

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2013

THESE N°

ORIENTATION SOCIO-PROFESSIONNELLE DES MEDECINS
GENERALISTES : L'EXEMPLE DE LA PROMOTION 1995-1996 DE
PREMIERE ANNEE DE TROISIEME CYCLE DE MEDECINE GENERALE DANS
L'INTER-REGION SUD-OUEST

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 19 mars 2013

par

Pierre-Jean BAUDOT

né le 1^{er} février 1982, à Strasbourg

Examineurs de la thèse

M. le Professeur BUCHON DanielPrésident
M. le Professeur BUISSON Jean-GabrielJuge
Mme le Professeur PREVOST MartineJuge et Directrice
Mme le Docteur TRARIEUX-TEYSSIER Anne-SophieJuge

REMERCIEMENTS

A notre président de thèse,

Monsieur le Professeur BUCHON,

Professeur des Universités de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Nous vous remercions de vos enseignements et de votre confiance. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A nos juges,

Monsieur le Professeur BUISSON,

Professeur Associé de Médecine Générale

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Soyez assuré de notre gratitude et de notre profond respect.

Madame le Professeur PREVOST,

Professeur Associé de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté ce rôle de directrice et de tutrice tout au long de ce travail. Merci pour vos enseignements et votre grande disponibilité. Soyez assurée de ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur TRARIEUX-TEYSSIER,

Praticien Hospitalier

Pour avoir accepté spontanément et avec gentillesse de juger ce travail Travailler à tes côtés pendant six mois fut riche d'enseignements. Sois assurée de mon profond respect.

Je dédie ce travail

A Fanny, *mon épouse, ma confidente, mon infaillible bonheur.*

A Gabriel et Juliette, *mes enfants, mes deux êtres les plus précieux.*

A mes parents, *pour votre éducation et la transmission de vos valeurs.*

A Frédéric, Symphorien et Alexandre, *mes frères, mes plus beaux souvenirs.*

A ma belle-famille, *merci de votre inaltérable gentillesse.*

Recevez tout mon amour.

Au Conseil National et Départementaux de l'Ordre des Médecins et au Service Scolarité de la Faculté de Médecine de Limoges pour leurs efforts et leur participation à ce travail.

Aux différents médecins qui ont pris le temps de répondre pour l'élaboration de ce travail.

Aux enseignants de la Faculté de Médecine de Besançon et aux enseignants du Département Universitaire de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Limoges, soyez remercié de votre accompagnement et de la qualité de votre formation.

A mes maîtres de stage Dr Dubreuil et Dr Georges, je vous remercie de m'avoir accueilli dans vos cabinets respectifs. Vous avez représenté une aide précieuse pour mon exercice futur.

Au Docteur Martial, pour tes connaissances, ton accueil et la confiance que tu m'as accordé.

A Guillaume, pour tes talents de statisticien et ton amitié.

A Samir et Bokyoung.

A mes amis bisontins, Sophie et Cédrik, Djamila, David et Elise.

A Damien, Romain, Mickaël pour ton accueil lors de mon premier stage.

A Thomas, Patricia pour notre dernier stage.

A Annie et ses parents, pour leur bilinguisme sans faille.

A Alain et Béatrice, pour vos précieux conseils pharmaceutiques.

A Denis et Cédric, pour notre collaboration future.

Aux Dr Leblanc et Mimi, pour votre confiance et votre accompagnement.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

CONTEXTE

1. HISTORIQUE [2–5]
 - 1.1 La réforme Debré
 - 1.2 Le médecin généraliste : un « non-spécialiste »
 - 1.3 La spécialité médecine générale
2. CONSTAT NATIONAL [7,8]

MATERIEL ET METHODES

1. BASE DE DONNEES
2. QUESTIONNAIRE
 - 2.1 Présentation
 - 2.2 Questions
3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE
 - 3.1 Période test
 - 3.2 Chronologie de l'enquête
4. ANALYSE STATISTIQUE
5. COUT DE L'ENQUETE

RESULTATS

1. INCLUSION
 - 1.1 Participation
 - 1.2 Non répondants

6



2. ECHANTILLON
 - 2.1 Représentativité de l'échantillon
 - 2.2 Caractéristiques démographiques
 - 2.3 Caractéristiques professionnelles
3. LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX
 - 3.1 Caractéristiques démographiques
 - 3.2 Caractéristiques professionnelles
 - 3.3 Activité mixte
 - 3.4 Qualifications complémentaires
 - 3.5 Association SOS médecins
4. MEDECINS SALARIES EXCLUSIFS
 - 4.1 Caractéristiques démographiques
 - 4.2 Caractéristiques professionnelles
5. CHANGEMENT DE PARCOURS PROFESSIONNEL
 - 5.1 Qui ?
 - 5.2 Pourquoi un changement de parcours professionnels ?
6. REMPLAÇANTS
7. MEDECINS LIBERAUX NON MG DE PREMIER RECOURS
8. ACTIVITE MIXTE HORS MG
9. MEDECINS ENVISAGEANT DES MODIFICATIONS PROFESSIONNELLES

DISCUSSION

1. METHODOLOGIE
 - 1.1 L'enquête
 - 1.2 Les réponses
 - 1.3 Représentativité de l'échantillon
2. CARACTERISTIQUES
 - 2.1 Echantillon
 - 2.2 MG libéraux
 - 2.3 Salariés exclusifs

- 2.4 Evolution du parcours professionnel
- 2.5 Remplaçants
- 2.6 Médecins libéraux et mixtes non MG de premier recours
- 2.7 Médecins envisageant des modifications professionnelles

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

TABLE DES CARTES

TABLE DES FIGURES

TABLE DES TABLEAUX

ABREVIATIONS

RESUME

INTRODUCTION

Les études médicales ont subi différents remaniements depuis la deuxième partie du XXème siècle. L'évolution de la médecine repose sur deux données majeures : la féminisation et la réduction du temps de travail.

Le passé récent de la démographie médicale a démontré l'impuissance des pouvoirs publics à planifier les effectifs médicaux, notamment avec le numerus clausus qui a atteint son nombre le plus bas en 1992 (3500), pour ne remonter qu'à partir du début des années 2000. A l'heure actuelle, le constat global peut se résumer à un vieillissement des médecins, qui va en s'accroissant. Le nombre de médecins nouvellement inscrits à l'Ordre ne permet toujours pas de combler le nombre croissant des sortants, avec des zones sous-médicalisées qui perdurent. La médecine générale n'est pas épargnée par ce déficit démographique imminent.

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) précise le rôle de « pivot » qu'incarne la spécialité médecine générale, dans le parcours de soins. Ce souhait formalisé par la loi du 13 août 2004 de développer la médecine de premier recours continue, selon l'ONDPS, à affronter maintes difficultés [1] :

- Le secteur libéral ambulatoire reste le principal dispensateur de soins primaires. Or, 40% des diplômés de médecine générale ont un exercice libéral n'effectuant pas de soins primaires.
- Les nombreuses passerelles ont permis des exercices particuliers (MEP) ou spécialisés, avec également la possibilité d'une activité hospitalière, éloignant davantage le médecin généraliste du rôle de « médecin traitant ».
- la médecine de second recours reste historiquement attractive.

- Autre récente problématique : l'augmentation du nombre de postes ouverts à l'internat puis à l'Examen Classant National (ECN), aboutit à un grand nombre de postes non pourvus. Cette inadéquation a particulièrement pénalisé certaines régions en provoquant une chute des effectifs d'internes en médecine générale avec parfois un nombre d'internes divisé par deux par rapport au nombre de résidents.

L'ONDPS indique enfin que les effectifs des médecins généralistes ont certes, augmenté sur dix ans (1995-2005), mais au profit de l'exercice salarié, et au détriment d'un exercice libéral et mixte [1].

La régression des inégalités de répartition de l'offre de soins de premier recours demeure un enjeu de santé publique. Connaître le parcours, le profil actuel des médecins généralistes constituant cette offre de soins représente un intérêt majeur dans l'évaluation des besoins futurs en ressources médicales.

Il nous est alors apparu opportun d'étudier le devenir socio-professionnel des médecins généralistes de formation en prenant l'exemple de la première année de résidanat 1995-1996 dans les facultés de Bordeaux, Limoges et Toulouse.

CONTEXTE

1. HISTORIQUE [2-5]

La formation et la qualification en médecine générale a connu des évolutions au cours des 50 dernières années.

1.1 La réforme Debré

Jusqu'en 1968, le cursus général des études médicales était ponctué de deux concours hospitaliers. Un premier concours dès la fin de la première année permettait l'entrée dans une formation pratique hospitalière « généraliste » : L'externat. Un deuxième concours, possible pendant l'externat, permettait l'accès à une spécialité.

Les étudiants échouant au concours de l'externat ou les externes échouant au concours d'internat ou ayant fait le choix de ne pas s'y présenter, pouvait alors exercer la médecine générale.

1958, avec la réforme Debré, offre une complémentarité à la Faculté et à l'Hôpital (deux structures autrefois indépendantes), en créant les Centres Hospitaliers Universitaires où exercent à temps plein, des médecins avec la triple missions d'enseignement, de soins et de recherche (décret du 11 décembre 1958).

Cette réforme marque une évolution considérable, avec l'avantage notable de donner un prestige à l'exercice en hôpital public. Une carrière hospitalo-

universitaire est également considérée comme l'élite médicale permettant « d'exercer le métier qu'ils enseignent et d'enseigner le métier qu'ils font ».

Au fil des années, des critiques sont toutefois émises, à mesure que les CHU se confrontent aux difficultés structurelles et fonctionnelles croissantes. Les services de plus en plus spécialisés obtiennent un recrutement de malades inadaptées à la formation de futurs médecins généralistes.

Les qualités pédagogiques, difficiles à évaluer, sont souvent moins prises en compte dans les concours de recrutement, au profit du soin et de la recherche. Enfin, les carrières hospitalo-universitaires n'ont aucune vocation à l'exercice libérale générale ou spécialisée, d'où une expérience très limitée de cet exercice. 80 % de l'activité médicale en France s'exerce en secteur libéral. l'exercice exclusif en CHU est ainsi indéniablement coupé des conditions d'exercice et des réalités de terrain.

Notons la création de Certificats d'Etudes Spécialisées (CES), voie non sélective « annexe » à l'obtention d'une spécialité, supprimés dès 1982.

1.2 Le médecin généraliste : un « non-spécialiste »

Avant la réforme de l'internat en 1982 (effective à partir d'octobre 1984), la participation des étudiants en médecine aux grèves de 1968 a initié la suppression de l'externat, favorisant une formation pratique de qualité pour tous les étudiants en médecine, dans la continuité de la réforme hospitalo-universitaire. Les « étudiants hospitaliers » accèdent tous à une formation pratique et théorique.

Remarquons que l'afflux d'étudiants désireux de s'engager dans la filière médicale, va mener à la création du numerus clausus en 1971 [6].

Les facultés prennent le nom d'Unités d'Enseignement et de Recherche (UER) en 1968, puis d'Unités de Formation et de Recherche (UFR) en 1982. La réforme de l'internat met également en place un troisième cycle de médecine générale, dénommé résidanat en 1987 dans le souci de ne pas le confondre avec le troisième cycle de médecine spécialisée.

En 1983, les premiers maîtres de stages et enseignants en Médecine générale sont formés et regroupés dans le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE). Les premières nominations de maîtres de conférences associés de médecine générale se réalisent à partir de 1991, dans les facultés. 1997 voit apparaître un Département de Médecine Générale dans chaque faculté avec MCA et professeurs associés, et surtout le semestre de stage obligatoire « chez le praticien ».

Ainsi le résidanat était constitué d'abord de quatre semestres de stages hospitaliers et d'un stage de 20 demi-journées en médecine générale, puis deux ans et demi à partir de 1997, puis 3 ans depuis 2001. L'accès au troisième cycle de médecine spécialisée permettant d'accéder aux Diplômes d'études spécialisées, est conditionné par la réussite à un concours universitaire.

1.3 La spécialité médecine générale

La loi de janvier 2002 a intégré la médecine générale parmi les spécialités médicales, avec un troisième cycle d'une durée de trois ans permettant l'obtention du DES de médecine générale (loi effective depuis octobre 2004).

Dans le même temps, le concours universitaire d'accès au troisième cycle de médecine spécialisée devient obligatoire pour tous les étudiants hospitaliers en fin de cursus, et prend le nom d'Examen Classant National (ECN). En fonction du rang de classement, l'ECN permet de choisir une spécialité et le Centre Hospitalo-Universitaire où sera acquise la formation correspondante.

2. CONSTAT NATIONAL [7,8]

En France, au 1^{er} janvier 2012, 92477 médecins généralistes (effectif médical total en activité régulière: 199 821) sont en activité, autrement dit 46,3% des effectifs, dont 37880 femmes et 54597 hommes (Tableau 1).

La densité est de 139,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants. 43,9% ont au moins 55 ans.

Depuis 2005, les médecins retraités enregistrent un accroissement de 35% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période, que de 3,5%.

Tableau 1 : effectifs des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2012

	Libéral	Mixte	Salarié	Divers
Effectif	55209	5549	31627	92
Part	59,70%	6%	34,20%	0,10%

Depuis une dizaine d'année, l'exercice libéral souffre d'un désintérêt croissant au profit de l'exercice salarié et, plus particulièrement, hospitalier.

A noter que la tendance actuelle montre un solde de sortants supérieur (2993) au solde des médecins généralistes entrants (2004) avec 11% des médecins sortants ayant exercé leur activité libérale dans une commune rurale.

La présence des médecins à diplôme européen et extra-européen nouvellement inscrits est corrélée avec la faible densité médicale. Toutefois, ces médecins privilégient davantage l'exercice salarié que libéral.

Par ailleurs, les départements qui ont une faculté de médecine ont la particularité de conserver les médecins qui s'y sont formés.

Les régions à faible densité médicale rencontrent des difficultés à garder les médecins qui s'y sont formés.

Les médecins généralistes représentent 67,7% des effectifs de médecins remplaçants. 6705 médecins généralistes sont remplaçants, âgés en moyenne de 45,1 ans, incluant 54% de femmes.

Dans les années 1960, le médecin était un homme souvent aidé bénévolement par sa femme, travaillant entre 50 et 60 heures par semaine, 48 semaines par an, de 30 à 70 ans. Aujourd'hui, le médecin est une femme, travaillant moins de 35 heures par semaines, aidée par personne, 44 semaines par an, de 35 ans à 60 ans [6].

MATERIEL ET METHODES

Quel est le parcours professionnel des médecins inscrits en première année d'internat de médecine générale en 1995-1996 dans les facultés de l'inter-région Sud Ouest : Bordeaux (Aquitaine), Limoges (Limousin), Ranguel et Purpan à Toulouse III (Midi-Pyrénées) ?

Pour répondre à cette question nous avons réalisé une enquête utilisant un questionnaire adressé à chaque médecin de cette promotion.

1. BASE DE DONNEES

La base de données est l'ensemble des résidents entrés en 1995 en 3^{ème} cycle des études médicales de Médecine Générale dans l'interrégion Sud Ouest.

Les listes de ces 288 résidents ont été fournies par les secrétariats des services scolarité des UFR de Bordeaux, Limoges et Toulouse III.

Une première recherche des coordonnées de ces anciens résidents a été réalisée via l'annuaire du site internet du CNOM (www.conseil-national.medecin.fr/annuaire).

Quand les coordonnées étaient insuffisantes ou manquante sur l'annuaire électronique du CNOM, notre recherche était alors complétée en consultant l'annuaire des professionnels du site PagesJaunes (www.pagesjaunes.fr).

Les coordonnées des médecins remplaçants ont pu être déterminées en regroupant les informations de l'annuaire en ligne du CNOM (seule la région d'exercice y figure) avec l'annuaire des particuliers. (www.pagesjaunes.fr).

Quand ces coordonnées restaient introuvables, nous avons contacté les CDOM concernés ou le CNOM par téléphone ou par courrier électronique qui avaient alors, pour tenir compte des recommandations de la CNIL, deux façons de procéder :

- Une transmission directe de notre demande au médecin remplaçant,
- Une transmission de notre enquête sous enveloppe cachetée par courrier postal via le CDOM ou le CNOM.

Lorsque les coordonnées des médecins n'ont pas pu être déterminées par ces différents annuaires électroniques, les CDOM concernés ou le CNOM ont également été sollicités. Certaines coordonnées sont restées indisponibles pour quatre raisons principales :

- Médecins non inscrits à l'Ordre des médecins,
- Médecins femmes inscrites à l'Ordre des Médecins sous leur nom marital alors que seul le nom de jeune fille figurait sur les listes fournies par les UFR,
- Médecins décédés,
- Données insuffisantes des annuaires électroniques.

2. QUESTIONNAIRE

2.1 Présentation

Cette enquête descriptive utilise un questionnaire anonyme court, à questions majoritairement fermées.

Le questionnaire totalise 27 questions (annexe).

Le format de ce questionnaire permet d'être rempli au cours d'un entretien téléphonique court afin d'optimiser la participation des médecins. Une phrase d'introduction permet de débiter l'entretien.

2.2 Questions

Les questions concernent (annexe) :

- l'âge,
- le sexe,
- la période de remplacement éventuelle
- les modalités d'exercice actuel.
- les changements d'exercice passés ou à venir.

3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE

3.1 Période test

Le questionnaire a été testé afin d'en vérifier la clarté auprès de deux médecins. Des questions ont ainsi été ajoutées concernant l'activité libérale éventuellement exercée antérieurement.

Ce test auprès de deux médecins a permis de confirmer la réalisation rapide (3 à 5 minutes) de l'interrogatoire téléphonique. Il a également montré la réalisation difficile de cette enquête en raison de la faible disponibilité des médecins au téléphone (absence, en activité de consultation ou de visite).

Nous avons donc décidé pour cette enquête de procéder de la façon suivante :

Nous avons établi un premier contact avec chaque médecin ou son secrétariat afin de présenter notre travail et ses objectifs pour ensuite recueillir une adresse électronique.

Deux cas de figure se sont présentés :

- soit le premier contact permettait d'envoyer immédiatement le questionnaire par voie électronique,
- soit il était nécessaire de réitérer notre appel et la voie postale était alors préférée.

Les non répondants par voie électronique ou postale ont été relancés pour compléter notre travail par un entretien téléphonique.

3.2 Chronologie de l'enquête

3.2.1 Premier contact

Nous avons réalisé le recueil des adresses du 02 janvier 2012 au 31 mars 2012. L'envoi des questionnaires par voie électronique ou postale (choix selon le souhait du médecin) s'est réalisé au cours de cette même période.

Concernant la voie électronique, dans le but de faciliter la lecture informatique, nous avons joint le questionnaire au mail de présentation, sous trois formats différents (Word, Works ou OpenOffice.org).

Le questionnaire envoyé par voie postale était également accompagné d'un courrier explicatif.

Nous n'avons pas fixé de délai limite pour les réponses.

3.2.2 Relance

Nous avons réalisé du 16 avril 2012 au 30 avril 2012, un rappel téléphonique pour les non répondants. Les motifs de non réponse pouvaient être un oubli, une erreur de manipulation informatique (lecture impossible du fichier, mail effacé) ou un refus de participer à l'enquête.

Les réponses ont été incluses dans notre étude jusqu'au 30 avril 2012 inclus soit 204 questionnaires sur les 288 potentiels.

Les 24 réponses reçues après le 30 avril 2012 n'ont pas été incluses dans notre travail.

4. ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel SAS 9.2.

La significativité statistique des résultats observés a été appréciée par le test du Khi², ou, pour les petits effectifs, par le test exact de Fisher.

5. COUT DE L'ENQUETE

Les frais concernaient essentiellement la voie postale : photocopies des questionnaires et courriers explicatifs, enveloppes et affranchissement « aller ».

L'enveloppe et l'affranchissement « retour » demeuraient à la charge du répondant.

RESULTATS

1. INCLUSION

1.1 Participation

Sur les 288 médecins concernés initialement par notre étude, d'après les listes fournies par les facultés de Bordeaux, Limoges et Toulouse, nous avons recueillis au 30 avril 2012, 204 réponses, soit un taux de participation de 70,8%.

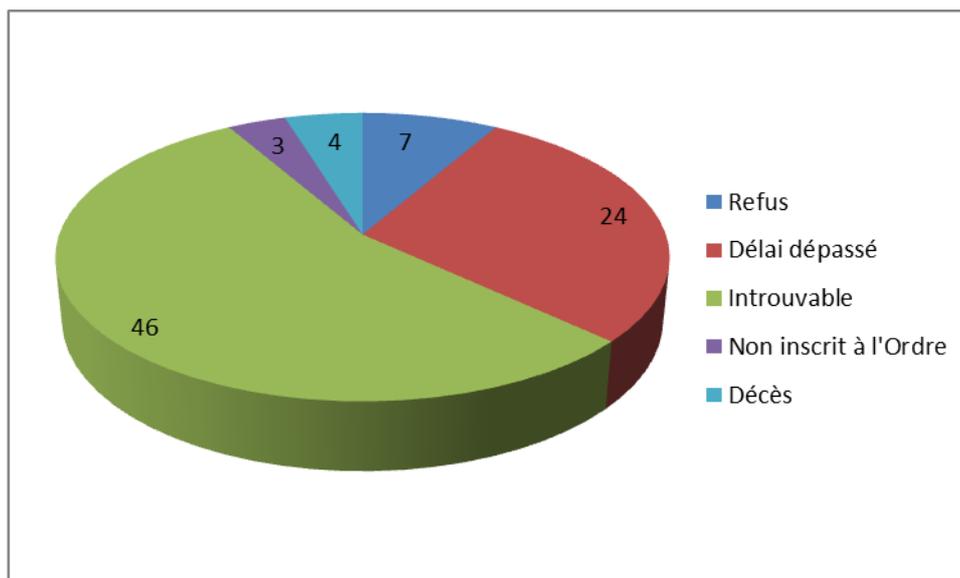
L'échantillon de notre étude est ainsi constitué de 204 médecins.

1.2 Non répondants

Tableau 2 : répartition des effectifs des non répondants en fonction de la cause et de la faculté

	Bordeaux	Limoges	Toulouse	Total
Refus	6	0	1	7
Délai dépassé	16	1	7	24
Introuvable	30	6	10	46
Non inscrit à l'Ordre	1	0	2	3
Décès	2	1	1	4
Total	55	8	21	84

Figure 1: effectifs de non répondants en fonction de la cause



Les causes des 84 non réponses sont les suivantes :

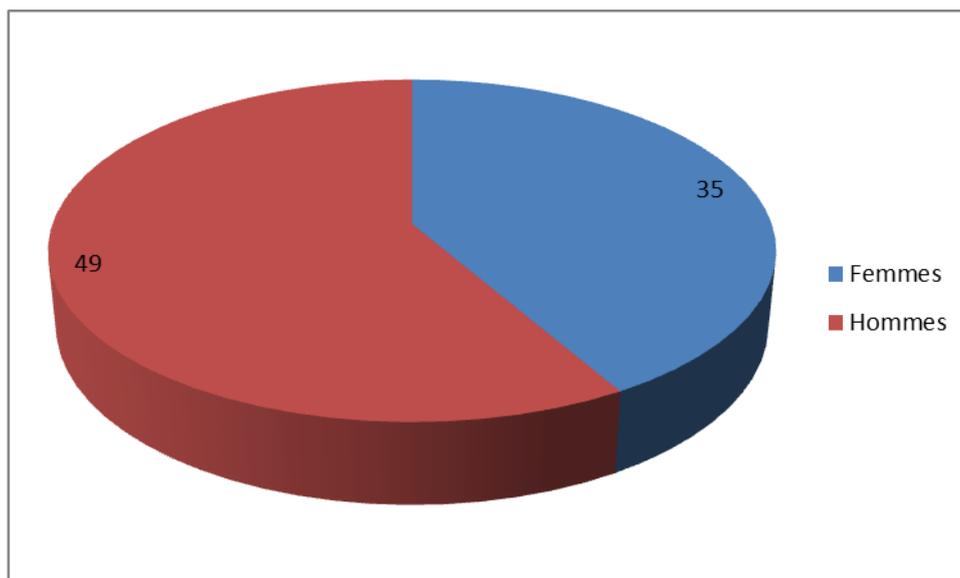
- 7 refus
- 24 délais dépassés (réponses reçue après le 30 avril 2012)
- 46 introuvables (non répertoriés sur les bases de recherche choisies)
- 3 non inscrits à un tableau de l'Ordre des Médecins.
- 4 décès

Tableau 3 : effectifs des non répondants en fonction du sexe et de la faculté

	Bordeaux	Limoges	Toulouse
Femmes	20	3	12
Hommes	35	5	9

N'ont pas répondu à cette enquête avant le 30 avril 2012, 55 médecins originaires de Bordeaux, 8 de Limoges et 21 de Toulouse.

Figure 2 : effectifs des non répondants en fonction du sexe



N'ont pas répondu avant le 30 avril 2012, 35 médecins femmes et 49 médecins hommes.

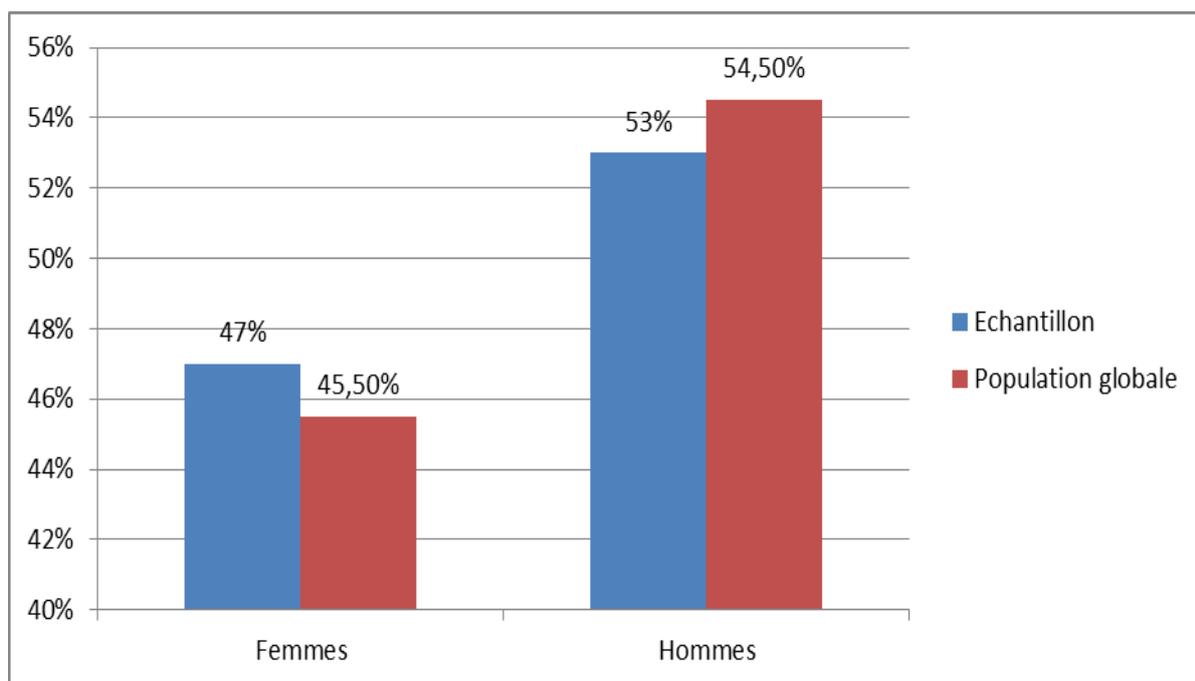
Sur les 288 médecins de la base de données initiale, notre travail concerne donc 235 médecins (53 ne pouvant être interrogés) et 204 ont répondu avant le 30 avril 2012. Ces 204 médecins constituent notre échantillon.

2. ECHANTILLON

2.1 Représentativité de l'échantillon

2.1.1 En fonction du sexe

Figure 3 : représentativité de l'échantillon en fonction du sexe



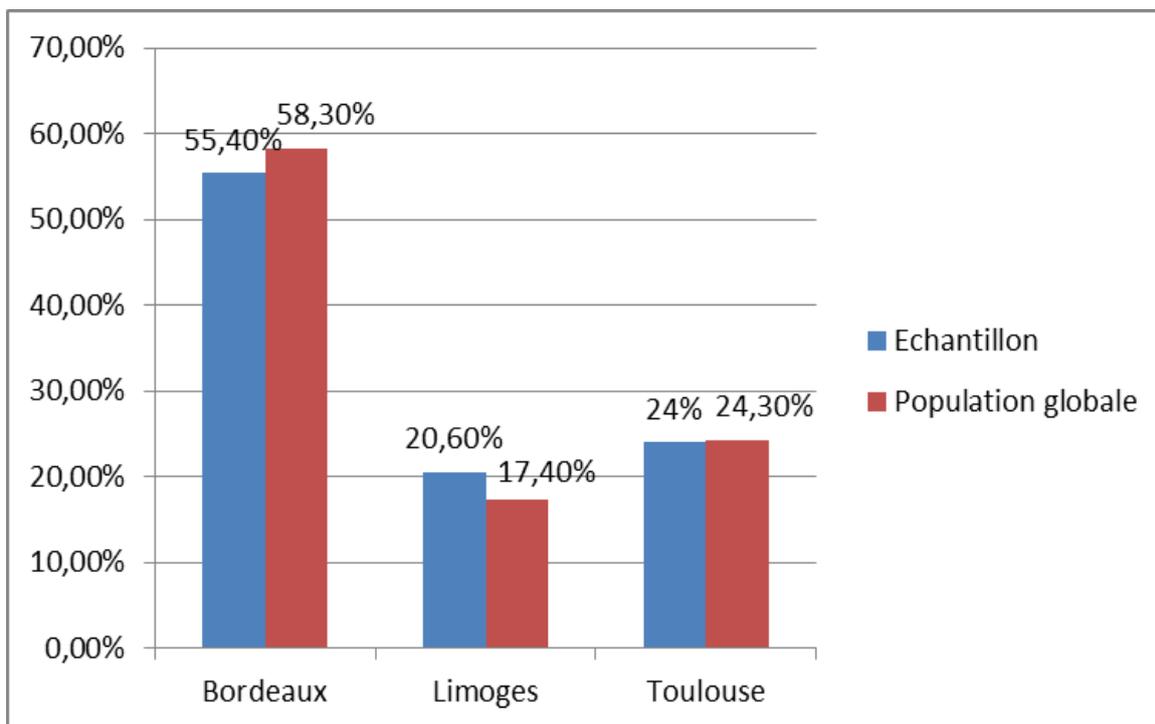
$p=0,4$

Les femmes représentent 47% de l'échantillon et 45,5% de la population de la base de données initiales.

Les hommes représentent 53% de l'échantillon et 54,5% dans la population de la base de données initiales.

2.1.2 En fonction de l'UFR

Figure 4 : représentativité de l'échantillon en fonction de l'UFR



$P=0,07$

55,4% des médecins de l'échantillon proviennent de l'UFR de Bordeaux contre 58,3% dans la population de la base de données initiales.

20,6% des médecins de l'échantillon proviennent de l'UFR de Limoges contre 17,4% dans la population de la base de données initiales.

24% des médecins de l'échantillon proviennent de l'UFR de Toulouse contre 24,3% dans la population de la base de données initiales.

Figure 5 : représentativité de l'échantillon selon l'UFR et le sexe

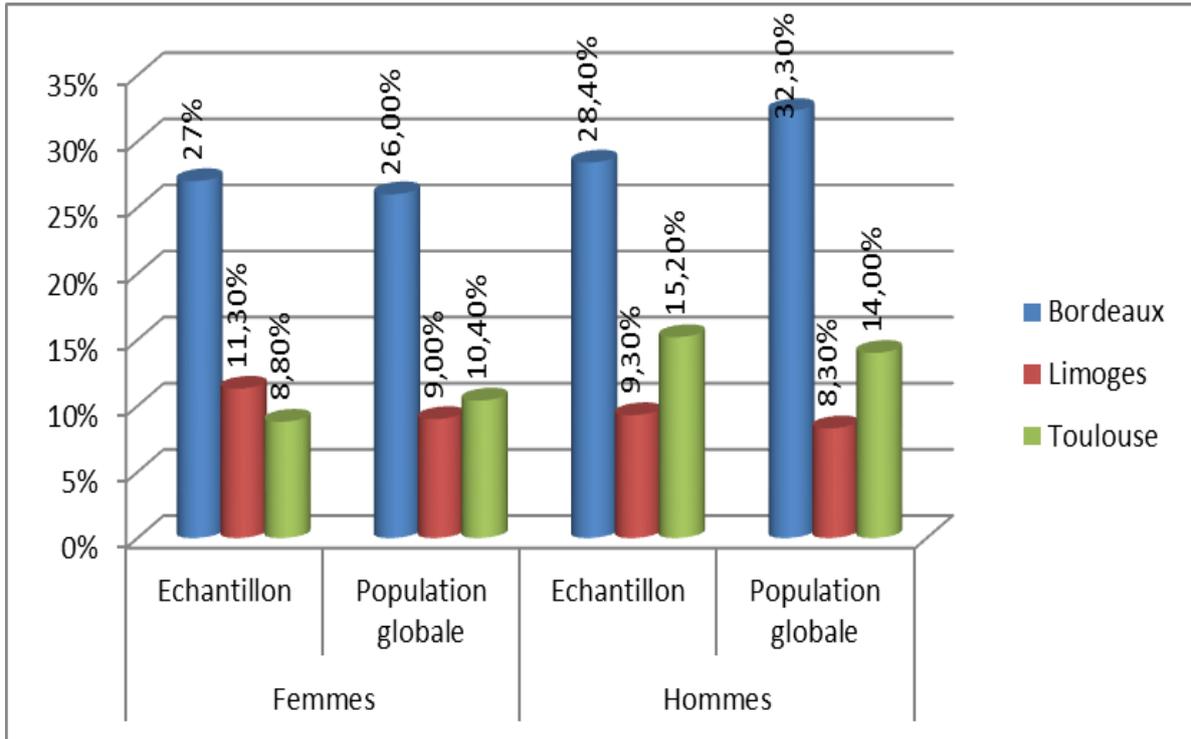
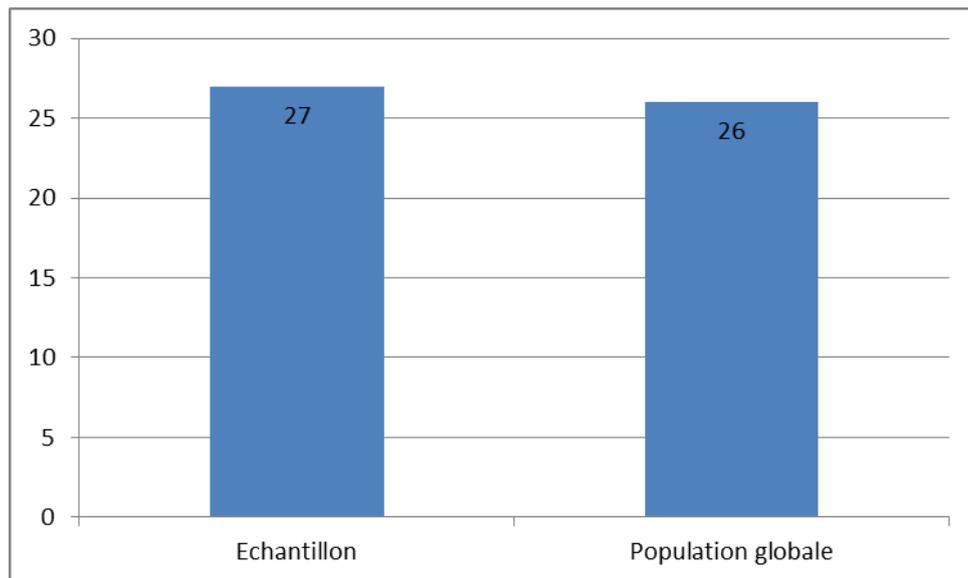
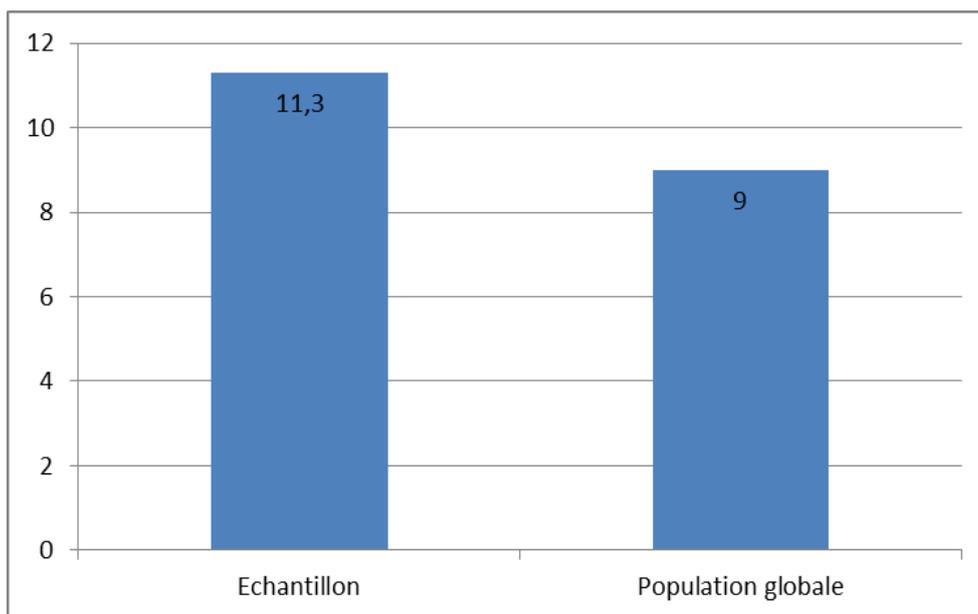


Figure 6 : représentativité de l'échantillon des femmes pour l'UFR Bordeaux (en %)



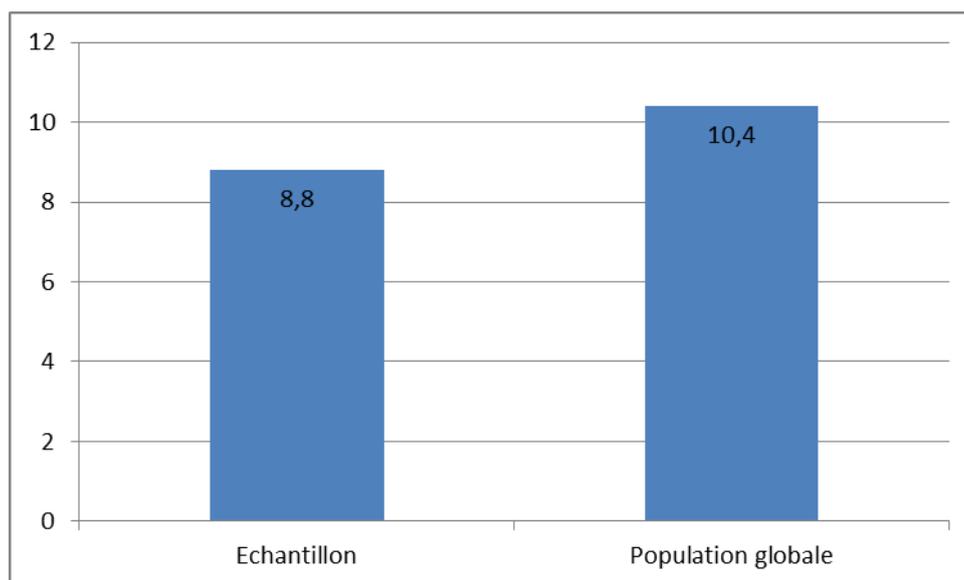
$P=0,13$

**Figure 7 : représentativité de l'échantillon des femmes pour l'UFR Limoges
(en %)**



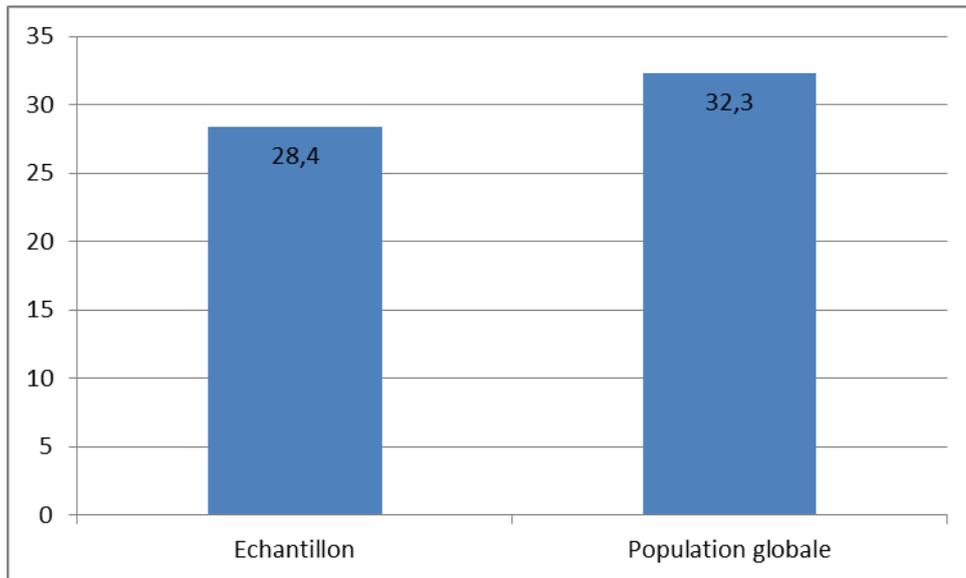
$p=0,37$

**Figure 8 : représentativité de l'échantillon des femmes pour l'UFR Toulouse
(en %)**



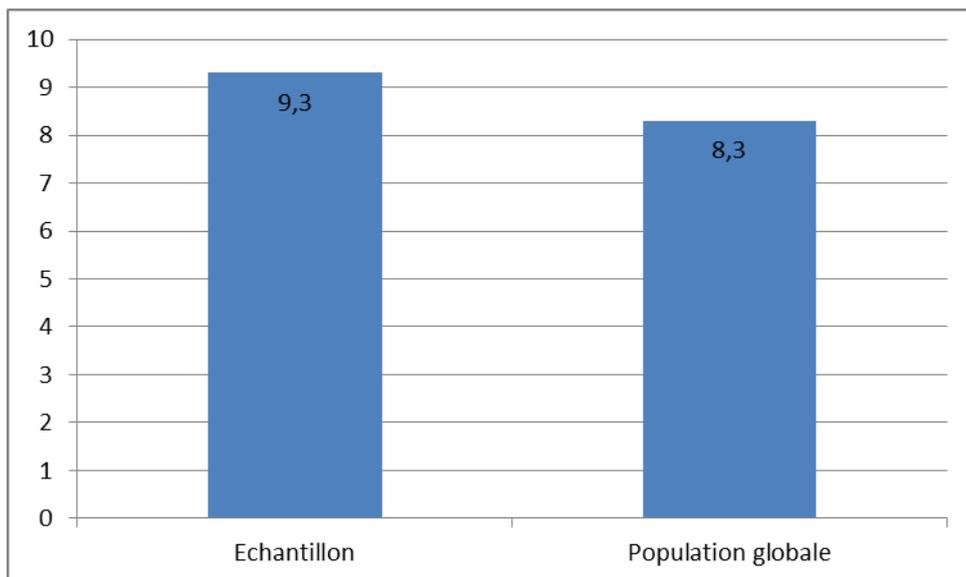
$p=0,11$

**Figure 9 : représentativité de l'échantillon des hommes pour l'UFR Bordeaux
(en %)**



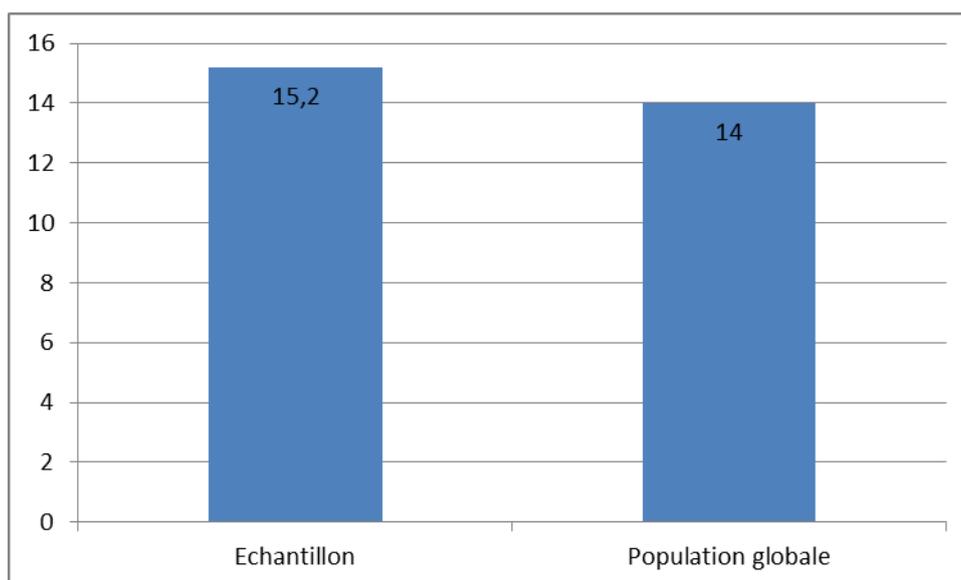
$p=0,13$

**Figure 10 : représentativité de l'échantillon des hommes pour l'UFR Limoges
(en %)**



$p=0,37$

Figure 11 : représentativité de l'échantillon des hommes pour l'UFR Toulouse (en %)



$p=0,11$

Pour l'UFR de Bordeaux, on compte 27% de femmes dans l'échantillon (26% dans la population globale) et 28,4% d'hommes dans l'échantillon (32,3% dans la population globale).

Pour l'UFR de Limoges, on compte 11,3% de femmes dans l'échantillon (9% dans la population globale) et 9,3% d'hommes dans l'échantillon (8,3% dans la population globale).

Pour les UFR de Toulouse, on compte 8,8% de femmes dans l'échantillon (10,4% dans la population globale) et 15,2% d'hommes dans l'échantillon (14% dans la population globale).

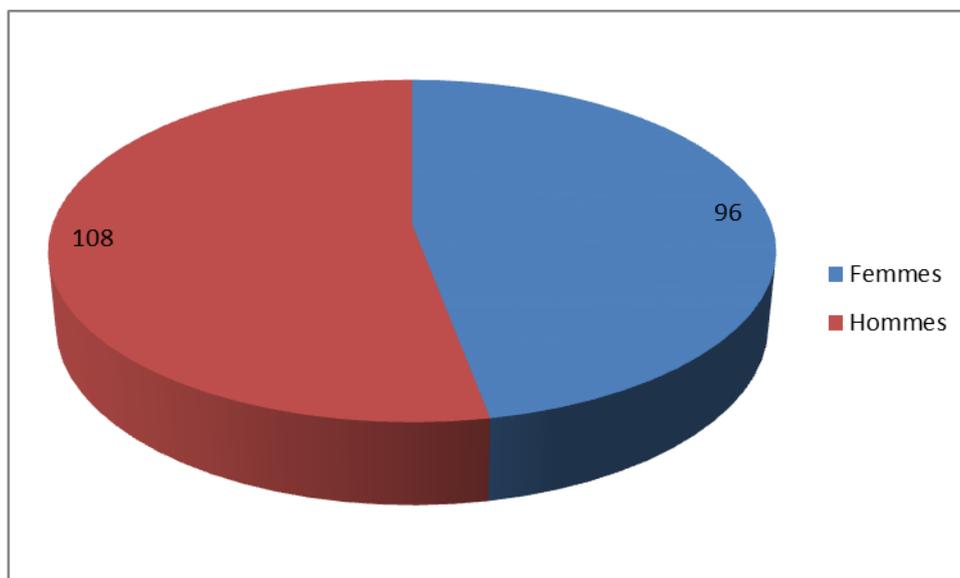
2.2 Caractéristiques démographiques

Notre travail étudie la situation professionnelle de 204 médecins (dont 4 remplaçants). L'âge moyen des répondants est de 42,5 ans (médiane à 42 ans). Les femmes sont âgées en moyenne de 41,7 ans et les hommes 43,3 ans. Les médecins sont âgés de 36 à 57 ans.

Tableau 4 : répartition des répondants par sexe

	Effectifs	Pourcentage
Femmes	96	47,1
Hommes	108	52,9
Total général	204	100

Figure 12 : effectifs des répondants suivant le sexe

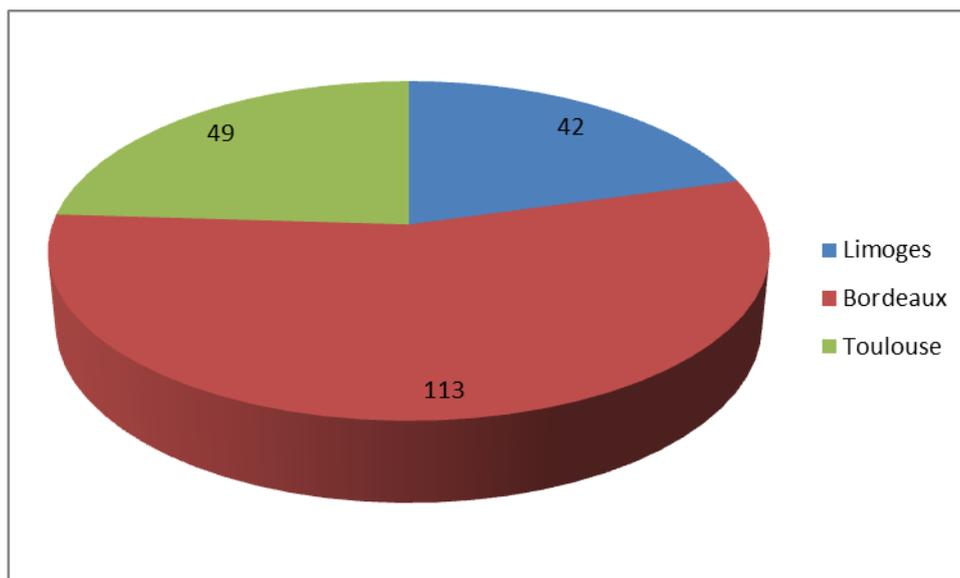


108 hommes et 96 femmes sont répondants (52,9 % d'hommes et 47,1 % de femmes).

Tableau 5 : répartition des répondants selon la faculté d'origine

	Effectifs	Pourcentage
Bordeaux	113	55,4
Limoges	42	20,6
Toulouse	49	24
Total général	204	100

Figure 13 : effectifs des répondants selon la faculté d'origine

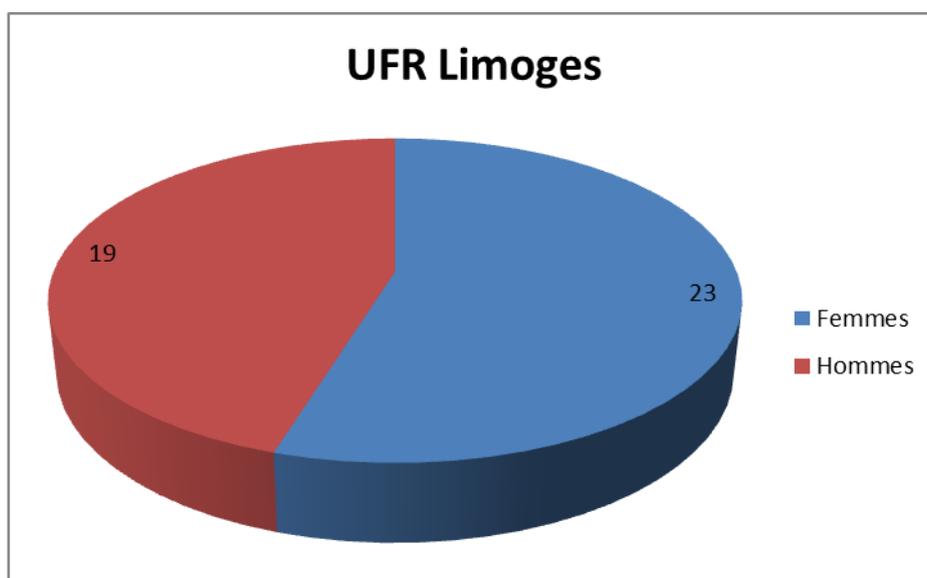
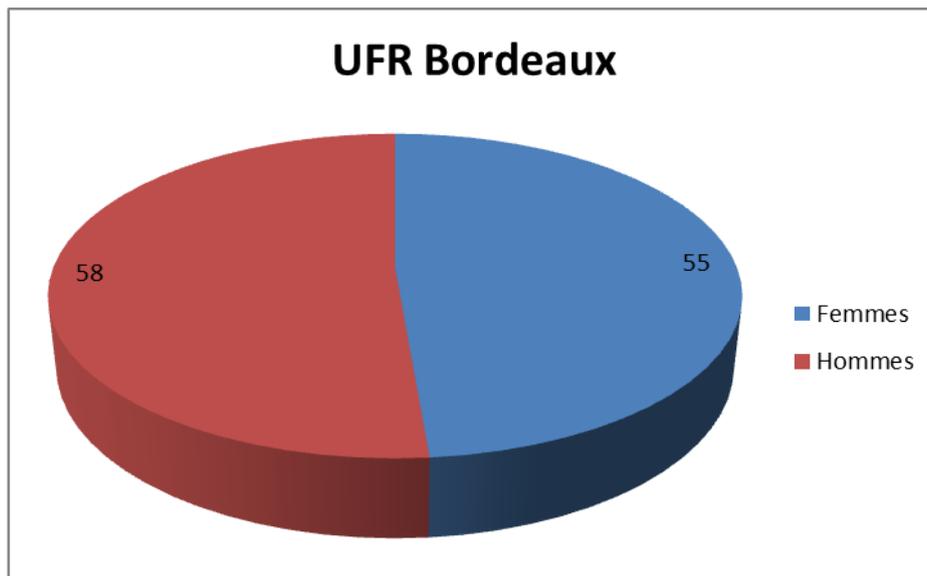


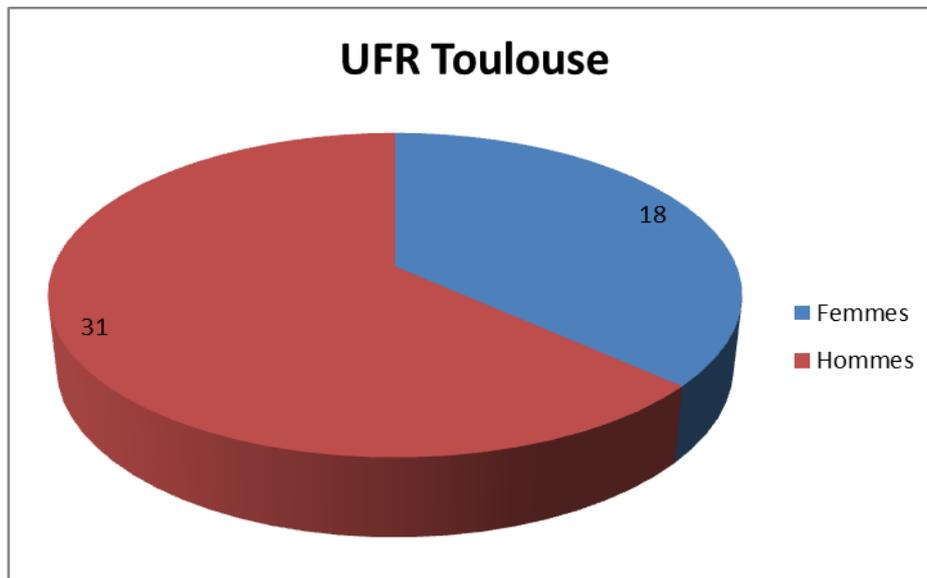
Environ la moitié des répondants est originaire de la faculté de médecine de Bordeaux, un quart de Limoges et un quart de Toulouse.

Tableau 6 : effectifs et proportions des répondants en fonction du sexe et de la faculté

	Bordeaux	Limoges	Toulouse
Femmes	55 (27%)	23 (11,3%)	18 (8,8%)
Hommes	58 (28,4%)	19 (9,3%)	31 (15,2%)
Total général	113 (55,4%)	42 (20,6%)	49 (24%)

Figure 14 : effectifs des répondants en fonction du sexe et de la faculté





55,4 % des médecins de l'échantillon sont issus de la faculté de Bordeaux (Tableau 5 et Figure 13) avec 55 femmes et 58 hommes (Tableau 6 et Figure 14).

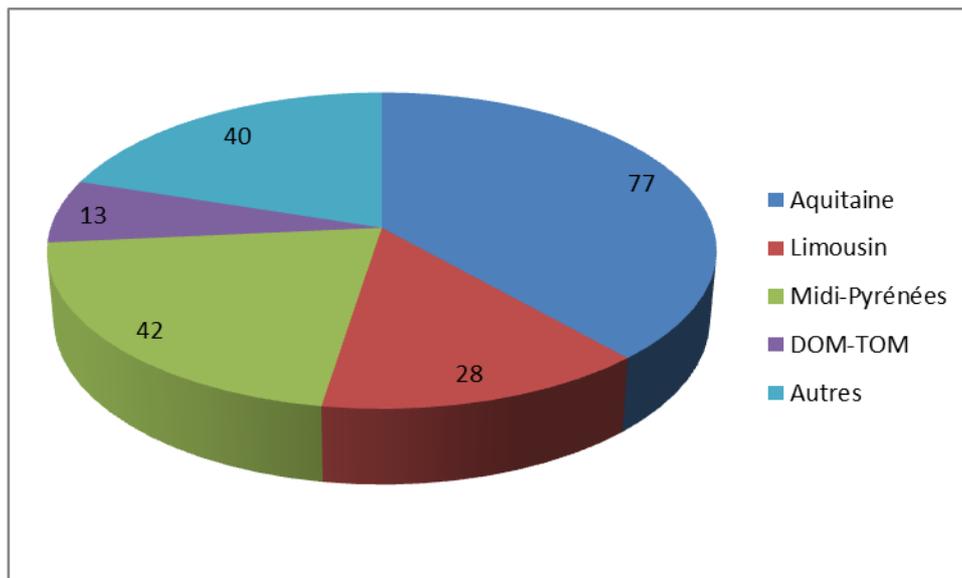
20,6 % des médecins de l'échantillon sont issus de la faculté de Limoges (Tableau 5 et Figure 13) avec 23 femmes et 19 hommes (Tableau 6 et Figure 14).

24 % des médecins de l'échantillon sont issus des facultés de Toulouse (Tableau 5 et Figure 13) avec 18 femmes et 31 hommes (Tableau 6 et Figure 14).

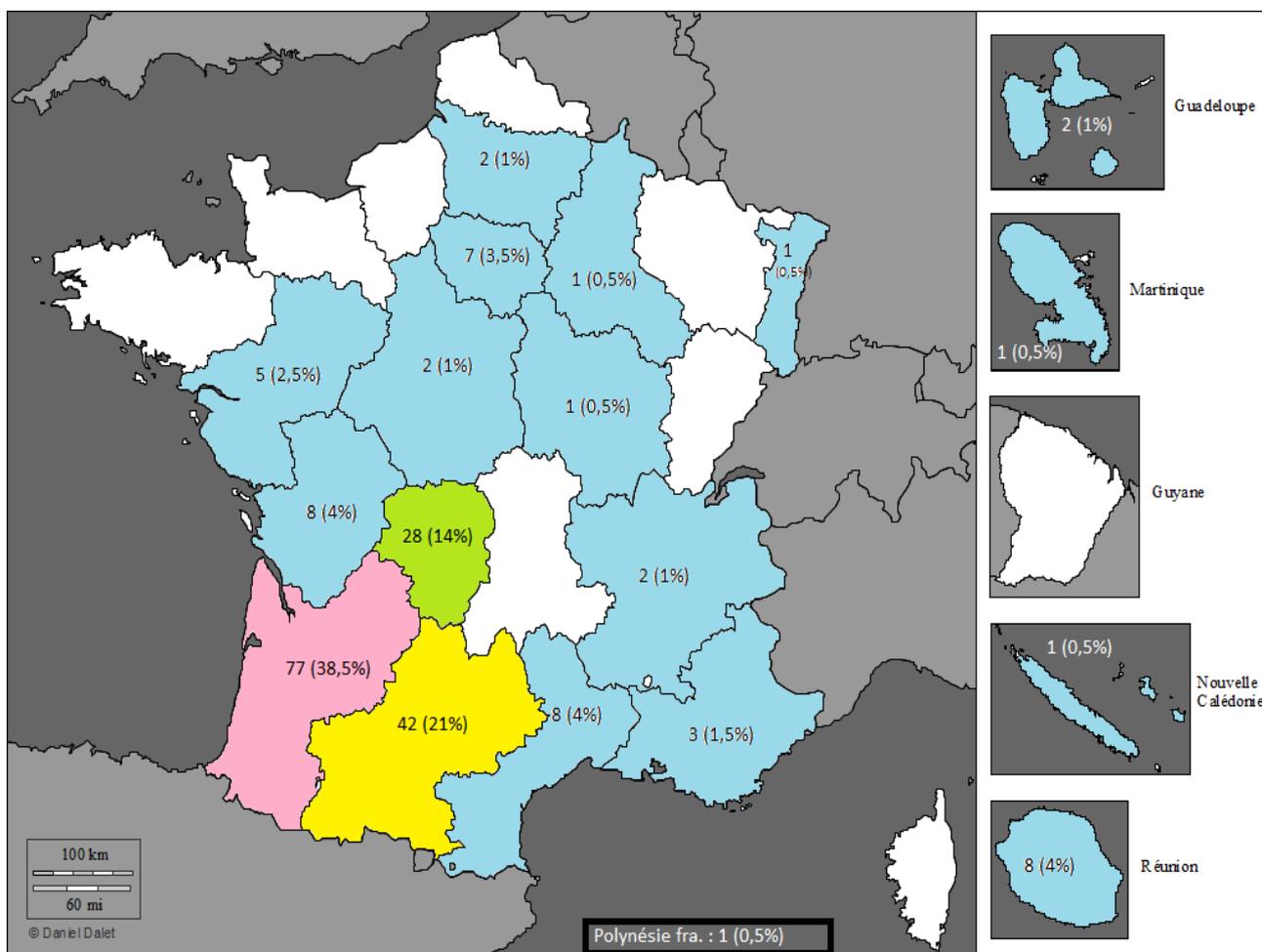
Tableau 7 : répartition régionale du lieu d'exercice actuel

	Effectifs	Pourcentage
Aquitaine	77	37,7
Limousin	28	13,7
Midi-Pyrénées	42	20,6
DOM-TOM	13	6,4
Autres	40	19,6
Remplaçants	4	2
Total général	204	100

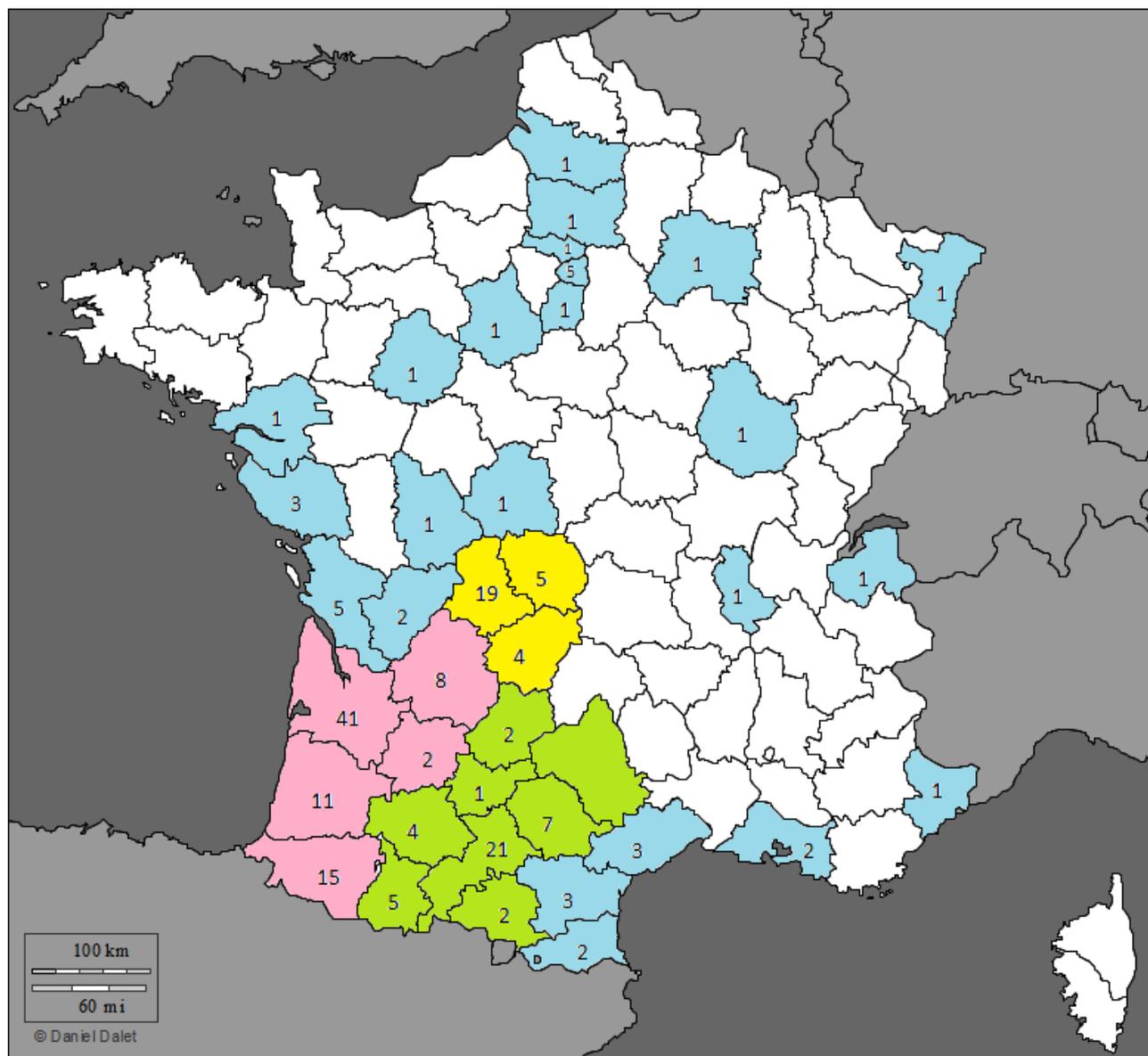
Figure 15 : effectifs des répondants selon la région d'exercice



Carte 1 : répartition régionale de la cohorte principale [n (%)]



Carte 2 : répartition départementale des effectifs de l'échantillon



147 médecins sur les 200 sont installés dans l'inter-région Aquitaine Limousin et Midi-Pyrénées soit 72 % de l'échantillon (Tableau 1 et Figure 15). La répartition géographique indique une concentration majoritaire dans l'inter-région étudiée (Carte 1 et Carte 2).

137 médecins soit 67,1 % exercent dans la région de l'UFR où ils ont effectués leur première année de résidanat.

2.3 Caractéristiques professionnelles

2.3.1 Début de l'activité

L'âge moyen au début de l'activité professionnelle est de 32,5 ans (médiane à 32) avec une répartition des âges de 26 à 45 ans.

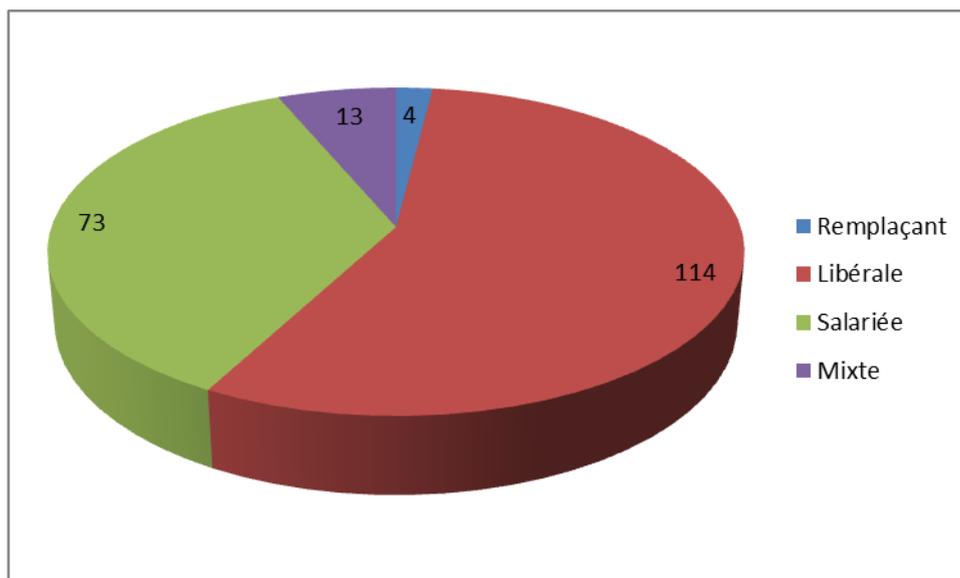
La durée de remplacement est de 3,4 ans (médiane à 3 ans). 4 médecins sont encore remplaçants au moment de l'enquête. La durée de remplacement pour cet échantillon est de 0 à 16 ans.

2.3.2 L'activité professionnelle exercée en 2012

Tableau 8 : répartition des effectifs en fonction de l'activité

	Effectifs	Pourcentage
Libérale	114	55,9
Salariée	73	35,8
Mixte	13	6,3
Remplaçant	4	2
Total général	204	100

Figure 16 : répartition des effectifs en fonction de l'activité



Les médecins de l'échantillon exercent à :

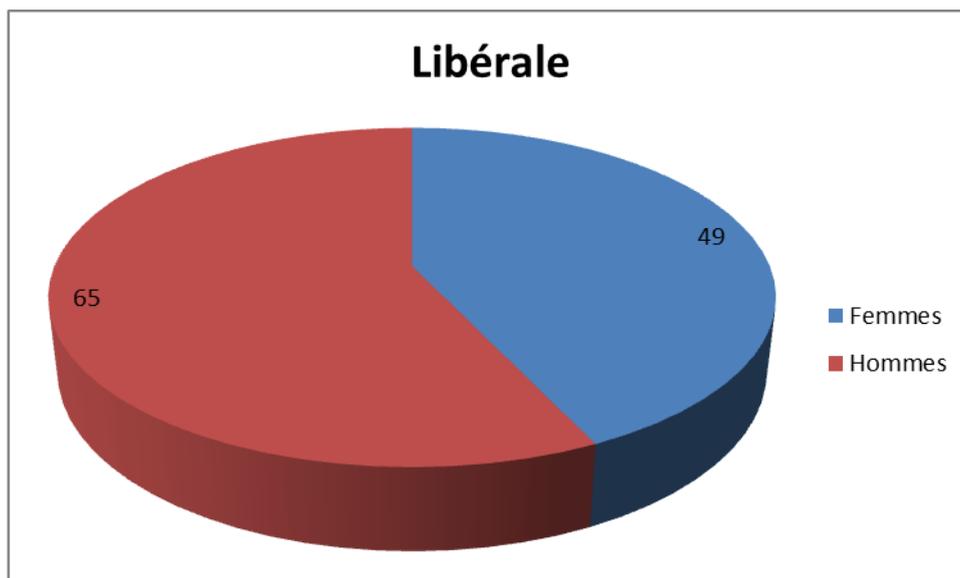
- 55,9 % une activité libérale exclusive dont 103 médecins généralistes (MG) et 11 médecins ayant une autre orientation ou spécialité (cf. chapitre 7)
- 6,3 % une activité mixte dont 10 médecins généralistes et 3 médecins ayant une autre orientation (cf. chapitre 8)
- 35,8 % une activité salariée
- 2 % une activité de remplacement

Tableau 9 : répartition des effectifs en fonction de l'activité et du sexe

	Libérale	Salariée	Mixte	Remplaçant
Femmes	49 (24%)	39 (19,1%)	6 (2,9%)	2 (1%)
Hommes	65 (31,9%)	34 (16,7%)	7 (3,4%)	2 (1%)

$p=0,54$

Figure 17 : effectifs de la population libérale suivant le sexe



65 médecins libéraux sont des hommes soit 31,9 % de l'échantillon et 49 sont des femmes soit 24 %.

Figure 18 : effectifs de la population salariée selon le sexe

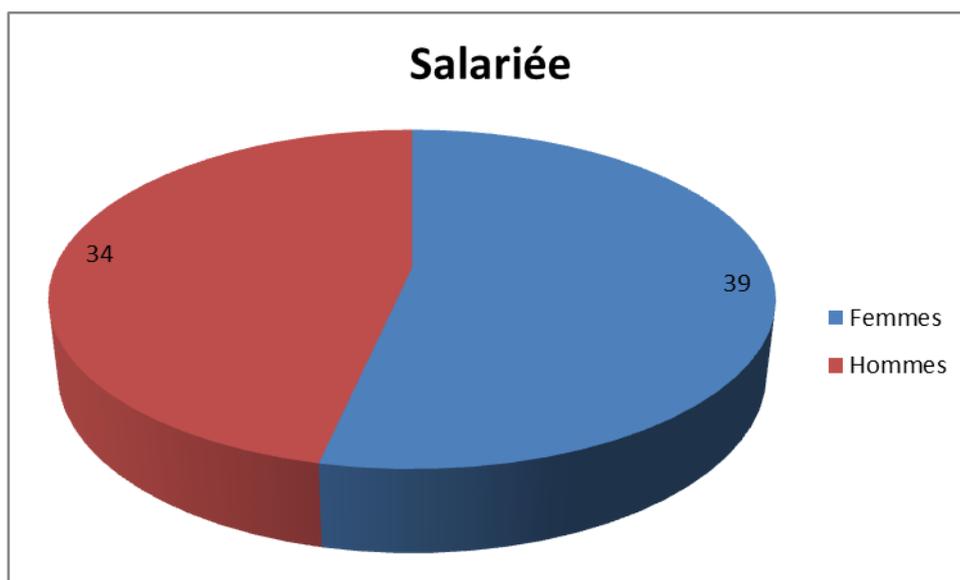


Tableau 10 : répartition des effectifs en fonction de l'activité et de la faculté

	Limoges	Bordeaux	Toulouse
Libérale	21 (10,3)	65 (31,9)	28 (13,7)
Salariée	15 (7,3)	41 (20,1)	17 (8,3)
Mixte	6 (2,9)	4 (2)	3 (1,5)
Remplaçant	0	3 (1,5)	1 (0,5)

$p=0,37$

34 médecins salariés sont des hommes soit 16,7 % de l'échantillon et 39 sont des femmes soit 19,1 % (Tableau 9, Tableau 10 et Figure 18).

103 médecins exercent la médecine générale en mode libéral exclusif, soit 50,5 % de l'échantillon, dont 4 médecins exerçant à l'association SOS médecins soit 1,96 %.

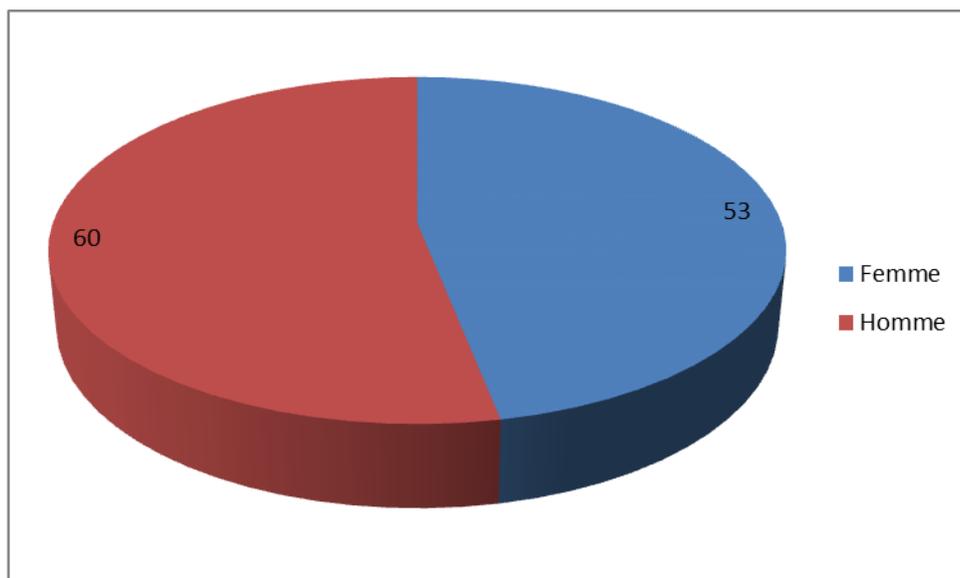
3. LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX

3.1 Caractéristiques démographiques

Tableau 11 : répartition des MG libéraux selon le sexe

	Effectifs	Pourcentage
Femmes	53	46,9
Hommes	60	53,1
Total général	113	100

Figure 19 : effectifs des MG libéraux selon le sexe



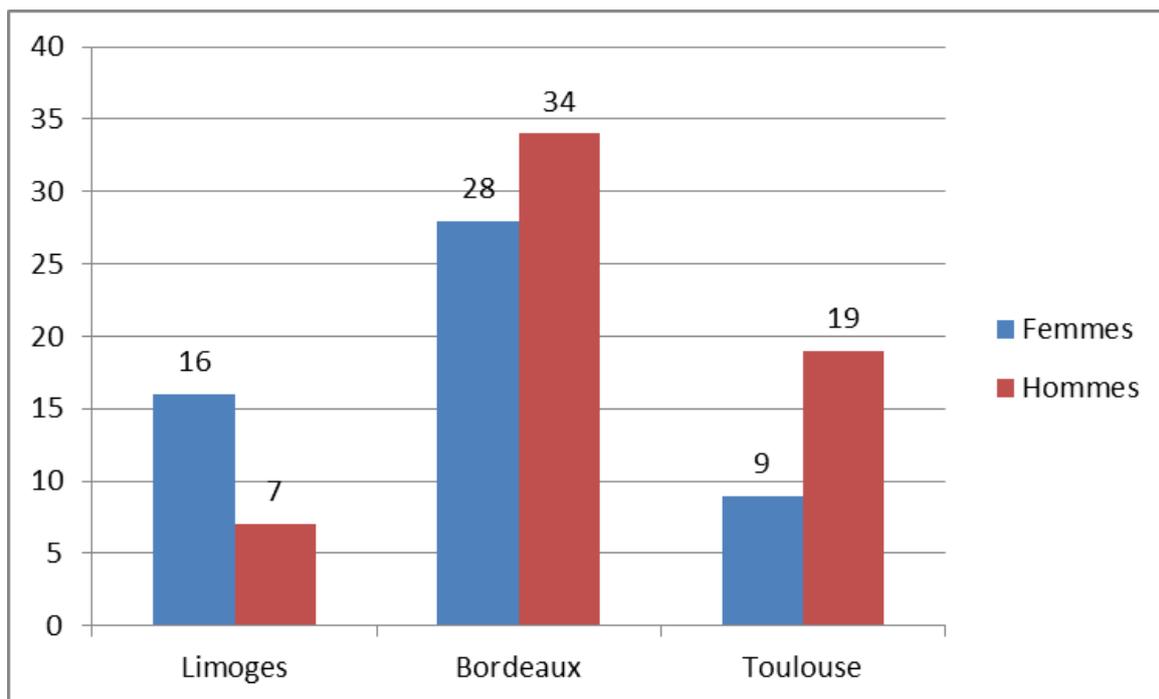
113 médecins généralistes sont installés en activité libérale exclusive ou mixte. Ils sont âgés en moyenne de 42,4 ans (médiane à 42), de 36 à 56 ans, et sont pour 53,1 % d'entre eux des hommes.

Tableau 12 : répartition des MG libéraux selon la faculté

Faculté	Effectifs	Pourcentage
Limoges	23	20,35
Bordeaux	62	54,87
Toulouse	28	24,78

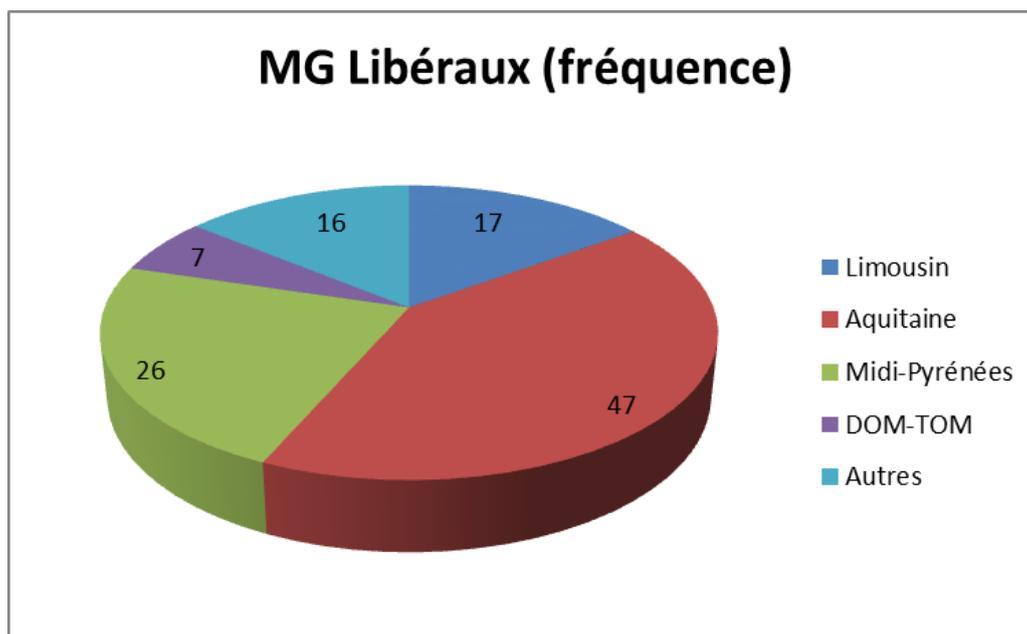
62 MG sont issus de la faculté de Bordeaux, 23 de Limoges et 28 de Toulouse.

Figure 20 : fréquence des MG libéraux en fonction du sexe et de la faculté



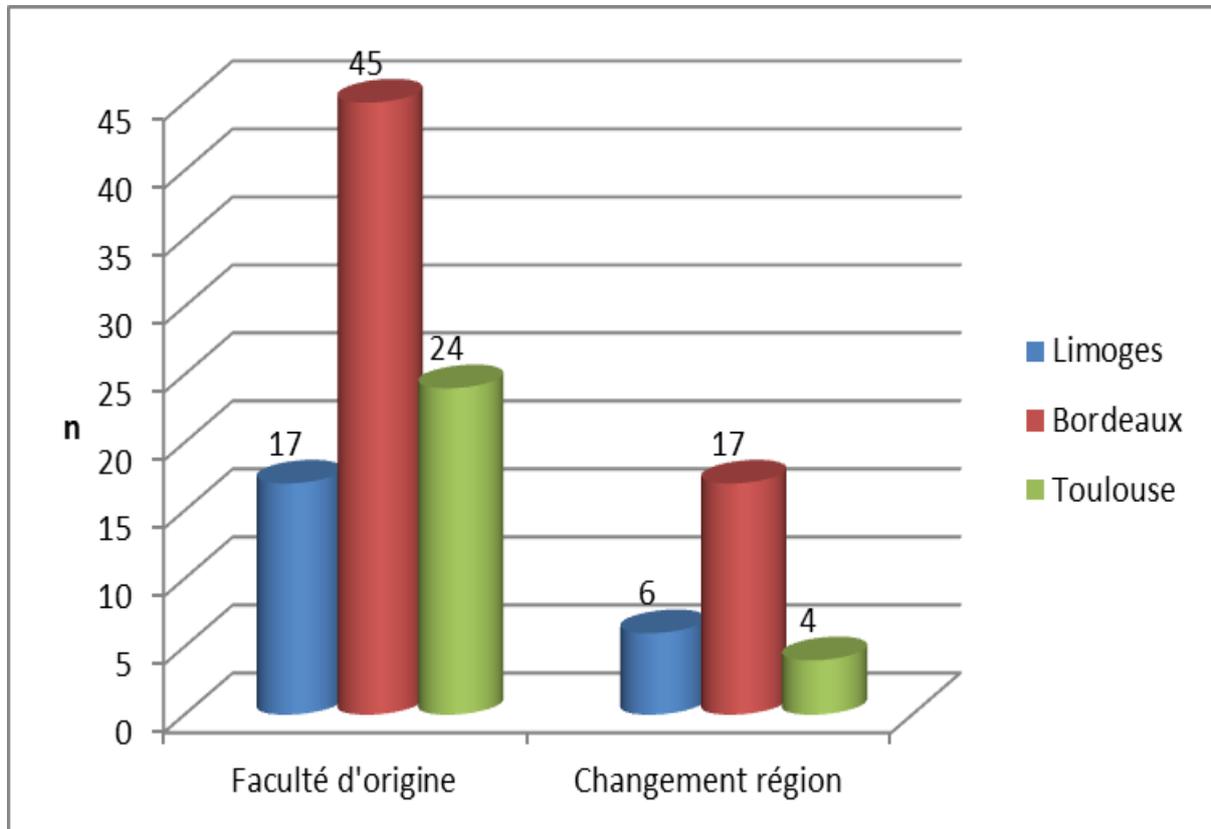
L'effectif masculin est majoritaire dans les UFR de Bordeaux et de Toulouse et minoritaire dans l'UFR de Limoges.

Figure 21 : répartition géographique des MG libéraux



79,6% des MG libéraux sont installés dans l'inter-région sud-ouest, soit 90 médecins.

Figure 22 : régions d'installation des MG libéraux en fonction de l'UFR



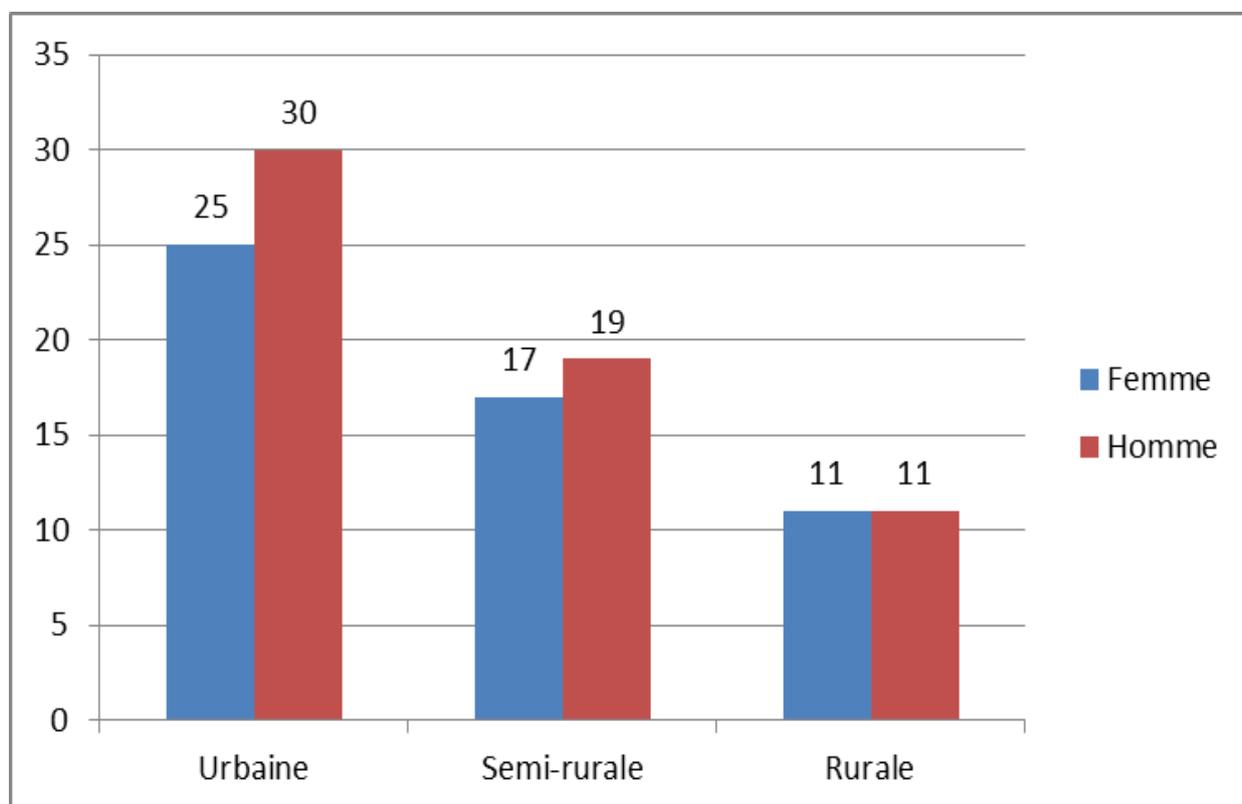
$p=0,016$

27 MG exercent en dehors de l'inter-région sud-ouest (17 originaires de Bordeaux, 6 de Limoges, 4 de Toulouse).

3.2 Caractéristiques professionnelles

3.2.1 Lieu et mode d'exercice

Figure 23 : effectifs des MG libéraux en fonction du sexe et de la zone d'exercice



$p=0,93$

Tableau 13 : répartition des MG libéraux selon la zone d'exercice

	Effectifs	Pourcentage
Urbaine	55	48,7
Semi-rurale	36	31,8
Rurale	22	19,5

55 MG libéraux sont installés en zone urbaine (30 hommes et 25 femmes).

36 MG libéraux sont installés en zone semi-rurale (19 hommes et 17 femmes).

22 MG libéraux sont installés en zone rurale (11 hommes et 11 femmes).

Figure 24 : effectifs des MG libéraux selon la zone d'exercice

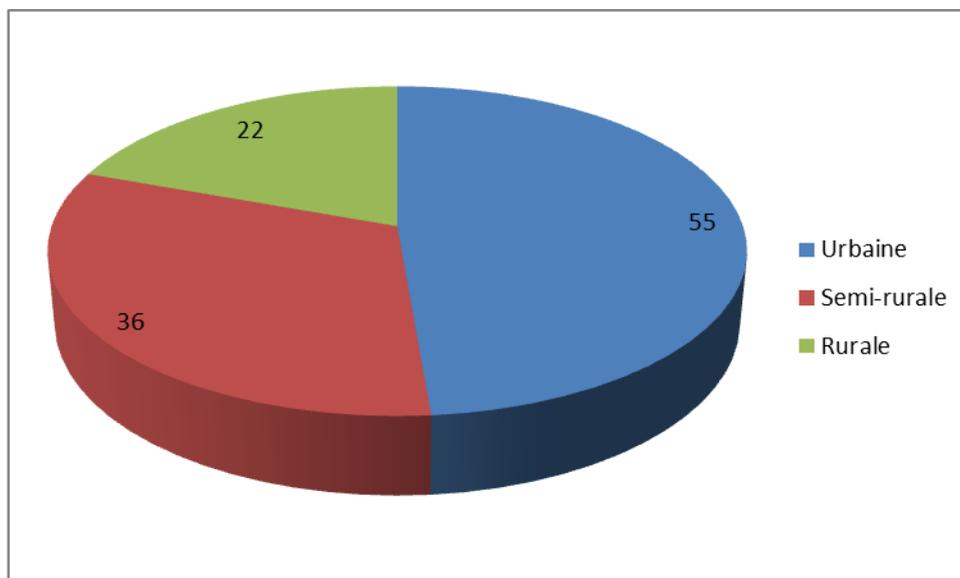


Tableau 14 : répartition des MG libéraux en fonction de la zone d'exercice et de la faculté

	Limoges	Bordeaux	Toulouse
Urbaine	9 (8%)	31 (27,4%)	15 (13,3%)
Semi-rurale	5 (4,4%)	23 (20,3%)	8 (7,1%)
Rurale	9 (8%)	8 (7,1%)	5 (4,4%)

$p=0,09$

Figure 25 : effectifs des MG libéraux en fonction de la zone d'exercice pour l'UFR Limoges

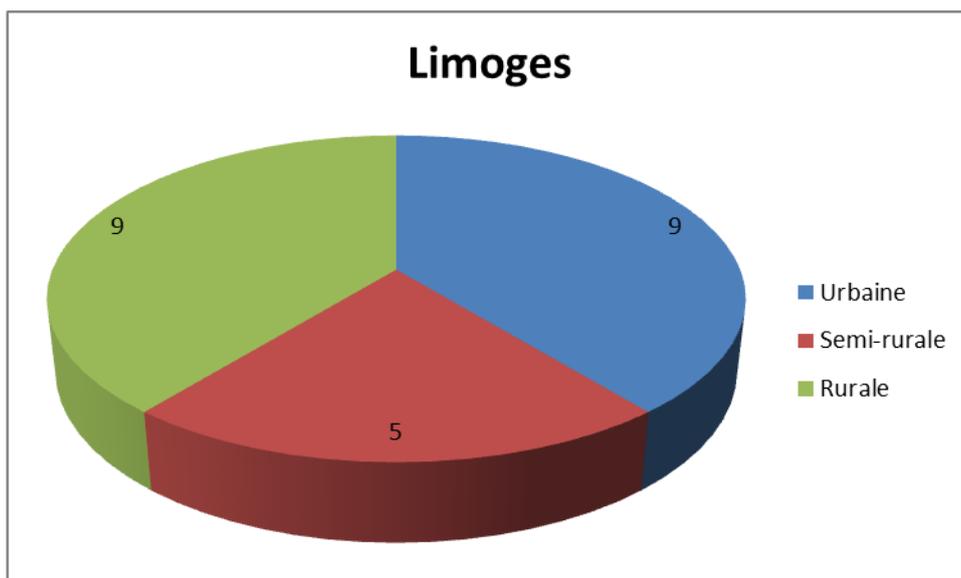


Figure 26 : effectifs des MG libéraux en fonction de la zone d'exercice pour l'UFR Bordeaux

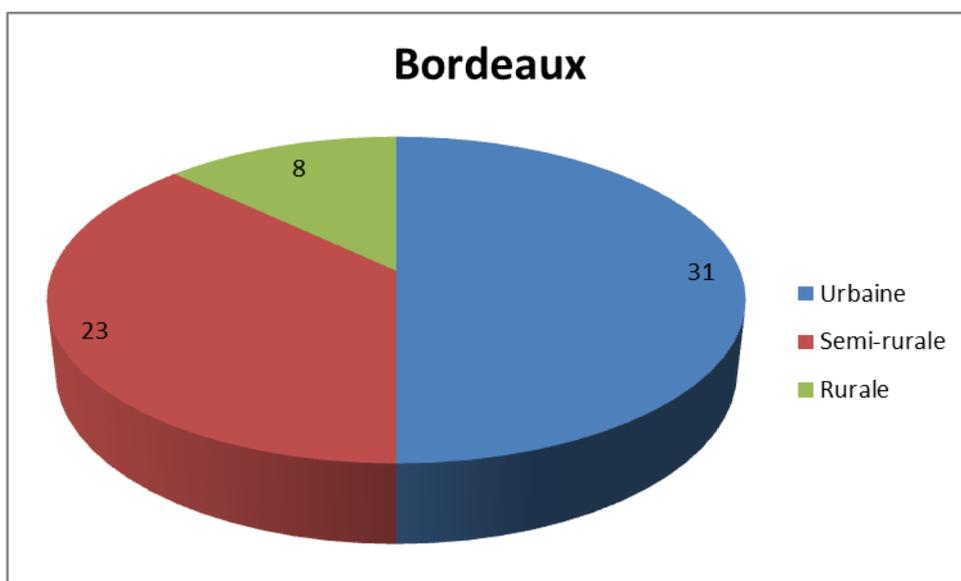
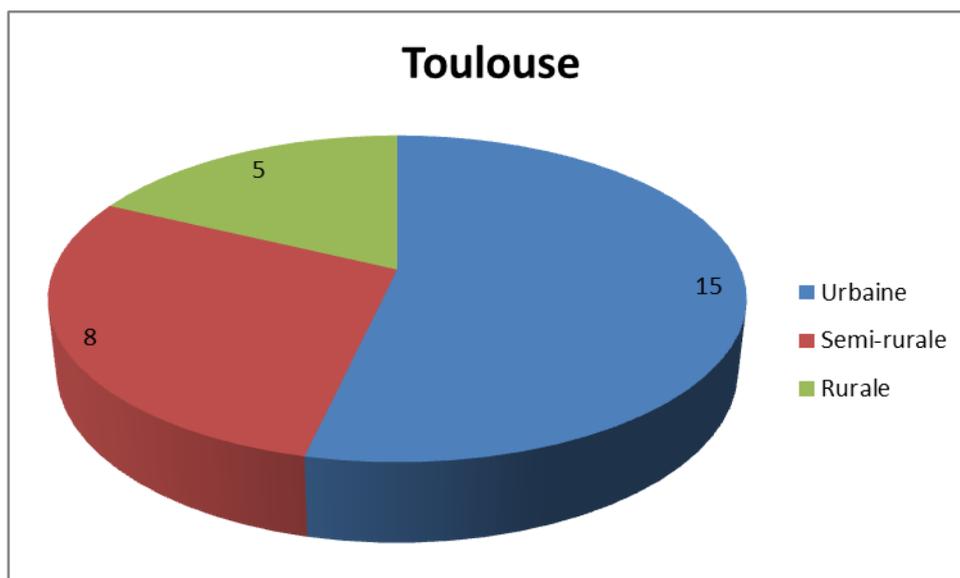


Figure 27 : effectifs des MG libéraux en fonction de la zone d'exercice pour l'UFR Toulouse



L'exercice en milieu urbain est le plus prisé par les MG (Tableau 13, Tableau 14 et Figure 24 à Figure 27).

Tableau 15 : répartition des MG libéraux selon le mode d'exercice et le sexe

	Femmes	Hommes
Seul	9 (8%)	13 (11,5%)
Groupe	44 (38,9%)	47 (41,6%)

$p=0,53$

91 MG exercent en groupe (44 femmes et 47 hommes)

22 MG exercent seuls (9 femmes et 13 hommes)

83 % des femmes et 78 % des hommes exercent en groupe (Tableau 15).

Figure 28 : effectifs des femmes et des hommes MG libéraux, selon le mode d'exercice

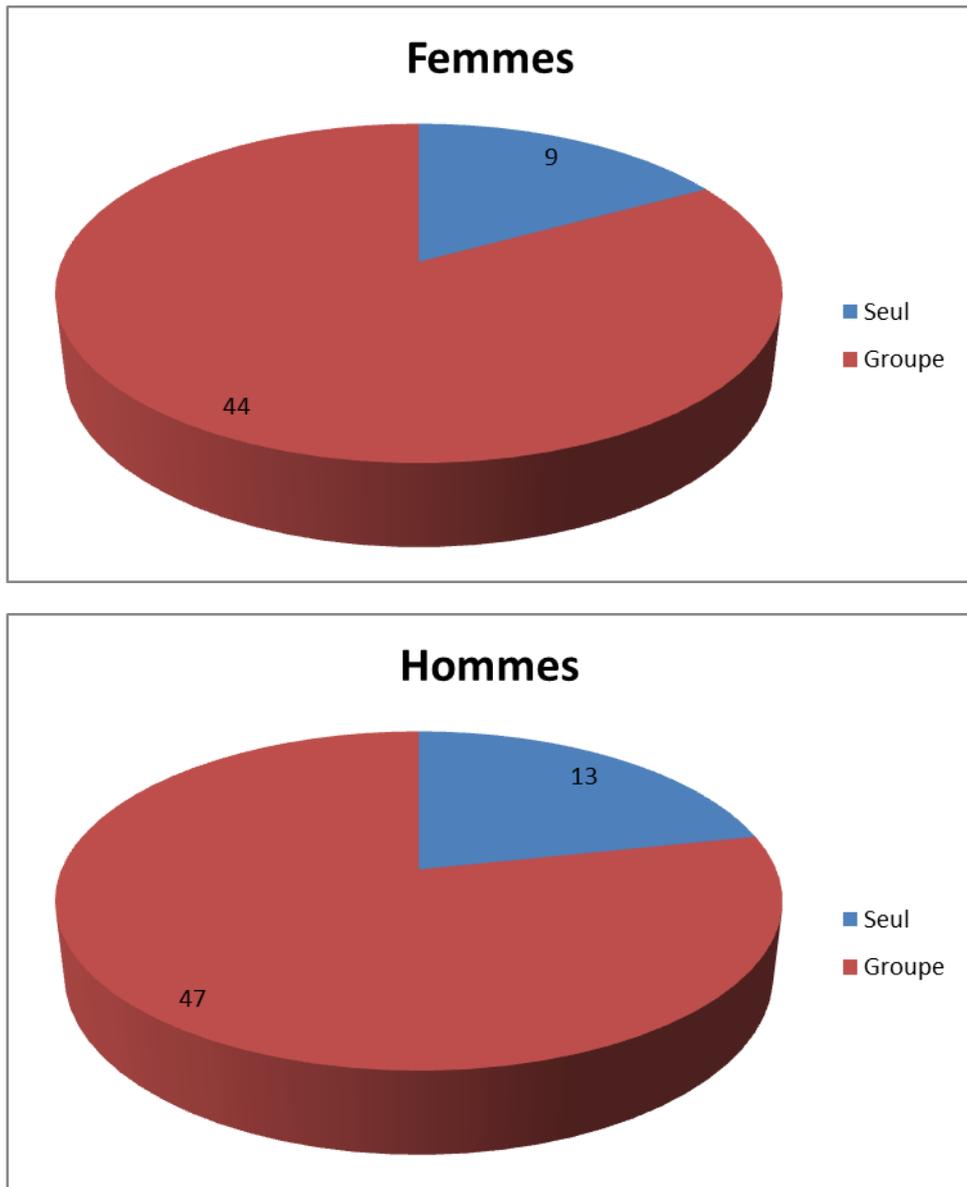


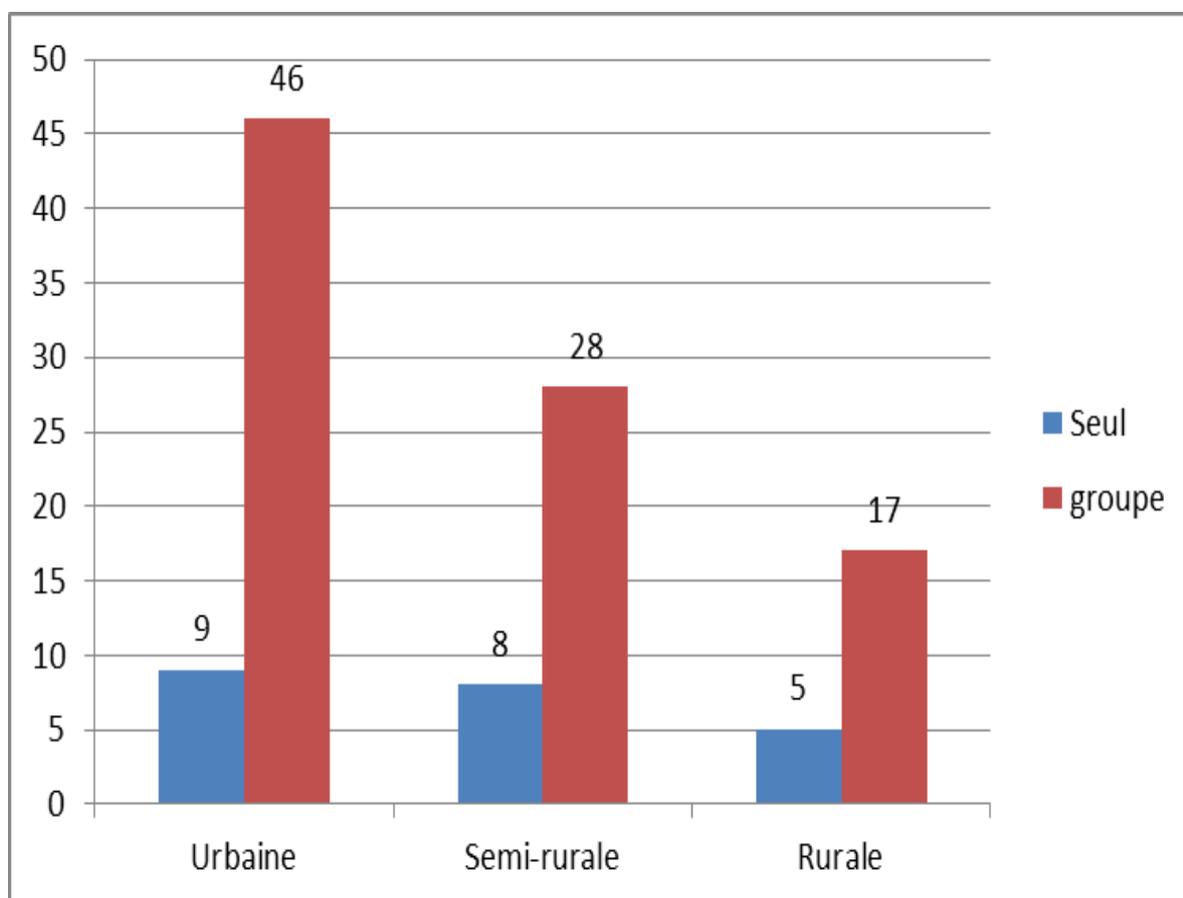
Tableau 16 : répartition du mode d'exercice en zones urbaine, semi-rurale et rurale

Zone urbaine	Effectifs	Pourcentage
Seul	9	16,4
Groupe	46	83,6

Zone semi-rurale	Effectifs	Pourcentage
Seul	8	22,2
Groupe	28	77,8

Zone rurale	Effectifs	Pourcentage
Seul	5	22,7
Groupe	17	77,3

Figure 29 : répartition des MG libéraux suivants le lieu et le mode d'exercice



$P=0,72$

83,6 % des médecins urbains	}	exercent en groupe (Tableau 16 et Figure 28, Figure 29)
77,8 % des médecins semi-ruraux	}	
77,3 % des médecins ruraux	}	

3.2.2 Âge à l'installation

Les MG libéraux de cet échantillon se sont installés en moyenne à 32,8 ans (médiane à 32), entre 26 et 43 ans.

Les femmes MG se sont installées en moyenne à 33,4 ans (médiane à 32), entre 26 et 43 ans. Les hommes MG se sont installés en moyenne à 32,2 ans (médiane à 31), entre 27 et 42 ans (n=60).

En analysant par UFR :

- Bordeaux : l'âge moyen à l'installation est de 32,7 ans (médiane à 32) avec un effectif de 62 MG entre 41 et 27
- Limoges : l'âge moyen à l'installation est de 33,3 ans (médiane à 32) avec un effectif de 23 MG entre 42 et 26 ans
- Toulouse : l'âge moyen à l'installation est de 32,5 ans (médiane à 32) avec un effectif de 28 MG entre 43 et 27 ans

3.2.3 Durée des remplacements

La durée moyenne de remplacement est de 4,3 ans (médiane à 4) :

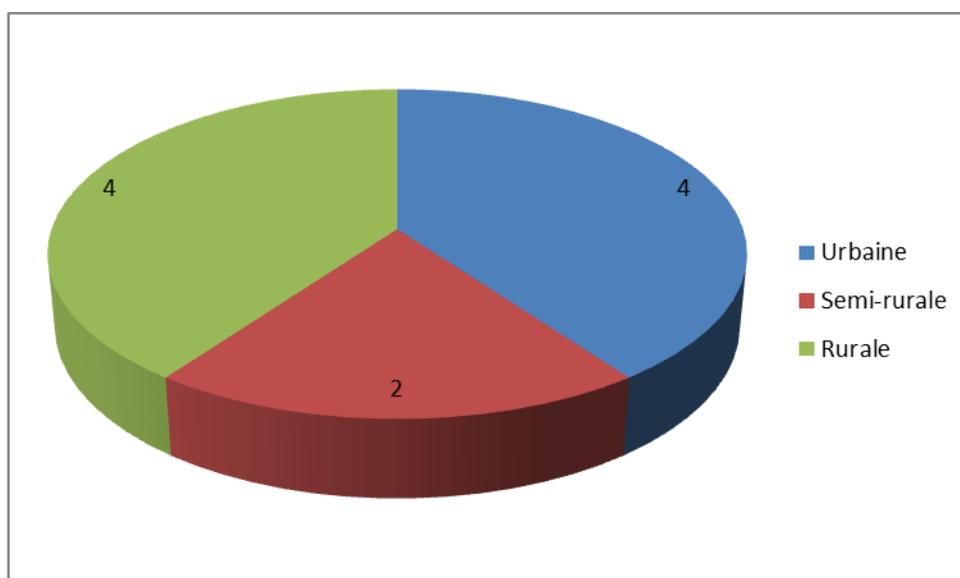
- A Limoges de 5,4 ans (médiane à 4)
- A Bordeaux de 3,8 ans (médiane à 3,5)
- A Toulouse de 4,5 ans (médiane à 4)
- Pour les femmes à 5,4 ans (médiane à 5)
- Pour les hommes à 3,3 ans (médiane à 3)

3.3 Activité mixte

Tableau 17 : zones d'exercice chez les MG ayant une activité mixte

Exercice/Zone	Urbaine	Semi-rurale	Rurale
Mixte	4 (3,5)	2 (1,8)	4 (3,5)

Figure 30 : Zones d'exercice chez les MG ayant une activité mixte



10 MG (8,8 %, 6 femmes et 4 hommes) ont une activité mixte (libéral/salarié). 2 des MG concernés exercent seuls (1,8 %) et 8 en exercice de groupe (7,1 %).

Les activités salariées sont les suivantes :

- 6 en gériatrie
- 1 en halte-garderie
- 1 en gynécologie
- 1 en centre de médecine préventive
- 1 en médecine pénitentiaire

3.4 Qualifications complémentaires

Tableau 18 : qualifications, DU-DIU, capacités

Qualifications	Effectifs
Homéopathie	8
Nutrition	5
Médecine du sport	4
Acupuncture	3
Gynécologie	2
Médecin pompier	2
Allergologie	1
Capacité de gériatrie	1
Maladies tropicales	1
Mésothérapie	1
Obésité de l'enfant	1
Thérapies cognitivo-comportementales	1

30 médecins ont une qualification complémentaire. Les principales sont l'homéopathie, la nutrition, la médecine du sport et l'acupuncture.

3.5 Association SOS médecins

4 médecins exercent à l'association SOS médecins, 3 à Bordeaux et 1 à Toulouse.

Ces 4 médecins sont des hommes âgés en moyenne de 43,5 ans, entre 42 et 45 ans.

Un de ces MG exerce également une activité libérale en cabinet.

4. MEDECINS SALARIES EXCLUSIFS

4.1 Caractéristiques démographiques

Tableau 19 : répartition des médecins salariés suivant le sexe

	Effectifs	Pourcentage
Femmes	39	53,4
Hommes	34	46,6
Total général	73	100

Figure 31 : effectifs des médecins salariés suivant le sexe

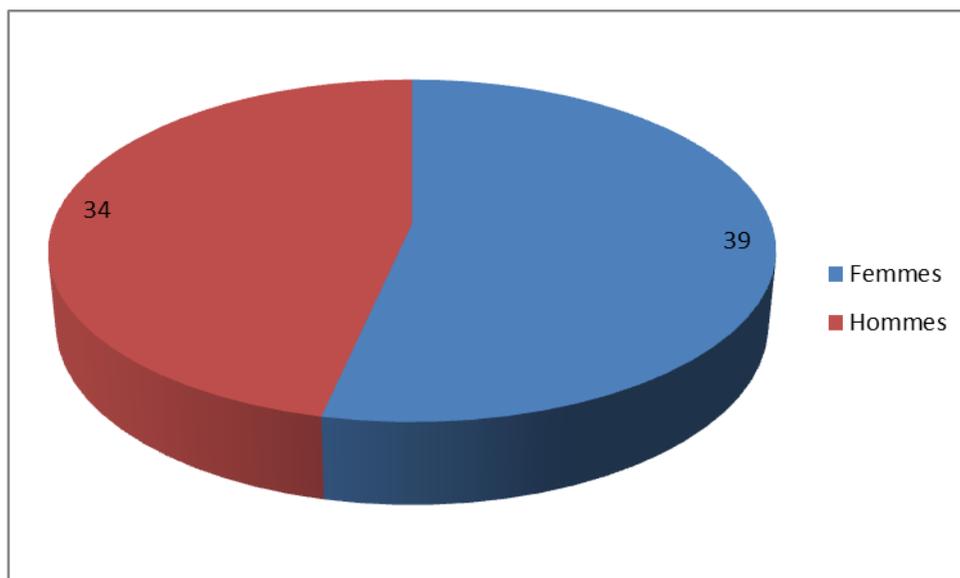


Tableau 20 : répartition des médecins salariés suivant l'UFR

Limoges	Bordeaux	Toulouse
15 (20,5)	41 (56,2)	17 (23,3)

Figure 32 : proportions des médecins salariés suivant l'UFR

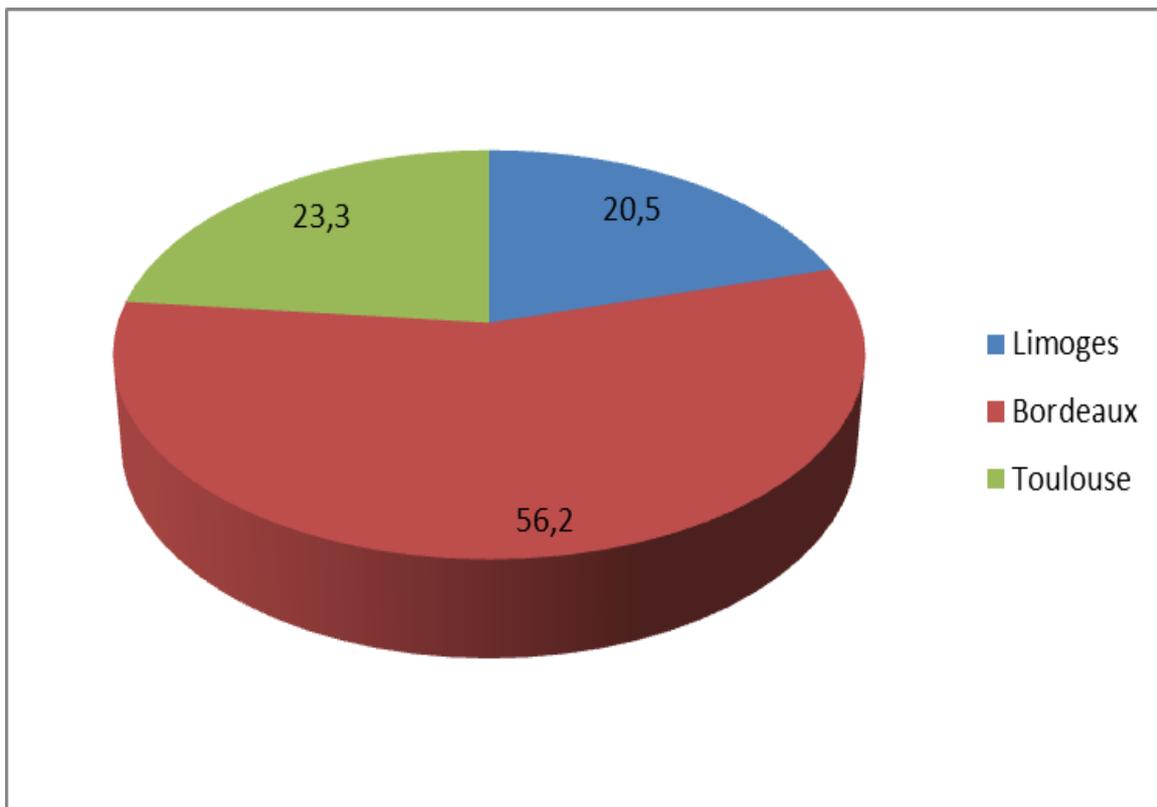
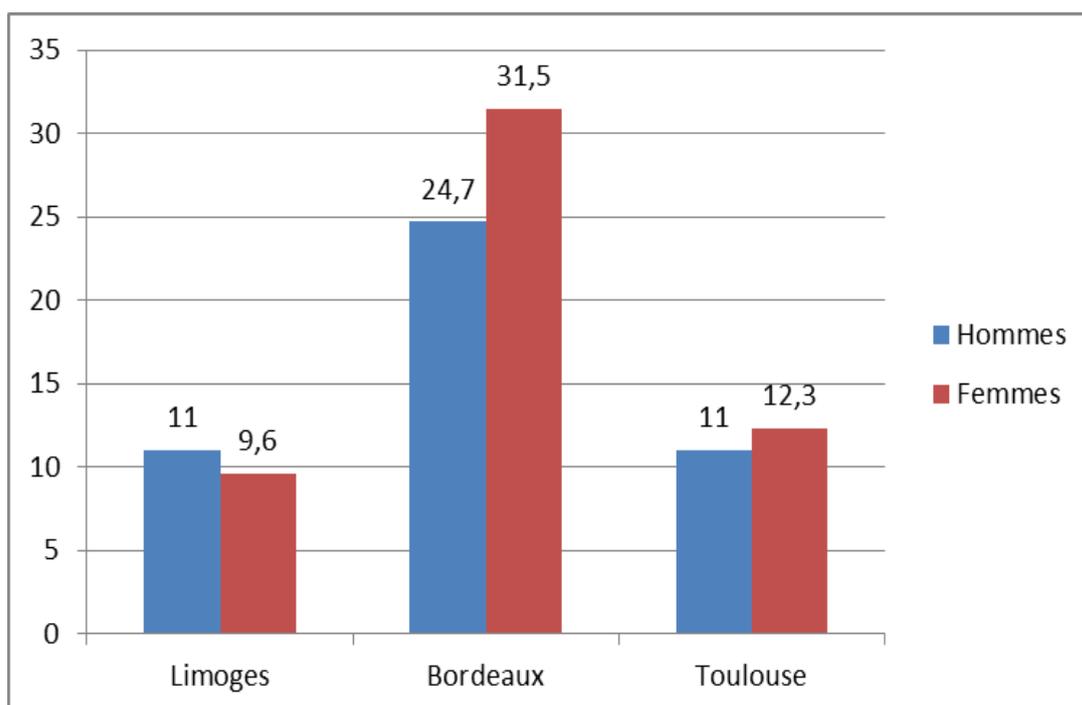


Figure 33 : proportions des médecins salariés suivant l'UFR et le sexe



35,8 % soit 73 médecins de l'échantillon ont une activité salariée exclusive.

Ces médecins ont en moyenne 42,4 ans (médiane à 42), de 40 à 49 ans, 39 sont des femmes d'un âge moyen de 41,6 ans (médiane à 41), entre 40 et 44 ans et 34 sont des hommes âgés entre 40 et 49 ans (43,4 ans en moyenne avec une médiane à 43).

- Faculté de Bordeaux : 41 médecins d'un âge moyen de 42,2 ans (médiane à 42) entre 40 et 47 ans (Tableau 20 et Figure 32, Figure 33).
- Faculté de Limoges : 15 médecins d'un âge moyen de 43,1 ans (médiane à 42) entre 49 et 40 ans (Tableau 20 et Figure 32, Figure 33).
- Facultés de Toulouse : 17 médecins d'un âge moyen de 42,2 ans (médiane à 42) entre 40 et 44 ans (Tableau 20 et Figure 32, Figure 33).

Figure 34 : effectifs des différentes catégories de médecins salariés

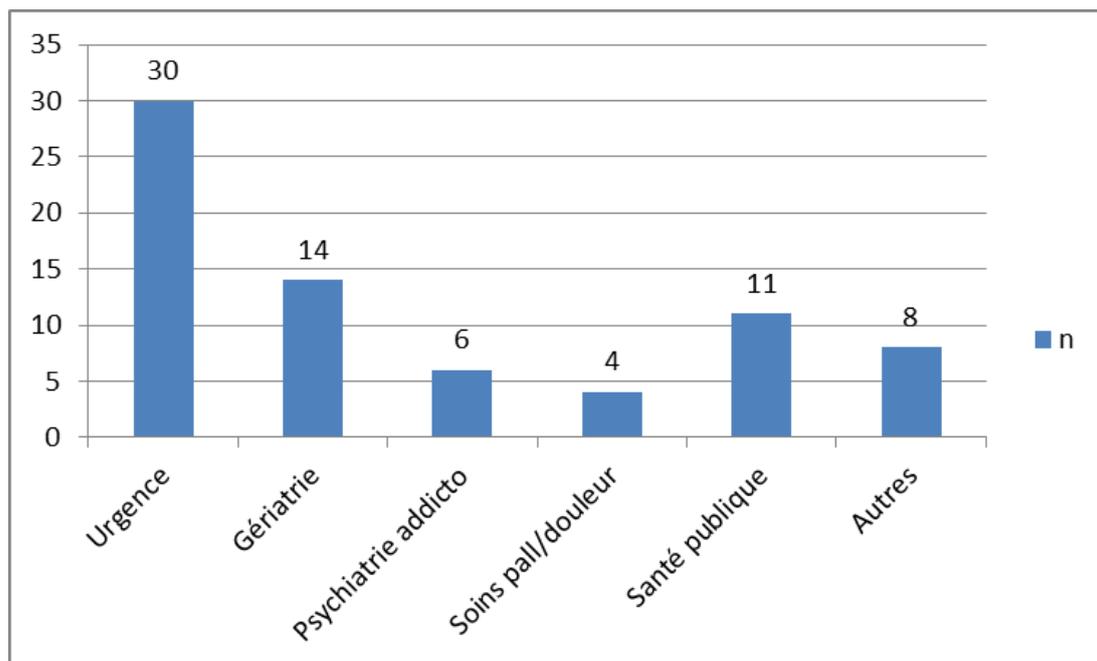


Figure 35 : proportions des médecins selon le sexe et la catégorie salariée

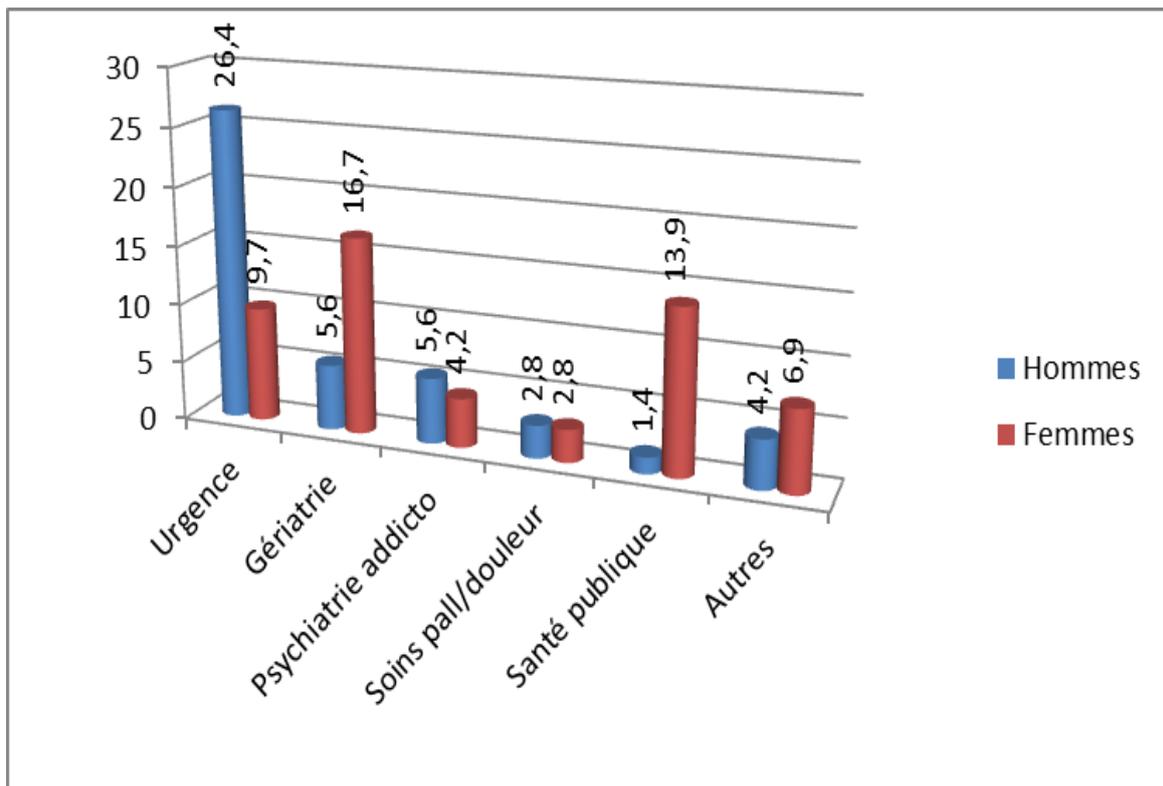
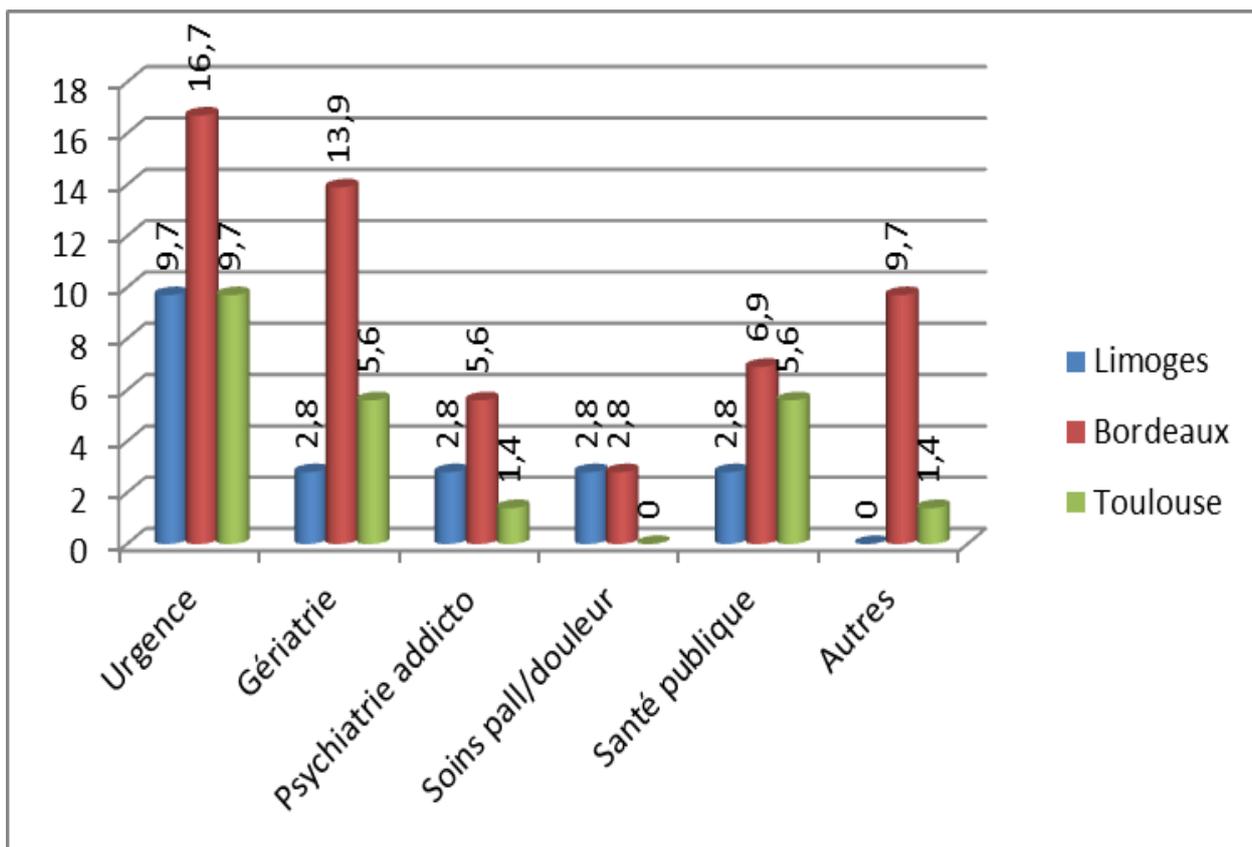


Figure 36 : proportions des médecins selon l'UFR et la catégories salariée



Les 73 médecins en exercice salarié exclusif ont les spécialités suivantes, regroupés en 6 catégories (Figure 34 à Figure 36) :

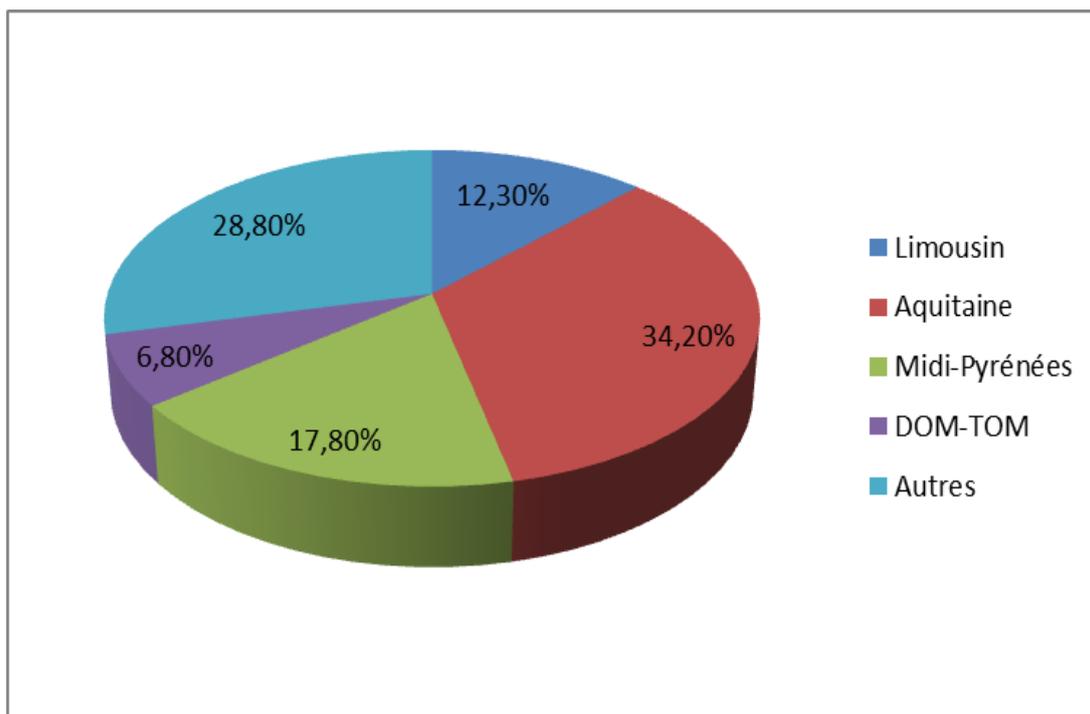
- Urgences : 30 médecins d'âge moyen de 42,8 (médiane à 43) entre 40 et 49 ans.
- Gériatrie : 14 médecins d'âge moyen de 41,9 (médiane à 42) entre 40 et 44 ans.
- Psychiatrie/addictologie : 6 médecins d'âge moyen de 42,1 (médiane à 42) entre 41 et 46.

- Soins palliatifs/douleur : 4 médecins d'âge moyen de 44 ans (médiane à 44) entre 41 et 47 ans.
- Santé publique : 11 médecins d'âge moyen de 41,7 (médiane à 42) entre 40 et 44 ans.
- Autres (Tableau 21) : 8 médecins d'âge moyen de 42,1 ans (médiane à 41,5) entre 40 et 45 ans.

Tableau 21 : effectifs de la catégorie « autres »

	Effectifs
Médecin militaire	2
Anesthésie-réanimation	1
Industrie pharmaceutique	1
Médecine pénitentiaire	1
Médecine du sport	1
Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	1
Radiologue	1

Figure 37 : répartition géographique des médecins salariés



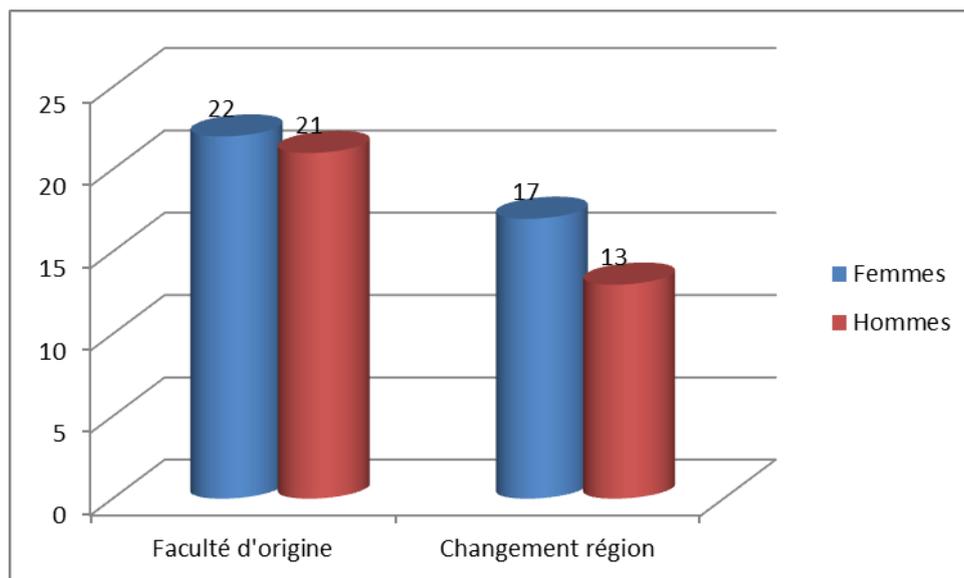
Le lieu d'activité est resté majoritairement concentré sur l'inter-région étudiée.

Tableau 22 : migration de la région de formation des médecins salariés

	Femmes	Hommes
Faculté d'origine	22 (30,1%)	21 (28,8%)
Changement région	17 (23,3%)	13 (17,8%)

$p=0,64$

Figure 38 : migration de la région de formation des médecins salariés



58,9 % des salariés soit 43 médecins (22 femmes et 21 hommes) exercent dans la région où ils ont réalisé leur première année de résidanat.

4.2 Caractéristiques professionnelles

4.2.1 Spécialités représentées : 2 exemples

60,3 % des médecins salariés ont choisi la médecine d'urgence ou la gériatrie.

4.2.1.1 Urgentistes

41,1% des médecins salariés ont choisi d'être urgentiste 20 hommes et 10 femmes (respectivement 27,4 et 13,7 %, $p=0,004$) :

16 sont originaires de l'UFR de Bordeaux (21,9 %) avec $p=0,87$

7 sont originaires de l'UFR de Limoges (9,6 %)

61

7 sont originaires de l'UFR de Toulouse (9,6%).

4.2.1.2 Gériatres

19,2 % des effectifs salariés ont choisi d'être gériatres avec 11 femmes et 3 hommes (respectivement 15,1 et 4,1 %, $p=0,036$) :

9 sont originaires de l'UFR de Bordeaux (12,3 %) avec $p=0,4$

1 est originaire de l'UFR de Limoges (1,4 %)

4 sont originaires de l'UFR de Toulouse (5,5 %).

4.2.2 Début de l'activité

Les médecins salariés exclusifs ont commencé leur activité à 31,7 ans (médiane à 31), entre 26 et 44 ans.

Les femmes ont commencé leur activité à 31,6 ans (médiane à 31) entre 26 et 42 ans.

Les hommes ont commencé leur activité à 31,8 ans (médiane à 30,5), entre 26 et 44 ans.

UFR Bordeaux : âge moyen de 31,7 ans (médiane à 32) entre 26 et 44 ans.

UFR Limoges : âge moyen de 33,1 ans (médiane à 31) entre 28 et 43 ans.

UFR Toulouse : âge moyen de 30,5 ans (médiane à 30) entre 26 et 42 ans.

4.2.3 Remplacements

La durée moyenne des remplacements libéraux de ces médecins salariés est de 2 ans (médiane à 1), de 0 à 11 ans.

5. CHANGEMENT DE PARCOURS PROFESSIONNEL

5.1 Qui ?

Tableau 23 : effectifs des médecins ayant changé leur activité, en fonction de l'UFR

	Salarié puis libéral	Libéral puis salarié	Salarié puis remplaçant urgentiste
Limoges	2	1	0
Bordeaux	8	1	1
Toulouse	1	3	0

Tableau 24 : effectifs des médecins ayant changé leur activité, en fonction du sexe

	Salarié puis libéral	Libéral puis salarié	Salarié puis remplaçant urgentiste
Femmes	5	4	1
Hommes	6	1	0

Une modification du parcours professionnel a été effectuée par 17 médecins de l'échantillon soit 8,3 % des médecins répondants, âgés entre 41 et 47 avec 43 ans d'âge moyen.

5.1.1 Médecins salariés devenus MG libéraux

Les 11 exercices salariés retrouvés sont :

- 7 Urgentistes
- 2 médecins travaillant en médecine du travail ou santé publique
- 1 médecin militaire
- Non précisé : 1

5.1.2 MG libéraux devenus salariés

5 MG libéraux sont devenus, en statut salarié :

- Urgentistes : 2
- Gériatres : 2
- Médecin-conseil CPAM : 1

5.2 Pourquoi un changement de parcours professionnels ?

Les motifs ayant décidé 5 MG libéraux à préférer une activité salariée sont les suivants :

- La lassitude
- La gestion et ses contraintes (comptabilité/administratif)
- Le manque de travail en équipe

- Le choix de privilégier la vie de famille (rythme de travail, horaires)
- La mésentente avec les associés
- La rémunération

6. REMPLAÇANTS

Tableau 25 : effectifs des médecins remplaçants.

	Limoges	Bordeaux	Toulouse
Femmes	0	2	0
Hommes	0	1	1

4 médecins exercent une activité de remplacement : 3 sont remplaçants en médecine générale libérale et 1 est remplaçante urgentiste (UFR Bordeaux).

L'âge moyen est de 46,7 ans s'étalant de 41 à 57 ans.

7. MEDECINS LIBERAUX NON MG DE PREMIER RECOURS

Tableau 26 : effectifs des médecins libéraux non MG premier recours

	Limoges	Bordeaux	Toulouse
Femmes	0	2	0
Hommes	2	5	2

5,4 % des médecins de l'échantillon principal sont concernés, âgés entre 40 et 46 ans, avec 42,3 ans en moyenne.

Les orientations et spécialités exercées sont les suivantes :

- Biologie : 3
- Urgences : 3
- Ostéopathie : 2
- Psychiatrie : 1
- Chirurgie viscérale : 1
- Médecine vasculaire : 1

8. ACTIVITE MIXTE HORS MG

Tableau 27 : effectifs ayant une activité mixte sans activité de médecine générale

	Limoges	Bordeaux	Toulouse
Femmes	0	0	0
Hommes	2	0	1

1,5 % de l'échantillon. Age moyen 45,7 ans, entre 41 et 54 ans

Les orientations et spécialités exercées sont les suivantes :

- Cardiologie : 1
- Chirurgie viscérale : 1
- Médecine vasculaire : 1

9. MEDECINS ENVISAGEANT DES MODIFICATIONS PROFESSIONNELLES

14,7 % des médecins de l'échantillon envisagent une modification de leur activité professionnelle.

- 14 médecins envisagent une qualification complémentaire
- 3 médecins veulent devenir maître de stage
- 3 médecins souhaitent débiter une activité libérale
- 2 médecins souhaitent débiter une activité salariée
- 2 médecins souhaitent une activité mixte
- 2 médecins envisagent une activité exclusive de remplacement
- 2 médecins envisagent de travailler moins
- 1 médecin envisage de s'associer
- 1 médecin envisage d'arrêter la médecine

DISCUSSION

1. METHODOLOGIE

1.1 L'enquête

Notre questionnaire s'est voulu d'emblée court et rapide à réaliser et c'est un de ses points forts. De toute évidence, cet avantage, associé au principe de l'anonymat, a favorisé une bonne adhésion à notre enquête.

La possibilité de choisir entre la voie postale ou la voie électronique pour réaliser le questionnaire, et surtout la période de relance téléphonique, ont permis d'augmenter le taux de participation.

Toutefois, la brièveté du questionnaire n'a pas permis d'explicitier certaines données sociales (situation familiale, revenu), et certaines des questions ayant trait aux représentations de l'exercice médical, se bornant à recueillir des données plus factuelles.

Un biais concerne l'UFR de Bordeaux. Certains résidents ont été inscrits dans cet UFR mais sont originaires d'une autre UFR (de l'inter-région ou non). La venue de ces internes, dont le nombre reste difficile à préciser, s'explique par la volonté de ces étudiants de réaliser un semestre de stage dans les DOM-TOM avec un retour à l'UFR d'origine à la fin du semestre.

Le déroulement du 3ème cycle de médecine générale dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer comporte des différences notables par rapport à

celui de la métropole. En effet, l'affectation des étudiants venant de toutes les facultés de médecine métropolitaines, le suivi de leur cursus, leur encadrement pédagogique s'effectuent sous la responsabilité de l'université Bordeaux II, et plus particulièrement de sa mission DOM-TOM, en liaison avec les structures sanitaires de la Réunion, de Nouvelle-Calédonie et de Polynésie. Les Antilles et la Guyane sont sous la responsabilité conjointe de l'université des Antilles et de la Guyane [9].

L'effectif de ces résidents (dont l'UFR d'origine est inconnue), inscrits transitoirement à l'UFR Bordeaux, reste minoritaire mais doit être pris en considération pour l'interprétation des résultats.

1.2 Les réponses

Tableau 28 : taux de réponses sur travaux comparables

	Période	Base de données	Régions	Population	Echantillon	Taux de réponses
Notre travail	2012	1ère année de résidanat 95-96	Inter-région Sud-Ouest	288	204	70,80%
L. Guillot [10]	2007	1ère et 3ème années d'internat 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, et nouveaux médecins inscrits de 2005 à 2007	Limousin	206	122	59,20%
B. Frou [11]	2006	étudiants ayant soutenu leur thèse entre 2002 et 2004	Lyon	364	206	56,60%
C. Vartanian [12]	2003	1ère année de résidanat entre 95 et 98	Paris 7 (UFR Xavier Bichat)	247	135	54,70%
Y. Badarelle [13]	2004	1ère année de résidanat entre 92 et 2001	Caen	456	213	46,70%

Avec 70,8 % de réponses soit 204 médecins répondants, la taille de l'échantillon paraît suffisante pour évaluer les différentes tendances de notre étude.

En effet, comparativement à d'autres travaux qui se sont intéressés à l'évolution socio-professionnelle des médecins, notre taux de réponses se situe en bonne place (Tableau 28). Notre taux de participation aurait pu être amélioré en prenant en compte les 24 réponses parvenues au-delà de la fin de notre étude (Tableau 2 page 22).

1.3 Représentativité de l'échantillon

1.3.1 En fonction du sexe

Globalement, les deux sexes sont correctement représentés par rapport à la population cible de 288 résidents (Figure 3 page 25).

Toutefois, nous constatons que, comparativement à la population cible, le sous-échantillon des femmes est sensiblement plus représenté (47 %) que le sous-échantillon des hommes mais la différence n'est pas statistiquement significative ($p=0,4$).

En 2012, les femmes représentent 41 % des médecins généralistes à l'échelle nationale [8].

La population cible et notre échantillon sont respectivement plus féminisées qu'au niveau national tout âge confondu.

1.3.2 En fonction de l'UFR

La répartition des répondants en fonction de l'UFR est globalement comparable, avec néanmoins une sur-représentation de l'échantillon par rapport à la population globale sur les effectifs de l'UFR de Limoges et une sous-représentation sur les effectifs de l'UFR de Bordeaux (Figure 4 page 26). Toutefois, les différences restent statistiquement non significatives avec $p=0,07$.

Les femmes sont légèrement sur-représentées dans notre échantillon pour l'UFR de Limoges avec 11,3% contre 9% dans la population globale mais la différence n'est pas statistiquement significative avec $p=0,37$ (Figure 5 à Figure 11, pages 27 à 30).

Les hommes sont légèrement sous-représentés dans notre échantillon pour l'UFR de Bordeaux avec 28,4% contre 32,3% dans la population globale mais la différence n'est pas statistiquement significative avec $p=0,13$ (Figure 5 à Figure 11 pages 27 à 30).

Compte-tenu des données précédentes, notre échantillon paraît représentatif de la population cible, la promotion 1995 - 1996 de 288 étudiants entrés en internat de médecine générale sur l'inter-région Sud-Ouest.

2. CARACTERISTIQUES

2.1 Echantillon

L'âge moyen est de 42,5 ans avec un début d'activité à 32,5 ans en moyenne. Les hommes sont en moyenne plus âgés que les femmes (1,6 ans de différence). La durée moyenne de remplacement est de 3,4 ans.

L'âge moyen des médecins au niveau national est de 52 ans [8]. Les médecins interrogés sont donc plus jeunes de 10 ans que la population médicale nationale. Le recul est toutefois suffisant pour apprécier l'évolution socio-professionnelle des répondants après 13 ans d'exercice.

67% des médecins originaires de l'UFR de Limoges exercent dans la région Limousin.

68% des médecins originaires de l'UFR de Bordeaux exercent dans la région Aquitaine.

86% des médecins originaires des UFR de Toulouse exercent dans la région Midi-Pyrénées.

On observe donc une migration plus importante des médecins des UFR de Limoges et Bordeaux comparativement aux médecins des UFR de Toulouse avec $p=0,0496$ (Tableau 5, Tableau 7 et Figure 13, Figure 15, pages 31, 32, 34 et 35).

Globalement, l'installation professionnelle a eu lieu de façon majoritaire (2/3 des médecins interrogés) dans la région d'étude représentée dans notre travail par la première année de résidanat. Près de $\frac{3}{4}$ des médecins de l'échantillon exercent dans l'inter-région Sud-Ouest (Carte 1 et Carte 2, pages 35 et 36).

Moins de 2/3 des médecins de l'échantillon ont un exercice libéral exclusif tandis qu'1/3 ont un exercice salarié exclusif (Tableau 8 et Figure 16 pages 37 et 38).

On constate que les médecins femmes s'orientent davantage que les hommes, vers un exercice salarié. Près de la moitié des femmes ont en effet un exercice libéral, alors que 2/3 des hommes sont médecins libéraux dans notre échantillon. Les différences observées de répartition entre chaque activité (libérale, salariée, mixte et remplacements), en fonction du sexe, ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,54$) (Tableau 9, Figure 17 et Figure 18, pages 38 et 39).

Les différences observées de répartition entre chaque activité (libérale, salariée, mixte et remplacements), en fonction de l'UFR, ne sont pas statistiquement significatives ($p=0,37$) (Tableau 10 page 40).

2.2 MG libéraux

L'exercice libéral de la médecine générale dans notre échantillon est majoritaire avec 55,4% des médecins : 53,1% d'hommes contre 46,9% de femmes. Au niveau national 59,7 % de médecins généralistes exercent en secteur libéral exclusif soit une diminution des effectifs de 5,5% en 5 ans [8].

Les médecins de cet échantillon exercent donc moins en secteur libéral que les MG français tout âge confondu. Ceci confirme la tendance d'une baisse d'installation en secteur libéral des jeunes générations.

L'installation géographique des MG libéraux est en grande partie concentrée sur l'inter-région Sud-Ouest (Figure 21 page 42). 86 médecins soit 76,1 % des MG libéraux exercent dans la région où ils ont réalisé leur première année de résidanat. Aucun lien de significativité statistique n'est mis évidence avec le sexe (40 femmes et 46 hommes $p=0,84$). Par contre, en prenant en compte l'UFR d'origine, la différence est statistiquement significative (Figure 22 page 43) : on constate globalement un exercice majoritaire dans la région de l'UFR d'origine. Mais 14% des MG libéraux issus des UFR de Toulouse se sont installés dans une autre région, comparativement aux MG libéraux issus des UFR de Bordeaux avec 27% et Limoges avec 26% ($p=0,016$).

Il apparaît que les médecins libéraux ayant effectué leur 3^{ème} cycle de médecine générale dans les UFR de Toulouse sont moins mobiles que leurs confrères de l'inter région Sud Ouest.

8,8% des MG libéraux de l'échantillon déclarent une **activité mixte** avec un exercice salarié de la gériatrie de façon prépondérante alors qu'on compte seulement 6% d'activité mixte sur la population de MG en France [8].

Cette tendance de cette génération plus jeune correspond-elle à un désir de s'assurer un complément de revenus par un salaire fixe ou bien à un désir de s'impliquer davantage dans les structures de soins ?

Notre enquête n'ayant pas exploré les motivations de ces médecins à exercice mixte ne peut répondre à cette question. Si un autre travail devait être mené, il serait intéressant d'explorer les motivations des médecins à exercice mixte.

L'installation libérale des médecins de notre échantillon s'effectue en moyenne à 32,8 ans pour une durée moyenne de remplacement de 4,3 ans. L'installation des femmes intervient sensiblement plus tard que celle des hommes (33,4 ans contre 32,2 ans). Nous remarquons que les durées moyennes de remplacement vont de 5,4 ans pour l'UFR Limoges à 3,8 ans pour Bordeaux. Nous constatons que les femmes remplacent plus longtemps que les hommes avec 5,4 ans contre 3,3 ans (+2,1 ans en moyenne).

En France, la durée moyenne de remplacement est de 2,6 ans avec une installation plus rapide des hommes par rapport aux femmes. La durée de remplacement est toutefois très variable d'une région à l'autre [8].

Les médecins de notre échantillon se sont installés moins rapidement que la moyenne nationale tout âge confondu et ont donc exercé une activité de remplacement plus longtemps. Est-ce une tendance de cette génération plus jeune à différer l'installation professionnelle et pour quelles raisons ?

Les travaux de B. Frou et Y. Badarelle [11,13] indiquent que les obligations familiales fortes en début de carrière amènent souvent les médecins femmes à différer leur installation. Le temps partiel est aussi plus répandu dans la population féminine [11,13].

Parmi ces MG libéraux, 4 hommes travaillent dans la structure privée SOS médecins.

Les médecins de notre échantillon ayant un **Mode d'Exercice Particulier** (MEP) déclaré représentent 23 % des MG libéraux. Les principaux MEP représentés sont l'homéopathie, la nutrition, la médecine du sport, l'acupuncture.

L'ONDPS signale qu'en 2005, la France comptait 6673 MG libéraux déclarant un MEP sur un total de 60975 MG libéraux. Autrement dit, 11% des MG libéraux ont un MEP déclaré en France en 2005 [1].

Les médecins généralistes de notre échantillon exercent 2 fois plus souvent que la moyenne nationale un MEP. Est-ce la encore une tendance de cette jeune génération à délaissé l'exercice de la médecine générale dite « traditionnelle » au profit d'autres types d'exercice ? Et avec quelles motivations ? Le questionnaire de notre enquête ne permet pas de répondre à ces questions qu'il serait intéressant d'explorer pour l'avenir.

Concernant le **lieu d'exercice**, l'attribution des dénominations de zones « urbaine », « semi-rurale » et « rurale » s'est réalisée par le médecin interrogé lui-même. Il n'y a pas de différence de répartition entre chaque zone d'exercice, selon que les médecins exercent seuls ou en groupes. Néanmoins, les praticiens exerçant en groupe sont le plus souvent installés en zone urbaine, voire semi-rurale, que les praticiens seuls, minoritaires, mais répartis dans les 3 zones de façon équilibrée (Figure 29 page 49).

Dans notre échantillon, le lieu d'installation se réalise de façon massive en zone urbaine et dans une moindre mesure en zone semi-rurale, dans un cabinet de groupe. 83 % des femmes et 78 % des hommes exercent en groupe ($p=0,53$). Le choix du lieu d'installation et du mode d'exercice (groupé ou seul) n'est pas lié au sexe (Tableau 15 et Figure 23, Figure 28 pages 44, 47 et 48).

La méthode d'attribution des zones « urbaine », « semi-rurale » et « rurale » pouvant paraître trop empirique, voire arbitraire, nous nous sommes intéressés aux **Zones de Revitalisation Rurale** (ZRR) correspondant à des territoires ruraux présentant des difficultés définies par des critères objectifs démographiques, socio-économiques et institutionnels. Ce zonage permet l'instauration d'avantages fiscaux lors de la création, ou la reprise, d'entreprises [14,15].

Il est alors apparu que 18 répondants soit 15,9% des MG libéraux sont installés en ZRR, soit 11 femmes et 7 hommes, avec 9 MG libéraux formés à l'UFR Limoges, 6 MG libéraux formés à l'UFR Bordeaux et 2 MG libéraux formés aux UFR de Toulouse. Les médecins limousins et les médecins femmes de notre échantillon n'ont pas hésité à s'installer dans ces ZRR. Par contre, nous ne connaissons pas leurs caractéristiques sociales et familiales.

A noter que 19,5% des répondants ont déclaré exercer en zone rurale (Tableau 13 page 44).

2.3 Salariés exclusifs

Dans les données nationales du CNOM de 2012, le mode d'exercice salarié enregistre une hausse de 2,6% de ses effectifs entre le 1er janvier 2007 et le 1er janvier 2012 [8]. La France totalise ainsi 31627 MG salariés soit 34,2% des MG, au 1^{er} janvier 2012 [8].

Dans notre échantillon, la population salariée représente 35,8% des médecins, âgées en moyenne de 42,4 ans, constituée à 53,4% de femmes et à 46,6% d'hommes (Tableau 19 page 53). Donc les femmes s'orientent plus que les hommes vers l'exercice salarié et ces femmes sont plus jeunes que les hommes avec une différence de 1,8 ans. Nous ne savons pas si les femmes de la population cible sont plus jeunes en moyenne que leurs confrères masculins.

On constate que les médecins femmes sont plus nombreuses à avoir changé de région comparativement aux médecins hommes sans que la différence soit statistiquement significative avec $p=0,64$ (Tableau 22 et Figure 38 pages 60 et 61).

Les **urgentistes** de l'échantillon représentent 41,1% des médecins salariés avec une majorité de 20 hommes pour 10 femmes ($p=0,004$). Ceci montre la forte attirance des médecins hommes pour cette activité comparativement à leurs consoeurs. Dans notre travail, 2/3 des médecins urgentistes salariés sont des hommes.

Les **gériatres** représentent 19,2 % des médecins salariés avec une majorité de 11 femmes pour 3 hommes ($p=0,036$). Ici, ce sont les médecins femmes qui sont très attirées par cette activité. Dans cette enquête $\frac{3}{4}$ des médecins gériatres salariées sont des femmes.

Les médecins de **santé publique** représentent près de 14 % des médecins salariés soit 11 médecins dont un seul homme. Là encore ce sont les médecins femmes qui sont attirées par cette activité.

Le **début d'activité** des médecins salariés se produit de façon plus précoce avec un âge moyen à 31,7 ans soit -1,1 ans par rapport au sous-échantillon des MG libéraux. La durée de remplacement est bien sûr comparativement plus courte en moyenne, avec 2 ans. Les femmes commencent leur salariat au même âge que les hommes alors que les MG libéraux femmes s'installent 1,2 ans après les hommes. Au niveau national, la durée de remplacement est de 2,4 ans [8]. Donc, les médecins salariés de notre échantillon ont commencé leur salariat plus tôt que la moyenne nationale.

Ces données confirment la tendance des plus jeunes générations à se diriger de plus en plus tôt vers le salariat aux dépens de l'installation libérale. Est-ce due à la féminisation de la profession médicale ? Les données de notre échantillon permettent de répondre par l'affirmative à cette question. Mais les aspirations de ces jeunes médecins tout sexe confondu sont sans doute différentes de celles de leurs aînés.

2.4 Evolution du parcours professionnel

8,3 % des médecins de l'échantillon soit 17 médecins ont déjà changé de parcours professionnel.

64,7% de ces médecins, soit 11 médecins dont 7 urgentistes, ont arrêté leur activité salariée pour la MG libérale en cabinet dit « traditionnel ». Malheureusement, notre questionnaire n'a pas permis de mettre en évidence les motifs d'une telle évolution. Il serait intéressant si une autre étude devait être menée d'interroger les médecins de façon plus précise sur leurs motivations au changement. Enfin dans notre enquête, il est apparu qu'en cas d'arrêt de l'activité salariée pour le monde libéral, il s'est agi principalement d'urgentistes.

Une des raisons d'un tel arrêt peut se trouver dans les travaux de B. Frou et Y. Badarelle [11,13] qui indiquent que l'exercice salarié constitue dans une certaine mesure une solution d'attente vers une installation libérale. Toutefois, la notion de stress professionnel inhérent au métier d'urgentiste, joue vraisemblablement un rôle dans la décision d'arrêter d'exercer cette profession salariée.

Dans notre enquête un médecin a quitté une activité salariée pour devenir médecin remplaçant.

29,4% des médecins ayant changé de parcours professionnel, ont quitté la MG libérale pour une activité salariée. Ce sont plus souvent des femmes. Les disciplines salariées plébiscitées ont été les urgences, la gériatrie, et une seule fois un emploi de médecin-conseil CPAM. Les motifs invoqués sont les suivants : la lassitude, une gestion comptable ou administrative lourde, un

manque de travail en équipe, une mésentente entre associés, le souhait de privilégier la vie de famille en s'imposant un rythme de travail moins restrictif, la rémunération.

Donc dans notre échantillon, il y a 2 fois plus de médecins qui ont quitté l'exercice salarié en faveur d'un exercice libéral que l'inverse. En fait dans la population étudiée, les médecins salariés ont le risque ou la chance de changer de secteur d'exercice 4 fois plus souvent que les médecins libéraux. En serait-il de même si on étudiait une population de médecins âgés de 50 ans, après une vingtaine d'années d'exercice ? Il serait intéressant de mener un travail sur cette tranche d'âge.

Une femme médecin salariée sur 8 se réoriente au cours de ses 10 premières années d'exercice vers le secteur libéral alors qu'un homme médecin salarié sur 6 en fait de même. Un urgentiste salarié sur 5 se réoriente au cours de ses 10 premières années d'exercice vers le secteur libéral en cabinet de médecine générale dite « traditionnelle ».

2.5 Remplaçants

Notre échantillon comprend 1,4% de remplaçants. A l'échelle nationale, 5972 médecins actifs exercent en tant que remplaçants de médecine générale soit 6,5% des médecins généralistes [8].

Donc notre échantillon paraît sous-représenté en médecins remplaçants. Mais il est probable que nos résultats soient sous-estimés en raison d'un biais de recrutement. En effet, la recherche des coordonnées a été rendue difficile pour cette population de remplaçants, s'expliquant par l'impossibilité de récupérer les coordonnées précises en consultant l'annuaire en ligne du CNOM, l'annuaire des particuliers, ou en contactant directement par téléphone ou mail les CDOM concernés ou le CNOM. En dernier recours, les recommandations de la CNIL nous imposaient d'adresser via le CNOM ou le CDOM, un courrier postal comportant notre enquête sous enveloppe cachetée. Les différents Conseils se chargeaient alors de l'envoi à l'adresse personnel du remplaçant.

Ces différentes méthodes sont sans doute des freins et n'ont pas permis un recrutement important des remplaçants existant sur la base de données initiale.

Toutefois il est probable qu'au niveau national les médecins remplaçants soient beaucoup plus jeune en moyenne que les médecins de notre population cible.

2.6 Médecins libéraux et mixtes non MG de premier recours

14 médecins sur 204 soit 7% des anciens résidents de médecine générale ont changé d'orientation ou se sont qualifiés pour une autre spécialité que la médecine générale. Ils ont choisi d'être urgentistes, angiologues, ostéopathes, cardiologue, psychiatre ou chirurgiens viscéraux. Pour certains, ce changement n'a pu s'effectuer qu'au cours de leur résidanat en passant le concours universitaire d'accès au troisième cycle de médecine spécialisée, ou bien en suivant une formation complémentaire pour d'autres.

2.7 Médecins envisageant des modifications professionnelles

30 médecins, soit près d'un médecin sur 7, après une dizaine d'années d'exercice prévoient une modification à l'avenir.

Sur ces 30 médecins:

un sur 2 envisage d'effectuer une formation complémentaire,

un sur 10 souhaite devenir maître de stage,

un sur 10 envisage une activité libérale,

un sur 15 envisage une activité salariée,

un sur 15 envisage une activité mixte,

un sur 15 envisage une activité exclusive de remplacement,

un sur 15 envisage de travailler moins,
un sur 30 envisage de s'associer,
un envisage même d'arrêter l'art médical.

Notre enquête révèle donc des modifications à venir dans l'exercice professionnel pour près de 15 % des médecins généralistes de cette génération 1995-1996.

CONCLUSION

Notre enquête a permis grâce à un taux de participation (70,8 % de la population cible et 204 répondants parmi les étudiants en médecine entrés en 3^{ème} cycle de médecine générale en 1995 dans l'inter-région Sud Ouest) ainsi qu'à une représentativité fort acceptable d'explicitier des données socio-professionnelles intéressantes pour notre pratique actuelle et à venir. Cette inter-région a été choisie pour son potentiel important de population, dans un territoire étendu. Historiquement il s'agissait d'une des circonscriptions de la « zone géographique Sud » pour l'ancien concours de l'internat [16], devenue à partir de 2004, l'ECN.

La population de notre enquête, plus jeune (42,5 ans en moyenne) et plus féminisée (47 % de femmes) que la moyenne des médecins français, permet un recul suffisant pour l'objectif de notre étude, à distance de la fin du cursus universitaire, et donc à un moment de la vie du médecin où ses objectifs professionnels, sociaux, familiaux ou financiers se concrétisent.

Les 2/3 des médecins de notre échantillon exercent dans la région de formation et les 3/4 sont restés dans l'inter-région Sud-Ouest où ils étaient inscrits en première année de 3^{ème} cycle de médecine générale.

Ils se sont installés en moyenne à 32,5 ans, moins rapidement que la moyenne nationale et ont donc exercé une activité de remplacement plus longtemps : 3,4 ans en moyenne. Les femmes s'installent plus tard que les hommes avec une durée de remplacement supérieure à celle des hommes, sans doute pour des raisons familiales [11,13].

L'exercice libéral de la médecine générale est prépondérant [13] soit 2/3 des médecins généralistes interrogés. Leur installation libérale s'effectue en moyenne à 32,8 ans (33,4 ans pour les femmes contre 32,2 ans pour les hommes) pour une durée moyenne de remplacement de 4,3 ans. Les médecins de cet échantillon exercent donc moins en secteur libéral que les MG français

tout âge confondu. Ceci confirme la tendance d'une baisse d'installation en secteur libéral des jeunes générations.

D'ici à 2017, les effectifs de médecins généralistes en exercice libéral vont continuer de décroître en faveur de la médecine salariée. L'augmentation des départs à la retraite ne fera qu'aggraver cette diminution d'effectifs des MG libéraux. En France, les MG sont âgés en moyenne de 52 ans, 23,4% d'entre eux sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici à 2017. En moyenne, la France enregistrera une baisse des effectifs de 7,5% de 2007 à 2017. Pour exemple, le département de la Creuse enregistre la plus forte diminution (-34%) des effectifs des MG libéraux en activité régulière, entre 2007 et 2012 [8].

Dans notre étude, l'installation libérale en zone urbaine est plébiscitée contre 15,9% des MG libéraux en Zone de Revitalisation Rurale.

Quel que soit le zonage, l'exercice en cabinet de groupe est majoritaire [13], sans lien avec le sexe. En optant préférentiellement pour l'exercice de groupe, les médecins généralistes se démarquent de leurs aînés [11,13].

D'après le travail de L. Guillot [10], quel que soit l'exercice envisagé, les jeunes médecins souhaitent vivre et exercer en zone péri-urbaine afin de concilier milieu professionnel et familial.

8,8% des MG libéraux de l'échantillon déclarent exercer une activité mixte avec un exercice salarié de la gériatrie de façon prépondérante, alors qu'on compte seulement 6% d'activité mixte sur la population de MG en France [8].

23 % des MG libéraux de l'échantillon déclarent exercer un Mode d'Exercice Particulier (MEP) alors qu'ils ne sont que 11% parmi les MG libéraux en France, en 2005, selon l'ONDPS [1]. Les principaux MEP représentés ici sont l'homéopathie, la nutrition, la médecine du sport, l'acupuncture.

Le salariat exclusif est exercé par 1/3 des médecins de l'échantillon et attire particulièrement les femmes. La féminisation de la profession explique donc en partie la préférence d'un exercice salarié au détriment d'une installation

libérale. Le début de l'activité salariée est plus précoce que l'installation en secteur libéral (respectivement 2 ans de remplacement contre 4,3 ans en moyenne). Les urgentistes (41,1% des MG salariés) sont les plus nombreux (sex ratio 2/1 en faveur des hommes). Les gériatres (19,2 % des MG salariés) compte une majorité de 11 femmes pour 3 hommes. Les médecins de santé publique (près de 14 % des MG salariés) comptent 11 médecins dont un seul homme. Ces données confirment la tendance des plus jeunes générations à se diriger de plus en plus tôt vers le salariat aux dépens de l'installation libérale.

Le travail de B. Frou [11] indique que 80% des médecins salariés exercent leurs fonctions au sein d'établissements hospitaliers et ils travaillent à 53% dans les services d'urgences et les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Une forte tendance est à la féminisation croissante des professions de santé avec un exercice préférentiel de l'exercice salarié. A l'échelle nationale, 18742 femmes sont salariées contre 12857 hommes [8,11,12].

8,3 % des médecins de l'échantillon, soit 17 médecins, ont déjà changé de parcours professionnel depuis la fin de leurs études.

2 fois sur 3, c'est un médecin salarié, le plus souvent urgentiste à l'hôpital public, qui change de secteur d'exercice au profit du secteur libéral. Les difficultés propres au métier d'urgentiste constituent probablement une des motivations pour arrêter cet exercice salarié.

Un médecin a quitté une activité salariée pour devenir médecin remplaçant.

Les médecins ayant quitté la MG libérale pour une activité salariée sont plus souvent des femmes. Elles sont devenues urgentistes ou gériatres et une fois médecin-conseil CPAM. Les motifs alors avancés sont la lassitude, une gestion comptable ou administrative lourde, un manque de travail en équipe ou plutôt une mésentente entre associés, ou encore le souhait de privilégier la vie de famille en s'imposant un rythme de travail moins restrictif, ou enfin la rémunération.

Une femme médecin salariée sur 8 se réoriente au cours de ses 10 premières années d'exercice vers le secteur libéral alors qu'un homme médecin salarié sur 6 en fait de même. Un urgentiste salarié sur 5 se réoriente au cours de ses

10 premières années d'exercice vers le secteur libéral en cabinet de médecine générale dite « traditionnelle ».

La population de remplaçants est vraisemblablement sous-évaluée dans notre enquête. Le remplacement constitue pour une majorité de jeunes médecins thésés une solution d'attente vers un exercice libéral [11,13].

Notre enquête révèle des modifications à venir dans l'exercice professionnel pour près de 15 % des médecins généralistes, soit 30 MG de cette génération 1995- 1996 :

- 1/2 envisage d'effectuer une formation complémentaire,
- 1/10 souhaite devenir maître de stage,
- 1/10 envisage une activité libérale,
- 1/15 envisage une activité salariée,
- 1/15 envisage une activité mixte,
- 1/15 envisage une activité exclusive de remplacement,
- 1/15 envisage de travailler moins,
- 1/30 envisage de s'associer,
- 1/30 envisage même d'arrêter l'art médical

Les souhaits ou représentations des MG sur l'évolution socio-professionnelle et la formation n'ont pas été approfondis dans notre enquête. Par contre certains travaux nous ont permis d'établir les principales préoccupations de notre profession :

- Accentuer la formation pratique et théorique de la discipline, développer d'autres modes de rémunération et favoriser les aides légales [10]
- Augmenter le nombre de stages chez le praticien [11]
- Sensibiliser précocément à la médecine générale [11]

- Se former à la gestion d'un cabinet [11]
- Développer la recherche en médecine générale (créer à nouveau des vocations) [13]
- Adapter les possibilités d'exercice de la médecine générale (collaboration libérale) [13]
- Accéder à des séances de FMC [12]

Certains de ces souhaits sont déjà inscrits dans les réformes actuelles des études médicales mais ne sont pas toujours appliqués. Si la France veut garder ses médecins généralistes libéraux et une bonne répartition sur le territoire, il deviendra rapidement nécessaire de réorganiser structurellement tant la formation initiale que les conditions d'exercice.

Ce travail étudie l'exercice d'une promotion de médecins généralistes âgés de 42,5 ans en moyenne. Mais quelle est la situation des MG âgés de 10 ans de plus ?

ANNEXES

Baudot Pierre-Jean
73 boulevard Gambetta
87000 Limoges
Mail : pjboudot@voila.fr
Tél: 0687274834 ou 0555325991

Limoges, le 13/04/2012.

Bonjour,

en tant qu'interne en médecine générale, dans le cadre de ma thèse sur l'évolution de la médecine générale, je réalise un travail concernant les promotions de 1ère année de résidanat 1995-1996 pour les académies de Bordeaux, Limoges et Toulouse. Vous avez fait partie de cette promotion dans une de ces académies. Avec votre accord, j'aurais souhaité connaître votre parcours professionnel. Pour cela, je joins à cette lettre un questionnaire que vous pourrez me retourner par courrier postal ou par mail.

Ce travail est encadré par ma tutrice Dr Prévost médecin généraliste à Limoges.

Votre nom figurait sur les listes d'inscrits communiquées par les différentes facultés pour la promotion en question.

Le questionnaire restera anonyme.

Si vous rencontrez des difficultés, n'hésitez pas à me contacter.

Si le questionnaire vous semble insuffisant, merci de signaler les précisions que vous voudriez apporter sur votre parcours professionnel.

Merci pour vos réponses.

Cordialement.

Pierre-Jean Baudot, TCEM3 médecine générale.

Dans le cadre d'une thèse de médecine générale, j'aurais souhaité que vous répondiez au questionnaire suivant, afin d'apprécier l'évolution des médecins généralistes de formation, en prenant l'exemple de la promotion entrant en 1ère année de résidanat de médecine générale dans l'inter-région Aquitaine Limousin et Midi-Pyrénées pour l'année universitaire 1995-1996.

Ce questionnaire restera anonyme :

1- Vous êtes :

- Un homme.
- Une femme.

2- Quelle âge avez-vous ?

.....

3- Quelle est votre UFR (Unité de Formation et de Recherche) d'origine ?

.....

4- Avez-vous une activité salariée ?

- Oui
- Non

- Si oui :

. Laquelle et dans quelle structure (précisez la commune) ?

.....

. En quelle année avez-vous débuté cette activité salariée ?

.....

5- Exercez-vous une activité libérale ?

- Oui
- Non

87



- Si oui :

- *Combien d'années avez-vous remplacé ?*

.....

- *En quelle année vous êtes-vous installé ?*

.....

- *Quelle est votre commune d'exercice ?*

.....

- *Exercez-vous en :*

Zone rurale

Zone urbaine

Zone semi-rurale

- *Avez-vous un Mode d'Exercice Particulier (MEP) ?*

Oui

Non

- *Si oui, lequel ?*

.....

- *Exercez-vous, ou avez-vous exercé en groupe?*

Oui

Non

- *Si oui :*

Vous avez exercé en groupe depuis le début de votre installation.

Vous avez exercé d'abord seul puis en groupe.

Vous avez exercé d'abord en groupe puis seul.

6- Si vous avez coché « non » à la question 5 :

88



- Avez-vous exercé une activité libérale ?

Oui

Non

- **Si oui :**

. Combien d'année aviez-vous remplacé ?

.....

. En quelle année vous étiez-vous installé ?

.....

. Quelle a été votre commune d'exercice ?

.....

. Avez-vous exercé en :

Zone rurale

Zone urbaine

Zone semi-rurale

. Avez-vous un Mode d'Exercice Particulier (MEP) ?

Oui

Non

- **Si oui, lequel ?**

.....

. Avez-vous exercé en groupe ?

Oui

Non

- **Si oui :**

Depuis le début de votre installation.

- Vous avez exercé d'abord seul puis en groupe.
- Vous avez exercé d'abord en groupe puis seul.

. Pourquoi avez-vous arrêté l'activité libérale ?

.....

7- Envisagez-vous un changement professionnel dans les années à venir ?

Oui

Non

- **Si oui**, lequel ?

.....

Merci d'avoir pris le temps de répondre.



BIBLIOGRAPHIE

- [1] ONDPS. *La médecine générale*. [s.l.] : Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé, 2006. 179 p.(Le rapport annuel de l'ONDPS).
- [2] LANCRY P.-J. *Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale*. [s.l.] : Mutualité Sociale Agricole, 2007. 100 p.
- [3] CNOM S. F. ET C. M. *Etude sur la répartition des médecins généralistes*. [s.l.] : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2012. 48 p.
- [4] UNOF. *Médecine générale libérale : chaque jour, toujours plus proche*. [s.l.] : Union Nationale des Omnipraticiens Français, 2012. 16 p.
- [5] AMBROISE-THOMAS P. *La formation des médecins français et le monde hospitalo-universitaire hier et aujourd'hui*. 18 juin 2007.
- [6] WALLACH D. *Numerus clausus : Pourquoi la France va manquer de médecins*. [s.l.] : Springer Verlag France, 2011. 289 p.ISBN : 2817802055.
- [7] ROMESTAING P. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011*. [s.l.] : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2011. 210 p.
- [8] ROMESTAING P. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2012*. [s.l.] : Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2012. 279 p.
- [9] CNE. *Le 3ème cycle de médecine générale dans les universités françaises. Rapport d'évaluation*. [s.l.] : Comité National d'Evaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel, 1998. 212 p.
- [10] GUILLOT L. *Démographie médicale en Limousin : profil et devenir des jeunes médecins généralistes : enquête auprès d'internes et de jeunes médecins récemment inscrits au Tableau de l'Ordre* [En ligne]. Thèse d'exercice. Limoges : Université de Limoges, 2008. 161 p. Disponible sur : < <http://www.sudoc.fr/127550771> > (consulté le 13 juin 2012)
- [11] FROU B. *Devenir socioprofessionnel des médecins généralistes thésés à Lyon entre 2002 et 2004* [En ligne]. Thèse d'exercice. [S.l.] : [s.n.], 2006.

131 p. Disponible sur : < <http://www.sudoc.fr/110562682> > (consulté le 13 juin 2012)

- [12] VARTANIAN C. *Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la Faculté de médecine Xavier-Bichat inscrits en TCEM1 entre 1995 et 1998*. Thèse d'exercice. France : Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. site Xavier-Bichat, 2003. 121 p.
- [13] BADARELLE Y. *Profil, formation et devenir professionnel des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Caen (1992-2002)*. Thèse d'exercice. France : Université de Caen. UFR de médecine, 2007. 171 p.
- [14] *Arrêté du 9 avril 2009 constatant le classement de communes en zone de revitalisation rurale.*
- [15] *Arrêté du 28 décembre 2011 constatant le classement de communes en zone de revitalisation rurale.*
- [16] *Arrêté du 5 mai 1988 relatif à l'organisation des concours d'internat donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales à compter de l'année universitaire 1988-1989.*

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	9
CONTEXTE	11
1. HISTORIQUE [2-5]	11
1.1 La réforme Debré	11
1.2 Le médecin généraliste : un « non-spécialiste »	12
1.3 La spécialité médecine générale	13
2. CONSTAT NATIONAL [7,8]	14
MATERIEL ET METHODES	16
1. BASE DE DONNEES	16
2. QUESTIONNAIRE	18
2.1 Présentation	18
2.2 Questions	18
3. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	19
3.1 Période test	19
3.2 Chronologie de l'enquête	20
3.2.1 Premier contact	20
3.2.2 Relance	20
4. ANALYSE STATISTIQUE	21
5. COUT DE L'ENQUETE	21
RESULTATS	22
1. INCLUSION	22

1.1	Participation	22
1.2	Non répondants	22
2.	ECHANTILLON.....	25
2.1	Représentativité de l'échantillon.....	25
2.1.1	En fonction du sexe	25
2.1.2	En fonction de l'UFR.....	26
2.2	Caractéristiques démographiques.....	30
2.3	Caractéristiques professionnelles.....	37
2.3.1	Début de l'activité.....	37
2.3.2	L'activité professionnelle exercée en 2012	37
3.	LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX.....	40
3.1	Caractéristiques démographiques.....	40
3.2	Caractéristiques professionnelles.....	44
3.2.1	Lieu et mode d'exercice.....	44
3.2.2	Âge à l'installation	50
3.2.3	Durée des remplacements	51
3.3	Activité mixte	51
3.4	Qualifications complémentaires.....	52
3.5	Association SOS médecins.....	53
4.	MEDECINS SALARIES EXCLUSIFS	53
4.1	Caractéristiques démographiques.....	53
4.2	Caractéristiques professionnelles.....	61
4.2.1	Spécialités représentées : 2 exemples.....	61
4.2.1.1	Urgentistes.....	61
4.2.1.2	Gériatres.....	62
4.2.2	Début de l'activité.....	62
4.2.3	Remplacements.....	62
5.	CHANGEMENT DE PARCOURS PROFESSIONNEL	63
5.1	Qui ?	63
5.1.1	Médecins salariés devenus MG libéraux	64
5.1.2	MG libéraux devenus salariés	64

5.2	Pourquoi un changement de parcours professionnels ?	64
6.	REMPLAÇANTS	65
7.	MEDECINS LIBERAUX NON MG DE PREMIER RECOURS	65
8.	ACTIVITE MIXTE HORS MG	66
9.	MEDECINS ENVISAGEANT DES MODIFICATIONS PROFESSIONNELLES	67
DISCUSSION		68
1.	METHODOLOGIE	68
1.1	L'enquête	68
1.2	Les réponses	69
1.3	Représentativité de l'échantillon	70
1.3.1	En fonction du sexe	70
1.3.2	En fonction de l'UFR	70
2.	CARACTERISTIQUES	71
2.1	Echantillon	71
2.2	MG libéraux	72
2.3	Salariés exclusifs	75
2.4	Evolution du parcours professionnel	77
2.5	Remplaçants	78
2.6	Médecins libéraux et mixtes non MG de premier recours	79
2.7	Médecins envisageant des modifications professionnelles	79
CONCLUSION		81
ANNEXES		86
BIBLIOGRAPHIE		93
TABLE DES MATIERES		95
TABLE DES CARTES		99
TABLE DES FIGURES		100

TABLE DES TABLEAUX 102

ABREVIATIONS 104

RESUME..... 111



TABLE DES CARTES

Carte 1 : répartition régionale de la cohorte principale [n (%)]	35
Carte 2 : répartition départementale des effectifs de l'échantillon.....	36

TABLE DES FIGURES

Figure 1: effectifs de non répondants en fonction de la cause	23
Figure 2 : effectifs des non répondants en fonction du sexe	24
Figure 3 : représentativité de l'échantillon en fonction du sexe	25
Figure 4 : représentativité de l'échantillon en fonction de l'UFR.....	26
Figure 5 : représentativité de l'échantillon selon l'UFR et le sexe	27
Figure 6 : représentativité de l'échantillon des femmes pour l'UFR Bordeaux (en %).....	27
Figure 7 : représentativité de l'échantillon des femmes pour l'UFR Limoges (en %).....	28
Figure 8 : représentativité de l'échantillon des femmes pour l'UFR Toulouse (en %).....	28
Figure 9 : représentativité de l'échantillon des hommes pour l'UFR Bordeaux (en %).....	29
Figure 10 : représentativité de l'échantillon des hommes pour l'UFR Limoges (en %).....	29
Figure 11 : représentativité de l'échantillon des hommes pour l'UFR Toulouse (en %).....	30
Figure 12 : effectifs des répondants suivant le sexe.....	31
Figure 13 : effectifs des répondants selon la faculté d'origine	32
Figure 14 : effectifs des répondants en fonction du sexe et de la faculté	33
Figure 15 : effectifs des répondants selon la région d'exercice	35
Figure 16 : répartition des effectifs en fonction de l'activité	38
Figure 17 : effectifs de la population libérale suivant le sexe.....	39
Figure 18 : effectifs de la population salariée selon le sexe.....	39
Figure 19 : effectifs des MG libéraux selon le sexe.....	41
Figure 20 : fréquence des MG libéraux en fonction du sexe et de la faculté	42
Figure 21 : répartition géographique des MG libéraux	42

Figure 22 : régions d'installation des MG libéraux en fonction de l'UFR	43
Figure 23 : effectifs des MG libéraux en fonction du sexe et de la zone d'exercice	44
Figure 24 : effectifs des MG libéraux selon la zone d'exercice	45
Figure 25 : effectifs des MG libéraux en fonction de la zone d'exercice pour l'UFR Limoges	46
Figure 26 : effectifs des MG libéraux en fonction de la zone d'exercice pour l'UFR Bordeaux.....	46
Figure 27 : effectifs des MG libéraux en fonction de la zone d'exercice pour l'UFR Toulouse	47
Figure 28 : effectifs des femmes et des hommes MG libéraux, selon le mode d'exercice	48
Figure 29 : répartition des MG libéraux suivants le lieu et le mode d'exercice	49
Figure 30 : Zones d'exercice chez les MG ayant une activité mixte	51
Figure 31 : effectifs des médecins salariés suivant le sexe.....	54
Figure 32 : proportions des médecins salariés suivant l'UFR	55
Figure 33 : proportions des médecins salariés suivant l'UFR et le sexe	55
Figure 34 : effectifs des différentes catégories de médecins salariés ..	56
Figure 35 : proportions des médecins selon le sexe et la catégorie salariée	57
Figure 36 : proportions des médecins selon l'UFR et la catégories salariée	58
Figure 37 : répartition géographique des médecins salariés	60
Figure 38 : migration de la région de formation des médecins salariés	61

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : effectifs des médecins généralistes au 1 ^{er} janvier 2012	14
Tableau 2 : répartition des effectifs des non répondants en fonction de la cause et de la faculté	22
Tableau 3 : effectifs des non répondants en fonction du sexe et de la faculté	23
Tableau 4 : répartition des répondants par sexe	31
Tableau 5 : répartition des répondants selon la faculté d'origine	31
Tableau 6 : effectifs et proportions des répondants en fonction du sexe et de la faculté	32
Tableau 7 : répartition régionale du lieu d'exercice actuel	34
Tableau 8 : répartition des effectifs en fonction de l'activité	37
Tableau 9 : répartition des effectifs en fonction de l'activité et du sexe	38
Tableau 10 : répartition des effectifs en fonction de l'activité et de la faculté	40
Tableau 11 : répartition des MG libéraux selon le sexe	40
Tableau 12 : répartition des MG libéraux selon la faculté	41
Tableau 13 : répartition des MG libéraux selon la zone d'exercice	44
Tableau 14 : répartition des MG libéraux en fonction de la zone d'exercice et de la faculté	45
Tableau 15 : répartition des MG libéraux selon le mode d'exercice et le sexe	47
Tableau 16 : répartition du mode d'exercice en zones urbaine, semi-rurale et rurale	49
Tableau 17 : zones d'exercice chez les MG ayant une activité mixte ...	51
Tableau 18 : qualifications, DU-DIU, capacités	52
Tableau 19 : répartition des médecins salariés suivant le sexe	53
Tableau 20 : répartition des médecins salariés suivant l'UFR	54
Tableau 21 : effectifs de la catégorie « autres »	59
Tableau 22 : migration de la région de formation des médecins salariés	60

Tableau 23 : effectifs des médecins ayant changé leur activité, en fonction de l'UFR.....	63
Tableau 24 : effectifs des médecins ayant changé leur activité, en fonction du sexe	63
Tableau 25 : effectifs des médecins remplaçants.....	65
Tableau 26 : effectifs des médecins libéraux non MG premier recours.	65
Tableau 27 : effectifs ayant une activité mixte sans activité de médecine générale.....	66
Tableau 28 : taux de réponses sur travaux comparables	69



ABREVIATIONS

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CES : Certificat d'études spécialisées

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DOM-TOM : Département et Territoires d'Outre-Mer

ECN : Examen Classant National

FMC : Formation Médicale Continue

MCA : Maître de conférence associé

MG : médecin généraliste

MEP : Mode d'Exercice Particulier

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

UER : Unité d'Enseignement et de Recherche

UFR : Unité de Formation et de Recherche

ZRR : Zone de revitalisation Rurale

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 moeurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Le 01.09.2011

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS :
Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (CS)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.
BONNAUD François	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (CS)	DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE

COLOMBEAU Pierre (SUR. 31.08.2014)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (SUR. 31.08.2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FEISS Pierre (SUR. 31.08.2013)	ANESTHESIOLOGIE- REANIMATION
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE et BILOGIE MOLECULAIRE
GAINANT Alain (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE

MABIT Christian (CS)	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine (CS)	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (CS)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (SUR. 31.08.2013)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (CS)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (SUR. 31.08.2014)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE

VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VIROT Patrice (CS)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	PHYSIOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FUZIER Régis	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PICARD Nicolas	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VINCENT François	PHYSIOLOGIE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François

NEUROCHIRURGIE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

RESUME

Objectifs : Quel est l'exercice professionnel en 2012 des étudiants en médecine générale inscrits en première année de résidanat en 1995 dans les facultés de Bordeaux, Limoges et Toulouse ? **Méthodes :** Une enquête descriptive a interrogé 288 médecins de janvier à avril 2012. **Résultats :** Le taux de réponses est de 70,8%. L'échantillon est représentatif de la population cible. La population est plus jeune (42,5 ans en moyenne) et plus féminisée (47% de femmes) que la moyenne des médecins généralistes (MG) français. 2/3 des médecins exercent dans la région de formation (3^{ème} cycle de médecine générale). 55,9% exercent en secteur libéral (55,4% sont MG libéraux), 6,3% ont un exercice mixte, 2% sont remplaçants. L'installation libérale s'est effectuée en moyenne à 32,8 ans (plus tard que la moyenne des MG libéraux français) avec une durée moyenne de remplacement de 4,3 ans. 23% des MG libéraux ont un Mode d'Exercice Particulier (2 fois plus que la moyenne des MG français). L'installation est prépondérante en zone urbaine dans un cabinet de groupe, non liée au sexe. 35,8% des médecins ont un exercice exclusivement salarié : 41,1% d'entre eux sont urgentistes (sex ratio 2/1 en faveur des hommes) et 19,2% sont gériatres (sex ratio 3/1 en faveur des femmes). L'âge du début d'activité est inférieur de 1,1 ans par rapport aux MG libéraux. 8,3 % des MG ont déjà changé de parcours professionnel : 2 fois sur 3, c'est un médecin salarié, le plus souvent urgentiste à l'hôpital public qui s'installe en secteur libéral. 15 % des MG de l'échantillon envisagent des modifications à l'avenir concernant leur exercice professionnel (formations complémentaires, maîtrise de stage, passage en exercice salarié ou libéral). **Conclusion :** Compte tenu des tendances observées dans cette enquête, si la France veut garder une bonne répartition sur le territoire des MG libéraux, il devient rapidement nécessaire de réorganiser structurellement tant la formation initiale que les conditions d'exercice.

ABSTRACT

Social and occupational orientation of general practitioners: a study of the graduates who did their first year of their 3rd cycle in 1995-1996 in the South-West administrative region.

Objectives : What is the professional status in 2012 of medicine students who did the first year of their 3rd cycle in 1995-1996 in the universities of Bordeaux, Limoges and Toulouse. **Method :** A descriptive survey questioned 288 doctors from January to april 2012. **Results :** The rate of answers was 70,8 %. The sample is representative of the target population. The population is younger (42,5 years on average) and more feminized (47 % of women) than the average general practitioners in France. Two third of the doctors surveyed, work in the area where they did their 3rd cycle. 55,9 % of them work in the private sector (55,4 % are self employed), 6,3 % have a mixed activity and 2% do replacements. They start as self employed general practitioners at 32.8 years old on average (later than the average general practitioners in France) with an average time of replacement of 4,3 years. 23% of the self-employed general practitioners have also become recognised homeopaths, acupuncturists... Most have their practise in urban areas in a group practise (this applies to both sexes). 35,8 % of the sample are exclusively salaried : 41,1 % are emergency doctors (sex-ratio 2/1 in favour of men) and 19,2 % geriatricians (sex ration 3/1 in favour of women). We note an age at the beginning of activity inferior compared with the self-employed general practitioners (1,1 years). 8,3% general practitioners have already changed their professional status : two times out of three, it's a salaried doctor, most often an emergency doctor in a public hospital who goes to the private sector. 15% of the general practitioners in the sample are thinking about modifications in the future concerning their professional career (complementary training, tutorial work for medical students, going from being self employed to employed or vice versa). **Conclusion :** Considering the tendencies observed in this survey, if France wants to keep a good distribution of the general practitioners on the territory, it quickly becomes necessary to reorganize both the initial training and the conditions of exercise.

Mots-clés : Démographie Médicale, Médecins généralistes, Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, France

Discipline : Médecine

Intitulé et adresse de l'UFR :

Département Universitaire de Médecine Générale Faculté de Médecine

2 rue du Docteur Marcland 87025 LIMOGES Cedex