

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2007

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE GENERALE

par

Sophie EYRAUD

Née le 22 octobre 1977 à Boulogne-Billancourt

Présentée et soutenu publiquement le 12 juin 2007

**LE DEVENIR PROFESSIONNEL DES
MEDECINS GENERALISTES AYANT
SOUTENU LEUR THESE A NANTES EN
1999, 2000 et 2001.**

Président : Monsieur le professeur J.M. ROGEZ

Directrice de thèse : Madame le docteur J. LACAILLE

COMPOSITION DU JURY

Président de thèse : Monsieur le professeur ROGEZ

Directeur de thèse : Madame le docteur LACAILLE

Membres du jury : Monsieur le professeur PLANCHON

Monsieur le professeur SENAND

Plan

Introduction

I- À propos de la diminution du nombre de médecins généralistes

A- La sélection et la formation des médecins

B- Les disparités géographiques

II- Méthodes

A- Méthodes de sélection

B- Méthodes d'intervention

C- Méthodes d'évaluation

III- Résultats

A- Échantillon

B- Généralités

C- Activité professionnelle

D- Activité libérale

E- Activité salariée

F- Cessation d'activité

IV- Discussion

A- Échantillon

B- Généralités

C- Activité professionnelle

D- Activité libérale

E- Activité salariée

F- Cessation d'activité

Conclusion

Bibliographie

Table des matières

Annexes

Introduction

Depuis le début des années 2000, on prévoit en France une diminution du nombre de médecins généralistes en activité pour les années à venir. Ainsi l'Ordre National des médecins, dans son rapport annuel de 2004 (1), craignait une baisse progressive et importante du nombre de médecins généralistes dès 2008, et jusqu'en 2015-2020.

On remarque déjà dans certaines campagnes un manque de médecins, on assiste à des départs en retraite sans qu'aucun successeur ne soit trouvé.

Parallèlement, une augmentation de la demande de soins est pourtant probable. En effet, le vieillissement de la population, le suivi des maladies chroniques, la médicalisation accrue de nombreux problèmes entraînent un recours de plus en plus fréquent au médecin traitant.

La baisse du nombre de médecins généralistes est liée d'une part au *numerus clausus* qui a fortement limité le nombre d'étudiants en médecine dans la dernière décennie, et d'autre part au trop faible pourcentage d'étudiants ayant opté pour la médecine générale au terme de leurs études. Ce constat n'a pas changé depuis la réforme du concours de l'internat en 2004 ; il apparaît en effet évident que trop peu d'étudiants s'orientent volontairement vers la médecine générale. Cette nouvelle spécialité pâtit d'un net manque d'intérêt.

Toutes ces observations suscitent nécessairement de nombreuses interrogations chez un jeune médecin généraliste qui termine sa formation, et chez tous ceux qui s'intéressent à l'avenir de la médecine générale.

Cela nous a conduit à nous interroger sur le devenir des étudiants en médecine à la fin de leurs études. Les médecins diplômés en médecine générale exercent-ils tous la médecine générale ? Et se consacrent-ils exclusivement à la médecine générale ? Quel est le rôle de la Faculté, quel est le rôle de la société dans les changements de comportements ?

Nous avons eu envie de répondre à ces questions, envie de savoir si les jeunes médecins généralistes choisissent de s'installer en cabinet, comme cela peut sembler évident, ou s'ils préfèrent d'autres voies, d'autres conditions pour exercer la médecine. Nous avons voulu comprendre les raisons de ces choix. Cette thèse s'intéresse donc à l'avenir de la médecine générale, à travers le devenir de médecins généralistes après leur sortie de la Faculté, et le regard qu'ils portent sur leur profession après quelques années d'exercice.

I- À propos de la diminution du nombre de médecins généralistes

A- La sélection et la formation des médecins

1) Le numerus clausus

Depuis 1971, le numerus clausus limite en France le nombre d'étudiants autorisés à poursuivre leurs études de médecine, à l'issue d'un concours très sélectif en fin de première année. Ce numerus clausus permet de réguler le nombre de médecins en activité et évite un surnombre d'étudiants dans un cursus où les stages sont nombreux. Des stages pratiques ne peuvent pas apporter une formation satisfaisante s'il y a un trop grand nombre d'élèves.

Une autre raison explique l'existence du numerus clausus. Les revenus des médecins sont fixés par une rémunération des prestations qui est établie par les autorités publiques. Ces rémunérations sont financées au moyen d'impôts ou de cotisations, la société estimant que ces services doivent être accessibles à l'ensemble de la population. Mais les niveaux de la demande et de l'offre peuvent être excédentaires par rapport à leurs niveaux efficaces, entraînant un surcoût pour la société. Une régulation de l'offre et de la demande semble donc nécessaire pour maîtriser les dépenses de santé.

Mais les études de médecine sont longues : il faut au minimum neuf ans pour former un médecin généraliste, cela implique donc une très grande anticipation pour réguler efficacement le nombre de médecins en France, sous peine d'assister à de grandes variations de densité médicale.

Les gouvernements en général, jugeant que l'offre crée la demande, ont essayé de diminuer le nombre de praticiens afin de limiter les dépenses et le déficit de l'assurance maladie. C'est ainsi que le numerus clausus est passé de 8588 en 1972 à 3500 en 1993.

On a même proposé aux médecins une retraite anticipée à partir de 1988 : le Mécanisme de Cessation d'Activité (MICA). En 1996 le MICA était rendu encore plus attrayant et le rapport Choussat en 1997 (2) prévoyait toujours un excès de médecins pour les années futures.

Cependant, au vu du numerus clausus très bas des années 90, on a bientôt commencé à s'inquiéter d'une baisse trop importante du nombre de médecins.

En 2001, un rapport de la DGS (Direction Générale de la Santé) (3) signalait qu'il faudrait fixer le numerus clausus à 7500 pour maintenir la même densité médicale.

En 2002, le rapport Berland (4) annonçait une diminution de la densité médicale dès 2002 : de 335 médecins pour 100 000 habitants en 2002, on arrivait à 305 médecins pour 100 000 habitants en 2012 quel que soit le numerus clausus si les comportements d'installation et de départs à la retraite restaient identiques. Il prévoyait à l'extrême une densité de 253 médecins pour 100 000 habitants en 2020 en prenant en compte l'augmentation de la population. La mission invitait à un relèvement progressif du numerus clausus pour atteindre le chiffre de 8000 en 2007.

C'est surtout en 2003 lors de la canicule que l'on a commencé à se rendre compte que les médecins n'étaient peut-être pas si nombreux. Les spécialistes manquaient dans les hôpitaux et les généralistes dans certaines zones peu peuplées. Le MICA a alors été supprimé et le numerus clausus relevé à 5300.

Les prévisions réalisées étaient de moins en moins optimistes. En 2004, dans son rapport annuel, l'Ordre National des médecins (1) annonçait le déclin du nombre de médecins à partir de 2008 avec une aggravation progressive jusqu'en 2015-2020, d'autant plus que de nombreux départs en retraite étaient prévus.

Quant à la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), toujours en 2004 (5), elle craignait également une nette diminution du nombre de médecins en activité en France entre 2002 et 2025. Selon ses prévisions, sous l'hypothèse d'un numerus clausus à 7000 à partir de 2007, le nombre de médecins passerait de 205 200 en 2002 à 186 000 en 2025, soit de 335 à 283 médecins pour 100 000 habitants, estimation proche de la densité médicale observée dans les années 80.

Le nouveau rapport Berland en 2005 (6) prenait note de l'évolution du numerus clausus qui était passé à 5600 en 2004 mais préconisait toujours une augmentation raisonnée et progressive du numerus clausus. Celui-ci est passé à 6100 en 2005, 6850 en 2006 et est fixé à 7000 en 2007 mais les effets de cette hausse ne se feront pas sentir avant une dizaine d'années et seront insuffisants pour compenser un déficit installé depuis plusieurs années.

Il est vrai qu'au 1^{er} janvier 2006, l'Ordre National des médecins (7) recensait encore 212 972 médecins en activité, toutes spécialités confondues, dont 207 277 pour la métropole, nombre qui n'avait jamais été aussi élevé en France. La poursuite de cette progression s'expliquait d'une part par le recrutement depuis une dizaine d'années de médecins à diplôme étranger et d'autre part par l'effet du MICA puisque le nombre de départs en retraite était moins important suite aux départs anticipés des années antérieures. Mais le flux des départs en retraite devrait à nouveau s'accélérer dans les années à venir avec l'arrivée à l'âge de la retraite des nombreuses promotions de médecins formées dans les années 70.

Bien sûr, le simple fait de connaître le nombre de médecins ne permet pas de déterminer dans quelle mesure les besoins sanitaires de la population sont couverts au niveau national et au niveau local. Cependant c'est une variable importante à prendre en compte et dont il faut surveiller l'évolution, étant donné l'anticipation dont il faut faire preuve pour la régulation du numerus clausus, au vu des nombreuses années nécessaires à la formation des médecins.

QuickTime™ et un
décompresseur TIFF (LZW)
sont requis pour visionner cette image.

Graphique 1 : évolution du numerus clausus
Source : rapport Berland 2006 (8)

2) Les Epreuves Classantes Nationales

Jusqu'en 2003, les étudiants en médecine désireux d'exercer une spécialité devaient passer le concours de l'internat en fin de 6^e année. Ceux qui échouaient rejoignaient ceux qui avaient choisi de ne pas passer ce concours afin de devenir médecin généraliste.

Depuis 2004 tous les futurs médecins accèdent au troisième cycle des études médicales via les Epreuves Classantes Nationales (ECN) qui remplacent le concours de l'internat. La médecine générale est devenue une spécialité au même titre que les autres et, dorénavant, tous les futurs médecins choisissent une discipline et un lieu géographique de formation en fonction de leur rang de classement aux ECN et des postes ouverts par les décideurs publics.

Lors des ECN de 2004, 3368 étudiants avaient à choisir un poste parmi les 3988 postes ouverts pour la rentrée 2004-2005 (9). 84% seulement des postes ont donc été pourvus.

3986 candidats étaient initialement inscrits, mais 8% d'entre eux ne se sont pas présentés aux épreuves et 7% n'ont pas validé leur deuxième cycle et n'ont donc pas participé à la procédure de choix de postes.

Les ECN 2004 correspondaient à une année de transition dans la mesure où elles ont coexisté avec les derniers concours d'internat et où les futurs médecins généralistes étaient autorisés à titre dérogatoire à poursuivre leurs études de troisième cycle dans leur subdivision d'origine. 700 étudiants ont ainsi accédé au troisième cycle à la rentrée universitaire 2004-2005 via l'ancien régime transitoirement maintenu : 357 en tant qu'internes de spécialité et 343 en tant que résidents de médecine générale.

L'étude de la répartition des disciplines choisies en fonction des rangs de classement des étudiants illustre l'attraction spécifique des spécialités médicales. La médecine générale figure parmi les dernières choisies mais cela ne signifie pas forcément que les candidats ont choisi cette discipline par défaut. En effet, les étudiants qui souhaitent opter pour la médecine générale ont probablement accordé une attention moindre à la préparation des épreuves sachant qu'en 2004 ils avaient la possibilité de poursuivre leurs études en médecine générale dans leur subdivision d'origine.

Au total 620 postes ouverts n'ont pas été pourvus dont 609 postes en médecine générale soit un tiers des postes ouverts pour cette discipline. De ce fait la part des postes pourvus en médecine générale s'est élevée à 36,6% de l'ensemble des affectations contre 46,2% des postes initialement ouverts. Elle n'était que légèrement supérieure (38,7%) si l'on prend en compte les affectations des 700 étudiants ayant opté pour l'ancien régime d'accès au troisième cycle. Cela représentait 1232 étudiants affectés en médecine générale.

En 2005 les ECN ont constitué le passage obligé pour l'accès au troisième cycle. 4803 postes ont été ouverts dont 2400 pour la médecine générale (10).

5% des candidats ne se sont pas présentés aux épreuves et 8% n'ont pas validé le deuxième cycle des études.

3822 postes ont été pourvus, soit 80%, dont 1419 en médecine générale.

L'attrait pour les spécialités médicales s'est confirmé comme l'année passée.

981 postes n'ont pas été pourvus, ils concernaient la médecine générale, ce qui correspondait à 40% de postes non pourvus pour cette discipline. La médecine générale représentait donc 37% des affectations enregistrées en 2005.

On notait donc à nouveau un nombre important de postes restés vacants puisque le ministère avait ouvert plus de postes qu'il n'y a eu de candidats à choisir, et les postes finalement vacants étaient tous des postes de médecine générale à Paris et dans les villes du Nord, de l'Est et du Centre de la France.

Pour l'année 2006, des dispositions transitoires permettaient aux résidents issus de l'ancien régime des études médicales de participer aux ECN pour leur permettre d'obtenir le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) de médecine générale, l'équivalence n'étant pas accordée de fait aux étudiants de l'ancien régime (11).

Le nombre de postes offerts était de 4760 dont 2353 pour la médecine générale, soit 49,5% .

Lors de la procédure de choix, dit « amphi garnison », 4430 étudiants ont pu participer au choix dont 346 résidents. À l'issue de la procédure, le nombre de postes restés vacants s'élevait à 330, dont 323 en médecine générale et 7 en médecine du travail. À première vue, moins de postes de médecine générale sont restés vacants comparativement aux deux années précédentes, mais il faut prendre en compte les 346 résidents qui n'occuperont pas les postes choisis en réalité.

Même si la volonté de revaloriser la médecine générale est de plus en plus affichée, ces amphes de garnison montrent que l'objectif est encore loin d'être atteint. En 2006, sur les mille premiers étudiants ayant fait le choix d'une discipline, à peine cinquante ont choisi la médecine générale. Ceci montre bien qu'il existe un réel problème et que les efforts doivent se poursuivre pour attirer les étudiants vers la médecine générale.

3) La formation des futurs médecins

Lorsqu'ils commencent leurs études de médecine, les étudiants ont une idée plus ou moins précise du métier de médecin et un souhait plus ou moins défini quant à leur avenir propre. Dans tous les cas, c'est essentiellement au cours de leur formation, et notamment grâce aux stages qui jalonnent le cursus universitaire que les futurs médecins se familiarisent avec le milieu médical, et principalement avec le milieu hospitalier.

La formation au cours des six premières années, commune à tous les futurs praticiens, s'articule autour des différentes spécialités médicochirurgicales et est enseignée par des professeurs eux-mêmes spécialistes. L'enseignement spécifique à la médecine générale ne fait pas partie de la formation dans les premier et deuxième cycles et l'occasion pour les étudiants de se rendre en stage chez des médecins généralistes est rare durant cette période. Les étudiants ne peuvent pas choisir une discipline qu'ils ignorent totalement. Mais ceci ne devrait plus être vrai en 2008 avec la mise en place d'un stage de médecine générale obligatoire au cours du deuxième cycle des études médicales.

Depuis la création du DES de médecine générale par l'arrêté du 16 janvier 2004 (12) et la mise en place des ECN, les internes de médecine générale sont au même niveau que les autres spécialistes. Ils ont accès à un DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) et s'ils le souhaitent à un DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire) : urgences, gériatrie...

On aurait pu penser qu'avec la promotion de la médecine générale au rang de spécialité, cette discipline allait trouver une certaine revalorisation, mais la réalité est encore toute autre. Cela se voit notamment à la manière dont les futurs médecins généralistes choisissent leur spécialité : par dépit voire par contrainte.

Les ECN sont extrêmement élitistes et favorisent le bachotage. Les places les plus demandées sont toujours les mêmes, comme nous l'avons déjà vu (spécialités médicales, villes prestigieuses) et le seul but des universités semble bien souvent d'obtenir le meilleur classement possible de ses étudiants. Mais avoir une bonne place aux ECN est-il le garant d'être un bon médecin par la suite ? Rien n'est moins sûr... Toujours est-il qu'en fin de classement les futurs médecins n'ont en définitive ni le choix de leur spécialité, ni celui de leur subdivision.

La possibilité offerte aux étudiants de pouvoir concourir une seconde fois l'année suivante pour leur permettre éventuellement d'entrer dans la discipline qu'ils souhaitent est certes à leur avantage, mais aussi au détriment des effectifs nécessaires à la médecine générale.

Avec la réforme du médecin traitant, on essaye de replacer le médecin généraliste au centre du système de soins, d'en faire l'acteur principal du parcours de soins coordonné. Mais cela ne suffit pas. Il faut démontrer que la médecine générale a ses spécificités, qu'elle ne correspond pas à un « piochage » parmi les différentes spécialités. Et les contacts avec la médecine générale sont nécessaires, sans quoi les étudiants souhaiteront toujours majoritairement exercer une autre spécialité.

Heureusement cet état de faits est en cours de changement, la médecine générale commence à prendre la place qui lui est due au sein des études médicales et il faut encourager cette tendance si l'on veut que les étudiants s'orientent spontanément vers la médecine générale.

Ainsi, depuis le 20 octobre 2006, la Filière Universitaire de Médecine Générale (FUMG) est officiellement mise en place, de même qu'un stage de médecine générale pour tous les étudiants de deuxième cycle (13). Un tel stage était bien prévu depuis 1997 mais aucun arrêté n'avait permis sa mise en place jusqu'à maintenant.

Deux arrêtés ont donc été signés conjointement par les ministres de l'éducation et de la santé.

Le premier arrêté « crée l'option de médecine générale au sein du Conseil National des universités. Il reste à mettre en place les dispositions statutaires précisant les modalités de recrutement des chefs de clinique, maîtres de conférences et professeurs titulaires. Ces dispositions, complétées de mesures dérogatoires transitoires d'intégration d'enseignants associés, contribueront à associer la montée en charge progressive du nombre de titulaires au sein du Conseil National des universités. La création de postes de chefs de clinique dès la rentrée 2007 permettra aux internes terminant leur cursus de formation de médecine générale de s'engager pleinement dans une carrière universitaire ».

Le deuxième arrêté crée « un stage de médecine générale pour les étudiants en médecine dès la quatrième année de leurs études afin de sensibiliser les étudiants à l'exercice de la médecine en cabinet et d'appréhender de manière différente la relation médecin patient ».

Comme pour les autres filières universitaires, il faut donc à présent nommer des professeurs universitaires (PU) de médecine générale, des maîtres de conférences universitaires, c'est-à-dire des médecins généralistes avec un statut englobant une activité de soin, d'enseignement et de recherche, mais des professeurs ambulatoires et non pas hospitaliers. Il est vrai que les PU-PH (Praticiens Hospitaliers) ont des critères de formation très stricts: publications dans des revues scientifiques, un an de mobilité, habilitation à diriger de recherches ; les premiers PU de médecine générale pourraient être titulaires sur certains critères, pour commencer à former les suivants, tout en poursuivant leur propre formation. Actuellement, en médecine générale, les enseignants sont peu nombreux et leur statut n'est pas bien défini. Les internes de médecine générale doivent pouvoir évoluer dans une carrière après l'internat.

Le 15 mars 2007 a eu lieu au Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche une réunion interministérielle importante concernant la Filière Universitaire de Médecine Générale. Pendant une période de deux ans des mesures provisoires seront adoptées et les réformes législatives devraient être faites afin de permettre de créer une filière avec des statuts, des droits et des devoirs identiques aux autres spécialités. Il devrait y avoir dix titularisations d'enseignants en 2007 et vingt postes de chefs de clinique en médecine générale devraient être créés.

Il est également important que les maîtres de stage soient en nombre suffisant, et reçoivent une bonne formation et une rémunération correcte.

La possibilité pour les étudiants de découvrir la médecine générale par le biais de stages est primordiale et ce nouveau stage en DCEM 4 est une avancée importante. Il y a déjà une vingtaine d'années que les résidents ont commencé à faire des stages en ambulatoire : la généralisation du stage chez le praticien et le développement d'un deuxième semestre en ambulatoire sont des mesures essentielles, mais il manquait des stages plus précocement dans le cursus.

Certaines Facultés mettent en place des stages en médecine générale encore plus tôt dans les études de médecine, et pour tous les étudiants. Ceci devrait permettre aux futurs médecins de découvrir conjointement le milieu hospitalier et la médecine générale-médecine de famille dès le début de leur formation.

Le développement de structures ambulatoires adaptées se fait par contre toujours attendre. Depuis longtemps l'ISNAR-IMG (Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) propose la création de lieux de stages appelés SUMGA (Services Universitaires de Médecine Générale Ambulatoire). Ces cabinets seraient des lieux d'enseignement théorique, pratique, de recherche, avec accueil d'étudiants encadrés par des chefs de clinique, des enseignants cliniciens ambulatoires, des maîtres de conférences et des professeurs ambulatoires titulaires, ayant suivi une formation adaptée, comparable à celle des enseignants hospitaliers.

Le développement de la Filière Universitaire de Médecine Générale est donc lancé, il faut maintenant compter sur les premiers professeurs et chefs de clinique de médecine générale pour former les suivants et poursuivre les efforts pour améliorer la promotion et la formation de la médecine générale auprès des étudiants.

B- Les disparités géographiques

Si l'on s'en tient au nombre total de médecins en France, nous avons vu qu'il restait relativement élevé. A contrario, si l'on observe la répartition des médecins sur le territoire, on note d'ores et déjà de graves disparités qui compromettent l'offre de soins dans de nombreuses régions.

1) La situation démographique en France

Le rapport Berland en 2002 (4) montrait une corrélation entre la densité de médecins généralistes et celle de médecins spécialistes, c'est-à-dire que les régions où il y avait le moins de médecins généralistes étaient aussi celles où la densité de spécialistes était la plus faible.

Mais globalement, le rapport de la DGS en 2001 (3) mettait en évidence une densité médicale suffisante de spécialistes. Ce rapport montrait que la forte augmentation démographique du corps médical entre 1984 et 2000 s'est accompagnée d'une forte croissance de la part des spécialistes, qui sont passés de 37% à plus de 51% de l'ensemble des médecins.

En revanche, le problème de leur inégale répartition sur le territoire pourrait s'aggraver dans les prochaines années et poser de réels problèmes à l'instar de la répartition des médecins généralistes.

Concernant la médecine générale, cela fait déjà plusieurs années que l'Ordre National des Médecins juge que cette profession est en crise. Dans une étude parue en 2005 (14), l'Ordre enregistrait, au 1^{er} janvier 2005, une densité de 174,3 médecins généralistes pour 100 000 habitants en France avec des différences notables selon les régions : par exemple 142 en région Centre, 192 en Ile de France et 205 en région PACA. Si uniquement les omnipraticiens en activité régulière étaient pris en compte, la densité nationale chutait à 156.

Un rapport de la Drees en 2004 (15) mettait en évidence quelques tendances pour l'avenir, qui se réaliseront quelles que soient les modifications des flux de formation (numerus clausus, ECN) et des comportements de mobilité.

Ainsi les DOM, qui avaient déjà la densité médicale la plus faible en 2002, devraient voir cette densité s'éloigner encore plus de la densité nationale. Cela s'explique notamment par la forte hausse de population prévue pour ces régions.

Le Limousin et Rhône-Alpes, dont les densités sont très proches de la moyenne en 2002, se retrouvent en 2025 avec une densité nettement supérieure. Ces deux régions ont bénéficié d'une hausse de leur numerus clausus avant 2002 et la population de la région Limousin devrait diminuer.

Enfin, l'Aquitaine, où la densité est déjà élevée, devrait voir cette densité poursuivre sa progression.

Il existe donc certes des différences entre les régions françaises, mais il s'avère que les inégalités de répartition sont surtout évidentes à des niveaux géographiques de l'ordre du canton. Les principales différences se notent entre les villes et les secteurs ruraux ou périurbains défavorisés. Et cette tendance s'aggrave contrairement aux différences inter régionales qui tendent à s'amenuiser. Les médecins généralistes situés dans les zones de faible densité médicale compensent cet état de fait par une activité beaucoup plus importante.

Ces disparités ont été analysées par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), créé par l'arrêté du 19 juin 2003, suite au rapport Berland de 2002 sur la démographie médicale. L'ONDPS a lancé une méthode nationale d'analyse de l'offre de soins de proximité au niveau cantonal.

En continuité avec cette réflexion, un groupe de travail a essayé d'identifier les espaces présentant des difficultés liées à l'insuffisance de l'offre de soins en médecine générale et a défini des « zones de recours » fondées sur les flux de patients entre leur domicile et le cabinet de leur médecin généraliste (6).

Sur les 7442 zones de recours construites, 119 zones étaient en difficulté, elles rassemblaient environ 376 000 personnes, soit 0,6% de la population pour 0,3% des praticiens. Ces zones étaient plus faiblement peuplées que les autres zones. 524 zones étaient classées fragiles et regroupaient 3,5% de la population pour 2,2% des médecins généralistes. La Picardie était la région la plus touchée avec 11,5% de sa population en zones fragiles.

Pour venir en aide à ces zones menacées, il a été décidé de mettre en place des aides afin d'attirer les médecins, la liberté d'installation n'étant pas encore remise en question pour ces derniers. Ainsi on distingue des aides de différentes natures, mais qui ne sont offertes que dans certaines zones géographiques bien identifiées.

Les aides légales et réglementaires, instituées par la loi du 25 février 2005 (16), et relatives au développement des territoires ruraux, comprennent des exonérations fiscales, et des avantages que les collectivités locales peuvent attribuer à des médecins en exercice ou à des étudiants.

Les aides conventionnelles de l'assurance maladie se basent sur un contrat de bonne pratique pour l'exercice en Zone Franche Urbaine ou en zone rurale.

Il existe également des aides à l'initiative des collectivités territoriales.

2) Les facteurs qui influent sur la répartition des médecins

La répartition régionale des médecins en exercice découle de plusieurs facteurs.

a) Les étudiants en médecine

La répartition se dessine d'abord au cours de la formation : la répartition régionale des étudiants en médecine est déterminée en premier lieu par les *numerus clausus* régionaux.

Puis les étudiants peuvent être amenés à changer de région de formation au terme du deuxième cycle des études médicales après avoir passés les ECN en fonction de leur choix et de leur rang de classement.

Depuis la réforme de l'internat de 1984 et jusqu'en 2003, les étudiants souhaitant devenir spécialistes devaient réussir le concours de l'internat. Le nombre de places de médecins généralistes n'était donc pas fixé à priori pour chaque région contrairement à celui des spécialistes, mais dépendait du taux de réussite à l'internat des étudiants de la région. Le nombre de généralistes formés était d'autant plus important que le taux de réussite était faible.

Par ailleurs les étudiants admis à l'internat choisissaient une spécialité et une ville en fonction de leur rang de classement ; ils pouvaient donc être amenés à changer de région de formation pour le troisième cycle, contrairement aux futurs généralistes.

Avec l'instauration des ECN en 2004, le nombre de futurs médecins généralistes est aussi fixé à l'avance pour chaque région, ce qui à première vue pourrait contribuer à lisser les écarts de densité médicale. Mais, d'une part les médecins sont tous libres de changer de région à la fin de leurs études, et d'autre part de nombreux postes de médecins généralistes n'ont pas été pourvus lors des ECN de 2004, 2005 et 2006.

Ces postes non pourvus se répartissent de façon inégale entre les différentes subdivisions, ce qui influe sur le fonctionnement des hôpitaux et sur l'installation des futurs praticiens. Comme nous l'avons vu précédemment ce sont surtout les grandes villes du Nord, de l'Est et du centre de la France qui pâtissent d'une désertion de la médecine générale.

b) Le lieu d'installation

L'installation étant libre, les médecins peuvent changer de région à la fin de leurs études ou en cours de carrière.

Le rapport Descours en 2003 (17) expliquait que les conditions de vie et d'exercice étaient jugées plus difficiles dans les zones déficitaires. Or le cadre de vie apparaît comme essentiel dans le choix du lieu d'installation. La région des études, l'accès aux services publics, culturels et commerciaux, et les possibilités d'emploi pour le conjoint sont des facteurs déterminants. La difficulté pour le conjoint d'avoir un exercice professionnel satisfaisant est un des principaux freins à l'installation en milieu rural, principalement pour les jeunes médecins (30-40 ans) et les femmes.

On note que 70% des omnipraticiens s'installent dans leur région de formation avec des disparités selon les régions. Mais surtout ils s'installent à proximité des Facultés de médecine, ce qui explique les disparités au niveau infra régional. Compte tenu de l'implantation des Facultés dans les centres des grandes villes, les jeunes médecins, souvent eux-mêmes issus des centres urbains, souhaitent conserver un style de vie citadin, et profiter de la proximité des services scolaires et universitaires.

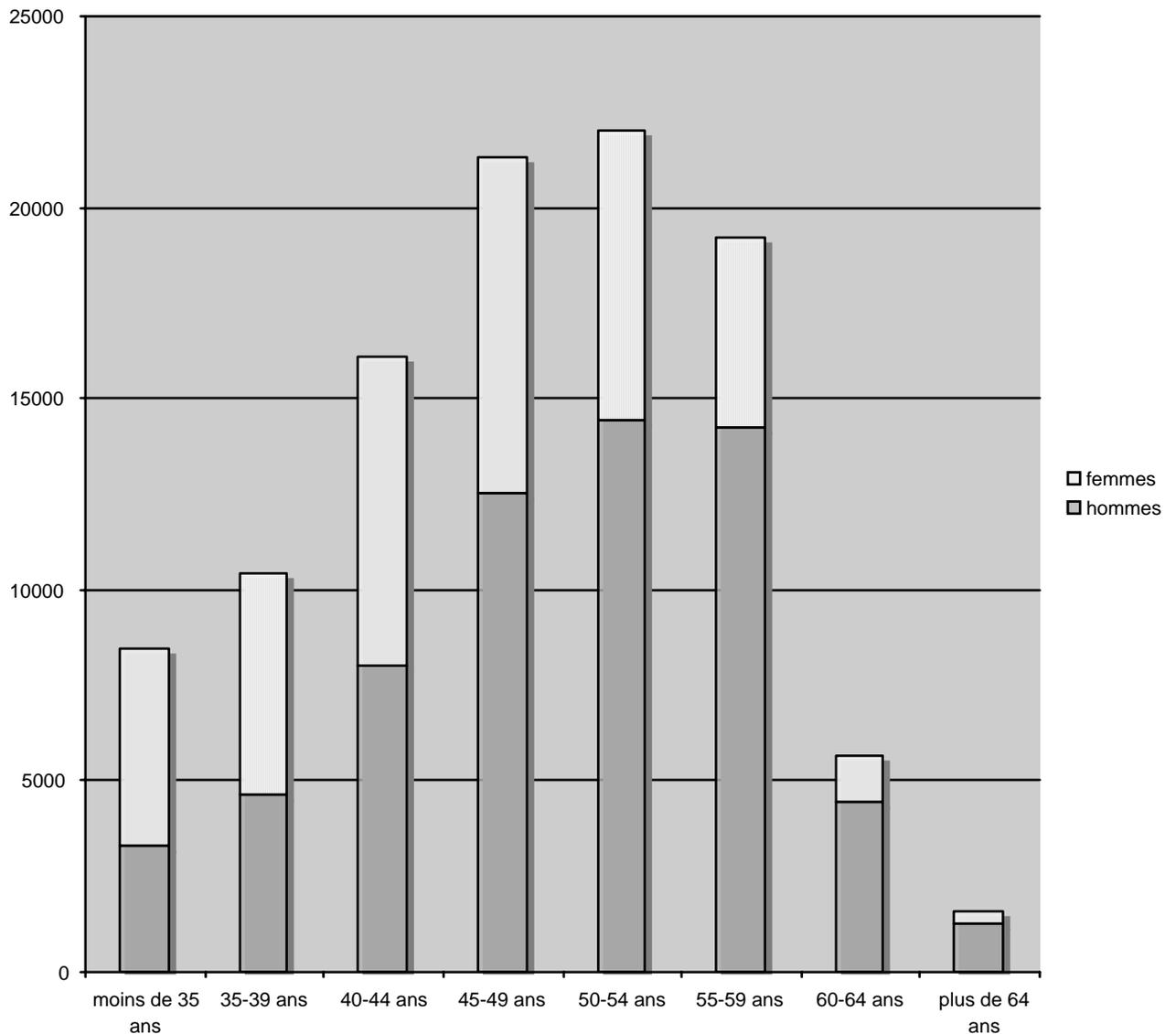
En milieu rural, les médecins redoutent un exercice isolé et éloigné des centres hospitaliers. Ils craignent également une charge de travail trop importante, la difficulté à trouver un remplaçant, et la multiplication des permanences, ainsi que le poids de responsabilités auxquelles ils ne se sentent pas préparés.

Dans les zones urbaines difficiles, les difficultés sont liées à l'insécurité ou au sentiment d'insécurité ressenti par les médecins dans leur pratique quotidienne ainsi qu'aux problèmes liés à la composante sociale de la population. L'organisation de la permanence des soins et des visites à domicile s'en trouve souvent perturbée.

Les médecins généralistes préfèrent donc souvent vivre en milieu urbain, près de leur lieu de formation, et la stabilité de ces comportements ne permet malheureusement pas de réduire les inégalités de densité médicale.

c) Les départs en retraite

La pyramide des âges des médecins en exercice dans les différentes régions, qui influe sur les cessations d'activité, est également un facteur à prendre en compte. L'âge moyen des médecins généralistes en activité est de 48 ans (45,4 ans pour les femmes et 49,7 ans pour les hommes). Le vieillissement marqué de la population médicale retentit sur l'activité, sur la participation à la permanence des soins et sur l'organisation de la succession (7).



Graphique 2 : pyramide des âges des médecins généralistes en activité en métropole
Source : CNOM au 1/01/2006 (7)

II- Méthodes

A- Méthodes de sélection

Pour répondre à nos questions, nous avons décidé de nous adresser directement aux jeunes médecins généralistes, diplômés depuis quelques années. Il nous a semblé qu'une enquête auprès de 3 promotions de médecins de la faculté de Nantes nous permettrait d'appréhender les choix professionnels des jeunes praticiens.

Nous avons donc choisi de réaliser une étude prospective et d'inclure tous les médecins ayant soutenu leur thèse de médecine générale à Nantes en 1999, 2000 et 2001. Ce sont donc des médecins diplômés depuis maintenant 5 à 8 ans. Ces praticiens font partie de la nouvelle génération des médecins, mais ils ont déjà quelques années d'expérience, et nous nous disions que la plupart avaient fait leur choix en matière d'orientation professionnelle.

Grâce à la liste des thèses, disponible à la bibliothèque universitaire section santé de Nantes, nous avons trouvé les noms des médecins que nous souhaitions interroger. Notre échantillon comptait 163 personnes.

B- Méthodes d'intervention

1) Sources de renseignements

Afin de retrouver les coordonnées de ces médecins, des démarches ont été effectuées auprès du service statistique de la DRASS des Pays de Loire, ainsi qu'à la scolarité du troisième cycle de médecine générale. Grâce à l'accord de M le doyen de la Faculté de médecine de Nantes, le professeur J-M Rogez, il a été possible d'obtenir la liste des étudiants concernés avec leur adresse connue de la faculté de médecine. Quant aux fichiers fournis par la DRASS, ils nous ont permis de connaître pour la plupart des médecins, leur adresse actualisée et leur activité professionnelle. Enfin des recherches complémentaires sur l'annuaire électronique de France Télécom ont permis de retrouver quelques médecins ayant déménagé.

2) Type d'enquête

Nous avons choisi d'adresser un questionnaire par la poste aux 163 médecins inclus dans l'étude. Ce questionnaire était accompagné d'une courte lettre afin de présenter les acteurs et le but de ce travail de thèse, ainsi que d'assurer aux interrogés l'anonymat de toutes les réponses. Une enveloppe timbrée et libellée à l'adresse de retour était également jointe au courrier. Les questionnaires ont été envoyés au mois de septembre 2006.

Un mois après l'envoi des questionnaires, les médecins n'ayant pas répondu ont fait l'objet de recherches complémentaires afin de vérifier la validité de leur adresse. Quelques changements d'adresse ont ainsi été mis en évidence et des nouveaux questionnaires ont pu être envoyés. Les médecins n'ayant pas renvoyé le questionnaire et dont l'adresse était cependant exacte ont été contactés par téléphone, mais soit ils n'ont pas pu être joints, soit ils n'ont pas souhaité participer à notre enquête.

3) Le questionnaire

Le questionnaire abordait principalement le thème de l'activité professionnelle et des conditions de travail après quelques généralités sur la vie personnelle et familiale des médecins. Il comportait quelques questions sur les études de médecine, quelques questions sur la permanence des soins. Plusieurs questions étaient réservées aux médecins généralistes libéraux installés afin de cerner au mieux leur façon de travailler.

Le questionnaire se voulait relativement court, et rapide à remplir afin d'obtenir un maximum de réponses. Il comportait essentiellement des questions fermées et des cases à cocher. Seul le dernier item « observations libres » invitait les interrogés à s'exprimer plus longuement.

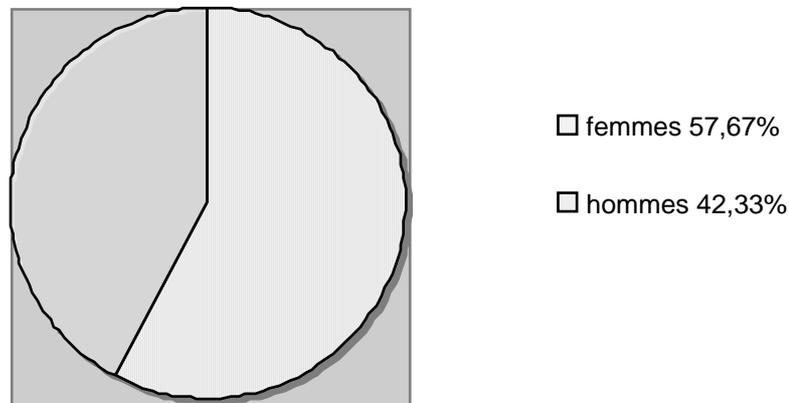
C- Méthodes d'évaluation

Tous les questionnaires reçus ont été pris en compte et analysés, même ceux complétés partiellement. Des sous-groupes ont été créés au sein de la population, en fonction du sexe et/ou en fonction de l'activité professionnelle, et chaque question a été analysée au sein des sous-groupes.

III- Résultats

A- Échantillon

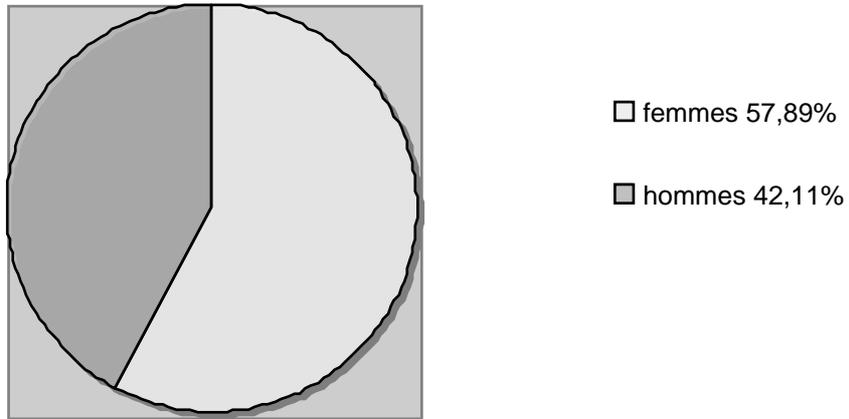
L'échantillon comptait 163 médecins. Cette population se partageait entre 94 femmes, soit 57,67% de l'effectif, et 69 hommes, soit 42,33% de l'effectif.



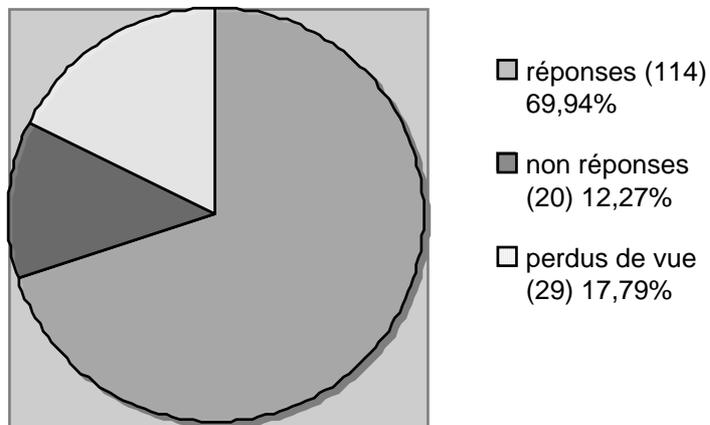
Graphique 3 : Répartition des médecins interrogés selon le sexe

Le questionnaire a donc été adressé aux 163 médecins. 114 questionnaires nous ont été retournés, soit un taux de réponses de 69,94%. Parmi ces 114 réponses, on compte 66 femmes, soit 57,89% et 48 hommes, soit 42,11%. Ainsi, 70,21% des femmes interrogées et 69,56% des hommes interrogés ont répondu à l'enquête.

Parmi les 49 médecins n'ayant pas retourné leur questionnaire, soit 30,06% des interrogés, on compte 28 femmes et 21 hommes. Pour 20 d'entre eux, leur adresse et leur activité professionnelle sont toutefois connues (8 femmes et 12 hommes) ; pour les 29 autres, ils ont été perdus de vue (20 femmes et 9 hommes).



Graphique 4 : Répartition des médecins ayant répondu au questionnaire selon le sexe



Graphique 5 : Répartition des médecins inclus dans l'étude selon qu'ils aient répondu ou non à l'enquête

Concernant l'année 1999, on a relevé 57 diplômés, soit 34,97% des interrogés. Ces diplômés se partageaient entre 30 femmes, soit 52,63% des diplômés et 27 hommes, soit 47,37% des diplômés. 42 questionnaires nous ont été retournés, soit un taux de réponses de 73,68%. Parmi ces 42 réponses, on compte 21 femmes, soit 50% et 21 hommes, soit 50%. 70% des femmes interrogées et 77,78% des hommes interrogés ont répondu à l'enquête.

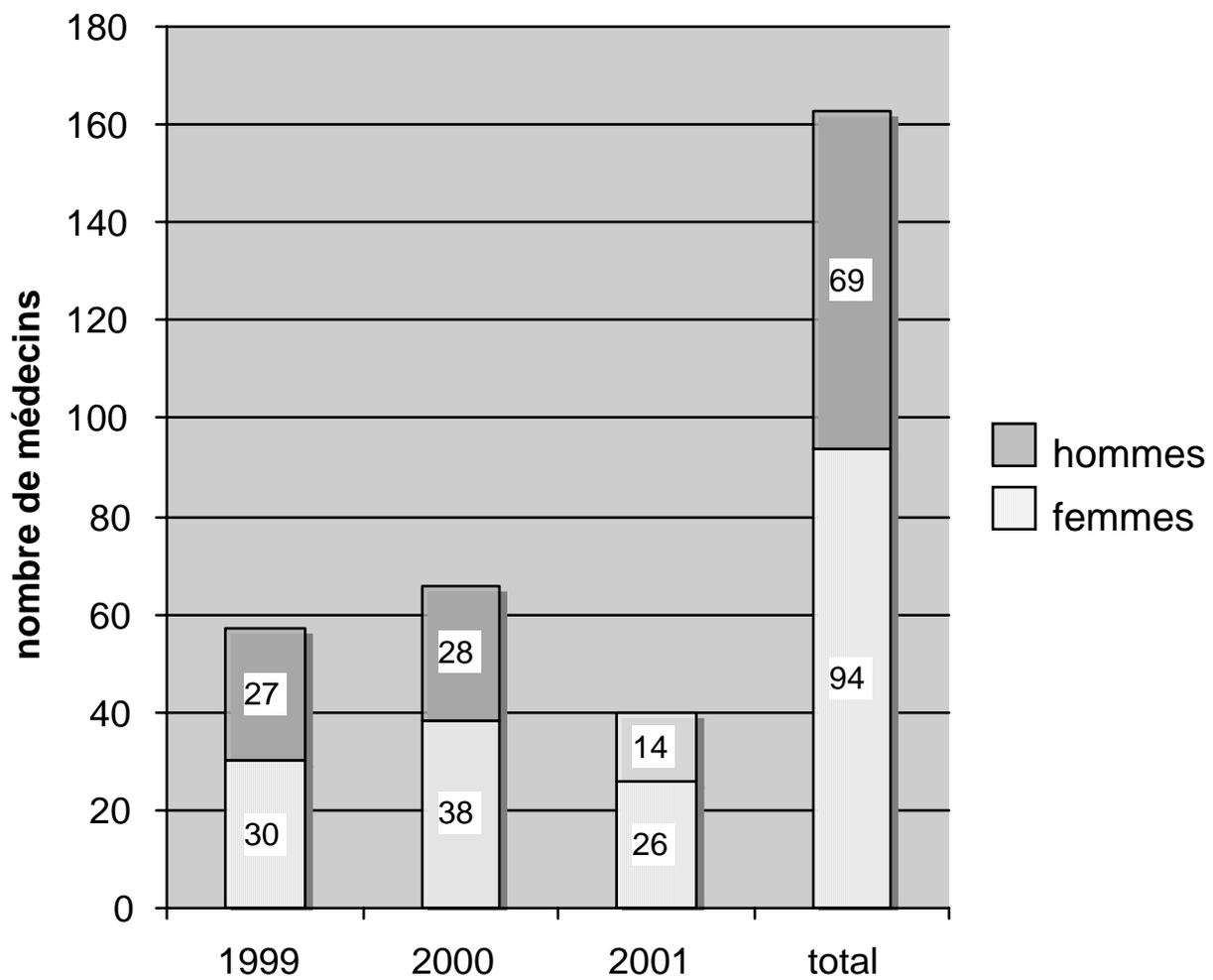
Parmi les 15 médecins n'ayant pas retourné leur questionnaire, soit 26,32% des interrogés, on compte 9 femmes et 6 hommes. 6 d'entre eux n'ont pas souhaité répondre (3 femmes et 3 hommes) et 9 ont été perdus de vue (6 femmes et 3 hommes).

Concernant l'année 2000, on a relevé 66 diplômés, soit 40,49% des interrogés. Ces diplômés se partageaient entre 38 femmes, soit 57,58% des diplômés, et 28 hommes, soit 42,42% des diplômés. 48 questionnaires nous ont été retournés, soit un taux de réponses de 72,73%. Parmi ces 48 réponses, on compte 30 femmes, soit 62,5% et 18 hommes, soit 37,5%. 78,95% des femmes interrogées et 64,29% des hommes interrogés ont répondu à l'enquête.

Parmi les 18 médecins n'ayant pas retourné leur questionnaire, soit 27,27% des interrogés, on compte 8 femmes et 10 hommes. 6 d'entre eux n'ont pas souhaité répondre (1 femme et 5 hommes) et 12 ont été perdus de vue (7 femmes et 5 hommes).

Concernant l'année 2001, on a relevé 40 diplômés, soit 24,54% des interrogés. Ces diplômés se partageaient entre 26 femmes, soit 65% des diplômés et 14 hommes, soit 35% des diplômés. 24 questionnaires nous ont été retournés, soit un taux de réponses de 60%. Parmi ces 24 réponses, on compte 15 femmes, soit 62,5% et 9 hommes, soit 37,5%. 57,69% des femmes interrogées et 64,29% des hommes interrogés ont répondu à l'enquête.

Parmi les 16 médecins n'ayant pas retourné leur questionnaire, soit 40% des interrogés, on compte 11 femmes et 5 hommes. 8 d'entre eux n'ont pas souhaité répondre (4 femmes et 4 hommes) et 8 ont été perdus de vue (7 femmes et 1 homme).



Graphique 6 : Nombre de médecins interrogés en fonction de l'année d'obtention du diplôme

B- Généralités

1) Durée moyenne des études de médecine

a) Durée moyenne des études

Parmi les 114 médecins ayant renvoyé le questionnaire, 94 ont répondu de manière à ce que la durée des études puisse être calculée, soit un taux de réponses à cette question de 82,46%.

	Durée des études des femmes	Durée des études des hommes	Durée des études hommes et femmes
1999	10 ans 10 mois	9 ans 8 mois	10 ans 3 mois
2000	9 ans 10 mois	9 ans 7 mois	9 ans 9 mois
2001	10 ans 3 mois	10 ans 10 mois	10 ans 6 mois
total	10 ans 2 mois	9 ans 10 mois	10 ans 1 mois

	réponses	Non-réponses	Perdus de vue	Tableau 1 : durée moyenne des études selon le sexe et l'année de thèse
--	----------	--------------	---------------	--

b) Age moyen d'obtention du diplôme

Parmi les 114 médecins ayant renvoyé le questionnaire, 102 ont répondu de manière à ce que leur âge au moment de l'obtention du diplôme puisse être calculé, soit un taux de réponses à cette question de 89,47%.

	Age moyen des femmes	Age moyen des hommes	Age moyen hommes et femmes
1999	33 ans 2 mois	31 ans 3 mois	32 ans 2 mois
2000	30 ans 4 mois	32 ans 4 mois	31 ans 1 mois
2001	31 ans 6 mois	31 ans 4 mois	31 ans 5 mois
total	31 ans 4 mois	31 ans 9 mois	31 ans 6 mois

Tableau 2 : âge moyen d'obtention du diplôme selon le sexe et l'année de thèse

c) Délai moyen entre la fin des études de médecine et l'obtention du diplôme

Parmi les 114 médecins ayant renvoyé le questionnaire, 106 ont répondu de manière à ce que le délai entre la fin des études et l'obtention de la thèse puisse être calculé, soit un taux de réponses à cette question de 92,98%.

	Délai chez les femmes	Délai chez les hommes	Délai hommes et femmes
1999	2 ans 7 mois	2 ans 9 mois	2 ans 8 mois
2000	2 ans 1 mois	3 ans 2 mois	2 ans 6 mois
2001	2 ans 6 mois	2 ans 4 mois	2 ans 5 mois
total	2 ans 4 mois	2 ans 10 mois	2 ans 7 mois

Tableau 3 : délai moyen entre la fin des études de médecine et l'obtention du diplôme selon le sexe et l'année de thèse

d) Age moyen d'installation

Age lors de l'installation

Parmi les médecins installés ayant répondu à l'enquête, 20 femmes sur 26 et 28 hommes sur 31 ont répondu à cette question.

Pour les femmes, l'âge moyen lors de l'installation était de 32 ans 10 mois.

Pour les hommes, l'âge moyen lors de l'installation était de 32 ans 4 mois.

Au total, l'âge moyen hommes et femmes confondus était de 32 ans 6 mois.

Délai moyen entre la fin des études et l'installation

Parmi les médecins installés ayant répondu à l'enquête, 23 femmes sur 26 et 26 hommes sur 31 ont répondu à cette question.

Pour les femmes, le délai moyen était de 4 ans 3 mois.

Pour les hommes, le délai moyen était de 4 ans 7 mois.

Au total, le délai moyen était de 4 ans 5 mois.

Délai moyen entre l'obtention du diplôme et l'installation

Parmi les médecins installés ayant répondu à l'enquête, 23 femmes sur 26 et 27 hommes sur 31 ont répondu à cette question.

Pour les femmes, le délai moyen était de 2 ans.

Pour les hommes, le délai moyen était de 2 ans 1 mois.

Au total, le délai moyen était de 2 ans 1 mois.

2) Les médecins ayant présenté le concours de l'internat

Parmi les 114 médecins ayant renvoyé le questionnaire, 111 ont répondu à la question « Avez-vous passé le concours de l'internat ? », soit un taux de réponses à cette question de 96,49%. 43 ont déclaré avoir passé le concours de l'internat.

	femmes ayant passé l'internat N/%	hommes ayant passé l'internat N/%	médecins ayant passé l'internat N/%
1999	7/33,33	9/52,94	16/42,1
2000	14/46,67	6/33,33	20/41,67
2001	5/33,33	2/22,22	7/28
total	26/39,39	17/38,64	43/39,09

Tableau 4 : taux de participation au concours de l'internat selon le sexe et l'année de thèse

3) Avis sur l'enseignement reçu durant les études de médecine

Parmi les 114 médecins ayant renvoyé le questionnaire, 104 ont répondu aux questions « l'enseignement reçu à la faculté en vue d'une installation en médecine générale libérale vous semble-t-il suffisant, d'une part sur le plan des connaissances médicales, et d'autre part pour la gestion d'un cabinet ? », soit un taux de réponses de 91,23%.

a) Satisfaction des médecins concernant l'enseignement des connaissances médicales à la Faculté

Pour l'année 1999, 17 médecins sur 37 s'estimaient satisfaits, soit 45,95%.

Pour l'année 2000, 25 médecins sur 44 s'estimaient satisfaits, soit 56,82%.

Pour l'année 2001, 7 médecins sur 23 s'estimaient satisfaits, soit 30,43%.

Au total, 49 médecins sur 104 s'estimaient satisfaits, soit 47,11%.

b) Satisfaction des médecins concernant l'enseignement de la gestion d'un cabinet en médecine libérale

Pour l'année 1999, 1 médecin sur 37 était satisfait, soit 2,7%.

Pour l'année 2000, 1 médecin sur 44 était satisfait, soit 2,27%.

Pour l'année 2001, 1 médecin sur 23 était satisfait, soit 4,35%.

Au total, 3 médecins sur 104 étaient satisfaits, soit 2,88%.

4) Situation familiale

Les 114 médecins ayant renvoyé le questionnaire ont tous répondu à la question concernant leur situation familiale actuelle, soit un taux de réponses à cette question de 100%.

a) Situation familiale de l'ensemble des médecins

Parmi les 114 médecins ayant répondu à l'enquête,

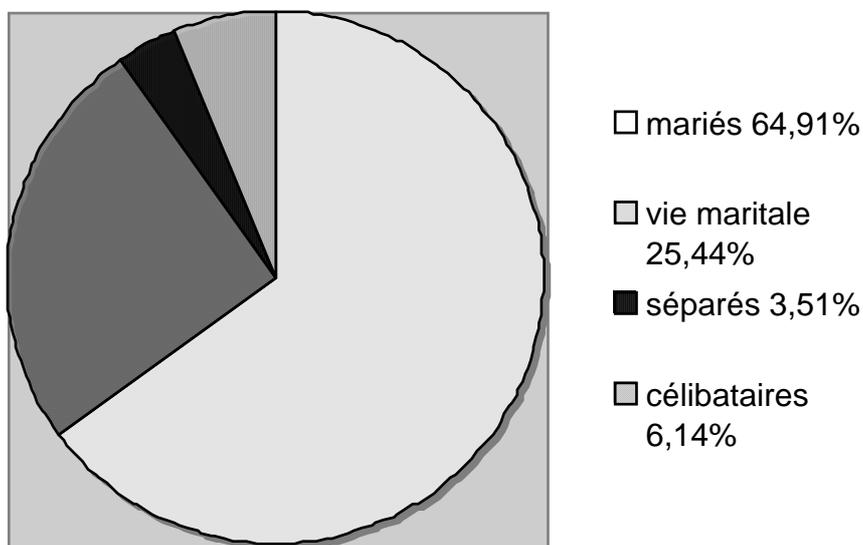
74 sont mariés,

29 vivent maritalement

4 sont séparés ou divorcés,

7 sont célibataires.

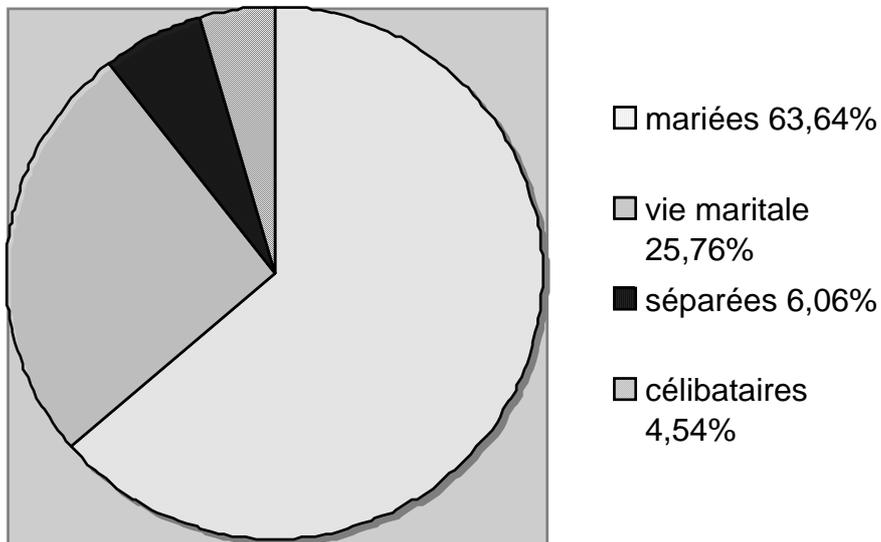
103 médecins, soit 90,35% des médecins vivent donc en couple.



Graphique 7 : situation familiale des médecins généralistes

b) Situation familiale des femmes médecins

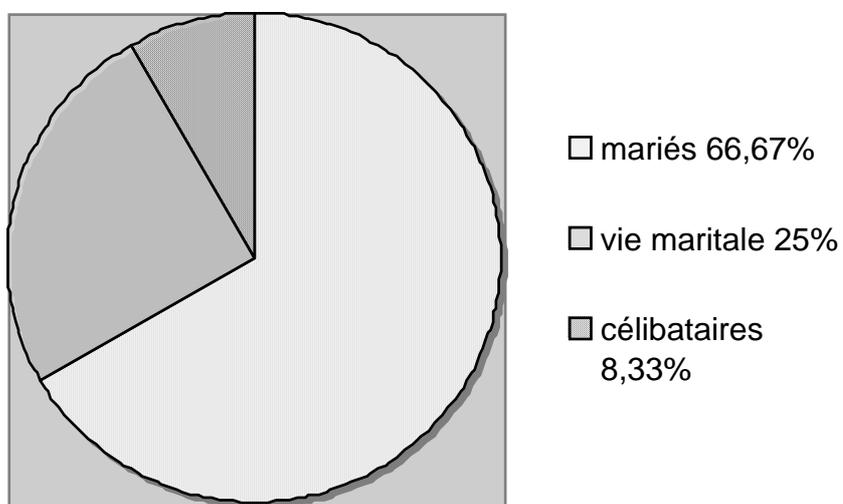
Parmi les 66 femmes ayant répondu à l'enquête,
42 sont mariées,
17 vivent maritalement,
4 sont séparées ou divorcées,
3 sont célibataires.



Graphique 8 : situation familiale des femmes généralistes

c) Situation familiale des hommes médecins

Parmi les 48 hommes ayant participé à l'enquête,
32 sont mariés,
12 vivent maritalement,
4 sont célibataires.



Graphique 9: situation familiale des hommes généralistes

5) Nombre d'enfants

	hommes	femmes	total
1999	2,14	2,52	2,33
2000	2,39	2,43	2,42
2001	1,44	1,44	1,44
total	2,10	2,22	2,17

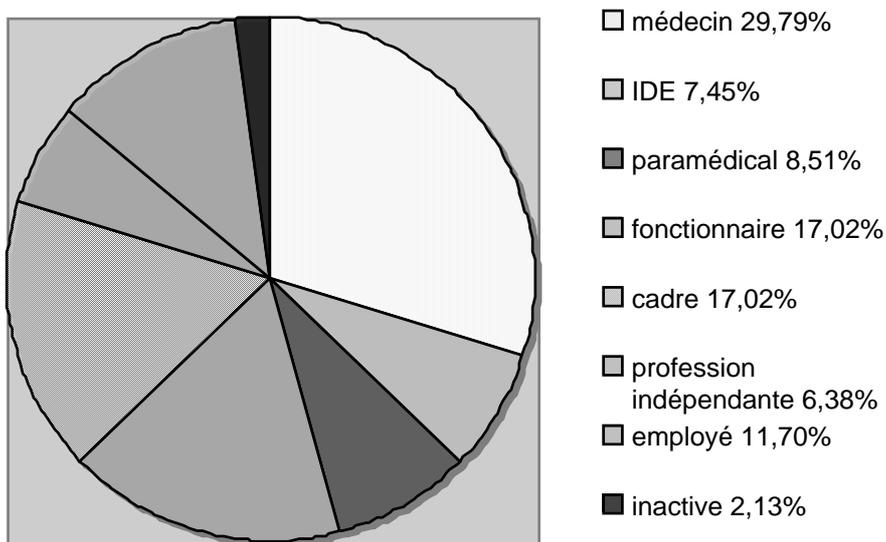
Tableau 5 : nombre d'enfants selon le sexe et l'année de thèse

6) Activité du conjoint

Parmi les 103 médecins ayant répondu à l'enquête et vivant en couple, 94 ont indiqué l'activité professionnelle de leur conjoint, soit un taux de réponses de 91,26%.

a) Activité de l'ensemble des conjoints

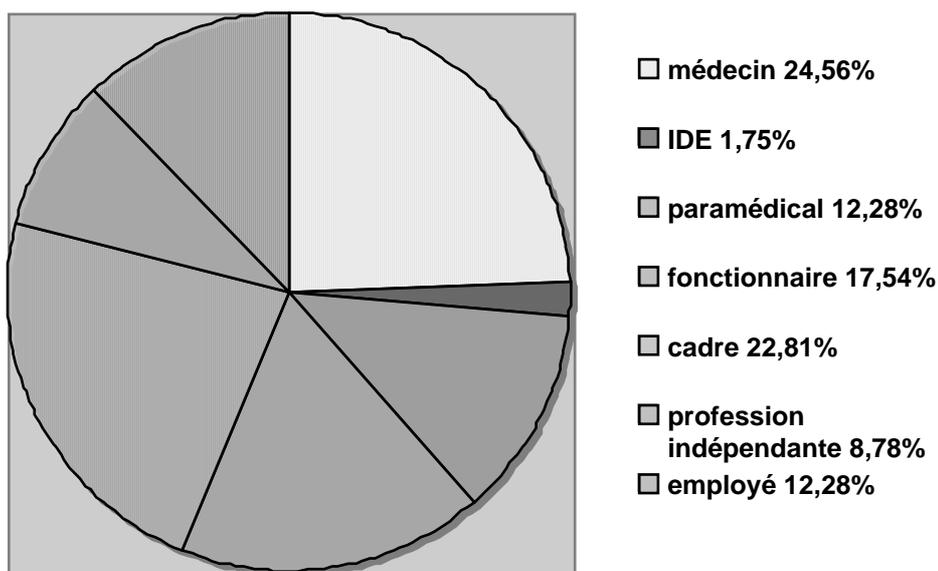
Parmi les conjoints des 94 médecins vivant en couple,
28 sont médecins,
7 sont infirmiers ou infirmières,
8 exercent une activité paramédicale,
16 sont fonctionnaires,
16 sont cadres,
6 exercent une profession indépendante,
11 sont employés,
2 femmes sont inactives.



Graphique 10: activité professionnelle des conjoints des médecins généralistes

b) Activité professionnelle des conjoints des femmes médecins

Parmi les conjoints des 57 femmes vivant en couple,
14 sont médecins,
1 est infirmier,
7 exercent une activité paramédicale,
10 sont fonctionnaires,
13 sont cadres,
5 exercent une profession indépendante,
7 sont employés.

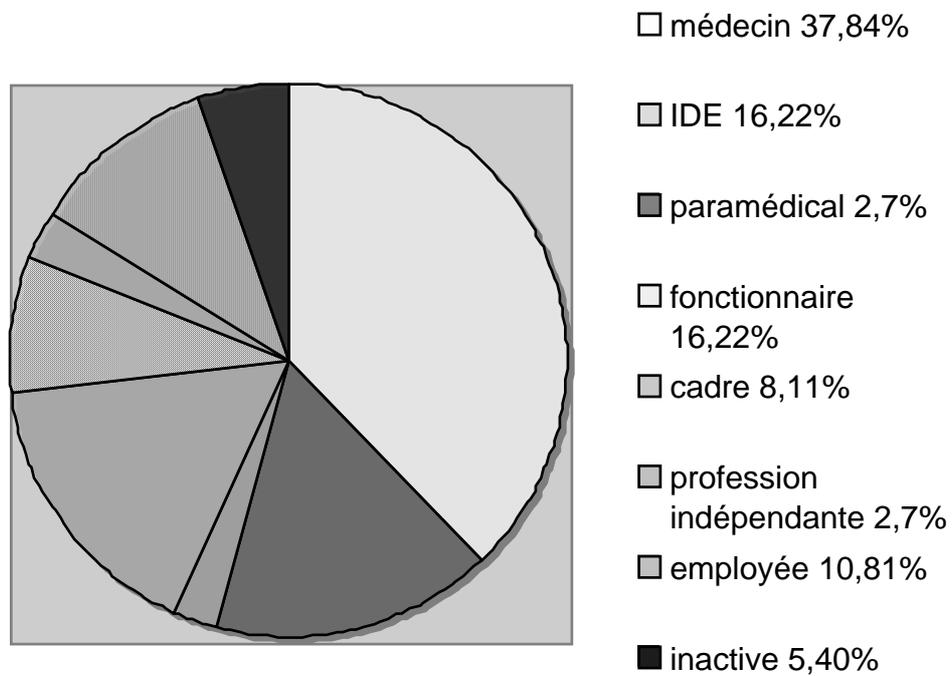


Graphique 11 : activité professionnelle des conjoints des femmes généralistes

c) Activité professionnelle des conjointes des hommes médecins

Parmi les conjointes des 37 hommes vivant en couple,

14 sont médecins,
6 sont infirmières,
1 exerce une activité paramédicale,
6 sont fonctionnaires,
3 sont cadres,
1 exerce une profession indépendante,
4 sont employées,
2 sont inactives, une ancienne infirmière et une ancienne aide-soignante.



Graphique 12: activité professionnelle des conjointes des hommes généralistes

7) Lieu de résidence

Parmi les 134 médecins ayant participé à l'enquête, 129 ont indiqué leur lieu de résidence, soit un taux de réponses de 96,27%.

a) Lieu de résidence de l'ensemble des médecins

Parmi les 129 médecins,

48 résident dans l'agglomération nantaise,

20 résident dans le reste du département 44,

25 résident en Vendée,

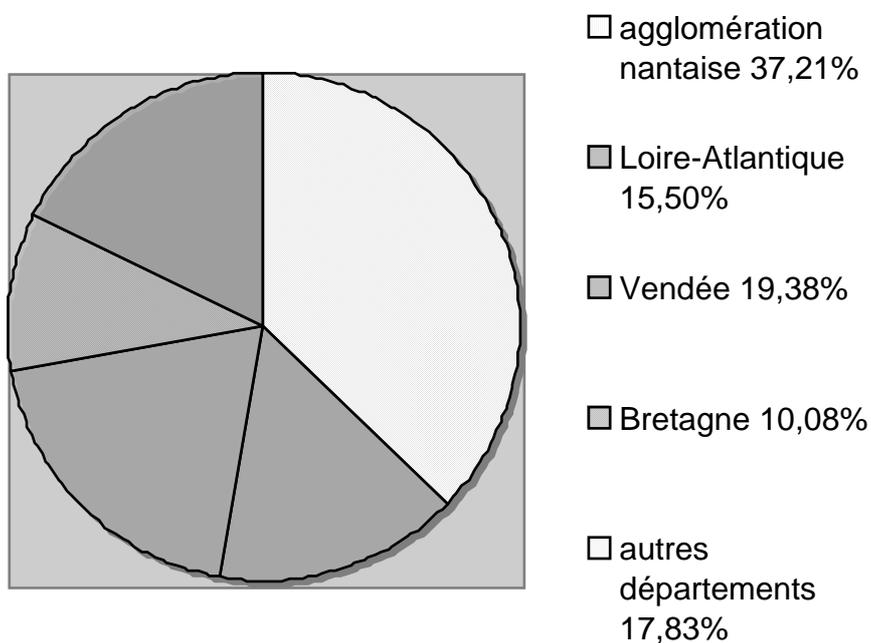
13 résident en Bretagne,

4 résident dans le Maine-et-Loire, 1 en Mayenne, 1 en Sarthe,

17 se sont installés dans d'autres départements français.

68 médecins, soit 52,71% des médecins résident en Loire-atlantique.

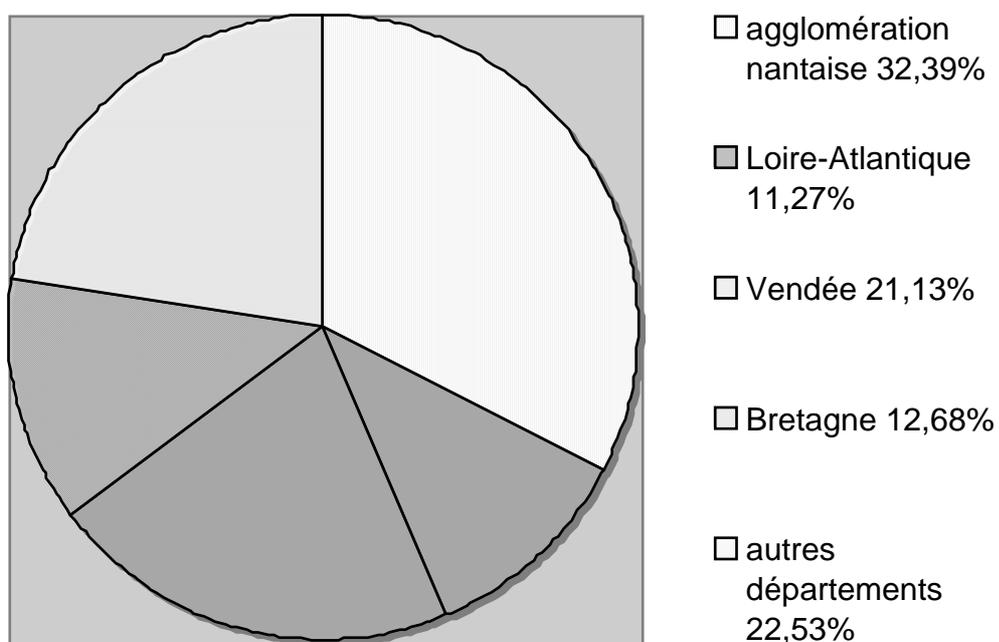
99 médecins, soit 76,74% des médecins sont restés dans les Pays de la Loire.



Graphique 13: lieu de résidence des médecins généralistes

b) Lieu de résidence des femmes médecins

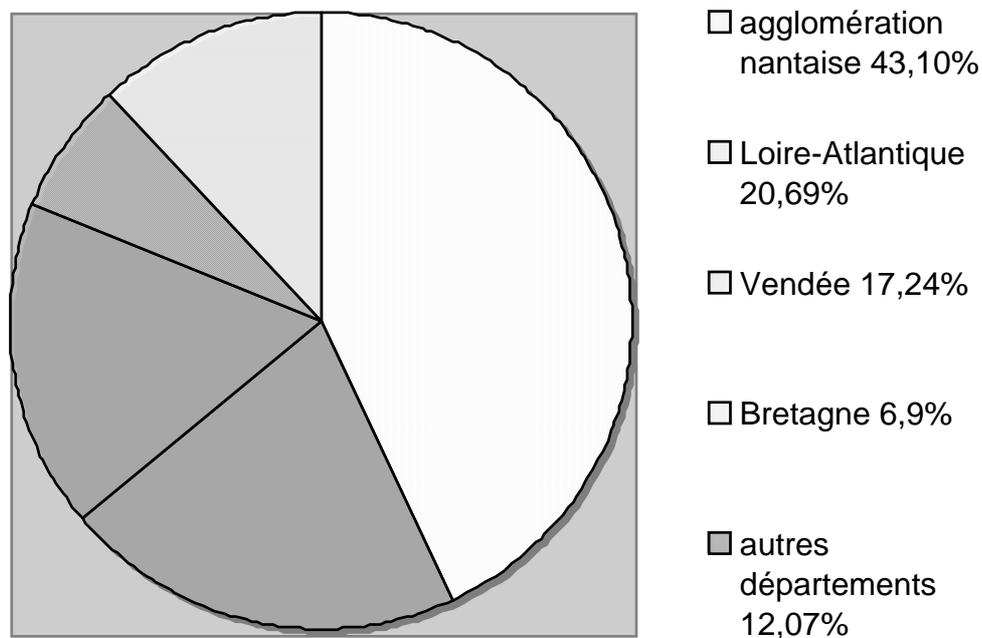
Parmi les 71 femmes médecins,
23 résident dans l'agglomération nantaise,
8 résident dans le reste du département 44,
15 résident en Vendée,
9 résident en Bretagne,
1 réside en Mayenne, 1 dans le Maine- et- Loire,
14 se sont installées dans d'autres départements français.



Graphique 14 : lieu de résidence des femmes généralistes

c) Lieu de résidence des hommes médecins

Parmi les 58 hommes médecins,
25 résident dans l'agglomération nantaise,
12 résident dans le reste du département 44,
10 résident en Vendée,
4 résident en Bretagne,
3 résident dans le Maine-et-Loire, 1 en Sarthe,
3 se sont installés dans d'autres départements français.



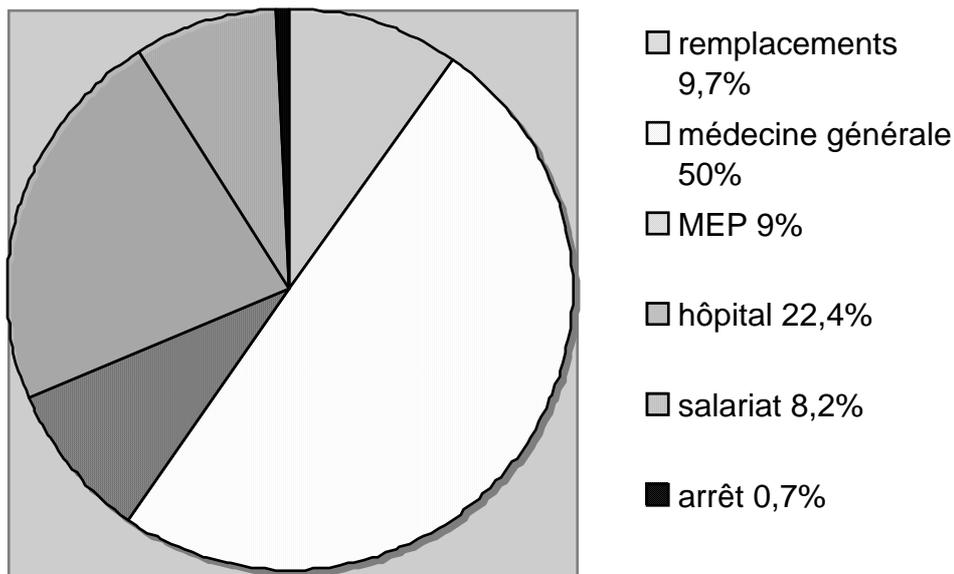
Graphique 15: lieu de résidence des hommes généralistes

C- Activité professionnelle

L'activité professionnelle actuelle est connue pour 134 médecins sur 163 interrogés, soit pour 82,21% d'entre eux.

1) Activité professionnelle de l'ensemble des médecins

Parmi les 134 médecins,
13 sont remplaçants en médecine générale,
67 sont installés et exercent la médecine générale en cabinet,
8 travaillent dans le cadre de SOS médecins,
4 femmes sont angiologues libérales,
30 travaillent à l'hôpital,
11 femmes sont salariées en dehors d'une structure hospitalière,
1 femme a cessé son activité professionnelle.

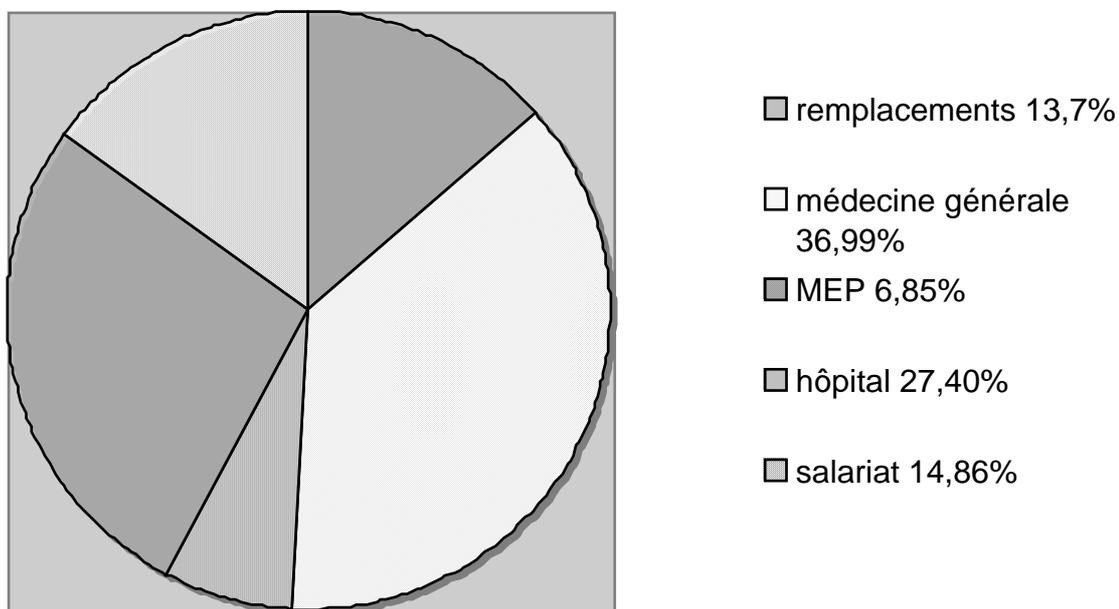


Graphique 16: activité professionnelle des médecins généralistes

Les MEP (Modes d'Exercice Particuliers) regroupent ici les médecins de SOS médecins et les angiologues.

2) Activité professionnelle des femmes médecins en activité

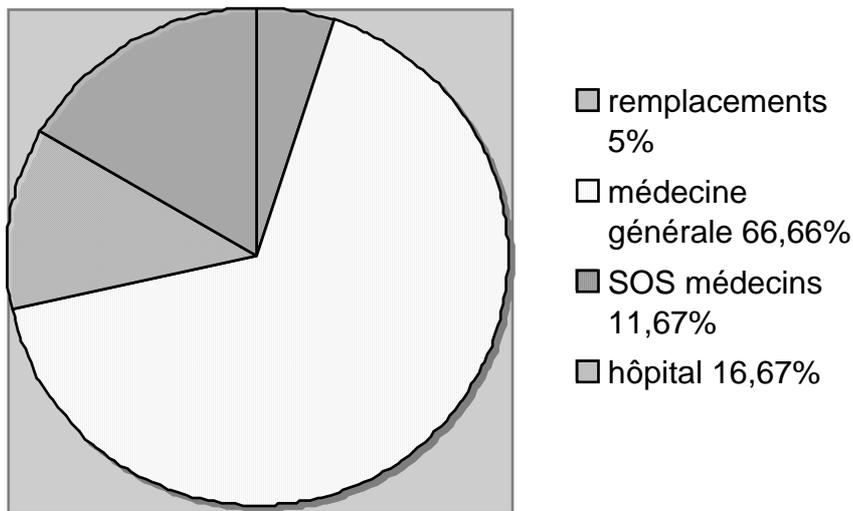
Parmi les 73 femmes en activité,
10 sont remplaçantes en médecine générale,
27 sont installées et exercent la médecine générale en cabinet,
1 travaille dans le cadre de SOS médecins (MEP),
4 sont angiologues libérales (MEP),
20 travaillent dans un hôpital,
11 sont salariées en dehors d'une structure hospitalière.



Graphique 17 : activité professionnelle des femmes généralistes

3) Activité professionnelle des hommes médecins

Parmi les 60 hommes,
3 sont remplaçants,
40 sont installés et exercent la médecine générale en cabinet,
7 travaillent dans le cadre de SOS médecins (MEP),
10 travaillent dans un hôpital.



Graphique 18: activité professionnelle des hommes généralistes

D- Activité libérale

Parmi les 134 médecins retrouvés, 92 exercent une activité libérale, soit 68,66%.
42 femmes sur 74 exercent en libéral, soit 56,76%.
50 hommes sur 60 exercent en libéral, soit 83,33%.

Dans cette population, on distingue
13 médecins effectuant des remplacements de médecine générale, soit 14,13%,
67 médecins installés exerçant la médecine générale en cabinet, soit 72,83%,
8 médecins travaillant dans le cadre de SOS médecins, soit 8,7%,
4 angiologues libérales, soit 4,34%.

1) Les remplaçants

Parmi les 134 médecins retrouvés, 13 exercent principalement une activité de remplacements de médecine générale et parmi ceux-ci, 12 ont retourné le questionnaire.

Une femme remplaçante n'a pas répondu à l'enquête, mais l'information a été donnée par son époux, également inclus dans l'étude, et qui a répondu.

a) Répartition selon le sexe

On compte 10 femmes et 3 hommes, soit 76,92% de femmes et 23,08% d'hommes.

b) Temps de travail et conditions de travail

Temps de travail annuel

À la question « nombre de semaines de remplacement par an », les 12 médecins ont répondu. Pour les 9 femmes, la moyenne est de 23 semaines travaillées par an.

Les 3 hommes ont tous donné une moyenne de 30 semaines de remplacement par an.

Pour l'ensemble des remplaçants, la moyenne s'élève donc à 24,75 semaines de remplacement par an.

Activité professionnelle complémentaire

3 médecins ont signalé une activité professionnelle en supplément des remplacements de médecine générale. Une femme médecin participe à des missions humanitaires, une autre femme médecin travaille ½ journée par semaine à la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), et un médecin travaille également à la PASS, ainsi qu'à la mission locale et s'investit dans un syndicat.

Difficultés à trouver des remplacements

Les 12 médecins ont répondu à la question « Avez-vous des difficultés pour trouver des remplacements ? ». Seules 2 femmes ont exprimé des difficultés pour en trouver, soit 22,22% des femmes et 16,67% des remplaçants.

Périmètre d'activité

8 femmes et les 3 hommes ont répondu à la question « périmètre d'exercice par rapport au domicile ». Concernant les femmes, le périmètre moyen est à 31,87 Km avec des distances allant de 5 à 100 Km selon les personnes. Concernant les hommes, le périmètre moyen se situe à 25 Km avec des valeurs allant de 25 à 30 Km. Pour l'ensemble des 11 remplaçants ayant répondu, la moyenne est donc de 30 Km.

c) Installation en prévision

11 médecins ont répondu à la question « avez-vous l'intention de vous installer, et si oui dans combien de temps ? ».

7 médecins ont répondu par l'affirmative à cette question, soit 58,33% des remplaçants interrogés, dont 4 femmes et 3 hommes. 4 femmes remplaçantes n'ont pas l'intention de s'installer et une préfère ne pas se prononcer. Parmi les médecins qui souhaitent s'installer, 3 d'entre eux préfèrent attendre quelques années (2 femmes et 1 homme), tandis que pour 2 d'entre eux (1 femme et 1 homme) l'installation était prévue à court terme, dont une installation en tant que collaborateur.

d) Mesures incitant à l'installation

10 médecins ont répondu à la question « quelles mesures pourraient vous inciter à vous installer dans une zone de faible démographie médicale ? ».

Parmi les mesures proposées, 5 médecins, dont 1 homme, sont en faveur de la suppression du créneau de garde de 0h à 8h. 4 médecins souhaitent la fourniture de locaux ou leur location avantageuse. 4 médecins également souhaitent une aide au remplacement (aide financière pour les remplaçants en zone déficitaire). Une personne souhaite une aide financière à l'installation, une personne souhaite l'exonération de la taxe professionnelle, une personne souhaite l'exonération de l'impôt sur le revenu des astreintes, et une personne est en faveur de l'augmentation des lettres-clés en zone déficitaire.

Aucun des médecins interrogés ne serait incité à s'installer dans une zone déficitaire par une aide financière durant les études de médecine ou par l'exonération des charges fiscales et sociales.

À côté des mesures proposées dans le questionnaire, 3 médecins souhaitent plus de facilités pour travailler à temps partiel et 2 médecins aimeraient avoir la possibilité d'être salarié d'une maison médicale.

e) Taux de satisfaction

11 médecins ont répondu à la question « êtes-vous satisfait de vos conditions de travail ? ».

8 médecins ont répondu par l'affirmative, soit 66,67% des interrogés, et 3 médecins ne s'estiment pas satisfaits ; une femme médecin ne se prononce pas.

Les 12 médecins ont répondu à la question « avez-vous suffisamment de temps libre ? ».

11 médecins ont répondu par l'affirmative, soit 91,67% des interrogés, et une femme médecin souhaiterait avoir davantage de temps libre.

2) Les médecins généralistes

Parmi les 134 médecins retrouvés, 67 exercent la médecine générale en cabinet, soit 50%.

On compte 27 femmes, soit 40,3% des médecins installés, et 40 hommes, soit 59,7% des médecins installés.

27 femmes sur 74 ont choisi ce mode d'exercice, soit 36,49% des femmes.

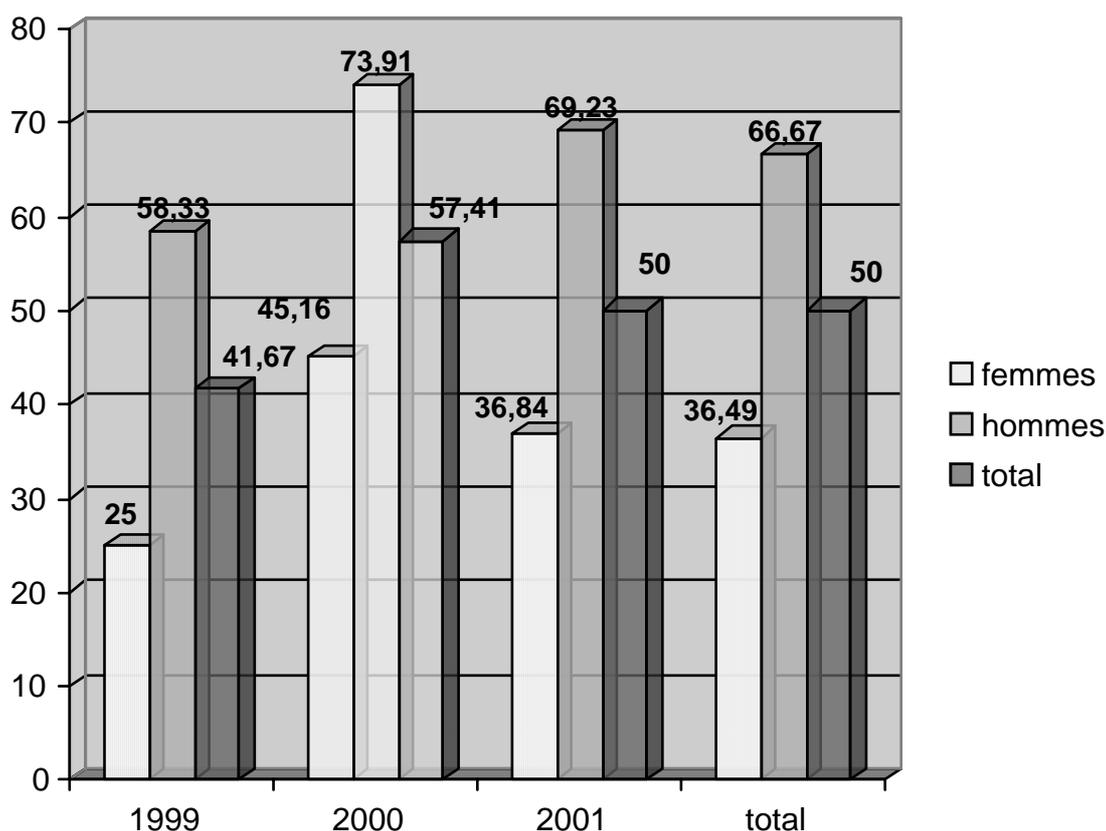
40 hommes sur 60 ont choisi ce mode d'exercice, soit 66,67% des hommes.

Pour l'année 1999, sont concernés 6 femmes sur 24 et 14 hommes sur 24.

Pour l'année 2000, sont concernés 14 femmes sur 31 et 17 hommes sur 23.

Pour l'année 2001, sont concernés 7 femmes sur 19 et 9 hommes sur 13.

Parmi les 67 médecins installés, 57 ont répondu à l'enquête, soit 85,07%.
26 femmes sur 27 et 31 hommes sur 40 ont ainsi répondu.



Graphique 19: taux d'installation en cabinet de médecine générale selon l'année de thèse

a) Age moyen d'installation

Ces résultats ont déjà été donnés au début du chapitre résultats, ils sont notés à nouveau ici puisqu'ils concernent précisément les médecins installés.

Age lors de l'installation

Parmi les médecins installés ayant répondu à l'enquête, 20 femmes sur 26 et 28 hommes sur 31 ont répondu à cette question.

Pour les femmes, l'âge moyen lors de l'installation était de 32 ans 10 mois.

Pour les hommes, l'âge moyen lors de l'installation était de 32 ans 4 mois.

Au total, l'âge moyen hommes et femmes confondus était de 32 ans 6 mois.

Délai moyen entre la fin des études et l'installation

Parmi les médecins installés ayant répondu à l'enquête, 23 femmes sur 26 et 26 hommes sur 31 ont répondu à cette question.

Pour les femmes, le délai moyen était de 4 ans 3 mois.

Pour les hommes, le délai moyen était de 4 ans 7 mois.

Au total, le délai moyen était de 4 ans 5 mois.

Délai moyen entre l'obtention du diplôme et l'installation

Parmi les médecins installés ayant répondu à l'enquête, 23 femmes sur 26 et 27 hommes sur 31 ont répondu à cette question.

Pour les femmes, le délai moyen était de 2 ans.

Pour les hommes, le délai moyen était de 2 ans 1 mois.

Au total, le délai moyen était de 2 ans 1 mois.

b) Type d'installation

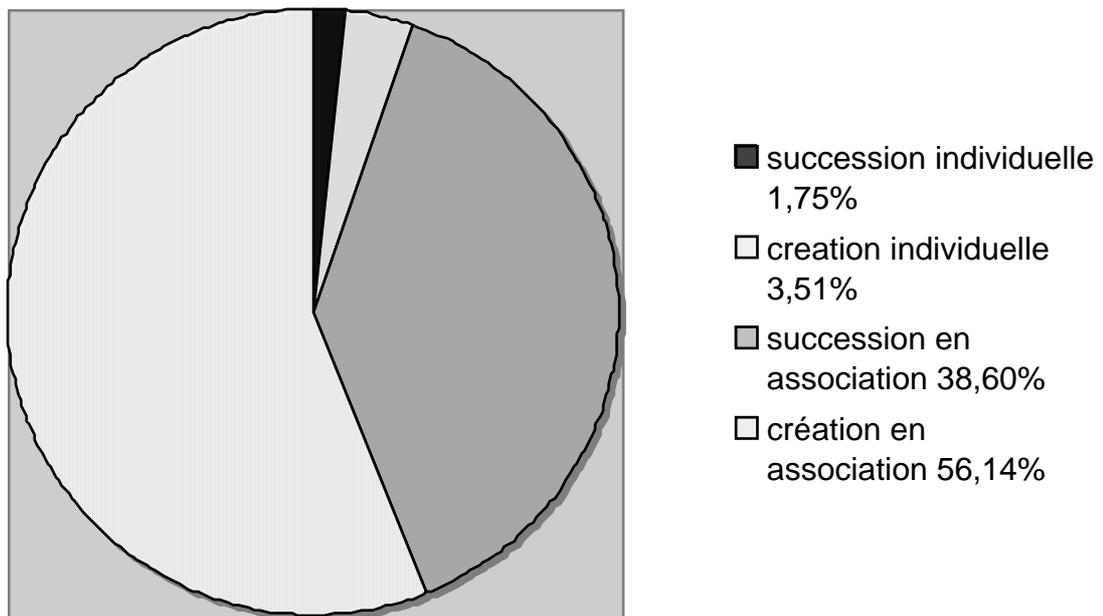
Les 57 médecins installés ayant renvoyé le questionnaire ont tous répondu à cette question.

32 médecins ont créé leur clientèle au sein d'un cabinet de groupe.

22 médecins ont succédé à un confrère au sein d'un cabinet de groupe.

2 médecins ont créé un cabinet individuel.

1 médecin a succédé à un confrère en cabinet individuel.



Graphique 20: répartition des médecins installés selon le type d'installation

c) Nombre de médecins dans le cabinet

56 médecins ont indiqué le nombre de praticiens dans leur cabinet.

2 femmes et 1 homme exercent seuls, soit 5,36% des médecins.

Pour 11 femmes et 13 hommes, le cabinet compte 2 médecins.

Pour 9 femmes et 7 hommes, il compte 3 médecins.

Pour 1 femme et 5 hommes, il compte 4 médecins.

Pour 2 femmes et 3 hommes, il compte 5 médecins.

Pour 2 hommes, il compte 7 médecins.

d) Le Secteur d'installation

Le lieu d'installation

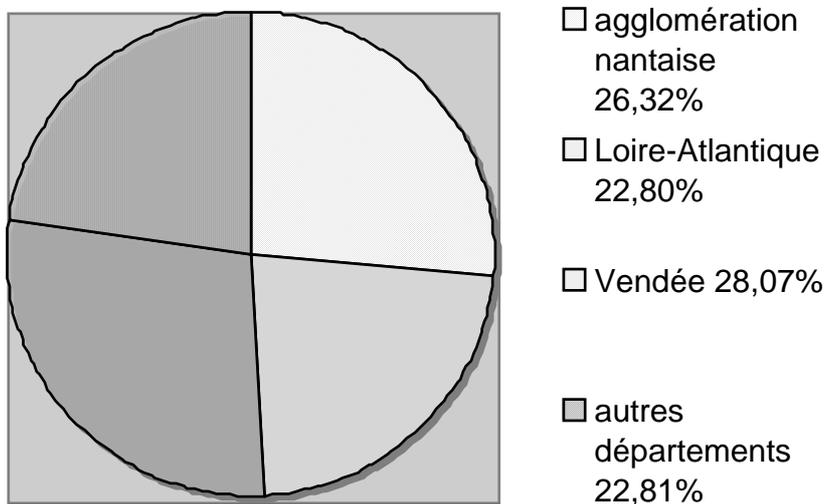
Les 57 médecins ayant renvoyé le questionnaire ont tous répondu à cette question.

	femmes	hommes	total
Agglomération nantaise	5	10	15
Loire-Atlantique	4	9	13
Vendée	9	7	16
Morbihan	3	0	3
Maine-et-Loire	1	3	4
Autres départements	4	2	6
total	26	31	57

Tableau 6 : secteur d'installation en fonction du sexe.

Les femmes qui se sont installées dans d'autres départements se trouvent dans l'Ardèche, dans les Bouches-du-Rhône, dans la Somme, et en Seine-Saint-Denis.

Les hommes qui se sont installés dans d'autres départements se trouvent en Charente maritime et dans l'Hérault.



Graphique 21: répartition des médecins généralistes installés en fonction du secteur d'installation

Critères de choix du secteur d'installation

La question concernant les raisons du choix du lieu d'exercice était une question à choix multiples. Parmi les 57 médecins ayant renvoyé le questionnaire, 56 ont répondu à la question.

	femmes	hommes	total
Liens familiaux/sociaux	9	8	17
Milieu urbain	3	8	11
Milieu rural	7	4	11
Opportunité	8	11	19
Lieu de travail du conjoint	9	7	16
enseulement	0	1	1

Tableau 7 : critères de choix du lieu d'installation

Prise en compte de la densité médicale

Parmi les 57 médecins ayant renvoyé le questionnaire 54 ont répondu à la question « avez-vous pris en compte la densité médicale de votre région pour y travailler ? ».

7 femmes sur 25, soit 28% des femmes ont répondu affirmativement.

15 hommes sur 29, soit 51,72% des hommes ont répondu affirmativement.

Au total, 22 médecins sur 54, soit 40,74% des médecins disent avoir pris en compte la densité médicale.

e) Compétences particulières et activité complémentaire

Compétences particulières

7 médecins ont signalé une orientation complémentaire sans se consacrer exclusivement à cette orientation.

4 hommes exercent la médecine du sport,
1 homme et 1 femme font de l'ostéopathie,
2 femmes font de l'homéopathie.

Activité complémentaire

11 médecins exercent une activité salariée à temps partiel en complément de l'activité libérale en cabinet, soit 19,3% des 57 médecins installés ayant participé à l'enquête.

4 médecins (3 hommes et 1 femme) sont salariés d'une maison de retraite. 2 d'entre eux (1 homme et 1 femme) sont médecins coordinateurs.

1 de ces médecins effectue également des vacations dans un centre d'alcoologie.

1 médecin effectue des vacations dans un service d'addictologie.

1 médecin est médecin référent dans un centre multi accueil.

1 médecin participe à la régulation au niveau du SAMU.

1 femme médecin enseigne dans une école de sages-femmes.

1 femme médecin effectue des visites en crèches collectives.

f) Temps de travail

Temps de travail journalier

Parmi les 57 médecins ayant renvoyé le questionnaire, 56 ont répondu aux questions concernant le temps de travail.

Pour les 26 femmes, le temps de travail moyen journalier était de 9h56min, avec un minimum de 7h et un maximum de 12h.

Pour les 30 hommes, le temps de travail moyen journalier était de 11h2min, avec un minimum de 6h30 et un maximum de 14h.

Au total, le temps de travail moyen journalier était de 10h32min.

Nombre de demi-journées travaillées par semaine

Pour les 26 femmes, le nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine était de 8, avec un minimum de 5 et un maximum de 11.

Pour les 30 hommes, le nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine était de 9, avec un minimum de 8 et un maximum de 12.

Au total, le nombre moyen de demi-journées travaillées par semaine était de 9.

Temps de travail hebdomadaire

Pour les 26 femmes, le temps de travail moyen hebdomadaire était de 40h31min, avec un minimum de 22h30min et un maximum de 54h.

Pour les 30 hommes, le temps de travail moyen hebdomadaire était de 50h58min, avec un minimum de 29h15min et un maximum de 66h.

Au total, le temps de travail moyen hebdomadaire était de 46h7min.

g) La gestion du cabinet

Temps de travail administratif

49 médecins sur 57 (21 femmes sur 26 et 28 hommes sur 31) ont estimé le nombre d'heures qu'ils consacraient par semaine au secrétariat, à la comptabilité et à la télétransmission.

Pour les femmes, le temps consacré à ces tâches était de 3h14min par semaine.

Pour les hommes, ce temps était de 3h06min par semaine.

Au total, ce temps était de 3h09min.

Présence d'un secrétariat

56 médecins (26 femmes et 30 hommes) ont indiqué s'ils avaient ou non un secrétariat.

21 femmes, soit 80,77% des femmes, ont un secrétariat, dont 2 un secrétariat téléphonique.

27 hommes, soit 90% des hommes, ont un secrétariat, dont 3 un secrétariat téléphonique.

Au total, 48 médecins, soit 85,71% des médecins, ont un secrétariat.

La comptabilité

55 médecins (25 femmes et 30 hommes) ont indiqué s'ils faisaient appel ou non à un comptable.

15 femmes, soit 60% des femmes, ont un comptable, dont 1 seulement pour les comptes de la SCM (Société Civile de Moyens).

15 hommes, soit 50% des hommes, ont un comptable, dont 2 seulement pour les comptes de la SCM.

Au total, 30 médecins, soit 54,54% des médecins, prennent les services d'un comptable.

Aide du conjoint

53 médecins (25 femmes et 28 hommes) sur 55 vivant en couple (26 femmes et 29 hommes) ont indiqué s'ils étaient aidés ou non par leur conjoint pour ces tâches administratives.

5 femmes, soit 20% des femmes, ont dit être aidées par leur conjoint.

7 hommes, soit 25% des hommes, ont dit être aidés par leur conjoint.

Au total, 12 médecins, soit 21,82% des médecins, ont dit être aidés par leur conjoint.

h) La Permanence des soins

Parmi les 57 médecins installés ayant renvoyé le questionnaire, 52 ont répondu aux questions concernant la permanence des soins (25 femmes sur 26 et 27 hommes sur 31).

Les gardes du lundi au vendredi

	femmes	hommes	Total
2 à 5 par mois	5	6	11
1 par mois	7	11	18
2 à 6 par an	4	2	6
Pas de gardes	9	8	17
total	25	27	52

Tableau 8 : fréquence des gardes de semaine en fonction du sexe

4 femmes et 9 hommes ont précisé que leurs gardes ne couvraient que la période de 20h à minuit.

Certains médecins effectuent leurs gardes dans des maisons médicales de garde où chaque médecin du secteur ne vient que pour quelques heures. Les gardes sont découpées en tranches horaires, de 4 heures le plus souvent.

17 médecins sur 52, soit 32,69%, n'effectuent aucune garde. Ils sont le plus souvent en secteur urbain ; certains ont précisé qu'ils étaient dans une zone couverte par SOS médecins.

Les gardes du samedi et dimanche

	femmes	hommes	total
1 par mois	2	1	3
1 tous les 2 mois	11	9	20
4 par an	2	5	7
2 à 3 par an	3	4	7
Pas de gardes	7	8	15
total	25	27	52

Tableau 9 : fréquence des gardes de week-end en fonction du sexe

Avis personnel concernant la permanence des soins

Parmi les 57 médecins ayant renvoyé le questionnaire 55 ont donné leur opinion sur l'organisation de la permanence des soins. Il s'agissait d'une question à choix multiples, avec 4 propositions qui étaient l'obligation de participer aux astreintes, le volontariat, l'absence d'astreintes en milieu de nuit avec relais par le SAMU et/ou SOS médecins, des maisons médicales de garde pour les médecins généralistes du secteur.

	Femmes (N/%)	Hommes (N/%)	Total (N/%)
Pour l'obligation	6/23,08	11/37,93	17/30,91
Pour le volontariat	10/38,46	13/44,83	23/41,82
Pour l'absence de gardes	12/46,15	9/31,03	21/38,18
Pour les MMG	10/38,46	7/24,14	17/30,91
total	26	29	55

Tableau 10 : avis des médecins sur la permanence des soins en fonction du sexe

i) Taux de satisfaction

Satisfaction concernant les conditions de travail

Les 57 médecins installés ayant renvoyé le questionnaire ont répondu à la question « êtes-vous satisfait de vos conditions de travail ? ».

	Femmes (N/%)	Hommes (N/%)	Total (N/%)
Satisfait(e)	18/69,23	23/74,19	41/71,94
Non satisfait(e)	1/3,85	7/22,58	8/14,03
Plus ou moins satisfait(e)	7/26,92	1/3,23	8/14,03
total	26	31	57

Tableau 11 : taux de satisfaction des conditions de travail selon le sexe

Satisfaction concernant le temps libre

Les 57 médecins ont également répondu à la question « avez-vous suffisamment de temps libre ? ».

	Femmes (N/%)	Hommes (N/%)	Total (N/%)
Satisfait(e)	9/34,61	15/48,39	24/42,10
Non satisfait(e)	16/61,54	15/48,39	31/54,39
Plus ou moins satisfait(e)	1/3,85	1/3,22	2/3,51
total	26	31	57

Tableau 12 : taux de satisfaction concernant le temps libre selon le sexe

3) Les médecins exerçant dans le cadre de SOS médecins

Parmi les 134 médecins retrouvés, 4 hommes et une femme ont choisi d'intégrer une structure SOS médecins. 2 hommes sont à Nantes, 2 hommes sont à Saint-Nazaire, une femme est à Strasbourg.

SOS médecins compte 39 médecins à Nantes, 12 médecins à Saint-Nazaire, et 22 médecins à Strasbourg.

Le temps de travail hebdomadaire moyen déclaré est de 45h 48min, avec un minimum de 32h et un maximum de 66h.

3 hommes et une femme déclarent avoir une activité complémentaire : un médecin effectue des vacations dans un service d'accueil et d'urgence. Un médecin effectue également des vacations dans un service d'urgence et participe à la régulation au niveau du SAMU. Un médecin participe à la régulation au centre 15, intervient avec les sapeurs-pompiers et effectue des vacations dans un service de gériatrie. Enfin, un médecin est attaché au SAMU SMUR.

4 médecins sur 5 s'estiment satisfaits de leurs conditions de travail.

4 médecins sur 5 pensent avoir suffisamment de temps libre.

4) Les angiologues

Parmi les 134 médecins retrouvés, 4 femmes se sont installées comme angiologues libérales.

3 d'entre elles ont répondu à l'enquête.

Une exerce à Nantes, une à Carquefou (agglomération nantaise), une à La Chapelle sur Erdre (agglomération nantaise) et une à Vannes.

Le temps de travail hebdomadaire moyen déclaré est de 41h, avec un minimum de 32h et un maximum de 55h.

Une femme effectue des vacations à l'hôpital une demi-journée par semaine en plus de l'activité libérale.

Les 3 femmes ayant participé à l'enquête sont satisfaites de leurs conditions de travail et pensent avoir suffisamment de temps libre.

E- activité salariée

Parmi les 134 médecins retrouvés, 41 ont choisi une activité salariée, soit 30,59% des médecins.

31 femmes, soit 41,89% des femmes, ont choisi ce mode d'exercice.

10 hommes, soit 16,67% des hommes, ont choisi ce mode d'exercice.

1)activité hospitalière

Parmi les 134 médecins retrouvés, 30 se consacrent à une activité hospitalière, soit 22,39% de l'effectif. On compte 20 femmes, soit 66,67%, et 10 hommes, soit 33,33%. Sur les 74 femmes interrogées, le pourcentage de médecins travaillant à l'hôpital s'élève donc à 27,03%. Sur les 60 hommes interrogés, ce pourcentage est de 16,67%.

Les femmes

7 exercent dans un service d'urgences et/ou SMUR

2 travaillent dans un service de médecine générale

1 femme est praticien hospitalier dans un service de médecine interne

2 femmes travaillent dans des centres d'interruption volontaire de grossesse

1 femme travaille dans un service de gynécologie

1 femme est assistante généraliste dans un service de psychiatrie

1 femme travaille avec une équipe mobile de soins palliatifs

1 femme est praticien hospitalier en rééducation fonctionnelle

1 femme est responsable des prélèvements dans un établissement français du sang

1 femme est attachée en tabacologie et prévention dans un centre de réadaptation cardiovasculaire

temps de travail

17 femmes ont répondu à la question « vous exercez cette activité à plein temps, à mi-temps, à temps partiel ? ». 10 femmes ont déclaré travailler à temps plein et 7 femmes à temps partiel.

Satisfaction

13 femmes ont répondu à la question « êtes-vous satisfait de vos conditions de travail ? ».

9 femmes ont répondu par l'affirmative et 4 ont déclaré ne pas être satisfaites.

13 femmes ont répondu à la question « avez-vous suffisamment de temps libre ? ». 8 femmes ont répondu par l'affirmative, dont 6 exercent à temps partiel et 2 à plein temps. 5 estiment ne pas avoir suffisamment de temps libre et travaillent toutes à plein temps.

Les hommes

4 exercent dans un service d'urgences et/ou SMUR
4 travaillent dans un service de médecine générale
1 travaille dans un service de cancérologie et soins palliatifs
1 est attaché de recherches

temps de travail

8 médecins déclarent travailler à temps plein et 1 médecin exerce à temps partiel.

Satisfaction

8 hommes ont répondu à la question « êtes-vous satisfait de vos conditions de travail ? ».

7 ont répondu par l'affirmative et 1 a déclaré ne pas être satisfait.

7 hommes ont répondu à la question « avez-vous suffisamment de temps libre ? ». 4 ont répondu par l'affirmative et 3 estiment ne pas avoir suffisamment de temps libre.

2) Activité salariée autre qu'hospitalière

Sur les 134 médecins interrogés, 10 ont choisi une activité salariée autre que l'activité hospitalière, soit 7,46% de l'effectif. Ce sont toutes des femmes et elles représentent 13,51% des 74 femmes interrogées.

3 femmes travaillent pour la protection maternelle et infantile (PMI)
3 femmes exercent en santé scolaire
2 femmes sont médecins du travail
1 femme est médecin-conseil à la caisse d'assurance maladie
1 femme est médecin territorial au Conseil Général (avec l'objectif de favoriser l'accès aux soins des personnes en situation de précarité)

temps de travail

5 femmes ont déclaré travailler à temps partiel et 4 à temps plein.

Satisfaction

6 femmes se sont dites satisfaites de leurs conditions de travail contre 2 qui se disent insatisfaites ; 2 femmes ne se prononcent pas.

9 femmes déclarent avoir suffisamment de temps libre, 1 femme n'a pas répondu à la question.

F- Cessation d'activité

Une femme déclare avoir cessé son activité de médecin pour des raisons familiales, après 5 années de remplacement de 2000 à 2005.

IV- discussion

Le principal objectif de cette thèse était de cerner les choix professionnels des jeunes médecins généralistes. Le résultat qui nous a le plus interpellés est le faible taux d'installation en cabinet de médecine générale puisque seulement 50% des médecins ont choisi de se consacrer à la médecine générale. Nous savions que de plus en plus de médecins généralistes optaient pour d'autres modes d'exercice mais nous ne pensions pas que ce nombre était si élevé.

Nous avons également noté la prédominance masculine puisque 66,67% des hommes ont choisi de s'installer en médecine générale alors que seulement 36,49% des femmes ont fait ce choix. Un nombre non négligeable de médecins sont encore remplaçants à l'heure actuelle (13,7%), et surtout, la médecine salariée semble très attirante puisqu'elle regroupe 30,59% des médecins, essentiellement des femmes.

Quand on observe ces résultats et quand on sait que la profession se féminise de plus en plus, on comprend mieux la crise qui menace les médecins généralistes en activité. On se rend compte que les chiffres concernant les effectifs de médecins généralistes diplômés ou inscrits au tableau de l'Ordre des médecins ne reflètent pas la réalité du nombre de praticiens sur le terrain. Au vu de ces résultats, on est contraint d'avouer que l'exercice libéral de la médecine générale apporte de nos jours trop de contraintes et/ou trop peu de satisfaction à la nouvelle génération de médecins généralistes.

A- Echantillon

1) Représentativité

Notre échantillon, regroupant 163 jeunes médecins généralistes nantais, permet de mettre en lumière les principales caractéristiques socioprofessionnelles de ces médecins.

Les conditions d'exercice et les choix des médecins évoluent d'une génération à l'autre, nos résultats sont spécifiques aux jeunes généralistes, âgés en moyenne de 35 à 40 ans, et ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des médecins généralistes.

En revanche, on retrouve souvent les mêmes types de comportement, les mêmes aspirations professionnelles à l'échelle nationale chez les jeunes médecins, et des thèses réalisées à Strasbourg (18) ou Lyon (19) montrent les mêmes tendances concernant les choix professionnels des jeunes généralistes.

Le pourcentage de perdus de vue (17,79%) est relativement faible, l'activité professionnelle actuelle est donc connue pour la majorité de l'échantillon.

Cependant, ces médecins dont l'adresse n'a pas été retrouvée, ont un profil particulier puisqu'on compte 20 femmes pour 9 hommes. Il est en général plus difficile de retrouver une femme du fait qu'elle a pu se marier et changer de nom. Les femmes sont également plus mobiles, les épouses qui suivent leur conjoint dans une autre région sont plus nombreuses que les hommes qui déménagent pour suivre leur femme.

On peut également supposer que peu de ces médecins se sont installés en secteur libéral, auquel cas leur adresse est en général plus facile à retrouver, sauf si est intervenu un changement de nom ou un déménagement lointain. On peut penser que parmi les perdus de vue, plusieurs médecins, et notamment des femmes, effectuent des remplacements ou ont cessé leur activité médicale, ce qui expliquerait que la DRASS ne soit pas au courant de leur activité professionnelle.

La répartition hommes femmes est à peu près identique parmi les médecins interrogés et parmi les médecins ayant répondu. 70,21% des femmes interrogées et 69,56% des hommes interrogés ont répondu à l'enquête. Ceci nous a permis de comparer fréquemment les résultats obtenus entre les hommes et les femmes.

2) Féminisation

Dans notre échantillon, les femmes représentaient 57,67% de l'effectif, ce qui traduit bien la féminisation croissante du corps médical.

Cette tendance se retrouve dans les autres professions libérales, ces professions permettant en théorie d'adapter plus facilement ses horaires de travail.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a étudié cette féminisation dans son rapport sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2006 (7). Les femmes représentent 39,2% des médecins en activité en France métropolitaine et surtout, la proportion de femmes est d'autant plus élevée que les classes d'âges sont jeunes. Les femmes représentent 54% des médecins de moins de 40 ans.

Cette féminisation s'installe progressivement depuis 40 ans, passant de 10% en 1962 à 36% en 2003. En première année de médecine, la proportion de filles parmi les étudiants atteint 64% (20). À l'horizon 2020 les femmes devraient représenter 50% des médecins en activité.

La part croissante des femmes au sein de la population médicale se retrouve bien dans notre étude puisqu'elles représentent respectivement 52,63%, 57,58% et 65% des médecins diplômés en 1999, 2000 et 2001.

Concernant les Pays de la Loire, les femmes représentent 38,2% des médecins généralistes. Elles sont plus de 40% dans les territoires de Nantes et d'Angers, en revanche, elles sont moins de 27% dans les territoires de Mayenne et de Sablé La Flèche (Drees, effectifs redressés au 1/01/2006).

La thèse du docteur Roux-Rayneaud Pascale (21), qui s'intéressait aux médecins généralistes thésés à Nantes en 1990, 1991, et 1992, avait recensé 123 femmes sur 236 diplômés, soit 52,12% de femmes. Les femmes étaient donc déjà majoritaires à cette époque parmi les jeunes médecins généralistes à Nantes.

Au-delà des chiffres, cette féminisation du corps médical a un impact sur l'organisation des soins.

L'exercice professionnel de la médecine générale est très prenant, très absorbant, nécessite une grande disponibilité, ce qui peut sembler un obstacle quand on tente de concilier vie professionnelle et vie familiale. Pourtant, dans la mesure où la femme médecin atteint ce niveau de formation, elle souhaite s'insérer dans le parcours professionnel correspondant. Ce serait un gâchis pour la collectivité et pour elle qu'elle ne puisse pas mettre à profit sa formation.

Les femmes généralistes souhaitent s'investir professionnellement, tout en préservant leur qualité de vie. Elles choisissent plus que les hommes de travailler à temps partiel, ou du moins de réduire leur temps de travail, surtout si elles ont des enfants, mais au fil de leur vie, quand les enfants grandissent, la différence entre les hommes et les femmes s'amenuise.

Il faut aussi noter que les femmes médecins, si elles consacrent un peu moins de temps que leurs confrères masculins à la médecine, travaillent en revanche plus qu'eux en dehors du cabinet. La Drees a montré que les tâches domestiques et parentales sont principalement assumées par les femmes (22). Mais la répartition des tâches est en rapport avec l'investissement professionnel de chaque membre du couple. Lorsque l'un des conjoints est au foyer, il assume totalement ces tâches, mais lorsque les deux membres du couple travaillent, qu'ils appartiennent aux mêmes catégories socioprofessionnelles et qu'ils ont des revenus identiques, la répartition est plus équilibrée.

Les grossesses posent le problème de l'interruption de l'activité (congé de maternité), avec la nécessité de remplacement dans le cadre de l'activité libérale. Beaucoup de femmes démarrent leur grossesse en début d'installation, période où les revenus peuvent être encore trop faibles, ce qui entraîne des périodes de repos très réduites, avec une augmentation de la morbidité maternelle et infantile. L'allocation forfaitaire allouée en cas de grossesse ne permet pas toujours aux jeunes installées de profiter d'un congé de maternité équivalent à celui des salariées. Pourtant Xavier Bertrand, ministre de la santé, avait annoncé des évolutions dans ce domaine dans son discours du 25 janvier 2006 (23), mais la durée du congé de maternité pour les professionnelles de santé libérales n'a toujours pas été alignée, comme promis, sur celle du congé des salariées.

Les médecins cessent leur activité en moyenne à 65 ans, mais les femmes généralistes prennent leur retraite plus tôt. 24% des femmes qui cessent leur activité de façon définitive le font avant 50 ans, contre 9% pour les hommes. Et 12,7% cessent leur activité avant 40 ans contre 3,8% des hommes, après avoir peu exercé la médecine ou pas du tout (24).

Même si, dans les jeunes générations, les hommes ont maintenant des aspirations identiques à celles des femmes concernant la qualité de vie, la féminisation des médecins, et notamment des médecins généralistes, est un facteur à prendre en compte pour évaluer l'offre de soins.

3) Effectif

Le nombre de médecins généralistes diplômés à Nantes était de 57 en 1999, 66 en 2000, et 40 en 2001. La durée moyenne entre le début des études et l'obtention de la thèse étant de 12 ans ½ dans notre étude, on peut donc en déduire que ces médecins ont débuté leurs études de médecine entre 1986 et 1989. Ceci n'est qu'une approximation, le cursus médical étant long et sujet à des variations de durée. Néanmoins ces chiffres sont le témoin du numerus clausus qui commençait à être très bas à cette époque. Les médecins inclus dans notre étude faisaient donc partie de petites promotions.

Au niveau national, le numerus clausus a chuté de 1977 à 1993, passant de 8671 en 1977 à 3500 en 1993, niveau le plus bas. À partir de 1994, le numerus clausus a augmenté très progressivement puis de manière plus significative ces dernières années pour atteindre 6850 postes en 2006.

Concernant la faculté de médecine de Nantes, le numerus clausus évolue de façon parallèle au numerus clausus national, il a ainsi plus que doublé entre 1993 et 2006.

Numerus clausus

Année	national	Nantes	dont médecine
1993	3500	149	
1994	3570	153	
2001	4100	189	
2002	4700	217	
2003	5100	235	
2004	5600	255	
2005	6200	283	160
2006	6850	319	180

Quand on étudie les données de la Drees (effectifs redressés au 1/01/2006), on observe les mêmes tendances dans la région des Pays de la Loire qu'au niveau national en ce qui concerne l'évolution de la démographie médicale.

Comme l'indiquait l'Echo des Stats en 2002 (25), le nombre de médecins a presque doublé en Pays de la Loire au cours des 20 dernières années. Surtout, l'augmentation des effectifs de médecins a été plus rapide que celle de la population ; cependant, la densité médicale régionale reste inférieure à la moyenne nationale. On compte 146 médecins généralistes pour 100 000 habitants au 1/01/2006 dans les Pays de la Loire, contre 166 pour la moyenne nationale.

Le numerus clausus a bien augmenté dans les Pays de la Loire également ces dernières années, mais la part de la région est restée stable et ne permet pas de combler le retard.

Toujours dans la région des Pays de la Loire, le nombre de médecins, toutes spécialités confondues, devrait augmenter jusqu'en 2007 puis diminuer pour revenir en 2020 au niveau de 1993. En tenant compte d'une hausse prévisionnelle de la population ligérienne de près de 9%, la densité médicale régionale en 2020 serait la même qu'en 1988, soit 227 médecins pour 100 000 habitants.

B- Généralités

1) Durée moyenne des études de médecine

La durée moyenne des études était de 10 ans 1 mois et était plus longue de 4 mois chez les femmes.

Ce résultat n'est pas surprenant puisque au moment où ces médecins ont fait leurs études, la durée théorique pour former un généraliste était de 8 ans ½ ou 9 ans, la durée du troisième cycle (le résidanat) étant passé de 2 ans ½ à 3 ans en novembre 1997.

De plus, on sait que de nombreux étudiants ont redoublé leur première année de médecine en raison du concours sélectif qui conditionne le passage en 2^e année.

Enfin, les jeunes femmes qui sont enceintes au cours du 3^e cycle demandent parfois à bénéficier d'une disponibilité de 6 mois, ce qui allonge d'autant la durée totale des études. Tous les étudiants peuvent d'ailleurs demander à bénéficier d'une disponibilité de 6 mois ou un an pour convenance personnelle.

À ce sujet, la Drees a mené une enquête en 2002 auprès des étudiants en médecine (20) ; elle notait que l'âge des résidents était en réalité plus élevé que l'âge attendu en fonction des années d'étude. La moyenne d'âge des étudiants était de 19,1 ans en première année et croissait d'un an par niveau d'étude en moyenne jusqu'à la fin du DCEM. Mais en troisième cycle, la moyenne d'âge des résidents était de 27,7 ans, alors que le résidanat aurait dû être effectué entre 25 et 27 ans, sur la base d'un âge moyen de 20 ans en PCEM2 et d'un cursus sans redoublement. 15,4% des résidents enquêtés avaient même 30 ans ou plus.

Comme nous l'avons dit, cela peut s'expliquer par les redoublements et les interruptions de parcours qui ne sont finalement pas rares en troisième cycle. Ainsi, 1% des résidents déclarent reprendre leurs études au moment de l'enquête. Les congés maternités et disponibilités liées à une naissance sont une cause évidente d'interruptions chez les femmes, mais il apparaissait que les hommes n'étaient pas plus en avance, au contraire. Les jeunes femmes résidentes étaient légèrement plus jeunes quelle que soit leur avancée dans le cursus, d'un an au maximum. Dans notre étude, cela ne se vérifie pas, mais la différence n'est pas significative.

Concernant le délai entre la fin des études de médecine et l'obtention du diplôme, on a obtenu une moyenne de 2 ans 7 mois. Ce délai était plus long de 6 mois chez les hommes.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ce délai.

Premièrement, les étudiants ont du mal à trouver le temps nécessaire à ce travail de recherche durant leurs stages de 3^è cycle.

Après de longues études, ils n'ont pas le courage de réaliser leur thèse avant d'y être contraint, le temps imparti pour soutenir la thèse de docteur en médecine étant limité. Il était auparavant de 6 ans à compter de la première inscription en 3^è cycle, il est aujourd'hui de 3 ans après la validation du 3^è cycle, ce qui laisse un peu plus de temps en cas d'interruption de parcours.

Quelques petits avantages financiers n'encouragent pas à faire sa thèse rapidement puisque le médecin remplaçant non thésé est dispensé de cotisations auprès du Conseil de l'Ordre et de la CARMF (Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France).

Enfin, il était rare jusqu'à présent que les internes de médecine générale traitent un sujet de médecine générale, ce qui pouvait diminuer leur motivation ; cela évolue depuis la création des départements de médecine générale dans les Facultés.

Concernant l'âge d'obtention du diplôme, la moyenne obtenue était de 31 ans 6 mois.

La différence entre les hommes et les femmes était très faible (5 mois de plus pour les hommes).

Ce résultat souligne la longueur de la durée de la formation des médecins généralistes et donc l'anticipation nécessaire pour réguler la démographie de cette profession. Avant de soutenir sa thèse, un médecin peut effectuer des remplacements ou travailler à l'hôpital durant une période limitée, mais il n'est pas autorisé à s'installer tant qu'il n'est pas titulaire du Diplôme d'Etat de docteur en médecine générale.

2) Les médecins ayant présenté le concours de l'internat

39,09% des médecins ont déclaré avoir passé le concours de l'internat (39,39% des femmes et 38,64% des hommes). Depuis la réforme de l'internat de 1982, un concours permettait de sélectionner les étudiants autorisés à s'orienter vers une spécialité. Les médecins généralistes qui avouent avoir passé ce concours ont donc à priori choisi la voie de la médecine générale par dépit. Dans ce cas, il est inquiétant de se dire que plus d'un médecin généraliste sur trois ne souhaitait pas exercer la médecine générale. Cependant, certains étudiants ont pu passer le concours afin d'évaluer leurs connaissances et leur niveau par rapport aux autres candidats tout en ayant déjà choisi la médecine générale.

Une femme a précisé qu'elle avait été reçue au concours et qu'après un an d'internat, elle avait finalement préféré se diriger vers la médecine générale.

La dévalorisation de la médecine générale par rapport aux autres spécialités est un sentiment fréquemment ressenti au cours des études médicales et pousse probablement de nombreux étudiants à tenter de se spécialiser. Ce sentiment est en partie lié à l'aura de savoir et de réussite dont jouissent les hospitalo-universitaires qui encadrent les étudiants en médecine durant leurs études. Il faut également mentionner le peu de contact qui existe entre les étudiants en médecine et les médecins généralistes, bien que ceci soit en train d'évoluer depuis quelques années.

Dans notre enquête, les femmes diplômées en médecine générale à Nantes de 1999 à 2001 étaient plus nombreuses que les hommes, mais nous ne savons pas si elles étaient également majoritaires parmi les médecins spécialistes formés à Nantes durant les mêmes années. Il semblerait que les femmes ont été majoritaires à se spécialiser lorsqu'elles pouvaient le faire avec un CES, avant la réforme de l'internat, mais qu'elles ont montré plus de réticences à le faire après l'instauration de l'internat et de son concours d'entrée. Ces réticences à priori se sont atténuées puisqu'en janvier 2002, les femmes représentaient 56% des résidents et 54% des internes de spécialité (20).

Ce système de sélection a de nouveau évolué puisque depuis 2004, les épreuves classantes nationales remplacent le concours de l'internat et s'adressent à tous les étudiants en médecine, la médecine générale étant devenue une spécialité à part entière. Malgré cette réforme, la médecine générale tarde à être revalorisée dans l'esprit des étudiants et de nombreux postes de médecine générale restent vacants chaque année.

À Nantes, en 2004, 79 postes ont été proposés, 72 ont été choisis, en 2005, 110 postes ont été proposés, ils ont tous été pris, en 2006, 120 postes ont été proposés, 100 ont été choisis. Finalement, peu de postes n'ont pas été pourvus à Nantes ces dernières années par rapport à d'autres villes; Nantes reste une ville attrayante pour les jeunes médecins.

3) Avis sur l'enseignement reçu durant les études de médecine

Les médecins interrogés sont satisfaits à 47% de l'enseignement des connaissances médicales, mais ils sont moins de 3% à être satisfaits de l'enseignement reçu en vue de les aider à s'installer en secteur libéral.

Un peu plus de la moitié des médecins ne sont donc pas satisfaits de la formation médicale qu'ils ont reçue, on peut imaginer des raisons variées à cela, peut-être auraient-ils aimé avoir des cours plus adaptés à leur future pratique de médecins généralistes ?

L'enseignement à la Faculté de médecine étant effectué par des professeurs hospitalo-universitaires spécialisés, les spécificités de la médecine générale ne sont pas abordées durant les études et l'étudiant en médecine les découvre au cours de ses stages chez les médecins généralistes. Avec l'élévation au rang de spécialité de la médecine générale et donc la création de postes de professeurs de médecine générale, on peut espérer assister à une évolution dans ce domaine.

Ces résultats montrent également l'insuffisance, voire l'inexistence, de l'enseignement des matières non médicales utiles aux professions libérales : comptabilité, gestion et formation aux tâches administratives, auxquelles on ne peut se soustraire en pratique quotidienne. Les étudiants en médecine sont pourtant appelés en majorité à s'installer en milieu libéral. Le délaissement de ces aspects de la vie professionnelle au cours des études joue certainement un rôle dans le désintérêt des étudiants pour la médecine générale et dans le faible taux d'installation des médecins généralistes. Le salariat proposé par l'hôpital ou par d'autres structures est une solution beaucoup plus facile que l'installation libérale, et ce d'autant plus que l'on n'a pas reçu de formation.

4) Situation familiale

Dans notre étude, les médecins vivent très majoritairement en couple puisqu'ils sont 90,35% à déclarer être mariés ou vivre maritalement.

89,4% des femmes et 91,67% des hommes déclarent vivre en couple.

4 femmes sont séparées ou divorcées alors qu'aucun homme ne l'est. Une carrière professionnelle pour une femme mettrait-elle davantage en péril l'équilibre de son couple que pour un homme ?

Selon une étude de la Drees (26), sur la période 1990-2004, 83% des médecins actifs occupés vivaient en couple. Ce taux s'élevait même à 87% chez les médecins généralistes libéraux. On peut comparer ce résultat avec les cadres supérieurs, qui vivaient en couple à 78%, et avec l'ensemble des actifs, qui vivaient en couple à 73%.

On retrouve une différence plus importante entre les hommes et les femmes puisque 89% des hommes médecins étaient en couple contre 73% des femmes médecins. Quant aux cadres supérieurs, 82% des hommes et 69% des femmes vivaient en couple. La différence n'est plus que d'un point lorsque l'on compare les hommes et les femmes de l'ensemble des actifs occupés. Il semble donc bien qu'une carrière de cadre supérieur soit pour une femme un frein pour être en couple, alors que ce n'est pas le cas pour un homme.

Le pourcentage de femmes en couple est plus important dans notre enquête concernant les jeunes médecins que pour l'ensemble des femmes médecins ; on peut donc penser que les femmes ont plus de risques de se séparer ou de divorcer que leurs confrères masculins.

5) Nombre d'enfants

Les médecins interrogés ont en moyenne 2 enfants, sans différence significative entre les hommes et les femmes.

Les médecins thésés en 2001 ont moins de 2 enfants alors que leurs confrères thésés en 1999 ou 2000 ont plutôt plus de 2 enfants, sans doute cela est-il lié au plus jeune âge des médecins thésés en 2001.

Dans notre étude sur les jeunes médecins, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes, mais les études retrouvent en général une notable différence de fécondité entre hommes médecins et femmes médecins.

Ainsi, une étude INED de Laurent Toulemon, Nicolas Brouard et du Dr Silvia Pontone, portant sur 8 876 médecins anesthésistes-réanimateurs en France, a montré que les hommes anesthésistes avaient une fécondité bien plus importante que leurs confrères féminines à tous les âges. Pour les femmes, le nombre d'enfants se stabilisait à 1,7 enfant à partir de 40 ans, alors que chez les hommes, il continuait de progresser après la quarantaine : 2,3 enfants à 40 ans, 2,5 à 51 ans, 3 enfants à 62 ans. Cette différence résulterait en partie de la plus faible proportion de femmes anesthésistes qui vivent en couple en comparaison des hommes anesthésistes (67% en moyenne contre 90%).

La comparaison effectuée entre les anesthésistes et l'ensemble des médecins à travers l'histoire de l'étude familiale (EHF) réalisée dans le cadre du recensement général de 1999 a confirmé qu'il existait une différence notable de fécondité entre hommes médecins et femmes médecins. Il semble que les femmes médecins, pour continuer à exercer, limitent leur nombre d'enfants.

6) Activité du conjoint

On remarque une forte proportion de médecins parmi les conjoints des médecins, puisqu'un quart des femmes médecins et plus d'un tiers des hommes médecins ont un conjoint qui exerce la même profession.

Les femmes sont ensuite principalement en couple avec des cadres ou des fonctionnaires.

Les hommes vivent plutôt avec des infirmières ou des fonctionnaires.

D'après la Drees (26), sur la période 1990-2004, 31% des femmes médecins et 17,1% des hommes médecins avaient un conjoint également médecin. 42% des femmes médecins vivant en couple vivaient avec un médecin. Si l'on s'intéresse à l'ensemble des médecins, ce chiffre était de 22,1%. Pour les médecins généralistes libéraux, il était de 16,7%. On note donc cette tendance des médecins à vivre avec un autre médecin, phénomène que l'on ne retrouve pas dans les autres professions.

Dans notre enquête, le pourcentage de conjoints actifs est très élevé puisqu'il est de 94,6% pour les conjointes des hommes médecins et il atteint 100% pour les conjoints des femmes médecins. 15,9% des médecins hommes vivant en couple n'ont pas indiqué la profession de leur conjointe, peut-être le taux d'inactivité est-il un peu plus élevé en réalité. Quoiqu'il en soit, on note une réelle évolution puisque par le passé, les conjointes des médecins étaient fréquemment inactives ou aidaient uniquement leur mari.

En effet, la Drees a montré qu'entre 1990 et 2004, les conjointes des hommes médecins étaient actives occupées à 51,1%, inactives à 29%, aides familiales (conjoint collaborateur) à 5,8% et chômeuses à 2,5%.

Les conjoints des femmes médecins étaient actifs occupés à 67,9%, inactifs à 3,9%, aides familiales à 0,1% et chômeurs à 1,6%.

Parmi les médecins généralistes libéraux, la fonction d'aide familiale concernait 0,1% des conjoints de femmes médecins, 2% des conjointes de médecins de moins de 40 ans, 10% des conjointes de médecins de 40 à 55 ans, et 15% des conjointes de médecins de plus de 55 ans.

Les médecins hommes vivaient davantage avec une personne inactive ou qui les aidait sans être rémunérée. Le pourcentage de conjoints inactifs était en constante régression entre 1990 et 2004; la part des inactifs diminuait au profit de celle des cadres supérieurs.

46% des médecins avaient un conjoint cadre supérieur, ce chiffre s'élevait à 57% pour les femmes médecins et même 78% pour les femmes médecins vivant en couple.

Par ailleurs, l'activité du conjoint était variable selon la zone d'installation. En zone rurale, on notait une plus faible proportion de conjoints actifs et de conjoints cadres supérieurs.

7) Lieu de résidence

Plus de trois quarts des médecins diplômés à Nantes sont restés dans la région des Pays de la Loire, et plus de la moitié des médecins n'ont pas quitté la Loire-Atlantique. Près de 2 femmes sur 3 et 4 hommes sur 5 sont restés en Loire-Atlantique ou en Vendée. La mobilité des médecins par rapport à la Faculté d'origine semble donc réduite.

Les femmes ont, plus que les hommes, quitté la région, cela peut être attribué au fait qu'elles ont suivi ou rejoint leur conjoint qui se trouvait dans une autre région pour des raisons professionnelles.

Seule une femme se trouve en Mayenne et un homme en Sarthe alors que ces départements sont proches de la Loire-Atlantique et que des stages sont proposés aux étudiants nantais à l'hôpital du Mans. Cela reflète la faible attractivité des départements ruraux.

Le lieu d'installation des jeunes médecins est en partie à l'origine des disparités de densité médicale. La démographie médicale est régulée au niveau régional à la fois par le *numerus clausus* et par les ouvertures de postes d'internes, à l'entrée en troisième cycle des études médicales. Ces moyens de régulation peuvent aider certaines régions défavorisées, mais ils se heurtent aux capacités de formation limitées des Facultés et à la mobilité des jeunes médecins diplômés.

Cependant, la Drees a montré qu'en 1998, 70% des médecins se sont installés dans la région où ils ont obtenu leur diplôme. Il existe de nettes différences selon les régions puisque 84% des médecins formés en Provence Alpes Côte d'Azur ont continué à y exercer, tandis que 62% des médecins formés en région Centre, et 58% des médecins formés en Limousin sont restés dans leur région d'origine.

Par ailleurs, la probabilité de s'installer dans sa région de thèse était plus élevée chez les médecins généralistes que chez les spécialistes, et plus élevée chez les jeunes médecins que chez les anciennes générations.

Une étude sur les médecins en Pays de la Loire en 2006 (27) a montré que la région en général était plutôt attractive pour les médecins.

Les médecins généralistes formés à la Faculté de Nantes exercent à 74% dans les Pays de la Loire et à 26% dans d'autres régions.

Quant aux médecins généralistes qui exercent en Pays de la Loire, ils sont diplômés de la Faculté de Nantes à 37%, diplômés de la Faculté d'Angers à 23% et d'autres Facultés à 40% (Drees, effectifs redressés au 1/01/2006).

Cette attractivité ne suffit pas à rattraper le retard de la région en termes de démographie médicale par rapport à la moyenne nationale, et ce sont principalement les zones rurales qui sont touchées par la désertification.

Entre 2003 et 2006, les flux d'entrée et de sortie des médecins généralistes se sont compensés ou presque dans les territoires de santé de proximité de Cholet, Laval, Saumur, Châteaubriant, Château-Gontier, Sablé La Flèche, La Roche-sur-Yon et Challans. Ils ont été positifs pour Nantes, Saint-Nazaire, Angers et Les Sables d'Olonne, et négatifs dans les territoires de Mayenne, Le Mans et Fontenay-le-Comte, ce qui traduit bien la faible attractivité des zones rurales et la préférence des jeunes médecins pour le secteur urbain.

C- Activité professionnelle

On retient donc un faible taux d'installation en cabinet de médecine générale (50%), un essor de la médecine salariée, hospitalière ou non (30,59%), le développement de modes d'exercice particulier (9%), et un taux non négligeable de médecins remplaçants (9,7%). Seule une femme n'exerce plus la médecine.

Dans notre étude, seulement 50% des jeunes médecins diplômés en médecine générale ont donc choisi de s'installer et de pratiquer la médecine générale. Deux tiers des hommes généralistes et guère plus d'un tiers des femmes généralistes ont opté pour la médecine générale en cabinet libéral.

Si l'on compare avec les résultats obtenus par le Dr Roux-Rayneaud Pascale, dans sa thèse réalisée 9 ans plus tôt (21), L'installation en libéral concernait 70,64% des jeunes médecins généralistes, 92,59% des hommes, et 49,09% des femmes. Le taux d'installation était donc plus important aussi bien pour les hommes que pour les femmes généralistes. Cependant, déjà moins de la moitié des femmes généralistes avaient choisi de s'installer.

On se rend compte qu'il est très difficile, au niveau national, de connaître avec précision le nombre d'omnipraticiens exerçant réellement et exclusivement la médecine générale. Ce nombre est difficile à apprécier même par les différents organismes de recensement des médecins.

Au 1^{er} janvier 2003, le répertoire ADELI redressé recensait 100 682 médecins omnipraticiens. En comparaison, à la même date, le fichier du Conseil national de l'Ordre des médecins en recensait 107 832 en incluant notamment plus de 3 400 médecins ayant des compétences exclusives en gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ou en chirurgie urologique, ainsi que 4 000 médecins reçus au concours national de praticien hospitalier dans une spécialité, sans être qualifié spécialiste. Le terme omnipraticien regroupe souvent des modes d'exercice variés.

Parmi les 100 700 médecins omnipraticiens inscrits au répertoire ADELI, 23 702 avaient une compétence et/ou un diplôme complémentaire dans une autre discipline (sans qu'on sache s'ils exerçaient ou non, de façon partielle ou exclusive, cette discipline), ou bien un mode d'exercice particulier. Ainsi, 53 987 médecins généralistes n'avaient ni un mode d'exercice particulier, ni une orientation complémentaire, dont 4 420 remplaçants. Au total, 49 567 médecins exerçaient exclusivement la médecine générale et n'étaient pas remplaçants, soit à peine la moitié de l'ensemble des omnipraticiens recensés.

Nous avons retrouvé ces tendances dans une étude actuellement en cours du Conseil national de l'Ordre des médecins de 2006.

Une enquête a été réalisée par la section santé publique du Conseil de l'Ordre ; tous les médecins généralistes inscrits au tableau ont reçu un questionnaire sur leur mode d'exercice et un tiers ont répondu. Les premiers résultats ont montré que 62% des médecins disaient pratiquer à temps plein la médecine générale, 14% disaient la pratiquer à temps partiel, et 24% disaient ne plus la pratiquer du tout. Ces observations ont fait dire au Dr Irène Kahn-Bensaude, qui dirigeait l'étude, que la médecine générale était « dramatiquement sinistrée ».

Dans notre enquête, 50% des médecins se consacrent à la médecine générale, contre 62% dans l'étude du Conseil de l'Ordre ; ceci est-il lié au fait que les médecins que nous avons interrogés étaient plus jeunes que ceux inclus dans l'enquête du Conseil de l'Ordre ? Il faut rester prudent du fait de la petite taille de notre échantillon, mais cette tendance pourrait se confirmer, aggravant encore les problèmes de démographie dans cette profession.

On en revient toujours au problème de l'attractivité de la profession de médecin généraliste libéral pour les jeunes diplômés, et notamment pour les jeunes femmes. Le Conseil national de l'Ordre des médecins notait en 2005 (14) une forte représentation des femmes dans les activités intermittentes, notamment lorsqu'elles exerçaient en médecine générale. Les médecins dont l'activité était irrégulière, ayant moins de 45 ans, étaient à plus de 60% des femmes. Finalement, les jeunes médecins cherchent souvent à pérenniser leur activité hospitalière ou tout autre exercice qui se distingue de celui de généraliste libéral.

D- Activité libérale

1) Les remplaçants

9,7% des médecins interrogés consacrent la majorité de leur temps de travail aux remplacements. Ce sont essentiellement des femmes (10 femmes pour 3 hommes) ; ce sont en effet le plus souvent elles qui élèvent les enfants et qui choisissent de réduire leur activité professionnelle au profit de la vie familiale.

a) La féminisation

On retrouve cette forte féminisation de la population des médecins remplaçants au niveau national. Le Conseil national de l'Ordre des médecins, dans son rapport sur la démographie médicale au 1/01/2006 (7), notait ce profil particulier des remplaçants, qui sont jeunes et souvent des femmes.

On dénombrait à cette date 9 262 médecins remplaçants en métropole, soit 4,47% des médecins en activité. Il y avait 58,25% de femmes et 41,75% d'hommes.

Les femmes remplaçantes avaient en moyenne 40,1 ans et les hommes remplaçants 43,9 ans, tandis que la moyenne d'âge des médecins en activité était de 46,2 ans pour les femmes et de 49,7 ans pour les hommes.

b) Temps de travail et conditions de travail

Ce mode d'exercice attire de plus en plus les jeunes médecins (ainsi que des médecins plus âgés) car il permet de gérer facilement son temps de travail annuel, de libérer du temps pour d'autres activités professionnelles ou de loisirs. On voit en effet qu'avec une moyenne de 24,75 semaines travaillées par an, les médecins interrogés travaillent nettement moins que leurs confrères installés.

Peu de médecins remplaçants ont déclaré avoir une activité complémentaire et peu également expriment des difficultés dans la recherche de remplacements, le temps de travail annuel réduit est donc à priori bien un choix de la part de ces médecins. Le périmètre d'exercice est limité (30 Km en moyenne), ce qui va dans le sens de facilités à trouver des remplacements. Il est d'ailleurs acquis dans de nombreuses régions qu'il devient de plus en plus difficile de trouver à se faire remplacer, et ce malgré la hausse des pourcentages de rétrocession. Le nombre de jeunes médecins arrivant sur le marché du travail étant de plus en plus faible, le nombre global de remplaçants potentiels diminue, même si ce mode d'activité intéresse plus longtemps qu'auparavant les jeunes médecins généralistes.

c) Installation en prévision

Plus de la moitié des médecins remplaçants ont dit qu'ils souhaitaient s'installer, à plus ou moins long terme.

Parmi les mesures pouvant les inciter à s'installer, on note qu'ils choisissent majoritairement des propositions pour améliorer la qualité de vie, et non des mesures d'incitation financières.

Les jeunes médecins veulent la possibilité de moins travailler : travail à temps partiel, suppression du créneau de garde de 0 à 8h ; ils souhaitent également des solutions pour simplifier les conditions de travail : fourniture de locaux, aide au remplacement, voire possibilité d'être salarié.

Pour tenter de réduire les disparités dans la répartition territoriale des médecins, les mesures incitatives ont été préférées aux mesures coercitives jusqu'à présent. Mais pour être efficace, une mesure incitative doit répondre à une attente. Or il s'avère que le choix du canton d'installation dépend davantage des conditions de vie offertes que de motifs purement financiers. Pour les jeunes médecins généralistes, le revenu espéré est un critère qui intervient après le niveau d'équipement (distance d'accès aux services de proximité, aux équipements de loisirs, aux hôpitaux), et le contexte démographique et socio-économique (croissance démographique, taux de chômage, revenu moyen...). En effet, les médecins exerçant dans les cantons moins attractifs ont un chiffre d'affaires supérieur aux autres.

Pourtant ce sont encore des mesures d'incitation financières qui viennent d'être mises en place avec la création d'une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires, dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins exerçant dans ces zones en cabinet de groupe pourront être majorés de 20% (28). Pour être incitative, une mesure financière doit permettre un gain important, à l'image des Zones Franches Urbaines où les professionnels profitent d'une exonérations de taxe professionnelle, de charges sociales patronales et de taxe foncière pour les sociétés bâties.

L'argent, et plus encore le temps que les médecins installés consacrent à la gestion du cabinet médical et aux tâches administratives effraient les jeunes médecins candidats à l'installation. Prolonger la période de remplacements est un moyen d'exercer la médecine générale en évitant la plupart des contraintes liées à une installation en cabinet. En effet, le médecin remplaçant ne se soucie pas de la gestion du cabinet, des charges, du renouvellement du matériel. Et les médecins remplaçants sont actuellement très bien rémunérés, avec des rétrocessions d'honoraires qui varient entre 70 et 100%.

d) Le médecin collaborateur

Dans notre enquête, un médecin remplaçant venait de signer un contrat de médecin collaborateur libéral, contrat qui doit justement faciliter l'entrée des jeunes médecins dans la vie libérale. C'est en théorie une manière de poursuivre le compagnonnage existant durant les études médicales afin de favoriser l'installation (29).

Le contrat de médecin collaborateur libéral a vu le jour suite à la loi du 2 août 2005. Il s'agit d'un contrat à durée déterminée ou indéterminée, signé entre 2 médecins inscrits au Tableau de l'Ordre. Ces médecins relèvent à titre personnel de la convention à laquelle ils peuvent adhérer ; le collaborateur libéral ne peut pas bénéficier du secteur conventionnel du titulaire du cabinet.

L'objectif principal est de favoriser l'installation du collaborateur, en association avec le titulaire ou pour la succession de celui-ci, mais le médecin collaborateur peut tout à fait choisir ce statut pour toute la durée de sa carrière.

Le médecin titulaire met à disposition du médecin collaborateur l'ensemble des moyens de son lieu d'exercice, mais contrairement à un remplaçant, le médecin collaborateur perçoit directement ses honoraires et établit des feuilles de soin à son nom.

Le médecin collaborateur verse une redevance pour participation aux frais professionnels, redevance qui correspond à un pourcentage des honoraires perçus et qui est considérée comme un loyer.

Les 2 médecins effectuent un recensement trimestriel de leur clientèle respective afin d'éviter les conflits qui pourraient surgir au terme du contrat ou en cas de rupture.

Ce contrat semble donc intéressant si une association ou une succession est envisagée : il permet aux deux parties de prendre le temps de se connaître avant de s'engager, et il permet au médecin collaborateur de profiter de l'aide d'un confrère installé concernant les contraintes liées à la responsabilité d'une entreprise.

Ce contrat offre la possibilité à un médecin installé de diminuer son activité sans pour autant s'associer, c'est-à-dire en restant maître des décisions concernant la gestion du cabinet. Il devrait se substituer aux contrats de remplacements réguliers puisque les remplacements sont normalement limités et soumis à des conditions précises.

Cependant l'absence de clause de non-concurrence peut faire craindre au médecin titulaire un détournement de clientèle, le médecin collaborateur restant libre de s'installer où il le souhaite.

e) Taux de satisfaction

Les médecins remplaçants interrogés semblent satisfaits dans leur travail, puisque 2 sur 3 étaient satisfaits de leurs conditions de travail et presque tous avaient suffisamment de temps libre.

2) Les médecins généralistes installés

a) Age moyen d'installation

Dans notre enquête, les médecins généralistes qui ont choisi de s'installer l'ont fait en moyenne à 32 ans ½, 4 ans ½ après la fin de leurs études et 2 ans après avoir soutenu leur thèse. Il n'y avait quasiment aucune différence entre les hommes et les femmes.

Ces médecins ont donc en moyenne terminé le 3^è cycle des études médicales à l'âge de 28 ans, ce qui correspond à l'âge théorique étant donné la durée des études de médecine. En revanche, très peu soutiennent leur thèse de docteur en médecine dès la fin de leurs études, cette obligation est repoussée de quelques années, et l'installation survient encore quelques années plus tard.

Le délai entre la fin des études et l'installation correspond à la période de début d'activité, durant laquelle la grande majorité des jeunes médecins préfère rester quelque temps à l'hôpital ou faire des remplacements.

Une étude du CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé), en avril 2004, sur l'évolution de la carrière libérale des médecins généralistes (30), trouvait même un âge d'installation des jeunes médecins généralistes encore plus élevé, puisqu'il était de 35 ans en 2001, contre 31 ans dans les années 80, et 34 ans dans les années 90. Sur une période de 22 ans (1979-2001), l'âge moyen à l'installation des médecins omnipraticiens libéraux avait donc augmenté de près de 5 ans.

À partir de 1990, les femmes se différencient des hommes en s'installant légèrement plus tôt.

Cette augmentation de l'âge moyen était liée pour une part à la réforme de l'internat de 1984 qui a allongé les études de médecine.

On constatait un écart de plus en plus important entre l'année de thèse et l'année d'installation. Dans la 1^{ère} moitié des années 80, un médecin généraliste s'installait en cabinet en moyenne 1,6 année après sa thèse, en 2000-2001, c'est en moyenne 3,7 années après sa thèse qu'il posait sa plaque.

Ceci était lié à la plus forte fréquence des remplacements et vacations salariées comme mode d'exercice avant l'installation. 48% des médecins généralistes faisaient avant de s'installer des remplacements et 10% des vacations salariées.

b) Type d'installation

Plus de la moitié des médecins installés se sont associés à un ou plusieurs confrères. Plus d'un sur trois a pris la succession d'un autre médecin, et seulement 2 médecins ont choisi de créer un cabinet individuel.

Jusqu'à aujourd'hui, s'installer et créer sa clientèle était en effet un pari plus risqué, ou du moins entraînait un début d'activité moins rapide que la reprise d'une patientèle existante, ou même que le partage d'une patientèle avec un confrère déjà installé. Cependant, avec la période de désertification médicale qui s'annonce, la création d'un cabinet est en général peu risquée, surtout dans les zones sous-peuplées médicalement. De plus, les jeunes médecins généralistes, s'ils s'installent plus tard que leurs aînés, rattrapent vite le niveau d'activité des médecins installés plus tôt (30).

c) Nombre de médecins dans le cabinet

Seulement 3 médecins sur 56 (2 femmes et 1 homme) ont choisi un exercice individuel de la médecine, ce qui souligne bien l'essor considérable de l'exercice en groupe. 71% des médecins interrogés exercent dans un cabinet qui compte 2 ou 3 praticiens.

Jusqu'à présent, l'exercice en groupe était surtout représenté chez les médecins spécialistes réalisant des actes techniques qui nécessitent des matériels performants et coûteux. Désormais, il attire de plus en plus les médecins généralistes.

Il est vrai que la formation des médecins, au sein de structures hospitalières, les habitue au travail en équipe.

Une enquête réalisée en 2002 par la Drees et la Cnamts (31) confirmait le développement important ces dernières années de l'exercice en groupe des médecins. En 2002, on estimait ainsi que les omnipraticiens exerçaient en groupe à 39%, en exercice collectif à 8%, et en exercice isolé à 53%.

La pratique en groupe de l'activité libérale pour les médecins généralistes concernait 40% des hommes et 35% des femmes.

Les médecins exerçant en groupe étaient en moyenne plus jeunes (47 ans) que les autres (50 ans). Le développement important de l'exercice de groupe étant un phénomène récent, cet effet d'âge pourrait révéler un phénomène de génération, et nos résultats vont bien dans ce sens.

Une étude de l'ONDPS, menée à partir de l'audition de médecins généralistes (32), met en avant l'isolement comme une des principales causes du désintérêt des jeunes médecins pour la médecine générale libérale.

Il est en effet important d'insister sur cette notion d'isolement du médecin généraliste, et notamment sur le fait qu'un médecin généraliste doit assurer l'ensemble des activités de son cabinet, des aspects médicaux aux aspects matériels et administratifs (secrétariat...).

L'exercice en groupe apparaît alors comme une solution, mais l'isolement peut également exister à l'intérieur du cabinet de groupe, notamment quand la charge de travail ne permet plus d'échanger.

Le souhait d'un regroupement est cependant largement partagé dans la profession et s'explique d'abord par le souci de partager les contraintes administratives. Les avantages d'un exercice à plusieurs sont la mise en commun des moyens (équipements, personnels, locaux), le partage des coûts de fonctionnement, la possibilité d'investir et de rentabiliser des équipements coûteux.

L'exercice à plusieurs peut offrir davantage de confort et de souplesse en matière de conditions de travail, voire de revenus.

Une autre raison qui pousse au regroupement est la volonté des médecins d'être suffisamment proches d'un plateau technique à qui adresser les patients.

Enfin un troisième souci est celui de la continuité des soins, facilitée dans le cadre d'un cabinet de groupe.

Toutefois, quelle que soit la forme de regroupement, celle-ci a un coût important, et le travail en commun nécessite organisation et coordination entre les intéressés. Ainsi, une association sur deux ne survivrait pas (32).

d) Le secteur d'installation

La moitié des médecins qui se sont installés sont restés en Loire-Atlantique, et la moitié des médecins restés dans le département se trouvent dans l'agglomération nantaise.

La Vendée apparaît également comme un département attractif puisque 28% des jeunes installés ont choisi ce département.

Les autres départements limitrophes à la Loire-Atlantique attirent très peu de jeunes médecins généralistes issus de la Faculté de Nantes. Ceci peut s'expliquer par le fait que les étudiants originaires de Vendée effectuent leurs études de médecine à Nantes, tandis que les étudiants originaires du Morbihan ou d'Ile et Vilaine effectuent leurs études de médecine à Rennes, et que les étudiants originaires du Maine et Loire, ou de Mayenne effectuent leurs études de médecine à Angers.

Quoi qu'il en soit, les jeunes diplômés sont restés à plus de 75% à proximité de leur ville de formation.

Le fait que les médecins généralistes formés à Nantes restent en Loire-Atlantique ou en Vendée est une bonne chose pour la région puisque la densité en omnipraticiens est inférieure à la moyenne nationale.

Le problème reste que les importantes disparités se font plutôt à l'échelle du canton qu'à l'échelle régionale. Comme nous l'avons déjà vu, de fortes différences existent et se perpétuent du fait de la libre installation et de la stabilité dans le choix du lieu d'installation.

Les tentatives de répartition des médecins sur le territoire à l'aide du numerus clausus ou du concours de l'internat n'ont que très peu modifié la répartition. Avec la chute des effectifs de médecins généralistes prévue d'ici 2020, les écarts de densité entre les régions devraient se réduire, mais cela n'écarte pas la crainte de la pénurie de médecins dans certaines zones.

Parmi les critères de choix retenus pour leur secteur d'installation, les médecins interrogés ont signalé l'importance des liens familiaux et/ou sociaux et le lieu de travail de leur conjoint. Les jeunes médecins généralistes qui s'installent le font préférentiellement dans leur département d'origine.

De plus, quand vient le moment de s'installer, les médecins ont en général plus de 30 ans, ils vivent déjà en couple et sont intégrés au tissu social de leur région. De plus en plus fréquemment, les conjoints des médecins travaillent et n'ont pas toujours la possibilité de changer de région. Les jeunes médecins trouvent souvent des opportunités de travail dans leur région de formation, que ce soit des remplacements de médecine générale, des vacations salariées à l'hôpital, ou des opportunités d'installation.

Un rapport de la Drees (26) montrait que l'activité exercée ou souhaitée par le conjoint pouvait influencer sur le choix du lieu d'exercice du médecin.

Les médecins qui avaient un conjoint cadre supérieur se trouvaient préférentiellement dans les grandes villes.

En zone rurale, 37% des médecins avaient un conjoint cadre supérieur, contre 51% dans l'agglomération parisienne. En zone rurale, 27% des médecins avaient un conjoint inactif, contre 15% dans l'agglomération parisienne.

Cependant, on note que tout de même 15% des médecins vivaient dans une commune rurale, alors que seulement 6% exerçaient dans une commune rurale en 2004.

Dans notre enquête, pour deux médecin sur cinq, le milieu urbain ou rural était un critère de choix.

Parmi ces médecins, un sur cinq préférait la ville et un sur cinq préférait la campagne, le milieu rural ne semble donc pas souffrir d'une non-attractivité comme on pouvait le craindre.

On note pourtant des zones de faible densité médicale dans la région : la Loire-Atlantique compte une zone déficitaire et une zone de revitalisation rurale (ZRR), la Vendée compte 4 zones déficitaires mais pas de ZRR, le Maine et Loire compte 2 zones déficitaires et 2 ZRR, la Mayenne compte 3 zones déficitaires et 4 ZRR, enfin, la Sarthe compte 4 zones déficitaires et 4 ZRR.

À l'échelle nationale, il s'avère que les déficits sont en effet plutôt dans les zones rurales et qu'ils ont tendance à se renforcer du fait des comportements d'installation actuels.

Sur le plan professionnel, en milieu urbain, les médecins apprécient souvent une charge de travail moins importante (moins de visites à domicile et moins de gardes), et la proximité et l'accessibilité des confrères spécialistes et de l'hôpital. En milieu rural, les médecins soulignent l'intérêt d'une activité plus variée, ainsi qu'une clientèle plus respectueuse, proche et sympathique.

Le CREDES et le CNOM ont analysé le comportement de première installation des omnipraticiens sur la période 1998-2001 afin d'identifier les facteurs qui conditionnent leur choix et les éventuels changements de tendance (33).

Les métropoles régionales, les grandes villes et les cantons urbains favorisés restent des zones attractives. Les honoraires et le niveau d'activité sont plus faibles que la moyenne et la proportion de dépassement d'honoraires est importante.

Dans les villes moyennes ouvrières et les banlieues résidentielles, qui sont caractérisées par une forte croissance démographique, les densités de médecins généralistes sont inférieures à la moyenne, que ce soit pour les omnipraticiens installés ou nouveaux. Cependant, le ratio nouveaux/installés est élevé, ce qui va dans le sens d'un rattrapage.

Dans les cantons urbains défavorisés, les densités sont légèrement inférieures à la moyenne, la situation reste stable.

Les cantons ruraux sont des zones peu attractives.

Dans les cantons ruraux isolés, le caractère non attractif est surtout le fait d'un problème d'absence d'équipements.

Dans les cantons ruraux et artisanaux, la non-attractivité est renforcée par un problème de surcharge de travail lié à la faible médicalisation ; le recours aux visites y est d'ailleurs important.

Les cantons agricoles et ouvriers, surtout situés au Nord et à l'Est de l'Ile de France, sont en expansion démographique, mais cumulent beaucoup d'indicateurs défavorables. Les densités de médecins généralistes sont très inférieures à la moyenne. Les honoraires et le niveau d'activité sont supérieurs de 15% à la moyenne. Le caractère non attractif semble avant tout tenir au contexte économique défavorable.

Le problème de l'accès aux soins est donc loin de se résoudre dans les cantons ruraux et dans les cantons agricoles et ouvriers.

Dans notre enquête, moins de la moitié des médecins (et seulement 28% des femmes) ont pris en compte la densité médicale de la région avant de s'installer. Ce résultat confirme le fait que le revenu espéré n'entre pas dans les premiers critères de choix du lieu d'installation. Les conditions de vie et les conditions de travail apparaissent bien plus importantes que les intérêts financiers.

e) Compétences particulières et activité complémentaire

Dans notre enquête, 12% des médecins généralistes installés interrogés exercent, en plus de la médecine générale, la médecine du sport, l'ostéopathie ou l'homéopathie. Il n'est pas précisé quelle est la part de ces activités dans l'activité totale du médecin.

Ces compétences particulières, ces diplômes complémentaires dans une autre discipline que la médecine générale, posent problème pour le recensement des omnipraticiens, puisqu'il est très difficile de savoir si les médecins concernés exercent ou non, de façon partielle ou exclusive, cette discipline.

Toujours dans notre étude, un médecin installé sur cinq déclare une activité salariée à temps partiel en complément de l'activité libérale. Cette activité s'exerce dans des structures très variées : maison de retraite, hôpital, centre multi accueil, école de sages-femmes, crèche collective. Ces vacations permettent de diversifier l'activité et assurent un revenu fixe mensuel au médecin.

f) Temps de travail

Le temps de travail moyen journalier retrouvé était de 10h½, les hommes disant travailler une heure de plus que les femmes chaque jour.

En moyenne, les médecins interrogés nous ont dit travailler 9 demi-journées par semaine, les hommes travaillant une demi-journée de plus que les femmes par semaine.

Au total, le temps de travail hebdomadaire moyen était de 46 heures, avec là encore une différence notable entre les femmes et les hommes, puisque ces derniers nous ont dit travailler 10h ½ de plus que leurs confrères féminines chaque semaine.

Ces chiffres sont en dessous de la moyenne de l'ensemble des médecins, et notamment pour les femmes. Il est possible que le temps consacré au travail soit revu à la baisse par les jeunes générations.

La Drees a étudié le temps de travail des médecins en 2001 (34). D'après l'enquête Emploi réalisée chaque année par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), la durée de travail déclarée par les médecins pour la semaine précédant l'enquête est restée globalement autour de 50 heures par semaine entre 1983 et 1990. Cette durée a ensuite un peu évolué malgré la féminisation et le développement du temps partiel, passant de 48 heures en 1992 à 51 heures en 2000.

L'augmentation de la durée du temps de travail des médecins, et notamment des hommes, pourrait s'expliquer par une demande de soins croissante, à laquelle les médecins ont répondu afin de maintenir leur pouvoir d'achat qui a diminué entre 1992 et 1999, pour ceux qui exerçaient seuls.

Les femmes médecins travaillaient, toutes choses égales par ailleurs, 6 heures de moins en moyenne que les hommes médecins.

Cependant, leur niveau d'activité augmentait et tendait à se rapprocher de celui des hommes (35). La moyenne des actes effectués par jour était de 17,4 actes pour les hommes généralistes, et de 14,1 actes pour les femmes généralistes, mais la productivité du travail féminin augmentait plus vite que celle des hommes ces dernières années.

Les médecins généralistes libéraux travaillaient plus que leurs confrères salariés en raison du travail la nuit et le week-end plus fréquent, et du temps partiel plus rare.

Les hommes généralistes déclaraient travailler 55 heures en 1992 et 58 heures en 2000, contre 51 heures dans notre étude.

Les femmes généralistes disaient travailler autour de 50 heures par semaine, moyenne stable sur les années étudiées, contre 40 heures dans notre étude.

L'implantation en zone rurale ne semblait pas avoir d'effet sur le temps de travail. Si la durée de travail des médecins de campagne était plus élevée qu'en ville, cela était dû à une féminisation moins marquée.

Les médecins les plus jeunes ne travaillaient qu'une heure de moins que les médecins âgés de 46 à 54 ans. Les médecins de 55 ans ou plus travaillaient environ 2 heures de moins que ceux de la tranche d'âge inférieure.

Mais il faut préciser que les chiffres de la Drees ne concernaient que les médecins généralistes à temps complet, contrairement à nous.

Dans notre étude, les hommes travaillent au minimum 4 jours par semaine, et au maximum 6 jours par semaine, ce maximum ne concernant qu'un seul médecin. La grande majorité des hommes généralistes ont déclaré travailler 4 jours ½ par semaine.

Parmi les femmes installées, le temps de travail hebdomadaire varie de 2 à 5 jours ½. Huit femmes travaillent 3 jours ½ ou moins par semaine.

Une thèse sur les médecins généralistes exerçant à temps partiel a été réalisée à Rennes en 2004 (36). On remarquait que, comme dans notre étude, tous les médecins à temps partiel travaillaient au sein d'une association. Les médecins concernés disaient s'appuyer en général sur un secrétariat efficace et polyvalent qui les déchargeait. Les difficultés rencontrées étaient la surcharge de travail, la gestion des besoins des patients, et les contraintes administratives. Le poids financier des charges était également cité, obligeant à un minimum d'activité et à une gestion rigoureuse.

Finalement, le mouvement général de diminution de l'activité réelle ne serait pas seulement le fait des femmes généralistes. Le comportement de l'ensemble des médecins généralistes s'est radicalement modifié ces dernières années. L'activité est aujourd'hui plus concentrée dans le temps et dans l'espace : les médecins généralistes sont bien moins nombreux qu'en 2000 à travailler le week-end. Ils travaillent plus du lundi au vendredi, et les visites à domicile ont fortement diminué.

Le temps de travail des médecins généralistes reste donc important, mais, dans une société où la tendance est à la diminution du temps de travail, les jeunes médecins, et notamment les femmes, tentent de planifier leur semaine afin de libérer au moins une journée ou une demi-journée pour leurs loisirs.

Le temps partiel n'est pas toujours facile à mettre en place en raison du suivi des patients et des charges financières du cabinet, mais, avec l'exercice en groupe, il pourrait se développer.

g) La gestion du cabinet

Les médecins interrogés ont dit consacrer en moyenne 3 heures par semaine aux tâches administratives.

Ce temps est difficile à évaluer, variant d'un jour à l'autre. La lecture des courriers et des résultats d'examens, ainsi que la télétransmission se font en principe chaque jour. Certains médecins consacrent du temps à scanner les courriers et examens complémentaires, et à sauvegarder les données informatiques. Il faut également citer les courriers à rédiger, l'établissement des documents administratifs.

Le temps consacré à la comptabilité est variable, selon que le médecin fait appel à un comptable ou non. Environ la moitié des médecins nous ont dit prendre les services d'un comptable : 60% des hommes et 50% des femmes. Les femmes généralistes travaillent un peu moins et donc ont moins de moyens pour s'offrir ces services. Une femme et deux hommes ont précisé que le comptable ne gérait que les comptes de la Société Civile de Moyens.

La fréquence des plages horaires consacrées à la gestion et à la comptabilité est également variable, certains médecins y travaillant chaque jour, certains une fois par semaine, et certains un week-end complet par an. L'estimation du temps passé n'est donc pas toujours facile pour ces différentes tâches.

Une étude menée par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) de Lyon aboutissait au résultat que le médecin consacrait en moyenne 1 heure 45 par jour à des tâches administratives. On comprend que ces obligations soient ressenties comme un véritable fardeau par la plupart des médecins.

Comme nous l'avons vu, les contraintes administratives et financières sont des notions peu abordées au cours des études médicales : les médecins ont mal intégré ces aspects dans leur bagage professionnel. Ces contraintes sont vécues comme très perturbatrices de la vie professionnelle. Les médecins sont mal préparés et peu disposés vis-à-vis de la gestion administrative, perçue comme trop consommatrice d'un temps qui serait mieux utilisé au soin. L'arrivée de l'informatique ne semble pas avoir allégé la charge administrative et paperassière de l'entreprise médicale.

Une des façons de diminuer les charges du cabinet est la suppression du secrétariat, mais avoir une secrétaire est un confort dont la majorité des médecins ne veulent pas se passer. 80% des hommes et 90% des femmes interrogées bénéficient des services d'une secrétaire. On assiste aussi au développement du secrétariat téléphonique, avec plus de souplesse dans les horaires. Deux femmes et trois hommes nous ont dit avoir choisi un secrétariat téléphonique.

Enfin, 20% des femmes et 25% des hommes ont dit être aidés par leur conjoint dans ces tâches. La fonction d'aide à temps plein a quasiment disparu, puisque la grande majorité des conjoints a également un emploi, mais le nombre de conjoints aidant n'est pas négligeable, soulignant la lourdeur de ces tâches.

h) La permanence des soins

Concernant les gardes de semaine, un tiers des médecins a dit effectuer une garde par mois, un tiers pas de garde du tout, et un tiers un nombre variable de gardes. Le maximum retrouvé était de 5 gardes par mois.

Concernant les gardes de week-end, un peu plus du tiers des médecins a dit effectuer une garde tous les 2 mois, un peu moins du tiers pas de garde du tout, et un tiers un nombre variable de gardes. Le maximum retrouvé était d'une garde de week-end par mois.

Il n'y avait presque aucune différence entre les hommes et les femmes, les femmes généralistes assurent donc leurs gardes de la même manière que les hommes.

L'organisation de la permanence des soins est un sujet d'actualité et l'objet de grandes évolutions ces dernières années. L'opinion des jeunes médecins semble partagée à ce sujet.

Les médecins qui se sont prononcés en faveur d'un système basé sur l'obligation de participer aux gardes sont un peu moins nombreux que les adeptes du volontariat.

Parmi les hommes généralistes, les avis sont partagés, ils sont presque autant à avoir choisi l'obligation au volontariat.

En revanche, presque deux fois plus de femmes ont opté pour le volontariat par rapport à celles préférant un système basé sur l'obligation.

Quant à la permanence des soins en milieu de nuit, près d'une femme sur deux et près d'un homme sur trois s'est dit favorable à la suppression du créneau de garde de minuit à huit heures.

Entre les anciennes et les nouvelles générations, la différence se creuse sur la manière de vivre ce métier dont le prestige a longtemps justifié le dévouement. La réduction du temps de travail touche maintenant même les professions où l'on ne comptait pas ses heures.

C'est ainsi que l'organisation de la permanence des soins a volé en éclats il y a quelques années, pour des motifs qui tiennent à la fois à la démographie médicale, aux revendications relatives aux conditions de travail ou encore aux modalités d'indemnisation du service de garde.

Traditionnellement, l'organisation de la permanence des soins en milieu ambulatoire relevait de la profession elle-même : la participation au service de garde, tant la nuit que les dimanches et jours fériés, constituait en effet pour les praticiens une obligation déontologique. Il appartenait au Conseil départemental de l'Ordre des médecins de procéder chaque mois à la constitution du tableau des gardes, et de veiller à l'accomplissement de leurs obligations par les praticiens.

Dorénavant, depuis la réforme de l'organisation de la permanence des soins (37), la participation à la permanence des soins s'opère sur la base du volontariat. Il appartient au Conseil départemental de l'Ordre de s'efforcer, en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires, de compléter les effectifs, et, en cas d'échec, de saisir le préfet, lequel procède alors aux réquisitions nécessaires.

Une évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire a été réalisée en mars 2006 par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'administration (38).

La mission constatait que le dispositif s'est déployé sur quasiment l'ensemble du territoire, mais que sa fiabilité n'est pas assurée.

La sectorisation a été revue ou confirmée dans pratiquement tous les départements et le paiement des astreintes s'est généralisé sur le territoire.

Mais des difficultés sont apparues dans l'organisation de la régulation : la régulation des appels souffre de son engorgement, et il existe des soucis concernant la disponibilité d'intervenants de terrain. 76% des médecins généralistes étaient pourtant recensés comme volontaires au 30 septembre 2005, mais ce taux était très variable d'un département à l'autre. La tendance générale est au désengagement de la médecine libérale en deuxième moitié de nuit, même dans les départements où la participation aux astreintes est largement assurée par ailleurs.

En outre, il ne semblait pas y avoir de corrélation entre la démographie médicale et l'engagement dans la permanence des soins.

Pour la mission, la mise en place ou la consolidation de régulations mixtes SAMU-libéraux était une priorité. La création de nouvelles régulations libérales autonomes ne doit pas être encouragée. En revanche, la mobilisation des effecteurs autres que libéraux (hospitaliers, médecins salariés de tous statuts) doit être encouragée lorsqu'elle supplée aux carences du système. Cette proposition pourrait être une piste à explorer pour renforcer le nombre d'intervenants.

Après minuit, considérant le manque d'efficacité général du dispositif, la mission recommandait de désigner l'hôpital pour assurer la permanence des soins, ce que l'on observe en effet de plus en plus sur le terrain. Toutefois, la permanence libérale peut bien sûr être maintenue lorsque celle-ci donne satisfaction.

S'agissant du financement du dispositif, la mission privilégiait une rémunération à l'activité plutôt qu'une revalorisation des astreintes, avec la possibilité que des actes effectués en milieu de nuit puissent être revalorisés en contrepartie d'une sectorisation plus ramassée.

Reste le problème du samedi après-midi, dont l'astreinte n'est pas indemnisée, la permanence des soins dans les textes officiels s'étendant de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés.

Un autre aspect de l'évolution de la permanence des soins est le développement des maisons médicales de garde, développement qui s'est fait dans un contexte de recours croissant aux services d'urgences et de démographie médicale difficile.

Dans notre étude, 38% des femmes et 24% des hommes se sont déclarés favorables aux maisons médicales de garde. C'est finalement une assez faible proportion mais c'est un concept récent.

L'intérêt des maisons médicales de garde peut se discuter dans les secteurs où la régulation des appels a entraîné la quasi-disparition des consultations et visites de nuit et de week-end.

Cependant, pour le Dr Jean-Yves Grall, qui a rendu en juillet 2006 un rapport au ministre de la santé sur les maisons médicales de garde (39), ce concept est une des solutions d'avenir quant au maintien d'une permanence des soins ambulatoire. Selon lui, les maisons médicales de garde permettent une remédicalisation du milieu rural, une ré implication des professionnels dans la permanence des soins, une meilleure filière de prise en charge des patients en collaboration étroite avec les services d'urgences hospitaliers. Elles représentent un point de repère pour la population en milieu très urbanisé, et un socle pour le développement futur de véritables maisons de santé, notamment en zone rurale.

Il est certain que l'arrivée des nouvelles générations de médecins généralistes, associée à la féminisation de la profession, a un impact sur l'organisation de la permanence des soins.

L'exemption de gardes des femmes pendant leurs grossesses, pour la garde de leurs enfants en bas âge, ainsi que leur départ à la retraite plus précoce sont des facteurs à prendre en compte.

Il y a quelques années, en manifestant pour réclamer le repos de sécurité (repos de 11 heures après 24 heures consécutives de travail à l'hôpital), les internes en médecine ont affiché leur souhait de ne pas tout sacrifier à leur vocation, et de préserver leur qualité de vie. Dorénavant, les médecins n'accepteront plus d'être corvéables nuit et jour, chaque jour de l'année.

i) Taux de satisfaction

Concernant les conditions de travail, près de trois médecins sur quatre se sont dits satisfaits. Parmi les femmes généralistes, une femme sur quatre était plus ou moins satisfaite, et seulement 4% des femmes n'étaient pas satisfaites du tout. Peu de femmes choisissent d'épouser la carrière de médecin généraliste installé, mais celles-ci ne semblent pas regretter leur choix après quelques années d'exercice. En revanche, près d'un homme sur quatre n'était pas satisfait de ses conditions de travail.

Concernant le temps libre, les avis sont plus tranchés. Une femme sur trois et un homme sur deux estimaient avoir suffisamment de temps libre. Ceci peut surprendre puisque l'on a vu que les femmes généralistes travaillaient moins que leurs confrères hommes. Les femmes semblent donc bien avoir besoin d'une meilleure répartition du temps entre leur travail et leur vie personnelle et familiale.

Plusieurs médecins, surtout des femmes, nous ont parlé du besoin de se préserver, par rapport à ce métier qui, s'il est passionnant, est aussi vite envahissant. La surcharge de travail ne peut se faire qu'au détriment de la vie personnelle du médecin. La disponibilité permanente attendue du médecin peut amener à un sentiment de culpabilité à dire non. Refuser des demandes, même excessives ou mal venues, est vécu comme un échec. Ce sentiment de culpabilité peut s'étendre à la famille, et en particulier aux enfants, dont les demandes sont parfois négligées.

De plus, la charge de travail peut être ressentie d'autant plus lourde que les contraintes non strictement médicales (finances, salariés, organisation du tour de garde, recherche de remplaçants, formation, maîtrise de l'outil informatique, relations avec les caisses) ainsi que la gestion et l'organisation de l'entreprise médicale sont peu ou mal assumées.

Enfin, le stress des jeunes médecins est majoré par leur moindre expérience professionnelle, leurs inquiétudes diagnostiques et la prise en charge de pathologies difficiles.

Finalement, quel que soit l'enrichissement intellectuel permis par cette profession et la reconnaissance sociale qu'elle apporte, cela ne suffit plus aux nouvelles générations de médecins, et notamment aux femmes, qui éprouvent le besoin de se ressourcer auprès de leur famille ou dans des activités de loisirs.

Il est vrai que l'on parle de plus en plus du Burn Out Syndrome, syndrome d'épuisement professionnel pouvant conduire au suicide. Les médecins, et notamment les médecins généralistes, représentent une profession particulièrement exposée.

Pour chaque patient, il faut trouver la distance juste pour apporter de l'aide, en étant respectueux de la personne, et sans se consumer soi-même. Trouver en permanence la bonne distance émotionnelle est un art fatigant. Le respect social gratifiant sur le plan intellectuel et affectif permet de supporter les effets parfois pervers du dévouement, mais les mentalités des patients changent.

L'acte médical est dévalorisé et la réalité de l'exercice médical est parfois bien éloignée de l'idéal du jeune médecin. Submergé par la charge de travail, n'osant pas refuser les demandes, le médecin peut être vite épuisé. Le médecin généraliste se voit alors parfois comme un distributeur de médicaments ou de bons pour aller voir les spécialistes, et peut être vite désenchanté. Il risque également de se retrouver désemparé s'il n'assume pas correctement les fonctions d'administrateur et de gestionnaire. Fatigue, démotivation et difficultés matérielles devraient être une sonnette d'alarme, mais il est difficile de s'avouer vaincu ou malade, et le risque est alors de se réfugier dans l'acharnement professionnel. L'isolement se renforce, mettant le couple en danger. Il est alors très difficile de faire marche arrière.

Il faut donc être vigilant pour éviter cet engrenage dont le point de départ est souvent une surcharge importante de travail. De nombreux médecins en sont conscients et nous ont signalé l'importance de libérer une journée dans la semaine pour prendre du recul, se former, se détendre.

3) Les médecins exerçant dans le cadre de SOS Médecins

Quatre hommes et une femme ont choisi de travailler dans une association SOS médecins, avec le souhait d'exercer une médecine orientée vers la médecine d'urgence, ce qui n'est pas toujours le cas en pratique. Une expérience en médecine d'urgence est d'ailleurs demandée et le diplôme de la Capacité d'Aide Médicale Urgente est recommandé pour pouvoir intégrer une association de ce type.

Ce mode d'exercice permet de planifier et de varier les horaires de travail, puisque les médecins organisent leur temps de travail en fonction d'un tableau de garde établi avec leurs confrères. En revanche, il faut accepter de travailler souvent quand les médecins installés ne travaillent pas, puisque 25% des actes sont réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés. SOS médecins assure maintenant la permanence des soins dans la plupart des grandes villes et permet aux médecins généralistes installés dans un secteur couvert par SOS médecins de se soustraire aux gardes.

Le temps de travail hebdomadaire annoncé, en moyenne de 46 heures, est inférieur à celui des médecins installés, et les horaires de travail sont fixes. Cela permet aussi de varier l'activité puisque ces médecins ont en général une activité complémentaire salariée, même si cette activité est toujours en rapport avec la médecine d'urgence.

La médecine d'urgence s'est développée ces dernières années, SOS médecins compte environ un millier de médecins, répartis dans 70 associations en métropole et outre-mer. Ce mode d'exercice ne leur permet pas de suivre l'histoire des patients mais leur offre la possibilité d'avoir des horaires de travail fixes et adaptées. Cela semble convenir aux médecins qui ont fait ce choix puisque 4 médecins sur 5 se sont dits satisfaits de leurs conditions de travail et de leur temps libre.

4) Les angiologues

Les angiologues, de même que les médecins urgentistes, sont considérés comme des médecins généralistes ayant un Mode d'Exercice Particulier (MEP). On assiste ainsi à une multiplication des diplômes spécialisés de troisième cycle, DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires), DU (Diplôme Universitaire), ou Capacités. Gériatrie, allergologie, algologie, diététique, addictologie, médecine d'urgence ou angiologie ne sont que quelques-unes des disciplines offrant une formation et un diplôme complémentaires.

La formation initiale des angiologues est assurée par l'université sous la forme d'une capacité en angiologie en 2 ans. Pour les titulaires d'un DES de spécialiste, il existe un DESC de médecine vasculaire. L'angiologie se bat toujours pour obtenir le titre de spécialité médicale.

Née en France il y a plus de 50 ans, cette discipline se développe de plus en plus, en rapport avec les avancées technologiques : doppler couleur, écho en 3D, ultrasonographie. La moitié des angiologues est orientée vers la phlébologie et le traitement de l'insuffisance veineuse chronique. La discipline regroupe aussi l'artériologie, la lymphologie et les maladies de la microcirculation.

Dans notre enquête, quatre femmes ont donc été attirées par la pratique de l'angiologie. Elles sont en secteur urbain ; une d'entre elles est attachée à l'hôpital, comme la moitié des angiologues libéraux en France.

Le temps de travail hebdomadaire annoncé, en moyenne 41 heures, est inférieur à celui des médecins généralistes installés. L'organisation du temps de travail semble plus aisée pour les angiologues que pour les omnipraticiens, les consultations n'ont lieu que sur rendez-vous et les rendez-vous sont en général prévus plusieurs jours à l'avance.

Les trois femmes ayant participé à notre étude ne regrettent pas leur choix, elles se sont dites satisfaites de leurs conditions de travail et de leur temps libre.

E - Activité salariée

Deux femmes sur cinq et un homme sur six ont choisi d'être salariés et n'exercent donc pas la médecine générale pour la grande majorité.

Il est vrai que de nombreux médecins restent attachés au paiement à l'acte. Celui-ci offre la liberté d'exercer selon son propre rythme, sans devoir rien à personne dans l'organisation de son emploi du temps. Il élimine le risque de voir certains médecins, une fois salariés, ne plus se fatiguer à la tâche, rassurés par leur feuille de paie mensuelle.

Mais l'exercice en libéral présente les inconvénients de toute installation professionnelle : investissements parfois lourds pour créer ou racheter une clientèle, acquérir du matériel, avec une situation de dépendance économique à l'égard d'une clientèle qu'il faut constituer et fidéliser.

Et les honoraires ont leurs défauts, dont un faible tarif, en moyenne de 30% inférieur aux autres pays européens. Le seul moyen de maintenir leur niveau de vie a donc consisté, pour certains médecins, à multiplier les actes en remplaçant le temps d'écoute et d'examen du malade par des prescriptions rapides et souvent inappropriées de bilans biologiques, d'imagerie et de médicaments. Le paiement à l'acte engendre une médecine spécialisée, orientée vers les soins plutôt que la prévention, et favorise les spécialistes.

Le salariat apparaît alors comme la solution pour libérer de l'angoisse d'assurer un nombre d'actes croissant pour maintenir son niveau de vie.

De plus, les avantages sociaux ne sont pas négligeables : congés payés, protection sociale (congé de maternité bien plus intéressant qu'en libéral), retraite.

Le temps consacré aux tâches administratives est souvent minime, ces tâches étant déléguées aux secrétaires, même si certains documents doivent légalement être remplis par un médecin. Enfin, la comptabilité et la gestion de l'entreprise médicale sont absentes.

Tous ces avantages attirent de plus en plus les jeunes médecins, et en particulier les femmes qui souhaitent avoir des enfants.

1) Activité hospitalière

Plus d'une femme généraliste sur quatre et deux hommes généralistes sur six travaillent à l'hôpital. Un tiers d'entre eux exerce dans un service d'urgences, quelques-uns sont dans un service de médecine générale, les autres exercent dans des services très variés.

Quel que soit le service, l'hôpital est un lieu connu pour le médecin puisqu'il y a passé une grande partie de ses longues études. C'est donc un cadre rassurant pour le jeune médecin, d'autant plus qu'il permet de travailler en équipe, avec les autres médecins mais aussi avec l'ensemble du personnel soignant.

Par ailleurs, pour les médecins, être à la pointe du progrès est un impératif de compétence et de réussite. Cela explique aussi qu'ils soient si nombreux à vouloir garder un pied à l'hôpital, en y recherchant une activité. À défaut d'un poste de titulaire, un grand nombre ne recule pas devant des vacances plus ou moins intéressantes financièrement

On voit que la possibilité de travailler à temps partiel est un avantage important pour les femmes, puisque 7 femmes généralistes sur 10 ont choisi de limiter leur temps de travail, tandis que 7 hommes généralistes sur 8 travaillent à temps plein.

Les médecins interrogés étaient globalement satisfaits de leurs conditions de travail et de leur temps libre. En particulier, les femmes à temps partiel estimaient toutes avoir suffisamment de temps libre.

2) Activité salariée autre qu'hospitalière

Il est intéressant de voir que ce type d'activité ne concerne que des femmes. 13% des femmes généralistes ont donc choisi de travailler pour le conseil général, pour l'éducation nationale, pour la Sécurité Sociale ou en médecine du travail.

Ces activités différentes ont en commun d'offrir des horaires de travail fixes et limités. En général, le travail en soirée et la nuit est absent. Ces professions permettent de continuer à exercer la médecine tout en consacrant beaucoup de temps à sa famille et ses loisirs. Ceci est d'autant plus vrai avec le temps partiel qui concerne 5 femmes sur 9 interrogées.

Les possibilités de salariat sont très variées par leur contenu (recherche, médecin-conseil ou médecin traitant) et leur mode d'exercice (vacations, temps complet, temps partiel). On peut citer les médecins du travail, médecins de la PMI (Protection Maternelle et Infantile), médecins inspecteurs de la santé publique, médecins scolaires, médecins-conseil à la Sécurité Sociale, médecins salariés des industries pharmaceutiques, cosmétiques ou agro-alimentaires.

À l'abri de l'aventure libérale, les médecins salariés ne sont pas pour autant toujours des privilégiés, car si les candidats sont nombreux, les postes sont rares et difficiles d'accès. Beaucoup exercent à temps partiel avec un statut précaire de vacataire.

Dans notre enquête, les femmes interrogées sont plutôt satisfaites de leurs conditions de travail et quasiment toutes satisfaites par rapport à leur temps libre.

F – Cessation d'activité

Seule une femme nous a dit avoir cessé son activité médicale, mais il est possible que cela concerne également d'autres médecins qui n'ont pas répondu à l'enquête ou dont nous n'avons pas trouvé les coordonnées.

Les motifs de cessation d'activité sont difficiles à connaître : il peut s'agir de départs à l'étranger, de choix familiaux, de réorientation professionnelle, de longue maladie ou de décès...

Selon une étude du CREDES, concernant l'évolution de la carrière libérale des médecins généralistes installés entre 1979 et 2001 (30), des cessations d'activité sont constatées tout au long de la carrière. Pour un médecin sur cinq parmi ceux installés entre 1980 et 1984, la durée de carrière libérale en tant que médecin généraliste ne dépassait pas 18 ans. Pour ces médecins, une cessation sur dix avait lieu au bout de huit années de carrière.

Le rythme des cessations d'activité libérale au cours de la carrière était un peu plus rapide en début de carrière pour les générations les plus jeunes que pour celles installées dans les années 80.

Enfin, la proportion de généralistes cessant leur activité était plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale. Cela va à l'encontre de l'idée selon laquelle les difficultés d'exercice souvent exprimées par les médecins exerçant en zone rurale provoqueraient plus d'abandons de carrière dans ces zones.

Conclusion

Si l'exercice de la médecine reste encore une profession attrayante aux yeux de la population, et notamment des étudiants, la médecine générale peine toujours à redorer son image auprès des futurs médecins. Les postes de médecine générale restés vacants à l'issue des Epreuves Classantes Nationales en sont la preuve, et notre enquête le montre également avec seulement 50% des jeunes médecins généralistes qui choisissent de s'installer pour exercer la médecine générale. Et cette proportion n'est que de 37% chez les jeunes femmes généralistes, alors que la féminisation des médecins est sans cesse croissante.

Il est certain que la médecine générale a perdu de son prestige. Manque de reconnaissance, poids des charges administratives, moindre rémunération par rapport aux spécialistes concourent à dévaloriser la profession.

Les études médicales n'ont pas, jusqu'alors, aidé à promouvoir la médecine générale, mais on peut espérer que les réformes en cours, promotion de la médecine générale au rang de spécialité, création de la filière universitaire de médecine générale, nouveaux stages en cabinet de médecine générale, permettront à cette discipline d'être mieux connue et revalorisée auprès des étudiants en médecine. La formation spécifique à la médecine générale et à la médecine libérale est un point essentiel.

Il est primordial également de repenser l'exercice de la médecine générale. L'exercice seul, la surcharge de travail médical et administratif, les contraintes de gestion d'une entreprise ne sont pas des conditions de travail qui réussiront à attirer les jeunes médecins, malgré toutes les aides financières qu'ils pourront recevoir. Cela est d'autant plus vrai dans les zones rurales où, pourtant, le médecin généraliste est de plus en plus l'unique garant d'une prise en charge globale et de proximité, en raison de l'accès de plus en plus difficile aux spécialistes et aux établissements hospitaliers. Ceux-ci sont en effet de moins en moins nombreux, les établissements de santé étant contraints progressivement de concentrer leurs moyens humains et techniques sur des pôles d'excellence.

Les jeunes médecins ont grandi dans une société où confort et loisirs prennent une place toujours plus grande et ils n'entendent pas renoncer à ces privilèges. Après des décennies de disponibilité totale du médecin, il faut éduquer la population au respect des horaires de travail. La réorganisation de la permanence des soins a ainsi été une avancée majeure pour améliorer les conditions de vie des médecins.

Le regroupement des professionnels de santé, la délégation de tâches et le travail en réseau sont des pistes à explorer. Il faut également prendre en compte la préférence de nombreuses femmes pour l'exercice salarié, et rechercher des possibilités de travail mixte libéral/salarié. Il pourrait y avoir une revalorisation des actes afin de pouvoir vivre décemment en travaillant moins de 40 heures par semaine. La délégation de tâches pourrait permettre de libérer du temps, notamment pour la formation. Il pourrait y avoir une rémunération par capitation, peut-être même l'abandon du paiement à l'acte.

Il est nécessaire de poursuivre la réflexion sur la modernisation des conditions de travail du médecin généraliste, et chercher de nouvelles manières d'exercer pour faciliter la communication du médecin généraliste avec ses partenaires, pour diversifier l'activité, pour que la médecine générale ne soit pas une discipline figée dans une société qui évolue. Cette réflexion doit prendre en compte la féminisation des médecins et les problèmes de démographie médicale, à la manière du travail mené par le département de médecine générale de Nantes en 2004 sur la modification de l'exercice de la médecine générale en lien avec la diminution de l'offre de soins (40).

La médecine évolue, avec le large développement des examens complémentaires, le recours de plus en plus fréquent aux technologies de pointe, aussi bien pour les diagnostics que pour les traitements. La société évolue, les patients se réapproprient leur corps et leur santé, ils souhaitent devenir acteurs de leur prise en charge et il faut bien sûr les y encourager. La médecine générale doit donc aussi toujours évoluer, pour répondre correctement aux besoins sanitaires de la population, tout en permettant aux médecins généralistes de s'épanouir dans leur profession.

À l'heure actuelle, les principales données à retenir concernant la médecine générale sont la hausse de la proportion des femmes médecins (avec la parité prévue en 2020), la diminution de la part de l'activité libérale au profit du salariat, la concentration de l'offre médicale en zone urbaine, et le vieillissement du corps médical. Il est maintenant urgent de trouver des solutions pour garantir l'accès aux soins primaires, puisqu'un état de crise pour la médecine générale est annoncé dès 2012.

Bibliographie

- 1) Ordre National des Médecins
Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2004 [en ligne]
c12/2004 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etatdeslieux.pdf>
- 2) Choussat J.
Rapport d'ensemble sur la démographie médicale [en ligne]
c1997 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/974071590/0000.pdf>
- 3) Direction Générale de la Santé
Perspectives de la démographie médicale. Synthèse du rapport de la DGS [en ligne]
c06/2001 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/36_synt9.htm
- 4) Berland Y.
Rapport « Démographie des professions de santé » [en ligne]
c11/2002 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : http://www.snjmg.org/doc_pdf/rapport_berland2002.pdf
- 5) Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S., Drees.
La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national.
Études et résultats, n°352.
c11/2004 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er352.pdf>
- 6) Berland Y.
Commission Démographie médicale [en ligne]
c04/2005 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : http://www.snjmg.org/doc_pdf/Berland2005.pdf
- 7) Ordre National des Médecins
Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006 [en ligne]
c06/2006 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : http://www.snjmg.org/doc_pdf/CO_demographie_2006.pdf
- 8) Berland Y.
Mission « Démographie médicale hospitalière » [en ligne]
c09/2006 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland2006/rapport.pdf>

- 9) Billaut A., Drees.
Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2004 suite aux épreuves classantes nationales (ECN) [en ligne]
Études et résultats, n°429.
c09/2005 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er429/er429.pdf>
- 10) Billaut A., Drees.
Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales [en ligne]
Études et résultats, n°474.
c03/2006 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er474/er474.pdf>
- 11) Vanderschelden M., Drees.
Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 [en ligne]
Études et résultats, n°571.
c04/2007 [consulté le 11/05/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er571/er571.pdf>
- 12) République française
Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [en ligne]
Journal Officiel 15 du 18 janvier 2004 [consulté le 12/05/2007]
Disponible sur : <http://www.admi.net/jo/20040118/MENS0302822D.html>
- 13) Ministère délégué à l'Enseignement supérieur et à la Recherche
Médecine générale : création de la filière universitaire et d'un stage en cabinet dès la 4^{ème} année d'études [en ligne]
Communiqué de presse
c20/10/2006 [consulté le 11/05/2007]
Disponible sur : <http://www.recherche.gouv.fr/discours/2006/filmedecinegen.htm>
- 14) Ordre National des Médecins
Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2005 [en ligne]
c06/2005 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/etatdeslieux38.pdf>
- 15) Bessière S., Breuil-Genier P., Darriné S., Drees.
La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections [en ligne]
Études et résultats, n° 353.
c11/2004 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er353.pdf>

- 16) République française
Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux [en ligne]
Journal Officiel n°46 du 24 février 2005. Page 3073 [consulté le 24/04/2007]
Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=AGRX0300111L>
- 17) Descours C.
Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire [en ligne]
c05/2003 [consulté le 23/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/descours2/sommaire.htm>
- 18) Haenni-Faivre Pierret S.
Le devenir professionnel des jeunes médecins généralistes strasbourgeois.
Th : Med : Strasbourg ; 2002. 2002STR11022
- 19) Wolff B.
Que sont devenus les médecins généralistes civils ayant soutenu leur thèse à Lyon Nord entre 1991 et 1996.
Th : Med : Lyon ; 2001. 2001LYO1M216
- 20) Labarthe G., Drees, Hérault D., Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche DEP.
Les étudiants inscrits en médecine en janvier 2002 [en ligne]
Études et résultats, n°244.
c06/2003 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er244.pdf>
- 21) Roux-Rayneaud P.
Que sont devenus les médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à Nantes en 1990, 1991 et 1992.
Th : Med : Nantes ; 1998. MG/98/17.
- 22) Bauer D., Drees.
Entre maison, enfant(s) et travail : les diverses formes d'arrangement dans les couples [en ligne]
Etudes et résultats, n°570
c04/2007 [consulté le 11/05/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er570/er570.pdf>
- 23) Bertrand X.
Réponses au défi de la démographie des professions de santé [en ligne]
c25/01/2006 [consulté le 26/04/2007]
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_060125xb.htm

- 24) Billaut A., Drees.
Les cessations d'activité des médecins [en ligne]
Etudes et résultats, n°484
c04/2006 [consulté le 11/05/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er484/er484.pdf>
- 25) DRASS Pays de la Loire, Service Statistique, Service Mission Professions et Inspection Régionale de la Santé.
Les médecins hier, aujourd'hui, demain... [en ligne]
L'écho des stats Pays de la Loire n°6
c02/2002 [consulté le 24/04/2007]
Disponible sur : http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/doc_stat/dsecho02_fichiers/dsecho6.pdf
- 26) Breuil-Genier P., Sicart D., Drees.
La situation professionnelle des conjoints de médecins [en ligne]
Études et résultats, n°430
c09/2005 [consulté le 24/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er430/er430.pdf>
- 27) DRASS Pays de la Loire
Les médecins en Pays de la Loire, tableau de bord au 1^{er} janvier 2006 [en ligne]
c2006 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : http://pays-de-la-loire.sante.gouv.fr/doc_stat/portaillds_fichiers/demo_medicale2006.pdf
- 28) République française
Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n°20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes [en ligne]
Journal Officiel 74 du 28 mars 2007 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : <http://www.admi.net/jo/20070328/SANX0710194A.html>
- 29) République française
Décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [en ligne]
Journal Officiel 289 du 14 décembre 2006 [consulté le 11/05/2007]
Disponible sur : <http://www.admi.net/jo/20061214/SANH0624847D.html>
- 30) Lucas-Gabrielli V., Sourty-Le Guellec M-J., CREDES.
Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001) [en ligne]
Questions d'économie de la santé n°81.
c04/2004 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes81.pdf>

- 31) Audric S., Drees.
L'exercice en groupe des médecins libéraux [en ligne]
Études et résultats, n° 314
c06/2004 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er314.pdf>
- 32) ONDPS
Audition avec les médecins généralistes [en ligne]
c2004 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/ondps/auditions/medecins-general_omniprat.htm#backnote1
- 33) Couffinhal A., Lucas-Gabrielli V. Mousquès J. CREDES, en partenariat avec le Conseil national de l'Ordre des médecins.
Où s'installent les nouveaux omnipraticiens ? Une étude cantonale sur 1998-2001 [en ligne]
Questions d'économie de la santé n°61
c12/2002 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes61.pdf>
- 34) Niel X., Vilain A., Drees.
Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques [en ligne]
Études et résultats, n°114
c05/2001 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er114.pdf>
- 35) Bessière S., Drees.
La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage [en ligne]
c2005 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/rfas200501/200501-art03.pdf>
- 36) Bourgeois-Daubias B.
La médecine générale libérale à temps partiel, enquête qualitative auprès de généralistes installés en Bretagne [en ligne]
Th : Med : Rennes ; 2004 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : http://resmed.univ-rennes1.fr/mgennes/IMG/pdf/these_Daubias_temps_partiel.pdf
- 37) République française
Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en conseil d'Etat) [en ligne]
Journal Officiel 214 du 16 septembre 2003 [consulté le 25/04/2007]
Disponible sur : <http://www.admi.net/jo/20030916/SANH0322761D.html>

- 38) Blanchard P., Dupont M., Ollivier R., Inspection Générale des Affaires Sociales, Ferrier C., Prétot, Inspection Générale de l'Administration.
Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [en ligne]
c03/2006 [consulté le 26/04/2007]
Disponible sur : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000321/0000.pdf>
- 39) Grall J-Y.
Rapport Les maisons médicales de garde [en ligne]
c07/2006 [consulté le 26/04/2007]
Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/grall_mmg/rapport.pdf
- 40) Senand R., Le Mauff P., Goronflot L., Lacaille-Urien J.
Comment la diminution de l'offre de soins peut-elle modifier l'exercice de la médecine générale ?
Rev Prat Med Gen 2004 ; 18(660/661) : 929-32.

Table des matières

Introduction	1
I- À propos de la diminution du nombre de médecins généralistes	4
A- La sélection et la formation des médecins	4
1) Le numerus clausus	4
2) Les Epreuves Classantes Nationales	7
3) La formation des futurs médecins	9
B- Les disparités géographiques	12
1) La situation démographique en France	12
2) Les facteurs qui influent sur la répartition des médecins	14
a) Les étudiants en médecine	14
b) Le lieu d'installation	15
c) Les départs en retraite	15
II- Méthodes	17
A- Méthodes de sélection	17
B- Méthodes d'intervention	17
1) Sources de renseignements	17
2) Type d'enquête	18
3) Le questionnaire	18
C- Méthodes d'évaluation	18
III- Résultats	19
A- Échantillon	19
B- Généralités	23
1) Durée moyenne des études de médecine	23
a) Durée moyenne des études	23
b) Age moyen d'obtention du diplôme	23
c) Délai moyen entre la fin des études de médecine et l'obtention du diplôme	23
2) Les médecins ayant présenté le concours de l'internat	24
3) Avis sur l'enseignement reçu durant les études de médecine	25
a) Satisfaction des médecins concernant l'enseignement des connaissances médicales à la Faculté	25
b) Satisfaction des médecins concernant l'enseignement de la gestion d'un cabinet en médecine libérale	25
4) Situation familiale	26
a) Situation familiale de l'ensemble des médecins	26
b) Situation familiale des femmes médecins	27
c) Situation familiale des hommes médecins	28
5) nombre d'enfants	28
6) Activité du conjoint	29

a) Activité de l'ensemble des conjoints.....	29
b) Activité professionnelle des conjoints des femmes médecins	30
c) Activité professionnelle des conjointes des hommes médecins.....	31
7) Lieu de résidence	32
a) Lieu de résidence de l'ensemble des médecins.....	32
b) Lieu de résidence des femmes médecins	33
c) Lieu de résidence des hommes médecins.....	34
C- Activité professionnelle.....	35
1)Activité professionnelle de l'ensemble des médecins	35
2)Activité professionnelle des femmes médecins en activité.....	36
3)Activité professionnelle des hommes médecins	37
D- Activité libérale.....	37
1) Les remplaçants	38
a) Répartition selon le sexe	38
b) Temps de travail et conditions de travail	38
c) Installation en prévision	39
d) Mesures incitant à l'installation	39
e) Taux de satisfaction.....	39
2) Les médecins généralistes	40
a)Âge moyen d'installation	41
b) Type d'installation	42
c) Nombre de médecins dans le cabinet	42
d) Le Secteur d'installation	43
e) Compétences particulières et activité complémentaire	44
f) Temps de travail	45
g) La gestion du cabinet	46
h)La Permanence des soins	47
i)Taux de satisfaction	48
3)Les médecins exerçant dans le cadre de SOS médecins	49
4)Les angiologues	49
E- activité salariée	50
1)activité hospitalière	50
2)Activité salariée autre que hospitalière	51
F-Cessation d'activité.....	51
IV- discussion.....	52
A- Echantillon	53
1) Représentativité.....	53
2) Féminisation.....	54
3) Effectif	56
B- Généralités.....	58
1) Durée moyenne des études de médecine	58

2) Les médecins ayant présenté le concours de l'internat	60
3) Avis sur l'enseignement reçu durant les études de médecine	61
4) Situation familiale	62
5) Nombre d'enfants	63
6) Activité du conjoint	64
7) Lieu de résidence	65
C-Activité professionnelle	67
D- Activité libérale	69
1) Les remplaçants	69
a) La féminisation	69
b) Temps de travail et conditions de travail	69
c) Installation en prévision	70
d) Le médecin collaborateur	71
e) Taux de satisfaction	71
2) Les médecins généralistes installés	72
a) Age moyen d'installation	72
b) Type d'installation	73
c) Nombre de médecins dans le cabinet	73
d) Le secteur d'installation	75
e) Compétences particulières et activité complémentaire	77
f) Temps de travail	78
g) La gestion du cabinet	80
h) La permanence des soins	81
i) Taux de satisfaction	84
3) Les médecins exerçant dans le cadre de SOS Médecins	86
4) Les angiologues	87
E - Activité salariée	88
1) Activité hospitalière	89
2) Activité salariée autre qu'hospitalière	90
F – Cessation d'activité	91
Conclusion	92
Bibliographie	94
Table des matières	99
Annexes	103
Le questionnaire	103
Lettre accompagnant le questionnaire	106
Observations libres	107
Les remplaçants	107
Les Médecins généralistes installés	107
SOS médecins	111
Médecins hospitaliers	111
Les médecins salariés	112

Annexes

Le questionnaire

Généralités

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance

Commune de résidence

situation de famille

activité du conjoint

nombre d'enfants

études

date d'entrée en 1^{ère} année de médecine

date de fin du résidanat

date de soutenance de thèse

avez-vous passé le concours de l'internat ? oui non

l'enseignement reçu à la faculté en vue d'une installation en médecine générale libérale vous semble-t-il suffisant –sur le plan des connaissances médicales : oui non

-pour la gestion d'un cabinet : oui non

activité professionnelle

médecin remplaçant

médecin libéral installé

orientation complémentaire : homéopathie
 acupuncture
 mésothérapie
 angiologie
 autre :

vous consacrez-vous exclusivement à cette orientation ? oui non

activité salariée : activité hospitalière : laquelle ?

PMI

santé scolaire

maison de retraite

régulation au SAMU

médecine du travail

autre :

vous exercez cette activité à plein temps

à mi-temps

à temps partiel

activité non médicale : laquelle ?

l'arrêt de la médecine est-il définitif ? oui non

cet arrêt est dû à des raisons professionnelles

familiales

de santé

autres

vous êtes remplaçant

nombre de semaines de remplacement par an :

avez-vous des difficultés pour trouver des remplacements ? oui non

périmètre d'exercice par rapport au domicile :

avez-vous l'intention de vous installer ? oui non

si oui dans combien de temps ?

quelles mesures pourraient vous inciter à vous installer dans une zone de faible démographie médicale ?

- aide financière durant les études de médecine
- aide financière à l'installation
- fourniture de locaux ou location avantageuse
- exonération de la taxe professionnelle
- exonération des charges fiscales et sociales (zones franches)
- exonération de l'impôt sur le revenu des astreintes
- augmentation des lettres-clés en zone déficitaire
- aide au remplacement (aide financière pour les remplaçants en zone déficitaire)
- suppression du créneau de garde de 0 h à 8 h

vous êtes installé

date d'installation

est-ce une création, une succession, une association

nombre de médecins dans votre cabinet :

département

ville

secteur urbain semi urbain rural

vous avez choisi votre région d'exercice en fonction principalement

- du lieu de travail de votre conjoint
- de liens familiaux et/ou sociaux
- du désir d'exercer en milieu urbain
- du désir d'exercer en milieu rural
- des opportunités professionnelles

avez-vous pris en compte la densité médicale de votre région pour y travailler ? oui non

horaires approximatives de travail

lundi

mardi

mercredi

jeudi

vendredi

samedi

avez-vous des astreintes ou des gardes dans une maison médicale ?

en semaine : horaires

nombre par mois

le samedi : horaires

nombre par mois

le dimanche ; horaires

nombre par mois

combien d'heures par semaine consacrez-vous au secrétariat, à la comptabilité, à la télétransmission ?

avez-vous un secrétariat (sur place ou téléphonique) ?

faites-vous appel à un comptable ?

votre conjoint vous aide-t-il pour toutes ces tâches ?

permanence des soins

pour les nuits, jours fériés et week-ends vous êtes favorable à un système basé sur

- l'obligation de participer aux astreintes
- le volontariat
- l'absence d'astreintes en milieu de nuit avec relais par le SAMU et/ou SOS médecins
- des maisons médicales de garde pour les médecins généralistes du secteur

conclusion

êtes-vous satisfait de vos conditions de travail ?

avez-vous suffisamment de temps libre ?

observations libres :

Lettre accompagnant le questionnaire

Sophie Eyraud
75 avenue de Lignac 36 800 Saint-gaultier
02 54 47 07 44 / 06 82 33 22 51 / sophie.eyraud@wanadoo.fr

bonjour,

Je suis résidente en médecine et je réalise ma thèse sur le devenir professionnel des médecins ayant soutenu leur thèse de médecine à Nantes en 1999, 2000 et 2001. C'est pourquoi je vous adresse ce petit questionnaire que je vous demanderais de bien vouloir me retourner dans l'enveloppe timbrée ci-jointe. Ce travail, que je prépare avec le département de médecine générale de Nantes, a pour but de connaître les choix professionnels des jeunes médecins, de comprendre l'évolution des modes de vie et des modes d'exercice des médecins. Je compte moi-même m'installer prochainement dans l'Indre où j'ai suivi mon mari avec notre petite fille de 10 mois. Tout commentaire ou suggestion sur l'exercice actuel de la médecine générale est le bienvenu. Toutes les réponses resteront bien sûr anonymes. Je vous remercie d'avance de votre collaboration.

Sophie Eyraud

Observations libres

Les remplaçants

« J'adore mon métier mais je pense qu'en étant installée, on est vite envahie par le travail, au détriment de la vie personnelle, c'est pour cela que j'ai résisté jusqu'à présent à l'installation.

J'ai toujours dit je suis d'abord maman avant d'être docteur. »

« Après neuf ans (sur onze de pratique) de remplacement dans un cabinet médical semi rural, je cherche une autre solution pour continuer à mi-temps une activité qui me passionne, tout en ayant du temps pour voir mes enfants grandir. Ne souhaitant pas reprendre la clientèle d'un des médecins où je travaillais (il travaille à plein temps douze heures par jour), je poursuis mon activité ailleurs durant six mois (congé maternité). Je m'installerais volontiers mais je me demande comment concilier un mi-temps (un vrai), une installation et les charges qu'elle implique. Plutôt qu'un allègement des taxes ou autres pour favoriser l'installation en milieu rural, je n'aurais aucune hésitation à venir travailler comme salariée d'une maison médicale. Travaillant avec d'autres jeunes femmes vacataires comme moi à l'hôpital, je me rends compte que je ne suis pas la seule à avoir ce genre d'aspirations. »

« Ce qui me permettrait de m'installer serait la sortie du paiement à l'acte, la création de maisons de santé interprofessionnelles avec diversification des revenus (salarial, forfaits), coordination des soins, prévention et éducation à la santé, etc ... Sortir du tout curatif. »

« Ce qui pourrait m'inciter à m'installer serait surtout la possibilité d'exercer à temps partiel, même en zone rurale. Il faudrait favoriser la possibilité d'association et le travail à temps partiel par l'éducation des patient et la faisabilité financière (par rapport aux charges). »

Les Médecins généralistes installés

« J'ai essayé d'aménager mon temps de travail de façon à pouvoir assurer l'intendance familiale et ménagère...Ça reste dur ! Surtout, surtout, il faut se préserver : ce métier a des côtés passionnants et enrichissants mais aussi très usants, épuisants ! »

« On est les tacherons de la médecine, il y a trop de charges, et pas d'aides, contrairement aux autres professions libérales. Tout est fait pour que le secteur libéral s'arrête. On est considéré comme des nantis, mais ce n'est pas la réalité. Enfin, c'est quand même un super métier. »

« Depuis mon installation, il y a eu quelques améliorations significatives : revalorisation des actes, amélioration des conditions des gardes depuis la régulation médicale des appels, même si au départ je n'y croyais pas forcément, il faut poursuivre dans cette voie et rester vigilant pour que les conditions ne se dégradent pas. »

« Il y a trop d'administratif. Je fais beaucoup de courriers, la comptabilité prend du temps. Tout cela grève les conditions de travail. »

« Il faudrait moins de tâches administratives+++ , une formation rémunérée aux heures de bureau, et travailler 40 à 50 heures par semaine plutôt que 50 à 60 heures. »

« Premièrement, le médecin généraliste est un spécialiste du soin primaire et doit donc être reconnu comme tel en premier lieu au sein du CNU et de facto en termes de rémunération.

Deuxièmement, l'activité du médecin généraliste ne se limitant pas à l'activité en consultation, une part essentielle de notre mission se trouve en amont de celle-ci (prévention, administration, gestion et coordination du capital santé des patients). Le médecin généraliste doit pouvoir être rémunéré en tant que tel pour pouvoir déléguer une partie de ces tâches, la capitation partielle est indispensable.

Troisièmement, la permanence des soins doit être mutualisée pour en finir avec la gabegie de moyens actuellement de mise (médecin généraliste-urgences-SMUR-ambulances...). »

« J'ai fait mon 1^{er} et 2^e cycle en région parisienne, passé l'internat que j'ai eu au Sud et suis partie débiter un internat à Nantes. Après trois semestres de réflexion, j'ai finalement opté pour la médecine générale et suis venue finir mon résidanat à Paris, mon conjoint y étant ; J'ai remplacé 8 ans dans le même cabinet avant de succéder à l'un des trois médecins (cause MICA). Je n'ai jamais regretté mon choix de la médecine générale. Le contact quotidien, tant clinique, psychologique qu'amical (après 10 ans presque d'exercice) avec mes patients me ravit tous les jours. Les tâches administratives me pèsent comme à tous mes collègues. Le temps me manque pour mes enfants et toutes les choses intéressantes qui restent à faire (FMC, groupe de pairs, enseignement, recherche...). Du fait de choix familiaux et d'opportunité de poste pour mon mari, nous quittons la région parisienne fin 2007 pour la Charente-Maritime. Je recherche une nouvelle installation donc et suis heureuse de cette nouvelle aventure et de nouvelles rencontres. La médecine générale est une spécialité passionnante, parfois décourageante, souvent émouvante... Seul conseil : gardez-vous une journée libre, rien que pour vous, dans la semaine. Cela permet de prendre du recul et de souffler vraiment. »

« Si tu souhaites avoir une vie de famille et voir grandir tes enfants, imposes d'emblée tes horaires aux patients. La Faculté ne nous apprend pas à prendre du recul dans la relation médecin-patient, qui se fait malheureusement sur le tas et génère des désaffections de la part des confrères. Des cours de communication comme savent en donner les écoles de commerce ne nuiraient pas à la profession. »

« C'est un métier passionnant mais il faut rester ferme face aux exigences abusives de certains patients : savoir dire non. »

« L'installation avec mon conjoint me permet d'avoir des horaires compatibles avec une vie de famille et c'est lui qui fait les gardes, à défaut de « garder » les enfants, tâche que parfois je cèderais volontiers. Quant au temps libre, je pense en disposer suffisamment vu ma profession de médecin généraliste à la campagne. Après c'est une question d'organisation personnelle et familiale... Avec 2 enfants, ce qui manque c'est surtout du temps pour se former mais j'arrive quand même à me former un minimum. La profession se féminise, c'est connu. Et il faudrait que les pouvoirs publics en tiennent davantage compte. Pourquoi pas des maisons médicales avec activité salariée dans les zones déficitaires, activité qui permettrait des horaires acceptables, des congés maternité « normaux »... »

« Je suis satisfaite compte tenu de l'organisation des horaires (travail le mardi, le vendredi et le samedi matin), mais problème d'une clientèle en augmentation, de patients de plus en plus exigeants, et donc eux-mêmes non pleinement satisfaits de ce tiers-temps et de la difficulté d'obtenir des rendez-vous comme ils le souhaitent. »

« Le temps partiel par demi-journées (tous les jours plus un samedi sur deux) permet d'avoir un peu de temps à la maison mais engendre des demi-journées très lourdes avec une gestion des rendez-vous parfois difficile au niveau des secrétaires. Le choix des demi-journées s'est fait par la nécessité d'une continuité de soins et d'un suivi plus régulier des patients. »

« Installation décidée en fonction d'opportunités professionnelles, d'aide à l'installation décidée par le Conseil Général de Vendée, d'aide à la location votée par la municipalité. Satisfait de mon choix bien que j'étais prêt à rester remplaçant encore longtemps. L'installation en groupe, à mon sens, n'apporte aucune contrainte supplémentaire par rapport aux remplacements. Temps de loisirs au moins équivalent ! Finalement heureux ! »

« Métier passionnant mais trop de contraintes non strictement médicales, et augmentation des exigences, manque de confiance, avec nécessité de tout justifier en permanence tant auprès des pouvoirs publics (CNAM) que de très nombreux patients (spécifique à la ville ?). »

« Comme tout le monde, beaucoup trop de travail administratif, manque de temps à consacrer au patient et à se former... (durant mon temps libre, je garde les enfants). »

« Le seul moyen pour un médecin généraliste d'augmenter ses revenus est d'augmenter le nombre d'actes, ce qui dégrade automatiquement ses conditions de travail : il faut permettre au médecin généraliste d'avoir une activité complémentaire (formation, prévention, réseaux...) sans mettre en péril son équilibre financier. »

« Grande ignorance durant les études de la réalité de la médecine générale. Grands changements, déjà perceptibles depuis 6 ans ! Augmentation des charges et de la charge de travail. On peut se créer un milieu de travail agréable (locaux plus secrétariat) mais il faut y mettre le prix. Je crois que notre génération verra la fin de ce système. »

« J'ai réussi à trouver un mi-temps en milieu rural, ce qui me permet d'avoir du temps pour ma famille, ma formation et mes loisirs, sans être trop surbookée, j'ai préservé ma qualité de vie. »

« Personnellement, je me suis installée en ville pour ne pas avoir de gardes/astreintes : difficulté à les concilier avec la vie familiale et le travail de mon mari, sentiment d'inutilité quant aux motifs des appels, éventuelle dangerosité. »

« Population médicale vieillissante avec 2 départs l'an dernier, non remplacés, et de nombreux médecins qui devraient partir en retraite dans les 5 années à venir. Pas de jeune à venir s'installer. Pas de remplaçant. Beaucoup d'inquiétude pour mon prochain congé maternité et pour l'avenir. »

« De plus en plus de contraintes administratives, des patients de plus en plus lourds, des patients qui nous prennent pour des prestataires de service médical, une rémunération trop faible vis-à-vis de nos confrères spécialistes, ce qui nous discrédite vis-à-vis des patients. »

« En France l'acte intellectuel n'est pas valorisé, seul l'acte technique l'est, ce qui me semble anormal. La différence du prix de consultation entre médecins généralistes et spécialistes est scandaleuse. Pour un examen gynécologique ou pédiatrique, pourquoi y a-t-il une différence d'honoraires pour les spécialistes ? Il est anormal de devoir faire grève 6 mois tous les 6 ans pour obtenir des revalorisations qui couvrent juste l'inflation alors que les charges augmentent tous les ans.

Je m'installe dans moins d'un mois et j'ai peur de finir très tard le soir (j'espère réussir à ne pas rentrer après 19h30-20h). Si les conditions d'exercice ne me laissent pas assez de temps, je changerais pour un exercice hospitalier. Est-il normal qu'un médecin soit contraint à un secrétariat téléphonique pour des questions financières (si exercice dans une petite structure) ? »

SOS médecins

« Travail pénible en raison des déplacements, surtout la nuit. Peu de soutien des confrères installés qui profitent pourtant bien de notre présence. »

« Le choix de SOS est un choix réfléchi : vie familiale existante, qualité de travail : chez eux les gens ne peuvent pas vous tromper, avec un rythme adapté au patient et au médecin. Cet exercice succède à un travail aux urgences, c'est un bon compromis entre la médecine des urgences et la médecine de ville classique. »

« Le travail en association permet de travailler à plein temps avec des horaires souples. Cela me permet de m'occuper de mes enfants (12 et 8 ans) dont j'ai la garde principale. Mais le rythme de SOS médecins est usant (parfois 2 à 3 soirées par semaine !) : exercice à long terme ? »

Médecins hospitaliers

« Les remplacements sont peu compatibles avec une vie de famille et enfants en âge scolaire. Les périodes les plus demandées sont les vacances scolaires. Je souhaitais m'installer mais je n'ai pas trouvé d'installation en association. L'installation seule est peu compatible avec une vie de famille. Je me suis donc tournée vers l'hôpital avec temps partiel de travail. »

« La permanence des soins, ou plutôt le devoir d'assistance, me semble être l'affaire de tous ceux qui ont un jour prêté le serment d'Hippocrate. Mais pour rendre la chose tolérable, il faut que tous les appels soient régulés, et que les libéraux comme les hospitaliers puissent bénéficier d'un repos compensateur financé. »

« Le volontariat pour la permanence des soins, déjà en cours, ne marche pas, tout finit aux urgences. J'ai fait de la médecine d'urgence pour ne pas faire du libéral et on fait actuellement de la médecine générale toutes les nuits. Un SMUR coûte 1500 euros pour 20 minutes, quel est le coût d'une consultation de médecine générale la nuit ? Faut-il envoyer un SMUR à la place d'un médecin généraliste qui ne veut pas prendre de garde ? »

« La médecine générale actuelle n'est pas suffisamment attractive (horaires lourds, insuffisance de rémunération), c'est ce qui m'a entre autres orienté vers une activité salariée. Trop de contraintes et pas assez d'avantages en médecine générale. Il faudrait un vrai système libéral ou une fonctionnarisation de la profession. J'ai toujours voulu faire de la médecine générale, mais mon expérience dans la région nantaise pendant 4 ans de remplacements ne m'a pas convaincue et m'a même déçue. J'ai pourtant exercé dans d'excellentes conditions la plupart du temps avec des confrères très sympathiques. Je me suis peut-être trop vite découragée ?... Ce que j'ai mal vécu en médecine générale, c'est que j'aurais souhaité passer plus de temps avec chaque patient mais à cause du système actuel de rémunération des médecins, ce n'est malheureusement pas possible. »

« Je n'ai jamais choisi d'exercer en médecine générale (études et cursus orientés vers la médecine d'urgence). But atteint puisque nomination PH depuis 2 ans. J'ai également suivi mon mari. Je pense cependant que les médecins généralistes devraient faire des gardes pour alléger le travail des urgences la nuit et le week-end. »

« Très heureux dans mon travail que je trouve extrêmement épanouissant à plusieurs titres : travail d'équipe avec les internes, IDE, aides-soignantes et cadres, collaborations riches avec les confrères (réseaux toxico, diabète et soins palliatifs), pathologies variées et lourdes. »

« Vive l'activité salariée hors contraintes administratives (CPAM...) ! »

« L'activité de médecine générale est difficile. Un défaut de la permanence des soins amène les patients vers les structures hospitalières pour des motifs non urgents, ce qui gêne une prise en charge rapide des urgences. Dommage pour les patients ! »

Les médecins salariés

« Je trouve cette étude intéressante et importante pour avoir un éclairage sur ce qui me semble être une modification radicale des modes de travail des jeunes médecins généralistes (notamment les femmes) et le fait que beaucoup d'entre nous ne s'y retrouvent pas en médecine générale et bifurquent vers la PMI, la gériatrie, la sécurité sociale... »

« Un exercice salarié de la médecine générale, sans rémunération à l'acte, m'aurait incité à choisir cet exercice. Après 4 ans de remplacements réguliers en Vendée, en Loire-Atlantique, puis en région parisienne avec des gardes nombreuses, je ne me voyais pas exercer la majorité de mon activité à partir de 16h avec des enfants en bas âge et un mari qui termine son activité professionnelle à 18h. »

NOM : EYRAUD

PRENOM : SOPHIE

Titre de Thèse :

Le devenir professionnel des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à Nantes en 1999, 2000 et 2001.

RESUME

Face aux défis posés par les problèmes de démographie médicale, par le délaissement de la médecine générale au profit des spécialités, et par la féminisation des médecins, nous avons voulu connaître les choix professionnels et les souhaits des jeunes médecins. Une enquête menée auprès de 163 médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à Nantes en 1999, 2000, et 2001 nous a apporté 114 réponses et nous a montré que seulement 66,66% des hommes et 37% des femmes étaient installés en cabinet de médecine générale. 42,26% des femmes ont préféré un exercice salarié. Il nous paraît donc important de poursuivre à la Faculté les efforts allant dans le sens d'une meilleure formation à la médecine générale et libérale. Il faut également repenser l'exercice de la médecine générale pour améliorer les conditions de travail des médecins et leur permettre de s'épanouir dans leur profession.

MOTS-CLES

Médecine générale
Jeunes médecins généralistes
Enquête
Questionnaire
Devenir professionnel
Démographie médicale
Féminisation