

**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Laure Le Coadou**

Née le 10/06/1989 à Lannion

---

**Etude des trajectoires  
professionnelles des  
médecins généralistes  
angevins, brestois,  
nantais et rennais ayant  
passé l'Examen Classant  
National (ECN) en 2004,  
2005 et 2006.**

**Thèse soutenue à Rennes,  
le 11/06/2019**

devant le jury composé de :

**Patrick JEGO**

PU-PH de la Faculté de Médecine de  
l'Université Rennes 1 / *Président du Jury*

**Alain CAUBET**

MCU-PH en Médecine et santé au travail - Faculté  
de Médecine de l'Université Rennes 1 / *Juge*

**Laure FIQUET**

MC associé – DMG- Faculté de  
Médecine de l'Université Rennes 1 / *Juge*

**François-Xavier SCHWEYER**

Professeur de sociologie -EHESP / *Juge- Directeur de  
thèse*



**THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1**  
*sous le sceau de l'Université Bretagne Loire*

Thèse en vue du  
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

présentée par

**Laure Le Coadou**

Née le 10/06/1989 à Lannion

---

**Etude des trajectoires  
professionnelles des  
médecins généralistes  
angevins, brestois,  
nantais et rennais ayant  
passé l'Examen Classant  
National (ECN) en 2004,  
2005 et 2006.**

**Thèse soutenue à Rennes,  
le 11/06/2019**

devant le jury composé de :

**Patrick JEGO**

PU-PH de la Faculté de Médecine de  
l'Université Rennes 1 / *Président du Jury*

**Alain CAUBET**

MCU-PH en Médecine et santé au travail - Faculté  
de Médecine de l'Université Rennes 1 / *Juge*

**Laure FIQUET**

MC associé – DMG- Faculté de  
Médecine de l'Université Rennes 1 / *Juge*

**François-Xavier SCHWEYER**

Professeur de sociologie -EHESP / *Juge- Directeur de  
thèse*

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	CNU
ANNE-GALIBERT	Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET	Edouard	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU	Marc-Antoine	Histologie ; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT	Eric	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELOEIL	Hélène	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
BENDAVID	Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH	Karim	Urologie
BEUCHEE	Alain	Pédiatrie
BONAN	Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET	Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BOUDJEMA	Karim	Chirurgie générale
BOUGET	Jacques	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
BOUGUEN	Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BRASSIER	Gilles	Neurochirurgie
BRISSOT	Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CARRE	François	Physiologie
CATROS	Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR	Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHALES	Gérard	Rhumatologie
CORBINEAU	Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA	Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT	Pierre	Anatomie
DAUBERT	Jean-Claude	Cardiologie
DAVID	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

DAYAN	Jacques	Cardiologie
DE CREVOISIER	Renaud	Cancérologie ; radiothérapie
DECAUX	Olivier	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
DESRUES	Benoît	Pneumologie ; addictologie
DEUGNIER	Yves	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DONAL	Erwan	Cardiologie
DRAPIER	Dominique	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY	Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY	Claude	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
EDAN	Gilles	Neurologie
FERRE	Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
FEST	Thierry	Hématologie ; transfusion
FLECHER	Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER	Virginie	Pédiatrie
GANDON	Yves	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX	Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN	Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT	Jean-Yves	Radiologie et imagerie médicale
GODEY	Benoît	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL	Pascal	Rhumatologie
GUILLE	François	Urologie
GUYADER	Dominique	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
HAEGELEN	Claire	Anatomie
HOUOT	Roch	Hématologie ; transfusion
JEGO	Patrick	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
JEGOUX	Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU	Stéphane	Pneumologie ; addictologie

KAYAL	Samer	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LAMY DE LA CHAPELLE	Thierry	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE	Bruno	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE	Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON	Hervé	Cardiologie
LE GUEUT	Mariannick	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO	Yves	Médecine intensive-réanimation
LECLERCQ	Christophe	Cardiologie
LEDERLIN	Mathieu	Radiologie et imagerie médicale
LEGUERRIER	Alain	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE	Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE	Jean	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE	Astrid	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO	Philippe	Cardiologie
MAHE	Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT	Yannick	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MENER	Eric	Médecine générale
MEUNIER	Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET	Christian	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
MOIRAND	Romain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI	Xavier	Anatomie
MOREL	Vincent	Epistémologie clinique
MOSSER	Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX	Frédéric	Ophtalmologie
MYHIE	Didier	Médecine générale

ODENT	Sylvie	Génétique
OGER	Emmanuel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS	Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER	Aleth	Rhumatologie
PLADYS	Patrick	Pédiatrie
RAVEL	Célia	Histologie, embryologie et cytogénétique
REVEST	Matthieu	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RICHARD DE LATOUR	Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD	Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX	Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS	Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JAMES	Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU	Paul	Physiologie
SEGUIN	Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
SEMANA	Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS	Laurent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOMME	Dominique	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SOULAT	Louis	Médecine d'urgence
SULPICE	Laurent	Chirurgie générale
TADIE	Jean Marc	Médecine intensive-réanimation
TARTE	Karin	Immunologie
TATTEVIN	Pierre	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET	Françoise	Médecine générale
THIBAUT	Ronan	Nutrition

THIBAULT	Vincent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
THOMAZEAU	Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN	Sylvie	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE	Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN	Marc	Neurologie
VIEL	Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU	Cécile	Néphrologie
VIOLAS	Philippe	Chirurgie infantile
WATIER	Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY	Eric	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

NOM	PRENOM	CNU
ALLORY	Emmanuel	Médecine générale
AME-THOMAS	Patricia	Immunologie
AMiot	Laurence	Hématologie ; transfusion
ANSEMI	Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE	Jean Marc	Physiologie
BERTHEUIL	Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART	Lise	Dermato-vénéréologie
BROCHARD	Charlène	Physiologie
CABILLIC	Florian	Biologie cellulaire
CAUBET	Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART	Sidonie	Médecine générale
DAMERON	Olivier	Informatique
DE TAYRAC	Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH	Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT	Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG	Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY	Frédéric	Histologie, embryologie et cytogénétique
EDELIN	Julien	Cancérologie ; radiothérapie
FIQUET	Laure	Médecine générale
GARLANTEZEC	Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN épouse THIBault	Isabelle	Hématologie ; transfusion
GUILLET	Benoit	Hématologie ; transfusion

JAILLARD	Sylvie	Histologie, embryologie et cytogénétique
KALADJI	Adrien	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAMMERER-JACQUET	Solène- Florence	Anatomie et cytologie pathologiques
LAVENU	Audrey	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL	François	Anatomie et cytologie pathologiques
LE GALL	Vanessa	Médecine générale
LEMAITRE	Florian	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MARTINS	Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER	Romain	Urologie
MENARD	Cédric	Immunologie
MICHEL	Laure	Neurologie
MOREAU	Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI	Fouzia	Informatique
NAUDET	Florian	Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie
PANGAULT	Céline	Hématologie ; transfusion
RENAUT	Pierrick	Médecine générale
ROBERT	Gabriel	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
SCHNELL	Frédéric	Physiologie
THEAUDIN épouse SALIOU	Marie	Neurologie
TURLIN	Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER épouse LORNE	Marie- Clémence	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
ZIELINSKI	Agata	Philosophie

## REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Patrick Jégo,  
vous me faites l'honneur d'assurer la présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et de mon respect.

À Monsieur le Docteur Alain Caubet,  
vous me faites l'honneur de juger ce travail, permettez-moi de vous adresser mes remerciements les plus respectueux.

À Madame le Docteur Laure Fiquet,  
vous me faites l'honneur de juger ce travail, permettez-moi de vous adresser mes remerciements les plus respectueux.

À Monsieur le Professeur François-Xavier Schweyer,  
vous avez accepté de diriger ce travail et je vous en remercie très sincèrement ; merci pour votre encadrement et votre soutien. Vos conseils furent précieux et m'ont permis de mener à bien mon travail.

Aux médecins qui ont accepté de répondre à mon questionnaire, et m'ont permis de réaliser à bien cette thèse.

A l'Union Régionale des Professionnels de Santé et Médecins Libéraux de la région Bretagne dont l'aide financière m'a permis de me consacrer sereinement à l'élaboration de ma thèse.

A mes parents, mes frères, ma sœur et ma belle-sœur pour votre soutien sans faille, et votre aide précieuse.

A mes amis, pour tous les bons moments passés et à venir.

# TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	
1)	Démographie nationale	16
a)	Chiffres	16
b)	Répartition territoriale	16
2)	Une nouvelle génération porteuse de changements	18
a)	La féminisation	18
b)	Une évolution des modes d'exercice	19
3)	Les soins primaires en France	20
a)	Définition des soins primaires	20
b)	L'offre de soins primaires en France	21
4)	Historique et représentation de la médecine générale	22
a)	Historique de la médecine générale	22
b)	Le choix de la médecine générale aux ECN	23
c)	Les difficultés de l'exercice libéral de la médecine générale	24
II.	Objectif	26
III.	Matériel et méthode	27
1)	Type d'étude	27
2)	Population cible	27
3)	Recrutement des médecins	28
4)	Questionnaire	29
5)	Coût de l'enquête et financement	30
6)	Déroulement de l'enquête	30
7)	Analyses statistiques	31
IV.	Résultats	32
1)	L'échantillon des répondants	32
a)	Selon le genre	32
b)	Selon la faculté d'origine et l'année ECN	33
c)	Selon l'activité professionnelle actuelle	33
2)	Données socio démographiques	35
a)	Age	35
b)	Situation familiale	35
c)	Influence de la carrière du conjoint sur le mode d'exercice	37
d)	Enfants	37
e)	Lieu de résidence dans l'enfance	38
3)	Le parcours universitaire	38
a)	Choix de la médecine générale en début de cursus	38
b)	Choix de la médecine générale aux ECN	39
c)	Stage de 6 mois en médecine générale pendant l'internat	40
4)	Les formations complémentaires	40

a)	2/3 des médecins enquêtés ont suivi au moins une formation complémentaire.....	40
b)	Les types de formations complémentaires.....	42
5)	Le parcours professionnel.....	46
a)	Premier poste en sortie d'internat.....	46
b)	Remplacement en libéral.....	48
c)	Exercice salarié.....	49
d)	Exercice mixte.....	49
e)	Installation.....	49
f)	Délai avant installation.....	50
g)	Réorientation d'activité de médecins généralistes installés.....	51
h)	Pratique des deux exercices : salarié et libéral.....	51
6)	Situation actuelle.....	52
a)	Lieu d'exercice.....	52
b)	La satisfaction professionnelle.....	61
c)	Conciliation vie professionnelle et vie privée.....	62
d)	Rôle social du médecin généraliste.....	63
e)	Autres formes d'engagement.....	64
7)	Exercice libéral exclusif ou mixte.....	65
a)	Statut libéral.....	65
b)	Moyenne d'âge à l'installation.....	65
c)	Type d'exercice.....	65
d)	Exercice mixte.....	66
e)	Mode d'exercice particulier (MEP).....	66
f)	Types de MEP.....	66
g)	Choix d'un MEP.....	67
h)	Choix futur d'un exercice exclusif du mode d'exercice particulier (MEP).....	68
i)	Changement d'activité éventuel.....	68
8)	Médecins salariés.....	69
a)	Postes salariés exercés.....	69
b)	Centres hospitaliers et établissements privés.....	69
c)	Choix d'un exercice salarié.....	70
d)	Installation libérale envisagée.....	72
V.	Discussion.....	73
1)	Les points forts de l'étude.....	73
a)	Puissance statistique.....	73
b)	Etude originale.....	73
2)	Les points faibles :.....	74
a)	Biais de sélection.....	74
b)	Limites et incertitudes.....	74
3)	Caractéristiques sociodémographiques de la population répondante.....	74
a)	Profil des médecins.....	74

b) Féminisation .....	75
4) La médecine générale, un véritable choix .....	77
5) Les trajectoires professionnelles .....	78
a) Le premier poste.....	78
b) Remplacement en libéral.....	78
c) Carrière salariée, libérale, ou les deux .....	78
d) Age à l'installation.....	79
6) La médecine générale : une médecine polyvalente par la diversité de ses exercices et de ses activités.....	79
a) L'exercice libéral exclusif et mixte .....	79
b) Les MEP .....	80
c) Salariat.....	80
7) L'offre de soins primaires .....	81
8) Les déterminants des trajectoires d'éloignement de l'exercice traditionnel de la médecine générale 82	
a) Les conséquences d'un choix de la médecine générale par défaut .....	82
b) La formation complémentaire .....	82
c) Le choix du salariat.....	83
d) Choix d'un mode d'exercice particulier (MEP) .....	84
9) Spécificité de l'exercice selon les facultés .....	85
10) Répartition géographique des médecins répondants.....	86
a) Les Médecins et la ruralité.....	86
b) Les femmes et le monde rural .....	87
c) Mobilité géographique des médecins généralistes .....	87
d) Répartition en fonction du zonage ARS .....	88
11) L'exercice en groupe .....	88
12) Rôle social des médecins généralistes .....	89
13) Les autres engagements .....	90
VI. Conclusion .....	91
VII. Bibliographie .....	92
VIII. Glossaire.....	96
IX. Annexes.....	97

## Liste des figures

Figure 1 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues) (source CNOM 2018).....	16
Figure 2: Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (source CNOM 2018).....	17
Figure 3: Zonage conventionnel des médecins généralistes (source c@rtoSanté, données ARS) .....	18
Figure 4: Pyramide des âges des généralistes en activité régulière au premier janvier 2018 (source CNOM 2018) .....	19
Figure 5: Figure issue de la thèse de Rouger A-S illustrant les choix de spécialité des étudiants avant leur ECN .....	24
Figure 6: Répartition de la population étudiée selon les facultés et les promotions (n=517) .....	29
Figure 7: Répartition de la réception des réponses dans le temps .....	31
Figure 8: Effectif des médecins répondants selon le genre et leur promotion ECN .....	32
Figure 9: Effectif des médecins répondants par faculté et promotion .....	33
Figure 10: Répartition de l'activité professionnelle selon le genre .....	34
Figure 11: Répartition de l'activité professionnelle selon les facultés d'origine .....	34
Figure 12 : Répartition des médecins ayant ou non réalisé des formations complémentaires selon leur faculté d'origine .....	41
Figure 13: Pourcentage de formations complémentaires et de DESC réalisés en fonction du rang de choix de la médecine générale aux ECN. ....	41
Figure 14: Répartition du premier poste en sortie d'internat .....	46
Figure 15: Répartition du premier poste en fonction de la faculté d'origine .....	47
Figure 16: Evolution du premier poste selon les promotions .....	47
Figure 17 : Nombre d'années de remplacement suivant le genre .....	48
Figure 18: Répartition du délai entre la fin de l'internat et l'installation (en année) selon le genre (en effectif).....	50
Figure 19 : Répartition du délai entre la fin de l'internat et l'installation (en années) selon la faculté d'origine .....	51
Figure 20: Lieu d'exercice selon le genre.....	52
Figure 21: Répartition du lieu d'exercice en fonction du lieu d'enfance. ....	53
Figure 22: Répartition géographique des médecins généralistes répondants en fonction de leur commune d'exercice.....	54
Figure 23: Répartition des médecins selon leur département d'exercice .....	57
Figure 24 : Répartition des femmes selon leur département d'exercice .....	58
Figure 25: Répartition des hommes selon leur département d'exercice .....	59
Figure 26: Répartition de la satisfaction professionnelle selon le genre .....	61
Figure 27 : Répartition de la satisfaction professionnelle selon le mode d'exercice .....	62
Figure 28: Répartition de la satisfaction professionnelle selon le lieu d'exercice .....	62
Figure 29 : Pyramide des âges des médecins remplaçants actifs (atlas CNOM 2017).....	76

## Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des médecins "exclus" de l'étude selon la faculté d'origine et la promotion (« n » correspond à l'effectif dans la population cible) .....	29
Tableau 2: Professions des conjoints dans la population répondante et selon le genre .....	35
Tableau 3: Professions des conjoints selon le mode d'exercice et le lieu d'exercice .....	36
Tableau 4: Catégories socio-professionnelles des conjoints dans la population répondante et selon le genre.....	36
Tableau 5: Catégories socio-professionnelles des conjoints selon le mode d'exercice et le lieu d'exercice .....	37
Tableau 6: Choix initial de la médecine générale selon les facultés d'origine (en pourcentage et effectif)	38
Tableau 7: Choix de la médecine générale aux ECN selon les facultés d'origine (en pourcentage et effectif) .....	39
Tableau 8: Listes des DESC réalisés et leur fréquence.....	42
Tableau 9: Liste des DU réalisés et leur fréquence .....	43
Tableau 10: Liste des capacités réalisées et leur fréquence .....	45
Tableau 11: Liste des masters réalisés et leur fréquence.....	45
Tableau 12: Liste des "autres" formations réalisées et leur fréquence .....	46
Tableau 13: Répartition des médecins hommes et femmes libéraux selon le lieu d'exercice .....	52
Tableau 14: Répartition des départements d'exercice des médecins selon leur faculté d'origine.....	55
Tableau 15: Lieu d'exercice selon les facultés d'origine .....	56
Tableau 16: Répartition des lieux d'exercice des hommes et des femmes médecins selon le zonage ARS (ZIP= zone d'intervention prioritaire, ZAC= zone d'action complémentaire, ZV= zone de vigilance, HZ= hors zonage).....	60
Tableau 17: Répartition des lieux d'exercice des médecins bretons et ligériens selon le zonage ARS (ZIP= zone d'intervention prioritaire, ZAC= zone d'action complémentaire, ZV= zone de vigilance, HZ= hors zonage).....	60
Tableau 18: Appréciation de la conciliation vie professionnelle- vie privée .....	63
Tableau 19 : Evaluation du rôle "social" du médecin selon le genre, le mode d'exercice et le lieu d'exercice.....	63
Tableau 20: Autres formes d'engagements répartis selon le genre, le mode d'exercice et le lieu d'exercice.....	64
Tableau 21 : Statut d'exercice des médecins libéraux selon le genre .....	65
Tableau 22: Répartition des différents postes salariés exercés par les médecins ayant une activité mixte, selon le contenu de cette activité et la fréquence de leur exercice.....	66
Tableau 23: Répartition des MEP en fonction du nombre de médecins les exerçant et de la fréquence d'exercice.....	67
Tableau 24: Répartition des différents postes exercés par les médecins salariés en centre hospitalier et établissement privé.....	70
Tableau 25: Choix d'un exercice autre que la médecine générale libérale selon le sexe et les facultés d'origine .....	71
Tableau 26 : Répartition des modes d'exercice selon les facultés d'origine (en pourcentage) .....	85
Tableau 27: Réponses des médecins salariés et libéraux sur la question concernant le rôle social des médecins généralistes, exprimées en différence de pourcentage par rapport aux résultats de la population totale. ....	90

## Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des réponses (effectif global et selon le genre) et comparaisons des réponses selon le genre.

Annexe 2 : Tableau récapitulatif et comparatif des réponses selon le mode d'exercice

Annexe 3 : Tableau récapitulatif et comparatif des réponses selon le lieu d'exercice

Annexe 4 : Tableau récapitulatif et comparatif des réponses selon les facultés d'origine

Annexe 5 : Questionnaire

Annexe 6 : Lettre de présentation du projet aux médecins généralistes

## I. Introduction

### 1) Démographie nationale

#### a) Chiffres

Au 1er janvier 2018, l'ordre national des médecins recense 296 755 médecins inscrits au tableau, dont 198 081 en activité régulière. On dénombre 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice). Leur nombre a décru de 7% en 8 ans et les estimations projettent une diminution des effectifs jusque 2025. (1)

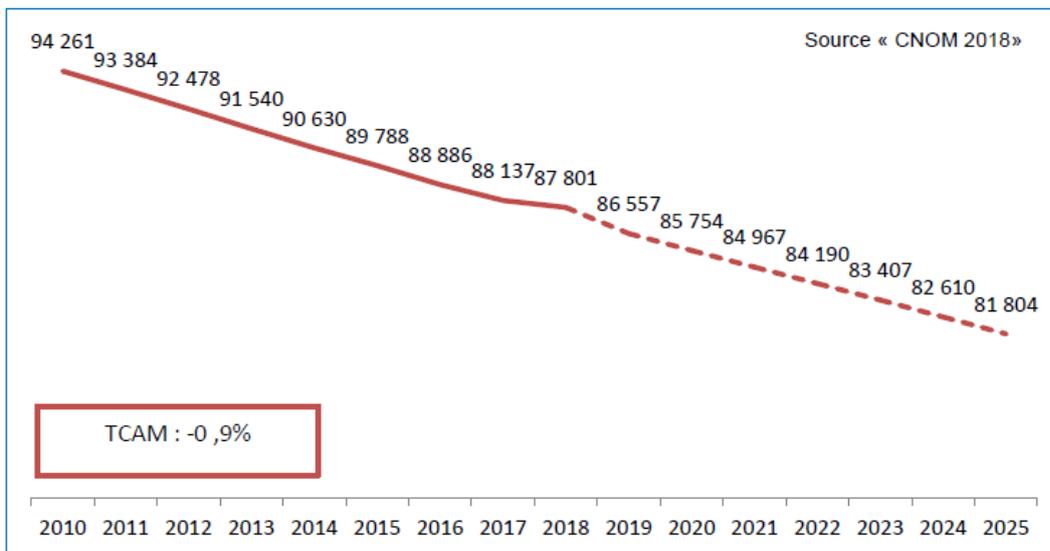


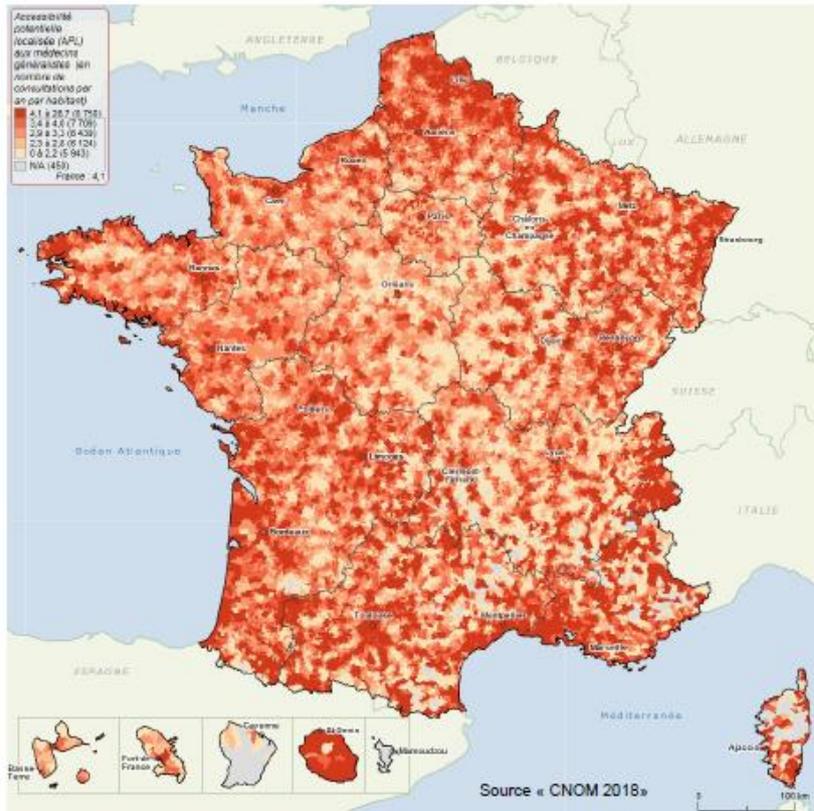
Figure 1 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (valeurs absolues) (source CNOM 2018)

#### b) Répartition territoriale

Les médecins sont répartis de manière inégale sur le territoire et cette inégalité de répartition a tendance à se creuser (1).

L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) est un indicateur local, qui tient compte du niveau d'activité des professionnels en exercice et de la demande en soins de la population (en analysant selon les tranches d'âge). Il illustre l'offre en médecins dans chaque commune en fonction de la demande de cette commune et des communes environnantes. Si cet indicateur ne prend pas en compte certains déterminants de l'offre et la demande de soins (entre autres les facteurs socioéconomiques), il a l'avantage de s'affranchir des limites administratives territoriales et de fournir une analyse plus précise que les indicateurs habituels en combinant des facteurs d'offre et de demande de soins (2).

La carte suivante, issue de l'atlas de la démographie 2018 du CNOM, représente l'APL aux médecins généralistes en nombre de consultations par an : elle illustre les inégalités territoriales de l'accès aux soins.



En rouge foncé, les zones où le nombre de consultation par an et par habitant est **supérieure à 4**.

En rouge plus clair, les zones où le nombre de consultation par an et par habitant est entre **3,4 et 4**.

En orange, les zones où le nombre de consultation par an et par habitant est entre **2,9 et 3,3**.

En orange plus clair, les zones où le nombre de consultation par an et par habitant est entre **2,3 et 2,8**.

En beige, les zones où le nombre de consultation par an et par habitant est **inférieur à 2,2**.

Figure 2: Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes (source CNOM 2018)

Depuis 2017, les ARS (Agence Régionale de Santé) se basent sur cet indicateur pour établir son zonage territorial : l'APL permet d'établir une définition harmonisée et prospective de la fragilité au niveau national. Ce zonage a pour but de délimiter les territoires les plus en difficulté en termes de démographie médicale, pour y proposer davantage d'aides (aides financières au maintien et à l'installation des médecins) afin de réduire les inégalités d'accès aux soins (3).

La carte suivante représente le zonage médecine générale effectué par les ARS en 2018 (4). Ce zonage définit trois catégories de territoire permettant de graduer le niveau d'accès aux soins du territoire et ainsi déterminer le type d'aides financières qui pourront notamment être accordées :

- Les Zones d'intervention prioritaire (ZIP) qui représentent les territoires les plus durement confrontés au manque de médecins, éligibles à l'ensemble des aides de l'ARS et de l'Assurance maladie et aux exonérations fiscales.
- Les Zones d'action complémentaire (ZAC) moins impactées par le manque de médecins mais où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore.
- Les Zones de vigilance (ZV) qui représentent des territoires dans lesquels l'accès à la médecine générale libérale n'est pas aujourd'hui en difficulté immédiate mais qui fait appel à une vigilance particulière pour le moyen terme.

Zonage conventionnel des médecins généralistes - Source : ARS - DGOS

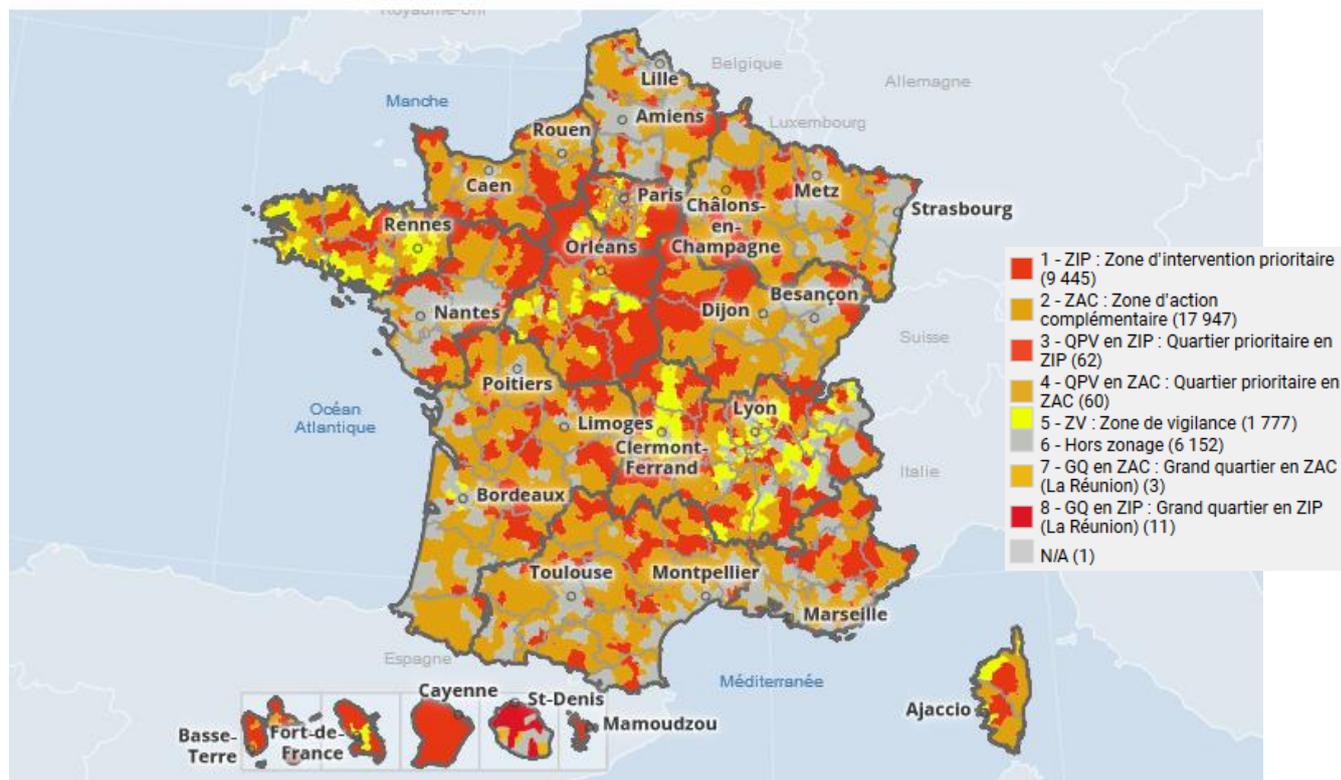


Figure 3: Zonage conventionnel des médecins généralistes (source c@rtoSanté, données ARS)

## 2) Une nouvelle génération porteuse de changements

### a) La féminisation

On constate une féminisation de la profession chez les jeunes médecins. Entre 2010 et 2018, la part de femmes médecins généralistes est passée de 39,2 % à 48,2 % des médecins en activité régulière. (1)

En comparaison, la part des femmes chez les spécialistes médicaux est quasi équivalente (51%) mais beaucoup plus faible chez les spécialistes chirurgicaux (30%).

L'arrivée massive des femmes en médecine générale a coïncidé avec une évolution de la profession : prise de distance par rapport à l'ethos traditionnel et du principe de disponibilité permanente (5) (6), choix d'un exercice salarié, recul de l'âge de l'installation. (7) (8). Ces changements concernent finalement toute la jeune génération et pas seulement les femmes (9).

Les médecins généralistes interrogés en 2018 déclarent travailler en moyenne 54 heures par semaine (10), soit une stabilité par rapport à 2014 (11), et « seulement » deux heures de moins qu'en 2011 (12). Plus qu'une diminution du temps de travail, la nouvelle génération de médecins met en place des stratégies de régulation des temps de travail, en privilégiant des journées de travail longues pour se libérer des demi-journées afin de mieux articuler vie professionnelle et vie privée (13). Ils refusent le principe de disponibilité permanente, plébiscitent le travail en groupe et aspirent à un meilleur épanouissement personnel. Les

jeunes médecins s'inscrivent bien dans l'évolution sociétale actuelle (meilleur partage des tâches familiales, une éducation des enfants dévolue aux deux parents) dans un modèle de couple où il faut concilier le plus souvent deux carrières (6) (9) (14).

Ce graphique illustre la féminisation progressive de la profession.

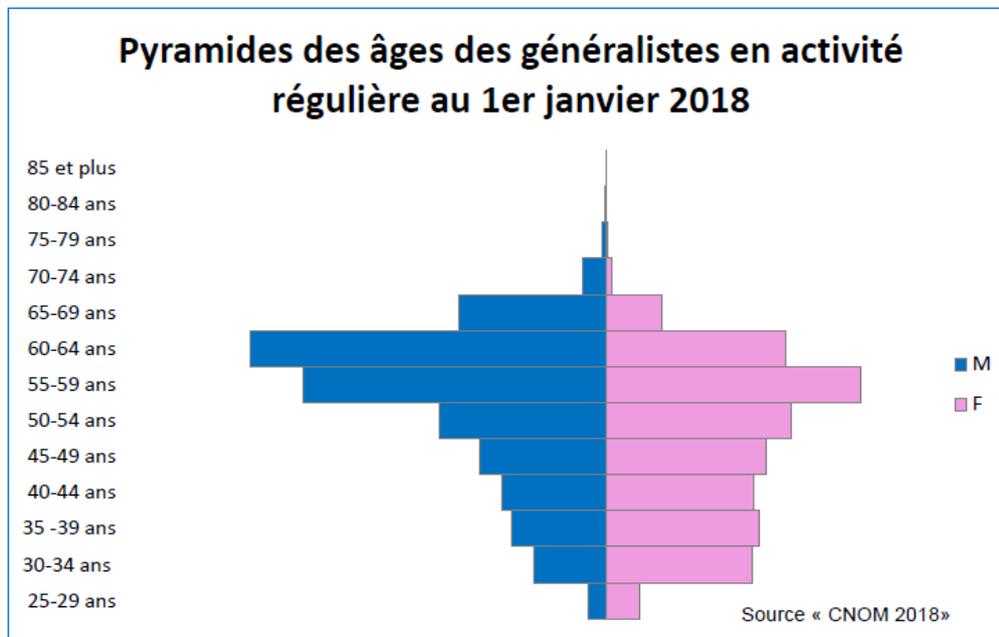


Figure 4: Pyramide des âges des généralistes en activité régulière au premier janvier 2018 (source CNOM 2018)

#### b) Une évolution des modes d'exercice

La répartition des médecins généralistes selon le mode d'exercice a évolué au profit de l'exercice salarié. En 2010, 67% des médecins généralistes en activité régulière exerçaient une activité libérale ou mixte (15); en 2018, ils sont 63% (56% de libéraux exclusifs et 7% ayant une activité mixte). Le salariat a, lui, gagné 4 points en 8 ans passant de 33% en 2010 à 37% en 2018 (1).

L'exercice salarié semble plébiscité par la jeune génération dans cette recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée (8) (16).

Cependant, s'il est vrai qu'en début de carrière peu de jeunes médecins font le choix d'une installation libérale, cette tendance s'inverse quelques années plus tard ; ainsi en 2008, lors de l'inscription à l'ordre, les médecins généralistes déclaraient à 35% une activité salariée, 40% une activité de remplaçant (médecins qui travaillent par intermittence, le plus souvent en libéral) et seulement 23% une activité libérale et 2% une activité mixte; 8 ans plus tard, ils sont 44% de libéraux, 40 % de salariés, 5.2% de mixtes et seulement 7% de remplaçants. (17)

Si l'installation en libéral est rare en sortie d'internat, ce n'est pas par refus de ce mode d'exercice. En effets, les jeunes médecins expérimentent différents exercices avant de se stabiliser professionnellement.

Après un internat vécu comme contraignant, ils profitent d'une certaine liberté retrouvée. La période de remplacement est le plus souvent une phase transitoire pendant laquelle les jeunes médecins acquièrent de l'expérience et découvrent les différents modes de travail, afin de préciser leurs attentes en vue d'une installation. (18)

### 3) Les soins primaires en France

#### a) Définition des soins primaires

En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme "des soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du Pays."

En 2005, la société européenne de médecine générale (WONCA Europe : World Organization of National Colleges and Academic Associations of General Practitioners) définit la médecine générale comme la spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Le médecin de santé primaire est le premier contact des patients avec le système de santé. C'est aussi le médiateur nécessaire entre le patient et le système de santé quand des soins plus spécialisés sont nécessaires.

La loi HPST (« Hôpital, Patients, Santé et Territoires ») de 2009 redéfinit les soins de premiers recours :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé.

Elle redéfinit donc les missions du médecin généraliste qui se doit de contribuer à l'offre de soins ambulatoire en assurant la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi du malade ainsi que l'éducation pour la santé. Il oriente également ses patients dans le système de soin et le secteur médico-social et assure la coordination des soins de ses patients.

En 2016, l'article 64 de la loi de modernisation de notre système de santé ajoute au Code de la santé publique, l'article L1411-11-1 relatif à la création des équipes de soins primaires définies ainsi : « Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. » (19,20).

## b) L'offre de soins primaires en France

La littérature scientifique argumente la nécessité de recentrer le système de santé sur les soins primaires : ils améliorent en particulier la morbi-mortalité et l'efficacité des soins et permettent aussi une meilleure maîtrise des dépenses de santé (21). Le développement des soins primaires fait donc partie des enjeux actuels de santé publique (11).

Mais qu'en est-il de l'offre de soins primaires en France ? Le vieillissement de la population majeure la demande, et si le nombre de médecins toutes spécialités a augmenté, le nombre de médecins généralistes a tendance à décroître. De plus, tous les diplômés de médecine générale n'exercent pas systématiquement la médecine de premier recours (22) (23) (24). Les postes ouverts aux médecins généralistes sont variés et le marché de l'emploi leur est favorable. Selon G. Bloy « la situation des jeunes diplômés de médecine générale en termes de possibilités d'accomplir des projets professionnels divers est très favorable. Elle s'explique par la conjonction des trois éléments suivants : leurs facilités d'adaptation et d'acquisition de compétences supplémentaires spécifiques ; les multiples demandes des organisations de santé et du marché du travail médical ; la valeur et la stabilité de leur titre de médecin enfin » (23).

Les médecins généralistes choisissant une activité salariée, hospitalière ou non, sont nombreux. Quant aux médecins libéraux, certains pratiquent un mode d'exercice particulier ou une activité mixte qui limitent leur temps de dispense de soins primaires.

Selon les données du CNOM, en 2014, 25% des médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice), inscrits à l'ordre des médecins, avaient déclaré un mode d'exercice particulier (25).

Les possibilités d'exercer sous le statut salarié sont multiples. Les médecins généralistes peuvent travailler dans des centres hospitaliers privés ou publics, aussi bien dans des services s'approchant de la médecine générale (médecine polyvalente, médecine aigue gériatrique, soins de suite et de réadaptation ...) mais également dans des services plus spécialisés (oncologie, chirurgie...). Beaucoup de postes salariés non hospitaliers leur sont également accessibles : médecin en EHPAD, médecin PMI. Ils ont aussi la possibilité d'orienter leur activité vers la prévention (médecine scolaire) ou vers une médecine plus administrative (médecin de l'assurance maladie).

D'après une thèse de 2016 retraçant le devenir de médecins généralistes nouvellement inscrits à l'ordre des médecins de la Nièvre de 2006 à 2015, 71% des médecins pratiquaient un exercice particulier, libéral ou salarié, dont plus de la moitié (53%) de façon exclusive. L'hôpital public était le premier recruteur des médecins généralistes (43%), suivi du secteur libéral (38%) (26).

Au sein même de l'exercice libéral, les exercices spécialisés des médecins généralistes sont également nombreux via les modes d'exercice particulier (MEP) : hypnose, homéopathie, acupuncture, échographie... Les médecins à mode d'exercice particulier sont des médecins qui ont acquis des compétences supplémentaires à leur formation initiale. L'assurance maladie référence une soixantaine de MEP. Certains MEP se rapprochent ou complètent l'exercice de la médecine générale, par exemple l'acupuncture, l'ostéopathie, l'hypnothérapie, l'homéopathie. D'autres peuvent être considérés comme des spécialités à part entière : allergologie, angiologie, échographie. Leur déclaration est facultative auprès de la CPAM et du CNOM si bien que leur dénombrement est difficile.

Selon le rapport de l'ONDPS 2006-2007, les exercices libéraux qui ne correspondent pas à une activité de médecine de soins primaires concernent environ 40% des diplômés de médecine générale : certains exercent une activité spécialisée (en 2007, 18% des diplômés de médecine générale avaient une compétence autre que leur formation initiale par exemple gynécologie, psychiatre, pneumologue) ou un mode d'exercice particulier (homéopathie, médecine du sport, hypnothérapie) (24).

Si désormais l'acquisition d'une compétence qui permettait aux médecins généralistes dits « ancien régime » (ayant débuté leurs études médicales avant la réforme de 1982) d'obtenir un statut spécialiste n'est plus possible, l'exercice libéral spécialisé sous forme de MEP reste d'actualité. Le nombre de médecins ayant déclaré un MEP reste stable : 5394 médecins généralistes libéraux ont déclaré un MEP en 2000, ils sont 5718 en 2016. Si on ne considère que les omnipraticiens libéraux actifs à part entière (médecins de moins de 65 ans, conventionnés, ayant exercé une activité libérale sur une année complète), ils sont 49344 en 2016, dont 5248 MEP déclarés, ce qui correspond à 11% des exercices libéraux APE (données SNIR et AMOS publiées par l'assurance maladie) (27). Mais étant donné que les déclarations de MEP sont facultatives, elles sont très certainement sous-estimées.

Les médecins généralistes ont donc la possibilité de se spécialiser via la formation complémentaire (DESC, DU, formations privées...) afin d'orienter, soit partiellement, soit complètement, leur pratique vers un autre exercice que la médecine générale libérale traditionnelle. La dispense de soins primaires ne peut donc pas être assimilée au cercle des médecins généralistes libéraux, puisque tous les médecins généralistes libéraux n'exercent pas de la médecine de soins primaires (modes d'exercice particulier, spécialisations) et qu'une partie des médecins salariés l'exercent (par exemple : centre de santé). On comprend bien que la comptabilisation des effectifs de médecins généralistes ne prédit pas de l'offre de soins primaires. Les données démographiques recueillies (données du CNOM, données RPPS), permettent de différencier les médecins selon la spécialité exercée et le mode d'exercice libéral ou salarié mais ne sont pas suffisantes pour les différencier selon le contenu précis de leur activité. En conséquence, il est difficile d'identifier et de comptabiliser, parmi les médecins généralistes, ceux qui exercent cette médecine de soins primaires.

#### 4) Historique et représentation de la médecine générale.

##### a) Historique de la médecine générale

A l'origine, la médecine générale s'est construite en négatif par rapport aux autres spécialités, c'est-à-dire que l'on a désigné comme étant de la médecine générale ce qui n'était pas de la spécialité (28).

En 1958, la réforme Debré institue les centres hospitalo-universitaires mettant en avant les spécialités, et oubliant la médecine générale qui n'y trouve pas sa place.

En 1984, dans un contexte d'inflation des effectifs de spécialités et des dépenses de santé, la réforme de l'internat instaure un concours pour limiter l'accès à la spécialité. Ce concours majore le fossé entre médecine générale et spécialités ; ces dernières, d'accès plus difficiles, deviennent plus prestigieuses socialement parlant. La médecine générale n'accueille plus seulement des médecins l'ayant choisi mais

aussi ceux ayant échoué au concours et dont la médecine générale est la seule alternative (28). Par ailleurs, ce concours tend à orienter les meilleurs élèves vers une spécialité alors qu'une partie d'entre eux se seraient auparavant orientés vers la médecine générale : c'est ce que montre l'étude de Hardy-Dubernet : suite à l'instauration du concours, 28.4% des meilleurs élèves s'orientent vers la médecine générale alors qu'ils étaient auparavant 43.7% à la choisir (29). Cette réforme met cependant en place un résidanat (bien distinct de l'internat accessible par le concours) afin de permettre aux étudiants s'orientant vers la médecine générale de continuer leur formation.

En 1997, dans un souci de valoriser la formation de médecine générale, les départements de médecine générale sont mis en place. Et en 2004, le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) permet aux étudiants de médecine générale de se former à la médecine ambulatoire.

En 2004, la médecine générale acquiert le statut de spécialité : son accès est dorénavant régulé comme pour les autres spécialités par un concours : l'examen classant national (ECN).

Si un des buts des ECN était de valoriser la médecine générale en la déclarant comme une spécialité comme les autres, l'effet n'est pas escompté : la médecine générale reste souvent considérée comme la spécialité de l'échec (30), celle à laquelle accèdent les étudiants dont le classement n'a pas été suffisant pour leur choix initial. Cette image dévalorisante est entretenue par le fait que tous les ans, les postes de médecine générale ne sont pas entièrement pourvus, et cette discipline reste donc accessible aux derniers rangs de classement. Dans *Singuliers généraliste*, Faure va même jusqu'à illustrer le choix de la médecine générale par cette métaphore : « Dans ces conditions, retenir la médecine générale, lorsqu'on a la chance de bien figurer au palmarès, revient plus ou moins à décréter en entrant dans un magasin qu'un accessoire bas de gamme nous plaît davantage que les autres, alors qu'on dispose des moyens de se les offrir tous. » (31).

## b) Le choix de la médecine générale aux ECN

Après une formation quasi exclusivement hospitalo-universitaire, les externes semblent moins attirés par la médecine générale. Une enquête nationale réalisée auprès de 1870 externes en 2009 a étudié leurs souhaits quelques mois avant leur ECN : alors qu'ils représentaient environ le tiers de l'effectif aux ECN, leurs souhaits représentaient 74 % des postes disponibles en gynécologie, 62 % des postes de chirurgie, 57 % des postes de médecine et seulement 14 % des postes de médecine générale (32).

Cependant ces chiffres sont à corrélés aux nombres de postes ouverts selon les spécialités. Si les choix des externes représentent seulement 14% de postes de médecine générale, c'est aussi parce que la médecine générale concerne la moitié des postes ouverts. Une thèse de 2013 sur les choix de 542 externes quelques mois avant leur choix définitif de spécialité classait la médecine générale parmi les deux filières les plus attractives avec les spécialités médicales, 40% des étudiants était attirés par la médecine générale et 15% des étudiants ne souhaitaient intégrer que cette discipline (33).

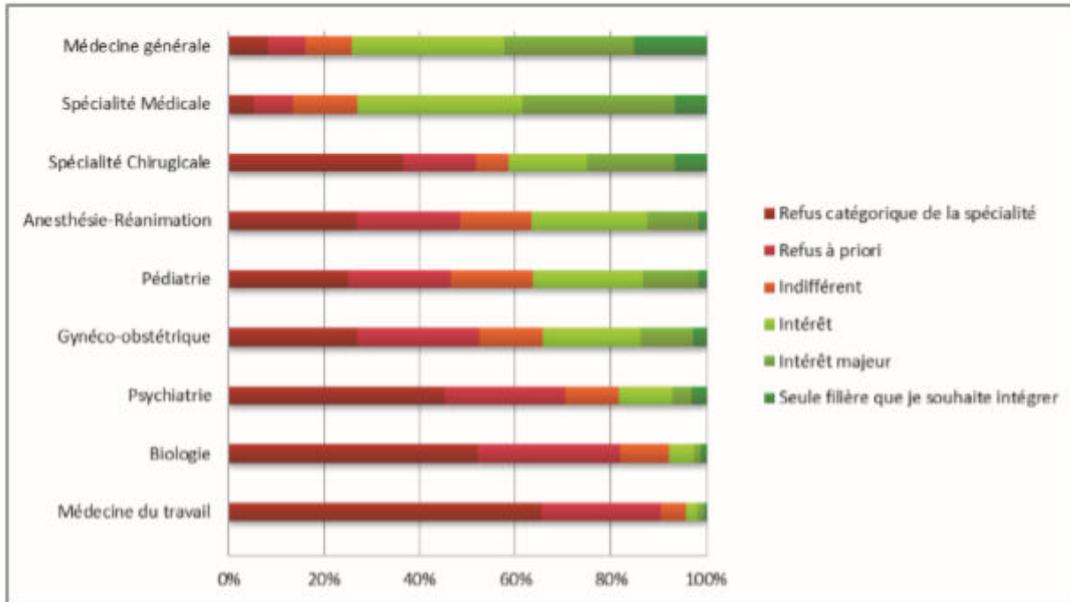


Figure 7 : Répartition des scores sur l'échelle de Likert à 5 points par filière, pour l'échantillon global.

Figure 5: Figure issue de la thèse de Rouger A-S illustrant les choix de spécialité des étudiants avant leur ECN

Aux choix de 2011, un quart des postes de médecine générale est pourvu en même temps que ceux des spécialités médicales et chirurgicales (34). La médecine générale n'est donc pas si délaissée par les étudiants. Le nombre de postes ouverts en médecine générale, beaucoup plus important que pour les autres spécialités, participe au sentiment de dévalorisation de cette spécialité.

### c) Les difficultés de l'exercice libéral de la médecine générale

La médecine générale libérale est souvent mal perçue par les étudiants et les jeunes médecins, citant l'impossibilité d'évolution de carrière, une grande disponibilité nécessaire, une couverture sociale peu protectrice, des tâches administratives disproportionnées... En comparaison le salariat est associé à une charge de travail administrative moindre qu'en libéral, un temps de travail inférieur avec des horaires fixes, des revenus fixes, des congés payés et une meilleure protection sociale. Le travail en groupe, plébiscité par les jeunes médecins, les attire également vers le salariat (16) (35) (36) .

La médecine générale impose pour beaucoup un rythme de travail soutenu lié à la forte demande de soins : dans une étude de la DRESS de 2012, 57% des généralistes souhaitaient moins travailler mais ils ne le pouvaient pour différentes raisons : 42% évoquait l'impossibilité d'être suppléer, et 15% des raisons financières (37). Dans une étude de 2008 sur le vécu du travail et l'état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire, 1 médecin généraliste libéral sur 2 éprouve des difficultés à concilier vie professionnelle et vie familiale. En comparaison, 16% des cadres ou autres professions libérales éprouvent cette difficulté (38).

61% des généralistes libéraux d'Ile de France se disaient menacés par le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel dans une étude menée en 2007 (39). L'isolement professionnel, le contenu

émotionnel de leur pratique et leur charge de travail exposent particulièrement les médecins généralistes au risque de burn-out (40) (41).

Par ailleurs, les médecins généralistes ont l'impression d'être moins bien reconnus que leurs confrères, un manque de reconnaissance s'illustrant par des attitudes dénigrantes des confrères spécialistes du monde hospitalier et par une différence de rémunération par rapport aux autres spécialistes libéraux (35).

## II. Objectif

Une des problématiques de santé publique actuelle concerne l'offre de soins primaires et son inégale répartition sur le territoire.

Les écrits concernant la profession sont nombreux mais certains, évoqués ici commencent à dater. Une réactualisation régulière des données sociodémographiques est nécessaire afin d'expliquer les comportements observés et d'apporter des solutions aux problématiques observées.

Par ailleurs, un certain nombre d'étude s'est intéressé à la situation des jeunes médecins généralistes à la sortie de leurs cursus. Cependant, étant donné que ces jeunes médecins expérimentent différents exercices avant de se stabiliser professionnellement, il semble judicieux d'analyser la situation plusieurs années plus tard après cette période d'expérimentation que G Bloy appelle « âge des possibles » (18).

L'objectif premier est d'étudier les trajectoires professionnelles d'une cohorte de médecins généralistes issus de mêmes promotions et exerçant depuis une dizaine d'années, afin d'illustrer la diversité des exercices et de déterminer la part de ces médecins dispensant des soins primaires. L'objectif secondaire est de rechercher les déterminants des trajectoires d'éloignement de la médecine générale libérale

### III. Matériel et méthode

#### 1) Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, démographique et essentiellement descriptive à partir d'un questionnement sociologique. L'enquête par questionnaire permet de vérifier des hypothèses de recherches, par l'obtention de réponses standardisées permettant de quantifier et de comparer les données.

La population cible était les médecins généralistes ayant passé leur examen classant national (ECN) en 2004, 2005 et 2006 et ayant choisi les facultés de Angers, Brest, Nantes et Rennes pour faire leur internat de médecine générale.

Les médecins ont reçu le questionnaire par voie postale. Une enveloppe pré timbrée permettait un retour du questionnaire rempli. Il leur était également proposé de répondre en ligne à ce questionnaire. La version en ligne était accessible via un QR code, permettant de faciliter l'accès au questionnaire. Le questionnaire en ligne a été réalisé via le logiciel Lime Survey®.

Les données des questionnaires en version papier ont été codées et saisies une à une sur le logiciel Excel®.

Les analyses statistiques ont été réalisées via le logiciel Excel®.

Les tests comparatifs ont été réalisés en ligne via le site : <https://biostatv.sentiweb.fr>.

#### 2) Population cible

2004 correspond à l'année de mise en place des ECN. Le choix de cette date permettait d'avoir des listes nominatives, publiées au journal officiel, des internes affectés en médecine générale pour chaque faculté ([www.legifrance.fr](http://www.legifrance.fr)).

Sur ces trois années, 560 étudiants ont été affectés dans les 4 facultés concernées, 108 de la faculté d'Angers (23 en 2004, 50 en 2005, 35 en 2006), 101 de la faculté de Brest (26 en 2004, 31 en 2005, 44 en 2006), 174 de la faculté de Nantes (49 en 2004, 60 en 2005, 65 en 2006), et 177 de la faculté de Rennes (65 en 2004, 52 en 2005, et 60 en 2006). Ces 560 étudiants représentent la population étudiée.

### 3) Recrutement des médecins

Cette étude, originale de par sa population d'étude, a nécessité un important travail de recherche en amont afin de retrouver ces médecins. Aucun annuaire permettant de contacter ces « anciens » étudiants n'était disponible auprès des facultés.

Il a d'abord été envisagé de contacter ces trois promotions par mail, mais pour des raisons de confidentialité des données personnelles, aucun mail n'a pu être transmis par les différents organismes sollicités ; le choix d'un envoi postal s'est donc imposé.

Les 560 noms apparaissant sur les listes publiques d'affectation ont été recherchés un à un sur l'annuaire national de l'ordre des médecins et inclus dans l'étude dès lors qu'ils apparaissaient sur l'annuaire associés à la spécialité de médecine générale.

Un travail de recherche plus approfondi a été nécessaire pour retrouver la trace de certains médecins, en cas d'homonymie ou de changement de nom pour les femmes s'étant mariées après les ECN. Les réseaux sociaux (Facebook, copain d'avant...) ont été consultés et ont bien souvent permis de retrouver ces personnes.

Pour les médecins remplaçants, pour lequel aucune adresse professionnelle n'était disponible sur l'annuaire de l'ordre, leur adresse personnelle a été recherchée via leur inscription en tant qu'entreprise ([www.infogrefe.fr](http://www.infogrefe.fr)).

Ce travail d'identification de la population d'étude a demandé un investissement temporel très important.

Les internes ayant arrêté leur internat de façon précoce (droit au remord, ECN repassé l'année suivante) ont été exclus de l'étude, cela concerne 5 personnes (3 internes de la promotion de Rennes de 2004, 1 interne de la promotion de Brest de 2005, 1 interne de la promotion de Brest de 2006). De même, ont été exclus tous les médecins pour lesquels aucune correspondance n'a été trouvée dans l'annuaire de l'ordre malgré les différentes recherches. Ceci concerne 32 médecins. Parmi ces 32 médecins, 7 avaient probablement cessé leur activité étant donné qu'on retrouvait trace de leur inscription en tant qu'entreprise avec une date de cessation d'activité. 2 autres semblaient avoir une activité de médecin généraliste à l'étranger (Bruges, Galway). 1 des médecins n'avait pas validé sa thèse dans les délais impartis et exerce également à l'étranger. Pour les 22 derniers, les recherches sont restées vaines sans pouvoir préciser la raison.

Enfin, 6 médecins, inscrits à l'ordre sous le statut de remplaçant, ont été exclus car leur adresse personnelle est restée introuvable.

Ceci fait un total de 43 exclus sur une population initiale de 560, soit 517 médecins inclus. Le tableau suivant répartit les médecins exclus de l'étude suivant leur année d'ECN et leur faculté d'origine.

Tableau 1: Répartition des médecins "exclus" de l'étude selon la faculté d'origine et la promotion (« n » correspond à l'effectif dans la population cible)

Médecins exclus				
	2004	2005	2006	Total
Angers	2 (n=23)	4 (n=50)	1 (n=35)	<b>7 (n=108)</b>
Brest	1 (n=26)	2 (n=31)	5 (n=44)	<b>8 (n=101)</b>
Nantes	2 (n=49)	0 (n=60)	7 (n=65)	<b>9 (n=174)</b>
Rennes	7 (n=65)	6 (n=52)	6 (n=60)	<b>19 (n=177)</b>
<b>Total</b>	<b>12 (n=163)</b>	<b>12 (n=193)</b>	<b>19 (n=204)</b>	<b>43 (n=560)</b>

Le graphique ci-dessous (figure 6) récapitule la répartition des médecins inclus.

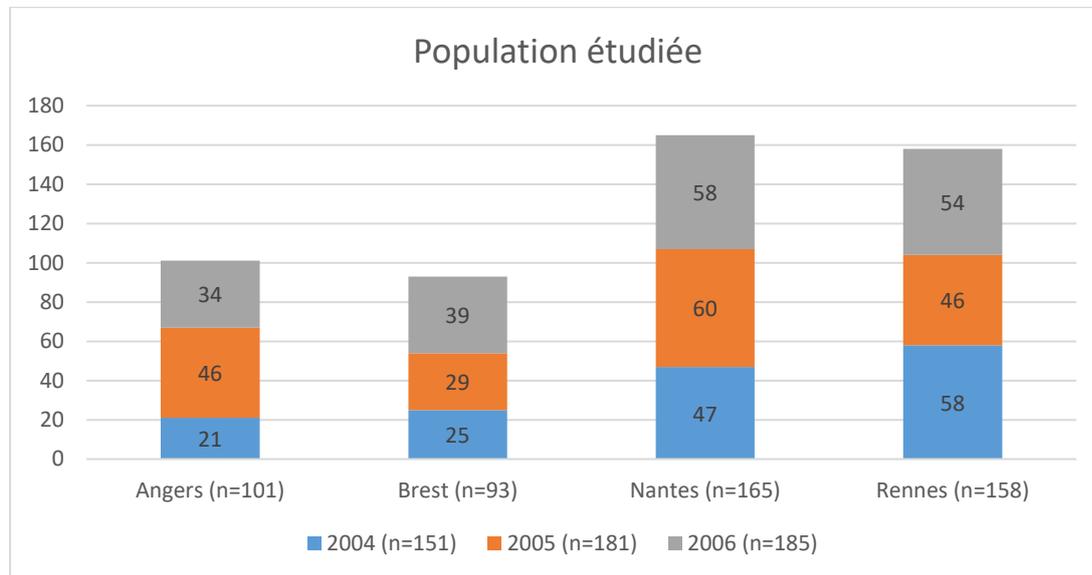


Figure 6: Répartition de la population étudiée selon les facultés et les promotions (n=517)

#### 4) Questionnaire

Le questionnaire était court et concis afin d'obtenir un maximum de réponses. Il était accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe pré timbrée pour le retour. Un QR code permettait de répondre au questionnaire en ligne si souhaité.

Le questionnaire comporte 33 questions au total. Il est divisé en quatre parties : le cursus, le parcours professionnel, la situation actuelle, et enfin les données socio démographiques. Les deux premières parties et la dernière sont communes à tous les médecins. La troisième partie se divise en différentes sous-parties, à compléter uniquement en fonction du type d'exercice.

Les questions sont essentiellement des questions fermées où il suffit de cocher parmi les choix proposés. Quelques questions laissent la possibilité d'une réponse ouverte.

Une phase de test auprès de médecins d'univers variés a permis de faire des rectifications afin que le questionnaire soit le plus compréhensible possible, et qu'il puisse s'adapter à tous les types d'exercices rencontrés en médecine générale.

La version papier du questionnaire comportait 4 pages. Il fallait en général 5 minutes pour répondre au questionnaire, et cela était précisé dans la lettre accompagnant le questionnaire.

Le questionnaire était identifié par un numéro, à chaque numéro était associé un médecin de l'étude. Le but était de pouvoir faciliter la relance si nécessaire.

## 5) Coût de l'enquête et financement

Les frais de l'étude se rapportent essentiellement aux frais liés aux envois postaux, à la papeterie, et à l'impression.

Une demande d'aide financière a été réalisée auprès de l'URPS Médecins libéraux de Bretagne (union régionale des professionnels de santé et médecins libéraux de la région Bretagne) qui a répondu favorablement et a accordé une bourse de thèse d'une valeur de 1500 euros.

## 6) Déroulement de l'enquête

Les questionnaires ont été envoyés par voie postale le 16/11/2018.

Le retour des réponses s'est étalé du 22/11/2018 au 17/02/2019, date à laquelle la dernière réponse a été reçue (cf. figure 7).

Aucune relance n'a été réalisée.

Les réponses ont été codées et saisies au fur et à mesure de leur réception sur le logiciel Excel®. Les données collectées étaient anonymisées.

Une phase de codage des informations a été nécessaire pour certaines questions (les autres étant pré-codées), les données brutes n'étant pas analysables telles quelles (tableau des parcours professionnels, réponses ouvertes pour la profession du conjoint).

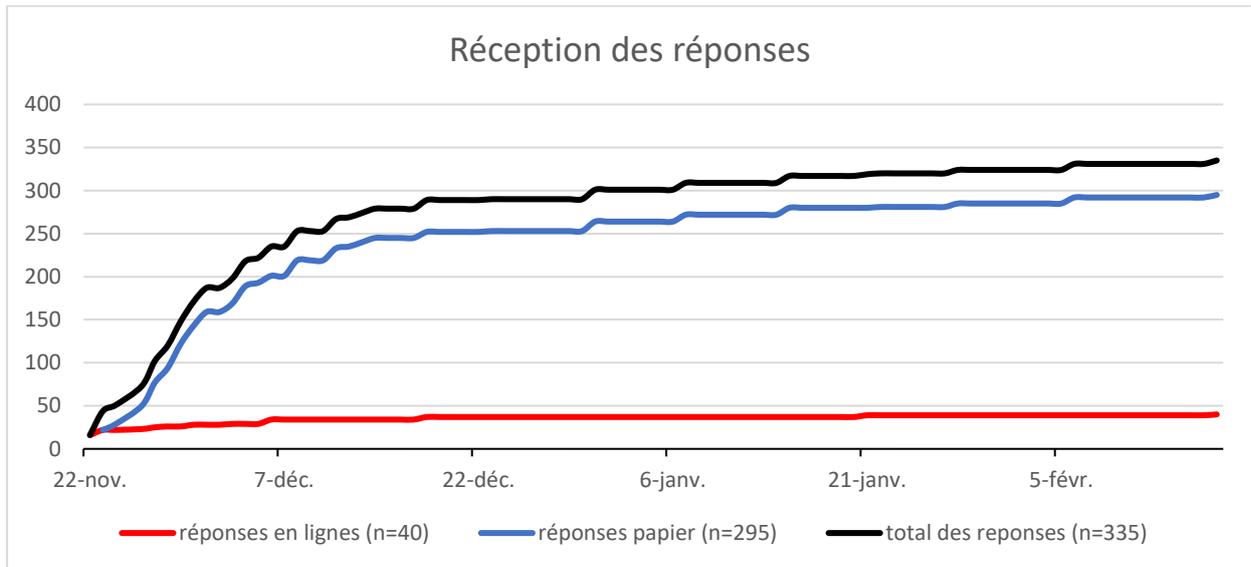


Figure 7: Répartition de la réception des réponses dans le temps

## 7) Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été présentées sous formes d'effectif et de pourcentage.

Les variables quantitatives ont été analysées sous formes de moyennes. Les âges ont été calculés à partir des dates de naissances. Concernant les trajectoires professionnelles, il est important de noter que la durée des différentes exercices (remplacement, salariat...) a été calculée à partir d'un tableau rempli par les médecins ou ils précisaient leur mode d'exercice selon les années (une seule réponse par année) : ces données manquent donc de précision. Cependant, si la valeur absolue doit être interprétée avec précautions, les comparaisons entre sous-groupes restent pertinentes.

Des tests comparatifs de variables qualitatives ont été réalisés grâce aux tests du Chi<sup>2</sup> et au test exact de Fisher (pour les petits effectifs). Le seuil de significativité a été fixé à 0,05.

Des tableaux récapitulatif des comparaisons effectuées ont été insérés en annexe.

## IV. Résultats

### 1) L'échantillon des répondants

335 médecins généralistes ont répondu sur les 517 concernés, soit un taux de réponse de 64.8% qui atteste de l'intérêt porté par ces médecins à ce travail.

13 lettres n'ont pas pu être délivrées et ont été retournées du fait d'une adresse erronée ; ces lettres n'ont pas été réadressées car aucune autre adresse professionnelle n'a pu être retrouvée.

#### a) Selon le genre

117 hommes (34.9%) ont répondu au questionnaire et 218 femmes (65.1%), soit un sex-ratio de 0.53. A titre de comparaison, sur les 517 médecins de la population étudiée, 182 (35.2%) étaient des hommes et 334 (64.6%) des femmes, soit un sex-ratio de 0.54 ; l'échantillon obtenu est donc très conforme à la structure de l'échantillon théorique pour cette variable.

Ces chiffres illustrent la féminisation de la profession puisque les deux-tiers des répondants sont des femmes.

Le taux de réponse est donc de 64.3% pour les hommes et de 65.3% pour les femmes.

Le graphique suivant répertorie la répartition homme-femme dans la population répondante selon leur promotion :

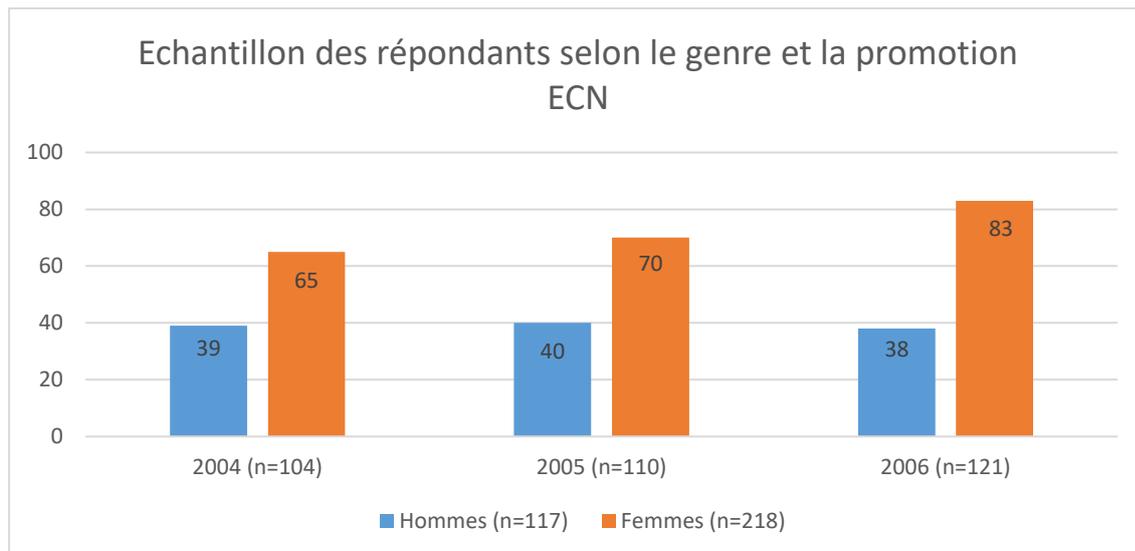


Figure 8: Effectif des médecins répondants selon le genre et leur promotion ECN

### b) Selon la faculté d'origine et l'année ECN

58 (17.3%) médecins répondants étaient originaires de la faculté d'Angers, 62 (18.5%) de la faculté de Brest, 111 (33.1%) de celle de Nantes et 104 (31.0%) de celle de Rennes, soit un taux de réponse par faculté respectivement de 57.4%, 66.7%, 67.3 % et 65.8 %.

104 (31.0%) médecins avaient passé les ECN en 2004, 110 (32.8%) en 2005, et 121 (36.1%) en 2006, soit des taux de réponse par promotion respectivement de 68.9%, 60.8% et 65.4%.

On peut également se satisfaire de la représentativité de l'échantillon pour ces deux dernières variables.

Le tableau suivant reprend le nombre de réponses selon les facultés et les années de promotion :

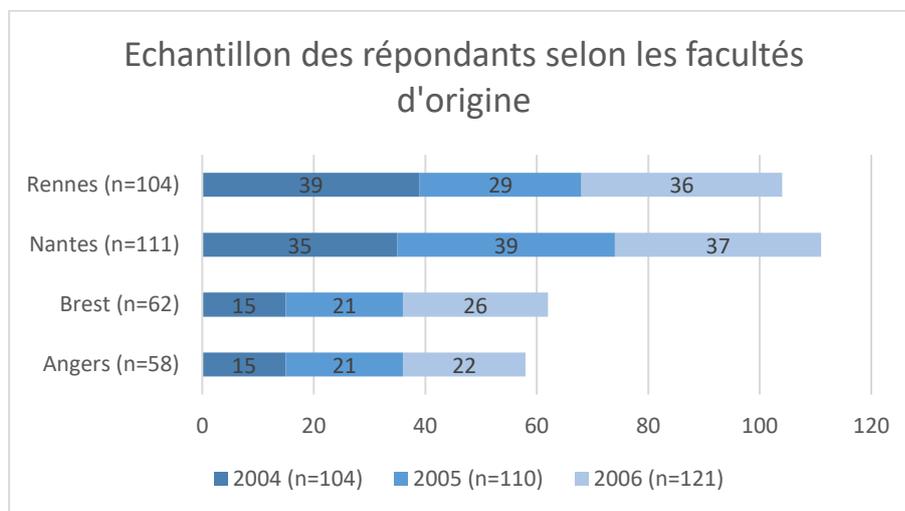


Figure 9: Effectif des médecins répondants par faculté et promotion.

### c) Selon l'activité professionnelle actuelle

192 médecins (57.3%) exerçaient exclusivement une activité libérale, 114 (34.0%) une activité salariée et 29 (8.6%) une activité mixte (activité libérale et salariée).

L'activité libérale exclusive concerne 56.4% (n=66) des hommes et 57.8% (n=126) des femmes ; l'activité mixte concerne 10.3 % (n=12) des hommes et 7.8% (n=17) des femmes, et l'activité salarié 33.3% (n=39) des hommes et 34.4% (n=75) des femmes. Il n'y a pas de différence statistiquement significative de répartition entre les hommes et les femmes selon l'activité exercée ( $p=0.87$ ).

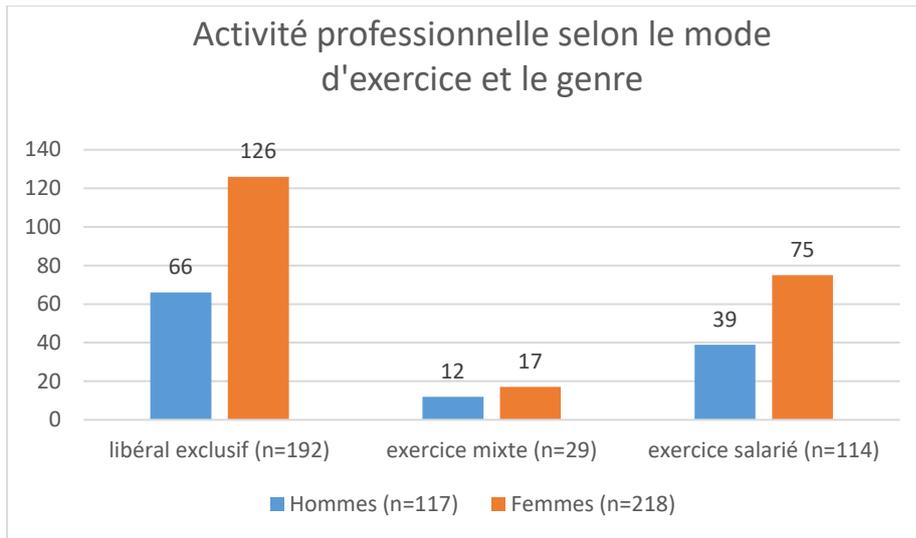


Figure 10: Répartition de l'activité professionnelle selon le genre

La figure 7 illustre la répartition de l'activité professionnelle selon les facultés : il n'y a pas de différence statistiquement significative de répartition de l'exercice selon les facultés ( $p=0,74$ ).

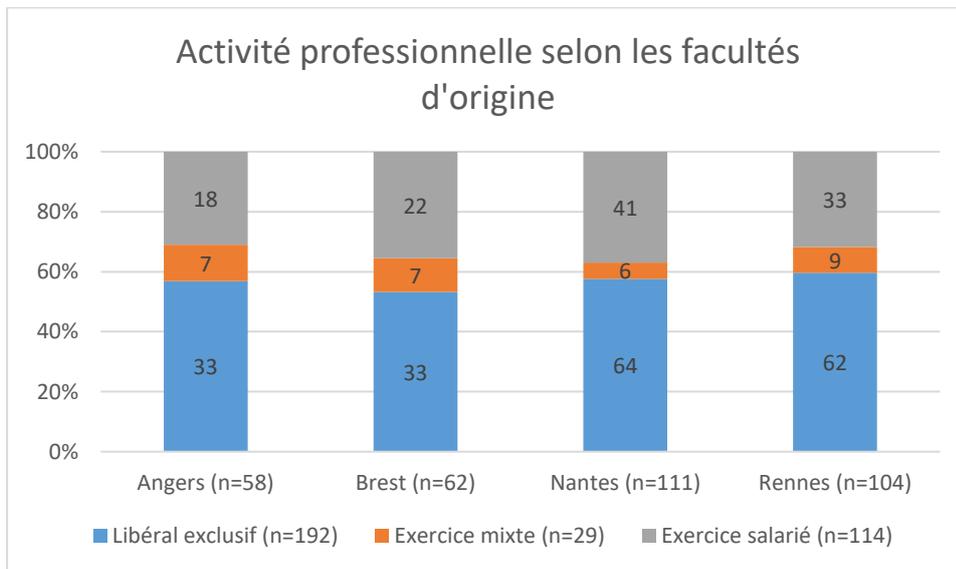


Figure 11: Répartition de l'activité professionnelle selon les facultés d'origine

Pour la suite de l'analyse, les médecins ayant une activité mixte seront associés au groupe des médecins libéraux.

## 2) Données socio démographiques

### a) Age

L'âge moyen est 38.21 ans avec un écart type de 1.46 années, il est de 38.58 ans pour les hommes et de 38.05 ans pour les femmes.

### b) Situation familiale

Presque tous les médecins interrogés, soit 91.3% (n=306), sont en couple ; cela concerne 92.3% (n=108) des hommes et 90.8% (n=198) des femmes. Les médecins célibataires représentent 5.7% (n=19) des médecins (5.1% (n=6) chez les hommes, 6.0% (n=13) chez les femmes) et les médecins séparés ou divorcés 3.0% (n=10) (2.6% (n=3) chez les hommes et 3.2% (n=7) chez les femmes). Tous les médecins ont répondu à la question.

#### *Un conjoint médecin*

On observe une forte homogamie chez les médecins répondants. Parmi les médecins en couple, 32.0% (n=98) ont un conjoint médecin, 12.1 % (n= 37) ont un conjoint dont la profession est en lien avec la santé (autre que médecin) et 51.0% un conjoint dont la profession n'a aucun lien avec la santé (n=156). Les médecins dont le conjoint est sans profession sont au nombre de 15 (4.9%).

La répartition des professions des conjoints selon le genre est illustrée dans le tableau ci-dessous : les conjoint(e)s des hommes répondants sont bien plus souvent médecins ou ont une profession en lien avec la santé.

*Tableau 2: Professions des conjoints dans la population répondante et selon le genre*

Profession du conjoint	Population répondante		Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Médecin	98	32,0%	38	<b>35,2%</b>	60	30,3%
Profession en lien avec la santé (≠médecin)	37	12,1%	29	<b>26,9%</b>	8	4,0%
Profession sans lien avec la santé	156	51,0%	34	31.5%	122	<b>61,6%</b>
Sans profession	15	4,9%	7	6.5%	8	4,0%

On note une légère différence entre les médecins libéraux et les médecins salariés en couple puisqu'il sont respectivement 30.4% (n=62) et 35.3% (n=36) à être en couple avec un médecin (tableau 3).

La différence est plus nette suivant le lieu d'exercice. Le pourcentage de médecin en couple avec un médecin chute à 12.5% chez les médecins ruraux en couple (tableau 3).

Tableau 3: Professions des conjoints selon le mode d'exercice et le lieu d'exercice

Profession du conjoint					
	Libéraux	Salariés	Exercice rural	Exercice semi-rural	Exercice urbain
Médecin	30,4%	35,3%	<b>12,5%</b>	35,7%	32,1%
En lien avec la santé (≠médecin)	13,2%	9,8%	12,5%	13,5%	10,9%
Sans lien avec la santé	50,5%	52,0%	70,8%	44,4%	53,2%
Sans profession	5,9%	<b>2,9%</b>	4,2%	6,3%	3,8%

#### Catégories socio professionnelles des conjoints

En considérant les catégories socio-professionnelles de l'INSEE, 53.9% (n=165) des médecins en couple ont un conjoint dont la profession entre dans la catégorie « Cadres et professions intellectuelles supérieures », cela concerne 49.1% (n=53) des hommes et 56.6% (n=112) des femmes en couple. 23.9% (n=73) des conjoints entrent dans la catégorie des « Professions intermédiaires » (33,3% chez les hommes et 18.7% chez les femmes en couple).

Tableau 4: Catégories socio-professionnelles des conjoints dans la population répondante et selon le genre

Catégories socio professionnelles des conjoints						
	Total		Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Agriculteur exploitant	3	1.0%	0	0%	3	1.5%
Artisan commerçant et chef entreprise	15	4.9%	2	1.9%	13	6.6%
Cadre et professions intellectuelles supérieures	165	53.9%	53	49.1%	112	<b>56.6%</b>
Professions intermédiaires	73	23.9%	<b>36</b>	<b>33.3%</b>	37	18.7%
Employé	16	5.2%	5	4.6%	11	5.6%
Ouvrier	6	2.0%	0	0%	6	3.0%
Sans profession	15	4.9%	<b>7</b>	<b>6.5%</b>	8	4.0%
Non précisable	13	4.2%	5	4.6%	8	4.0%

La répartition des professions des conjoints est peu différente entre les médecins libéraux et salariés. En revanche, elle est différente selon le lieu d'exercice : les médecins ruraux en couple sont « seulement » 33% à être en couple avec un conjoint cadre ou de profession intellectuelle supérieure.

Tableau 5: Catégories socio-professionnelles des conjoints selon le mode d'exercice et le lieu d'exercice

Catégories socio professionnelles des conjoints					
	Libéraux	Salariés	Exercice rural	Exercice semi-rural	Exercice urbain
Agriculteur exploitant	1,5%	0,0%	<b>4,2%</b>	0,8%	0,6%
Artisan commerçant et chef entreprise	3,4%	7,8%	4,2%	4,0%	5,8%
Cadre et professions intellectuelles supérieures	53,4%	54,9%	<b>33,3%</b>	54,8%	56,4%
Professions intermédiaires	25,0%	21,6%	29,2%	22,2%	24,4%
Employé	4,9%	5,9%	8,3%	7,1%	3,2%
Ouvrier	1,5%	2,9%	<b>12,5%</b>	1,6%	0,6%
Sans profession	5,9%	2,9%	4,2%	<b>6,3%</b>	3,8%
Non précisé	4,4%	3,9%	4,2%	3,2%	5,1%

### c) Influence de la carrière du conjoint sur le mode d'exercice

A la question « Si vous êtes en couple, estimez-vous que la carrière de votre conjoint ait influencé le choix de votre mode d'exercice ? », 106 (34.6%) médecins ont répondu « oui », 197 (64.4%) ont répondu « non » et 3 médecins n'ont pas souhaité répondre.

En analysant suivant le genre, 37.8% (n=75) des femmes en couple ont répondu « oui » contre 28.7% (n=31) des hommes. La différence n'est cependant pas statistiquement significative (p=0.13).

64.2% (n=68) des médecins influencés par la carrière de leur conjoint ont un conjoint cadre ou de profession intellectuelle supérieure.

Les médecins ayant des enfants sont plus souvent influencés par la carrière de leur conjoint (34.6%, n=99) que les médecins n'ayant pas d'enfant (14.3%, n=7).

### d) Enfants

85.3% des médecins répondants (n=286) ont un ou plusieurs enfants, 83.8% des hommes (n=98) et 86.2% des femmes (n=188).

9.4% (n=27) d'entre eux ont un enfant, 52.1% (n=149) ont deux enfants, 31.8% (n=91) ont trois enfants, et 6.29% (n=18) ont 4 enfants ou plus. Deux médecins n'ont pas précisé le nombre d'enfants. La moyenne du nombre d'enfants est de 2.03, donc supérieure à la moyenne nationale (1,87 ; source INSEE).

Le pourcentage de médecins ayant un ou des enfants est légèrement plus important pour les médecins exerçant en libéral par rapport aux médecins salariés, respectivement 86.8% et 82.5%.

Les médecins exerçant en rural sont également un peu plus nombreux à avoir des enfants que les médecins exerçant en semi-rural et urbain, respectivement 92,0%, 85,6% et 84,2% et ils ont en moyenne plus d'enfants (respectivement 2,24 enfants, 2,00 enfants et 2,02 enfants).

### e) Lieu de résidence dans l'enfance

Sur les 335 médecins répondants, 79 (23.6%) ont déclaré avoir vécu la plus grande partie de leur enfance dans une zone rurale, 107 (32.0%) en zone semi-rurale, et 149 (44.5%) en zone urbaine. Tous les médecins ont répondu à la question.

## 3) Le parcours universitaire

### a) Choix de la médecine générale en début de cursus

A la question « Quand vous avez débuté vos études de médecine, est ce que vous pensiez à la médecine générale ? », 180 (53.7%) ont répondu « oui », 114 (34,0%) ont répondu « non », et 41 (12.2%) « ne sait pas ». Tous les médecins ont répondu à la question.

Le nombre de réponse positive à cette question est plus élevé chez les hommes, 58.1% (n=68) contre 51.4% (n=112) pour les femmes.

De même, les médecins libéraux sont plus nombreux à avoir répondu « oui » (57.9%, n= 128) que les médecins salariés (45.6%, n=52).

Si l'on s'intéresse aux réponses suivant le lieu d'exercice, on retrouve également une différence : les médecins ruraux semblent plus nombreux à se projeter dans l'exercice de la médecine générale dès le début de leur cursus : ils sont plus nombreux à avoir répondu « oui », à hauteur de 72% (n=18), alors qu'ils sont 56.8% (n=79) pour les médecins semi ruraux et 48.5% (n=83) pour les médecins urbains.

Le tableau 3 répertorie les réponses selon les facultés d'origine. Les Angevins sont les plus nombreux à avoir répondu « oui » à cette question.

*Tableau 6: Choix initial de la médecine générale selon les facultés d'origine (en pourcentage et effectif)*

Quand vous avez débuté vos études de médecine, est ce que vous pensiez à la médecine générale ?				
	Angers (n=58)	Brest (n=62)	Nantes (n=111)	Rennes (n=104)
OUI	58,6% (n=34)	50,0% (n=31)	54,1% (n=60)	52,9% (n=55)
NON	29,3% (n=17)	30,6% (n=19)	36,0% (n=40)	36,5% (n=38)
Ne sait pas	12,1% (n=7)	19,4% (n=12)	9,9% (n=11)	10,6% (n=11)

## b) Choix de la médecine générale aux ECN

282 médecins (84.2%) avaient choisi la médecine générale comme premier choix aux ECN, 47 (14.0%) l'avait choisi comme deuxième ou troisième choix et pour 6 d'entre eux (1.8%) la médecine générale ne faisait pas partie des trois premiers choix aux ECN. Tous les médecins ont répondu à la question.

Ces résultats vont à l'encontre des résultats des études de l'époque (précédemment cités), et on peut se poser la question d'une rationalisation après coup.

Les hommes étaient moins nombreux à déclarer avoir choisi la médecine générale en premier choix par rapport aux femmes (80.3% (n=94) contre 86.2% (n=108)).

Les différences de choix sont plus prononcées suivant le monde d'exercice et le lieu d'exercice :

- Les médecins libéraux sont plus nombreux à avoir choisi la médecine générale en premier choix par rapport aux médecins salariés (88.2% (n=195) contre 76.3% (n=87)). La différence entre médecins libéraux et salariés concernant les choix ECN est statistiquement significative (p=0,018).
- Les médecins exerçant en rural et semi-rural sont également plus nombreux à avoir choisi la médecine générale en premier choix aux ECN, respectivement 92.0% (n=23) et 89.9% (n=125) alors que les médecins urbains sont 78.4% (n=134) à l'avoir choisi en premier choix. La différence est statistiquement significative (p=0.011)

Concernant la sous population de médecins généralistes libéraux exerçant un mode d'exercice particulier (MEP), ils sont 80.4% (n=37) à avoir choisi la médecine générale en premier choix, contre 90.3% (n=158) pour les médecins libéraux n'exerçant pas de MEP.

Le tableau 4 illustre les choix de la médecine générale aux ECN selon les facultés d'origine : les médecins issus des facultés rennaise et angevine ont plus fréquemment répondu que la médecine générale était leur premier choix aux ECN.

Tableau 7: Choix de la médecine générale aux ECN selon les facultés d'origine (en pourcentage et effectif)

Choix de la médecine générale aux ECN				
	Angers (n=58)	Brest (n=62)	Nantes (n=111)	Rennes (n=104)
Premier choix	87.9% (n=51)	80.6% (n=50)	77.5% (n=86)	91.3% (n=95)
Deuxième ou troisième choix	12.1% (n=7)	17.7% (n=11)	18.0% (n=20)	8.7% (n=9)
Pas dans les trois premiers choix	0% (n=0)	1.6% (n=1)	4.5% (n=5)	0% (n=0)

### c) Stage de 6 mois en médecine générale pendant l'internat

Presque la totalité des médecins (320 médecins soit 95,5% de l'effectif) a effectué un stage de médecine générale pendant l'internat. Sur les 15 (4.5%) n'en n'ayant pas réalisé, 9 sont actuellement médecins salariés dont 6 médecins hospitaliers. Tous les médecins ont répondu à la question.

Les médecins libéraux sont plus nombreux à avoir réalisé un stage en médecine générale par rapport aux médecins salariés (97.3% contre 92.1%).

## 4) Les formations complémentaires

### a) 2/3 des médecins enquêtés ont suivi au moins une formation complémentaire

241 médecins (71.4%) ont déclaré avoir réalisé une formation complémentaire pendant ou après l'internat. Tous les médecins ont répondu à la question.

La formation complémentaire est aussi fréquente chez les hommes que chez les femmes : 71.0% (n= 83) des hommes et 72.5% (n=158) des femmes ont suivi une formation complémentaire.

Les médecins salariés sont bien plus nombreux à avoir réalisé une formation complémentaire : cela concerne 95.6% (n=109) des salariés contre 59.7% (n=132) des médecins libéraux.

On observe également une différence selon le lieu d'exercice : 82.5% (n=141) des médecins exerçant en zone urbaine ont fait une formation complémentaire, ils sont un peu moins nombreux chez les médecins ruraux (72%, n=18) et beaucoup moins nombreux chez les médecins semi- ruraux (59.0%, n=82). On peut avancer comme explications la facilité d'accès à la formation complémentaire pour les médecins urbains et l'argument de nécessité pour les médecins ruraux. Ces derniers, du fait d'un accès plus difficile aux spécialistes, ressentent probablement davantage le besoin d'approfondir leur formation.

Le graphique ci-dessous analyse le nombre de médecins ayant fait une formation complémentaire selon les facultés d'origine. On observe une importante différence entre les Nantais qui sont 79.3% à en avoir réalisé une, et les Angevins dont le taux de formation complémentaire est de 60.3%.

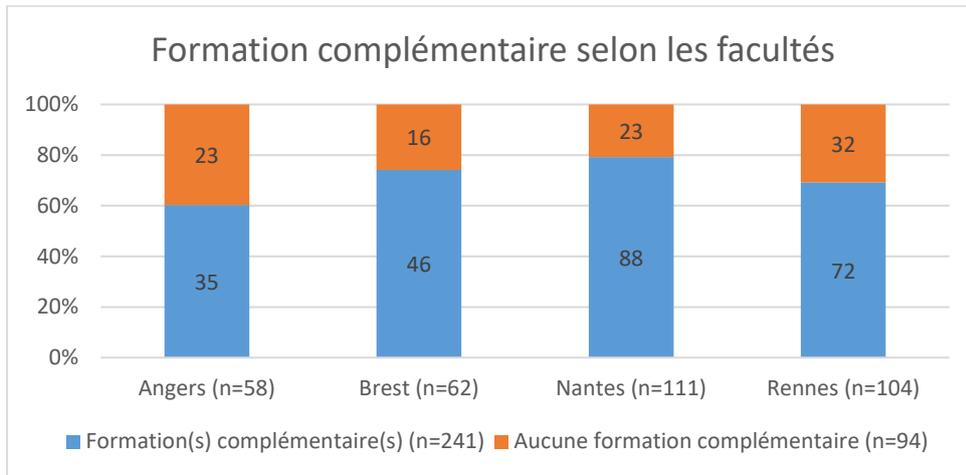


Figure 12 : Répartition des médecins ayant ou non réalisé des formations complémentaires selon leur faculté d'origine

Le taux de médecins ayant fait une formation complémentaire augmente chez les médecins n'ayant pas choisi la médecine générale aux ECN : ils sont 87,2% (n=41) chez les médecins ayant choisi la médecine générale en deuxième ou troisième choix et 100% (n=6) chez ceux dont la médecine générale n'était pas dans les trois premiers choix à l'ECN, contre 68,8% lorsque la médecine générale est déclarée comme premier choix. Cette même tendance s'observe si l'on précise la formation complémentaire en regardant le nombre de médecins généralistes ayant fait un DESC (diplôme d'études spécialisées complémentaires), comme le montre la figure 13. La formation complémentaire et tout particulièrement les DESC sont une porte d'entrée vers la spécialisation secondaire et donc des stratégies de reconversion, même si ces médecins conservent majoritairement le titre de médecins généralistes.

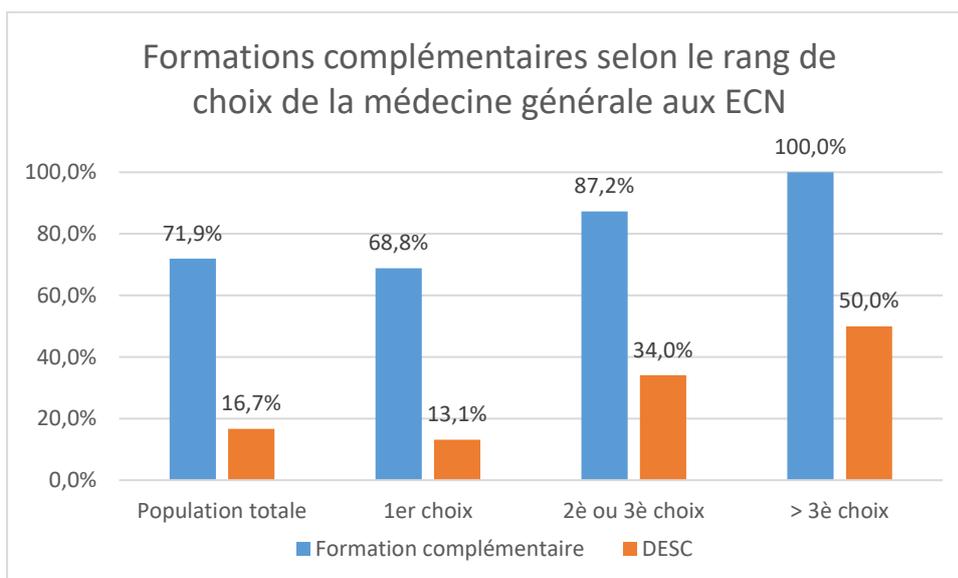


Figure 13: Pourcentage de formations complémentaires et de DESC réalisés en fonction du rang de choix de la médecine générale aux ECN.

## b) Les types de formations complémentaires

### *DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires)*

Ils sont 56 (16.7%) à avoir réalisé un DESC. Un médecin a réalisé deux DESC (urgence et réanimation médicale).

La proportion de DESC effectués est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes (respectivement 26.5% (n=31) et 11.5% (n=25)), et chez les médecins urbains par rapport aux semi- ruraux et ruraux (respectivement 28.6% (n=49), 4.3% (n=6) et 4.0%(n=1)).

La différence la plus marquée concernant les DESC est celle observée entre salariés et libéraux : les salariés sont 43.9% (n=50) à avoir réalisé un DESC contre 2.71% (n=6) des libéraux.

*Tableau 8: Listes des DESC réalisés et leur fréquence*

DESC	
Médecine d'Urgence	36
Gériatrie	6
Douleurs et Soins palliatifs	5
Médecine du sport	3
Nutrition	2
Pathologies infectieuses	1
Médecine légale et expertises médicales	1
Médecine vasculaire	1
Cancérologie	1
Réanimation médicale	1

### *DU (Diplôme Universitaire)*

Les DU concernent plus de la moitié des médecins répondants : 181 médecins (54.0%) ont réalisé un DU, 44.4% des hommes et 59.2% des femmes. On en dénombre 70.

Là encore, les médecins salariés sont beaucoup plus nombreux à avoir réalisé un DU : 68.4% contre 46.6% chez les médecins libéraux. En revanche, comparativement aux DESC, il y a moins de différence selon le lieu d'exercice : ils sont 60.0% à avoir réalisé un DU chez les médecins ruraux, 50.36% chez les médecins semi-ruraux et 56.1% chez les médecins urbains.

Les DU évoqués par ces médecins ont été classés arbitrairement selon leur thématique plus ou moins proche de la médecine générale dans le tableau 9.

Tableau 9: Liste des DU réalisés et leur fréquence

DU de thématique proche de la médecine générale		DU spécialisant mais compatibles avec l'exercice de la médecine générale	
Gynécologie pour médecin généraliste	49	Médecine manuelle ostéopathique	7
Médecine préventive de l'enfant	39	Traumatologie	7
Douleur et soins palliatifs	14	Nutrition	5
Thérapeutique anti infectieuse	13	Homéopathie	4
Médecine d'urgence	11	Médecine physique et réadaptation	2
Pathologie infectieuse	5	Carcinologie clinique	3
Démence et maladie d'Alzheimer	4	Sexologie	2
Diabétologie	4	Médecine de montagne	2
Pathologies et voyages	4	Médecine maritime	3
Pédagogie médicale	4	Hypnose	1
Psychiatrie	4	Médecine du sommeil	1
Régulation des naissances et suivi de la femme	3	Mésothérapie	1
Education thérapeutique	2	Phyto-aromathérapie	1
Gestes d'urgences en pédiatrie	2	Psychothérapie	1
Plaies, brûlures et cicatrisation	2	Addictologie	2
Psychogériatrie	2	Troubles cognitifs de l'adulte	1
Tabacologie	2	Médecine pénitentiaire	1
Allaitement maternel	1	Echographie	10
HTA	1		
Médecine et santé de l'adolescent,	1		
Ménopause	1		
Urgences à domicile	1		
VIH et autre IST en France	1		

Suite tableau 9 : Liste des DU réalisés et leur fréquence

DU de thématique éloignée de la médecine générale		DU "hors soins"	
Prise en charge traumatisé sévère	10	Statistiques et santé publique	2
Médecine tropicale	11	Médecine du travail pour médecin collaborateur	4
Médecine hyperbare	4	Journalisme médical	1
Echographie d'urgence	3	Médecin coordinateur en EHPAD	1
Hématologie	3	Santé publique et communautaire	1
Neurogériatrie	2	Statistiques et santé publique	1
Réanimation	4		
Toxicologie clinique	2		
Anatomie de l'appareil locomoteur	1		
Aspects médico-légaux de la médecine	1		
Cardiogériatrie	1		
Echographie cardiaque	1		
Echographie hémodynamique	1		
Explorations fonctionnelles	1		
Médecine de catastrophe	1		
Médecine polyvalente hospitalière	1		
Neuro-réanimation	1		
Oncogériatrie	1		
Régulation médicale dans un CRRA	1		
Soins intensifs cardiologiques	1		
SSSM: Service Santé et Secours Médical	1		
Télémédecine	1		
Thérapeutiques transfusionnelles	1		
Urgences AVC	1		
Ventilation non invasive	1		

*Master, capacité, autre formation*

Seulement 16 médecins ont réalisé un master (4.8%), probablement en perspective d'une carrière hospitalo-universitaire.

65 ont réalisé une capacité (19.4%) avec là aussi une différence entre les médecins salariés (39.5%) et les médecins libéraux (9.1%). Les capacités sont des diplômes qui permettent aux médecins français ou étrangers titulaires d'un diplôme de Docteur en Médecine d'acquérir une compétence particulière en suivant l'enseignement d'une capacité en médecine. Ce sont des diplômes nationaux qui confèrent un titre et non une qualification. Contrairement aux DESC, ils se font après l'internat.

35 médecins (10.45%) ont déclaré avoir fait une autre formation.

Les listes exhaustives des capacités, masters et autres formations sont présentées dans les tableaux suivants :

*Tableau 10: Liste des capacités réalisées et leur fréquence*

Capacités	
Gérontologie	18
Médecine et biologie du sport	14
Médecine de catastrophes	10
Médecine d'urgence	8
Angéiologie	5
Evaluation et traitement de la douleur	7
Addictologie clinique	2
Médecine aérospatiale	1
Médecine des montagnes	1
Médecine légale	1
Acupuncture	1
Médecine tropicale	1

*Tableau 11: Liste des masters réalisés et leur fréquence*

Masters	
Master 2 scientifique	3
Master de gestion et économie de la sante	1
Master 1 Santé	1
Master 2 éthique	1
Master 2 neuropsychologie	1
Master 2 pédagogie médicale	1
Master 2 recherche épidémiologique	1
Master de droit public	1
Master de modélisation en pharmaco clinique	1
Master de santé publique	1
Master de sciences biologiques et médicales	1
Master d'épidémiologie	1
Master physiopathologie et pharmacologie cardiovasculaire	1
Master recherche	1

Tableau 12: Liste des "autres" formations réalisées et leur fréquence

Autres formations	
Hypnose	9
Homéopathie	3
Addictologie	1
Advanced trauma life support	1
Approche biopsychosensorielle de l'obésité	1
Chimiothérapie	1
EMAMH/BADGE (formation en management hospitalier)	1
Formation de formateur Gestes et Soins d'Urgence	1
Formation diplômante en éducation thérapeutique	1
Formation Médecin des arts (pathologie des musiciens)	1
Formation québécoise en sexocorporel	1
Homéopathie	1
Interruption volontaire de grossesse	1
Médecin pompier	1
Médecine du voyage	1
Méthodes statistiques (CESAM)	1
Micronutrition	1
MSBM - Certificat d'immunologie	1
Etude de philosophie	1
CAP pâtissier	1

## 5) Le parcours professionnel

### a) Premier poste en sortie d'internat

La grande majorité, soit 67.5% des médecins (n=226), a commencée par remplacer exclusivement en libéral en sortie d'internat. 8.4% (n=28) ont déclaré une activité mixte (activité libérale et salariée conjointe), 22.4% (n=75) ont commencé leur vie professionnelle par un poste salarié et seulement 1,8% (n=6) se sont directement installés en sortie d'internat.

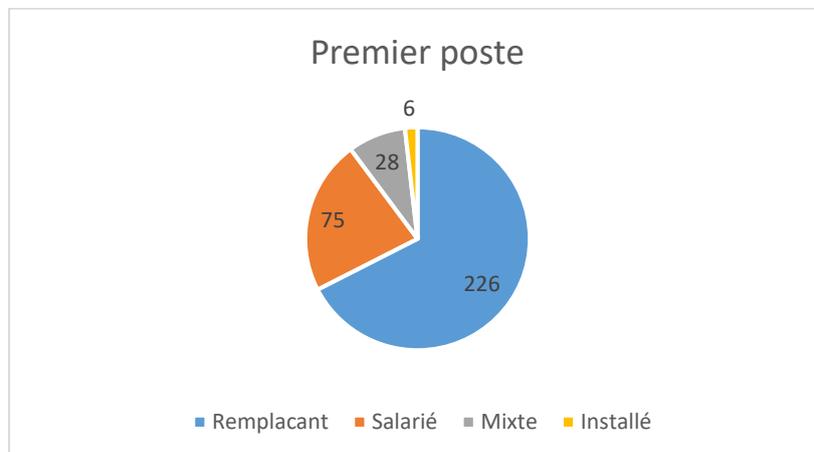


Figure 14: Répartition du premier poste en sortie d'internat

Les femmes sont plus nombreuses à avoir débuté par du remplacement en libéral (72.9% (n=159) contre 57.3% (n=67) chez les hommes), alors que les hommes semblent plus facilement s'orienter vers un poste de salariat en sortie d'internat (27.4% (n=32) contre 19.7%(n=43) chez les femmes).

Les Nantais sont les plus nombreux à s'orienter vers du salariat en sortie d'internat (27%), et les Brestois les moins nombreux (12.9%). Le graphique suivant illustre cette répartition des postes en sortie d'internat suivant les facultés d'origine.

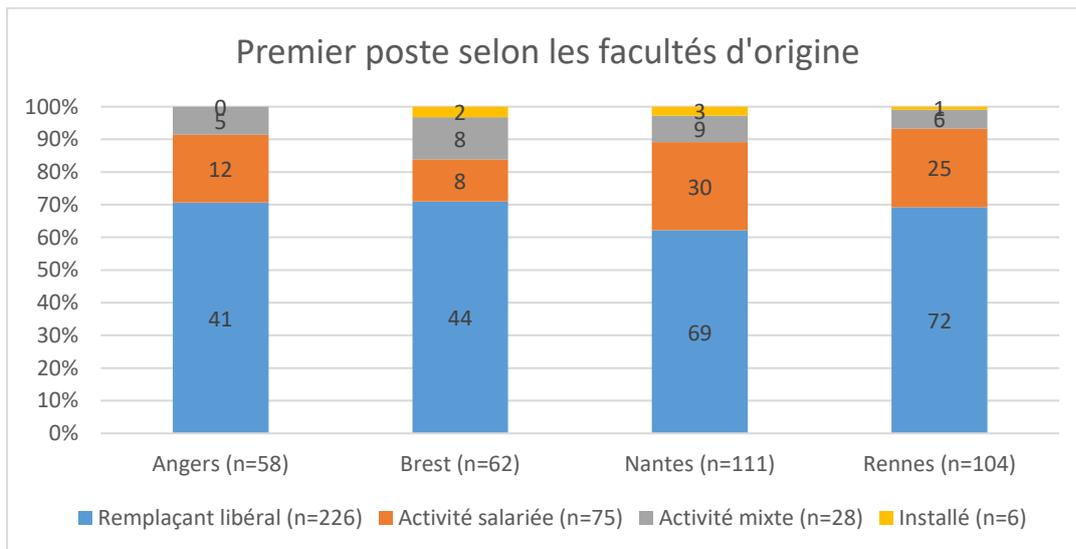


Figure 15: Répartition du premier poste en fonction de la faculté d'origine

La répartition des postes en sortie d'internat ne semble pas évoluer sur les trois promotions étudiées comme nous le montre le graphique suivant :

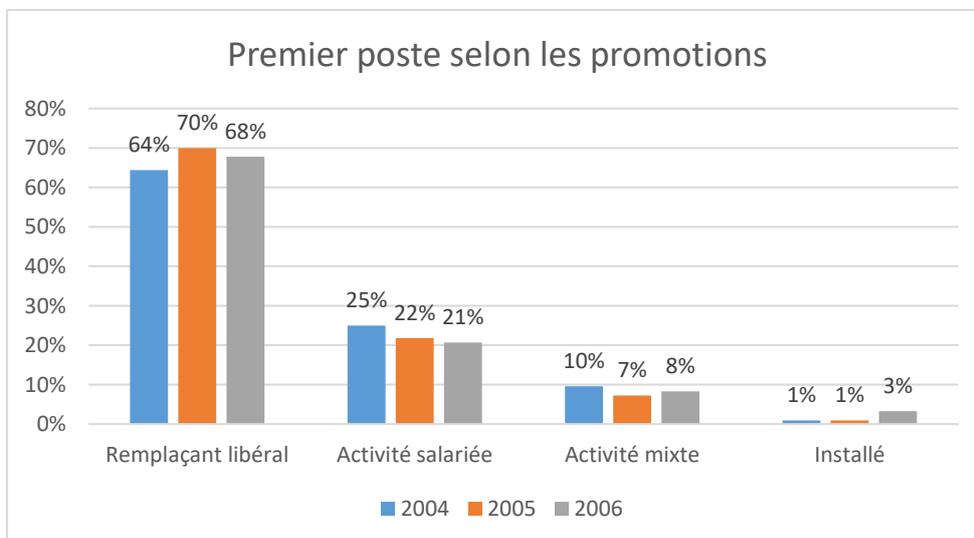


Figure 16: Evolution du premier poste selon les promotions

En considérant le statut actuel, les médecins libéraux sont beaucoup plus nombreux à avoir commencé leur carrière par un remplacement en libéral (n=187, 84.6%) par rapport aux médecins salariés (n=39, 34.2%). Les médecins salariés sont 56.1% (n=64) à avoir commencé leur carrière par un poste de salarié, ils sont seulement 5.0% (n=11) chez les médecins libéraux.

Devant ces chiffres, on peut supposer qu'une majorité de médecins hospitaliers fait son choix d'exercice avant la fin de ses études et s'oriente dès la fin de l'internat vers le salariat, ne passant donc pas par ce « temps des possibles » qui caractérise les carrières des jeunes médecins.

### b) Remplacement en libéral

249 médecins ont déclaré avoir fait des remplacements en médecine libérale après la fin de l'internat, soit 74.3% des médecins répondants.

Le remplacement en médecine libérale concerne 91.7% des médecins ayant actuellement un exercice libéral (n=203) et seulement 40,35% (n=46) des médecins salariés.

La moyenne de la durée des remplacements est de 4.0 années. 33.3% des remplaçants ont remplacé pendant moins de deux ans, 30,1% pendant 2 à 4 ans, 26.5% pendant 4 à 7 ans, et les 10% restants ont cumulé une durée de remplacement > 7 ans.

La moyenne de la durée du remplacement est plus élevée chez les femmes que chez les hommes : 4.2 contre 3.6 années.

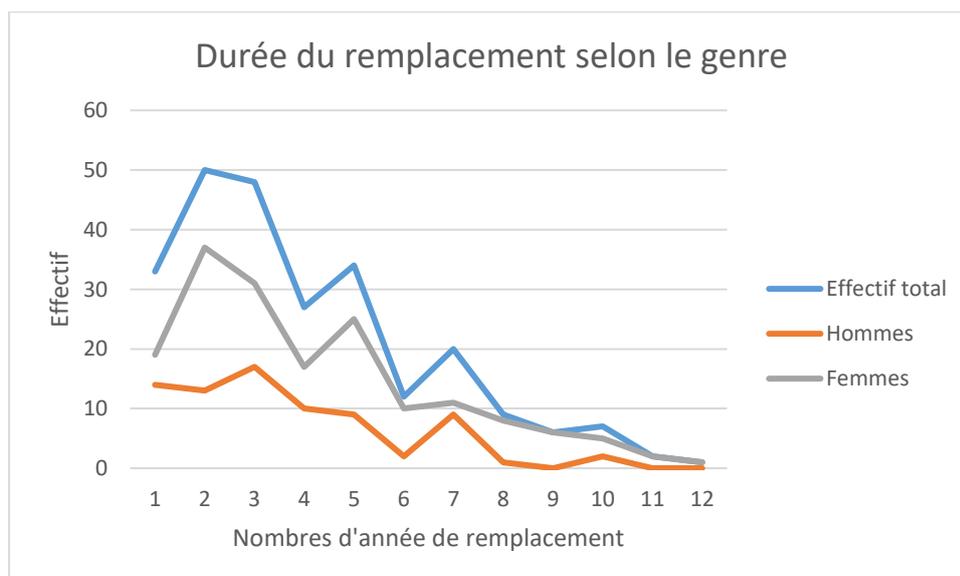


Figure 17 : Nombre d'années de remplacement suivant le genre

La moyenne de la durée du remplacement est également plus élevée chez les Rennais : 4.4 années. La moyenne la plus basse est constatée chez les Brestois : 3.5 années. Elle est respectivement de 3.9 années et 4.0 chez les Angevins et les Nantais.

#### c) Exercice salarié

40.3% des médecins répondants (n= 135) ont eu un exercice salarié à un moment donné après la fin de l'internat. La moyenne de la durée de ce salariat est de 7.5 années ; 7.2 années pour les femmes, 8.1 années pour les hommes.

La moyenne la plus haute est constatée chez les Rennais (7.9 années), puis les Nantais (7.8 années), les Angevins (7.4 années) puis les Brestois (6.5 années).

Seuls 21 médecins libéraux, soit 9.5% des médecins libéraux, ont eu un exercice salarié : la durée moyenne de ce salariat est de 2,6 années. Les médecins libéraux ont donc finalement très peu « testé » l'exercice salarié (que ce soit en termes d'effectif ou de durée).

17.9% des médecins (n=60) n'ont fait que du salariat depuis la fin de leur internat-

#### d) Exercice mixte

L'exercice mixte a été pratiqué par 85 médecins (25.4%), en moyenne pendant 3.8 années. L'exercice mixte concerne un peu plus souvent les hommes (30.8%, n=36) que les femmes (22.5%, n=49).

Seuls 48 médecins sur les 85 ayant pratiqué une activité mixte ont précisé la durée de leur temps salariat pendant les années concernées : en moyenne, le nombre de demi-journées de salariat travaillées par semaine est de 2,5.

#### e) Installation

204 médecins ont déjà exercé en tant que médecin généraliste installé, soit 60.9% des médecins répondants, 61.5% (n=72) pour les hommes et 60.6% (n=132) chez les femmes.

Les médecins angevins sont les plus nombreux à avoir exercé en tant que médecin installé, ils sont 65.5%, puis viennent les nantais (61.3%) les brestois (59.9%), et les Rennais (58.7%).

Concernant les promotions, c'est la promotion 2005 qui a le plus souvent exercé en tant que médecin installé à hauteur de 66.4% contre 61.2% en 2006 et 54.8% en 2004.

## f) Délai avant installation

Pour chaque médecin qui s'est installé, le délai entre la fin de l'internat et l'installation a été calculé :

- pour les médecins dont l'exercice actuel était celui de médecin généraliste installé, une des questions posées permettait de connaître leur année d'installation. A celle-ci était soustraite l'année correspondant à la dernière année d'internat (connue grâce au tableau qui reprenait les différents statuts d'exercice selon les années).
- pour les médecins ayant stoppé leur activité de médecin généraliste installé et dont la date d'installation n'était pas disponible, le calcul se faisait via le tableau, en soustrayant l'année correspondant au premier statut d'installé et celle correspondant à la fin de l'internat.

En moyenne, les médecins se sont installés pendant la 5<sup>ème</sup> année après leur internat (moyenne calculée : 5.2). Cette moyenne descend à 4.8 années pour les hommes et monte à 5.4 années pour les femmes.

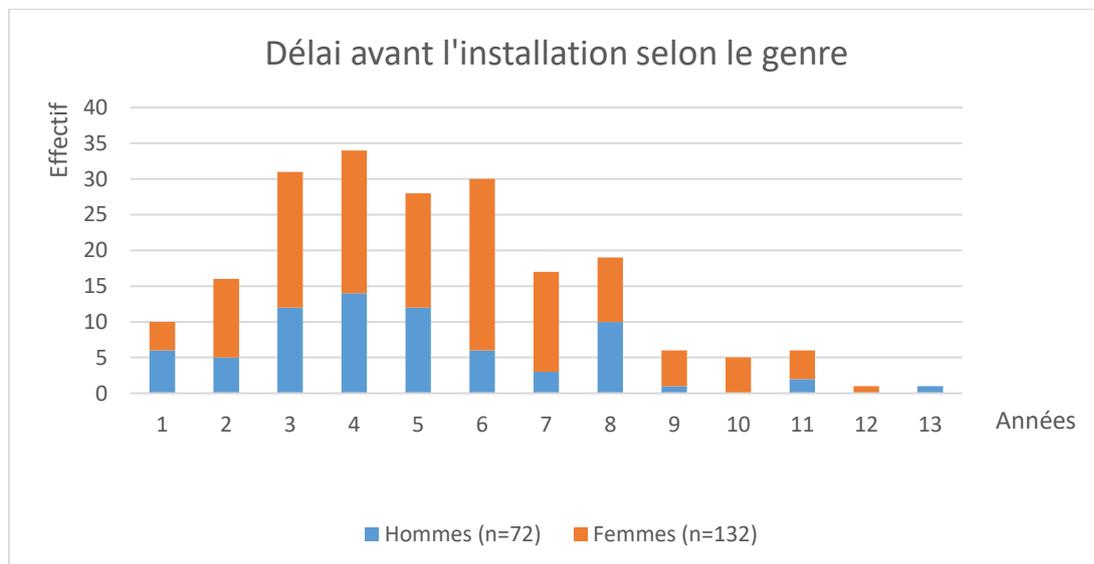


Figure 18: Répartition du délai entre la fin de l'internat et l'installation (en année) selon le genre (en effectif).

Le délai d'installation est plus court chez les médecins semi ruraux (4,8 années) et le plus long chez les médecins urbains (5,6 années). Chez les médecins ruraux, ce délai est de 5.2 années. On peut supposer que les incitations à l'installation dans les zones « sous-dotées » accélèrent les installations des médecins qui s'y projettent, mais que les installations dans certaines zones rurales nécessitent plus d'aménagements (par exemple, construction d'une maison de santé) que dans les zone semi-rurales (installation dans un cabinet préexistant).

Le délai d'installation est le plus bas chez les médecins brestois (m=4.2 années), puis viennent les nantais (m=5.2 années), les rennais (m= 5.5 années) et les angevins (m=5.6 années).

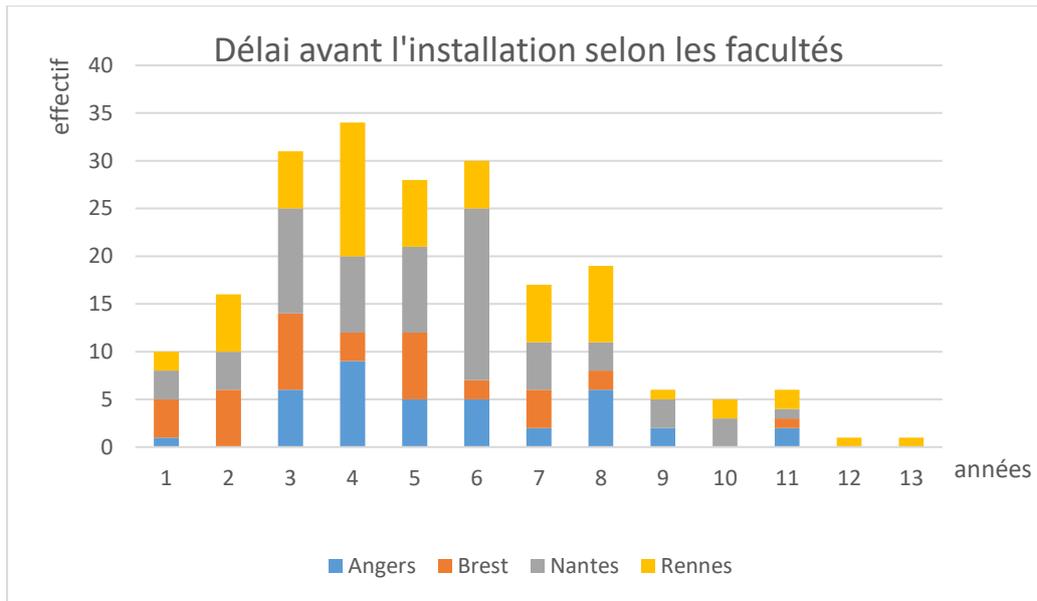


Figure 19 : Répartition du délai entre la fin de l'internat et l'installation (en années) selon la faculté d'origine

#### g) Réorientation d'activité de médecins généralistes installés

11 médecins généralistes ont changé leur mode d'exercice après avoir exercé en tant que médecin généraliste installé pendant une ou plusieurs années. 7 d'entre eux se sont orientés vers l'exercice salarié, 4 sont devenus remplaçants en médecine générale libérale.

A noter que sur les 7 médecins orientés vers le salariat, l'un est retourné par la suite faire des remplacements en médecine libérale et les 6 autres sont restés salariés. 1 des 4 médecins devenus remplaçants, s'est finalement orienté vers le salariat et les 3 autres se sont réinstallés.

#### h) Pratique des deux exercices : salarié et libéral

22.4% (n=75) des médecins ont expérimenté les deux exercices, salarié et libéral, au cours de leur vie professionnelle. Cette situation est aussi fréquente chez les hommes (22.2%) que les femmes (22.5%). On retrouve une différence selon les facultés : seulement 17.2% des Angevins ont cumulé les deux statuts, alors qu'ils sont 33.9% chez les Brestois. Les médecins nantais sont, eux, 20.7% à avoir cumulé les deux statuts et les rennais 20.2%.

Les médecins salariés sont beaucoup plus nombreux à avoir expérimenté les deux exercices (47.3%, n=54) que les médecins libéraux (9.5%, n=21).

## 6) Situation actuelle

### a) Lieu d'exercice

*Type d'exercice : rural, urbain, semi rural*

7.5 % (n=25) des médecins exerçaient en zone rurale, 41.5% (n=139) en zone semi-rurale et 51,0% (n=171) en zone urbaine.

Des précisions concernant la définition de ce zonage étaient ajoutées entre parenthèse dans l'énoncé de la question de cette façon :

- zone rurale : moins de 2000 habitants
- zone semi-rurale : entre 2000 et 10000 habitants
- zone urbaine : grande ville et sa banlieue (> 10000 habitants)

Les femmes sont légèrement plus nombreuses à exercer en zone rurale (8.3% des femmes, 6.0% des hommes) et semi-rurale (42.7% des femmes, 39.3% des hommes) que les hommes, qui ont majoritairement un exercice urbain (49.1% des femmes, 54,7% des hommes).

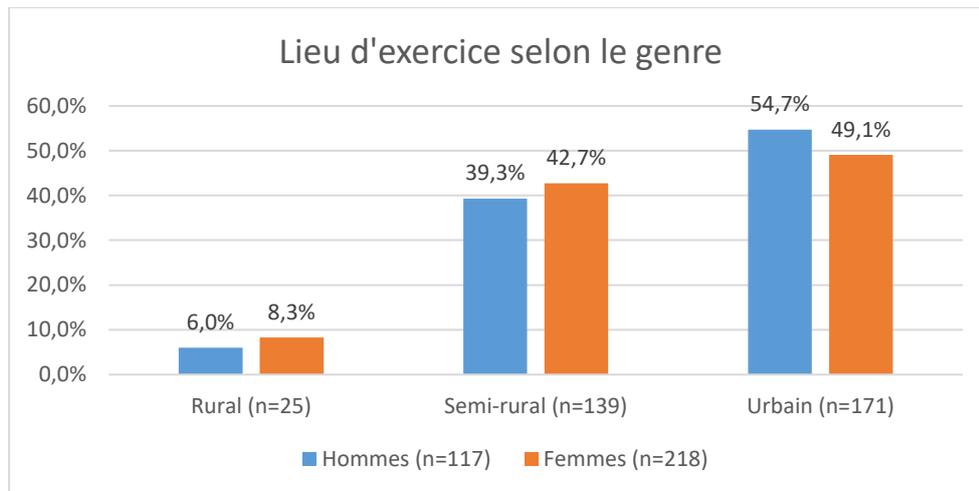


Figure 20: Lieu d'exercice selon le genre

Cette légère différence de répartition selon le genre persiste en considérant uniquement les médecins libéraux :

Tableau 13: Répartition des médecins hommes et femmes libéraux selon le lieu d'exercice

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Exercice rural	7	9,0%	15	10,5%
Exercice semi rural	41	52,6%	79	55,2%
Exercice urbain	30	38,5%	49	34,3%

Si nous comparons le lieu d'exercice actuel avec le lieu de résidence pendant l'enfance, nous remarquons que les médecins ayant vécu en milieu rural ont un peu plus tendance à y exercer que les autres. Parallèlement les médecins ayant vécu principalement en zone urbaine, sont plus nombreux à y travailler. La différence n'est cependant pas statistiquement significative ( $p=0,06$ ).

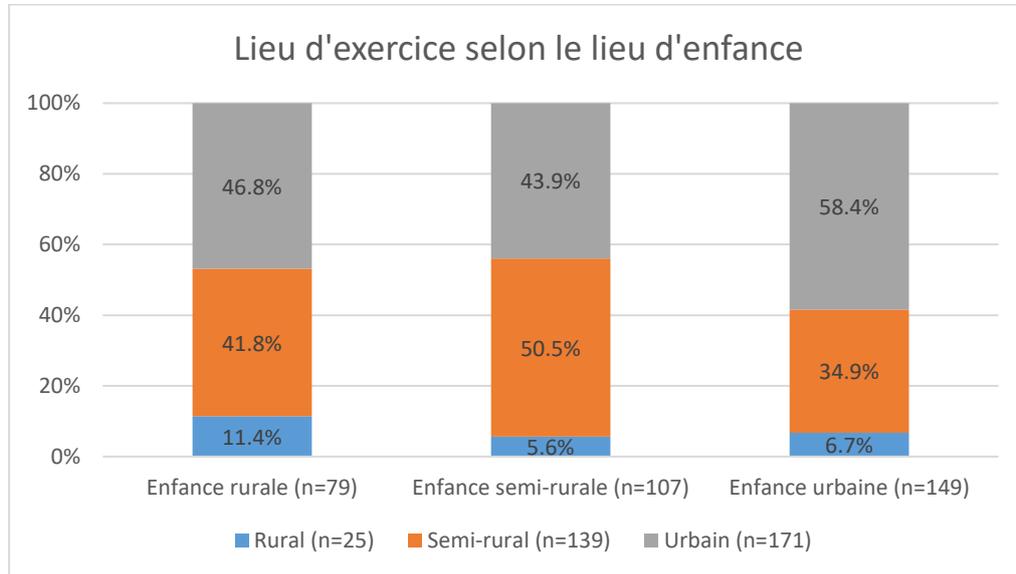


Figure 21 : Répartition du lieu d'exercice en fonction du lieu d'enfance.

Le lieu d'exercice est également influencé par le mode d'exercice : les salariés ont majoritairement un exercice urbain (80.7%) alors que les libéraux sont majoritairement présents en zone semi-rurale (54.3%), puis en zone urbaine (35.7%) et en zone rurale (9.95%).

Les médecins issus de la faculté d'Angers sont plus nombreux à exercer en zone rurale : ils sont 13.8%, contre 2.7% pour les médecins nantais et respectivement 7.7% et 9.7% pour les médecins rennais et brestois.

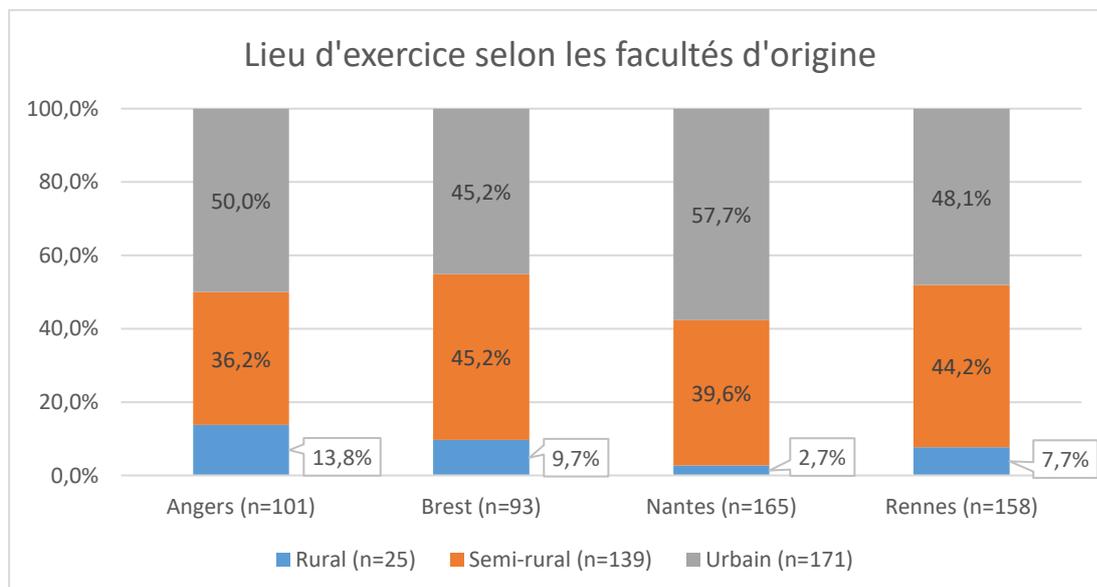


Figure 13 : Répartition du lieu d'exercice selon les facultés d'origine

### Répartition géographique des médecins généralistes

La carte suivante illustre la répartition des médecins généralistes répondant sur le territoire national.



Figure 22: Répartition géographique des médecins généralistes répondants en fonction de leur commune d'exercice.

Les médecins exercent principalement dans leur département de formation ou dans les départements limitrophes : Ils sont 48.6% (n=163) à exercer dans le département de leur faculté d'origine, et 73% (n=245) à exercer dans la région de leur faculté d'origine.

Les Angevins sont 39.7% (n=23) à exercer dans le département du Maine et Loire et 69.0% (n=40) à exercer dans la région Pays de la Loire ; les Brestois exercent à 56.4% (n=35) dans le département du Finistère et à 66.2% (n=41) en région Bretagne ; les Nantais exercent à 57.7% (n=64) dans le département de Loire-Atlantique et à 75.7% (n=84) dans la région Pays de la Loire ; les Rennais exercent à 39.4% (n=41) dans le département d'Ille et Vilaine et à 76.9% (n=80) en région Bretagne.

Le tableau 14 liste tous les départements d'exercice des médecins répondants en précisant l'effectif selon la faculté d'origine de ces médecins.

Tableau 14: Répartition des départements d'exercice des médecins selon leur faculté d'origine

Départements	Angers (n=58)	Brest (n=62)	Nantes (n=111)	Rennes (n=104)	Total
<b>Départements de la faculté d'origine</b>					
Loire-Atlantique	4	4	64	2	74
Ille-et-Vilaine	3		3	41	47
Finistère		35		4	39
Maine-et-Loire	23	2	8	1	34
Total	30	41	75	48	194
<b>Départements limitrophes</b>					
Morbihan	2	4	5	25	36
Côtes d'Armor		2		10	12
Vendée			12		12
Sarthe	8			1	9
Mayenne	5				5
Charente-Maritime	1			2	3
Manche				2	2
Indre-et-Loire	1				1
Total	17	6	17	40	80
<b>Autres départements</b>					
Réunion			1	4	5
Nord	2	1	1		4
Paris	1		1	2	4
Pyrénées-Atlantiques			3		3
Yvelines			1	2	3
Hauts-de-Seine	1	1	1		3
Corse-du-Sud		2			2
Loiret	1		1		2
Oise			1	1	2
Haut-Rhin	1			1	2
Rhône	1			1	2
Savoie		1		1	2
Vaucluse	1		1		2
Alpes de Hautes-Provence				1	1
Ariège		1			1
Aveyron		1			1
Calvados		1			1
Haute Corse		1			1
Eure-et-Loir	1				1
Gard				1	1
Haute-Garonne			1		1
Gers		1			1
Gironde			1		1
Hérault	1				1
Indre		1			1
Isère	1				1
Landes		1			1
Lot-et-Garonne		1			1
Moselle			1		1
Puy-de-Dôme			1		1
Pyrénées-Orientales			1		1
Haute-Savoie			1		1

Départements	Angers (n=58)	Brest (n=62)	Nantes (n=111)	Rennes (n=104)	Total
Seine-Maritime				1	1
Seine-et-Marne		1			1
Tarn-et-Garonne				1	1
Seine-Saint-Denis			1		1
Val-de-Marne			1		1
Val-d'Oise		1			1
Total	11	15	19	16	61

Tableau 15: Lieu d'exercice selon les facultés d'origine

Lieu d'exercice	Angers	Brest	Nantes	Rennes
Département d'origine	40%	56%	58%	39%
Région d'origine	69%	66%	76%	77%
Département d'origine et départements limitrophes *	81%	76%	83%	85%

\*selon la répartition du tableau 13

L'exportation des médecins en dehors des départements d'origine ou limitrophes de leur faculté d'origine semblent peu influencée par leur faculté d'origine : on peut se poser la question d'une tendance « exportatrice » un peu plus importante chez les Brestois mais ces résultats sont à interpréter avec prudence (comparer la mobilité de ces médecins selon les facultés est difficile puisque le « point de départ » n'est pas le même).

Les trois prochaines cartes illustrent la répartition géographique des lieux d'exercice des médecins répondants dans les départements français en métropole. Les deuxième et troisième cartes différencient la répartition selon le sexe.

Départements d'exercice des  
médecins répondants

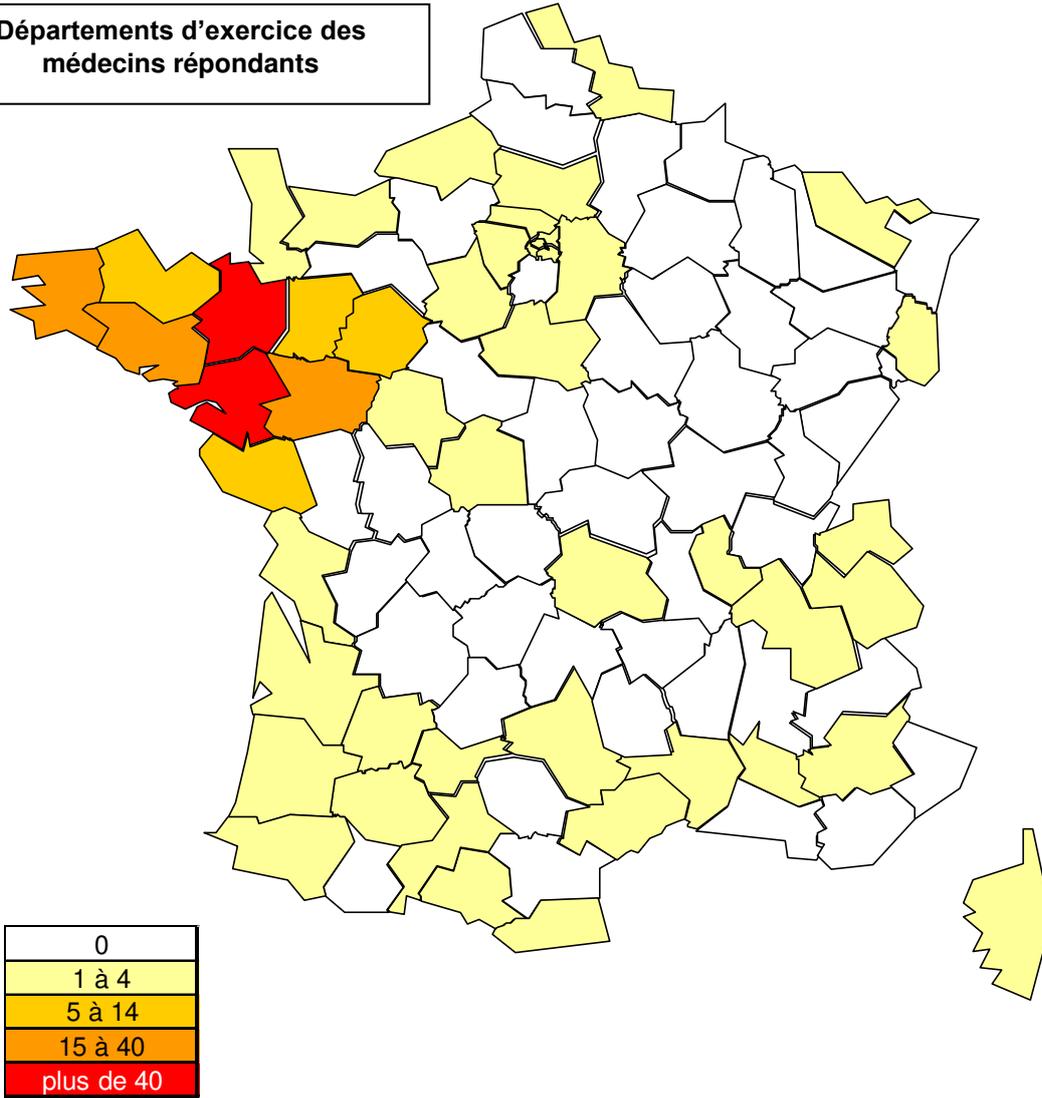


Figure 23: Répartition des médecins selon leur département d'exercice

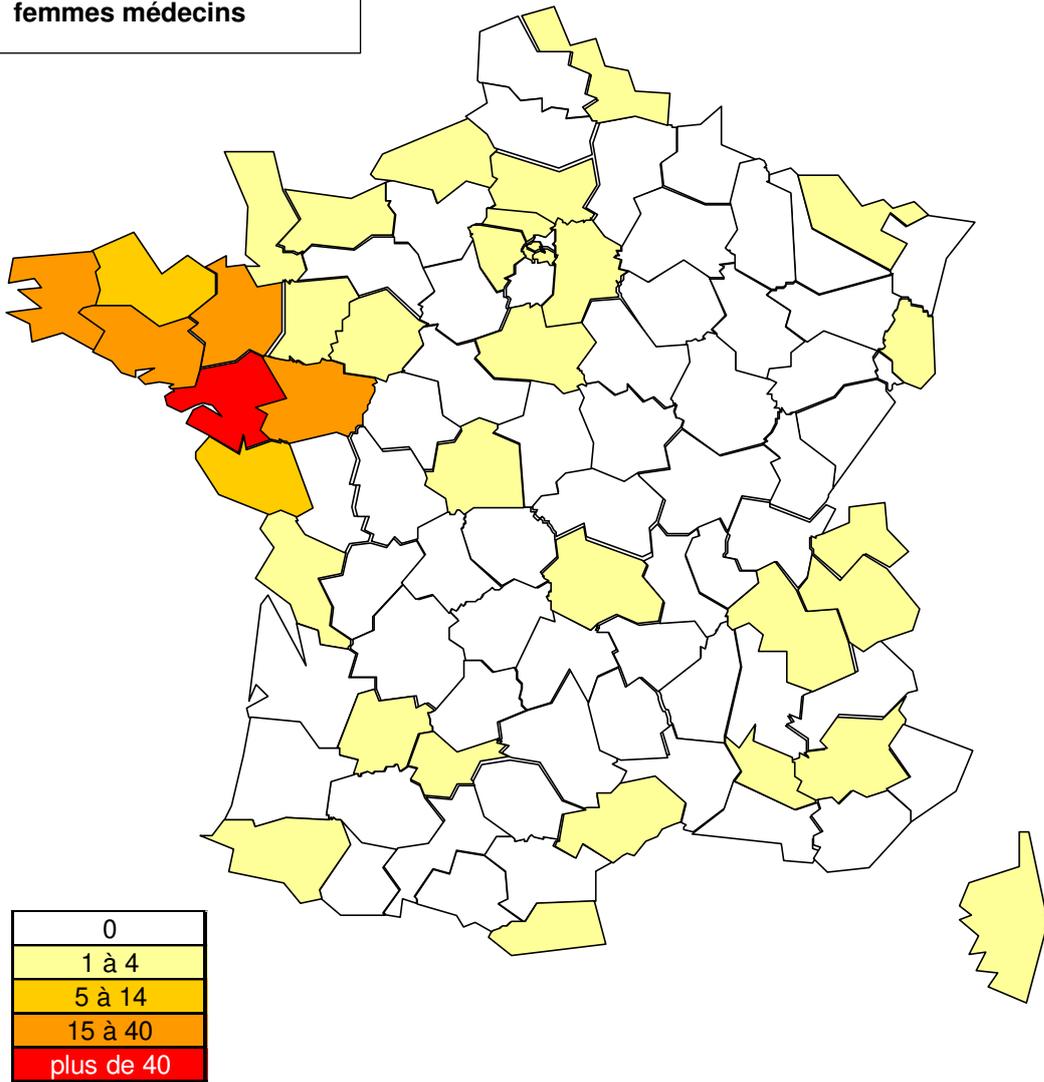
**Départements d'exercice des  
femmes médecins**

Figure 24 : Répartition des femmes selon leur département d'exercice

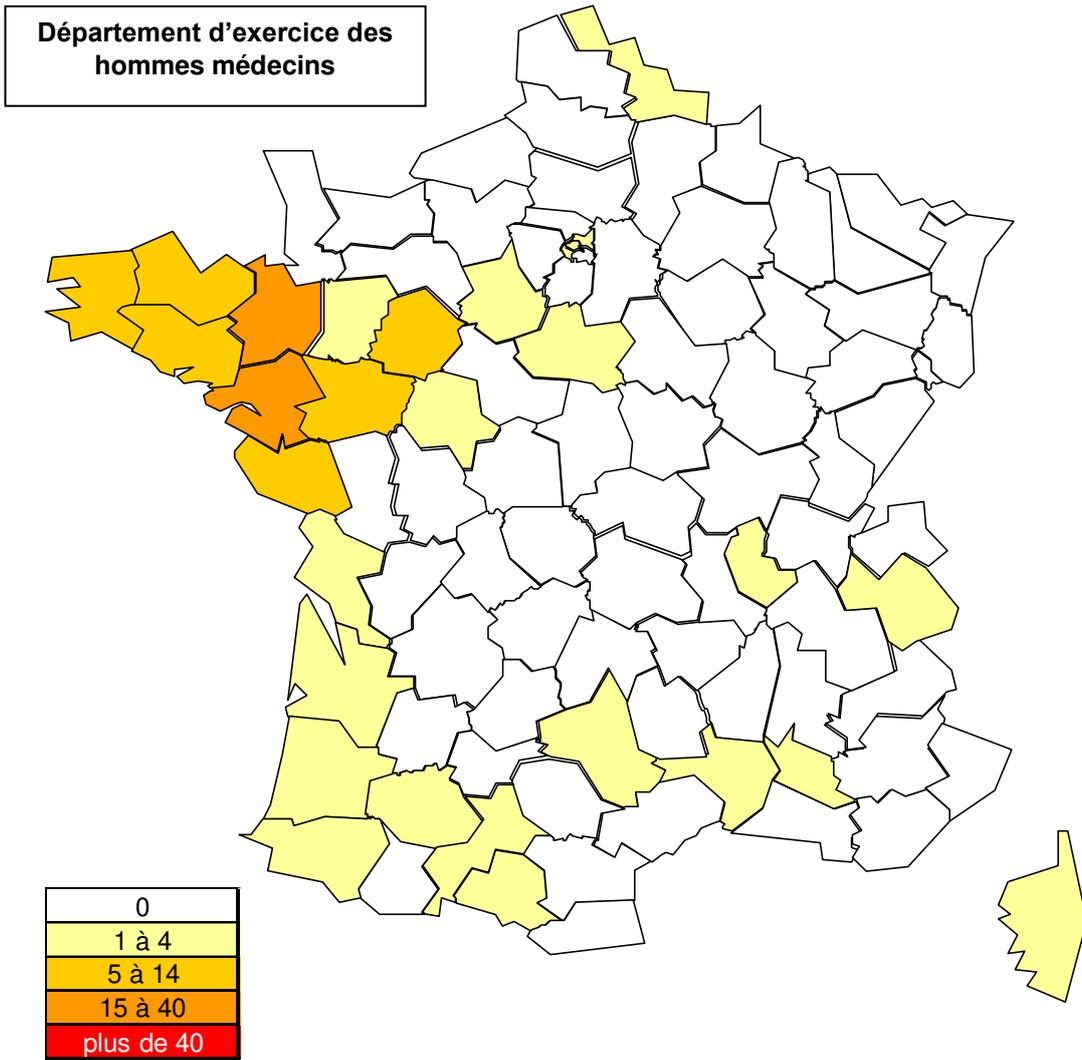


Figure 25: Répartition des hommes selon leur département d'exercice.

Ces trois dernières cartes illustrent bien la faible mobilité géographique des médecins par rapport à leur lieu de formation. On observe cependant une dispersion un peu plus importante chez les femmes mais qui semble difficile à interpréter du fait d'un effectif féminin deux fois plus important.

#### *Répartition en fonction du zonage établi par les ARS*

Les codes postaux des lieux d'exercice ont permis d'analyser la répartition des médecins répondants en fonction du zonage définis par les ARS en 2018.

8,4% (n=28) des médecins exerçaient dans une zone d'intervention prioritaire (ZIP), 20,3% (n=68) exerçaient en zone d'action complémentaire (ZAC) et 34% (n=114) en zone de vigilance (ZV).

37.3% (n=125) exerçaient dans un territoire non concerné par le zonage ARS (HZ= hors zonage).

Les femmes sont un peu plus nombreuses à exercer en zone d'intervention prioritaire comparativement aux hommes mais ces derniers sont légèrement plus représentés dans les zones d'action complémentaire.

Tableau 16: Répartition des lieux d'exercice des hommes et des femmes médecins selon le zonage ARS (ZIP= zone d'intervention prioritaire, ZAC= zone d'action complémentaire, ZV= zone de vigilance, HZ= hors zonage)

Lieux d'exercice selon le zonage ARS et le genre

	Hommes	Femmes
ZIP	6.0% (n=7)	9.6% (n=21)
ZAC	22.2% (n=26)	19.3% (n=42)
ZV	35.9% (n=42)	33.0% (n=72)
HZ	35.9% (n=42)	38.1% (n=83)

Le tableau suivant représente la répartition des lieux d'exercices des médecins exerçant en Bretagne et en Pays de la Loire selon ce même zonage ARS.

Tableau 17: Répartition des lieux d'exercice des médecins bretons et ligériens selon le zonage ARS (ZIP= zone d'intervention prioritaire, ZAC= zone d'action complémentaire, ZV= zone de vigilance, HZ= hors zonage)

Lieux d'exercice selon le zonage ARS

	ZIP	ZAC	ZV	HZ
Cotes d'Armor	0	4	8	0
Finistère	1	9	29	0
Ille et Vilaine	3	7	37	0
Morbihan	0	3	33	0
<b>Total Bretagne</b>	4	23	107	0
%	3,0%	17,2%	79,9%	0,0%
Loire-Atlantique	4	7	0	63
Maine et Loire	1	4	0	29
Mayenne	1	4	0	0
Sartre	0	9	0	0
Vendée	3	0	0	9
<b>Total Pays de la Loire</b>	9	24	0	101
%	6,7%	17,9%	0,0%	75,4%

## b) La satisfaction professionnelle

A la question « En pensant à votre activité professionnelle actuelle, vous diriez que vous êtes ? », 40% des médecins (n=134) ont répondu « très satisfait », 54.6% (n=183) ont répondu « satisfait », 4.2% (n=14) ont répondu « peu satisfait » et 0.9% (n=3) « pas du tout satisfait ». 1 médecin n'a pas répondu à la question.

Ces résultats sont bien loin de confirmer la rhétorique sur le blues des médecins.

La répartition est un peu différente selon le genre (figure 26) : les hommes sont plus nombreux que les femmes à être « très satisfaits » (46.2% contre 36.7%) mais les femmes sont plus nombreuses à être « satisfaites » (57.3% contre 49.6%). Il y a cependant un peu plus de femmes « peu satisfaites » que d'hommes.

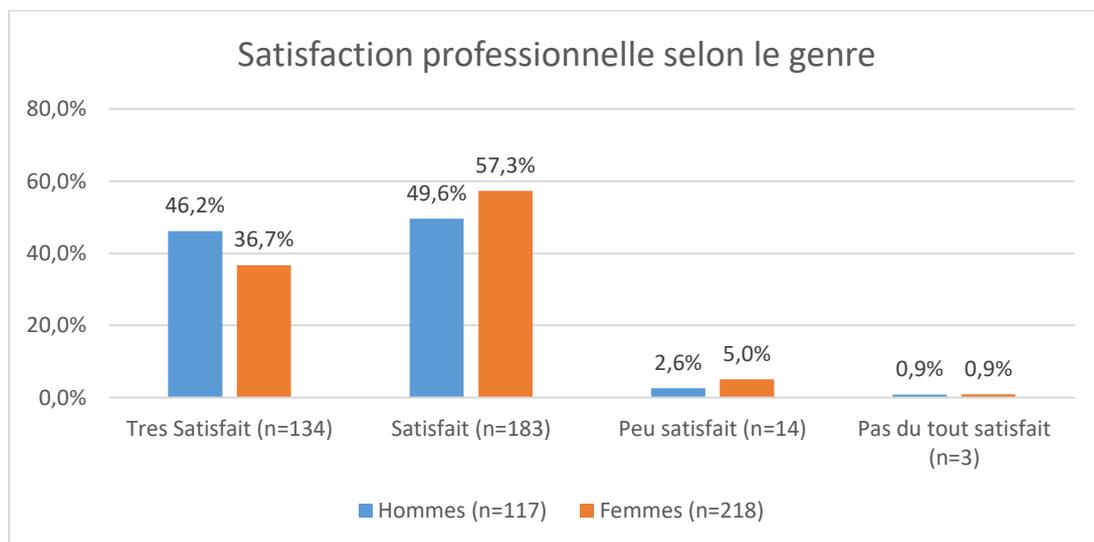


Figure 26: Répartition de la satisfaction professionnelle selon le genre

Nous observons peu de différence entre les médecins salariés et les libéraux.

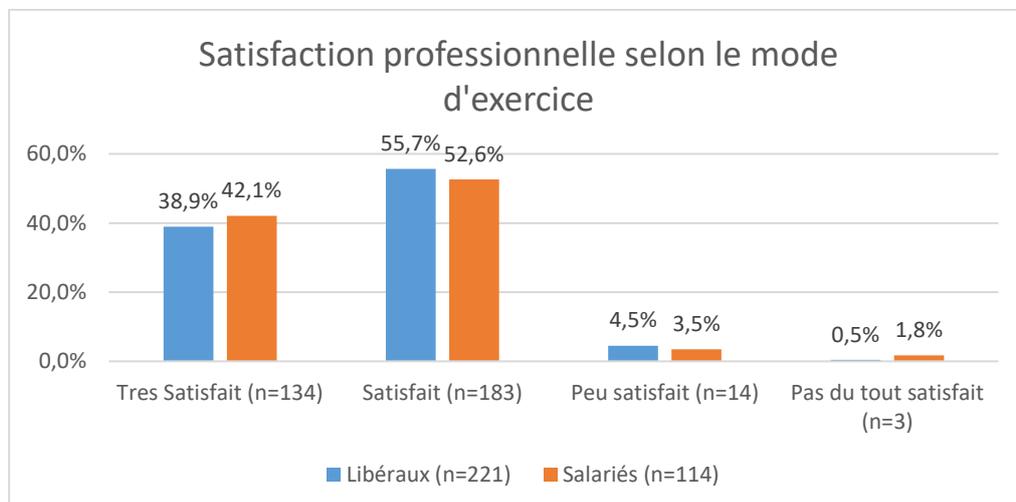


Figure 27 : Répartition de la satisfaction professionnelle selon le mode d'exercice

En revanche, les réponses sont différentes suivant le lieu d'exercice : les médecins exerçant en milieu rural sont plus souvent « très satisfaits » (52.0%) contre 41.5% en zone urbaine et 36.0% en zone semi-rurale. Ce pourcentage s'équilibre quand on prend en compte les deux premières catégories puisqu'ils sont 96% à déclarer être « satisfaits » ou « très satisfaits » en milieu rural, 95% en milieu semi-rural et 94% en milieu urbain.

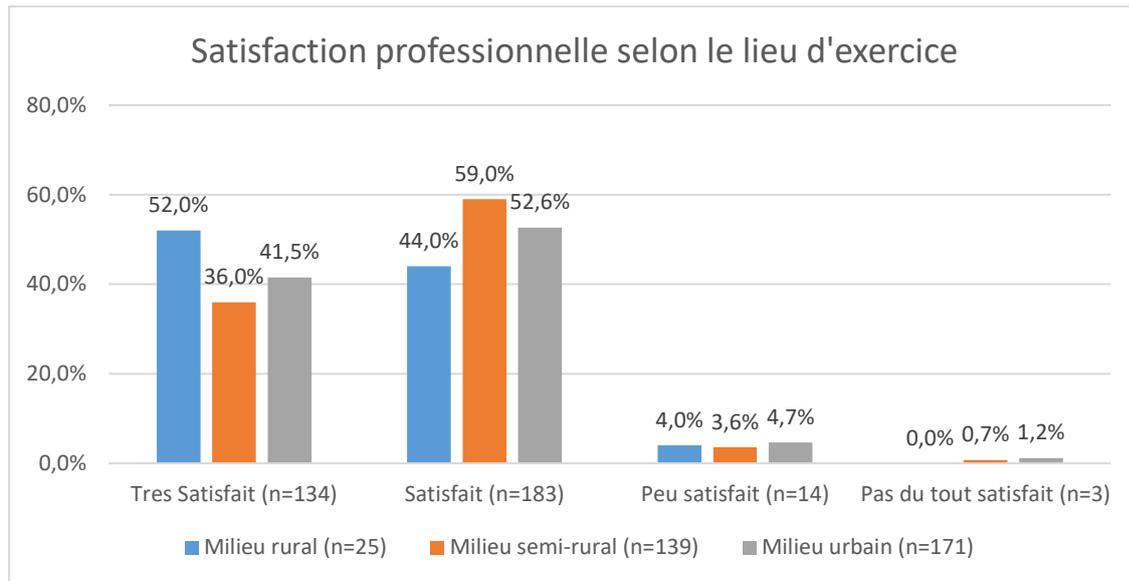


Figure 28: Répartition de la satisfaction professionnelle selon le lieu d'exercice

### c) Conciliation vie professionnelle et vie privée

Les médecins interrogés sont globalement satisfaits de la conciliation de leur vie professionnelle et de leur vie privée. En effet, à la question « En pensant à votre activité professionnelle actuelle, vous diriez que vous êtes ? », 20.6% des médecins (n=69) ont répondu « très satisfait », 60.3% (n=202) ont répondu « satisfait ». Seuls 17.6% (n=59) s'estimaient « peu satisfaits » et 1.5% (n=5) « pas du tout satisfaits ». Tous les médecins ont répondu à la question.

Il n'y a pas de différence notable selon le sexe, ni le statut d'exercice comme le montre le tableau suivant ; contrairement aux idées reçues, la médecine générale libérale est donc compatible avec la vie familiale.

Etonnement, les médecins urbains et semi-ruraux sont un peu plus nombreux à être insatisfaits de leur conciliation vie professionnelle et vie privée que les médecins ruraux.

Le fait d'avoir un mode d'exercice particulier (MEP) semble être associé à une meilleure appréciation de cette conciliation.

Tableau 18: Appréciation de la conciliation vie professionnelle- vie privée

En pensant à votre conciliation vie professionnelle- vie privée, vous diriez que vous êtes ...

	Total	Homme	Femmes	Libéraux	Salariés	Ruraux	Semi- ruraux	Urbains	MEP
Très Satisfait (n=69)	20,6%	20,5%	20,6%	20,4%	21,1%	20,0%	20,1%	21,1%	23,9%
Satisfait (n=202)	60,3%	61,5%	59,6%	59,7%	61,4%	68,0%	57,6%	61,4%	65,2%
Peu satisfait (n=59)	17,6%	16,2%	18,3%	17,6%	17,5%	12,0%	19,4%	17,0%	10,9%
Pas du tout satisfait (n=5)	1,5%	1,7%	1,4%	2,3%	0,0%	0,0%	2,9%	0,6%	0,0%

On pourrait supposer que le fait d'avoir des enfants complique la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale mais les résultats montrent le contraire : 22.4% (n=64) des médecins ayant un ou des enfants sont très satisfaits et 61% (n=175) sont satisfaits contre respectivement 10.2% (n=5) et 55.1% (n=27) chez les médecins sans enfant.

#### d) Rôle social du médecin généraliste

Le questionnaire comportait une question sur le rôle du médecin généraliste en termes d'intégration sociale et face aux inégalités de santé. Trois médecins ne se sont pas prononcés.

71.6% (n=240) des médecins pensent que le médecin généraliste a un rôle à jouer face à l'intégration sociale et aux inégalités de santé. 24.5% (n=82) pensent que c'est à l'appréciation de chacun, et 3.0% (n=10) ne pensent pas que cela fasse partie des fonctions du médecin.

Cette répartition des réponses ne semble pas être influencée par le genre.

Alors que nous nous attendions à ce que cette question fasse particulièrement sens chez les « médecins de famille », ce sont les médecins salariés les plus nombreux à penser que le médecin a un rôle social (79.0% contre 67.9% chez les libéraux).

On observe une légère différence d'appréciation selon le lieu d'exercice ; les médecins exerçant en milieu rural sont plus nombreux à estimer que le médecin a un rôle social (76% contre 71% chez les médecins semi- ruraux et urbains).

Tableau 19 : Evaluation du rôle "social" du médecin selon le genre, le mode d'exercice et le lieu d'exercice.

Pour vous, est-ce que le médecin a un rôle face à l'intégration sociale et aux inégalités de santé ?

	Total	Homme	Femmes	Libéraux	Salariés	Ruraux	Semi- ruraux	Urbains
OUI, c'est une dimension du métier	<b>71,6%</b>	71,8%	71,6%	67,9%	<b>78,9%</b>	<b>76,0%</b>	71,2%	71,3%
C'est à l'appréciation de chacun	24,5%	21,4%	26,1%	26,7%	20,2%	20,0%	25,2%	24,6%
NON	3,0%	<b>5,1%</b>	1,8%	4,5%	0,0%	4,0%	2,9%	2,9%
Non Précisé	<b>0,9%</b>	1,7%	0,5%	0,9%	0,9%	0,0%	0,7%	1,2%

### e) Autres formes d'engagement

41,1% des médecins interrogés (n=151) ont déclaré avoir d'autres formes d'engagement en dehors de leur activité professionnelle : 26.0% (n=87) des médecins répondants étaient engagés dans une association en lien avec l'activité professionnelle, 20.3% (n=68) dans une autre association, 3.0% (n=10) avait une activité syndicale et 3.3% (n=11) une responsabilité locale. 8.4% (n=28) avaient une autre forme d'engagement.

Tous les médecins ont répondu à la question.

Les hommes sont plus nombreux à avoir d'autres formes d'engagement ainsi que les médecins exerçant en milieu semi-rural.

Tableau 20: Autres formes d'engagements répartis selon le genre, le mode d'exercice et le lieu d'exercice.

En dehors de votre activité professionnelle, avez-vous d'autres formes d'engagement ?

	Total	Homme	Femmes	Libéraux	Salariés	Ruraux	Semi- ruraux	Urbains
OUI	45,1%	<b>53,8%</b>	40,4%	45,7%	43,9%	44,0%	<b>50,4%</b>	40,9%
Association en lien avec activité professionnelle	26,0%	31,6%	22,9%	28,1%	21,9%	32,0%	28,8%	22,8%
Association autre	20,3%	22,2%	19,3%	21,7%	17,5%	28,0%	24,5%	15,8%
Syndicat	3,0%	5,1%	1,8%	<b>3,6%</b>	1,8%	4,0%	5,0%	<b>1,2%</b>
Responsabilité locale	3,3%	<b>6,8%</b>	1,4%	<b>4,5%</b>	0,9%	4,0%	4,3%	2,3%
Autre	8,4%	15,4%	4,6%	7,7%	9,6%	12,0%	7,2%	8,8%
NON	54,9%	46,2%	59,6%	54,3%	56,1%	56,0%	49,6%	59,1%

## 7) Exercice libéral exclusif ou mixte

### a) Statut libéral

Sur les 221 médecins travaillant en libéral, 191 (86.4%) sont installés, 15 (6.8%) ont le statut de collaborateur et 15 (6.8%) exercent en tant que remplaçant.

Il n'y a pas de différence de répartition des statuts chez les hommes et les femmes comme le montre le tableau suivant.

Tableau 21 : Statut d'exercice des médecins libéraux selon le genre

Statut des médecins libéraux			
	Total (n=221)	Hommes (n=78)	Femmes (n=143)
Installé (n=191)	191 (86,4%)	69 (88,5%)	122 (85,3%)
Collaborateur (n=15)	15 (6,8%)	4 (5,1%)	11 (7,7%)
Remplaçant (n=15)	15 (6,8%)	5 (6,4%)	10 (7,0%)

### b) Moyenne d'âge à l'installation

L'âge moyen des médecins à l'installation est de 33.0 ans, 32.8 pour les hommes et 33.2 pour les femmes.

### c) Type d'exercice

69.1% des médecins libéraux (n=154) exercent en cabinet de groupe, 24.0% (n=53) exercent en maison pluridisciplinaire et 8.6% (n=19) exercent seul (à noter que les médecins remplaçants pouvaient déclarer plusieurs statuts en fonction de leurs différents remplacements)

Si l'on ne considère que les médecins installés, 68.1% (n=130) exercent en cabinet de groupe, 24.6% (n=47) en maison pluridisciplinaire et 6.8% (n=13) exercent seul.

Les hommes exercent plus fréquemment seul que les femmes (12.8% contre 6.3%).

Les maisons pluridisciplinaires sont largement plus répandues en milieu rural puisque 45.5% des médecins ruraux y exercent contre 27.5% pour les médecins semi-ruraux et 12.7% pour les médecins urbains. Les médecins ruraux sont également un peu plus nombreux à exercer seul (13.6% contre 6.7% en zone semi-rurale et 10.1% en zone urbaine).

## d) Exercice mixte

29 médecins (8.6%) ont déclaré un exercice mixte. L'exercice salarié concerne maximum une journée par semaine pour 14 de ces médecins, 4 médecins consacrent 3 à 4 demi-journées par semaine à cet exercice et 3 médecins y consacrent plus de 4 demi-journées par semaine. 8 médecins n'ont pas précisé le temps dédié à cet exercice salariat. 1 médecin n'a pas précisé le type d'activité salariée exercée.

Tableau 22: Répartition des différents postes salariés exercés par les médecins ayant une activité mixte, selon le contenu de cette activité et la fréquence de leur exercice.

Exercices salariés des médecins ayant une activité mixte et leur fréquence

	Effectif	≤ 2 demi-journées par semaine	3 à 4 demi-journées par semaine	> 4 demi-journées par semaine	Non précisé
<b>Activités de soins</b>					
Etablissement (centre hospitalier, EHPAD...)	11	6	2	2	1
Planning familial, petite enfance (PMI, crèche), centre d'orthogénie	9	6			3
Autres (associations ...)	3	1	1		1
<b>Activités hors soins</b>					
Université	4	1	1		2
Association FMC	1			1	
<i>Non précisé</i>	1				1

## e) Mode d'exercice particulier (MEP)

20.8% des médecins libéraux (n=46) ont déclaré avoir un mode d'exercice particulier (MEP). Tous les médecins libéraux ont répondu à la question.

Les hommes sont plus nombreux à exercer un MEP que les femmes (29,5% (n=23) contre 16,1% (n=23)).

On retrouve également plus de médecins exerçant un MEP en ville (26.6% en zone urbaine, 16.7% en zone rurale et 22.7% en zone rurale).

Les médecins issus de la faculté d'Angers exercent à moindre fréquence un MEP : ils sont 15.0% contre 21.1% à Rennes, 22.5% à Brest et 22.9% à Nantes.

## f) Types de MEP

Les médecins ont déclaré 17 MEP différents. 6 médecins ont déclaré exercer deux ou trois MEP.

La plupart de ces exercices particuliers est exercée à fréquence d'une à deux demi-journées par semaine.

11 médecins (23.9%) pratiquent exclusivement cette activité et ne font plus de médecine générale traditionnelle (5 médecins angiologues, 2 médecins du sport, 1 médecin urgentiste, 1 médecin gynécologue, 1 médecin acupuncteur et 1 médecin échographiste).

Le tableau 11 répartit les MEP en fonction du nombre de médecins les exerçant et de la fréquence de leur exercice.

Tableau 23: Répartition des MEP en fonction du nombre de médecins les exerçant et de la fréquence d'exercice

MEP exercés et fréquence de leur exercice	≤ 2 demi-journées par semaine	3 à 6 demi-journées par semaine	> 6 demi-journées par semaine
Hypnose	13	1	
Homéopathie	5		1
Médecine du sport	4		2*
Angiologie			5*
IVG	3		
Ostéopathie	3		
Mésothérapie	3		
Gynécologie	2		1*
Médecine d'urgence		1	1*
Acupuncture			1*
Tabacologie	1		
Sexothérapie	1		
Addictologie	1		
Pathologie des musiciens	1		
Echographie	1	1*	
Pathologie du sommeil	1		
Nutrition	1		

\* MEP exercé de façon exclusive

### g) Choix d'un MEP

Les médecins exerçant un MEP étaient interrogés sur les raisons de ce choix, via une question à choix multiples. Ils ont tous répondu à la question.

76.1% (n= 35) de ces médecins déclarent avoir choisi d'exercer un MEP pour diversifier leur activité ou par attrait pour une pratique particulière. 37.0% (n=17) exercent un MEP pour répondre à une attente de la part de leur patientèle. 30.4% (n=14) souhaitent s'aménager une « pause » dans l'exercice de la médecine générale traditionnelle. Et seulement 2.2% (n=1) évoquent des raisons financières.

Les médecins avaient la possibilité de préciser leur choix par un texte libre : un médecin précise avoir fait le DU d'hypnose pour soulager les patients lors de soins anxiogènes et douloureux (sutures) et qu'avec la formation il a découvert d'autres indications (anxiété, addictions...), un autre a fait une formation d'ostéopathie car il la considère indispensable pour une prise en charge la plus complète possible, un troisième médecin précise que sa pratique de l'hypnothérapie lui permet une approche non médicamenteuse. Un médecin exerçant à temps partiel à SOS médecin évoque l'attrait pour l'urgence et une moindre monotonie, ainsi qu'un confort lié au temps partiel permettant de s'épanouir en dehors du travail en tant que père et mari, précisant que son épouse travaille à temps plein. Un médecin précise

même que sans son mode d'exercice particulier (acupuncture), il aurait simplement changé de métier. Un médecin pratiquant l'hypnothérapie évoque la nécessité de pallier la pénurie de psychiatres et de psychothérapeutes.

Cinq médecins précisent avoir choisi la médecine générale aux ECN avec le souhait d'exercer la médecine du sport pour deux d'entre eux et la médecine vasculaire pour les 3 autres. Ils exercent ces spécialités de façon exclusive. Un des médecins exerçant la médecine du sport précise même qu'il n'avait aucun intérêt pour la médecine générale.

#### h) Choix futur d'un exercice exclusif du mode d'exercice particulier (MEP)

Seulement 4 médecins (8.7% des médecins exerçant un MEP) envisagent dans un futur plus ou moins proche d'interrompre leur activité de médecine générale pour se consacrer uniquement à l'exercice de leur MEP. Ces 4 médecins l'envisagent dans un délai supérieur à 1 an.

1 médecin n'a pas répondu à cette question.

#### i) Changement d'activité éventuel

29.4% (n= 65) des médecins libéraux estiment possible qu'ils changent de type d'activité professionnelle dans les 5 prochaines années :

- 6 médecins, ayant actuellement une activité mixte, s'orienteraient vers un exercice exclusivement libéral.
- 7 médecins (1 remplaçant et 6 médecins installés) choisiraient un exercice exclusivement salarié.
- 5 médecins installés souhaiteraient un exercice mixte.
- 5 médecins remplaçants ont indiqué vouloir s'installer.
- 4 médecins (2 remplaçants et 2 installés) ont indiqué qu'ils souhaitaient cesser leur activité professionnelle.
- 1 médecin installé a précisé vouloir changer de type d'activité mais sans encore avoir d'idée précise.

Pour la majorité des médecins ayant répondu positivement à cette question, aucune précision n'est apportée concernant ce changement de type d'exercice (34 cases « autre » cochées sans précision apportée et 4 médecins n'ont pas répondu).

## 8) Médecins salariés

### a) Postes salariés exercés

Pour rappel, l'exercice salarié concerne 34.0% (n=114) des médecins de l'étude (39 hommes et 75 femmes).

77.2% des médecins salariés (n=88) travaillent en établissement public hospitalier : cela concerne même 89.7% des hommes, contre 70.7% des femmes.

6.1% des salariés (n=7) travaillent en établissement privé, majoritairement des femmes (8.0% contre 2.6% chez les hommes).

Les autres postes salariés, non hospitaliers, concernent 23 médecins soit 20.2% des médecins salariés : 20 femmes (26.7% des femmes salariées) et 3 hommes (7.7% des hommes salariés). Ces postes sont : 8 médecins en PMI, 4 médecins du travail, 3 médecins d'EHPAD, 3 médecins en centre de santé, 2 médecins universitaires, 1 médecin de l'assurance maladie, 1 médecin de crèche, 1 médecin dans l'industrie et 1 médecin en institut médico-éducatif. Un médecin femme exerce deux activités différentes (médecine du travail et médecine universitaire). Sur ces 24 postes non hospitaliers (hôpital ou établissement privé), 21 sont occupés par des femmes, soit 87.5%. Les médecins travaillant en PMI, en EHPAD et en médecine universitaire sont exclusivement des femmes.

4 médecins ont déclaré exercer à la fois une activité hospitalière (établissement public ou privé) et une activité non hospitalière (2 médecins travaillant en centre hospitalier et en EHPAD, 1 médecin en centre hospitalier et en PMI, 1 médecin en centre hospitalier et en centre de santé).

### b) Centres hospitaliers et établissements privés

Concernant les médecins exerçant en centre hospitalier ou en établissement privé (n=95), 40.0% (n=38) d'entre eux travaillent aux urgences ou SAMU (58.3% chez les hommes et 28.8% chez les femmes).

24,2% (n=23) travaillent dans des services de médecine aigue (médecine polyvalente, médecine gériatrique aigue, réanimation et unité de soins continus) (19.4% chez les hommes et 27.2% chez les femmes).

46.3% (n=44) se répartissent dans différents services détaillés dans le tableau 24.

10 médecins travaillent dans deux services différents.

Tableau 24: Répartition des différents postes exercés par les médecins salariés en centre hospitalier et établissement privé

Postes salariés en centres hospitaliers et établissements privés	
Services polyvalents	
Urgences/ SAMU	38
Service de médecine aiguë (médecine polyvalente, médecine gériatrique aiguë, réanimation, unité de soins continu)	23
Soins de suite et de réadaptation	10
Permanence d'accès aux soins de santé	3
Unité de soins de longue durée	1
Médecine pénitentiaire	1
Activités spécialisées mais proches de la médecine générale	
Gériatrie (consultation, hôpital de jour, équipe mobile de gériatrie)	5
Psychiatrie	4
Médecine du sport	4
Oncologie	2
Endocrinologie, diabétologie et nutrition	1
Pneumologie	1
Maladie infectieuse	1
Médecine physique et de réadaptation	2
Centre régional de lutte contre le cancer	1
Centre anti-douleur	2
Equipe de liaison en addictologie	1
Equipe mobile de soins palliatifs	1
Activités spécialisées plus éloignées de la médecine générale	
Médecine vasculaire	1
Chirurgie	1
Médecine légale (unité médico judiciaire)	2
<b>Total</b>	<b>105</b>

### c) Choix d'un exercice salarié

Les raisons du choix d'un exercice salarié ont été recherchées via une question à choix multiples. Tous les médecins salariés ont répondu à la question.

#### *Intérêt pour une autre pratique*

Pour 52.6% (n=60), le choix s'est fait par intérêt pour une autre pratique :

- pour 45% d'entre eux (n=27), le choix s'est fait avant les ECN : ils ont choisi la médecine générale aux ECN tout en sachant qu'ils ne l'exerceraient pas de façon traditionnelle (i.e. en libéral). Ce choix concerne plus les hommes (33.3%, n=13) que les femmes (18.7%, n=14).
- pour 61.6% (n=37) d'entre eux, un attrait pour une spécialisation ou un mode d'exercice différent pendant la formation les a éloignés de la médecine générale libérale. Cette situation concerne également davantage les hommes (46.1%, n=18) que les femmes (25.3%, n=19).
- 4 médecins ont répondu que le choix s'était fait avant les ECN et pendant la formation.

### Rejet de l'exercice libéral

Pour 39.5% (n=45) d'entre eux, c'est après avoir expérimenté la médecine générale libérale en stage, en remplacement ou via une installation en médecine libérale qu'ils se sont rendu compte que l'exercice de la médecine générale traditionnelle ne leur convenait pas :

- 33.3% (n=15) d'entre eux se sont éloignés de la médecine libérale dès la formation,
- 53.3% (n=24) après avoir remplacé
- 15.5% (n=7) après s'être installé.
- A noter : 1 médecin a répondu que son choix s'était fait suite aux stages pendant la formation et aux remplacements.

Ce refus de la médecine générale libérale concerne beaucoup plus les femmes (45.3%, n=34) que les hommes (28.2%, n=11).

### Opportunités

39.5% (n=45) d'entre eux évoquent une opportunité qui se serait présentée à eux et qui les aurait éloignés de la médecine libérale. Cela concerne 42.7% des femmes (n=32) et 33.3% des hommes (n=13).

Si nous nous intéressons aux choix selon les facultés d'origine, nous retrouvons des différences dans la répartition des réponses : les médecins angevins sont les plus nombreux à avoir fait ce choix avant les ECN (38.3%), les médecins nantais se sont orientés en majorité vers la médecine salariée par attrait pour une spécialisation ou un mode d'exercice différent (46.3%). Le choix des médecins brestois s'est principalement fait après avoir testé un exercice de la médecine libérale qui ne leur a pas plu (63.6%). Les médecins rennais, quant à eux, évoquent plus souvent une opportunité, mais la répartition de leurs réponses est moins contrastée.

Tableau 25: Choix d'un exercice autre que la médecine générale libérale selon le sexe et les facultés d'origine

Quand est-ce que vous avez décidé de ne pas exercer la médecine générale libérale ?						
Réponse 1:	<b>Avant le choix ECN</b> , c'est-à-dire que vous avez décidé de choisir médecine générale tout en sachant que vous ne souhaitez pas l'exercer en cabinet.					
Réponse 2:	<b>Pendant votre formation</b> , par attrait pour une spécialisation, un mode d'exercice différent.					
Réponse 3:	Pendant la formation ou <b>après avoir remplacé ou s'être installé</b> en médecine libérale, vous vous êtes rendu compte que la pratique ne vous convenait pas.					
Réponse 4:	<b>À la suite d'opportunités</b> qui se sont proposées à vous et qui vous ont éloigné de l'exercice de la médecine libérale.					
	Hommes (n=39)	Femmes (n=75)	Angevins (n=18)	Brestois (n=22)	Nantais (n=41)	Rennais (n=33)
Réponse 1 (n=27)	<b>33,3%</b>	18,7%	<b>38,9%</b>	18,2%	17,1%	27,3%
Réponse 2 (n=37)	<b>46,2%</b>	25,3%	22,2%	18,2%	<b>46,3%</b>	30,3%
Réponse 3 (n=45)	28,2%	<b>45,3%</b>	38,9%	<b>63,6%</b>	36,6%	27,3%
Réponse 4 (n=45)	33,3%	<b>42,7%</b>	33,3%	40,9%	39,0%	42,4%

#### d) Installation libérale envisagée

43.0% (n=49) des médecins salariés envisageraient de s'installer un jour en libéral. 1 médecin ne s'est pas prononcé.

Il y a peu de différence entre les hommes (41.0%, n=16) et les femmes (44.0%, n=33).

Les médecins salariés nantais sont ceux qui envisagent le moins une installation en libéral (39.0%), arrivent ensuite les brestois (40.9%), puis les rennais (45.5%) et les angevins (50.0%).

Concernant les modalités d'une possible installation en libéral, 75.5% (n=37) envisagent un exercice en groupe, 6.1% (n= 3) un exercice seul. 9 médecins ne se sont pas prononcés.

En cas d'installation en libéral, ils sont 20.4% (n=10) à envisager un exercice de la médecine générale de première ligne, et 14.3% (n=7) à se projeter plutôt vers un mode d'exercice particulier. 16.3% (n=8) ont répondu ne pas savoir. 24 médecins n'ont pas répondu à cette question.

## V. Discussion

### 1) Les points forts de l'étude

#### a) Puissance statistique

L'effectif initial conséquent et le taux de réponse de 64.8% ont permis d'avoir un nombre de sujets suffisant pour effectuer des analyses statistiques pertinentes sur une population représentative de la population cible. Ce taux de réponse, surprenant d'une façon positive, témoigne de l'intérêt des médecins interrogés pour les thématiques étudiées.

Le questionnaire étant court et concis, les médecins ont presque tous répondu aux questions les concernant.

#### b) Etude originale

Cette étude est originale par la population étudiée. En effet, une majorité des travaux de thèse s'intéressant aux profils socioprofessionnels des médecins généralistes, étudie des promotions sortantes ou un échantillon de la population de médecins sans distinction d'âge. Or, les nouveaux médecins expérimentent souvent plusieurs exercices en sortie d'internat avant de se stabiliser, période que Geraldine Bloy appelle « âge des possibles ». Cette période d'instabilité professionnelle n'est donc pas représentative de l'exercice futur des médecins généralistes. Dans cette étude, nous avons le recul nécessaire pour étudier ces différentes trajectoires professionnelles et statuer sur les exercices finalement choisis.

Beaucoup d'études illustrent la situation professionnelle des médecins à un temps donné mais peu se sont intéressées aux trajectoires professionnelles de ces mêmes médecins, et aux raisons de leurs choix professionnels.

L'objectif était d'illustrer la diversité des activités exercées par les médecins généralistes et de déterminer, pour une promotion donnée, la part de médecins généralistes exerçant en soins primaires. En effet, les sources actuelles ne permettent pas d'identifier clairement les médecins généralistes exerçant des soins primaires, on se contente d'estimations. Cette analyse de cohorte vient donc enrichir ces estimations.

L'objectif secondaire était de rechercher des explications à l'éloignement des médecins généralistes de l'exercice de la médecine générale traditionnelle. Dans ce contexte de pénurie de médecins généralistes de premier recours, il semble intéressant d'aller rechercher les raisons qui font qu'une partie des médecins s'éloignent de l'exercice pour lequel ils ont été formés.

## 2) Les points faibles :

### a) Biais de sélection

43 médecins ont été exclus de l'étude. 38 de ces médecins exclus l'ont été pour des raisons pratiques (perdus de vue, aucune adresse disponible, cessation d'activité). Outre le fait d'entraîner un biais de sélection, il aurait été intéressant d'avoir des données sur les cessations d'activité.

### b) Limites et incertitudes

Certaines réponses manquaient de précision pour l'analyse des données : le statut d'exercice « mixte » dans le tableau des trajectoires professionnelles (cf. questionnaire en annexe « Q6 ») induisait un manque d'information concernant le statut libéral, il n'était pas possible de savoir si ces médecins avaient exercé en libéral en tant que médecin remplaçant ou médecin installé. Cette information pouvait être reprécisée si les médecins exerçaient toujours en libéral en tant que médecin installé (statut mixte ou libéral exclusif) via l'année de leur installation, mais pas si les médecins avaient cessé cette activité mixte pour un exercice salarié. Il y a donc probablement une sous-estimation du nombre de médecins ayant remplacé ou s'étant installés en libéral au cours de leur carrière professionnelle.

De même, le questionnaire n'a pas permis d'illustrer les changements au sein d'un même mode d'exercice, en particulier les changements de poste pour les salariés.

## 3) Caractéristiques sociodémographiques de la population répondante

### a) Profil des médecins

La population étudiée est une population jeune, puisque la moyenne de de 38.2 ans (écart type 1.5 années). Les femmes représentent les 2/3 de l'effectif.

La grande majorité de ces médecins sont en couple (91%). A titre de comparaison, 66% des français majeurs sont en couple (source INSEE, Enquête Famille et Logement 2011).

On observe une forte homogamie chez les médecins répondants puisque 32% des médecins en couple ont un conjoint médecin. En rapportant ce chiffre à la population totale, 29% des médecins répondants ont un conjoint médecin. Ce chiffre monte même à 32% chez les médecins hommes. Cette homogamie chez les médecins n'est pas nouvelle mais semble se prononcer : dans une étude sur la période 1990-2004, 22% des médecins avaient un conjoint qui était lui-même médecin. (42).

85 % des médecins ont un ou plusieurs enfants. La moyenne du nombre d'enfant est de 2,03. Cette moyenne est au-dessus de la moyenne nationale puisqu'en 2018, l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) s'établissait à 1,87 enfant par femme (source : INSEE).

## b) Féminisation

### *Evolution des effectifs féminins*

Dans cette étude, les femmes représentent 65.1% des médecins répondant ; cet échantillon est représentatif de la population cible car les femmes concernent 64,6% de la population cible.

Ces chiffres illustrent bien la féminisation progressive de la profession médicale. Selon l'atlas de la démographie médicale, les femmes représentent, au 1er janvier 2018, 48.2% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (1). En 2010, elles étaient 39.2% (15). Et si on considère uniquement la tranche d'âge 35-39 ans (89% des médecins de notre étude ont entre 35 et 39 ans), les femmes y représentent 61 % des médecins généralistes en activité.

Le pourcentage de femmes est donc un peu plus élevé dans notre étude que les chiffres nationaux mais cela peut s'expliquer par le caractère régional de notre étude : alors que le taux de féminisation national des médecins généralistes est de 48.2%, il est de 51.0% en pays de la Loire et de 51.8% en Bretagne. L'Ille-et-Vilaine et la Loire-Atlantique font partie des onze départements, toutes spécialités confondues, ayant une majorité de femmes parmi les médecins inscrits en activité régulière, respectivement 52.1% et 52.4% (43). Il n'est donc pas étonnant que notre chiffre se trouve au-dessus de la moyenne nationale.

Selon A. Hardy-Dubernet, si la médecine générale attire autant les femmes, c'est qu'elle « autorise des modes d'exercices qui deviennent modulables selon les situations familiales, voire les mobilités géographiques et professionnelles des conjoints (44) ».

### *Différence des exercices entre hommes et femmes*

Toutes les variables de cette étude ont été comparées selon le genre. Le premier constat concerne l'absence ou le peu de différences observées sur les choix d'exercices actuels des hommes et des femmes, qu'il s'agisse des modes d'exercice, du lieu d'exercice et du statut des médecins libéraux. Les différences observées sur le plan professionnel concernent essentiellement les trajectoires en début de carrière et le choix d'exercices plus spécialisés chez les hommes.

Le délai d'installation des médecins libéraux est plus long pour les femmes que pour les hommes. D'une façon générale, les choix familiaux et la maternité sont souvent à l'origine d'un retard dans la progression des carrières des femmes (45). L'option du travail à la carte avec les remplacements semble être plébiscité chez les femmes en sortie d'internat (6) : elles restent travailler plus longtemps sous le statut de remplaçante. Par ailleurs, les femmes sont aussi plus souvent influencées par la carrière de leur conjoint et attendent que leur conjoint se soit stabilisé professionnellement avant d'envisager elle-même de s'installer (44). Pour G. Bloy, les femmes font de « leur début de carrière une variable d'ajustement dans la trajectoire du couple » (46).

Le graphique suivant illustre bien la prépondérance des femmes chez les médecins remplaçants de moins de 34 ans.

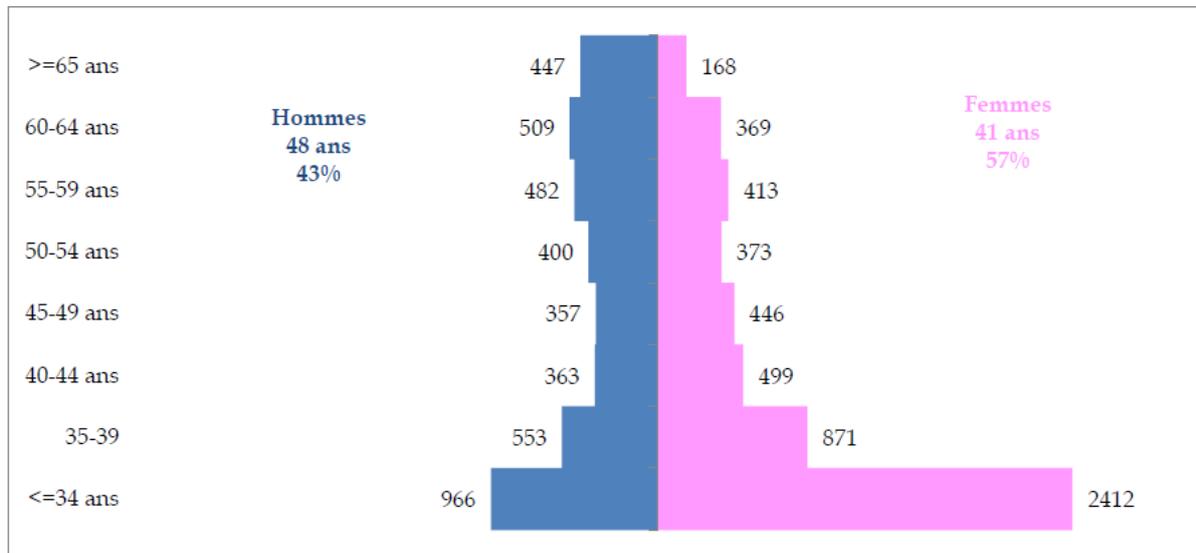


Figure 29 : Pyramide des âges des médecins remplaçants actifs (atlas CNOM 2017)

Initialement les femmes semblaient favoriser l'exercice salarié : en 2006 elles représentaient 30,3 % des médecins généralistes libéraux et 59,1 % des médecins généralistes salariés (SICARD 2006). En 2018, elles représentent 40,3% des médecins généralistes libéraux et 58% des médecins salariés (source DREES) : l'écart se réduit donc en faveur de l'exercice libéral qui n'est plus délaissé par les femmes. Dans notre étude, il n'y a pas de différence de répartition des modes d'exercice (salarié, libéral exclusif et mixte) entre les femmes et les hommes.

Au sein même de l'exercice salarié, des différences entre hommes et femmes sont visibles. Les femmes sont plus souvent représentées dans les postes salariés non hospitaliers : 27% contre 8% pour les hommes dans notre étude. 87% des postes salariés non hospitaliers sont exercés par des femmes. A l'échelle nationale, 65,6% des postes non-salariés en médecine sont exercés par des femmes (47). Ces postes (médecin de PMI, crèche, planning familial, médecine scolaire) sont moins gratifiants financièrement et statutairement (18). Selon G. Bloy ce n'est pas une coïncidence que ces postes soient presque exclusivement exercés par des femmes, mais cela résulte de « la conformité à une norme sociale qui les conduit à accepter une moindre valorisation de leurs compétences et à exercer des activités moins gratifiantes financièrement et socialement » (18).

Les hommes semblent plus facilement s'orienter vers des postes hospitaliers plus spécialisés. Ils sont d'ailleurs plus nombreux à réaliser des DESC afin d'acquérir les compétences à cette spécialisation « informelle » (ils conservent le titre de médecin généraliste le plus souvent). Au sein de l'exercice libéral, ils sont plus fréquemment concernés par l'exercice spécialisé sous forme de mode d'exercice particulier.

### *Influence du couple dans la carrière des femmes*

Les carrières des femmes médecins de notre étude sont plus souvent influencées par celle de leur conjoint (37.9% contre 28.7% chez les hommes). Cela peut s'expliquer en partie par le fait que les femmes sont plus souvent en couple avec un conjoint cadre ou de catégorie socio professionnelle supérieure(42). Elles sont 56.6% contre 49.1% pour les hommes dans notre étude. Cette situation peut impliquer des compromis plus fréquents pour articuler les deux carrières au sein du couple. A cela s'ajoute, le fait que les femmes restent investies d'un rôle familial qu'elles doivent concilier avec leur carrière professionnelle. De nombreuses études montrent qu'elles assument davantage les charges familiales et leur carrière passe souvent en seconde position après celle de leur conjoint (9) (48) (49) (50).

## 4) La médecine générale, un véritable choix

En 2010, l'ISNAR a réalisé une enquête sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale : 16% des internes de médecine générale n'avaient pas fait le choix de cette spécialité. Ils étaient là par défaut, n'ayant pas pu avoir accès à la spécialité souhaitée lors de la procédure du choix de postes (51).

Dans notre étude, 54% des médecins répondants pensaient déjà à la médecine générale quand ils ont débuté leurs études de médecine. Et ils sont 84% à déclarer que la médecine générale était leur premier choix aux ECN. La médecine générale ne faisait pas partie des trois premiers choix pour seulement 2% des médecins. On peut certes se poser la question d'une rationalisation à posteriori au vu de la discordance de ces résultats avec les chiffres de l'époque. Néanmoins, ces chiffres illustrent l'adhésion des médecins généralistes à leur spécialité.

Les chiffres retrouvés dans des études concernant des promotions plus jeunes de médecins généralistes sont certes un peu moins éloquentes, mais n'illustrent pas un choix par défaut de la médecine générale : en 2016, une thèse d'E. Faget sur les jeunes médecins généralistes de Haute Normandie va dans le sens de ces résultats : 60% des médecins avaient choisi la médecine générale en premier choix, 33% avait placé la médecine générale en tant que 2ème choix et pour seulement 2%, la médecine générale ne faisait pas partie des choix de spécialités aux ECN (52). Ces chiffres varient un peu selon les régions et les facultés : selon une thèse de 2015 concernant les choix des jeunes médecins d'Ile-de-France, la médecine générale représentait le premier choix de spécialités aux ECN pour 50% des répondants, le deuxième choix pour 27% et le troisième choix pour 12% des répondants. La médecine générale ne faisait pas partie des trois premiers choix de spécialité pour 11% des répondants (53).

Les médecins généralistes libéraux ont fait évoluer leur profession, refusant l'archétype d'une médecine générale quasi sacerdotale et d'une disponibilité permanente (6). Cette volonté de mieux gérer son temps de travail s'inscrit dans l'évolution sociétale actuelle : si les couples mono-carrière étaient autrefois la règle, les médecins doivent aujourd'hui le plus souvent concilier deux carrières au sein de leur couple. Dès lors, ce schéma du médecin généraliste se dévouant nuit et jour à sa patientèle est obsolète (46). On peut voir ces changements comme profitables pour la profession puisque la médecine générale libérale, un temps

délaissé par la jeune génération (et surtout les femmes qui lui préféreraient le salariat) attire de nouveau. Dans une étude récente menée par le CNOM, 75% des internes envisagent une installation en libéral, et seulement 19% une activité salariale (54).

## 5) Les trajectoires professionnelles

### a) Le premier poste

La majorité des médecins (67.5%) ont commencé leur carrière professionnelle par un poste de médecin remplaçant en libéral.

Ce premier poste est corrélé au choix de l'exercice futur : en effet 85% des médecins libéraux ont commencé par un poste de remplaçant en libéral (ils sont 34% chez les médecins salariés) et 56% des médecins salariés ont commencé par un poste salarié (ils sont 5% chez les médecins libéraux).

Très peu de médecins se sont installés dès la sortie de l'internat (1,8%).

### b) Remplacement en libéral

Les 3/4 des médecins ont testé l'activité libérale sous forme de remplacement : en effet, 74% des médecins ont effectué un remplacement en libéral après leur internat, quelle que soit la durée du remplacement. Ce chiffre est d'ailleurs probablement sous-estimé du fait du statut mixte (pour rappel, la formulation des questions ne permettait pas de préciser si l'activité libérale du statut mixte correspondait à un remplacement ou à une installation).

En moyenne, cette période de remplacement a duré 4.0 années.

### c) Carrière salariée, libérale, ou les deux

Depuis la fin de leur internat, environ 1/5 (22%) des médecins ont expérimenté les deux statuts (libéral et salarié) à des temps différents.

18 % n'ont fait que du salariat.

Finalement, la majorité (60%) a exercé uniquement en libéral (exercice mixte inclus). Ceci pourrait illustrer la satisfaction des médecins généralistes pour ce mode d'exercice puisque la majorité de notre effectif n'a pas testé l'exercice salarié et s'est « contenté » de l'exercice libéral. A contrario, ces chiffres signifient aussi que sur les 40 % des médecins qui ont testé le salariat, 34% le choisissent et donc seuls 7% ont considéré que ce mode d'exercice ne leur convenait pas

#### d) Age à l'installation

Les médecins de notre étude se sont installés en moyenne vers 33 ans, environ 5 ans après la fin de leur internat.

Le rapport Hubert en 2010 s'inquiétait du recul de l'âge d'installation des médecins généralistes libéraux, passé de 30,4 ans dans les années 1980 à 37 ans pour la période 2005- 2009 (8). Ces chiffres sont bien plus élevés que l'âge moyen constaté dans notre étude qui rejoint plutôt les données de la thèse de S.Eyraud publiée en 2007 : elle étudiait les médecins thésés en 1999, 2000 et 2001 à Nantes et retrouvait un âge moyen d'installation de 32 ans et 6 mois (55).

### 6) La médecine générale : une médecine polyvalente par la diversité de ses exercices et de ses activités

10 ans après la fin de leur internat, les 315 médecins généralistes de notre étude exercent différentes activités que nous allons préciser.

#### a) L'exercice libéral exclusif et mixte

57% des médecins de l'étude exercent une activité libérale exclusive. Ce chiffre correspond aux chiffres nationaux qui comptabilisent 56% de médecins généralistes libéraux en 2018. L'activité mixte concerne 9% des médecins de notre étude, contre 7% au niveau national (1).

Parmi ces médecins, 86% sont installés et 7% ont le statut de collaborateur. Seulement 7% exercent en tant que remplaçant ce qui correspond à moins de 5% de l'effectif total. Dix ans après leurs études, la majorité des médecins libéraux sont installés et le remplacement n'est donc qu'une période transitoire dans leur carrière.

Le statut mixte est peu fréquent chez les médecins généralistes, contrairement aux autres spécialités où il concerne souvent 20-25% des modes d'exercice (par exemple, en 2018, l'activité mixte correspond à 22% des gynéco-obstétriciens, 24% des chirurgiens orthopédiques et 26% des cardiologues) (1). Sur les 10 dernières années, le statut mixte chez les généralistes est resté stable, alternant entre 6% (en 2012) et 7.4% (en 2009) (sources CNOM). Ce n'est donc pas un mode d'exercice privilégié de la médecine générale ; on peut supposer qu'il est moins compatible (par les activités qu'il implique) avec l'exercice de la médecine de premier recours et ses principes d'accessibilité, de disponibilité et de continuité des soins.

## b) Les MEP

Dans cette étude, 21% (n=46) des libéraux ont déclaré un mode d'exercice particulier. On dénombre 17 MEP différents ce qui illustre bien la diversité des spécialisations possibles pour les médecins généralistes libéraux. 5% des libéraux de notre étude exercent exclusivement un MEP.

Parmi ces médecins, il y avait autant d'hommes que de femmes ; étant donné la féminisation des effectifs, les hommes exercent donc plus fréquemment un MEP que leurs consœurs (29% contre 16%).

Selon l'atlas de l'ordre de 2014, 25% des médecins généralistes en activité régulière exerçaient un mode d'exercice particulier, avec de grosses disparités régionales : les proportions variaient de 13% de médecins généralistes à exercice particulier en Corse à 34% dans la région du Limousin. En Bretagne cela concerne 27.9% des médecins généralistes en activité régulière, et 26.8% pour les pays de la Loire (25). La majorité de ces médecins ayant déclaré un MEP exercent en libéral ou mixte (61.3%). La moyenne d'âge de ces médecins était de 51 ans avec une prédominance d'homme (70%).

Une grande partie de ces MEP est exercée une journée ou moins par semaine, on peut donc considérer que ces médecins conservent majoritairement un exercice traditionnel de la médecine générale. En outre, seulement 9% envisagent de se consacrer un jour exclusivement à cette spécialisation.

La médecine générale offre donc l'opportunité de se diversifier via les MEP, permettant à ces médecins d'enrichir leur pratique sans rompre avec leur activité de médecine générale.

## c) Salariat

De multiples postes salariés sont accessibles aux médecins généralistes. Dans cette étude, 34.0% des médecins exercent une activité salariale exclusive, sans distinction entre les hommes et les femmes.

Ce chiffre est légèrement en dessous des chiffres nationaux du CNOM qui recense 37% de médecins généralistes ayant un exercice salarié (1). En revanche, il correspond bien aux chiffres issus du répertoire RPPS qui recense 34.5% de salariés chez les médecins généralistes en 2018 (47).

L'exercice salarié est majoritairement hospitalier dans notre étude (83%). En 2018, selon les données RPPS, l'exercice salarié hospitalier concerne 55% des médecins généralistes salariés ; mais pour la tranche d'âge 35-39 ans (qui correspond à 89% des médecins répondants), ce pourcentage monte à 75%. Notre échantillon est donc plutôt représentatif de la population nationale et nous assure une solidité des résultats.

Les postes hospitaliers exercés sont multiples ; on dénombre 26 postes ou services différents sur les 88 médecins hospitaliers. Les plus fréquents restent les urgences et les services de médecine aigüe (médecine gériatrique aigüe, médecine polyvalente) qui se rapprochent de l'exercice de la médecine générale. Cependant on retrouve également des exercices beaucoup plus spécialisés : maladie infectieuse, médecine vasculaire, médecine légale, psychiatrie...

Concernant les postes non hospitaliers, les possibilités sont également multiples : une majorité de ces salariés travaillent en PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou en centres de santé, pratiques se rapprochant là aussi de la médecine générale libérale. Mais certains postes en sont aussi bien plus éloignés : médecine du travail, assurance maladie, médecin dans l'industrie.

Le diplôme de médecine générale ouvre donc à différentes orientations via la formation complémentaire ; on peut observer des véritables stratégies de spécialisation chez les médecins généralistes hospitaliers.

Le salariat a été associé à un exercice permettant une meilleure conciliation de la vie professionnelle et de la vie privée. Mais les récents changements semblent avoir permis aux médecins libéraux de mieux gérer leur temps de travail, via une organisation différente de leur activité (travail en groupe, secrétariat) et de ne pas s'inscrire dans un schéma de vie dédiée uniquement à l'activité professionnelle. Ainsi dans l'étude, on observe très peu de différences au niveau de la satisfaction de la conciliation de la vie personnelle et de la vie professionnelle entre les deux exercices.

## 7) L'offre de soins primaires

192 médecins ont une activité libérale exclusive dans notre étude. Sur ces 192 médecins, 46 exercent un MEP dont 11 de façon exclusive qui peuvent donc être exclus de l'effectif de médecins généralistes libéraux offrant des soins primaires.

29 médecins ont une activité mixte, la plupart de ces activités salariées sont des activités de soins (n=23), 4 n'ont pas de lien avec les soins, et une activité n'est pas précisée.

114 médecins sont salariés dans notre étude dont 6 en centre de santé ou dispensaire et donc considérés comme des médecins de premier recours.

Ainsi, sur les 335 médecins répondants, 216 médecins sont considérés comme ayant une activité de soins primaires, soit 64 % de l'effectif :

- 181 médecins libéraux (les 11 médecins ayant un mode d'exercice particulier exclusif ont été exclus)
- 29 médecins ayant une activité mixte
- 6 médecins salariés (3 en centre de santé et 3 en dispensaire dans les DOM TOM)

Sur ces 216 médecins, 30% (n=64) pratiquent une activité de soins primaires à temps partiel, soit parce qu'ils ont une activité mixte (libérale et salarié), soit parce qu'ils exercent un mode d'exercice particulier. Les médecins généralistes délivrant une offre de soins primaires à temps complet sont donc 152 soit 45% de l'effectif initial.

Cette estimation (64% de médecins exerçant en soins primaires) n'est pas concordante avec celle retrouvée par Vincent LE DRU dans sa thèse : il étudie 10 promotions successives de médecins généralistes formés à Rouen, et estime à 78% le pourcentage de médecins (installés, remplaçants,

collaborateurs) susceptibles de délivrer des soins primaires. Mais ce chiffre tient compte uniquement des statuts déclarés à l'ordre des médecins, et surestime très probablement l'offre de soins primaires délivrée par les médecins généralistes (35).

## 8) Les déterminants des trajectoires d'éloignement de l'exercice traditionnel de la médecine générale

### a) Les conséquences d'un choix de la médecine générale par défaut

Dans notre étude, 69% des médecins généralistes ayant choisi la médecine générale en premier choix sont libéraux, contre 48% pour ceux l'ayant choisi en deuxième ou troisième choix et 50% pour ceux dont la médecine générale ne faisait pas parti des trois premiers choix.

Les médecins salariés avaient tendance à envisager moins souvent la spécialité de médecine générale en début de cursus que les médecins libéraux (45.6% contre 57.9%) mais la différence n'est pas statistiquement significative ( $p=0,088$ ). Ils sont moins nombreux à avoir choisi la médecine générale en premier choix (76.3% contre 88.2%) avec une différence statistiquement significative ( $p=0.014$ ).

Dans sa thèse, G. Kerlir-Lebouc retrouve également un lien entre choix aux ECN et mode d'exercice : 72% des généralistes « volontaires » ont une activité libérale contre 59% pour les généralistes « par défaut » (56). Cette tendance est confirmée dans les thèses de A. Mintandjian et de E. Chabrierie, mais pas dans celle de E. Faget qui ne retrouve pas de différence significative (53) (57) (52).

Le choix initial de faire de la médecine générale semble donc positivement corrélé avec la pratique d'un exercice libéral.

### b) La formation complémentaire

Les médecins généralistes de notre étude ayant choisi la médecine générale « par défaut » réalisent beaucoup plus de formations complémentaires et en particulier de DESC (respectivement 88.7% et 35.8%) par rapport aux médecins ayant choisi la médecine générale en premier choix (respectivement 68.8% et 13.1%)

Les médecins salariés ont également fait beaucoup plus de formations complémentaires que leur collègues libéraux (95.6% contre 59.7%). Les salariés accèdent certainement plus facilement à la formation du fait d'une organisation différente des temps de travail. Mais ce n'est pas seulement une question de disponibilité, la formation complémentaire offre de véritables stratégies de respecialisation pour les médecins hospitaliers. Le titre de médecin généraliste ouvre de multiples perspectives via entre autres la formation complémentaire. A ce sujet, différentes thèses ont montré que le fait de réaliser un DESC orientait les médecins vers une pratique différente de la médecine générale libérale (36,52,53,57). Dans notre étude, 89% des médecins ayant réalisé un DESC sont actuellement salariés.

Les médecins généralistes ne souhaitant pas exercer la médecine générale libérale peuvent donc facilement y « échapper » par la réalisation de formations complémentaires.

### c) Le choix du salariat

G. Bloy identifie 5 types de parcours selon les trajectoires de médecins généralistes qu'elle a suivi sur plusieurs années (18).

- Les « fidèles » (parcours linéaires conformes aux intentions formulées au premier entretien, en médecine générale ou ailleurs).
- Les « reconvertis engagés » (vers une pratique qui n'était pas distinguée au premier entretien mais est venue ensuite éclipser toutes les autres).
- Les réorientations contingentes opportunes (par hasard et essais/erreurs, jusqu'à stabilisation dans un métier qui convient).
- Les réorientations réactives (en réaction à une pratique éprouvée dont on ne veut plus).
- Les parcours incertains (sans ligne directrice ni stabilisation évidentes).

Si nous confrontons ces 5 types de trajectoires avec les données de notre étude, on peut catégoriser 3 processus qui éloignent les médecins généralistes de l'exercice traditionnel de la médecine générale :

- L'intérêt pour une autre pratique découverte avant les ECN ou pendant l'internat qui vient éclipser la médecine générale : cela correspond aux médecins qui choisissent la médecine générale aux ECN tout en sachant qu'ils ne l'exerceront pas de manière traditionnelle (« les fidèles ») et les médecins qui, suite à la découverte d'un exercice particulier pendant leur formation ou après, décident de se spécialiser pour l'exercer de façon plus ou moins exclusive (« les reconvertis engagés »)
- Les réorientations dans les suites d'une mauvaise expérience de la médecine générale (suite à un stage pendant l'internat, un remplacement, une installation) témoignant d'un rejet de la médecine générale, assimilables aux « réorientations réactives »
- Les opportunités professionnelles (proposition de poste salarié...) que l'on peut assimiler aux « réorientations contingentes opportunes »

Chez les médecins salariés de notre étude, la raison la plus souvent évoquée à l'éloignement de la médecine générale libérale est l'intérêt pour une autre pratique professionnelle (53%). Pour la majorité d'entre eux, cet attrait opère après l'ECN, pendant leur formation. L'internat de médecine générale propose un vaste choix de terrain de stage, permettant aux internes d'acquérir des connaissances diverses et variées mais aussi une certaine plasticité qui leur permet de s'adapter à chaque nouveau terrain de stage (18). Les DU et autres formations complémentaires leur permettent de formaliser leurs nouvelles spécialisations. L'internat de médecine générale en formant des médecins polyvalents plutôt que des médecins spécialistes, est donc lui-même à l'origine d'une fuite de ses effectifs. La moitié des médecins salariés de notre étude n'a jamais exercé en libéral, ils se sont donc éloignés de cet exercice avant même de l'avoir expérimenté.

40% des médecins de notre étude semblent avoir rejeté la médecine générale libérale après une mauvaise expérience de cet exercice. 33% d'entre eux se sont éloignés de la médecine libérale dès la formation, après avoir expérimenté la médecine libérale en stage. Pour 53% d'entre eux, cette décision intervient après une période de remplacement en libéral, et pour 15% après une installation.

Enfin, 40% des médecins évoquent une opportunité professionnelle qui les auraient éloignés de la médecine générale libérale. Comme on l'a vu précédemment, la majorité des médecins salariés de notre étude (77%) travaille en centre hospitalier, constat partagé par JM. Juilhard en 2007, « L'hôpital public est devenu le premier employeur de généralistes » (58). L'internat de médecine générale se réalisant essentiellement à l'hôpital, celui-ci garde une partie des médecins généralistes formés en leur proposant un poste salarié en sortie d'internat. (46) . Dès lors, le choix des médecins généralistes de ne pas tous s'orienter en libéral n'est pas seulement personnel mais est influencé par le système de formation (8).

Cette dernière catégorie de médecins se serait peut-être orientée en libéral avec une formation organisée différemment. L'effectif correspond d'ailleurs aux médecins salariés pour qui une installation en libérale pourrait être envisagée. On peut faire l'hypothèse qu'une opportunité pour un exercice libéral dans de bonnes conditions les aurait fait choisir une orientation différente, augmentant de façon non négligeable l'effectif des médecins libéraux (puisque ces médecins salariés « par opportunité » correspondent à 13% de la population répondante).

Ces chiffres viennent confirmer la tendance observée dans les travaux de G. Bloy, à savoir la part élevée des renoncements à la médecine générale libérale, qui ne sont pas le fait d'une hostilité envers cette pratique (18). Si une partie des diplômés de médecine générale la rejette clairement dès son orientation, c'est la diversité des offres alternatives à l'exercice libéral qui détourne la majorité des diplômés de médecine générale.

#### d) Choix d'un mode d'exercice particulier (MEP)

Selon les données recueillies dans notre étude, l'exercice d'un MEP est rarement l'expression d'un rejet de la médecine générale, mais plutôt une stratégie de diversification.

En effet, les  $\frac{3}{4}$  des médecins de notre étude choisissent d'exercer un MEP par attrait pour une pratique particulière ou pour diversifier leur activité (76%), et un bon tiers estime avoir choisi d'exercer un MEP pour répondre à une attente de la part de leur patientèle.

30% le voient comme une pause à l'exercice de la médecine générale : cela n'illustre pas forcément un rejet de cette dernière ; le MEP peut être un « aménagement » nécessaire afin de continuer l'exercice de la médecine générale dans de bonnes conditions. En effet, seuls 8.7% des médecins envisagent d'arrêter leur activité de médecine générale pour se consacrer exclusivement à leur MEP.

## 9) Spécificité de l'exercice selon les facultés

L'intérêt d'une population d'étude issue de 4 facultés différentes est de rechercher un effet faculté-dépendant sur les trajectoires et exercices des médecins formés.

La première constatation est qu'il y a très peu de différences de répartition des statut libéraux, salariés et mixtes selon les facultés (cf. tableau ci-dessous).

Tableau 26 : Répartition des modes d'exercice selon les facultés d'origine (en pourcentage)

Modes d'exercice selon les facultés			
	Libéral	Mixte	Salarié
Angers	57%	12%	31%
Brest	53%	11%	35%
Nantes	58%	5%	37%
Rennes	60%	9%	32%

Finalement, les comparaisons ne montrent pas d'effet faculté-dépendant des différentes variables étudiées. On peut tout au plus observer des tendances selon les facultés :

- Les médecins nantais sont les plus nombreux à avoir indiqué que la médecine générale aux ECN ne faisait pas partie du premier choix (77.5%), ils font plus fréquemment des formations complémentaires (79.3%), et sont les plus nombreux à devenir médecins salariés (36.9%) et à exercer un MEP (22.9%). Ils exercent également plus souvent en ville (57.7%).
- Les médecins brestois sont ceux qui ont la durée de remplacement la plus courte et qui s'installent le plus rapidement après l'internat (délai de 4.2 années).
- Les médecins angevins pensaient davantage que leurs collègues à la médecine générale en début de cursus et sont plus nombreux que la moyenne à avoir indiqué que la médecine générale était leur premier choix aux ECN ; ils réalisent moins de formations complémentaires (60.3%) et sont moins nombreux à exercer de MEP (15.0%) et à être salariés. Ils exercent plus souvent en zone rurale (13.8%).
- Les médecins rennais sont ceux qui ont le plus souvent déclarés la médecine générale comme leur premier choix aux ECN ; l'activité libérale exclusive y est un plus fréquente que pour les autres facultés.

## 10) Répartition géographique des médecins répondants

### a) Les Médecins et la ruralité

Les médecins sont 7.5% à déclarer exercer en zone rurale dans notre étude.

C'est trois fois moins que le pourcentage de la population habitant en zone rurale : dans le recensement de 2014, 22.7% de la population habitaient dans les communes rurales au sens du zonage en unité urbaine (une unité urbaine comporte au moins 2000 habitants avec continuité du bâti (moins de 200m entre les bâtiments) (source INSEE).

L'origine rurale et le souhait d'être médecin généraliste avant le début des études sont deux facteurs associés à une installation en zone rurale (59). Dans notre étude, 11.4% des médecins généralistes ayant vécu la plus grande partie de leur enfance en milieu rural s'y installent contre 5.6% des médecins issus du milieu semi rural et 6.7% des médecins issus du milieu urbain. On observe donc une tendance plus forte à l'installation en rural chez les médecins issus du milieu rural (la différence n'étant cependant pas statistiquement significative dans notre étude).

La désertification des espaces ruraux est un vrai problème de santé publique. Les médecins ne veulent plus s'installer en campagne pour différentes raisons. Les conditions de travail y sont considérées comme plus difficiles : amplitude horaire plus importante, isolement professionnel, permanence des soins vécue comme contraignante, difficulté à se faire remplacer... (60) (58).

Par ailleurs, s'il y a encore quelques années le schéma du couple mono-carrière était la référence, l'évolution sociétale actuelle fait qu'actuellement les jeunes médecins doivent souvent concilier deux carrières au sein de leur couple. Et si les médecins généralistes sont attendus dans les campagnes, le marché de l'emploi pour leur conjoint, le plus souvent issu des catégories socio professionnelles supérieures est rarement compatible avec le monde rural. Or la possibilité pour le conjoint de travailler est une condition très souvent retrouvée dans les études qui recherchent les déterminants à l'installation des médecins généralistes (60) (58) (61) (62) (63). Dans une étude récente du CNOM, 61% des internes et 60% des remplaçants indiquaient la proximité familiale comme un déterminant important à leur installation ; les internes en couples étaient 86% à affirmer l'importance du rôle de leur conjoint dans leur projet d'installation (54).

Dans l'étude de la DREES sur la profession des conjoints des médecins, les médecins ayant un conjoint cadre résidaient plus souvent dans des unités urbaines. Les médecins résidant dans une commune rurale étaient 37 % à avoir un conjoint cadre supérieur, contre 51 % des médecins résidant dans l'agglomération parisienne (42). Ce constat est bien illustré par les résultats de notre étude : les médecins ruraux sont beaucoup moins fréquemment en couple avec un conjoint cadre ou de profession intellectuelle supérieure (32% contre 52% dans la population totale) et 2,5 fois moins souvent en couple avec un médecin (12% contre 29% dans la population totale).

Il est néanmoins positif pour les perspectives futures de l'exercice rural de noter que, dans notre étude, les médecins exerçant en milieu rural ne sont pas moins satisfaits de leur vie professionnelle et de la

conciliation de leur carrière avec leur vie privée que les médecins exerçant en milieu semi-rural ou urbain ; ils ont même tendance à être plus souvent « très satisfait » de leur vie professionnelle par rapport à leurs collègues, et plus nombreux à se considérer satisfait de leur conciliation vie professionnelle- vie privée.

#### b) Les femmes et le monde rural

8.3% des femmes de notre étude exercent en milieu rural contre 6.0% des hommes. Si l'on s'intéresse uniquement aux médecins libéraux, les femmes sont 10,5% à exercer en rural contre 9.0% chez les hommes. Certes la différence est minime, mais ces chiffres surprennent puisque le contraire était attendu.

A.Denoyel-Jaumard et A.Bochaton se sont intéressées à l'effet de la féminisation sur la répartition territoriale des médecins (64). Partant du constat général que les femmes sont plus représentées dans l'exercice urbain, elles s'interrogent sur la tendance de certains discours issus de la sphère médicale et relayés par les médias à associer l'accroissement actuel des inégalités territoriales de la médecine libérale et la féminisation du corps médical. Les femmes limiteraient plus fréquemment leur temps de travail et choisiraient d'exercer à temps partiel afin de concilier vie professionnelle et vie familiale, d'où la conclusion que « 2 femmes-médecins = 1 homme » en termes de temps de travail. Cette situation s'illustre par le tweet du sénateur Mayet du 27 juillet 2015 : « Déserts médicaux, la faute aux femmes ? ». Pour ces deux auteures, cette problématique de désertification des espaces ruraux, s'inscrit, là encore, dans un effet générationnel et non pas genré. Nos chiffres viennent conforter cette approche, d'une manière différente, en réfutant de façon chiffrée la prédilection des femmes pour l'exercice urbain.

#### c) Mobilité géographique des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont tendance à rester travailler dans la région de leur faculté d'origine. Dans la thèse de Vincent Le Dru, 78.5% des médecins en activité régulière issus de la faculté de Rouen, exerçaient en Haute Normandie (35).

Dans une enquête de l'ISNAR réalisée en 2010, 78,7% des internes généralistes interrogés déclarent vouloir exercer dans leur région d'internat (51)

Ces chiffres correspondent à la réalité observée dans notre étude : 73% des médecins répondants exercent dans leur région d'internat. Ils sont même 47% à rester travailler dans leur département d'internat. Les médecins issus des facultés de Nantes et de Brest sont plus de la moitié (respectivement 58% et 56%) à exercer dans le département de leur faculté d'origine.

Si l'on regarde les deux cartes illustrant la répartition des médecins selon le genre et le département exercé (figure 24 et 25), on constate que les femmes sont plus « dispersées » dans tous les départements français que les hommes. Même si cela est difficilement comparable car les effectifs initiaux ne sont pas les mêmes, on peut avancer l'hypothèse que les femmes sont plus souvent amenées à déménager pour suivre leur conjoint.

#### d) Répartition en fonction du zonage ARS

Ce zonage ARS concerne 210 médecins. En effet sur les 335 médecins, 125 exercent dans une commune non concernée par le zonage (dont 101 en Pays de la Loire).

Sur ces 210 médecins, la majorité (54%) exerce en zone de vigilance, 32% exercent en zone d'action complémentaire et 13% en zone d'intervention prioritaire.

Ces chiffres n'ont pas pu être comparés à une moyenne nationale car il n'y a pas de données de ce type publiées ; ce n'est pas l'objectif de ce zonage.

En revanche, on peut comparer ces chiffres à la répartition de la population régionale selon ce zonage, puisque ce sont des données publiées par les ARS. Si l'on s'intéresse aux médecins exerçant en Bretagne, ils sont 3% à exercer en zone d'intervention prioritaire et ces zones concernent 10% de la population bretonne (rapport de 0.3). Concernant les zones d'action complémentaire, 17% des médecins y travaillent et 32% de la population bretonne y habitent (rapport de 0.5). Les zones de vigilance intéressent 80% des médecins, et 58% de la population bretonne (rapport de 1.4).

En comparant avec les Pays de la Loire, la répartition semble légèrement moins inégale : en effet 7% des médecins de cette région exercent en zone d'intervention prioritaire qui concerne 18% de la population (rapport de 0.4). Les zones d'action complémentaire comptabilisent 18% des médecins et 27% de la population (rapport de 0.7). Il n'y a pas de zone de vigilance définie en Pays de la Loire.

## 11) L'exercice en groupe

Une large majorité des médecins libéraux (93%) travaille en groupe : 69% en cabinet de groupe, et 24% en maison pluridisciplinaire. Seulement 9% exercent seul.

Au niveau national, en 2001, 43 % des médecins généralistes libéraux exerçaient en groupe, c'est le cas de 52 % d'entre eux en 2016 (65) et de 61% en 2019 (66) . La différence avec notre étude s'explique probablement par la tranche d'âge des médecins de l'étude : les jeunes médecins sont plus nombreux que leurs aînés à choisir l'exercice en groupe puisque ce chiffre monte à 81% chez les médecins de moins de 50 ans (66). Une étude du CNOM réalisée en 2019 indique que 72% des internes interrogés plébiscitent le travail en groupe (54).

L'exercice de groupe permet notamment la mise en commun de moyens, qu'ils soient humains (secrétariat) ou matériels, la possibilité d'acquérir et de rentabiliser des équipements coûteux, ainsi que davantage de souplesse en matière de conditions de travail (65).

Les maisons de santé sont composées de professionnels de catégories variées (médicaux, paramédicaux, voire pharmaciens) qui ont une activité de soins de premiers recours sans hébergement. Souvent issues d'initiatives locales, ces structures se distinguent des cabinets de groupes traditionnels par leur caractère pluriprofessionnel et la formalisation d'un projet de santé visant à répondre aux besoins de soins de la

population. Ces structures sont en plein essor, on en dénombrait 436 en 2014 (67), deux ans plus tard elles sont près de 800 (68) et 910 en 2017 (donné du ministère de la santé). Ces maisons de santé sont principalement implantées dans l'espace à dominante rurale, et en particulier dans des espaces défavorisés en offre de soins (67).

## 12) Rôle social des médecins généralistes

Le sociologue Parsons a étudié le rôle social de la médecine qui ne fait pas que traiter les pathologies mais qui contribue à l'intégration sociale des patients quand ceux-ci, du fait de leur maladie, ne sont plus à même d'exercer leurs rôles sociaux (par exemple : aller travailler). En donnant un statut de malade au patient, le médecin lui permet de déroger à ses activités habituelles de façon légitime. En retour, le patient s'engage à suivre les traitements et à vouloir aller mieux.

Cette théorie sociale a eu le mérite de mettre en lumière le rôle social des professionnels de santé et nous avons voulu savoir dans cette enquête, si les jeunes médecins concevaient leur pratique au-delà du seul domaine clinique, en intégrant par exemple la question des inégalités sociales de santé et de l'intégration sociale des patients. On sait par exemple que le manque de support sociaux ou les conditions de vie précaires sont en général des freins dans la bonne observance des traitements.

Les réponses observées dans notre étude amènent à plusieurs constats :

- Tout d'abord, la question mobilise beaucoup les répondants puisque seulement trois médecins n'y ont pas répondu. La question fait donc sens auprès des médecins de notre étude.
- 2/3 des répondants envisagent leur métier au-delà de la seule clinique : en effet 71% indiquent que prendre en compte l'intégration sociale et les inégalités de santé est une dimension du métier.
- Il n'y a pas d'effet de genre.
- Contre toute attente, on observe une sensible différence entre les libéraux et les salariés, puisque les salariés sont plus nombreux à prendre en compte cette dimension sociale du métier (tableau 26). On aurait pu penser que le médecin généraliste libéral, de par sa fonction de médecin de famille, serait plus à même d'envisager le patient dans sa globalité ; il serait donc plus concerné par ces problématiques sociales que le médecin hospitalier qui lui est confronté au patient pour une pathologie spécifique à un temps donné. Mais cette représentation est finalement une vision très réductrice de la prise en charge pluridisciplinaire hospitalière.

Le tableau suivant reprend les réponses des médecins salariés et libéraux en fonction de la moyenne générale :

*Tableau 27: Réponses des médecins salariés et libéraux sur la question concernant le rôle social des médecins généralistes, exprimées en différence de pourcentage par rapport aux résultats de la population totale.*

« Pour vous, est-ce que le médecin a un rôle face à l'intégration sociale et aux inégalités de santé ? »		
	Libéraux	Salariés
"OUI, c'est une dimension du métier"	-3,8%	+7,3%
"C'est à l'appréciation de chacun"	+2,2%	-4,3%
"Non"	+1,5%	-3,0%

### 13) Les autres engagements

41% des médecins ont déclaré avoir d'autres formes d'engagement en dehors du travail.

Comparativement, en 2013, l'engagement associatif concernait 42% des français de plus de 16 ans, 44% des hommes et 40% des femmes. Le caractère genré est plus prononcé dans notre étude puisqu'il y a presque 14 points d'écart entre les hommes et les femmes (40.4% chez les femmes et 53.8% chez les hommes) (69). Les hommes semblent donc plus « tournés » vers l'espace public.

Si le taux d'engagement associatif dans notre étude est comparable à la moyenne nationale, il faut tout de même noter que l'engagement associatif des cadres et professions intellectuelles supérieures s'élève plutôt à 60%, donc bien au-dessus de nos chiffres (69). On aurait donc pu s'attendre à un engagement plus prononcé chez les médecins du fait du statut et des rôles sociaux associés à la profession

Etonnement, c'est en zone urbaine que l'engagement est le moins prononcé, à tous niveaux (associatif, syndicat, responsabilité locale) ; là où pourtant l'offre est la plus grande. Les médecins ruraux et semi-ruraux, qui exercent une médecine de territoire, semblent plus engagés localement.

Les réponses proposées à cette question auraient mérité d'être plus précises ; il aurait été intéressant de séparer les différents engagements associatifs (loisirs, professionnel, politique...) afin d'aller plus loin dans l'interprétation de ces données. Cependant la nécessité d'un questionnaire court et concis (afin de favoriser la réponse des professionnels interrogés) nous a contraint à limiter les explorations.

## VI. Conclusion

La médecine générale a évolué ces dernières années. Notre étude concerne une population jeune mais ayant déjà fait l'expérience de la profession, ce qui permet de réactualiser certains constats émanant d'anciennes publications.

La féminisation de la profession constatée ces dernières décennies a participé à ces évolutions. Mais, contre toute attente, elle ne s'accompagne pas d'une pratique sexuée de la médecine générale et on observe finalement peu de différences dans l'exercice de cette médecine entre les hommes et les femmes de notre population d'étude. Ces changements seraient donc plus un effet de génération qu'un effet de genre.

Cette étude illustre la polyvalence de la médecine générale, tant par le contenu de son activité que par les multiples façons de l'exercer. Le diplôme de médecine générale ne se limite pas à la médecine libérale et autorise de multiples exercices.

Les médecins généralistes se spécialisent via la formation complémentaire pour enrichir leurs compétences mais cela les éloigne parfois de l'activité de soins primaires. Ainsi, en éliminant les exercices salariés et libéraux spécialisés, l'activité de soins primaires concernait 64% de l'effectif dont 30% qui l'exerçaient de façon partielle (activité salariée ou mode d'exercice particulier exercés conjointement à leur activité de médecine générale).

Les modes d'exercice des médecins généralistes évoluent avec une progression du salariat. Nos résultats n'illustrent pas la supériorité de l'un ou l'autre en termes de qualité de vie professionnelle ou personnelle. Les récentes évolutions de la profession libérale autorisent plus de flexibilité dans la gestion de cet exercice : le libéral ne semble plus incompatible avec la vie familiale. Les raisons de la progression du salariat sont donc autres ; une part importante des médecins s'éloigne de cet exercice à la suite d'opportunités rencontrées ou par attrait pour une spécialisation découverte pendant leur formation. Finalement, la majorité des trajectoires d'éloignement de l'exercice libéral ne sont pas l'expression d'un rejet de cet exercice. Une meilleure valorisation du milieu libéral pendant l'internat de médecine générale permettrait peut-être d'éviter la fuite d'une partie de ses effectifs.

Imprimé n° 4



Scolarité médecine 3<sup>ème</sup> cycle  
2 avenue Professeur Léon Bernard  
35043 RENNES Cedex

## FACULTE DE MEDECINE

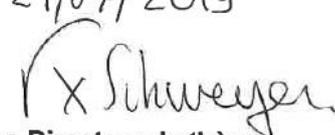
NOM et Prénom : LE COADOU Laure

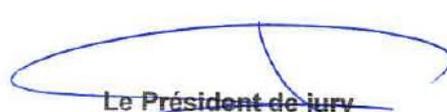
### TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Titre :

Etude des trajectoires professionnelles des médecins généralistes angevins, brestois, nantais et rennais ayant passé l'Examen Classant National (ECN) en 2004, 2005 et 2006.

Rennes, le 29/04/2019  
  
Le Directeur de thèse

Rennes, le 17 04 2019  
  
Le Président de jury

**Vu et permis d'imprimer**

**Professeur P. JEGO**  
Service de Médecine Interne  
CHU Rennes - Hôpital Sud  
Tél. 02 99 26 71 28 - Fax 02 99 26 71 95  
N° RPPS : 10002647039

Rennes, le - 2 MAI 2019



Le Président de l'Université  
de Rennes

Président et par délégation  
le Vice-Président  
D. ALIS

## VII. Bibliographie

1. Mourgues J-M. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2018. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018.
2. Lucas-Gabrielli V, Mangeney C. Comment améliorer les mesures d'accessibilité aux soins pour mieux cibler les zones sous-denses ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Fevr 2019;67:25-32.
3. DGOS. Territoire de vie-santé - zonage médecin Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2019 [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/zonage-medecin>.
4. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr>.
5. Lapeyre N, Le Feuvre N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Revue française des affaires sociales*. 2005;(1):59-81.
6. Robelet M, Lapeyre N, Zolesio E. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Rapport de recherche pour le Conseil national de l'ordre des médecins. nov 2006.
7. Conditions d'exercice des médecins généralistes des Pays de la Loire en 2007. Observatoire régional de la santé - Union régionale des médecins libéraux; 2008 Février.
8. Hubert E. Rapport du Docteur Elisabeth Hubert : mission de concertation sur la médecine de proximité . 2010 nov.
9. Lapeyre N, Robelet M. Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes, Abstract. *Sociologies pratiques*. sept 2007;(14):19-30.
10. Chaput H, Monziol M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Etudes et Résultats, DREES*. mai 2019;1113.
11. Verger P, Bocquier A, Bournot M-C, Buyck J-F, Carrier H, Chaput H, et al. Le panel de médecins généralistes de ville : éclairages sur les enjeux de la médecine de premier recours d'aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*. 25 oct 2017;(3):213-35.
12. Paraponaris A, Ventelou B, Verger P, Desprès P, Aubry C, Colin C, et al. La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux. *Revue française des affaires sociales*. 16 déc 2011;(2):29-47.
13. Deriaz S, Bridel L, Tissot J-D. Profession médecin : choix et perspectives selon le genre. *Revue Médicale Suisse*. juill 2010;6.
14. Nathalie Lapeyre, Magali Robelet. Féminisation des groupes professionnels : en médecine générale comme ailleurs ? In: *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP; 2010. p. 365.
15. Legmann M. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2010. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2010.
16. Boukhors G. Exercice libéral ou salarié : qu'est-ce qui détermine le choix des médecins généralistes ? Étude qualitative auprès des jeunes médecins de Gironde [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2014.

17. Le Breton-Lerouillois G, Rault J. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
18. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? " Les enseignements du suivi qualitatif d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). DRESS, série Études et Recherches, n°104. 2010;144 p.
19. Afonso M, Bénard A, Chapron A, Guillemain F, A., Guillo S, et al. Les soins primaires : une définition du champ pour développer la recherche. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. mars 2018;66(2):157-62.
20. Code de la santé publique. Article L1411-11-1; LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
21. Gay B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. juin 2013;61(3):193-8.
22. Schweyer F-X. Démographie de la médecine générale. In: Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010.
23. Bloy G. Comment peut-on devenir généraliste aujourd'hui ? Le renouvellement des médecins généralistes vu à travers une cohorte de jeunes diplômés. Revue française des affaires sociales. 2011;9-28.
24. ONDPS. Le rapport 2006-2007 de l'Observatoire national de démographie des professions de santé. Tome 1: la médecine générale. La Documentation française.; 2008.
25. Le Breton-Lerouillois G, Rault J-F. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2014.
26. Rietvelt S. Étude descriptive sur le devenir professionnel des 130 médecins généralistes nouvellement inscrits à l'ordre des médecins de la Nièvre de 2006 à 2015 [Thèse d'exercice]. Université de Bourgogne; 2016.
27. Données statistiques sur la démographie des professionnels de santé libéraux (données SNIR et AMOS) [Internet]. Assurance maladie; Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/demographie/effectifs-et-densite.php>
28. Bloy G. Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence. Rapport annuel 2006-2007 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) Tome 1 : Médecine générale. 2008;137-73.
29. Hardy-Dubernet A-C, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Roy FL, Blanc M-A. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins. 2001 nov.
30. Gauthier S. Le droit au remords vers la médecine générale : quels en sont les enjeux ? [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1; 2017.
31. Faure Y. Médecine générale : le tout pour le tout ? Tensions entre principe des choix et genèse des goûts. In: Singuliers généralistes. Presses de l'EHESP; 2010. p. 329-46.
32. Lefèvre JH, Karila L, Kernéis S, Fiessinger J-N, Rouprêt M. Désintérêt des futurs médecins pour la médecine générale. Résultats d'une enquête nationale sur les choix de spécialisation auprès de 1 870 externes français. La Presse Médicale, Tome 39. mars 2010;(3).
33. Rouger A-S. La médecine générale : un choix par défaut aux Épreuves Classantes Nationales ? Étude multicentrique sur la concrétisation des souhaits des étudiants aux ECN [Thèse d'exercice]. Université de Rouen Normandie; 2013.

34. Fauvet L. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2011. DRESS, Etudes et résultats n°802. mars 2012.
35. Ledru V. Devenir professionnel des résidents et internes de médecine générale formes à Rouen (1999 - 2008) [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2014.
36. Groboz-Lecoq D. Etude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisées [Thèse d'exercice]. Université de Nice Sophia Antipolis; 2014.
37. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. DRESS, Etudes et Résultats. mars 2012;797.
38. Union régionale des médecins libéraux du Pays de la Loire. Vie professionnelle, vécu du travail et état de santé des médecins généralistes des Pays de la Loire. 2010 juin.
39. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. URML Ile de France : Commission prévention et santé publique. 2007.
40. Delbrouck M. Burn-out et médecine. Cahiers de psychologie clinique n°28. mars 2007;121-32.
41. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi J-C, Leopold Y, Verger P. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. Sante Publique. 1 oct 2009;Vol. 21(4):355-64.
42. Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Études et résultats n°430. sept 2005.
43. Mourgues J-M. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales, situation au 1er janvier 2018. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2018.
44. Hardy-Dubernet A-C. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ?, Abstract. Revue française des affaires sociales. 2005;(1):35-58.
45. Pailhé A, Solaz A. Vie professionnelle et naissance des enfants : la charge de la conciliation repose essentiellement sur les femmes. | Base documentaire | BDSP. Population et sociétés. sept 2006;426.
46. Bloy G. A quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. Revue française des affaires sociales. 2014;172-91.
47. La démographie des médecins (RPPS) au 1er janvier [Internet]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
48. Lapeyre N, Feuvre NL. Concilier l'inconciliable ? Le rapport des femmes à la notion de « conciliation travail-famille » dans les professions libérales en France. Nouvelles Questions Feministes. 2004;23(3):42-58.
49. Brugeilles C, Sebille P. La participation des pères aux soins et à l'éducation des enfants [L'influence des rapports sociaux de sexe entre les parents et entre les générations]. Revue des politiques sociales et familiales. 2009;95(1):19-32.
50. Motte-Baumvol B, Belton-Chevallier L, Shearmur RG. Différences de genre et formes de dépendances des conjoints biactifs dans l'accompagnement des enfants. Géographie, économie, société. 14 oct 2011;Vol. 13(2):189-206.
51. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011.
52. Faget E. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes: Premiers pas d'une cohorte haut-normande [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2016.

53. Mintandjian A. Étude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Île-de-France : étude de cohorte [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2015.
54. CNOM. Etude sur l'installation des jeunes médecins [Internet]. 2019 avr. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/3184>
55. Eyraud S. Le devenir professionnel des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à Nantes en 1999, 2000 et 2001 [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2007.
56. Kerlir Lebouc G. Devenir socio-professionnel en 2011 des internes entrés en TCEM de médecine générale à la Faculté de médecine d'Angers de 2001 à 2004. Développement d'un outil informatique de recensement périodique [Thèse d'exercice]. Université d'Angers; 2011.
57. Chabrierie E. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes formés en Auvergne [Thèse d'exercice]. Université de Clermont I; 2015.
58. Juilhard J-M. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ? Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale. 2007 oct. Report No.: 14.
59. Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature [Thèse d'exercice]. Université Rennes I; 2015.
60. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Thèse d'exercice]. Université de Grenoble; 2013.
61. Gicquel P, Canévet J-P. Déterminants de l'installation en zone rurale: enquête auprès des médecins généralistes de Loire-Atlantique. France; 2010.
62. Dagot J. Les déterminants, guidant a priori le choix d'un exercice en maison de santé rurale chez les internes de médecine générale: étude à travers l'exemple de la future maison de santé de Captieux (Gironde) [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.
63. Lemoine P. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinion sur les mesures incitatives: enquête auprès des diplômés de médecine générale des facultés de médecine de Lille (promotions 2004 à 2008) [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé; 2014.
64. Denoyel-Jaumard A, Bochaton A. Des pratiques et espaces médicaux en transformation: effet générationnel ou conséquences de la féminisation de la profession? Revue Francophone sur la Santé et les Territoires. déc 2015;
65. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux :comment les définir ? Comment les mesurer ? Les Dossiers de la DREES; 2017 mai. Report No.: 17.
66. Chaput H, Monziol M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe - Ministère des Solidarités et de la Santé. Etudes et Résultats, DREES. mai 2019;1114.
67. Chevillard G. Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. [Thèse d'exercice]. Paris-Ouest-Nanterre-la-Défense; 2015.
68. Barlet M, Marbot C. Portrait des professionnels de santé. Panoramas de la DREES; 2016.
69. INSEE. Trente ans de vie associative - Insee Première.

## VIII. Glossaire

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecin

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ECN : Examen Classant National

MEP : Mode d'Exercice Particulier

DESC : Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement pour Personne Agées Dépendantes

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

ARS : Agence Régionale de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

## IX. Annexes

Les 4 tableaux suivants récapitulent la majorité des résultats statistiques selon les variables étudiées. Ils reprennent également les comparaisons selon le genre, le mode d'exercice, le lieu d'exercice et la faculté d'origine, réalisées avec le test du Chi2 et le test exact de Fischer (<https://biostatgv.sentiweb.fr>). Le valeur p illustrant la significativité statistique est indiquée dans la dernière colonne.

NB : La mention « NR » indique que la valeur p n'a pas pu être calculée par les moyens à disposition (test de Fischer et jeu de données trop important).

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des réponses (effectif global et selon le genre) et comparaisons selon le genre.

	Total		Hommes	%	Femmes	%	p
<b>Effectif</b>	335		117	34,9%	218	65,1%	
<b>Promotion</b>							0.59
2004	104	68,9%	39	33,3%	65	29,8%	
2005	110	60,8%	40	34,2%	70	32,1%	
2006	121	65,4%	38	32,5%	83	38,1%	
<b>Statut marital</b>							0.95
Célibataire	19	5,7%	6	5,1%	13	6,0%	
En couple, marié	306	91,3%	108	92,3%	198	90,8%	
Divorcé, séparé	10	3,0%	3	2,6%	7	3,2%	
Veuf	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
<b>Influence de la carrière du conjoint</b>							0.13
Oui	106	34,6%	31	28,7%	75	37,9%	
Non	197	64,4%	76	70,4%	121	61,1%	
<i>Non précisé</i>	3	1,0%	0	0,0%	3	1,5%	
<b>Profession du conjoint</b>							1,6 E-9
Médecin	98	32,0%	38	35,2%	60	30,3%	
Autre profession médicale ou paramédicale	37	12,1%	29	26,9%	8	4,0%	
Profession sans lien avec santé	156	51,0%	34	31,5%	122	61,6%	
Sans profession	15	4,9%	7	6,5%	8	4,0%	
<b>Enfant</b>							0.65
Oui	286	85,4%	98	83,8%	188	86,2%	
Non	49	14,6%	19	16,2%	30	13,8%	
<b>Lieu enfance</b>							0.13
Rural	79	23,6%	27	23,1%	52	23,9%	
Semi-rural	107	31,9%	30	25,6%	77	35,3%	
Urbain	149	44,5%	60	51,3%	89	40,8%	
<b>"Quand vous avez débuté vos études de médecine, est ce que vous pensiez à la médecine générale ? "</b>							0.50
Oui	180	53,7%	68	58,1%	112	51,4%	
Non	114	34,0%	36	30,8%	78	35,8%	
Ne sait pas	41	12,2%	13	11,1%	28	12,8%	
<b>Choix de MG aux ECN :</b>							0.34
Premier choix	282	84,2%	94	80,3%	188	86,2%	
2ème ou 3ème choix	47	14,0%	20	17,1%	27	12,4%	
> 3 premiers choix	6	1,8%	3	2,6%	3	1,4%	

	Total		Hommes	%	Femmes	%	p
<b>Stage de 6 mois en médecine générale pendant l'internat</b>							
Oui	320	95,5%	112	95,7%	208	95,4%	0.89
Non	15	4,5%	5	4,3%	10	4,6%	
<b>Formation complémentaire</b>							
Oui	241	71,9%	83	70,9%	158	72,5%	0.86
Non	94	28,1%	34	29,1%	60	27,5%	
DESC	56	16,7%	31	26,5%	25	11,5%	7.7 E-4
DU	181	54,0%	52	44,4%	129	59,2%	0.014
Master	16	4,8%	8	6,8%	8	3,7%	0.30
Capacité	65	19,4%	28	23,9%	37	17,0%	0.16
Autre Formation	35	10,4%	16	13,7%	19	8,7%	0.22
<b>"En pensant à votre activité professionnelle actuelle, vous diriez que vous ?"</b>							
Très Satisfait	134	40,0%	54	46,2%	80	36,7%	0.27
Satisfait	183	54,6%	58	49,6%	125	57,3%	
Peu satisfait	14	4,2%	3	2,6%	11	5,0%	
Pas du tout satisfait	3	0,9%	1	0,9%	2	0,9%	
Non précisé	1	0,3%	1	0,9%	0	0,0%	
<b>"En pensant à votre conciliation vie professionnelle- vie privée, vous diriez que vous êtes "</b>							
Très Satisfait	69	20,6%	24	20,5%	45	20,6%	0.97
Satisfait	202	60,3%	72	61,5%	130	59,6%	
Peu satisfait	59	17,6%	19	16,2%	40	18,3%	
Pas du tout satisfait	5	1,5%	2	1,7%	3	1,4%	
<b>"Pour vous, est-ce que le médecin a un rôle face à l'intégration sociale et aux inégalités de santé ?"</b>							
Oui, c'est une dimension du métier	240	71,6%	84	71,8%	156	71,6%	0.17
C'est à l'appréciation de chacun	82	24,5%	25	21,4%	57	26,1%	
Non	10	3,0%	6	5,1%	4	1,8%	
Non précisé	3	0,9%	2	1,7%	1	0,5%	
<b>Autres formes d'engagement en dehors de l'activité professionnelle :</b>							
Oui	151	45,1%	63	53,8%	88	40,4%	0.024
Non	184	54,9%	54	46,2%	130	59,6%	
Association « professionnelle »	87	26,0%	37	31,6%	50	22,9%	
Association autre	68	20,3%	26	22,2%	42	19,3%	
Syndicat	10	3,0%	6	5,1%	4	1,8%	
Responsabilité locale	11	3,3%	8	6,8%	3	1,4%	
Autre	28	8,4%	18	15,4%	10	4,6%	
<b>Lieu d'exercice</b>							
En zone rurale	25	7,5%	7	6,0%	18	8,3%	0.55
En zone semi rurale	139	41,5%	46	39,3%	93	42,7%	
En zone urbaine	171	51,0%	64	54,7%	107	49,1%	
<b>Exercice actuel</b>							
Libéral exclusif	192	57,3%	66	56,4%	126	57,8%	0.75
Exercice mixte	29	8,7%	12	10,3%	17	7,8%	
Exercice salarié	114	34,0%	39	33,3%	75	34,4%	
<b>Premier Poste</b>							
Remplaçant	226	67,5%	67	57,3%	159	72,9%	0.014
Salarié	75	22,4%	32	27,4%	43	19,7%	
Mixte	28	8,4%	14	12,0%	14	6,4%	
Installé	6	1,8%	4	3,4%	2	0,9%	

Annexe 2 : Tableau récapitulatif et comparatif des réponses selon le mode d'exercice

	Libéraux	%	Salariés	%	p
Effectif	221		114		
Sexe					0.94
Homme	78	35,3%	39	34,2%	
Femme	143	64,7%	75	65,8%	
Promotion					0.42
2004	64	61,5%	40	38,5%	
2005	77	70,0%	33	30,0%	
2006	80	66,1%	41	33,9%	
Statut marital					0.62
Célibataire	11	5,0%	8	7,0%	
En couple, marié	204	92,3%	102	89,5%	
Divorcé, séparé	6	2,7%	4	3,5%	
Veuf	0	0,0%	0	0,0%	
Influence de la carrière du conjoint					0.64
Oui	73	35,8%	33	32,4%	
Non	129	63,2%	68	66,7%	
<i>Non précisé</i>	1	0,5%	2	2,0%	
Enfant					0.36
Oui	192	86,9%	94	82,5%	
Non	29	13,1%	20	17,5%	
Lieu enfance					0.82
Rural	52	23,5%	27	23,7%	
Semi-rural	73	33,0%	34	29,8%	
Urbain	96	43,4%	53	46,5%	
"Quand vous avez débuté vos études de médecine, est ce que vous pensiez à la MG ?					0.088
Oui	128	57,9%	52	45,6%	
Non	67	30,3%	47	41,2%	
Ne sait pas	26	11,8%	15	13,2%	
Choix de MG aux ECN :					0.014
Premier choix	195	88,2%	87	76,3%	
2ème ou 3ème choix	23	10,4%	24	21,1%	
> 3 premiers choix	3	1,4%	3	2,6%	
Stage de 6 mois en médecine générale pendant l'internat					0.058
Oui	215	97,3%	105	92,1%	
Non	6	2,7%	9	7,9%	
Formation complémentaire					1.1 E-11
Oui	132	59,7%	109	95,6%	
Non	89	40,3%	5	4,4%	
DESC	6	2,7%	50	43,9%	5.0 E-21
DU	103	46,6%	78	68,4%	2.3 E-4
Master	5	2,3%	11	9,6%	6.3 E-4
Capacité	20	9,0%	45	39,5%	6.8 E-11
Autre Formation	24	10,9%	11	9,7%	0.88

	Libéraux	%	Salariés	%	p
<b>"En pensant à votre activité professionnelle actuelle, vous diriez que vous ?"</b>					0.60
Très Satisfait	86	38,9%	48	42,1%	
Satisfait	123	55,7%	60	52,6%	
Peu satisfait	10	4,5%	4	3,5%	
Pas du tout satisfait	1	0,5%	2	1,8%	
<i>Non précisé</i>	1	0,5%	0	0,0%	
<b>"En pensant à votre conciliation vie professionnelle- vie privée, vous diriez que vous êtes "</b>					0.53
Très Satisfait	45	20,4%	24	21,1%	
Satisfait	132	59,7%	70	61,4%	
Peu satisfait	39	17,6%	20	17,5%	
Pas du tout satisfait	5	2,3%	0	0,0%	
<b>"Pour vous, est-ce que le médecin a un rôle face à l'intégration sociale et aux inégalités de santé ?"</b>					0.014
Oui, c'est une dimension du métier	150	67,9%	90	78,9%	
C'est à l'appréciation de chacun	59	26,7%	23	20,2%	
Non	10	4,5%	0	0,0%	
<i>Non précisé</i>	2	0,9%	1	0,9%	
<b>Autres formes d'engagement en dehors de l'activité professionnelle :</b>					0.8374
Oui	101	45,7%	50	43,9%	
Non	120	54,3%	64	56,1%	
Association en lien avec activité professionnelle	62	28,1%	25	21,9%	
Association autre	48	21,7%	20	17,5%	
Syndicat	8	3,6%	2	1,8%	
Responsabilité locale	10	4,5%	1	0,9%	
Autre	17	7,7%	11	9,6%	
<b>Lieu d'exercice</b>					9.9 E-15
En zone rurale	22	10,0%	3	2,6%	
En zone semi rurale	120	54,3%	19	16,7%	
En zone urbaine	79	35,7%	92	80,7%	
<b>Premier Poste</b>					2.9 E-26
Remplaçant	187	84,6%	39	34,2%	
Salarié	11	5,0%	64	56,1%	
Mixte	18	8,1%	10	8,8%	
Installé	5	2,3%	1	0,9%	

Annexe 3 : tableau récapitulatif et comparatif des réponses selon le lieu d'exercice

	Rural	%	Semi-rural	%	Urbain	%	p
Effectif totaux	25		139		171		
Sexe							0.55
Homme	7	28,0%	46	33,1%	64	37,4%	
Femmes	18	72,0%	93	66,9%	107	62,6%	
Promotion							0.71
2004	10	9,6%	40	38,5%	54	51,9%	
2005	6	5,5%	45	40,9%	59	53,6%	
2006	9	7,4%	54	44,6%	58	47,9%	
Statut marital							0.29
Célibataire	1	4,0%	11	7,9%	7	4,1%	
En couple, marié	24	96,0%	126	90,6%	156	91,2%	
Divorcé, séparé	0	0,0%	2	1,4%	8	4,7%	
Veuf	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Influence de la carrière du conjoint							0.80
Oui	7	28,0%	43	30,9%	56	32,7%	
Non	17	68,0%	81	58,3%	99	57,9%	
Non précisé	0	0,0%	2	1,4%	1	0,6%	
Enfant							0.68
Oui	23	92,0%	119	85,6%	144	84,2%	
Non	2	8,0%	20	14,4%	27	15,8%	
Lieu enfance							0.066
Rural	9	36,0%	33	23,7%	37	21,6%	
Semi-rural	6	24,0%	54	38,8%	47	27,5%	
Urbain	10	40,0%	52	37,4%	87	50,9%	
"Quand vous avez débuté vos études de médecine, est ce que vous pensiez à la MG ? "							0.24
Oui	18	72,0%	79	56,8%	83	48,5%	
Non	5	20,0%	45	32,4%	64	37,4%	
Ne sait pas	2	8,0%	15	10,8%	24	14,0%	
Choix de MG aux ECN :							0.037
Premier choix	23	92,0%	125	89,9%	134	78,4%	
2ème ou 3ème choix	2	8,0%	13	9,4%	32	18,7%	
> 3 premiers choix	0	0,0%	1	0,7%	5	2,9%	
Stage de 6mois en médecine générale pendant l'internat							0.65
Oui	24	96,0%	131	94,2%	165	96,5%	
Non	1	4,0%	8	5,8%	6	3,5%	
Formation complémentaire							1.1 E-4
Oui	18	72,0%	82	59,0%	141	82,5%	
Non	7	28,0%	57	41,0%	30	17,5%	
DESC	1	4,0%	6	4,3%	49	28,7%	9.6 E-5
DU	15	60,0%	70	50,4%	96	56,1%	0.49
Master	2	8,0%	5	3,6%	9	5,3%	0.47
Capacité	1	4,0%	16	11,5%	48	28,1%	1.2 E-4
Autre Formation	4	16,0%	8	5,8%	23	13,5%	0.037

	Rural	%	Semi-rural	%	Urbain	%	p
"En pensant à votre activité professionnelle actuelle, vous diriez que vous ?"							0.73
Très Satisfait	13	52,0%	50	36,0%	71	41,5%	
Satisfait	11	44,0%	82	59,0%	90	52,6%	
Peu satisfait	1	4,0%	5	3,6%	8	4,7%	
Pas du tout satisfait	0	0,0%	1	0,7%	2	1,2%	
<i>Non précisé</i>	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%	
"En pensant à votre conciliation vie professionnelle- vie privée, vous diriez que vous êtes "							0.72
Très Satisfait	5	20,0%	28	20,1%	36	21,1%	
Satisfait	17	68,0%	80	57,6%	105	61,4%	
Peu satisfait	3	12,0%	27	19,4%	29	17,0%	
Pas du tout satisfait	0	0,0%	4	2,9%	1	0,6%	
"Pour vous, est-ce que le médecin a un rôle face à l'intégration sociale et aux inégalités de santé ?"							0.96
Oui, c'est une dimension du métier	19	76,0%	99	71,2%	122	71,3%	
C'est à l'appréciation de chacun	5	20,0%	35	25,2%	42	24,6%	
Non	1	4,0%	4	2,9%	5	2,9%	
<i>Non précisé</i>	0	0,0%	1	0,7%	2	1,2%	
Autres formes d'engagement en dehors de l'activité Professionnelle :							0.25
Oui	11	44,0%	70	50,4%	70	40,9%	
Non	14	56,0%	69	49,6%	101	59,1%	
Association en lien avec activité pro	8	32,0%	40	28,8%	39	22,8%	
Association autre	7	28,0%	34	24,5%	27	15,8%	
Syndicat	1	4,0%	7	5,0%	2	1,2%	
Responsabilité locale	1	4,0%	6	4,3%	4	2,3%	
Autre	3	12,0%	10	7,2%	15	8,8%	
Exercice actuel							6.5 E-15
Libéral exclusif	15	60,0%	107	77,0%	70	40,9%	
Exercice mixte	7	28,0%	13	9,4%	9	5,3%	
Exercice salarié	3	12,0%	19	13,7%	92	53,8%	
Premier Poste							5.4 E-9
Remplaçant	21	84,0%	109	78,4%	96	56,1%	
Salarié	1	4,0%	11	7,9%	63	36,8%	
Mixte	2	8,0%	16	11,5%	10	5,8%	
Installé	1	4,0%	3	2,2%	2	1,2%	

Annexe 4 : Tableau récapitulatif et comparatif des réponses selon les facultés d'origine

	Angers	%	Brest	%	Nantes	%	Rennes	%	p
Effectif totaux	58		62		111		104		
Sexe									0.75
Homme	21	36,2%	21	33,9%	35	31,5%	40	38,5%	
Femmes	37	63,8%	41	66,1%	76	68,5%	64	61,5%	
Lieu enfance									0.33
Rural	17	29,3%	14	22,6%	28	25,2%	20	19,2%	
Semi-rural	23	39,7%	21	33,9%	30	27,0%	33	31,7%	
Urbain	18	31,0%	27	43,5%	53	47,7%	51	49,0%	
"Quand vous avez débuté vos études de médecine, est ce que vous pensiez à la MG ? »									0.59
Oui	34	58,6%	31	50,0%	60	54,1%	55	52,9%	
Non	17	29,3%	19	30,6%	40	36,0%	38	36,5%	
Ne sait pas	7	12,1%	12	19,4%	11	9,9%	11	10,6%	
Choix de MG aux ECN :									0.046
Premier choix	51	87,9%	50	80,6%	86	77,5%	95	91,3%	
2ème ou 3ème choix	7	12,1%	11	17,7%	20	18,0%	9	8,7%	
> 3 premiers choix	0	0,0%	1	1,6%	5	4,5%	0	0,0%	
Stage de 6mois en médecine générale pendant l'internat									0.73
Oui	55	94,8%	58	93,5%	106	95,5%	101	97,1%	
Non	3	5,2%	4	6,5%	5	4,5%	3	2,9%	
Formation complémentaire									0.060
Oui	35	60,3%	46	74,2%	88	79,3%	72	69,2%	
Non	23	39,7%	16	25,8%	23	20,7%	32	30,8%	
DESC	11	19,0%	4	6,5%	24	21,6%	17	16,3%	0.077
DU	25	43,1%	31	50,0%	68	61,3%	57	54,8%	0.13
Master	6	10,3%	4	6,5%	3	2,7%	3	2,9%	0.10
Capacité	4	6,9%	15	24,2%	25	22,5%	21	20,2%	0.059
Autre Formation	8	13,8%	7	11,3%	9	8,1%	11	10,6%	0.71
"Pour vous, est-ce que le médecin a un rôle face à l'intégration sociale et aux inégalités de santé ?"									0.55
Oui, c'est une dimension du métier	40	69,0%	48	77,4%	79	71,2%	73	70,2%	
C'est à l'appréciation de chacun	15	25,9%	13	21,0%	25	22,5%	29	27,9%	
Non	3	5,2%	1	1,6%	5	4,5%	1	1,0%	
Non précisé	0	0,0%	0	0,0%	2	1,8%	1	1,0%	
Autres formes d'engagement en dehors de l'activité professionnelle :									0.84
Oui	29	50,0%	26	41,9%	49	44,1%	47	45,2%	
Non	29	50,0%	36	58,1%	62	55,9%	57	54,8%	
Lieu d'exercice									0.16
En zone rurale	8	13,8%	6	9,7%	3	2,7%	8	7,7%	
En zone semi rurale	21	36,2%	28	45,2%	44	39,6%	46	44,2%	
En zone urbaine	29	50,0%	28	45,2%	64	57,7%	50	48,1%	
Exercice actuel									0.74
Libéral exclusif	33	56,9%	33	53,2%	64	57,7%	62	59,6%	
Exercice mixte	7	12,1%	7	11,3%	6	5,4%	9	8,7%	
Exercice salarié	18	31,0%	22	35,5%	41	36,9%	33	31,7%	
Premier Poste									NR*
Remplaçant	41	70,7%	44	71,0%	69	62,2%	72	69,2%	
Salarié	12	20,7%	8	12,9%	30	27,0%	25	24,0%	
Mixte	5	8,6%	8	12,9%	9	8,1%	6	5,8%	
Installé	0	0,0%	2	3,2%	3	2,7%	1	1,0%	

**Exercice libéral selon les facultés**

	<b>Angers</b>	<b>%</b>	<b>Brest</b>	<b>%</b>	<b>Nantes</b>	<b>%</b>	<b>Rennes</b>	<b>%</b>	<b>p</b>
Effectif	40	69,0%	40	64,5%	70	63,1%	71	68,3%	
Exercice									0.37
Seul	5	12,5%	3	7,5%	3	4,3%	8	11,3%	
Cabinet de groupe	25	62,5%	28	70,0%	55	78,6%	46	64,8%	
Maison pluridisciplinaire	10	25,0%	11	27,5%	12	17,1%	20	28,2%	
Statut en libéral									0.69
Remplaçant	2	5,0%	4	10,0%	3	4,3%	6	8,5%	
Collaborateur	3	7,5%	1	2,5%	7	10,0%	4	5,6%	
Installé	35	87,5%	35	87,5%	60	85,7%	61	85,9%	
Age à l'installation									
Moyenne	33,2		32,5		33,2		33,1		
Exercice d'un MEP									0.78
OUI	6	15,0%	9	22,5%	16	22,9%	15	21,1%	
NON	34	85,0%	31	77,5%	54	77,1%	56	78,9%	
"Pensez-vous qu'il soit possible que vous changiez de type d'activité dans les 5 prochaines années ?"									0.53
Oui	13	32,5%	8	20,0%	21	30,0%	23	32,4%	
Non	27	67,5%	32	80,0%	49	70,0%	48	67,6%	

**Exercice salarié selon les facultés**

	<b>Angers</b>	<b>%</b>	<b>Brest</b>	<b>%</b>	<b>Nantes</b>	<b>%</b>	<b>Rennes</b>	<b>%</b>	
Effectif	12	20,7%	8	12,9%	30	27,0%	25	24,0%	
"Projetez-vous un jour de vous installer en libéral ?"									0.87
OUI	9	50,0%	9	40,9%	16	39,0%	15	45,5%	
NON	9	50,0%	12	54,5%	25	61,0%	18	54,5%	

## Annexe 5 : Questionnaire



## QUESTIONNAIRE

! \_ ! ! \_ !

L'étude à laquelle vous participez s'intéresse à l'activité et la trajectoire de médecins généralistes issus de 3 promotions (2004-2005-2006) dans 4 universités du Grand Ouest, afin d'illustrer la diversité de notre profession. Cette étude originale va permettre de produire des données jusque-là inconnues. Votre réponse est essentielle pour la qualité des résultats. Je vous remercie par avance des quelques minutes que vous prendrez à répondre (après test, il faut environ 5 minutes). Je m'engage à vous transmettre les résultats si vous êtes intéressé.

Votre participation donne tout son sens à l'investissement que représente cette enquête.

Ce questionnaire est court avec des questions fermées ; pour répondre à la majorité des questions il suffit de cocher.

## I. Votre cursus \_\_\_\_\_

1) Quand vous avez débuté vos études de médecine, est ce que vous pensiez à la médecine générale ?

- OUI       NON       Ne sait pas

2) La médecine générale était-elle votre **premier** choix à l'ECN ?  OUI       NON

3) La médecine générale était-elle dans vos **trois premiers** choix à l'ECN ?  OUI       NON

4) Avez-vous réalisé un stage en médecine générale de 6 mois pendant votre internat ?  OUI       NON

## II. Votre parcours professionnel \_\_\_\_\_

5) Avez-vous fait une formation complémentaire (pendant ou après l'internat)?  OUI       NON

Si oui, laquelle (ou lesquelles) ?

- DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) (précisez) :.....
- DU (Diplôme Universitaire) (précisez) : .....
- Master (précisez) : .....
- Capacité (précisez) .....
- Autre (précisez) : .....

6) Concernant votre parcours professionnel depuis vos ECN, pouvez- vous remplir le tableau ci-dessous en cochant les cases correspondantes à votre activité selon les années :

Vous pouvez cocher plusieurs cases pour une même année si vous avez exercé différentes activités.

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Interne																
Salaire																
Mixte* (salaire+ libéral)																
1/2 journée de salariat :																
Libéral exclusif	Remplaçant															
	Installé															

\*exercice mixte : si possible, complétez le nombre de 1/2 journées par semaine correspondant à votre activité salariale

## I. Votre situation actuelle

---

7) En pensant à votre activité professionnelle actuelle, vous diriez que vous êtes :

- Très satisfait       Satisfait       Peu satisfait       Pas du tout satisfait

8) En pensant à votre conciliation vie professionnelle- vie privée, vous diriez que vous êtes :

- Très satisfait       Satisfait       Peu satisfait       Pas du tout satisfait

9) Pour vous, est-ce que le médecin a un rôle face à l'intégration sociale et aux inégalités de santé ?

- OUI, c'est une dimension du métier       C'est à l'appréciation de chacun       NON

10) En dehors de votre activité professionnelle, avez-vous d'autres formes d'engagement ?  OUI  NON

Si oui précisez :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Association liée à l'activité professionnelle (formation, promotion de santé...) | <input type="checkbox"/> Syndicat              |
| <input type="checkbox"/> Association autre  | <input type="checkbox"/> Responsabilité locale |
|   | <input type="checkbox"/> Autre                 |

11) Où exercez-vous aujourd'hui ?

- En zone rurale (moins de 2000 habitants)  
 En zone semi-rurale (entre 2000 et 10000 habitants)  
 En zone urbaine : grande ville et sa banlieue (> 10000 habitants)

12) Exercez-vous en médecine libérale ?

- OUI, libéral exclusif ..... → Allez **Question 13** (page 2)  
 OUI, exercice mixte (salarial + libéral) ..... → Allez **Question 13** (page 2)  
 NON..... → Allez **Question 23** (page 3)

---

### Exercice libéral ou mixte

---

13) Concernant votre exercice libéral, quel est votre statut?  Remplaçant       Collaborateur       Installé

14) Si vous êtes médecin installé, en quelle année vous êtes-vous installé ? .....

15) Si vous avez une activité mixte (salarial + libéral), précisez votre exercice salarié :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier  | <input type="checkbox"/> Planning familial | <input type="checkbox"/> Médecine du travail    |
| <input type="checkbox"/> Clinique            | <input type="checkbox"/> HAD               | <input type="checkbox"/> Centre de santé        |
| <input type="checkbox"/> EHPAD               | <input type="checkbox"/> Médecine scolaire | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) ..... |
| <input type="checkbox"/> Centre d'orthogénie | <input type="checkbox"/> PMI               | .....   |

16) Concernant votre exercice libéral, vous exercez : (plusieurs réponses possibles pour les remplaçants)

- Seul       En cabinet de groupe       En maison pluridisciplinaire

17) Selon vous, votre exercice libéral peut être qualifié de :  Rural       semi- rural       Urbain

18) Pensez-vous qu'il soit possible que vous changiez de type d'activité dans les 5 prochaines années ?

- OUI       NON

Si OUI, précisez :

- Exclusivement libéral  
 Exclusivement salarial  
 Cesser votre activité professionnelle  
 Autre

19) Avez-vous un mode d'exercice particulier (MEP) ? (Exemple : acupuncture, ostéopathie, hypnose...)

- OUI ..... → Allez **Question 20** (page 3)  
 NON..... → Allez **Question 26** (page 4)

**20) Concernant les MEP, quelles disciplines exercez-vous et à quelle fréquence ? (faites une croix dans la case correspondante) (plusieurs réponses possibles)**

*Si votre discipline n'est pas inscrite, veuillez la rajouter.*

	≤ 2 demi-journées par semaine	3 à 6 demi-journées par semaine	> 6 demi-journées par semaine
Acupuncture			
Addictologie			
Gérontologie- Gériatrie			
Homéopathie			
Hypnothérapie			
Médecine de la douleur			
Médecine du sport			
Médecine vasculaire			
Mésothérapie			
Nutrition			
Ostéopathie			
Phytothérapie			
Sophrologie			

**21) Concernant les MEP, pour quelles raisons avez-vous choisi de diversifier votre pratique ? (plusieurs réponses possibles)**

- Pour vous aménager une « pause » dans l'exercice de la médecine générale traditionnelle
- Pour diversifier votre activité/ par attrait pour une pratique particulière.
- Pour des raisons financières
- Pour répondre à une attente de la part de votre patientèle
- Autre (précisez) : .....

**22) Envisagez-vous dans un futur plus ou moins proche d'interrompre votre activité de médecine générale pour vous consacrer uniquement à cette « autre » activité ?**

- OUI ; dans quel délai :  ≤ 1 an     > 1 an
- NON



Allez à la **question 26** (page 4)

### *Exercice salarié*

**23) Précisez votre exercice salarié :**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier<br><input type="checkbox"/> Clinique<br><input type="checkbox"/> EHPAD<br><input type="checkbox"/> Centre d'orthogénie | <input type="checkbox"/> Planning familial<br><input type="checkbox"/> HAD<br><input type="checkbox"/> Médecine scolaire<br><input type="checkbox"/> PMI | <input type="checkbox"/> Médecine du travail<br><input type="checkbox"/> Centre de santé<br><input type="checkbox"/> Autre (précisez) .....<br>..... |
|--|--|--|

**Si vous travaillez dans un centre hospitalier ou une clinique, précisez votre service :**

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urgences<br><input type="checkbox"/> Médecine aiguë | <input type="checkbox"/> Médecine du sport<br><input type="checkbox"/> SSR | <input type="checkbox"/> Autre ..... |
|--|--|--------------------------------------|

**24) Quand est-ce que vous avez décidé de ne pas exercer en médecine générale libérale ?**

- Avant le choix ECN, c'est-à-dire vous avez décidé de choisir médecine générale tout en sachant que vous ne souhaitiez pas l'exercer en cabinet.
- Pendant votre formation, les stages en médecine générale ne vous ont pas convaincu.
- Pendant votre formation, par attrait pour une spécialisation/ un mode d'exercice différent.
- Après avoir remplacé, vous vous êtes rendu compte que cette pratique ne vous convenait pas.
- Après vous être installé, vous vous êtes rendu compte que cette pratique ne vous convenait pas.
- Suite à une/des opportunités qui se sont proposées à vous (ex : proposition de poste) et qui vous ont éloigné de cet exercice.
- Autre

Si possible, précisez votre réponse : .....

.....

**25) En ce qui vous concerne, vous semble-t-il envisageable de vous installer un jour en libéral ?**

- OUI       NON

Si OUI, quel type d'exercice :

- Seul       En groupe       Ne sait pas
- un exercice de la médecine générale de première ligne       MEP

**I. Pour vous situer** \_\_\_\_\_

**26) Vous êtes :**     un homme     une femme

**27) Quelle est votre année de naissance ? .....**

**28) Dans quelle université avez-vous fait votre internat ?**

- Angers       Brest       Nantes       Rennes

**29) Quelle est votre situation maritale ?**

- Célibataire       Divorcé(e), séparé(e)
- En couple, marié(e)       Veuf /veuve

**30) Si vous êtes en couple, quelle est la profession de votre conjoint(e) ?** (Ex : médecin hospitalier, cadre de fonction publique, professeur des écoles, sans activité professionnelle) .....

**31) Si vous êtes en couple, estimez-vous que la carrière de votre conjoint a influencé le choix de votre mode d'exercice ?**     OUI       NON

**32) Avez-vous des enfants ?**     OUI (combien ? .....)       NON

**33) Où avez-vous vécu la plus grande partie de votre enfance ?**

- En zone rurale (moins de 2000 habitants)
- En zone semi-rurale (entre 2000 et 10000 habitants)
- En zone urbaine : grande ville et sa banlieue (> 10000 habitants)

*Je vous remercie très sincèrement d'avoir répondu à ce questionnaire !  
Il ne vous reste plus qu'à le glisser dans l'enveloppe jointe pré-timbrée et de le déposer dans  
une boîte aux lettres.*

*Je vous souhaite une bonne journée.*

*N'oubliez pas d'inscrire **votre mail** si vous souhaitez être informé(e) des résultats de cette  
enquête : .....*

## Annexe 6 : Lettre de présentation du projet aux médecins généralistes



Melesse, le 13/11/2018

Chère consœur, cher confrère,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de ma thèse intitulée « **Etude de trajectoire professionnelle de médecins généralistes : étude des promotions de médecins généralistes rennais, brestois, angevins et nantais ayant passé les ECN en 2004-2005-2006** ». Je réalise cette thèse dans le cadre de mon DES de médecine générale à Rennes, et sous la direction du Pr François Xavier Schweyer, sociologue à l'EHESP de Rennes.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux plusieurs années après la fin de vos études, sur **vos parcours professionnels et sur les différentes activités** que vous exercez actuellement en tant que médecin généraliste. Notre profession évolue rapidement, mais nous manquons de visibilité sur la richesse de son exercice. Cette étude originale va permettre de produire des données jusque-là ignorées.

J'ai ciblé vos promotions afin de m'affranchir des années post-internat pendant lesquelles les activités des médecins généralistes ne sont souvent pas stabilisées. Ma population est donc ciblée sur vos **trois promotions** (2004-2005-2006) de **4 universités** de l'ouest (Angers, Brest, Nantes, Rennes). Chacune de vos réponses m'est donc essentielle.

Je sais que vous êtes très (trop ?) souvent sollicités pour répondre à des questionnaires, c'est pourquoi cette enquête est courte, concise et après test ne vous demandera que **5 minutes**. Les questions concernent votre parcours et votre situation professionnelle actuelle, il n'y a aucune question nécessitant d'aller rechercher des données d'activité, de comptabilité ou autres. Toutes les données récupérées seront bien évidemment confidentielles et je vous garantis l'anonymat des données traitées.

Vous pouvez soit y répondre sur le questionnaire joint et le renvoyer dans l'enveloppe pré-timbrée ci-jointe, ou y répondre directement en ligne (lien ou flash code ci-dessous).

C'est l'occasion de faire le point sur votre propre parcours et de **découvrir le devenir de votre promotion d'internat** ! D'ailleurs n'oubliez pas d'inscrire votre mail à la fin du questionnaire si vous souhaitez obtenir les résultats de ma thèse.

Je vous remercie très sincèrement,



Laure Le Coadou  
llecoadou@gmail.com

Questionnaire en ligne : <https://enquetes-partenaires-etudiants.univ-rennes1.fr/index.php/868715?lang=fr>

! \_ ! \_ !

**LE COADOU, Laure - Etude des trajectoires professionnelles des médecins généralistes angevins, brestois, nantais et rennais ayant passé l'Examen Classant National (ECN) en 2004, 2005 et 2006.**

109 feuilles, 29 graphiques, 27 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1 ; 2019 ; N° .

**Introduction** : L'effectif de médecins généralistes diminue et les estimations projettent une décroissance jusqu'en 2025. La répartition territoriale est inégale et le maintien d'une offre de soins primaires suffisante est devenu un enjeu de santé publique. Mais tous les médecins généralistes formés n'exercent pas de la médecine générale libérale.

**Objectif** : Etudier les trajectoires professionnelles d'une cohorte de médecins généralistes, afin d'illustrer la diversité des exercices, d'évaluer l'offre de soins primaires et de rechercher les déterminants des trajectoires d'éloignement de la médecine libérale.

**Méthodes** : Les médecins ayant passé leur ECN en 2004, 2005 et 2006 et réalisé leur internat dans les facultés d'Angers, Brest, Nantes et Rennes ont été interrogés par questionnaire.

**Résultats** : 335 médecins ont répondu sur les 517 interrogés, soit un taux de réponse de 65%. Le taux de féminisation était de 65%. 57% exerçaient exclusivement une activité libérale, 34% une activité salariée et 9% une activité mixte. Il n'y a pas de différence de répartition des modes d'exercice selon le sexe ou les facultés d'origine. 21% des médecins libéraux ont déclaré avoir un mode d'exercice particulier, et 5% l'exerçaient de façon exclusive. L'activité salariale était majoritairement hospitalière (83%). Le diplôme de médecine générale autorise de multiples exercices et spécialisations via la formation complémentaire. Le choix du salariat est souvent le fait d'un intérêt pour une autre pratique (53%) ou résulte d'une opportunité (40%). Dans 40% des cas, il témoigne d'un rejet de la médecine générale libérale. 43% des médecins salariés envisageraient de s'installer un jour en libéral.

**Conclusion** : La médecine générale est une spécialité polyvalente tant par le contenu de son activité que par les multiples façons de l'exercer. En éliminant les exercices salariés et libéraux spécialisés, 64% de l'effectif exerçaient une activité de soins primaires. Les trajectoires d'éloignement de l'exercice libéral ne sont, en majorité, pas l'expression d'un rejet de cet exercice.

Rubrique de classement : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Médecine générale, médecins généralistes, démographie médicale, profils socio-professionnels, modes d'exercice, soins primaires

Mots-clés anglais MeSH : General practice, demography, firstline healthcare

JURY :  
Président : Monsieur Patrick JEGO  
Assesseurs : Monsieur François-Xavier SCHWEYER [directeur de thèse]  
Monsieur Alain CAUBET  
Madame Laure FIQUET

Adresses de l'auteur : llecoadou@gmail.com