



HAL
open science

Etude des déterminants du choix de la médecine générale d'une cohorte d'étudiants en fin de DES en Lorraine

Charlène Cholley

► **To cite this version:**

Charlène Cholley. Etude des déterminants du choix de la médecine générale d'une cohorte d'étudiants en fin de DES en Lorraine. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297659

HAL Id: hal-03297659

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297659>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
2019

Faculté de Médecine de Nancy

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine générale

Par
Charlène CHOLLEY

Le Vendredi 11 janvier 2019

**Etude des déterminants du choix de la médecine générale d'une
cohorte d'étudiants en fin de DES en Lorraine.**

Examineurs de la thèse :

Président de jury :

Monsieur Paolo DI PATRIZIO

Professeur

Juges :

Monsieur Jean-Pierre KAHN

Professeur

Monsieur Jean-Dominique de KORWIN

Professeur

Monsieur Cédric BAUMANN

Docteur

Monsieur Damien GONTHIER

Docteur (Directeur de thèse)

Monsieur Alan CHARISSOU

Docteur (Directeur de thèse)



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT :

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - François
KOHLER

Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD
François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^e sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie
CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM
TEIXEIRA

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^e sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4^e sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^e sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian
RABAUD

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^e sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^e sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

2^e sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^e sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^e sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^e sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3^e sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44^e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^e sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET

48^e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^e sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2^e sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

4^e sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52^e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

53^e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

2^e sous-section : (Chirurgie générale)

Docteur Cyril PERRENOT

54^e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5^e sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS Monsieur Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)

Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)

Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume-Uni)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (U.S.A)

Professeur Martin EXNER (2012)

Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Remerciements

Au Président du jury,

Professeur Paolo Di Patrizio,

Directeur du Département Universitaire de Médecine Générale de Nancy,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté la présidence de ce jury. Vous avez fait preuve de beaucoup de patience et d'indulgence, soyez assuré de toute ma gratitude et de mon profond respect.

Aux juges,

Professeur Jean-Pierre Kahn,
Professeur de psychiatrie,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Professeur Jean-Dominique De Korwin,
Professeur de médecine interne,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

Docteur Cédric Baumann,
Docteur en santé publique,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère gratitude et de mon profond respect.

A Mes directeurs de thèse

Docteur Damien Gonthier,

Médecin généraliste et assistant chef de clinique en médecine générale,

Merci de m'avoir proposé ce sujet et d'avoir co-dirigé cette thèse.

Docteur Alan Charissou,

Médecin généraliste exerçant en PMI dans le département de la Moselle

Merci d'avoir partagé ta passion pour ce projet et surtout d'avoir été présent à mes côtés tout au long de la réalisation de cette thèse.

A tous les médecins avec lesquels j'ai eu la chance de travailler,

Un remerciement particulier aux Docteur Sophie Hilpert, et à Docteur Hafida Bentaiba, pour votre encadrement et votre gentillesse lors du grand saut qu'est le premier semestre.

Tous les médecins que j'ai pu rencontrer lors de garde aux urgences de Metz, qui m'ont si bien rassuré.

A Dr Boussouf, et toute l'équipe de gynéco-obstétrique de Remiremont, merci pour votre confiance.

A Dr Chalhoub et toute l'équipe de médecine polyvalente, merci pour votre confiance et votre accueil.

A Dr Nace, aux médecins et toute l'équipe du SAU de Nancy pour votre accueil et vos encouragements dans la bonne voie.

A Dr Maxime Zimmerman pour les co-voiturages et les bons conseils, je suis ravie d'être ta future collègue.

A Dr Delrue et Dr Lebrun pour votre accueil pendant ce semestre intéressant.

A Pr Levy et toute l'équipe médicale de la Réanimation Médicale de Brabois, merci pour votre encadrement et vos conseils lors de ce dernier stage.

A Professeur Billaud, et toute l'équipe de pédiatrie de Metz, pour votre gentillesse et votre accueil.

A ma Famille

A Maman, merci pour ton soutien apporté pendant ces années, à ton amour inconditionnel, je ne t'en remercierai jamais assez.

A Papa, merci pour cet optimisme et ce soutien à toute épreuve.

A mon Lolo, merci d'être toujours là pour moi, je te souhaite d'être heureux dans tout ce que tu entreprendras sache que je serai toujours là pour toi.

Sans vous je n'en serais pas là aujourd'hui, merci pour tout, je vous aime.

A ma Marraine, et mes petites sœurs de cœur (ou cousines) Pauline et Maureen, à ce lien si spécial, à notre enfance ensemble et à nos vies d'adultes à venir.

A Zabeth, ma deuxième maman, merci à Joël de prendre soin d'elle.

A Aline et Arnaud, vous m'avez accueillie à bras ouverts, et appris que les efforts sont toujours récompensés. Merci pour votre soutien dans tous nos projets. La famille c'est sacré, comme le bon vin.

A Jules et Louise, pour vos regards d'enfants sur tout ça et vos éclats de rire, et surtout vos tonnes de bisous.

A la famille Hacquard merci de m'avoir accueillie et surtout à votre folie de m'autoriser à décompresser. Un gros bisou particulier à Sophie, merci pour tout.

A la famille Mercier, pour ces nombreux repas partagés.

A tous mes cousines et cousins, tantes et oncles.

A mes amis,

A Alexandra, Charlène, Lucile, Thibault pour le partage des cours de DESC, les doutes et surtout les joies et les réussites, et tous ces futurs appels de debriefings ou d'insomniaque !

A toute l'équipe Romarimontaine pour votre accueil pendant ce stage en gynécologie riche en émotions à Alexandra, Anne-Laure, Baptiste, Lucile.

A Aurore et Chloé pour votre soutien lors du semestre de médecine poly', et surtout pour cette amitié qui en est née. Aurore prend soin de ton petit Ethan et j'espère que l'on se reverra vite, Chloé j'ai hâte de te voir en mariée aux côtés de ton Vincent.

A la team RMB : Caroline, Joseph, Lucie, Pauline, Pierre, Pierre, Romain et Victor ! Merci pour votre soutien pendant ce semestre compliqué, LOVE !!

A Fanny, Camille, Marion, Théo, Ysé. Vous m'avez permis de traverser la P1 et les années suivantes, merci pour tous ces fous rires et cette amitié partagée.

A Benjamin, Jérémy, Jean-David, Manu, Paul de la maternelle à maintenant, à toutes ces soirées nancéiennes. Au fait " ça y est je peux faire des ordonnances et des certificats !!!" ; Allison je compte sur toi pour la suite et notre grande ferme du bonheur...

A Guillaume et Léa, pour ces discussions sur le sens de la vie, pour votre vision de ce monde et votre présence, merci.

A Guillaume, pour ces bons repas mitonnés, et ces moments partagés.

A Arnaud & Mélanie, et leur petit Martin, merci pour ces week-ends de partage et cette amitié indispensable. Un grand merci Douce, pour tes relectures et tes corrections.

A Mon P'tit Lu, pour ces années traversées ensemble, tous nos doutes et nos réussites, et c'est loin d'être terminé, merci. Jérôme n'oublie pas le projet de colocation avec Chris.

A Noémie, peut-être un jour futur collègue, merci de m'avoir sauvé à la vie de multiples fois sur le trajet du collègue, je serai toujours là pour toi.

A Clémence, de la maternelle à maintenant, ton mariage avec Thomas, la naissance d'Anna... que d'émotions. Je te souhaite le meilleur, et sache que je serai toujours là pour toi (pour vous).

A Cindy, que d'années traversées ensemble, des combats gagnés, des doutes mais surtout beaucoup d'amour et de partage, sache que je serai toujours là pour toi. Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Anthony.

A Jérôme, pour ton soutien de chaque jour, pour toutes tes attentions, sans toi je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui ! Quel bonheur de nous découvrir "presque" adultes avec de beaux projets, merci pour tout, Je t'aime.

Serment d'Hippocrate

«Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Liste des abréviations.....	16
Introduction	17
Situation démographique actuelle et aides proposées.....	18
La situation médicale en France	18
Généralités.....	18
La médecine générale.....	20
Le cas de la région Grand est.....	20
Généralités et portrait de la région	20
La médecine générale en Grand Est.....	21
Tous les diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours	23
Profil des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2017	23
Tentatives d'augmentation des effectifs.....	23
Incitation à exercer la MG au décours du DES de MG	25
L'essentiel de l'introduction	27
Méthode	28
Type d'étude.....	28
Population étudiée	28
Questionnaire	28
Considérations éthiques et déclaration CNIL	29
L'essentiel de la méthode	29
Résultats	30
Taux de réponse et représentativité de l'échantillon	30
Description de la cohorte	30
Aspects sociodémographiques.....	30
Formation initiale.....	32
La médecine générale dans le cursus	34
Aides financières au cours des études	37
Situation professionnelle en novembre 2017	38
Pratique exclusive de la médecine générale.....	39
Activité mixte	40

Pratique exclusive d'une autre activité.....	40
Facteurs associés à la pratique de la médecine générale.....	41
Facteurs associés à la pratique de la médecine générale au moins en partie en milieu rural	45
L'essentiel des résultats.....	49
Discussion.....	50
Critique de l'étude.....	50
Points forts.....	50
Points faibles.....	50
Données descriptives et comparaisons interrégionales.....	53
Taux de réponse.....	54
Impact du DCEM sur le choix de la MG.....	55
Une pratique de la MG plus importante en Auvergne.....	56
Pratique en zone rurale.....	56
Part importante d'étudiant n'ayant pas encore fini leur DES.....	57
Statut de remplaçant.....	57
Profil type des jeunes exerçant la MG selon les régions.....	58
Variables, parcours professionnels et propositions.....	59
Facteurs en lien avant le fait d'exercer la MG.....	59
Facteurs en lien avec le fait d'exercer en rural et/ou semi-rural.....	65
Facteurs liés statistiquement à l'exercice de la MG et à l'exercice en rural/semi-rural...68	
Proposition de complément de recherche.....	68
L'essentiel de la discussion.....	70
Conclusion.....	71
Bibliographie.....	73
Annexes.....	78
Lettre accompagnant le questionnaire.....	78
Le questionnaire.....	79

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé
CA : Champagne-Ardenne
CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins
CESP : Contrat d'Engagement Service Public
CH : Centre Hospitalier
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CNOM : Conseil National de l'Ordre de Médecins
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CROUS : Centre régional des œuvres universitaires et scolaires
DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
DOM-TOM : Département d'Outre-Mer - Territoire d'Outre-Mer
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DU : Diplôme Universitaire
DIU : Diplôme Inter Universitaire
ECN : Examen Classant National
EFS : Etablissement Français du Sang
ESP : Equipe de Soins Primaires
FST : Formations Spécialisées Transversales
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDE : Infirmier Diplômé D'Etat
IDF : Île de France
IMG : Interne de Médecine Générale
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
JORF : Journal Officiel de la République Française
MG : Médecine Générale
NR : Non Renseigné
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
PCEM1 : Première Année du Premier Cycle des Études Médicales
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale
PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire
PTMR : Praticien Territorial de Médecine de Remplacement
SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales
URSSAF : Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales
WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
ZAC : Zone d'Action Complémentaire
ZIP : Zones d'Intervention Prioritaire

Introduction

L'ensemble des mesures visant à améliorer la répartition de l'offre de soins en médecine générale sur les territoires ne semble pas avoir réussi à enrayer l'aggravation de l'inadéquation entre l'offre et les besoins.

Nous formulons l'hypothèse que cette absence d'efficacité concrète provient du fait que ces mesures correctrices n'ont pas été construites sur la base de ce qui détermine réellement le choix de la médecine générale chez les étudiants en fin de cursus.

D'ailleurs, ces déterminants ne sont pas vraiment connus. Les études traitant de cette question souffrent souvent de méthodes (études des déclarations d'intention (1), études rétrospectives (2,3,4) qui ne permettent pas de connaître quels leviers permettraient d'obtenir réellement une amélioration de l'offre de médecine générale dans des territoires ciblés.

C'est la raison pour laquelle des études de cohorte ont été mises en place dans différentes régions depuis 2011 : notamment Champagne-Ardenne (5), PACA (6), Île-de-France (7), Auvergne (8), Haute Normandie (9). Les résultats de ces premières études sont encourageants. Les données produites permettent de commencer à identifier ce qui pourrait influencer le parcours professionnel des diplômés en médecine générale. Ces connaissances pourront servir à imaginer des leviers efficaces pour rééquilibrer l'offre de médecine générale sur les territoires.

La région Lorraine n'a pas encore fait l'objet d'étude des déterminants du parcours professionnel des jeunes généralistes. D'où notre question de recherche : quels sont les déterminants du choix de la médecine générale des étudiants en fin de DES de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy ?

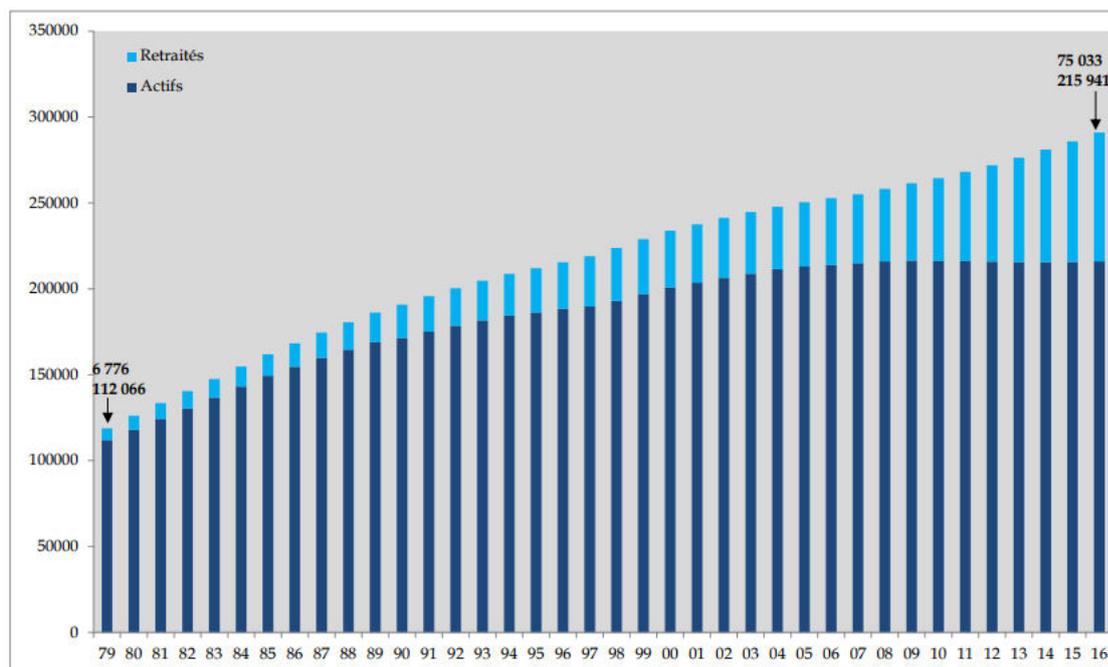
Situation démographique actuelle et aides proposées

En 2009, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) met au centre des préoccupations l'accès aux soins de premier recours qu'elle définit « dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. » (10)

La situation médicale en France

Généralités

Au 1er janvier 2017, la France recense 290 974 médecins inscrits au tableau de l'ordre des médecins (11), avec une augmentation des effectifs depuis 2015 de 1,8% et de 15% par rapport aux effectifs de 2007. Derrière cette apparente amélioration, se cache une augmentation de l'inadéquation entre l'offre médicale et les besoins de santé en France. En effet, seulement 68% des médecins ont une activité régulière (contre 78% en 2007) soient 197 859 médecins inscrits. Par ailleurs, la proportion des médecins retraités actifs a augmenté de 1% en 2007 pour atteindre 6% en 2017.

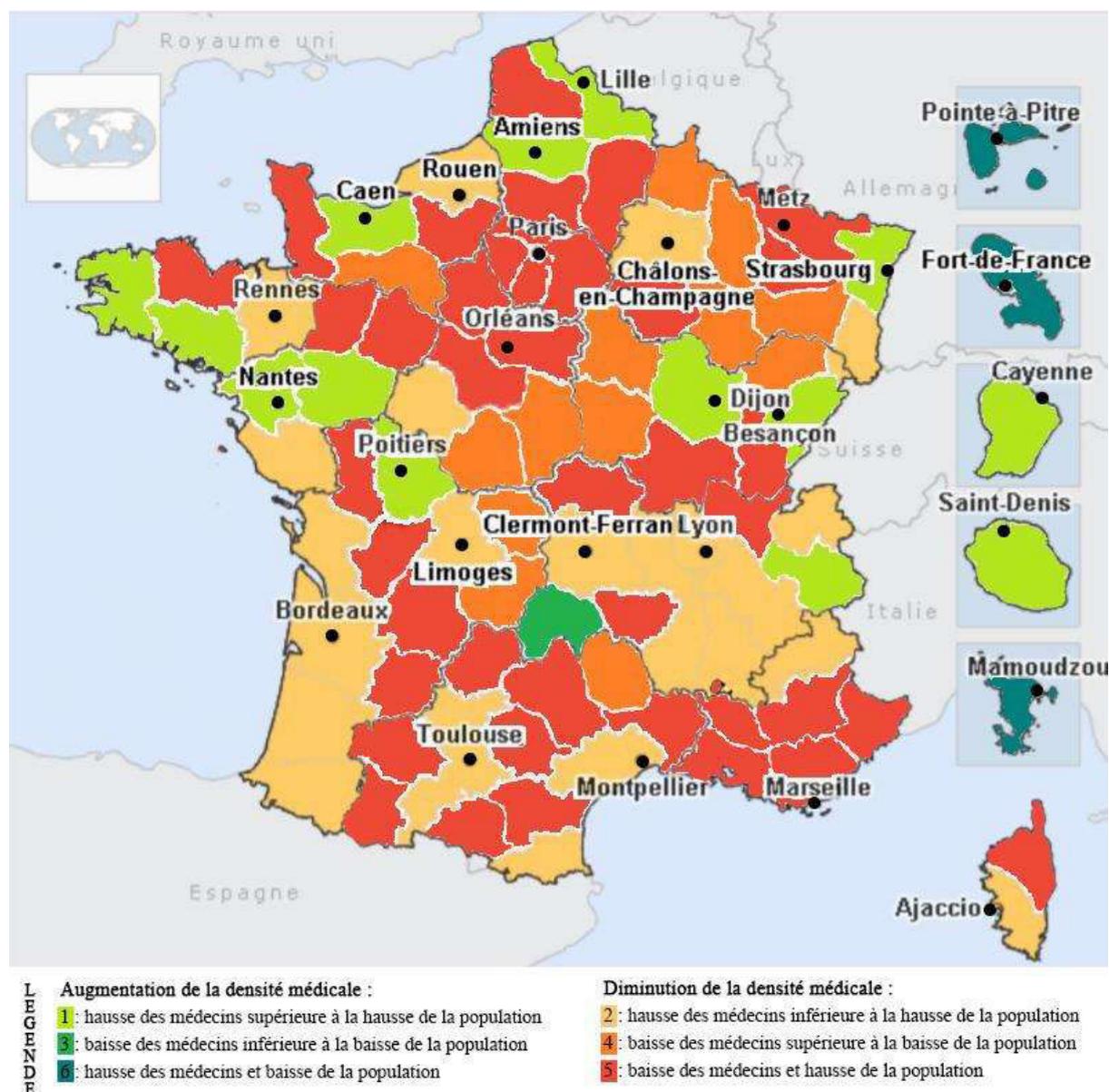


Graphique 1 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2017
source Atlas de démographie médicale, Situation au 1er Janvier 2017

Les variations des effectifs médicaux doivent être confrontées à l'évolution de la population. En effet, certaines régions peuvent avoir un nombre de médecin en augmentation et rester en zone déficitaire du fait d'une augmentation de leur population.

La densité moyenne pour les médecins toutes spécialités confondues en France est au 1er Janvier 2017 de 330,7 médecins pour 100 000 habitants. (11)

La majorité des départements observent une baisse du nombre de médecin et une hausse de la population. Seuls quatorze départements connaissent une hausse du nombre de médecins supérieure à la hausse de la population, par exemple le Bas-Rhin.



Carte 1 : Représentation de la variation des effectifs de médecins généralistes en activité régulière et de la population générale

La médecine générale

Selon la définition de la WONCA datant de 2002, la médecine générale “est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l’âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée. Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.”(12) Elle est donc le premier maillon de la chaîne de soin ; c’est pourquoi la baisse des médecins généralistes est d’autant plus préoccupante.

Au 1er janvier 2017 le tableau de l’Ordre recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d’exercice), soit une diminution de 9,1% des effectifs depuis 2007. (11)

Les régions qui enregistrent les plus fortes baisses sont la Bretagne (avec une perte de 30% de médecins généralistes), l’Occitanie (avec une perte de 18,3%) cela malgré un profil attractif, et l’Ile-de-France avec une diminution de 15,5%. Au contraire les régions qui voient le nombre de leurs médecins généralistes en hausse sont les DOM-TOM avec Mayotte (avec une augmentation de 26,4%), la Guyane avec une hausse de 20%, et la Guadeloupe avec une hausse de 9,6%.

L’aggravation de la diminution de l’activité des médecins généralistes est prévisible. Actuellement, les médecins généralistes âgés de 60 ans et plus, représentent 28% des médecins généralistes inscrits au tableau de l’ordre et ceux ayant moins de 40 ans représentent 17%. Cette diminution du nombre de médecins est à corréliser avec les variations de la population qui est également vieillissante. Une augmentation de la demande de soin est donc prévisible.

La problématique des soins primaires en France est également due à une pratique non-exhaustive de la médecine de premier recours par les médecins généralistes. En effet, au 1er janvier 2017, 56,3% seulement des médecins généralistes inscrits à l’Ordre (11) ont une activité exclusivement libérale, 6,6% ont une activité mixte et 37,0% une activité salariée. La répartition d’activité en région Grand-Est est comparable à la répartition nationale avec 34% de médecin généraliste ayant une activité salariée, et 66% au moins en partie libérale.

Le cas de la région Grand est

Généralités et portrait de la région

Elle est composée de dix départements à savoir l’Aube, les Ardennes, le Bas-Rhin, la Haute-Marne, le Haut-Rhin, la Marne, la Meuse, la Meurthe et Moselle, la Moselle, les Vosges depuis le 1er Janvier 2016. (13)

D’une superficie de 57 433 km², soit environ de 2,2% de l’espace métropolitain, la Lorraine est une région très inégalement peuplée. Elle compte près de 5,5 millions d’habitants, soit 8,3% de la population française métropolitaine d’après les données de l’INSEE au 1er janvier 2016. Elle affiche une densité de 96,8 habitants par km², soit moins que la densité moyenne de l’hexagone (104,2 habitants par km²).

La région Grand Est regroupe dix départements qui se découpent en 157 bassins de vie¹ selon la répartition de l'INSEE de 2012.(14) L'étude de la densité populationnelle de ces bassins montre que plus de 80% des communes comptent moins de 1000 habitants et cette population rurale correspond à 23% de la population régionale. (13)

La région Grand-Est est une région composée de zones rurales, mais aussi de zones urbaines, puisqu'un tiers de la population vit dans ces dernières.

En 2013, au niveau de la Lorraine (Meuse, Meurthe et Moselle, Moselle et Vosges), un bassin de vie compte en moyenne 8 généralistes pour 10 000 habitants. Quarante-deux pour cent des bassins de vie en Grand Est sont caractérisés par une densité médicale faible.

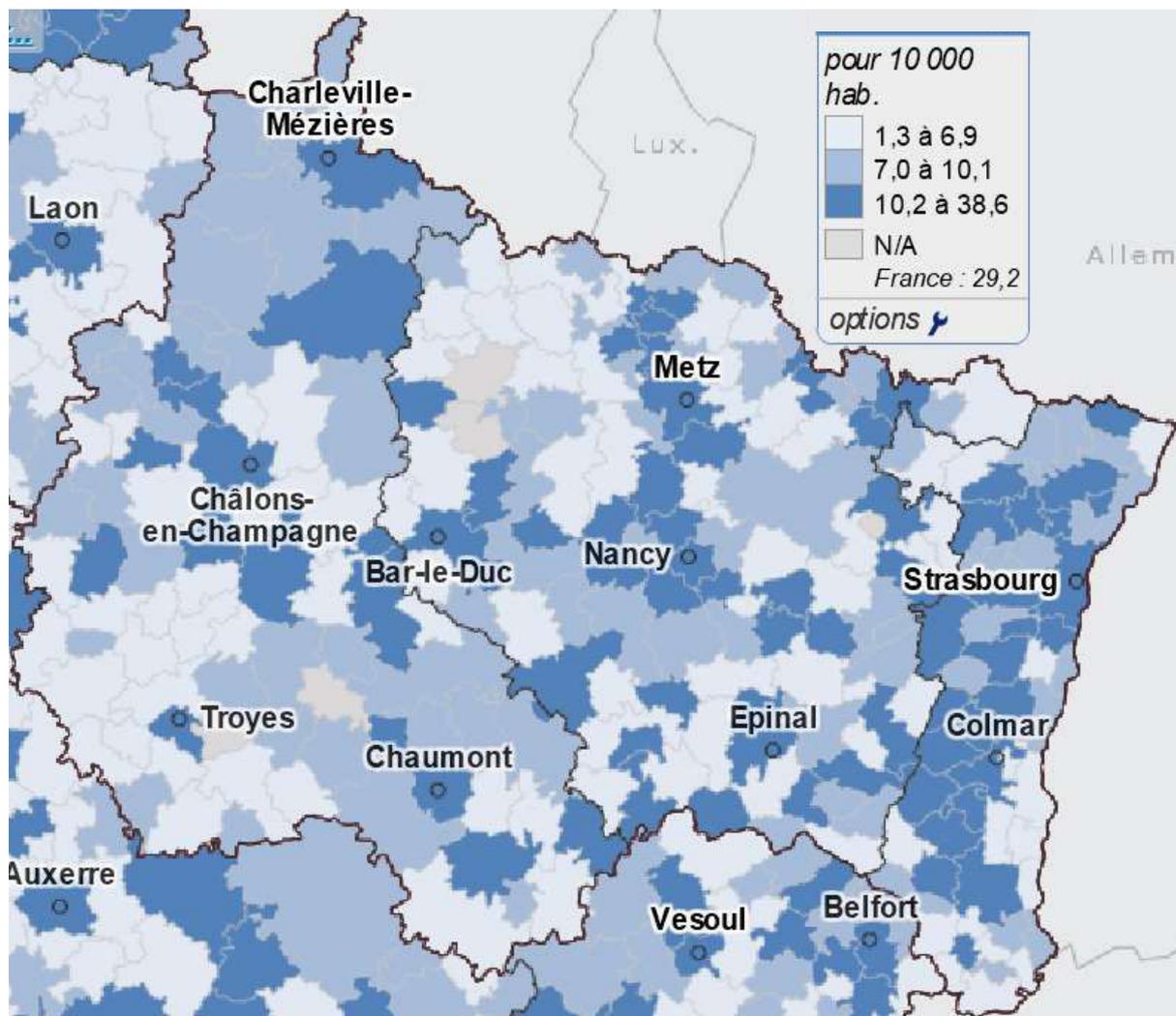
La médecine générale en Grand Est

La région compte 7262 médecins généralistes en activité régulière au 1er janvier 2016. L'âge moyen des médecins toutes spécialités confondues est de 51 ans dans le Grand-Est.

C'est au niveau départemental que le déséquilibre est plus marqué. En effet, si la densité moyenne départementale est de 129,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants dans la région Grand-Est, en 2017, elle varie de 104,8 pour le département de l'Aube à 146,9 pour la Meurthe et Moselle.

Mais c'est à l'échelon infra-départemental que les inégalités sont encore plus fortes : on observe des zones sous-denses avec une densité de médecin généraliste inférieur à 7 médecins pour 10 000 habitants dans tous les départements.

¹ Selon l'INSEE, « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi ». Dans le domaine de la santé, on y trouve des médecins, infirmiers, dentistes, hôpitaux, services d'urgences

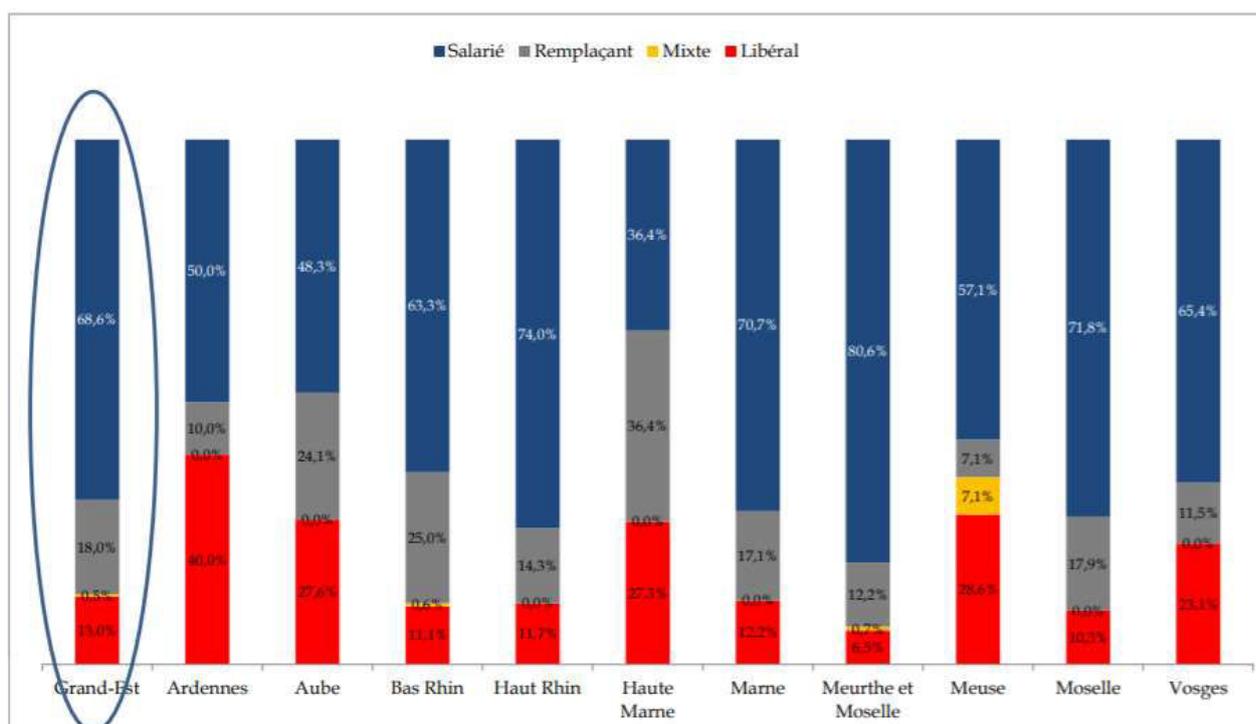


Carte 2 : Densité médicale à l'échelle des bassins de vie en région Grand-Est, source Cartographie du CNOM

Tous les diplômés de médecine générale n'exercent pas la médecine de premier recours

Profil des nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins en 2017

Parmi les nouveaux médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre au cours de l'année 2017 en région Grand-Est, 31,5% seulement ont une pratique exclusive ou mixte de la médecine générale (13% installés, 18 % remplaçants, 0,5% mixtes) et 68,6% exercent une autre médecine (ex : poste hospitalier, PMI...). Les possibilités de formations complémentaires et/ou spécialisantes sont multiples pour les internes de médecine générale : concours d'internat à titre européen, concours de médecine du travail et de médecine scolaire, DESC, capacités, DU et DIU.



Graphique 2 : Profil des nouveaux inscrits en 2017 en région Grand-Est

Selon l'atlas de la démographie médicale de 2016, le mode d'exercice libéral observe une baisse de 13,5% comme l'exercice mixte alors que le salariat observe une hausse de 5,3% en France.

Tentatives d'augmentation des effectifs

Numerus clausus et postes ouverts en médecine générale aux ECN

Une des premières mesures proposées par les pouvoirs publics pour résoudre la crise de la démographie médicale a été l'augmentation du numerus clausus, passant ainsi de 3800 places en 1997 à 7000 en 2006, puis à 8117 en 2017.

Outre son rôle de régulation quantitative nationale, le numerus clausus est également devenu un outil de répartition régionale de l'offre de soins, puisque depuis l'année

universitaire 2010-2011, il doit tenir compte « des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés » (15).

En parallèle, le nombre de postes ouverts à la médecine générale a augmenté entre 2004 et 2017 de plus de 215%, de 1841 à 2012. (16) **Mais ces mesures ne suffisent pas à augmenter le nombre de généralistes en exercice.**

D'une part, tous les postes de médecine générale ne sont pas pourvus à l'issue de la procédure d'affectation. Même si la modification du calendrier de validation du DCEM en 2012 a permis de réduire ce nombre, 188 postes d'interne en médecine générale sont restés vacants en 2017 dans un contexte d'augmentation du nombre de postes offerts. (17)

En région Grand Est, les chiffres montrent que 295 postes de médecine générale ont été pourvus, 113 étudiants à la faculté de Nancy, 116 à Strasbourg, aucun poste resté vacant, 65 postes pourvus sur 66 à Reims (18). Il est important de noter ce faible pourcentage de postes vacants d'autant plus que certains DESC accessibles uniquement depuis le DES de médecine générale sont devenus des spécialités.

Jusqu'en 2017, en étant interne de médecine générale, il était possible de s'inscrire aux DESC suivants : addictologie, allergologie et immunologie clinique, andrologie, cancérologie, dermatopathologie, fœtopathologie, hématologie-transfusion, médecine de la douleur et médecine palliative, médecine légale et expertises médicales, médecine du sport, médecine d'urgences, médecine vasculaire, nutrition, pathologie infectieuse et tropicale, clinique et biologique, pharmacologie clinique et évaluation des thérapeutiques et gériatrie. Ils permettaient lors de l'inscription à l'Ordre des médecins d'être à la fois médecin généraliste et addictologue par exemple, sauf pour le DESC de gériatrie qui obligeait un choix dans la spécialité d'inscription.

Depuis 2017, la médecine d'urgence, la gériatrie, la nutrition (rattachée au DES d'endocrinologie-diabétologie), les pathologies infectieuses et tropicales, l'allergologie et immunologie clinique, la médecine légale et expertises médicales et la médecine vasculaire sont devenues des DES.

Les autres anciens DESC restent accessibles aux promotions de médecine générale sous la forme de formations spécialisées transversales (FST).

D'autre part, le choix de la médecine générale ne garantit pas que les diplômés se consacrent à la médecine de premier recours, ni qu'ils l'exercent dans leur région de formation et encore moins dans les zones sous-médicalisées.

Promotion de la médecine générale auprès des étudiants en médecine

Stage praticien pendant le deuxième cycle des études médicales

L'arrêté du 4 mars 1997, consolidé le 16 octobre 2011, rend obligatoire le stage chez le praticien en 2ème cycle, et l'arrêté du 8 avril 2013 en précise les modalités de validation en modernisant les conditions de stage de l'étudiant : « Ce stage peut se dérouler au sein d'un cabinet individuel ou de groupe, d'une maison, d'un centre ou pôle de santé. » Il abandonne les termes « ambulatoire, libéral » au profit d'une vision moderne de la médecine générale de premier recours. Nous l'appellerons stage d'initiation à la médecine générale dans la suite du document.

Une étude réalisée par le conseil national de l'ordre montre que le stage a donné envie de faire médecine générale et plus spécifiquement pour les étudiants en 3ème année du deuxième cycle à hauteur de 84% des étudiants interrogés. (19)

Stage praticien niveau 1 pendant l'internat

Pour les internes de médecine générale, un semestre chez un praticien est obligatoire depuis le 1er janvier 1995, avec la nouvelle réforme du DES effective en 2017, ce stage doit obligatoirement être réalisé pendant la première année de l'internat avec le stage aux urgences. Ce stage comprend plusieurs étapes, une première plutôt passive d'observation, une deuxième semi-active avec une activité supervisée en direct, des consultations en duo (le praticien et l'interne) et une dernière phase d'autonomisation supervisée avec le maître de stage joignable, et pouvant se rendre présent.

SASPAS

Les premiers internes ayant pu bénéficier de ce stage sont des internes Brestois, en 2003. Le décret officiel est publié en 2004. L'objectif de ce stage est de placer l'étudiant en situation réelle mais supervisée, « à la place » du médecin généraliste afin de parfaire sa formation. (20)

Incitation à exercer la MG au décours du DES de MG

Des aides à l'installation sont proposées depuis 2005 pour assurer une meilleure répartition des médecins généralistes sur le territoire et un accès aux soins égal à tous. Les aides sont disponibles à plusieurs étapes de la formation.

Lors de la formation initiale

CESP

Des aides sont proposées au cours de la formation initiale comme le contrat d'engagement de service public (CESP). Il est créé en 2011 et ouvre droit à une allocation mensuelle jusqu'à la fin des études médicales en contrepartie d'un engagement à choisir son futur lieu d'exercice sur une liste établie par le directeur général de l'ARS et d'y exercer pendant une durée égale au versement de l'allocation. Ces contrats peuvent être souscrits au cours du deuxième cycle des études médicales. En 2018, 286 contrats étaient proposés aux externes. Des postes spécifiques dans toutes les spécialités sont également proposés lors de l'ECN. (21)

Plus particulièrement en médecine générale lors de l'ECN 2017, on comptabilise 174 contrats conclus dont 7 dans la région Grand-est.

Aide territoriale

Il est nécessaire de parler des aides au logement et au déplacement qui sont allouées par des collectivités territoriales à des étudiants selon des conditions d'engagement variant selon les collectivités (exercer dans une zone sous-dense pendant une durée définie).

Il existe également une bourse aux étudiants de 3ème cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire, allouée par le Conseil Régional de Lorraine, visant à la découverte de différents terrains d'exercice.

Chaque région avec son ARS a créé un site internet intitulé PAPS : portail d'accompagnement des personnes de santé, regroupant toutes les aides disponibles pour les internes avec un interlocuteur privilégié référent de chaque région.

Par ailleurs, le CNOM a créé une carte interactive depuis 2016 permettant de localiser les zones sous denses.

Autre initiative locale

Des événements sont également proposés par les associations locales d'internes, avec des journées ou soirées d'installation. Cette formation est par ailleurs devenue obligatoire pour les internes du nouveau régime. L'objectif de ces journées obligatoires de formation est surtout d'offrir aux étudiants un témoignage concret sur l'exercice libéral de la médecine. Ces enseignements sont assurés par des médecins généralistes en exercice.

A l'installation

En région Grand-est, des aides sont proposées en fonction d'une cartographie spécifique du territoire. Chaque bassin de vie est classé comme « zones d'intervention prioritaire » (ZIP) ou zones d'action complémentaire » (ZAC) :

- Les ZIP servent de référence pour les aides conventionnelles au maintien ou à l'installation émanant de l'Assurance Maladie, voire de certaines aides fiscales. Dans ces zones il est également possible de prétendre aux aides de l'Etat et aux aides des collectivités territoriales relevant des ZAC.
- Les « Zones d'Action Complémentaire » (ZAC) servent quant à elles de référence pour les aides de l'Etat (contrat d'engagement de service public (CESP), contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG) (22), contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), contrat de praticien territorial de remplacement (PTMR)...) et pour les aides des collectivités territoriales.

Plusieurs types de contrat peuvent être proposés aux médecins généralistes, comme le contrat de praticien territorial en médecine générale (PTMG).

Ce dispositif, s'adressant au médecin généraliste libéral ou collaborateur libéral s'installant ou installé depuis moins d'un an, offre à son bénéficiaire une garantie de revenus et une protection sociale améliorée, sous réserve d'un minimum d'activité, pendant une durée maximale de 2 ans. En contrepartie, le signataire s'engage à implanter tout ou une partie de son activité dans un territoire fragile, au tarif opposable.

Fin 2015, 1325 contrats de PTMG ont été signés au total en France et 400 contrats supplémentaires sont proposés en 2017, à noter une hausse de 275% de ces contrats entre 2012 et 2014 avec une hausse toujours en cours. Sur le même principe sont également disponibles le contrat de praticien territorial en médecine ambulatoire (PTMA) et le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR).

Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) est un contrat proposé au jeune médecin généraliste qui s'engage à participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), à s'installer pour 5 ans en zone sous dotée en secteur 1 et à exercer en groupe ou en équipe de soins primaires (ESP). En contrepartie il peut recevoir une aide forfaitaire de 50 000 € maximum en fonction du temps de travail ; versée en deux fois. (50 % à l'installation et 50 % après un an). Une majoration est possible si le médecin exerce également dans un hôpital de proximité.

Mesures fiscales

Il existe diverses mesures d'allègement fiscal qui diffèrent par leur objet, leurs bénéficiaires et les territoires d'application : exonération d'impôt sur le revenu ou sur les sociétés, exonération de charges sociales, exonération de taxe professionnelle, exonération d'impôt sur le revenu au titre de la participation à la permanence des soins. Ces mesures fiscales sont nationales.

PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé

Chaque région a créé depuis 2015 une plateforme informatique permettant de regrouper les différentes aides à l'installation possibles pour les jeunes médecins généralistes. Elle permet également un soutien pour l'installation personnalisée. (23)

Un travail de création d'un "guichet unique" est en cours entre l'URSSAF, l'assurance maladie et l'ARS pour faciliter les démarches administratives lors de l'installation.

Sont disponibles sur le site de la PAPS toutes les communes classées ZAC et ZIP. (24)

L'essentiel de l'introduction

- L'inadéquation entre l'offre de soin de médecine générale et les besoins de la population se majorent depuis des années.
- Les mesures mises en œuvre durant la dernière décennie n'ont pas permis d'enrayer ce phénomène.
- Une des hypothèses expliquant cet échec serait le fait que ces mesures n'ont pas été construites sur des connaissances solides des déterminants du parcours professionnel des jeunes généralistes.
- Par ailleurs, peu d'études prospectives sur les réels déterminants du choix de la médecine générale des étudiants en fin de DES ont été menées en France, et aucune en Lorraine jusqu'à présent.
- D'où notre question de recherche "Quels sont les déterminants du choix de la médecine générale des étudiants en fin de DES en Lorraine ?"

Méthode

Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive d'une cohorte d'étudiants en fin de DES de médecine générale ayant effectués leur internat à la faculté de Nancy. Le recueil de données est réalisé par questionnaire électronique auto-administré. Notre travail de thèse consiste en la création de la cohorte avec l'inclusion et la réalisation d'une étude descriptive transversale.

Population étudiée

L'unique critère d'inclusion est d'avoir débuté le DES de médecine générale en 2014 à la faculté de médecine de Nancy (d'avoir choisi la médecine générale à Nancy dans les suites de l'ECN 2014).

Questionnaire

Le questionnaire, appelé questionnaire d'inclusion, est utilisé une première fois dans la thèse de Caroline Dautremay (5) réalisée en 2011 pour la région Champagne-Ardenne. Par la suite, il est remanié par un groupe de travail en vue de la création d'une banque inter-régionale de questions permettant la mise en commun et la comparaison des données des différentes cohortes régionales. Trois thèses inspirées du même questionnaire, intéressant trois autres régions, sont également réalisées, celle d'Anouck Mintandjian pour l'Île-de-France (7), soutenue le 29 octobre 2015, celle d'Elise Chabrerie pour l'Auvergne (8), soutenue le 19 novembre 2015 et celle d'Elodie Faget pour la Haute Normandie (9), soutenue le 7 juin 2016.

Les questionnaires des différentes régions sont regroupés dans un tableau de fusion. Tous les protagonistes des différentes études bénéficient d'un accès à un site Google Drive, où de nombreux documents sont partagés.

Le questionnaire initial d'inclusion a pour but de dresser le profil des jeunes médecins généralistes et des internes en fin de cursus, de connaître leur parcours de vie et de faire émerger les facteurs influençant leurs orientations professionnelles.

Il est construit autour de quatre thèmes principaux :

- L'origine et la situation sociale de la population étudiée : relatant les données sociodémographiques.
- Leur parcours d'enseignement : depuis l'obtention du baccalauréat jusqu'au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES).
- Leur pratique médicale actuelle : type, mode et lieu d'exercice au moment de l'inclusion (pour la plupart, première année post DES)
- Leur pratique médicale envisagée dans le futur : type, mode et lieu d'exercice souhaité.

Pour notre étude, nous avons supprimé la 4ème partie, jugeant que les données déclaratives sur l'exercice envisagé n'apportent aucune donnée solide quant aux véritables déterminants du parcours professionnel réel. Le questionnaire ne compte donc que 3 parties et comporte 86 questions.

Avant sa diffusion initiale, le questionnaire est testé par les internes de médecine générale, des jeunes médecins généralistes, mais aussi des « non-médecins ». Ceci afin d'apprécier la faisabilité du questionnaire, ainsi que son fonctionnement. Le temps moyen nécessaire pour compléter toutes les réponses est d'une dizaine de minutes.

Les internes sont sensibilisés oralement à la création de cette cohorte en juin 2017 lors d'épreuves obligatoires à la faculté de médecine, avec le partage d'un lien de pré-inscription. Une page dédiée à la cohorte est créée sur Facebook avec un partage du lien de cette page sur le groupe Facebook regroupant une partie des internes de médecine générale de Nancy. Les questionnaires d'inscription et d'inclusion à la cohorte sont réalisés via le site google form.

Les premiers questionnaires sont envoyés par mail en novembre 2017 aux personnes préinscrites et partagés sur Facebook. Le département de médecine générale a également transmis le lien du questionnaire via les boîtes mails étudiantes en début du mois de décembre 2017 et fin avril 2018. Le contact se fera uniquement par mail, réseaux sociaux et numéro de téléphone, le choix étant laissé aux participants.

Pour cette thèse, seules les données concernant les personnes étant à la fin du troisième cycle seront utilisées.

Considérations éthiques et déclaration CNIL

Afin d'assurer le suivi de la cohorte, un numéro d'anonymat est utilisé. Une déclaration CNIL a été réalisée le 25 octobre 2018 et enregistrée sous le numéro 2209175 v 0.

L'essentiel de la méthode

- Création d'une cohorte d'étudiants en fin de cursus de DES de médecine générale.
- La méthode est descriptive et quantitative avec un recueil de données par questionnaire électronique auto-administré.
- Critère d'inclusion unique : choix de la médecine générale à Nancy après l'ECN 2014.
- Questionnaire en trois parties : origine et situation sociale, parcours d'enseignement, pratique médicale en cours.
- La diffusion est faite via un envoi groupé par mail à l'ensemble de la promotion visée et par diffusion via le réseau social Facebook.
- L'analyse statistique a été effectuée avec le site internet <https://biostatgv.sentiweb.fr>.
- Déclaration à la CNIL réalisée le 25 octobre 2018 et enregistrée sous le numéro 2209175 v 0.

Résultats

Taux de réponse et représentativité de l'échantillon

Tableau 1 : taux de réponse et représentativité de l'échantillon

	Population totale %(n)	Echantillon %(n)	
Nombre total	100% (122)	43,4% (53)	
Homme	43,4% (53)	39,6% (21)	p=0,31 au Test de Wilcoxon - Mann Whitney p=0,11 au test de Student
Femme	56,6% (69)	60,4% (32)	
Age moyen	28,8	28,5	p=0,74 au Test exact de Fisher p=0,76 au Test du Chi2
Ecart type	1,7	1,4	

Description de la cohorte

Aspects sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des médecins de notre population sont présentées dans le tableau 2.

L'âge des répondants était compris entre 34,8 et 26,6 ans. L'âge moyen était de 28,5 ans.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des répondants

		% (n)
Genre	Femme	60,4% (32)
	Homme	39,6% (21)
Nationalité	Française	96,2% (51)
	Luxembourgeoise	1,9% (1)
	Tuniso-roumaine	1,9% (1)
En couple	Non	30,2% (16)
	Oui	69,8% (37)
	<i>Marié(e)</i>	21,6% (8)
	<i>Pacsé(e)</i>	27,0% (10)
	<i>Ni l'un ni l'autre</i>	51,4% (19)
Enfants	Oui	11,3% (6)
	<i>un</i>	83,3% (5)
	<i>deux</i>	0,0% (0)
	<i>trois</i>	16,7% (1)

Profession du conjoint	Médecin	10,8% (4)
	Interne	16,2% (6)
	<i>Médecine générale</i>	40,0% (4)
	<i>Autre spécialité</i>	60,0% (6)
	Profession intermédiaire	13,5% (5)
	Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)	29,7% (11)
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	10,8% (4)
	Employé	13,5% (5)
	Etudiant (hors médecine)	2,7% (1)
	Sans activité professionnelle	2,7% (1)
Profession père	Médecin	15,1% (8)
	<i>Médecine générale</i>	37,5% (3)
	<i>Autre spécialité</i>	62,5% (5)
	Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)	34,0% (18)
	Profession intermédiaire	7,5% (4)
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	20,8% (11)
	Employé	9,4% (5)
	Ouvrier	9,4% (5)
	Agriculteur exploitant	3,8% (2)
Profession mère	Médecin	11,3% (6)
	<i>Médecine générale</i>	33,3% (2)
	<i>Autre spécialité</i>	66,7% (4)
	Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)	20,8% (11)
	Profession intermédiaire	15,1% (8)
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	3,8% (2)
	Employé	30,2% (16)
	Ouvrier	1,9% (1)
	Sans activité professionnelle	17,0% (9)
Statut foncier	Propriétaire	35,8% (19)
	Locataire	52,8% (28)
	Hébergé(e) à titre gratuit	11,3% (6)

Lieu d'habitation	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	62,3% (33)
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	13,2% (7)
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	24,5% (13)
Département d'habitation	88	13,2% (7)
	57	20,8% (11)
	55	1,9% (1)
	54	56,6% (30)
	74	1,9% (1)
	14	1,9% (1)
	56	1,9% (1)
Lieu de vie dans l'enfance	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	37,7% (20)
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	18,9% (10)
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	43,4% (23)
Département de vie dans l'enfance	88-Vosges	22,6% (12)
	57-Moselle	22,6% (12)
	55-Meuse	5,7% (3)
	54-Meurthe-et-Moselle	35,8% (19)
	Autre :	13,2% (7)

Quatre-vingt-quatorze pour cent des conjoints des répondants étaient actifs (n=35). Seulement 26% des personnes en couple (n=10) avaient un(e) conjoint(e) médecin ou interne en médecine et parmi ces derniers, 40% avaient également fait le choix de la médecine générale.

Huit répondants (15%) déclaraient avoir un père exerçant la profession de médecin ; dont 37,5% ayant un père médecin généraliste. Six répondants (11,3%) avaient une mère médecin, dont deux médecins généralistes. Six des répondants avaient leurs deux parents exerçant la profession de médecin, un seul dont les deux parents étaient médecins généralistes.

Formation initiale

Les études supérieures après le baccalauréat

Trois des répondants (5,7%) avaient entrepris d'autres études avant de débiter le cursus médical.

Le PCEM1

Vingt répondants (37,7%) déclaraient avoir passé le concours de PCEM1 une fois et 32 (60,4%) l'avoir passé deux fois, une seule personne (1,9%) l'avait passé 3 fois. Quarante-huit personnes (90,6%) étaient inscrites en PCEM1 à la faculté de Nancy.

Le DCEM

Deux des interrogés avaient changé de faculté entre le PCEM et le DCEM : un avait quitté la faculté des Antilles vers Bordeaux et le second avait quitté Nancy vers Paris-Créteil. Ils étaient donc 88,7% à avoir réalisé leur DCEM à Nancy.

Parmi les 6 personnes ayant effectué leur DCEM hors Lorraine, les facultés de formation étaient Anger (n=1), Bordeaux (n=2), Caen (n=1), Paris-Créteil (n=1) et Strasbourg (n=1).

L'ECN

Tous les répondants avaient passé l'ECN : 52 personnes (98,1%) l'avaient passé une seule fois et 1 personne (1,9%) l'avait passé 2 fois.

Le TCEM

Aucun étudiant n'avait utilisé un droit au remords au cours de son internat.

Le choix de la Lorraine



Figure 1 : Motifs du choix de la Lorraine pour la réalisation de l'internat

Quarante-quatre des répondants étaient restés en Lorraine car c'était leur région d'origine, elles avaient par ailleurs réalisé leur PCEM1 et leur deuxième cycle à Nancy.

Les autres motifs évoqués étaient "j'aime ma région pardi!!!!", "peur de partir seul" et "centre de référence pour ma maladie".

Le motif "pour y suivre son conjoint" est une raison suffisante pour trois personnes.

Les DESC

Treize personnes (24,5%) avaient entrepris une formation complémentaire de type DESC. Parmi elles, 9 avaient fait le choix du DESC de médecine d'urgence (69,2%) et 3 personnes avaient opté pour le DESC de gériatrie (23,1%), et une avait choisi la médecine du sport (7,7%).

La soutenance de la thèse

Huit des répondants soit 15,1% avaient soutenu leur thèse à la fin théorique du TCEM, soit avant novembre 2017, 3 personnes avaient leur soutenance prévue en novembre ou décembre.

Les dates de soutenance s'échelonnaient entre janvier 2017 et octobre 2017 soit entre le 5ème et le 6ème semestre d'internat.

La médecine générale dans le cursus

En PCEM1

Douze des répondants souhaitaient devenir médecin généraliste au début de leurs études de médecine.

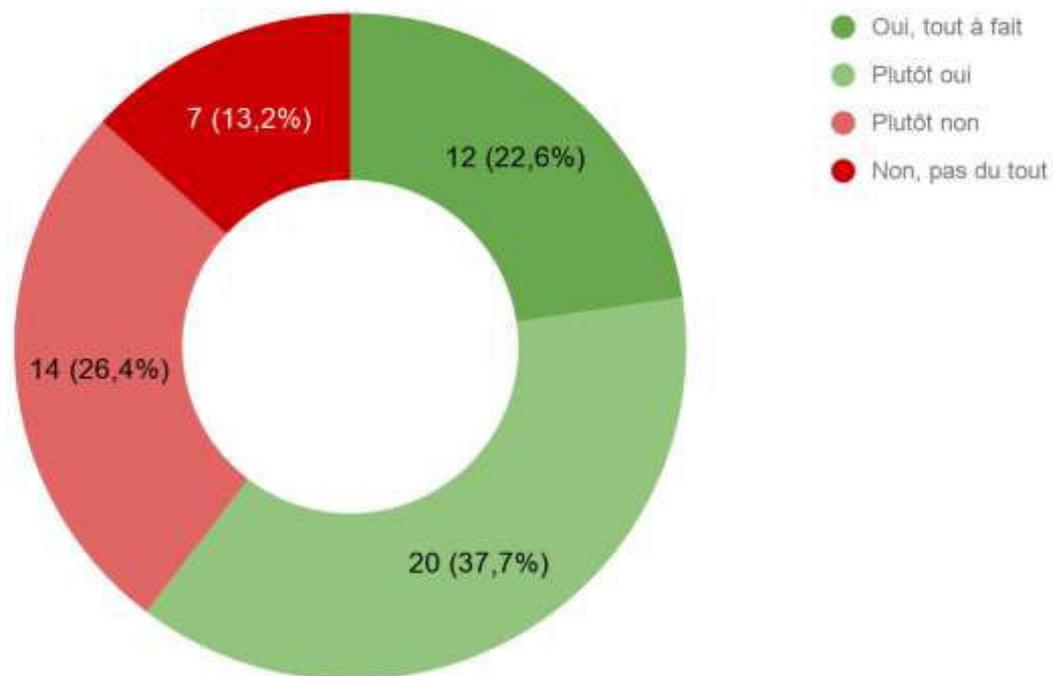


Figure 2 : Désir de devenir médecin généraliste lors de l'inscription en PCEM1

En DCEM

Trente-deux pour cent des étudiants déclaraient avoir eu des médecins généralistes comme enseignants dans les cours théoriques du DCEM. Ces étudiants étaient inscrits à la faculté de Nancy uniquement. Parmi ces 17 étudiants, 9 avaient participé au module optionnel "rôle du médecin généraliste" où tous les enseignants étaient des médecins généralistes.

Le stage d'initiation à la médecine générale était réalisé pour 94,3% des répondants (n=50).

Les 3 personnes n'ayant pas réalisé le stage d'initiation étaient inscrites à la faculté de Bordeaux (n=1), Caen (n=1) et Nancy (n=1).

L'ECN

La médecine générale représentait le premier choix de spécialité à l'ECN pour 69,8% (n=37) des répondants. Pour les autres (n=16), le premier choix était le suivant : anatomie et cytologie pathologique (n=1), anesthésie-réanimation (n=1), cardiologie et maladies vasculaires (n=1), chirurgie générale (n=2), dermatologie et vénéréologie (n=1), gynécologie médicale (n=1), médecine interne (n=1), médecine physique et de réadaptation (n=2), oncologie (n=1), ophtalmologie (n=1), pédiatrie (n=1), pneumologie (n=2), radiodiagnostic et imagerie médicale (n=1).

La médecine générale représentait le deuxième choix de spécialité pour 20,8% (n=14) des répondants et le troisième choix pour 5,7% (n=6) des répondants. Pour deux personnes (3,8%), la médecine générale ne faisait partie d'aucun des trois premiers choix de spécialité.

En TCEM

Tableau 3: Place de la MG au cours du TCEM

Nombre de semestre validé	J'ai validé 4 semestres	3,8% (2)
	J'ai validé 5 semestres	17,0% (9)
	J'ai validé mes 6 semestres	79,2% (42)
Stage praticien niveau 1	Oui	100,0% (53)
	<i>2ème semestre</i>	7,5% (4)
	<i>3ème semestre</i>	52,8% (28)
	<i>4ème semestre</i>	30,2% (16)
	<i>5ème semestre</i>	7,5% (4)
	<i>6ème semestre</i>	1,9% (1)
Lieu du stage praticien niveau 1	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	47,2% (25)
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	62,3% (33)
	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	39,6% (21)
Nombre de cabinet du stage praticien	1	20,8% (11)
	2	56,6% (30)
	3	22,6% (12)

SASPAS	Non	35,8% (19)
	Stage en cours	9,4% (5)
	Oui	54,7% (29)
Semestre de réalisation du SASPAS	6ème semestre	55,9% (19)
	5ème semestre	44,1% (15)
SASPAS en cabinet	Oui	91,2% (31)
	Non	8,8% (3)
Lieu du SASPAS	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	41,2% (14)
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	64,7% (22)
	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	47,1% (16)
Nombre de cabinet du SASPAS	1	19,4% (6)
	2	12,9% (4)
	3	67,7% (21)
Lieu commun pour le stage niveau 1 et le SASPAS	Oui	48,4% (15)
	Non	51,6% (16)
DESC	Non	75,5% (40)
	Oui	24,5% (13)
	<i>Médecine d'urgence</i>	69,2% (9)
	<i>Médecine du sport</i>	7,7% (1)
	<i>Gériatrie</i>	23,1% (3)
Remplacement pendant l'internat	Oui	64,2% (34)
	Non	35,8% (19)
Lieu du remplacement pendant l'internat	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	52,9% (18)
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	70,6% (24)
	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	41,2% (14)
Durée du remplacement	Moins de 5 semaines	76,5% (26)
	De 5 à 10 semaines	14,7% (5)
	Plus de 10 semaines	8,8% (3)
Thèse soutenue avant le 01/11/2017	Oui	15,1% (8)
	Non	84,9% (45)

Syndicat pendant l'internat	Non	7,5% (4)
	Oui	100,0% (49)
	RAOUL-IMG = Rassemblement Autonome Unifié Lorrain des Internes en Médecine Générale de Nancy (structure lorraine de l'ISNAR-IMG)	98,0% (48)
	AMIN = Association des Médecine Interne de Nancy (structure lorraine de l'ISNI)	2,0% (1)
	ReAGJIR-Lorraine = Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (structure lorraine de ReAGJIR)	8,2% (4)

La somme était supérieure à 100% pour le lieu de réalisation du stage praticien niveau 1, le lieu du SASPAS puisque les lieux de stages sont multiples et donc la question était à choix multiples, comme pour le lieu de remplacement.

Parmi les 19 personnes (35,9%) n'ayant pas réalisé de SASPAS, 13 avaient entrepris un DESC, la majorité avait validé les 6 semestres, une personne était en cinquième semestre et une personne en quatrième semestre.

Au cours du stage praticien niveau, 47,2% des étudiants avaient fait l'expérience de l'exercice rural et 43,4 % avaient découvert plusieurs milieux géographiques au cours de ce stage.

Au cours du SASPAS, 41,2 % des étudiants avaient réalisé leur stage au moins en partie en zone rurale. Ils étaient également 54,8 % à avoir bénéficié de terrains de stages dans des milieux géographiques divers.

Aides financières au cours des études

Vingt et un répondants (39,6%) avaient bénéficié d'une ou plusieurs aides financières.

Parmi eux :

- 8 personnes avaient bénéficié d'une bourse étudiante CROUS (38,1 %),
- 12 personnes avaient reçu une bourse du Conseil Régional de Lorraine versée aux étudiants de troisième cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire (57,1%),
- 3 personnes s'étaient vues verser une allocation mensuelle de 1 200 euros en contrepartie d'un contrat d'engagement de service public (14,3 %).

A noter que 2 d'entre elles avaient obtenu une bourse étudiante CROUS ainsi qu'une bourse de troisième cycle ; la somme des pourcentages est donc supérieure à cent.

Situation professionnelle en novembre 2017

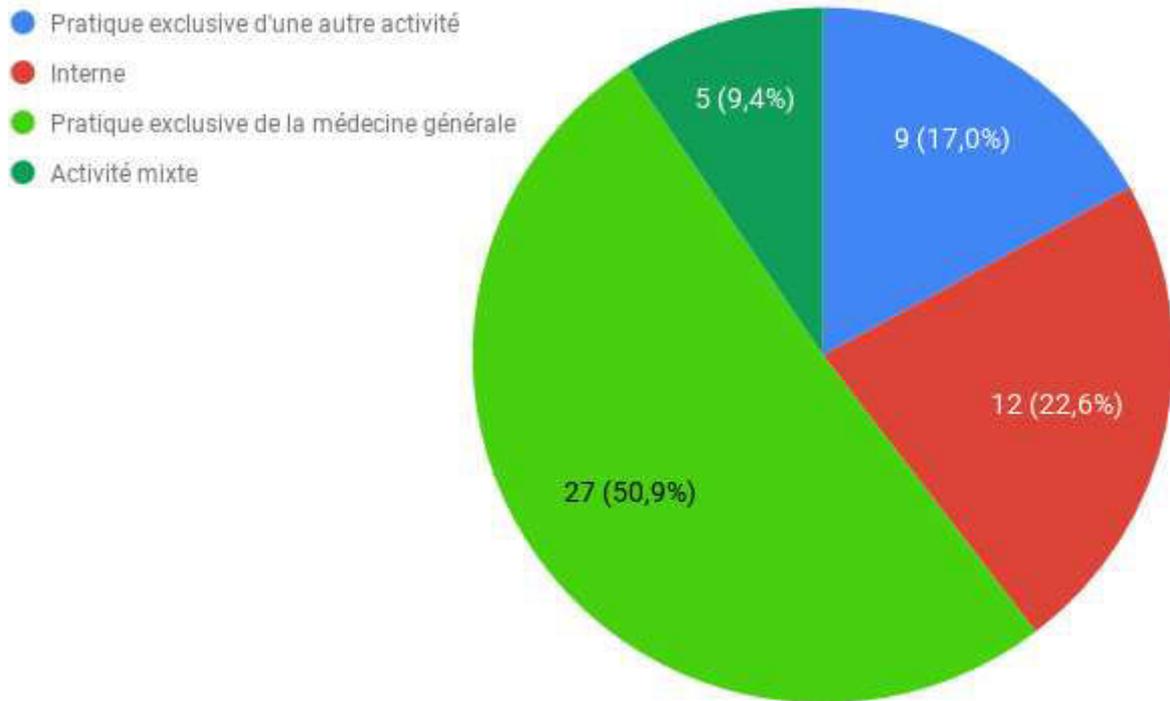


Figure 3 : Pratique médicale des répondants en novembre 2017

Douze personnes indiquaient être encore internes dont 9 qui avaient validé cinq semestres, et 2 personnes qui déclaraient en avoir validé 4.

Une seule personne avait validé 6 semestres et participait à un DESC.

Pratique exclusive de la médecine générale

Tableau 4 : Statut et lieu d'exercice des répondants ayant une pratique exclusive de la MG

		% (n)
Pratique exclusive de la médecine générale	Remplaçant libéral	96,3% (26)
	Collaborateur libéral	3,7% (1)
Lieu d'exercice de la médecine générale	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	51,9% (14)
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	85,2% (23)
	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	48,1% (13)
Lieu d'exercice de la médecine générale	88-Vosges	33,3% (9)
	57-Moselle	29,6% (8)
	55-Meuse	29,6% (8)
	54-Meurthe-et-Moselle	44,4% (12)
	Autre	25,9% (7)
Nombre de lieu d'exercice de la médecine générale	1	50,0% (13)
	2	30,8% (8)
	3	19,2% (5)

La somme est supérieure à 100% pour le lieu d'exercice puisque la question était à choix multiples. Au moment de la réponse au questionnaire, 50,9% des répondants pratiquaient exclusivement la médecine générale (n=27).

Parmi les 26 remplaçants libéraux, 25 exerçaient au moins en partie en région Lorraine, un exerçait en Lorraine et en Haute marne.

Quatre des répondants ne travaillaient qu'hors de la région lorraine, un dans la région de Caen (région d'origine initiale), dans la région d'Anger (région d'origine avant médecine) et une autre personne dans la région Rhône-Alpes sans lien avec la faculté du PCEM1.

La personne ayant déclarée exercer la médecine générale sous le statut de collaborateur libéral exerçait en Meuse.

Les jeunes généralistes avaient 28,3 ans de moyenne d'âge, 62,5% étaient des femmes.

Ils étaient en couple pour la majorité (68,8%) et sans enfant pour la totalité.

Ils exerçaient la médecine générale en milieu rural au moins en partie pour 51,9% d'entre-eux.

Quatorze personnes vivaient dans le même environnement qu'au moment de leur enfance, et 56,3% vivaient dans un milieu urbain.

Activité mixte

Cinq personnes (9,4%) avaient une activité mixte au moment de l'enquête, 3 personnes combinaient une activité de médecine générale (deux en zone urbaine et une en zone semi-rurale) et un poste hospitalier.

Les deux autres personnes ont une activité de médecine générale en zone urbaine associée à la pratique de la médecine manuelle pour la première et la seconde occupait un poste à l'EFS.

Tableau 5 : Statut et lieu d'exercice de la MG des répondants ayant une pratique mixte

		% (n)
Si pratique activité mixte, Statut d'exercice de la médecine générale	Remplaçant libéral	100,0% (5)
Lieu d'exercice de la médecine générale	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	60,0% (3)
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	100,0% (5)
	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	80,0% (4)
Nombre de lieu d'exercice de la médecine générale	2	60,0% (3)
	3	40,0% (2)
Statut de l'autre activité	Poste hospitalier	60,0% (3)
	EFS	20,0% (1)
	Ostéopathie médecine manuelle	20,0% (1)
Aide à l'installation	Non	100,0% (5)
	Oui	0,0% (0)

Pratique exclusive d'une autre activité

Neuf personnes (17,0%) déclaraient exercer une autre activité que la médecine générale. Sept déclaraient avoir un poste hospitalier et deux répondants avaient le statut de chef de clinique.

Facteurs associés à la pratique de la médecine générale

Nous définissons la pratique de la médecine générale telle que décrite par la WONCA Europe en 2002 (3), à savoir l'exercice de soins primaires dans une structure de soins ambulatoires .

Pour étudier les facteurs associés à l'exercice de la médecine générale, deux groupes ont été distingués en fonction de leur pratique actuelle :

- le groupe "MG actuelle" constitué des répondants ayant déclaré une pratique exclusive de la médecine générale et de ceux ayant déclaré une activité mixte.
- le groupe "Autre activité actuelle" constitué des répondants ayant indiqué qu'ils pratiquaient exclusivement une autre activité que la médecine générale.

Pour chaque variable préalablement définie, nous avons recherché s'il existait une différence statistiquement significative ($p < 0,05$) concernant la relation avec la pratique médicale actuelle. Du fait de la taille des effectifs, seul le test de Fisher est utilisé pour toutes les statistiques.

Du fait d'effectifs insuffisants dans certaines classes, nous n'avons pas pu réaliser les analyses statistiques sur les variables suivantes :

- nationalité
- avoir des enfants

Les résultats sont exposés dans le tableau 6.

Clé de lecture : pour la catégorie du sexe, 20 femmes pratiquaient la médecine générale en novembre 2017, et elles représentaient 80% des femmes répondantes. Douze hommes pratiquaient la MG, ils représentaient 75% des répondants.

Tableau 6 : Taux de répondants ayant une pratique "MG actuelle" selon différentes variables

		%(n)	
Genre	Femme	80,0% (20)	p=0,72
	Homme	75,0% (12)	
En couple	Non	76,9% (10)	p=1,0
	Oui	78,6% (22)	
Profession du conjoint	Médecin	100,0% (2)	p=0,46
	Interne	66,7% (4)	
	Profession intermédiaire	75,0% (3)	
	Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)	87,5% (7)	
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	33,3% (1)	
	Employé	100,0% (4)	
	Etudiant (hors médecine)	100,0% (1)	
Profession du père	Profession médicale	83,3% (5)	p=1
	Autre profession	77,1% (27)	
Profession de la mère	Profession médicale	100,0% (3)	p=0,25
	Autre profession	71,0% (22)	
	Sans activité professionnelle	100,0% (7)	
Statut foncier	Propriétaire	86,7% (13)	p=0,55
	Locataire	72,7% (16)	
	Hébergé(e) à titre gratuit	75,0% (3)	
Lieu d'habitation	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	75,0% (18)	p=0,51
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	66,7% (4)	
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	90,9% (10)	
Lieu de vie dans l'enfance	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	60,0% (9)	p=0,14
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	87,5% (7)	
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	88,9% (16)	

Département de vie dans l'enfance	88-Vosges	90,0% (9)	p=0,81
	57-Moselle	72,7% (8)	
	55-Meuse	100,0% (2)	
	54-Meurthe-et-Moselle	73,3% (11)	
	Autre :	66,7% (2)	
Cursus avant médecine	Oui	100,0% (1)	p=1
	Non	77,5% (31)	
Souhait d'être médecin généraliste au début des études	Oui, tout à fait	100,0% (10)	p=0,003
	Plutôt oui	87,5% (14)	
	Plutôt non	70,0% (7)	
	Non, pas du tout	20,0% (1)	
Médecin généraliste enseignants pendant l'externat	Oui	86,7% (13)	p=0,44
	Non	73,1% (19)	
Participation enseignement "rôle du médecin généraliste"	Oui	84,6% (11)	p=0,69
	Non	75,0% (21)	
Stage praticien pendant externat	Oui	77,5% (31)	p=1
	Non	100,0% (1)	
Rang de choix de la médecine générale à l'ECN	1	87,1% (27)	p=0,007
	2	57,1% (4)	
	3	0,0% (0)	
Stage praticien niveau 1	2ème semestre	75,0% (3)	p=1
	3ème semestre	73,9% (17)	
	4ème semestre	80,0% (8)	
	5ème semestre	100,0% (3)	
	6ème semestre	100,0% (1)	
SASPAS	Non	42,9% (6)	p<0,001
	Oui	96,3% (26)	
Semestre de réalisation du SASPAS	6ème semestre	100,0% (14)	p=0,48
	5ème semestre	92,3% (12)	
SASPAS en cabinet	Oui	100,0% (24)	p=0,111
	Non	66,7% (2)	
Lieu commun pour le stage niveau 1 et le SASPAS	Oui	100,0% (10)	p=1
	Non	100,0% (14)	

Lieu du SASPAS	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	100,0% (14)	p=1
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	100,0% (17)	
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	100,0% (11)	
DESC	Oui	20,0% (2)	p<0,001
	Non	96,8% (30)	
Remplacement pendant l'internat	Oui	93,1% (27)	p<0,001
	Non	41,7% (5)	
Lieu de remplacement	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	100,0% (11)	p=0,17
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	100,0% (19)	
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	87,5% (14)	
Durée du remplacement	Moins de 5 semaines	91,7% (22)	p=0,382
	De 5 à 10 semaines	100,0% (4)	
	Plus de 10 semaines	100,0% (1)	
Thèse soutenue avant le 01/11/2017	Oui	57,1% (4)	p=0,165
	Non	82,4% (28)	
Aide financière pendant les études	Oui, bourse aux étudiants de 3ème cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire, par le Conseil Régional de Lorraine	75,0% (6)	p=0,61
	Oui, bourse étudiante CROUS	50,0% (2)	
	Oui, allocation mensuelle de 1 200 euros en contrepartie d'un contrat d'engagement de service public (CESP)	100,0% (2)	
	Oui, bourse étudiante CROUS, Oui, bourse aux étudiants de 3ème cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire, par le Conseil Régional de Lorraine	100,0% (2)	
	Non	80,0% (20)	

Souhaiter pratiquer la médecine générale au début des études médicales, le rang de choix de la médecine générale à l'ECN, la réalisation d'un SASPAS, le fait de ne pas être inscrit à un DESC ainsi que le fait de réaliser des remplacements pendant l'internat sont statistiquement liés à la pratique de la médecine générale.

Facteurs associés à la pratique de la médecine générale au moins en partie en milieu rural

Pour chaque variable préalablement définie, nous avons recherché s'il existait une différence statistiquement significative ($p < 0,05$) concernant la relation avec la pratique médicale actuelle au moins partiellement en zone rurale. Un test exact de Fisher a été utilisé devant les faibles effectifs.

Tableau 7 : Taux de répondants ayant une pratique "MG actuelle" au moins partiellement en zone rurale, selon différentes variables

		%(n)	
Genre	Femme	45,0% (9)	p=0,29
	Homme	66,7% (8)	
En couple	Non	70,0% (7)	p=0,27
	Oui	45,5% (10)	
Profession du conjoint	Médecin	100,0% (2)	p=0,52
	Interne	25,0% (1)	
	Profession intermédiaire	33,3% (1)	
	Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)	42,9% (3)	
	Artisan, commerçant, chef d'entreprise	100,0% (1)	
	Employé	25,0% (1)	
	Etudiant (hors médecine)	100,0% (1)	
Profession du père	Profession médicale	80,0% (4)	p=0,34
	Autre profession	48,1% (13)	
Profession de la mère	Profession médicale	100,0% (3)	p=0,18
	Autre profession	54,5% (12)	
	Sans activité professionnelle	28,6% (2)	
Statut foncier	Propriétaire	46,2% (6)	p=0,51
	Locataire	62,5% (10)	
	Hébergé(e) à titre gratuit	33,3% (1)	

Lieu d'habitation	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	55,6% (10)	p=0,62
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	25,0% (1)	
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	60,0% (6)	
Lieu de vie dans l'enfance	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	55,6% (5)	p=0,90
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	42,9% (3)	
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	56,3% (9)	
Département de vie dans l'enfance en lorraine	88-Vosges	55,6% (5)	p=0,17
	57-Moselle	62,5% (5)	
	55-Meuse	100,0% (2)	
	54-Meurthe-et-Moselle	27,3% (3)	
	Autre :	100,0% (2)	
Cursus avant médecine	Oui	100,0% (1)	p=1
	Non	51,6% (16)	
Début médecine pour médecine générale	Oui, tout à fait	70,0% (7)	p=0,07
	Plutôt oui	28,6% (4)	
	Plutôt non	71,4% (5)	
	Non, pas du tout	100,0% (1)	
Médecin généraliste enseignants pendant l'externat	Oui	30,8% (4)	p=0,07
	Non	68,4% (13)	
Participation enseignement "rôle du médecin généraliste"	Oui	45,5% (5)	p=0,71
	Non	57,1% (12)	
Stage praticien pendant externat	Oui	51,6% (16)	p=1
	Non	100,0% (1)	
Rang de choix de la médecine générale à l'ECN	0	100,0% (1)	p=1
	1	51,9% (14)	
	2	50,0% (2)	

Stage praticien niveau 1	2ème semestre	100,0% (3)	p=0,5
	3ème semestre	52,9% (9)	
	4ème semestre	50,0% (4)	
	5ème semestre	33,3% (1)	
	6ème semestre	0,0% (0)	
SASPAS	Non	83,3% (5)	p=0,18
	Oui	46,2% (12)	
Semestre de réalisation du SASPAS	6ème semestre	42,9% (6)	p=1
	5ème semestre	50,0% (6)	
SASPAS en cabinet	Oui	50,0% (12)	p=0,48
	Non	0,0% (0)	
Lieu commun pour le stage niveau 1 et le SASPAS	Oui	50,0% (5)	p=1
	Non	50,0% (7)	
Lieu du SASPAS	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	28,6% (4)	p=0,10
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	47,1% (8)	
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	72,7% (8)	
DESC	Oui	100,0% (2)	p=0,49
	Non	50,0% (15)	
Remplacement pendant l'internat	Oui	55,6% (15)	p=0,65
	Non	40,0% (2)	
Lieu de remplacement	En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km ² et 5 000 habitants)	54,5% (6)	p=0,08
	En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)	47,4% (9)	
	En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)	85,7% (12)	
Durée du remplacement	Moins de 5 semaines	50,0% (11)	p=0,11
	De 5 à 10 semaines	100,0% (4)	
	Plus de 10 semaines	0,0% (0)	

Thèse soutenue avant le 01/11/2017	Oui	100,0% (4)	p=0,10
	Non	46,4% (13)	
Aide financière pendant les études	Oui, bourse aux étudiants de 3ème cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire, par le Conseil Régional de Lorraine	83,3% (5)	p=0,21
	Oui, bourse étudiante CROUS	50,0% (1)	
	Oui, allocation mensuelle de 1 200 euros en contrepartie d'un contrat d'engagement de service public (CESP)	100,0% (2)	
	Oui, bourse étudiante CROUS, Oui, bourse aux étudiants de 3ème cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire, par le Conseil Régional de Lorraine	50,0% (1)	
	Non	40,0% (8)	

Aucun lien statistique n'est significatif.

L'essentiel des résultats

Echantillon

- Taux de réponse à 43,40% (n=53) ;
- Pas de différence statistiquement significative entre notre échantillon et la population étudiée sur les critères de représentativité retenus (sexe, âge).

Description et aspect socio-démographique des répondants

- Majoritairement en couple (69,8%, n=37) sans enfant (88,7%, n=47), avec un conjoint exerçant une autre profession que la médecine (73%, n=27) ;
- 62,3% habitent en milieu urbain (n=33), 24,5% (n=13) en rural et 13,2%(n=7) en semi-rural.

Choix de la région de TCEM

- 83% (n=44) ont choisi de réaliser leur internat en Lorraine parce que c'était leur région d'origine ou 58,5%(n=31) parce qu'ils y avaient de la famille ou des amis ;
- Le fait de suivre son conjoint était une raison unique de choisir la Lorraine pour 3 répondants.

Choix de la médecine générale

- 62,3% (n=32) souhaitent être médecin généraliste dès l'inscription en médecine ;
- 32% (n=17) ont bénéficié de cours enseignés par des médecins généralistes durant leur DCEM ;
- 94,3% (n=50) ont réalisé un stage d'initiation pendant le DCEM ;
- La médecine générale était le 1er choix au ECN pour 69,8% (n=37) des répondants.

Exercice professionnel 3 ans après le début de l'internat (novembre 2017)

- 60,4% (n=32) exercent la médecine générale soit de manière exclusive (50,9%, n=27) soit de manière mixte (9,4% n=5) ;
- Parmi ceux exerçant la MG, il n'y a aucun installé, 1 collaborateur libéral (3,7%) et 31 personnes qui l'exercent avec le statut de remplaçant (96,3%) ;
- Parmi ceux exerçant la MG, 53,1% (n=17) ont au moins un lieu d'exercice situé en rural ;
- 22,6% (n=12) sont encore internes.

Facteurs associés à la pratique de la médecine générale

- Souhaiter pratiquer la médecine générale au début des études médicales, le rang de choix de la médecine générale à l'ECN, la réalisation d'un SASPAS, le fait de ne pas être inscrit à un DESC ainsi que celui de réaliser des remplacements pendant l'internat sont statistiquement liés à la pratique de la médecine générale.

Facteurs associés à la pratique de la médecine générale en zone rurale

- Aucun déterminant n'a de lien statistique avec la pratique de la MG au moins partiellement en zone rurale.

Discussion

Critique de l'étude

Points forts

Type d'étude

La création d'une cohorte de jeunes médecins généralistes semble être la méthode la plus adaptée pour répondre à notre question de recherche.

Questionnaire

Fort de l'expérience des autres cohortes régionales, il y avait très peu de questions facultatives et donc peu de données manquantes, il est par ailleurs comparable à celui utilisé dans d'autres régions et permettra d'agréger nos données à celles des autres cohortes régionales.

Taux de réponse et représentativité

Le taux de réponse 43,4% et la structuration de notre échantillon, qui n'est pas statistiquement différente de la population étudiée sur l'âge et le sexe, nous permettent d'extrapoler nos résultats à l'ensemble de la population étudiée.

Points faibles

Date de recueil des données

De nombreux répondants étaient encore internes, la date de recueil des informations est peut-être trop précoce dans le parcours.

Gestion de l'anonymat

Les données sont stockées sur des serveurs internationaux pouvant mettre à mal la gestion de l'anonymat surtout par le recueil de la date de naissance pouvant permettre de "retrouver" les personnes trop facilement.

Questionnaire

C'est un point fort puisqu'il s'inclut dans une méthodologie plus globale, cependant nous pouvons noter les points négatifs suivants :

- Des données manquantes : à la question concernant le lieu d'habitation dans l'enfance, une erreur de questionnaire s'est glissée et il était impossible de renseigner le département s'il était classifié hors Lorraine, donc une perte d'information pour 7 personnes.
- Des facteurs de confusions : nous avons utilisé un questionnaire de pré-inscription lors de la sensibilisation, pendant une épreuve commune à la faculté de médecine, qui a créé une confusion puisque les personnes relancées nous informaient qu'elles avaient déjà répondu au questionnaire alors qu'elles étaient seulement pré-inscrites. Nous notons l'absence de réponse au questionnaire d'inclusion de trois personnes pré-inscrites malgré plusieurs mails de relance. L'intitulé du questionnaire "Quels sont les déterminants du parcours professionnel des jeunes diplômés en MG de Lorraine?" a été source de confusion pour certains, soit parce qu'ils n'exerçaient pas

en Lorraine, soit parce qu'ils ne se considéraient pas comme médecins généralistes en ayant fait le choix, par exemple, de la médecine d'urgence à l'hôpital. Plusieurs textes associés au lien du questionnaire expliquaient justement l'intérêt pour nous d'obtenir la réponse de personnes ayant choisi une autre voie que celle de la médecine générale. Cette remarque avait également été faite dans les autres thèses.

- Sur le contenu : le mail contenant le lien vers le questionnaire comportait une adresse mail de contact pour permettre aux interrogés de nous faire part d'éventuelles interrogations ou difficultés. Les questions ou remarques de certains nous ont permis de mettre en exergue certaines failles concernant notre enquête : les informations recueillies dans la partie nominative ont parfois été jugées trop personnelles, ce qui a pu dissuader certains de répondre au questionnaire, notamment les questions concernant la personne à contacter pour le suivi de la cohorte qui était pourtant une question facultative. La question portant sur la pratique actuelle offrait un choix multiple entre "pratique exclusive de la médecine générale, pratique exclusive d'une autre activité, activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités), je suis encore interne, et offrait la possibilité de choisir "Autre" et de remplir manuellement l'activité. Ces personnes ayant choisi l'option "autre" faisaient finalement partie du groupe activité mixte, absence de clarté de cette question, peut-être serait-il judicieux de laisser la question à choix multiples sans la dernière option, et peut-être offrir une question séparée dans les suites pour expliquer plus en détail le parcours du répondant.
- Les données relatives aux codes postaux des lieux de vie et de stages ont été partiellement exploitées. Nous aurions pu réaliser un codage secondaire pour les classer selon les catégories de zone en termes de densité médicale.

Moyen de diffusion

Le soutien du DUMG était très important pour l'étude, néanmoins le mail a été envoyé à tous les internes inscrits au DUMG sans différenciation de promotion, même aux personnes n'étant pas concernées par l'étude, ce qui a mené à plusieurs réponses non utilisables.

Nous avons créé une page sur le réseau social Facebook dédiée à la cohorte qui a été peu exploitée, peu de personnes incluses dans la cohorte se sont abonnées à la page Facebook.

Biais

Biais de sélection

Peu de risque de biais de sélection puisque la population était définie sans exclusion néanmoins le taux de réponse n'est pas optimal. Il se peut que les personnes ayant répondu soient plus sensibles à la démarche entreprise.

Biais de classement : codage secondaire

Nous avons utilisé un codage secondaire pour 16 données. Nous avons utilisé le codage secondaire pour plusieurs raisons : données absentes, données aberrantes, construction de données à partir de plusieurs informations recueillies.

Voici quelques exemples de codage secondaire :

- Codage secondaire par rapport au droit au remords : une personne a déclaré avoir eu recours au droit au remords, sans avoir déclaré quelle spécialité elle avait choisi avant, plusieurs mails ont été envoyés pour compléter cette donnée manquante. Finalement un appel téléphonique a permis d'éclaircir cette réponse, la personne

s'était inscrite au DESC de gériatrie et s'était détournée de la médecine générale sans recours au droit de remords stricto sensus comme mentionné dans la question.

- Rang de choix de la médecine générale : notre questionnaire interroge sur la spécialité souhaitée au moment de l'ECN, inclure une question spécifique ajouterait une question supplémentaire, d'autant qu'il est intéressant de connaître la spécialité choisie initialement.
- Lieu de réalisation du stage praticien et du SASPAS, non utilisation des codes postaux et utilisation d'un codage secondaire par rapport au département.
- Thèse soutenue avant novembre 2017 : les répondants donnaient la date de thèse le recueil des informations s'est fait sur 6 mois, il était nécessaire de connaître si les participants avaient soutenu leurs thèses au moment de la fin théorique du TCEM.

Biais de mémorisation

Nous notons l'existence d'un biais de mémorisation concernant la question interrogeant sur les MG enseignants durant l'externat, nous imaginons pouvoir éviter ce biais en recueillant cette donnée auprès des facultés, sur la base des plannings d'enseignements durant le DCEM.

Données descriptives et comparaisons interrégionales

Tableau 8 : comparaison des différentes cohortes

Thèse	Delphine Groboz-Lecoq	Caroline Dautremay	Anouck Mintandjian	Elise Chabrierie	Elodie Faget	Charlène Cholley
Lieu	PACA	Champagne Ardenne	Île de France	Auvergne	Haute Normandie	Lorraine
Année de soutenance de la thèse	2014	2013	2015	2015	2016	2019
Délai entre la fin théorique du TCEM et l'envoi du premier questionnaire	pendant le TCEM3	0 mois	6 mois	6 mois	0 mois	0 mois
Délai entre le premier et le deuxième questionnaire	NR	12 mois	13mois	NR	NR	NR
ECN	2010	2008	2010	2011	2012	2014
Nombre de répondants	60	43	124	39	60	53
Taux réponse (%)	95,2	82,7	28,4	67,2	85,7	43,4
Age moyen des répondants (ans)	28,00	28,20	29,40	28,50	28,50	28,5
Taux de femme répondantes (%)	66,7	70	79	74,4	66,7	60,4
Taux de femme population initiale (%)	68,2	NR	75,6	62,7	58,4	56,6
Nationalité française (%)	NR	94	100	100	91,6	96,2
Statut marital : en couple (%)	NR	70	81,5	89,7	76,7	69,8
Lieu de vie dans l'enfance en milieu rural (%)	NR	30	9,7	28,2	25	43,4
Souhait d'être MG au début des études (%)	NR	79	59,7	69,3	68,3	60,3
Choix de la MG en 1er choix à l'ECN (%)	38,3	65	50	71,8	60	69,8
Réalisation stage d'initiation (%)	NR	NR	26,6	89,7	35	94,3
Stage praticien niveau 1, en zone rurale (%)	NR	37	0,81	48,7	46,7	47,2
Réalisation SASPAS (%)	NR	53	51,6	82,1	88,3	64,1
Réalisation d'un SASPAS, en zone rurale (%)	NR	30	3,20	32,3	43,4	41,2
Taux d'inscription à un DESC (%)	32	7	23,4	17,9	16,7	24,5
Pratique de la MG sous le statut de remplaçant (%)	NR	100*	91,3	93,1	95	96,3
Pratique de la MG en zone rurale (%)	NR	37*	2,4	48,3	42,5	51,9
Pratique actuelle : encore interne (%)	NR	9,3*	4,8	2,6	15	22,6

** Il est important de souligner que l'étude en région PACA est une étude déclarative, elle s'intéresse au souhait des répondants, alors que les autres sont descriptives rétrospectives ou mixtes. (6)

* La thèse réalisée en CA classe différemment la pratique actuelle avec comme classification, pratique libérale et pratique salariée.

Taux de réponse

Nous pouvons constater que notre taux de réponse reste plus bas que les autres thèses avec un nombre de répondants qui est également moyen. Les recommandations nous indiquent que pour majorer le taux de réponse à un questionnaire électronique il est important d'associer une image, qu'il semble nécessaire de noter un délai de réalisation, et de ne pas mentionner le mot "enquête" dans l'objet du mail. (25) Nous avons donc créé un logo qui a été inclus dans les questionnaires, nous avons arrêté le recueil des données au 1er Mai 2018, nous avons utilisé le mot invitation et nous avons proposé l'obtention des résultats en avant-première. Néanmoins, le taux de réponse reste moyen. Le délai de réalisation n'a été introduit que dans les mails de relance. La contrepartie financière est également un facteur majorant le taux de réponse mais qui était impossible pour notre étude. Nous pouvons imaginer que ce taux reste bas également puisque les promotions d'internes étant à échelle humaine de nombreuses personnes se sont déjà rencontrées, mais pourraient être gênées qu'une connaissance ait accès à des informations personnelles comme renseignées dans ce questionnaire. Le numéro d'anonymat est instauré dans le but de protéger les données personnelles. Nous pouvons supposer que si l'étude était menée par une entité neutre (une association locale ou même la faculté) les répondants n'auraient pas ce ressenti, et donc un taux de réponse plus important.



Image 1 : Logo dédié à la cohorte Lorraine



Image 2 : Copie d'écran de la page Facebook dédiée à la cohorte

Impact du DCEM sur le choix de la MG

Nous notons qu'en Auvergne et en Lorraine le taux de personnes ayant le désir d'être médecin généraliste au début des études médicales est inférieur au taux de personnes ayant choisi la médecine générale en premier choix au moment de l'ECN. Nous émettons donc l'hypothèse que dans ces 2 facultés, le DCEM est de nature à augmenter le nombre d'étudiants désirant s'inscrire au DES de MG. Concernant la faculté de médecine de Nancy, un module optionnel intitulé "Rôle du médecin Généraliste" était proposé pendant l'externat. Il permet d'intégrer précocement des notions concrètes sur le rôle de premier recours et central du médecin de famille. Pour ce qui est du stage d'initiation à la médecine générale, il est réalisé par près de 90% des étudiants dans ces 2 facultés.

Dans une étude réalisée en Lorraine (19), la réalisation du stage d'initiation augmentait le désir de pratiquer la médecine générale. Dans une étude menée en Picardie (26) interrogeant des MG installés depuis moins de 3 ans, il est mis en évidence que le contact précoce de la MG, notamment avec des maîtres de stage, augmente le désir de pratique. Un travail de thèse qui s'intéressait aux raisons de l'utilisation du droit au remords vers la médecine générale, interrogeait sur la représentation de la médecine générale, notamment du souvenir laissé par leurs différents contacts avec la MG (stage d'initiation, médecin de l'entourage, médecin traitant personnel). Deux personnes déclaraient avoir regretté n'avoir pas eu accès à ce stage d'initiation puisque cela aurait pu leur permettre de ne pas avoir recours au droit au remords, plusieurs notaient une image plutôt négative de la MG par rapport aux autres spécialités à la faculté et dans les stages. (27)

À noter qu'en Haute Normandie le taux d'étudiants à avoir réalisé le stage d'initiation à la MG est plutôt bas, mais que cette région observe une pratique de la médecine générale importante avec un taux proche de l'Auvergne. Nous pouvons en déduire que le stage d'initiation à la MG n'est pas incontournable pour avoir envie de s'inscrire au DES de MG.

Ces facultés obtiennent des moins bons résultats à l'ECN (28). Nous émettons l'hypothèse les personnes étant inscrites en DCEM dans ces facultés connues comme moins performantes pour la préparation à l'ECN se sont adaptées à la situation et se sont

appropriées l'exercice de la médecine générale. Cette hypothèse peut être nuancée par le fait que les répondants déclarent sans pression leur désir de choix de spécialité, néanmoins comme le recueil de ses désirs est rétrospectif il est difficile d'en tirer une conclusion. Pour affirmer ces hypothèses il pourrait être intéressant de comparer les facultés ayant une réputation de bon préparateur à l'ECN et celle qui le sont moins par analyse du temps de travail, les objectifs de chacun avant l'ECN, la date de début des révisions, des conférences...

Une pratique de la MG plus importante en Auvergne

Nous avons constaté que l'Auvergne est la région dans laquelle les jeunes médecins pratiquent le plus la médecine de premier recours, nous avons donc cherché une différence dans le parcours étudiant des auvergnats.

Nous pouvons constater des différences dans l'enseignement :

- possibilité de réaliser 2 SASPAS si des places sont disponibles ;
- tous les IMG participent à un groupe de travail qui se réunit 7 fois par an durant les 3 ans du DES. Ces réunions permettent d'analyser les situations vécues par les internes, et rechercher des solutions collectives, appuyée par une recherche bibliographique. Ce type de réunion est également réalisé en Lorraine sous la forme de groupe d'analyse pratique tutorée ou groupe d'échange de pratique, au nombre de 1 par semestre.
- Sept cours de communication réalisés pendant le DES et 6 sur la thèse/méthode de recherche. (29)

Cette offre plus importante de formation spécifique à l'exercice de la MG explique peut-être ce taux plus élevé de pratique de la MG au sortir de l'internat. Il serait nécessaire de réaliser une étude comparative plus détaillée sur les parcours d'enseignements afin d'analyser plus finement leur impact sur le choix d'exercer ou pas la MG un fois diplômés.

Par ailleurs le taux de conjoint pratiquant la médecine ou étant interne en médecine s'élève à 54,3% en Auvergne (contre 27% en Lorraine). Nous pouvons imaginer que le partage de la pratique et des débuts difficiles peut apporter une approche différente par rapport aux diplômés en couple avec un(e) non-médecin. Une étude interrogeant les jeunes médecins met en évidence la facilité de se lancer "à deux" (26).

Pratique en zone rurale

Nous formulons l'hypothèse que la réalisation des stages en zone rurale puisse influencer la pratique de la médecine générale en zone rurale. Nous observons sur le tableau 9 que le taux de pratique de la médecine générale correspond sensiblement avec le taux de réalisation du stage praticien niveau 1 en zone rurale.

Nous émettons l'hypothèse que la pratique de la médecine générale en zone rurale présente un atout pour les étudiants créant chez eux un désir de pratique de la médecine de premier recours. Nous supposons que la pratique en zone rurale amène plus de gestes techniques, la nécessité d'être plus autonome, et indépendant. Une étude interrogeant tous les internes inscrits à la faculté de médecine de Nancy sur leur souhait d'exercice notait un désir d'exercice en zone rurale à 18,4%. (1) Nos résultats montrent que parmi ceux qui exercent la MG (exclusivement ou partiellement), 17 d'entre eux (53,1%) ont au moins un de leurs lieux d'activité qui se situe en zone rurale. Cela montre que l'exercice rural n'est pas fui par les

jeunes diplômés. Cela montre aussi les limites des études déclaratives et tout l'intérêt de notre étude de cohorte pour observer les pratiques réelles dans lesquelles s'engagent et s'engageront les jeunes MG.

Part importante d'étudiant n'ayant pas encore fini leur DES

La part de répondants étant encore interne est plus importante dans notre étude que dans les autres régions. Nous remarquons qu'elle est également aussi importante dans la thèse réalisée en Haute Normandie. Le questionnaire pour cette thèse a également été envoyé à la fin théorique du DES. Nous supposons que le questionnaire de suivi confirmera ou infirmera l'hypothèse d'un recueil de données trop précoce.

Dans notre étude, les répondants qui déclarent être toujours internes étaient 6 à avoir des enfants. Ces 6 personnes représentent les seules étant parents de la cohorte. Ils avaient validé 5 semestres, ce qui peut correspondre à un semestre de maternité/paternité.

Par ailleurs une personne avait validé 6 semestres et était inscrite en DESC d'urgence, cette réponse est ambiguë puisque ce statut n'est pas réellement interne mais plutôt en post-internat. Deux personnes n'avaient validé que 4 semestres, sans explication retrouvée. Nous pouvons imaginer qu'à la question "nombre de semestre validé" nous pourrions ajouter une question interrogeant sur le "retard" pendant l'internat avec des propositions (maternité, engagement associatif, voyage, et une zone libre).

Lors de l'envoi du questionnaire du suivi, il sera intéressant de suivre particulièrement ces personnes qui présentaient "du retard" pour observer leur pratique future.

Statut de remplaçant

Dans notre cohorte, seulement 8 personnes avaient soutenu leur thèse à la fin théorique du DES. Parmi ces personnes, 5 pratiquaient exclusivement la médecine générale, 4 sous le statut de remplaçant libéral et 1 sous le statut de collaborateur libéral ; 3 avaient une autre activité. Il est difficile par notre faible effectif de pouvoir tirer des conclusions, néanmoins nous pouvons émettre des hypothèses.

La première est que sans avoir soutenu sa thèse, seul le statut de remplaçant est accessible (accès impossible à des postes hospitaliers et à l'installation). Dans notre étude nous avons des personnes thésées qui pratiquent sous le statut de remplaçant nous pouvons donc supposer que ce n'est pas la seule hypothèse possible.

Ce statut est plébiscité par tous les jeunes médecins au début de leur exercice. Cette information a été mise en avant de nombreuses fois, plusieurs hypothèses sont émises par rapport à ce fait. Ce temps de remplacement peut être vu sous trois angles : la poursuite de la formation et l'acquisition d'expérience (avec reprise des dossiers par les médecins remplacés qui rassurent), l'exploration du métier avec confrontation avec le désir de pratique et ce temps est également utilisé pour construire la vie d'adulte (en fonction de la profession du conjoint...) grâce à plus de liberté en termes d'emploi du temps. (30) Par ailleurs, il est important de rappeler que les remplaçants tiennent une place incontournable dans l'offre de soins primaires en France, en assurant la continuité de soins pendant les congés des médecins installés. (31)

Profil type des jeunes exerçant la MG selon les régions

Tableau 10 : Profils types des diplômés exerçant la MG (exclusivement ou partiellement) selon les régions

Thèse	Caroline Dautremay	Anouck Mintandjian	Elise Chabrierie	Elodie Faget	Charlène Cholley
Lieu	Champagne Ardenne	Île de France	Auvergne	Haute Normandie	Lorraine
Année de soutenance de la thèse	2013	2015	2015	2016	2019
Nombre	32	90	30	44	32
Femme (%)	67	NR	83,3	63,6	62,5
Couple (%)	65	NR	86,7	63,6	68,8
Enfant (%)	25	NR	23,3	9,1	0
Lieu de vie urbain (%)	67	NR	NR	70,5	56,3
Statut foncier : propriétaire (%)	41	NR	30	36,4	40,6

NR : Non Renseigné

On constate un profil type national qui se dégage :

- une femme,
- en couple,
- sans enfant,
- en location,
- en milieu urbain.

À noter que :

- En région PACA : il est difficile de dresser un portrait des jeunes généralistes puisque le questionnaire est envoyé pendant la dernière année du DES, les données renseignées sont celles des personnes ayant le souhait pendant le TCEM3 d'exercer la médecine générale de premier recours.
- En Île de France le portrait-robot n'a pas été réalisé, nous constatons que c'est l'échantillon le plus important il pourrait être intéressant de reprendre les résultats du questionnaire et de réaliser une analyse socio démographique des jeunes médecins généralistes d'Île de France.
- Notre étude montre qu'aucun des médecins pratiquant la médecine générale n'a encore d'enfant, a contrario des résultats constatés dans d'autres régions. Ces données contradictoires incitent à affiner nos questionnements et notre méthode pour explorer les liens éventuels entre la parentalité et l'exercice professionnel. Nous pouvons supposer que cette part de parents va augmenter dans les suites et le questionnaire de suivi nous renseignera.

Variables, parcours professionnels et propositions

Facteurs en lien avant le fait d'exercer la MG

Variables liées statistiquement à l'exercice de la MG

Souhait d'être médecin généraliste au début des études

Cette réponse est cohérente. Les personnes qui avaient le désir d'être médecin généraliste au début des études de médecine sont des personnes qui pratiquent plus la médecine générale à la fin de leur internat.

Parmi les études de cohorte déjà réalisées, c'est la première fois que ce lien est retrouvé, même s'il est attendu.

Proposition 1 : On pourrait proposer de faire la promotion de la spécialité médecine générale au sein de la population générale, et notamment les collégiens et les lycéens. Pour cela, on pourrait imaginer des campagnes de communication grand public financées par l'Etat et/ou par les représentants des MG.

À noter qu'une filiarisation immédiate de la MG pourrait se discuter, dès l'entrée dans le cursus. Mais le constat d'une augmentation du nombre de vocations entre le début des études et les ECN (de 60,3% à 69,8% dans notre étude) n'est pas en faveur de l'utilité d'une telle mesure.

Rang de choix de la médecine générale à l'ECN

Ce lien statistique est également attendu. Il semble logique que les personnes qui ont le désir d'être médecin généraliste choisissent la médecine générale de manière volontaire au moment de l'ECN et donc pratiquent plus la médecine générale à la fin de leurs études.

Cet élément a également été mis en avant dans les études menées en Ile de France (7), à Angers en 2012 (32) et à Lille en 2013 (33).

Il apparaît donc qu'une fois que le choix de la MG est fait lors du DCEM, il se confirme avec une pratique plus importante de la MG au sortir de la faculté.

Proposition 2 : Toutes les mesures permettant de donner envie aux étudiants en DCEM de choisir cette spécialité doivent être développées :

- Augmentation de la part des enseignements assurés par des enseignants MG lors du DCEM, afin de favoriser le processus d'identification à cette spécialité
- Augmentation de la part des enseignements théoriques en lien avec la spécialité médecine générale : approche globale du patient, gestion de cas complexe et de l'incertitude, organisation des soins primaires et travail en réseau, compétences psychosociales et communication avec le patient, gestion du cabinet.
- Modification et augmentation de la part des enseignements pratiques de la spécialité médecine générale : mise en place d'un véritable stage de pratique de la MG, au même titre que les stages dans les autres spécialités. Le développement du stage d'initiation, dans ses modalités actuelles, ne semble pas être utile puisqu'aucune des études de cohorte régionale ne montre un lien entre sa réalisation durant le DCEM et l'exercice effectif de la MG une fois diplômé (cf. partie dédiée infra).

Au cours de la rédaction de ce travail le DUMG de la faculté de Nancy a été sollicité par les étudiants pour une augmentation du temps de présence à 3 semaines (contre 100 heures initialement) pour ce stage en médecine générale.

Semestre et réalisation d'un SASPAS

La réalisation d'un SASPAS est lié statistiquement avec la pratique de la médecine générale. Ce lien peut être interprété de différentes manières, en effet nous pouvons y voir l'effet positif de la pratique de la médecine générale de manière supervisée, faisant naître ou confirmant une vocation, ou alors le choix de réalisation du SASPAS est en lien avec un désir déjà présent de pratique de la médecine générale.

Ce lien statistique est également mis en évidence en Ile de France en fonction du semestre de réalisation (7) et en Haute Normandie (9).

Dans une étude réalisée en PACA, où sont comparées deux promotions de jeunes médecins généralistes en 2011 et 2014, cette étude met en évidence une installation plus précoce et deux fois plus importante pour les personnes ayant réalisé le SASPAS, et cela avec une meilleure qualité de vie et un niveau de stress moins important (34). En Lorraine, on retrouve cet aspect positif d'acquisition progressive de l'autonomie grâce à la réalisation du SASPAS (20). La réalisation est perçue comme un remplacement "pédagogique" (35)

Le SASPAS est donc un stage jugé particulièrement formateur par l'acquisition progressive de l'autonomie, la mise en situation réelle, il permet une prise de confiance et favorise l'exercice de la médecine générale plus sereinement. Toutefois, une étude récente réalisée en Lorraine qui collectait le ressenti des étudiants dans les suites de la réalisation du stage

praticien niveau 1 et du SASPAS, notait des mauvaises expériences lorsque le cadre législatif n'était pas respecté, et où la supervision était peu existante (36), chose qui était déjà évoquée dans les entretiens réalisés par Jeffrey Troester en Lorraine. (20)

L'ensemble de ces éléments incitent à considérer la réalisation d'un SASPAS comme un facteur incitatif à l'exercice de la MG.

Proposition 3 : offrir la possibilité à 100% des inscrits en DES de MG de pouvoir réaliser un SASPAS de qualité.

Cette proposition a été intégrée à la réforme du troisième cycle.

La proposition de réaliser un SASPAS en zone déficitaire afin de susciter des envies d'exercer dans ces zones ne peut pas être faite en l'état puisque notre étude, comme les autres, ne mettent pas en évidence de lien significatif entre la réalisation d'un SASPAS en rural et l'exercice effectif de la MG en zone rurale une fois diplômé.

Le fait de ne pas être inscrit à un DESC

Dans notre étude, les IMG de MG inscrits à DESC pratiquent moins la MG 3 ans après le début de leur internat. Ce même lien a été mis en évidence dans les thèses réalisées en Champagne- Ardenne (5), en Ile de France (7), en Auvergne (8) et en Haute Normandie (9) mais également dans d'autres études en Provence-Alpes-Côte-D'azur (6) ainsi que dans les Hauts de France (33).

Ce lien s'explique par le fait que le DES de MG était, jusqu'à la rentrée universitaire de 2017, la porte d'entrée pour d'autres spécialités et/ou pratiques (médecine d'urgence et gériatrie notamment). Avec la mise en place des DES spécifiques pour ces spécialités (37), ce phénomène de fuite du DES de MG devrait régresser.

La création de DES pour la médecine d'urgence était une proposition du travail réalisé en IDF en 2013 (7), et une proposition de celle réalisée en Haute Normandie (9) pour le DES de gériatrie. Nous n'avons pas d'autre proposition à faire sur ce point.

Remplacement pendant l'internat

Dans notre étude, le fait de remplacer pendant l'internat est statistiquement lié à la pratique de la médecine générale. Ce lien se retrouve dans la thèse d'Ile de France (7). Il peut être expliqué par le fait que les étudiants ayant le souhait de pratiquer la médecine générale souhaitent se confronter rapidement à leur exercice futur et profite de la possibilité de remplacer pendant leur internat. On peut également supposer que le fait de fréquenter des praticiens durant ces stages crée un phénomène d'opportunité à la fois pour les internes et à la fois pour les MSU qui cherchent à se faire remplacer (connaissance du cabinet et de son fonctionnement, patients avertis...). Le remplacement est également vu comme une période d'apprentissage au cours de laquelle les jeunes médecins acquièrent de l'expérience. C'est un temps où ils se familiarisent avec ce qu'ils jugent comme des contraintes à l'installation en libéral : la lourdeur des tâches administratives ou la gestion logistique d'un cabinet (7) (27).

Dans la thèse réalisée en Ile de France (7), le fait de remplacer était un facteur favorisant la pratique de la médecine générale, mais également la durée de ce remplacement. Le fait d'avoir remplacé plus de 5 semaines était statistiquement favorisant. Ce constat rentre dans la logique précédemment citée, à savoir que plus les internes sont désireux de pratiquer la médecine générale, plus ils obtiennent rapidement le statut de remplaçant et donc remplacent sur des plus longues périodes. Les remplacements durant l'internat sont également une source de revenu complémentaire, et nombreuses sont les personnes qui déclarent aimer remplacer.

Proposition 4 : l'appétence pour le remplacement durant l'internat (64,2% dans notre étude) doit être favorisée, et la réalisation de remplacement doit être facilitée. Pour cela nous proposons un partenariat entre l'ensemble des acteurs du remplacement en Lorraine (ReAGJIR-Lorraine, ALOPRO Rempla, Ordre des Médecins, URPS, URSSAF, CPAM) et la faculté de médecine afin de faciliter les démarches administratives et favoriser la rencontre entre les médecins en recherche de remplaçants et les IMG.

Proposition 5 : Si une 4ème année est ajoutée au DES de MG, son contenu devrait apporter l'équivalent de cette expérience de remplacement. Nous proposons que les stages soient uniquement ambulatoires. Nous proposons que le contenu des enseignements théoriques, ainsi que les modalités pédagogiques des stages aient notamment pour objectif de réduire les craintes liées à l'exercice libéral (en tant que remplaçant et/ou en tant qu'installé).

À noter que la réforme du DES de MG effective depuis la rentrée 2017/2018 va déjà dans ce sens.

Proposition 6 : Possibilité d'une adaptation de la 4ème année du DES (si proposition retenue) à l'exercice mixte et donc réalisation de stages dans des terrains de stages variés selon le projet de l'étudiant.

La création d'un statut d'assistant spécialiste partagé par l'ARS va dans ce sens, en favorisant l'exercice mixte par le soutien financier.

Sexe féminin

Le fait d'être une femme était un facteur favorisant dans la thèse réalisée en Auvergne (8), ce facteur n'est pas retrouvé dans les autres études de cohorte menées. La féminisation de la médecine générale a été pendant un temps pointée du doigt comme la raison de la baisse du nombre de médecins généralistes alors qu'une étude lorraine montre que les attentes des internes en MG sont comparables chez les hommes et les femmes. (1) De plus en 2015, l'Atlas de la démographie médicale a montré que la féminisation concerne la pratique libérale et mixte de la médecine générale de la même manière que l'exercice salarié.(38)

Proposition 7 : dans la mesure où les femmes sont au moins autant candidates à l'exercice de la MG que les hommes (voire plus, cf. cohorte d'Auvergne), et qu'il existe des différences physiologiques inhérentes à la condition féminine (grossesse, allaitement) de nature à entraver leur parcours universitaire et professionnel, nous proposons que l'ensemble des conditions statutaires, notamment en termes de protection sociale, inhérentes aux études de médecine et à l'exercice libéral soient repensées afin de garantir une équité totale entre hommes et femmes durant le parcours universitaire et le parcours professionnel. Nous proposons qu'au sein de la faculté de médecine de Nancy soit identifiée une personne en charge de travailler à cet objectif, en collaboration avec les structures représentatives des étudiants et jeunes médecins.

Thèse soutenue

Un lien statistique était mis en évidence dans la thèse réalisée en Haute Normandie (9) entre la pratique de la médecine générale et le fait de ne pas avoir soutenu sa thèse à la fin du TCEM, retrouvé également dans la thèse réalisée en région PACA (6).

Comme nous l'avons abordé dans le paragraphe "Statut de remplaçant" , il est possible que le fait d'être non thésé ferme la porte à plusieurs postes notamment aux postes hospitaliers. Les personnes ayant choisi le DES de MG comme une passerelle vers une autre pratique ont plus souvent soutenu leur thèse soit pendant le TCEM soit juste après afin de pourvoir un poste hospitalier.

Ce lien ne permet pas d'imaginer de levier permettant d'augmenter le taux de diplômé en MG exerçant la MG.

Variables non liées statistiquement à l'exercice de la MG

Dans aucune des études de cohorte actuellement réalisées n'a été montré un lien statistique entre le fait d'exercer la MG et les variables suivantes :

- le statut marital / le fait d'être en couple,
- le fait d'avoir des enfants,
- la profession du conjoint,
- le statut foncier,
- le lieu d'habitation,
- le lieu de vie pendant l'enfance / la région d'origine,
- la profession des parents,
- le cursus avant la médecine,
- la réalisation d'un stage d'initiation pendant le DCEM,
- le fait d'avoir eu des médecins généralistes enseignants,
- le semestre de réalisation du stage praticien niveau 1,
- le lieu commun entre le stage praticien niveau 1 et le SASPAS,

- le lieu du SASPAS,
- le lieu de remplacement,
- les aides financières pendant les études.

Le statut marital et la profession du conjoint

Nous constatons qu'en région Auvergne il y a le plus de conjoints médecins, c'est également la région dans laquelle il y a le plus de couples. Il se peut que cela soit un biais de sélection. Nous émettons l'hypothèse d'un lien entre la profession du conjoint et la pratique de la MG. Nous supposons qu'un équilibre est nécessaire au sein d'un couple sur le plan financier, temps dédié à la sphère familiale, comme cité dans la thèse de Charline Dupont.(26) Nous émettons également un lien entre le lieu de travail du conjoint et la pratique et surtout sur le lieu d'exercice. Le fait d'être en couple sous-entend de vivre ensemble dans un foyer commun, c'est en ce sens que le lieu de travail du conjoint peut influencer. Comme décrit dans cet article (39) un mode de vie compatible avec un investissement dans la sphère familiale est recherché, et s'adapte en fonction de l'emploi du temps du conjoint. Un lien statistique avec le lieu de pratique actuelle dans la thèse réalisée en Haute Normandie (9) est retrouvé avec le statut foncier, et le lieu d'habitation actuel, ce qui irait dans le sens de notre hypothèse. Nous émettons l'hypothèse d'un manque de puissance des études réalisées.

Nous proposons d'étudier de manière plus spécifique la profession du conjoint et la chronologie du choix de l'installation ou du statut de remplaçants des jeunes médecins installés en zone dite déficitaire. Dans notre étude, le fait de suivre son conjoint était une raison suffisante pour choisir une région, nous pouvons supposer qu'il en est de même pour le choix du lieu de vie et donc de travail. Proposition d'offre d'emploi à proximité pour le conjoint du médecin.

MG enseignants

Par rapport aux MG en cours pendant l'externat, nous pouvons également évoquer un biais de mémorisation ou de déclaration. En effet, nous interrogeons les répondants sur les professeurs rencontrés il y a quelques années, il se peut que les personnes ne s'en souviennent pas. Pour s'affranchir de ce biais nous pourrions interroger les facultés sur le pourcentage d'heure de cours et de stage réalisé par des MG lors du TCEM des étudiants inclus dans la cohorte.

Stage d'initiation à la MG pendant le DCEM

Aucune des cohortes réalisées ne retrouve de lien entre la pratique de la médecine générale et le stage praticien réalisé pendant l'externat. Nous supposons que le stage d'initiation sous sa forme actuelle ne favorise pas l'exercice de la MG. Pourtant dans des études qualitatives et déclaratives nous notons un impact au moins dans l'imaginaire et la représentation de la MG de ce stage pendant le DCEM. (27)

Nous proposons donc de repenser la structure de ce stage, d'en revoir les modalités pratiques. Nous proposons de rendre obligatoire ce stage et de l'adapter pour permettre une autonomisation des étudiants comme dans les autres spécialités. Remettre la médecine générale au même niveau que les autres spécialités. Le nom qui lui est attribué est d'ailleurs le reflet d'une particularité " Stage d'initiation" nous proposons de le rendre plus long (durée de trois mois) comme les autres stages. Cela nécessite également une formation des MSU qui ont un rôle important à jouer pour valoriser ce stage.

Proposition 8 : Restructurer le stage de MG de l'externat pour le rendre plus engageant, d'allonger le temps de présence et de permettre une autonomisation pendant le stage

Cette démarche a été initiée à la demande des étudiants en collaboration avec le DUMG, au moment de la rédaction de ce travail.

Semestre de réalisation du stage praticien

Il nous semble logique que le semestre de réalisation d'un stage n'impacte pas la formation ni la pratique. D'autant que le stage praticien niveau 1 est un stage obligatoire. Le semestre de réalisation peut être important dans le cadre de l'obtention de la licence de remplacement. Réalisation obligatoire du stage praticien niveau 1 pour l'obtenir, nous pourrions donc supposer que plus ce stage est réalisé tôt plus l'envie d'être MG est important, au vu de la réforme du TCEM, cette question ne se posera plus puisque le stage praticien doit être réalisé dans la première année de l'internat.

Aides financières

Nous noterons que malgré l'espoir des autorités cette variable ne semble pas influencer la pratique de la médecine générale et que le nombre de contrat CESP reste faible.

Facteurs en lien avec le fait d'exercer en rural et/ou semi-rural

Variables liées statistiquement à l'exercice en rural/semi-rural

Uniquement la thèse réalisée en Haute Normandie retrouve des liens significatifs entre des variables et le fait d'exercer en rural ou semi-rural (9). L'hypothèse d'une particularité propre des parcours professionnels sur ce point en Haute Normandie nous paraît peu probable. Aussi cette différence avec les autres études de cohorte permet de formuler les hypothèses suivantes :

- puissance statistique (effectif) insuffisante dans les autres cohortes, d'où l'importance du projet national d'agrégation des données de toutes ces études.
- biais de sélection soit en Haute Normandie, soit dans les autres cohortes

Le statut foncier

Dans la thèse réalisée en Haute Normandie (9), la part de personnes exerçant en zone rurale semi-rurale était plus importante chez les propriétaires (50%) que chez les locataires (23,1%), avec un $p=0,075$.

Nous émettons donc l'hypothèse que le fait d'être propriétaire est en lien avec le fait d'exercer la médecine générale en zone rurale.

Néanmoins cette hypothèse est probablement biaisée car la situation financière, et donc la capacité à l'obtention d'un crédit immobilier, sont lié au statut professionnel. L'acquisition immobilière en zone rurale est moins coûteuse et donc facilitée.

Nous constatons donc un biais confondant entre le statut de propriétaire et le fait de vivre en rural (qui, dans cette étude, est un facteur lié à l'exercice en rural).

Nous supposons que les études réalisées souffrent également d'un manque de puissance statistique.

Il serait intéressant d'observer la chronologie des faits, si l'acquisition d'un bien immobilier est le point de départ d'une installation ou s'il fait partie de la fin du projet. Si c'est le point de départ, nous supposons que des offres immobilières intéressantes en zone rurale pourraient rendre attrayants ces villages pour les futurs médecins. Si l'acquisition immobilière est plutôt secondaire dans le processus, il nous semble légitime de poursuivre les offres de logement proposées aux jeunes MG qui seraient intéressés pour un remplacement de courte durée afin de mettre en avant les avantages de vivre dans ces endroits.

La zone d'habitation actuelle

Dans la thèse réalisée en Haute Normandie (9), la part de personnes exerçant en zone rurale semi-rurale était plus importante chez les personnes vivant en zone rurale (85,7%) que chez les personnes vivant en zone urbaine (14,3%), avec un $p=0,00029$. A contrario la part de personnes exerçant la médecine générale en zone urbaine et vivant en zone urbaine était élevée avec 87,1%, contre 12,9% pour les personnes vivant en zone rural ou semi rural. La majorité des répondants vivent en zone urbaine. Nous avons imaginé plusieurs causes à cela, la première est une répartition "aléatoire" des stages pendant l'internat. La logique que nous avançons serait que les personnes qui souhaitent investir dans l'immobilier le font précocement dans le cursus et le plus souvent dans une grande agglomération (probablement celle où est située la faculté) pour optimiser les temps de trajet des stages en périphéries, et la pratique future (zone centrale en général).

Nous pouvons imaginer que si les lieux de stage étaient pré-choisis les internes s'installeraient dans d'autres environnements. L'autre hypothèse est que la vie urbaine imposée par le DCEM a convaincu.

Proposition 9 : Pré choix d'un bassin de vie pour la répartition des stages pour favoriser l'installation en zone rurale et semi rurale du lieu d'habitation et donc de la pratique de la MG en zone rurale : Territorialiser la maquette du DES.

Proposition 10 : Rendre majoritaire la proportion d'enseignements théoriques réalisés en télé enseignement durant le PCEM et le DCEM, ainsi que les lieux de stage hors CHRU, afin de réduire l'urbano-centrisme généré actuellement par les études de médecine et permettre le maintien, voir l'ancrage des étudiants en médecine dans l'ensemble des territoires de la région.

Propositions 11 : les propositions 8 et 9 incitent à réfléchir à une territorialisation des études de médecine dès le DCEM. Elle pourrait s'organiser autour de CH locaux, comme cela se fait déjà pour d'autres professions des soins primaires (IDE, sages-femmes). Cela permettrait aux futurs professionnels de ces filières d'ancrer leur vie personnelle dans ces territoires, tout en se créant très tôt leur réseau professionnel. On formule l'hypothèse que cela serait de nature à inciter exercer in fine dans ces territoires.

Lieu de réalisation du stage praticien

Dans la thèse réalisée en Haute Normandie (9), la part de personnes exerçant en zone rurale semi-rurale était plus importante chez les personnes ayant réalisé leur stage praticien en zone rural/semi rural (50%) que chez les personnes ayant réalisé leur stage praticien en zone urbaine (17,9%), avec un $p=0,039$.

Le lieu du stage praticien peut être lié avec le lieu de pratique de la MG par la découverte d'un bassin de vie, des correspondants principaux, par la découverte du rôle central du MG dans des bassins de vie à échelle humaine. Cette variable n'est mis en avant qu'une seule fois et cela est probablement expliqué par une faible puissance statistique des échantillons.

La profession des parents

Dans la thèse réalisée en Haute Normandie (9), la part de personnes exerçant en zone rurale semi-rurale était de 77,8% chez les personnes ayant un père ayant comme métier : agriculteur, artisan ou ouvrier et de 83,3% pour les personnes ayant des mères exerçant ces mêmes métiers.

Alors que chez les personnes ayant des parents ayant comme métier : Cadre, professions intermédiaires c'est la part d'exercice en zone urbaine qui était dominante avec 91,3% pour le père, et 90,5% chez la mère. (avec un $p=0,0011$, et $p=0,0029$).

Le fait que la profession des parents puisse interférer avec le lieu de la pratique actuelle de la MG nous interroge.

Nous formulons une hypothèse : certains métiers sont plus accessibles à l'exercice en zone rurale où le rôle de MG est plus valorisé, apparaît alors que les études de médecine sont un but à atteindre, que le fait d'être MG reflète une réussite, et peut paraître inaccessible (financièrement notamment) alors que dans d'autres milieux peut être plus urbains, le médecin généraliste est « en dessous » de ces confrères spécialistes.

Nous pouvons également imaginer des campagnes ciblant les professions comme les agriculteurs, les artisans et les ouvriers afin de présenter les différentes aides possibles notamment les bourses du CROUS rendant accessibles les études médicales.

Variables non liées statistiquement à l'exercice en rural/semi-rural

Les variables suivantes n'ont pas été mise en évidence comme en lien avec la pratique de la médecine générale en zone rurale :

- le genre,
- le statut marital / le fait d'être en couple,
- le fait d'avoir des enfants,
- la profession du conjoint,
- le statut foncier,
- le lieu d'habitation,
- le lieu de vie pendant l'enfance / la région d'origine,
- la profession des parents,
- le cursus avant la médecine,
- la réalisation d'un stage d'initiation pendant le DCEM,
- le fait d'avoir eu des médecins généralistes enseignants,
- le 1° choix de la MG à l'ECN,
- le semestre de réalisation du stage praticien niveau 1,

- la réalisation d'un SASPAS,
- le semestre de réalisation du SASPAS,
- le lieu commun entre le stage praticien niveau 1 et le SASPAS,
- le lieu du SASPAS,
- le fait d'être inscrit à un DESC,
- le lieu de remplacement durant l'internat,
- la durée du remplacement pendant l'internat,
- les aides financières.

Parmi ces différentes variables, celles qui nous interpellent quant à leur non-influence sur le fait d'exercer en rural/semi-rural sont : le lieu de vie pendant l'enfance, le lieu de réalisation du SASPAS, ainsi que les lieux de remplacements pendant l'internat.

Nous pourrions nous attendre à une influence des lieux de vie et des lieux de stages, comme un coup de foudre avec les lieux... mais comme nous avons pu le lire dans l'étude par Munck, la pratique et les événements de la vie sont sous l'influence d'éléments individuels et contextuels... (40) et sont souvent la résultante d'opportunité et de timing appropriés.

Facteurs liés statistiquement à l'exercice de la MG et à l'exercice en rural/semi-rural

Aucune variable n'est liée statistiquement à la pratique de la médecine générale et à la pratique de la médecine générale en zone rurale/semi-rurale

Proposition de complément de recherche

- Poursuivre le suivi prospectif de la cohorte afin d'observer notamment :
 - la part de répondants devenus parents,
 - l'évolution du taux de diplômés exerçant au moins partiellement la MG,
 - les différents types de pratique de la MG : remplacement, collaboration, installation isolée, installation en groupe,
 - la répartition géographique de leur pratique professionnelle, notamment entre zone rurale et zone urbaine,
 - la pratique professionnelle de ceux qui étaient encore internes 3 ans après le début de leur DES.
- Améliorer le protocole d'étude en :
 - Retravaillant le questionnaire :
 - Discuter de l'interrogation des participants sur leurs mentions au baccalauréat pour confirmer un lien statistique mis en évidence dans la thèse réalisée en Haute Normandie (9) : une part plus importante de personnes exerçant en zone rurale et semi-rurale avait eu une mention Bien et Assez bien au baccalauréat, et une part moins importante au niveau de celle ayant eu une mention très bien.
Si ce lien était confirmé, nous imaginons une possible intégration de cette donnée au système « parcours sup » en valorisant l'accès aux études médicales des personnes ayant eu une mention bien ou assez bien.
 - Ajouter l'item "Post-Internat" dans les choix de réponses à la question traitant de la pratique actuelle et retirer l'option de réponse manuelle,

- Proposer une question à texte libre permettant de préciser l'activité actuelle
 - Ajouter une question après la question traitant du nombre de semestres validés, permettant de connaître les raisons de ce décalage (voyage, maternité, engagement associatif, autres?)
 - Discutant la date d'envoi des questions au moment de l'inclusion dans la cohorte, en prenant en compte le risque de perte de vue des étudiants si délai trop long, et la part d'interne importante si délai trop court.
 - Mesurant la présence d'enseignants de MG durant le DCEM sur la base des plannings d'enseignements plutôt que sur les souvenirs des répondants.
 - Réalisant le codage secondaire des codes postaux des différents lieux étudiés afin d'obtenir une catégorisation en lien avec la zone de densité médicale.
 - Repensant le système de stockage des données et le numéro d'anonymat
 - Obtenant le soutien des instances locales, faculté, ARS, et associations locales pour rendre le projet plus visible
 - Incluant dans l'étude les promotions d'IMG sortantes au fur et à mesure afin d'augmenter la puissance statistique de l'étude et de pouvoir réaliser des comparaisons entre les promotions, notamment celles qui n'ont pas bénéficié du même TCEM.
- Réaliser des études ancillaires sur les questions suivantes :
 - Quels sont les impacts des enseignements indispensables à l'exercice de la médecine générale (ex : formation à la communication, écoute active, programmation neuro-linguistique, entretien motivationnel, prise en charge de situations complexe...) ?
 - Quels sont les impacts des enseignements spécifiques à l'exercice libéral (ex : compatibilité, management, informatique médicale, etc.) ?
 - Quel lien entre la profession du conjoint et l'exercice professionnel?
 - Quel lien entre la parentalité et l'exercice professionnel choisi ?
 - Pourquoi 1/5 des IMG ont pris du retard dans le DES et en quoi cela impacte le parcours professionnel ?
 - Quelle est la chronologie de l'investissement immobilier dans le parcours des jeunes MG ? Est-elle le point de départ ou le point final d'un projet ? Peut-on considérer que faciliter l'accès à un bien immobilier pourrait avoir un impact sur la pratique de la médecine générale?
 - Quel est l'impact du lieu de réalisation du DCEM sur la préparation à l'ECN et le choix de la spécialité ?
- Pour cela, nous proposons de concevoir un projet de recherche national plus abouti, piloté régionalement par les DUMG, appuyé sur des laboratoires de recherche et financé par les gestionnaires de la santé en France (ARS, Etat, CPAM, collectivités territoriales). L'agrégation de données d'effectifs plus importants est indispensable à l'étude plus fine des variables influençant le parcours professionnel des diplômés de la médecine générale. Ce travail de coordination nationale est en cours d'élaboration par une équipe universitaire du DUMG de Rouen.

L'essentiel de la discussion

- Points forts : méthodologie adaptée à la question de recherche, questionnaire partagé avec d'autres cohortes et possibilité d'agrégation de données, échantillon représentatif.
- Points faibles : recueil des données probablement trop précoce, puissance statistique (effectif) probablement insuffisante, biais de mesure, biais de sélection possible, biais de classement.
- Le profil type des jeunes exerçant la MG au sortir de leur internat en France est : une femme, en couple avec une personne active, sans enfant, en location, en milieu urbain.
- L'analyse comparée de notre étude avec les autres études de cohorte régionale permet de réaliser 11 propositions visant à améliorer l'offre de MG dans les territoires déficitaires
 - Proposition 1 : Promouvoir la médecine générale auprès de la population générale par des campagnes de communication grand public.
 - Proposition 2 : Augmenter le nombre d'enseignements théoriques et pratiques spécifiques à la MG lors du TCEM
 - Proposition 3 : 100% des IMG doivent avoir accès au SASPAS
 - Proposition 4 : Inciter et aider les IMG à remplacer durant leur internat
 - Proposition 5 : Si une 4ème année est ajoutée au DES de MG, son contenu devrait apporter l'équivalent de l'expérience de remplacement durant l'internat
 - Proposition 6 : Adapter la possible 4ème année d'internat à un exercice mixte et donc autoriser la diversité des terrains de stage en fonction du projet professionnel de l'étudiant
 - Proposition 7 : Identifier et lever les éventuelles difficultés rencontrées spécifiquement par les femmes durant leurs études et le début de leur vie professionnelle
 - Proposition 8 : Réformer le stage d'initiation à la MG lors du DCEM
 - Proposition 9 : Territorialiser la maquette du DES
 - Proposition 10 : Décentraliser, dès le PCEM, les enseignements théoriques et pratiques dans les territoires.
 - Propositions 11 : Réfléchir à une territorialisation du DCEM, autour des CH locaux.
- Certains de nos résultats, ainsi que les discordances constatées entre les régions incitent à :
 - Améliorer le protocole d'étude ;
 - Poursuivre le suivi de la cohorte lorraine ;
 - Inclure d'autres promotions de diplômés afin d'augmenter la puissance statistique de l'étude ;
 - Réaliser des études ancillaires et des études complémentaires ;
 - Mettre en place une coordination nationale de ces études afin de permettre l'agrégation des données. Une équipe d'universitaire du DUMG de Rouen y travaille actuellement.

Conclusion

Les étudiants en fin de cursus de MG de la faculté de Nancy sont majoritairement en couple sans enfant, avec un conjoint exerçant une autre profession que la médecine, ils habitent en zone urbaine pour la majorité. Ils ont réalisé pour la plupart leur DCEM à Nancy, et n'ont passé l'ECN qu'une fois. Au moment de choisir sa région, 80,4% ont choisi de rester en Lorraine et 60,4% l'ont choisie parce qu'ils y avaient de la famille ou des amis. La MG est une discipline désirée puisque 62,3% des répondants souhaitaient être médecin généraliste dès l'inscription en médecine, et pour 69,8% c'était le premier choix à l'ECN.

Seulement 32% (n=17) ont bénéficié de cours enseignés par des médecins généralistes durant leur DCEM.

En novembre 2017, soit 3 ans après le début du TCEM, 60,4% (n=32) exercent la médecine générale ; de manière exclusive pour 50,9% (n=27) ou de manière mixte pour 9,4% (n=5). Il n'y a aucun installé, 1 collaborateur libéral (3,7%) et 31 personnes qui exercent avec le statut de remplaçant (96,3%). Le milieu rural est expérimenté pour 53,1% (n=17) au moins partiellement. Et 22,6% (n=12) sont encore internes.

Notre étude nous a permis de mettre en évidence cinq facteurs associés à la pratique de la médecine générale : le souhait d'être généraliste au début des études de médecine, le rang de choix de la médecine générale à l'ECN, la réalisation d'un SASPAS, le fait de ne pas être inscrit à un DESC ainsi que celui de réaliser des remplacements pendant l'internat. Malheureusement nous n'avons pas mis en évidence de lien statistique avec le lieu de pratique de la médecine générale, du fait probablement d'un échantillon de petite taille. Ces facteurs sont présupposés mais c'est la première fois dans une étude de cohorte qu'ils apparaissent réunis.

Notre étude présente des points forts : sa méthodologie adaptée à la question de recherche, le questionnaire partagé avec d'autres cohortes et la possibilité d'agrégation de données, ainsi que l'échantillon représentatif de la population. Mais aussi des points faibles : le recueil des données probablement trop précocement, la puissance statistique (effectif) probablement insuffisante, et malheureusement des biais possibles. L'analyse comparée de notre étude avec les autres études de cohortes régionales permet de réaliser 11 propositions visant à améliorer l'offre de MG dans les territoires déficitaires en quatre axes notamment la promotion de la spécialité qu'est la médecine générale, auprès du grand public et des étudiants, la réorganisation des études de médecine dès le PCEM et la poursuite de la réorganisation du DES, et l'accès des femmes aux études et à l'exercice de la MG.

Certains de nos résultats, ainsi que les discordances constatées entre les régions incitent à améliorer le protocole d'étude, à poursuivre le suivi de la cohorte lorraine et d'y inclure d'autres promotions de diplômés afin d'augmenter la puissance statistique de l'étude. D'autant que notre étude est réalisée au moment de la mise en place de la réforme du TCEM, une modification de la pratique au sortir du DES affirmerait son impact positif.

Nous souhaitons également réaliser des études ancillaires et des études complémentaires (notamment sur la mention au baccalauréat, sur l'impact sur la pratique d'un semestre de disponibilité, le rôle du statut foncier et l'impact de la parentalité sur les différents modes d'exercices).

Nous souhaitons mettre en place une coordination nationale de ces études afin de permettre l'agrégation des données. Une équipe d'universitaire du DUMG de Rouen y travaille actuellement.

Les réformes en cours associées aux données recueillies par cet observatoire national pourraient continuer à apporter des réponses à cette crise de la démographie médicale que nous traversons, en proposant des solutions adaptées aux futurs acteurs, et à tous les protagonistes de la médecine de premier recours.

Bibliographie

1. Bardin G. Attentes des internes de médecine générale lorrains concernant leur projet professionnel. [Thèse d'exercice] [Nancy, France] faculté de médecine de Nancy, Université de Lorraine ; 2017 [cité le 28 octobre 2018] 44p Disponible sur : <http://www.sudoc.fr/204373263>
2. Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en Lorraine ? Une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine [Thèse d'exercice] [Nancy, France] faculté de médecine de Nancy, Université de Lorraine ; 2016 [cité le 28 octobre 2018] 137p
3. Gocko X, Dessert M, Bally JN, Trombert-Paviot B. Devenir professionnel des internes de médecine générale de Saint-Étienne entre 2004 et 2014. Exercer la revue française de médecine générale; 22 (99): 189-190
4. Vincent Ledru. Devenir professionnel des résidents et internes de médecine générale formés à Rouen (1999-2008). [Thèse d'exercice] [Rouen, France] Faculté de médecine de Rouen; 2014 [cité le 28 octobre 2018] 100p. Disponible sur : dumas-01116942
5. Dautremay C. Lancement d'un observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne [Thèse en ligne]. [Reims, France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2013. [cité le 10 août 2018] 99p Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01337730/document>
6. Groboz-Lecoq D. Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Études Spécialisées [Thèse en ligne]. [Nice, France] : Faculté de médecine de Nice, Université de Sophia Antipolis ; 2014 [cité le 10 août 2018] 69p Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01136600/document>
7. Mintandjian A. Etude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Ile-de-France Etude de cohorte. [Thèse en ligne]. [Paris, France]: Université de Paris Descartes; 2015. [cité le 10 août 2018] 110p Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01304247/document>
8. Chabrerie E. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes formés en Auvergne. Etude de cohorte sur la promotion d'internes ECN 2011. [Thèse en ligne]. [Clermont Ferrand, France]: Université d'Auvergne Clermont 1; 2015. [cité le 10 août 2018] 75p Disponible sur: <https://drive.google.com/drive/folders/0B51pXDezCI5BVFZKUi1YaHNsa2s>
9. Faget E. Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande. [Thèse en ligne]. [Rouen, France]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2016 [cité le 10 août 2018] 99p Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01337730/document>

10. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF 2009, article 36.

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFARTI000020880055>

11. BOUET P. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2017, Profil comparés 2007/2017[en ligne]. Conseil National de l'Ordre des médecins ; 2017 [cité le 18 novembre 2018] Disponible sur :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf

12. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-Médecine de Famille 2002 [en ligne]. [cité le 10 octobre 2018] Disponible en version française sur :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

13. INSEE. Données Panorama - Grand Est [en ligne] ; 2017 [cité le 10 sep 2018]

Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2018906>

14. INSEE. Population, Atlas région Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine [en ligne] ; 2017, [cité le 09 septembre 2018]

Disponible sur <https://www.grandest.fr/wp-content/uploads/2017/08/population.pdf>

15. Article L631-1 du Code de l'éducation, modifié par la loi n°2009-833 du 7 juillet 2009. JORF 2009, article 1.

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020828203&categorieLien=id>

16. MedShake.net, Épreuves Classantes Nationales : statistiques et outils [en ligne]. 2017 [cité le 10 septembre 2018] Disponible sur :

<https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/>

17. Arrêté du 18 octobre 2017 relatif à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2017-2018; JORF du 25 octobre 2017, Disponible sur : <https://jo.toutelaloi.fr/JORFTEXT000035871907>

18. CNG, Rangs limites ECN 2017 [en ligne]. Version : 17.5.3 [cité le 25 septembre 2018]

Disponible sur : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/tableau/rangs_limites_2017.html

19. Cattin E, Facchinetti S, Marchand O. Stage de deuxième cycle en médecine générale : impact et influence de ses modalités sur l'envie d'être généraliste, Exercer la revue française de médecine générale ; 22 (99): 189-190

Disponible sur : <https://www.exercer.fr/numero/99/page/189/pdf/>

20. Troester J. Bilan du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) en Lorraine : Étude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires [Thèse en ligne]. [Nancy, France]: Université de Lorraine ; 2013 [cité le 17 octobre 2018]. 107p.
Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_TROESTER_JEOFFREY.pdf
21. Arrêté du 16 janvier 2018 fixant le nombre d'étudiants et d'internes en médecine pouvant signer un contrat d'engagement de service public au titre de l'année universitaire 2017-2018, JORF n°0015 du 19 janvier 2018, Disponible sur :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/1/16/SSAH1801596A/jo/texte>
22. Site du ministère de la solidarité et de la santé : Praticien territorial de médecine générale - PTMG Le dispositif [en ligne]. mis à jour 2017 [cité le 23 septembre 2018]. Disponible sur :
<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/praticiens-territoriaux-de-medecine-generale-ptmg/ptmg>
23. Région Grand-Est, Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé [en ligne]. ; 2015 [Cité le 12 septembre 2018] Disponible sur : <http://www.grand-est.paps.sante.fr/Accueil.38365.0.html>
24. Région Grand-Est, Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé, Pour les médecins, Les zones géographiques de référence pour les aides [en ligne]. ; 2017 [Cité le 12 septembre 2018] Disponible sur :
<http://www.grand-est.paps.sante.fr/Pour-les-medecins.40885.0.html>
25. Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, DiGuseppi C, Wentz R. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires (Review) The cochrane collaboration, 2009
26. Dupont C. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans. [Thèse d'exercice]. [Amiens, France] Faculté de Médecine d'Amiens ; 2017 [cité le 17 août 2018] p70 Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01774830/document>
27. Marchand C. Quelles sont les motivations des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale ?[Thèse en ligne]. [Tour, France] : Faculté de médecine de Tour, Université François Rabelais ; 2015 [cité le 10 août 2018] 57p
Disponible sur : http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2015_Medecine_MarchandKervernCamille.pdf
28. Bertereau V. Classement des facs de médecine : celles qui classent le moins bien leurs étudiants aux ECN [en ligne] publié le 08.07.2016 [cité le 28 novembre 2018]
Disponible sur :
<https://www.letudiant.fr/examen/concours-sante/medecine-le-classement-des-facs-pour-etre-bien-classe-a-lecn-15685/classement-des-facs-de-medecine-elles-qui-classent-le-moins-bien-leurs-etudiants-a-l-ecn.html>

29. Département de médecine générale de Clermont Ferrand, Les stages [en ligne], DMG d'Auvergne. [cité le 17 octobre 2018] Disponible sur : <http://dmg-clermontferrand.fr/le-tutorat/>
30. Schweyer FX, Ni artisan, ni salarié. Conditions et enjeux de l'installation en médecine générale libérale, Singuliers généralistes (2010), (379-402)
31. Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants, REMPLACT : Remplaçants en France, quelle activité ? [en ligne], ReAGJIR. Paris, 2010 [cité le 20 novembre 2018] Disponible sur : <https://drive.google.com/file/d/0B51pXDezCI5BLW9vdnptb2ZxOHM/view?usp=sharing>
32. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. Santé Publique. 2014;26(1):65–74
33. Mabon S. Quels sont les déterminants du choix de l'exercice ambulatoire des internes de médecine générale au terme de leurs études? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013
34. Fonda J. Influence du SASPAS sur la perception du stress au travail par les jeunes médecins français 1 an et 5 ans après la fin de leur internat [Thèse en ligne]. [Nice, France] : Faculté de médecine de Nice, Université de Sophia Antipolis ; 2017 [cité le 17 août 2018] 76p Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01630378>
35. Viellard M. Difficultés ressenties par les Internes de Médecine Générale lors de leurs premiers remplacements. Intérêt du Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). Etude qualitative réalisée auprès de jeunes médecins de la région Lorraine 2014, [Thèse en ligne] [Nancy, France] Faculté de médecine de Nancy ; 2014 [cité le 15 août 2018] p234
Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733000>
36. Obisi M. En route vers l'autonomie. Stage chez le praticien de premier niveau et Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée : quelle perception par les internes de médecine générale ? [Thèse d'exercice], [Nancy, France] Faculté de médecine de Nancy, Université de Lorraine ; 2017 [cité le 16 août 2018] p91
37. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation, JORF n°0276 du 27 novembre 2016 texte n° 3 Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJO.do?idJO=JORFCONT000033479363>
38. BOUET P. Conseil Nationale de l'Ordre, Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2015 [en ligne]. Conseil National de l'Ordre des médecins ; 2016 [cité le 19 novembre 2018] Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
39. Déplaud MO. Enquête sur une politique manquée : l'État français et la démographie médicale (1960-2015) [en ligne] SciElo Public Health ; 2018 Disponible sur : <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2018.v27n3/682-692/>

40. Munck Stéphane, Massin Sophie, Hofliger Philippe et al., « Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale », Santé Publique, 2015/1 (Vol. 27), p. 49-58. DOI : 10.3917/spub.151.0049. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1.htm-page-49.htm>

Annexes

Lettre accompagnant le questionnaire

Quels sont les déterminants du parcours professionnel des jeunes diplômés en MG de Lorraine?

Comme son nom l'indique ce questionnaire cherche à savoir d'où tu viens et où tu vas. Pas de stress, rien de très personnel, des données administratives, ton parcours pendant les études de médecine, etc.

Tu veux devenir gériatre, urgentiste, footballeuse (liste non exhaustive) ? Pas de problème ! Ta participation est encore plus intéressante :)

Alors merci d'avance pour tes réponses.

N'hésites pas à en parler autour de toi, à toutes les personnes ayant passées l'ECN 2014 et ayant choisi la médecine générale à Nancy.

Le temps de remplissage est d'environ : 10 minutes

Si tu as des questions, n'hésite pas à me contacter : cholley.charlene@hotmail.fr ou au 06.76.19.91.85. Tu peux aussi consulter l'abstract de l'étude, au lien suivant : <https://goo.gl/frhJ9F>

Merci beaucoup pour ta participation.

Charlène Cholley

&

Alan Charissou (co-directeur), charissou.alan@gmail.fr

Damien Gonthier (co-directeur), damien.gonthier1@gmail.com



Le questionnaire

Mais d'abord, qui êtes-vous ?

1. Merci d'indiquer les 3 premières lettres de votre nom puis les 3 premières lettres de votre prénom : * _____

2. Quelle est votre date de naissance (JJ/MM/AAAA) ? * _____

3. Vous êtes ? *

- Un homme
- Une femme

4. Quelle est votre nationalité ? *

- Française
- Autre : _____

Pour assurer le bon fonctionnement de la cohorte, il est important que nous puissions garder le contact avec vous au cours des 5 années à venir.

Nous garantissons que ces informations ne seront pas utilisées lors du traitement des réponses au questionnaire. Le fichier des participants à l'étude fera l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Ainsi, merci de nous préciser :

5. Votre numéro de téléphone portable ? * _____

6. L'adresse email que vous utilisez le plus souvent ? * _____

7. Par quel(s) moyen(s) préférez-vous être contacté(e) pour répondre aux enquêtes suivantes ? *

- Téléphone
- Email
- Autre : _____

8. Êtes-vous inscrit(e) sur un ou des réseaux sociaux ? *

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
- Google +
- Viadeo
- Je ne suis inscrit(e) à aucun réseau social
- Autre : _____

En cas de changement de vos coordonnées, pouvez-vous, s'il vous plaît, nous fournir les coordonnées d'un tiers (ami, parent).

De nouveau, nous garantissons que ces informations ne seront pas utilisées lors du traitement des réponses au questionnaire. Le fichier des participants à l'étude fera l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Merci de nous préciser :

9. Qui est ce tiers par rapport à vous ? _____

10. Quel est son numéro de téléphone portable ? _____

11. Quelle est son adresse email ? _____

Origine et situation sociale

12. Quelle est (était) la profession de votre père ? *

- Médecin
- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Sans activité professionnelle

13. Si votre père est (était) médecin, quelle est (était) sa spécialité ?

- Médecine générale
- Autre spécialité

14. Quelle est (était) la profession de votre mère ? *

- Médecin
- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Sans activité professionnelle

15. Si votre mère est (était) médecin, quelle est (était) sa spécialité ?

- Médecine générale
- Autre spécialité

16. Êtes-vous en couple actuellement ? *

- Oui
- Non

Vous êtes en couple,

17. Êtes-vous ? *

- Marié(e)
- Pacsé(e)
- Ni l'un ni l'autre

18. Quelle est la profession de votre conjoint ? *

- Médecin
- Interne
- Étudiant en médecine
- Étudiant (hors médecine)
- Agriculteur exploitant
- Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- Cadre, profession intellectuelle supérieure (à l'exception de médecin)
- Profession intermédiaire
- Employé
- Ouvrier
- Sans activité professionnelle

19. Si votre conjoint est médecin ou interne, quelle est sa spécialité ?

- Médecine générale
- Autre spécialité

Enfants

20. Avez-vous des enfants à charge ? *

- Oui
- Non

Vous avez des enfants à charge

21. Combien avez-vous d'enfants à charge ? *
liste de "1" à "5 ou plus"

22. Quel âge ont-ils ? *

(plusieurs réponses possibles)

- De 0 à 3 ans
- De 3 à 6 ans
- De 6 à 11 ans
- De 11 à 15 ans
- De 15 à 18 ans
- Plus de 18 ans

Habitation

23. Où habitez-vous ? *

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
- En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

24. Quel est le code postal de votre commune de résidence ? *

25. Concernant votre logement, êtes-vous ? *

Propriétaire

Locataire

Hébergé(e) à titre gratuit

26. Dans votre enfance et adolescence, où avez-vous vécu la plus grande partie du temps ? *

En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)

En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)

En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

27. Dans votre enfance et adolescence, dans quel département avez-vous vécu la plus grande partie du temps ? (un seul choix possible) *

54 - Meurthe et Moselle

55 - Meuse

57 - Moselle

88 - Vosges

Autre

Parcours d'enseignements

28. Avez-vous entrepris d'autres études supérieures avant de débiter vos études de médecine ? *

Oui

Non

29. Jusqu'ou êtes-vous allé(e) dans ce(s) cursus avant de débiter médecine ?

Licence = 3 ans

Master = 5 ans

Doctorat = 8 ans

Autre : _____

30. Avez-vous voulu faire des études de médecine pour devenir médecin généraliste ? *

Oui, tout à fait

Plutôt oui

Plutôt non

Non, pas du tout

31. En quelle année êtes-vous entré(e) en première année du premier cycle des études médicales (PCEM1) ? *

liste de "avant 1997" à "2011"

32. Combien de fois avez-vous passé le concours d'entrée en médecine PCEM1 ? *

- 1 fois
- 2 fois
- 3 fois

33. Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre PCEM1 ? *

liste des facultés

34. Dans quelle faculté avez-vous réalisé votre deuxième cycle des études médicales (DCEM = externat) ? *

liste des facultés

35. Avez-vous eu des médecins généralistes comme enseignants dans les cours théoriques en DCEM (externat) ? *

- Oui
- Non

36. Avez-vous fait un stage de médecine générale pendant votre DCEM (externat) ? *

- Oui
- Non

36 B. Avez-vous participé au module optionnel "Rôle du médecin Généraliste" pendant votre externat ? *

- Oui
- Non

37. Combien de fois avez-vous passé les ECN (Epreuves Classantes Nationales) ? *

- 1 fois
- 2 fois
- Je n'ai pas passé les ECN

38. Quel était, par ordre de préférence, le 1er choix de spécialité que vous visiez aux ECN ? *

liste des spécialités ou "Je n'ai pas passé les ECN"

39. Quel était votre 2ème choix ? *

liste des spécialités ou "Je n'ai pas passé les ECN"

40. Quel était votre 3ème choix ? *

liste des spécialités ou "Je n'ai pas passé les ECN"

41. Combien de semestres avez-vous validé actuellement ? *

- J'ai validé mes 6 semestres
- J'ai validé 5 semestres
- J'ai validé 4 semestres
- J'ai validé 3 semestres
- J'ai validé 2 semestres

42. Avez-vous utilisé un droit au remords en cours d'internat ? *

- Oui
- Non

43. Si oui, précisez votre choix initial (avant le droit au remords pour la Médecine Générale) :
liste des spécialités

44. Pourquoi avez-vous effectué votre internat en Lorraine ? *

(plusieurs réponses possibles)

- C'est votre région d'origine
- Pour y suivre votre conjoint
- Vous y avez de la famille ou des amis
- Vous aviez envie de découvrir la région
- Par défaut (classement insuffisant aux ECN)
- Pour y faire de la recherche
- Pour la qualité de la formation
- Vous y avez un projet d'installation
- Vous êtes propriétaire en Lorraine
- Autre :

Stage chez le praticien

45. Avez-vous effectué votre stage chez le praticien niveau 1 ? *

- Oui
- Non
- Stage en cours

Vous avez effectué, ou effectuez, votre stage chez le praticien de niveau 1

46. Lors de quel semestre avez-vous effectué votre stage chez le praticien niveau 1 ? *

- 2ème semestre
- 3ème semestre
- 4ème semestre
- 5ème semestre
- 6ème semestre

47. Où avez-vous effectué votre stage chez le praticien niveau 1 ? *

(plusieurs réponses possibles)

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
- En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

48. Pouvez-vous indiquer le code postal de(s) la commune(s) dans la(les)quelle(s) vous avez effectué votre stage chez le praticien niveau 1.

Merci d'indiquer les différents codes postaux si vous avez été en stage dans plusieurs cabinets.

Code postal du 1er cabinet de stage praticien niveau 1 : * _____

Code postal de l'éventuel 2ème cabinet de stage praticien niveau 1 : _____

Code postal de l'éventuel 3ème cabinet de stage praticien niveau 1 : _____

Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée = SASPAS

49. Avez-vous effectué votre SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) ? *

- Oui
- Non
- Stage en cours

Vous avez effectué, ou effectuez, votre SASPAS

50. Lors de quel semestre avez-vous effectué, ou effectuez-vous, votre SASPAS ? *

- 5ème semestre
- 6ème semestre

51. Avez-vous effectué, ou effectuez-vous, votre SASPAS au moins en partie en cabinet de médecine générale ? *

- Oui
- Non

52. Où se situent les cabinets de votre SASPAS ? *

(plusieurs réponses possibles)

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
- En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

53. Pouvez-vous indiquer le code postal du(des) cabinet(s) de votre SASPAS.

Merci d'indiquer les différents codes postaux si vous avez été en stage dans plusieurs cabinets.

Code postal du 1er cabinet de SASPAS : * _____

Code postal de l'éventuel 2ème cabinet de SASPAS : _____

Code postal de l'éventuel 3ème cabinet de SASPAS : _____

54. Êtes-vous retourné(e) dans le(s) même(s) cabinet(s) que lors de votre stage chez le praticien niveau 1 ? *

- Oui
- Non

Le DESC

55. Avez-vous suivi ou suivez-vous actuellement une formation complémentaire de type DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires) ? *

- Oui
- Non

56. Si oui, précisez quel DESC :

liste des DESC

57. Avez-vous effectué des remplacements en médecine générale durant votre internat ? *

- Oui
- Non

58. Si oui, où avez-vous effectué ces remplacements ?
(plusieurs réponses possibles)

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
- En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

59. Si oui, quelle quantité de remplacements avez-vous effectué durant votre internat ?

- Moins de 5 semaines
- De 5 à 10 semaines
- Plus de 10 semaines

60. Avez-vous soutenu votre thèse ? *

- Oui
- Non

61. Si oui, date précise de soutenance (JJ/MM/AAAA) : _____

62. Avez-vous bénéficié d'une ou plusieurs aides financières au cours de vos études ? *

- Oui, bourse étudiante CROUS
- Oui, allocation mensuelle de 1 200 euros en contrepartie d'un contrat d'engagement de service public (CESP)
- Oui, bourse aux étudiants de 3ème cycle effectuant leur stage en zone de revitalisation rurale ou zone déficitaire, par le Conseil Régional de Lorraine
- Oui, bourse aux étudiants de 3ème cycle s'engageant à s'installer dans une zone déficitaire en offre de soins, pour une durée de 6 ans minimum,
- Non
- Autre :

63. Avez-vous adhéré à un syndicat durant votre internat ? *

- Oui
- Non

64. Si oui, à quel(s) syndicat(s) avez-vous adhéré ?

(plusieurs réponses possibles)

- RAOUL-IMG = Rassemblement Autonome Unifié Lorrain des Internes en Médecine Générale de Nancy (structure lorraine de l'ISNAR-IMG)
- AMIN = Association des Médecine Interne de Nancy (structure lorraine de l'ISNI)
- ReAGJIR-Lorraine = Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (structure lorraine de ReAGJIR)
- Autre

Pratique médicale en cours

Attention, nous définissons la pratique de la médecine générale telle que décrite par la WONCA Europe en 2002, à savoir l'exercice de soins primaires dans une structure de soins ambulatoire (ex : cabinet, centre de santé, maison médicale, etc.)

Pour plus d'informations :

<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

65. Quelle est votre pratique médicale actuelle ? *

- Pratique exclusive de la médecine générale (exercice des soins primaires, en cabinet ou centre de santé, en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut)
- Pratique exclusive d'une autre activité (ex : médecine hospitalière, médecine du sport, angiologie, PMI, médecine scolaire, médecine d'urgence, acupuncture, médecine humanitaire, etc.)
- Activité mixte (médecine générale + une ou plusieurs autres activités)
- Je suis encore interne
- Autre : _____

Vous exercez exclusivement la médecine générale

Exercice des soins primaires, en cabinet ou centre de santé (donc extra-hospitalier), en tant que remplaçant ou installé, quel que soit le statut

66. Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale ? *

(plusieurs réponses possibles)

- Remplaçant libéral
- Remplaçant salarié en centre de santé
- Collaborateur libéral
- Collaborateur salarié en cabinet libéral
- Installé en cabinet individuel
- Installé en cabinet de groupe
- Installé en maison de santé pluridisciplinaire
- Installé en centre de santé
- Autre : _____

67. Dans quel(s) type(s) de commune exercez-vous la médecine générale ? *

(plusieurs réponses possibles)

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
- En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

68. Si vous êtes remplaçant(e)/collaborateur(trice), dans quel(s) département(s) exercez-vous la médecine générale ?

Si vous exercez dans plusieurs départements, merci de les classer par ordre de fréquentation :

68 a Département 1, le plus fréquenté :

- 54 - Meurthe et Moselle
- 55 - Meuse
- 57 - Moselle
- 88 - Vosges
- Autre

68 b Département 2 :

- 54 - Meurthe et Moselle
- 55 - Meuse
- 57 - Moselle
- 88 - Vosges
- Autre

68 c Département 3 :

- 54 - Meurthe et Moselle
- 55 - Meuse
- 57 - Moselle
- 88 - Vosges
- Autre

68 d Département 4 :

- 54 - Meurthe et Moselle
- 55 - Meuse
- 57 - Moselle
- 88 - Vosges
- Autre

68 e Département 5 :

- 54 - Meurthe et Moselle
- 55 - Meuse
- 57 - Moselle
- 88 - Vosges
- Autre

69.a. Si vous êtes installé(e) ou collaborateur(trice), dans quelle(s) commune(s) exercez-vous la médecine générale ?

- Code postal du lieu d'exercice principal : (www.codespostaux.com)

Votre réponse

69.b.

Code postal de l'éventuel 2ème lieu d'exercice : (www.codespostaux.com)

Votre réponse

69.c.

Code postal de l'éventuel 3ème lieu d'exercice : (www.codespostaux.com)

Votre réponse

Vous êtes installé(e) en cabinet ou maison de santé

Si cette affirmation vous concerne, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes.
Sinon, vous pouvez passer à la page suivante en cliquant sur 'Continuer'

70. Avez-vous bénéficié d'aide(s) à l'installation ?

- Oui
- Non

71. Si oui, la(les)quelle(s) ?

(plusieurs réponses possibles)

- Contrat de praticien territorial de médecine générale
- Aide des collectivités territoriales
- Aide de l'assurance maladie
- Aide des services fiscaux
- Autre : _____

72. Pouvez-vous apporter des précisions sur la nature de cette(ces) aide(s) ?

73. Si oui, vous seriez-vous tout de même installé(e) si vous n'en aviez pas bénéficié ?

- Oui
- Non

Vous avez une(des) pratique(s) exclusivement autre(s) que la médecine générale

Par exemple : médecine hospitalière, médecine du sport, angiologie, PMI, médecine scolaire, médecine d'urgence, acupuncture, médecine humanitaire, etc.

74. Quelle(s) activité(s) pratiquez-vous ? *

(plusieurs réponses possibles)

- Poste hospitalier
- Poste de chef de clinique hors médecine générale
- Poste de "chargé" ou "attaché d'enseignement"
- Poste en clinique (ex: SSR) ou en EHPAD
- Médecin territorial (ex: PMI)
- Médecin scolaire
- Médecin salarié d'une ONG (ex: volontaire chez MSF)
- Activité libérale hors médecine générale, MEP (ex: angiologie, homéopathie, médecine du sport, SOS médecin, etc.)
- Autre :

Vous avez une activité mixte : exercice de la médecine générale et d'une autre(s) activité(s)

Concernant la médecine générale

75. Sous quel(s) statut(s) exercez-vous la médecine générale ? *

(plusieurs réponses possibles)

- Remplaçant libéral
- Remplaçant salarié en centre de santé
- Collaborateur libéral
- Collaborateur salarié en cabinet libéral
- Installé en cabinet individuel

- Installé en cabinet de groupe
- Installé en maison de santé pluridisciplinaire
- Installé en centre de santé
- Autre : _____

76. Dans quel(s) type(s) de commune exercez-vous la médecine générale ? *

(plusieurs réponses possibles)

- En zone urbaine : grande ville ou sa banlieue (au moins 300 habitants/km² et 5 000 habitants)
- En zone semi rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 5000 habitants)
- En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)

77.a. Si vous êtes remplaçant(e), dans quel(s) département(s) exercez-vous la médecine générale ? Si vous exercez dans plusieurs départements, merci de les classer par ordre de fréquentation :

Département 1, le plus fréquenté :

- 54-Meurthe-et-Moselle
- 55-Meuse
- 57-Moselle
- 88-Vosges
- Autre :

77.b. Département 2 :

- 54-Meurthe-et-Moselle
- 55-Meuse
- 57-Moselle
- 88-Vosges
- Autre :

77.c. Département 3 :

- 54-Meurthe-et-Moselle
- 55-Meuse
- 57-Moselle
- 88-Vosges
- Autre :

77.d. Département 4 :

- 54-Meurthe-et-Moselle
- 55-Meuse
- 57-Moselle
- 88-Vosges
- Autre :

77.e. Département 5 :

- 54-Meurthe-et-Moselle
- 55-Meuse
- 57-Moselle
- 88-Vosges
- Autre :

78.a. Si vous êtes installé(e) ou collaborateur(trice), dans quelle(s) commune(s) exercez-vous la médecine générale ?

Code postal du lieu d'exercice principal : (www.codespostaux.com)

Votre réponse

78.b.

Code postal de l'éventuel 2ème lieu d'exercice : (www.codespostaux.com)

Votre réponse

78.c.

Code postal de l'éventuel 3ème lieu d'exercice : (www.codespostaux.com)

Votre réponse

Concernant l'(les) autre(s) activité(s)

79. Quelle(s) activité(s) pratiquez-vous ? *

(plusieurs réponses possibles)

- Poste hospitalier
- Poste en clinique (ex: SSR) ou en EHPAD
- Médecin territorial (ex: PMI)
- Médecin scolaire
- Médecin salarié d'une ONG (ex: volontaire chez MSF)
- Poste de chef de clinique en médecine générale (CCU-MG)
- Poste de "chargé" ou "attaché d'enseignement" en médecine générale
- Activité libérale hors médecine générale, MEP (ex: angiologie, homéopathie, médecine du sport, SOS médecin, etc.)
- Autre :

Vous êtes installé(e) en cabinet ou maison de santé

Si oui, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes.

Sinon, vous pouvez passer à la page suivante en cliquant sur 'Continuer'.

80. Avez-vous bénéficié d'aide(s) à l'installation ?

- Oui
- Non

81. Si oui, la(les)quelle(s) ?

(plusieurs réponses possibles)

- Contrat de praticien territorial de médecine générale
- Aide des collectivités territoriales
- Aide de l'assurance maladie
- Avantages fiscaux
- Autre :

82. Pouvez-vous apporter des précisions sur la nature de cette(ces) aide(s) ?

Votre réponse

83. Si oui, vous seriez-vous tout de même installé(e) si vous n'en aviez pas bénéficié ?

- Oui
- Non

Si cette affirmation vous concerne, merci de bien vouloir répondre aux questions suivantes.

Sinon, vous pouvez passer à la page suivante en cliquant sur 'Continuer'

Syndicalisation actuelle

84. Êtes-vous adhérent(e) à un syndicat ? *

- Oui
- Non

85. Si oui, à quel(s) syndicat(s) adhérez-vous ?

- (plusieurs réponses possibles)
- RAOUL-IMG = Rassemblement Autonome Unifié Lorrain des Internes en Médecine Générale de Nancy (structure lorraine de l'ISNAR-IMG)
- AMIN = Association des Médecine Interne de Nancy (structure lorraine de l'ISNI)
- ReAGJIR-Lorraine = Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (structure lorraine de ReAGJIR)
- SNJMG = Syndicat National des Jeunes Médecins Généralistes
- MG France
- SML = Syndicat des Médecins Libéraux
- UNOF-CSMF = Union Nationale des Omnipraticiens Français
- SMG = Syndicat de la Médecine Générale
- Union Généraliste (branche de la FMF = Fédération des Médecins de France)
- Autre :

Presque terminé!!!

Il ne vous reste plus qu'à répondre à une dernière question.

Et surtout n'oubliez pas de cliquer sur le bouton 'Envoyer' ci-dessous, sinon vos réponses ne seront pas enregistrées.

Souhaitez-vous être destinataire des emails d'informations sur la profession que diffuse ReAGJIR Lorraine ? *

Vous aurez toujours la possibilité d'être désinscrit sur simple demande.

- Oui
- Non

* Obligatoire

Résumé de la thèse

Contexte : L'inadéquation entre l'offre de soins et les besoins de la population se majorent. Les mesures mises en œuvre n'ont pas permis d'enrayer ce phénomène. Nous supposons que ces propositions n'ont pas été construites sur des connaissances solides des déterminants du choix des étudiants ; d'où l'objet de notre étude.

Méthode : Etude transversale descriptive par la création d'une cohorte d'étudiants ayant débuté le DES de médecine générale à Nancy en 2014. Le recueil de données a été fait par questionnaire électronique auto-administré.

Résultat : Le taux de réponse est de 43,40% (n=53). En novembre 2017, 60,4% (n=32) exerçaient la médecine générale ; de manière exclusive pour 50,9% (n=27) ou de manière mixte pour 9,4% (n=5). Il n'y avait aucun installé, 1 collaborateur libéral (3,7%) et 31 personnes qui exerçaient avec le statut de remplaçant (96,3%) au moins partiellement en milieu rural pour 53,1% (n=17); 22,6% (n=12) étaient encore internes. Souhaiter pratiquer la médecine générale au début des études médicales, le rang de choix de la médecine générale à l'ECN, la réalisation d'un SASPAS, le fait de ne pas être inscrit à un DESC ainsi que celui de réaliser des remplacements pendant l'internat étaient statistiquement liés à la pratique de la médecine générale. Aucun déterminant n'avait de lien statistique avec le lieu de pratique de la médecine générale dans notre étude.

Discussion : Notre étude souffrait d'un manque de puissance statistique et de biais de mesure, de sélection et de classement, malgré une méthodologie adaptée et un questionnaire partagé permettant une possibilité d'agrégation des données.

Le profil type des jeunes exerçant la MG au sortir de leur internat en France était : une femme, en couple avec une personne active, sans enfant, en location, en milieu urbain. L'analyse comparée de notre étude avec les autres études de cohortes régionales a permis de formuler 11 propositions visant à améliorer l'offre de MG dans les territoires déficitaires : faire la promotion de la MG auprès du grand public et des étudiants, en revalorisant les enseignements pratiques et théoriques, en réorganisant les études notamment le stage praticien pendant l'externat et en facilitant l'accès aux femmes aux études et à l'exercice libéral. Nous souhaiterions après amélioration du protocole d'étude, poursuivre le suivi et agrandir la cohorte lorraine par l'inclusion des nouvelles promotions, et instaurer une coordination nationale de ces études afin de permettre l'agrégation des données, afin d'adapter les propositions visant à résoudre la crise démographique aux besoins des jeunes médecins généralistes.

TITRE EN ANGLAIS : Study of the determinants of the choice of the general medicine of a cohort of students at the end of DES in Lorraine.

MOTS CLÉS : Démographie médicale, Médecine Générale, Choix, Post-Internat, Cohorte.

MÉDECINE GÉNÉRALE, 2019

ADRESSE DE L'UFR

FACULTÉ DE MÉDECINE
9, AVENUE DE LA FORÊT DE HAYE
54505 VANDŒUVRE-LÈS-NANCY CEDEX
