

Université de Poitiers  
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2006

Thèse n°

THESE  
POUR LE DIPLÔME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 7 avril 1988)

Présenté et soutenue publiquement  
Le 31 Mai 2006 à Poitiers par  
**Madame Stéphanie POISSON RUBI**  
Née le 18 Décembre 1973 à Poitiers (Vienne)

**Le devenir socioprofessionnel des jeunes  
médecins généralistes issus de la faculté de  
médecine de Poitiers entre 1999 et 2003**

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Roger GIL

Membres : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Monsieur le Docteur Philippe BOUTIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

Université de Poitiers  
Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2006

Thèse n°

THESE  
POUR LE DIPLÔME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 7 avril 1988)

Présenté et soutenue publiquement  
Le 31 Mai 2006 à Poitiers par  
**Madame Stéphanie POISSON RUBI**  
Née le 18 Décembre 1973 à Poitiers (Vienne)

**Le devenir socioprofessionnel des jeunes  
médecins généralistes issus de la faculté de  
médecine de Poitiers entre 1999 et 2003**

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Roger GIL

Membres : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT

Monsieur le Docteur Philippe BOUTIN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Olivier KANDEL

A notre Maître et Président de thèse, Monsieur le Professeur Roger GIL  
Nous avons eu l'honneur de compter parmi vos étudiants  
Nous avons apprécié votre enseignement éthique et humain  
Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse  
Veuillez trouver ici la marque de notre très grand respect

A notre Maître et membre du jury Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT  
Nous avons eu le plaisir de travailler dans votre service  
Nous avons apprécié votre enseignement ainsi que votre gentillesse  
Nous sommes honorés de vous avoir eu comme professeur  
Veuillez trouver ici notre très grande reconnaissance

A notre Maître et membre du jury Madame le Professeur Marie-Christine PERAULT-POCHAT  
Nous avons eu le plaisir de vous côtoyer au cours de nos études  
Nous apprécions votre gentillesse et vous admirons pour votre parcours  
Veuillez trouver ici la marque de notre gratitude

A notre membre du jury Monsieur le Docteur Philippe BOUTIN  
Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse  
Nous vous prions de trouver ici toute notre reconnaissance

A notre Directeur de thèse Monsieur le Docteur Olivier KANDEL  
Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger ce travail et de l'aide que vous nous avez  
apportée dans sa réalisation  
Vous nous avez enseigné votre spécialité : la Médecine Générale et nous avez donné les  
clefs de sa pratique  
Nous espérons rester digne de votre enseignement quelle que soit notre activité future  
Trouvez ici nos plus sincères remerciements

Remerciements :

Nous remercions l'URML Poitou-Charentes d'avoir accepté de financer cette enquête, de nous avoir aidé dans la rédaction du questionnaire et d'avoir également traité leur réception. Nous remercions particulièrement Monsieur le Docteur Stéphane BOUGES pour ses conseils et Madame Marie-Rose QUESNE pour sa gentillesse, ses conseils et sa patience.

Nous remercions Madame BORDAGE, du service de la scolarité de la faculté de médecine, de nous avoir aidé à retrouver les médecins interrogés, également pour sa gentillesse et sa patience.

Nous remercions le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la VIENNE de nous avoir communiqué les coordonnées des médecins interrogés, en particulier sa secrétaire pour sa grande patience, sa gentillesse ainsi que le temps qu'elle nous a consacré afin de lister ces médecins.

Nous remercions Gautier DEFOSSEZ pour son aide dans les calculs des statistiques ainsi que ses conseils.

Nous remercions vivement l'ensemble des jeunes médecins qui ont accepté de nous répondre et qui de ce fait ont pu rendre ce travail possible.

A ma mère,  
A mon père,

Je vous admire beaucoup, en particulier pour votre très grand courage face aux épreuves rencontrées et pour votre amour mutuel.

Je vous remercie d'avoir été aussi patients au cours de ces très longues études (14 ans depuis la première inscription en faculté ... !). Je vous remercie de m'avoir toujours supportée, soutenue et aimée surtout dans les moments les plus difficiles.

Je vous remercie également pour les relectures et les conseils que vous m'avez donnés lors de la réalisation de ce travail.

A Matthieu, merci pour ton soutien ton aide et ta patience tout au long de la réalisation de ce travail, pour tes conseils et relectures. Merci surtout pour ton amour.

A mes enfants, Théodore et Samuel. Nos deux merveilles. Vous avez supporté les impatiences et la moindre disponibilité de votre mère depuis le début de ce travail. Nous allons maintenant mieux en profiter.

A mon frère et sa jolie famille.

A mes grand-mères Etienne et Gisèle.

A la mémoire de mes grands-pères Maurice et Maurice.

A Jo

A Odile et toute ma famille.

A Anne-Marie et Guy  
A ma belle-famille

A nos amis, en particulier à Didier qui au cours d'une conversation a inspiré l'orientation de ce travail.

En hommage à mon ancêtre Adolphe GUIET, médecin de campagne à Monts-sur-Guesnes, qui soutenait sa thèse en 1892, dont le sujet était : «De l'éléphantiasis des paupières. A propos d'un cas».

Et quand même, merci au chocolat !

# SOMMAIRE

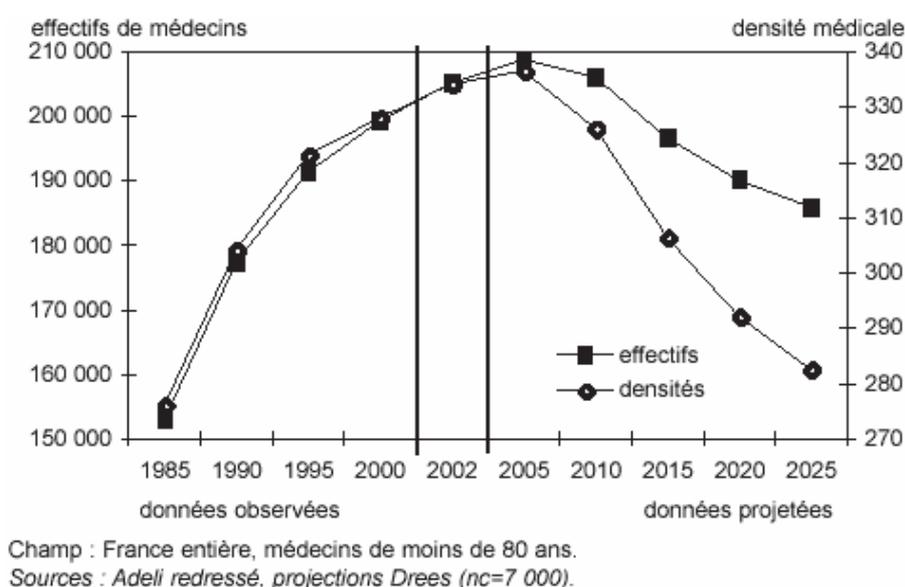
INTRODUCTION .....	12
MATÉRIEL & MÉTHODE .....	15
RÉSULTATS .....	18
1. LES AXES D'ANALYSE .....	18
2. L'ÉCHANTILLON CIBLÉ PAR L'ÉTUDE : « LES MÉDECINS INTERROGÉS » .....	18
3. LE TAUX ET LA VITESSE DE RETOUR .....	19
4. LES MÉDECINS RÉPONDANTS : L'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON .....	20
5. AGE DES MÉDECINS.....	21
6. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE .....	22
7. SITUATION FAMILIALE DES MÉDECINS .....	26
8. LE PARCOURS ÉTUDIANT DES MÉDECINS.....	33
9. ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT .....	36
10. PARCOURS PROFESSIONNEL.....	38
11. FORMATION SUPPLÉMENTAIRE .....	40
12. LES ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES .....	42
13. ÊTES-VOUS PRÊT A VOUS INSTALLER EN MILIEU RURAL ?.....	42
14. DIFFICULTÉS EN DÉBUT D'ACTIVITÉ.....	45
15. INTERRUPTION D'ACTIVITÉ .....	45
16. ORIENTATION DU CHOIX DU <i>TYPE</i> D'ACTIVITÉ.....	46
17. ORIENTATION POUR LE CHOIX DU <i>LIEU</i> D'ACTIVITÉ .....	47
18. EXERCENT-ILS L'ACTIVITÉ ENVISAGÉE EN DÉBUT D'ÉTUDES ?.....	49
19. PRÉVISIONS A COURT TERME .....	49
20. MÉDECINS LIBÉRAUX INSTALLÉS.....	50
21. MÉDECINS SALARIÉS.....	53
22. MÉDECINS REMPLAÇANTS .....	54
23. AUTRES ACTIVITÉS.....	56
24. RETOUR D'INFORMATION .....	56
DISCUSSION.....	57
CONCLUSION.....	78
BIBLIOGRAPHIE .....	80
ANNEXES.....	83
ABRÉVIATIONS.....	92

# INTRODUCTION

## 1. LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

La situation actuelle de la démographie médicale est une source d'inquiétude. La densité médicale n'a jamais été aussi importante qu'en 2005 : de 133 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 1984, nous sommes passés à 174 en 2004<sup>1</sup>, soit une croissance de 31%. Pourtant les différents scénarii réalisés par les organismes étudiant l'évolution de la densité de médecins sont alarmistes (figure n°1).

Figure 1 : Evolution du nombre et de la densité de médecins de 1985 à 2025 selon l'hypothèse d'un numerus clausus à 7000 à partir de 2006<sup>2</sup>



### 1.1. Le numerus clausus

Avant 1971, les étudiants étaient libres d'accéder aux études médicales. Il fallait pour passer de première en deuxième année « simplement » avoir la moyenne aux examens de fin d'année. Les étudiants, issus du baby-boom, étaient donc nombreux à avoir pu accéder à ces études et constituent encore actuellement une part importante du corps médical français. Devant l'inquiétude face à ce nombre croissant de médecins a été mis en place en 1971 un numerus clausus. Il a permis de réguler l'accès aux études de médecine et de limiter la population des médecins formés. Assez « souple » au début, le chiffre du numerus clausus n'a cessé de diminuer jusque dans les années 90 où il a été le plus bas.

Parallèlement et toujours par crainte d'une pléthore de médecins, ont été mis en place dans les années 90 des mesures incitatives à la cessation d'activité (MICA), dont les médecins les plus âgés ont pu bénéficier jusqu'en 2003.

### 1.2. Les autres phénomènes de décroissance

Outre le numerus clausus, d'autres phénomènes vont également progressivement réduire la densité médicale :

<sup>1</sup> Démographie médicale française. Les spécialités en crise. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Etude n°38-2. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS. Décembre 2005, 89 p.

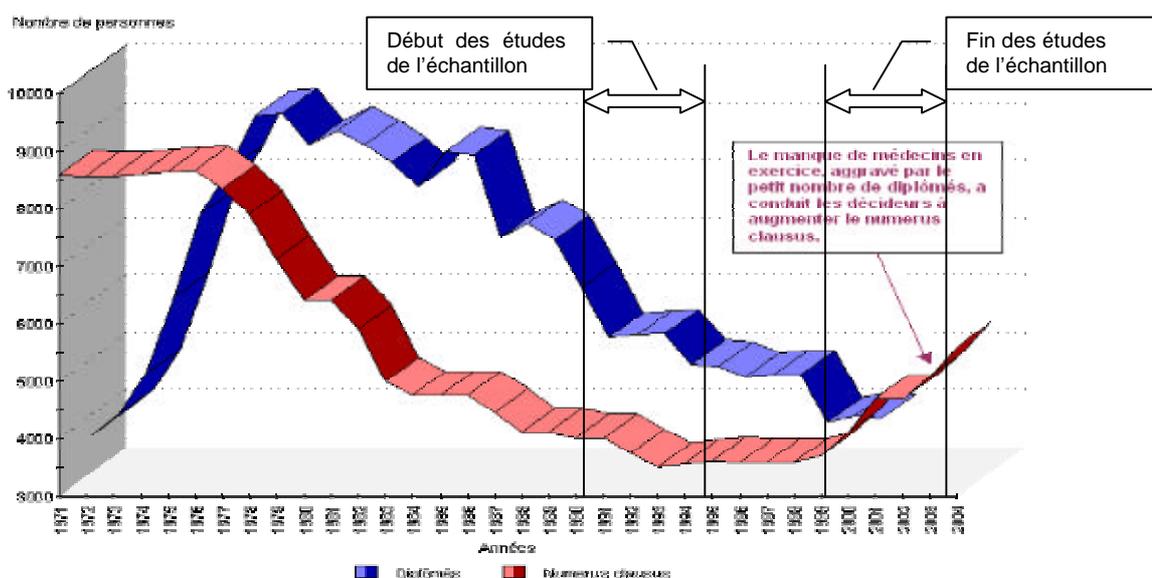
<sup>2</sup> BESSIERE Sabine, BREUIL-GRENIER Pascale, DARRINE Serge. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. DREES. Etudes et résultats. N°352. Novembre 2004, 12 p.

- ? Les médecins formés massivement par les facultés au début des années 70 et avant, qui n'avaient pas été limités par le numerus clausus, sont proches de leur **retraite**. D'ici 2010-2015, le nombre de départs en retraite aura plus que doublé, passant de moins de 4000 à près de 9000 par an<sup>2</sup>. Les médecins alors ne seront pas remplacés par la jeune génération qui elle a vu son nombre réduit par le numerus clausus.
- ? La **féménisation** de la profession médicale avec des prévisions de 52% de femmes médecins en 2025<sup>2</sup>. Non pas que les femmes médecins soient moins compétentes dans leur domaine, mais qu'en moyenne elles ont une activité un peu moins importante que les hommes.
- ? La modification des **modes d'activité** des jeunes médecins hommes ou femmes, avec un temps d'activité inférieur à celui de leurs aînés.
- ? La **répartition dans les différentes spécialités** médicales se fait de façon inadaptée au regard des besoins de la nation et des pays européens. Il existe un **manque d'attrait** pour la médecine générale. En 1984, les médecins généralistes représentaient 57% des médecins, il n'était plus que 48.8% en 2000<sup>3</sup>. La mise en place de l'examen national classant en 2004 n'a pas changé cette répartition : en 2005, sur 4800 postes d'interne offerts, 2400 étaient attribués à la médecine générale et seulement 1400 ont été choisis. A Poitiers, sur 65 postes de médecine générale offerts seuls 45 ont été choisis.

C'est depuis peu, en réaction aux prévisions de diminution de densité et d'activité des médecins, que les mesures visant à restreindre la quantité de médecins se sont inversées (augmentation du numerus clausus, mesures incitatives à l'installation). Mais leurs effets ne seront pas perceptibles avant plus de 10 ans.

C'est dans ce contexte que nous avons voulu nous intéresser aux jeunes médecins généralistes issus de la faculté de Poitiers. Ceux qui ont validé leur cursus universitaire entre 1999 et 2003 sont issus de la vague la plus basse du numerus clausus (figure n°2). C'est plus précisément à ceux-ci que nous nous sommes intéressés.

Figure 2 : évolution du numerus clausus et du nombre de diplômés entre 1971 et 2004<sup>4</sup>



<sup>3</sup> SICART Daniel. Les médecins : estimations de 1984 à 2000. Séries longues. DREES. Séries Statistiques n°22. Juillet 2001, 62 p.

<sup>4</sup> Source : système inter régime de la CNAMTS (SNIR)

Ce constat est tout de même à rapprocher des analyses des experts largement répandues il y a une dizaine d'années, selon lesquelles il y avait en France 20000 médecins de trop ! Il va donc falloir composer avec d'une part, une démographie peu rassurante et, d'autre part, des nécessités et parfois des obligations telles que la permanence des soins, le médecin traitant... La question actuelle de l'organisation sanitaire sur l'ensemble du territoire, dans le cadre du plan de préparation à la pandémie de grippe aviaire, met bien le doigt sur les failles à venir de notre système de santé. Pour le ministère de la santé<sup>5</sup> les choses sont claires : «...dès l'arrivée de la grippe aviaire les généralistes seront les premiers en ligne... ». Mais la pandémie pouvant arriver « dans 1 ou 10 ans » !

## **2. LES JEUNES MÉDECINS**

Compte tenu de tous ces éléments, il faudra sans équivoque s'adapter, avec des effets sur l'organisation du travail et le mode d'exercice. Il nous est alors apparu nécessaire de pouvoir donner une image de la situation des jeunes médecins dans la région Poitou-Charentes et de recueillir leur vision sur leur avenir.

### **2.1. Quelques pistes**

La revue de littérature dans ce domaine a permis de mettre en évidence le fait que l'avenir de la profession médicale allait être très nettement influencé par sa féminisation. Les modes d'exercice, la répartition dans les différentes spécialités sont vouées à des changements. Les médecins et en particulier les femmes ont pour objectif prioritaire leur qualité de vie. Ces dernières ont tendance à s'orienter vers la médecine salariée où elles trouvent le meilleur compromis entre vie professionnelle et privée.

Les jeunes médecins généralistes sont majoritairement installés en médecine libérale mais les installations en zone rurales sont méprisées. Les milieux urbains sont préférés ainsi que les cabinets de groupe. Ils recherchent une organisation de leur travail leur permettant de se concentrer au maximum sur leur exercice professionnel.

### **2.2. Le questionnement**

Au regard de ces éléments, de l'actualité sur la démographie médicale, de l'offre de soin dans notre pays et des conséquences organisationnelles liées à la notion de médecin traitant prévue par la convention médicale de février 2005<sup>6</sup>, il nous a semblé intéressant de réaliser une enquête dans notre région sur les jeunes médecins généralistes : Que sont-ils devenus ? Quels choix d'activité a fait cette jeune génération, si faible en quantité ? Les résidents formés par la faculté de médecine sont-ils finalement devenus médecins généralistes libéraux, comme ils y étaient destinés, ont-ils eu d'autres orientations ou renoncé à la médecine ? Quels sont les critères influençant leurs décisions professionnelles ? Comment exercent-ils ? La part de féminisation de la profession est-elle aussi significative dans notre région ? Sont-ils satisfaits de l'enseignement qu'ils ont reçu de la faculté ?

Autant de questions auxquelles nous allons tenter de répondre en interrogeant les jeunes médecins généralistes de la région Poitou-Charentes.

---

<sup>5</sup> [www.grippeaviaire.gouv.fr](http://www.grippeaviaire.gouv.fr) : site gouvernemental d'information sur la grippe aviaire

<sup>6</sup> Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie parue au Journal Officiel n° 35 du 11 février 2005.

# MATÉRIEL & MÉTHODE

## 1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La question de recherche était la suivante : quel est le profil des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers, comment envisagent-ils leur profession et leur avenir ? Que sont-ils devenus ?

### 1.1. Objectif principal

Décrire les choix effectués, l'activité actuelle et les projets à venir des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de Poitiers et ayant validé la totalité de leurs cursus depuis moins de 6 ans.

Comparer les résultats aux études déjà réalisées dans d'autres régions.

### 1.2. Objectifs secondaires

Apprécier leur regard et leur ressenti vis-à-vis de leurs études.

Etablir un aperçu de la féminisation de la profession dans la région.

## 2. DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude descriptive réalisée par enquête auprès de cinq promotions d'étudiants ayant validé leur troisième cycle de médecine générale à l'UFR de médecine et de pharmacie de Poitiers.

### 2.1. Population étudiée

Étaient inclus dans l'étude tous les étudiants de médecine générale ayant validé leur cursus universitaire de médecine générale à la faculté de Poitiers depuis mai 1999.

Il s'agit de 5 promotions de médecins généralistes. La première de ces promotions a débuté son troisième cycle à la fin de l'année 1996 et terminé en 1999. La dernière des promotions a débuté le troisième cycle fin 2000 et terminé en 2003.

Il nous a semblé que 5 promotions successives étaient une quantité suffisante pour retracer le parcours d'un jeune médecin débutant, avant qu'il ne se fixe dans sa pratique professionnelle. Nous avons souhaité laisser au minimum 2 années entre la date de réalisation de l'étude et la date de sortie de la dernière promotion. Ainsi les médecins ciblés avaient un recul suffisant pour avoir un regard critique sur leur parcours. Ils avaient acquis une activité professionnelle régulière qu'ils pouvaient également juger.

### 2.2. Période de l'enquête

L'enquête a été réalisée entre le 30 mai 2005 et le 31 août 2005. Il était prévu de réaliser une relance des médecins n'ayant pas répondu 3 mois après l'envoi des questionnaires, selon le taux de réponses, soit par téléphone soit par courrier.

Le questionnaire portait sur la situation dans laquelle se trouvait le médecin au moment de la réception de celui-ci.

### 2.3. Déroulé de l'étude

Pour ce travail nous avons d'abord constitué la liste des étudiants concernés par la période de l'étude avec l'aide l'UFR de médecine et pharmacie de Poitiers. Puis nous avons réalisé un questionnaire répondant aux trois axes de notre objectif (choix, activité, projet) et en veillant à la possibilité de comparaison avec des travaux déjà

réalisés ailleurs. Nous avons, avant de lancer l'enquête, réalisé un test de faisabilité de celle-ci auprès d'une dizaine de personnes (étudiants, généralistes et enseignants). La saisie et l'analyse des résultats s'est faite à l'aide du logiciel Excel®.

### **3. RECRUTEMENT DES MÉDECINS**

Nous nous sommes adressés au service de la scolarité du troisième cycle des études médicales de l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. Après accord du Doyen nous avons pu obtenir la liste nominative des étudiants inscrits en dernière année de troisième cycle entre 1999 et 2003.

Nous avons effectué les recoupements de toutes les inscriptions dans le troisième cycle de tous les étudiants durant cette période et également durant les années suivantes. Nous avons pu ainsi déterminer exactement ceux qui avaient définitivement terminé leurs études et validé tout leur cursus de médecine générale. Nous avons donc les noms des médecins par année de sortie de la faculté.

Nous nous sommes ensuite adressé au conseil départemental de l'ordre des médecins de la Vienne. Nous avons soumis le sujet à son président et avons reçu son accord pour avoir à disposition les coordonnées des médecins inscrits au tableau ainsi que celles des médecins remplaçants. Nous avons ainsi pu dresser une première liste d'adresses. Cette liste a ensuite été complétée à l'aide de l'annuaire du site Internet du conseil national de l'ordre des médecins. Nous avons également utilisé l'annuaire Pages Jaunes® et Pages Blanches® sur Internet.

Nous avons fait suivre quelques courriers par l'intermédiaire de conseils départementaux de l'ordre des médecins, après avoir retrouvé des médecins dans leur département mais sans disposer de leur adresse.

Au total nous avons retrouvé les coordonnées de 247 médecins sur les 248 recherchés, une seule adresse n'a pas pu être précisée malgré toutes nos recherches.

### **4. LE QUESTIONNAIRE**

#### **4.1. Elaboration de questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré en s'inspirant de résultats d'études déjà réalisées. Nous avons retrouvé des publications concernant le sujet dans les URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Bourgogne, Rhône-Alpes, Bretagne. Nous nous sommes également inspirés d'études réalisées dans certaines Facultés auprès des résidents, comme en Picardie. Dans notre recherche de littérature, nous avons trouvé plusieurs articles concernant des données de démographie de la jeune génération des médecins généralistes, ce qui nous a permis d'orienter le questionnaire.

Enfin, nous avons également pris en compte les données démographiques publiées par le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins), la DREES (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques), l'ORS (Observatoire Régional de la Santé).

#### **4.2. Présentation du questionnaire**

L'organisation du questionnaire était structurée en plusieurs parties :

- ? La première concernait l'état civil avec une partie destinée à l'anonymisation.
- ? La seconde portait sur la formation universitaire et le parcours des étudiants.
- ? La troisième concernait la situation actuelle des médecins.

Ces parties étaient communes à toutes les personnes interrogées. Venait ensuite une quatrième partie correspondant aux chapitres destinés à chaque type d'activité

professionnelle. Ces chapitres définissent les groupes des médecins étudiés et nous les appellerons ainsi :

- ? Médecins libéraux installés
- ? Médecins salariés
- ? Médecins remplaçants
- ? Autres activités (activités non rémunératrices et professions en dehors du domaine médical).

Ce questionnaire comportait au total 44 questions. (Cf. Annexe).

Il s'agissait le plus souvent de questions fermées, avec une à plusieurs réponses possibles. Pour certaines, nous demandions de préciser les réponses en quelques mots seulement. Les 2 seules questions ouvertes concernaient les personnes n'exerçant plus dans le domaine médical ou celles sans profession.

Il ne fallait, pour le compléter, pas plus de 20 minutes en moyenne, selon la profession exercée.

#### **4.3. ENVOI DES QUESTIONNAIRES**

Nous avons bénéficié de la contribution de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) Poitou-Charentes, qui a pris en charge les photocopies du questionnaire et de la lettre d'accompagnement, l'affranchissement de l'envoi ainsi que les enveloppes affranchies pour le retour des questionnaires. Ils se sont de plus chargés de la réception des retours de courriers, avec comptage et anonymisation des questionnaires.

L'ensemble des courriers a été posté le 30 mai 2005. Après l'envoi, nous avons reçu 8 retours pour adresses erronées. Après nouvelle vérification et correction de ces adresses, nous avons pu renvoyer 7 courriers sur les 8.

Deux personnes nous ont fait savoir ne pas avoir reçu de questionnaire, après correction de « coquilles » dans leur adresse, nous le leur avons fait parvenir.

### **5. ANALYSE DES RÉSULTATS**

Après clôture de la réception des questionnaires et leur anonymisation, nous avons pu effectuer l'analyse des résultats.

Les questionnaires ont été saisis avec le logiciel EXCEL®. Pour nous servir au mieux de ce logiciel nous avons utilisé EXCEL Super Coach<sup>7</sup>. L'analyse statistique a été réalisée avec l'assistance du service statistique de la faculté par le logiciel SAS version 8.2 sous Windows. Les résultats sont présentés en effectif et pourcentage pour les variables qualitatives et en moyenne  $\pm$  écart type pour les variables quantitatives. Comparaison de pourcentage pour les variables qualitatives par le test de  $\chi^2$  de Pearson, ou test exact de Fisher (effectifs faibles). Comparaison de moyennes pour les variables quantitatives par le test t de Student. Seuil de significativité à 0.05.

Nous avons souhaité effectuer ces différentes analyses selon plusieurs grands axes qui sont :

- ? Le genre (sexe)
- ? Les promotions et donc l'ancienneté des médecins
- ? L'activité des médecins (libérale, salariée, remplaçant...)

Nous avons ensuite comparé nos résultats à ceux issus d'enquêtes voisines, réalisées dans d'autres régions et également à des données de démographie sur les professions médicales.

---

<sup>7</sup> EXCEL Super Coach. Custum Guide, Inc.. Editions O'REILLY®, Paris, 2005, 445 p.

# RÉSULTATS

## 1. LES AXES D'ANALYSE

Nous ferons une brève description de l'ensemble des médecins ciblés par l'étude. Nous les appelons « médecins interrogés ». Nous ferons ensuite l'analyse des questionnaires reçus en suivant le plan de celui-ci. Nous appelons les médecins qui nous l'on renvoyé, « médecins répondants ».

Nous ferons successivement une description du taux de réponses, de l'état civil des médecins répondants, de leur répartition géographique et situation familiale. Nous analyserons ensuite les réponses sur leur parcours étudiant, leur activité actuelle, leurs formations supplémentaires, leur avis sur une installation en médecine libérale en milieu rural, leur choix d'activité et leurs projets. Nous finirons par la description de chacune des catégories professionnelles.

Nous analyserons chaque chapitre en fonction des promotions, du genre et de l'activité professionnelle. Pour certains chapitres cependant, l'analyse selon ces critères ne donne pas de résultat intéressant et nous pourrions alors en supprimer certains. Nous avons dénommé chaque promotion à l'aide de l'année de la fin de leur cursus. Nous avons ainsi P1999 pour celle de 1999 et P2003 pour celle de 2003.

Etant donné que le calcul des pourcentages est fait le plus souvent sur des nombres inférieurs à 147, nous avons décidé de les présenter sans décimale.

## 2. L'ÉCHANTILLON CIBLÉ PAR L'ÉTUDE : « LES MÉDECINS INTERROGÉS »

### 2.1. L'ensemble des médecins recensés avant l'envoi des questionnaires

Nous avons compté, sur les 5 promotions, 248 médecins ayant validé la totalité de leurs études médicales entre 1999 et 2003. Ils sont 107 hommes (43%) et 141 femmes (57%).

### 2.2. Les « médecins interrogés » par promotion

Sur les 248 médecins, une femme de P2003 n'a pas pu être localisée. Nous avons un total de 247 médecins à interroger (tableau n° 1).

	<b>P1999</b>	<b>P2000</b>	<b>P2001</b>	<b>P2002</b>	<b>P2003</b>	<b>Total</b>
<b>Hommes</b>	19	22	21	18	27	<b>107</b>
<b>Femmes</b>	26	36	31	17	29	<b>140</b>
<b>Nombre de médecins</b>	45	58	52	35	57	<b>247</b>
<b>% du total</b>	18%	23,5%	21%	14%	23%	<b>100%</b>

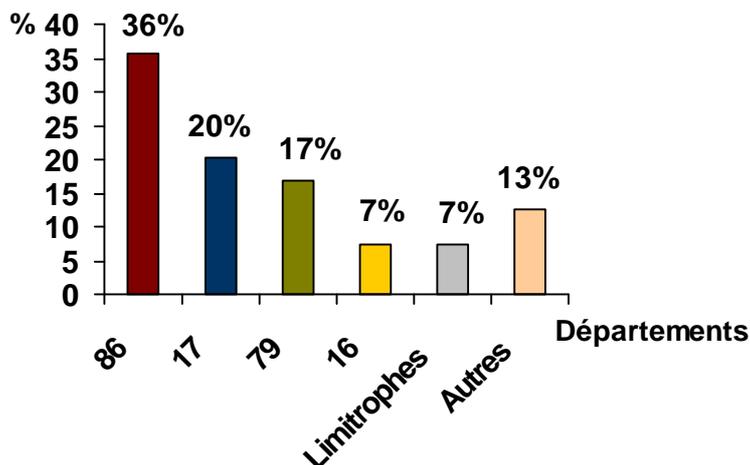
Pour chaque promotion, nous connaissons le nombre de médecins libéraux installés : 26 (58%) pour P1999, 27 (47%) pour P2000, 21 (40%) pour P2001, 11 (31%) pour P2002 et 5 (9%) pour P2003. Au total 90 médecins sont installés en libéral, soit 36% des médecins interrogés.

### 2.3. Localisation des médecins interrogés avant l'envoi des questionnaires

La majorité se situe dans les départements de la Vienne et Charente-Maritime (figure n°3). Au total 80% ont été retrouvés dans la région Poitou-Charentes. En dehors des départements limitrophes, on retrouve également des médecins dans les DOM TOM, la région parisienne et 15 autres départements de province.

26 % des femmes sont en dehors de la région Poitou-Charentes contre 14% des hommes.

Figure 3 : Répartition géographique des médecins interrogés



## 3. LE TAUX ET LA VITESSE DE RETOUR

### 3.1. Le taux de retour

Après l'envoi des 247 questionnaires, nous avons eu quelques retours de courrier pour adresse erronée. Parmi ces retours, les coordonnées d'un des médecins n'ont pas pu être corrigées. Le questionnaire est finalement parvenu à 246 personnes. Nous avons clôturé l'enquête le 31 Août 2005, soit 93 jours après l'envoi.

Dans un délai de 3 mois, nous avons reçu 183 réponses (sur 247), soit un taux de réponse final de 74%.

Un médecin m'a contacté après la clôture de l'enquête. Elle n'a pas été incluse dans l'échantillon. Nous avons initialement prévu de relancer les médecins non répondants, soit par courrier, soit par téléphone. Etant donné un taux de réponse honorable, nous n'avons pas jugé nécessaire d'effectuer cette relance.

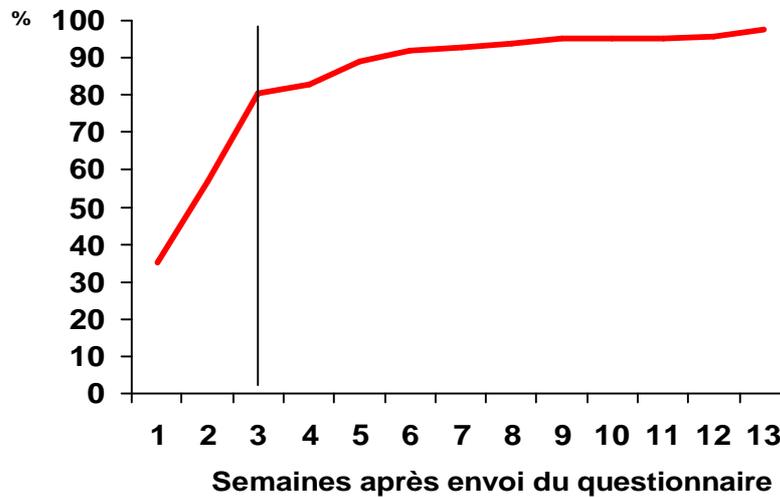
L'analyse des taux de réponse selon les promotions et le genre (tableau n°2) ne montre pas de différence significative entre les hommes et les femmes,  $p=0,42$ .

Tableau 2 : Taux de réponse par promotions						
Promotion	P1999	P2000	P2001	P2002	P2003	Total
Réponse des hommes	68%	68%	62%	89%	93%	77%
Réponse des femmes	81%	61%	68%	88%	76%	72%
Taux de réponse	76%	64%	65%	89%	82,5%	74%

### 3.2. La vitesse de retour

Trois semaines après l'envoi, nous avons reçu 147 réponses, soit 80,3% des réponses finales (figures n°4).

Figure 4 : Pourcentage cumulé de réponses par semaines



## 4. LES MÉDECINS RÉPONDANTS : L'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON

### 4.1. Description d'ensemble des médecins répondants

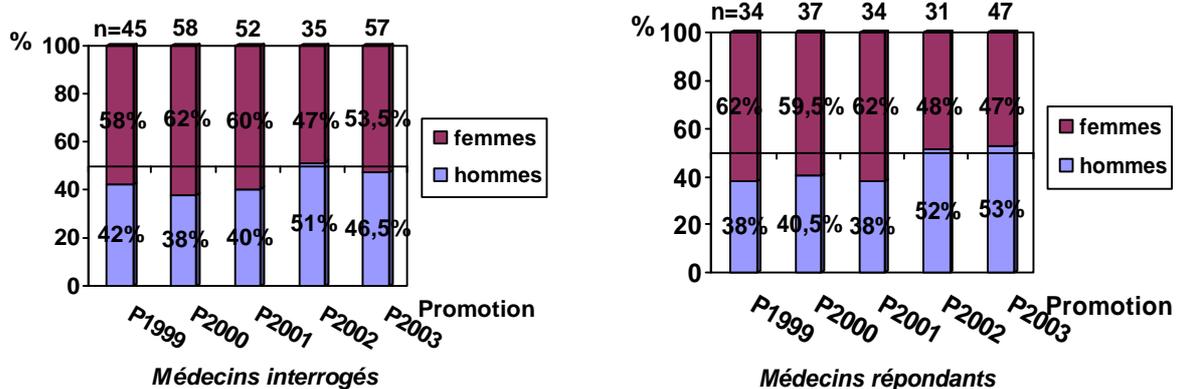
Sur les 183 réponses reçues les hommes représentent 45% de l'effectif répondant et les femmes 55%. Sur l'ensemble des 247 envois, 82 (77%) des hommes et 101 (72%) des femmes ont répondu au questionnaire.

### 4.2. Médecins répondants par promotion

Il n'y a pas de différence dans la répartition des médecins selon les promotions et le genre ( $p=0,5$ ).

	P1999	P2000	P2001	P2002	P2003	Total
<b>Hommes</b>	13	15	13	16	25	<b>82</b>
<b>Femmes</b>	21	22	21	15	22	<b>101</b>
<b>Nombre de médecins</b>	34	37	34	31	47	<b>183</b>
<b>Pourcentage</b>	19%	20%	19%	17%	26%	<b>100%</b>

Figure 5 : Pourcentage hommes/femmes par promotions :



#### 4.3. Médecins répondants selon l'activité professionnelle et la promotion

La répartition selon les différentes catégories d'activités est présentée dans le tableau n°4.

	<b>Installés</b>	<b>Salariés</b>	<b>Remplaçants</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
<b>P1999</b>	23 68%	7 21%	2 6%	2 6%	34 100%
<b>P2000</b>	19 51%	9 24%	9 24%	-	37 100%
<b>P2001</b>	14 41%	10 29%	10 29%	-	34 100%
<b>P2002</b>	8 26%	10 32%	11 36%	2 6,5%	31 100%
<b>P2003</b>	4 8,5%	13 28%	29 62%	1 2%	47 100%

#### 4.4. Médecins répondants selon l'activité professionnelle et le genre

178 médecins soit 97,3% déclarent exercer une activité professionnelle.

	<b>Installés</b>	<b>Salariés</b>	<b>Remplaçants</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
<b>Hommes</b>	32 39%	23 28%	17 21%	-	82 100%
<b>Femmes</b>	36 36%	26 26%	34 34%	5 5%	101 100%
<b>Nombre de médecins</b>	<b>68</b> <b>37%</b>	<b>49</b> <b>27%</b>	<b>61</b> <b>33%</b>	<b>5</b> <b>3%</b>	<b>183</b> <b>100%</b>

## 5. AGE DES MÉDECINS

### 5.1. Age moyen

L'âge moyen de notre échantillon est de 32,7 ans (avec un écart type de 2,28), 32,8 ans pour les hommes (écart type 2,1) et 32,6 ans pour les femmes (écart type 2,4).

La médiane des âges est de 37 ans.

Un médecin exerçant déjà une activité professionnelle a complété sa formation par ces études de médecine. Il est donc plus âgé que l'ensemble des autres médecins. Si nous « l'écartons » pour le calcul de la moyenne d'âge, celle-ci est alors de 32,6 ans et la médiane de 34 ans.

### 5.2. Age moyen par promotion et par genre

La médiane des âges pour les femmes est de 37 ans (ou 33 ans corrigé). L'écart des âges varie de 28 à 46 ans (ou 38 ans corrigé). La médiane des âges pour les hommes est de 34,5 ans. L'écart varie de 29 à 40 ans. (tableau n°6)

Tableau 6 : Moyennes d'âges par promotion et par genre						
Promotion	P1999	P2000	P2001	P2002	P2003	Moyenne
Hommes	34,9	34,1	34,2	31,6	30,8	32,8
Femmes	34,6	33,2	32,6	32,3	30,1	32,6
Moyenne	34,7	33,6	33,2	31,5	30,5	32,7

### 5.3. Age moyen selon l'activité professionnelle

Les médecins installés en libéral sont âgés en moyenne de 33,4 ans (écart type de 1,8). Le plus âgé d'entre eux a 38 ans et le plus jeune 29 ans. La médiane des âges est de 33,5 ans.

Les médecins salariés ont un âge moyen de 32,9 ans (écart type de 3,0). Le plus âgé a 46 ans, le plus jeune 28 ans. La médiane est de 37 ans (ou 34 ans corrigé).

Les médecins remplaçants sont âgés en moyenne de 31,6 ans (écart type de 1,7). Le médecin le plus âgé a 36 ans et le plus jeune 29 ans. La médiane est de 32,5 ans.

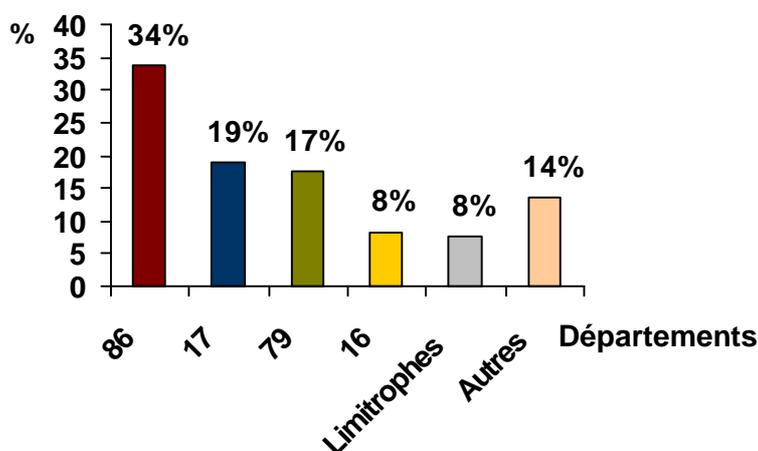
Pour les médecins exerçant une autre activité l'âge moyen est de 33 ans, 37 ans pour le plus âgé et 30 ans pour le plus jeune. La médiane est de 33,5 ans.

## 6. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

### 6.1. Répartition globale

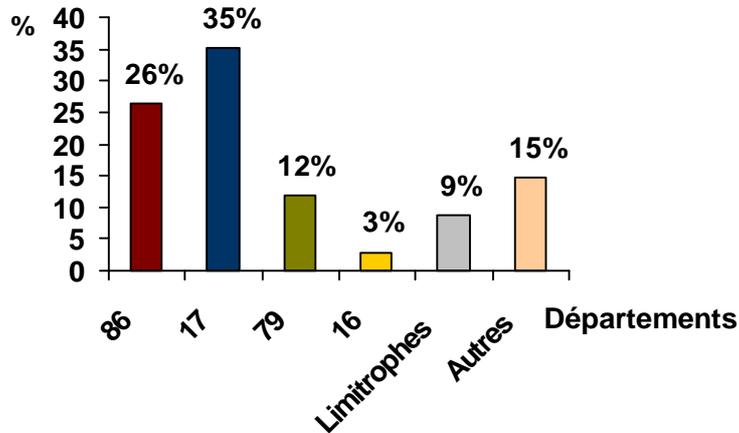
Au total, 144 médecins sont installés dans la région Poitou-Charentes, soit 79% de l'ensemble des médecins ayant répondu. 5 (3%) sont en Région parisienne, 6 (3%) dans les DOM TOM, 14 (8%) dans 11 départements de province : l'Allier, l'Ariège, l'Aude, La Côte d'or, l'Eure et Loire, le Finistère, l'Isère, le Loir et Cher, la Loire Atlantique, le Nord, la Haute Savoie.

Figure 6: Répartition géographique des médecins



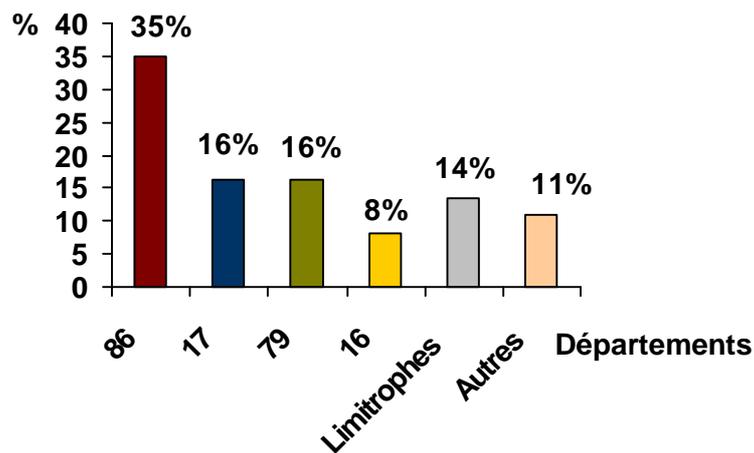
## 6.2. Répartition géographique selon la promotion

Figure 7: Répartition géographique des médecins de P 1999



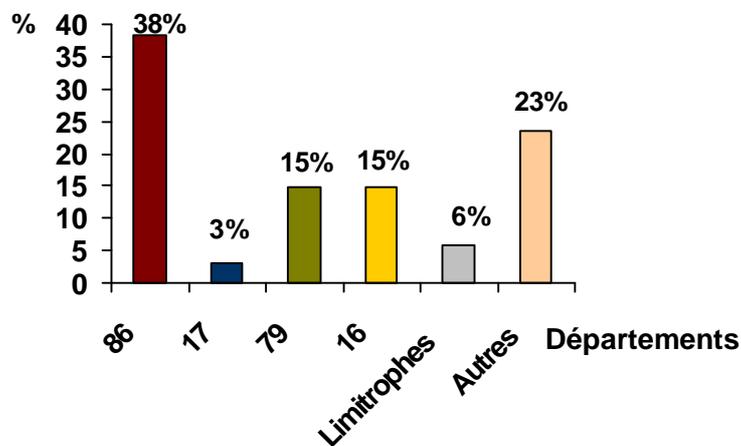
Avant l'envoi des questionnaires aux médecins de P 1999, ceux-ci étaient recensés en majorité dans le département de Charente-Maritime (16, soit 36%) (Figure n°7).

Figure 8: Répartition géographique des médecins de P 2000



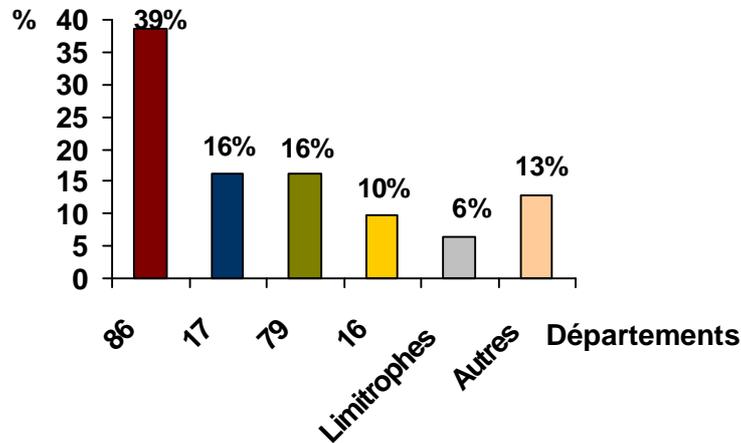
Les médecins de P2000 étaient localisés en majorité dans la Vienne (21, soit 36%).

Figure 9: Répartition géographique des médecins de P 2001



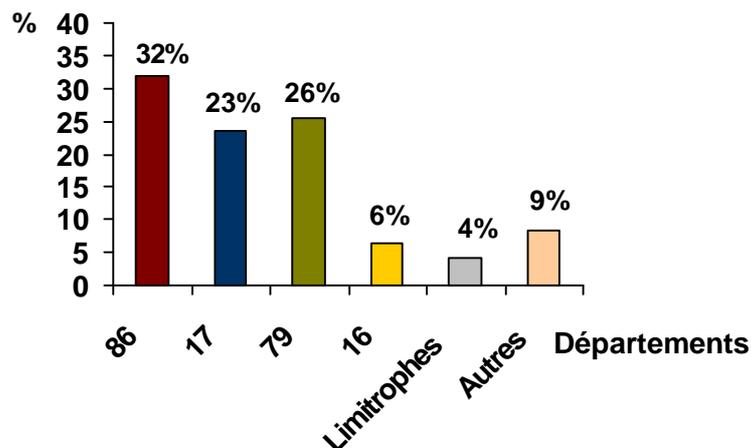
Les médecins interrogés de P 2001 étaient dans le département de la Vienne (20 soit 38,5% de la promotion). Nous avons retrouvé 6 médecins en Charente-Maritime (12%), seulement un nous a répondu.

Figure 10: Répartition géographique des médecins de P 2002



Les médecins de P 2002 ont été localisés en majorité dans le département de la Vienne (14 soit 40% d'entre eux).

Figure 11: Répartition géographique des médecins de P 2003



Les médecins de P 2003 sont localisés à l'envoi des questionnaires en majorité dans le département de la Vienne (22 soit 38%).

### 6.3. Répartition géographique selon le genre

Les femmes sont en majorité restées dans le département de la Vienne et de la Charente-Maritime (au total 51,5%). Les hommes sont également situés en majorité dans le département de la Vienne, puis dans le département des Deux-Sèvres (figures n°12 et 13).

28 femmes (27%) sont installées en dehors de la région Poitou-Charentes contre seulement 11 hommes (13%) ( $p=0,02$ ). Sur ces 28 femmes, 24 vivent en couple. Parmi ces dernières, 21 (84%) vivent avec un actif d'un domaine non médical. Sur les 11 hommes résidant hors région, 9 vivent en couple et aucun n'a de conjoint exerçant en dehors du domaine médical.

Figure 12 : Répartition géographique des femmes

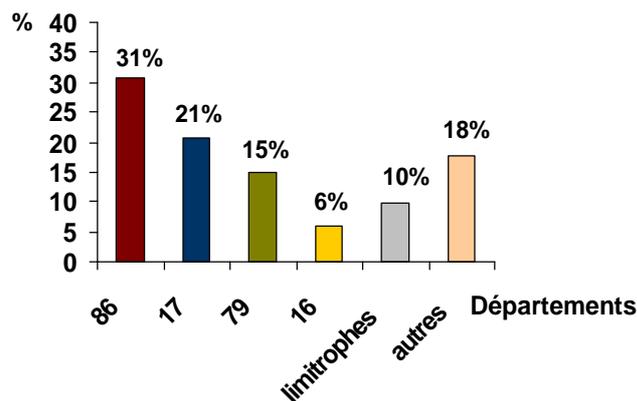
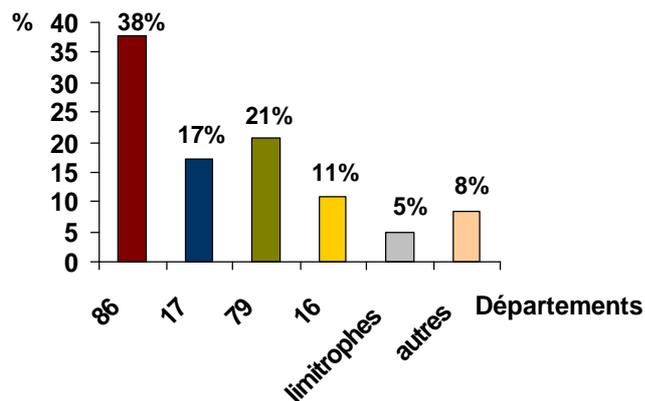
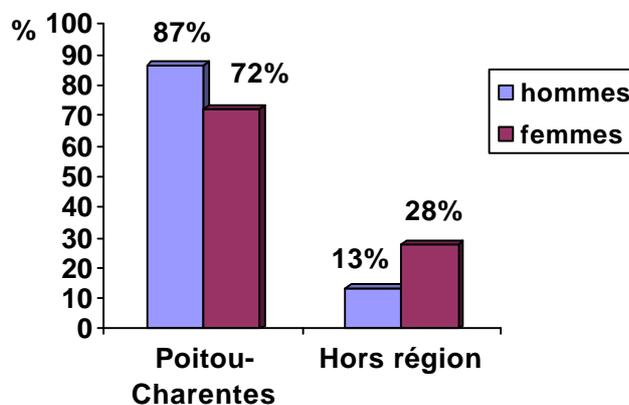


Figure 13 : Répartition géographique des hommes



La répartition géographique globale selon la région est la suivante :

Figure 14: Répartition par région et selon le genre



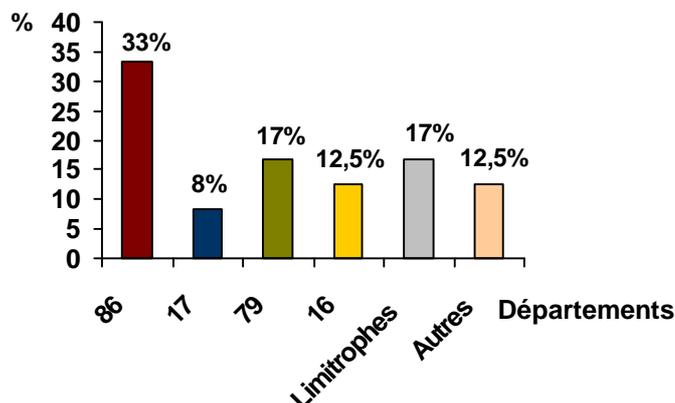
#### 6.4. Répartition géographique selon l'activité professionnelle

Se reporter aux chapitres concernant chaque activité professionnelle.

#### 6.5. Répartition géographique des médecins ayant débuté leurs études dans une autre faculté de médecine

Les médecins ayant débuté leurs études dans une autre faculté que celle de Poitiers et effectué leur troisième cycle dans la région sont au nombre de 24. 17 d'entre eux, (71%) sont installés en région Poitou-Charentes.

Figure 15: Répartition géographique des médecins originaires d'autres facultés



## 7. SITUATION FAMILIALE DES MÉDECINS

### 7.1. Situation de couple

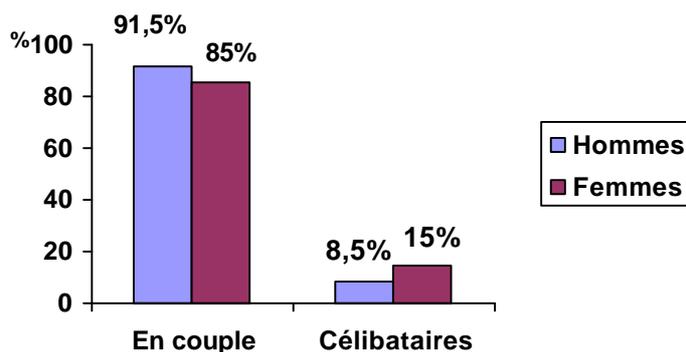
#### 7.1.1. Résultat global

161 médecins vivent en couple (88 %). 75 hommes et 86 femmes vivent en couple, sans différence statistiquement significative  $p=0,28$  (figure n°16).

5 des 22 médecins qui déclarent vivre seuls (23%), sont des mères célibataires avec 1 ou 2 enfants. Aucun des hommes vivant seuls n'a déclaré avoir d'enfants.

Les hommes vivant en couple représentent 41% des médecins et les femmes vivant en couple 47%.

Figure 16: Situation de couple des médecins



#### 7.1.2. Situation de couple selon la promotion et le genre

La différence de situation de couple selon les promotions n'est pas statistiquement significative :  $p=0,19$  (tableau n°7).

	P 1999	P 2000	P 2001	P 2002	P 2003	Total
<b>Hommes</b>	12 92%	15 100%	12 92%	14 87,5%	22 88%	<b>75</b> <b>91,5%</b>
<b>Femmes</b>	18 86%	18 82%	20 95%	12 80%	18 82%	<b>86</b> <b>85%</b>
<b>Total</b>	<b>30</b> <b>88%</b>	<b>33</b> <b>89%</b>	<b>32</b> <b>94%</b>	<b>26</b> <b>84%</b>	<b>40</b> <b>85%</b>	<b>161</b> <b>88%</b>

#### 7.1.3. Situation de couple selon l'activité professionnelle

L'analyse de la situation de couple des médecins selon l'activité professionnelle ne retrouve pas de différence significative statistiquement :  $p=0,75$  (tableau n°8).

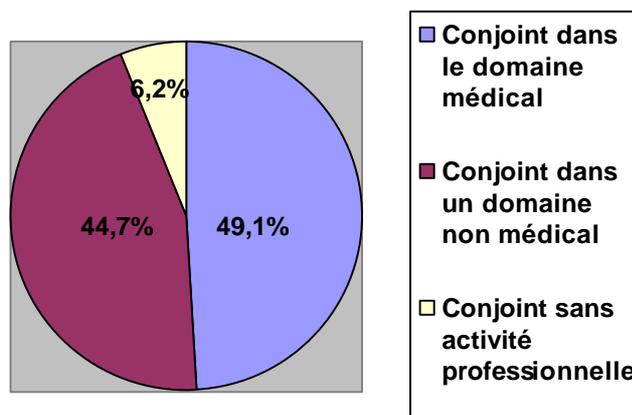
	Installés	salariés	remplaçants	Autres	Total
<b>Hommes</b>	31 97%	20 87%	24 89%	-	<b>75</b> <b>91,5%</b>
<b>Femmes</b>	28 78%	22 85%	31 91%	5 100%	<b>86</b> <b>85%</b>
<b>Total</b>	<b>59</b> <b>87%</b>	<b>42</b> <b>86%</b>	<b>55</b> <b>90%</b>	<b>5</b> <b>100%</b>	<b>161</b> <b>88%</b>

## 7.2. Activité des conjoints

### 7.2.1. Résultat global

Sur les 183 médecins, 161 vivent en couple. 151 de ceux-ci, soit plus de 9 sur 10, ont un conjoint actif. 52% (79) de ces actifs le sont dans un domaine médical (figure n°17).

Figure 17 : Domaine d'activité des conjoints des médecins



### 7.2.2. Activité des conjoints selon le genre

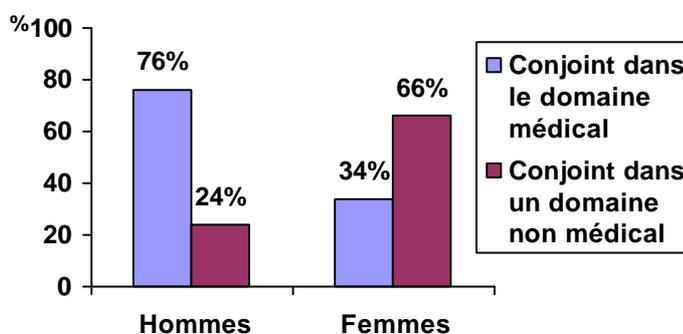
Sur les 161 médecins vivants en couple, 75 sont des hommes et 86 sont des femmes. 66 hommes sur 75 ont un conjoint actif soit 88%. Les 3/4 (50) exercent dans un domaine médical. 85 femmes sur 86 ont un conjoint actif soit 99%. Les 2/3 d'entre elles (56) ont un conjoint qui exerce dans un domaine non médical.

La différence entre hommes et femmes, concernant l'activité ou non des conjoints, est significative avec  $p=0,0063$  (test de Fisher appliqué pour des effectifs inférieurs à 5).

Parmi ces 85 femmes, 21 résident hors région (soit 84% des femmes résidant hors région et 37,5% des femmes vivant avec un actif du domaine non médical).

Nous avons compté 10 médecins ayant un conjoint sans activité professionnelle : 9 hommes (4 médecins libéraux installés, 4 médecins salariés, 1 remplaçant) et une femme (médecin libéral installée).

Figure 18 : Domaine d'activité des conjoints des médecins selon le genre



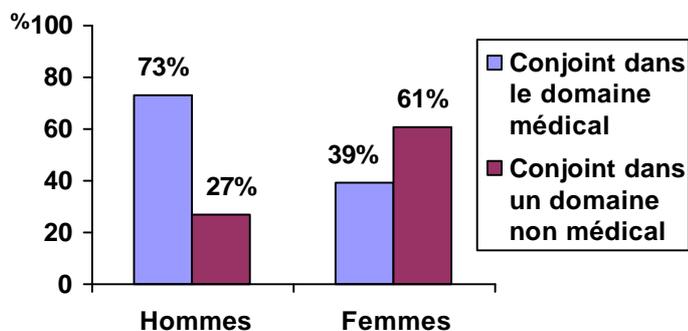
La différence constatée entre hommes et femmes concernant les conjoints actifs dans un domaine médical est significative avec  $p<0,001$ .

### 7.2.3. Activité des conjoints selon la promotion

? Les conjoints des médecins de P1999 sont 29 (97%) à exercer un activité professionnelle.

100% des femmes ont un conjoint actif contre 92% des hommes (soit un des conjoints inactif pour les hommes). Au total 52% des conjoints (15) exercent dans un domaine médical.

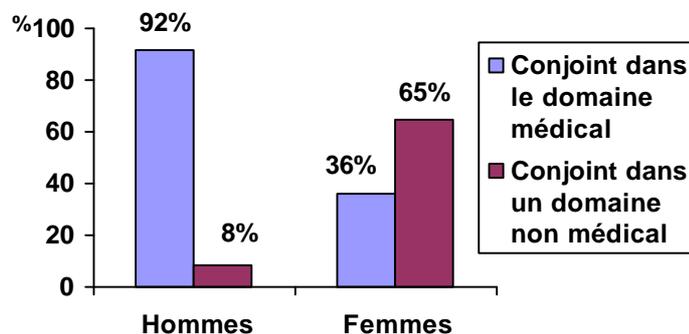
Figure 19 : Domaine d'activité des conjoints de P 1999



? Les conjoints des médecins de P2000 sont 29 (88%) à exercer un activité professionnelle.

94% des femmes ont un conjoint actif (soit un conjoint inactif) contre 80% des hommes. Au total 59% des conjoints (17) exercent dans un domaine médical.

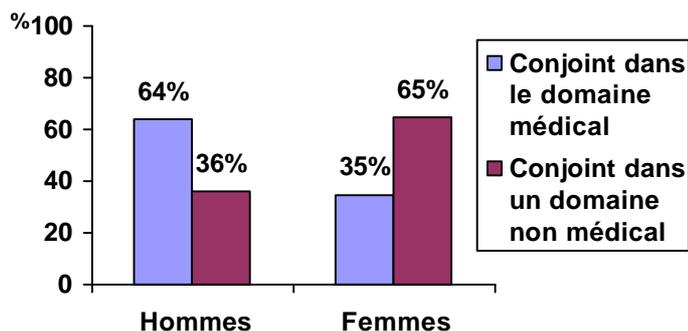
Figure 20 : Domaine d'activité des conjoints de P 2000



? Les conjoints des médecins de P2001 sont 31 (97%) à exercer un activité professionnelle.

100% des femmes ont un conjoint actif contre 92% des hommes (soit un conjoint inactif). Au total 45% des conjoints seulement (14) exercent dans un domaine médical.

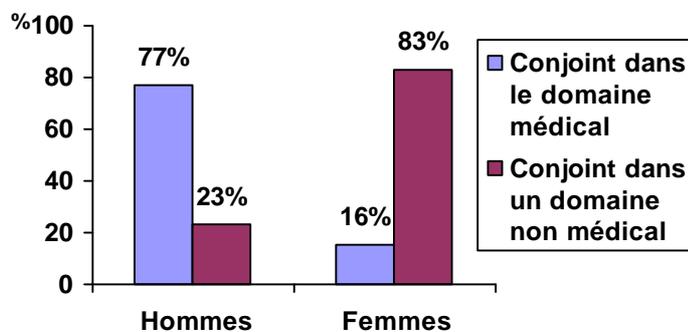
Figure 21 : Domaine d'activité des conjoints de P 2001



? Les conjoints des médecins de P2002 sont 25 (96%) à exercer un activité professionnelle.

100% des femmes ont un conjoint actif contre 93% des hommes (soit un conjoint inactif). Au total 48% des conjoints seulement (12) exercent dans un domaine médical.

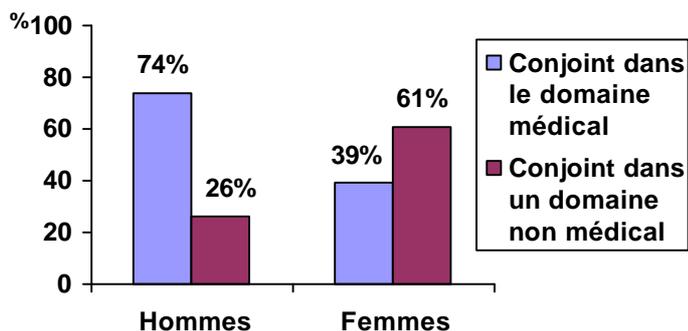
Figure 22 : Domaine d'activité des conjoints de P 2002



? Les conjoints des médecins de P2003 sont 37 (92,5%) à exercer un activité professionnelle.

100% des femmes ont un conjoint actif contre 86% des hommes. Au total 57% des conjoints (21) exercent dans un domaine médical.

Figure 23 : Domaine d'activité des conjoints de P 2003



#### 7.2.4. Activité des conjoints selon la catégorie professionnelle

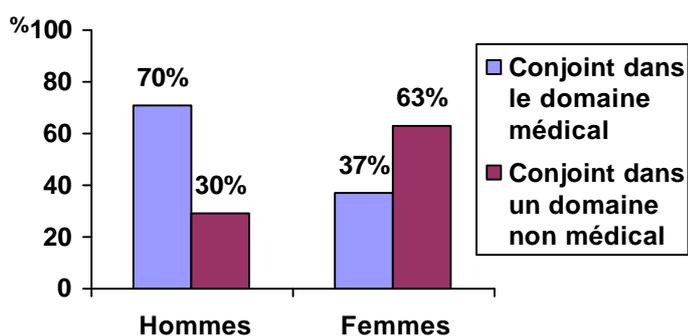
Quelle que soit l'activité du médecin, nous faisons de nouveau le constat que les hommes vivent plus fréquemment avec des conjoints exerçant dans le domaine médical que les femmes.

? Les conjoints des **médecins libéraux** installés sont actifs à 91,5% (54).

87% des hommes ont un conjoint actif (soit 4 conjoints inactifs). Une femme a un conjoint inactif.

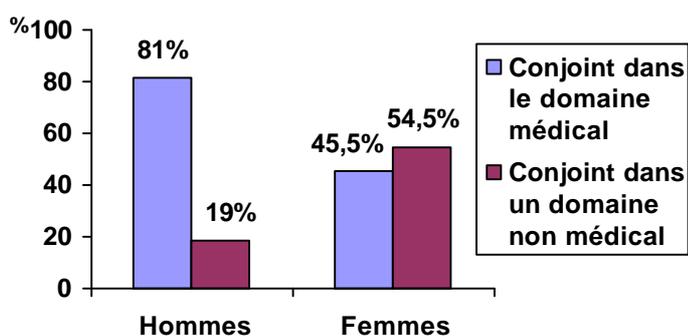
Au total 54% des conjoints (29) exercent dans un domaine médical.

Figure 24 : Domaine d'activité des conjoints des médecins libéraux installés



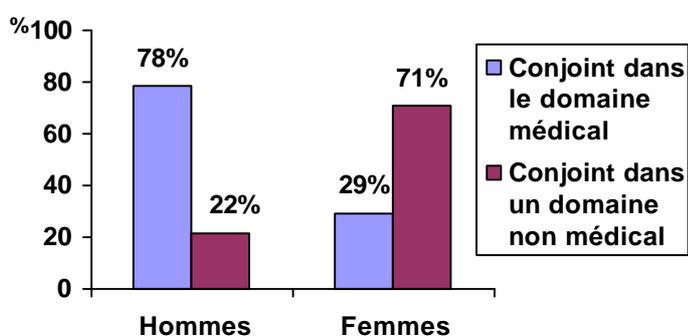
? Les conjoints des **médecins salariés** sont actifs à 90,5% (38).  
 80% des hommes ont un conjoint actif (soit 4 conjoints inactifs). 100% des femmes ont un conjoint actif.  
 Au total 60,5% des conjoints (23) exercent dans un domaine médical.

Figure 25 : Domaine d'activité des conjoints des médecins salariés



? Les conjoints des **médecins remplaçants** sont actifs à 98% (54).  
 96% des hommes ont un conjoint actif (soit un conjoint inactif). 100% des femmes ont un conjoint actif.  
 Au total la moitié des conjoints (27) exercent dans un domaine médical.

Figure 26 : Domaine d'activité des conjoints des médecins remplaçants



? Les médecins **exerçant une autre activité** (activité non rémunératrice ou formation) sont au nombre de 5, ce sont toutes des femmes.  
 Elles ont toutes un conjoint exerçant une profession en dehors du domaine médical.

### 7.3. Nombre de médecins ayant des enfants

Sur l'ensemble des 183 médecins, 131 ont déclaré avoir un ou plusieurs enfants, soit 71,6% de notre échantillon.

En fonction de la promotion, le nombre de médecins qui sont parents est variable, il n'y a pas de différence significative ( $p=0,12$ ) :

	P 1999	P 2000	P 2001	P 2002	P 2003	Total
<b>Hommes</b>	12 92 %	10 67%	9 69%	9 56%	14 56%	<b>54</b> <b>66%</b>
<b>Femmes</b>	16 76%	17 77%	18 86%	11 77%	15 68%	<b>77</b> <b>76%</b>
<b>Total</b>	<b>28</b> <b>82%</b>	<b>27</b> <b>73%</b>	<b>27</b> <b>79%</b>	<b>20</b> <b>64,5%</b>	<b>29</b> <b>62%</b>	<b>131</b> <b>72%</b>

Selon l'activité professionnelle le nombre de médecins ayant des enfants est variable, avec une différence significative chez les hommes  $p=0,017$ .

	Installés	Salariés	Remplaçants	Autres	Total
<b>Hommes</b>	27 84%	13 56,5%	14 52%	-	<b>54</b> <b>66%</b>
<b>Femmes</b>	29 81%	18 70%	25 73,5%	5 100%	<b>77</b> <b>76%</b>
<b>Total</b>	<b>56</b> <b>82%</b>	<b>31</b> <b>63%</b>	<b>39</b> <b>64%</b>	<b>5</b> <b>100%</b>	<b>131</b> <b>72%</b>

### 7.4. Age moyen à la naissance du premier enfant

L'âge moyen des médecins à la naissance de leur premier enfant est de 28 ans (écart type=2,5). Il est de 28,3 ans pour les hommes, 22 ans pour le plus jeune et 35 ans pour le plus âgé (écart type=2,5). Il est de 27,8 ans pour les femmes avec un écart allant de 22 ans à 34 ans (écart type=2,5). Dans l'analyse par promotion (tableau n°11) il n'y a pas de distinction homme/femme car nous n'avons pas observé de différence.

	P 1999	P 2000	P 2001	P 2002	P 2003	Moyenne
<b>Age moyen</b>	27,9	28	28,9	27,5	27,8	<b>28</b>

	Installés	Salariés	Remplaçants	Autres	Moyenne
<b>Age moyen</b>	27,5	28,5	28,4	28	<b>28</b>
<b>Ecart</b>	22-34	25-35	24-34	27-29	<b>22-35</b>

## 7.5. Le nombre d'enfants

Le nombre d'enfants varie avec l'ancienneté des médecins (tableau n°13).

<b>Tableau 13 : Nombre moyen d'enfants par médecins selon la promotion et le genre</b>						
	<b>P1999</b>	<b>P2000</b>	<b>P2001</b>	<b>P2002</b>	<b>P2003</b>	<b>Total</b>
<b>Hommes</b>	2,1	1,7	1,4	0,9	0,9	<b>1,3</b>
<b>Femmes</b>	1,7	1,5	1,6	1,3	0,9	<b>1,4</b>
<b>n moyen d'enfants</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,1</b>	<b>0,9</b>	<b>1,3</b>

Les médecins de P1999 sont 82% à avoir 2 enfants ou plus contre 38% des médecins de P2003.

En fonction de l'activité professionnelle, le nombre d'enfants diffère (tableau n°14).

<b>Tableau 14 : Nombre moyen d'enfants selon l'activité professionnelle</b>				
	<b>Installés</b>	<b>Salariés</b>	<b>Remplaçants</b>	<b>Autre</b>
<b>Hommes</b>	1,8	1,1	0,8	.
<b>Femmes</b>	1,7	1,2	1,1	2,4
<b>n moyen d'enfants</b>	<b>1,8</b>	<b>1,2</b>	<b>1,0</b>	<b>2,4</b>
<b>n maximum d'enfants</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Un médecin a 5 enfants, c'est une femme médecin libéral installée dont le conjoint est un professionnel de la santé. 26 médecins ont 3 enfants ou plus (soit 20% de familles nombreuses) :

- 15 d'entre eux (58%) ont un conjoint actif dans un domaine médical
- 4 seulement (15%) ont un conjoint inactif

- 17 d'entre eux (65%) sont des médecins libéraux installés. Ils représentent 25% des médecins libéraux. Sur ces 17 médecins, 12 (soit 70%) ont un conjoint actif dans un domaine médical.

15 (19%) des femmes qui ont 2 enfants ou plus vivent avec un professionnel de la santé (8 sont installées en médecine libérale, 6 sont salariées et une seulement est remplaçante), contre 32 femmes (42%) qui vivent avec une personne n'exerçant pas une activité médicale.

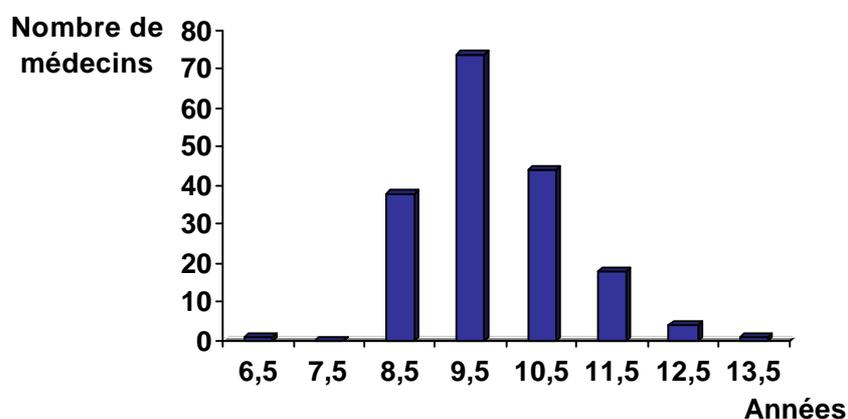
24 (44%) des hommes qui ont 2 enfants ou plus, vivent avec une personne exerçant une activité médicale, 5 hommes (9%) vivent avec une personne exerçant en dehors du milieu médical et 8 (15%) ont un conjoint sans activité professionnelle.

## 8. LE PARCOURS ÉTUDIANT DES MÉDECINS

### 8.1. Durée moyenne des études entre la première inscription et la fin du 3<sup>ème</sup> cycle

La durée moyenne du cursus universitaire des médecins est d'un peu plus de 9 ans 1/2 (écart type=1,1), 9,7 ans pour les femmes et 9,9 pour les hommes. La durée maximale retrouvée est de 13 ans 1/2 pour une femme de P1999 (figure n°27).

Figure 27 : Durée entre première inscription et fin du 3<sup>ème</sup> cycle



### 8.2. Age moyen à la fin des études

L'âge moyen à la fin du 3<sup>ème</sup> cycle est de 28,8 ans (écart type=1,7), 28,5 ans pour les femmes (écart type=1,9) et 29,1 ans pour les hommes (écart type=1,5).

	P1999	P2000	P2001	P2002	P2003	Moyenne
Age moyen à la fin du 3 <sup>ème</sup> cycle	28,7	28,6	29,2	29	28,5	28,8

### 8.3. Les médecins thésés

P1999, P2000 et P2001 comptent 100% de médecins thésés. P2002 compte 93,5% de docteurs en médecine, soit 2 médecins non encore thésés, mais qui prévoient leur soutenance pour l'année en cours. P2003 compte 42,5% de médecins non thésés, soit 20 sur un effectif total de 47 personnes. Ils prévoient leur soutenance pour l'année en cours ou l'année à venir. (tableau n°16)

	P 1999	P 2000	P 2001	P 2002	P 2003	Moyenne
Mini/Maxi	9-17	8-15	9-16	6-14	9-14	6-17
Délai moyen	11,2	11,9	12,1	11,2	11,3	11,7

Le délai moyen entre la fin du 3<sup>ème</sup> cycle et la soutenance de thèse est de 1,4 ans (1,3 ans pour les médecins libéraux et 0,75 ans pour les médecins salariés). Il est au maximum de 4 ans.

L'âge moyen au passage de la thèse est de 30,2 ans.

#### 8.4. Les interruptions d'études

Sur les 183 médecins, 60 ont du interrompre leurs études, soit 33% (un seul n'a pas répondu à la question). Il y a une différence significative entre hommes et femmes  $p=0,006$ . Pour 7 d'entre eux, soit 12%, on relève une interruption à deux reprises.

Les hommes sont 18 (22%) à avoir interrompu leurs études. Le motif d'arrêt le plus récurrent est le service militaire pour 6 hommes, soit 1/3 de ces médecins. Ensuite, nous notons des arrêts pour formations ainsi que des remplacements pour 6 personnes, un congé sabbatique pour 3 médecins. Un médecin s'est arrêté pour raisons de santé, un pour raison familiale, un pour une retraite religieuse.

Les femmes sont 6 à avoir interrompu leurs études à 2 reprises. Au total 42 (42%) les ont interrompu. Le motif d'arrêt le plus fréquent est le congé de maternité. Il concerne plus de 2/3 des interruptions (29 femmes), mais également plus de 1/4 de l'ensemble de l'effectif féminin. Nous avons ensuite un congé sabbatique pour 7 femmes, puis 4 arrêts pour raisons de santé, 4 pour raison familiale, 3 pour des remplacements et un pour formation.

Aucun médecin n'a interrompu ses études pour des raisons financières.

#### 8.5. Le redoublement

Sur les 183 médecins, 61 hommes ont redoublé, soit 74% d'entre eux et 73 femmes, soit 72% d'entre elles (pas de différence significative entre hommes et femmes  $p=0,74$ ).

	P 1999	P 2000	P 2001	P 2002	P 2003	Total
Nombre de médecins	25 73,5%	26 70%	28 82%	21 61%	36 77%	134 73%

	Médecins libéraux	Médecins salariés	Médecins remplaçants	Autres activités	Total
Nombre	47 69%	37 75,5%	46 75%	4 80%	134 73%

#### 8.6. Les stages en surnombre

Les femmes sont majoritaires à effectuer de tels stages ( $p<0,0001$ ). Pour plus de la moitié d'entre elles, ce stage est en rapport avec leurs enfants.

	P1999	P2000	P2001	P2002	P2003	Total
Hommes	1	2	0	0	1	4 5%
Femmes	4	5	5	4	9	27 27%
Total	5	7	5	4	10	31 17%

	n	% des réponses	% des répondants
<b>Grossesses et enfants</b>	18	58%	10%
<b>Formation complémentaire</b>	6	19%	7%
<b>Réflexion sur l'activité</b>	3	10%	4%
<b>Révisions de l'internat</b>	2	6%	2,5%
<b>Service militaire</b>	1	3%	1%
<b>Non précisé</b>	1	3%	1%

### 8.7. Internat

34 hommes (41,5% des hommes) et 41 femmes (41% des femmes) l'ont tenté.

En fonction des promotions, on peut compter 35% (P1999) à 51% (P2000) des médecins qui ont tenté cet examen. Il n'y a pas de différence significative des taux de présentation à cet examen selon les activités professionnelles ( $p=0,9$ ).

	Libéraux	Salariés	Remplaçants	Autres	Total
<b>Nombre</b>	24	21	27	5	<b>75</b>
	35%	43%	44%	60%	<b>41%</b>

Parmi ces 75 médecins, qui n'ont donc pas été reçus au concours de l'internat, seul 8, soit 11%, ont exprimé le regret de ne pas pouvoir exercer une spécialité. 2 sont médecins libéraux installés, 2 médecins salariés, 3 sont remplaçants, et un sans activité.

On remarque que sur ces 8 médecins, 7 possèdent au moins un diplôme complémentaire (Cf. Chapitre 11).

11 médecins qui n'avaient pas tenté l'examen ont déclaré le regretter, 7 ont un diplôme complémentaire.

Au total 19 médecins (10% de l'échantillon total) regrettent de ne pas exercer une spécialité, les 3/4 ont un diplôme supplémentaire.

### 8.8. Remplacements au cours du troisième cycle

58 hommes (71%) et 67 femmes (66%) ont effectué des remplacements pendant leur 3<sup>ème</sup> cycle. Pas de différence significative selon le genre  $p=0,59$  mais différence selon la promotion  $p=0,0002$ .

	P 1999	P 2000	P 2001	P 2002	P 2003	Total
<b>Nombre</b>	30	26	28	17	24	<b>125</b>
<b>%</b>	88%	70%	82%	55%	51%	<b>68%</b>

	Libéraux	Salariés	Remplaçants	Autres	Total
<b>Nombre</b>	55	33	34	3	<b>125</b>
	81%	67%	56%	60%	<b>68%</b>

## 9. ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT

### 9.1. Evaluation de l'enseignement de médecine générale

92 médecins (50%) sont satisfaits de cet enseignement : 46 hommes (56%) et 46 femmes (45,5%). Il n'y a pas de différence selon le genre :  $p=0,16$ .

Entre 51 et 59% des médecins de P2000, P2001, P2002 sont satisfaits.

Les médecins de P1999 et P2003 sont insatisfaits respectivement à 53% et 55%.

Tableau 24 : Evaluation de l'enseignement de médecine générale selon l'activité professionnelle		
	Insatisfaits	Satisfaits
Libéraux installés	32 47%	36 53%
Salariés	23 47%	26 53%
Remplaçants	31 51%	30 49%
Autres activités	5 100%	-
<b>Total</b>	<b>91</b> <b>50%</b>	<b>92</b> <b>50%</b>

### 9.2. Evaluation de l'enseignement médical global

149 médecins (81%) sont satisfaits de cet enseignement, 62 hommes (76%) et 87 femmes (86%). La différence selon le genre est significative avec  $p=0,03$ .

Selon la promotion nous trouvons entre 78 et 87% de médecins satisfaits. 2 médecins femmes n'ont pas répondu à cette question, un médecin libéral installé et un médecin salarié.

Tableau 25 : Evaluation de l'enseignement médical global selon l'activité professionnelle		
	Insatisfaits	Satisfaits
Médecins libéraux	10 15%	57 84%
Médecins salariés	12 24,5%	36 73,5%
Remplaçants	9 15%	52 85%
Autres activités	1 20%	4 80%
<b>Total</b>	<b>32</b> <b>17,5%</b>	<b>149</b> <b>81%</b>

### 9.3. Souhaits particuliers sur l'enseignement

Voici les réponses des médecins aux propositions de modifications de l'enseignement :

- ? **Un stage de médecine générale en 2<sup>ième</sup> cycle**  
104 médecins (57%) le souhaitent.
  - ? 31 médecins libéraux installés (46%)
  - ? 33 médecins salariés (67%)
  - ? 36 remplaçants (59%)
  - ? 4 des médecins exerçant une autre activité
  
- ? **Majoration de l'enseignement de médecine générale en 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> cycle**  
156 médecins (85%) le souhaitent.
  - ? 59 médecins libéraux installés (87%)
  - ? 36 médecins salariés (73,5%)
  - ? 56 remplaçants (92%)
  - ? 5 médecins exerçant une autre activité (100%)
  
- ? **Majoration des stages chez le médecin généraliste en 3<sup>ième</sup> cycle**  
58 médecins (32%) le souhaitent.
  - ? 24 médecins libéraux installés (35%)
  - ? 11 médecins salariés (22,5%)
  - ? 19 remplaçants (31%)
  - ? 4 des médecins exerçant une autre activité
  
- ? **Plus d'enseignement sur les spécialités médicales**  
59 médecins (32%) le souhaitent
  - ? 30 médecins libéraux installés (44% d'entre eux)
  - ? 12 médecins salariés (24,5%)
  - ? 16 remplaçants (26%)
  - ? 1 médecin exerçant une autre activité
  
- ? **Plus d'enseignement sur les relations médecins/malades**  
125 médecins (68%) le souhaitent
  - ? 51 médecins libéraux installés (75%)
  - ? 27 médecins salariés (55%)
  - ? 42 remplaçants (69%)
  - ? 5 médecins exerçant une autre activité
  
- ? **Plus d'informations sur les différents modes d'exercice de la médecine générale** : 161 médecins (88%) le souhaitent
  - ? 57 médecins libéraux installés (84% d'entre eux)
  - ? 44 médecins salariés (90%)
  - ? 55 remplaçants (90%)
  - ? 5 médecins exerçant une autre activité
  
- ? Au sujet de l'**enseignement juridique**, 146 médecins auraient souhaité en recevoir plus (80%).
  
- ? 157 médecins (86%) auraient souhaité recevoir **plus d'enseignement dans le domaine médico-social.**
  
- ? 145 médecins (79%) auraient souhaité recevoir **plus d'informations dans le domaine administratif.**

#### 9.4. Stage chez le praticien

154 médecins (84%) sont satisfaits du stage chez le praticien, 71 hommes (87%) et 83 femmes (82%). Deux personnes ne se sont pas prononcées, ce sont des femmes, remplaçantes.

<b>Tableau 26 : Avis sur le stage chez le praticien en fonction de la promotion</b>		
	<b>Insatisfaits</b>	<b>Satisfaits</b>
<b>P1999</b>	7 21%	26 76,5%
<b>P2000</b>	9 24%	28 76%
<b>P2001</b>	4 12%	30 88%
<b>P2002</b>	3 10%	28 90%
<b>P2003</b>	4 8,5%	41 87%

<b>Tableau 27 : Avis sur le stage chez le praticien selon l'activité professionnelle</b>		
	<b>Insatisfaits</b>	<b>Satisfaits</b>
<b>Médecins libéraux</b>	10 15%	58 85%
<b>Médecins salariés</b>	10 21%	39 80%
<b>Remplaçants</b>	6 10%	53 87%
<b>Autres activités</b>	1 20%	4 80%
<b>Total</b>	<b>27</b> <b>15%</b>	<b>154</b> <b>84%</b>

## 10. PARCOURS PROFESSIONNEL

### 10.1. Délai entre thèse et activité principale actuelle

Les médecins libéraux sont 32 à s'être installés en cabinet médical l'année de leur doctorat (48,5%). 2 réponses ne sont pas exploitables. En moyenne ils se sont installés un an après leur soutenance. Les médecins salariés sont 19 (44%) à avoir débuté leur activité actuelle l'année de leur soutenance. 6 réponses ne sont pas exploitables. En moyenne ils ont débuté leur activité actuelle un an après leur soutenance. Il n'y a pas de différence significative entre médecins libéraux et salariés,  $p=0,65$  (tableau n°28).

Les réponses des médecins remplaçants ne sont pas exploitables. Les déclarations sur la date de début de leur activité actuelle et les remplacements en 3<sup>ième</sup> cycle ne coïncident pas.

Tableau 28 : Délai entre thèse et début d'activité actuelle		
	libéraux installés	Salariés
Dans les 12 mois suivant la soutenance	32 48,5%	19 44%
1 an	16 24%	14 32,5%
2 ans	13 20%	3 7%
3 ans	4 6%	5 12%
4 ans et plus	1 1,5%	2 5%

### 10.2. Délai avant installation

Les médecins libéraux se sont installés dans un délai moyen de 12 ans 1/2 après leur première inscription en faculté (écart type=1,9) : 13 ans pour les hommes et 12 ans pour les femmes. Les médecins salariés (hommes et femmes) ont débuté leur activité dans un délai de 12 ans.

Ces résultats sont en accord avec la somme de la durée moyenne des études (9 ans 1/2), du délai moyen pour la soutenance de la thèse après les études (1 an 1/2) et du délai moyen avant l'installation (1 à 1 an 1/2).

### 10.3. Activité intermédiaire entre fin d'études et activité actuelle

Les médecins libéraux sont 55 (81%) à avoir effectué des remplacements avant leur installation contre 30 (61%) pour les médecins salariés. Les médecins exerçant une autre activité ont tous fait des remplacements auparavant.

Nous avons comptabilisé les remplacements effectués en 3<sup>ième</sup> cycle comme activité intermédiaire.

- ? 64 médecins (35%) n'ont pas eu d'autre activité que celle qu'ils exercent actuellement :
  - . 54 médecins remplaçants
  - . 9 salariés (18%)
  - . un médecin libéral installé
- ? 96 médecins (52.5%) ont eu une activité intermédiaire :
  - . 58 médecins libéraux (57 ont eu une activité de remplaçant, un a eu une activité salariée)
  - . 27 médecins salariés (24 en remplacement, 3 en activité salariée)
  - . 6 remplaçants (4 en activité salariée, un en remplacement d'angiologie, un homme en congé parental)
  - . les 5 médecins exerçant une autre activité n'ont fait que des remplacements
- ? 21 (11,5%) ont eu 2 activités intermédiaires :
  - . 9 médecins libéraux (7 ont eu une activité salariée et de remplaçant, un a eu une activité salariée et a été installé en cabinet libéral dans une autre localité, un a eu une activité de remplacement et d'assistant en cabinet libéral)
  - . 12 médecins salariés (9 ont eu une activité salariée différente et de remplacement, un a eu une autre activité salariée et a été assistant en cabinet libéral, deux ont fait des remplacements plus de la médecine humanitaire pour l'un et un congé parental pour le deuxième)
- ? Un médecin a pratiqué 3 autres activités intermédiaires. Il est actuellement médecin salarié, mais a été auparavant médecin remplaçant, salarié hospitalier

puis a été médecin généraliste installé. Il a cessé cette dernière activité en raison d'un rythme de travail difficile.

Au total, 96% (65) des médecins installés ont fait des remplacements contre 73,5% (36) des médecins salariés. 13% (9) des médecins installés ont eu une autre activité salariée contre 28,5% (14) médecins salariés.

#### 10.4. Motifs des changements d'activité

Les motivations des médecins libéraux à cesser les remplacements pour s'installer sont :

- le désir de s'installer et le goût pour l'activité pour 44 d'entre eux (65%)
- le désir de stabilité professionnelle et pour la vie familiale, le confort de vie pour 9 d'entre eux (13%)
- le besoin d'améliorer ses revenus pour 1 personne
- une opportunité professionnelle pour 1 personne
- le dépit de ne pas avoir un poste désiré pour 1 personne
- l'envie de changer de mode d'activité pour 1 personne

Un médecin libéral a changé de lieu d'activité en raison de manque d'activité.

Les motivations des médecins salariés pour exercer leur activité actuelle sont :

- le confort pour la vie familiale, la stabilité pour 15 médecins soit 31%
- le goût pour l'activité pour 10 médecins soit 20%
- suite à une opportunité professionnelle pour 7 médecins
- l'irrégularité des revenus et l'importance des charges et taxes des remplaçants pour 3 médecins
- le stress et la quantité de travail trop importante en libéral pour 4 médecins (burn out évoqué par un médecin)
- l'attente de poste désiré ou d'un diplôme nécessaire pour 4 personnes
- le rapport avec l'argent difficile dans l'activité libérale pour 2 médecins
- l'échéance d'un contrat et la mutation pour 2 personnes
- l'absence de reconnaissance de l'activité de remplaçant pour 1 personne
- la monotonie des remplacements pour 1 personne

Un ancien médecin libéral installé a arrêté son activité pour une activité salariée en raison d'un rythme et de quantité de travail trop importants.

Les médecins qui exercent une autre activité actuellement (en formation ou sans activité rémunératrice) l'ont fait pour des raisons de confort de vie familiale. Nous retrouvons aussi le stress pour une personne et la préparation d'un diplôme pour deux autres.

## 11. FORMATION SUPPLÉMENTAIRE

### 11.1. Résultat global

96 médecins (52,5%) n'ont pas d'autre formation : 40 (soit 59%) médecins libéraux, 8 (16%) médecins salariés, 45 (74%) médecins remplaçants et 3 des médecins exerçant une autre activité.

Selon l'activité la différence est significative :  $p < 0.0001$  (tableau n°29).

Tableau 29 : Médecins à diplôme supplémentaire selon leur activité					
	Libéraux	Salariés	Remplaçants	Autres	Total
n	28	41	16	2	87
%	41%	84%	26%	40%	47,5%

63 médecins (34%) ont un seul diplôme supplémentaire (21 (30%) des installés, 26 (53%) des salariés et 14 (23%) des remplaçants). 20 médecins ont deux diplômes complémentaires : 6 médecins libéraux, 12 salariés et 2 remplaçants. 1 médecin en possède 3, c'est un médecin libéral. 3 médecins salariés ont 4 diplômes complémentaires.

### 11.2. Résultat selon le genre

Les hommes sont 36 (44%) à avoir un tel diplôme. Les femmes sont 51 (50,5%). La différence selon le genre n'est pas significative avec  $p=0,37$ .

### 11.3. Type de formation

38 formations complémentaires différentes sont comptabilisées pour l'ensemble des médecins.

Tableau 30 : Liste des qualifications complémentaires						
	Libéraux	Salariés	Remplaçants	Autres	Total	
CAMU	4	9	1		14	27
Oxyologie	3	2	1		6	
Geste d'urgence en pédiatrie		4			4	
Echographie d'urgence		1			1	
Médecine des catastrophes		2			2	
Gériatrie	4	8	1		13	15
Maladies des personnes âgées		1			1	
Psycho gériatrie		1			1	
Homéopathie	7		1	1	9	15
Mésothérapie	5				5	
Ostéopathie			1		1	
Traitement de la douleur		2	2		4	10
Soins palliatifs	1	3	2		6	
Nutrition	1	4	5		10	10
Médecine du sport	1	3	1		5	9
Médecine subaquatique	1	2	1		4	
Psychiatrie		2			2	5
Psychologie		1			1	
Psychothérapie		1			1	
Neuropsychologie		1			1	
Gynécologie obstétrique	4				4	
Angiologie		1	1	1	3	4
Lymphologie et traitements des ulcères	1				1	
Cancérologie pratique en MG	1	2			3	3
Tabacologie	1				1	2
Addictologie			1		1	
Médecine et santé de l'adolescent		1			1	2
Médecine préventive chez l'enfant		1			1	
Sexologie	1	1			2	2
Infectiologie		1			1	1
Epidémiologie		1			1	1
Domage corporel		1			1	1
Traumatologie		1			1	1
Statistiques		1			1	1
Médecine du don		1			1	1
Méthodologie physico chimique d'analyse	1				1	1
Droit médical		1			1	1
Santé au travail et ergonomie		1			1	1

## 12. LES ACTIVITÉS COMPLÉMENTAIRES

Au total 160 soit 87% ont déclaré avoir une activité complémentaire.

131 (72%) sont abonnées à des revues médicales (51 libéraux installés, 30 salariés, 48 remplaçants, 2 exerçant une autre activité).

108 (59%) sont inscrits à des formations médicales continues (52 libéraux installés, 22 salariés, 34 remplaçants).

9 (5%) participent à des groupes de pairs (3 libéraux installés, 3 salariés, 3 remplaçants).

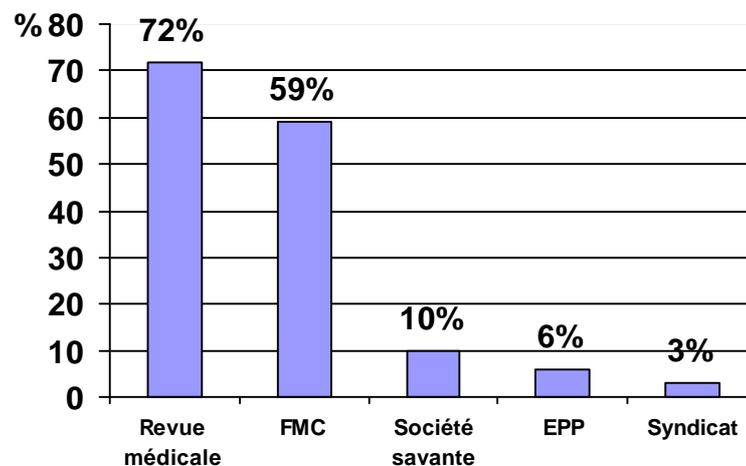
18 (10%) participent à des sociétés savantes (4 libéraux installés, 11 salariés, 3 remplaçants).

12 (7%) ont des démarches d'évaluation de l'activité professionnelle (5 libéraux installés, 6 salariés, 1 remplaçant).

5 (3%) ont une activité syndicale (un libéral installé, 3 salariés, 1 remplaçant).

20 médecins soit 11% n'en ont pas (3 libéraux installés, 8 salariés, 6 remplaçants, 3 exerçant une autre activité). 3 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Figure 28 : Activités complémentaires aux soins



## 13. ÊTES-VOUS PRÊT A VOUS INSTALLER EN MILIEU RURAL ?

### 13.1. Les différences hommes/femmes

12 hommes et 10 femmes n'ont pas répondu à cette question. La différence selon le genre n'est pas significative avec  $p=0,14$ .

	Hommes	Femmes	Total
<b>Refusent</b>	35 43%	35 35%	<b>70</b> <b>38%</b>
<b>Acceptent</b>	35 43%	56 55%	<b>91</b> <b>50%</b>

Voici les conditions citées par les médecins qui accepteraient cette installation, avec les différences selon le genre :

<b>Tableau 32 : Acceptent de s'installer en milieu rural</b>		
<b>Conditions du OUI</b>	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>
<b>Sans conditions</b>	1 3%	3 5%
<b>En cabinet de groupe avec secrétariat</b>	27 77%	45 80%
<b>Avec une aide financière ou allégement des charges</b>	15 43%	11 20%
<b>A temps partiel</b>	8 23%	29 52%
<b>Sans habiter sur place</b>	11 31%	13 23%
<b>Avec un système de garde bien organisé</b>	26 74%	41 73%
<b>Autre conditions</b>	4 11%	6 11%

### 13.2. Les réponses selon l'activité

Les médecins libéraux sont 21 (31%) à ne pas avoir répondu à cette question. Parmi eux 9 sont déjà installés en milieu rural, 10 en milieu semi rural et 2 en milieu urbain. Un médecin salarié n'a pas répondu à cette question.

<b>Tableau 33 : Refusent de s'installer en milieu rural</b>					
	<b>Libéraux</b>	<b>Salariés</b>	<b>Remplaçants</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
<b>n</b>	18	38	12	2	<b>70</b>
<b>%</b>	26,5%	78%	20%	40%	<b>38%</b>

Sur les 18 médecins installés qui refusent ce type d'installation 5 le sont déjà en milieu semi rural et 6 en milieu urbain.

<b>Tableau 34 : Acceptent de s'installer en milieu rural avec ou sans conditions</b>					
	<b>Libéraux</b>	<b>Salariés</b>	<b>Remplaçants</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
<b>n</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>49</b>	<b>3</b>	<b>91</b>
<b>%</b>	<b>43%</b>	<b>20%</b>	<b>80%</b>	<b>60%</b>	<b>50%</b>

### 13.3. Les conditions de l'acceptation

Voici les conditions des médecins qui accepteraient ce type d'installation avec la différence selon l'activité professionnelle :

Tableau 35 : Acceptent de s'installer en milieu rural					
Conditions du OUI	Libéraux	Salariés	Remplaçants	Autres	Total
<b>Sans conditions</b>	2 7%	0	2 4%	0	<b>4</b> <b>4%</b>
<b>En cabinet de groupe avec secrétariat</b>	23 79%	8 80%	40 82%	1	<b>72</b> <b>79%</b>
<b>Avec une aide financière ou allègement des charges</b>	9 31%	3 30%	13 26,5%	1	<b>26</b> <b>29%</b>
<b>A temps partiel</b>	12 41 %	6 60%	17 35%	2	<b>37</b> <b>41%</b>
<b>Sans habiter sur place</b>	8 28%	1 10%	15 31%	0	<b>24</b> <b>26%</b>
<b>Avec un système de garde bien organisé</b>	21 72%	7 70%	37 75,5%	2	<b>67</b> <b>74%</b>
<b>Autres conditions</b>	0	3 30%	6 12%	1	<b>10</b> <b>11%</b>

Sur les 10 médecins salariés qui l'accepteraient, 8 sont des femmes, la moitié d'entre elles ont des enfants et vivent avec un professionnel de la santé. 5 de ces femmes envisageraient un temps partiel.

Parmi les 49 médecins remplaçants qui l'accepteraient, 28 sont des femmes dont 20 ont des enfants et 7 vivent avec un professionnel de la santé. 17 médecins, dont 15 femmes, envisageraient une installation à temps partiel.

Parmi les 29 médecins libéraux, nous comptons 17 femmes dont 16 ont des enfants et 5 vivent avec un professionnel de la santé. 7 femmes envisageraient un exercice à temps partiel.

Les autres conditions évoquées pour accepter une telle installation sont :

- ? Proximité d'une ville, d'un hôpital, de structures socioculturelles, localité d'accès facile
- ? Peu de trajet à effectuer
- ? Horaires adaptables facilement
- ? Sécurité de trouver un remplaçant en cas d'absence
- ? Possibilité de ne pas faire de garde ou quantité de gardes peu importante
- ? Meilleure protection sociale
- ? Secrétariat téléphonique

## 14. DIFFICULTÉS EN DÉBUT D'ACTIVITÉ

Le médecins rencontrent un certain nombre de difficultés en début d'activité : tableau n°36.

<b>Tableau 36 : Difficultés rencontrées en début d'activité</b>	
	<b>Total</b>
<b>Pas de difficultés</b>	60 33%
<b>Financières</b>	24 13%
<b>Administratives</b>	53 29%
<b>Charge de travail trop importante</b>	20 11%
<b>Charge de travail insuffisante</b>	6 3%
<b>Clientèle insuffisante</b>	9 5%
<b>Concilier vie privée et professionnelle</b>	54 29%
<b>Faire le choix d'activité</b>	23 13%
<b>Trouver ou obtenir l'emploi recherché</b>	8 4%
<b>Trouver un emploi dans la zone géographique souhaitée</b>	14 8%
<b>Autres</b>	7 4%

Les autres difficultés évoquées sont :

- la précarité de la situation de vacataire
- des difficultés d'ordre éthique
- le stress
- le manque d'informations sur les réseaux de soins
- les problèmes de relations professionnelles
- le manque d'informations en matière de fiscalité

## 15. INTERRUPTION D'ACTIVITÉ

101 médecins (55%), ont interrompu leur activité. 32 (39%) hommes et 69 femmes (68%) ont du interrompre leur activité ( $p < 0,0001$ ). Les principaux motifs sont présentés dans le tableau n°37. Certains motifs moins fréquents sont aussi évoqués :

- la garde des enfants (congé parental)
- des formations complémentaires
- le retrait du permis de conduire
- la préparation d'examens
- recherche d'emploi
- non thésé : impossibilité de poursuivre une activité professionnelle

<b>Tableau 37 : Interruption de l'activité professionnelle</b>			
	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>total</b>
<b>Pas d'interruption</b>	50 61%	32 32%	<b>82</b> <b>45%</b>
<b>Congé de maternité ou paternité</b>	7 8,5%	55 54,5%	<b>62</b> <b>34%</b>
<b>Problèmes de santé</b>	7 8,5%	8 8%	<b>15</b> <b>8%</b>
<b>Raisons familiales</b>	4 5%	4 4%	<b>8</b> <b>4%</b>
<b>Préparation de thèse</b>	20 24%	27 27%	<b>47</b> <b>26%</b>
<b>Congé sabbatique</b>	1 1%	2 2%	<b>3</b> <b>2%</b>
<b>Autres</b>	3 4%	3 3%	<b>6</b> <b>3%</b>
<b>Pas de réponse</b>	0	1 1%	<b>1</b> <b>0,5%</b>

## 16. ORIENTATION DU CHOIX DU TYPE D'ACTIVITÉ

Plusieurs facteurs influencent le choix du type d'activité des médecins :

<b>Tableau 38 : Orientation du choix d'activité selon le genre</b>			
	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total des médecins</b>
<b>Opportunité professionnelle</b>	52 63%	55 54,5%	<b>107</b> <b>58,5%</b>
<b>Facteurs financiers</b>	19 23%	15 15%	<b>34</b> <b>19%</b>
<b>Enfants</b>	13 16%	47 46,5%	<b>60</b> <b>33%</b>
<b>Conjoint</b>	14 17%	26 26%	<b>40</b> <b>22%</b>
<b>Santé</b>	1 1%	3 3%	<b>4</b> <b>2%</b>
<b>Confort de vie</b>	46 56%	56 55%	<b>102</b> <b>56%</b>
<b>Environnement socioculturel</b>	18 22%	19 19%	<b>37</b> <b>20%</b>
<b>Autres</b>	21 26%	13 13%	<b>34</b> <b>19%</b>
<b>Pas de réponse</b>	0	1	<b>1</b>

Les médecins ayant des enfants sont 59 (45%) à avoir orienté leur type d'activité en fonction de leurs enfant : 13 hommes (24% des pères) et 46 femmes (60% des mères) ( $p=0,0001$ )

Les médecins vivant en couple sont 39 (24%) à avoir orienté leur type d'activité en fonction de leur conjoint : 14 hommes (19%) et 25 femmes (29%) ( $p=0,17$ ).

Les autres facteurs influençant l'orientation de l'activité sont :

- le goût pour leur activité pour 27 médecins soit 15%
- « n'a pas trouvé mieux » pour une personne.
- l'indécision pour 2 personnes
- l'attente d'un diplôme ou d'une activité plus intéressante pour 3 médecins

En fonction de la catégorie professionnelle, les choix se sont faits de la façon suivante :

<b>Tableau 39 : Facteurs influençant le choix d'activité / la catégorie professionnelle</b>					
	<b>Libéraux</b>	<b>Salariés</b>	<b>Remplaçants</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
<b>Opportunité professionnelle</b>	58 85%	28 57%	20 33%	1 20%	<b>107</b> <b>58,5%</b>
<b>Facteurs financiers</b>	8 12%	6 12%	19 31%	1 20%	<b>34</b> <b>19%</b>
<b>Enfants</b>	21 31%	12 24,5%	23 38%	4 80%	<b>60</b> <b>33%</b>
<b>Conjoint</b>	9 13%	7 14%	22 36%	2 40%	<b>40</b> <b>22%</b>
<b>Santé</b>	1 1,5%	1 2%	1 2%	1 20%	<b>4</b> <b>2%</b>
<b>Confort de vie</b>	33 48,5%	22 45%	44 72%	3 60%	<b>102</b> <b>56%</b>
<b>Environnement socio culturel</b>	18 26,5%	7 14%	11 18%	1 20%	<b>37</b> <b>20%</b>
<b>Autres</b>	6 9%	21 43%	7 11,5%	0 -	<b>34</b> <b>19%</b>

## 17. ORIENTATION POUR LE CHOIX DU LIEU D'ACTIVITÉ

Plusieurs facteurs influencent le choix du lieu d'activité des médecins :

<b>Tableau 40 : Facteurs influençant le lieu d'activité selon le genre</b>			
	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total des médecins</b>
<b>Opportunité professionnelle</b>	62 76%	61 60%	<b>123</b> <b>67%</b>
<b>Facteurs financiers</b>	10 12%	6 6%	<b>16</b> <b>9%</b>
<b>Enfants</b>	15 18%	25 25%	<b>40</b> <b>30%</b>
<b>Conjoint</b>	29 35%	41 40,6%	<b>70</b> <b>38%</b>
<b>Santé</b>	0	1 1%	<b>1</b> <b>0,5%</b>
<b>Confort de vie</b>	42 51%	54 53,5%	<b>96</b> <b>52,5%</b>
<b>Environnement socio culturel</b>	27 33%	30 30%	<b>57</b> <b>32%</b>
<b>Autres</b>	6 7%	3 3%	<b>9</b> <b>5%</b>
<b>Pas de réponse</b>	1	1	<b>2</b>

39 (30%) médecins ayant des enfants ont fait le choix du lieu d'exercice en fonction de ceux-ci. 14 sont des hommes (26% des pères) et 25 des femmes (32,5% des mères) ( $p=0,54$ ).

68 (42%) des médecins vivant en couple ont fait le choix du lieu d'exercice en fonction de leur conjoint. 28 sont des hommes (37%) et 40 des femmes (46,5%) ( $p=0,3$ ). 14 des femmes résident hors région. Cela correspond à 56% des femmes en couple et résidant hors région.

Les autres critères cités sont :

- l'attrait pour le lieu pour 7 médecins
- la proximité d'un établissement hospitalier
- l'attente d'une succession

En fonction de la catégorie professionnelle, les choix du lieu d'activité se sont faits de la façon suivante :

<b>Tableau 41 : Facteurs influençant le lieu d'activité en fonction de la catégorie professionnelle</b>					
	<b>Libéraux</b>	<b>Salariés</b>	<b>Remplaçants</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
<b>Opportunité professionnelle</b>	59 87%	37 75,5%	26 43%	1 20%	<b>123</b> <b>67%</b>
<b>Facteurs financiers</b>	6 9%	2 4%	8 13%	0	<b>16</b> <b>9%</b>
<b>Enfants</b>	10 15%	8 16%	20 33%	2 40%	<b>40</b> <b>22%</b>
<b>Conjoint</b>	20 29%	14 29%	32 54,5%	4 80%	<b>70</b> <b>38%</b>
<b>Santé</b>	0	0	1 2%	0	<b>1</b> <b>0,5%</b>
<b>Confort de vie</b>	44 65%	15 31%	35 57%	2 40%	<b>96</b> <b>52,5%</b>
<b>Environnement socio culturel</b>	30 44%	9 18%	18 29,5%	0	<b>57</b> <b>32%</b>
<b>Autres</b>	3 4%	4 8%	2 3%	0	<b>9</b> <b>5%</b>
<b>Pas de réponse</b>	0	0	2	0	<b>2</b>

Les femmes médecins libéraux installées en zone rurale sont 11 (31%) à voir choisi ce lieu d'exercice suite à une opportunité professionnelle, 6 (17%) pour son confort de vie, 4 (11%) pour le conjoint, 4 (11%) autres pour l'environnement socio culturel, 2 (6%) ont cité le goût pour cette activité, une les facteurs financiers et une autre les enfants.

## 18. EXERCENT-ILS L'ACTIVITÉ ENVISAGÉE EN DÉBUT D'ÉTUDES ?

Un médecin n'a pas répondu à cette question, voici les réponses des autres (p= 0,86) :

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>
<b>Oui</b>	44 54%	55 54,5%	<b>99</b> <b>54%</b>
<b>Non</b>	38 46%	45 44,5%	<b>83</b> <b>45%</b>

	<b>Libéraux</b>	<b>Salariés</b>	<b>Remplaçants</b>	<b>Autres</b>
<b>Oui</b>	52 76,5%	13 26,5%	33 54%	1 20%
<b>Non</b>	16 23,5%	36 73,5%	27 44%	4 80%

## 19. PRÉVISIONS A COURT TERME

Voici les souhaits des médecins concernant leur activité professionnelle dans les 10 années à venir :

	<b>Hommes</b>	<b>Femmes</b>	<b>Total</b>
<b>Exercice identique</b>	49 60%	41 41%	<b>90</b> <b>49%</b>
<b>Changement de lieu géographique</b>	12 15%	9 9%	<b>21</b> <b>11%</b>
<b>Changement de mode d'exercice</b>	33 40%	57 56%	<b>90</b> <b>49%</b>
<b>Exercice en dehors du domaine médical</b>	7 8,5%	9 9%	<b>16</b> <b>9%</b>
<b>Arrêt de toute activité</b>	1 1%	1 1%	<b>2</b> <b>1%</b>

Selon l'activité exercée actuellement, les souhaits sont différents :

<b>Tableau 45 : Préviation à court terme de l'exercice professionnel selon l'activité actuelle</b>				
	<b>Libéraux</b>	<b>Salariés</b>	<b>Remplaçants</b>	<b>Autres</b>
<b>Exercice identique</b>	48 71%	25 51%	17 28%	0 -
<b>Changement de lieu géographique</b>	1 1,5%	12 24,5%	7 11,5%	1 20%
<b>Changement de mode d'exercice</b>	21 31%	18 37%	47 77%	4 80%
<b>Exercice en dehors du domaine médical</b>	6 9%	6 12%	3 5%	1 20%
<b>Arrêt de toute activité</b>	1 1,5%	0 -	0 -	1 20%

Parmi les 47 médecins remplaçants qui souhaitent changer de mode d'activité, 23 (49%) citent une installation.

## 20. MÉDECINS LIBÉRAUX INSTALLÉS

Les jeunes médecins, de notre échantillon, installés en libéral sont au nombre de 68 (37% du total). Le sexe ratio H/F est de 0,9.

### 20.1. Description de l'échantillon

Les médecins libéraux installés se répartissent de la façon suivante dans les différentes promotions (tableau n°46).

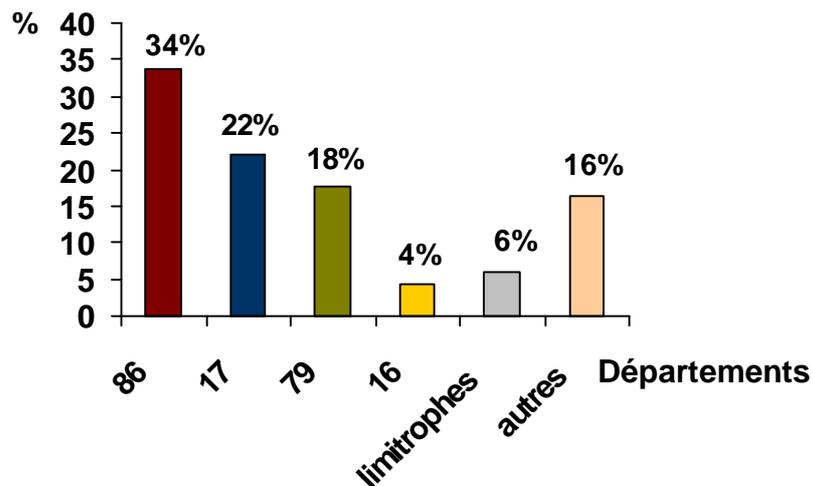
<b>Tableau 46 : Répartition des médecins libéraux installés selon la promotion et le genre</b>						
	<b>P1999</b>	<b>P2000</b>	<b>P2001</b>	<b>P2002</b>	<b>P2003</b>	<b>Total</b>
<b>Hommes</b>	11	7	5	6	3	<b>32</b> <b>47%</b>
<b>Femmes</b>	12	12	9	2	1	<b>36</b> <b>53%</b>
<b>Total</b>	23 34%	19 28%	14 21%	8 12%	4 6%	<b>68</b> <b>100%</b>

### 20.2. Répartition géographique

Les médecins libéraux sont 8 fois sur 10 installés dans la région (figure n°29) et majoritairement dans la Vienne et la Charente-Maritime (56%).

Parmi les 15 médecins installés en dehors de la région Poitou-Charentes, nous avons compté 10 femmes (28% des femmes) et 5 hommes (16% des hommes). Parmi ces 10 femmes, 6 vivent avec un conjoint qui n'exerce pas d'activité dans un domaine médical.

Figure 29 : Répartition géographique des médecins libéraux installés



### 20.3. Activité en plus

7 médecins libéraux (10%) exercent une activité complémentaire. 5 (3% de notre échantillon total) sont des médecins libéraux qui ont une activité mixte libérale et salariée, un poursuit quelques remplacements suite à son installation récente. un exerce une activité libérale hospitalière.

### 20.4. Mode d'exercice et zone d'exercice

#### ? Mode d'exercice

9 fois sur 10 le médecin libéral exerce dans un cabinet de groupe. Deux femmes et un homme installés en zone rurale ne sont pas en cabinet de groupe ( $p=0,7$ ) (tableau n°47).

	Hommes	Femmes	Total
<b>Cabinet de groupe</b>	28 88%	33 92%	<b>61</b> <b>90%</b>
<b>Installé seul</b>	4 12%	3 8%	<b>7</b> <b>10%</b>

#### ? Zone d'exercice

Moins d'un tiers des médecins libéraux exercent en zone urbaine. Un quart exerce à la campagne (tableau n°48).

Les femmes se répartissent en trois tiers, entre zone rurale, semi rurale et urbaine. Celles qui exercent en zone rurale vivent toutes en couple. 9 (75%) ont un conjoint exerçant dans un domaine non médical et une a un conjoint inactif. 11 (92%) ont au moins un enfant. Elles représentent 71% (12/17) des médecins exerçant en zone rurale.

Les hommes sont majoritairement en zone semi rurale (53%). Ils représentent 57% de l'effectif semi rural. Ceux qui exercent en zone rurale vivent en couple. Deux ont un conjoint inactif, 2 ont un conjoint actif dans un domaine médical et un seulement un a un conjoint actif dans un domaine non médical.

Mais la faiblesse de l'échantillon fait qu'il n'y a pas de différence selon le genre dans la répartition géographique  $p=0,20$ .

Tableau 48 : Zone d'exercice des médecins libéraux			
	Hommes	Femmes	Total
Rurale	5 16%	12 33%	17 25%
Semi rurale	17 53%	13 36%	30 44%
Urbaine	10 31%	11 31%	21 31%

### 20.5. L'installation

Ils se sont installés en moyenne dans leur 31<sup>ième</sup> année, 2 ans après la fin de leur 3<sup>ième</sup> cycle et 13 ans après leur première inscription en faculté de médecine.

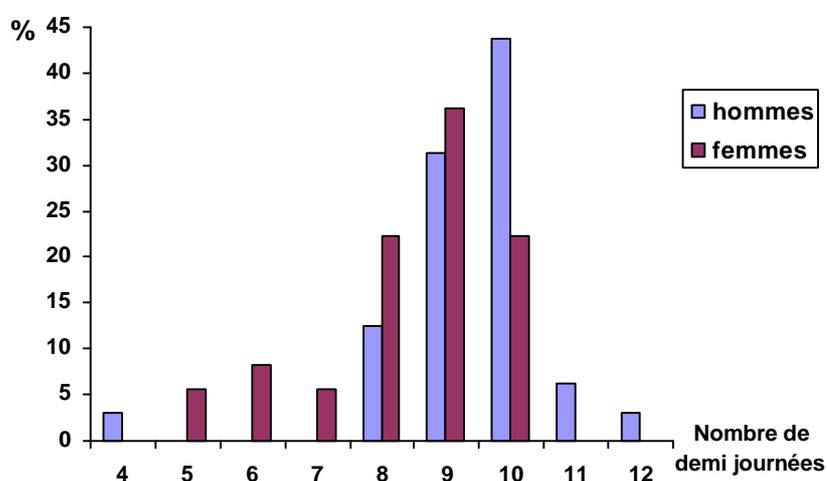
Les 5 médecins qui ont créé leur cabinet (tableau n°49) sont 3 hommes et 2 femmes. Ils sont 4 à exercer seuls. Deux sont en zone rurale, 2 en zone semi rurale et 1 en ville. Deux sont dans la Vienne, 2 en Vendée et 1 dans les DOM TOM.

Tableau 49 : Mode d'installation	
	n et %
A la suite d'un médecin remplacé habituellement	16 23,5%
A la suite d'un médecin autre	15 22%
Dans un cabinet médical où il remplaçait habituellement	29 43%
Dans un cabinet médical autre	3 4%
Création	5 7%

### 20.6. Nombre de demi journées travaillées par semaine

La durée moyenne de travail est de 9 demi journées par semaine, 9,4 pour les hommes et 8,4 pour les femmes (soit une différence de 10%). Le temps minimum déclaré est de 4 demi journées (SOS médecin) et le maximum de 12 demi journées. La durée de travail la plus fréquente étant de 9 à 10 demi journées. Les femmes sont 15 (42%) à travailler 8 demi journées et moins par semaine, contre 5 hommes (16%).

Figure 30 : Nombre de demi journées travaillées



### 20.7. Nombre de consultations par semaine

La moyenne des consultations est de 100 par semaine, 115 pour les hommes et 87 pour les femmes (soit une différence de 25%). 3 médecins n'ont pas répondu à cette question.

Selon le département nous avons calculé une moyenne de 100 consultations pour les médecins de la Vienne, 95 pour ceux de Charente-Maritime, 108,5 pour ceux des Deux-Sèvres et 97 pour ceux de Charente (qui sont seulement 3).

La quantité minimum déclarée est de 11 consultations par semaine et la plus importante de 300 par semaine en 8 demi-journées, puis 210 en 10 demi-journées (!).

### 20.8. Nombre de visites par semaine

La quantité moyenne de visites est de 13 par semaine, 16,5 pour les hommes et 10 pour les femmes (soit une différence de 42%). 3 médecins n'ont pas répondu à cette question. Le minimum déclaré est de 1 visite par semaine et le maximum de 50.

### 20.9. Nombre de gardes par mois

La quantité moyenne de gardes effectuées est de 2,7 par mois, 3,2 pour les hommes et 2,2 pour les femmes. Le maximum est de 12 gardes par mois pour un médecin exerçant à SOS médecin. 2 médecins n'ont pas répondu.

### 20.10. Quantité de congés

Dans l'année passée, les médecins ont pris en moyenne 5 semaines de congés, sans différence entre les hommes et les femmes. Le maximum étant de 18 semaines pour un médecin travaillant à SOS médecin.

### 20.11. Trouver des remplaçants

Ils sont 40 (59%) à déclarer avoir des difficultés pour trouver des remplaçants durant leur absence. Nous en comptons 11 en milieu rural (65% des médecins exerçant en milieu rural), 22 en milieu semi rural (73% des médecins exerçant en milieu semi rural) et 7 en milieu urbain (33% des médecins exerçant en milieu urbain).

## 21. MÉDECINS SALARIÉS

Les jeunes médecins salariés sont au nombre de 49 (27% de l'échantillon). Le sexe ratio H/F est de 0,9.

### 21.1. Description de l'échantillon

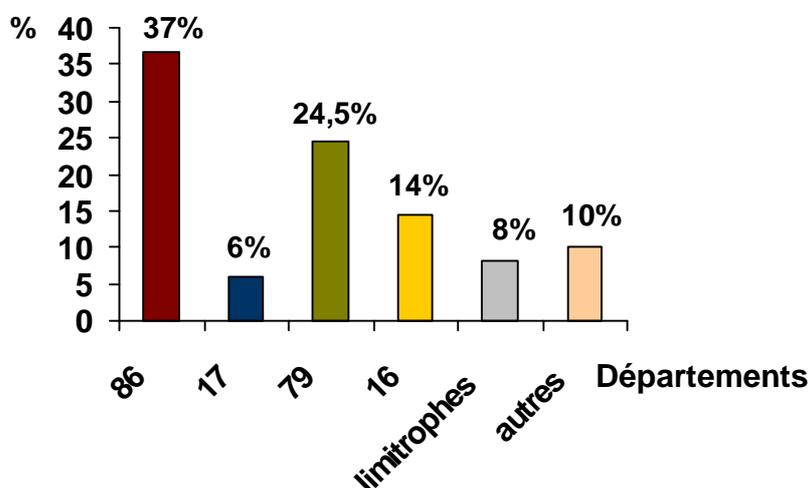
Ils se répartissent de la façon suivante dans les différentes promotions :

	P1999	P2000	P2001	P2002	P2003	Total
<b>Hommes</b>	2	4	5	5	7	<b>23</b> <b>47%</b>
<b>Femmes</b>	5	5	5	5	6	<b>26</b> <b>53%</b>
<b>Total</b>	7 14%	9 18%	10 20%	10 20%	13 26,5%	<b>49</b> <b>100%</b>

## 21.2. Répartition géographique

Plus d'un tiers des médecins salariés sont dans le département de la Vienne. 5 femmes et 4 hommes résident hors région :

Figure 31 : Répartition géographique des médecins salariés



## 21.3. Mode d'exercice

Ils sont une majorité à avoir une activité dans des structures hospitalières : 40, soit 82% d'entre eux et 22% de l'ensemble des médecins.

Les médecins salariés sont 37 (75,5%) à exercer à temps plein et 12 (soit 24,5%) à temps partiel (6 hommes et 6 femmes).

Huit médecins salariés (16%) ont une activité complémentaire : 5 poursuivent des remplacements, un a une activité dans le domaine humanitaire, un dans le domaine de l'enseignement universitaire, un autre une activité extra médicale.

## 22. MÉDECINS REMPLAÇANTS

Les médecins remplaçants sont 61 (33% de notre échantillon). Le sexe ratio H/F est de 0,8.

### 22.1. Description de l'échantillon

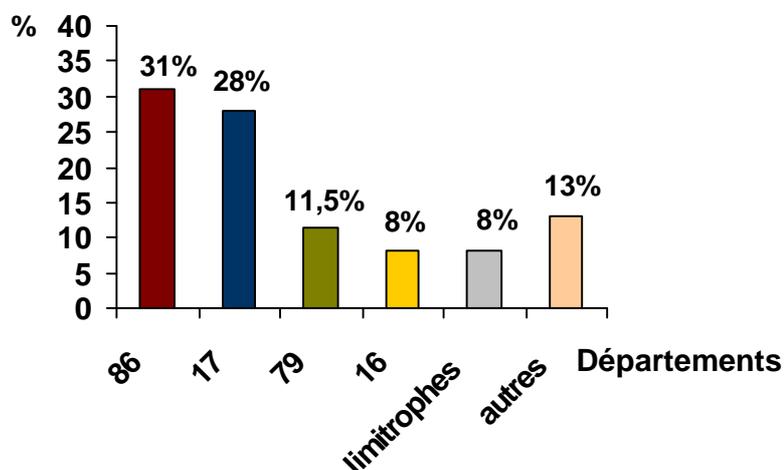
Ils sont plus nombreux dans les promotions les plus récentes :

	P1999	P2000	P2001	P2002	P2003	Total
<b>Hommes</b>	-	4	3	5	15	<b>27</b> 44%
<b>Femmes</b>	2	5	7	6	14	<b>34</b> 56%
<b>Total</b>	2 3%	9 15%	10 16%	11 18%	29 47,5%	<b>61</b> 100%

## 22.2. Répartition géographique

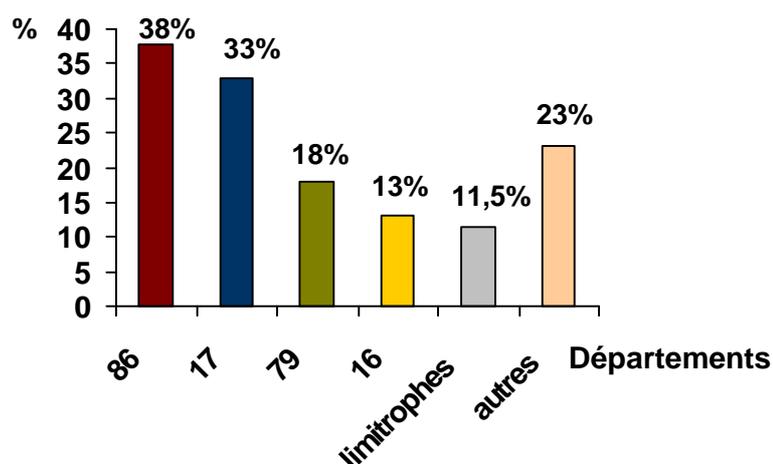
Ils résident en majorité dans la région Poitou-Charentes (48 d'entre eux soit 79%).  
11 femmes et 2 hommes résident hors région.

Figure 32 : Répartition géographique des médecins remplaçants



Ils exercent également en majorité dans notre région et 22 d'entre eux (36%) exercent dans 2 départements au moins.

Figure 33 : Lieu d'exercice des médecins remplaçants



Leur lieu de remplacement est en moyenne à 54,5 km du lieu de résidence, 48 km pour les hommes (maxi 150 km) et 59,7 km pour les femmes (maxi 450 km puis 200 km).  
L'écart varie de 10 km à 450 km.

## 22.3. Mode d'exercice

13 (21%) ont une activité urbaine exclusive (8 hommes et 5 femmes), 6 (10%) une activité rurale exclusive (4 hommes, 2 femmes), 13 (21%) une activité uniquement semi rurale (4 hommes, 9 femmes). 29 (47,5%) ont une activité mixte.

La formulation de la question sur la zone d'exercice, n'a pas permis de comptabiliser précisément le nombre de médecins remplaçant en zone rurale. Néanmoins, nous en avons comptabilisé 19 (31%) parmi lesquels 7 hommes et 12 femmes.

La majorité d'entre eux (54 soit 88,5%) n'ont pas de difficultés pour trouver des remplacements.

8 (13%) des médecins remplaçants exercent une autre activité : 7 ont une activité complémentaire salariée, un de ces 7 médecins a également une activité libérale en clinique et un a fait une association dans un cabinet libéral.

### **23. AUTRES ACTIVITÉS**

Les médecins exerçant une autre activité sont toutes des femmes avec enfant(s). Tous les conjoints exercent une activité en dehors du domaine médical. Trois médecins ont cessé leur activité pour s'occuper de leurs enfants et 2 également pour la préparation de leur thèse. Une est en formation non rémunérée. Une a cessé son activité pour des problèmes de santé. Elles prévoient toutes de reprendre une activité professionnelle sauf une qui envisage la possibilité de ne pas exercer de nouveau.

### **24. RETOUR D'INFORMATION**

172 médecins (94,5%) ont souhaité recevoir les résultats de notre enquête.

# DISCUSSION

## 1. RETOUR DES QUESTIONNAIRES ET TAUX DE RÉPONSE

Le taux de réponse final de 74% était très satisfaisant. Il a été obtenu sans relance. Tous les questionnaires ont pu être exploités.

Les meilleurs taux de réponses étaient obtenus dans les 2 dernières promotions avec 89% de réponses pour P2002 et 82,5% pour P2003 (P2003 constitue le quart de l'échantillon). Une grande partie des médecins de ces promotions nous connaissaient et étaient au courant de cette enquête, c'est une explication pour ces bons résultats. Une autre explication est l'intérêt que portent ces médecins débutant à leur situation et à leur avenir.

Des thèses récentes, traitant du même sujet avaient également des taux de réponse importants. KNELL WOLF V. en 2004 à Rouen [1] après relance téléphonique, obtenait 90,7% de réponses. VARTANIAN C. en 2003 à Paris 7 [2], également après relance téléphonique, avait 83,1% de réponses. HAENNI-FAIVRE PIERRET S. en 2002 à Strasbourg [3], sans relance des médecins, obtenait 67% de réponses.

## 2. LE TAUX DE FÉMINISATION

Le taux de réponse des hommes était supérieur à celui des femmes. Malgré cela, les hommes restaient minoritaires dans notre échantillon avec un pourcentage de 45%. Ce taux était semblable à celui des médecins interrogés.

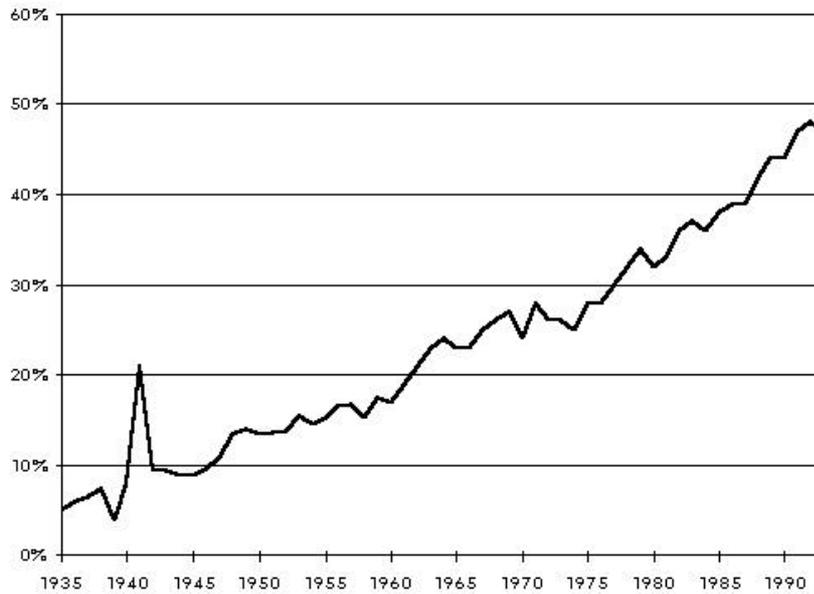
Le recensement de la population en 1999 pour la tranche d'âge 30-34 ans, retrouve 49,8% d'hommes et 50,2% de femmes [4].

Notre taux de féminisation (55% de femmes âgées en moyenne de 32,6 ans) est inférieur de 5% au taux national cité par le CNOM au 1<sup>er</sup> janvier 2005 [5], qui est de 60,2% chez les médecins généralistes en activité et âgés de moins de 34 ans.

Notre taux est également inférieur à celui de la thèse de VARTANIAN C. [2] (70% de femmes pour des médecins sortis de leur faculté entre 1997 et 2000). Il est supérieur à ceux constatés par KNELL WOLF V. [1] (47,4% de femmes dans son échantillon issu de la faculté en 1995 et 1998) et HAENNI-FAIVRE PIERRET S. [3] (45,3% de femmes pour des médecins ayant terminé leur troisième cycle avant 1991).

Même si notre taux moyen de féminisation est moins important que le taux national, il est en accord avec le constat actuel de féminisation des études supérieures et en particulier des études médicales. Ce taux de féminisation ne cesse d'augmenter depuis le début du 20<sup>ième</sup> siècle (figure n° 34).

Figure 34 : Evolution du taux de féminisation des diplômés en médecine depuis 1935 (source document de recherche n° 50 SFMG [6])



Les deux dernières promotions avaient un taux de féminisation moins important que les deux premières. Le même constat était fait lors du recensement des médecins. Mais cette différence n'était pas statistiquement significative.

### 3. L'ÂGE DES MÉDECINS

La moyenne d'âge des médecins de notre enquête était de 32,7 ans (maxi 46 et mini 28), 32,8 ans pour les hommes et 32,6 ans pour les femmes. Nous n'avons pas retrouvé l'âge moyen des médecins au moment de l'enquête dans les différentes thèses que nous avons utilisé en référence. L'étude sur la féminisation de la profession faite en Rhône-Alpes en 2003 [7] concernait des hommes âgés en moyenne de 49,2 ans et des femmes de 44,9 ans. Nous n'avons pas retrouvé cette différence d'âge entre hommes et femmes dans notre étude.

Les médecins salariés, dont le taux était le plus constant selon les promotions, avaient un âge moyen (32,9 ans) proche de celui de la moyenne générale.

### 4. RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE

La répartition géographique de notre échantillon était superposable à celle constatée au cours du recensement des médecins interrogés. Notre échantillon semble donc représentatif de la localisation des médecins.

#### 4.1. Ils restent dans la région de leur faculté

La majorité des médecins formés par la faculté de médecine de Poitiers était restée dans la région Poitou-Charentes (79%) et en particulier dans le département de la Vienne (34%). Dans la thèse de KNELL WOLF V. [1], 75% des médecins étaient également restés dans la région de leur faculté (Haute-Normandie) et 83,3% en région

Iles de France pour VARTANIAN C. [2]. C'est également ce que décrit le CNOM, avec une moyenne nationale de 75% de nouveaux diplômés qui exercent dans leur région d'étude [8].

#### **4.2. Ils ne vont pas dans le département de la Charente**

Le département le moins bien desservi par nos jeunes médecins était celui de la Charente où était seulement 8% de notre échantillon.

La densité départementale de médecins généralistes en activité relevée par le CNOM au 1<sup>er</sup> Janvier 2005 [9], retrouve les Deux-Sèvres comme département le plus pauvre de notre région, la Charente-Maritime le mieux servi.

Ce n'était donc pas le cas dans nos résultats. Nous pouvons supposer que la densité des médecins de Charente est relevée par des médecins provenant d'autres facultés. Une autre hypothèse serait que les médecins installés dans ce département, en moyenne plus âgés que ceux de notre échantillon, l'avaient préféré lors de leur installation plus que nos jeunes médecins.

#### **4.3. Les femmes sont plus mobiles**

La répartition géographique différait également en fonction du genre : les femmes étaient plus nombreuses à être parties de notre région que les hommes : 28% contre 13%. C'est ce que l'on remarquait déjà lors de la recherche des médecins.

D'autre part, 84% des femmes qui vivaient en couple et hors région, avaient un conjoint actif dans un domaine non médical. La mobilité des femmes pourrait s'expliquer par l'activité du conjoint. 46,5% de l'ensemble des femmes répondaient choisir leur lieu d'activité en fonction de leur conjoint et, plus précisément, c'est ce que déclaraient 56% des femmes vivant en couple et hors région.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de résultats sur ce sujet.

#### **4.4. A chaque activité professionnelle son département**

La répartition géographique était également variable en fonction de l'activité professionnelle. Nos médecins libéraux s'étaient installés plus fréquemment dans le département de la Vienne puis en Charente-Maritime. D'après l'étude de la démographie médicale de l'année 2005 faite par le CNOM [9], la densité la plus importante de médecins généralistes installés était en Charente-Maritime puis dans la Vienne. Les Deux-Sèvres étant les moins bien pourvues.

Les médecins salariés de notre étude, étaient en majorité dans les départements de la Vienne et des Deux-Sèvres. La Charente-Maritime en avait la plus faible quantité. Nous ne savons pas si il s'agit d'un faible taux de réponse car nous n'avons pas connaissance de l'activité professionnelle de chacun des médecins avant l'envoi des questionnaires. Cette répartition correspond à celle du CNOM [9].

Toujours d'après le CNOM, les médecins remplaçants sont majoritaires dans les départements de Charente-Maritime (>8%) puis la Vienne et la Charente (4 à 8%). Le département des Deux-Sèvres est le plus pauvre en remplaçants (<4%). Ces chiffres diffèrent de ceux de notre échantillon dans lequel les médecins remplaçants étaient en majorité dans les départements de la Vienne et Charente-Maritime. La Charente restait encore le moins bien servi par les jeunes médecins remplaçants. Nous pouvons supposer que le chiffre plus élevé de remplaçants pour la Charente constaté par le CNOM est du à une population de remplaçants en provenance des facultés voisines (Limoges et Bordeaux).

Pour l'ensemble de ces chiffres il faut tenir compte du fait que nos médecins étaient en début d'activité. Notre échantillon diffère de la moyenne nationale du CNOM car une grande partie était encore en activité de remplacement (33% contre 6,5% au niveau national).

#### **4.5. Deux particularités**

Pour deux promotions, la répartition était très différente des autres :

- P1999 avait une majorité de médecins dans le département de la Charente-Maritime (35%).

- P2001 en avait un seul dans ce département

Pour P1999 cela correspondait à la répartition des médecins interrogés, elle est donc la seule promotion à avoir une majorité de ses médecins dans ce département contrairement aux autres promotions.

Pour P2001, cela était dû à un faible taux de réponse des médecins de ce département (1 réponse pour 6 médecins interrogés).

### **5. SITUATION DE COUPLE**

#### **5.1. Plus de médecins en couple que dans la population générale**

Ils étaient plus nombreux à vivre en couple que la moyenne nationale (88% contre 75,2% en 1999, d'après l'INSEE [10]).

La situation de couple n'évoluait pas de façon linéaire avec l'âge puisque c'est P2001 qui avait la proportion la plus importante de médecins vivant en couple.

Le taux variait cependant entre 83 et 90%.

#### **5.2. Plus de femmes célibataires**

Les hommes étaient 91,5% à vivre en couple contre 85% des femmes. Le même constat a été fait dans les thèses de VARTANIAN C. [2], KNELL WOLF V. [1], HAENNI-FAIVRE PIERRET S. [3], avec une proportion toujours plus importante de femmes célibataires. Cela a été également remarqué dans le travail de l'URML Rhône-Alpes sur la féminisation de la profession [7] avec 20% de femmes célibataires contre 9% des hommes. Les taux constatés dans une étude de la DREES en 2005 [11], étaient de 89% d'hommes vivant en couple, ce qui correspond à notre taux, contre 73% seulement pour les femmes ce qui est 12% de moins que notre taux.

Dans la population générale le constat est inverse. Le taux de femmes vivant en couple à 35 ans est de 80% contre 75% pour les hommes, avec une nuance chez les femmes les plus diplômées pour qui le taux de célibat est plus élevé [12].

#### **5.3. 90% des remplaçants en couple**

Les médecins remplaçants étaient également nombreux à vivre en couple malgré une moyenne d'âge plus basse.

Il s'agissait surtout de femmes (91% de femmes remplaçantes vivant en couple contre 89% des hommes). Cette situation peut s'expliquer par la « malléabilité » de cette activité professionnelle, qui peut plus facilement s'adapter à la vie de famille.

#### **5.4. Plus de célibataires chez les femmes médecins libéraux installées**

Dans la population des médecins libéraux installés, les femmes sont beaucoup moins nombreuses que les hommes à vivre en couple (97% des hommes contre 78% des femmes). Même si il existait une différence hommes/femmes dans l'étude faite en Rhône-Alpes [7], elle n'était pas aussi flagrante, sachant qu'il s'agissait alors d'une étude sur une population plus âgée. Cela laisserait supposer que les femmes médecins libéraux installées trouvent un conjoint plus tardivement que les hommes, et peut-être aussi plus difficilement.

Les conjoints des médecins sont diplômés, avec une activité tout aussi intense que la leur (46% des médecins actifs ont un conjoint cadre supérieur qui est dans la moitié des cas lui-même un médecin (DREES [11]). Les femmes acceptent cependant encore plus souvent que les hommes de mettre leur carrière au second plan [13]. Cela pourrait expliquer le manque « d'attrait » de certains pour les femmes médecin généraliste, une

partie d'entre eux n'acceptant pas encore facilement que la carrière de leur conjointe soit prioritaire sur la leur.

La moyenne des médecins libéraux installés vivant en couple était de 87%, ce qui correspond à la moyenne nationale [14].

## **6. ACTIVITÉ DES CONJOINTS**

### **6.1. Des conjoints professionnels de la santé**

Nous avons pu constater une forte homogamie. La moitié des médecins vivent avec une personne active dans un domaine médical.

Ce constat a également été fait par le CNOM en Janvier 2006 [13] ainsi que dans l'enquête de l'URML Rhône-Alpes en octobre 2003 [7].

### **6.2. Les femmes préfèrent les non médicaux**

Il existait une grande différence entre hommes et femmes en ce qui concernait l'activité du conjoint. Les femmes ne vivaient pas avec des professionnels de la santé (seulement un tiers d'entre elles) contrairement à la majorité des hommes (3/4 d'entre eux). Cette différence hommes/femmes était également rapportée dans le travail de KNELL WOLF V. [1], mais pas en quantité aussi importante.

Nous avons remarqué une reproductibilité de cette répartition quelle que soit la promotion et donc l'âge des médecins, mais aussi quelle que soit leur activité. Dans chacun des cas, la majorité des hommes vivait avec des professionnels de la santé contrairement à la majorité des femmes.

Nous avons cependant remarqué une nuance chez les médecins salariés. Beaucoup plus d'hommes (81%) que dans les autres catégories professionnelles étaient avec une conjointe d'un domaine médical ou paramédical. L'écart était moins marqué pour les femmes médecins salariées (54,5% des conjoints en dehors du domaine médical).

Un constat similaire était fait en Rhône-Alpes en 2003 [7] où 66% des hommes vivaient avec un professionnel de la santé contre 40% des femmes.

Nous pouvons facilement expliquer le fait que les médecins soient en couple avec des personnes d'un même milieu. Ils ont fréquenté quotidiennement, pendant une moyenne de 9 années d'études, le milieu hospitalier. Cela permet de rencontrer beaucoup de personnes et de créer facilement des liens.

Nous avons plus de difficultés à expliquer pourquoi les femmes se sont détournées des professionnels de la santé. Peut-être sont elles plus réceptives que les hommes au monde extra médical ?

### **6.3. Peu de conjoints inactifs**

Nous avons un faible taux de conjoints inactifs : 6%, dans une population jeune. Ils exerçaient leur activité au maximum depuis 5 ans. Il est certain que l'organisation intrafamiliale se modifiera en fonction de l'évolution de leur activité. Probablement plus de conjoints seront sans activité avec finalement un taux s'approchant du taux national : 25% de conjoints inactifs chez les médecins généralistes d'après une étude de la DREES [11]. Dans la population totale des médecins, 20,1% des conjoints sont inactifs, 29% de conjoints inactifs pour les hommes et 3,9% pour les femmes. Cette même études faisait le constat d'un taux de conjoint inactifs beaucoup plus faible dans la jeune génération que pour l'ensemble des médecins.

9 des 10 conjoints inactifs sont des femmes, mais ce ne sont pas majoritairement des femmes de médecins généralistes installés.

## **7. NOMBRE DE MÉDECINS AYANT DES ENFANTS**

### **7.1. Presque 3/4 de parents**

Le nombre de médecins ayant des enfants dans notre échantillon, 72%, était comparable à celui observé dans la thèse de KNELL WOLF V. [1] (72,2%). Nous n'avons pas retrouvé de données au niveau national concernant cette tranche d'âge afin de les comparer.

### **7.2. Plus de mères ou de pères ?**

Nous avons un taux moyen plus important de mères (76,5%) que de pères (66%). En fonction de la promotion le taux de mères subissait une variation de 17,5%, mais cette variation n'était pas parallèle à l'âge des femmes. L'écart était beaucoup plus grand chez les hommes avec une différence de 36 % entre P1999 (92% de pères) et P2002 ainsi que P2003 (56%). Les femmes ont donc en moyenne leurs enfants plus tôt que les hommes, ceci est confirmé par l'âge à la naissance du premier enfant. Si l'on regarde le résultat de la promotion la plus ancienne, il semble que finalement cette tendance s'inverse. Il y aurait plus de médecins pères que mères chez les médecins les plus anciens.

### **7.3. Plus de parents chez les médecins libéraux installés**

On compte chez les médecins libéraux hommes ou femmes, 20% de parents en plus que chez les médecins salariés et remplaçants (soit 82%). Les femmes remplaçantes sont également nombreuses à être mères (73,5%), sûrement en raison d'un emploi du temps plus facilement adaptable aux enfants dans cette activité. Par contre les hommes remplaçants sont les moins nombreux à être père : 52% seulement.

## **8. AGE A LA NAISSANCE DU PREMIER ENFANT**

L'âge moyen est de 28 ans, il est stable en fonction des promotions et également de l'activité.

L'âge moyen des femmes à la naissance du premier enfant en Poitou-Charentes était de 29 ans en 1999 [15], ce qui est supérieur à notre moyenne. Ceci est d'autant plus remarquable qu'il semble que plus les femmes sont diplômées, plus elles retardent la venue de leur premier enfant [16]. Nous n'avons cependant pas retrouvé de chiffre précis au niveau national, en raison d'un défaut de recueil des données. Il semble être de 27,6 ans pour les femmes [17]. Dans ce cas, nos femmes médecins seraient tout à fait dans la moyenne nationale. Attention : il ne s'agit pas ici de l'âge moyen de la maternité qui est de 29,7 ans au niveau national.

Nous n'avons pas retrouvé de données concernant les hommes, même imprécises.

## **9. LE NOMBRE D'ENFANTS**

### **9.1. Les femmes ont autant d'enfants que la moyenne nationale**

Les femmes de P1999, âgées de 34,6 ans, avaient en moyenne 1,7 enfants. Ceci est tout à fait en accord avec le taux national des femmes de 35 ans qui était de 1,71 en 2004 [18].

Ce taux est également de 1,7 pour les femmes installées en médecine libérale. Cependant, ces dernières sont âgées de moins de 35 ans. Nous supposons donc qu'elles auront d'autres enfants. C'est d'ailleurs le constat fait par l'URML Rhône-Alpes

[7] qui retrouve un taux de 2 enfants par femme médecin généraliste, pour des femmes de tous âges.

### **9.2. Les hommes ont plus d'enfant que les femmes**

Les hommes de notre étude avaient en moyenne un peu moins d'enfants (1,3 par personne) que les femmes. Ceci n'est pas décrit dans l'étude faite en Rhône-Alpes [7] où les hommes ont 2,6 enfants contre 2,2 pour les femmes toutes professions confondues. Cependant, si nous regardons les taux de nos deux premières promotions, nous constatons que chez les médecins les plus âgés, les hommes avaient plus d'enfants que les femmes, de même chez les médecins libéraux qui étaient les plus âgés de notre étude.

Comme au chapitre 7, nous constatons de nouveau que concernant le nombre d'enfants, les hommes rattrapent puis dépassent le taux des femmes avec l'âge.

Là encore nous n'avons pas trouvé de données nationales concernant les hommes afin de comparer nos résultats.

### **9.3. Les médecins libéraux ont le plus d'enfants**

Les médecins libéraux installés sont ceux qui ont le plus d'enfants : 1,8 par personnes. Ils sont également les plus âgés ce qui peut expliquer ce résultat supérieur au médecins salariés (1,2 enfants) et remplaçants (1 enfant par personne).

Les femmes sans activité actuellement ont 2,4 enfants en moyenne. Elles justifiaient d'ailleurs tout à fait leur cessation d'activité professionnelle par leur vie de famille.

Concernant les familles nombreuse (3 enfants ou plus), nous avons fait le même constat que l'URML Rhône-Alpes [7], elles concernent beaucoup de médecins. Même si ce n'est encore le cas que de 20% de médecins, nous savons que ce chiffre va augmenter car nos médecins sont encore jeunes.

65% de ces familles nombreuses se retrouvent chez les médecins libéraux installés, avec seulement 15% de conjoints inactifs dans ces familles, mais 70% exerçant une activité médicale.

Avoir beaucoup d'enfants n'empêche pas les conjoints des médecins de travailler. Il faudrait cependant savoir si ils exercent à temps complet ou non.

Les médecins libéraux installés vivant avec un professionnel de la santé semblent donc avoir plus de chance d'avoir une famille nombreuse que les autres médecins.

## **10. LE PARCOURS ÉTUDIANT DES MÉDECINS**

### **10.1. Des études un peu plus longues que prévues**

Les médecins ont mis en moyenne 9 ans 1/2 pour valider tous leurs cycles des études médicales, soit 1 ans de plus que la durée théorique qui était alors de 8 ans 1/2. Cette durée était assez stable selon la promotion et également selon le genre. Le même chiffre est trouvé dans l'enquête de KNELL WOLF V. [1]. Il est par contre un inférieur à celui de HAENNI-FAIVRE PIERRET S. [3], qui a dans son étude une durée moyenne de 11 ans 1/2.

La durée de formation d'un médecin généraliste est depuis 2004 allongée de 1 semestre, soit 9 années d'études. Si les futurs étudiants valident leurs cursus d'une façon similaire à celle de nos médecins, il faudra donc 1 an de plus soit 10 ans pour former un médecin généraliste.

### **10.2. Des études qui pourraient s'allonger encore**

Nos médecins avaient en moyenne 28,8 ans à la fin de leur troisième cycle. Ils avaient donc dépassé de peu l'âge moyen à la naissance du premier enfant qui est de 28 ans.

Nous savons que la naissance d'un enfant est un facteur qui allonge la durée des études pour les femmes. Sur les 42% de femmes qui avaient interrompu leurs études, 69% l'avaient fait pour un congé de maternité.

Nous savons également que les futurs médecins seront majoritairement des femmes. Sur 153 inscrits en PCEM2 en 2005 à la faculté de Poitiers, 61,4% sont des femmes (le même taux était constaté en Bretagne en 2003 [19]). L'allongement de la durée des études accroît la probabilité d'avoir un enfant pendant celles-ci, ce qui augmente donc encore leur durée.

La durée moyenne, estimée à 10 ans pour former un médecin, pourrait donc approcher les 11 années compte tenu de cette féminisation.

Si l'on ajoute les 1,4 ans constaté en moyenne pour obtenir le diplôme de docteur en médecine après la fin du 3<sup>ième</sup> cycle, ainsi que le délai qui suit pour s'installer (1 à 1 an 1/2), le délai avant l'installation d'un médecin généraliste pourrait alors être de 13 ans 1/2 à 14 ans. Il était dans notre enquête de 12 à 12 ans 1/2.

Ces délais sont également à prendre en compte lors des modifications du numerus clausus. Celles-ci auront une répercussion sur la densité des médecins au minimum 12 ans après leur application.

### **10.3. Docteurs à 30 ans**

La durée maximale de 4 ans que nous avons constaté pour la soutenance de thèse après la fin du 3<sup>ième</sup> cycle, se justifie par le délai qui est imposé aux médecins. La licence de remplacement n'est pas renouvelée si la thèse n'a pas été soutenue au plus tard 5 ans 1/2 après la première inscription en TCEM1 [20].

L'âge moyen au passage de la thèse était de 30,2 ans, ce qui est comparable au médecins strasbourgeois [3], un peu plus jeune que les médecins rouennais [1] (31 ans), mais plus âgé que la moyenne nationale de 29 ans 1/2 constatée en 2002 [21].

Les médecins salariés avaient soutenu leur thèse un peu plus rapidement que les médecins libéraux.

L'âge moyen au passage de la thèse des médecins de P2003 n'était pas significatif puisqu'ils étaient moins de la moitié à être docteurs.

Nous avons un délai moyen de 11,7 ans pour obtenir un titre de docteur en médecine. En Rhône-Alpes [7] le délai constaté était de 9,8 ans pour les hommes et 10,3 pour les femmes. C'est également ce qui était décrit par le Dr BOUET [8], avec un retard sur la durée théorique des 9 années : seulement 31,7% sont docteurs dans un délai « normal ».

Ceci est expliqué par les redoublements, interruptions d'études et stages en surnombre.

## **11. LES INTERRUPTIONS D'ETUDES ET REDOUBLEMENTS**

Les hommes étaient beaucoup moins nombreux à avoir du interrompre leurs études que les femmes. La cause retrouvée le plus fréquemment était le service militaire, qui n'est plus d'actualité. Les interruptions d'études pour les hommes seront donc rares dans l'avenir.

Pour les femmes, dans 69% des cas, l'interruption des études était due au congé de maternité. Cela représentait 29% de l'effectif total des femmes.

Les stages en surnombre, qui concernaient 18% des femmes, étaient également motivés par les grossesses et les enfants.

Avec l'allongement des études, ce motif d'interruption deviendra plus fréquent et allongera d'autant la durée de leur cursus.

Dans son rapport, le Dr BOUET [8] parle d'un total de 54% de redoublement entre PCEM2 et DCEM4. Nous étions au dessus de ce taux avec 73,3% de redoublements

déclarés. Cette différence est sûrement due aux redoublements en PCEM1 également déclarés par nos médecins mais non comptabilisée dans ce rapport.

## 12. LE CONCOURS DE L'INTERNAT

Une moyenne de 41% de médecins avait tenté cet examen sans différence entre les hommes et les femmes. C'est un taux comparable à ceux de Rouen [1] et Strasbourg [3], mais nettement inférieur à celui de Paris (74,6%) [2].

Les médecins libéraux étaient les moins nombreux à l'avoir tenté (35 %). Ils avaient donc déjà pris leur décision quant à leur activité future.

Les médecins salariés étaient 43% à l'avoir tenté.

Très peu sont les médecins qui avaient exprimé le regret de ne pas exercer une spécialité médicale : 10% des médecins qui avaient tenté l'internat et 10% de l'échantillon total.

Nous pouvons donc supposer qu'ils étaient satisfaits de leur activité actuelle.

Parmi les médecins qui avaient exprimé leur regret, 3/4 avaient fait par la suite une formation complémentaire. Ce taux était supérieur au taux moyen de l'échantillon (47,5%). La formation complémentaire est peut-être un moyen de retourner vers une pratique se rapprochant de celle d'une spécialité médicale issue de l'ancien système d'internat.

Le concours de l'internat n'existe plus depuis 2004, il a été remplacé par l'examen national classant. La répartition dans les différentes disciplines mais aussi dans les différentes régions se fait maintenant en fonction du rang obtenu à cet examen. Nous savons que presque 2/3 des médecins libéraux ne passaient pas l'examen de l'internat, plus de 75% d'entre eux s'étaient installés dans la région de leur faculté d'origine et plus de 75 % envisageaient de pratiquer ce type d'activité au début de leurs études. Des médecins qui auparavant étaient certains de vouloir exercer la médecine générale dans leur région, risquent de ne plus pouvoir le faire aussi facilement. De plus ils ne seront pas les seuls à devoir quitter leur région puisque étant déjà âgés, ils ont pour la plupart un conjoint et souvent des enfants qui les suivront. Certes l'examen national classant, en plus de favoriser la reconnaissance de la médecine générale, a pour but d'équilibrer la répartition géographique des médecins. Mais la contrainte est-elle pour cela la meilleure solution ? Une première analyse des choix aux épreuves nationales classantes pour l'année 2004 constatait que encore deux tiers des étudiants choisissaient un poste dans leur subdivision d'origine en premier vœu [22]. C'était le cas de 53% des étudiants en 2005 [23] avec des taux très variables d'une faculté à l'autre. Dans le « rapport BERLAND » en 2002 [24], il était suggéré de prévoir une régionalisation de l'examen national classant afin « ... de stabiliser les étudiants dans la région où ils auront effectué leurs études de 3<sup>ième</sup> cycle par choix et non par contrainte... ».

## 13. REMPLACEMENTS EN 3<sup>ième</sup> CYCLE

68% des médecins avaient effectué des remplacements pendant leurs études. Il n'y avait pas de différence selon le genre, mais il y en avait selon les promotions. Les médecins les plus anciens étaient plus nombreux à avoir remplacé pendant leurs études que les plus jeunes (37% de différence entre P1999 et P2000). Cette différence peut s'expliquer par la mise en place du stage chez le praticien d'une durée de 6 mois (au lieu de 30 demi journées), à partir de 1997. Certains médecins des promotions les plus anciennes n'avaient donc pas pu bénéficier de cette immersion dans la médecine libérale autrement

qu'en effectuant des remplacements. Les médecins libéraux étaient également nombreux à avoir fait ces remplacements. Ils semblaient déjà avoir trouvé leur vocation en ne tentant pas l'internat et nous le confirmaient par ces résultats au sujet des remplacements.

## 14. ÉVALUATION DE L'ENSEIGNEMENT

### 14.1. Enseignement de médecine générale et médical global

L'appréciation sur l'enseignement de médecine générale était assez réservée. En moyenne un médecin sur deux n'en était pas satisfait, avec une proportion un peu plus marquée chez les hommes ainsi que dans les promotions P1999 et P2003. C'était également le sentiment de 60% des médecins bretons [25] en 2004 qui estimaient «...n'avoir pas été bien préparés à l'exercice de la médecine générale... »

Cet avis contrastait avec l'opinion sur l'enseignement médical global, pour lequel 81% des médecins étaient satisfaits. Ils en ont été d'autant plus satisfaits qu'ils n'ont pas exprimé pas le souhait d'avoir plus d'enseignement dans ce domaine (seulement 32% d'entre eux le souhaitaient).

Ils avaient débuté leur activité professionnelle depuis au minimum 2 ans. Ils semblaient avoir acquis au cours de leurs études des connaissances suffisantes pour exercer de façon satisfaisante leur activité.

Une spécialité médicale n'avait donc pas été enseignée de façon satisfaisante pour ces médecins : la médecine générale.

Ils avaient eu peu l'occasion de bénéficier d'intervenants de cette spécialité pendant leurs études et ils en ont exprimé le regret. En effet, ce n'était que lors des 6 mois de stage chez le praticien que cet enseignement spécifique avait été réalisé.

Des journées de stage chez un praticien généraliste en 2<sup>ème</sup> cycle étaient souhaitées par 57% des médecins de notre étude. Elles sont prévues depuis l'arrêté du 4 mars 1997 mais ne sont appliquées que depuis 2005/2006.

Paradoxalement, les médecins n'auraient pas souhaité avoir un semestre supplémentaire chez le praticien généraliste. Seulement un tiers le souhaitait. Ce stage est effectif depuis 2004. G. LEVASSEUR faisait le même constat dans une revue de la littérature [25] : « ... les résidents ne veulent pas de ce 6<sup>ème</sup> semestre ambulatoire : ils ne voient pas ce qu'il peut apporter de plus que les remplacements qu'ils effectuent déjà ...et y voient une forme d'exploitation par les médecins généralistes ». Elle précise ensuite : « ...l'attitude des étudiants est beaucoup plus nuancée quand ils ont effectué un stage ambulatoire. La spécificité de la médecine générale leur apparaît plus clairement, son intérêt et sa diversité aussi ».

Un résultat très différent avait été obtenu à Paris [2] avec 71% de médecins qui souhaitaient ce 6<sup>ème</sup> semestre. Cette différence est-elle due à une différence de qualité d'enseignement de médecine générale faite en 3<sup>ème</sup> cycle entre les deux facultés, ou bien à celle du 1<sup>er</sup> stage chez le praticien généraliste.

Si les médecins n'avaient pas exprimé ce souhait du 6<sup>ème</sup> semestre, c'est qu'ils étaient très satisfaits de celui déjà effectué et ceci de façon imposante à 84%. (Ce semestre est appliqué depuis 1997. Les médecins de la promotion la plus ancienne avaient débuté leur 3<sup>ème</sup> cycle dans l'année universitaire 1996/1997. Les médecins de notre échantillon ont donc majoritairement bénéficié de ce premier semestre, en dehors de quelques uns qui avaient effectué des stages de 30 demi journées seulement).

85% des médecins de notre enquête souhaitent une augmentation du temps d'enseignement de médecine générale dès le deuxième cycle. Ceci était également le cas des anciens étudiants de la faculté de Rouen en 2004 [1].

Il semble donc que nos médecins étaient pleinement satisfaits de leur stage pratique chez le médecin généraliste, mais qu'il leur manquait un enseignement théorique de médecine générale.

#### **14.2. Enseignements complémentaires**

Une majorité de médecins aurait souhaité également plus d'enseignement sur la relation médecin-malade, les points juridiques, les domaines médico-social et administratif. Tous ces domaines sont en effet très présents en médecine générale et semblent avoir manqué à nos médecins. C'est également ce qu'avait remarqué VARTANIAN C. à Paris [2].

L'information qui leur avait le plus manqué, pour une moyenne de 88% d'entre eux, était celle concernant les différents modes d'exercices possibles de la médecine générale.

Même si la faculté forme des internes en médecine générale, en majorité destinés à une installation libérale, nous savons que ce ne sera pas la vocation de tous. Ceux qui ne choisissent pas cette activité ont, semble-t-il, un manque d'information sur les différentes possibilités d'exercice qui leurs sont offertes. Ceci était surtout vrai pour les médecins remplaçants, qui l'expriment à 90%.

## **15. PARCOURS PROFESSIONNEL**

### **15.1. Les activités intermédiaires**

La quasi-totalité des médecins libéraux avait remplacé et quelques uns ont également été salariés, avant de s'installer. Avant de se fixer dans une activité professionnelle, une grande majorité de médecins libéraux ou salariés, prend donc un temps de réflexion en effectuant des remplacements. L'expérience acquise pendant ce temps, les aide à prendre une décision sur leur activité future. L'étude réalisée en Bretagne [19] a montré que 95% des résidents souhaitaient réfléchir avant de faire un choix professionnel et 56,6% souhaitaient effectuer des remplacements avant de s'installer.

Il se peut également que les médecins ne veuillent pas se fixer immédiatement dans une activité et fassent, d'une certaine façon, une « pause » après ces longues études et avant de s'engager dans une activité professionnelle soutenue.

### **15.2. Les motifs de changement d'activité**

Les médecins libéraux ont pris la décision de s'installer car ils en avaient avant tout le désir et la vocation. C'est ce qu'avaient exprimé 65% d'entre eux. C'est également ce qu'a exprimé un médecin breton sur deux dans l'enquête leur étant consacrée en 2002 [26].

Un seul médecin libéral qui était installé a cessé son activité pour reprendre une activité hospitalière. Le motif de cette interruption était une charge trop importante de travail et un inconfort de vie.

Les médecins salariés, eux, privilégient d'abord le confort de vie. Ils évoquent aussi fréquemment dans leur prise de décision l'inconfort de la vie de remplaçant, le rythme de vie difficile de la médecine libérale, la quantité de travail trop lourde, les charges trop importantes.

## 16. LES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Moins de un médecin sur deux avait une telle formation. Ce résultat est comparable à celui des médecins strasbourgeois [3]. Ces formations complémentaires étaient très polymorphes.

### 16.1. 38 formations différentes

Il existe une très grande diversité des diplômes, au total 38 qualifications différentes sont répertoriées. Celles retrouvées le plus fréquemment concernent :

- la médecine d'urgence, qui intéresse une majorité de médecins salariés.
- les personnes âgées, là encore chez une majorité de médecins salariés.
- les médecines dites « douces », qui concerne plus les médecins libéraux installés.
- le traitement de la douleur et les soins palliatifs
- la nutrition

Ces formations sont le plus souvent en accord avec l'activité professionnelle du médecin.

### 16.2. Les médecins salariés ont suivi plus de formations complémentaires

Les médecins salariés étaient les plus nombreux à avoir suivi de telles formations (84%) et 1/4 en avaient effectués 2.

Les médecins libéraux venaient ensuite avec 41%. Bien qu'étant les plus âgés, ils n'étaient pas majoritaires à avoir d'autres diplômes.

Les médecins remplaçants étaient 26% à avoir une qualification supplémentaire. Ils étaient les plus jeunes de l'enquête, ils n'avaient pas eu encore le temps de se former plus.

### 16.3. Les femmes ont plus de diplômes

Elles étaient plus de 5% en plus que les hommes à avoir une qualification supplémentaire, cela était également le cas à Srasbourg [3].

## 17. L'INSTALLATION EN MILIEU RURAL

### 17.1. Une majorité de médecins remplaçants l'accepterait

A la question « Êtes-vous prêts à vous installer en cabinet médical en milieu rural ? », 80% des médecins remplaçants répondaient oui, contre 20% des médecins salariés.

Les réponses des médecins libéraux étaient difficilement interprétables (69% de réponses positives) car ils étaient déjà installés. D'ailleurs 21 d'entre eux n'avaient pas répondu à la question.

Nos réponses semblaient comparables à celles obtenues par MOLARD F. dans sa thèse sur les critères de choix du lieu d'installation des résidents [27]. Si nous considérons les réponses de nos médecins remplaçants, qui sont les plus proches des résidents, nous avons un refus de cette installation pour 20% des médecins contre 14,3% des résidents, ce qui est assez proche.

Par contre en fonction du mode d'interrogation les réponses étaient très différentes. Quand on leur demande ce qu'ils souhaitent faire, les résidents sont 10% à envisager une installation en milieu rural [27]. Quand on leur demandait si ils s'installeraient à la campagne sous certaines conditions les remplaçants étaient 80% à l'accepter.

## 17.2. En groupe et avec secrétariat

Les conditions les plus souvent retrouvées étaient celles concernant l'organisation du travail. Un cabinet de groupe avec secrétariat, un système de garde bien organisé, semblaient des conditions indispensables à l'installation en milieu rural, surtout pour les médecins remplaçants. Ces médecins pressentent-ils déjà que leur équilibre professionnel dépendra directement de leur entourage ? C'est ce qu'a observé ZETER C. dans sa thèse sur le « burn out » : « ... une variable modératrice par rapport à un « burn out » à pu être isolée, il s'agit du support social que constitue l'aide confraternelle » [28]. C'est également la condition citée en priorité par les internes en médecine générale de POITIERS [29] pour décider d'une installation. Les critères financiers étaient cités en majorité par les hommes et les remplaçants, mais ils n'étaient pas un facteur décisif dans la prise de décision.

Ce que recherchaient les médecins était d'abord une qualité d'installation, un confort d'exercice afin de pouvoir pratiquer une médecine de qualité sans être surmenés. Ils ne semblaient pas non plus souhaiter être ennuyés par des soucis d'organisation. Le seul médecin libéral de notre étude qui avait arrêté son activité pour reprendre une activité de salarié, l'avait fait justement en raison de surmenage et d'un inconfort de vie.

Les médecins ne voulaient pas non plus être submergés par les gardes. Ils ne sont pas de la génération des médecins disponibles 24h/24h, toute l'année. Les médecins que nous avons interrogés font partie de la génération des « 35 heures ». Même si ils travaillaient encore beaucoup plus que 35 heures, ils aspiraient, de la même façon que leurs semblables, à un rythme de vie confortable. Ils voulaient avoir la possibilité de profiter de leur famille, avoir des loisirs...

L'organisation du système de garde ainsi que les facteurs financiers semblaient compter plus pour les hommes. Il en était de même pour un lieu de résidence éloigné du lieu d'exercice.

Le temps partiel intéressait un peu plus de 50% des femmes. Cette réponse était en rapport avec les soucis d'organisation de la vie de famille déjà évoqués dans le chapitre sur le parcours professionnel.

## 18. LES DIFFICULTÉS EN DÉBUT D'ACTIVITÉ

Les deux tiers (67%) des médecins se plaignaient d'avoir eu des difficultés au début de leur activité. Elles concernaient d'abord la conciliation des vies professionnelles et personnelles pour 29% d'entre eux. Ce sont, nous l'avons vu précédemment, des facteurs largement pris en compte dans la décision d'une installation en médecine libérale, surtout en milieu rural. Ces facteurs sont cités dans la thèse de MOLARD F. [27] sur les critères de choix d'installation des résidents. Nous les avons également retrouvés dans les motifs de changement de parcours professionnel. Dans son rapport au CNOM, le Dr BOUET [8] décrit que 4 étudiants en médecine sur 5 acceptent l'idée de s'installer en milieu rural, à condition de ne pas être isolés, d'avoir des aides financières, d'être en cabinet de groupe, de ne pas avoir de charges de travail trop lourdes. Une des grandes craintes des médecins avant de s'établir dans une vie active (autre que celle de résident) est de rencontrer des difficultés pour accorder vie professionnelle et privée. Cela contribue aux hésitations dans le choix professionnel des 13% des médecins qui déclarent avoir eu des difficultés dans le choix de leur activité. Le Dr BOUET conclue : « ...la population des jeunes médecins s'inscrit bien dans la modification comportementale de la jeune société française qui aujourd'hui arrive plus âgée dans le

monde du travail avec une exigence de qualité de vie personnelle devant les objectifs à moyen et long terme de progression de carrière. »

Les autres difficultés dont se plaignaient les médecins, au même taux que les précédentes, étaient les difficultés administratives. Au cours de leur formation, les médecins regrettaient de ne pas avoir reçu plus d'informations dans les domaines juridiques, médico-sociaux et administratifs (cf. chapitre 14). Nous avons ici la confirmation de cette carence par les difficultés rencontrées en début d'activité.

Certains documents administratifs sont utilisés lors du passage en milieu hospitalier, mais ils ne correspondent pas à l'ensemble de ceux utilisés en médecine générale. Le stage chez le praticien généraliste permet ensuite de se familiariser avec ces documents, mais les maîtres de stage n'ont peut-être pas toujours le temps de bien détailler leur mode d'emploi. Les journées de stage dans les services des assurances maladie ne semblent pas non plus être suffisantes.

Les difficultés citées ensuite étaient d'ordre financières, de charge de travail trop importante (qui ont été pour un médecin libéral un motif à sa cessation d'activité).

Peu de médecins se plaignaient de ne pas avoir assez de travail, de ne pas trouver le poste voulu, ou un poste dans la localité voulue.

## **19. INTERRUPTION D'ACTIVITÉ**

Plus d'un médecin sur 2 avait interrompu son activité professionnelle 39% des hommes et 68% des femmes. Si l'on ne tient pas compte des interruptions pour la préparation de la thèse, 15% des hommes et 42% de femmes avaient interrompu leur activité. En Rhône-Alpes [7] le taux était de 7% pour les hommes et 37,9% pour les femmes.

Le motif principal d'interruption pour les femmes de notre étude était le congé de maternité. Plus de la moitié étaient concernées contre 8,5% des hommes (congés de paternité).

Nous n'avions cependant pas interrogé les femmes sur la durée de leur congé de maternité. L'étude faite en Rhône-Alpes [7] avait mis en évidence que 51% des femmes médecins (qui ont été enceintes) et 69% de celles exerçant la médecine libérale (spécialistes et généralistes) avaient du écourter ce congé. Il aurait été intéressant d'interroger les femmes de notre étude à ce sujet.

Un quart des médecins avaient interrompu leur activité pour préparer leur thèse. La part était égale entre hommes et femmes.

Les problèmes de santé restaient minoritaires pour cette tranche d'âge.

## **20. MOTIVATIONS POUR L'ORIENTATION DE L'ACTIVITÉ**

### **20.1. Le choix du type d'activité**

L'opportunité professionnelle était le facteur qui influençait le plus fréquemment la décision des médecins. Les hommes y étaient plus sensibles que les femmes et les médecins libéraux installés (85%) plus que ceux des autres activités.

Cela avait été également remarqué en Bretagne [19]. La proposition d'une installation influence les décisions, celle-ci intervenant souvent dans un contexte de lassitude des remplacements et d'envie de stabiliser vies professionnelle et privée.

Le confort de vie était le deuxième facteur influençant la décision, sans différence entre les hommes et les femmes. Nous l'avions déjà remarqué dans les chapitres sur le

parcours professionnel des médecins et sur les facteurs influençant l'installation en milieu rural. C'est un facteur également cité par le docteur BOUET dans son rapport [8].

Les médecins remplaçants semblaient y être les plus sensibles (72%). C'était le premier facteur qu'ils citaient. Il est vrai que leur mode d'exercice permet de moduler facilement les périodes d'activités en fonction de la vie extra professionnelle. L'offre de travail dans ce domaine est actuellement supérieure à la demande, ils ont donc le choix de leur temps de travail. Cependant ce confort semble avoir ses limites car dans un délai de 4 années environ après la fin des études, la quantité de médecins remplaçants chute. Leur appréciation du confort de vie a du se modifier avec les quelques années de remplacements.

Mais moins de la moitié des médecins salariés et libéraux déclaraient avoir choisi leur activité pour son confort de vie.

Le troisième facteur concernait les enfants. Presque 60% des mères, avaient choisi leur type d'activité en fonction d'eux, contre 24% des pères. La disponibilité qu'elles pourront avoir pour leurs enfants, selon leur activité, était un critère important dans le choix des femmes. Pour cette même raison, les médecins remplaçants plaçaient ce facteur en deuxième position.

Le conjoint influençait de façon un peu moins importante le type d'activité.

Là encore nous avons remarqué une différence selon le genre. Les femmes prenaient plus en compte que les hommes leur conjoint avant de choisir leur activité (30% contre 19%). KNELL WOLF V. [1] faisait également ce constat dans sa thèse en 2004.

En Rhône-Alpes [7] le même constat était fait avec 28% des femmes qui déclaraient avoir choisi leur activité en fonction de contraintes externes contre 18% des hommes.

Ces différences entre hommes et femmes sont peut-être dues à un conditionnement des individus par les mœurs de notre société. La féminisation de la médecine semble influencer le mode d'exercice de tous les médecins, comme cela était décrit dans une thèse faite à Rouen en 2004 [30]. Il est alors prévisible que les hommes prennent les mêmes décisions que les femmes quant aux compromis à faire entre vies personnelle et professionnelle. Dans l'avenir ils seront beaucoup plus nombreux à moduler leur activité en fonction de leurs enfants et conjoint.

L'enquête réalisée auprès des internes de médecine générale de Poitiers en 2005 [29], retrouvait également le conjoint comme facteur influençant le choix d'activité.

L'environnement socio culturel n'était pas un facteur dominant dans le choix (20% des médecins) sauf pour un peu plus de 1/4 des médecins libéraux.

Le facteur financier venait en dernière position. Il influençait seulement 19% des médecins, ce qui était assez faible. Il était cité de façon un peu plus importante chez les hommes (23% contre 15%). C'est d'ailleurs ce que l'on retrouve dans une enquête faite par le CNOM en 2005 auprès d'étudiants en PCEM2 [31] : la rémunération motive 25% des étudiants contre 15% des étudiantes.

## **20.2. Le choix du lieu d'activité**

L'opportunité professionnelle était encore le premier critère cité par les médecins, c'était également ce que constatait KNELL WOLF V. à Rouen [1]. Là encore les hommes y étaient plus sensibles que les femmes. Les médecins libéraux étaient 87% à choisir leur lieu d'activité suite à une opportunité professionnelle.

Le confort de vie était le deuxième facteur cité pour toutes les professions, sans différence selon le genre. Il était cité par 65% des médecins libéraux. Ceux-ci étaient installés à 44% en zone semi rurale et à 30% en zone urbaine. Il ne semble pas y avoir, en zone rurale, le confort nécessaire à l'installation des médecins libéraux. Ils ne seront pas séduits par des régions qui se désertifient.

Le troisième facteur cité était le conjoint. Il était cité par 42% des médecins vivant en couple. Ce facteur est évoqué comme motivation au choix du lieu d'exercice du médecin dans une étude de la DREES en 2005 [11]. Il semble cependant que les femmes laissent plus facilement que les hommes leur carrière au second plan. Ceci était remarqué dans une étude du CNOM en janvier 2006 [13]. Elles ont donc plus facilement choisi leur lieu d'activité en fonction de celui de leur conjoint. Les hommes n'en tenaient pas moins compte puisqu'ils le citent en troisième position.

Les enfants influençaient moins de 1/4 des médecins dans le choix du lieu d'activité, mais de façon plus importante pour les médecins remplaçants. Les femmes en tenaient un peu plus compte (26% des hommes contre 32,5% des femmes).

Là encore le facteur financier était cité en dernière position. Dans l'étude faite en Bretagne [19], les résidents étaient également peu nombreux (13%) à se dire influencés par des incitations financières dans leur choix de zone d'activité. Il semble donc que les mesures financières incitatives à l'installation des jeunes médecins généralistes proposées par le gouvernement [32] aient finalement peu d'influence sur leur choix. Les médecins sont plus préoccupés par la qualité de leur pratique et de leur vie familiale que par le gain d'argent.

## **21. EXERCENT-ILS L'ACTIVITÉ ENVISAGÉE EN DÉBUT D'ÉTUDES ?**

Plus de la moitié des médecins (54%) répondaient positivement à cette question. LEVASSEUR G. retrouvait en 2003 à Rennes [33] un taux de 31,7% de résidents qui déclaraient vouloir être médecins généralistes lors de leur inscription en première année des études médicales.

Les médecins libéraux installés étaient une majorité (76,5%) à répondre oui. C'est ce que nous avons déjà remarqué dans le chapitre sur le passage de l'internat. Ils étaient seulement 36% à avoir tenté cet examen. Ils étaient pour la majorité certains de vouloir pratiquer la médecine générale libérale.

Les médecins salariés étaient 26,5% seulement à exercer l'activité envisagée. Ils avaient donc changé d'avis au cours de leurs études. En débutant leurs cursus, les étudiants connaissent plus la médecine générale libérale que les autres activités exercées par des médecins généralistes. C'est d'ailleurs ce que l'on retrouve, quand 88% des médecins souhaitent avoir plus de renseignements sur les possibilités professionnelles des médecins généralistes. Ils ont pu découvrir des activités différentes pendant leur parcours hospitalo-universitaire et donc changer d'orientation.

Une autre explication serait qu'ils se détournent de la médecine générale car elle ne correspond pas à l'idée qu'ils en avaient initialement, ou bien qu'elle ne leur offre pas le confort de vie recherché. Il ne serait pas souhaitable que cette idée soit mal influencée par un univers quasi exclusivement hospitalier au cours de leurs études.

La réponse des médecins remplaçants était un peu plus mitigée, avec cependant une majorité de oui.

## **22. PRÉVISIONS A COURT TERME**

Les hommes semblaient plus établis que les femmes. Ils étaient presque 60% à vouloir garder la même activité contre 41% des femmes.

Les médecins libéraux installés étaient 71% à vouloir garder la même activité. Ils étaient donc satisfaits de leur situation. Cependant, il n'est pas facile de faire des changements

dans ce genre d'activité. Les investissements financiers et personnels sont très importants, ils ont été réfléchis. Nous savons également qu'ils étaient plus de 3/4 à souhaiter cette installation dès le début de leurs études. Ils ne changent toujours pas d'orientation. Presque un tiers (31%) souhaitaient cependant modifier leur mode d'exercice (temps partiel, association, pratique particulière, modifications d'horaires). Il ressortait du travail de ZETER C. sur le « burn out » [28] que 1/3 des médecins picot-charentais (âgés en moyenne de 49,5 ans) souhaitaient modifier leur activité à plus ou moins long terme. Ces désirs de changement étaient mis sur le compte de scores de « burn out » élevés chez ces médecins. Certains de nos jeunes médecins auraient-ils déjà les mêmes symptômes que leurs aînés concernant le « burn out » ?

Quasiment la moitié des médecins salariés souhaitaient un changement dans leur activité. Plus de un tiers envisageaient un changement de mode d'activité. Un quart pensait changer de lieu d'activité. Ils ont moins de contraintes que les médecins libéraux et peuvent donc envisager ces changements plus facilement. La médecine salariée serait-elle une activité temporaire : « en attendant de trouver mieux » comme le déclarait un médecin dans sa réponse ?

Les médecins remplaçants étaient 28% à vouloir continuer cette activité quelques années encore. Ils ne représenteront alors plus que 9% de l'échantillon, ce qui est proche du taux national de 6,5% de remplaçants [5]. Plus de 3/4 souhaitaient trouver une situation professionnelle plus stable en évoquant déjà l'installation en cabinet médical. Ils étaient peu nombreux à souhaiter changer de région. La répartition géographique des médecins de P2003, qui comporte le plus de médecins remplaçants, était comparable à la répartition globale. La majorité des étudiants s'installera dans la région où ils résident à la fin de leurs études.

## 23. LES MÉDECINS LIBÉRAUX INSTALLÉS

Un peu plus du tiers de notre échantillon (37%) est installé en médecine générale libérale.

Ce taux était proche de celui calculé lors du recensement des médecins (36%). Il était faible comparé au taux national de 54,2% [5], mais également au taux de Rouen (42,3%) [1]. Dans ces deux cas, les médecins étaient plus âgés. Ils avaient donc précisé leur activité professionnelle depuis plus longtemps que nos médecins.

Nous en avons la confirmation en observant la répartition du taux des médecins libéraux au fil des promotions. Pour P1999 le taux était de 68%, ce qui était supérieur au taux national. Il était seulement de 8,5% pour P2003 (4 médecins installés 2 ans après la fin des études sur une promotion de 47 médecins).

Le passage au dessus de 40% de médecins libéraux se faisait entre 3 et 4 ans après la fin du 3<sup>ième</sup> cycle. En reprenant leurs déclarations sur leur cursus, nous avons retrouvé effectivement une installation moyenne dans la 3<sup>ième</sup> année suivant la fin des études.

Nous avons presque 3% de médecins libéraux ayant une activité mixte. Le taux national en 2005 était de 6% [5]. Là encore cela s'explique par l'âge jeune de nos médecins, dont l'activité se complétera avec les années.

Les femmes étaient moins nombreuses à choisir cette activité : 35,6% contre 39% chez les hommes. Malgré cela et en raison du taux de féminisation de l'échantillon, elles restaient majoritaires dans l'activité avec 53% de femmes médecins libéraux. Ce taux était cependant très différent de la part nationale comptabilisée par le CNOM en 2005 qui est de 27,7% de femmes seulement pour tous les médecins généralistes en activité [5]. Leur moyenne d'âge était alors de 47,5 ans contre 33,4 ans dans notre étude. Nous n'avons pas le taux de féminisation pour la tranche d'âge 30-34 ans des médecins

libéraux installés, mais nous rappelons que pour l'ensemble des médecins généralistes en activité, il est de 60,2% [5].

La promotion P1999, qui était la plus ancienne et comptait également le plus de médecins libéraux, comportait 12 femmes et 11 hommes. Les femmes étaient ensuite presque deux fois plus nombreuses que les hommes dans P2000 et P2001. Les taux observés dans notre enquête, confirmaient donc la féminisation de la jeune génération des médecins libéraux.

La répartition géographique des médecins libéraux installés s'était faite sur le même mode que celle de l'ensemble des médecins. Ils étaient majoritairement restés dans la région de leur faculté et en particulier dans le département de la Vienne. Nous avons de nouveau fait le constat dans cette catégorie d'actifs, que les femmes sont parties de leur région de formation plus facilement que les hommes. Parmi ces femmes expatriées, nous en avons encore compté une majorité qui vivait avec un conjoint n'exerçant pas une activité médicale.

Ils s'étaient installés dans leur 31<sup>ième</sup> année. Ils étaient en moyenne dans la tranche d'âge 30-35 ans, il est donc normal que l'âge à l'installation soit inférieur à celui constaté au niveau national en 2001 qui était de 35 ans (CREDES [34]).

Presque 90% des médecins libéraux étaient installés dans un cabinet de groupe, sans différence entre hommes et femmes. Ce taux est supérieur à celui constaté au niveau national en 2004 : 40% des hommes et 35% des femmes exercent en groupe selon la DREES [35]. C'était le souhait de 79% des médecins quand nous les interrogeons sur une éventuelle installation en milieu rural. Il semble que cela soit aussi important pour les jeunes médecins, quelle que soit la zone de l'installation. L'exercice en groupe est plus confortable pour de nombreuses raisons : la concertation avec les confrères et l'ambiance, une prise en charge allégée des frais, le relais possible par les associés en cas d'indisponibilité. De plus comme nous l'avons déjà cité, l'aide confraternelle est un support social pour le médecin [28].

Le secteur semi rural était le secteur privilégié des médecins libéraux. L'étude faite en Bretagne [19], montre que 65,4% des résidents souhaitaient s'installer en milieu semi rural. Il semble que cette zone d'urbanisation offre le confort de vie recherché par les médecins et soit la mieux adaptée aux autres membres de leur famille.

Il y avait, dans notre enquête, une différence selon le genre. Les hommes étaient plus de la moitié à s'installer en secteur semi rural, puis moins de un tiers en secteur urbain et seulement 15% en zone rural. Les femmes étaient plus équitablement réparties, avec un tiers de leur effectif dans chacune des zones. Le phénomène inverse était observé à Strasbourg en 2002 [3] mais également en Rhône-Alpes [7] où elles étaient minoritaires en zone rurale. Les femmes de notre enquête choisissaient plus facilement la campagne comme zone d'exercice et elles représentaient 71% des médecins ruraux, ce qui est plus important que le taux de féminisation de notre échantillon de médecins libéraux. Quand nous leur avons proposé une installation en milieu rural, elles étaient 55% à l'accepter contre 43% des hommes.

Pourquoi les femmes se sont elles installées plus facilement que les hommes en zone rurale ?

Elles vivaient toutes en couple, 75% avec un actif d'un domaine non médical. Onze sur les douze avaient des enfants. La situation familiale ne semblait pas avoir été un frein à leur installation. L'activité du conjoint a pu influencer le lieu d'installation. C'est ce que déclaraient 4 d'entre elles. Onze sur les douze avaient cité également l'opportunité professionnelle comme motif à cette installation et la moitié le confort de vie.

L'analyse des réponses sur le mode d'installation est délicate, la question a été mal formulée. Les propositions « À la suite d'un médecin remplacé habituellement. » et « Dans un cabinet médical où il remplaçait habituellement. » peuvent avoir des

répondants communs. Il en est de même pour les propositions « À la suite d'un médecin autre. » et « Dans un cabinet médical autre. ». Nous avons quand même noté que le mode d'installation de 43% des médecins se faisait dans un cabinet médical qu'ils connaissaient et où ils avaient déjà remplacé.

Seulement 5 médecins sur 68 avaient créé leur cabinet médical, dont 2 en secteur rural.

Les femmes travaillaient en moyenne une demi journée en moins que les hommes (8,4 demi journées contre 9,4). La durée moyenne de 8,9 demi journées travaillées calculée dans notre enquête, rejoint celle décrite au niveau national par le Dr BOUET dans son rapport [8]. Les médecins se réservent en général le mercredi samedi et dimanche pour leur vie privée. Il décrit cependant une amplitude de travail importante avec en moyenne 11 heures de travail par jour. Finalement 70% des médecins travaillent plus de 45 heures par semaine. Nous ne pouvons pas comparer ce chiffre car nous n'avons pas interrogé les médecins sur leur durée horaire de travail.

Nous avons noté une différence de 10% entre hommes et femmes dans la durée du travail. Il y avait une différence plus importante en ce qui concernait le nombre d'actes. Les femmes prendraient-elles plus leur temps que les hommes dans leur pratique médicale ? Une étude publiée par la DREES en 2006 [36] constatait que les femmes médecins gardaient en moyenne leurs patients plus longtemps que les hommes. Le même constat était fait par WITTCKE L. en 1997 [6] avec une moyenne de 16 minutes de consultations pour les femmes et 14 minutes pour les hommes. Nous pouvons alors nous poser la question suivante : est-ce que les consultations des femmes sont plus longues parce qu'elles ont moins d'activité que les hommes ou est-ce qu'elles ont moins d'activité que les hommes parce que leurs consultations sont plus longues ? A qualité de travail égal, les femmes travaillent en moyenne 30% de moins que les hommes car elles ménagent leur vie privée [8]. Quand le taux de féminisation de la profession au niveau national sera équivalent à celui des jeunes générations, l'offre de soin ne pourra pas répondre à la demande si la population des médecins n'est pas plus importante.

Une publication faite par le CREDES en 2004 [34], remarquait cependant que dans la nouvelle génération des médecins généralistes, l'activité des femmes se rapprochait de plus en plus de celle des hommes. Cette même étude faisait remarquer qu'il existait une « ...progression significative du niveau d'activité des jeunes généralistes au début des années 90 correspondant au moment où les effets du numerus clausus se sont réellement fait sentir ». Les jeunes médecins atteignent en milieu de carrière un niveau d'activité équivalent à celui de fin de carrière des médecins installés il y a vingt ans. De plus, plus la génération est jeune, plus la part des visites est faible. Comment ménager alors leur vie privée si leur activité croît et devient même supérieure à celle de leurs aînés ?

Le nombre moyen de consultations déclaré était de 100 par semaine, 115 pour les hommes et 87 pour les femmes. En Rhône-Alpes en 2003 [7] il était de 100 pour les hommes et 83 pour les femmes, tous âges confondus. Il semble que les jeunes médecins de notre région aient une activité intense.

Un des médecins avait cependant déclaré effectuer 300 consultations en 8 demi journées, ce qui paraît difficilement réalisable. Peut-être s'agissait-il alors d'une erreur dans sa réponse.

Concernant les gardes, il est délicat de commenter les résultats, car certains secteurs fonctionnent maintenant avec les systèmes de maisons médicales. Nous ne savons pas quels médecins bénéficiaient de ce mode d'organisation. Cependant nous remarquons que les femmes effectuaient un peu moins de gardes que les hommes.

Plus de la moitié des médecins avaient des difficultés pour trouver des remplaçants, majoritairement les médecins semi ruraux puis les ruraux. Les remplaçants sont issus des promotions les plus récentes, formées dans la période la plus basse du numerus

clausus. Cela explique leur faible quantité actuellement et les difficultés qu'ont les médecins installés à en trouver.

## **24. LES MÉDECINS SALARIÉS**

Le taux des médecins salariés de 27%, était plutôt stable dans le temps. Il était très proche du taux national de 27,9% en 2005 [5], malgré la différence entre les moyennes d'âges. Il était également comparable à celui de Rouen [1] en 2004 (28,8%).

Sur les 5 années, le taux avait tendance à décroître avec l'ancienneté des médecins. Les médecins les plus jeunes semblaient rester un temps dans le milieu hospitalier après leur résidanat avant de changer d'orientation.

Nous avons un taux de féminisation de 53%, semblable à celui des médecins libéraux et également en rapport avec le taux de féminisation de l'ensemble de l'échantillon.

Le taux national de féminisation dans la profession salariée en 2005 est légèrement supérieur, avec 56,8% de femmes pour une moyenne d'âge plus élevée [5]. La féminisation de cette activité a donc débuté depuis longtemps. Nous l'avons déjà cité, ce type d'activité permet aux femmes d'accorder plus facilement vies familiale et professionnelle.

Les femmes exercent autant que les hommes à temps partiel. Ce mode d'activité ne concerne que un quart des salariés.

## **25. LES MÉDECINS REMPLAÇANTS**

Nous avons compté dans notre échantillon un tiers de médecins remplaçants. En fonction de la promotion, la quantité était inversement proportionnelle à celle des médecins libéraux : 62% de remplaçants pour P2003 contre 6% pour P1999. Au niveau national en 2005, le taux est nettement inférieur : 6,5%. Il correspond à celui de notre promotion la plus ancienne.

Les médecins remplaçants sont donc quasiment uniquement issus des plus jeunes générations de médecins généralistes. Le passage en dessous de 30% de médecins remplaçants se faisait entre les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> années après la sortie de la faculté. C'est au même moment que la part de médecins libéraux devenait supérieure à 40%.

Le changement de situation s'effectue rapidement et rares sont les remplaçants « professionnels ». Les médecins libéraux se sont installés majoritairement l'année de la soutenance de la thèse ou un an après. Ils ne restent pas remplaçants pendant de longues années. Le premier motif à l'installation étant l'opportunité professionnelle, celle-ci semble se présenter rapidement au cours des remplacements. Le Dr Gwénola LEVASSEUR dans sa revue de la littérature sur les jeunes médecins généralistes [25] décrivait le souhait des remplaçants de faire des remplacements pendant 2 à 3 ans afin d'acquérir une expérience professionnelle, d'essayer différents modes d'exercice mais également pour des raisons financières en prévision d'une installation prochaine.

La part de féminisation dans ce groupe était de 55%. Elle est de 60,5% au niveau nationale en 2005 [5]. Il s'agit également d'une activité modulable, avec laquelle les femmes peuvent facilement trouver des compromis entre vie professionnelle et familiale. Le confort de vie et les enfants étaient des facteurs cités de façon importante comme motivations au choix de cette activité.

Les médecins remplaçants étaient assez mobiles puisqu'ils ne remplaçaient pas uniquement autour de leur lieu de résidence. La distance moyenne parcourue pour atteindre leur lieu d'activité était de 54km en moyenne. Ils n'avaient pas de difficultés pour trouver des remplacements.

Ils étaient assez polyvalents dans leurs zones d'exercice : presque la moitié remplaçait dans plusieurs zones (urbaine, semi rurale et rurale). Il semble que les femmes exerçaient plus facilement en zone rurale que les hommes. C'est également ce que nous remarquons pour les médecins généralistes installés.

## **26. LES MÉDECINS AYANT UNE AUTRE ACTIVITÉ**

Elles, car il s'agissait uniquement de femmes, étaient 3% et avaient toutes cessé leur activité de médecin. Une était en formation médicale non rémunérée, 4 n'avaient plus d'activité professionnelle mais envisageaient d'en reprendre une ultérieurement, une ne l'envisageait pas.

Au niveau national en 2005, le taux de médecins sans activité est de 4% [5]. Il faut faire attention au terme de « médecins sans exercice déclaré » utilisé par le CNOM, car il englobe médecins sans exercice professionnel mais également les médecins remplaçants. Les 4% cités ici n'incluent pas les médecins remplaçants.

Le taux était de 2,1% à Rouen [1] et 2,6% à Strasbourg [3]. Il est normal que ce taux soit faible dans tous ces cas. Rares sont les personnes qui n'exercent pas la profession pour laquelle elles ont suivi une formation durant au moins 9 années. La majeure partie des changements d'orientation, si il y en a eu, s'est faite au cours des études. Le taux de fuite des études médicales est évalué au niveau national à 5% pour l'ensemble des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ième</sup> cycle des études médicales [8]. Nous ne connaissons pas ce taux pour le 3<sup>ième</sup> cycle.

Aucun médecin n'avait déclaré avoir radicalement changé de domaine d'activité.

Nous ne pouvons exclure qu'une part plus importante de médecins inactifs ou ayant changé de domaine d'activité professionnelle, se situe dans la population des 64 médecins non répondants à notre questionnaire. Ne se sentant plus concernés par la médecine, notre enquête ne les aurait pas intéressés et ils n'y ont pas répondu.

## CONCLUSION

L'objet de ce travail était de décrire le devenir des jeunes médecins généralistes issus de la faculté de médecine de Poitiers immédiatement après leur cursus universitaire. Nous étions intéressés par leurs choix professionnels, leurs sentiments sur leurs études, mais nous voulions également connaître les choix des femmes dans cette activité.

Le très bon taux de réponses spontanées à notre questionnaire montre l'intérêt qu'ils portent à leur condition et également à celle de leurs confrères, puisque quasiment la totalité souhaitait recevoir les résultats de notre enquête.

Le profil type du jeune médecin généraliste issu de la faculté de Poitiers est une femme, âgée de 32 ans. Elle a un enfant, vit en couple mais contrairement à ses confrères masculins, son conjoint est un actif d'un domaine non médical. Docteur plus de onze années après sa première rentrée en faculté, ce médecin est plutôt installé en libéral dans la région de sa faculté (Poitou-Charentes) ce qui était généralement son objectif dès le début de ses études.

Le regard des ces jeunes médecins sur leurs études est assez clair. Le premier stage de six mois effectué chez le praticien généraliste était plébiscité, mais un second n'est pas perçu comme indispensable. Ils ont tous terminé leur cursus avant la mise en place du stage en autonomie supervisée - SASPAS. Ils souhaitent en revanche un enseignement théorique de médecine générale dès le deuxième cycle, ainsi qu'un contact direct avec celle-ci le plus tôt possible. La aussi, la mise en place de l'amorce d'un stage chez le praticien en deuxième cycle est postérieure à la fin de leurs études.

Il ressort également de cette enquête que les jeunes médecins généralistes sont très attentifs à leur qualité de vie. Sont-ils différents des autres jeunes sur ce point ? En tous les cas ils n'envisagent pas de sacrifier leur vie privée au bénéfice de leur carrière. Il semblerait que les incitations financières ne soient pas décisives pour encourager la nouvelle génération à s'installer en zone déficitaire (campagne). Il faudra en revanche envisager une adaptation de l'organisation du travail pour obtenir des critères plus influents à leurs yeux. Le temps de travail, la fin de l'obligation de l'unité de lieu professionnel et privé... Les attentes de la jeune génération sont amplifiées par la féminisation, majoritaire maintenant, et qui va encore croître dans les années à venir.

Les principaux enseignements de notre enquête portent sur deux domaines. La formation des généralistes et l'offre de soin sur le territoire.

### ✍ Sur le plan de la formation

Les jeunes médecins valident par anticipation l'instauration du stage en DCEM1 qui est opérationnel à Poitiers depuis 2005. Ils estiment que l'apprentissage auprès d'un pair senior sur site (stage chez le praticien) a été indispensable à leur formation. Mais ils semblent attendre maintenant un véritable corpus théorique de médecine générale en terme d'heures d'enseignement mais probablement aussi en terme de contenu.

### ✍ Sur le plan de l'offre de soin

Au delà des confirmations, comme l'importance d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et privée et concernant la féminisation de la médecine générale, l'enquête souligne quelques pistes. Les leviers d'incitation se trouveront plus dans le domaine des conditions de vie que dans le statut financier et les femmes ne sont pas

hostiles à exercer à la campagne, pour peu qu'on écoute leurs attentes qui sont souvent des besoins.

Il m'a été difficile en tant qu'enquêtrice de réussir à limiter le nombre de questions à poser à mes consoeurs et confrères. Je souhaitais connaître la façon dont les jeunes médecins choisissaient leur activité, ce qui influençait leurs décisions et si ils avaient eu des hésitations dans leur choix d'activité professionnelle. J'étais également très intéressée de savoir si la profession médicale, occupée traditionnellement par les hommes, pouvait offrir aux femmes la possibilité d'accorder vie professionnelle et vie privée (famille, enfants...).

J'ai été surprise par le bon taux de réponses spontanées. Par ailleurs de nombreux médecins avaient également joint à leur questionnaire des avis positifs sur cette enquête. J'ai été confortée de constater qu'une majorité aurait souhaité découvrir la médecine générale plus tôt dans les études et que cette dernière n'était pas d'un abord évident pour tous. J'ai eu la confirmation, en comparant nos données à celles de la littérature, que le milieu médical allait être assez rapidement modifié par sa féminisation et que les hommes allaient également pouvoir profiter de ces changements.

Il serait bien sur très intéressant de compléter ce travail par une nouvelle enquête sur cet échantillon d'ici 5 à 10 ans. Les médecins seront alors tout à fait établis dans leur activité professionnelle et pourront en parler avec plus de recul. La situation démographique sera alors elle aussi différente. La densité médicale sera nettement inférieure. Comment nos médecins auront-ils adapté leur pratique à cette situation ? Comment arriveront-ils à concilier vie familiale et professionnelle devant la demande de soins croissante et en particulier comment les femmes le feront-elles ?

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 KNELL WOLF Virginie. Devenir des jeunes médecins généralistes de Haute-Normandie. Thèse d'exercice. ROUEN : Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2004. 344 p.
- 2 VARTANIAN Cyrille. Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la Faculté de Médecine Xavier BICHAT inscrit en TCEM entre 1995 et 1998. Thèse d'exercice. PARIS 7 : Faculté de Médecine Xavier BICHAT, 2003. 121 p.
- 3 HAENNI-FAIVRE PIERRET Sandra. Le devenir professionnel des jeunes médecins strasbourgeois. Thèse d'exercice. STRASBOURG : Faculté de médecine de STRASBOURG, 2002. 104 p.
- 4 Institut national de la statistique et des études économiques. Recensement de la population mars 1999 - Exploitation principale [en ligne]. Disponible sur <<http://www.recensement.insee.fr>> (consulté en avril 2006).
- 5 Démographie médicale française. Les spécialités en crise. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Etude n°38-2. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Décembre 2005, 89 p.
- 6 WITTCKE Laurence. La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique aux femmes médecins. Journée de communication de la SFMG. Document de recherche n°50. Novembre 1997 [en ligne]. Disponible sur <<http://www.sfm.org>> (consulté le 07/09/2004).
- 7 Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. Enquête auprès des médecins en exercice. URML Rhône-Alpes. Octobre 2003, 105 p.
- 8 BOUET Patrick, BERNARD-CATINAT Maurice, DELGA Marie Elisabeth, GRILLET Gerard, MONIER Bernard, POUILLARD Jean. Liberté d'installation, liberté d'exercice. Quelle médecine pour quel médecin ? Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du CNOM. Juin 2003, 46 p.
- 9 Démographie médicale française. Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2005. Etude n°38. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Juin 2005, 36 p.
- 10 Population des ménages selon le mode de cohabitation. Recensement de la population de 1999 [en ligne]. Disponible sur <<http://www.recensement.insee.fr>> (consulté en avril 2006).
- 11 BREUIL-GRENIER Pascale, SICART Daniel. La situation professionnelle des conjoints des médecins. DRESS. Etudes et résultats n°430. Septembre 2005, 12 p.
- 12 MAZUY Magali, TOULEMON Laurent. Étude de l'histoire familiale : premiers résultats de l'enquête en ménages. INED. Dossiers et recherches, n° 93, 2001. 83 p.
- 13 ROBELET Magali, LAPEYRE-SAGESSE Nathalie, ZOLELIO Emmanuelle. Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 à 35 ans. Note de synthèse pour le CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Janvier 2006. 18 p.

- 14 DESCOURT Charles. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Remis à Mr Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 22 Janvier 2003, 17 p.
- 15 INSEE POITOU-CHARENTES. Décimal n°220. Novembre 2001, 3 p.
- 16 ROBERT-BOBEE Isabelle. Les femmes les plus diplômées vivent plus longtemps en couple avant d'avoir un enfant. INSEE PREMIERE n°956. Avril 2004, 4 p.
- 17 PRIOUX France. L'évolution démographique récente en France. Novembre 2005, 487 p.
- 18 RICHET-MASTAIN Lucile. BILAN DEMOGRAPHIQUE 2005. INSEE PREMIERE n°1059. Janvier 2006, 4 p.
- 19 LEVASSEUR Gwénola, SCHWEYER François-Xavier. Profil et devenir des jeunes médecins généralistes en Bretagne. Les dossiers de l'URCAM Bretagne. Numéro spécial n°22. Décembre 2004, 19 p.
- 20 Décret n°90-41 du 9 Janvier 1990, modifiant le décret n°88-32 du 7 Avril 1988.
- 21 DEMOGRAPHIE DES ACTEURS DE SOINS PRIMAIRES. Conseil scientifique de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Actes du séminaire du 15 octobre 2002, 95 p.
- 22 BILLAULT Anne. Caractéristiques et résultats des épreuves classantes nationales de médecine en 2004. DREES. Série études n°52. Octobre 2005, 105 p.
- 23 BILLAULT Anne. Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales. DREES. Etudes et résultats n°474. Mars 2006, 8 p.
- 24 BERLAND Yvon. Mission sur la démographie des professions de santé. « Rapport Berland ». Décembre 2002, 115 p.
- 25 SCHWEYER François-Xavier, LEVASSEUR Gwénola. Profil et devenir des jeunes médecins généralistes de Bretagne. Rapport d'étape. Etat des connaissances à partir d'une étude documentaire et d'une revue de la littérature. Décembre 2003, 36 p.
- 26 LEVASSEUR Gwénola, SCHWEYER François-Xavier, TREGUER Carine. Les médecins généralistes bretons : enquête sur les médecins généralistes et leurs pratiques professionnelles. Rapport pour l'université de Rennes 1. Novembre 2002, 59 p.
- 27 MOLARD Fabienne. Critères de choix du lieu d'installation des résidents. Etude auprès de 119 résidents de Poitou-Charentes. Thèse d'exercice. POITIERS : Faculté de médecine et de Pharmacie de Poitiers. 2005, 87 p.
- 28 ZETER Christophe. Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Thèse d'exercice. POITIERS : Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers. 2004, 132 p.
- 29 Enquête réalisée auprès des internes de médecine générale. Année universitaire 2005-2006. Université de POITIERS. Faculté de médecine et de pharmacie. Département de médecine générale. 2006, 22 p.
- 30 CHESNEAU Sabine. La féminisation de la médecine générale : conséquences et apports. Thèse d'exercice. ROUEN : Faculté de Médecine et de Pharmacie. 2004, 250 p.

- 31 KAHN-BENSAUDE Irène. La féminisation : une chance à saisir. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Décembre 2005, 37 p.
- 32 BERTRAND Xavier. Réponses au défi de la démographie médicale. Dossier de presse. Ministère de la santé et des solidarités. Janvier 2006, 17 p.
- 33 LEVASSEUR Gwénola, PONTIUS C., Le BERRE JP, GROSBOIS B. Les résidents en médecine générale deviennent-ils médecins généralistes ? Novembre 2003 [en ligne]. Disponible sur <<http://www.cnge.fr>> (consulté en mai 2004).
- 34 LUCAS-GABRIELLI Véronique, SOURTY-LE GUELLEC Marie Jo. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Question d'économie de santé n°81. CREDES. Avril 2004, 8 p.
- 35 AUDRIC Sophie. L'exercice en groupe des médecins libéraux. DRESS. Etudes et résultats n°314. Juin 2004, 12 p.
- 36 BREUIL-GRENIER Pascale, GOFFETTE Céline. La durée des séances des médecins généralistes. DREES. Etudes et résultats n°481. Avril 2006, 8 p.

# ANNEXES

## 1. COURRIER JOINT AU QUESTIONNAIRE



Stéphanie POISSON-RUBI  
Appt. 5  
8, rue des clématites  
86000 Poitiers

Chasseneuil, le 30 mai 2005

Nos Réf. : MRQ/SPR/05006

Chère consoeur, cher confrère,

J'effectue actuellement, sous la direction du Docteur Olivier Kandel, généraliste à Poitiers, un **travail de thèse** sur la jeune génération des médecins généralistes dont vous faite partie, intitulé :

**«Devenir socioprofessionnel des jeunes médecins généralistes  
issus de la faculté de médecine de Poitiers entre 1999 et 2003 »**

L'objectif de ce travail est principalement de définir votre profil, votre parcours et également de savoir comment vous envisagez votre avenir dans un contexte de modifications de la pratique médicale et de l'organisation du système de soins.

Afin de réaliser cette étude, et grâce à la participation de l'**Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou Charentes**, j'adresse actuellement à toutes les personnes concernées, soit 250 médecins ayant validé la totalité de leurs études entre 1999 et 2003, un **questionnaire que vous trouverez ci-joint**. Les réponses seront bien sûr anonymisées dès réception.

Vous n'êtes pas concerné par toutes les questions, mais uniquement par celles se rapportant à votre état civil, votre situation actuelle et votre activité professionnelle. Il ne vous faut en moyenne pas plus de 15 minutes pour remplir ce questionnaire. Si vous avez des questions particulières ou bien des remarques, n'hésitez surtout pas à me contacter :

par mail ([these.steph@neuf.fr](mailto:these.steph@neuf.fr)) ou par téléphone (06 63 53 64 94).

Je vous remercie sincèrement de m'accorder un peu de votre temps en complétant ce questionnaire, qui me permettra de documenter mon travail de thèse. Nous pourrons ainsi, je l'espère, mieux appréhender l'activité et les désirs de la jeune génération des médecins généralistes.

Veuillez recevoir, chère consoeur, cher confrère, mes salutations les plus cordiales.

Dr Philippe BOUTIN  
Président de l'URML Poitou-Charentes

Stéphanie Poisson-Rubi

*PS : Vous trouverez, jointe à ce courrier, une enveloppe affranchie pour le renvoi le plus tôt possible du questionnaire à l'URML. Merci !*

## 2. QUESTIONNAIRE

<b>DEVENIR SOCIOPROFESSIONNEL DES MEDECINS GENERALISTES ISSUS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE POITIERS ENTRE 1999 ET 2003.</b>
---

✍ -----

Ce bandeau est destiné à l'anonymisation du questionnaire.

**Nom** : \_\_\_\_\_

**Prénom** : \_\_\_\_\_

**Adresse mail** : \_\_\_\_\_

N° ID : .....-ne pas remplir-

✍ -----

N° ID : .....-ne pas remplir-

1- Année de **naissance** : \_\_\_\_\_

2- **Sexe** : Féminin ?

Masculin ?

3- **Situation familiale**

a. **Vous vivez** : ? **Seul(e)**

? **En couple** => votre conjoint(e) exerce-t-il/elle dans le domaine  
paramédical ? : ? Oui

? Non : exerce-t-il/elle une profession ? Non? Oui ?

b. **Si vous avez des enfants**, précisez :

- **Combien** : \_\_\_\_\_

- **A quel âge** avez-vous eu votre premier enfant : \_\_\_\_\_

<b>FORMATION</b>
------------------

4- Année de **première inscription** en faculté de médecine : \_\_\_\_\_

5- Avez-vous dû **interrompre momentanément vos études**, du premier au troisième cycle  
inclus ? (plusieurs réponses sont possibles):

? Jamais

? Pour des raisons financières

? Pour un (des) congé(s) de maternité ou paternité

? Pour des problèmes de santé

? Pour des raisons familiales

? Congé sabbatique

? Autre, à préciser : \_\_\_\_\_

6- Avez-vous **redoublé** au cours de vos études de médecine ? (1<sup>ier</sup>, 2<sup>ième</sup> ou 3<sup>ième</sup> cycle) ?

Oui ?

Non ?

7- Avez-vous effectué un stage de troisième cycle en **surnombre**?

? Oui, pour quel(s) motif(s): \_\_\_\_\_

? Non

8- Avez-vous tenté l'**internat** ? :

? Oui, regrettez-vous de ne pas pouvoir exercer une spécialité : Non ? Oui ?

? Non, dans ce cas, le regrettez-vous : Non ? Oui ?

9- Avez-vous effectué des **remplacements pendant votre troisième cycle** ?

Oui ?

Non ?

10- Êtes-vous globalement satisfait de l'enseignement de **médecine générale** que vous avez reçu au cours de votre formation ?

? Très insatisfait ? Plutôt insatisfait ? Plutôt satisfait ? Très satisfait

11- Êtes-vous satisfait de l'enseignement médical **global** que vous avez reçu au cours de votre formation :

? Très insatisfait ? Plutôt insatisfait ? Plutôt satisfait ? Très satisfait

12- Auriez-vous **souhaité** au cours de vos études de médecine :

	Oui	Non
? Effectuer des <b>stages chez des médecins généralistes dès le 2<sup>ième</sup> cycle</b>	?	?
? Recevoir un <b>enseignement sur la médecine générale plus important pendant les 2<sup>ième</sup> et 3<sup>ième</sup> cycles</b>	?	?
? Avoir <b>moins de stages hospitaliers et plus de stages de médecine générale pendant le 3<sup>ième</sup> cycle</b>	?	?
? Recevoir un enseignement plus important dans les <b>spécialités médicales</b>	?	?
? Recevoir un enseignement plus important sur les <b>relations médecin-malades</b>	?	?
? Avoir plus d'informations sur les <b>professions pouvant être exercées par les médecins généralistes (libérales, salariées ...)</b>	?	?
? Recevoir plus d'enseignement :		
- dans le <b>domaine juridique</b>	?	?
- dans le <b>domaine médico-social</b>	?	?
- dans le <b>domaine administratif</b>	?	?

13- Avez-vous été satisfait de votre stage chez le praticien généraliste  
? Très insatisfait      ? Plutôt insatisfait      ? Plutôt satisfait      ? Très satisfait

14- Etes-vous **thésé(e)** ?      ? **Oui**, en quelle année: \_\_\_\_\_  
? **Non**, année prévue de soutenance : \_\_\_\_\_

**SITUATION ACTUELLE**

15- Dans quel **département** exercez-vous principalement ? \_\_\_\_\_

16- **Actuellement**, quelle(s) **activité(s)** exercez-vous ?

? **Plusieurs réponses possibles** (cases à cocher)

? **Entourez la case de votre activité principale en terme de revenu.**

? Médecine générale libérale, installé(e) en cabinet médical

? Médecine salariée

? Remplacements

? Sans activité

? Congé longue maladie

? Autre(s) activité(s) (y compris non médicale), précisez : \_\_\_\_\_

17- Précisez **depuis quelle année et quel âge** vous exercez votre activité principale actuelle :  
\_\_\_\_\_

18- **Entre la fin de votre 3<sup>ième</sup> cycle et votre situation actuelle**, avez-vous exercé une (des) activité(s) professionnelle(s) **autre(s) que celle(s) exercée(s) actuellement**? (plusieurs réponses possibles).

? Pas d'autre(s) activité(s) que celle(s) citée(s)

? Médecine générale libérale, installé(e) en cabinet médical

? Médecine salariée, précisez : \_\_\_\_\_

? Remplacements

? Autre(s) activité(s) (y compris non médicale), précisez : \_\_\_\_\_

19- Pour quelle(s) raison(s) avez-vous totalement cessé cette(ces) activité(s) ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20- Avez-vous ou êtes-vous en cours de formation pour **un (des) diplôme(s) universitaire, capacité(s) ou autre(s) diplôme(s)** ?

Non      ?      Oui      ? : le(s)quel(s) :

21- Êtes-vous prêt(e) à vous **installer** en médecine libérale en **milieu rural** ? (plusieurs réponses possibles) :

- ? Non, quelles que soient les conditions proposées
  - ? Oui, sans conditions
  - ? Oui, à condition d'exercer dans un cabinet de groupe avec secrétariat
  - ? Oui, à condition d'aides financières et /ou allègements des charges à l'installation
  - ? Oui, à condition de pouvoir exercer à temps partiel
  - ? Oui, à condition de ne pas habiter sur place
  - ? Oui, à condition d'avoir un système de garde bien organisé
  - ? Oui, à d'autres conditions (précisez) : \_\_\_\_\_
- 

22- Avez-vous rencontré des **difficultés particulières au début de votre activité professionnelle**? (plusieurs réponses possibles) :

- ? Financières
- ? Administratives
- ? Charge de travail trop importante
- ? Charge de travail insuffisante
- ? Clientèle insuffisante
- ? Difficultés pour concilier vie professionnelle et personnelle
- ? Difficultés pour faire le choix d'activité
- ? Difficultés pour trouver ou obtenir l'emploi recherché
- ? Difficultés pour trouver un emploi dans la zone géographique souhaitée
- ? Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

23- **Participez-vous** à des :

(**Si oui**, à quelle fréquence par année)

- |   |                  |       |
|---|------------------|-------|
| - FMC   | Oui ? : _____/an | Non ? |
| -Groupes de paires                                    | Oui ? : _____/an | Non ? |
| -Activités syndicales                                 | Oui ? : _____/an | Non ? |
| -Sociétés savantes                                    | Oui ? : _____/an | Non ? |
| -Démarches d'évaluation de l'activité professionnelle | Oui ? : _____/an | Non ? |
| -Êtes-vous abonné(e) à une (des) revue(s) médicale(s) | Oui ?            | Non ? |

24- Avez-vous déjà dû **interrompre momentanément votre activité professionnelle** (depuis la fin de votre troisième cycle) pour d'autres raisons que des vacances ou des FMC ? (plusieurs réponses possibles):

- ? Jamais
- ? Congé de maternité ou de paternité
- ? Pour des problèmes de santé
- ? Pour des raisons familiales
- ? Préparation de thèse
- ? Congé sabbatique
- ? Autre, précisez : \_\_\_\_\_

25- Le **choix de votre activité** actuelle, est-il **orienté** par : (plusieurs réponses possibles)

- ? Une opportunité professionnelle
- ? Des facteurs financiers
- ? Des contraintes familiales : enfant(s)
- ? Des contraintes familiales : conjoint
- ? Des contraintes de santé personnelle
- ? Un confort de vie
- ? L'environnement socioculturel
- ? Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

26- Le choix de votre **lieu d'exercice** actuel, est-il **orienté** par : (plusieurs réponses possibles) :

- ? Une opportunité professionnelle
- ? Des facteurs financiers
- ? Des contraintes familiales : enfant(s)
- ? Des contraintes familiales : conjoint
- ? Des contraintes de santé personnelle
- ? Un confort de vie
- ? L'environnement socioculturel
- ? Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

27- Exercez-vous actuellement **la profession que vous envisagiez au début de vos études médicales** ?    ?    Oui    ?    Non

**28-** Que prévoiriez-vous **à court terme** (5 à 10 années) pour votre activité, si vous aviez la possibilité de la modifier ? (précisez en quelques mots seulement, plusieurs réponses possibles) :

- ? Exercice identique
- ? Changement de lieu géographique
- ? Changement de mode d'activité en restant toujours dans le domaine médical
- ? Changement pour une activité en dehors du domaine médical
- ? Arrêt de toute activité professionnelle
- ? Autre: \_\_\_\_\_

Pour les **chapitres suivants**, complétez tous **ceux vous concernant**. **Par exemple** si vous cumulez remplacements et vacations salariées, remplissez alors les chapitres destinés au MEDECINS SALARIES et MEDECINS REMPLACANTS.

<b>MEDECINS LIBERAUX INSTALLES</b>
------------------------------------

**29-** Vous êtes **installé(e)** :

- ? Dans un cabinet de groupe
- ? Seul(e)

**30-** Vous êtes installé(e) en **zone** :

- ? Rurale
- ? Urbaine
- ? Semi rurale

**31- Vous avez :**

- ? Pris la suite d'un médecin que vous remplaciez habituellement
  - ? Pris la suite d'un autre médecin
  - ? Fait une association dans un cabinet médical où vous remplaciez habituellement
  - ? Fait une association dans un autre cabinet médical
  - ? Créé votre propre cabinet médical
  - ? Autre à préciser : \_\_\_\_\_
-

32- Combien de **demi journées** travaillez-vous par semaine ? \_\_\_\_\_

33- Combien effectuez-vous de **consultations** et **visites** par semaine ?

C= \_\_\_\_\_ V= \_\_\_\_\_

34- Combien effectuez-vous de **gardes** par mois ? \_\_\_\_\_

35- Combien de semaines de **congés** avez-vous pris dans l'année passée ? \_\_\_\_\_

36- Avez-vous des difficultés pour **trouver des remplaçant(e)s** ?

Oui ?

Non ?

#### MEDECINS SALARIES

37- Quelle est votre **profession exacte** et dans quelle structure exercez-vous ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38- **Vous exercez à :**

Temps plein ?      Mi-temps ?      Autre ? précisez : \_\_\_\_\_

#### MEDECINS REMPLACANTS

39- Dans quel(s) **département(s)** remplacez-vous habituellement, (du plus fréquenté au moins fréquenté) ?      1<sup>ier</sup> \_\_\_\_\_      2<sup>ième</sup> \_\_\_\_\_

40- A quelle **distance** de votre domicile est votre lieu de remplacement le plus éloigné ? \_\_\_\_\_

41- Vous remplacez habituellement en **milieu** :

Urbain ?

Semi rural ?

Rural ?

Mixte ?

42- Avez-vous des **difficultés pour trouver des remplacements** ?

Oui ?

Non ?

**VOUS N'EXERCEZ PLUS DANS LE DOMAINE MEDICALE  
OU ÊTES SANS ACTIVITE**

43- Quel a été votre **parcours** depuis la fin du 3<sup>ème</sup> cycle ? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

44- Pour quel(s) **motif(s)** avez-vous changé d'orientation ? \_\_\_\_\_

---

---

---

**POUR TOUS**

Avez-vous des **remarques ou suggestions** à faire concernant cette étude ? : \_\_\_\_\_

---

---

---

Nous vous remercions vivement de votre patience et de votre participation à cette étude.  
Les réponses que vous y apporterez resteront confidentielles.  
Si vous désirez en obtenir les résultats, nous pouvons vous les communiquer par mail,  
courrier ou bien vous pouvez nous contacter directement.

- ? Non, je ne souhaite pas recevoir les conclusions de ce travail
- ? Oui, je souhaite recevoir les conclusions de ce travail à mon adresse mail
- ? Oui, je souhaite recevoir les conclusions de ce travail à l'adresse postale suivante :

---

---

---

# ABRÉVIATIONS

ADELI : Automatisation Des Listes

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CREDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (IRDES)

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

FMC : Formation médicale continue

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé (anciennement CREDES)

MG : Médecine générale

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PCEM : premier cycle des études médicales

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SNIR : Système National Inter régimes

TCEM : troisième cycle des études médicales

URCAM : Unions Régionales des Caisses d'Assurance maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

# RÉSUMÉ

Que sont devenus les 248 médecins généralistes issus de la faculté de Poitiers entre 1999 et 2003 ? Dans un contexte de début de crise de la démographie médicale, nous avons voulu savoir ce qu'il était advenu de ces jeunes médecins généralistes admis en faculté dans la période la plus basse du numerus clausus.

Nous avons réalisé une enquête par questionnaire adressé par la poste aux jeunes médecins ayant terminé leur troisième cycle de médecine générale entre 1999 et 2003. Les questions portaient principalement sur leur situation personnelle, professionnelle, leurs impressions sur l'enseignement qu'ils ont reçu et sur leurs projets. Le questionnaire avait été testé, puis posté en mai 2005.

Nous avons eu 74% de réponse. 79% des médecins sont restés dans leur région de formation. Ils ont en moyenne 32 ans, les femmes sont légèrement majoritaires. 88% vivent en couple avec 1,4 enfants. 9 sur 10 ont un conjoint actif, plutôt dans un domaine médical pour les hommes et non médical pour les femmes. Ils ont passé leur thèse plus de 11 ans après leur première inscription en faculté. Ils sont satisfaits de l'enseignement global qu'ils ont reçu (81%). Ils auraient cependant aimé recevoir un enseignement de médecine générale avant leur 3<sup>ième</sup> cycle. 84% sont satisfaits de leur stage chez le praticien généraliste. 2/3 se destinent à une installation en médecine libérale, 1/4 à la médecine salariée. Très peu sont ceux qui n'ont plus d'activité médicale (2%). 85% des installations en médecine libérale font suite à une opportunité professionnelle. 50% accepteraient un exercice en zone rurale, surtout les femmes, à condition d'être en cabinet de groupe. Les mesures financières ne les encourageraient pas à faire une telle installation. Ils ne sont pas prêts à sacrifier leur vie personnelle au profit de leur carrière.

Comme en Bretagne ou Haute-Normandie, nous avons de nouveau constaté le besoin exprimé par les jeunes généralistes de recevoir un enseignement théorique de médecine générale plus important au cours de leurs études. Nous pouvons également confirmer le constat déjà fait : la priorité est donnée à leur vie privée plutôt que professionnelle.

Les principaux enseignements de l'enquête portent sur la formation des généralistes et l'offre de soin sur le territoire. Les jeunes médecins estiment que l'apprentissage auprès d'un pair senior sur site (stage chez le praticien) a été indispensable à leur formation. Mais ils semblent attendre maintenant plus d'enseignement de médecine générale. Les leviers d'incitation à l'installation notamment en milieu rural se trouveront plus dans les conditions de vie que dans le statut financier. Les femmes ne sont pas hostiles à exercer à la campagne, pour peu qu'on écoute leurs attentes qui sont souvent des besoins.

## Mots clés

Démographie médicale  
Enseignement médical  
Féminisation  
Jeunes médecins  
Installation médicale