

UNIVERSITÉ TOULOUSE III- Paul SABATIER- FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2014

2014- TOU3- 1005

## **THÈSE**

### **POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par  
Anne-Laure BOUDOU BATTISTI

Le 4 février 2014

### **LE DEVENIR DES PROMOTIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE 2004 A 2007 DE MIDI-PYRÉNÉES**

Directeur de thèse : Docteur Michel Bismuth

## **JURY**

Monsieur le Doyen Daniel ROUGÉ	Président
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Madame le Docteur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur

UNIVERSITÉ TOULOUSE III- Paul SABATIER- FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2014

2014 - TOU3 - 1005

## **THÈSE**

### **POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement par  
Anne-Laure BOUDOU BATTISTI

Le 4 février 2014

### **LE DEVENIR DES PROMOTIONS DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE 2004 A 2007 DE MIDI-PYRÉNÉES**

Directeur de thèse : Docteur Michel Bismuth

## **JURY**

Monsieur le Doyen Daniel ROUGÉ	Président
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Madame le Docteur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2013**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYASSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

**Professeurs Émérites**

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

**P.U. - P.H.**

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVÉAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. POURRAT. J	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

**P.U. - P.H.**

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

**P.U.**

M. OUSTRIC S. Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale

Dr. POUTRAIN J.Ch

Dr. MESTHÉ P.

Professeur Associé de Médecine du Travail

Dr NIEZBORALA M.

**P.U. - P.H.**  
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**  
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SAMI E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactéριο. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactéριο. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CORRE J.	Hématologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme COURBON	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE J.	Hématologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. DEDOIT F.	Médecine Légale
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GANTET P.	Biophysique	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. MONTOYA R.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. PILLARD F.	Physiologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAGAB J.	Biochimie		
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophthalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement	M. BISMUTH S.	<b>M.C.U.</b> Médecine Générale
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.  
Dr BRILLAC Th.  
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.  
Dr BISMUTH M.  
Dr BOYER P.  
Dr ANE S.

## **Remerciements :**

À Monsieur le Doyen Daniel Rougé, vous me faites l'honneur de présider mon jury, je vous prie de recevoir toute ma considération.

À Monsieur le Professeur Stéphane Oustric, vous avez accepté de siéger au jury de ma thèse, veuillez recevoir toute ma gratitude. Veuillez recevoir toute ma reconnaissance pour votre relecture et vos suggestions.

À Monsieur le Professeur Pierre Mesthé, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

À Madame le Docteur Marie-Eve Rougé-Bugat, vous avez accepté de faire partie de mon jury et d'évaluer mon travail, recevez toute ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Michel Bismuth, mon directeur de thèse, vous avez accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie d'avoir partagé cette épreuve avec moi et de m'avoir orienté tout au long de ce travail.

Au Conseil national de l'ordre et à Gwenaëlle Lebreton géographe au CNOM, pour m'avoir fourni les données qui m'ont permis de réaliser ce travail.

À Florent, mon mari et à Chiara ma fille chérie,

Merci pour ta présence, ta disponibilité, ton soutien inconditionnel depuis le premier jour et jusqu'à ce travail.

Merci pour votre amour, votre énergie et votre joie qui me font avancer chaque jour.

À mes parents,

Merci de m'avoir poussé et permis de réaliser mon rêve. Sans vous je n'en serais pas là.

Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises et tout votre amour.

À Aude, ma sœur, Gaétan, mon beau-frère, et mes neveux : Jules et Louis,

Merci d'être là dans les moments importants malgré la distance. Vous me manquez.

À ma famille, mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, mon grand-père et ma grand-mère, mes plus fidèles supporters.

À ma belle-famille, merci pour votre bienveillance et votre soutien quotidien.

À Manue et Sylvia,

Quel parcours réalisé depuis les bancs de P1, que d'heures passées à réviser mais quelle belle récompense : une si belle amitié. Je suis fier de ce que vous êtes devenues. Merci de m'avoir accompagnée jusqu'ici.

À Virginie et Sarah,

Merci les filles de vos encouragements et votre fidélité sans faille depuis 25ans. Vos conseils sont toujours aussi précieux.

À tous mes maîtres de stages, merci de m'avoir donné l'exemple et transmis l'amour de ce métier.

À tous ceux que je n'ai pas cités mais qui m'ont permis de devenir ce que je suis aujourd'hui : une femme comblée et épanouie.

À ma mamie Maria,

Ton absence restera une de mes plus grandes peines, toi qui m'as accompagné depuis le début.

Avec toute l'affection qu'il m'est possible de mettre dans ces mots, je te dédie cette thèse.

## **Résumé**

Dix ans après la création des Examen Classant National (ECN), qui ont permis de faire de la médecine générale une spécialité, et dans le contexte actuel de débat autour de la démographie médicale, cette étude permet d'analyser le parcours de la fin de l'internat et le devenir des internes des promotions de médecine générale de 2004 à 2007 de Midi-Pyrénées. Il nous a paru intéressant de savoir quelle est cette nouvelle génération, où et comment ils se sont installés.

L'analyse de ce travail a permis de mettre en évidence la féminisation de la médecine générale. Il montre également qu'en Midi-Pyrénées les installations se font de façon plus précoce au fil des promotions. Elles se font majoritairement en milieu urbain et en groupe. Le statut de collaborateur séduit ces nouvelles promotions.

Il serait intéressant de mettre en perspective ce travail sur les promotions suivantes pour voir l'impact des modifications apportées depuis la création de l'internat sur l'installation des nouveaux médecins. Nous pouvons citer : les modifications des terrains de stages avec la création des SASPAS et des stages ambulatoires gynéco-pédiatrie, la loi HSPT qui met l'accent sur le médecin généraliste en premier recours, les aides financières proposées par l'état pour l'installation dans les zones de déserts médicaux.

# Sommaire

<b>I. Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>II. Méthode.....</b>	<b>3</b>
1. Cadre de l'étude.....	3
2. Objectif principal .....	3
3. Recueil des données :.....	3
4. La population étudiée :.....	4
<b>III. Résultats.....</b>	<b>4</b>
1. Le profil sociologique : .....	4
2. Moyenne d'âge : .....	5
3. Nombre d'internes par promotion qui sont inscrits en tant que médecins généralistes au conseil de l'ordre :.....	6
4. L'année de première inscription à l'ordre des internes à l'issue de leur 3 années de DES :.....	7
5. Le département d'inscription.....	7
6. L'historique de la première inscription à l'exercice actuel :.....	8
7. Le mode d'exercice actuel en 2013 .....	9
8. La nature de l'exercice et l'année d'installation.....	10
a. En libéral.....	10
b. En hospitalier : .....	11
9. Les répartitions du type de contrat au moment de l'installation .....	11
10. Le lieu d'exercice.....	12
<b>IV. Discussion.....</b>	<b>13</b>
1. Féminisation de la médecine : .....	13
2. Précocité d'installation dans notre région : .....	14
a. Diversités et complémentarités des terrains de stages : .....	14
b. Amélioration de l'enseignement : .....	15
c. Spécialité à part entière - carrière universitaire : .....	16
3. Milieu urbain : .....	16
4. Installation en groupe : .....	18
a. La collaboration : .....	18
b. Les maisons de santé pluridisciplinaires et pôles :.....	18
5. Les limites .....	19
<b>V. Conclusion .....</b>	<b>20</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>22</b>

## **I. Introduction**

À l'heure où la démographie médicale est au centre des débats de santé publique, le médecin généraliste reste le médecin de 1<sup>er</sup> recours et la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HSPT) en a redéfini le rôle et la mission. Il devra être au centre d'une organisation plus fluide du parcours de soins, participer à la permanence de soins et consacrer du temps pour les patients souffrant de maladies chroniques. L'éducation thérapeutique et la prévention sont des enjeux de cette loi(1).

En 2013 la France compte 91539 médecins généralistes dont 54044 à exercice libéral, 5794 à activité mixte et 31615 à activité hospitalière (2). 7820 internes seront formés cette année encore dont 3799 en médecine générale (+5,9% par rapport à l'année précédente) (3). Malgré l'augmentation du numerus clausus prévue de 2006 à 2015 par les politiques cette crise démographique ne semble pas enrayée (4).

Cette pénurie concernant le secteur libéral semble être accentuée par 2 facteurs principaux : tous les internes formés en médecine générale n'exerceront pas en libéral (5,6) et la totalité des postes ne sont pas pourvus sur l'ensemble du territoire et surtout dans certaines régions comme le montre le rapport de 2010-2011 de l'ONDPS (7).

Tous les médias nous relaient la complexité et les difficultés d'installation des jeunes médecins, qu'il faut des moyens et être innovants mais qu'en est-il vraiment sur le terrain et en particulier en Midi-Pyrénées ?

En effet en Midi-Pyrénées tous les postes ont été pourvus et cela concerne toutes les spécialités depuis 2004 (2,7). En 2010 selon le rapport du CNOM de la région Midi-Pyrénées, 87 nouveaux inscrits sont recensés en médecine générale avec une moyenne d'âge de 33,9 ans. 29% exercent une activité libérale, 1,1% une activité mixte, 28% une activité salariée et enfin 41,9% sont remplaçants (8). Ce rapport nous révèle également que 57,1% des nouveaux inscrits ont obtenu leurs diplômes à la faculté de Toulouse.

Notre objectif a été de faire un état des lieux concernant les promotions de 2004 à 2007 toulousaines et mettre en évidence leurs parcours à la sortie de l'internat en essayant de répondre à la question : Que sont-ils devenus ?

## **II. Méthode**

### **1. Cadre de l'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, régionale qui concerne les 4 premières promotions d'internes de médecine générale de 2004 à 2007 qui ont été formées en Midi-Pyrénées.

### **2. Objectif principal**

Notre étude a pour but d'analyser le parcours à la fin de l'internat et le devenir des internes des promotions 2004 à 2007 inclus.

### **3. Recueil des données :**

Les données initiales m'ont été délivrées par la faculté. Elles ont été obtenues extraction par le logiciel APOGEE des listes d'affectation des internes suite à leur choix Examen Classant National via le centre national de gestion (CNG) en février 2013. Elles concernent les quatre premières promotions d'internes de Midi-Pyrénées de 2004 à 2007. Elles ont été ensuite saisies puis traitées sur des tableaux Excel.

Les axes retenus pour l'organisation des données sont les suivants :

- Le profil sociologique
- La moyenne d'âge
- La proportion des internes inscrits au conseil de l'ordre ayant obtenu le DES de médecine générale
- L'année de première inscription à l'ordre des médecins
- Le département d'inscription
- L'historique de la première inscription à l'exercice actuel
- Le mode d'exercice actuel
- La nature de l'exercice et l'année d'installation
- Les répartitions du type de contrat au moment de l'installation
- Le lieu d'exercice

#### 4. La population étudiée :

	Nombre d'inscrits à la faculté	Nombre d'inscrits au tableau de l'ordre
Promotion 2004	61	59
Promotion 2005	50	49
Promotion 2006	58	51
Promotion 2007	82	67
Total	251	226

L'étude concerne les 226 internes qui sont inscrits au tableau de l'ordre.

Pour les promotions 2004 et 2005, 3 internes ont été perdus de vue.

Pour les promotions 2006 et 2007, 22 internes ne se sont pas encore inscrits en février 2013 au moment du recueil des données.

### III. Résultats

226 internes sont inscrits au conseil de l'ordre et ont donc été suivis sur les 251 étudiants inscrits au départ à la faculté.

#### 1. Le profil sociologique :

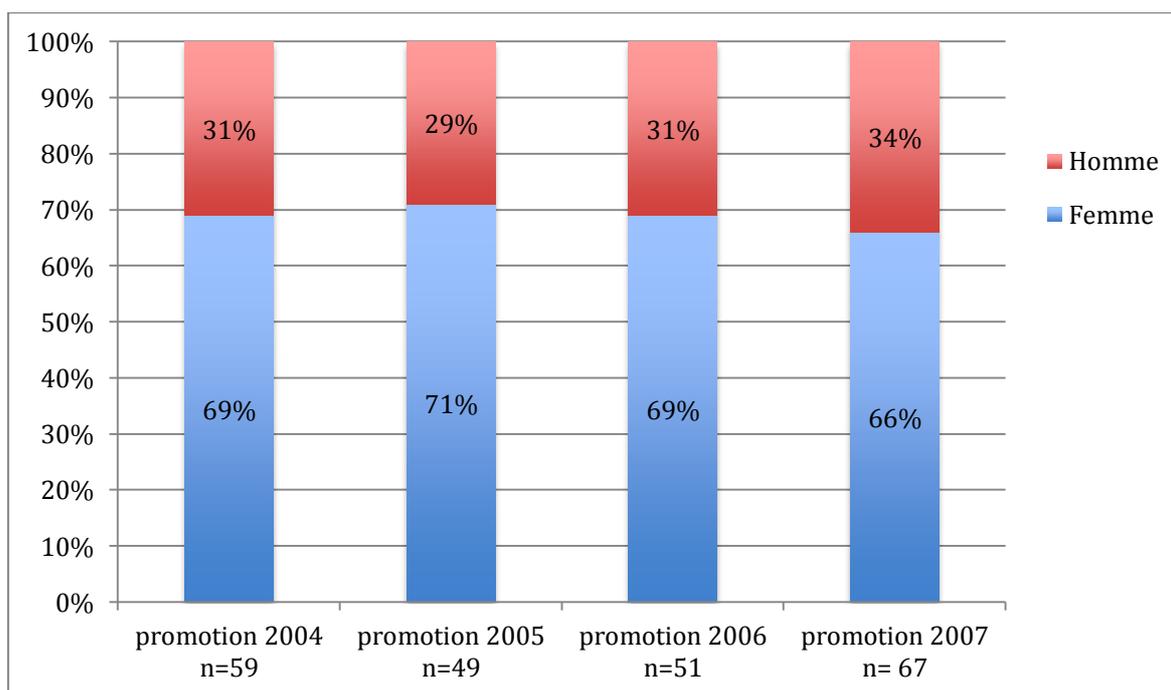


Tableau 1

Lieu de naissance :

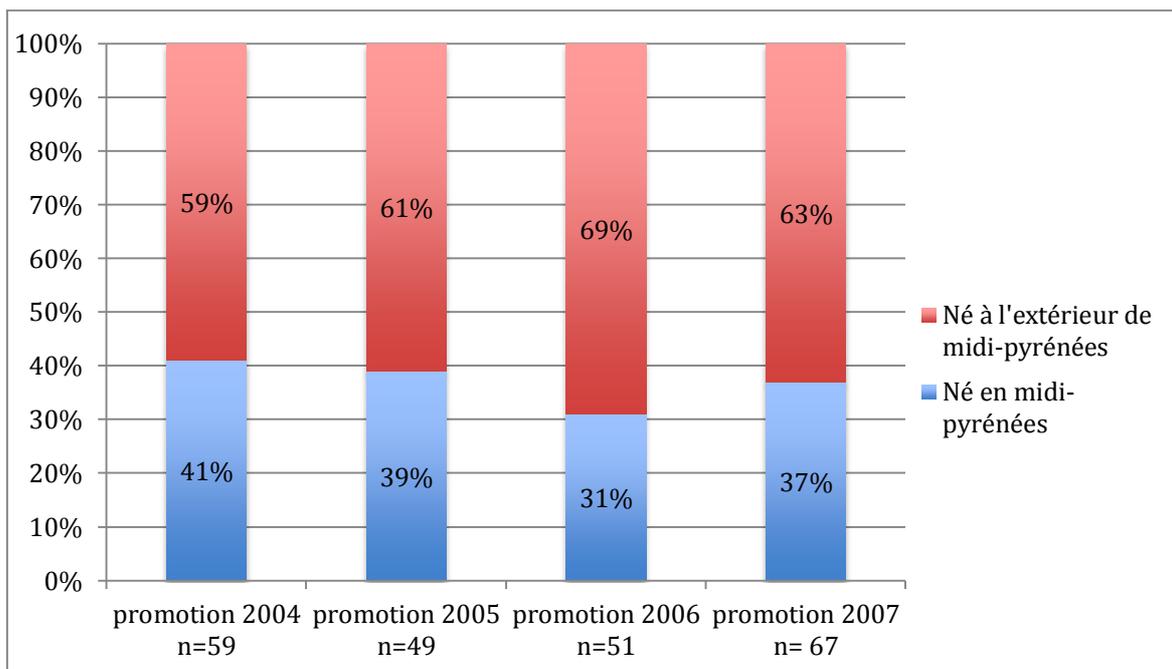


Tableau 2

**2. Moyenne d'âge :**

- Pour l'obtention des diplômes elle est de 29,5 ans pour les 4 promotions
- Pour la première inscription à l'ordre elle est de 29,75 ans pour les 4 premières promotions.

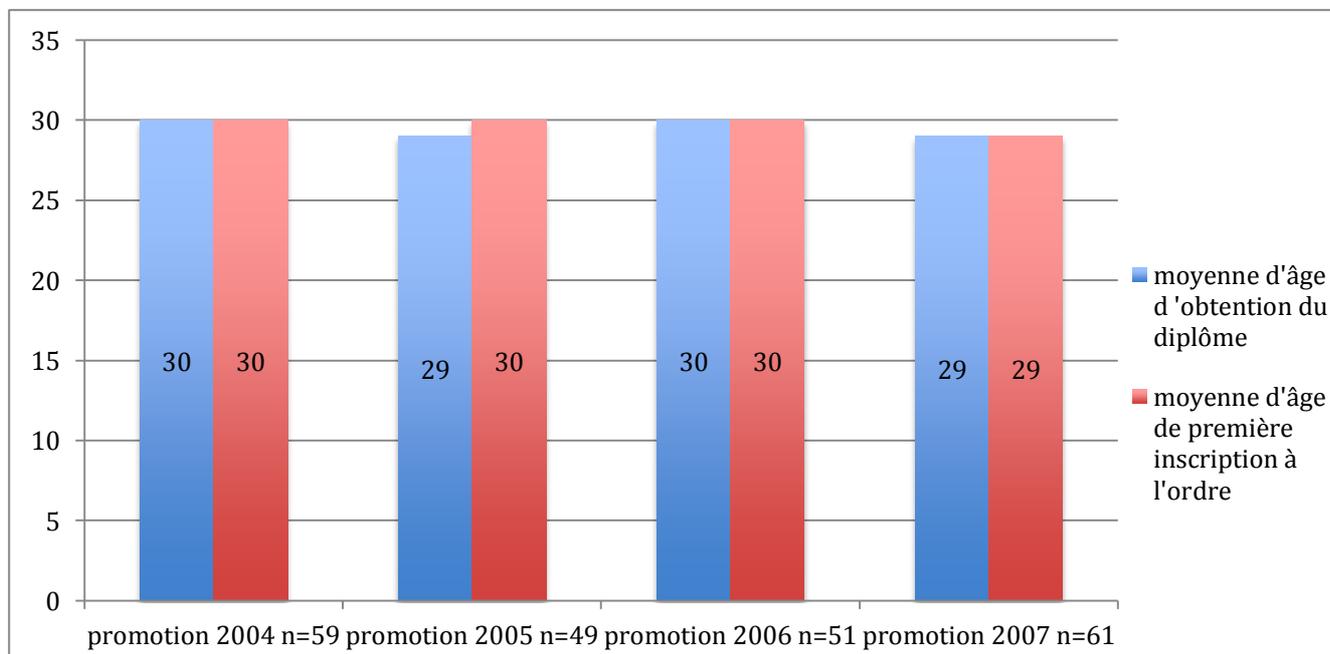


Tableau 3

### 3. Nombre d'internes par promotion qui sont inscrits en tant que médecins généralistes au conseil de l'ordre :

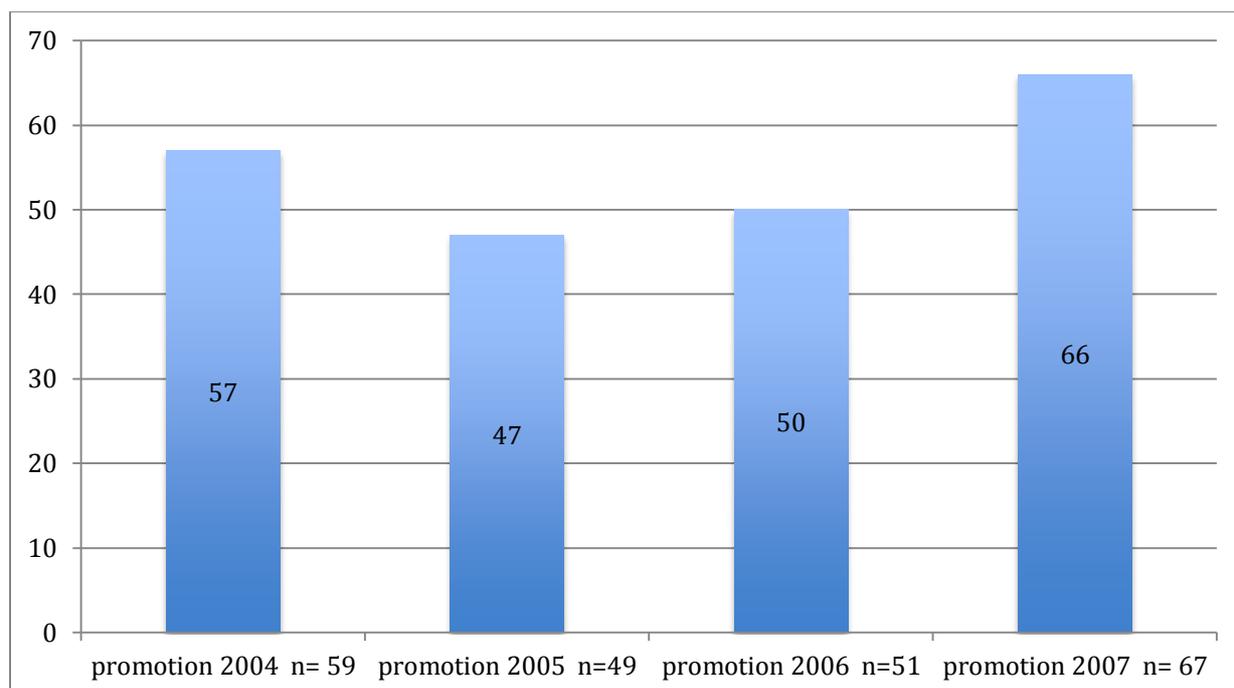


Tableau 4

Pour la promotion 2004, 57 internes sont inscrits en tant que médecin généraliste au conseil de l'ordre sur les 59 inscrits de la promotion étudiée. 1 est inscrit en chirurgie digestive et viscérale et le dernier de la promotion en tant que gériatre.

Pour la promotion 2005, 47 sur 49 sont inscrits en tant que médecine généraliste au conseil de l'ordre. 1 est inscrit en anesthésie-réanimation et le dernier est non renseigné.

Pour la promotion 2006, 50 internes sur 51 de la promotion sont inscrits en médecine générale au conseil de l'ordre. Le dernier est inscrit en chirurgie générale.

Pour la promotion 2007, 66 des 67 internes se sont inscrits en médecine générale et 1 tant que médecin du travail.

#### 4. L'année de première inscription à l'ordre des internes à l'issue de leur 3 années de DES :

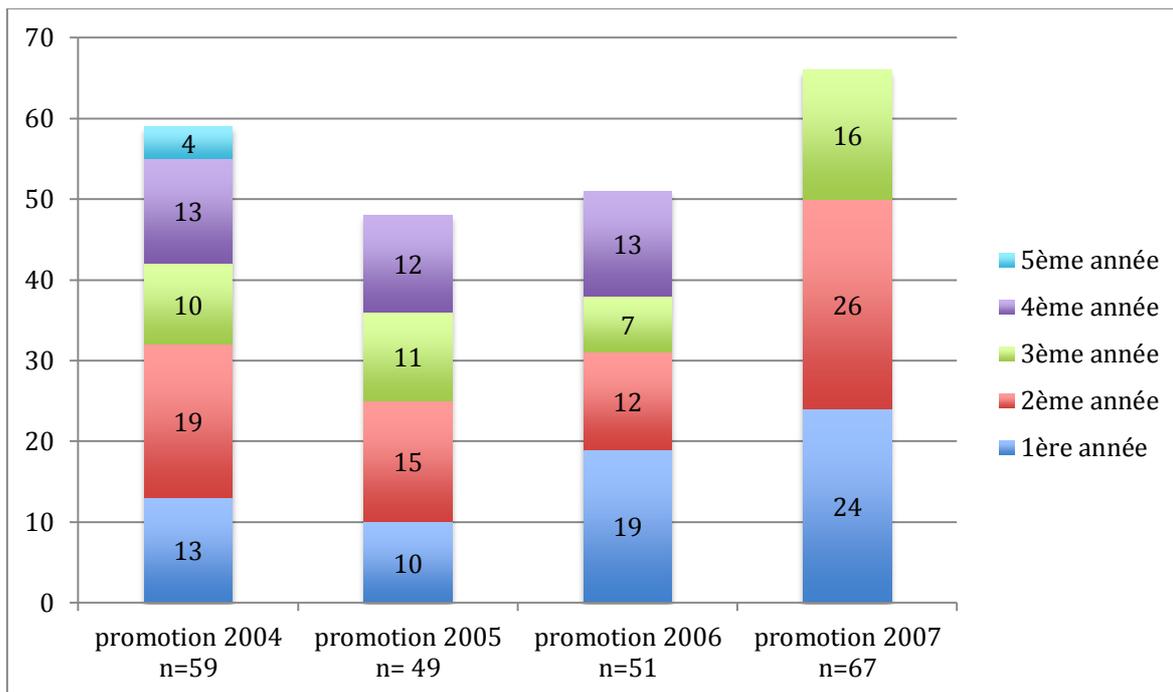


Tableau 5

#### 5. Le département d'inscription

La répartition des internes en Midi-Pyrénées

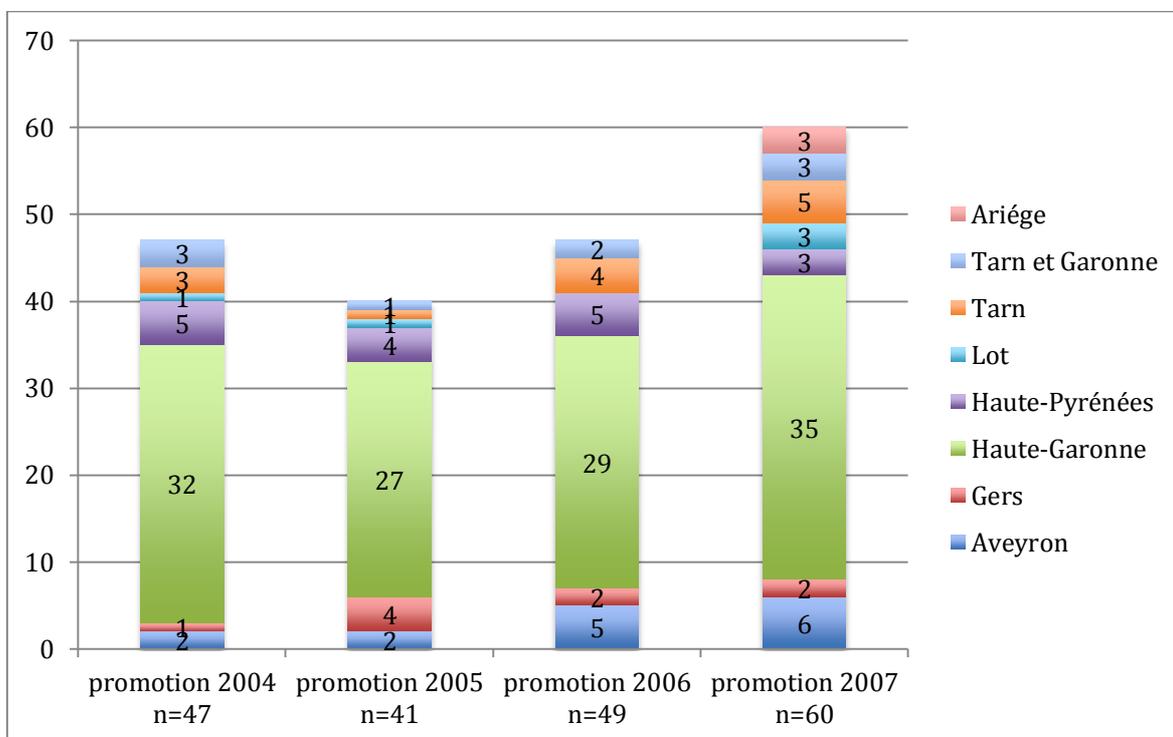


Tableau 6

En 2004, 12 internes (20%) se sont installés hors Midi-Pyrénées. En 2005, cela concernait 7 internes (14%), en 2006, 4 internes (7%) et en 2007, 7 internes (10,5%).

## 6. L'historique de la première inscription à l'exercice actuel :

Mode d'exercice à la première inscription

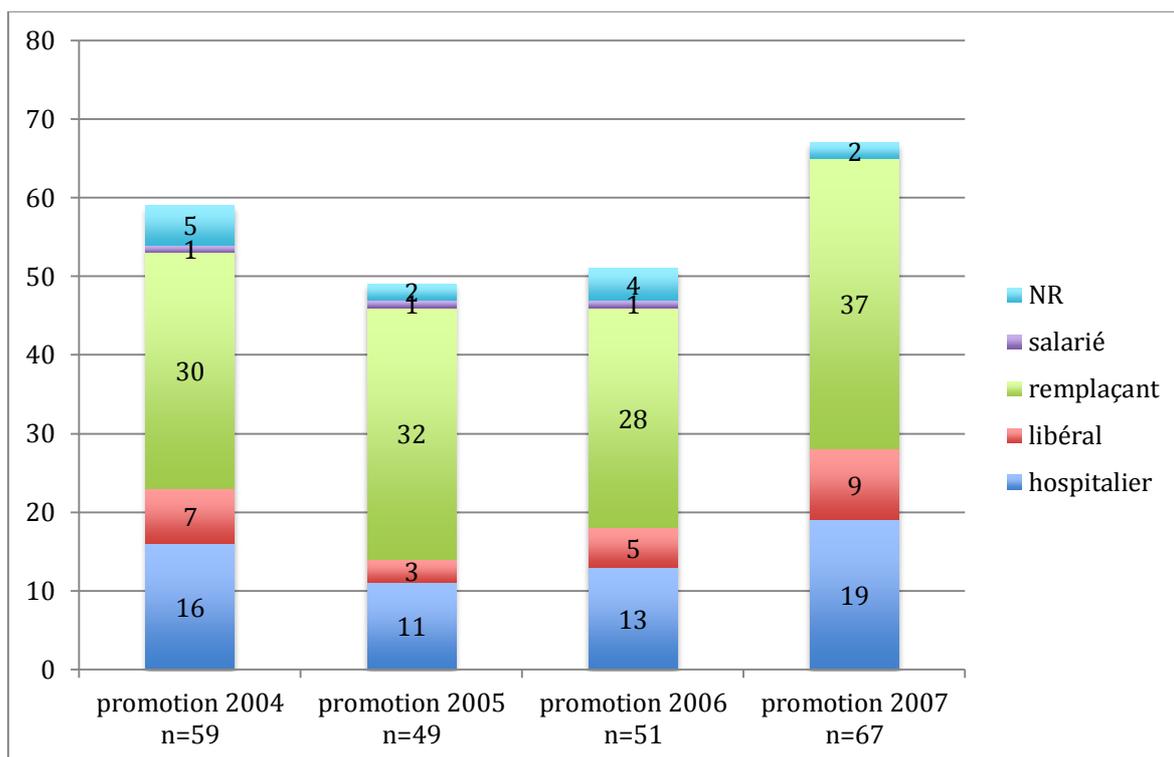


Tableau 7

Trajectoire des remplaçants

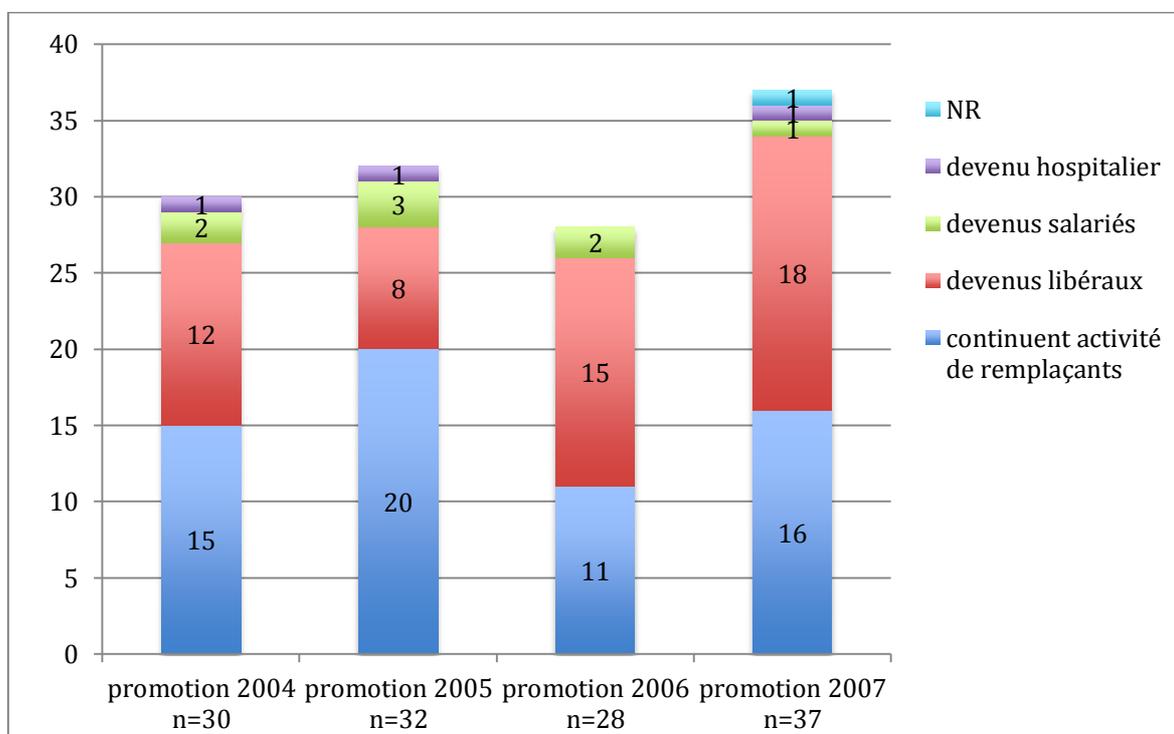


Tableau 8

## Trajectoires des hospitaliers

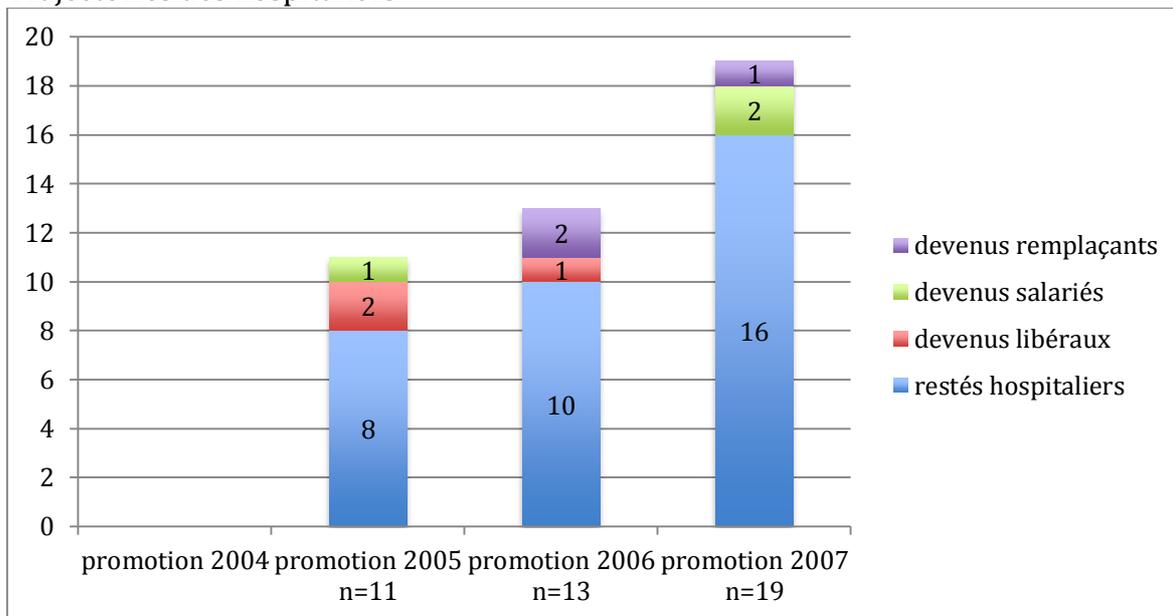


Tableau 9

## 7. Le mode d'exercice actuel en 2013

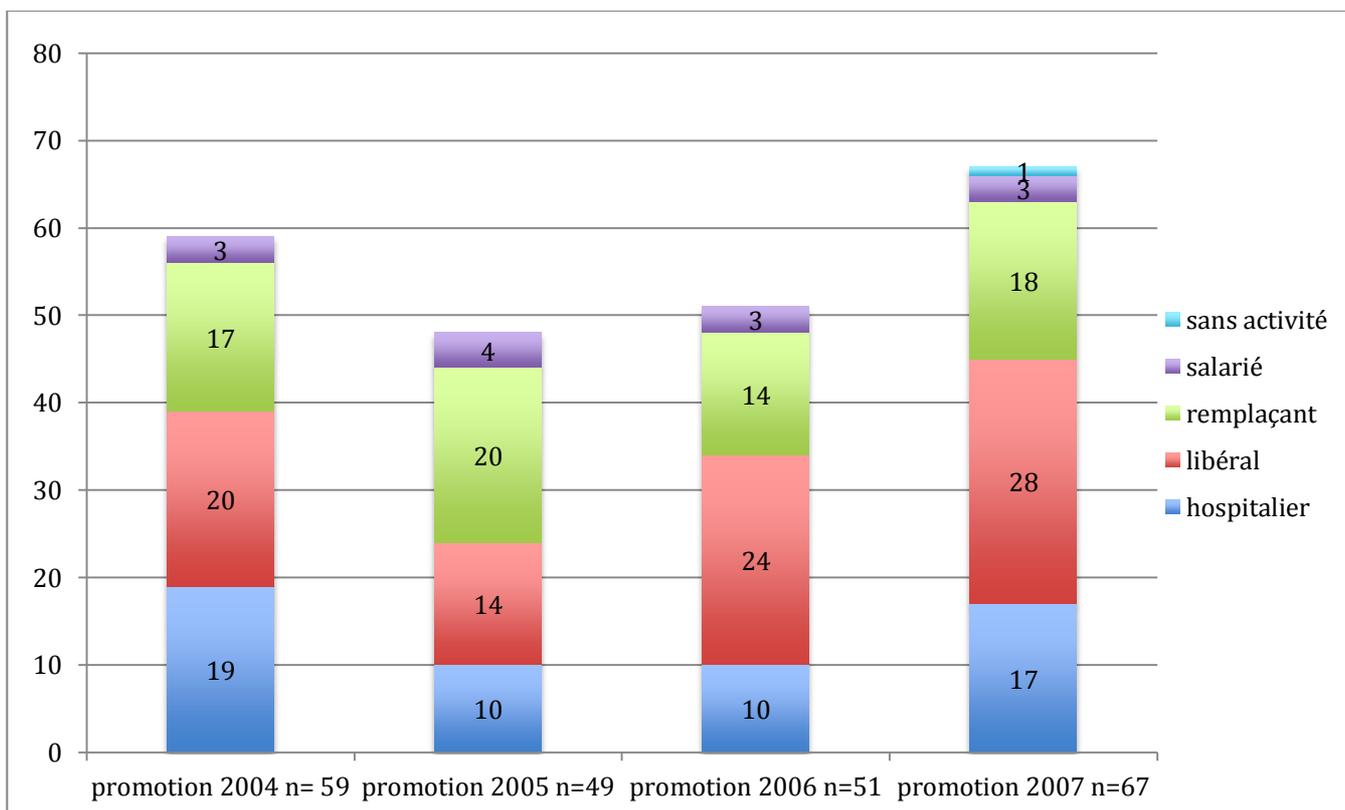


Tableau 10

## 8. La nature de l'exercice et l'année d'installation

### a. En libéral

Nature de l'exercice au moment de l'installation

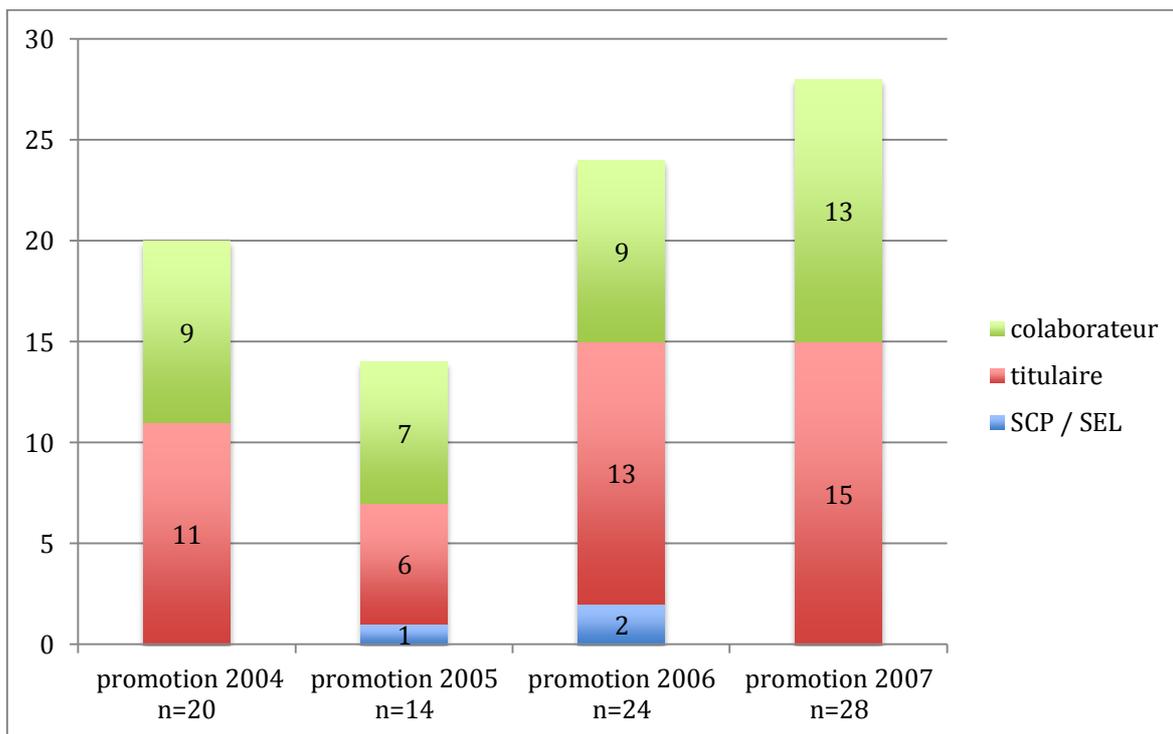


Tableau 11

L'année de 1<sup>ère</sup> installation

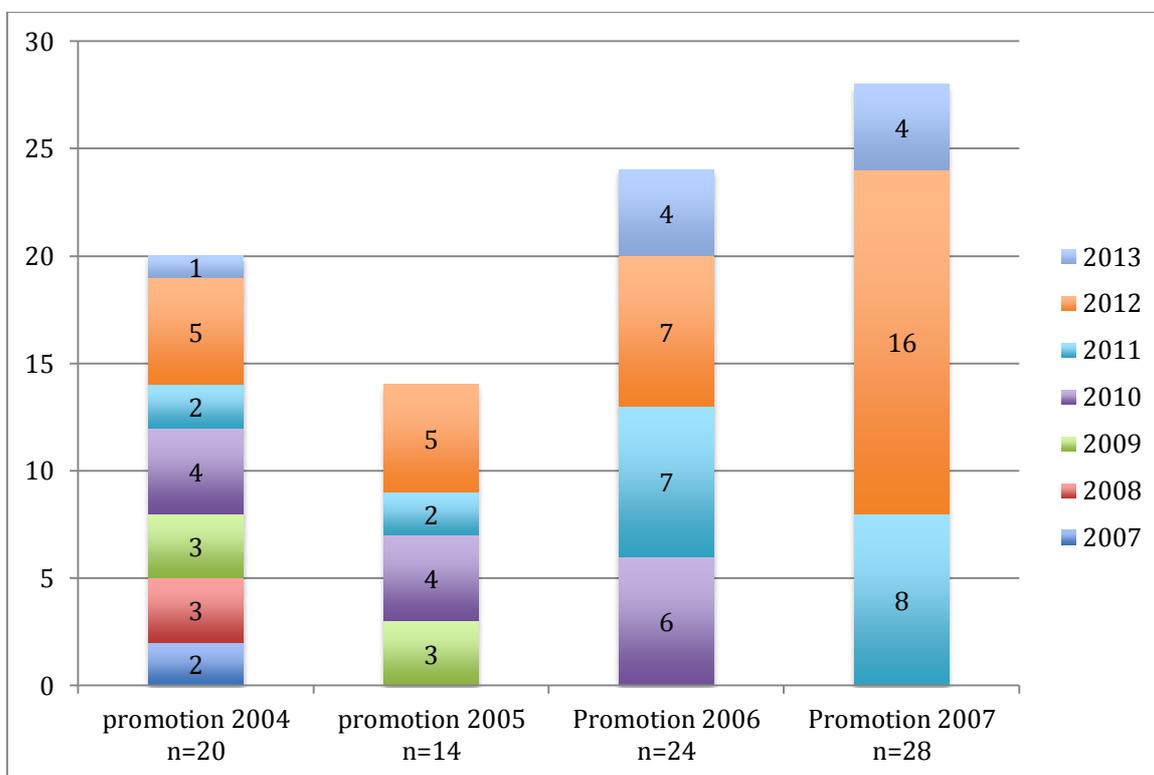


Tableau 12

b. En hospitalier :

Répartition du type de poste au moment de la 1<sup>ère</sup> inscription

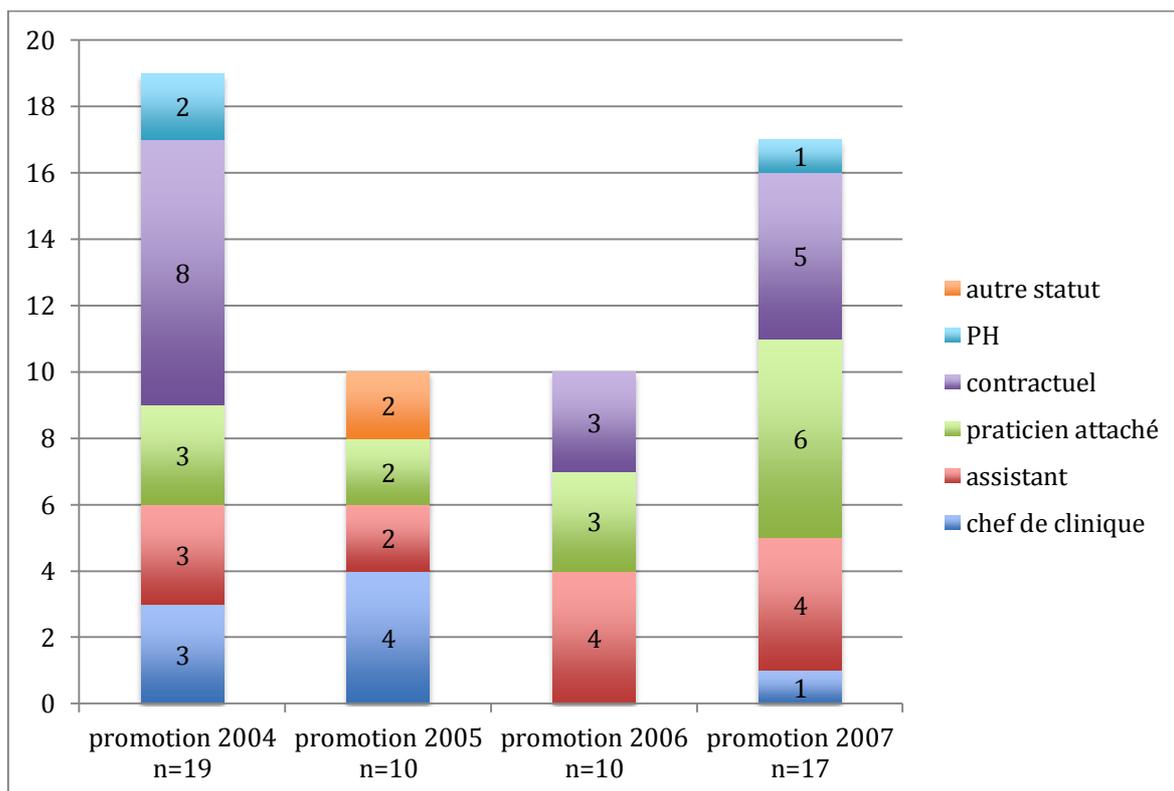


Tableau 13

9. Les répartitions du type de contrat au moment de l'installation

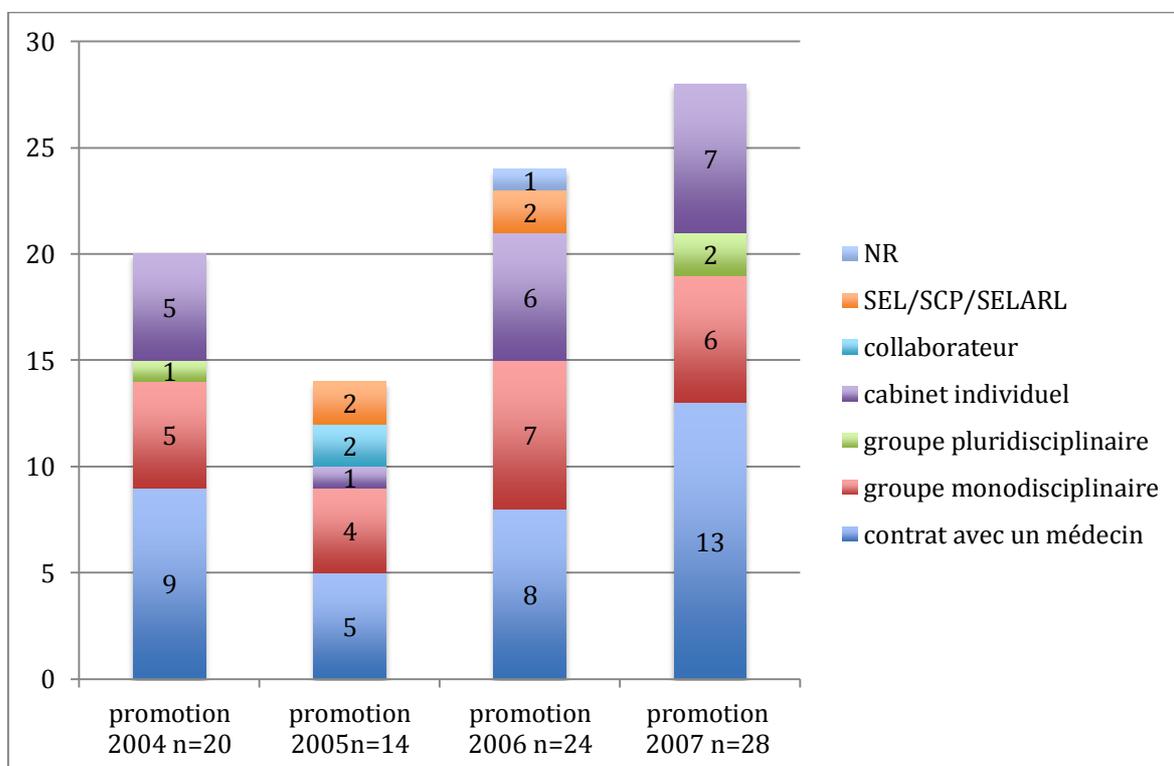


Tableau 14

## 10. Le lieu d'exercice

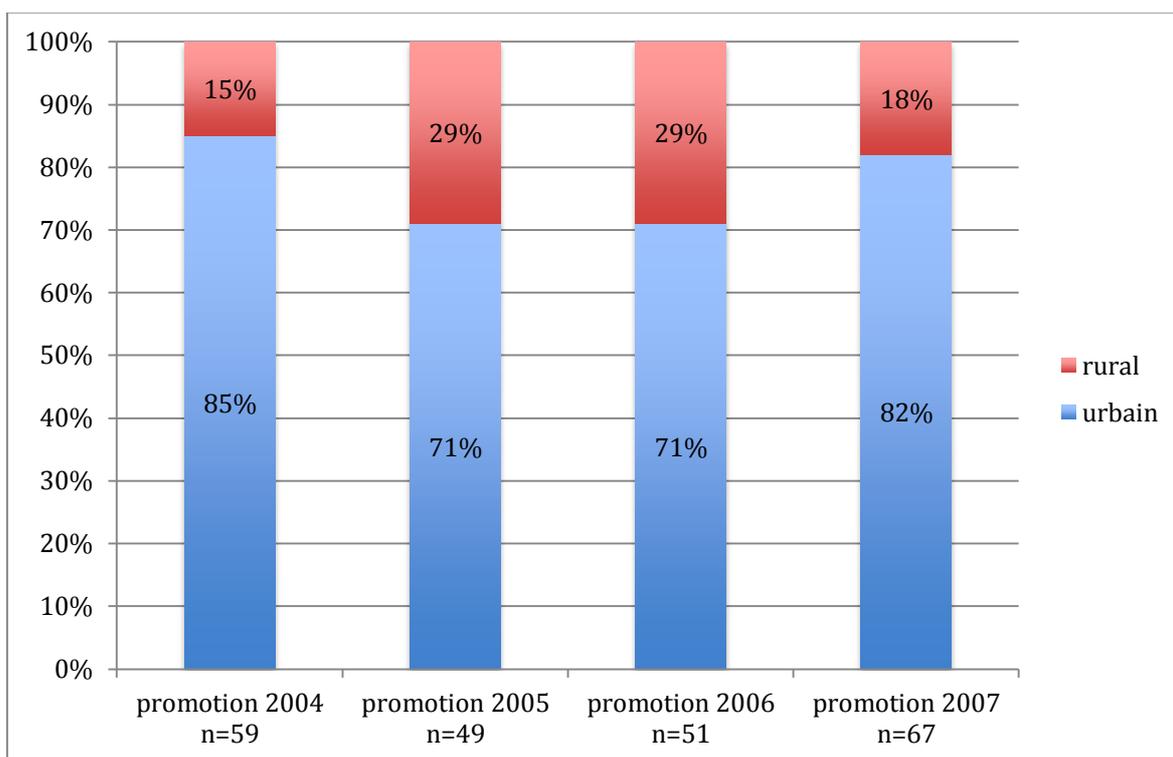


Tableau 15

## **IV. Discussion**

Notre étude est originale car à notre connaissance nous n'avons trouvé aucun travail publié s'intéressant au devenir des premières promotions d'internes de médecine générale après la mise en place des ECN.

Nous avons pu grâce à cette étude faire l'état des lieux des promotions d'internes toulousains de 2004 à 2007 et de retracer leur parcours depuis la fin de leur cursus.

En effet nous avons pu constater une féminisation de la médecine (tableau 1). Les internes s'installent de façon plus précoce au fil des promotions (tableau 12). Nous constatons également une augmentation des premières installations en secteur libéral (tableau 7).

Ces dernières se font majoritairement en groupe (tableau 14) et en milieu urbain (tableau 15). Le statut de collaborateur séduit les internes avec une progression du nombre sur les 4 promotions (tableau 11).

### **1. Féminisation de la médecine :**

Revenons sur le profil sociologique des internes. Sur l'ensemble des promotions étudiées, et c'est encore le cas aujourd'hui, la proportion des femmes médecins est en augmentation. Le rapport du Conseil de l'ordre national des médecins de 2013 (2) rapporte que le taux de femmes médecins inscrites à l'ordre est passé de 38% en 2007 à 43% au 1er janvier 2013. Cette tendance se confirme avec les nouveaux inscrits à l'ordre qui sont représentés par 53% de femmes en 2006 alors qu'ils sont de 58% en 2013. Les femmes aspirent à de nouveaux modes d'exercice leur permettant de conjuguer vie professionnelle et vie privée. Leur pratique a des spécificités notamment en matière de gestion du temps, du nombre de gardes et du lieu d'installation. Le salariat est un mode d'exercice qu'elles affectionnent pour leur offrir plus de temps libre avec des horaires fixes (9) comme le dit le Dr Loiselet dans sa thèse. Le Dr Edo (10) nous révèle dans son travail que « la féminisation semble donc être un marqueur de l'évolution avec des conséquences en termes d'accès aux soins à prendre en considération. Elle retrouvait également des chiffres précurseurs de cette tendance dans les pays occidentaux puisqu'en Allemagne, 38% des médecins en activité et 62% des nouveaux étudiants sont des femmes. Aux USA, 44% des nouveaux étudiants en médecine étaient des femmes en 1999 (10).

D'après les prévisions de la D.R.E.S.S (Direction de la Recherche des Études de l'évaluation et des Statistiques), la parité devraient être atteinte en 2022. En 2030, elles seraient majoritaires soit 53,8 % des médecins dont 56,4 % de généralistes (4).

La féminisation du corps médical est donc une réalité à laquelle les politiques devront faire face. Être médecin, ce n'est pas pour elles, faire «comme un homme», c'est pratiquer un «métier de femme» comme le dit Anne-Chantal Hardy-Dubernet en 2005 dans son article :

«femme en médecine vers un nouveau partage des professions» (11). Elles choisissent certains modes d'exercice et aménagent leurs horaires.

Une étude réalisée par la DREES montre que le niveau d'activité des femmes tend à se rapprocher de celui des hommes (12). Ainsi, comme le dit N. Lapeyre, dans son ouvrage *La féminisation du corps médical et dynamique professionnelle dans le champs de la santé*, « sans pour autant travailler moins, les femmes médecins aspirent à travailler autrement »(13). La féminisation de la médecine contribue certainement au changement des habitudes des hommes médecins, avec une augmentation du nombre de demi-journées libres en semaine par exemple ou sur le système de gardes. Sur cette base, le changement de rapport au temps de travail, le souci de qualité de vie ont pu être interprétés en termes d'effet de génération plus que de genre (14).

## **2. Précocité d'installation dans notre région :**

Nos résultats montrent un nombre croissant d'internes qui soutiennent leur thèse d'exercice directement à la fin de leur DES et qui s'installent rapidement aux dépens des remplaçants qui jouent les prolongations. Comment expliquer ce début d'amorçage des installations plus précoce en Midi-Pyrénées ?

### **a. Diversités et complémentarités des terrains de stages :**

Les promotions étudiées bénéficient de 2 stages se déroulant en libéral. Le stage de niveau 1 est obligatoire pour les étudiants. Il leur permet d'avoir un premier contact avec l'exercice en libéral et les médecins généralistes.

La création des Stages Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés (SASPAS) en 2004 (15) est également un paramètre non négligeable pour la précocité et la diversité des lieux d'installation. Ces stages sont de bonnes transitions entre le statut d'interne et celui de médecin, sans forcément passer par celui de remplaçant. Ils permettent d'acquérir de l'expérience dans le monde libéral. La supervision est l'élément fondamental du SASPAS. L'interne peut profiter durant ce stage de prendre en charge des patients nécessitant un suivi au long court, de participer à l'organisation matérielle d'un cabinet ainsi que sa gestion. C'est l'occasion d'appréhender le contexte administratif qui fait souvent défaut dans notre formation. L'accès au stage de SASPAS est par une offre plus importante chaque année dans notre région : 62 postes en 2013 alors qu'ils n'étaient que de 7 à 9 avant 2010, permet à un plus grand nombre d'internes de pouvoir en bénéficier et d'assurer une mise en confiance plus précoce, pour une future installation c'est ce que rapporte le Dr Fraizy dans sa thèse sur les SASPAS (16).

Un autre travail réalisé en 2006(17) en Poitou-Charentes à l'aide de questionnaires sur des populations de jeunes médecins diplômés retrouvait déjà des conclusions similaires aux

nôtres. Les jeunes médecins estiment que l'apprentissage reçu lors de stage chez le praticien a été déterminant à leur formation. Mais ils semblent attendre maintenant plus d'enseignements de médecine générale.

Le stage créé en 2007 accessible aux étudiants du DCEM est un atout pour faire découvrir de façon précoce avant les ECN la médecine générale et faire naître ainsi des vocations.

Enfin la diversification de nos stages en tant qu'interne, avec notamment à Toulouse la possibilité d'en faire la moitié en libéral, est indéniablement un atout pour notre future installation. En effet grâce à la possibilité depuis 2008 (18), d'effectuer les stages de gynéco-pédiatrie en ambulatoire (31 en novembre 2013), le stage de niveau 1 chez le médecin généraliste (79 sont ouverts en novembre 2013) et le stage de SASPAS, à Toulouse avec le grand nombre de terrains de stages ouverts et à l'implication des maîtres de stage, nous avons la possibilité de passer 1 an et demi en médecine ambulatoire. Il nous est offert de découvrir des lieux d'exercices variés et des médecins avec des pratiques complémentaires ce qui est un atout auprès des étudiants venant d'une autre région pour réaliser leur internat en Midi-Pyrénées. L'ouverture et la création de nouveaux terrains de stages sont réalisées de façon à créer des réseaux à l'intérieur de bassins territoriaux. Dans chaque département des stages hospitaliers et ambulatoires sont disponibles et un étudiant peut donc effectuer la totalité de son cursus dans un bassin de vie. Ainsi il peut concrètement se projeter sur son futur exercice en milieu libéral. Il est important pour les autorités de santé d'offrir cette vision de bassin dynamique aux internes de médecine générale. Cette possibilité répond à la demande des étudiants qui avaient pointés du doigt lors d'une enquête de l'ISNAR en 2007(6) le manque de stage ambulatoire.

#### b. Amélioration de l'enseignement :

Notre formation pratique et théorique semble être un autre facteur influençant nos projets de vie professionnelle. Le DUMG améliore chaque année nos enseignements pour qu'ils correspondent au mieux à nos attentes et à nos besoins notamment en formation pratique.

« D'un côté, les modalités pédagogiques se réclament d'une inventivité permanente, sont censées valoriser l'autonomie, permettre l'expression de chacun ; de l'autre, elles procèdent selon des modalités fondamentalement conservatrices qui sont celles du compagnonnage et du tutorat» comme le disait C. Dubar dans son ouvrage sur l'apprentissage en 2000.(14)

Les enseignements sont, depuis 2 ans intégrés à nos stages et de ce fait en correspondance parfaite pour mettre en pratique la théorie. Les thèmes ont été redéfinis en 2011 en suivant le référentiel métier pour une meilleure adéquation avec la réalité.

Il a également été mis en place les enseignements de gynécologie pédiatrie avec des ateliers pratiques (notamment en gynécologie) et théoriques que l'on fait en amont des stages (le mois précédent) et pendant les stages. Ils sont animés par nos maîtres de stages et répondent à des situations concrètes que l'on rencontre pendant nos stages. Il existe aussi des enseignements pratiques relatifs au côté administratif, concernant nos relations futures avec les médecins conseils et la sécurité sociale mis en place durant notre semestre chez le praticien de niveau 1.

c. Spécialité à part entière - carrière universitaire :

Notre étude manque de perspective sur l'attrait que peut représenter la médecine générale en tant que spécialité universitaire (filiale créée en 2009) car elle concerne les premières promotions qui ont passé l'ECN.

L'accès aux DESC par les internes de médecine générale est peu abordé dans notre étude alors qu'il concerne la majorité des étudiants qui auront une carrière hospitalière. Peu de paramètres sont à notre disposition pour connaître ce qui peut influencer les internes à choisir cette voie. La médecine générale peut être aussi perçue par certains internes comme une opportunité de faire évoluer sa formation et sa pratique grâce aux nombreux DIU ou DU accessibles par cette voie. On pourra citer par exemple le DIU de médecine manuelle ostéopathie, le DU de la cicatrisation des plaies chroniques ou encore le DU d'éducation thérapeutique (14).

Cependant depuis peu la médecine générale permet d'accéder à une carrière universitaire en tant que telle avec des chefs de clinique et une activité de recherche combinée. En 2011 on compte 69 chefs de cliniques de médecine générale (19). À Toulouse il y a 3 chefs de clinique, un professeur universitaire et 2 maîtres de conférence universitaire.

La nomination de ces chefs de clinique montre bien que c'est une spécialité à part entière. Cette filière permet aux internes qui le désirent de pouvoir allier recherche clinique dans un domaine qu'ils désirent approfondir et activité libérale. Ils peuvent aussi se diriger vers des thèses scientifiques et des masters de sciences. Ils participent également à l'enseignement. Dans notre département universitaire les internes sont impliqués durant leurs cursus à cette activité de recherche et nous avons l'opportunité de suivre leurs travaux (congrès des jeunes chercheurs toulousains).

**3. Milieu urbain :**

77,5% des étudiants ont choisi d'exercer en milieu urbain sur les 4 promotions suivies. Ces chiffres et cette tendance sont alarmant et vont dans le sens d'une aggravation des déserts médicaux toujours présents aujourd'hui.

Les installations sont encore constatées en 2013 en large majorité en milieu urbain et à l'échelle de Midi-Pyrénées plus largement en Haute-Garonne où la densité de médecin généraliste est une des plus haute de la région : 151,2 alors qu'elle est de 145,5 en moyenne en Midi-Pyrénées et de 136,5 sur le plan national(2,20). Cette crise démographique avec une inégalité de répartition des praticiens sur le territoire français (5) reste une des préoccupations premières du gouvernement. Une première loi a été proposée : la loi HSPT (hôpital, santé patients, territoire) de juillet 2009. Elle va dans ce sens (1). Elle propose des solutions pour permettre un accès aux soins équitable partout en France. Une des solutions est représentée par le Contrat d'Engagement au Service Public (CESP). C'est une rémunération pendant les études en échange d'un engagement à exercer en zone sous dotée. L'article de la revue E-respect donne un exemple concret d'une étudiante ayant pu en bénéficier (21). Une autre solution proposée par le gouvernement actuel est le praticien territorial. C'est un médecin exerçant dans une zone dite fragile ou sous-médicalisée avec des revenus garantis pendant les 2 premières années d'installation et des avantages sociaux. 12 sont proposés en Midi-Pyrénées et 2 contrats ont été signés en novembre par des médecins qui s'installent dans le lot (22). De nombreuses enquêtes ont été réalisées auprès des internes pour essayer de voir comment les futurs praticiens percevaient leurs exercices. On citera celle de l'ISNAR réalisée en 2010 (23). Elle a été menée auprès de 1938 internes de médecine générale. On retiendra des conclusions que 12,2% des internes interrogés ne voudraient pas exercer en milieu rural malgré des incitations diverses. Pour les autres internes les mesures qu'ils souhaiteraient se voir proposer pour exercer en milieu rural seraient majoritairement les mesures organisationnelles (aide financière, création de maison de santé pluridisciplinaire, écoles et crèches à proximité). Un autre travail de thèse réalisé en 2005 (24) sur les critères du lieu d'installation a mis en évidence que : le temps libre et la vie privée, la scolarisation des enfants, les urgences (rôle de 1<sup>o</sup> recours), les gardes (nombre), l'investissement initial, la profession du conjoint, les difficultés à trouver un remplaçant, l'éloignement du plateau technique et les charges professionnelles sont, par ordre d'importance, les motifs pour lesquels les jeunes praticiens choisissent une installation en ville ou en semi-rural. Les mesures susceptibles de rétablir un certain équilibre dans la répartition des médecins sur le territoire sont celles garantissant au jeune praticien que sa vie privée n'aura pas à pâtir d'une vie professionnelle trop "présente" ainsi qu'un développement du « monde rural ».

Une des solutions que l'on peut envisager rejoint le dernier point important de notre étude à savoir la favorisation d'une installation en groupe.

#### **4. Installation en groupe :**

Deux modes d'installation privilégiés par les internes :

##### **a. La collaboration :**

Ce statut existe depuis la loi du 2 août 2005 (N° 2005-882 (25)).

Le collaborateur libéral est un médecin non salarié qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre médecin de la même spécialité, la même activité. Le collaborateur libéral exerce son activité professionnelle en toute indépendance. Il peut compléter sa formation et peut se constituer une clientèle personnelle. La collaboration doit ainsi permettre à un jeune médecin d'acquérir de l'expérience auprès d'un confrère avant de lui succéder ou de se créer une clientèle et de s'installer, à son compte, dans son propre cabinet. Dans ce travail en moyenne sur les 4 années, alors que le statut est tout nouveau, déjà 44,75% des internes ont été séduits par ce contrat lors de leur première installation en libéral. Comme nous avons peu de recul concernant nos promotions vue l'apparition récente de ce nouveau statut mais devant l'engouement qu'il suscitait malgré tout, il sera intéressant de comparer sur les dernières années si ce contrat tient ses promesses dans la précocité d'installation.

##### **b. Les maisons de santé pluridisciplinaires et pôles :**

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont au centre de l'action du gouvernement. Ils devraient être une solution intéressante pour palier aux déserts médicaux. Actuellement 11 sont en activité (à Salles Curan et à Saint Georges de Luzençon en Aveyron, à Vicdessos en Ariège, à Brassac dans le Tarn, à Caussade dans le Tarn et Garonne, à Mauvezin et Vic-Fezensac dans le Gers, à Castelnau Magnoac dans les Hautes-Pyrénées, à Montaignu de Quercy et une à Nailloux et Aspet en Haute-Garonne) et 22 sont prévues d'ici 2015 en Midi-Pyrénées (1). En effet l'isolement ressort comme un inconvénient majeur, quelle que soit la zone concernée, à l'exercice libéral. Cet argument est déjà annoncé comme tel dans la thèse de Anne Calvé en 2010 sur son enquête auprès des promotions toulousaines de 2008 et 2009 (26). Le fait d'être plusieurs dans un même cabinet permet d'éliminer un autre inconvénient de l'activité libérale à savoir l'amplitude des horaires. En effet l'association entre plusieurs professionnels assure au patient un confort non négligeable surtout en ce qui concerne les acteurs en soins primaires.

D'autres arguments avancés lors des enquêtes(23) menées par l'ISNAR au niveau des étudiants mettent en avant : une réduction des temps non médicaux, réduction des coûts de fonctionnement, un travail non isolé. Pour éviter la désertification des campagnes il faut mettre l'accent sur l'amélioration des conditions de travail et pas uniquement sur les avantages financiers.

## 5. Les limites

Le recueil de données analysées ne nous permet cependant pas de pouvoir identifier les facteurs influençant ces différentes installations. Il serait intéressant dans le contexte actuel de désertification médicale de savoir ce qui oriente le choix des futurs médecins, avec des questionnaires plus précis concernant le plan personnel et leurs parcours précis au niveau des stages.

Le Dr Anne Calvé a mis en évidence dans sa thèse en 2010 sur le choix de la médecine générale à Toulouse (26) que « le principal frein à ce choix est pour 65% des étudiants la dévalorisation de la médecine générale ». Ce dernier point doit nous interpeller. La médecine générale a été introduite à l'ECN en 2004 pour en faire une spécialité et ainsi la revaloriser mais ce n'est pas suffisant. La vision qu'en ont les étudiants ne s'est pas modifiée aussi rapidement. Le stage chez le médecin généraliste au cours du deuxième cycle instauré par un arrêté ministériel en 1997 devrait permettre un premier contact avec cette spécialité qui n'est par ailleurs pas représentée dans notre enseignement jusqu'aux ECN. Son application par toutes les facultés est en progression. 50% des étudiants de la promotion 2008 y a eu accès contre 2/3 des étudiants de celle de 2009 dans le travail de A. Calvé. Un effort doit être réalisé par l'ensemble des facultés pour que tous les futurs praticiens aient eu un aperçu avec la médecine générale avant le choix aux ECN. Notre discipline pour être choisie doit être connue.

Notre travail ne reflète que les 4 premières années d'internat ce qui limite la perspective d'évolution des installations. On a peu de recul par exemple sur le statut de collaborateur qui peut représenter un tremplin intéressant pour favoriser les installations pour les jeunes médecins. Les stages SASPAS représentent aussi une perspective intéressante à suivre dans l'influence de la précocité d'installation car il peut représenter un pallier entre les stages supervisés et l'installation libérale. Trop peu d'internes ont pu en bénéficier sur les promotions retenues. Il sera intéressant de voir avec les promotions suivantes et surtout à partir de 2009, si les tendances se confirment du fait que le nombre augmente. Les promotions d'internes sont de plus en plus importantes avec un nombre croissant dans notre région. Ils étaient 61 en 2004, 80 en 2008, 124 en 2009, 146 en 2011 et 160 en 2013 (27). Les stages seront par conséquent eux aussi encore plus variés.

Enfin, notre étude se limite à notre région. Il serait intéressant de l'étendre au plan national pour savoir si les statistiques sont comparables et si ce n'est pas le cas les disparités en fonction des internats et des régions.

## **V. Conclusion**

Il nous a paru intéressant à travers ce travail de faire le point sur le parcours et les projets des internes, du début de leur internat (pour certains en 2004) jusqu'en 2013.

Notre travail a mis en évidence quelques atouts qui nous semblent déterminants pour favoriser l'installation en médecine générale libérale.

L'information doit débiter très tôt et le premier contact avec la médecine générale doit avoir lieu dès la 1<sup>ère</sup> année du diplôme de formation en sciences médicale (DFASM).

En effet en Midi-Pyrénées les stages mis en place de façon obligatoire depuis 2007 ont contribué à donner un réel aperçu de cet exercice médical auquel les étudiants sont peu sensibilisés puisque absents des enseignements obligatoires jusqu'à l'ECN.

Une fois dans le DES les étudiants attendent de leur formation qu'elle soit professionnalisante et les départements de médecine générale doivent prendre en compte ces attentes.

À Toulouse l'organisation du DES va dans ce sens et les étudiants sont au cœur de cette progression.

La diversité et la qualité des stages contribuent à assurer une formation complète qui doit nous conférer une autonomie professionnelle en assurant une transition de qualité entre notre internat et notre installation.

L'augmentation du temps passé en cabinet libéral grâce aux stages pratiques en ambulatoire (niveau 1-SASPAS, Gynéco pédiatrie) participe à une meilleure lisibilité de ce futur exercice professionnel et intensifie notre expérience personnelle.

Les enseignements intégrés à nos stages ou ceux issus du référentiel métier et compétence, initiés depuis 2011, sont des éléments contributifs et incontournables.

Les autres atouts qui se dégagent de notre travail sont tous les moyens qui peuvent favoriser l'installation en libéral et en particulier l'exercice en groupe au sein ou non de maisons de santé pluridisciplinaires en fonction du contexte géographique et démographique.

Il apparaît également que prendre en compte les projets de vie des futurs praticiens et la sécurisation de l'exercice le rendrait moins pénible et donc plus attractif.

En effet l'exercice en groupe permet aux médecins d'assurer un accès permanent aux soins à leurs patients tout en leur permettant de se libérer du temps personnel.

Le statut de collaborateur semble être également un atout pour attirer les jeunes médecins et débiter leur installation même si nous restons prudent sur ce point car peu de recul par rapport à la création de ce statut. Son suivi sur les années à venir sera majeur à étudier.

Enfin sur le plan démographique des mesures incitatives ont été proposées et mise en place par les gouvernements successifs. Le CESP en place depuis 2009 et le praticien territorial

depuis 2013 sont des opportunités pour les jeunes médecins désirant exercer en milieu rural. Ils bénéficient d'avantages financiers en retour de leur engagement à s'installer dans des zones fragiles appelées aussi « déserts médicaux ».

Tous les atouts que notre travail nous a permis d'avancer seront-ils suffisant pour enrayer la crise de démographie médicale annoncée en France ? L'étude du devenir des promotions 2008 et suivantes permettront de déterminer si les axes de réflexion issue de notre travail ont permis de faire progresser l'installation libérale des futurs internes de médecine générale.

Toulouse le 21.01.2014

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine de Rangueil

D. ROUGÉ

Le Président de Jury



## **VI. BIBLIOGRAPHIE**

1. Loi Hopital Patients Santé Territoire : 7 septembre 2009
2. Le Breton-Lerouillois G. Conseil National de l'ordre des Médecins: Atlas de la démographie médicale en France situation au 1<sup>er</sup> janvier 2013.
3. Arrêté du 1er juillet 2013 fixant au titre de l'année universitaire 2013-2014 le nombre de postes offerts aux épreuves classantes nationales en médecine par interrégion, discipline et spécialité ainsi que leur répartition par centre hospitalier universitaire.
4. Attal-Toubert K et Vanderschelden M. "La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales" études et résultats n° 679 , DREES, février 2009.
5. Sicart D. "Les médecins au 1<sup>er</sup> janvier 2013". Document de travail, séries statistiques n°179 , avril 2013.
6. Szwarc G. "Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives" thèse, novembre 2007
7. Observatoire National de la démographie des professionnels de santé : les internes en médecine effectifs et répartition 2010-2014.
8. Le Breton-Lerouillois G. "La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Midi-Pyrénées " situation au 1er janvier 2011.
9. Loiselet B. "La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995" thèse, octobre 2008
10. Edo S. "Etude comparative des conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes en milieu urbain, semi-urbain et rural en Isère" Thèse , juin 2010.
11. HARDY-DUBERNET. "Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions?" Revue française des affaires sociales.. 2005
12. "Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation". Question d'économie de la santé CREDES, n°81 avril 2004.
13. LAPEYRE LE FEVRE. "Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champs de la santé". revue française des affaires sociales.. 2005.
14. Bloy G. "Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste ou pas". série études et recherche n° 104. février 2011.
15. Circulaire DGS/DES/2004, n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
16. Fraizy D. "Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecines générales bourguignons ayant effectués un SASPAS" thèse, octobre 2012.

17. Poisson S. "Le devenir socio-professionnel des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003" Thèse , mai 2006.
18. Arrêté du 27 juin 2011 relatif aux stages effectués dans le cadre de la formation dispensée au cours du 3ème cycle des études de médecine en ambulatoire.
19. "La démographie médicale : contribution commune". ANEMF, ISNAR, IMG, juin 2011.
20. Lebreton -Lerouvillois G. "La démographie médicale en région Midi-Pyrénées, situation en 2013".
21. Grassard MH. "Le CESP : apports dans un projet professionnel". revue E-respect, juin 2013.
22. Arrêté du 14 août 2013 portant répartition régionale des contrats de praticiens territoriaux de médecine générale au titre de l'année 2013.
23. "Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale" réalisée par l'ISNAR du 2 juillet 2010 au 1<sup>er</sup> juillet 2011.
24. Molard F. "Critères du choix d'installation des résidents. Etude auprès de 119 résidents du Poitou-Charentes". Thèse, septembre 2005.
25. Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.
26. Calve Lagorce A. "Le choix de la médecine générale à Toulouse par les étudiants des promotions 2008 et 2009". Thèse. octobre 2010.
27. Arrêté du 12 juillet 2010 déterminant pour la période 2010-2014 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision.

## **Résumé**

Dix ans après la création des Examen Classant National (ECN), qui ont permis de faire de la médecine générale une spécialité, et dans le contexte actuel de débat autour de la démographie médicale, cette étude permet d'analyser le parcours de la fin de l'internat et le devenir des internes des promotions de médecine générale de 2004 à 2007 de Midi-Pyrénées. Il nous a paru intéressant de savoir quelle est cette nouvelle génération, où et comment ils se sont installés.

L'analyse de ce travail a permis de mettre en évidence la féminisation de la médecine générale. Il montre également qu'en Midi-Pyrénées les installations se font de façon plus précoce au fil des promotions. Elles se font majoritairement en milieu urbain et en groupe. Le statut de collaborateur séduit ces nouvelles promotions.

Il serait intéressant de mettre en perspective ce travail sur les promotions suivantes pour voir l'impact des modifications apportées depuis la création de l'internat sur l'installation des nouveaux médecins. Nous pouvons citer : les modifications des terrains de stages avec la création des SASPAS et des stages ambulatoires gynéco-pédiatrie, la loi HSPT qui met l'accent sur le médecin généraliste en premier recours, les aides financières proposées par l'état pour l'installation dans les zones de déserts médicaux.

---

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

---

Mots clés : devenir des internes - démographie médicale - installation libérale - collaboration

---

Université Toulouse III

---

Directeur de thèse : Docteur Michel Bismuth