

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2018

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 22 mars 2018 à Poitiers
par Monsieur Maxime LORIOUX

Le devenir des anciens internes de médecine générale
étude à deux ans dans l'interrégion grand Ouest

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN

Membres :

- Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT
- Monsieur le Docteur Christophe INGRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yann BRABANT



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (disponibilité d'octobre à janvier)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECCO-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury, soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT, vous me faites l'honneur de juger mon travail, soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Christophe INGRAND, tu me fais l'honneur de juger mon travail. Tu as également été mon maître de stage, j'ai énormément appris à tes côtés et tu as renforcé mon envie d'exercer la médecine générale. Je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yann BRABANT, tu me fais l'honneur de diriger ce travail, ta disponibilité et ton aide m'ont été très précieuses. Je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

A mes parents, vous m'avez apporté un soutien précieux toute ma vie et particulièrement pendant ces neuf années d'études.

A mes frères et sœurs, merci pour votre soutien et votre présence et merci de m'avoir donné de magnifiques neveux et nièces.

A Mamitasse, pour ta présence et ton soutien dès le début de mes études.

A Paul, pour ces huit dernières années d'intelligence et de spiritualité et pour tous les bons moments essentiellement basés sur un humour le plus souvent douteux avec une mention particulière pour le pain de la crémaillère.

A Justine, Romain et Sophie, vous avez formé avec Paul l'équipe parfaite pour faire en sorte que les années de fac soient les plus belles.

A Matthieu, d'abord mon interne puis rapidement un très bon pote. A tous ces moments à base de seajitos et à ceux qui restent à venir.

A Antoine, je garde de toi le souvenir d'un excellent ami. Tu resteras un exemple à suivre.

A tous les copains de Poitiers (Nico, Manue, Dorian, Dory, Paul W, Sandra, Blandine, Valentin P, Valentin G, Christopher, Marie-Lucile, Benoît, Prune, Charles, Marceline, Aurélie, Arthur, Claire, Maud, Alexandra), à toutes les soirées passées ensemble et aux nombreuses autres à venir.

Au SASM judo, pour les 21 ans de sport et d'amitié passés à vos côtés ; et à Guillaume partenaire de choc pendant nos années d'externat.

A mes cointernes, grâce à qui mon internat restera un très bon souvenir avec une mention spéciale pour la maladie infectieuse (Laura, Marion, Adrien et Clément) et pour le **Docteur Mélanie Catroux**, la meilleure chef de clinique du monde.

Au Docteur Patricia GENINET-SCEPI, vous avez été mon maître de stage, j'ai énormément appris à vos côtés et vous avez renforcé mon envie d'exercer la médecine générale.

A Monsieur et Madame Roblot, merci pour votre accueil pendant ces années d'études, pour votre soutien, votre gentillesse et pour toutes les crêpes.

A Arnaud et à Aurélie, pour votre aide plus que précieuse pour les statistiques.

A Céline, pour l'aide précieuse que tu m'as apporté au début de ce travail.

A ma belle-famille, pour tous les bons moments passés et ceux à venir.

A Morgane, ma Doudou, mon amour, je garde la meilleure pour la fin, merci pour ton soutien, ton écoute, ton aide, pour tous ces moments à tes côtés ; tu es la plus belle chose qui me soit arrivé, tu fais de moi un homme meilleur et tu me fais l'honneur de devenir ma femme. Le meilleur de nous deux reste à venir (avec Poiloue et Flamby)!

LISTE DES ABREVIATIONS :

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

DES : Diplôme d'études spécialisées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaire

DIU : Diplôme inter-universitaire

DMG : Département de médecine générale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECN : Examen classant national

EHESP : Ecole des hautes études de la santé publique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD : Hospitalisation à domicile

IMG : Interne de médecine générale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MG : Médecine générale

MSU : Maître de stage universitaire

PCEM : Premier cycle des études médicales

PMI : Protection maternelle et infantile

RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SNIR : Système national inter-régime

SSR : Soins de suite et de réadaptation

TCEM : Troisième cycle des études médicales

WONCA : World organisation of national colleges, academies, and academic associations of general practitioners

SOMMAIRE

Liste des abréviations	6
Sommaire	7
Introduction	12
1. Contexte général justifiant l'étude	12
1.1. Le manque de médecins généralistes de soins primaires	12
1.2. Les internes du DES de médecine générale deviennent-ils des médecins de soins primaires ?	13
1.3. Devenir des anciens internes et délai d'installation : les études réalisées	15
1.4. Intérêt de l'étude	17
1.4. Hypothèse de recherche	18
1.5. Retombées attendues de l'étude	18
2. Objectifs	18
2.1. Objectif principal	18
2.2. Objectifs secondaires	18
Population et méthode	20
1. Schéma d'étude	20
2. Population étudiée	20
3. Recueil des données	21
4. Critère de jugement	21
4.1. Critère de jugement principal	21
4.2. Autres données recueillies	22
5. Analyse statistique	22
6. Considérations éthiques	23
Résultats	25
1. Caractéristiques de l'échantillon	25
1.1. Diagramme de flux	25
1.2. Caractéristiques sociodémographiques	26
2. Formation initiale	26

2.1. Département d'origine	26
2.2. Date d'entrée en PCEM1 et année de passage de l'ECN	26
2.2.1. Entrée en PCEM1	26
2.2.2. Année de passage de l'ECN	27
2.3. DES de médecine générale d'origine	27
2.4. Date de validation de la maquette et du mémoire de DES de MG	28
2.4.1. Maquette du DES	28
2.4.2. Mémoire de DES de MG	29
2.5. Raisons du choix de la MG à l'ECN	25
2.6. Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS)	30
2.7. Projet professionnel initial	30
2.8. Les formations complémentaires	32
2.8.1. Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC)	32
2.8.1.1. DESC validés	32
2.8.1.2. Projet de DESC	32
2.8.2. Diplômes inter-universitaires (DIU) et capacités	33
2.8.2.1. DIU et capacités validés	33
2.8.2.2. Projet de DIU et capacité	33
3. Activité actuelle	34
3.1. Lieux d'exercice	34
3.2. Activité de remplaçant en médecine générale ambulatoire	34
3.3. Activité de médecin salarié	34
3.4. Médecins installés ou collaborateurs en médecine générale ambulatoire	35
3.5. Autre activité	37
3.6. Activité universitaire	37
3.7. Niveau de satisfaction	37
4. Projet d'exercice futur	38
4.1. Type d'activité	38
4.2. Délai de changement envisagé	39
4.3. Lieux d'exercice souhaité	39
4.4. Projet d'activité universitaire	39
5. Analyses bivariées	40
5.1. Comparaison du type d'activité en fonction des subdivisions	40
5.2. Comparaison du type d'activité avec différents facteurs	41

5.3. Comparaison du choix de la médecine générale aux ECN avec l'inscription en formations complémentaires	42
5.4. Comparaison de la région de DES avec les régions d'exercice actuel et futur	42
Discussion	43
1. Résumé des principaux résultats	43
2. Réponses aux objectifs et comparaison à la littérature existante	44
2.1. Répartition des médecins en fonction du type d'activité, comparaison des différentes subdivisions (objectif principal)	44
2.2. Délai d'installation en médecine générale ambulatoire et comparaison des différentes subdivisions (objectif principal)	45
2.3. Projet d'exercice futur (objectif principal)	46
2.4. Comparaison du type d'activité avec différents facteurs (objectif secondaire)	47
2.4.1. Comparaison avec le choix de la MG aux ECN	47
2.4.2. Comparaison avec la réalisation de formations complémentaires	48
2.4.3. Comparaison avec la réalisation d'un SASPAS	48
2.4.4. Comparaison avec le délai de validation de la thèse	49
2.4.5. Comparaison avec le niveau de satisfaction dans l'exercice actuel	49
2.5. Comparaison du choix de la MG aux ECN avec la réalisation de formations complémentaires (objectif secondaire)	50
2.6. Comparaison des régions de DES avec les régions d'exercice actuel et d'exercice futur (objectif secondaire)	50
2.7. L'activité universitaire (objectif secondaire)	51
3. Forces et faiblesses de l'étude	51
3.1. Forces de l'étude	51
3.1.1. Pertinence du sujet	51
3.1.2. La méthode utilisée	51
3.1.3. Le questionnaire	51
3.1.4. Puissance de l'étude	52
3.1.5. Portée de l'étude	52
3.2. Faiblesses de l'étude	52
3.2.1. Biais de recrutement	52
3.2.2. Biais de compréhension	53
3.2.3. Biais de sélection	53
3.2.4. Erreur d'inclusion	54
3.2.5. Formulation des questions	54

3.2.6. Taux de réponse	54
3.2.7. Un faible apport de connaissance	54
4. Propositions d'amélioration et pistes de recherche	55
4.1. Généraliser le SASPAS dans la maquette d'internat	55
4.2. Création de DES pour les spécialités accessibles par l'internat de MG	56
4.3. Favoriser le choix de la médecine générale aux ECN	56
4.4. Diminuer le nombre d'internes ayant choisi la médecine générale par défaut	56
4.5. Suivi de ces jeunes médecins généralistes dans le temps	57
Conclusion	59
Annexes	60
1. Annexe 1 : Tableau de recueil des consentements	60
2. Annexe 2 : Lettre de renonciation au suivi	61
3. Annexe 3 : Consentement à signer	62
4. Annexe 4 : Le questionnaire	63
5. Annexe 5 : Répartition géographique des anciens IMG par département d'origine	66
6. Annexe 6 : Les différents DIU et capacités validés associés au nombre d'anciens IMG	66
7. Annexe 7 : Les différents DIU et capacités envisagés associés au nombre d'anciens IMG	67
8. Annexe 8 : Répartition géographique des anciens IMG par lieu d'exercice actuel	68
9. Annexe 9 : Répartition des différentes activités chez les médecins salariés	69
10. Annexe 10 : Répartition géographique des anciens IMG par département d'exercice envisagé	69
11. Annexe 11 : Analyses statistiques	70
11.1. Comparaison du type d'activité en fonction des différentes subdivisions	70
11.2. Comparaison entre type d'activité et choix de la MG aux ECN	70
11.3. Comparaison entre type d'activité et réalisation de formations complémentaires	71
11.4. Comparaison entre type d'activité et réalisation du SASPAS	72
11.5. Comparaison entre type d'activité et niveau de satisfaction	73

11.6. Comparaison entre choix de la MG aux ECN et réalisation de formations complémentaires	74
11.7. Comparaison entre type d'activité et délai de validation de la thèse	74
11.8. Comparaison entre région de DES et région d'exercice actuel et futur	75

Références bibliographiques	76
------------------------------------	----

Serment d'Hippocrate	80
-----------------------------	----

Résumé	81
---------------	----

INTRODUCTION

1. Contexte général justifiant l'étude :

1.1. Le manque de médecins généralistes de soins primaires :

La responsabilité sociale des facultés de médecine est de former les professionnels de santé dont la société a besoin(1). Depuis la loi dite « Hôpital Patients Santé Territoire » en 2009, le gouvernement a marqué son engagement dans les soins primaires. En 2013, la stratégie nationale de santé annonçait la « révolution du premier recours » avec un médecin traitant « pivot » du parcours de soins(2).

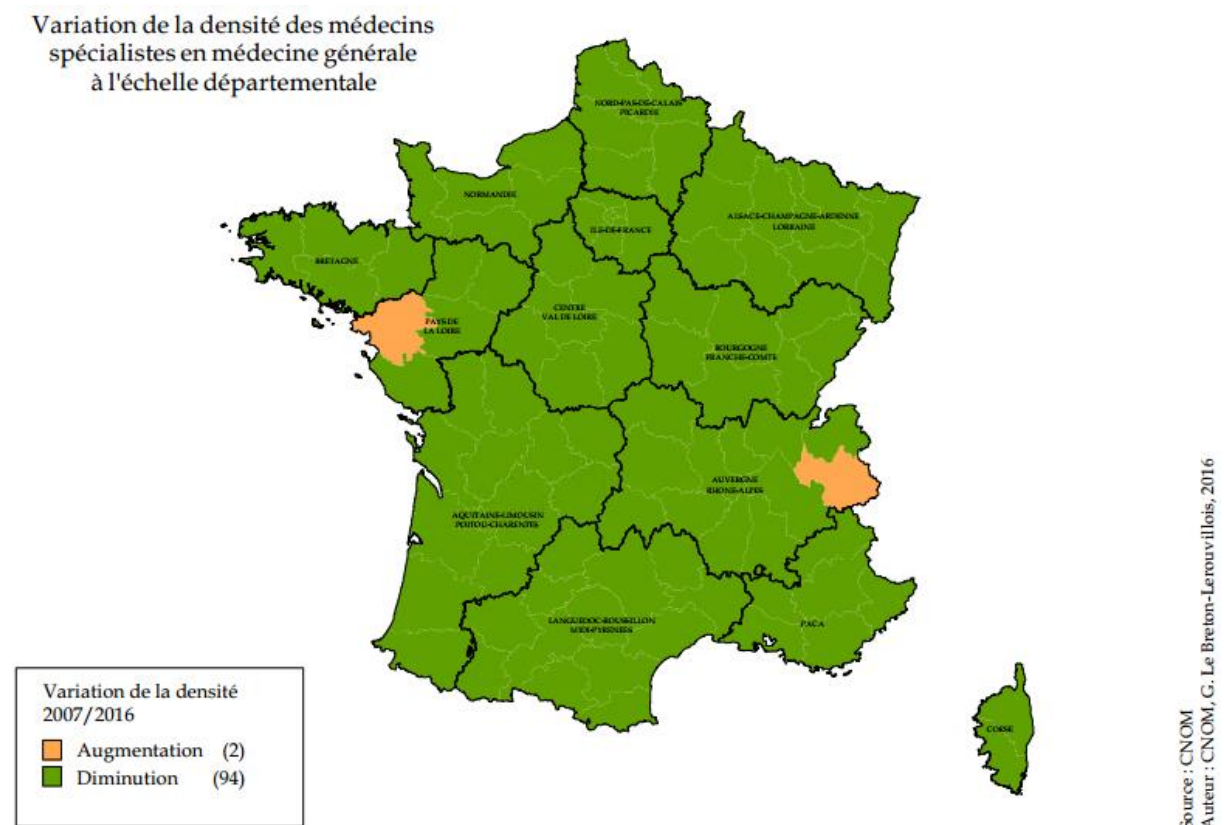
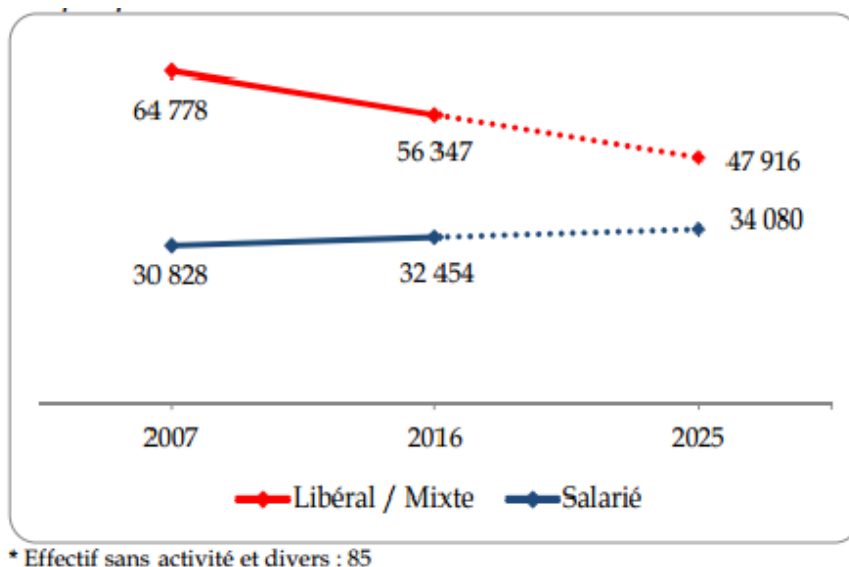


Figure 1 : Variation de densité des médecins généralistes en France en 2016

Cependant, le contexte démographique actuel est marqué par un manque de Médecins généralistes (MG) en ambulatoire. Depuis 2007, le nombre de MG a subi une baisse de 8,7% (figure 1). Et la situation ne va pas s'améliorer : le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) estime qu'en 2025 la baisse sera de 26% par rapport à 2007(3). Le CNOM a ainsi souligné que l'exercice libéral souffrait, depuis une dizaine d'années, d'un désintérêt croissant

au profit de l'exercice salarié et plus particulièrement hospitalier (*graphique 1*), aussi bien chez les médecins généralistes que chez les médecins spécialistes avec une croissance estimée à 9,5% d'ici 2025(3).



Graphique 1 : Effectifs de médecins généralistes observés et attendus en France entre 2007 et 2025

Les projections démographiques sont d'autant plus inquiétantes que la demande de soins tend à augmenter sous l'effet du vieillissement de la population alors que le temps effectif d'exercice médical tend à diminuer du fait d'une nouvelle génération de médecins qui aspire à mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle(4). En effet, on sait aujourd'hui que plus la part de la patientèle âgée de 60 à 69 ans est élevée, plus la durée de travail s'allonge(5). Dans une étude de 2012, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) montre que, face à un emploi du temps chargé, 42 % des généralistes affirment « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'il n'y a personne pour les suppléer ou les remplacer en leur absence » et 15 % « qu'ils auraient souhaité travailler moins, mais qu'ils ne peuvent pas pour des raisons financières ». Au total, 57% des installés souhaiteraient déjà travailler moins(6).

Le CNOM notait que l'augmentation du *numerus clausus* depuis les années 2000 pourrait permettre d'inverser cette tendance de manque de médecins généralistes, avec un effet très retardé

1.2. Les internes du DES de médecine générale deviennent-ils des médecins de soins primaires?

Le DES (Diplôme d'études spécialisées) de médecine générale a pour ambition de permettre aux étudiants d'acquérir les compétences de médecin généraliste selon le référentiel métier et compétences(7).

Les soins primaires définis par la WONCA par le premier contact avec le système de santé, sont ainsi assurés en grande majorité par les médecins généralistes.

Actuellement, les départements de médecine générale (DMG) de l'Ouest ne savent ni la proportion d'anciens IMG (Internes de médecine générale) qui devient effectivement MG en ambulatoire, ni le délai d'installation après la fin du DES.

On sait cependant qu'un certain nombre d'anciens IMG ne pratiqueront jamais la médecine générale ambulatoire. En effet, 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 et DIU. Ainsi, parmi les 101 803 médecins généralistes recensés par le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) au 1er janvier 2013, 17% d'entre eux (17 340 médecins généralistes) sont des salariés hospitaliers(8).

Selon l'atlas national du CNOM 2016(3), les médecins ayant la qualification « spécialistes en médecine générale » exercent en première intention une activité libérale de remplacement : 40% des nouveaux inscrits, 23 % s'installent en libéral exclusivement et 2% ont une activité mixte (installation libérale + activité salariée), 35% exercent en salariat uniquement. Huit ans plus tard, 44,1 % sont installés en libéral, 40,2 % sont salariés, 5,2% ont une activité mixte et 6,7% sont remplaçants.

Mode d'exercice des inscrits ayant la qualification MG	Première inscription (%)	8 ans après la première inscription (%)
Installation libérale	23	44,1
Remplacement libéral	40	6,7
Salariat uniquement	35	40,2
Activité Mixte	2	5,2
Sans activité	0	3,7

Tableau 1 : Mode d'exercice des nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre, ayant la qualification médecine générale selon l'Atlas National du CNOM (3)

Cependant, l'Atlas du CNOM ne renseigne pas sur la proportion des anciens IMG qui s'installent en MG ambulatoire car il inclue tous les nouveaux inscrits issus des diplômes

étrangers, qui représentent 3,4% des nouveaux inscrits en 2014(3). De plus, parmi les médecins salariés ayant la qualification MG, il ne permet pas de distinguer la proportion de ceux qui exercent la MG en ambulatoire (en centre de santé par exemple), de ceux qui exercent à l'hôpital, ou dans des associations, ou en PMI (Protection maternelle et infantile), etc. D'autres sources permettent de répondre en partie à ces questions : En 2010, on recense 1 842 centres de santé en France (9) et 2 556 médecins généralistes implantés dans 400 communes. De même, pour les médecins ayant la qualification MG libéraux, on ne sait pas s'ils exercent la MG telle que définie par la WONCA en 2002 et le référentiel métier et compétences, ou s'ils exercent selon un mode d'exercice particulier. Selon les données du Système National Inter-Régimes (SNIR) de 2013(10), 12% des omnipraticiens libéraux ou mixtes sont des médecins à mode d'exercice particulier, soit 7 392 diplômés de médecine générale qui ne se consacrent donc pas non plus, ou en tout cas pas à temps plein, à l'offre de soins primaires. De plus, l'atlas du CNOM ne donne pas le délai d'installation à partir de la première inscription.

La proportion de 40,2 % d'anciens IMG devenus salariés à 8 ans interroge. La plupart exercent probablement en milieu hospitalier.

Le DES de MG conçu pour former les IMG à la médecine de soins primaires, va-t-il former de plus en plus de médecins hospitaliers ? Quelle proportion d'anciens IMG exerce effectivement la MG ambulatoire et quel est leur délai d'installation ?

1.3. Devenir des anciens internes et délai d'installation : les études réalisées :

Des études récentes ont caractérisé le devenir professionnel des IMG formés dans différentes régions.

En 2015, Picard publiait le rapport Avenir Jeunes Médecins Généralistes Ile de France(11), une étude portée par le DMG (Département de médecine générale) Paris-Diderot auprès de 187 anciens IMG, avec un taux de participation à 56,2 %. L'objectif de ce travail était de décrire l'activité professionnelle (début 2015) des MG qui sont entrés en 2007 dans le DES de MG au sein de l'une des sept facultés de médecine franciliennes, soit 7,5 ans après le début de leur DES donc 4,5 ans maximum après la fin de leur DES. Soixante-sept pour cent des anciens IMG d'Ile de France interrogés étaient installés en cabinet libéral dont 58% déclaraient travailler exclusivement au sein d'un cabinet libéral et 9 % avaient une activité mixte. Si l'on ajoute les 2% travaillant exclusivement en centres de santé, cela fait plus de 69 % des anciens IMG intéressés qui exerçaient en ambulatoire (dont 24,8% qui étaient remplaçants en MG ambulatoire).

Les auteurs concluaient qu'il fallait que le DES de MG prépare à un métier avant tout libéral (67%) et de premiers recours (69%), bien qu'on ne sache pas la proportion des anciens IMG pratiquant un exercice particulier. Trente-trois pour cent travaillaient à l'hôpital, dont 18,8% exclusivement dans un service hospitalier ; et 13,9 % travaillaient exclusivement aux Urgences.

Mintandjian (12) a suivi le parcours familial et professionnel des jeunes médecins généralistes en Île-de-France pendant 9 mois, trois ans et demi après leur entrée dans le DES et a analysé les facteurs influençant leur parcours professionnel, notamment leur installation.

Le questionnaire d'inclusion a été envoyé en avril 2014. Le questionnaire de suivi en décembre 2014. La population étudiée correspondait à l'ensemble des jeunes médecins généralistes, thésés ou non thésés, ayant débuté leur TCEM en novembre 2010 dans les sept facultés franciliennes, soit 451 étudiants au total. Les 124 répondants au questionnaire d'inclusion (taux de réponse de 28,4%) étaient invités dans un groupe de diffusion afin d'être informés des résultats partiels du suivi de la cohorte.

Malgré cela, le taux de participation à 9 mois (décembre 2014) était de 22,5%. De plus, lors du premier questionnaire, certains répondants avaient terminé leur DES depuis 5 mois, d'autres terminaient leur dernier stage de DES.

Sur le second questionnaire, réalisé 13 mois après la fin théorique du DES (7 mois pour ceux qui ont été en surnombre ou pris une disponibilité), 56,5 % des anciens IMG pratiquaient la médecine générale exclusivement (50 % dont 77,5% étaient remplaçants) et 26,5 % une activité mixte.

Ce suivi de cohorte a été trop court pour laisser le temps aux anciens IMG de s'installer dans leur activité et malgré sa courte durée, le taux de participation a été faible (22,5%).

Dautremay (13) a réalisé de novembre 2011 à novembre 2012 un suivi de cohorte en Champagne-Ardenne auprès des 52 anciens IMG de la faculté de Reims. Le nombre de questionnaires reçus était de 46, soit un taux de réponse de 88,5%. La majorité des répondants (74%) étaient remplaçants (n = 34). Quinze pour cent des répondants avaient une activité salariée (n = 7). Il n'y avait que 2 installés.

Gocko et al (14) ont réalisé en 2015 une étude observationnelle transversale incluant tous les anciens inscrits en DES de MG de 2004 à 2014 pour déterminer la proportion d'installations en MG et le délai d'installation par rapport à la date de thèse. Sur les 464 anciens IMG inscrits entre 2004 et 2014, 166 étaient installés (35,8%) en médecine générale ambulatoire, 103 étaient remplaçants (22,2%).

La proportion d'installés était sous-estimée par les anciens IMG ayant terminé leur DES depuis 9 mois seulement au moment de l'enquête. L'activité mixte n'était pas mesurable. Le délai moyen d'installation par rapport à la thèse était de 12,6 mois. Il semblait avoir diminué au fil des années depuis la création du DES de MG. Les femmes se sont installées plus tardivement que les hommes : 15,2 mois versus 8,8 mois ($p < 0,01$). L'atlas démographique du CNOM de 2014 montrait un délai moyen de 18 mois, délai comparable à celui des années 1980.

Ces différentes études sont difficilement comparables car l'échantillon recruté n'a pas toujours la même ancienneté par rapport à la fin du DES. Leurs limites principales sont le nombre de perdus de vue important et les variations entre les régions ce qui ne permet pas une transférabilité des résultats aux DMG de l'Ouest. En plus de la mesure de la proportion d'installés à 5 ans (comparable avec cette variable relevée dans l'Atlas du CNOM), la mesure du délai d'installation semble intéressant afin de pouvoir effectuer des comparaisons.

1.4. Intérêt de l'étude :

Pour la promotion universitaire 2012 (et donc terminant le DES à partir de 2015), il y a eu 3543 postes d'IMG offerts sur la France, dont 611 pour l'Interrégion Ouest (15).

Une étude à 2 ans permettrait de déterminer le nombre d'installations et leur délai le cas échéant, et d'observer les projets d'exercices futurs.

Dans l'étude du CNOM, l'échantillon est constitué de tous les nouveaux médecins inscrits (% d'étrangers) et si on connaît le taux d'installation à 5 ans, on ne connaît pas le délai moyen d'installation par rapport à la fin de la maquette du DES et par rapport à l'ECN et à l'inscription en PCEM 1 : combien de temps faut-il pour qu'un médecin inscrit en première année de médecine s'installe ?

Dans les suivis de cohorte réalisés en Ile de France et en Champagne Ardenne, le suivi a été de 9 mois uniquement, et avec un taux de participation faible : moins de 30 % et nous avons perdu 21% de l'effectif initial (diminution de l'effectif de 124 à 98 répondants).

Quelle est la proportion de médecins généralistes installés à 2 ans et à 5 ans de la fin du DES et combien de temps cela prend d'installer un médecin généraliste formé par les facultés de l'Interrégion Ouest ?

1.5. Hypothèse de recherche :

Une minorité des anciens IMG ayant terminé leur cursus il y a 2 ans sont installés en MG ambulatoire. Une majorité sont remplaçants et souhaiterait s'installer en MG ambulatoire à plus ou moins long terme.

1.6. Retombées attendues de l'étude :

L'étude permettra :

- D'adapter l'offre de formation aux réalités du terrain (modification du programme de DES de MG).
- Connaître les besoins d'apprentissage des étudiants formés dans les DMG
- D'estimer les délais d'installation des jeunes généralistes pour les politiques de démographie médicale.
- De constituer une base de données de jeunes médecins installés pour le recrutement des Maîtres de stage des universités (MSU).
- De tester à 2 ans le questionnaire de suivi à 5 ans d'une étude de plus grande ampleur.

2. Objectifs :

2.1. Objectif principal :

L'objectif principal de notre étude était de mesurer la proportion des généralistes installés en MG ambulatoire, remplaçants ou hospitaliers parmi les anciens IMG ayant soutenu leur mémoire DES en 2015 et comparer le taux d'installation en ambulatoire des anciens IMG des différentes subdivisions et leurs délais par rapport à l'inscription en PCEM1, au passage de l'ECN et à la fin de la maquette.

Décrire les projets professionnels à 2 ans des anciens IMG ayant terminé leur cursus en 2015.

2.2. Objectifs secondaires :

- Mesurer une éventuelle association :
 - Entre le type d'activité exercée et différents facteurs (choix initial de la MG ou non aux ECN, réalisation de formations complémentaires type

DIU/DESC/capacité, réalisation d'un SASPAS, délai de validation de la thèse par rapport à la fin de la maquette du DES, niveau de satisfaction).

- Entre le choix initial de la MG à l'ECN et l'inscription en formations complémentaires.
- Comparer la région de DES avec les régions d'exercice actuel et futur.
- Mesurer le nombre de MG qui envisagent une activité universitaire (enseignement, maîtrise de stage, tutorat) et le délai.

POPULATION ET METHODE

1. Schéma d'étude :

Il s'agit ici d'une étude observationnelle.

- Descriptive de la situation des anciens IMG du DES de MG des facultés de l'inter-région grand Ouest.
- Transversale à 2 ans de la validation de leur DES de MG
- Multicentrique, concernant les départements de médecine générale des facultés de Angers, Poitiers et Rennes.
- Une étude suivant le même schéma sera réalisée à 5 ans de la fin du DES.

2. Population étudiée :

L'étude concernait les anciens internes de médecine générale, quelle que soit leur promotion d'origine ayant soutenu leur mémoire de DES en 2015.

Les IMG ont été recrutés le jour de la soutenance du mémoire de DES, et ont signé à l'issue de leur soutenance un consentement éclairé au suivi. La durée des inclusions était de 12 mois (janvier à décembre 2015).

Etaient inclus dans l'étude :

- Les internes de médecine générale présentant leur mémoire de fin de DES en 2015.
- Les personnes volontaires et ayant signé un consentement éclairé lors de la soutenance du DES (*annexe 3*)

Etaient exclus de l'étude :

- Les internes n'ayant pas terminé leur maquette au moment de l'envoi du questionnaire
- Les internes dont le mémoire de DES n'était pas validé en 2015
- Les questionnaires incomplets ou reçus en dehors des dates de recueil prévues.

3. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire électronique standardisé Limesurvey qui comprend des questions sur les caractéristiques socio-démographiques, l'exercice professionnel et le projet professionnel (enseignement, installation, etc.). Ce questionnaire figure en annexe 4.

Un pré-test auprès de quelques jeunes médecins a été réalisé afin d'évaluer la faisabilité de la première version du questionnaire ; la version définitive a été élaborée en prenant en compte les retours d'information fournis par les médecins testeurs.

Pour favoriser la participation, le groupe de travail avait estimé que le temps de remplissage ne devait pas excéder dix minutes.

Le recueil des données s'est déroulé sur six semaines entre le 25 octobre et le 6 décembre 2017. Une proposition de participer à l'enquête ainsi qu'un lien individuel vers le questionnaire a été envoyé par courrier électronique à tous les individus de la population cible. Deux relances espacées de 2 semaines, par courrier électronique, ont été réalisées auprès des personnes n'ayant pas répondu.

La base des réponses était entièrement anonyme, par construction. Les seules données nominatives disponibles étaient le fait que les individus aient ou non répondu, ceci afin de permettre la relance téléphonique.

4. Critères de jugement :

4.1. Critère de jugement principal :

Pour comparer les installations en ambulatoire des anciens IMG des différentes subdivisions, le critère de jugement principal était le suivant : taux d'installation en MG (quel que soit le mode d'installation : association ou collaboration ou exercice salarié en soins primaires) 2 ans après la soutenance du mémoire de DES (déclaré).

4.2. Autres données recueillies (cf questionnaire en annexe 4) :

- Données sociodémographiques (âge, sexe, statut familial, région d'origine)
- Caractéristiques de la formation reçue (date de début de formation, de fin de maquette de DES, de soutenance de thèse, etc.)
- Caractéristiques de l'exercice actuel (date d'installation, type d'exercice, lieu d'exercice, etc...)
- Caractéristiques du projet professionnel initial en sortie de DES et projet futur.

5. Analyse statistique :

Les données ont été saisies par les participants eux-mêmes sur l'outil de recueil en ligne Limesurvey®. Les résultats ont été transcrits sur un tableur Excel puis analysés. Les données ont été exploitées sous forme de chiffres bruts, transformés en pourcentages. Les réponses ont été exploitées sous forme descriptive.

Nous avons comparé le type d'activité avec différents facteurs tels que :

- Les raisons du choix de la médecine générale aux ECN,
- La réalisation d'un SASPAS au cours de la maquette du DES,
- La réalisation de formations complémentaires type DESC et DIU/capacités,
- Le délai de validation de la thèse,
- Le niveau de satisfaction dans l'exercice actuel.

Ceci nous a permis de rechercher des associations significatives entre ces éléments.

Nous avons regroupé les différents types d'activité médicale en deux groupes :

- Activité de MG ambulatoire, incluant les remplaçants et les médecins installés en médecine générale ambulatoire.
- Activité autre que MG ambulatoire, incluant les médecins salariés et les médecins ayant une activité autre.

Les raisons du choix de la médecine générale aux ECN initialement au nombre de cinq, ont été regroupées en deux groupes :

- Souhait initial de la médecine générale avant l'ECN, comprenant les médecins ayant répondu avoir choisi de faire MG avant l'ECN et ceux ayant répondu qu'ils n'avaient pas de choix précis mais une préférence pour la MG.

- Souhait initial autre que MG, comprenant les médecins ayant répondu souhaiter initialement une autre spécialité que la MG mais qui n'était pas accessible, ceux ayant choisi la MG pour avoir accès à un DESC et les médecins ayant fait un droit au remord.

Les délais de validation de la thèse par rapport à la fin de la maquette du DES initialement exprimés en mois avec des valeurs négatives pour les médecins interrogés ayant validé leur thèse avant la fin de leur maquette et des valeurs positives pour ceux l'ayant validé après la fin de leur maquette de DES, ont été classés en deux sous-groupes :

- Précocité, pour ceux dont le délai était négatif ou nul par rapport à la fin de la maquette du DES
- Tardif, pour ceux dont le délai était supérieur ou égal à un mois par rapport à la fin de la maquette et ceux n'ayant pas encore validé la thèse.

Les différents niveaux de satisfaction des médecins interrogés dans leur exercice actuel ont été regroupés en trois catégories :

- Satisfaits, comprenant les réponses « très satisfait » et « satisfait »
- Sans avis
- Déçus, comprenant les réponses « déçu » et « très déçu ».

Pour comparer les régions de DES nous avons associé chaque faculté de DES à la région à laquelle elle appartient, à savoir Pays de la Loire pour la faculté d'Angers, Nouvelle Aquitaine pour la faculté de Poitiers et Bretagne pour la faculté de Rennes.

Chaque réponse correspondant à un département (département d'exercice actuel et département d'exercice futur) a également été associé à la région à laquelle il correspond. En ce qui concerne les départements d'exercice futur, étant donné que la question était possiblement à réponses multiples en classant les départements par ordre de préférence, nous n'avons considéré que le premier département cité dans la réponse.

Toutes ces données ont été analysées via le test du Chi2 et le test exact de Fischer (*annexe 5*).

6. Considérations éthiques :

Le protocole n'a pas été soumis au Comité de protection des personnes du CHU de Poitiers car cette étude ne relève pas de la loi Huriet-Sérusclat de 1988. La déclaration de la

base de données à la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) a été réalisée dans le cadre de la procédure normale, via le correspondant informatique et libertés de l'Université de Poitiers : cil@univ-poitiers.fr. L'étude ne portant pas sur des patients, l'avis d'un Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire.

Une lettre d'information a été donnée et un consentement écrit a été demandé à tous les sujets participants à l'étude (*Annexe 3*), en accord avec les principes de la déclaration d'Helsinki. Par ce consentement, l'ancien interne participant à l'étude a signé un document indiquant qu'il accepte d'être interrogé une fois par an sur son devenir professionnel et qu'il s'engage à nous communiquer toute modification de ses coordonnées à l'adresse dmg.grandouest@gmail.com.

RESULTATS

1. Caractéristiques de l'échantillon :

1.1. Diagramme de flux :

Le questionnaire a été envoyé à 256 anciens IMG des facultés de Angers, Poitiers et Rennes volontaires pour être suivi sur 5 ans dans le cadre d'une étude sur le devenir des anciens internes de médecine générale de l'inter-région Grand-Ouest, sur un total de 325 IMG ayant choisi ces 3 villes à l'issue des ECN 2012 (116 à Poitiers, 104 à Angers et 105 à Rennes).

Parmi ceux-ci 141 ont répondu au questionnaire dont 131 réponses complètes soit un taux de participation de 51,2%.

Sur ces 131 interrogés, 10 ont été exclus de l'étude pour avoir validé leur mémoire de DES après 2015 (cf critères d'exclusion), les dix ayant validé leur mémoire en 2016.

Au total les résultats de notre étude portent sur les réponses de 121 anciens IMG sur les 256 interrogés soit un taux de 47,3% (*figure 2*).

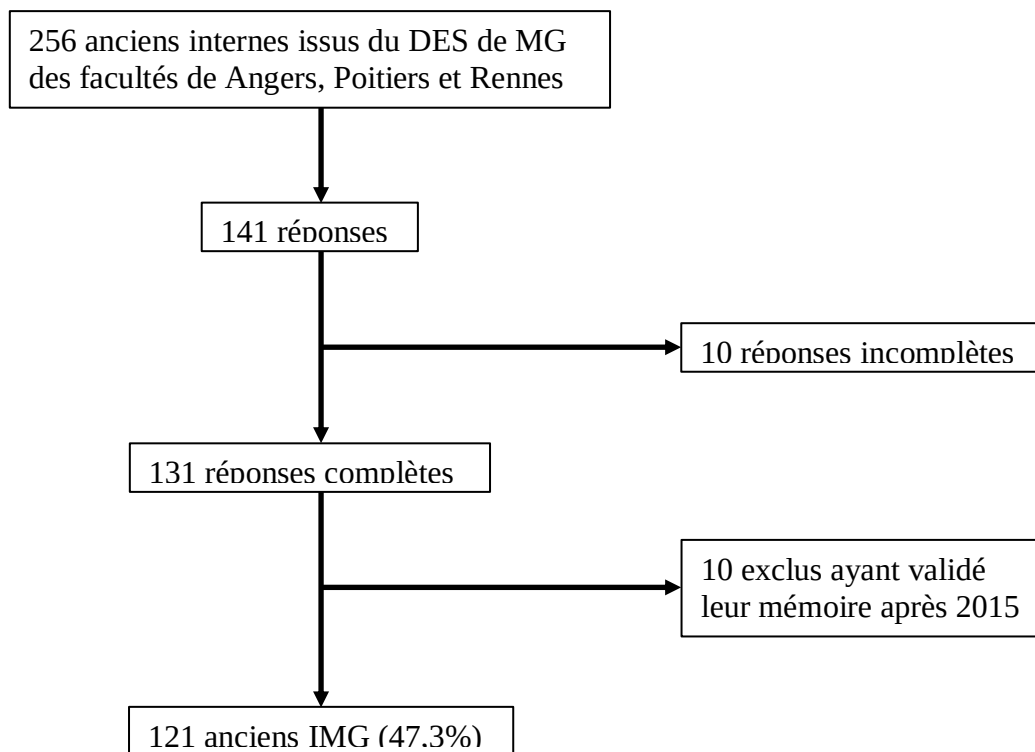


Figure 2 : Diagramme de flux des anciens IMG interrogés

1.2. Caractéristiques sociodémographiques :

Les personnes interrogées étaient âgées de 28 à 35 ans avec une moyenne d'âge à 30,4 ans.

Les femmes étaient majoritaires à 76 (62,8%) contre 45 hommes (37,2%).

Parmi les médecins interrogés 106 étaient en couple (87,6%) et 15 ne l'étaient pas (12,4%).

Soixante-quinze n'avaient pas d'enfant (62%), 34 avaient un enfant (28,1%), huit avaient deux enfants (6,6%) et quatre avaient trois enfants (3,3%).

Sur les 121 anciens IMG, 98 ont validé leur thèse (81%) contre 23 pour qui ce n'était pas encore le cas (19%). L'ensemble de ces résultats est consigné dans le tableau 2.

n = 121	
Sexe	
Masculin	45 (37,2%)
Feminin	76 (62,8%)
Age	28 - 35 ans. Moyenne à 30,4 ans
Couple	
Oui	106 (87,6%)
Non	15 (12,4%)
Nombre d'enfants	
0	75 (62%)
1	34 (28,1%)
2	8 (6,6%)
3	3 (3,3%)
Thèse	
Validée	98 (81%)
Non-validée	23 (19%)

Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon interrogé

2. Formation initiale :

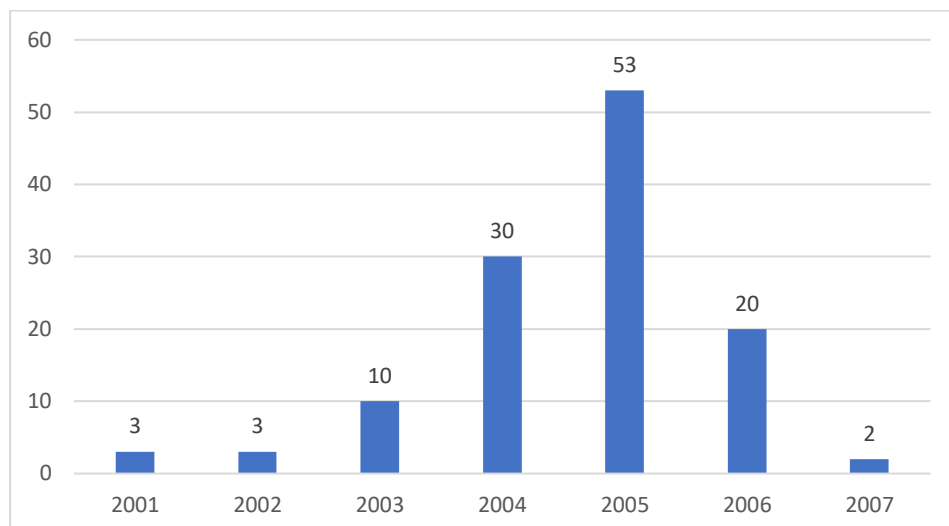
2.1. Département d'origine :

L'origine géographique des anciens internes interrogés est hétérogène avec 44 départements différents. La majorité est originaire de l'Ille-et-Vilaine (pour 14 anciens internes), puis vient en second le Maine-et-Loire pour dix d'entre eux puis en troisième la Vienne chez sept anciens IMG (*annexe 5*).

2.2. Date d'entrée en PCEM1 et année de passage de l'ECN :

2.2.1. Entrée en PCEM1 :

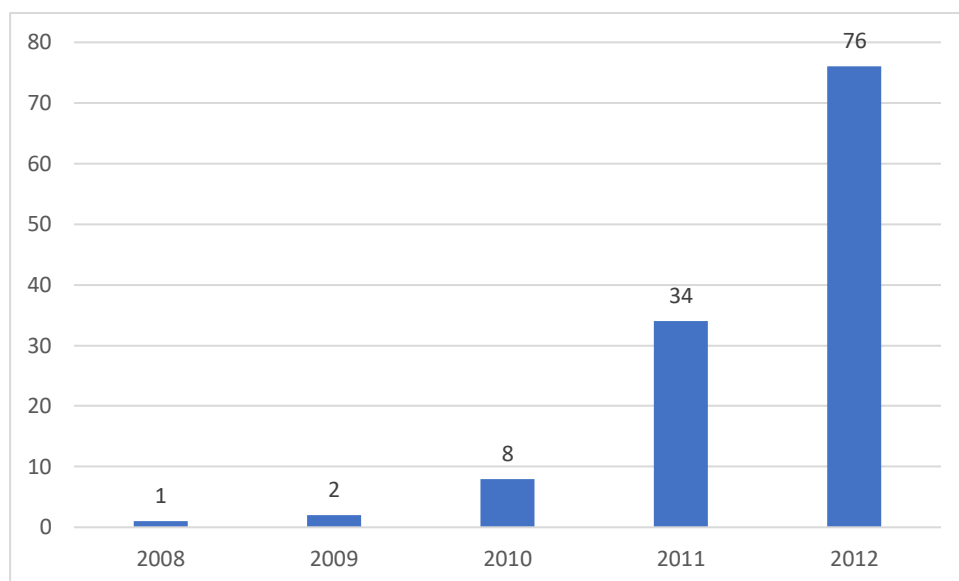
Les anciens IMG interrogés sont entrés en PCEM1 entre 2001 et 2007 avec une majorité en 2005 pour 53 personnes soit 43,8% (*graphique 2*).



Graphique 2 : Date d'entrée en PCEM1

2.2.2. Année de passage de l'ECN :

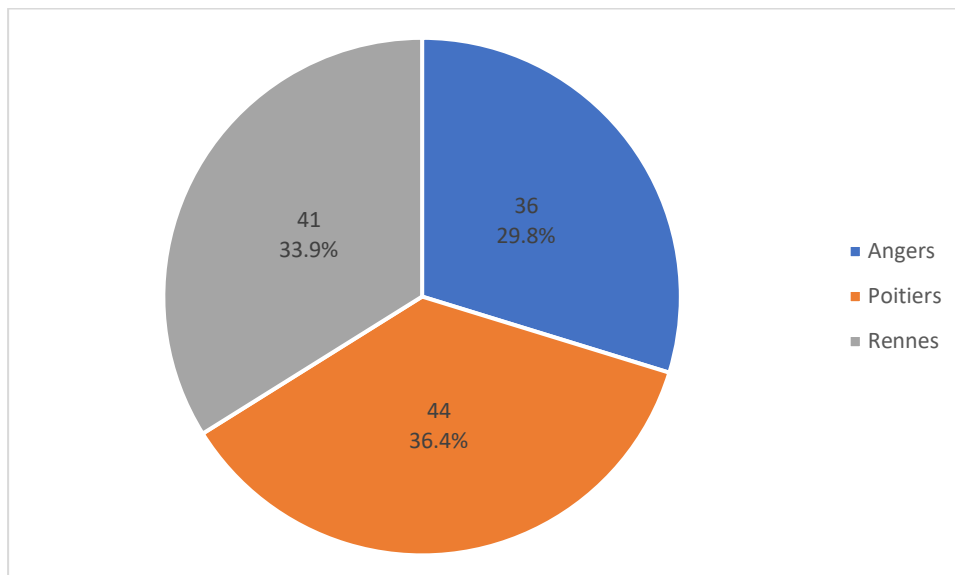
L'année de passage de l'ECN se situe entre 2008 et 2012 (*graphique 3*). Soixante-seize anciens internes ont passé l'ECN en 2012 (62,8%), 34 l'ont passé en 2011 (28,1%), huit l'ont passé en 2010 (6,6%), deux l'ont passé en 2009 (1,7%) et un ancien IMG interrogé l'a passé en 2008 (0,8%).



Graphique 3 : Date de passage de l'ECN

2.3. DES de médecine générale d'origine :

Les personnes interrogées issues du DES de médecine générale de Poitiers sont au nombre de 44 (36,4%), 41 sont issus du DES de MG de Rennes (33,9%) et 36 sont issus du DES de MG de la faculté d'Angers (29,8%) (*graphique 4*).



Graphique 4 : Répartition en fonction des DES de MG des différentes facultés

2.4. Date de validation de la maquette et du mémoire de DES de MG :

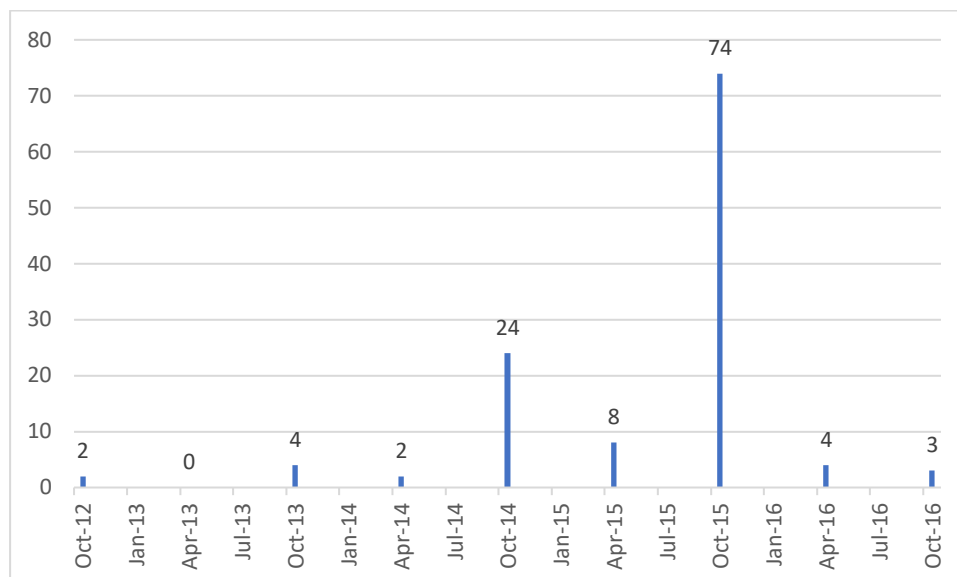
2.4.1. Maquette du DES :

L'ensemble des personnes interrogées ont validé leur maquette de DES entre octobre 2012 et octobre 2016 (*graphique 5*). La majorité, soit 74 des anciens IMG, ont terminé leur maquette de DES en octobre 2015 (61,1%). Parmi les autres anciens IMG, deux ont validé leur maquette en octobre 2012 (1,7%), quatre en octobre 2013 (3,3%), deux en avril 2014 (1,7%), 24 en octobre 2014 (19,8%), huit en avril 2015 (6,6%), quatre en avril 2016 (3,3%) et trois en octobre 2016 (2,5%).

Le délai moyen de validation de la thèse par rapport à la date de validation de la maquette allait de - 13 mois (soit 13 mois avant la fin de la maquette) à 43 mois avec une moyenne de 9,9 mois. Le nombre d'anciens IMG ayant validé leur thèse avant d'avoir validé leur maquette de DES était de 30 (30,6%).

Le nombre d'anciens IMG ayant validé leur thèse après avoir validé leur maquette de DES était de 68 (69,4%).

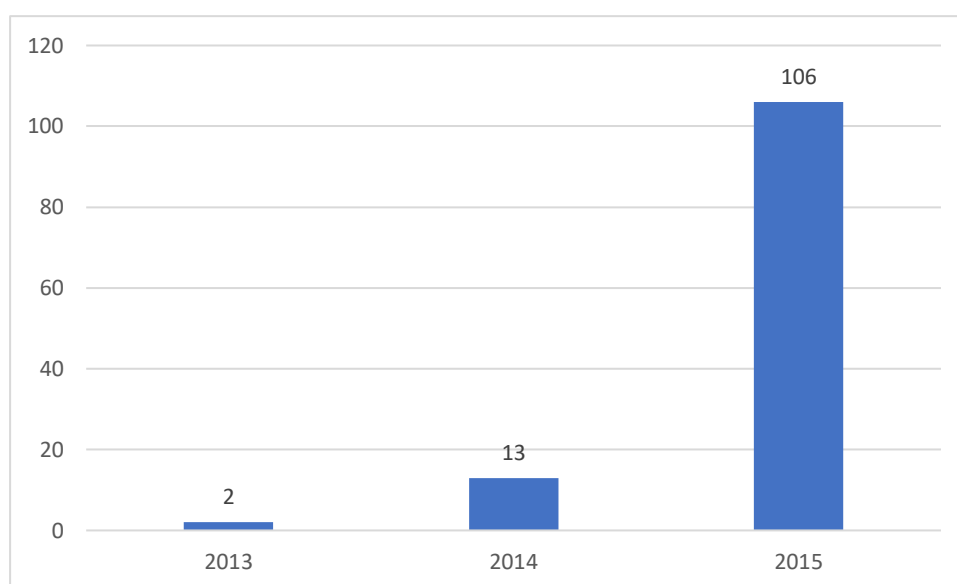
A noter que 23 anciens IMG n'avaient pas encore validé leur thèse.



Graphique 5 : Date de validation de la maquette du DES de MG

2.4.2. Mémoire de DES de MG :

L'ensemble des médecins interrogés ayant validé leur mémoire de DES après 2015 ont été exclus de l'étude. Parmi les 121 anciens IMG de notre échantillon 106 ont validé leur mémoire de DES en 2015 (87,6%), 13 l'ont validé en 2014 (10,7%) et deux en 2013 (1,7%) (graphique 6).

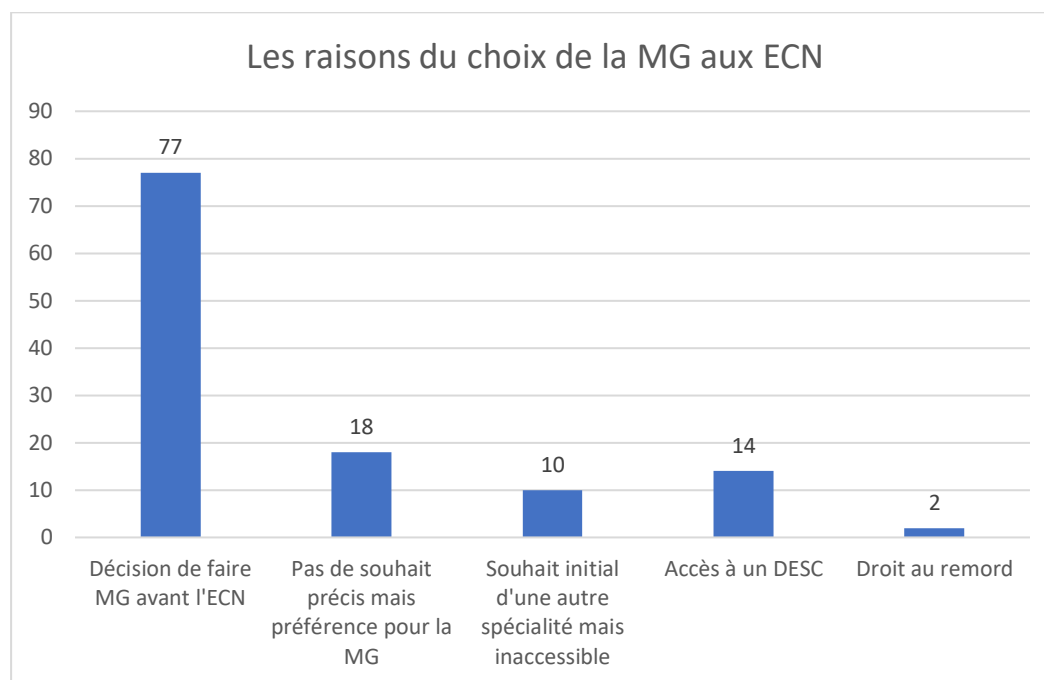


Graphique 6 : Date de validation du mémoire de DES

2.5. Raisons du choix de la MG à l'ECN :

A la question portant sur la raison qui a poussé les personnes interrogées à choisir le DES de médecine générale, 77 ont répondu avoir choisi de faire de la médecine générale avant les ECN (63,6%), 18 n'avaient pas de souhait précis avant l'ECN mais une préférence pour la médecine générale parmi les différentes spécialités (14,9%), 14 souhaitaient faire un DESC

accessible par le DES de médecine générale (11,6%), dix souhaitaient initialement une autre spécialité mais celle-ci leur étant inaccessible ont reporté leur choix sur la médecine générale (8,3%) et deux anciens IMG ont fait un droit au remord (1,7%) (*graphique 7*).



Graphique 7 : Les raisons qui ont poussées les médecins interrogés à choisir le DES de MG

2.6. Stage ambulatoire en soins primaires et autonomie supervisée (SASPAS) :

Quatre-vingt-sept anciens IMG ont effectué un stage de médecine ambulatoire SASPAS (71,9%) contre 34 qui n'en ont pas effectué (28,1%).

2.7. Projet professionnel initial :

A l'issue de leur maquette du DES de médecine générale, le projet professionnel initial était (*graphique 8*) :

- Exercice comme remplaçant en médecine générale chez 71 (58,7%). Parmi ceux-ci certains ont apporté les précisions suivantes :

« Remplacement pendant 6 mois puis collaboration et remplacement » ; « Remplacement puis installation dans les 2-3 ans » chez deux d'entre eux ; « Remplacement en attendant de s'installer » ; « Remplacement dans le Poitou-Charentes puis remplacement dans la région bordelaise » ; « Installation en fonction des projets ».

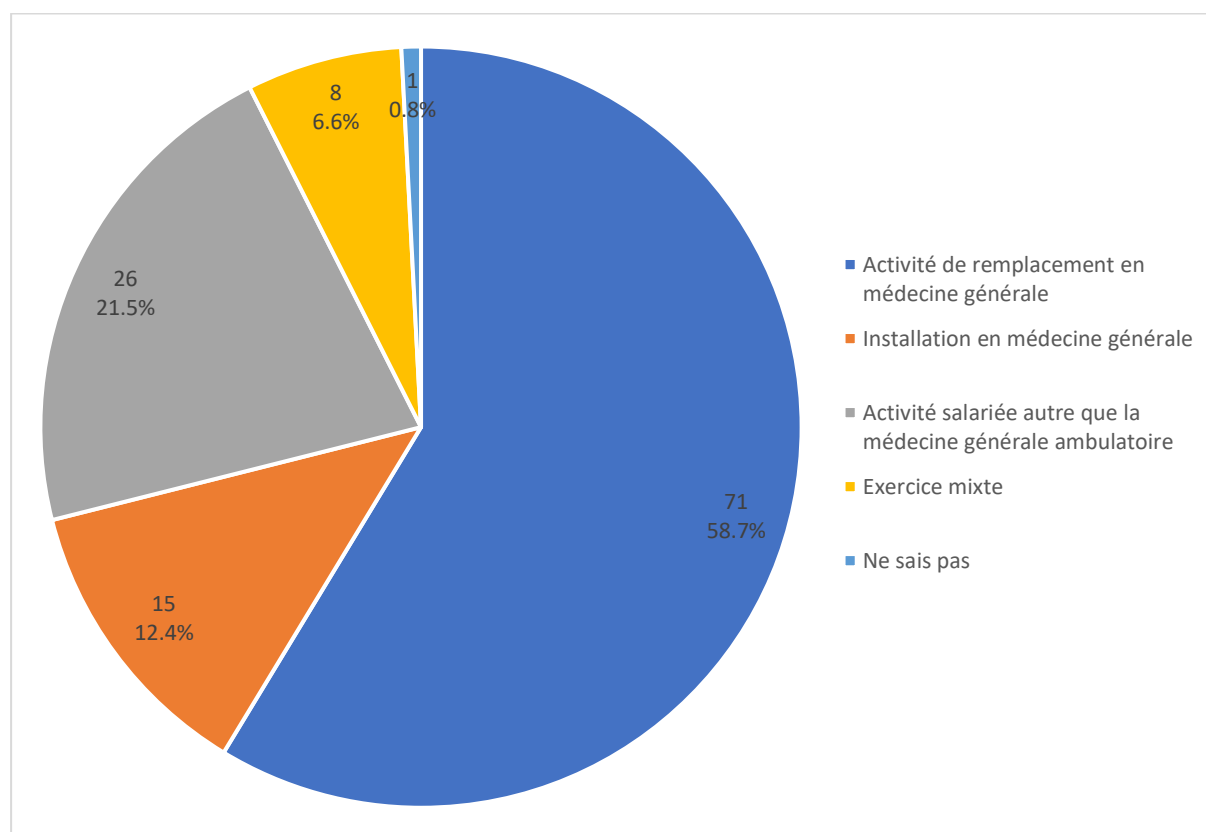
- Installation en médecine générale chez 15 personnes (12,4%). Parmi ceux-ci certains ont apporté les précisions suivantes :

Pour deux interrogés « collaboration » ; « Clinicat de médecine générale » ; « association » ; « centre de santé » ; « installation rapide en association » ; « médecin adjoint » ; « remplacement jusqu'à validation de la thèse puis installation en groupe ».

- Activité de médecin salarié autre que médecine générale ambulatoire chez 26 (21,5%), parmi ceux qui ont apporté des précisions on trouve dix « médecine d'urgence », deux « médecine de la douleur et soins palliatifs », deux « gériatrie », deux « médecine légale », un « allergologie en hospitalier », un « HAD », un « SSR polyvalent », un « médecine polyvalente », un « PMI » et un « addictologie et secteur médico-social (autisme) ».

- Exercice mixte chez 8 anciens internes (6,6%) dont un ayant précisé « installation en collaboration puis association avec temps partiel de 10% en centre de planification et d'éducation familial ».

- Un ancien interne a répondu qu'il ne savait pas quel était son projet professionnel initial.



Graphique 8 : Projets professionnels initiaux à l'issue de la maquette du DES de MG

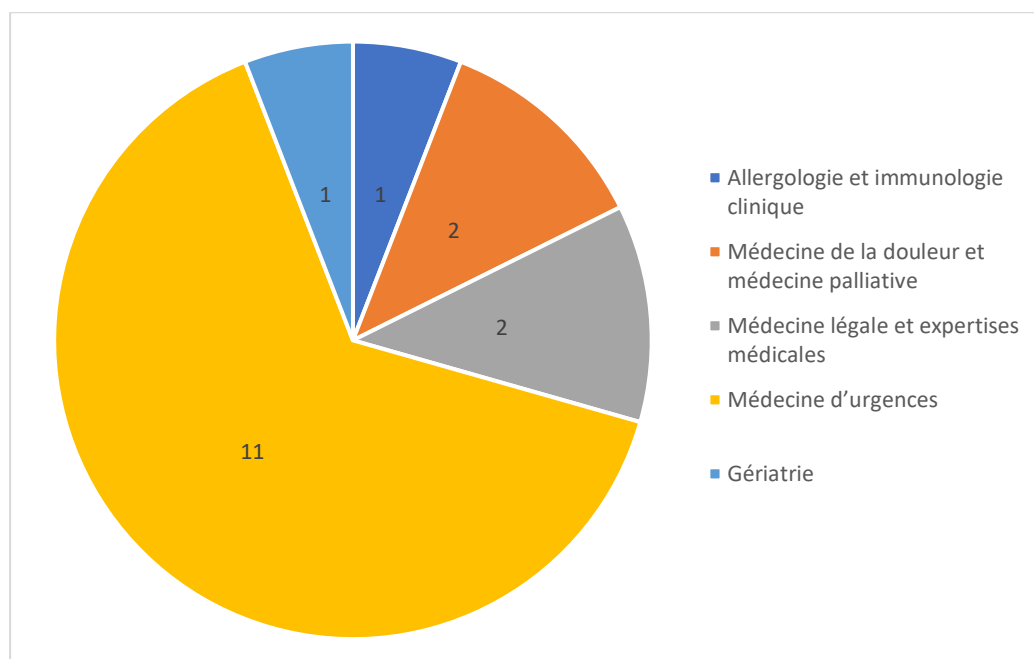
2.8. Les formations complémentaires :

2.8.1. Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC) :

2.8.1.1. DESC validés :

Parmi les 121 répondants, 17 avaient validé un DESC (Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire) soit 14% (*graphique 9*). Parmi ceux-ci on compte :

- 11 DESC de médecine d'urgence
- 2 DESC de médecine légale et expertises médicales
- 2 DESC de médecine de la douleur et médecine palliative
- 1 DESC d'allergologie et immunologie clinique
- 1 DESC de gériatrie



Graphique 9 : Les différents DESC validés chez les médecins interrogés

2.8.1.2. Projets de DESC :

Huit personnes avaient prévu de suivre un DESC (6,6%), 102 ne le souhaitaient pas (84,3%) et 11 ne savaient pas (9,1%). Parmi les personnes ayant exprimé souhaiter suivre un DESC certaines ont préciser :

- « Gériatrie » ;
- « Médecine légale et d'expertises médicales » ;
- « DESC de médecine d'urgences en cours » ;
- « Urgences » ;
- « DESC déjà validé » ;
- « DESC d'urgence arrêté en cours pour ne pas entrer dans une impasse à l'issu de ce DESC et ne plus pouvoir retourner en cabinet. Alors je ne parle même pas du DES d'urgences » ;

« J'aurais voulu mais ma maquette ne me le permettait pas (sur Poitiers impossible de faire un stage en gynéco-obstétrique et en pédiatrie donc pas de DESC d'urgences pour moi) »

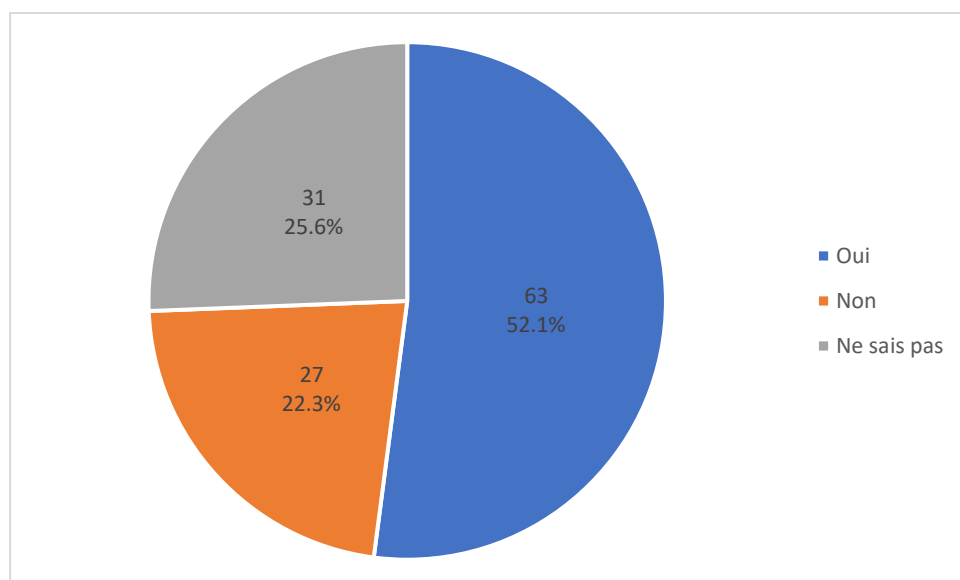
2.8.2. Diplômes Inter-Universitaires (DIU) et capacités :

2.8.2.1. DIU et capacités validés :

En ce qui concerne les formations complémentaires type DIU (Diplôme inter-universitaire) et capacités, 65 n'en avaient pas validé (53,7%) contre 56 qui en avaient validé au moins une (46,3%). Dans cette dernière catégorie on recensait 35 types de formations validées (*annexe 6*).

2.8.2.2. Projets de DIU et capacités :

Soixante-trois personnes interrogées envisageaient de réaliser une ou des formations complémentaires (52,1%), 27 ne le souhaitaient pas (22,3%) et 31 ne savaient pas (25,6%) (*graphique 10*).



Graphique 10 : Proportion d'anciens IMG envisageant de réaliser une formation complémentaire

Les anciens IMG ayant répondu envisager de réaliser des formations complémentaires ont cité les formations répertoriées dans le tableau situé en annexe 7.

3. Activité actuelle :

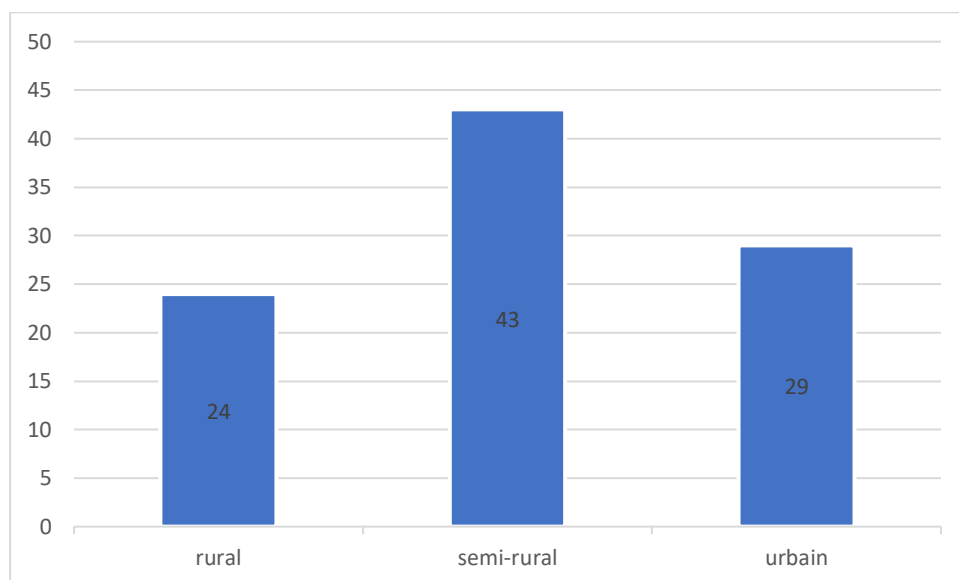
3.1. Lieux d'exercice :

La majorité des anciens internes interrogés exerçaient en Ile-et-Vilaine, le second département où exerçait le plus d'anciens internes est le Maine-et-Loire puis la Vienne. A noter que deux anciens internes exerçaient à l'étranger (*annexe 8*).

3.2. Activité de remplaçant en médecine générale ambulatoire :

Le nombre de personnes qui exerçaient en tant que remplaçant en médecine générale ambulatoire était de 62 soit 51,2 % des anciens IMG interrogés. Parmi ceux-ci on comptait 36 médecins issus du DES de la faculté d'Angers, 27 de Poitiers et 18 de Rennes. Il s'agissait de l'unique activité chez 51 d'entre eux (77,3% des remplaçants) et de l'activité principale chez 8 d'entre eux (12,9% des remplaçants).

Parmi les 62 remplaçants en médecine générale ambulatoire, 24 exerçaient en zone rurale (19,8%), 43 en zone semi-rurale (35,5%) et 29 en zone urbaine (24%) (*graphique 11*). La question étant à choix multiple, les médecins interrogés pouvaient à la fois répondre qu'ils exerçaient dans plusieurs zones si tel était le cas, ce qui explique que le nombre de réponses soit supérieur au nombre de sujets concerné.



Graphique 11 : Zone d'activité des médecins remplaçants en médecine générale ambulatoire

3.3. Activité de médecin salarié :

Sur les 121 anciens internes interrogés, 33 avaient une activité de médecin salarié (27,3%). Parmi ceux-ci on comptait 13 médecins issus du DES de la faculté d'Angers, 14 de Poitiers et six de Rennes.

Il s'agissait de l'unique activité médicale chez 21 de ces médecins (63,6%) et de l'activité principale (9,1%) chez trois d'entre eux.

Les différentes activités de salarié ainsi que la répartition chez ces 33 médecins sont définies dans le tableau situé en annexe 9.

3.4. Médecins installés ou collaborateurs en médecine générale

ambulatoire :

Sur les 121 anciens IMG, 33 sont installés ou collaborateurs en médecine générale ambulatoire (27,3%). Parmi ceux-ci on comptait dix médecins issus du DES de la faculté d'Angers, sept de Poitiers et 16 de Rennes.

Le délai d'installation après le PCEM1 chez ces médecins allait de 9,1 ans (109 mois) à 14,8 ans (178 mois), avec une moyenne de 11,7 ans (140,1 mois).

Le délai d'installation après l'ECN chez ces médecins allait de 3,5 ans (42 mois) à 8 ans (93 mois), avec une moyenne de 5,2 ans (62,4 mois).

Le délai d'installation après la fin de la maquette d'internat chez ces médecins allait de 1 à 45 mois, avec une moyenne de 18,6 mois.

Lorsque l'on compare les délais d'installation en fonction des différentes subdivisions, on remarque que les médecins généralistes issus de la faculté de Poitiers s'installaient en moyenne plus rapidement que les autres. On note également que les médecins généralistes issus de la faculté de Rennes s'installaient en moyenne plus tard que l'ensemble des anciens internes installés en médecine générale. Enfin les médecins généralistes issus du DES de la faculté d'Angers s'installaient en moyenne dans un délai proche de la moyenne de l'ensemble des anciens internes interrogés (*tableau 8*).

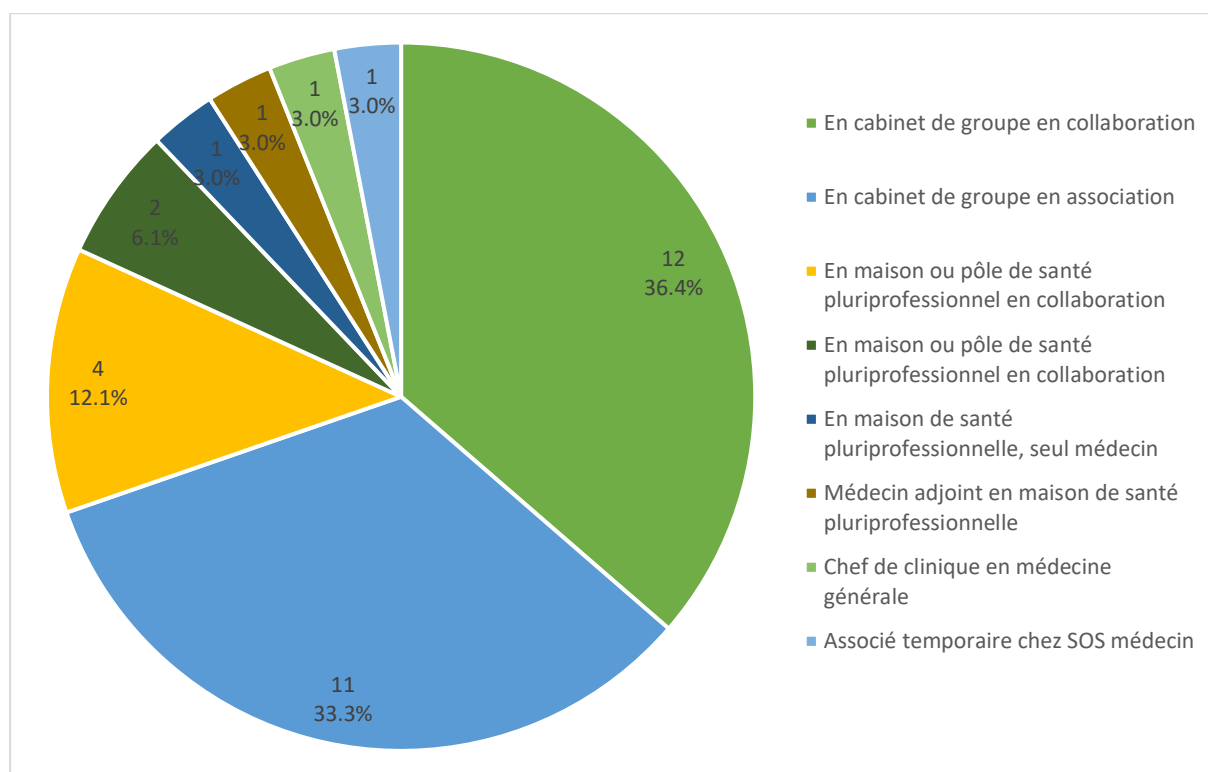
	Délai moyen d'installation/PCEM1	Délai moyen d'installation/ECN	Délai moyen d'installation/internat
ANGERS (n=10)	141,6	62,2	19,4
POITIERS (n=7)	133,7	53,7	13,6
RENNES (n=16)	141,1	66,3	22,7
Total (n=33)	140,1	62,4	18,6

Tableau 8 : Comparaison des délais d'installation en médecine générale par rapport à l'entrée en PCEM1, au passage de l'ECN et à la fin de la maquette d'internat en fonction des trois subdivisions (Angers, Poitiers et Rennes).

Parmi ces médecins, il s'agissait là de l'unique activité médicale chez 21 d'entre eux (63,6%) et de l'activité principale chez huit d'entre eux (24,2%).

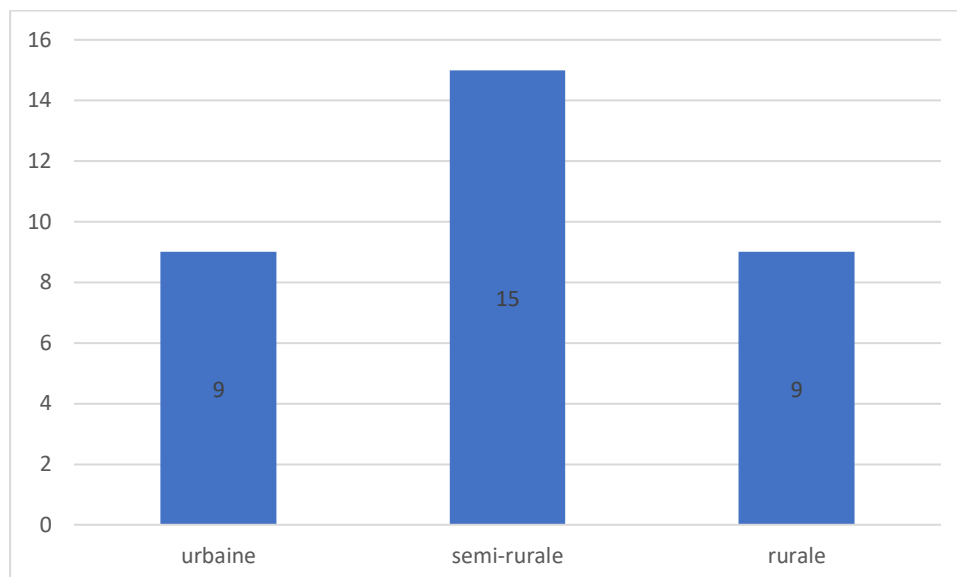
Ces anciens IMG exerçaient dans différentes structures (*graphique 12*):

- En cabinet de groupe en collaboration (12, soit 36,4%)
- En cabinet de groupe en association (11, soit 33,3%)
- En maison ou pôle de santé pluriprofessionnelle en collaboration (quatre, soit 12,1%)
- En maison, ou pôle de santé pluriprofessionnelle en association (deux, soit 6,1%)
- Chef de clinique de médecine générale (un, soit 3%)
- Associé temporaire SOS médecin (un, soit 3%)
- En maison de santé pluriprofessionnelle, seul médecin (un, soit 3%)
- Médecin adjoint en maison de santé pluriprofessionnelle (un, soit 3%)



Graphique 12 : Lieu d'exercice des médecins installés en médecine générale ambulatoire

Parmi les 33 médecins installés en médecine générale, 9 exerçaient en zone rurale (27,3%), 15 en zone semi-rurale (45,5%) et 9 en zone urbaine (27,3%) (*graphique 13*).



Graphique 13 : Zone d'exercice des médecins installés en médecine générale ambulatoire

3.5. Autre activité :

Aucun ancien interne interrogé était sans activité médicale.

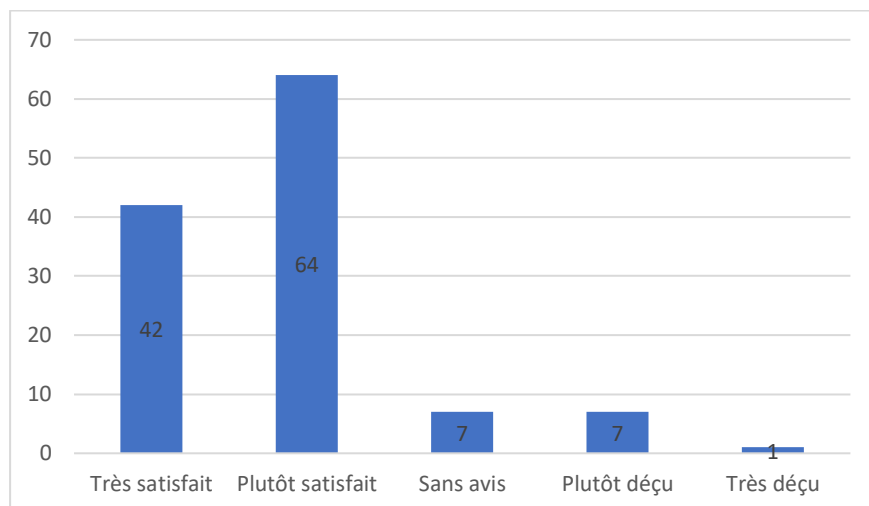
Deux médecins interrogés exerçaient une autre activité médicale (1,7%) : SOS médecin pour l'un d'entre eux et médecine d'urgences et unité de soins continus au sein d'une société d'exercice libérale de médecine d'urgences en hôpital privé pour le deuxième. Ces deux anciens internes étaient issus des facultés d'Angers pour l'un et de Rennes pour le second.

3.6. Activité universitaire :

Dix-sept anciens IMG exerçaient une activité universitaire (tuteur, maître de stage universitaire ou chargé d'enseignement pour les internes) soit 14,1% des interrogés.

3.7. Niveau de satisfaction :

La majorité des médecins interrogés sont satisfaits de leur exercice actuel avec 42 très satisfaits (34,7%) et 64 plutôt satisfaits (52,9%). Sept sont sans avis (5,8%) et huit sont déçus avec sept plutôt déçus (5,8%) et un très déçu (0,8%) (*graphique 14*).



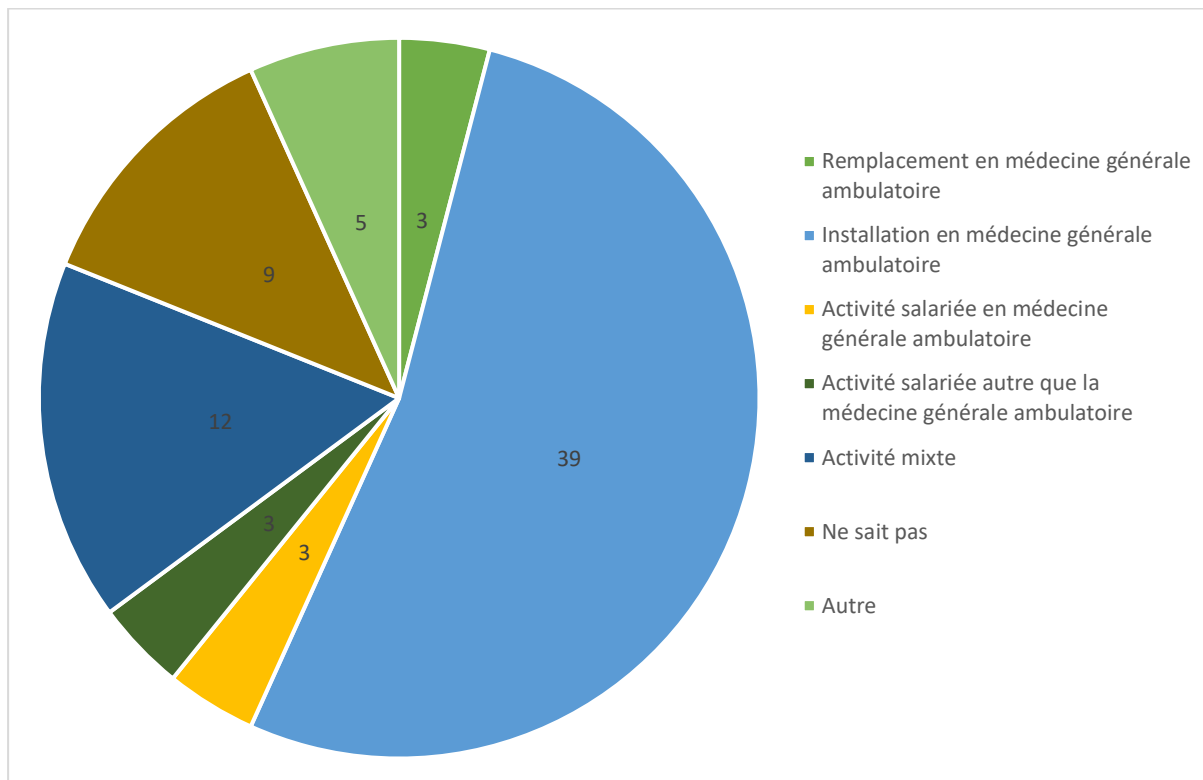
Graphique 14 : Niveau de satisfaction des anciens IMG dans leur exercice actuel

4. Projet d'exercice futur :

4.1. Type d'activité :

Chez les médecins interrogés, 47 n'avaient pas de projet professionnel différent de leur exercice actuel (38,8%). Chez les médecins ayant un projet professionnel différent on comptait (*graphique 15*) :

- 39 projets d'installation en médecine générale ambulatoire y compris collaboration (32,2%),
- 12 projets d'activité mixte de médecine générale ambulatoire associée à une ou plusieurs autres activités médicales (9,9%),
- 9 qui ne savaient pas quel était leur projet (7,4%),
- trois projets de remplacement en médecine générale ambulatoire (2,5%),
- trois projets d'activité salariée en médecine générale ambulatoire type centre de santé (2,5%)
- trois projets d'activité salariée autre que de médecine générale ambulatoire (2,5%)
- cinq autres projets (4,1%) parmi lesquels on retrouvait : une installation avec activité de gynécologie médicale exclusive, un clinicat de médecine générale, une activité mixte médicale ambulatoire associée à une autre activité professionnelle non-médicale, une activité de médecine humanitaire.



Graphique 15 : Les projets d'exercices futurs différents de l'exercice actuel

4.2. Délai de changement envisagé :

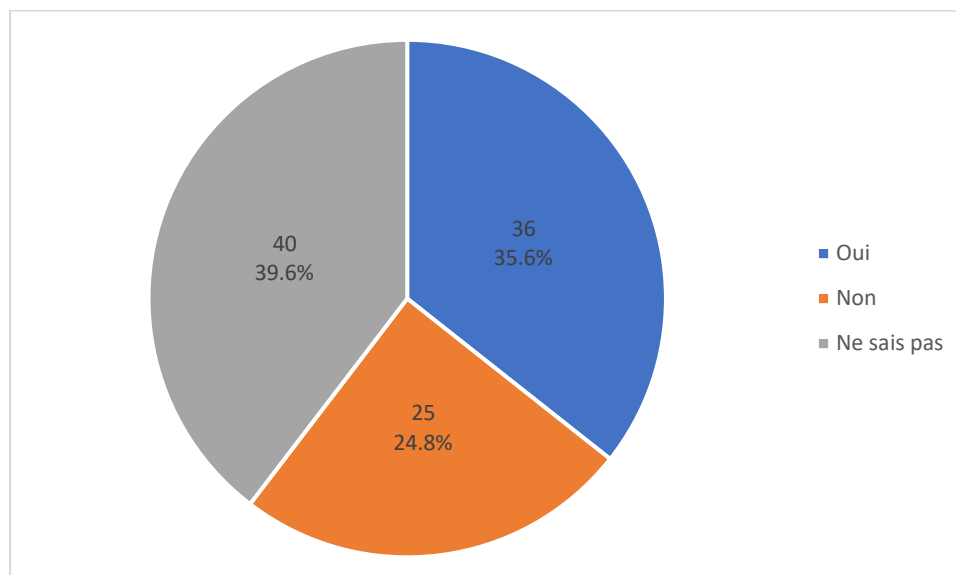
Chez les 74 médecins interrogés ayant un projet d'exercice futur différent de leur exercice actuel, le délai de changement d'exercice était envisagé entre 0 et 15 ans avec une moyenne à 2 ans.

4.3. Lieu d'exercice souhaité :

La majorité des médecins interrogés, soit 14, envisageait d'exercer en Ile-et-Vilaine. La répartition géographique en fonction du département où ces 74 anciens IMG souhaitaient exercer dans l'avenir est représentée dans le tableau situé en annexe 10.

4.4. Projet d'activité universitaire :

Parmi les médecins n'exerçant pas déjà une activité universitaire (tuteur, maître de stage universitaire ou chargé d'enseignement pour les internes de médecine générale), 36 l'envisageaient (35%), 25 ne l'envisageaient pas (24,2%) et 40 ne savaient pas (38,8%) (graphique 16).



Graphique 16 : Projet d'activité universitaire chez les médecins ne l'exerçant pas déjà

Chez les 36 anciens IMG ayant un projet d'activité universitaire, le délai était envisagé entre 1 et 8 ans avec une moyenne à 3,1 ans.

5. Analyses bivariées :

5.1. Comparaison du type d'activité en fonction des subdivisions :

	Angers (n=36)	Poitiers (n=44)	Rennes (n=41)	Valeur de p
Activité de remplaçant en MG (n=62)	17 (47,2%)	27 61,4%)	18 (43,9%)	p= 0,23
Activité de salarié (n=33)	13 (36,1%)	14 (31,8%)	6 (14,6%)	p= 0,07
Installé en MG (n=33)	10 (27,8%)	7 (15,9%)	16 (39%)	p= 0,057
Activité médicale autre (n=2)	1 (2,8%)	0	1 (2,4%)	

Tableau 10 : Comparaison du type d'activité (remplaçant, salarié, installé en médecine générale ou autre) en fonction de la faculté de DES.

Parmi les 62 médecins exerçant une activité de remplaçant en médecine générale, 17 sont issus de la faculté d'Angers, 27 de la faculté de Poitiers et 18 de la faculté de Rennes.

Parmi les 33 médecins exerçant une activité de salarié, 13 sont issu du DES d'Angers, 14 de Poitiers et 6 de Rennes. Parmi les 33 médecins installés en médecine générale dix sont issus du DES d'Angers, sept de Poitiers et 16 de Rennes. Les médecins exerçant une activité médicale autre sont issu de Angers pour l'un et de Rennes pour le deuxième.

Il n'existe pas de différence significative entre les différentes subdivisions étudiées concernant l'ensemble des modes d'activités exercés actuellement (*annexe 5*).

5.2. Comparaison du type d'activité avec différents facteurs :

Il existe une association statistiquement significative entre l'exercice d'une activité de médecine générale ambulatoire et le souhait initial de la médecine générale aux ECN. Il existe une association significative entre l'activité autre que MG ambulatoire et le souhait initial d'une autre spécialité que la MG à l'ECN.

La réalisation d'un SASPAS au cours de l'internat est significativement associée à l'exercice de la médecine générale ambulatoire. Le fait de ne pas avoir fait de SASPAS est associé de façon significative à l'absence de pratique de la MG ambulatoire.

La validation d'un DESC est statistiquement associée à une activité autre que de MG ambulatoire. La validation d'une formation type DIU/capacité est statistiquement associée à une activité de MG ambulatoire.

La validation tardive de la thèse est statistiquement associée à l'exercice de la MG ambulatoire et la validation précoce de la thèse est associée à l'activité autre que MG ambulatoire.

Il n'existe pas d'association significative entre le type d'activité et le niveau de satisfaction dans l'exercice actuel (*tableau 11*).

	Activité de MG ambulatoire (n=95)	Activité autre que MG ambulatoire (n=35)	Valeur de p
Choix de la MG aux ECN			p= 2,01.e-8***
Souhait initial de la MG (n=95)	85 (70,2%)	19 (15,7%)	
Souhait initial autre que MG (n=26)	10 (8,3%)	16 (13,2%)	
Réalisation d'un SASPAS			p= 4,08.e-10***
Oui (n=87)	81 (85,3%)	16 (45,7%)	
Non (n=34)	14 (14,7%)	19 (54,3%)	
Réalisation de formation complémentaire			
DESC	1 (1,1%)	16 (45,7%)	p= 5,53.e-8***
DIU/capacité	37 (38,9%)	25 (71,4%)	(1) p= 0,002*** (2) p= 0,0004***
Délais de validation de la thèse			
Précoce	12 (12,6%)	22 (62,9%)	(1) p= 0,012*
Tardif	83 (87,4%)	13 (37,1%)	(2) p= 2,32.e-8***
Niveau de satisfaction			(1) p= 0,37 (2) p= 0,47
Satisfait	81 (85,3%)	33 (94,2%)	
Sans avis	6 (6,3%)	1 (2,9%)	
Déçu	8 (8,4%)	1 (2,9%)	

Tableau 11 : Comparaison du type d'activité avec les raisons du choix de la MG aux ECN, la réalisation d'un SASPAS, la réalisation de formation complémentaire, le délai de validation de la thèse et le niveau de satisfaction dans l'exercice actuel. * p< 0,05, **p < 0,01, * p< 0,005**

5.3. Comparaison du choix de la médecine générale aux ECN avec l'inscription en formations complémentaires :

	Souhait initial de la MG aux ECN (n=95)	Souhait initial autre que MG aux ECN (n=26)	Valeur de p
Réalisation de formation complémentaire			
DESC	3 (3,2%)	17 (65,4%)	p= 6,21.e-9***
DIU/capacité	38 (40%)	18 (57,7%)	p= 0,008**

Tableau 12 : Comparaison du choix de la MG aux ECN avec la réalisation de formation complémentaire.

* p< 0,05, **p < 0,01, *** p< 0,005

La validation d'un DESC est statistiquement associée au souhait initial autre que la médecine générale aux ECN. Le souhait initial de la médecine générale aux ECN est significativement associé à l'absence de validation de DESC.

Il existe une association significative entre la réalisation de DIU/capacité et le souhait initial de la médecine générale aux ECN (*tableau 12*).

5.4. Comparaison de la région de DES avec les régions d'exercice actuel et futur :

	Région de DES	Région autre que celle du DES	Valeur de p
Région d'exercice actuel (n=121)	97	24	p= 2,45.e-7***
Région d'exercice futur (n=121)	92	29	p= 9,46.e-9***

Tableau 13 : Comparaison de la région de DES avec les régions d'exercices actuel et futur. * p< 0,05, **p < 0,01, *** p< 0,005

Il existe une association significative entre la région de DES et les régions d'exercice actuel et future (*tableau 13*).

DISCUSSION

1. Résumé des principaux résultats :

Parmi les 121 anciens internes interrogés, 36 étaient issus de la faculté d'Angers (29,8%), 44 de Poitiers (36,4%) et 41 de Rennes (33,9%). Ils souhaitaient initialement la médecine générale avant l'ECN pour 95 d'entre eux (78,5%). Quatre-vingt-sept anciens internes (71,9%) avaient réalisé un SASPAS, 17 avaient validé un DESC (14%), 56 avaient validé au moins une formation complémentaire type DIU/capacité (46,3%). Le souhait initial autre que la médecine générale aux ECN était significativement associé à la réalisation de DESC et la validation de DIU/capacité était associée de façon significative à un souhait initial de la médecine générale aux ECN. Soixante-et-onze médecins (58,7%) avaient comme projet d'exercer exclusivement en tant que remplaçant en médecine générale à l'issue de leur maquette de DES, 15 projetaient de s'installer de façon exclusive en médecine générale (12,4%), 26 envisageait initialement une activité salariée exclusive (21,5%) et huit envisageait une activité mixte de salarié associé à un exercice de la médecine générale ambulatoire (6,6%).

Parmi les médecins interrogés 62 exerçaient en tant que remplaçant en médecine générale ambulatoire (51,2%), 33 exerçaient en tant que salarié (27,3%), 33 étaient installés en médecine générale ambulatoire (27,3%) et deux exerçaient une autre activité médicale (1,7%). Le délai moyen d'installation en médecine générale ambulatoire après le PCEM1 était de 140,1 mois (11,7 ans), il était de 62,4 mois après le passage de l'ECN (5,2 ans) et de 18,6 mois après la fin de la maquette d'internat.

Il existait une association significative entre l'exercice d'une activité de MG ambulatoire et le souhait initial de la MG aux ECN ainsi qu'entre l'exercice d'une activité autre que de MG ambulatoire et le souhait initial d'une autre spécialité que la MG. La réalisation d'un SASPAS était associée de façon significative à l'exercice de la MG ambulatoire. La réalisation d'un DESC est significativement associée à une activité autre que de MG ambulatoire. La validation d'une formation type DIU/capacité était statistiquement associée à une activité de MG ambulatoire. Il n'existait pas d'association significative entre le type d'activité exercée et le niveau de satisfaction dans l'exercice actuel. Ils étaient 14,1% à exercer une activité universitaire.

Soixante-quatorze anciens internes avaient un projet d'exercice différent de leur exercice actuel (61,2%) parmi lesquels on comptait 39 installations en médecine générale ambulatoire, trois activités de salarié en médecine générale ambulatoire, trois activités de salarié hors médecine générale et 12 activités mixtes. Une activité universitaire était envisagée chez 35% des médecins dans un délai moyen de 3,1 ans. Il existait une association significative entre la région du DES et les régions d'exercice actuel et d'exercice futur.

2. Réponses aux objectifs et comparaison à la littérature existante :

2.1. Répartition des médecins en fonction du type d'activité, comparaison des différentes subdivisions (objectif principal) :

Dans notre étude la répartition des médecins interrogés selon leur activité médicale actuelle était la suivante :

- 51,2% de médecins remplaçants en médecine générale ambulatoire
- 27,3% de médecins salariés, dont aucun ne concernait un exercice de la médecine générale en centre de santé
- 27,3% de médecins installés en médecine générale ambulatoire
- 1,7% ayant une activité médicale autre.

Ces résultats sont comparables à la littérature existante sur le sujet.

En effet, les jeunes médecins sont majoritairement remplaçants avec un taux allant de 39% dans l'enquête d'Anselm et al. réalisée à deux ans de la fin de l'internat (16) à 76,5% dans l'étude de Loron réalisée cinq ans après l'entrée dans le DES(17), ceci étant pour la majorité l'unique activité exercée.

Il existe cependant dans la littérature une différence entre le nombre de médecins salariés et de médecins installés en médecine générale. La proportion de médecins salariés allait de 13% dans l'étude d'Anselm et al. (16) à 53% dans l'enquête de Picard (11). Il s'agissait par ailleurs de l'unique activité chez une minorité de personnes interrogées. La proportion d'anciens IMG installés en médecine générale ambulatoire variait entre 0% dans l'étude de Dautremay (13) et 48% pour Anselm et al. (16) et il s'agissait de l'unique activité pour la majorité des médecins interrogés.

On note que parmi les médecins remplaçants 43,5% étaient issus de la faculté de Poitiers contre des proportions inférieures dans les autres facultés. Concernant les médecins salariés, 14

étaient issus du DES de Poitiers alors que seulement six étaient de Rennes. 48,5% des médecins installés en médecine générale ambulatoire étaient issus de Rennes contre des proportions inférieures pour les deux autres facultés.

Malgré la présence d'écarts entre les différentes subdivisions sur l'ensemble des types d'activité étudiés, il n'existe pas de différence significative entre les trois facultés. On peut expliquer ce résultat par le fait que les comparaisons des activités exercées aient été effectuées par rapport aux trois subdivisions. Or, parmi celles-ci deux facultés obtenaient des effectifs sensiblement égaux sur chaque activité, et non trois effectifs bien distincts nécessaires à l'obtention de différences significatives entre les trois villes.

Concernant le taux d'installation en médecine générale supérieur chez les anciens IMG de Rennes, nous pouvons formuler l'hypothèse que ceux-ci aient validé leur mémoire plus tardivement par rapport à la fin de la maquette que dans les autres facultés. Ils auraient donc bénéficié de plus de temps avant la soutenance du mémoire pour se forger une expérience de la médecine générale ambulatoire leur ayant permis de s'installer plus aisément dans le délai de deux ans qui sépare le moment de l'inclusion du début de notre étude. A l'inverse une soutenance du mémoire plus précoce du mémoire de DES dans la faculté de Poitiers expliquerait que le taux de remplaçants qui en est issu soit supérieur aux autres villes.

2.2. Délai d'installation en médecine générale ambulatoire et comparaison des différentes subdivisions (objectif principal) :

Dans notre étude l'installation en médecine générale ambulatoire survenait chez les sujets intéressés, en moyenne dans un délai de 11,7 ans après l'entrée en PCEM1, de 5,2 ans après le passage de ECN et de 18,6 mois après la fin de la maquette d'internat.

La comparaison des délais d'installation par ville a montré que les anciens internes ayant réalisé leur DES à Poitiers ont tendance à s'installer plus rapidement que les autres avec un délai inférieur à la moyenne par rapport à la fois à l'entrée en PCEM1, au passage de l'ECN et à la fin de la maquette d'internat. Au contraire les médecins ayant réalisé leur DES à Rennes ont tendance à s'installer plus tardivement par rapport au passage de l'ECN et à la fin de la maquette d'internat.

L'hypothèse formulée précédemment sur les différences de délais de soutenance du mémoire entre les différentes subdivisions peut également s'appliquer aux délais d'installations. En effet, si on considère que la soutenance du mémoire a lieu plus à distance de la fin de la maquette à Rennes, alors ce délai s'ajoute aux deux ans qui se sont écoulés entre le moment de l'inclusion et le début de l'étude. Ainsi le délai d'installation en MG par rapport à

la fin de la maquette est plus long que dans les autres subdivisions. Au contraire si la soutenance du mémoire a lieu avant ou à la fin de la maquette à Poitiers, le délai d'installation par rapport à la fin de la maquette ne peut être qu'inférieur ou égal à deux ans (durée écoulée entre l'inclusion et le début de l'étude).

Cette hypothèse permet donc d'expliquer qu'à Poitiers le taux d'installés en MG ambulatoire soit le plus faible mais dans un délai plus bref alors que ce taux est supérieur à Rennes mais dans un délai long.

Il est à noter que le délai moyen pour former un médecin généraliste qui s'installe en soins primaire est d'au moins 11,6 ans. Ce délai est donc à prendre en compte dans les mesures politiques visant à améliorer la démographie médicale en France comme par exemple l'augmentation du *numerus clausus* au concours de première année commune des études de santé.

L'étude menée par Gocko et al. (14) sur le devenir professionnel des internes de médecine générale de Saint-Etienne montrait quant à elle, que le délai moyen d'installation en médecine générale était de 12,6 mois après la validation de la thèse.

2.3. Projet d'exercice futur (objectif principal) :

Parmi les médecins interrogés, 38,8% n'envisageaient pas de changer de type d'activité médicale. La majorité, soit 32,2%, de ceux qui souhaitaient changer de type d'activité envisageait de s'installer en médecine générale ambulatoire et 2,5% envisageaient la médecine générale ambulatoire en tant que salarié en centre de santé.

On note donc une progression à venir du nombre de médecins généralistes en ambulatoire et donc de l'offre de soins primaires. Ce phénomène concernait essentiellement les médecins qui exerçaient actuellement en tant que remplaçant et est également noté dans les études de Dautremay, Loron et Anselm et al.

Seuls 2,5% des anciens IMG souhaitaient changer d'activité pour le remplacement en médecine générale. On note donc une diminution de l'attrait pour le remplacement sur le long terme.

Le passage à une activité salariée autre que de médecine générale concernait 2,5% des anciens IMG, 9,9% souhaitaient une activité mixte de médecine générale associée à une activité salariée autre. On comptait également 4,1% de projets autres.

Mintadjian dans son étude (12) montre une progression de la médecine générale exclusive vers une pratique mixte en Ile de France entre avril et décembre 2014.

Au total, 16,5% des médecins interrogés de notre étude envisageaient une activité autre que de médecine ambulatoire exclusive ce qui tend à diminuer leur temps consacré aux soins primaires de médecine générale. Toutefois, la progression à venir de la médecine générale ambulatoire s'annonce plus importante avec 32,2% de projet d'installation en médecine générale ambulatoire, que la fuite vers d'autres activités médicales avec seulement 2,5% de projet d'exercice salarié hors médecine générale ambulatoire.

2.4. Comparaison du type d'activité avec différents facteurs (objectif secondaire) :

2.4.1. Comparaison avec le choix de la MG aux ECN :

Chez les anciens internes interrogés, le choix de la médecine générale était posé avant les ECN pour 63,6% d'entre eux. La plupart des études réalisées sont en accord avec ce résultat. En effet, Caroline Dautremay dans son étude sur l'activité des jeunes médecins généralistes (13), montrait que 79% des sujets étaient entrés en PCEM1 avec l'intention de devenir MG, et que 86% des personnes souhaitaient faire un internat de MG avant l'ECN. La thèse d'Amaury Loron (17) retrouve un taux de 89,5% de médecins ayant choisi la MG avant l'ECN.

Dans l'étude d'Elodie Faget (18), 68,3% des personnes interrogées sont entrés en médecine pour être médecin généraliste et ils étaient 60% à avoir choisi la MG avant l'ECN. Dans leur enquête, Anselm et al. (16) retrouvent un taux de 84% ayant choisi la MG avant l'ECN.

Nous retrouvons donc notre étude une association significative entre le souhait initial de la MG à l'ECN et l'exercice de la MG ambulatoire.

Anouk Mintadjian, dans sa thèse (12) montrait que les internes ayant formulé la médecine générale comme leur premier choix aux ECN pratiquaient une activité de médecine générale exclusive. L'enquête Avenir Jeunes Médecins Généralistes (11) réalisée en Ile de France montrait également que les personnes interrogées qui avaient choisi la médecine générale avant l'ECN exerçaient en tant que médecins généralistes installés ou remplaçants en libéral. Ceux qui souhaitaient une autre spécialité ou n'ayant pas de choix précis se retrouvaient pour la moitié en libéral et pour l'autre moitié dans un autre type de structure.

Sébastien Mabon quant à lui, montre dans sa thèse (19) qu'il existe une association significative entre le classement aux ECN et la réalisation du DES de médecine générale, mais qu'il n'en existe pas entre le classement aux ECN et le choix de l'exercice ambulatoire. Il conclue également que plus les internes sont avancés dans leur cursus, plus ils souhaitent un exercice

ambulatoire, ce qui signifie que la construction d'un projet d'exercice ambulatoire est progressive au cours des études. Il est donc possible que le passage du DES de médecine générale à quatre ans au lieu de trois puisse contribuer à favoriser l'exercice de la médecine générale ambulatoire.

Chez les médecins interrogés, nous retrouvions également une association significative entre le souhait initial autre que MG à l'ECN et l'exercice d'une activité autre que MG ambulatoire. Ce résultat explique en partie la pénurie de médecins généraliste en soins primaires au profit d'un exercice salarié en structure hospitalière.

2.4.2. Comparaison avec la réalisation de formations complémentaires :

Les anciens IMG ayant réalisé un DESC étaient significativement associés à un exercice autre que celui de la MG ambulatoire de soins primaires. Ce résultat est également retrouvé dans les études de Mintadjian (12), de Faget (18) et de Groboz-Lecoq (20). Mabon montrait dans son étude (19) que le souhait de faire un DESC était associé au souhait de ne pas exercer en ambulatoire. En effet, les DESC débouchent majoritairement vers un statut de médecin hospitalier dont les plus fréquents sont urgentiste et gériatre, et donc leurs titulaires n'exerceront pas la médecine générale ambulatoire.

En ce qui concerne les formations complémentaires type DIU ou capacités, elles étaient significativement associées à un exercice de médecine générale ambulatoire.

2.4.3. Comparaison avec la réalisation d'un SASPAS :

La réalisation d'un SASPAS au cours de la maquette du DES était ici significativement associé à un exercice de la médecine générale ambulatoire. S'agissant jusque-là d'un stage facultatif dans la maquette du DES, il était réalisé par les internes ayant comme projet l'exercice de la médecine générale. De plus les IMG réalisant des DESC, sont contraints par un nombre de stages obligatoires plus important, laissant moins de place à un stage facultatif de ce type-là. Nous ne pouvons donc pas conclure à une influence du SASPAS sur le choix d'exercer la médecine générale. Toutefois, avec la réforme du troisième cycle de médecine générale rendant le SASPAS obligatoire dans la maquette du DES, il serait intéressant d'étudier le devenir des internes issus de ce DES réformé pour mesurer une éventuelle influence du SASPAS sur le type d'activité exercée en comparaison avec les médecins issus du DES initial.

2.4.4. Comparaison avec le délai de validation de la thèse :

Notre étude a montré qu'il existait une association significative entre le délai de validation de la thèse et le type d'activité exercée actuellement. En effet, la validation tardive de la thèse est statistiquement associée à l'exercice de la MG ambulatoire et la validation précoce associée à l'activité autre que MG ambulatoire.

Ce résultat concorde avec ceux d'Elodie Faget dans son étude sur les déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes (18), et de Delphine Groboz-Lecoq dans son étude sur les facteurs influençant le choix de la médecine générale chez les internes niçois (20), qui retrouvent une association significative entre validation précoce de la thèse et exercice d'une activité autre que la médecine générale.

Ces résultats sont probablement liés au fait que les IMG disposent de six ans à partir du début de leur internat pour valider la thèse, soit pour la majorité trois ans après la fin de leur maquette de DES.

L'activité de médecin salarié en hospitalier nécessite que la thèse soit validée pour exercer, c'est pourquoi la plupart des internes soutiennent leur thèse pendant leur internat pour pouvoir débiter leur activité médicale sans délai d'attente.

Au contraire, l'activité de remplaçant en médecine générale ambulatoire ne nécessite pas d'être thésé pour être exercée, ce qui rend la validation de la thèse moins « urgente ».

2.4.5. Comparaison avec le niveau de satisfaction dans l'exercice actuel :

Concernant le niveau de satisfaction dans l'exercice actuel, notre étude ne retrouve pas d'association entre le niveau de satisfaction dans l'exercice actuel et le type d'activité exercé. Dans son enquête Avenir Jeunes Médecins Généralistes en mai 2014 (11), Picard montre que les médecins exerçant en hospitalier sont significativement plus satisfaits dans l'intérêt du travail que les autres médecins interrogés. Les contraintes liées à l'exercice de la médecine libérale telles que la charge administrative et la gestion financière d'un cabinet qui sont également considérées comme les principaux freins à l'installation en médecine générale ambulatoire ne sont pas présents dans l'exercice salarié de la médecine. Ces éléments peuvent expliquer cette différence entre les types de pratique, que nous ne retrouvons pas dans l'interrégion grand Ouest. Cette différence peut s'expliquer par un échantillon plus faible ou encore par une évolution de la pratique de la médecine générale chez la jeune génération vers un exercice plus souple et moins intense et donc moins contraignant comme en témoigne la thèse de Morgane Couffinhal réalisée en 2017 chez les internes de médecine générale femmes de Poitiers (21).

2.5. Comparaison du choix de la MG aux ECN avec la réalisation de formations complémentaires (objectif secondaire) :

L'inscription en DESC était significativement associée au souhait initial autre que de médecine générale aux ECN.

Dans son étude sur les déterminants du choix de l'exercice ambulatoire (19), Mabon montre une association significative entre le classement à l'ECN et le souhait de faire un DESC. En effet, les internes classés dans les trois derniers quartiles souhaitent s'inscrire en DESC de façon plus importante.

L'inscription en formations complémentaires type DIU ou capacité n'était pas associée au souhait initial ou non de la MG aux ECN. Les formations complémentaires permettent de valider des compétences et donc de se spécialiser dans un domaine de la médecine. Ce procédé permet à certains médecins de consacrer plus de temps au domaine dans lequel ils sont spécialisé au dépend du temps médical de soins primaire. La validation des formations complémentaires peut ainsi être considérée comme un moyen de fuir la médecine générale ambulatoire au profit d'une autre activité médicale.

2.6. Comparaison de la région de DES avec les régions d'exercice actuel et d'exercice futur (objectif secondaire) :

L'influence de la région d'origine sur le choix de la région de DES chez les IMG est controversée. L'étude de Faget (18) retrouvait un taux de 31% d'IMG ayant réalisé leur internat dans leur région d'origine alors que ce taux était de 63% dans l'étude d'Anselm et al. (16)

Les jeunes médecins exercent en général dans la région de leur internat comme en témoignent les différentes études sur le sujet. Anselm et al. (16) retrouvaient un taux de 71 à 88% d'internes alsaciens souhaitant exercer dans leur région de DES, Picard (11) comptait 83% de médecins exerçant dans leur région de DES en Ile de France, l'ISNAR-IMG recensait 78,7% d'internes souhaitant exercer dans la région de leur DES(4).

Nous retrouvons dans notre étude une association significative entre région de DES et région d'exercice actuel et futur.

Pour ce qui est de l'exercice à venir, Dautremay (13) et Loron (17) obtenaient des résultats sensiblement identiques avec 51% et 52% de médecins souhaitant rester dans leur région d'exercice actuel pour leur pratique futur.

2.7. L'activité universitaire (objectif secondaire) :

Dans notre étude, 14,1% exerçaient une activité universitaire (tuteur, maître de stage universitaire ou chargé d'enseignement pour les internes de médecine générale). Parmi les médecins interrogés ne l'exerçant pas déjà, 35 %, envisageaient d'exercer une activité universitaire dans un délai de 1 à 8 ans avec une moyenne à 3,1 ans. Ceci est très encourageant pour l'avenir de la maîtrise de stage et est un signe que la pédagogie du DES a convenu à un bon nombre d'anciens internes.

3. Forces et faiblesses de l'étude :

3.1. Forces de l'étude :

3.1.1. Pertinence du sujet :

La problématique de la démographie médicale et de la demande croissante en médecine de soins primaires font de cette étude un sujet d'actualité et au cœur des débats. Ce travail permet d'éclaircir la situation des jeunes médecins généralistes et d'ouvrir de nouvelles pistes de recherches sur les déterminants d'un choix autre que celui de la médecine générale de soins primaires.

3.1.2. La méthode utilisée :

La méthode quantitative descriptive est une méthode adaptée à l'analyse des caractéristiques sociodémographiques, du parcours de formation et de l'activité professionnelle actuelle et envisagée. De plus, l'utilisation d'un critère de jugement objectif a permis une interprétation des résultats et une analyse comparative des statuts professionnels et des délais d'installation moins biaisée.

3.1.3. Le questionnaire :

Le questionnaire a été réalisé sur la base d'une importante revue de la littérature, il est donc complet et s'adapte aux études menées sur le même sujet permettant ainsi de mesurer la validité externe de notre étude par comparaison à la littérature existante.

L'anonymisation des réponses sur la plateforme du questionnaire est également un atout permettant aux sujets interrogés de s'exprimer librement sans risque de jugement et donc de limiter les biais d'information.

Le nombre important de questions obligatoires nous a permis de recueillir une quantité supérieure de données.

L'utilisation de conditions pour accéder à certaines questions a permis de mieux cibler les populations et donc de réduire les biais de compréhension pouvant amener certaines personnes à répondre à une question qui ne les concernait pas.

Cette méthode a également diminué le nombre de questions accessibles à chaque répondant et a ainsi contribué à diminuer la durée du questionnaire.

Le fait d'avoir testé le questionnaire sur un groupe de jeunes médecins nous a également permis d'évaluer la faisabilité et d'adapter certaines questions.

3.1.4. Puissance de l'étude :

Le taux de participation de 47,3% après application des critères d'exclusion est tout à fait satisfaisant pour notre étude ce qui lui donne une puissance importante.

3.1.5. Portée de l'étude :

Cette étude est également innovante par le fait qu'il s'agit de la première étude multicentrique réalisée dans les facultés d'Angers, Poitiers et Rennes appartenant toutes les trois à l'inter-région du Grand-Ouest. Elle servira par ailleurs de point d'ancrage pour une étude de plus grande envergure concernant l'ensemble des DMG du Grand-Ouest et qui sera réalisée à 5 ans de la fin du DES de la promotion interrogée ici.

3.2. Faiblesses de l'étude :

3.2.1. Biais de recrutement :

L'échantillon étudié ici n'était peut-être pas représentatif des différentes régions à l'échelle nationale ce qui peut expliquer les différences parfois importantes avec les études similaires réalisées dans des régions différentes notamment concernant les proportions de médecins salariés avec des différences allant jusqu'à 20 points de pourcentage par rapport à l'effectif total.

De plus, le mode recrutement de l'effectif à inclure n'était probablement pas adapté. En effet le jour de la soutenance du mémoire de DES n'est pas un critère qui assure la comparabilité des effectifs entre les différentes facultés. Il est possible que dans certaines facultés la soutenance du mémoire se tienne à distance de la fin de la maquette d'internat. Les internes

concernés se retrouvent alors plus âgés lors de la soutenance de mémoire de DES et donc lors de l'inclusion de notre étude. Ces internes bénéficient donc, à cet instant, d'une expérience professionnelle supérieure notamment par l'exercice en tant que remplaçant, par rapport à ceux qui soutiennent leur mémoire avant ou au moment de la fin de leur maquette. Ceci leur permet donc d'aborder l'installation en médecine générale plus sereinement, plus âgé et fort d'une expérience de la médecine de soins primaires. Si on considère que ces pratiques sont plus courantes dans une faculté que dans une autre, les échantillons des différentes subdivisions ne sont pas parfaitement comparables entre eux. Le fait d'avoir choisi de comparer les délais d'installation par rapport à des critères plus objectifs tels que l'entrée en PCEM1, le passage de l'ECN et la fin de la maquette d'internat permet d'atténuer ce biais.

3.2.2. Biais de compréhension :

Il existait dans notre étude un biais de compréhension que l'on trouvait essentiellement dans les questions ouvertes dans lesquelles certaines personnes interrogées exprimaient leur réponse de la façon qui n'était pas celle attendue, le plus souvent par texte libre plutôt qu'en cochant la case qui leur était dédiée. Par exemple à la question sur la date d'installation en médecine générale où il était demandé au répondant au format mois/année (mm/aaaa), l'un des médecins installés a répondu de la façon suivante « début mai 2016 en tant que collaborateur ». On peut également citer la question fermée sur la structure dans laquelle les anciens internes installés en médecine générale exerçaient où un médecin a répondu « Chef de clinique en médecine générale » qui devait correspondre à un commentaire apportant une précision plutôt qu'une réponse à part entière compte tenu du fait que les chefs de cliniques en médecine générale exercent généralement en cabinet ou maison de santé.

3.2.3. Biais de sélection :

Le biais de sélection de notre étude se trouvait dans la durée à laquelle l'étude était menée par rapport à l'inclusion. En effet, le délai d'installation moyen était ici calculé sur la base d'anciens IMG s'étant installés en médecine générale ambulatoire à deux ans de leur soutenance de mémoire. Si on considère le fait que 32,2% des médecins projetaient de s'installer en médecine générale ambulatoire à l'avenir, alors la proportion de médecins généralistes installés à cinq ans de la soutenance du mémoire de DES serait supérieure à celle obtenue dans notre étude et le délai d'installation serait ainsi plus long.

3.2.4. Erreur d'inclusion :

L'inclusion dans l'étude concernait les internes ayant soutenu leur mémoire de DES en 2015. Elle a été réalisée le jour de la soutenance. Or, sur les 121 internes non exclus, on en comptait 14 ayant soutenu leur mémoire avant 2015 (treize en 2014 et deux en 2013). Ces médecins n'auraient pas dû être inclus et interrogés. Mais puisque nous avons leurs réponses avec la date de leur soutenance de mémoire, ils auraient dû être exclus de l'analyse pour ne garder que les médecins se situant à deux ans de la fin de leur DES.

3.2.5. Formulation des questions :

Les réponses à certaines questions ouvertes étaient parfois données dans un format différent de celui souhaité. Ce fût notamment le cas pour les questions concernant les dates, pour lesquelles les réponses étaient ouvertes, par exemple pour la date d'installation. Les réponses ayant été demandées en mois et année au format mm/aaaa afin de faciliter l'analyse des résultats et calculer le délai, certains anciens IMG ont répondu à la question en toutes lettres, il n'y a heureusement pas eu d'incidence pour le calcul des délais.

Il faudra pour améliorer ceci poser des questions fermées avec une liste de propositions bien précises afin de diminuer le risque de réponses inappropriées.

3.2.6. Taux de réponse :

Bien que le taux de réponse de 47 % soit satisfaisant pour notre étude réalisée à deux ans de la fin du DES, le nombre d'internes n'ayant pas répondu reste élevé et risque d'augmenter à nouveau dans le cas d'une nouvelle étude réalisée plus à distance de la fin du DES.

Nous avons ici relancé les non-répondants par simples courriels, pour espérer un taux de réponse satisfaisant pour une étude similaire à plus long terme, il faudra relancer les anciens internes par téléphone en cas d'échec des courriels seuls.

3.2.7. Un faible apport de connaissances :

Si la plupart des résultats semblaient en accord avec la littérature existante sur le sujet l'apport de connaissances nouvelles de certains d'entre eux reste discutable.

En effet les médecins qui souhaitaient initialement la médecine générale aux ECN avaient donc comme projet d'exercer en médecine générale ambulatoire, il n'est donc pas étonnant qu'ils exercent cette activité. De même, le fait que le souhait initial d'une autre spécialité que la médecine générale soit associé à un exercice autre que celui de la médecine générale était prévisible.

De plus, le fait de réaliser un DESC débouche généralement sur une spécialisation dans un domaine hospitalier (médecine d'urgence, gériatrie, soins palliatifs, etc.). Il n'est donc pas surprenant de retrouver une association entre la réalisation de DESC et l'exercice d'une activité autre que de médecine générale ambulatoire. Ainsi l'association entre le souhait initial autre que celui de la médecine générale et la réalisation DESC était également prévisible.

4. Propositions d'amélioration et pistes de recherche :

Afin de répondre à la problématique de l'intérêt croissant des jeunes médecins généralistes pour l'exercice salarié ou mixte responsable d'une diminution de l'offre en médecine de soins primaires face la croissance incessante de la demande, la promotion de l'exercice de la médecine générale ambulatoire semble être une solution adaptée. Dans ce cadre-là, les propositions suivantes peuvent y contribuer.

4.1. Généraliser le SASPAS dans la maquette d'internat :

Notre étude ainsi que celles réalisées sur le même sujet montre que le fait de réaliser un SASPAS au cours de sa maquette de DES est statistiquement associé à l'exercice de la médecine générale ambulatoire.

Nous ne pouvons cependant pas conclure au fait que le SASPAS influence positivement le choix du type d'activité vers un exercice ambulatoire de soins primaires.

En effet il est très probable que les IMG ayant réalisé un SASPAS se soient orientés vers la médecine générale ambulatoire avant de choisir de réaliser un stage de médecine ambulatoire de niveau deux.

La réforme du troisième cycle de médecine générale rendant obligatoire la réalisation d'un SASPAS dans la maquette du DES est susceptible de faire évoluer les projets professionnels des IMG vers une pratique ambulatoire en soins primaires.

Il serait donc intéressant de mener la même enquête sur le devenir des jeunes médecins généralistes issus du DES réformé de médecine générale, ayant donc débuter leur internat à partir de novembre 2017, afin de mettre en évidence une éventuelle influence du SASPAS sur le choix d'exercer la médecine générale de soins primaires en comparant les résultats ainsi obtenus avec ceux des études réalisées avant la réforme.

4.2. Création de DES pour les spécialités accessibles par l'internat de MG :

La quasi-totalité des médecins ayant validé un DESC exerçait en tant que salarié. Ces DESC dont le principal représenté était celui de médecine d'urgences, sont actuellement accessibles par le DES de médecine générale. Ceci signifie qu'une partie des internes formés à la médecine générale exercera une autre activité.

La réforme du troisième cycle de médecine a vu émerger la création de nouveaux DES et notamment de médecine d'urgences et de gériatrie dont les postes ne seront pas pourvus par les internes formés à la médecine générale.

Ainsi le nombre d'internes ayant choisi la médecine générale aux ECN pour avoir accès à un DESC va diminuer laissant place à un plus grand nombre d'internes dont la formation sera axée sur la médecine générale de soins primaires.

4.3. Favoriser le choix de la médecine générale aux ECN :

Notre étude, ainsi que la littérature existante, montrent qu'il existe une association entre le choix positif de la médecine générale aux ECN et l'activité de médecine générale ambulatoire. L'augmentation du nombre d'internes choisissant la médecine générale de façon positive plutôt que par défaut permettrait donc d'accroître l'offre de soins primaires.

Pour y parvenir, il est nécessaire de promouvoir la médecine générale lors de la première partie des études médicales et plus particulièrement pendant l'externat en favorisant la réalisation de plusieurs stages en médecine générale ambulatoire.

Il faut pour cela que le nombre de MSU et donc de terrains de stage soit suffisant et que ceux-ci soient facilement accessibles par les étudiants.

4.4. Diminuer le nombre d'internes ayant choisi la médecine générale par défaut :

Toujours dans l'optique d'augmenter le nombre d'internes ayant choisi de réaliser le DES de médecine générale de façon positive, la diminution du nombre d'internes n'ayant pas choisi la médecine générale de façon positive permettrait d'accroître à terme le nombre de médecins exerçant une médecine de soins primaires.

Il est nécessaire pour cela de changer les modalités d'accès à l'internat de MG pour qu'il ne soit pas choisi par défaut au décours d'un examen classant mais choisi de façon positive afin

de favoriser l'attrait vers l'exercice ambulatoire en soins primaire. L'organisation d'un accompagnement progressif et personnalisé de l'étudiant vers la spécialité qu'il aura choisi auparavant semble être une solution adaptée.

Cependant, l'efficacité de ce projet reste envisageable à condition que le choix de la spécialité souhaitée soit établie avant la fin de la période universitaire qui précède l'internat et que les choix formulés soient concordants avec la demande de soins primaire et puisse répondre au problème actuel de démographie médicale.

Il serait donc intéressant de mener une étude chez des étudiants en médecine, sur les déterminants du choix de la spécialité souhaitée, sur la zone d'exercice souhaitée et sur le moment du choix définitif de cette spécialité, pendant leur période universitaire précédant l'internat.

4.5. Suivi de ces jeunes médecins généralistes dans le temps :

Une étude suivant le même schéma sera réalisée sur le devenir des anciens internes issus des DMG d'Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours à 5 ans de la fin de leur DES. Cette enquête s'inscrira dans la continuité de notre étude et apportera une vision plus globale et avec plus de recul sur le statut sociodémographique et le statut professionnel des jeunes médecins généralistes de l'inter-région Grand-Ouest. Elle permettra également de comparer le statut professionnel des médecins interrogés à 5 ans de la fin de leur DES avec les projets professionnels futurs des médecins interrogés dans notre étude et ainsi observer si le nombre de médecins installés en médecine générale ambulatoire tend à augmenter avec le temps au dépend du nombre de médecins remplaçants comme le laisse supposer notre étude.

Notre étude ici réalisée peut donc être considérée comme une étude test pour l'étude prévue en 2020. Il serait donc intéressant pour cette dernière de corriger les points négatifs relevés dans notre étude, pour cela nous proposons les améliorations suivantes :

- Modifier le recrutement des sujets en choisissant un instant différent de la soutenance du mémoire de DES, qui peut se tenir plus ou moins tard par rapport à l'entrée dans le DES, afin d'obtenir des échantillons dans les différentes subdivisions qui soit comparables entre eux. Afin de limiter ce biais, un recrutement de la population étudiée pourrait alors être envisagé lors de la fin de la maquette d'internat ou lors de l'entrée dans le DES.
- Etre vigilant sur les modalités d'inclusion et sur le respect des critères d'exclusion permettra d'éviter de compter parmi les anciens internes étudiés une proportion de sujet qui n'aurait jamais dû être inclus. Pour cela l'ajout d'une question fermée supplémentaire au début de notre

questionnaire du type « avez-vous soutenu votre mémoire de DES en 2015 ? » dont la réponse conditionne l'accès ou non à la suite aurait permis d'éviter ce biais.

- Diminuer le nombre de questions dans le questionnaire envoyé aurait ainsi permis de réduire la quantité d'information obtenue, dont certaines n'étaient pas sujettes à répondre aux objectifs de l'étude, afin de se concentrer sur l'essentiel du travail.

- Utiliser une méthode de relance à destination des non répondants, plus efficace que le simple courriel, permettra d'augmenter le taux de participation et donc la puissance de l'étude. L'utilisation d'une relance par courriel couplée à l'utilisation de l'outil téléphonique permettra d'apporter de meilleurs résultats que la relance par courriel seule.

Le suivi des jeunes médecins généralistes à distance de la fin de leur internat serait intéressant à poursuivre chez les promotions suivantes afin de mesurer un éventuel impact de la réforme du troisième cycle sur le devenir des futurs médecins généralistes.

CONCLUSION

Le contexte démographique médical actuel ainsi que la demande de soins croissante posent problème. A ceci s'ajoute une diminution de l'offre de soins de premier recours. En effet les jeunes médecins issus des DES de médecine générale ont de plus en plus tendance à fuir l'exercice de la médecine générale ambulatoire au profit d'un exercice salarié.

Notre travail nous a permis de répondre à l'objectif principal et ainsi de dresser un état des lieux sur le statut professionnel actuel des jeunes médecins généralistes formés dans les facultés d'Angers, Poitiers et Rennes à deux ans de la fin de leur DES ainsi que leur projet professionnel à venir. Une majorité de médecins exerçaient en tant que remplaçant en médecine générale ambulatoire, la proportion de médecins installés en médecine générale ambulatoire était égale à la proportion de médecins exerçant comme salarié et une minorité de médecins exerçaient une autre activité médicale.

La majorité envisageait de continuer la même activité professionnelle. Parmi ceux qui souhaitaient changer d'activité, l'installation en médecine générale ambulatoire était le projet le plus fréquent ce qui témoigne d'une progression à venir du nombre de médecins généralistes installés en ambulatoire et donc de l'offre de soins primaires.

Nous avons également montré une association entre la région du DES et la région d'exercice actuel et futur, ainsi qu'environ un tiers des médecins interrogés envisageaient une activité universitaire.

Grâce à cela, nous avons pu formuler des propositions pour pallier à la problématique de pénurie d'offre de soins primaires et donner un impact favorable à la dynamique démographique actuelle : la généralisation du SASPAS, la création de nouveaux DES tels que celui de médecine d'urgences, favoriser le choix positif du DES de médecine générale à l'ECN, diminuer le nombre d'internes ayant choisi la médecine générale par défaut.

Le suivi de ces jeunes médecins généralistes dans le temps et notamment à cinq ans de la fin de leur DES confirmera l'évolution des statuts professionnels actuels envisagés lors de notre étude. Il sera intéressant de corriger les faiblesses relevées dans notre étude afin de l'améliorer. En incluant les promotions concernées par la réforme du troisième cycle à ce suivi nous pourrions observer un éventuel impact positif de celui-ci sur la pratique de la médecine générale et donc sur la difficulté d'accès aux soins primaires.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Tableau de recueil des consentements

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	ANNEE DE PASSAGE DE L ECN	ANNEE DU PASSAGE DU DES	BOITE MAIL	N° DE TEL
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	
					-	

2. Lettre de renonciation au suivi

Nom Prénom expéditeur
N° Rue
CP Ville

Dr Yann Brabant – Département de Médecine Générale
Faculté de médecine et de pharmacie
Université de Poitiers
Bâtiment D1
6, rue de la milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9

Objet : droit à renonciation

En date du....., j'ai signé un consentement autorisant le département de médecine générale ou son représentant à m'envoyer un questionnaire de suivi annuel.

Je souhaite exercer mon droit à renonciation.

Formule de politesse

3. Annexe 3 : Consentement à signer

INTER RÉGION GRAND OUEST



Cher collègue, cher ami,

Vous venez de valider votre DES de médecine générale et vous allez poursuivre dorénavant votre projet personnel.

Les facultés de médecine de l'inter région ouest souhaitent identifier et analyser l'avenir professionnel des médecins qu'elles contribuent à former.

Pour ce faire, elles s'engagent dans une vaste étude prospective de suivi de cohorte des internes issus de leurs rangs.

L'objectif est de savoir ce que deviennent les médecins généralistes au sortir de leur cursus universitaire afin de mieux appréhender les enjeux de la formation initiale et ceux du développement professionnel continu.

Si vous acceptez de participer à cette étude, nous vous contacterons **une fois par an** pour répondre à des questions exclusivement en rapport avec votre situation professionnelle. Les réponses seront naturellement totalement anonymisées.

Le suivi prévu est de cinq ans et pourra être prolongé en fonction des nécessités.

Pour cela, nous avons besoin de votre accord afin d'avoir les renseignements suivants qui ne pourront jamais faire l'objet d'une quelconque diffusion :

Nom	Prénom	Date de naissance	Année de passage de l'ECN	Adresse courriel	N° de téléphone

J'accepte de participer à ce suivi et je m'engage à informer les coordinateurs de l'étude des modifications de ces renseignements et principalement des moyens de me contacter (Contact : dmg.grandouest@gmail.com).

Je pourrai également, quand je le souhaiterai et par simple courriel, renoncer à ce suivi sans aucune justification.

cocher la case choisie

☐ J'accepte

☐ Je refuse

Signature :

4. Annexe 4 : Le questionnaire

Questionnaire

I/ Caractéristiques de l'échantillon

- 1- Date de naissance (*jour/mois/année*)
- 2- Sexe (*homme / femme*)
- 3- Etes-vous en couple (*oui / non*)
- 4- Avez-vous des enfants ? (*0 / 1 / 2 / 3 / >=4*)
- 5- Etes-vous thésé(e)? (*oui / non*)
- 6- Si oui : A quelle date avez-vous validé votre thèse ? (*mois/année*)

II/ A propos de votre formation

- 1- Quel est votre département d'origine (ou département dans lequel vous avez vécu le plus longtemps ? (*numéro / étranger*)
- 2- En quelle année êtes-vous entré(e) en première année du Premier cycle des études médicales (PCEM1) ?
- 3- En quelle année avez-vous passé l'ECN ?
- 4- Dans quelle fac avez-vous fait votre DES de MG ? (*Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes, Tours*)
- 5- A quelle date avez-vous terminé votre maquette du DES de médecine générale (6 stages d'internat validés)? (*mois/année par menu déroulant*) ou « *je n'ai pas terminé ma maquette de DES de MG* »
- 6- A quelle date avez-vous validé votre mémoire de DES ? (*mm/aaaa*)
- 7- Qu'est-ce qui vous a amené à choisir le DES de MG ?
 - > *Décision de faire MG avant l'ECN*
 - > *Souhait de faire une autre spécialité qui n'était pas accessible donc report du choix sur la MG*
 - > *Pas de choix précis mais préférence pour la MG parmi les différentes possibilités accessibles* -> *Droit au remord*
 - > *Souhait de faire un DESC accessible par la MG*
- 8- Avez-vous effectué un SASPAS ? (*oui / non*)
- 9- A l'issue de votre maquette de DES, quel était votre projet professionnel : (*remplacements/installation en collaboration ou en association/salariat, précisez _____/exercice mixte/ne sais pas*)
- 10- Avez-vous validé un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire)? (*Oui / non*)
- 11- Si oui : Quel DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire) avez-vous validé?
 - > *Addictologie*
 - > *Allergologie et immunologie clinique*
 - > *Andrologie*
 - > *Cancérologie*
 - > *Dermatopathologie*
 - > *Foetopathologie*
 - > *Hémodiologie-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*
- > *Gériatrie*
- > *Autre :*

- 12- Avez-vous prévu de suivre un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire)?
(oui / non / ne sait pas)
- 13- Avez-vous validé une formation complémentaire (DIU, capacité) ? (oui / non) Précisez
- 14- Avez-vous prévu de suivre des formations complémentaires (DIU, capacité) ? (oui / non / ne sais pas) Précisez _____

III/ A propos de votre exercice actuel

- 1- Dans quel département exercez-vous ? (numéro / étranger)
- 2- Avez-vous une activité de remplaçant en MG ambulatoire ? (oui / non)
SI NON, passage à la question 6.
- 3- Si oui : Est-ce votre unique activité ? (oui / non)
- 4- Si ce n'est pas votre unique activité : Est-ce votre activité principale? (oui / non)
- 5- Dans quel type de zone exercez-vous ? (rural / semi-rurale / urbain)
En zone urbaine : grande ville (plus de 20 000 habitants) ou sa banlieue
En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 20 000 habitants)
En zone rurale ou dans une petite commune (moins de 2000 habitants)
- 6- Avez-vous une activité de médecin salarié ? (oui / non)
Si NON, passage à la question 10
- 7- Si OUI : Est-ce votre unique activité ? (oui / non)
- 8- Si n'est pas l'unique activité : Est ce votre activité principale? (oui / non)
- 9- Si OUI à la question 6 : Précisez dans quel domaine vous exercez en tant que salarié
 - > *MG ambulatoire salarié*
 - > *Urgences*
 - > *Médecine polyvalente*
 - > *Gériatrie*
 - > *PMI*
 - > *Médecine scolaire*
 - > *CDAG*
 - > *PASS*
 - > *Angiologie*
 - > *Planning familial*
 - > *SSR / EHPAD*
 - > *Autre (précisez)*
- 10- Etes-vous installé en MG libérale (y compris collaborateur) ? (oui / non)
Si NON, passage à la question 17
- 11- Si OUI : Indiquez la date de votre installation (mois/année)
- 12- Si OUI : Est-ce votre unique activité ? (oui / non)
- 13- Si n'est pas votre unique activité : Est ce votre activité principale? (oui / non)
- 14- Dans quel type de structure travaillez-vous ? (en cabinet seul / en cabinet de groupe en collaboration / en cabinet de groupe en association / en maison ou pôle de santé)

pluriprofessionnel en collaboration / en pôle ou maison de santé pluriprofessionnel en association / salarié en centre de santé / autre)

15- Dans quel type de zone exercez-vous ? (*rurale / semi-rurale / urbaine*)

En zone urbaine : grande ville (plus de 20 000 habitants) ou sa banlieue

En zone semi-rurale : ville intermédiaire (entre 2000 et 20 000 habitants)

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

16- Etes-vous sans activité médicale ? (*oui / non*)

17- Si OUI : Pour quelle(s) raison(s) ?

18- Si non à la 16 : Quelle autre activité médicale exercez-vous ?

19- Exercez-vous une activité universitaire (tuteur, maître de stage universitaire, chargé d'enseignement pour les internes de médecine générale)? (*oui / non*)

20- Quel est votre niveau de satisfaction concernant votre exercice actuel ? (*Très satisfait / plutôt satisfait / sans avis / plutôt déçu / très déçu*)

IV/ Projet d'exercice futur

1- Avez-vous un projet professionnel différent de votre activité actuelle ?

-> *Non pas d'autre projet professionnel*

-> *Remplacement en MG ambulatoire*

-> *Installation en MG libérale*

-> *Activité de MG salarié ambulatoire*

-> *Activité salariée non-MG ambulatoire*

-> *Activité mixte (MG libérale + salarié)*

-> *Arrêt de l'exercice médical*

2- Si projet différent : A quelle échéance ? (en année, avec 0,5 = 6 mois)

3- Dans quel(s) département(s) souhaitez-vous exercer votre nouvelle activité ? Plusieurs réponses possibles, à classer par ordre d'importance en mettant en premier le département le plus convoité. (*numéro de département (plusieurs possibles)/ étranger / ne sais pas*)

4- Envisagez-vous d'exercer une activité universitaire ? (tuteur, MSU ou chargé d'enseignements pour les IMG)? (*oui / non / ne sais pas*)

5- Si oui : A quelle échéance ? (en année, avec 0,5 = 6 mois)

5. Annexe 5 : Répartition géographique des anciens IMG par département d'origine

N° département	Nombre d'anciens IMG	N° département	Nombre d'anciens IMG
04	1	56	6
14	4	59	1
16	5	62	1
17	1	64	3
18	1	67	1
19	1	69	1
22	1	72	6
24	2	75	3
29	3	76	2
33	4	78	3
35	14	79	3
36	2	80	1
37	3	85	1
38	1	86	7
39	1	87	1
40	1	91	2
41	1	92	1
44	6	93	1
45	2	94	3
49	10	971	3
53	4	972	2
54	1		

6. Annexe 6 : Les différents DIU et capacités validés associés au nombre d'anciens IMG

Intitulé de la formation	Nombre d'anciens IMG
DIU de gynécologie	7
DIU de douleur, soins palliatif et soins de support	6
DIU de médecine manuelle et ostéopathie	5
DIU de médecine tropicale et humanitaire	5
DIU de diététique et nutrition clinique et thérapeutique	5
DIU de toxicologie et addictologie	4
DIU de prévention pédiatrique et santé de l'enfant	3
Capacité de gériatrie	2
DIU d'antibiotiques	2
DIU de prise en charge du traumatisé sévère	2
DIU de gestes pédiatriques d'urgences	2
DIU de pédagogie médicale	2
DIU d'urgences pédiatriques	2

Capacité de médecine du sport	2
DIU de pédiatrie	1
DIU plaies et cicatrisation	1
DIU réparation du dommage corporel	1
DIU contraception, sexualité, IVG	1
DIU autonomie de la personne âgée	1
DIU de phyto-aromathérapie	1
Formation Winfocus échographie cardiaque et hémodynamique	1
DIU de médecine d'urgences de montagne	1
DIU de médecine péri-opératoire et de réhabilitation précoce	1
Master 2 santé publique EHESP	1
DIU diabétologie	1
DIU simulation en santé	1
Capacité d'addictologie	1
DIU de traumatologie du sport	1
DIU d'hypnose	1
DIU d'échographie appliquée à l'urgence	1
DIU de méthodes et techniques en pneumologie	1
Formateur aux gestes et soins d'urgences	1
Centre d'enseignement de la statistique appliquée à la médecine et à la biomédecine	1
DIU de réanimation pédiatrique	1
DIU d'éducation thérapeutique	1

7. Annexe 7 : Les différents DIU et capacités envisagés associés au nombre d'anciens IMG

Intitulé de la formation	Nombre d'anciens IMG
DIU de gynécologie	14
DIU de pédiatrie et médecine préventive de l'enfant	8
Capacité de médecine du sport	6
DIU de traumatologie d'urgences	6
DIU de soins palliatifs, prise en charge de la douleur et soins de support	5
DIU d'échographie	5
DIU de médecine de catastrophe	4
DIU de médecine tropicale, consultation aux voyageurs	4
DIU de régulation médicale	4
Capacité de gériatrie	3
DIU d'infectiologie et antibiotiques	3
DIU de sexologie	2
DIU d'hypnose	2
DIU de nutrition	2
DIU d'homéopathie	2

DIU d'addictologie	2
DIU de dermatologie et prise en charge des plaies	2
DIU d'urgences	2
DIU d'expertise du dommage corporel	2
DIU de diabétologie	1
DIU de pédagogie médicale	1
DIU de réanimation polyvalente	1
DIU d'infections ostéo-articulaires	1
DIU de thérapies systémiques	1
DIU d'éthique	1
DIU simulation à l'échographie d'urgences	1
DIU de médecine manuelle et ostéopathique	1
DIU de médecine subaquatique et hyperbare	1
DIU de médecine des migrants	1
DIU de médecine coordonnateur d'EHPAD	1
DIU d'allergologie	1
DIU d'anesthésie	1
DIU de médecine du travail	1
DIU de thrombose et hémostase clinique	1
DIU d'acupuncture	1

8. Annexe 8 : Répartition géographique des anciens IMG par lieu d'exercice actuel

N° département	Nombre d'anciens IMG	N° département	Nombre d'anciens IMG
16	6	53	4
17	6	56	9
22	7	64	1
24	1	72	5
27	1	74	1
32	1	75	3
33	5	79	8
35	28	85	2
37	4	86	16
40	1	87	1
44	7	91	1
49	20	Congo	1
50	2	Belgique	1

9. Annexe 9 : Répartition des différentes activités chez les médecins salariés

Activité de médecin salarié	Nombre d'anciens IMG
Médecine d'urgences (14, soit 42,4%)	14 (42,4%)
SSR/ EHPAD (quatre, soit 12,1%)	4 (12,1%)
Gériatrie (trois, soit 9,1%)	3 (9,1%)
Médecine polyvalente (deux, soit 6,1%)	2 (6,1%)
Planning familial (deux, soit 6,1%)	2 (6,1%)
Médecine générale ambulatoire (un, soit 3%)	1 (3%)
HAD (un, soit 3%)	1 (3%)
Chirurgie osseuse (un, soit 3%)	1 (3%)
Addictologie (un, soit 3%)	1 (3%)
Secteur de l'autisme (un, soit 3%)	1 (3%)
Médecine légale (un, soit 3%)	1 (3%)
Soins somatiques en psychiatrie (un, soit 3%)	1 (3%)
Allergologie (un, soit 3%)	1 (3%)
Médecine de prévention dans la fonction publique territoriale (un, soit 3%)	1 (3%)

10. Annexe 10 : Répartition des anciens IMG par département d'exercice envisagé

N° département	Nombre d'anciens IMG	N° département	Nombre d'anciens IMG
14	2	75	4
16	2	76	1
17	5	77	1
22	4	78	2
29	1	79	4
33	5	85	1
35	14	86	4
37	2	91	1
40	2	92	1
44	5	93	1
49	8	94	1
50	2	95	2
53	2	971	2
56	8	972	1
64	2	Etranger	3
72	3	Ne sait pas	10

11. Annexe 11 : Analyses statistiques :

11.1. Comparaison du type d'activité en fonction des différentes subdivisions :

	Activité de remplaçant	Pas d'activité de remplaçant
Angers (n=36)	17 (47,2%)	19 (52,8%)
Poitiers (n=44)	27 (61,4%)	17 (38,6%)
Rennes (n=41)	18 (43,9%)	23 (56,1%)

- Test utilisé : chi2
- $X^2 = 2,92$
- $p = 0,23$
- Paramètre du test : 2

	Activité de salarié	Pas d'activité de salarié
Angers (n=36)	13 (36,1%)	23 (63,9%)
Poitiers (n=44)	14 (31,8%)	30 (68,2%)
Rennes (n=41)	6 (14,6%)	35 (85,4%)

- Test utilisé : chi2
- $X^2 = 5,18$
- $p = 0,07$
- Paramètre du test : 2

	Activité installé MG	Pas d'activité installé MG
Angers (n=36)	10 (27,8%)	26 (72,2%)
Poitiers (n=44)	7 (15,9%)	37 (84,1%)
Rennes (n=41)	16 (39%)	25 (61%)

- Test utilisé : chi2
- $X^2 = 5,72$
- $p = 0,0057$
- Paramètre du test : 2

11.2. Comparaison entre type d'activité et choix de la MG aux ECN :

	Souhait initial de la MG (n= 95)	Souhait initial autre que MG (n= 26)
Activité de MG ambulatoire	85 (70,2%)	10 (8,3%)
Pas d'activité MG ambulatoire	10 (8,3%)	16 (13,2%)

- Test utilisé : chi2
- $X^2 = 31,49$
- $p = 2,01.e-8$
- Paramètre du test : 1

	Souhait initial de la MG (n= 95)	Souhait initial autre que MG (n= 35)
Activité autre que MG ambulatoire	19 (15,7%)	16 (13,2%)
Pas d'activité autre que MG ambulatoire	76 (62,8%)	10 (8,3%)

- Test utilisé : chi2
- $X^2 = 17,13$
- $p = 3,49.e-5$
- Paramètre du test : 1

11.3. Comparaison entre type d'activité et réalisation de formations complémentaires :

	DESC validé (n= 17)	Pas de DESC validé (n= 104)
Activité de MG ambulatoire	1 (0,8%)	94 (77,7%)
Pas d'activité MG ambulatoire	16 (13,2%)	10 (8,3%)

- Test utilisé : Test exact de Fischer
- Odds Ratio : 0,0072
- IC95% [0,0002 ; 0,0547]
- $p = 2,30.e-12$

	DESC validé (n= 17)	Pas de DESC validé (n= 104)
Activité autre que MG ambulatoire	15 (12,4%)	20 (16,5%)
Pas d'activité autre que MG ambulatoire	2 (1,7%)	84 (69,4%)

- Test utilisé : Test exact de Fischer
- Odds Ratio : 30,32

- IC95% [6,30 ; 292,21]

- $p = 5,53.e-8$

	DIU/capacité validé (n= 56)	DIU/capacité non validé (n= 65)
Activité de MG ambulatoire	37 (30,6%)	58 (47,9%)
Pas d'activité MG ambulatoire	19 (15,7%)	7 (5,8%)

- Test utilisé : χ^2

- $X^2 = 9,56$

- $p = 0,002$

- Paramètre du test : 1

	DIU/capacité validé (n= 56)	DIU/capacité non validé (n= 65)
Activité autre que MG ambulatoire	25 (20,7%)	10 (8,3%)
Pas d'activité autre que MG ambulatoire	31 (25,6%)	55 (45,4%)

- Test utilisé : χ^2

- $X^2 = 12,53$

- $p = 0,0004$

- Paramètre du test : 1

11.4. Comparaison entre type d'activité et réalisation du SASPAS :

	SASPAS réalisé (n= 87)	SASPAS non réalisé (n= 34)
Activité de MG ambulatoire	81 (66,9%)	14 (11,6%)
Pas d'activité MG ambulatoire	6 (5%)	20 (16,5%)

- Test utilisé : χ^2

- $X^2 = 39,07$

- $p = 4,08.e-10$

- Paramètre du test : 1

	SASPAS réalisé (n= 87)	SASPAS non réalisé (n= 34)
Activité autre que MG ambulatoire	16 (13,2%)	19 (15,7%)
Pas d'activité autre que MG ambulatoire	71 (58,7%)	15 (12,4%)

- Test utilisé : chi2
- $X^2 = 16,71$
- $p = 4,35.e-5$
- Paramètre du test : 1

11.5. Comparaison entre type d'activité et niveau de satisfaction :

	Satisfait (n=106)	Sans avis (n=7)	Déçu (n=8)
Activité de MG ambulatoire	81 (66,9%)	6 (5%)	8 (6,6%)
Pas d'activité MG ambulatoire	25 (20,7%)	1 (0,8%)	0 (0%)

- Test utilisé : Test exact de Fischer
- $p = 0,37$

	Satisfait (n=106)	Sans avis (n=7)	Déçu (n=8)
Activité autre que MG ambulatoire	33 (27,3%)	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Pas d'activité autre que MG ambulatoire	73 (60,3%)	6 (5%)	7 (5,8%)

- Test utilisé : Test exact de Fischer
- $p = 0,47$

11.6. Comparaison entre choix de la MG aux ECN et réalisation de formations complémentaires :

	Souhait initial de la MG (n=95)	Souhait initial autre que MG (n=26)
DESC validé	3 (3,2%)	14 (53,8%)
Pas de DESC validé	92 (96,8%)	12 (46,2%)

- Test utilisé : Test exact de Fischer
- Odds Ratio : 0,0295 IC95% [0,005 ; 0,125]
- $p = 6,21.e-9$

	Souhait initial de la MG (n=95)	Souhait initial autre que MG (n=26)
DIU/capacité validé	38 (40%)	18 (69,2%)
Pas de DIU/capacité validé	57 (60%)	8 (30,8%)

- Test utilisé : χ^2
- $X^2 = 7,02$
- $p = 0,008$
- Paramètre du test : 1

11.7. Comparaison entre type d'activité et délais de validation de la thèse :

	Validation précoce (n= 30)	Validation tardive (n= 91)
Activité de MG ambulatoire	12 (9,9%)	60 (49,6%)
Pas d'activité MG ambulatoire	18 (14,9%)	31 (25,6%)

- Test utilisé : χ^2
- $X^2 = 6,30$
- $p = 0,012$
- Paramètre du test : 1

	Validation précoce (n= 30)	Validation tardive (n= 91)
Activité autre que MG ambulatoire	20 (16,5%)	13 (10,7%)
Pas d'activité autre que MG ambulatoire	10 (8,3%)	78 (64,5%)

- Test utilisé : chi2
- X2= 31,21
- p= 2,32.e-8
- Paramètre du test : 1

11.8. Comparaison entre région de DES et région d'exercice actuel et futur :

	Région de DES	Région autre que DES
Exercice actuel (n=121)	97 (80,2%)	24 (19,8%)
Pendant le DES (n=121)	121 (100%)	0 (0%)

- Test utilisé : chi2
- X2= 26,64
- p= 2,45.e-7
- Paramètre du test : 1

	Région de DES	Région autre que DES
Exercice futur (n=121)	92 (76%)	29 (24%)
Pendant le DES (n=121)	121 (100%)	0 (0%)

- Test utilisé : chi2
- X2= 32,94
- p= 9,46.e-9
- Paramètre du test : 1

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Boelen C, Gomes J, Ladner J, Péliissier-Simard L, Pestiaux D, Nawar T.** Consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine. Pédagogie médicale 2011;12:37-48.
2. **Stratégie nationale de santé.** Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2013. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf
3. **Le Breton-Lerouvillois G, Rault J.** Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
4. **ISNAR-IMG.** Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG
[EnquetenationalesouhaitsexercicedesIMGRESULTATSCOMPLETS.pdf](http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110422%20_ISNAR-IMG)
5. **Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.** Rapport annuel 2006-2007. 2007. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000372.pdf>
6. **Jakubovitch S, Bournot M, Cercier E, Tuffreau F.** Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats mars 2012 ;n° 797.
7. **CNGE, CNOSF, CASSF, CNGOF.** Référentiels métiers et compétences. Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault, 2010.

8. **Sicart D.** Les médecins au 1er janvier 2013. Document de travail, Série Statistiques, avril 2013, 179, 150 p.
9. **Vignerot E.** Les centres de santé : une géographie rétro-prospective. Paris : FEHAP, novembre 2014.
10. **Mode d'exercice des professionnels de santé en 2013** [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Demographie_medicale_parisienne.pdf.
11. **Picard H.** Avenir Jeunes Médecins Généralistes Ile de France : Rapport de synthèse. Novembre 2015.
12. **Mintandjian A.** Etude des déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes en Ile-de-France : étude de cohorte. Thèse de médecine : Université de Paris Descartes, 2015.
13. **Dautremay C.** Lancement d'un observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne. Thèse de médecine : Université de Reims, 2013.
14. **Gocko X, Dessert M, Bally JN, Trombert-Paviot B.** Devenir professionnel des internes de médecine générale de Saint-Etienne entre 2004 et 2014. Exercer 2017;132:180-5.
15. Arrêté du 10 juillet 2012 – JO du 14 juillet 2012.
16. **Anselm M, Alizada U, Gagneur E, Mutzig N, Tomkison J.** Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale. 2014. Disponible sur : http://www.orsal.org/activites/etudes/pdf/Internes%20MG%20v3_Rapport%202016_v2016%2010%2025.pdf
17. **Loron A.** Observatoire de l'activité des jeunes médecins généralistes en Champagne-Ardenne : devenir après deux années de suivi. Thèse de médecine: Université de Reims, 2014.

18. **Faget E.** Déterminants du parcours professionnel des jeunes médecins généralistes Premiers pas d'une cohorte Haut-Normande. Thèse de médecine: Université de Rouen, 2016.
19. **Mabon S.** Quels sont les déterminants du choix de l'exercice ambulatoire des internes de médecine générale au terme de leurs études? Thèse de médecine : Université du droit et de la santé Lille 2, 2013.
20. **Groboz-Lecoq D.** Etude des déterminants influençant le choix de la médecine générale des internes niçois en fin de Diplôme d'Etudes Spécialisées. Thèse de médecine: Université de Nice Sophia Antipolis, 2014.
21. **Couffinhal M.** La féminisation de la médecine générale : entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle. Thèse de médecine : Université de Poitiers, 2017
22. **Freche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste J, Nabbe P, Barais M, Le Floch B.** Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont-ils influencés par le SASPAS? Exercer 2011;95:21-4.
23. **Riol C.** Devenir professionnel des étudiants ayant effectué un SASPAS de novembre 2003 à octobre 2005 à Lyon : étude descriptive et comparaison aux autres médecins des mêmes promotions. Thèse de médecine générale: Université de Lyon, 2008.
24. **Rodin T.** Influence du SASPAS en 2009 sur l'apprentissage des compétences et le projet professionnel des internes du DES de médecine générale. Thèse de médecine générale : Université de Paris V, 2010.
25. **Bloy G.** La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Revue française des affaires sociales 2005;1:103-25.
26. **Dupraz C, Bourrel B, Bourrel I, Flori M, Perdrix C.** Vécu et apports du stage d'initiation à la médecine générale (SIMG) en deuxième cycle des études médicales et représentations qu'ont les étudiants de la médecine générale. Congrès du CNGE 2011; 211.

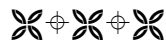
27. **Coudreuse-Chichoux M.** Influence du stage ambulatoire de niveau un sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. Thèse de médecine: Université de Grenoble, 2012.
28. **Del Vecchio R.** Evolution des projets professionnels des internes en troisième cycle de médecine générale en fonction de leurs stages au sein de la faculté Paris XII Créteil. Thèse de médecine générale: Université de Paris XII, 2007.
29. **Munck S, Massin S, Holfinger P, Darmon D.** Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. Santé Publique 2014;27:49-58.
30. **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;26:65-74.
31. **Pages J.** Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes de médecine générale. Thèse de médecine générale: Université de Paris VII, 2010.
32. **OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires** [Internet]. WHO. [cité 30 janv 2018]. Disponible sur:
http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
33. **Bourgueil Y, Marek A.** Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Question d'économie de la santé 2009;141:1-6.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RESUMÉ

INTRODUCTION :

Le contexte démographique actuel est marqué par un manque de Médecins généralistes (MG) en ambulatoire. Le CNOM a ainsi souligné que l'exercice libéral souffrait d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié. Les projections démographiques sont d'autant plus inquiétantes que la demande de soins tend à augmenter alors que le temps effectif d'exercice médical tend à diminuer. L'objectif principal de notre travail était de mesurer la proportion des généralistes installés en MG ambulatoire, remplaçants ou hospitaliers parmi les anciens IMG et comparer leurs taux d'installation en ambulatoire et leurs délais par rapport à l'inscription en PCEM1, au passage de l'ECN et à la fin de la maquette, ainsi que de décrire leurs projets professionnels à 2 ans.

POPULATION ET METHODE :

Nous avons mené une étude observationnelle, descriptive, transversale concernant les anciens internes issus des DES de médecine générale des facultés de Angers, Poitiers et Rennes. Etaient inclus dans l'étude les internes ayant soutenu leur mémoire de DES en 2015.

RÉSULTATS :

Le taux de réponse était de 47,3%. Le nombre de remplaçants en médecine générale ambulatoire était de 62 soit 51,2 %, 33 avaient une activité de médecin salarié (27,3%), 33 étaient installés ou collaborateur en médecine générale ambulatoire (27,3%) et 2 exerçaient une autre activité médicale (1,7%) sans différence significative entre les différentes subdivisions. Le délai moyen d'installation en médecine générale ambulatoire était de 11,7 ans après l'entrée en PCEM1, de 5,2 ans après l'ECN et de 18,6 mois après l'internat.

DISCUSSION :

Nos résultats étaient comparables à la littérature existante. Il existait des biais de recrutement, de compréhension, et d'inclusion. Nous avons pu formuler des propositions visant à augmenter le nombre de médecins exerçant en soins primaires : généraliser le SASPAS, la création de DES non accessibles par l'internat de MG, favoriser le choix positif de la MG et diminuer le choix de la MG par défaut.

CONCLUSION :

Notre travail dresse un état des lieux sur le statut professionnel actuel des jeunes médecins généralistes formés dans l'interrégion Grand-Ouest à deux ans de la fin de leur DES ainsi qu'une estimation de leur projet professionnel à venir. La majorité de médecins exerçant en tant que remplaçants en médecine générale ambulatoire va tendre à diminuer au profit d'installations en médecine générale ambulatoire. Une étude ultérieure sur le suivi de ces jeunes généralistes à cinq ans de la fin de leur DES permettra de confronter nos estimations à la réalité.

Mots clés MeSH : Médecine générale, Internat, Choix professionnel, soins primaires

Keywords : General practice, Internship and Residency, Career choice, primary care