitted on 12 Dec 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

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

Année 2024

Numéro 2024 - 206



**ORIENTATION EN 2024 DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AYANT
RÉALISÉ LEUR INTERNAT À AMIENS - PROMOTION 2017-2021
ÉTUDE QUANTITATIVE DESCRIPTIVE**

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 31 OCTOBRE 2024

PAR LORA ACOUME

PRÉSIDENT DU JURY : Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Nicolas GUILLAUME
Monsieur le Docteur Christophe CARTON
Monsieur le Docteur Najeh El ESPER

DIRECTEUR DE THÈSE : Madame le Docteur Marie-Cécile BEAUDOIN

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Sandrine CASTELAIN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (Bactériologie, Virologie-Hygiène hospitalière)

Laboratoire de Virologie

Chef du Pôle Biologie et Pharmacie

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je suis honorée que vous présidiez ce jury. Je vous remercie sincèrement pour votre disponibilité. Vous avez toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Nicolas GUILLAUME

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Laboratoire d'Histocompatibilité et Immunogénétique

C'est un privilège pour moi que vous examiniez mon travail. Je vous prie de recevoir l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Christophe CARTON

Maître de Conférence associé des Universités

Département de Médecine Générale

C'est un privilège de vous avoir comme membre de ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et votre engagement envers la formation des futurs médecins généralistes. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère gratitude à votre égard.

A Monsieur le Docteur Najeh EL ESPER

Praticien Hospitalier - CHU Amiens

Néphrologie - Hémodialyse

Je vous remercie pour votre présence au sein de ce jury et pour l'attention bienveillante que vous portez à l'évaluation de mon travail. Je tiens à vous exprimer ma plus profonde considération et ma sincère gratitude.

A ma directrice de Thèse, Madame le Docteur Marie-Cécile BEAUDOIN

Praticien Hospitalier
Médecin Généraliste

Je te remercie sincèrement de m'avoir accordé ta confiance en acceptant de m'accompagner dans ce projet.

À mon Papa, mon pilier, merci de m'avoir transmis ta passion pour la médecine, de m'avoir toujours guidée et de m'avoir soutenu avec une patience inébranlable tout au long de ce parcours. Ton appui constant a été essentiel à la réalisation de ce projet et je te suis infiniment reconnaissante,

À ma Maman, mon second pilier, merci pour ta douceur inépuisable, ton soutien et pour m'avoir toujours facilité la vie. Ta présence bienveillante a été une force tout au long de ce parcours et je t'adresse toute ma gratitude,

À ma sœur Day, ma meilleure amie, et Al, merci pour votre présence constante, votre amour inconditionnel et vos encouragements précieux,

À mon frère Rem, mon meilleur ami, celui qui me comprend d'un seul regard, tu es la note de rire qui illumine ma vie,

À Leo, Lou et Lys, mes trois étoiles, peut-être lirez-vous ces lignes un jour... Je vous souhaite tout le bonheur dans cette vie. Soyez heureux et épanouis,

À Sab, merci pour ta présence et ton soutien infaillible. J'espère que nous partagerons encore de nombreux moments mémorables ensemble,

À mes amis, Adrien, Charles, Céline, Gauthier, Johanna, Medhy, Paul, Rita, Sophia et Tim, merci d'être toujours présents, votre amitié m'est précieuse.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS: Agences Régionales de Santé

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPP: Comité de Protection des Personnes

CSP: Code de la Santé Publique

DCP: Dossiers Cliniques Progressifs

DMG: Département de Médecine Générale

DMP: Dossier Médical Partagé ou Personnel

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

ECN: Épreuves Classantes Nationales

LCA: Lecture Critique d'Articles

Loi HPST: Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire

MSP: Maison de Santé Pluridisciplinaire

PACES: Première Année Commune aux Etudes de Santé

PCEM1: Première Année du Premier Cycle des Études de Médecine

RGPD: Règlement Général sur la Protection des Données

ROSP: Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique

SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée

UPJV: Université de Picardie Jules Verne

ZAC: Zone d'Action Complémentaire

ZAR: Zone d'Accompagnement Régional

ZIP: Zone d'Intervention Prioritaire

ZRR: Zones de Revitalisation Rurales

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	2
Liste des abréviations.....	4
Table des matières.....	5
I- Introduction.....	7
1) Médecine générale et rôle du médecin généraliste en France.....	7
1.1) Cadre légal.....	8
2) Le numerus clausus en médecine.....	11
3) La démographie médicale en 2024.....	12
4) Manque d'attrait pour la médecine générale en France à l'heure actuelle.....	14
5) L'inégale répartition de l'offre de soins.....	14
6) Aides à l'installation des médecins généralistes dans les Hauts-De-France.....	15
6.1) Zonage des médecins libéraux.....	15
6.2) Dispositifs d'aides mis en place.....	16
7) Orientation des médecins généralistes en Picardie en 2007.....	17
8) Quelques points sur la démographie médicale en 2007.....	18
8.1) Disparités territoriales nationales en 2007.....	18
8.2) Des déséquilibres entre les spécialités en 2007.....	19
8.3) Et en Picardie ?.....	19
9) Evolution du parcours étudiant du médecin généraliste en France entre 2004 et 2017.....	20
10) Justification de l'étude.....	21
II- Matériel et méthode.....	22
1) Type d'étude et objectifs.....	22
2) Population cible.....	22
3) Questionnaire.....	23
4) Analyse des résultats.....	24
III- Résultats.....	25

1)	Critères socio-démographiques.....	25
2)	Critères motivationnels.....	28
3)	Propositions et choix d'activité professionnelle.....	30
4)	Associations entre les variables.....	32
5)	Comparaison entre les médecins de l'étude de 2007 et 2024.....	32
IV- Discussion.....		33
1)	Forces et limites méthodologiques.....	33
2)	Profils sociodémographiques et trajectoires professionnelles.....	34
3)	Analyse des facteurs influençant les choix professionnels et comparaison avec les médecins de 2007.....	36
4)	Formations complémentaires.....	38
5)	Perspectives.....	39
V- Conclusion.....		39
VI- Références bibliographiques		41
VII- Annexes.....		49
Résumé.....		57
Abstract.....		58

I- Introduction

1) Médecine générale et rôle du médecin généraliste en France

La médecine générale est la spécialité clinique centrale dédiée aux soins de santé primaire. Elle se distingue par son approche ambulatoire, offrant des services de proximité, en lien direct avec le lieu de vie du patient et/ou sa communauté. Ces soins, accessibles sans tri préalable, répondent aux besoins de santé à tous les stades des pathologies, qu'elles soient naissantes ou avancées. Ce champ d'activités large et diversifié est façonné par la formation du médecin mais également par les attentes et les besoins croissants de la population.[1]

Dans ce cadre, le rôle et la place du médecin généraliste ne cessent d'évoluer, s'orientant vers une prise en charge globale des patients. L'intégration croissante des outils diagnostiques et thérapeutiques numérisés ainsi que le partage des tâches avec d'autres professionnels de santé s'inscrivent dans une logique de coordination [2;3]. Cette collaboration interprofessionnelle, souvent orchestrée au sein de structures médicales dédiées, tend à se généraliser à travers les territoires. Ainsi, au-delà de son rôle de soignant, le médecin généraliste devient un référent privilégié du patient, guidant celui-ci tout au long de son parcours de soin [4].

Les missions du médecin généraliste s'articulent autour de cinq points essentiels.

Premièrement, la rencontre avec le patient permet de créer un dialogue singulier, fondé sur une écoute attentive des plaintes et des attentes du patient. Ce temps d'échange est le socle de la relation thérapeutique. Deuxièmement, le parcours de soins coordonné sous la responsabilité du médecin traitant vise à harmoniser les interventions des différents professionnels de santé dans un souci de rationalisation et d'optimisation des soins. Troisièmement, la tenue rigoureuse du dossier médical, y compris le Dossier Médical Partagé (DMP), s'impose comme une pierre angulaire de cette coordination, facilitant la traçabilité et l'accès aux informations médicales. Quatrièmement, l'usage d'outils de communication sécurisés, tels que les messageries électroniques ou les conférences téléphoniques, se révèle indispensable pour fluidifier les échanges entre les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient. Enfin, cinquièmement, l'organisation des soins repose sur les compétences spécifiques développées en médecine générale, permettant une prise en charge globale du patient par une réponse adaptée et holistique [5].

Ainsi en France, le médecin généraliste occupe une position pivot et centrale dans le système de santé. Premier point de contact pour les patients, il permet une prise en charge globale, continue et accessible. Garant de la qualité des soins, il assure un suivi constant et personnalisé, tout en veillant à l'accessibilité des services médicaux pour tous.

Sa fonction de coordination revêt une importance particulière dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques. Par ailleurs, son implication dans la permanence des soins garantit la continuité des services de santé, assurant une prise en charge efficace et ininterrompue.

1.1) Cadre légal

L'activité des médecins généralistes en France est encadrée par un ensemble de lois, décrets, et accords conventionnels qui définissent leurs responsabilités, les modalités d'exercice, et les obligations professionnelles. Ces textes visent à garantir une offre de soins de qualité, accessible et coordonnée, tout en s'adaptant aux évolutions du système de santé et aux besoins de la population.

1. Code de la Santé Publique (CSP)

- Article L1411-11 [1] : Décrit les soins de premier recours, incluant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, le suivi des patients, l'administration des médicaments, l'orientation dans le système de soins, et l'éducation pour la santé.
- Article L4130-1 [6] : Énonce les missions du médecin généraliste, telles que contribuer à l'offre de soins ambulatoires, orienter les patients, coordonner les soins, appliquer des protocoles de soins prolongés, synthétiser les informations de santé et former les stagiaires.

2. Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires, 2009) [7]

- Agences Régionales de Santé (ARS) : Régulent l'offre de soins et veillent à l'application des politiques de santé régionales, avec lesquelles les médecins généralistes doivent se coordonner.

- Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) : Encourage la collaboration entre médecins généralistes et autres professionnels de santé pour offrir des soins coordonnés de proximité.
- Dossier Médical Personnel (DMP) : Promeut l'utilisation du DMP pour améliorer la continuité et la coordination des soins, avec un rôle central pour le médecin généraliste.

3. Loi de Modernisation du Système de Santé (2016) [8]

- Renforcement de la prévention : Encourage les médecins généralistes à intensifier les actions de prévention et d'éducation à la santé, comme la vaccination et le dépistage des maladies chroniques.
- Accès aux soins : Prévoit des mesures pour lutter contre les déserts médicaux, incluant des incitations financières pour les médecins exerçant dans les zones sous-dotées.

4. Décrets et arrêtés

- Décret n°2004-252 (19 mars 2004) [9] : Définit les conditions d'installation et d'exercice des médecins généralistes, incluant les obligations de formation continue.
- Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 [10]: Précise les modalités d'organisation et de rémunération des gardes et astreintes des médecins généralistes.

5. Convention Médicale

- Convention 2016-2021 [11]: Accord entre les syndicats de médecins libéraux et l'Assurance Maladie, régissant les honoraires, les obligations de service public, et les incitations à la qualité des soins, incluant les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP).

Les lois et décrets encadrant l'activité des médecins généralistes en France visent à structurer leur rôle et leurs responsabilités, en mettant l'accent sur l'accessibilité, la qualité des soins et la coordination avec les autres acteurs du système de santé.

La marguerite des compétences en médecine générale est un modèle qui représente les compétences variées que doit maîtriser un médecin généraliste [12]. Elle se compose d'un coeur symbolisant les valeurs centrales comme la relation médecin-patient et une approche globale du patient, entouré de pétales représentant des compétences spécifiques, telles que :

- la gestion des maladies,
- la communication,
- la gestion de l'incertitude,
- le suivi à long terme,
- la formation continue,
- et la coordination des soins.

Chaque pétale illustre une dimension essentielle de l'exercice du médecin généraliste.

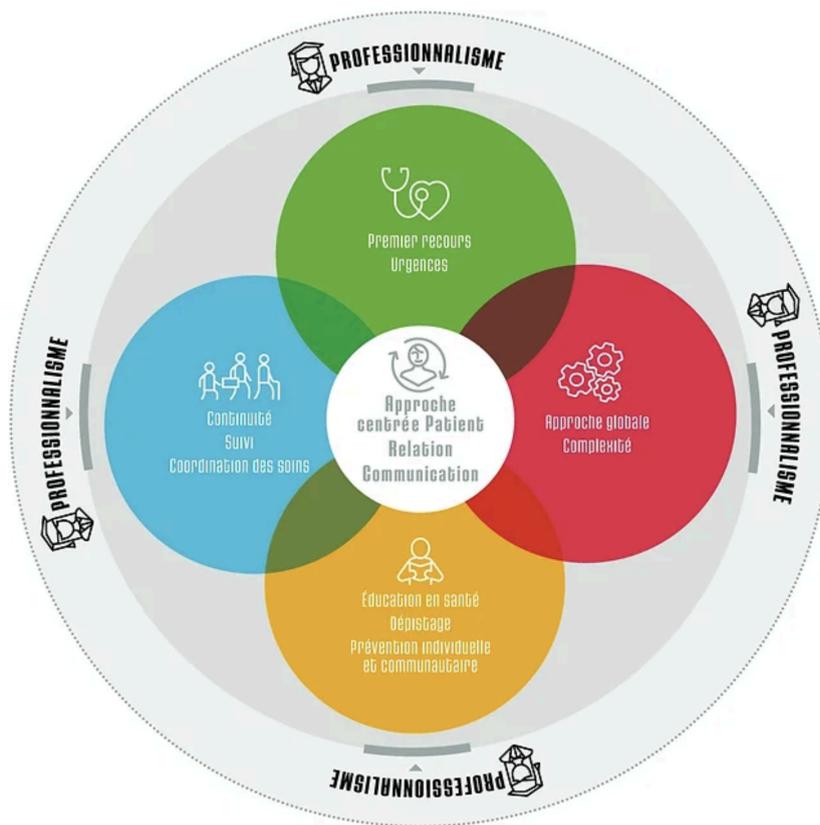


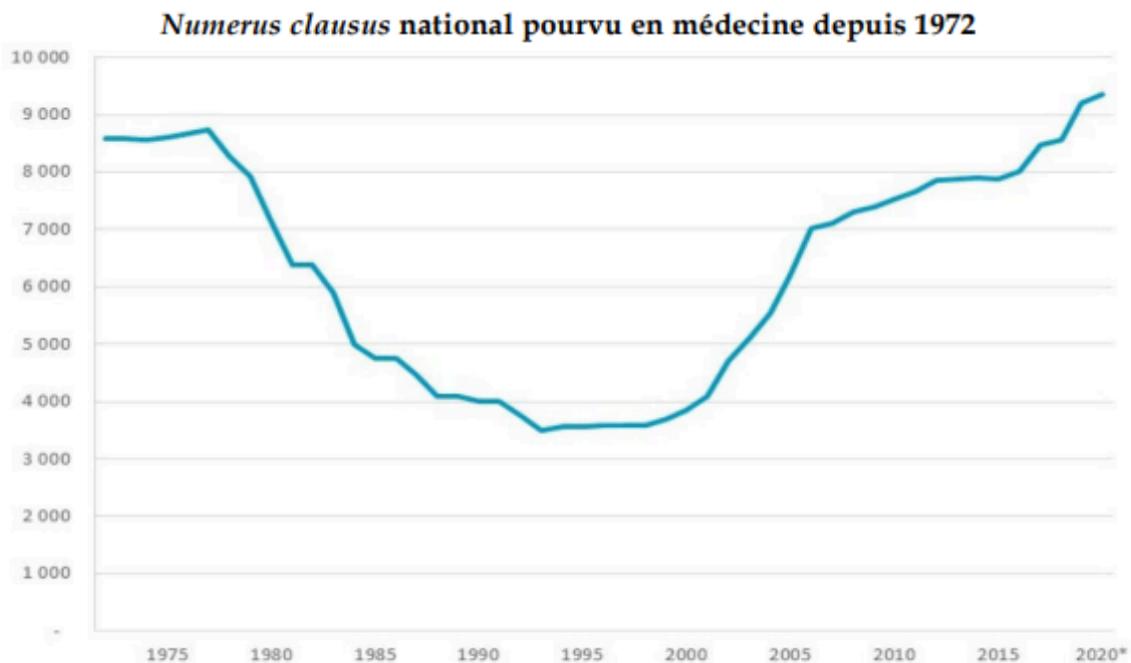
Figure 1- Marguerite des compétences du médecin généraliste [12]

2) Le Numérus clausus en médecine :

Le numerus clausus désigne un quota fixe d'étudiants admis chaque année dans certains cursus, principalement dans les professions de santé réglementées [13].

Dans un article de 2008, le professeur de sciences politiques Patrick Hassenteufel souligne que le syndicalisme des médecins libéraux, formé à la fin du XIXème siècle, s'est organisé autour de revendications visant à protéger leurs intérêts économiques et à maintenir un monopole sur les soins. Historiquement, la profession médicale a cherché à limiter son propre nombre afin de garantir des revenus suffisants [14].

Ce n'est qu'en 1971, suite à une mobilisation du monde médical et politique, que le numerus clausus a été instauré, dans le but de restreindre l'accès aux études médicales, de fixer un nombre limité de médecins formés annuellement en France et de réduire les dépenses en santé [15].



Source : Drees, Dossiers de la Drees, n° 76, mars 2021

Figure 2 - Numérus clausus national pourvu en médecine depuis 1972 [16]

Le numerus clausus influence donc les effectifs de médecins en activité et dans le futur.

Pendant les premières années de sa mise en place, jusqu'en 1977, 8 500 places par an environ étaient offertes pour l'entrée dans les études de médecine. Ce chiffre a ensuite diminué de manière significative, atteignant un minimum de 3 500 places par an en 1993. Ce niveau réduit a perduré pendant cinq années avant d'être progressivement augmenté pour compenser les départs en retraite des médecins formés avant la mise en place du numerus clausus. La hausse des places a été marquée entre 2000 et 2005, puis a ralenti jusqu'au milieu des années 2010, avant de repartir à la hausse [16].

Ainsi le numerus clausus, en limitant le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine, a des répercussions significatives sur la démographie médicale, affectant la répartition et la disponibilité des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire.

3) La démographie médicale en 2024

En hausse continue depuis 2013, le nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants était de 339 médecins pour 100 000 habitants en 2023. Pour la première fois depuis 2013, la densité médicale diminue et ce nombre est réduit de 8% en 2024 pour atteindre 311 médecins pour 100 000 habitants [17].

Le nombre de médecins devrait atteindre son plus bas niveau en 2024.

Selon les projections du service statistique du Ministère de la santé et de la Prévention, la densité médicale en France ne retrouvera son niveau de 2023 qu'aux environs de 2034. Cette diminution du nombre de médecins par habitant est due à un effet ciseau entre l'augmentation de la consommation de soins et la stagnation du nombre de médecins [17].

L'évolution de la consommation des soins cumulée au vieillissement de la population, se traduira par une augmentation des besoins de soins supérieure à l'évolution des capacités de prise en charge et risque de renforcer les problèmes d'accès aux soins [18].

Si le nombre de médecins va probablement diminuer dans la mesure où le numerus clausus ne compense pas mieux les cessations d'activité et les départs à la retraite, le temps médical consacré au malade est encore plus gravement menacé.

Cette situation résulte de plusieurs causes :

- le nombre important de jeunes médecins qui ne souhaitent pas s'installer et n'assurent que des remplacements, c'est-à-dire une activité médicale discontinuée et partielle (en 2019, 24 % des médecins nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre des médecins français ont déclaré une activité intermittente de remplacements [19]), phénomène qui s'observe également à l'international [20].

- la féminisation du corps médical (parmi les jeunes médecins généralistes de moins de 40 ans, les femmes représentaient 65% en 2020 [21]). L'activité médicale des femmes qui doivent faire face à leurs charges familiales est dans l'ensemble inférieure à celle de leurs confrères [22].

- De plus en plus de jeunes médecins optent pour un rythme de travail moins intense, par rapport à leurs aînés, afin de préserver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Ce phénomène est lié à la notion de "work-life imbalance", définie par une difficulté à gérer les exigences professionnelles et personnelles de manière équilibrée.

Selon Brough et al. (2020), la "work-life imbalance" découle souvent de longues heures de travail, d'une forte charge de responsabilités et d'un manque de flexibilité dans les horaires, ce qui peut générer stress et épuisement chez les médecins généralistes [23].

En réponse à ces pressions, de nombreux jeunes médecins privilégient des conditions de travail plus souples, telles que le statut de médecin salarié, qui leur permet de mieux gérer leur qualité de vie et de réduire l'impact négatif du travail sur leur bien-être personnel. Ce changement de mentalité marque une rupture avec les pratiques traditionnelles des générations précédentes, qui étaient davantage axées sur un engagement professionnel intense [24].

- le poids croissant des tâches administratives chronophages [25]. La charge administrative du médecin généraliste représente toutes les tâches administratives, non médicales, dévolues au médecin généraliste dans l'exercice de ses fonctions. Elles comprennent entre autres la gestion des dossiers patients, les courriers, la rédaction des certificats, les arrêts de travail, les prises de rendez-vous, les commandes de produits, la comptabilité, l'informatisation et le lien avec les caisses d'assurance maladie et l'ARS. Selon les estimations, entre 22 et 33 % du temps de travail des médecins généralistes seraient consacrés à des tâches non médicales [26]. Pour pallier ces difficultés, l'une des solutions proposées a été le transfert des tâches

administratives à des collaborateurs non médicaux. Ce transfert peut effectivement avoir une certaine efficacité mais il n'apporte qu'une amélioration partielle car la plupart des tâches administratives doivent être impérativement effectuées par un médecin. Sauf dans le cas des maisons médicales, la majorité des cabinets de médecine générale ne dispose pas d'un secrétariat ou, plus généralement, de collaborateurs non médicaux sur qui décharger une partie au moins des activités administratives [27].

4) Manque d'attrait pour la médecine générale en France à l'heure actuelle

La situation de la médecine générale en France devient de plus en plus préoccupante. Les médecins généralistes ont le sentiment que leur activité est méconnue, voire mésestimée, et que leurs compétences sont mal utilisées [28].

La médecine générale est souvent considérée comme une voie de second choix, une spécialité par défaut vers laquelle sont orientés les étudiants à qui le rang de classement ne laisse pas d'autres possibilités. La décision de la ranger parmi les spécialités a corrigé en partie cette situation [29].

Par ailleurs, la société française évolue et la médecine générale ainsi que les autres spécialités sont contraintes de faire face à cette évolution.

Quant aux tâches administratives des médecins généralistes, elles nécessitent actuellement plusieurs heures par semaine et leur importance, leur multiplicité et leur diversité ne cessent de s'accroître [25].

5) L'inégale répartition de l'offre de soins

L'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire national est préoccupante et s'est accrue ces dernières années [30]. Les zones sous médicalisées, souvent désignées par l'expression « déserts médicaux » par les médias, ne se limitent pas aux régions rurales isolées. Elles touchent également les centres des grandes villes où le coût de l'immobilier rend inaccessible l'acquisition ou la location de locaux professionnels. Certaines banlieues sont également « médicalement désertées », mais pour des raisons de sécurité [31].

Pour remédier à cette inégalité de l'offre de soins, des mesures contraignantes ont été proposées mais souvent écartées, comme le recommandait l'Académie nationale de Médecine dès 2007 [32]. Ces mesures risquaient d'être inefficaces, notamment pour les jeunes médecins, dont certains envisageaient de renoncer à la pratique médicale si leur lieu d'exercice les éloignait de leur domicile ou ne garantissait pas des services essentiels tels qu'une scolarité de proximité pour leurs enfants.

Diverses mesures incitatives ont été mises en avant pour encourager les jeunes médecins à s'installer dans certaines zones et améliorer leurs conditions d'exercice professionnel [33]. Cela passe notamment par la création de maisons médicales, considérées comme l'une des solutions les plus prometteuses. Par ailleurs, plusieurs types d'aides, correspondant à des modalités très diverses, ont été établis en contrepartie d'un engagement à s'installer dans des régions médicalement sous dotées.

6) Aides à l'installation des médecins généralistes dans les Hauts-De-France

6.1) Zonage des médecins libéraux

Le zonage des médecins libéraux en France constitue une mesure mise en place par les autorités de santé pour réguler l'installation des médecins, en particulier des généralistes, afin de répondre aux problèmes de répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire. Ce dispositif, encadré par l'Agence Régionale de Santé (ARS), vise à lutter contre l'inégalité de répartition de l'activité médicale, quand l'offre de soins est insuffisante par rapport à la demande [34].

Trois catégories de zones sous-dotées ont été définies [35 ; 36] :

- ZIP (Zone d'Intervention Prioritaire) :

Ces zones sont identifiées comme étant les plus déficitaires en termes d'offre de soins. Les médecins qui s'y installent peuvent bénéficier d'aides financières substantielles, telles que des exonérations fiscales et des primes d'installation

- ZAC (Zone d'Action Complémentaire) :

Bien que moins prioritaires que les ZIP, ces zones nécessitent tout de même une attention particulière pour éviter une future désertification médicale. Les médecins y sont encouragés par des aides, mais celles-ci sont moins importantes que celles des ZIP

- ZAR (Zone d'Accompagnement Régional) :

Ces zones bénéficient de mesures pour stabiliser l'offre de soins et éviter une dégradation de la situation médicale.

La spécificité des Hauts-de-France réside dans la création des ZAR qui ciblent des territoires nécessitant une vigilance quant à l'offre de soins, bénéficiant ainsi d'aides régionales pour maintenir et installer des professionnels de santé. Les aides y sont généralement plus limitées et ciblées.

L'identification de ces nouveaux territoires a fait l'objet de nombreux échanges avec les représentants des médecins.

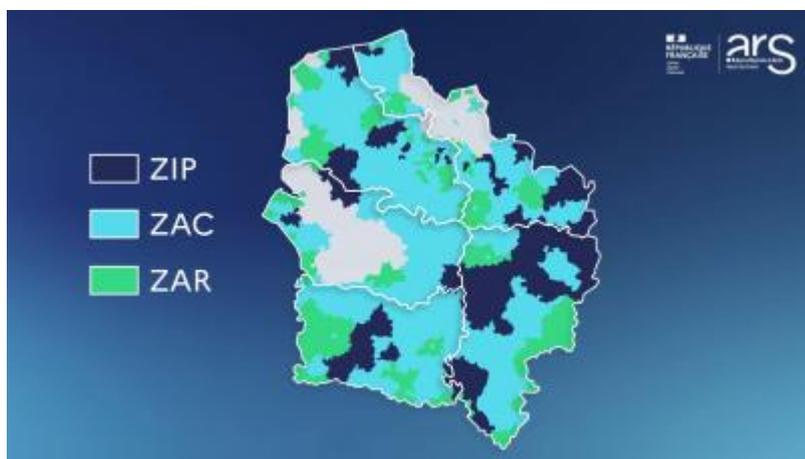


Image 1 - Zonage des médecins généraliste dans les Hauts-De-France en 2022 (données de l'ARS [36])

6.2) Dispositifs d'aides mis en place

De nombreux dispositifs d'aides visant à corriger les disparités dont souffrent les territoires les plus démunis, qu'ils soient ruraux ou zones urbaines sensibles, ont été instaurés sous diverses formes [35; 36], on y retrouve :

- des aides financières directes : primes d'installation ou de maintien pour les professionnels de santé, financées par des collectivités territoriales, sous réserve d'une période minimale d'exercice (3 à 5 ans).
- des aides matérielles : prise en charge des frais liés à l'activité de soins ou mise à disposition de logements et locaux professionnels.

- des exonérations fiscales et sociales : en Zones de Revitalisation Rurales (ZRR), les nouveaux cabinets médicaux bénéficient d'exonérations d'impôts et de charges pour cinq ans.
- des aides pour les remplacements : exonérations fiscales sur les revenus des astreintes en zones déficitaires, et aides financières pour les remplacements en milieu rural.
- un soutien à l'exercice en groupe : majoration des consultations de 20 % pour les médecins travaillant en cabinet de groupe.

L'efficacité de ces dispositifs pour améliorer l'accès aux soins dans ces zones reste cependant à évaluer.

7) Orientation des médecins généralistes en Picardie en 2007

Dans le cadre de sa thèse publiée en 2007, le Dr Michèle Pocholle-Chebboubi s'est intéressé au devenir professionnel et personnel des 112 "résidents" (internes) de médecine générale issus des promotions 2004-2005 [37].

Cette recherche visait à explorer les trajectoires professionnelles ainsi que les dimensions personnelles de ces jeunes médecins, offrant ainsi un éclairage sur leur transition de la formation à la pratique médicale indépendante.

Les résultats de cette étude ont révélé que cette population présentait une mixité équitable, incluant une proportion significative de Picards d'origine.

Une grande majorité de ces internes ont choisi de vivre et travailler en Picardie sans intention de quitter la région. Les quelques départs observés étaient principalement motivés par des raisons personnelles et non par des considérations liées à leur activité professionnelle.

Par ailleurs l'étude a mis en lumière l'inégale répartition des jeunes médecins entre les différents domaines d'activités offerts par la médecine générale. En effet, près de la moitié d'entre eux exerçaient en tant que remplaçants, plus d'un tiers exerçaient dans un établissement hospitalier tandis qu'une faible proportion avait ouvert son propre cabinet.

Ainsi, très peu de jeunes diplômés envisageaient de s'installer en libéral en 2007 citant comme freins à l'installation: l'isolement, des horaires contraignants et une charge administrative importante.

L'analyse a conclu que ce n'était pas la fuite des jeunes médecins vers d'autres régions qui appauvrissait la médecine générale en Picardie, mais plutôt le manque de nouvelles

installations confirmant ainsi des causes déjà établies sur les disparités démographiques de l'époque.

8) Quelques points sur la démographie médicale en 2007

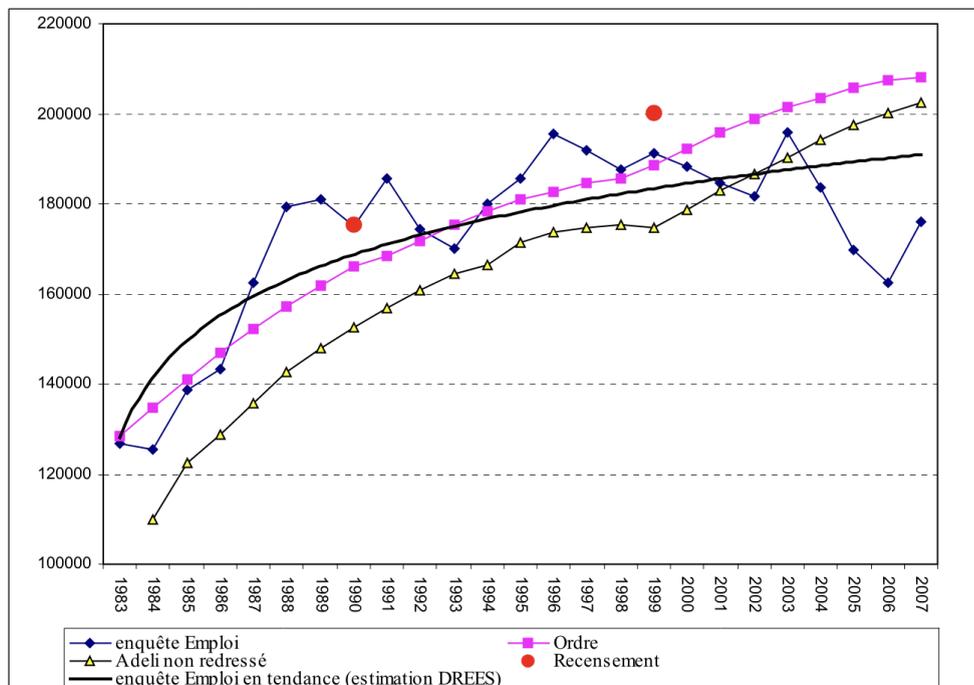


Figure 3- Evolution du nombre de médecins en France métropolitaine selon différentes sources [38]

Au 1er janvier 2007 les données relatives à la France métropolitaine indiquent un total de 202 565 médecins pour Adeli, 208 191 médecins pour l'Ordre National des Médecins et 191 000 médecins estimés d'après les tendances issue des données des enquêtes Emploi (à l'exclusion des internes) [38].

8.1) Disparités territoriales nationales en 2007

En 2007 la France se caractérise moins par une insuffisance globale de praticiens que par leur inégale répartition tant territoriale que disciplinaire [39].

Les médecins disposaient alors du libre choix de leur lieu d'exercice entraînant de fortes disparités de densité médicale. Selon le fichier SNIR 2007 de la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), la densité des omnipraticiens libéraux qui était en moyenne de 100 pour 100 000 habitants en France chutait à 75 en Seine Saint Denis

tout en atteignant 136 dans les Pyrénées Orientales. La densité des spécialistes libéraux qui était de 88 pour la France, tombait à 34 en Lozère et culminait à 244 à Paris [39]. Cette répartition géographique des médecins libéraux reflétait un héliotropisme marqué, illustrant une opposition nette entre le Nord et le Sud du pays, à l'exception de l'Ile-de-France. Les zones rurales isolées et la périphérie de certaines villes étaient particulièrement touchées par ces déséquilibres.

8.2) Des déséquilibres entre les spécialités en 2007

La forte croissance du nombre de médecins (en ville et à l'hôpital) en 2007 s'est accompagnée d'une augmentation encore plus marquée du nombre de spécialistes qui représentaient alors 51 % de la population médicale. Parmi les médecins libéraux, bien que les effectifs des spécialistes (53 645 selon la CNAMTS au 31 décembre 2007), soient restés inférieurs à ceux des omnipraticiens (60 970 dont 54 297 généralistes), leur progression était notable [40]. Cependant, les effectifs des différentes spécialités n'évoluaient pas au même rythme. En effet, la médecine générale était confrontée à un vieillissement des praticiens, rendant nécessaire la prise de mesures pour attirer les nouvelles générations.

La médecine générale souffrait également d'une désaffection marquée alors qu'elle était reconnue depuis 2004 en tant que spécialité. En témoignaient, par exemple, les affectations en troisième cycle des études médicales suite aux épreuves classantes nationales (ECN) de 2004, 2005 et 2006, où les centaines de postes non pourvus ont été, pour la quasi-totalité, des postes en médecine générale [41].

Or, médecin de premier recours, le généraliste est le maillon essentiel dans le parcours de soin coordonné. Il y avait là un paradoxe fort entre la désaffection vis-à-vis de cette spécialité et les attentes à l'égard du généraliste pour la rationalisation et l'optimisation des soins.

8.3) Et en Picardie ?

En 2007, la diminution du nombre de médecins généralistes qui a marqué la démographie médicale en France dans certaines régions, a fortement touché la Picardie [42]. Cette diminution était due à plusieurs facteurs, notamment le vieillissement de la population médicale, le manque d'attrait pour la médecine générale parmi les nouveaux diplômés et la concentration des médecins dans les grandes villes et les zones urbaines.

De plus, la Picardie était confrontée à des défis particuliers avec notamment une population vieillissante nécessitant des soins de santé plus importants.

9) Evolution du parcours étudiant du médecin généraliste en France entre 2004 et 2017

Depuis l'étude précitée menée en 2007, le parcours de formation des médecins généralistes en France a connu des évolutions significatives tant sur le plan académique que pratique [43].

Parmi les principales modifications, on peut noter:

1. Réforme du premier cycle

En 2004, les études de médecine débutaient par une année commune appelée PCEM1 (première année du premier cycle des études de médecine), à l'issue de laquelle, les étudiants passaient un concours sélectif pour accéder à la deuxième année (PCEM2).

Concernant la promotion ECN 2017, le concours d'entrée en Médecine avait lieu à l'issue de la PACES (Première année commune aux études de santé), mise en place en 2010, avec un concours élargi aux autres filières de santé (dentaire, pharmacie, maïeutique) [44] .

2. Stages et apprentissage pratique

En 2004, bien que des stages étaient intégrés au cursus, l'accent était mis sur la théorie.

Pour les internes de la promotion ECN 2017, une réforme des stages a été mise en place en 2013, pour intégrer davantage d'apprentissages pratiques dès les premières années, avec une augmentation des stages cliniques en milieu hospitalier et ambulatoire [43]. La Réforme du troisième cycle de 2017 rend obligatoire le SASPAS (Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée) offrant ainsi une plus grande autonomie à l'interne.

3. Concours de l'internat et Examen Classant National (ECN)

En 2004, les étudiants passaient le concours de l'internat à la fin de la sixième année et la spécialité choisie dépendait du rang de classement obtenu au concours. Le concours de l'internat sera supprimé en 2005 et remplacé par l'examen classant national (ECN) [45].

Pour la promotion ECN 2017, l'ECN a évolué pour inclure des épreuves plus variées, telles que la lecture critique d'articles (LCA) et des dossiers cliniques progressifs (DCP), afin de mieux évaluer les compétences cliniques et théoriques des étudiants.

4. Numérisation et accès aux ressources

En 2004, les ressources numériques et l'apprentissage en ligne étaient peu développés.

Pour la promotion ECN 2017, l'accès à des ressources en ligne, à des plateformes de formation et à des simulations virtuelles s'est considérablement accru, facilitant ainsi l'apprentissage et l'accès à l'information.

A partir de la rentrée universitaire de Septembre 2023, la maquette de l'internat de médecine générale en France est passée de trois à quatre ans. Cette réforme s'inscrit dans le cadre des évolutions du troisième cycle des études médicales et vise à renforcer la formation des futurs médecins généralistes, en leur permettant d'acquérir des compétences pratiques plus approfondies, notamment en milieu rural et dans les structures sous-dotées [43]. Les médecins de notre étude ne sont pas concernés par cette réforme, qui marque néanmoins un tournant dans la formation des médecins généralistes.

En somme, le parcours étudiant pour devenir médecin généraliste en France a connu une transformation notable entre 2004 et 2017, avec des réformes visant à moderniser et à adapter la formation aux exigences contemporaines de la pratique médicale. Ces changements ont principalement concerné l'amélioration de l'apprentissage pratique, la diversification des épreuves d'évaluation, l'intégration de compétences transversales et une meilleure préparation à l'exercice en milieu ambulatoire.

10) Justification de l'étude

Quelle évolution peut-on constater, 15 ans après ce premier travail de thèse? Quelle est l'activité actuelle des médecins généralistes ayant passé les ECN en 2017 et ayant réalisé leur internat à la faculté de médecine d'Amiens ? Quels facteurs ont influencé ces choix?

En parallèle, nous comparerons l'activité des médecins généralistes en 2024 à celle de leurs prédécesseurs diplômés en 2007, afin d'identifier les évolutions de l'exercice médical au cours des quinze dernières années. Cette comparaison permettra également d'explorer les

motivations et les contraintes ayant influencé leurs choix professionnels, en lien avec les changements organisationnels survenus dans le système de santé.

Connaître les facteurs qui entrent en compte dans l'activité professionnelle des médecins généralistes permettrait d'évaluer les leviers dont pourraient disposer les politiques de santé publique afin d'améliorer la démographie médicale.

II- Matériel et méthode :

1) Type d'étude et objectifs:

Cette étude quantitative descriptive transversale a été menée pour analyser les profils, les lieux d'exercice et les choix d'activité des médecins généralistes de la promotion des ECN de l'année 2017, ayant effectué leur internat de médecine générale à Amiens.

L'objectif principal de cette recherche était de dresser un état des lieux de l'activité des médecins généralistes en 2024.

Les objectifs secondaires étaient :

- 1) De comparer l'activité des médecins généralistes en 2024 (de la promotion ECN 2017) et celle des médecins généralistes en 2007 (des promotions 2004-2005)
- 2) D'explorer les raisons ayant motivé le choix en termes d'activité des médecins généralistes en 2024

Pour atteindre ces objectifs, un questionnaire a été diffusé auprès des médecins concernés.

Le questionnaire tout en reprenant les items clés du questionnaire mis en place par le Dr Pocholle-Cheboubi en 2007, a été actualisé en 2024.

2) Population cible

Critères d'inclusion:

Les participants devaient avoir passé les ECN en 2017 et réalisé leur internat de médecine générale à l'Université de Picardie Jules Verne.

La population éligible à l'inclusion était de 72 médecins.

Critère d'exclusion:

Les médecins qui ont refusé de participer ou n'ont pas soumis le questionnaire ont été exclus.

Recrutement:

Le recrutement a principalement été réalisé par l'envoi d'un questionnaire aux 72 personnes pouvant être incluses dans cette étude, par voie de courriel provenant de la scolarité de l'Université de Picardie Jules Verne (UPJV). Cette diffusion a eu lieu à deux reprises, avec un intervalle de 2 mois.

En parallèle des efforts ont été déployés via les réseaux sociaux (LinkedIn et Facebook) afin d'inciter les participants potentiels à compléter le questionnaire et à encourager un recrutement de proche en proche.

Les données ont été collectées de Juin à Septembre 2024.

3) Questionnaire

Le questionnaire est disponible en Annexe.

Il a été administré sous forme électronique via la plateforme Limesurvey®.

Il comprenait 41 questions portant sur des critères socio-démographiques, les choix universitaires et professionnels, la mobilité, l'exercice professionnel et la satisfaction vis-à-vis de l'orientation professionnelle. Il comprenait également des questions visant à déterminer l'influence des choix de vie personnelle sur les choix professionnels des médecins de l'échantillon.

Le temps moyen nécessaire pour compléter toutes les réponses était de 4 minutes.

Les réponses ont été anonymisées.

L'étude ne portant pas sur des patients, l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été nécessaire, conformément aux dispositions de la loi Jardé, relative aux recherches impliquant la personne humaine [46].

4) Analyse des résultats

Tous les questionnaires ayant été complétés à au moins 80% ont été inclus dans l'analyse, afin de permettre des imputations multiples et un traitement de données adéquat. Les réponses ont été saisies automatiquement sur une feuille de calcul, via la plateforme Limesurvey®.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels Excel et RStudio (Version : 2024.04.1+748).

Les variables catégorielles, telles que la situation maritale avant, pendant et après l'internat de médecine générale, le statut parental durant la même période, le type d'établissement d'activité professionnelle, ainsi que le statut d'installation, ont été résumées par des effectifs et des pourcentages.

Des analyses statistiques descriptives et inférentielles ont été effectuées à partir des données collectées auprès des internes ayant passé les ECN en 2017.

L'analyse des associations entre les différentes variables catégorielles suivantes, a été réalisée à l'aide du test exact de Fisher :

- Association entre le sexe et le type d'activité professionnelle
- Association entre la situation maritale et le type d'établissement
- Association entre le statut parental et l'exercice professionnel
- Association entre le statut parental et l'installation en libéral
- Association entre les aides à l'installation disponibles et l'installation en libéral

Il est à noter que la taille de notre échantillon ne répondait pas aux conditions nécessaires pour l'utilisation du test du Chi-Deux, qui exige que les effectifs attendus dans au moins 80% des cases du tableau de contingence soient supérieurs ou égaux à 5 et qu'aucune case ne présente un effectif attendu inférieur à 1. Dans notre cas, certaines catégories comportaient des effectifs trop faibles, justifiant ainsi l'utilisation du test exact de Fisher, qui est plus adapté aux petits échantillons.

Le seuil de significativité pour l'ensemble des tests statistiques a été fixé à 0,05.

Des tests du Chi-Deux avec correction de continuité de Yates ont été réalisés afin de comparer les internes des promotions 2004-2005 et ceux de la promotion 2017 sur

plusieurs variables : la répartition des sexes, le statut familial, la réalisation d'une formation complémentaire et l'installation en cabinet libéral. Dans le cas où les conditions du Chi-Deux n'étaient pas respectées, un test exact de Fisher a été utilisé, notamment pour comparer l'occupation d'un poste hospitalier.

III- Résultats

Recueil et analyse des données

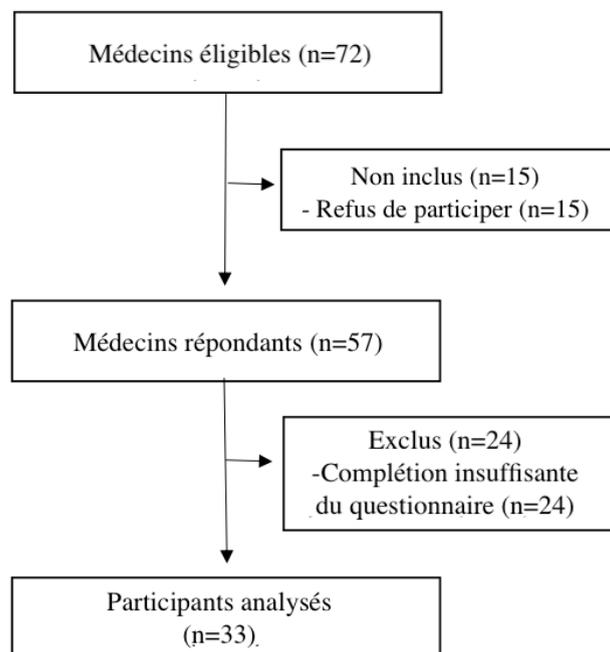


Figure 4: Diagramme CONSORT de flux

1) Critères socio-démographiques

- L'âge du médecin répondant minimal est de 30 ans. L'âge du médecin répondant maximal est de 38 ans et la moyenne est de 32 ans et 5 mois (32,4)
- 60,6% des médecins répondants sont des femmes (20 femmes) et 39,4% sont des hommes (13 hommes).

Tableau 1 : Ville et faculté d'origine des médecins répondants

Ville d'origine	Effectif	Pourcentage
Amiens	30	90,9%
Lille	3	9,1%
Faculté d'origine	Effectif	Pourcentage
Amiens	30	90,0%
Lille	3	9,1%

- 30 médecins (90,9%) sont originaires d'Amiens (ou sa périphérie) et ont fait leurs études de premier et de second cycle à la faculté de médecine de l'Université de Picardie Jules Verne
- L'année médiane de soutenance de la thèse est en 2021.

Tableau 2: Profession des parents

Profession des parents	Effectif	Pourcentage
Médical	9	27,3%
Non médical	24	72,7%

- Chez 24 médecins répondants (72,7%) aucun des parents n'a exercé de profession médicale.

Figure 5 : Situation maritale

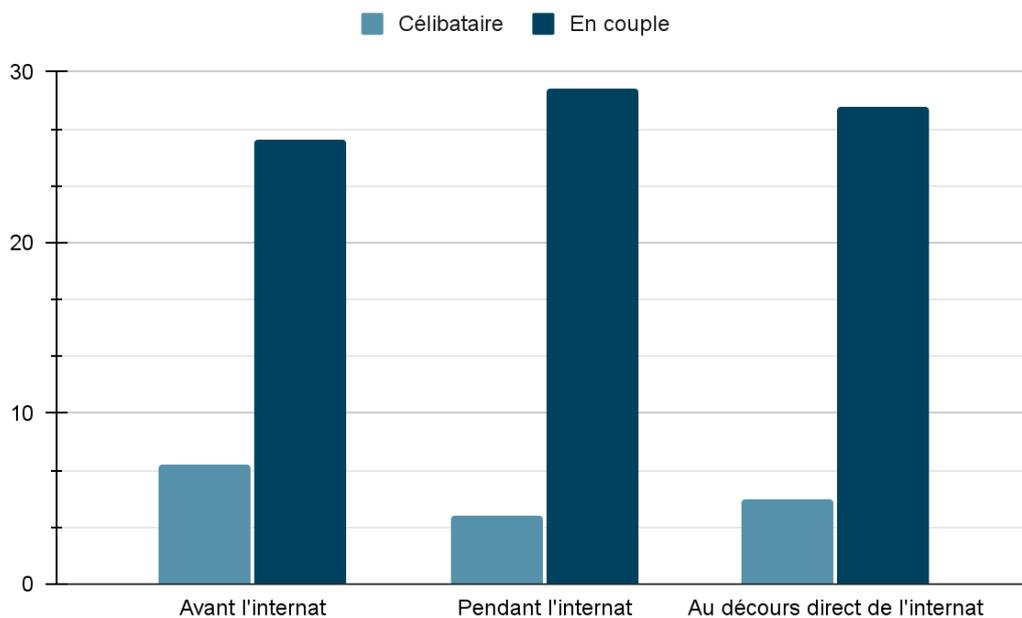
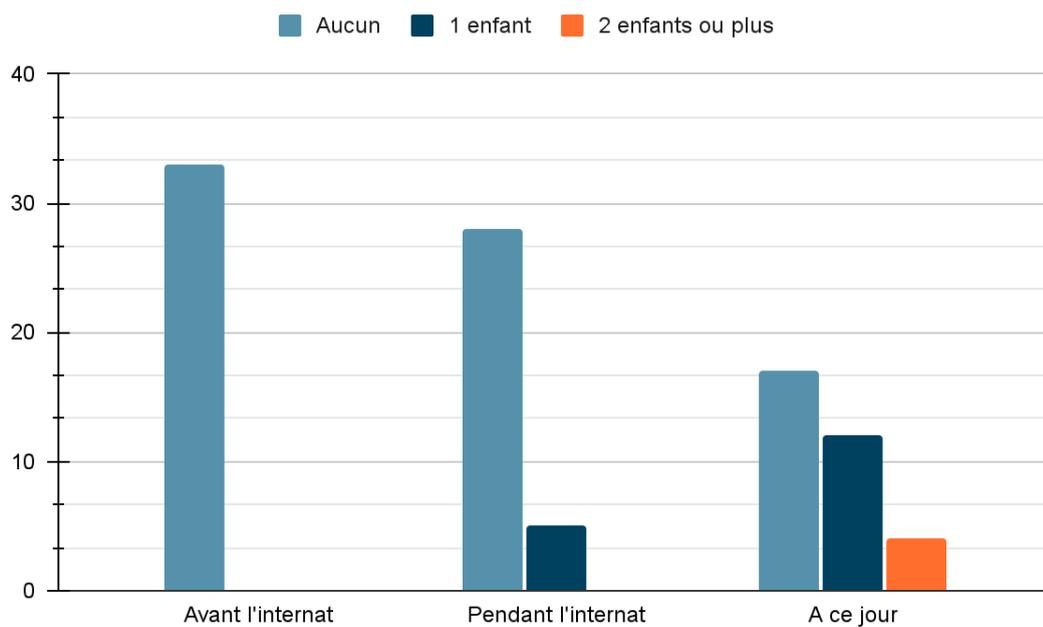


Figure 6: Situation familiale (enfant(s)):

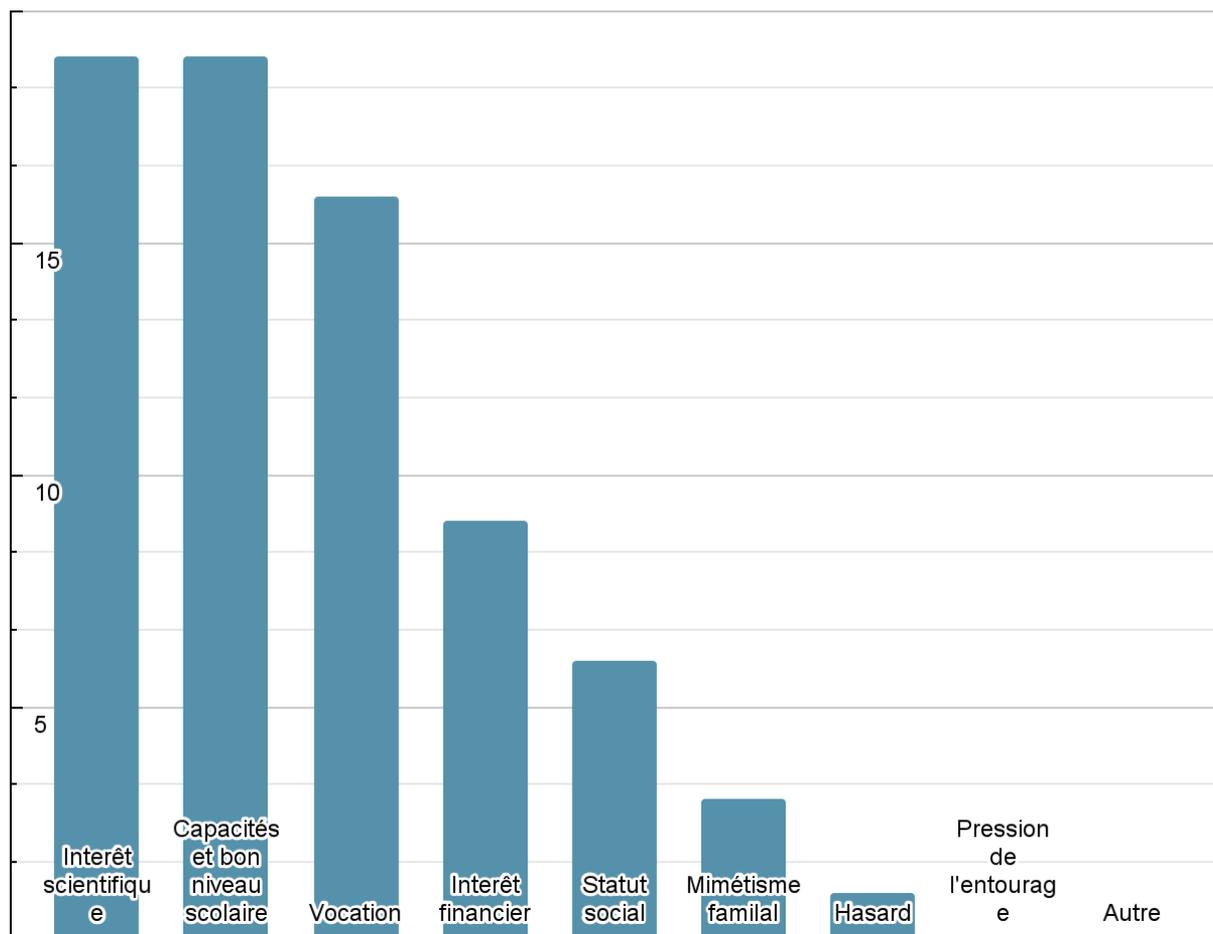


- Avant l'internat 7 médecins répondants (21,2%) sont célibataires et 26 médecins (78,8%) sont en couple. Aucun médecin n'a d'enfant.
- Au décours de l'internat, 5 médecins (15,2%) sont célibataires et 28 (84,8%) sont en couple.
- A ce jour, 17 (51,5%) des médecins n'ont pas d'enfant. 12 médecins (36,3%) ont un enfant et 4 médecins (12,1%) ont deux enfants ou plus.

Sur les 28 médecins répondants en couple, 21 médecins (75%) ont un(e) conjoint(e) originaire de Picardie.

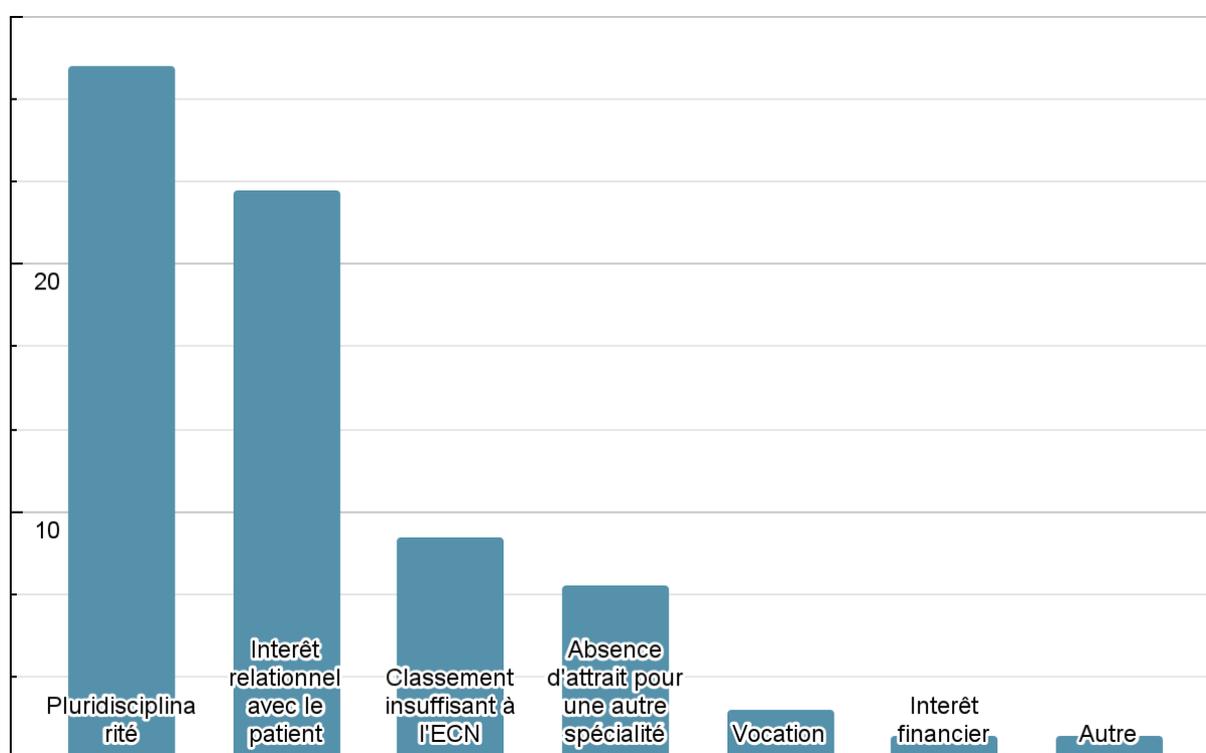
2) Critères motivationnels

Figure 7 : Motivation pour les études médicales



- 19 médecins (57,6%) indiquent avoir choisi les études médicales par intérêt scientifique et grâce à leur bon niveau scolaire
- 16 médecins (48,5%) indiquent avoir choisi les études médicales par vocation
- Aucun médecin n'indique avoir subi de pression de l'entourage pour s'orienter vers des études de médecine
- Une case "autre" à remplir librement avait été laissée, mais n'a été remplie par aucun des 33 répondants.

Figure 8 : Motivation pour le choix de spécialité de médecine générale



- 28 médecins (84,8%) indiquent s'être orientés vers la médecine générale pour le côté pluridisciplinaire de la spécialité, 23 médecins (69,7%) par intérêt relationnel avec le patient
- 9 médecins (27,3%) ont choisi la médecine générale par défaut
- Une case "autre" à remplir librement avait été laissée, un répondant avait mentionné des "difficultés avec le monde hospitalier".

3) Propositions et choix d'activité professionnelle

Tableau 3: Effectifs et fréquences selon la réalisation de remplacements pendant l'internat

Remplacement pendant l'internat		Effectifs	Fréquence (%)
Pendant l'internat, dans les Hauts-De-France	Oui	28	84,8%
	Non	5	15,2%
Pendant l'internat, dans une autre région	Oui	3	9,1%
	Non	30	91%

Un seul médecin répondant à répondu avoir quitté la région au décours direct de l'internat.

Figure 9: Proposition de poste hospitalier après l'internat

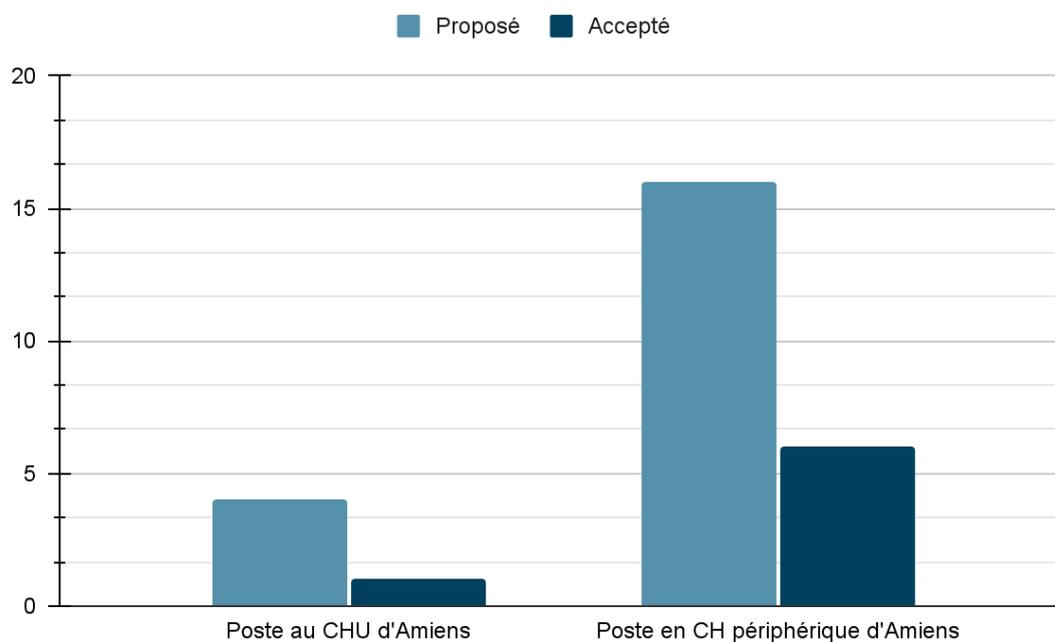
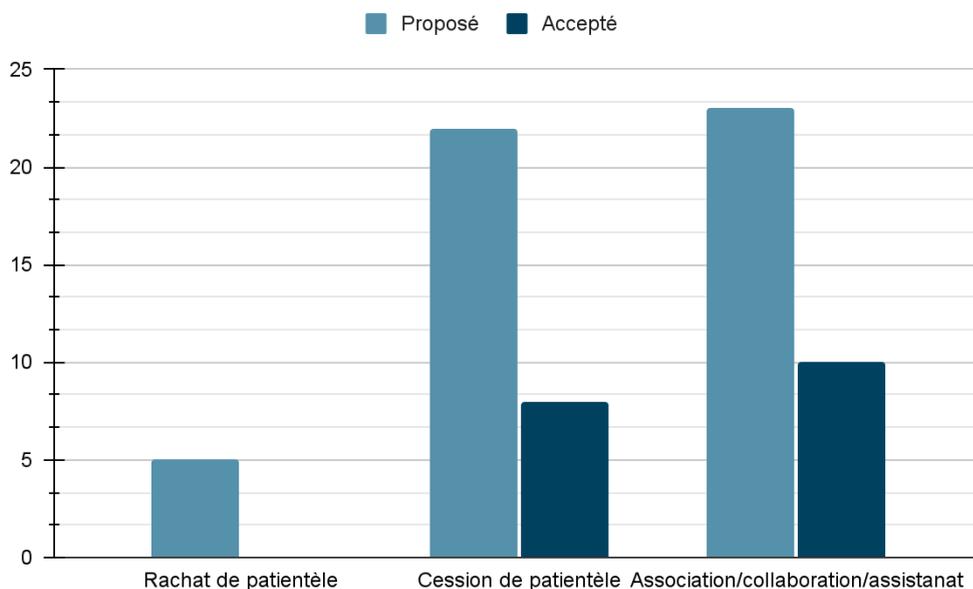
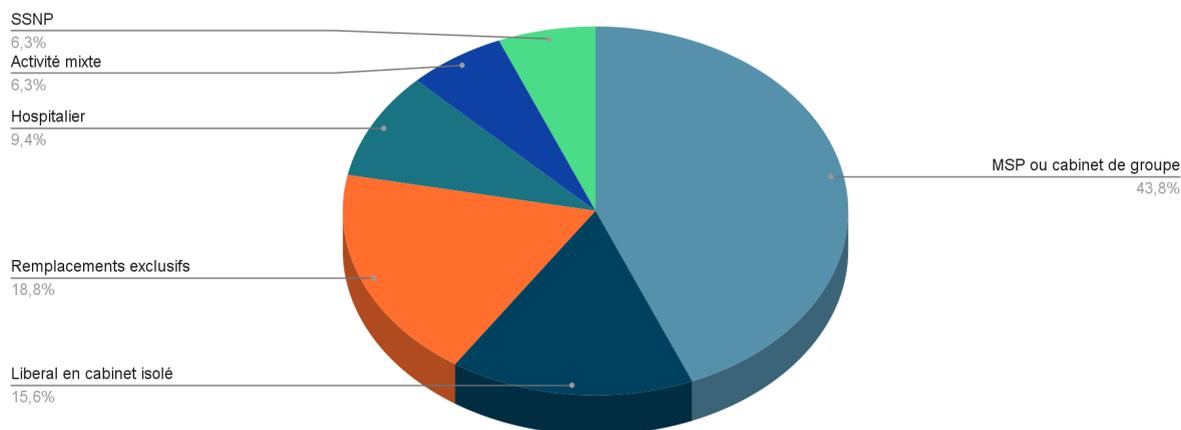


Figure 10: Propositions libérales dans les Hauts-de-France après l'internat



5 médecins se sont vu proposer un poste dans une autre région (15,2%) et 3 l'ont accepté.

Figure 11: Activité professionnelle actuelle



SSNP : structure de soins non programmés

En 2024, 14 médecins (43,8%) exercent en association en Maison de Santé Pluridisciplinaire ou cabinet de groupe. 5 médecins (15,6%) exercent en cabinet de médecine générale isolé. 6 médecins (18,8%) font des remplacements de médecine générale en cabinet de ville. 3 médecins (9,4%) travaillent en milieu hospitalier. 2 médecins (6,3%) ont une activité mixte

(libéral/hospitalier et remplacements en cabinet de ville/hospitalier). 2 médecins exercent dans une structure de soins non programmés (SOS médecins).

Aides à l'installation :

6 médecins répondants installés en libéral (28,6% des médecins exerçant en libéral) ont répondu avoir reçu des aides régionales pour leur installation et pour 3 d'entre eux ces aides ont été un critère ayant motivé leur installation.

Réalisation de formations complémentaires:

11 médecins de notre étude indiquent avoir réalisé une formation complémentaire pendant ou après l'internat (DU, DIU, FST).

4) Associations entre les variables

L'analyse des associations entre les différentes variables catégorielles, a été réalisée à l'aide du test exact de Fisher.

Le test exact de Fisher a montré une association significative entre l'obtention d'une aide à l'installation en libéral et l'installation en cabinet libéral ($p = 0.01612$, odds ratio = Inf), indiquant que les médecins qui ont bénéficié d'un soutien financier avaient une probabilité plus élevée de s'installer en libéral.

Le test exact de Fisher n'a pas révélé d'association significative entre les éléments suivants:

- Sexe et type d'exercice professionnel
- Situation maritale après l'internat et type d'exercice professionnel
- Parentalité et type d'exercice professionnel
- Parentalité et installation en libéral

5) Comparaison entre les médecins de l'étude de 2007 et 2024

Le test exact de Fisher révèle une différence significative entre les deux cohortes concernant l'occupation d'un poste hospitalier ($p = 0,021$); les participants de 2007 étant plus susceptibles d'occuper un poste hospitalier que ceux de 2017 (odds ratio = 3,79, IC à 95 % [1,16 ; 16,24]).

Les résultats montrent également une différence statistiquement significative entre les deux cohortes concernant l'installation en cabinet libéral ($\chi^2 = 4,91$, $p = 0,027$), avec une plus grande proportion d'installations pour les médecins de 2024.

Aucune différence statistiquement significative n'a été observée à l'aide du test du Chi-Deux entre les cohortes de 2007 et de 2017 concernant la répartition des sexes, la parentalité et la réalisation de formation(s) complémentaire(s).

IV- Discussion

1) Forces et limites méthodologiques

Nous avons utilisé le logiciel Limesurvey® pour réaliser notre étude. Il s'agit d'un logiciel permettant un recueil des données sécurisé conforme au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), sur serveur sécurisé et recommandé par le Département de Médecine Générale (DMG) de l'Université de Picardie Jules Verne.

Notre questionnaire a été construit en s'inspirant du questionnaire de la thèse du Dr Pocholle-Chebboubi en 2006 afin de pouvoir obtenir des données comparables. Les questions ont été rédigées de façon claire et concise, portant sur des données simples afin de minimiser les biais de mémorisation. Les analyses statistiques ont été effectuées par une statisticienne qui a pu nous conseiller les tests statistiques les plus adaptés, en plus de les réaliser.

Cette étude présente plusieurs limites qui influencent la validité des résultats obtenus. Tout d'abord, le faible taux de réponse constitue un biais significatif.

Le manque de participation peut être attribué à plusieurs facteurs: la longueur du questionnaire, la réticence à partager des informations personnelles avec un autre médecin généraliste ou encore le manque de recul professionnel chez certains médecins de la promotion 2017, qui n'ont pas encore pris de décisions définitives sur leur carrière.

Par ailleurs, plusieurs médecins ont signalé au bureau de la faculté leur lassitude face à la multiplication des questionnaires reçus par mail, ce qui a pu décourager leur participation.

L'absence d'écart type dans la thèse du Dr Pocholle-Chebboubi, thèse de référence, a empêché l'utilisation d'un test de Student, limitant ainsi la portée des comparaisons statistiques.

Notre analyse étant rétrospective, malgré le soin apporté à la conception du questionnaire, il est impossible d'exclure un biais de mémorisation.

De plus, il aurait été pertinent d'élargir l'étude à plusieurs promotions pour obtenir une vision plus globale. Cependant, les difficultés liées à la prise de contact et les faibles taux de réponse auraient probablement persisté.

En termes d'améliorations, cette étude aurait pu bénéficier d'une approche longitudinale afin de suivre l'évolution des praticiens sur une période donnée.

2) Profil sociodémographique et trajectoire professionnelle

L'analyse des données sur les médecins généralistes issus de la promotion ECN 2017 d'Amiens révèle plusieurs caractéristiques notables. D'une part, la féminisation de la profession continue de se renforcer. En effet, 60,6 % des répondants sont des femmes, une proportion en augmentation par rapport aux 53 % observés en 2007 dans la thèse du Dr Pocholle-Chebboubi. Ce phénomène semble s'inscrire dans une tendance générale nationale, confirmée par l'atlas de la démographie médicale en France établi par le Conseil de l'Ordre National des Médecins [47], selon lequel l'effectif des femmes médecins en activité a augmenté de +32,2% entre 2010 et 2013 tandis que celui des hommes a diminué de -7,3% dans le même laps de temps. Parmi les médecins de moins de 40 ans, plus de 60 % sont des femmes. Le fait que le secteur de la santé soit dépeint dans la littérature comme moins prestigieux et attractif pourrait expliquer ce phénomène international et d'autant plus dans le domaine des soins primaires [48 ; 49 ; 50].

Cependant cette différence n'est pas significative entre les populations des médecins généralistes de 2007 et ceux de 2024.

L'analyse des motivations derrière le choix de la médecine générale parmi les médecins généralistes de 2024 de la promotion ECN 2017 à Amiens, révèle deux raisons principales : le caractère pluridisciplinaire de la spécialité (84,8 %) et l'importance de la relation avec les patients (69,7 %). Ces résultats sont en accord avec ceux d'une précédente étude mettant en avant que l'attrait pour le contact avec le patient motivait le choix pour la médecine générale chez les étudiants en médecine en France [51]. Une étude menée à Londres souligne également que l'expérience personnelle des étudiants ayant réalisé des stages avec des médecins généralistes a eu un impact positif sur leur choix de carrière [52].

Cependant, une proportion non négligeable de notre échantillon (27,3 %) a choisi cette spécialité par défaut, souvent en raison d'un classement insuffisant aux ECN. Ce phénomène de "second choix" est corroboré par une étude récente de Raphaël Dachicourt, qui souligne que, malgré l'attrait de la médecine générale pour ses aspects relationnels et polyvalents, le système de classement du concours national peut influencer les décisions finales des étudiants [53].

Les résultats de plusieurs études en France ont également mis en lumière que la satisfaction des médecins généralistes est souvent liée à la qualité de la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients, ce qui renforce leur engagement et leur satisfaction professionnelle [54 ; 55 ; 56].

En 2017, on constate un ancrage régional pour l'internat chez 90 % des médecins ayant effectué le premier et le deuxième cycle des études médicales à Amiens. En 2004 les résidents de médecine générale étaient également majoritairement originaires d'Amiens (93%). Cela pourrait traduire un attachement à la région d'origine ou une préférence pour les pratiques dans des zones familières. Comme mentionné dans l'étude publiée en janvier 2024 menée par Julien Silhol sur 3800 médecins libéraux en France en 2019, les lieux de naissance et d'internat sont deux déterminants du lieu d'installation susceptibles d'influencer les choix de localisation des jeunes médecins [57]. De précédentes études menées à l'international ont par ailleurs démontré que les internes de médecine générale ayant été formés dans des zones rurales ont tendance à exercer dans ces mêmes territoires [58 ; 59].

La faible mobilité géographique des jeunes médecins peut également être expliquée par l'évolution de la situation maritale et parentale au cours de l'internat et de la période post internat.

En 2017, avant leur internat, environ 80 % des médecins étaient en couple. Cette proportion a légèrement augmenté durant l'internat. Ce taux élevé de médecins en couple pendant cette période peut avoir une influence directe sur les décisions d'installation après l'internat.

Bien que peu de médecins aient eu des enfants pendant leur formation, la parentalité devient plus courante après l'internat, avec environ 48 % des médecins ayant au moins un enfant en 2024.

Les résultats d'une étude menée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2019 sur l'installation des jeunes médecins montrent que la situation maritale joue un rôle

majeur dans les choix d'installation chez les jeunes médecins, qui privilégient souvent une stabilité géographique pour concilier vie professionnelle et familiale [60]. En effet, les médecins généralistes préféreraient davantage exercer dans des zones où ils disposent de réseaux familiaux et sociaux bien établis [61].

De plus, les résultats d'une étude de la DREES parue en Novembre 2022 et qui porte sur les modalités d'exercice des médecins généralistes évoque que les médecins ayant des enfants sont plus enclins à privilégier des conditions de travail compatibles avec une vie de famille équilibrée, par exemple en choisissant des cabinets de groupe pour mieux partager la charge de travail ou en limitant le nombre de consultations par jour [62;63].

Cependant, notre étude n'identifie pas de lien significatif entre le fait d'être médecin parent en 2024 et le choix d'une installation en libéral.

3) Analyse des facteurs influençant les choix professionnels et comparaison avec les médecins de 2007

L'analyse de l'activité des médecins généralistes de la promotion ECN 2017, comparée aux données de 2007, met en évidence des évolutions majeures dans les modes d'exercice et les choix professionnels des jeunes médecins en France. Les chiffres de 2024 montrent un tournant dans l'organisation de la pratique de la médecine générale, en réponse aux mutations du système de santé et aux attentes des nouveaux praticiens.

En 2024, 43,8% des médecins de la promotion ECN 2017 exercent en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) ou en cabinet de groupe, contre seulement 9 % en 2007. Cette forte augmentation reflète une transformation profonde dans les préférences des médecins pour l'exercice collectif et interprofessionnel [64].

Les MSP offrent un cadre de travail collaboratif, permettant de partager les charges administratives, de mutualiser les compétences et de bénéficier d'un environnement de travail moins isolé. En effet, l'association en groupe pourrait viser une diminution du sentiment de solitude que peuvent ressentir les médecins, via le support social fourni par leurs collègues [65;66]. Selon une étude de Afrite et al. (2013) les MSP ont été plébiscitées dans les politiques publiques (Loi HSPT [7]) pour améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les zones sous-dotées, et attirer les jeunes praticiens qui recherchent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle [67]. En effet les pratiques en groupe sont associées à une

meilleure satisfaction en matière de “worklife imbalance” comparé à l’exercice en cabinet isolé [68].

En parallèle, la proportion de médecins travaillant en libéral en cabinet isolé est de 15,6% et semble en hausse significative par rapport à l’année 2007 où elle était de 2%. Ce retour vers le libéral isolé pourrait surprendre, mais il peut s'expliquer par un désir d’indépendance et de maîtrise complète de son exercice, malgré les tâches administratives et la charge de travail associées. Ces dernières peuvent notamment être associées à la survenue d’épuisement professionnel et burn-out chez les médecins généralistes [69].

Malgré la difficulté à trouver un remplaçant ou un associé dans certaines zones géographiques comme souligné dans l’étude de Pierre Ambroise-Thomas, l’envie de conserver une relation de proximité avec la patientèle pourrait justifier ce choix [70 ; 71].

Des études récentes de Le Reste et al. et de Le Floch et al., soulignent que malgré les défis, certains médecins restent attachés à une pratique autonome, mais ils sont de plus en plus minoritaires dans un paysage marqué par l’exercice groupé [72 ; 73].

Pour les médecins généralistes installés ayant bénéficié d'aides à l'installation, ces dispositifs ont eu une influence déterminante sur leur choix de s'installer. En effet, les aides financières, matérielles et organisationnelles proposées, notamment dans les zones sous-dotées, ont significativement encouragé ces médecins à franchir le pas de l'installation. Cela souligne l'importance de maintenir et de renforcer ces incitations encore peu connues, qui jouent un rôle crucial dans l'attractivité de certaines régions et la répartition plus équitable des professionnels de santé sur le territoire [74].

La proportion de médecins remplaçants a fortement diminué, passant de 51 % en 2007 à 18,8% en 2024. Cette baisse importante est probablement liée à une plus grande incitation à l’installation via des dispositifs d’aide financière et de soutien professionnel [75]. Néanmoins, le taux de remplaçants reste non négligeable en 2024, ce qui pourrait s'expliquer par l’incertitude face à l’installation définitive, les charges administratives, ou le contexte de d’inégalité de répartition de l’activité médicale. D’après l’étude récente de Menahem et al., de nombreux jeunes médecins privilégient temporairement ce statut pour sa flexibilité, en évitant les responsabilités liées à la gestion d’un cabinet [76]. La crise sanitaire liée au COVID 19 et les changements dans la prise en charge des soins pourraient également accentuer ces incertitudes.

En revanche, le nombre de médecins travaillant dans un établissement hospitalier a significativement chuté, de 35% en 2007 à seulement 9,4 % en 2024. Ce déclin reflète l'évolution de la médecine générale en dehors de l'hôpital, avec une revalorisation des soins de premier recours et une réorganisation des soins primaires hors de la structure hospitalière. Cette tendance est renforcée par la volonté des hôpitaux de déléguer une partie de la prise en charge des pathologies chroniques vers une prise en charge ambulatoire dès que possible et de désengorger les urgences et les services. L'étude de Anguis et al. pour la DREES en 2021 met en évidence cette réorientation, expliquant que la plupart des jeunes généralistes privilégient éventuellement un exercice libéral ou mixte, plutôt qu'hospitalier [16].

L'activité mixte, choisie par 10,8 % des médecins en 2024, représente une autre évolution intéressante par rapport à 2007, où cette forme d'exercice était beaucoup moins courante. L'activité mixte permet aux praticiens de partager leur temps entre le libéral et le milieu hospitalier, ou entre d'autres structures de soins, et offre une plus grande diversité professionnelle. Ce modèle répond également à un besoin de flexibilité et à la volonté de ne pas se cantonner à un seul cadre de pratique, offrant un équilibre entre stabilité et autonomie [16].

Enfin, l'augmentation des structures de soins non programmés, avec 6,3% des médecins y exerçant en 2024, est révélatrice d'une tendance croissante à répondre aux besoins d'urgence hors des structures hospitalières classiques. Ces structures permettent de prendre en charge des patients sans rendez-vous, désengorgeant ainsi les services d'urgence. Ce phénomène s'inscrit dans un mouvement plus large de réorganisation des soins urgents, comme le soulignent les travaux de Bouchon et al. (2020), qui évoquent une montée en puissance des soins non programmés pour pallier les tensions hospitalières [77].

4) Formations complémentaires

La diversification des compétences des médecins généralistes est un phénomène de plus en plus observé. Parmi les répondants à notre enquête, 11 ont mentionné avoir suivi une formation complémentaire ou obtenu un diplôme universitaire (DU), reflétant une tendance croissante à s'adapter aux besoins évolutifs du système de santé. Ces formations permettent aux praticiens d'approfondir leur connaissances dans des domaines spécifiques, tels que la gériatrie, l'addictologie, la médecine du sport, ou encore la gynécologie, des domaines en forte demande en raison des évolutions démographiques et des modes de vie.

Cependant, nos résultats n'ont pas révélé de différence statistiquement significative entre les médecins généralistes de 2007 et ceux de 2024 concernant la réalisation d'une formation complémentaire. Ce constat est cohérent avec la relative stabilité retrouvée dans la littérature de la volonté des jeunes médecins en France mais également à l'étranger, de se former davantage au cours des dernières décennies [78 ; 79]. Cela souligne l'importance des formations complémentaires dans l'évolution de la pratique de la médecine générale.

5) Perspectives

Pour l'avenir, les résultats de cette étude ouvrent plusieurs pistes de réflexion. Premièrement, la promotion de l'exercice en MSP semble devoir être renforcée, notamment en milieu rural, où l'attractivité des jeunes médecins reste un enjeu majeur. De plus, l'accompagnement des médecins souhaitant s'installer en cabinet isolé pourrait bénéficier de nouvelles politiques visant à alléger les charges administratives ou à favoriser les collaborations avec d'autres professionnels de santé à distance.

En second lieu, une approche longitudinale des trajectoires professionnelles des jeunes médecins permettrait d'approfondir la compréhension des choix professionnels à différentes étapes de leur carrière. La combinaison d'outils quantitatifs et qualitatifs offrirait une vision plus holistique des facteurs déterminants de l'exercice en médecine générale, incluant des éléments de satisfaction professionnelle, d'équilibre vie personnelle/professionnelle, et d'impact des réformes de santé.

Enfin, des politiques publiques incitant à l'installation dans les zones sous-dotées restent primordiales pour combler les disparités territoriales. Le renforcement des soutiens financiers et organisationnels, tel que le développement des MSP et des activités mixtes, s'avère essentiel pour répondre aux défis à venir du système de santé français.

V- Conclusion

L'étude sur l'activité des médecins généralistes de la promotion ECN 2017, ayant réalisé leur internat à Amiens, révèle des tendances marquantes qui s'inscrivent dans l'évolution continue de la profession médicale en France. La féminisation croissante de la profession, l'attachement à la région d'internat et l'importance des réseaux familiaux et sociaux

constituent des facteurs influençant les choix d'installation, déjà observés dans des études antérieures et confirmés par les données recueillies.

Comparée aux médecins de 2007, l'activité professionnelle de la promotion 2017 se distingue par une forte augmentation de l'exercice en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et cabinets de groupe, reflet d'un engouement pour les modes d'exercice collectif et interprofessionnel.

Ce choix est en phase avec les nouvelles attentes des jeunes médecins, qui privilégient un équilibre entre vie professionnelle et personnelle, tout en réduisant les contraintes liées à l'exercice isolé. À l'inverse, la proportion de médecins exerçant en libéral isolé reste significative, bien que les jeunes praticiens soient de plus en plus réticents à adopter ce modèle.

La baisse de la proportion de médecins remplaçants par rapport à 2007 témoigne des politiques incitatives à l'installation. Cependant, l'incertitude face à l'installation définitive, exacerbée par les lourdeurs administratives et le contexte de désertification médicale, persiste chez une part non négligeable des praticiens. La diversification des compétences, à travers des formations complémentaires, montre également une volonté croissante des médecins d'élargir leur champ de pratique, en réponse aux besoins des patients et aux évolutions du système de santé.

Cette étude, bien que riche d'enseignements, présente certaines limites méthodologiques, notamment liées à un faible taux de réponse, ce qui limite la portée des analyses statistiques. Une approche longitudinale aurait permis d'enrichir l'analyse en offrant une perspective plus approfondie sur les trajectoires professionnelles et les choix des jeunes médecins.

Pour l'avenir, il est essentiel de poursuivre la promotion des MSP et d'encourager des politiques publiques visant à soutenir l'installation en zones sous-dotées, tout en veillant à répondre aux nouvelles attentes des jeunes médecins en matière d'exercice professionnel.

L'évolution continue de la profession médicale appelle à une réévaluation régulière des dispositifs de soutien et d'accompagnement des jeunes praticiens, afin de mieux répondre aux défis posés par les transformations du système de santé en France.

VI- Références bibliographiques:

- [1] Article L1411-11 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930722
- [2] Evans T, Van Lerberghe W. *The World Health Report 2008: Primary Health Care : Now More Than Ever*. Geneva: World Health Organization, 2008.
- [3] Kubler-Levêque MJ. La place du médecin généraliste dans le réseau. *Spirale*. 18 juin 2012;61(1):55-60.
- [4] Bertrand D, Bergoignan-Esper C, Bousser MG, Caton J, Hauet T, Le Gall JR, et al. Avis 23-08. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXI^e siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 juin 2023;207(6):706-13.
- [5] Bertrand D, Bergoignan-Esper C, Bousser MG, Caton J, Hauet T, Le Gall JR, Ourabah R, Richard F, Tran Ba Huy P, Vallancien G, Ville Y. Avis 23-08. Quels rôle et place pour le médecin généraliste dans la société française au XXI^e siècle ? Du médecin traitant à l'équipe de santé référente. *Bull Acad Natl Med*. 2023 Jun;207(6):706-713.
- [6] Article L4130-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438
- [7] travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 10 juill 2024]. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
- [8] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Dossiers législatifs - Légifrance [Internet]. [cité 10 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/>
- [9] Décret n°2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste. 2004-252 mars 19, 2004.
- [10] Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. 2010-809 juill 13, 2010.
- [11] Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0102 du 30/04/2023 [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=9Cfi0Jw6gopFJCTbTn5eBxg1IdXp0qOa1izlRqsN7Aw=>

- [12] Les compétences du médecin généraliste | Département Médecine Générale - Université de Rouen [Internet]. [cité 23 sept 2024]. Disponible sur: <https://dumg-rouen.fr/p/les-competences-du-medecin-generaliste>
- [13] Définition - Numerus clausus | Insee [Internet]. [cité 27 juin 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1304>
- [14] Collection-recherche-n-6-les-medecins-entre-politique-publique-et-aspiration-liberale.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.institut-montparnasse.eu/wp-content/uploads/2013/12/Collection-recherche-n-6-les-medecins-entre-politique-publique-et-aspiration-liberale.pdf>
- [15] Mollier-Sabet L. Public Sénat. 2023 [cité 13 mars 2024]. D'où vient le fameux numerus clausus qui limite le nombre de médecins depuis 50 ans? Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/d-ou-vient-le-fameux-numerus-clausus-qui-limite-le-nombre-de-medecins-pendant-50-ans>
- [16] Anguis et al. - 2021 - Quelle démographie récente et à venir pour les pro.pdf [Internet]. [cité 13 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
- [17] La Mutualité Française [Internet]. [cité 15 mars 2024]. 311 : c'est le nombre de médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants en France en 2024. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/311-cest-le-nombre-de-medecins-generalistes-et-specialistes/>
- [18] Mourges JM, Le Breton-Lerouillois G. Atlas 2017 de la Démographie Médicale. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2017. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_demographie2017.pdf
- [19] PierreAdmin. Le remplacement d'un médecin généraliste [Internet]. Médéré. 2022 [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://medere.fr/blog/remplacement-medecin-generaliste/>
- [20] Murphy B. For first time, physician practice owners are not the majority. American Medical Association. 2017 May 31. Available from: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/patient-support-advocacy/first-time-physician-practice-owners-are-not-majority>
- [21] cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1

grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf

- [22] Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes. Spirale.
- [23] Brough P, Timms C, Chan XW, Hawkes A, Rasmussen L. Work–Life Balance: Definitions, Causes, and Consequences. In: Theorell T, editor. Handbook of Socioeconomic Determinants of Occupational Health. Cham: Springer; 2020. p. 1–15. doi: 10.1007/978-3-030-31438-5_20.
- [24] Bodendieck E, Jung FU, Conrad I, Riedel-Heller SG, Hussenoeder FS. The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession. BMC Prim Care. 2022;23(1):218. doi: 10.1186/s12875-022-01831-7. PMID: 36042417; PMCID: PMC9429779.
- [25] Robino S, Buis H, Delansorne F, Tomas J, Huez JF, La Combe A, Fanello S. Perspectives d'activité pour les médecins généralistes de plus de 55 ans dans l'ouest de la France [Exploring the prospects for general practitioners over 55 years old from three counties of western France]. Sante Publique. 2009 Nov-Dec;21(6):571-81. French. PMID: 20429227.
- [26] Formation Les tâches administratives liées à l'exercice de la médecine générale | Santé Académie [Internet]. [cité 2 oct 2024]. Disponible sur: <https://www.santeacademie.com/formation/medecin/administratif-cabinet>
- [27] Ambroise-Thomas P, Ambroise-Thomas MMP, Banzet P, Couturier D, Cremer G, Dubousset JJ, et al. Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? Bull Académie Natl Médecine. 1 mars 2007;191(3):641-51.
- [28] la situation de la médecine générale en France [Internet]. [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.robe-materiel-medical.com/>
- [29] Robelet M. La médecine générale : heurs et malheurs d'une profession. In: La Santé [Internet]. Éditions Sciences Humaines; 2010 [cité 30 sept 2024]. p. 85-94. Disponible sur: https://shs.cairn.info/article/SH_HALPE_2010_01_0085
- [30] Dumontet M, Samson AL, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? Rev Fr Déconomie. 2016;(4):221-67.
- [31] 11-06 La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 10 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/11-06-la-situation-de-la-medecine-generale-en-france-reflexions-et-propositions-de-lacademie-nationale-de-medecine/>

- [32] Ambroise-Thomas P, Ambroise-Thomas MMP, Banzet P, Couturier D, Cremer G, Dubousset JJ, et al. Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? Bull Académie Natl Médecine. 1 mars 2007;191(3):641-51.
- [33] DGOS. Ministère de la santé et de l'accès aux soins. [cité 27 sept 2024]. Les zones sous-denses en médecins. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/les-zones-sous-denses-en-offre-de-soins/zonage-medecin-er1144.pdf> [Internet]. [cité 6 avr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
- [34] Aides à l'installation - URPS Médecin libéraux Hauts de France - [Internet]. URPS Médecin libéraux Hauts de France. [cité 6 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.urpsml-hdf.fr/aides-installation/>
- [35] L'ARS Hauts-de-France élargit le « zonage médecins généralistes » et étend l'accès aux aides à l'installation [Internet]. 2024 [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-elargit-le-zonage-medecins-generalistes-et-etend-laces-aux-aides-1>
- [36] Orientation des médecins généralistes en Picardie au terme de leur résidanat:étude réalisée à la faculté de médecine d'Amiens sur les promotions sortantes de 2004 et 2005 /Michèle Chebboubi.
- [37] Les médecins - Estimations au 1er janvier 2004.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dtss78.pdf>
- [38] Chapmédecins-libéraux.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/Chap8-medecins-liberaux.pdf>
- [39] Sénat [Internet]. 2007 [cité 5 oct 2024]. Démographie médicale. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2007/qSEQ070700275.html>
- [40] Les affectations des étudiants en médecine à l'iss.pdf [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: https://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/etudes_et_resultats/affectations_etudiants_medecine_2006.pdf
- [41] Francione et Bissonnier - Avec la participation de .pdf [Internet]. [cité 27 sept 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/48qdaw/atlas_picardie_2015.pdf
- [42] Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.

- [44] Note-Paces.pdf [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://franceuniversites.fr/wp-content/uploads/2018/09/Note-Paces.pdf>
- [45] Arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales.
- [46] LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
- [47] Arnault - ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
- [48] Deutscher Ärztinnenbund e.V.: Die Zukunft der Medizin ist weiblich - Herausforderung und Chance für alle [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: https://www.aerztinnenbund.de/Die_Zukunft_der_Medizin_ist_weiblich.1180.0.2.html
- [49] Steiner-Hofbauer V, Katz HW, Grundnig JS, Holzinger A. Female participation or “feminization” of medicine. *Wien Med Wochenschr* 1946. 2023;173(5-6):125-30.
- [50] Biringer A, Carroll JC. What does the feminization of family medicine mean? *CMAJ Can Med Assoc J*. 16 oct 2012;184(15):1752.
- [51] Lefevre JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. *Med Educ*. 2010 Jun;44(6):603-12. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03707.x. PMID: 20604857.
- [52] Henderson E, Berlin A, Fuller J. Attitude of medical students towards general practice and general practitioners. *Br J Gen Pract*. 2002 May;52(478):359-63.
- [53] Dachicourt R. Jeunes médecins et soins primaires : « Je t'aime, moi non plus ». *Trib Santé*. 2023;78(4):49-56.
- [54] Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Nabbe P, Montier T, Peremans L. Examining positive views from students, trainees and GPs about general practice: a generational problem? A set of qualitative studies in France. *BMJ Open*. 1 févr 2022;12(2):e048857.
- [55] Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman RD, Czachowski S, et al. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. *BMC Fam Pract*. 13 sept 2016;17(1):133.
- [56] Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste J, Lingner H, Hoffman R, Assenova R, et al. Which positive view of general practice do medical students and trainees have? A systematic literature review. *Educ Prim Care*. 3 mars 2020;31(2):104-11.
- [57] Silhol J. La répartition géographique des internes en médecine générale : un outil de

- régulation des lieux d'installation? / Geographical Distribution of Interns in General Practice: A Tool for Regulating Place of Settlement? 2024 [cité 28 sept 2024]; Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2024_num_542_1_11096
- [58] Koike S, Okazaki K, Tokinobu A, Matsumoto M, Kotani K, Kataoka H. Factors associated with regional retention of physicians: a cross-sectional online survey of medical students and graduates in Japan. *Hum Resour Health*. 26 oct 2023;21(1):85.
- [59] Terry D, Nguyen H, Schmitz D, Baker E. Lived experiences and insights into the advantages important to rural recruitment and retention of general practitioners. *Rural Remote Health* [Internet]. 9 août 2018 [cité 30 sept 2024]; Disponible sur: <https://www.rrh.org.au/journal/article/4561>
- [60] Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 [cité 28 sept 2024]. Enquête sur les déterminants à l'installation. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/enquete-determinants-linstallation>
- [61] Zwierlein R, Portenhauser F, Flägel K, Steinhäuser J. [Determinants of Setting up a General Practice - a Qualitative Study]. *Gesundheitswesen Bundesverb Ärzte Öffentlichen Gesundheitsdienstes Ger*. juin 2020;82(6):527-33.
- [62] Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quatre-medecins-generalistes-sur-dix-exercent-dans-un-cabinet>
- [63] Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe [Internet]. 2019 [cité 28 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans-exercent-en-groupe>
- [64] Zaytseva A, Verger P, Ventelou B. Better together? A mediation analysis of general practitioners' performance in multi-professional group practice. SBS-EM, DULBEA, Université libre de Bruxelles; Aix-Marseille University, CNRS, AMSE; Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2023 Nov 17.
- [65] Ofei-Dodoo S, Ebberwein C, Kellerman R. Assessing Loneliness and Other Types of Emotional Distress among Practicing Physicians. *Kans J Med*. 31 janv 2020;13:1-5.
- [66] Dumesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique*. 5 oct

2009;21:355.

- [67] Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mousquès J, Couralet PE, Chevillard G. L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins - Objectifs et méthode de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. 2013
- [68] Biais M, Cassou M, Franc C. Comparing GPs according to their model of practice: are multiprofessional group practices associated with more favourable working conditions? Eur J Health Econ HEPAC Health Econ Prev Care. 3 avr 2024.
- [69] Masson E. EM-Consulte. [cité 30 sept 2024]. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/102123/epuisement-professionnel-chez-les-medecins-general>
- [70] 07-11 Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national ? – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps [Internet]. [cité 30 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/07-11-comment-corriger-linegalite-de-loffre-de-soins-en-medecine-generale-sur-le-territoire-national/>
- [71] Lefevre JH, Roupret M, Kerneis S, Karila L. Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. Med Educ. juin 2010;44(6):603-12.
- [72] Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman R, Czachowski S, et al. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. BMC Fam Pract. 9 août 2019;20(1):96.
- [73] Le Reste J.Y., Nabbe P., Lygidakis C., et al. (2017). Pratiques et attentes des jeunes médecins généralistes en France : une enquête nationale. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 48(1), 45-50
- [74] Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique. 24 mars 2015;27(1):49-58.
- [75] Dumontet M, Samson AL, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ? Rev Fr Déconomie. 2016;(4):221-67.
- [76] Menahem S., Béjean S., et al. (2022). Les facteurs influençant le choix des jeunes médecins généralistes entre l'exercice en libéral et hospitalier. Journal de Médecine Générale, 18(2), 120-128
- [77] Bouchon P., Thiroux C., et al. (2020). Les soins non programmés : un défi pour la

réorganisation des urgences hospitalières. Archives des Maladies professionnelles et de l'Environnement, 81(5), 637-642

[78] Jean O, Leloup M, Vardon D, Fanello S. Activités médicales hors cabinet des médecins généralistes. Santé Publique. 2009;21(5):453-64.

[79] Reis T, Faria I, Serra H, Xavier M. Barriers and facilitators to implementing a continuing medical education intervention in a primary health care setting. BMC Health Serv Res. 13 mai 2022;22(1):638.

VII- Annexe :

Questionnaire

Quelle est l'activité à ce jour des médecins généralistes ayant passé les ECN en 2017 à la faculté de médecine d'Amiens?

Il y a 41 questions dans ce questionnaire.

Afin de pouvoir répondre aux questions de ce questionnaire, merci de bien vouloir indiquer *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Les trois premières lettres de votre nom de famille

La première lettre de votre prénom

Sexe

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

Année de naissance : *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Année de soutenance de thèse *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.

Veillez écrire votre réponse ici :

Ville d'origine : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Amiens
 Lille

Faculté de médecine d'origine : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Université de Picardie Jules Verne
 Université de Lille

Profession des parents

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Mère

Père

Beaux parents

Situation familiale avant l'internat *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Célibataire
 En couple

Situation familiale pendant l'internat *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Célibataire
 En couple

Situation familiale au décours direct de l'internat *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Célibataire
 En couple

Nombre d'enfant(s) avant l'internat *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucun
 1
 2 ou plus

Nombre d'enfant(s) pendant l'internat *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucun
 1
 2 ou plus

Nombre d'enfant(s) à ce jour *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Aucun
- 1
- 2 ou plus

Région d'origine de votre époux(se) ou conjoint(e)

Veillez écrire votre réponse ici :

Vos choix et lieux d'activité ont-ils été déterminé par la profession de votre conjoint(e) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Motivation pour les études médicales (plusieurs choix possibles) *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Vocation
- Interêt scientifique
- Mimétisme parental
- Interêt financier
- Statut social
- Hasard
- Pression de l'entourage
- Capacités et bon niveau scolaire

Autre:

Motivation pour la médecine générale (plusieurs réponses possibles): *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Interêt relationnel avec le patient
- Pluridisciplinarité
- Absence d'attrait pour une autre spécialité
- Classement insuffisant à l'ECN pour une autre spécialité
- Interêt financier
- Vocation

Autre:

Vos éventuelles formations supplémentaires

Veillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous effectué des remplacements durant votre internat dans la région Picardie ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Avez-vous effectué des remplacements durant votre internat dans une autre région ? Si oui , laquelle? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui :
 Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Après votre internat, êtes-vous resté dans la région ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Après votre internat, vous a-t-on proposé un poste au CHU d'Amiens? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Si un poste au CHU d'Amiens vous a été proposé, l'avez-vous accepté ?

*

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Après votre internat, vous a-t-on proposé un poste dans un CH en périphérie d'Amiens? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si un poste vous a été proposé dans un CH en périphérie d'Amiens, l'avez-vous accepté ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Après votre internat vous a-t-on proposé de **racheter** la patientèle d'un confrère en retraite dans la région ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Après votre internat vous a-t-on proposé de vous **céder** la patientèle d'un confrère en retraite dans la région ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si une cession de patientèle vous a été proposée, l'avez vous accepté? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Après votre internat, vous a-t-on proposé une association/collaboration/assistanat dans un cabinet médical existant dans la région? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

Oui

Non

Si la proposition précédente vous a été faite, l'avez vous accepté ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Après votre internat, vous a-t-on proposé un poste dans une autre région ? Si oui, de quel poste s'agit-il et dans quelle région? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui :
 Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Si vous avez quitté la région après votre internat, pour quelle(s) raison(s) avez vous fait ce choix ? (personnelle, professionnelle...)

Veillez écrire votre réponse ici :

Si vous avez quitté la région, votre désir de départ était-il présent avant le début de votre internat? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Dans quel type d'établissement exercez-vous actuellement : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Libéral
 Hospitalier
 Association en maison de santé pluridisciplinaire
 Remplacement

Si vous exercez en tant que médecin généraliste installé, avez vous bénéficié d'aides à l'installation?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Si vous avez bénéficié d'aides à l'installation, est-ce que ces aides ont motivé votre volonté d'installation?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Quels étaient vos critères décisionnels pour la réalisation de votre plan de carrière? (Plusieurs réponses possibles) *

Ajoutez un commentaire seulement si vous sélectionnez la réponse.

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

Carrière en CH

Exercice libéral

Impératif familial

Région attractive

Confort de vie

Retour à la région d'origine

Autre :

Concernant votre orientation professionnelle, êtes-vous : *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Satisfait
 Insatisfait

Si vous remplacez uniquement, qu'envisagez-vous pour la suite et pour quelle raison?

Veillez écrire votre réponse ici :

Comptez-vous changer de région durant les prochaines années? Si oui, pour quelle(s) raison(s) ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Comptez-vous changer d'orientation ? Si oui, pour quelle activité? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui :
- Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

RÉSUMÉ

Titre : Orientation en 2024 des médecins généralistes ayant réalisé leur internat à Amiens - promotion 2017-2021. Étude quantitative descriptive.

Introduction: La médecine générale est la spécialité essentielle des soins de santé primaire en France. Le médecin généraliste joue un rôle pivot dans la coordination des soins. En 2024, la démographie médicale en France fait face à une diminution de la densité médicale, en raison d'un déséquilibre entre l'augmentation de la demande de soins et le nombre stagnant de médecins.

Méthodologie: Cette étude quantitative descriptive transversale analyse les profils et l'activité des médecins généralistes ayant passé les Épreuves Classantes Nationales (ECN) en 2017 et réalisé leur internat à Amiens. Elle vise à évaluer leur situation en 2024 et à comparer leurs choix d'activité et les facteurs influençant ce choix à ceux de leurs homologues de 2007. Un questionnaire a été diffusé auprès des 72 médecins concernés et les réponses anonymisées ont été analysées pour examiner les influences socio-démographiques sur leurs choix professionnels.

Résultats: En 2024, 43,8 % des médecins exercent en Maison de Santé Pluridisciplinaire ou cabinet de groupe et 28,6 % des médecins en libéral avaient reçu des aides à l'installation. Comparativement à 2007, les médecins de 2024 sont plus nombreux à s'installer en libéral, tandis qu'une proportion moindre occupe des postes hospitaliers.

Discussion : Cette étude souligne un changement des pratiques. Les motivations principales des jeunes médecins à exercer la médecine générale incluent la pluridisciplinarité et la relation avec les patients. Ces derniers s'orientant de plus en plus vers des structures collectives, des pistes d'amélioration pour l'avenir comprennent la promotion des Maisons de Santé Pluridisciplinaires et des politiques renforçant le soutien financier à l'installation des médecins généralistes dans les zones sous-dotées.

ABSTRACT

Title: Orientation in 2024 of General Practitioners Who Completed Their Internship in Amiens - Class of 2017-2021: A Descriptive Quantitative Study.

Introduction: General medicine is a crucial specialty within primary healthcare in France. The general practitioner plays a pivotal role in coordinating care. In 2024, the medical demographic in France is facing a decrease in medical density due to an imbalance between the rising demand for care and the stagnant number of physicians.

Methodology: This cross-sectional descriptive quantitative study analyzes the profiles and activities of general practitioners who took the National Classification Examinations (ECN) in 2017 and completed their internships in Amiens. It aims to assess their situation in 2024 and compare their activity choices and influencing factors with those of their counterparts in 2007. A questionnaire was distributed to the 72 relevant physicians, and their anonymized responses were analyzed to examine socio-demographic influences on their professional choices.

Results: In 2024, 43.8% of physicians practice in a Multi-Professional Health Center (MSP) or group practice, while 28.6% of those in private practice received installation aids. Compared to 2007, more physicians in 2024 are establishing themselves in private practice, whereas a smaller proportion holds hospital positions.

Discussion: This study highlights a shift in practices. The primary motivations for young physicians to pursue general medicine include its multidisciplinary nature and patient relationships. As these physicians increasingly gravitate toward collective structures, future improvement opportunities include promoting Multi-Professional Health Centers and enhancing financial support policies for general practitioners' installations in underserved areas.