

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

Année 2020

2020 TOU3 1038

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Vincent CLAUDEL

Le 9 Juin 2020

Devenir professionnel des internes de médecine générale toulousains
trois à cinq ans après la fin de l'internat

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN
Madame le Professeur Motoko DELAHAYE
Madame le Docteur Florence ROGER
Monsieur Pascal DURAND

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur





TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019
Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		
		Professeurs Emérites	
		Professeur ADER Jean-Louis	
		Professeur ALBAREDE Jean-Louis	
		Professeur ARBUS Louis	
		Professeur ARLET Philippe	
		Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
		Professeur BOCCALON Henri	
		Professeur BOUTAULT Franck	
		Professeur BONEU Bernard	
		Professeur CARATERO Claude	
		Professeur CHAMONTIN Bernard	
		Professeur CHAP Hugues	
		Professeur CONTÉ Jean	
		Professeur COSTAGLIOLA Michel	
		Professeur DABERNAT Henri	
		Professeur FRAYSSE Bernard	
		Professeur DELISLE Marie-Bernadette	
		Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
		Professeur JOFFRE Francis	
		Professeur LAGARRIGUE Jacques	
		Professeur LARENG Louis	
		Professeur LAURENT Guy	
		Professeur LAZORTHES Yves	
		Professeur MAGNAVAL Jean-François	
		Professeur MANELFE Claude	
		Professeur MASSIP Patrice	
		Professeur MAZIERES Bernard	
		Professeur MOSCOVICI Jacques	
		Professeur MURAT	
		Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	
		Professeur SALVAYRE Robert	
		Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
		Professeur SIMON Jacques	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUDAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUDAUD Sandra

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Professeur des Universités, Médecin généraliste

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Votre engagement résolu pour la médecine générale est un exemple. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN, Professeur Associé, Médecin généraliste

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse. Je te remercie pour la considération que tu as portée à ce travail dès son début, la confiance que tu m'as accordée et l'expertise que tu m'as offerte. Ta bienveillance et ton optimisme m'ont permis de travailler sereinement.

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE, Professeur Associé, Médecin généraliste

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je te suis reconnaissant pour la relation de confiance que nous avons nouée et pour les conseils toujours avisés que tu sais me prodiguer.

Madame le Docteur Florence ROGER, médecin généraliste

Je suis très heureux de te compter parmi les membres du jury de ma thèse et d'avoir pu travailler à tes côtés ces derniers mois. Je te remercie d'apporter ta vision de jeune médecin installée en zone sous-dense.

Monsieur Pascal DURAND, Directeur des projets, Directeur du premier recours à l'ARS Occitanie

Merci du grand honneur que vous me témoignez en jugeant cette thèse. Votre engagement pour l'organisation de notre système de santé vous honore. Votre regard sur notre travail sera des plus éclairants.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À Anaïs, le bonheur de ma vie ;

À Patrick et Catherine, mes parents bienveillants ;

À Adeline, Adrien et Cécile, mes frères et sœurs ;

À Klaus, Sophie, Alexis et Matthias ;

À Jonathan, mon mentor ;

À Yvan, mon premier entraîneur ;

À Isabelle, Claude, Malika, Didier, Eva, Marie, Dan, ma belle-famille ;

À Isabelle, Raymond, Jean-Charles, Noélie, Camille, Laura, Simone, Lisette, Éric, Valentin et Antonin, une autre belle famille ;

À Pierre-Alexandre, Albert, Jordan, Anaïs, Anaïs, Manon, Marie, Sylvie, Anna, Pauline, Camille, Pierre, Nicolas, Nicolas, Antoine, Sébastien, mes amis loups garous ;

À Anne-Cécile, Julie, Emeline, Marie, Adèle, Dorine, Martin, Tristan, Paul, Guillaume, Jean-Baptiste, Marc, Xavier, Philippe, Pierre-Olivier, Lucas et Natacha, mes amis carabins ;

À Achille, Adrien, Noé, Rémy, Alizé, Betty, Marion, Corentin, Lucien, Lorraine, David, Clémentine, Damien, Julie, Philippe, Agathe, Magali, Pauline, Catherine, Muriel, Anne-Sophie, Charlotte, Grégoire, Michel, Lydie, Josette, mes amis toulousains ;

À Jean-Christophe, Camille, Rachel Garwig, aux jeunes médecins ayant participé à mon enquête, et à tous ceux qui m'ont aidé à réaliser ce travail.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
MATÉRIEL ET MÉTHODES	5
I. Type d'étude.....	5
II. Population cible.....	5
III. Contenu du questionnaire	5
IV. Diffusion et recueil du questionnaire	6
V. Analyse statistique.....	6
VI. Cartes interactives	6
RÉSULTATS	7
I. Description de la population étudiée.....	7
A. Taux de réponse.....	7
B. Proportion de femmes et d'hommes	7
C. Age.....	7
D. Région de réalisation du deuxième cycle des études médicales	7
E. Vie en couple et activité professionnelle du conjoint	7
F. Délai de soutenance de la thèse	7
II. Type d'activité professionnelle principale	8
III. Caractéristiques de l'activité professionnelle	8
A. L'activité régulière de médecine générale ambulatoire : installation, collaboration libérale, salariat en centre de santé.	8
B. L'activité des médecins généralistes remplaçants	13
C. L'activité des médecins ayant fait un choix différent de la médecine générale de ville	15
IV. Comparaison de l'activité professionnelle selon sexe, région d'origine, délai post-internat	17
A. Analyse comparative selon le sexe	17
B. Analyse comparative selon la région d'origine	18
C. Analyse comparative selon le délai post-internat	19
DISCUSSION	20
I. Principaux résultats.....	20
II. Forces et limites de l'étude	24
III. Les jeunes et les futurs généralistes permettront-ils de résoudre les « déserts médicaux » ?	25
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE	32

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CDS : Centre De Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMG : Collège de la Médecine Générale

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

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

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EFS : Etablissement Français du Sang

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

MG : Médecine Générale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

ZAC : Zone d'Appui Complémentaire

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

INTRODUCTION

Un décalage croissant entre l'offre et la demande de soins en médecine générale

La France n'a jamais compté autant de médecins. Au 1^{er} Janvier 2018, on dénombrait 226 000 médecins en activité, avec une progression de 10 000 médecins toutes spécialités confondues depuis 2012 (1).

Cette hausse de l'effectif global masque pourtant une stagnation du nombre de médecins généralistes (+0,7% entre 2012 et 2018), et même une diminution de ceux exerçant en libéral.

Selon les dernières projections, le recul du nombre de médecins généralistes devrait se poursuivre jusqu'en 2027. L'effectif des généralistes libéraux devrait diminuer de 30% entre 2012 et 2027 (2).

Cette démographie médicale négative s'explique principalement par le départ à la retraite des générations de médecins issues des *numerus clausus* élevés des années 1970-1980, que les nouvelles installations ne compensent pas quantitativement (3).

Parallèlement à la réduction de l'offre médicale de premier recours, la demande de soins de la population française augmente continuellement, sous l'effet de la croissance démographique et du vieillissement de la population (4).

Ce décalage entre l'offre et la demande de soins se traduit dans les territoires par des zones sous-denses en médecins généralistes, qui concernent chaque année une part croissante de la population.

L'Occitanie est l'une des régions dont la part de la population vivant en zone sous-dense est la plus faible. Pour autant, la baisse progressive de sa densité en médecins généralistes libéraux l'expose aux mêmes problématiques que le reste du territoire national (5).

Dans ce contexte, une forte attente se dessine vis-à-vis des jeunes médecins généralistes pour répondre au problème des « déserts médicaux » (6).

Une jeune génération de médecins généralistes plus féminine et plus mobile

La féminisation de la médecine générale s'accroît. Depuis 2007, environ deux internes de médecine générale sur trois sont des femmes (7). En 2018, les femmes représentaient 67% des généralistes de moins de 34 ans, alors qu'elles ne représentaient que 44% des 55-59 ans et 32% des 60-64 ans.

La jeune génération se caractérise également par une forte mobilité géographique, puisque près d'un étudiant sur deux effectue son internat dans une région différente de sa faculté d'origine (7).

L'installation en médecine générale de ville : un modèle traditionnel qui n'est plus l'unique perspective professionnelle des jeunes médecins

Des mesures financières incitatives ont été déployées par les pouvoirs publics dans le but de favoriser l'installation des jeunes médecins généralistes, en particulier dans les zones sous-denses : contrat d'engagement de service public, contrat d'aide à l'installation, exonération d'impôt sur le revenu pendant plusieurs années (8). L'accueil d'internes en stages ambulatoires permet également de promouvoir ce type d'exercice (9).

Mais l'installation en médecine générale ambulatoire, aussi appelée médecine générale de ville, n'est plus l'unique perspective professionnelle de la jeune génération.

Les années 1980 étaient marquées par une pléthore médicale et une forte concurrence (10) qui obligeaient la plupart des jeunes généralistes à investir financièrement dans l'achat d'une patientèle pour s'installer. La démographie des médecins généralistes étant désormais devenue négative, cette époque est révolue.

De nombreuses autres opportunités d'exercice sont aujourd'hui couramment offertes : médecine de second recours en service hospitalier ou en clinique (urgences, gériatrie, médecine polyvalente, etc.), médecine en centre de planification et d'éducation familiale, médecine générale en remplacement exclusif ou encore médecine générale salariée en centre de santé (11).

Face à ces nombreux types et modes d'exercices possibles, il semblait pertinent d'étudier le devenir professionnel des jeunes diplômés de médecine générale toulousains.

Objectif de l'étude : Décrire le devenir professionnel des internes de médecine générale toulousains trois à cinq ans après la fin de l'internat

L'étude portait sur trois promotions d'anciens internes de médecine générale toulousains, ayant terminé l'internat depuis trois à cinq ans. Le délai de trois à cinq ans avait été déterminé en émettant l'hypothèse qu'un choix professionnel stable n'était le plus souvent effectué qu'à partir de trois ans post-internat.

L'objectif principal était de déterminer le type d'activité professionnelle principale de la population.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques de l'activité professionnelle (lieu d'exercice, volume d'activité, activités professionnelles supplémentaires, etc.) et d'effectuer des comparaisons selon le sexe, la région d'origine et le délai post-internat.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Type d'étude

L'étude était descriptive transversale, monocentrique, par questionnaire informatisé.

II. Population cible

La population cible incluait l'ensemble des anciens internes de médecine générale toulousains issus des promotions ECN 2011, 2012 et 2013, soit un effectif de 460 individus.

III. Contenu du questionnaire

Le questionnaire informatisé a été élaboré en s'appuyant sur d'autres travaux de thèse, en particulier la thèse d'Olivier Béral sur le devenir socio-professionnel des internes de médecine générale lyonnais entre 2004 et 2012 (12).

Des items nouveaux ont été créés afin d'analyser plus finement la répartition géographique, le volume d'activité et l'intégration dans l'exercice coordonné des jeunes médecins.

Le questionnaire a été réalisé sur l'application en ligne Google Forms ©. Un comité de relecture composé de 10 internes et 5 jeunes médecins généralistes a permis de tester et d'apporter des améliorations au formulaire. Le temps de réponse au questionnaire variait de 1 à 3 minutes selon le profil des répondants. Les réponses étaient anonymes.

Les thèmes abordés étaient :

- les caractéristiques socio-démographiques et le parcours universitaire ;
- l'activité des médecins généralistes installés, collaborateurs, ou salariés d'un centre de santé ;
 - Lieu d'exercice
 - Type de structure professionnelle et exercice coordonné
 - Temps de travail
 - Volume de la patientèle médecin traitant
 - Evolution probable du volume d'activité à deux ans
 - Activité professionnelle supplémentaire
- l'activité des médecins généralistes remplaçants ;
 - Types de remplacements
 - Lieu d'exercice
 - Temps de travail
 - Activité professionnelle supplémentaire
 - Type d'activité professionnelle envisagée à deux ans
- l'activité des médecins ayant fait un choix différent de la médecine générale ambulatoire.
 - Type d'activité principale
 - Lieu d'exercice
 - Activité complémentaire de médecine générale de ville
 - Souhait d'exercer la médecine générale de ville comme activité principale à deux ans

IV. Diffusion et recueil du questionnaire

Le département universitaire de médecine générale de Toulouse a permis la diffusion du questionnaire via les adresses électroniques des trois promotions concernées.

Un courrier électronique groupé a été conçu. Il comprenait un message expliquant le travail de thèse et un lien vers le formulaire informatisé.

Un premier envoi a été effectué le 12 Novembre 2019, suivi de relances les 14 Novembre et 9 Décembre 2019.

Les réponses ont été recueillies jusqu'au 4 Janvier 2020.

V. Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages, puis comparées par un test du Chi² ou de Fisher, selon la taille des effectifs.

Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyennes et de médianes, puis comparées par un test non paramétrique de Wilcoxon - Mann Whitney.

Le seuil α de signification statistique retenu pour ces tests était de 0,05.

Les données ont été analysées grâce au logiciel Excel 2010© et au site internet BiostaTGV© de l'INSERM.

VI. Cartes interactives

Les cartes interactives ont été réalisées grâce au site internet C@rtoSanté©, avec l'appui de Rachel Garwig, référente nationale du service.

RÉSULTATS

I. Description de la population étudiée

A. Taux de réponse

Le taux de réponse était de 68,9%, soit 317 réponses parmi les 460 anciens internes de médecine générale toulousains.

Les taux de réponse par promotion étaient les suivants :

- promotion ECN 2011 : 67,1% (98 réponses sur 146 internes)
- promotion ECN 2012 : 69,5% (105 réponses sur 151 internes)
- promotion ECN 2013 : 69,9% (114 réponses sur 163 internes)

B. Proportion de femmes et d'hommes

La population étudiée comportait près de deux femmes pour un homme : 210 femmes, 107 hommes.

C. Âge

L'âge moyen de la population était de 31,9 ans.

D. Région de réalisation du deuxième cycle des études médicales

L'externat avait été effectué en Occitanie par 54,3% des répondants (n=172), dans les facultés de Toulouse (n=167) et de Montpellier-Nîmes (n=5).

Les 45,7 % autres étudiants (n=145) avaient effectué leur externat dans une autre région, avant de rejoindre Toulouse pour l'internat.

E. Vie en couple et activité professionnelle du conjoint

Une part de 87,7% des répondants déclarait être en couple.

La catégorie « cadre ou profession intellectuelle supérieure » regroupait 66,9% des conjoints, dont 45,7 % de médecins.

F. Délai de soutenance de la thèse

Parmi les répondants, 33,1 % avaient soutenu la thèse avant la fin ou dans les deux mois suivant la fin de l'internat, 31,9 % dans la première année suivant la fin de l'internat, 35% au-delà de la première année suivant la fin de l'internat.

Le délai de soutenance était plus court chez les répondants dont l'activité professionnelle principale n'était pas la médecine générale de ville : 58,8% avaient soutenu la thèse avant la fin ou dans les 2 mois suivant la fin de l'internat.

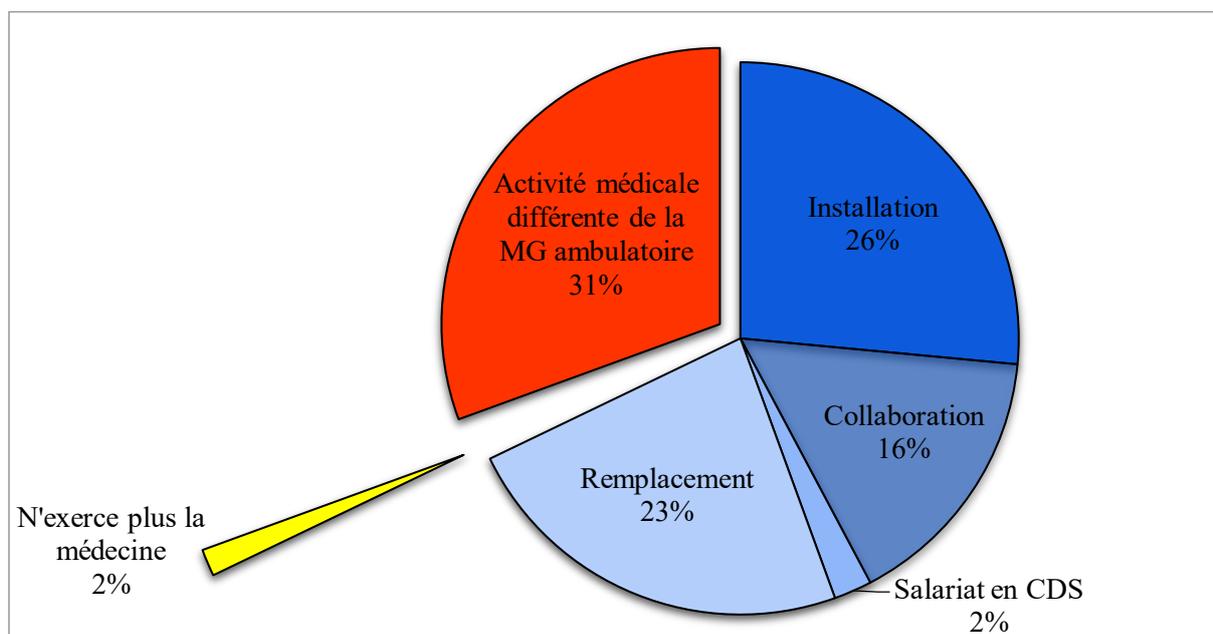
II. Type d'activité professionnelle principale

La médecine générale ambulatoire était l'activité principale de 67,8% de la population, cumulant installation (n=84), collaboration (n=50), salariat en centre de santé (n=7) et remplacement (n=74).

Une activité médicale différente de la médecine générale ambulatoire avait été choisie par 30,6% des répondants (n=97).

Cinq anciennes internes n'exerçaient plus la médecine. L'une d'entre-elles travaillait dans le domaine de la boulangerie. Les quatre autres n'avaient pas d'activité professionnelle lors de l'enquête.

Figure 1 : Type d'activité professionnelle principale



CDS : Centre De Santé ; MG : Médecine Générale

III. Caractéristiques de l'activité professionnelle

A. L'activité régulière de médecine générale ambulatoire : installation, collaboration libérale, salariat en centre de santé.

Ces trois modes d'exercice avaient en commun l'exercice d'une activité régulière de médecine générale de ville, sur un territoire fixe, avec le statut de médecin traitant.

Ils formaient le groupe d'étude le plus important (n=141), représentant 44,5% de la population d'étude totale et 65,6% de ceux exerçant la médecine générale ambulatoire.

1. Lieu d'exercice

a. Répartition en France

Plus de huit répondants sur dix exerçaient en Occitanie. Suivaient les régions voisines de Nouvelle-Aquitaine et d'Auvergne-Rhône-Alpes, les autres régions françaises ainsi que deux territoires des Outre-mer.

Figure 2 : Répartition sur le territoire national métropolitain des médecins installés, collaborateurs libéraux ou salariés d'un centre de santé

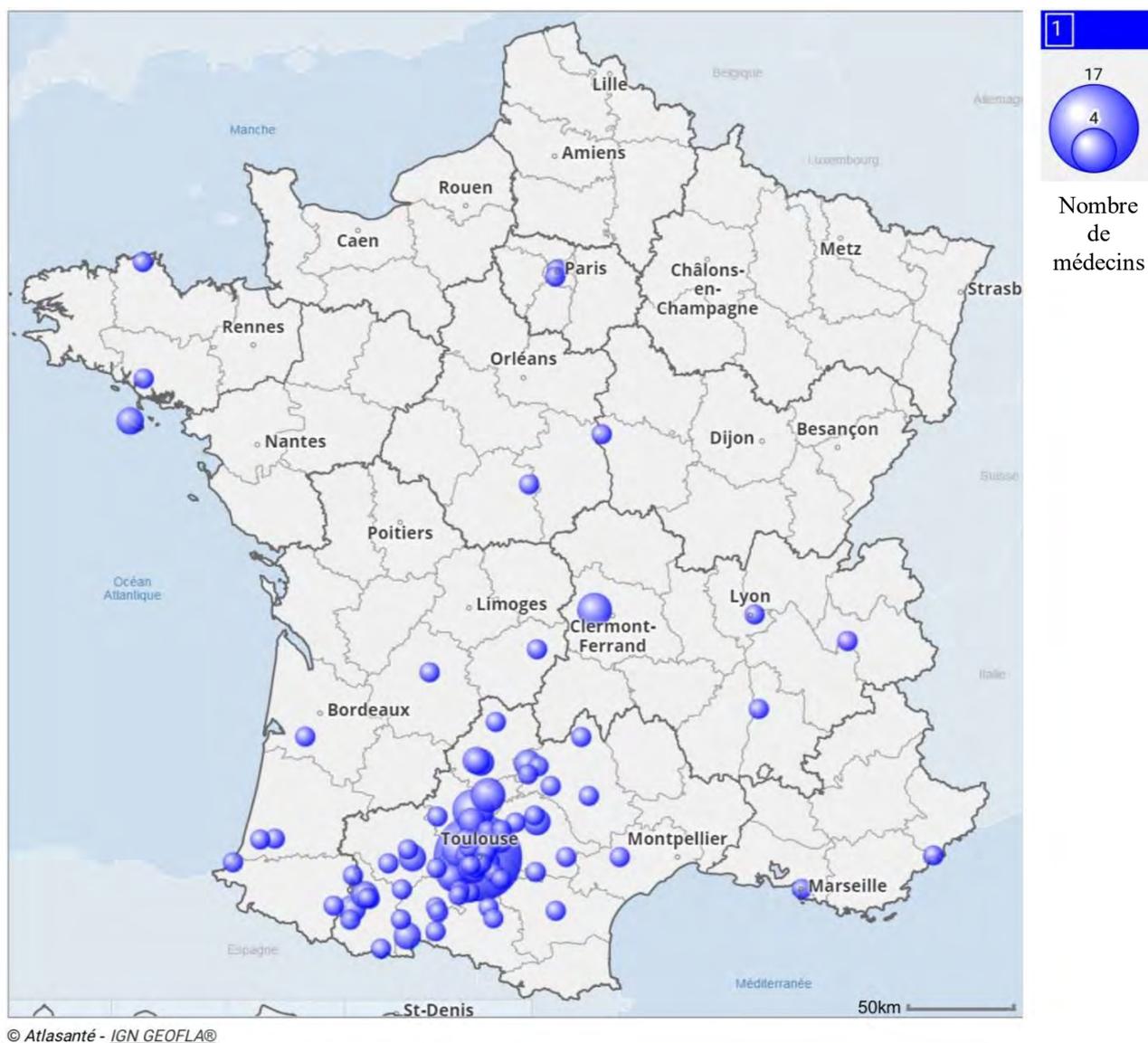


Tableau 1 : Région d'exercice des médecins installés, collaborateurs ou salariés d'un centre de santé

Région d'exercice	Effectif	Pourcentage
Occitanie	113	80,1%
Nouvelle aquitaine	8	5,7%
Auvergne-Rhône-Alpes	6	4,3%
Bretagne	4	2,8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2	1,4%
Ile-de-France	2	1,4%
Nouvelle Calédonie	2	1,4%
Polynésie Française	2	1,4%
Bourgogne-Franche-Comté	1	0,7%
Centre-Val de Loire	1	0,7%
<i>Total</i>	<i>141</i>	<i>100%</i>

b. Répartition en Occitanie

Au sein de la région Occitanie, plus de la moitié des médecins (53,1%, n=60) exerçaient dans le département de la Haute-Garonne.

Un peu moins de 40% des médecins (38,9%, n=44) exerçaient dans une zone sous-dense en médecins généralistes - zone d'intervention prioritaire ou zone d'action complémentaire - correspondant aux territoires où le nombre de consultations accessibles par an par habitant est le plus faible (13).

Figure 3 : Répartition en Occitanie des médecins installés, collaborateurs ou salariés d'un CDS

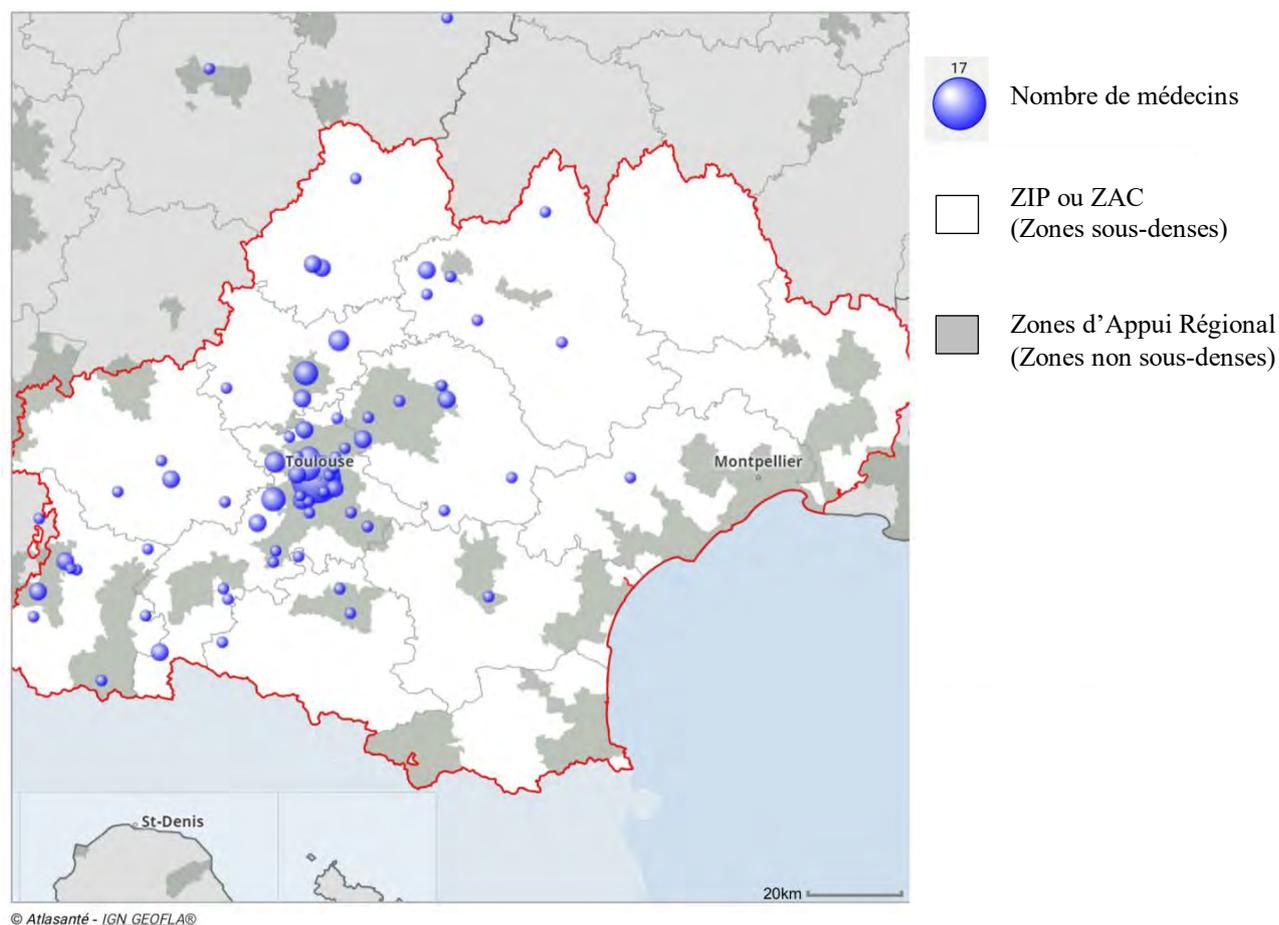


Tableau 2 : Département d'exercice et zonage ARS en Occitanie des médecins installés, collaborateurs ou salariés d'un centre de santé

Département	Effectif	%	Zonage ARS 2018	Effectif	%
Haute-Garonne	60	53,1%	Zone d'Appui Régional	69	61,1%
Tarn-et-Garonne	10	8,8%	Zone d'Action Complémentaire	39	34,5%
Hautes-Pyrénées	10	8,8%	Zone d'Intervention Prioritaire	5	4,4%
Tarn	9	8,0%	<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>100,0%</i>
Aveyron	7	6,2%			
Gers	6	5,3%			
Lot	5	4,4%			
Ariège	4	3,5%			
Aude	1	0,9%			
Hérault	1	0,9%			
<i>Total</i>	<i>113</i>	<i>100,0%</i>			

2. Structure professionnelle et exercice coordonné

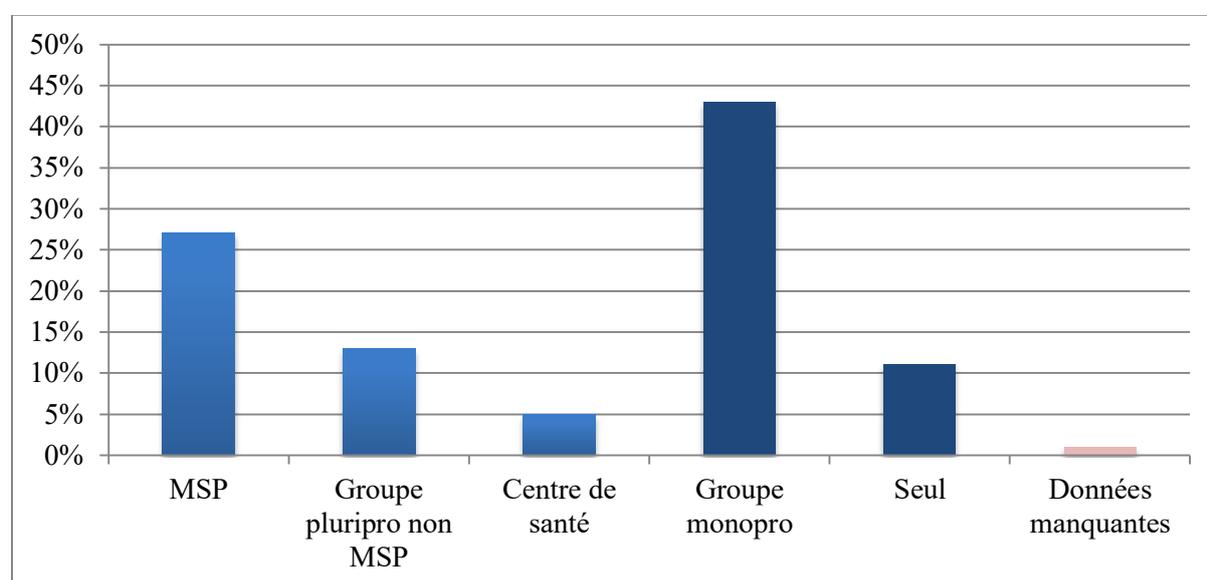
L'exercice en structures pluri-professionnelles concernait 45,4% des médecins, que ce soit en maison de santé pluridisciplinaire (MSP), en groupe pluri-professionnel non labellisé MSP ou en centre de santé.

L'exercice en groupe mono-professionnel (uniquement des médecins) était le mode d'exercice privilégié (43,3%, n=61).

L'exercice seul concernait 10,6% des jeunes médecins (n=15).

Une part de 11,4% (n=16) des médecins était impliquée dans un exercice coordonné territorial : pôle de santé ou communauté professionnelle territoriale de santé.

Figure 4 : Structure professionnelle des médecins installés, collaborateurs ou salariés d'un centre de santé



MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

3. Temps de travail de médecine générale ambulatoire

Au titre de l'activité principale de médecine générale ambulatoire, le temps de travail moyen était de 7,5 demi-journées par semaine, avec une médiane à 8 demi-journées.

La durée moyenne de congés par an était de 6,5 semaines, avec une médiane à 7 semaines.

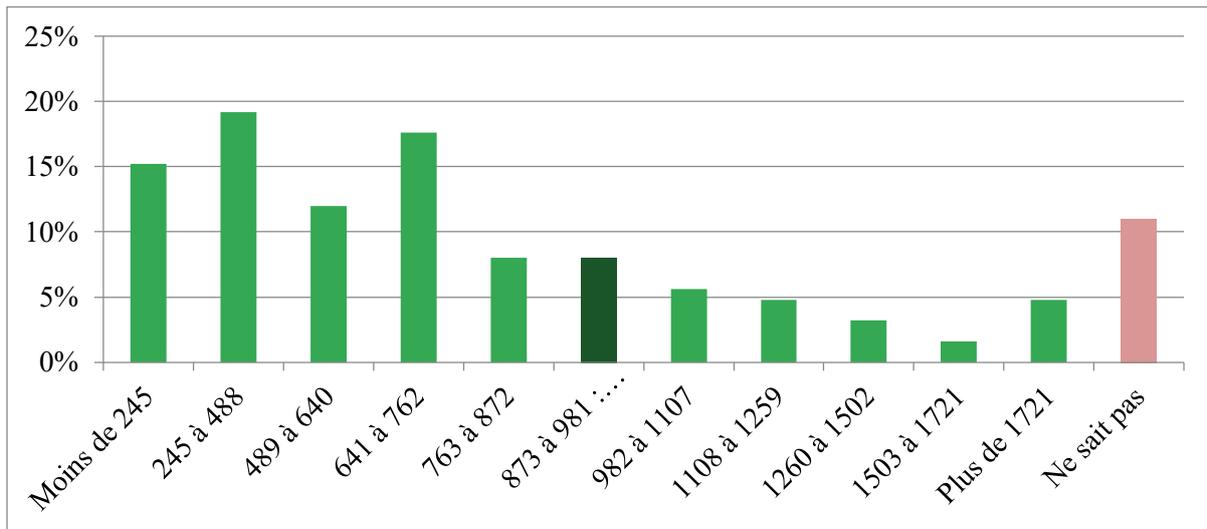
4. Volume de la patientèle médecin traitant

Le volume médian de patientèle médecin traitant se situait entre 641 et 762 patients.

Pour 72% des répondants (n=90), le volume de patientèle médecin traitant était inférieur à la moyenne nationale (889,9 en 2018, données de la caisse nationale d'Assurance maladie).

La file active (nombre de patients vus au moins une fois dans l'année) n'a pu être étudiée, les répondants ne connaissant pas cette donnée.

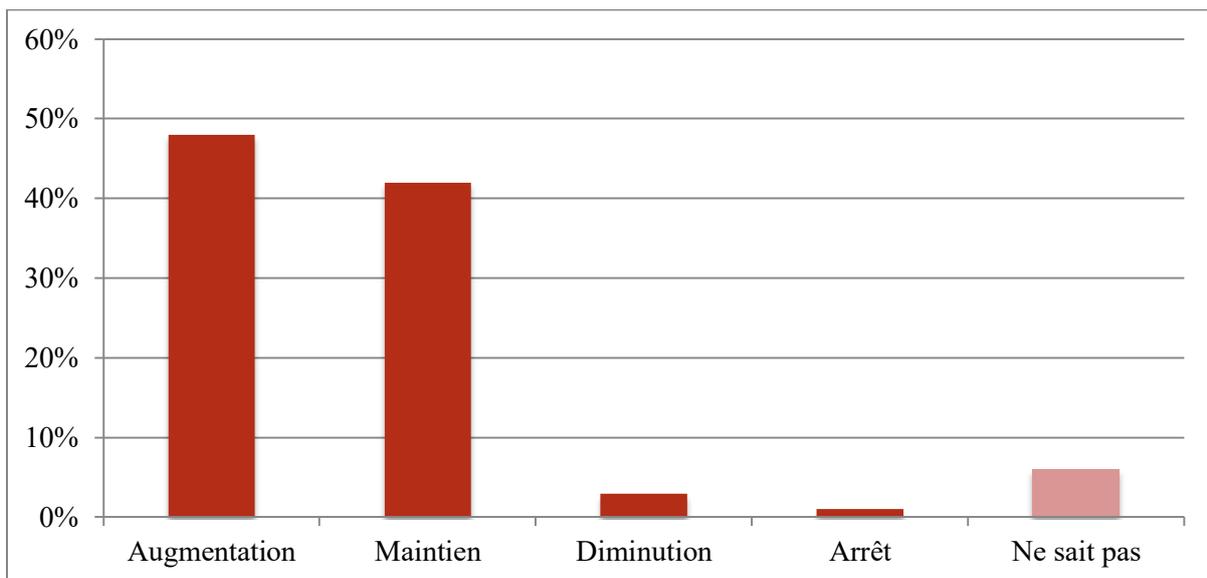
Figure 5 : Volume de la patientèle médecin traitant



5. Evolution probable du volume d'activité de médecine générale à deux ans

Moins de la moitié de l'effectif (48%, n=68) envisageait une hausse de son volume d'activité à 2 ans.

Figure 6 : Evolution probable du volume d'activité de médecine générale à deux ans



6. Activité professionnelle supplémentaire

Une ou plusieurs activités professionnelles différentes de la médecine générale ambulatoire étaient exercées par 27% des répondants (n=38).

La part occupée par ces activités dans le temps de travail total variait de moins de 10% (pour la moitié des médecins) à plus d'un tiers (pour 18,4%).

Les activités étaient très variées, toutes en relation avec la médecine. Les plus représentées étaient la médecine du sport (n=7), l'enseignement universitaire de médecine générale (n=6) et la coordination en crèche (n=6).

B. L'activité des médecins généralistes remplaçants

Les remplaçants (n=74) représentaient 23,3% de la population d'étude totale et 34,4% de ceux exerçant la médecine générale ambulatoire.

1. Types de remplacements

L'intégralité des répondants effectuait des remplacements de médecins libéraux installés. Environ un quart effectuait également des remplacements en maison médicale de garde. Les remplacements salariés ou en structure de type SOS médecins étaient plus rares.

Tableau 3 : Types de remplacements effectués au cours des 6 derniers mois

Type de remplacement	Effectif	Pourcentage
Médecins libéraux installés	74	100%
Maison médicale de garde	18	24.3%
SOS médecins	5	6.8%
Médecins salariés d'un centre de santé	5	6.8%
Service hospitalier ou SSR	5	6.8%

2. Lieu d'exercice

Près de huit répondants sur dix effectuaient la majorité de leurs remplacements en Occitanie.

Au sein de la région Occitanie, la Haute-Garonne était le département d'exercice principal de près de deux tiers des remplaçants, dont 69,2% dans la zone géographique de Toulouse Métropole (n=27).

Tableau 4 : Région d'exercice des remplaçants

Région d'exercice	Effectif	Pourcentage
Occitanie	59	79.7%
Nouvelle-Aquitaine	8	10.8%
Pays de la Loire	3	4,1%
Auvergne-Rhône-Alpes	1	1,4%
Ile-de-France	1	1,4%
Ile de la Réunion	2	2,7%
Total	74	100,0%

Tableau 5 : Occitanie : département d'exercice des remplaçants

Département	Effectif	Pourcentage
Haute-Garonne	39	66,1%
Ariège	4	6,8%
Tarn	4	6,8%
Hautes-Pyrénées	4	6,8%
Aveyron	3	5,1%
Gers	1	1,7%
Lot	1	1,7%
Tarn-et-Garonne	1	1,7%
Aude	1	1,7%
Pyrénées-Orientales	1	1,7%
Total	59	100,0%

3. Activité professionnelle supplémentaire

Dix remplaçants (13,5%) effectuaient une activité professionnelle supplémentaire.

Les activités étaient variées : prise en charge de l'obésité pédiatrique, médecine du sport salariée, médecine militaire, médecine humanitaire, régulation médicale, gardes aux urgences, soins palliatifs.

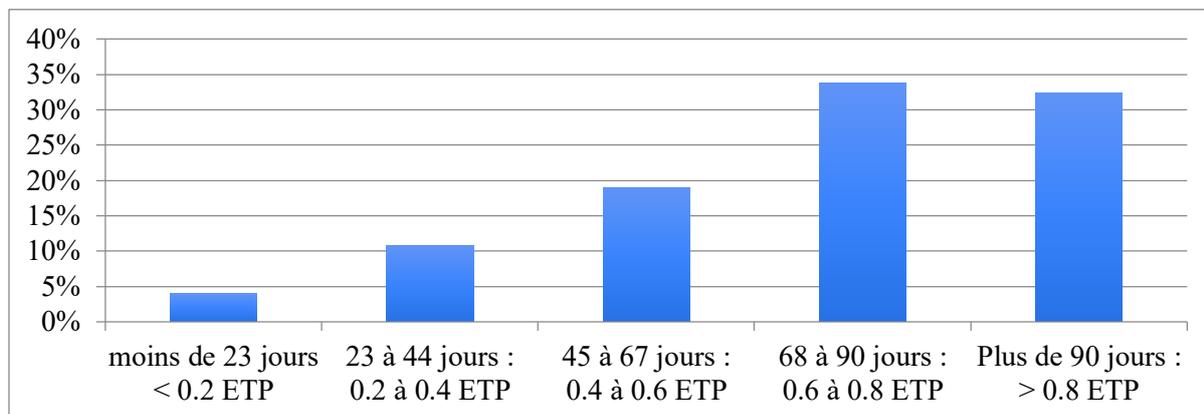
Deux remplaçants avaient repris des études universitaires en philosophie et en anthropologie.

4. Temps de travail

Le nombre médian de jours travaillés au cours des 6 derniers mois se situait entre 68 et 90 jours, soit entre 0,6 et 0,8 Équivalent Temps Plein (ETP).

Nous avons considéré que 1 ETP correspondait à 112,5 jours travaillés sur 6 mois.

Figure 7 : Nombre de jours de remplacement au cours des 6 derniers mois et correspondance ETP



5. Type d'activité professionnelle envisagée à deux ans

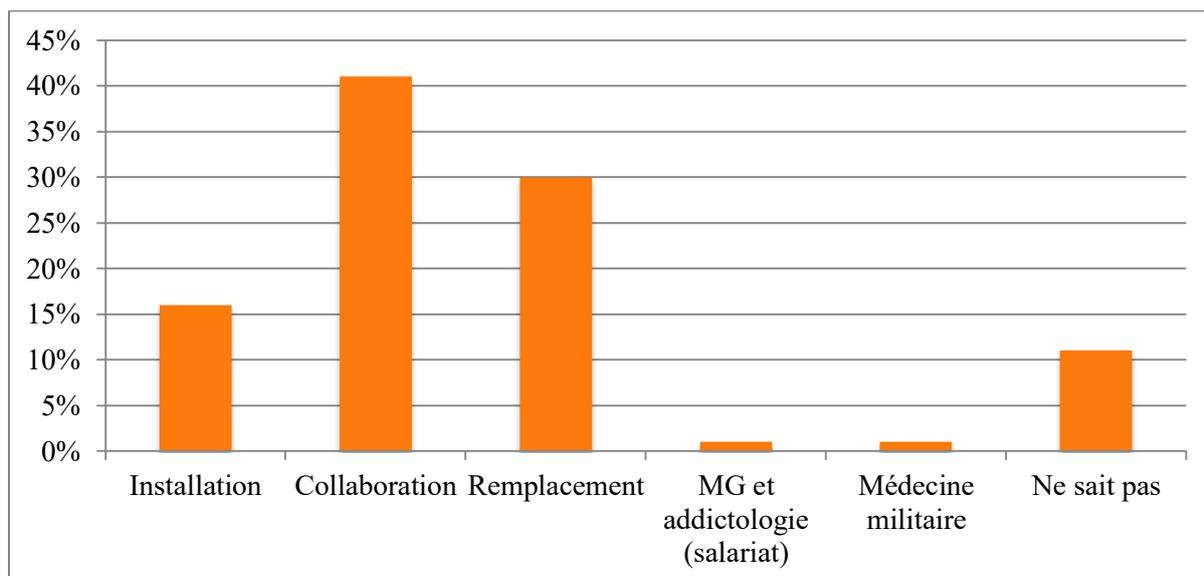
La majorité des remplaçants (56,8%) envisageait une installation ou collaboration (n=42) à 2 ans.

Une part de 29,7% des remplaçants souhaitait poursuivre ce mode d'exercice (n=22).

La médecine salariée et la médecine militaire étaient peu envisagées (n=2).

Il est à noter que 10,8% des remplaçants n'avaient pas de projet professionnel défini à 2 ans (n=8).

Figure 8 : Type d'activité professionnelle envisagée à deux ans



C. L'activité des médecins ayant fait un choix différent de la médecine générale ambulatoire

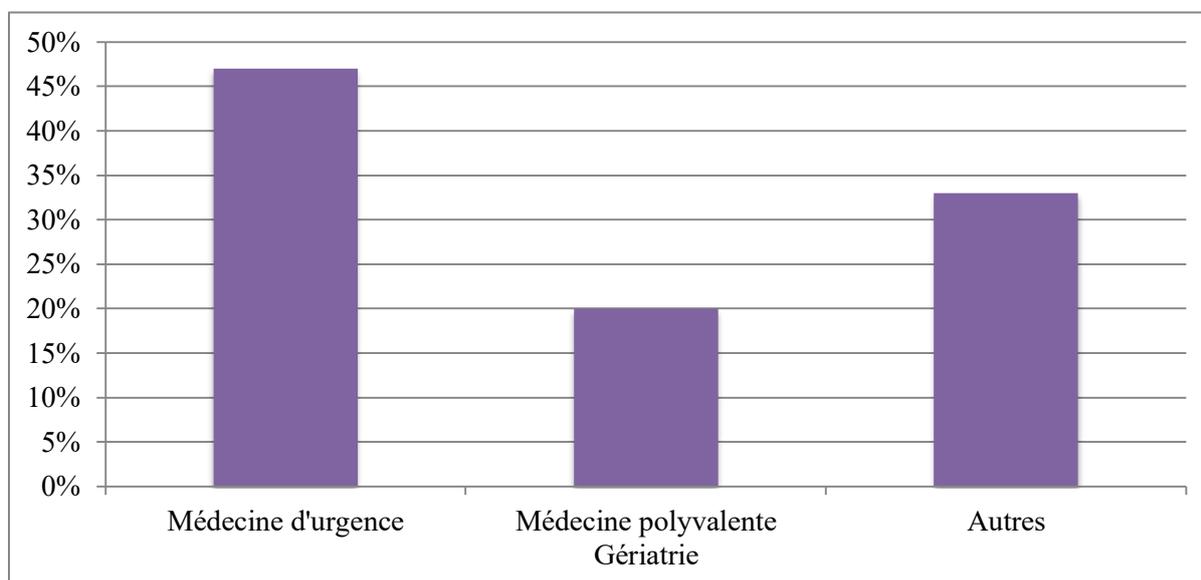
Les médecins ayant fait un choix professionnel différent de la médecine générale ambulatoire (n=97) représentaient 30,6% de la population d'étude totale.

1. Type d'activité principale

La médecine d'urgence était la plus fréquente des activités exercées par ces médecins (47,4%, n=46), suivie de la médecine polyvalente ou gériatrie (19,6%, n=19).

Les autres activités médicales étaient diverses, souvent proches de la médecine générale (protection maternelle et infantile, soins palliatifs), parfois éloignées (chirurgie, anesthésie-réanimation).

Figure 9 : Type d'activité des médecins qui n'exerçaient pas la médecine générale ambulatoire



Autres	Effectif	Autres	Effectif
Maladies infectieuses	4	Addictologie	1
Protection Maternelle et Infantile	3	Chirurgie	1
Médecine vasculaire - Angiologie	3	Coordination médicale en EHPAD	1
Soins palliatifs	3	Recherche biomédicale	1
Centre de planification et d'éducation familiale	2	Médecine somatique en établissement psychiatrique	1
Psychiatrie	2	Médecine légale	1
Oncologie	2	Sexologie	1
Médecine interne	2	Obésité Nutrition	1
Médecin conseil	1	Gestion de site et médecin à l'EFS	1
Anesthésie-réanimation	1		

2. Lieu d'exercice

L'Occitanie était la région d'exercice de plus de huit répondants sur dix. Au sein de l'Occitanie, la Haute-Garonne regroupait 38,3% des effectifs.

Tableau 6 : Région d'exercice des médecins non MG ambulatoires

Région d'exercice	Effectif	Pourcentage
Occitanie	81	83,5%
Auvergne-Rhône-Alpes	6	6,2%
Nouvelle Aquitaine	3	3,1%
Normandie	1	1,0%
Bretagne	1	1,0%
Pays de la Loire	1	1,0%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1	1,0%
Ile-de-France	1	1,0%
Polynésie française	1	1,0%
Thaïlande	1	1,0%
Total	97	100,0%

Tableau 7 : Occitanie : département d'exercice des médecins non MG ambulatoires

Département	Effectif	Pourcentage
Haute-Garonne	31	38,3%
Tarn	12	14,8%
Tarn-et-Garonne	10	12,3%
Aveyron	8	9,9%
Hautes-Pyrénées	7	8,6%
Ariège	4	4,9%
Gers	4	4,9%
Lot	3	3,7%
Aude	1	1,3%
Gard	1	1,3%
Total	81	100,00%

3. Activité complémentaire de médecine générale de ville

Parmi les médecins n'ayant pas pour activité principale la médecine générale ambulatoire, une part de 9,3% exerçait celle-ci comme activité complémentaire (n=9), en remplacement (n=7) ou en collaboration libérale (n=2).

Elle représentait plus d'un tiers du temps de travail total pour un seul médecin.

4. Souhait d'exercer la médecine générale ambulatoire comme activité principale dans les deux prochaines années

Seuls 2% des répondants envisageaient un changement d'activité principale en faveur de la médecine générale ambulatoire dans les deux années à venir (n=2).

Par ailleurs, une part de 8,3% de l'échantillon ne savait pas répondre à cette question (n=8).

IV. Comparaison de l'activité professionnelle selon le sexe, la région d'origine et le délai post-internat

A. Analyse comparative selon le sexe

Il n'existait pas de différence significative entre femmes et hommes concernant le type d'activité principale, le lieu d'exercice, l'exercice pluri-professionnel.

La seule différence statistiquement significative entre femmes et hommes était une diminution du temps de travail des femmes de 0,6 demi-journée par semaine ($p=0,02$), parmi les médecins installés, collaborateurs ou salariés d'un centre de santé.

Tableau 8 : Comparaison de l'activité professionnelle selon le sexe.

Caractéristiques de l'activité professionnelle	Femmes	Hommes	p
Type d'activité professionnelle (n=317)	210	107	
Installation/Collaboration/Salariat en CDS	90 (42,9%)	51 (47,7%)	0,42
Remplacement	49 (23,3%)	25 (23,4%)	1
Activité médicale différente de la MG ambulatoire	66 (31,4%)	31 (29%)	0,66
N'exerce plus d'activité médicale	5 (2,4%)	0	0,18
Lieu d'exercice : Occitanie	165 (80,5%)	88 (82,2%)	0,71
Installation/Collaboration/Salariat en CDS (n=141)	90	51	
Installation	52 (57,8%)	32 (62,7%)	0,57
Collaboration libérale	32 (35,6%)	18 (35,3%)	0,98
Salariat en centre de santé	6 (6,7%)	1 (2%)	0,43
Lieu d'exercice : Occitanie	70 (77,8%)	43 (84,3%)	0,35
Lieu d'exercice : Haute-Garonne	41 (45,6%)	19 (37,3%)	0,34
Exercice en MSP, groupe pluri-pro ou centre de santé	38 (42,2%)	27 (52,9%)	0,22
Nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine	7,32	7,92	0,02
Augmentation du volume d'activité envisagée à 2 ans	45 (50%)	23 (45,1%)	0,58
Remplacement (n=74)	49	25	
Lieu d'exercice : Occitanie	39 (79,6%)	20 (80%)	0,97
Lieu d'exercice : Haute-Garonne	29 (59,2%)	10 (40%)	0,12
Installation ou collaboration envisagées dans les 2 ans	28 (57,1%)	14 (56%)	0,93
Activité différente de MG ambulatoire (n=97)	66	31	
Lieu d'exercice : Occitanie	56 (84,8%)	25 (80,6%)	0,61
Lieu d'exercice : Haute-Garonne	22 (33,3%)	9 (29%)	0,68

B. Analyse comparative selon la région d'origine

L'activité professionnelle a été comparée selon la région de réalisation du deuxième cycle des études médicales, afin de déterminer l'impact de la région d'origine.

Entre les internes ayant réalisé l'externat en Occitanie et ceux l'ayant réalisé dans une autre région, il n'existait pas de différence concernant le type d'activité principale. Les différences existantes concernaient seulement le lieu d'exercice.

L'Occitanie restait ainsi la région d'exercice de 92,3% des médecins originaires d'Occitanie, contre 68,1% des médecins originaires d'une autre région ($p=0,04$).

Cette différence était particulièrement importante pour les médecins installés/collaborateurs/salariés d'un CDS : 97,3% des médecins originaires d'Occitanie exerçaient en Occitanie, contre seulement 61,2% des médecins originaires d'une autre région ($p<0,01$).

La différence était moins marquée chez les médecins ayant une activité différente de la médecine générale ambulatoire (90,9% contre 73,8%, $p=0,03$) et non significative chez les remplaçants (85% contre 73,5%, $p=0,23$).

Tableau 9 : Comparaison de l'activité professionnelle selon la région de réalisation de l'externat.

Caractéristiques de l'activité professionnelle	Externat réalisé en Occitanie	Externat réalisé hors Occitanie	p
Type d'activité professionnelle (n=317)	172	145	
Installation/Collaboration/Salariat en CDS	73 (42,4%)	68(46,9%)	0,43
Remplacement	40 (23,3%)	34 (23,4%)	0,97
Activité médicale différente de la MG ambulatoire	55 (32%)	42 (29%)	0,57
N'exerce plus d'activité médicale	4 (2,3%)	1 (0,7%)	0,39
Lieu d'exercice : Occitanie	155 (92,3%)	98 (68,1%)	0,04
Installation/Collaboration/Salariat en CDS (n=141)	73	68	
Installation	49 (67,1%)	35 (51,5%)	0,06
Collaboration libérale	22 (30,1%)	28 (41,2%)	0,18
Salariat en centre de santé	2 (2,7%)	5 (7,4%)	0,27
Lieu d'exercice : Occitanie	71 (97,3%)	42 (61,2%)	<0,01
Lieu d'exercice : Haute-Garonne	37 (50,7%)	23 (33,8%)	0,04
Exercice en MSP, groupe pluripro ou centre de santé	32 (43,8%)	31 (45,6%)	0,84
Nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine	7,53	7,54	0,7
Augmentation du volume d'activité envisagée à 2 ans	34 (46,6%)	34 (50%)	0,69
Remplacement (n=74)	40	34	
Lieu d'exercice : Occitanie	34 (85%)	25 (73,5%)	0,23
Lieu d'exercice : Haute-Garonne	24 (60%)	15 (44,1%)	0,18
Installation ou collaboration envisagées dans les 2 ans	25 (62,5%)	17 (50%)	0,28
Activité différente de MG ambulatoire (n=97)	55	42	
Lieu d'exercice : Occitanie	50 (90,9%)	31 (73,8%)	0,03
Lieu d'exercice : Haute-Garonne	21 (38,2%)	10 (23,8%)	0,14

C. Analyse comparative selon le délai post-internat

L'activité professionnelle a été comparée entre la promotion la plus récente (3 ans post-internat) et la promotion la plus ancienne (5 ans post-internat), afin de déterminer l'impact du délai post-internat.

Concernant le type d'activité, la part de remplaçants diminuait significativement de moitié entre la promotion la plus récente et la promotion la plus ancienne, passant de 30,7% à 15,3% ($p < 0,01$). Le taux d'installation semblait augmenter en parallèle, mais cette différence n'était pas statistiquement significative ($p = 0,26$).

Parmi les installés/collaborateurs/salariés d'un CDS, la région d'exercice était l'Occitanie pour 89,1% de la promotion 3 ans post-internat, contre 70,2% de la promotion 5 ans post-internat ($p = 0,03$).

Plus le délai post-internat augmentait, moins les jeunes médecins envisageaient une augmentation future de leur volume d'activité : 63% à 3 ans contre 36,2% à 5 ans post-internat ($p < 0,01$).

Il n'y avait pas de différence significative concernant les caractéristiques de l'activité des remplaçants et des médecins exerçant une activité différente de la médecine générale ambulatoire.

Tableau 10 : Comparaison de l'activité professionnelle selon le délai post-internat.

Caractéristiques de l'activité professionnelle	3 ans post-internat (ECN 2013)	5 ans post-internat (ECN 2011)	p
Type d'activité professionnelle (n=212)	114	98	
Installation/Collaboration/Salariat en CDS	46 (40,4%)	47 (48%)	0,27
Remplacement	35 (30,7%)	15 (15,3%)	<0,01
Activité médicale différente de la MG ambulatoire	32 (28,1%)	33 (33,7%)	0,38
N'exerce plus d'activité médicale	1 (0,9%)	3 (3,1%)	0,34
Lieu d'exercice : Occitanie	92 (81,4%)	76 (80%)	0,8
Installation/Collaboration/Salariat en CDS (n=93)	46	47	
Installation	24 (52,2%)	30 (63,8%)	0,26
Collaboration libérale	19 (41,3%)	16 (34%)	0,47
Salariat en centre de santé	3 (6,5%)	1 (0,2%)	0,37
Lieu d'exercice : Occitanie	41 (89,1%)	33 (70,2%)	0,03
Lieu d'exercice : Haute-Garonne	21 (45,7%)	17 (36,2%)	0,36
Exercice en MSP, groupe pluripro ou centre de santé	23 (50%)	19 (40,4%)	0,36
Nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine	7,6	7,2	0,2
Augmentation du volume d'activité envisagée à 2 ans	29 (63%)	17 (36,2%)	<0,01
Remplacement (n=50)	35	15	
Lieu d'exercice : Occitanie	25 (71,4%)	13 (86,7%)	0,31
Lieu d'exercice : Haute-Garonne	15 (42,9%)	11 (73,3%)	0,07
Installation ou collaboration envisagées dans les 2 ans	21 (60%)	10 (66,7%)	0,76
Activité différente de MG ambulatoire (n=65)	32	33	
Lieu d'exercice : Occitanie	26 (81,3%)	30 (90,9%)	0,31
Lieu d'exercice : Haute-Garonne	9 (28,1%)	15 (45,5%)	0,15

DISCUSSION

I. Principaux résultats

Plus de deux tiers des jeunes diplômés de médecine générale toulousains choisissent la médecine générale de ville.

Trois à cinq ans après la fin de l'internat, 68% des jeunes médecins de notre échantillon exerçaient la médecine générale de ville, 31% avaient choisi une activité médicale différente, et 2% n'exerçaient plus la médecine.

Parmi les médecins généralistes de ville, environ deux tiers (66%) avaient une activité régulière - installation, collaboration ou salariat dans un centre de santé - et un tiers (34%) une activité de remplaçant.

Les médecins pratiquant une activité différente de la médecine générale ambulatoire choisissaient principalement la médecine d'urgence (47%), la gériatrie et la médecine polyvalente (20%).

La proportion de diplômés de médecine générale choisissant la médecine générale ambulatoire semble stable depuis plusieurs années à Toulouse. En 2013, Anne-Laure Baudou-Battisti présentait un taux de médecins généralistes ambulatoires autour de 70%, trois à cinq ans post-internat (14). La proportion de ceux ayant une activité régulière était cependant moindre (56%), mais les médecins généralistes de ville salariés d'un centre de santé n'étaient pas inclus dans l'analyse.

Huit anciens internes sur dix exercent toujours en Occitanie trois à cinq ans après la fin des études.

Une part de 81% des anciens internes de notre échantillon exerçaient en Occitanie, dont plus de la moitié dans le département de la Haute-Garonne.

Parmi ceux ayant effectué l'externat dans une autre région, près de sept médecins sur dix restaient en Occitanie.

L'Occitanie semble donc attractive, bien qu'il soit probable que certains médecins quitteront la région dans un délai supérieur à cinq ans post-internat.

L'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) montrait ainsi en 2013 que 67% des diplômés de médecine générale de Midi Pyrénées exerçaient dans leur région de thèse, se situant juste en dessous de la moyenne nationale (15).

Les choix du type et du lieu d'exercice sont comparables entre hommes et femmes.

Il n'existait pas de différence significative entre hommes et femmes concernant le type d'activité principale, le lieu d'exercice et l'exercice pluri-professionnel.

La seule différence significative était une diminution de 0,6 demi-journées par semaine du temps de travail des femmes (soit 8%). Cette différence concernait le groupe des médecins installés, collaborateurs ou salariés d'un centre de santé.

Ce faible écart est confirmé par une étude nationale de la DREES en 2012, qui observait un nombre de demi-journées travaillées inférieur de 7% pour les femmes (16). Cette même étude montrait en revanche que le nombre de consultations des femmes était inférieur de 24% à celui des hommes, traduisant des durées de consultations plus longues pour les femmes.

L'activité régulière de médecine générale de ville reste le mode d'exercice favori ... après une période transitoire de remplacement qui semble s'allonger.

L'activité régulière de médecine générale ambulatoire regroupait dans notre étude l'installation libérale, la collaboration libérale et le salariat en centre de santé. Elle était le premier mode d'exercice (45%) devant l'activité différente de la médecine générale ambulatoire (31%) et le remplacement (23%).

Seuls 2% des médecins ayant une activité médicale différente de la médecine générale ambulatoire envisageaient un changement d'activité en faveur de la médecine générale ambulatoire dans un délai de deux ans.

En revanche, plus de la moitié des remplaçants (57%) envisageaient une collaboration, une installation ou un poste salarié en médecine générale de ville dans un délai de deux ans.

On constate aussi que la part de remplaçants diminuait de moitié entre la promotion 3 ans post-internat et celle 5 ans post-internat, passant de 30 à 15%.

Le remplacement semble donc n'être le plus souvent qu'une étape, plus ou moins longue, avant une installation, une collaboration ou un poste salarié en médecine générale de ville.

Entre 1980 et 2009, l'âge moyen d'installation des médecins généralistes est passé progressivement de 30 à 37 ans (17). La période de remplacement semble s'allonger, bien qu'aucune étude nationale n'ait été menée sur le sujet dans les dix dernières années.

L'attrait pour le remplacement s'explique en partie par l'abondance de l'offre, le bon niveau de rémunération et la qualité de vie offerts par ce mode d'exercice. Une étude menée auprès des remplaçants de Haute-Garonne montrait en 2014 que 90% d'entre eux envisageaient une installation future. Pour autant, ils retardaient leur installation car ils craignaient les contraintes administratives, les charges financières et une perte de qualité de vie professionnelle et personnelle (18).

Le volume d'activité des jeunes médecins généralistes de ville est plus faible que la moyenne nationale des médecins généralistes.

Le temps de travail moyen de notre échantillon ayant une activité régulière de médecine générale était de 7,5 demi-journées par semaine, inférieur de 21% à la moyenne nationale des médecins généralistes, qui était de 9,5 demi-journées en 2019 (19).

Plus de sept répondants sur dix avaient en outre une patientèle médecin traitant de volume inférieur à la moyenne nationale des médecins généralistes (20).

Ce plus faible volume d'activité pourrait s'expliquer par une augmentation progressive du volume de la patientèle au cours de la carrière. Cette hypothèse reste cependant incertaine puisque moins de la moitié des jeunes médecins envisageait une hausse de son volume d'activité dans les deux années futures.

La maîtrise du temps de travail apparaît donc comme une évolution de la pratique de la médecine générale, permettant de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle (21,22).

Les zones sous-denses en médecins généralistes peinent à attirer.

En 2018, 43% de la population d'Occitanie vivait dans une zone médicalement sous-dense, classée zone d'intervention prioritaire (ZIP) ou zone d'action complémentaire (ZAC) selon le niveau de fragilité. Plus de trois quarts des communes d'Occitanie faisaient partie de ces zones (données issues de CartoSanté ©).

Parmi notre échantillon de généralistes de ville en activité régulière, moins de quatre médecins sur dix exerçaient dans l'une de ces zones.

Doit-on alors comprendre que plus de six jeunes médecins sur dix s'installent dans une zone où il n'y a pas de demande de soins ? La réalité est bien sûr plus complexe.

D'abord, la méthodologie de zonage permet une gradation des territoires en fonction du degré d'accessibilité aux soins. Elle ne définit en aucun cas des zones sur-dotées en médecins généralistes où la demande de soins serait totalement absorbée. Par exemple, la ville de Toulouse, pourtant non située dans une zone sous-dense, connaît elle aussi une légère diminution de sa densité en médecins généralistes, qui devrait s'accroître avec de nombreux départs à la retraite prévus à court terme (23). Ainsi, la demande de soins et les opportunités d'installation pour les jeunes médecins semblent partout en augmentation, même dans les zones les moins déficitaires.

D'autre part, les zones sous-denses en médecins cumulent les inégalités : elles sont moins bien équipées que la moyenne en matière de commerces, d'établissements scolaires, d'équipements sportifs et culturels. La densité de médecins spécialistes autres que généralistes et de professionnels paramédicaux y est également plus faible qu'ailleurs (24). Les seules aides financières à l'installation ne parviennent pas à rendre ces territoires véritablement attractifs (25).

Dans ces circonstances, il n'est pas surprenant que la majorité des jeunes médecins continuent à s'installer dans des zones qui ne sont pas considérées comme déficitaires ... mais où la demande augmente pourtant continuellement.

Plus d'un quart des jeunes médecins généralistes de ville exerce en maisons de santé pluri-professionnelles.

Parmi les jeunes médecins généralistes de ville en activité régulière, près d'un sur deux exerçait dans une structure pluri-professionnelle : maison de santé pluri-professionnelle (MSP), centre de santé ou groupe pluri-professionnel non labellisé MSP.

Les MSP étaient choisies par plus d'un quart des jeunes médecins, alors qu'elles concernaient moins de 5% de l'ensemble des médecins généralistes en France au 31 décembre 2018 (26). Plus d'un jeune médecin sur dix avait également déjà intégré un pôle de santé ou une communauté professionnelle territoriale de santé, alors que ces dernières sont encore peu développées.

L'attrait de la jeune génération pour l'exercice coordonné semble donc croissant. Ce mode d'exercice favorise les échanges et la coordination entre les professionnels de santé, pour une meilleure prise en charge de la santé des patients (27). Surtout, il constitue un levier pour structurer la médecine ambulatoire et rétablir l'équilibre entre la demande et l'offre de soins.

Si ces résultats sont encourageants, on note cependant que l'attrait des jeunes médecins généralistes pour l'exercice seul ou en groupe mono-professionnel reste fort (plus de la moitié de l'échantillon), et qu'il n'est pas certain que ceux-ci souhaiteront intégrer ultérieurement un mode d'exercice coordonné.

Le salariat ne semble pas être la priorité des jeunes médecins généralistes de ville.

Parmi les jeunes médecins généralistes de ville en activité régulière, seuls 5% occupaient un poste salarié en centre de santé. Seulement 11% avaient une activité secondaire salariée représentant au moins 10% de leur temps de travail. Un seul remplaçant envisageait un poste salarié dans les deux prochaines années. Il semble donc que le salariat ne soit pas la priorité des jeunes médecins généralistes de ville.

La faible part du secteur salarié dans l'offre de médecine générale ambulatoire peut en partie expliquer ce résultat. Mais on peut également émettre l'hypothèse d'un biais de confusion sur les désirs supposés des jeunes médecins vis-à-vis du salariat.

Il est vrai qu'un nombre important de jeunes médecins généralistes choisissent des postes salariés (environ 30% dans notre étude). Mais ces postes salariés ne sont le plus souvent pas des postes de médecine générale ambulatoire : médecine d'urgence, gériatrie, médecine polyvalente ... C'est donc possiblement l'activité médicale différente de la médecine générale ambulatoire qui attire, et non le salariat en lui-même.

Cette hypothèse peut cependant être mise en doute par le récent succès de l'initiative du conseil départemental de Saône-et-Loire, qui est parvenu à recruter dans un délai très court une cinquantaine de médecins généralistes pour un exercice salarié de médecine générale ambulatoire en centre de santé (28, 29). Dans ce cas, il semble bien que ce soit le salariat qui ait attiré les médecins. Mais il est pour l'instant impossible de savoir s'il s'agit d'un effet d'aubaine (temps de travail hebdomadaire de 35 heures annualisées, congés payés, bon niveau de rémunération) ou d'une réelle préférence pour le salariat.

Les diplômés qui ont choisi une activité différente de la médecine générale ambulatoire répondent eux-aussi à des besoins en santé essentiels.

Près d'un tiers des diplômés de médecine générale toulousains n'exerçaient pas la médecine générale ambulatoire.

Il peut paraître dommageable que ces diplômés se détournent du modèle traditionnel de la médecine générale, et que l'internat de médecine générale ne soit pour eux qu'une « simple voie de passage » (30). Néanmoins, le détail des activités médicales qu'ils exercent montre qu'ils répondent eux-aussi à des besoins en santé essentiels.

Plus de deux tiers d'entre eux travaillaient ainsi dans les services d'urgence, de gériatrie et de médecine polyvalente. Ils répondaient, eux-aussi, aux défis de la crise des services d'urgence (31) et au vieillissement de la population.

Au sein du tiers restant, la plupart exerçaient des activités faisant partie du champ de la médecine générale : prévention (protection maternelle et infantile, planning familial), soins palliatifs, psychiatrie, addictologie, prise en charge de l'obésité ou encore sexologie.

II. Forces et limites de l'étude

Le choix de la méthodologie par questionnaire a été opéré afin d'étudier en détail l'activité des jeunes médecins : volume d'activité, type de structure professionnelle, activité professionnelle supplémentaire, type d'activité envisagée dans deux ans... Une étude basée sur des données factuelles non déclaratives - telles que les données ordinales - aurait été plus fiable mais cependant moins riche.

L'avantage du questionnaire résidait dans sa simplicité et sa rapidité, permettant un bon taux de réponse (69%) et un recueil des données les plus pertinentes. Certaines informations usuellement recueillies, comme l'obtention de diplômes complémentaires ou le type de stages réalisés, n'ont volontairement pas été étudiées afin de réduire le temps de réponse au questionnaire (moins de trois minutes).

L'échantillon de jeunes médecins ayant répondu était représentatif de la population cible en ce qui concerne l'âge, le sexe et la ville de réalisation de l'externat.

Les biais de déclaration et de sélection étaient inhérents au recueil de données par questionnaire. Concernant le biais de sélection, les non-répondants étaient possiblement des anciens internes n'ayant pas encore choisi leur activité définitive. Il est possible que les remplaçants aient moins répondu que les médecins installés.

Les données concernant le volume de la patientèle médecin traitant et le temps de travail des remplaçants étaient recueillies dans des intervalles numériques prédéfinis (« de 245 à 288 patients », « de 23 à 44 jours »), rendant *a posteriori* impossible le calcul de moyennes et d'écart-types, limitant ainsi l'analyse des données.

Certaines questions originales n'avaient jamais été étudiées auparavant : intégration dans l'exercice coordonné, volume de la patientèle médecin traitant, zonage conventionnel du lieu d'installation. Le choix du zonage conventionnel semblait davantage pertinent que la qualification souvent subjective de zone urbaine, semi-rurale ou rurale.

Ce travail se distingue également des autres thèses portant sur le devenir des internes par le regroupement inédit de salariés et de libéraux au sein d'une même catégorie d'étude (« activité régulière de médecine générale ambulatoire »). Il nous semblait en effet pertinent de constituer cette catégorie professionnelle selon le type d'activité médicale plutôt que selon le statut libéral ou salarié.

L'analyse comparative du devenir professionnel des internes selon la région d'origine était également une analyse originale.

Enfin, une étude prospective de cohorte, menée sur trois ans, aurait été plus adaptée qu'une étude transversale pour suivre l'évolution dans le temps des anciens internes. Cette méthodologie n'aurait cependant abouti que dans plusieurs années.

III. Perspective : Les jeunes et les futurs généralistes permettront-ils de résoudre le problème des « déserts médicaux » ?

La réponse aux « déserts médicaux » semble reposer en partie sur l'augmentation du nombre de médecins généralistes et sur leur installation dans les territoires sous-denses.

Les effets combinés du plan « Ma santé 2022 » (32) et de la réforme du troisième cycle des études médicales (33) sont à ce titre particulièrement attendus. Une quatrième année d'internat de médecine générale professionnalisante « si possible » en zones sous-dense est souhaitée par plusieurs organisations nationales de la médecine générale. Le conventionnement sélectif est une autre approche régulièrement envisagée. Enfin, nous avons imaginé une mesure incitative originale qui pourrait être discutée : la défiscalisation des revenus des remplacements en zones sous-denses.

Le plan « Ma santé 2022 » : suppression du *numerus clausus* et déploiement de médecins généralistes en zones sous-denses

Le plan « Ma santé 2022 : un engagement collectif », présenté en 2018 par le gouvernement français, contient deux mesures démographiques à destination des étudiants et jeunes médecins : la suppression du *numerus clausus* et le recrutement dès 2019 de 400 généralistes salariés dans les zones sous-denses.

La suppression du *numerus clausus* national devrait permettre une augmentation de 20% des effectifs de médecins formés. Les universités devront adapter leur capacité de formation, en multipliant notamment les terrains de stages hors CHU.

Cette mesure forte devrait permettre d'augmenter l'offre médicale globale, avec cependant un délai d'effet incompressible d'une dizaine d'années du fait de la durée des études.

Le recrutement annoncé, dès 2019, de 400 médecins généralistes salariés ou à exercice mixte dans les zones sous-denses s'est révélé être un échec, puisque seulement 20% des postes ont finalement trouvé preneur (34). Il semble donc que l'attrait des jeunes médecins généralistes pour le salariat ait été surestimé par les pouvoirs publics.

D'autres mesures non spécifiques aux jeunes médecins devraient également contribuer à une meilleure réponse aux besoins en santé : création des communautés professionnelles territoriales de santé, déploiement des assistants médicaux, labellisation des « hôpitaux de proximité » ou encore développement de la télémédecine.

La réforme du troisième cycle des études médicales : revalorisation de la médecine générale et développement des stages ambulatoires

Depuis 2017, de nouvelles spécialités avec un internat dédié ont été créées par la réforme du troisième cycle des études médicales (35). Cela permet aux internes de médecine d'urgence, gériatrie ou médecine vasculaire de bénéficier d'une formation spécifique répondant mieux à leurs besoins, sans suivre le cursus de médecine générale.

Cette réforme permet surtout de revaloriser la filière universitaire de médecine générale, en réaffirmant son orientation vers la médecine générale ambulatoire.

Le développement de stages ambulatoires au lieu de stages auparavant majoritairement hospitaliers permet d'inciter les étudiants à se projeter dans un exercice ambulatoire. Aucun stage obligatoire en zone sous-dense n'est cependant prévu, en raison notamment de l'opposition des étudiants et du manque de maîtres de stage universitaires dans ces territoires (36).

Vers une quatrième année d'internat de médecine générale au profit des zones sous-denses ?

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et le Collège de la Médecine Générale (CMG) plaident pour une quatrième année d'internat dite professionnalisante. L'objectif annoncé est double : répondre au problème démographique dans les territoires et améliorer la qualité de la formation des internes (9).

Paul Frappé, président du CMG, propose que les jeunes médecins, obligatoirement thésés avant la fin de la troisième année, exercent pendant un an en autonomie complète dans des cabinets de médecine générale « si possible dans des zones en difficulté d'accès aux soins ». Ils exerceraient « avec un ou deux de leurs collègues pour ne pas être isolés », seraient supervisés par téléphone et rémunérés par leurs actes. (37)

Ce projet d'année professionnalisante semble discutable.

En matière de santé publique, on pourrait se réjouir du renfort de 3500 jeunes médecins généralistes chaque année dans les territoires les plus fragiles en matière d'accès aux soins.

Cela serait également bénéfique pour la médecine libérale dans son ensemble en permettant sans doute de « désamorcer la question de la coercition à l'installation » (37).

De plus, l'allongement de la durée de l'internat de médecine générale permettrait de hisser le temps de formation au même niveau que celui de la plupart des autres spécialités médicales, contribuant ainsi à revaloriser la spécialité médecine générale.

Enfin, la soutenance de la thèse avant la fin de l'internat permettrait d'éviter la situation délicate de certains médecins interdits d'exercer faute d'avoir obtenu leur diplôme dans le délai réglementaire.

Pour autant, il semble incertain que cette quatrième année améliorerait la qualité de la formation des internes.

En effet, la maquette actuelle de l'internat de médecine générale comprend déjà six à douze mois d'« exercice professionnel de l'interne en autonomie supervisée avec sa propre file active de patients » : c'est le rôle dévolu au Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.

D'autres éléments tels que l'absence de maître de stage universitaire au contact de l'interne, le lieu d'exercice si possible en zones sous-denses ou encore la rémunération à l'acte tendent aussi à montrer que la qualité de la formation ne semble être qu'un objectif secondaire de cette quatrième année.

Ainsi présenté, ce projet ressemblerait davantage à une année de service sanitaire obligatoire qu'à une véritable année de formation : on imposerait aux jeunes médecins thésés une année d'exercice dans des territoires prédéfinis, le plus souvent situés en zones sous-denses.

Cet exercice obligatoire d'un an en zones sous-denses serait-il acceptable et supportable pour tous les jeunes médecins ?

Caractérisées par une forte demande de soins, une population plus âgée, une faible densité de médecins d'autres spécialités et de professionnels paramédicaux, les zones sous-denses sont celles où l'exercice de la médecine générale est souvent le plus complexe.

Imposer cet exercice difficile à tous les jeunes médecins pourrait avoir pour effet indésirable d'en décourager certains de la médecine générale ambulatoire.

Des contraintes de mobilité géographique seraient également à prendre en compte pour ces jeunes médecins qui sont avant tout des adultes d'une trentaine d'années, dont la vie de couple et de famille est souvent incompatible avec un exercice professionnel éloigné du domicile.

Si cette année professionnalisante pourrait être bénéfique pour répondre en partie au problème démographique des zones sous-denses et pour revaloriser la spécialité médecine générale, son apport pédagogique devrait être nettement rehaussé pour compenser son caractère contraignant.

Une mesure coercitive envisagée : le conventionnement sélectif

Le conventionnement sélectif est une mesure faisant régulièrement l'objet de projets de loi, qui n'ont à ce jour jamais abouti (38). Il consiste à réguler l'installation des médecins libéraux en limitant leur conventionnement à des zones prédéfinies, caractérisées par un déficit de l'offre de soins. Cette mesure revient à interdire de fait l'installation sur des territoires où il existe déjà une offre de soins à un niveau plus élevé (sauf pour remplacer un médecin partant à la retraite). En théorie efficace, cette mesure pourrait s'avérer inutile voire délétère.

Il est effectivement possible que la coercition diminue l'attractivité de la médecine générale ambulatoire. Les jeunes médecins généralistes pourraient délaisser la médecine ambulatoire au profit des nombreux postes vacants en structures hospitalières ou institutionnelles (39). Les remplaçants pourraient également ne plus vouloir s'installer afin de garder une plus grande liberté d'exercice.

Les territoires les plus déficitaires en médecins généralistes sont aussi les moins bien équipés en matière de commerces, d'établissements scolaires ou d'équipements sportifs et culturels. C'est donc l'attractivité globale de ces territoires qu'il faudrait renforcer pour inciter les jeunes médecins généralistes à s'y installer durablement.

Une proposition de mesure incitative nouvelle, issue de ce travail de thèse : la défiscalisation des remplacements en zones sous-denses.

Le cadre de vie, les conditions d'exercice et la proximité familiale sont des déterminants plus importants que les aides financières dans le choix du lieu d'installation (21). Pour autant, l'aspect financier pourrait être l'un des premiers déterminants dans le choix du lieu de remplacement, du fait du caractère intermittent et sans engagement de long terme de ce mode d'activité.

Le remplacement n'est que très rarement perçu comme un projet professionnel pérenne : il constitue dans la majorité des cas une période de transition vers l'installation. Cette période charnière permet au jeune médecin d'affiner son projet professionnel en découvrant différents modes d'exercices, différents territoires et différents professionnels de santé.

Les lieux où le jeune médecin a déjà remplacé offrent souvent des opportunités d'installation. Un jeune médecin ayant effectué des remplacements dans une zone sous-dense aura ainsi considérablement plus de chances de s'y installer.

Pour inciter les remplaçants à découvrir ces territoires, un « contrat de praticien territorial » est proposé par la déléguée nationale à l'accès aux soins, le docteur Sophie Augros (24). La condition pour bénéficier de cette aide financière serait d'effectuer un minimum de 4000 consultations annuelles en zones sous-denses, soit 160 jours à 25 actes.

Ce seuil élevé ainsi que les formalités contractuelles avec l'assurance maladie imposés semblent des contraintes trop fortes pour susciter l'adhésion des remplaçants.

En réalisant ce travail de thèse, nous avons imaginé une autre mesure attractive, plus simple, qui pourrait être discutée. Il s'agirait de défiscaliser les revenus des remplacements effectués en zones sous-denses. Cette mesure serait sans engagement sur la durée, sans engagement sur un seuil d'activité, sans contractualisation avec l'assurance maladie. Il faudrait probablement limiter cet avantage aux deux ou trois premières années post-internat, afin que le remplacement reste une période de transition et non un choix définitif.

Sans contraintes et avec un avantage financier intéressant, l'opportunité serait forte pour des jeunes médecins en début de carrière de « tester » l'exercice en zone sous-dense. Ils rencontreraient les professionnels de santé du secteur, appréhenderaient un nouveau mode d'exercice, découvrirait un nouveau territoire... avant de s'y installer ?

CONCLUSION

D'année en année, l'écart grandit entre une démographie des médecins généralistes en déclin et une demande de soins en progression constante. Dans ce contexte, le devenir professionnel des internes de médecine générale est un déterminant majeur dans la réponse au problème des « déserts médicaux ».

Notre étude a montré que plus de deux anciens internes de médecine générale toulousains sur trois faisaient le choix de la médecine générale de ville. L'installation libérale restait le mode d'exercice favori, après une période de remplacement qui semble s'allonger. L'exercice salarié de la médecine générale de ville restait très minoritaire.

L'activité des jeunes médecins se différencie de celle de leurs aînés par un volume d'activité moindre et un attrait croissant pour l'exercice coordonné, concernant aussi bien les femmes que les hommes.

Si plus de huit jeunes médecins sur dix restaient en Occitanie à l'issue de leurs études, seuls quatre médecins en activité régulière sur dix exerçaient dans une zone sous-dense en médecins généralistes. Ce constat peut s'expliquer d'une part par le manque d'attractivité globale de ces territoires cumulant les inégalités, et d'autre part par la forte progression de la demande de soins que connaissent aussi les territoires les moins déficitaires.

Un diplômé de médecine générale toulousain sur trois ne pratiquait pas la médecine de ville, mais répondait à d'autres besoins en santé également en tension : médecine d'urgence, gériatrie, maladies infectieuses, soins palliatifs, etc.

Les jeunes et futurs généralistes permettront-ils alors de résoudre les « déserts médicaux » ?

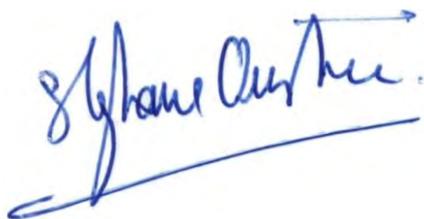
L'augmentation de 20% des effectifs de médecins formés, conséquence de la suppression du *numerus clausus* à compter de la rentrée 2020, est le premier levier permettant d'augmenter l'offre de soins. En raison de la durée des études, une dizaine d'années sera cependant nécessaire avant de pouvoir mesurer l'impact de cette mesure.

La réforme du troisième cycle des études médicales renforce l'orientation de la filière universitaire de médecine générale vers l'exercice ambulatoire, via notamment le développement des stages ambulatoires. Cela devrait inciter davantage d'étudiants à choisir l'exercice ambulatoire.

La régulation de l'installation des médecins libéraux via un système de conventionnement sélectif limité aux zones sous-denses est souvent envisagée, mais ses effets dans le temps pourraient être délétères en diminuant l'attractivité de la médecine générale ambulatoire.

A court terme, la très complexe réponse aux « déserts médicaux » ne peut reposer sur les seules épaules des jeunes médecins généralistes.

D'autres solutions devront venir de la transformation de l'ensemble du système de santé ambulatoire, grâce notamment au développement de l'exercice coordonné et de la télémédecine.



Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse-Purpan

Didier CARRIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Anguis M, Chaput H, Marbot C, Millien C, Vergier N. 10 000 médecins de plus depuis 2012. Études et Résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Mai 2018 ; n°1061.
2. Chaput H, Monziols M, Ventelou B, Zaytseva A, Chevillard G, Mousquès J, et al. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. Études et Résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Janvier 2020 ; n°1140.
3. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Février 2020 ; n°1144.
4. Caby D, Zafar J, Cluzel V. Comment lutter contre les déserts médicaux ? Trésor-éco. Ministère de l'Économie et des Finances. Octobre 2019 ; n°247.
5. Bouet P, Mourgues J. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2018. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2018.
6. Korda R. Grand débat : et si on forçait les médecins à s'installer dans les déserts médicaux? Le Parisien [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.leparisien.fr/societe/grand-debat-et-si-on-forcait-les-medecins-a-s-installer-dans-les-deserts-medicaux-26-02-2019-8020416.php>
7. Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la fonction publique Hospitalière. Bilan des Épreuves Classantes Nationales en médecine (ECN) – Session 2011. 2011.
8. Agence Régionale de Santé, Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé Occitanie. Où m'installer ? [En ligne]. 2019 [Cité le 26 Fev 2020]. Disponible sur : <https://www.occitanie.paps.sante.fr/ou-minstaller-186?parent=10258>
9. Collège National des Généralistes Enseignants. L'augmentation du nombre de MSU va permettre la mise en place de la 4ème année du DES de médecine générale. Une solution attractive forte pour l'exercice dans les territoires. Avril 2019.
10. Bouton R. Médecine générale : la rupture des années 1990. Les Tribunes de la santé. 2015;3(48):39-47.
11. Marcel R. Libéral, salarié, mixte... Choisissez votre mode d'exercice ! [En ligne]. Oct 2019 [Cité le 26 Fev 2020]. Disponible sur : <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/liberal-salarie-mixte-choisissez-votre-mode-dexercice>
12. Beral O. Devenir socio-professionnel des internes de médecine générale lyonnais des promotions 2004 à 2012 incluse et ses facteurs influents [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2018.
13. Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. JORF n°0266 du 15 Novembre 2017, texte 13.

14. Boudou Battisti A-L. Le devenir des promotions de médecine générale de 2004 à 2007 de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 26 févr 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/380/>
15. Observatoire National de la Démographie des professions de santé. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. Rapport 2013-2014.
16. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. Études et Résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Mars 2012 ; n°797.
17. Hubert H. Mission de concertation sur la médecine de proximité. Novembre 2010.
18. Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? Enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 4 mars 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/528/>
19. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Études et Résultats. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Mai 2019 ; n°1113.
20. France. Ministère des solidarités et de la santé. Arrêté du 14 août 2019 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. Annexe 35 : Distribution nationale du nombre de patients vus file active / MT. JORF n°0192 du 20 Août 2019.
21. Commission jeunes médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins. Conseil national de l'Ordre des médecins. Avril 2019.
22. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. 424 p. (Métiers Santé Social). Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213.htm>
23. ORS Midi-Pyrénées – CREA-ORS Languedoc-Roussillon. Profil Santé Toulouse. 2017
24. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population. Études et Résultats. DREES. Février 2020 ; n°1144.
25. Augros S. Evaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. Septembre 2019.
26. Rémunération, nombre de généralistes, patients pris en charge... Les chiffres clés des maisons de santé | egora.fr [Internet] Saint Cloud : Global Média Santé. 2019 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/47545-remuneration-nombre-de-generalistes-patients-pris-en-charge>
27. Ministère des Solidarités et de la Santé. Exercice coordonné des soins de premier recours [Internet] Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/l-exercice-coordonne>
28. Devillaine V. Le centre de santé départemental poursuit son déploiement. Le concours médical. Mai 2018. Tome 140.

29. En Saône-et-Loire, des centres de santé départementaux contre la pénurie de médecins - ladepeche.fr [Internet]. La Dépêche ; 2018 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/article/2018/09/27/2877100-saone-loire-centres-sante-departementaux-contre-penurie-medecins.html>
30. Gocko X, Dessert M, Bally J-N, Trombert-Pavio V. Devenir professionnel des internes de médecine générale de Saint Etienne entre 2004 et 2014. Exercer. 2017;132:180-5.
31. Pacte de refondation des urgences [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité le 1 avr 2020]. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences-20-decembre-2019>
32. Agence régionale de santé. Ma Santé 2022 : les grandes mesures inscrites dans la loi [Internet]. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales ; 2019 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>
33. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale. La Réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes. Avril 2017.
34. Le Blanc A. 400 généralistes salariés - Pas de miracle, seuls 20% des postes promis par Macron ont trouvé preneurs [Internet]. Malakoff : Les éditions du médecin généraliste ; 2020 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2019/09/20/400-generalistes-salaries_319757
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. La réforme du 3ème cycle des études de médecine [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de Santé ; 2019 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>
36. Les députés retoquent l'obligation d'un stage dans les déserts médicaux pour les carabins [Internet]. Malakoff : Le Quotidien du médecin ; 2019 [cité le 3 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/les-deputes-retoquent-lobligation-dun-stage-dans-les-deserts-medicaux-pour-les-carabins>
37. Canasse S. Entretien Paul Frappé. La Revue du praticien Médecine générale. Mai 2019. N°1021.
38. Le Blanc A. Dans un rapport, les sénateurs demandent à nouveau le conventionnement sélectif [Internet]. Malakoff : Les éditions du médecin généraliste ; 2020 [cité le 3 avr 2020]. Disponible sur : https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/01/30/dans-un-rapport-les-senateurs-demandent-a-nouveau-le-conventionnement-selectif_321234
39. Cristofari J-J. Nouvelle tentative de réguler l'installation des médecins [Internet]. Paris : Osmose Médical ; 2017 [cité le 3 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.generaliste-en-france.fr/index.php?id=162>

ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE

Promotions 2011, 2012, 2013 : qu'êtes-vous devenus ? (1 à 3 min)

Généraliste, urgentiste, médecin légiste, paysagiste, artiste ... l'activité professionnelle de votre promotion est le sujet de ma thèse !

Le questionnaire est court : 1 à 3 minutes selon votre profil.

Je vous remercie pour votre participation.

Vincent Claudel, interne en médecine générale à Toulouse.
Thèse dirigée par Pr Jean-Christophe Poutrain.

SOCIO-DEMOGRAPHIE

Vous êtes :

- Une femme
- Un homme

Quel âge avez-vous ?

Dans quelle ville avez-vous réalisé votre externat ?

En quelle année avez-vous participé aux ECN ?

En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ?

Etes-vous en couple ?

Quelle est l'activité professionnelle de votre conjoint(e) ?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant ou chef d'entreprise
- Médecin
- Cadre et profession intellectuelle supérieure sauf médecin : profession libérale, cadre d'entreprise, cadre de la fonction publique, profession intellectuelle ou artistique
- Profession intermédiaire : de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique, profession intermédiaire administrative et commerciale des entreprises, technicien, agent de maîtrise, contremaître
- Employé : fonction publique, administration d'entreprise, commerce, service direct aux particuliers
- Ouvrier
- Sans activité professionnelle

Votre activité professionnelle principale actuelle est-elle la médecine générale de ville / ambulatoire ?

- Oui : Médecine générale de ville, libérale ou salariée (remplaçant, installé, SOS médecin, salarié en centre de santé ...)
- Non : Service hospitalier, PMI, planning familial, urgences, autres spécialités, ne travaillant pas actuellement, autres situations...

MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE

Votre activité professionnelle principale actuelle est :

- Médecin remplaçant (salarié ou libéral, y compris assistant ou adjoint de santé).
- Médecin collaborateur libéral.
- Médecin titulaire installé libéral.
- Médecin salarié d'un centre de santé.

INSTALLATION / COLLABORATION / SALARIAT EN CENTRE DE SANTE

En quelle année avez-vous débuté votre activité professionnelle principale actuelle ?

Quel est le code postal de la (les) commune(s) où vous exercez votre activité principale ?

Combien de demi-journées d'activité médicale effectuez-vous en moyenne par semaine, au titre de votre activité principale ?

Combien de semaines par an êtes-vous en congés ?

Quel est le volume de votre patientèle médecin traitant ?

- Je ne sais pas.
- Moins de 245
- Entre 245 et 488
- Entre 488 et 640
- Entre 640 et 762
- Entre 762 et 872
- Entre 872 et 981
- Entre 981 et 1107
- Entre 1107 et 1259
- Entre 1259 et 1502
- Entre 1502 et 1721
- Plus de 1721

Quelle sera l'évolution probable du volume de votre activité de médecine générale au cours des deux prochaines années ?

- Augmentation de mon volume d'activité
- Maintien de mon volume d'activité
- Diminution de mon volume d'activité
- Arrêt de la médecine générale
- Je ne sais pas.

Concernant le mode d'exercice coordonné, vous exercez actuellement au sein d'un(e) :

- Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) ou Pôle de Santé reconnu par l'ARS
- Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) labellisée par l'ARS
- Groupe pluri-professionnel non reconnu comme MSP
- Groupe mono-professionnel (uniquement des médecins généralistes)
- Centre de santé (CDS) labellisé par l'ARS
- Equipe de soins primaires (ESP)
- Autre forme d'exercice coordonné non formalisée
- Exercice seul

Exercez-vous une ou plusieurs activités professionnelles médicales ou non médicales supplémentaires ?

- Oui
- Non

Quelles sont vos activités professionnelles supplémentaires ?

Quelle part occupent cette ou ces activités professionnelles supplémentaires dans votre temps de travail total ?

- Moins de 10%
- 10 à 33%
- 34 à 50%

REPLACEMENT

Combien de jours de remplacement avez-vous effectués au cours des 6 derniers mois (dont gardes) ?

- Moins de 23 jours
- Entre 23 et 44 jours
- Entre 45 et 67 jours
- Entre 68 et 90 jours
- Plus de 90 jours

Quels sont les différents types de remplacements que vous avez effectués au cours des 6 derniers mois ?

- Remplacement de médecins libéraux installés
- Remplacement de médecins salariés d'un centre de santé
- Remplacement en maison médicale de garde ou gardes de WE et de nuit
- Remplacement à SOS médecin
- Remplacement en service hospitalier ou SSR
- Remplacement en clinique

Dans quel département avez-vous majoritairement remplacé au cours des 6 derniers mois ?

Si vous avez remplacé majoritairement en Haute-Garonne, exercez-vous en majorité dans la zone géographique "Toulouse Métropole" ? (quel que soit le pôle territorial)

- Oui
- Non
- Je n'ai pas remplacé majoritairement en Haute-Garonne.

Dans quels autres départements avez-vous effectué des remplacements au cours des 6 derniers mois ?

Quel type d'activité principale envisagez-vous dans les deux années à venir ?

- Poursuite de mon activité de remplaçant
- Collaboration libérale en médecine générale
- Installation libérale en médecine générale
- Médecine générale salariée en centre de santé
- Médecine d'urgence
- Médecine hospitalière autre (SSR, Médecine Polyvalente, Gériatrie ...)
- Protection Maternelle et Infantile
- Planning familial
- Je ne sais pas.

Exercez-vous une ou plusieurs activités professionnelles médicales ou non médicales en plus du remplacement ?

ACTIVITE PRINCIPALE DIFFERENTE DE LA MG AMBULATOIRE :

Quelle est votre activité professionnelle principale ?

- Médecine d'urgence
- Gériatrie en service hospitalier ou en libéral
- Coordination médicale en EHPAD
- Médecine somatique en établissement psychiatrique
- Médecine Polyvalente (hôpital ou clinique) ou SSR
- Protection Maternelle et Infantile (PMI).
- Planning familial
- Médecine vasculaire – Angiologie
- Médecine scolaire
- Je n'ai pas d'activité professionnelle actuellement.
- Autre :

Dans quel département exercez-vous majoritairement votre activité professionnelle principale ?

En parallèle de votre activité professionnelle principale, avez-vous une activité de médecine générale de ville ?

- Oui
- Non

Si Oui, quel type de médecine générale de ville exercez-vous ?

- Médecin remplaçant libéral
- Médecin remplaçant salarié
- Médecin collaborateur libéral
- Médecin titulaire installé libéral
- Médecin salarié en centre de santé

Quelle part de votre temps de travail total occupe cette activité de médecine générale de ville ?

- Moins de 10%
- 10 à 33 %
- 34 à 50 %

Dans les deux prochaines années, envisagez-vous d'exercer la médecine générale de ville comme activité principale ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas.

Professional occupation of junior general practitioners three to five years after completing an internship in medicine in Toulouse

Introduction: Junior general practitioners are strongly expected to help solve the issue of areas in medical care deficit. But for this new generation, the traditional model of private primary care is no longer the unique professional perspective. Many other opportunities are today possible, especially in secondary care.

Objective: To determine the main professional occupation of junior general practitioners three to five years after completing their internship in medicine in Toulouse.

Method: Quantitative and descriptive survey, through an electronic form sent by e-mail to all 460 former interns of Toulouse who began their internships in 2011, 2012 and 2013.

Results: The response rate has achieved 69% (n=317). 67.8% of the former interns were working in primary care, 66% of whom were in regular activity (as independent family physicians working alone or in a shared practice, or employees in health care centers) and 34% working as substitutes. 30.6% of the former interns were not practicing primary care but another medical activity, 67% of whom were emergency doctors or geriatricians. 1.6% of the former interns were not practicing medicine anymore. Among those in primary care with a regular activity, 39% were working in a medical deficit area, 27% in a multidisciplinary health practice, 5% were salaried employees, and the average working time was 7.5 half days per week. 81% of the former interns were working in Occitanie. Choices of occupation and location were similar for both men and women.

Conclusion: Regular primary care seems to remain the favorite occupation of young graduates, after a transition period as a substitute. In comparison to their predecessors, young doctors have shorter working hours and are increasingly interested in shared health care practices. Medical deficit areas remain unattractive, partly because the need for health services is also increasing in other areas. The young graduates who choose an occupation other than primary care are meeting essential health needs too. The increase in the number of primary care practitioners, expected as a result of the university reform and of the removal of the *numerus clausus*, will only be a part of the complex solution to the medical deficit in deprived areas.

Key words: medical demography ; primary care ; professional occupation

Titre en français: Devenir professionnel des internes de médecine générale toulousains trois à cinq ans après la fin de l'internat

Academic discipline : General Practice

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil
133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex 4 - FRANCE

Devenir professionnel des internes de médecine générale toulousains trois à cinq ans après la fin de l'internat

Introduction : Une forte attente se dessine vis-à-vis des jeunes médecins généralistes pour répondre au problème des zones sous-denses en médecins. Mais pour cette nouvelle génération, le modèle traditionnel de l'installation libérale en soins premiers n'est plus l'unique perspective professionnelle. De nombreuses autres opportunités d'exercice lui sont aujourd'hui couramment accessibles, notamment en soins de second recours.

Objectif : Déterminer le type d'activité professionnelle principale des anciens internes de médecine générale toulousains, trois à cinq ans après la fin de l'internat.

Méthode : Etude quantitative descriptive, par questionnaire informatisé diffusé par courrier électronique à l'ensemble des 460 anciens internes toulousains des promotions ECN 2011, 2012 et 2013.

Résultats : Le taux de réponse était de 69% (n=317). 67,8% des anciens internes toulousains exerçaient la médecine générale (MG) ambulatoire, dont 66% en activité régulière (installation, collaboration, salariat en centre de santé) et 34% en remplacement. 30,6% des anciens internes n'exerçaient pas la MG ambulatoire mais une autre activité médicale, dont 67% la médecine d'urgence ou la gériatrie. 1,6% des anciens internes n'exerçaient plus la médecine. Parmi ceux en activité régulière de MG ambulatoire, 39% exerçaient en zone sous-dense, 27% en maisons de santé pluri-professionnelles, 5% étaient salariés et le temps de travail moyen était de 7,5 demi-journées par semaine. 81% des anciens internes exerçaient en Occitanie. Les choix du type et du lieu d'exercice étaient comparables entre hommes et femmes.

Conclusion : L'activité régulière de médecine générale ambulatoire semble rester le mode d'exercice favori après une période transitoire de remplacement. L'activité des jeunes médecins se différencie de celle de leurs aînés par un volume d'activité moindre et un attrait croissant pour l'exercice coordonné. Les zones sous-denses peinent à attirer, notamment parce que la demande de soins augmente également dans les autres territoires. Les diplômés qui choisissent une activité différente de la MG ambulatoire répondent eux-aussi à des besoins en santé essentiels. L'augmentation du nombre de médecins généralistes de ville, attendue de la suppression du *numerus clausus* et de la réforme du troisième cycle, ne sera qu'une partie de la complexe réponse aux déserts médicaux.

Mots-clés : démographie médicale ; médecine générale ; devenir professionnel

Titre en anglais : Professional occupation of junior general practitioners three to five years after completing an internship in medicine in Toulouse

Discipline administrative : Médecine générale
