

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les déterminants de l'orientation vers la Médecine Générale chez les
étudiants de deuxième et troisième année des études médicales à Lille et le
lien avec la démographie médicale**

Présentée et soutenue publiquement le 02 juin 2022 à 16h00
au Pôle Formation
par **Anthony GODIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Bruno MANNESSIER

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations

MG	Médecine Générale
MedG	Médecin Généraliste
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
DM	Désertification Médicale
ECNi	Examen National Classant Informatisé
EDN	Epreuves Dématérialisées Nationales
PACES	Première Année Commune aux Etudes de Santé
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
MT	Médecin Traitant
CC	Communauté de Communes
CA	Communauté d'Agglomération
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CROM	Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
TCAM	Taux de Croissance Annuel Moyen
DREES	Direction de la Recherche, des études, de l'Evaluation et des Statistiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
CARMF	Caisse d'Assurance Retraite des Médecins de France
PACES	Première Année Commune Aux Etudes de Santé
DFGSM	Diplôme de Formation Générale en Science Médicale
CNGE	Conseil National des Généralistes Enseignants
ARS	Agence Régional de Santé
CNG	Centre National de Gestion
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DFASM	Diplôme de Formation Approfondie en Science Médicale
DCEM	Deuxième Cycle des Etudes Médicales

PASS	Parcours Accès Santé Spécifique
LAS	Licence Accès Santé
CSP	Catégorie Socio Professionnelle
DM	Désert Médical
WONCA	Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

Table des matières

I. INTRODUCTION	14
1) Généralités et contexte de l'étude	14
2) Caractéristiques de la démographie médicale en France et dans les Hauts de France	15
2.1 La densité médicale en France en MG, d'hier à aujourd'hui	15
2.2 La densité médicale en MG, d'hier à aujourd'hui, dans le Nord Pas De Calais	17
2.3 Une hétérogénéité intra régionale multifactorielle	18
2.4 Le recours à un indicateur démographique d'accessibilité aux soins plus performant	19
3) Des mesures politiques récentes pour améliorer l'accessibilité aux soins	22
3.1 La Loi Ma Santé 2022.....	22
3.2 Le Contrat d'Engagement de Service Public.....	23
3.3 Les réformes des études médicales	23
4) L'orientation vers la médecine générale.....	24
4.1 La MG et l'ECNi en 2019.....	24
4.2 Le choix de la spécialisation en MG	24
5) Hypothèses.....	26
6) Objectif principal de l'étude.....	27
7) Objectif secondaire	27
II. MATERIELS ET METHODES.....	27
1) Type d'étude	27
2) Population étudiée.....	28
3) Méthode de recrutement et de recueil des données	28
4) Elaboration du questionnaire.....	28
5) Critères d'inclusion	31
6) Critères d'exclusion	31
7) Corrélation des données textuelles avec les données démographiques.....	31
8) Analyses statistiques	32
9) Cadre réglementaire et éthique.....	33
9.1 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et Comité de Protection des Personnes.....	33
9.2 Règlement Général sur la Protection des Données.....	33
III. RESULTATS	34
1) Taux d'inclusion et de réponse, composition de l'échantillon d'analyse.....	34
2) Analyses descriptives des réponses selon la promotion, le CESP, l'origine géographique et analyses multivariées avec l'orientation éventuelle vers la MG.....	35
2.1 Descriptif selon l'orientation éventuelle vers une spécialisation en MG	35

2.2 Analyses selon la promotion d'origine.....	36
2.3 Descriptif selon la communauté d'agglomération ou de communes d'origine	37
2.4 Analyses selon la conclusion potentielle ou effective d'un CESP.....	38
3) Analyses descriptives des réponses selon les critères socio-généraux et analyses multivariées avec l'orientation éventuelle vers la MG	38
3.1 Analyses selon le genre.....	38
3.2 Analyses selon l'âge	39
3.3 Analyses selon l'origine géographique	40
3.4 Analyses selon la catégorie socio professionnelle d'un des parents	41
3.5 Analyses selon le profil scolaire auto-établi.....	42
3.6 Analyses selon la présence d'un proche Médecin Généraliste dans l'entourage	43
3.7 Analyses selon l'orientation secondaire envisagée et l'influence sur l'orientation vers la MG.....	44
4) Analyses descriptives des réponses selon les caractéristiques en lien avec le Médecin traitant et analyses multivariées avec l'orientation vers la MG	46
4.1 Analyses selon le suivi par un médecin traitant, son genre, sa zone d'exercice, son âge et leurs influences sur l'orientation vers la MG	46
4.2 Analyses des modalités de consultations du MT et leur influence sur l'orientation éventuelle vers la MG	48
4.3 Analyse de l'ancienneté de la relation avec le MT et son influence sur l'orientation éventuelle vers la MG	50
5) Analyses descriptives des réponses relatives au choix de la MG	50
5.1 Analyse descriptive de l'origine de l'orientation vers la MG	50
5.2 Analyse descriptive des facteurs d'orientation vers la médecine générale	51
5.3 Analyse descriptive des principales raisons du choix de la MG.....	52
5.4 Analyse descriptive des principales qualités nécessaires d'un MedG	53
6) Analyses descriptives des réponses selon l'avis personnel concernant l'orientation future et analyse multivariée avec l'orientation éventuelle vers la MG	54
6.1 Analyses selon le vécu face à la démographie et l'influence sur l'orientation éventuelle vers la MG.....	54
6.2 Analyse descriptive de l'orientation future vers la médecine générale.....	55
7) Analyse descriptive des répondants selon l'APL de leur CC d'origine et analyse multivariée avec l'orientation éventuelle vers la MG	56
8) Analyse statistique en corrélations multiples	58
IV. DISCUSSION.....	59
1) Synthèse des principaux résultats.....	59
2) Limites, biais et forces de l'étude.....	60
2.1 Limites et biais de l'étude	60
2.2 Forces de l'étude.....	61
3) Discussion sur la méthode.....	61

3.1 Discussion sur l'établissement du questionnaire	61
3.2 Discussion sur le recueil des données	63
4) Discussion sur les résultats.....	63
4.1 Concernant le profil des répondants.....	63
4.2 Concernant l'orientation vers la MG et le rôle du MT	70
4.3 Concernant l'expérience professionnelle.....	70
4.4 Concernant les raisons du choix de la MG, de ses spécificités et du MedG	71
4.4 Concernant l'orientation professionnelle future et les MSP	73
4.5 Concernant la démographie médicale	74
V. CONCLUSION.....	75
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	78
VII. ANNEXES.....	85

I. INTRODUCTION

1) Généralités et contexte de l'étude

La médecine générale est une spécialité de l'Examen National Classant depuis sa réforme en 2004 aboutissant en fin de formation après 3 années d'études au Diplôme d'Etudes Spécialisées en Médecine Générale (MG) (1).

La MG est actuellement au cœur d'une problématique d'ordre publique concernant la démographie médicale en France. Malgré un nombre croissant d'étudiants reçus à l'Examen National Classant, la France est confrontée à un renouvellement générationnel insuffisant dans cette discipline médicale (2).

En Janvier 2021, le nombre de médecins inscrits au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) croit de 1,8% dans le Nord et de 2,1% dans le Pas de Calais comparativement aux effectifs de janvier 2020 (2). A l'échelle nationale, 312 172 médecins sont inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), ce nombre n'a jamais été aussi élevé (2). Pour autant le nombre de médecins en activité régulière continue de diminuer :

-régression de 13% depuis 2010 (2) pour l'ensemble des médecins

-régression de 9% depuis 2010 (2) pour la MG

En 2019, 70% des Médecins Généralistes (MedG) sondés jugeaient l'offre en MG dans leur périmètre d'exercice comme « insuffisante » justifiant ainsi le refus de déclaration en tant que Médecin Traitant (MT) de nouveaux patients chez 44% des MedG sondés en juin 2019 (3) (4). Une enquête réalisée en 2018 montre qu'environ 5% des français n'ont officiellement pas de MT (5). Ils seraient aujourd'hui six millions (6). Il en résulte une problématique d'hétérogénéité de l'accès aux soins communément appelée « désertification médicale » par l'ensemble des acteurs (7). Celle-ci a longtemps été attribuée au « Numéris Clausus ». Les études médicales

ont depuis 1971 toujours eu leur accès restreint par le Numérus Clausus, permettant de réguler le nombre d'étudiants entrant en deuxième année des études médicales et donc de limiter le nombre de médecins formés en définitive. Il a été diminué progressivement jusque 1993 afin de maîtriser le coût de la santé puis remonté plus nettement à partir de 2002 devant l'apparition de difficultés d'accès aux soins : les déserts médicaux apparaissent (8).

2) Caractéristiques de la démographie médicale en France et dans les Hauts de France

2.1 La densité médicale en France en MG, d'hier à aujourd'hui

Le nombre de MedG, en activité régulière est depuis 2010 en constante baisse (environ 1% par an). Il s'est établi aujourd'hui à 85 364 contre 94 261 en 2010. Le CNOM estime que cette tendance se poursuivra jusque 2025 (figure 1) en accord avec le calcul du Taux de Croissance Annuel Moyen (TCAM) de -0,9% des dix dernières années (2).

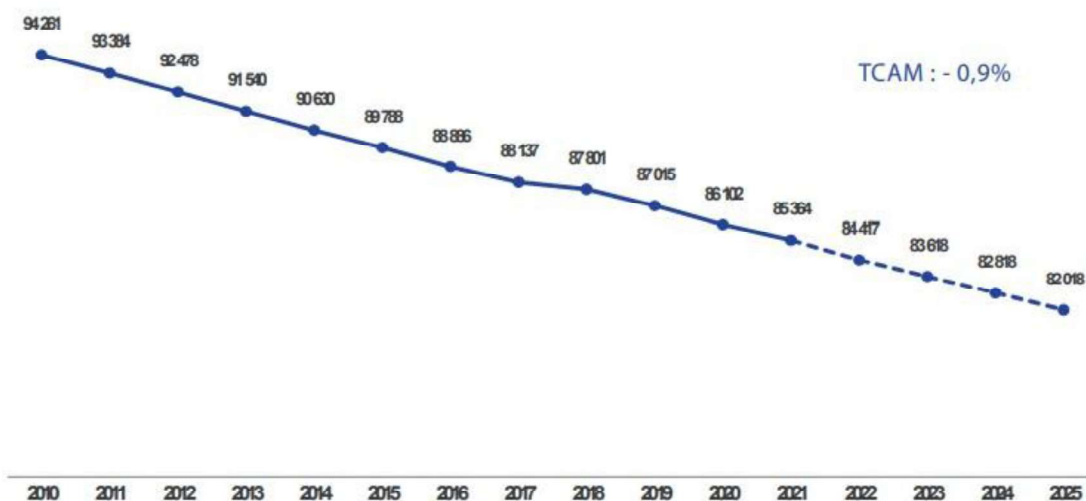
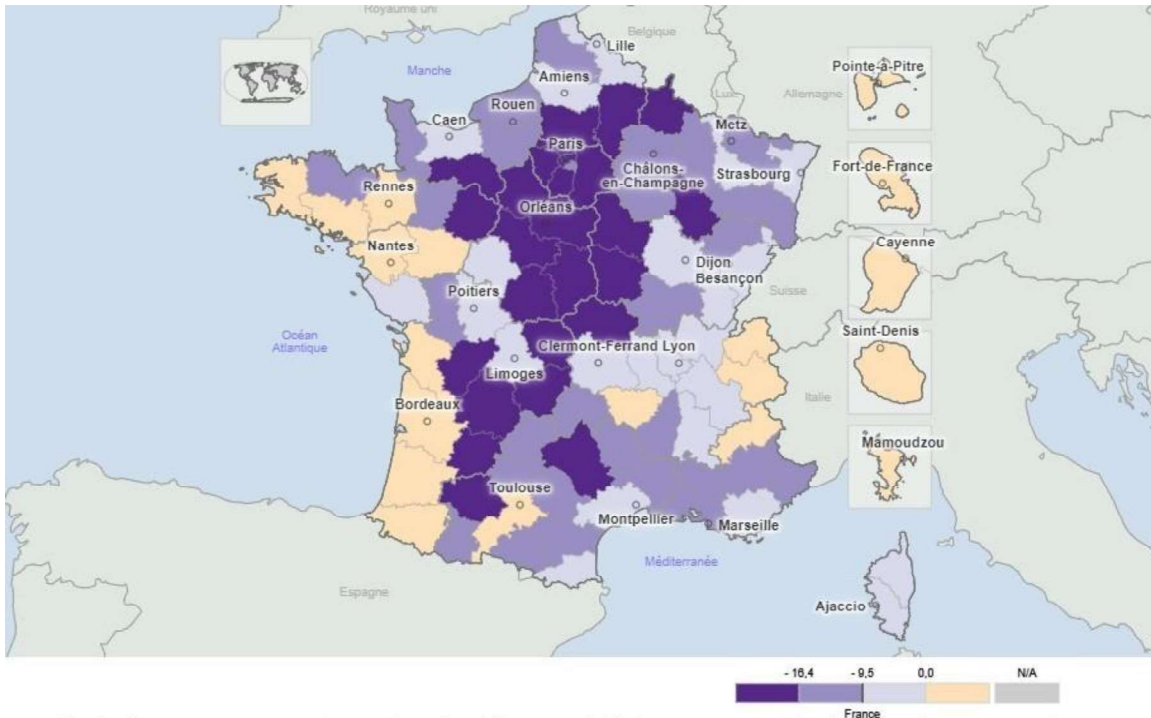


Figure 1 : Evolution du nombre de MedG en activité régulière depuis 2010 et estimation jusque 2025 (SOURCE : CNOM, Atlas de la démographie médicale 2021)

La variation est inégale d'une région à l'autre (Carte 1) avec une façade Atlantique et les Territoires d'Outre-Mer où la démographie médicale augmente contrastant avec une hémisphère France Centrale-Est qui est davantage en « marge rurale » où la démographie médicale diminue (2).



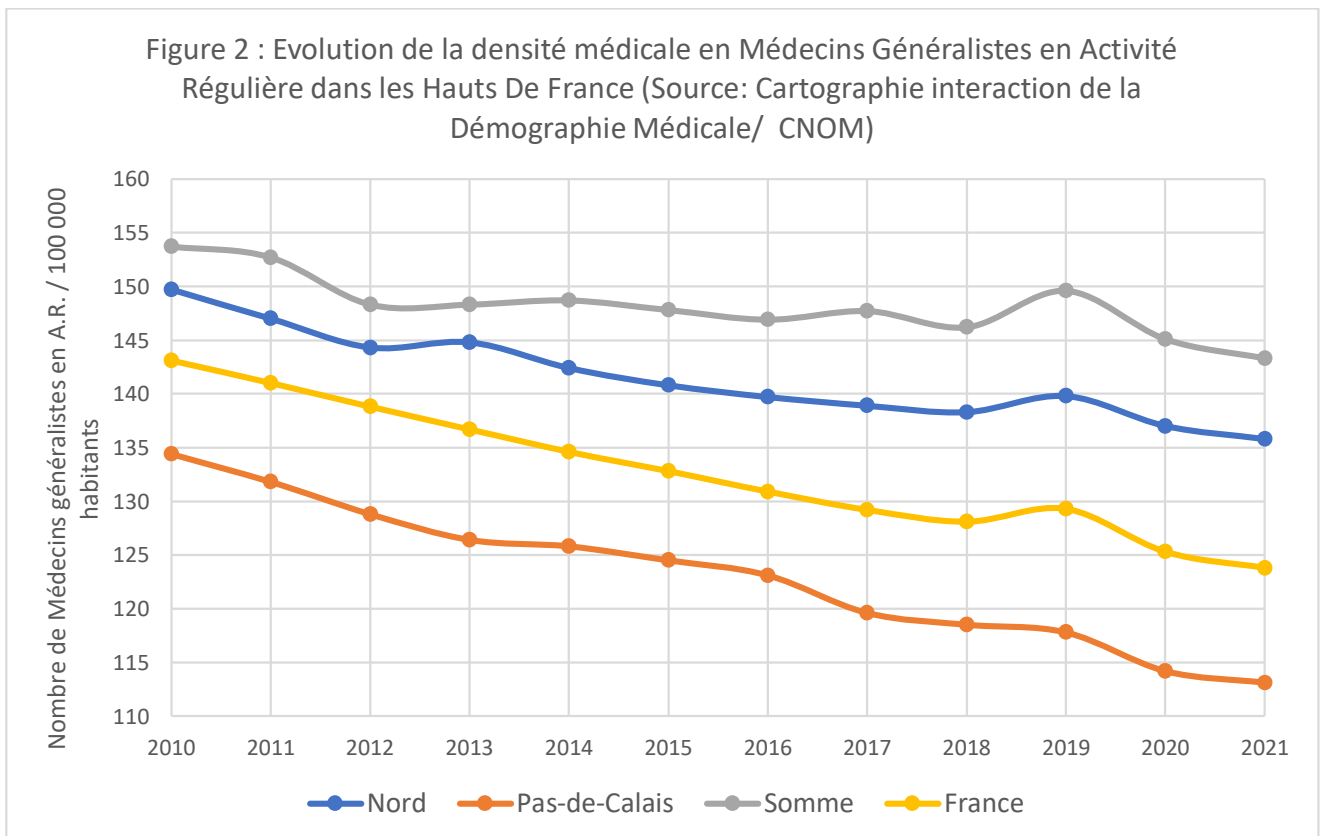
Carte 1 : Variation en % du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 à 2021
(Source: Cartographie interactive de la Démographie Médicale / CNOM)

En rapportant le nombre de MG en activité régulière sur le nombre d'habitants de la région ou du département concerné on obtient alors la densité médicale. La densité médicale médiane en MG en activité régulière en France est de 123 médecins pour 100 000 habitants. D'après le CNOM et le rapport de l'Atlas de la démographie médicale de janvier 2021 la densité médicale moyenne en France est également de 123 MedG pour 100 000 habitants (2).

2.2 La densité médicale en MG, d’hier à aujourd’hui, dans le Nord Pas De Calais

Contrairement à la tendance nationale depuis 2010, le nombre de MedG en activité régulière dans le Nord croît de 0,8% entre 2020 et 2021 et de 1,1% pour le Pas de Calais pour la même période (2). Pour le Nord, il était de 3579 MedG en janvier 2021 et 1684 MedG pour le Pas de Calais au même moment (2). Cependant cette croissance ne suffit pas à compenser la baisse régulière et continue dix années durant et l’augmentation de la démographie française au dernier recensement (9).

La densité médicale en MedG en activité régulière en 2021 selon le CNOM dans le Nord est de 136 MedG pour 100 000 habitants (supérieure à la moyenne nationale) et de 113 MedG pour 100 000 habitants dans le Pas de Calais (inférieure de la moyenne nationale). Pour comparaison, dans la Somme elle est de 143 MedG pour 100 000 habitants à ce jour (Figure 2) (2). La densité en MedG en activité régulière moyenne dans le Nord Pas de Calais est de 127,6 pour 100 000 habitants, soit une valeur légèrement supérieure à la valeur moyenne nationale.

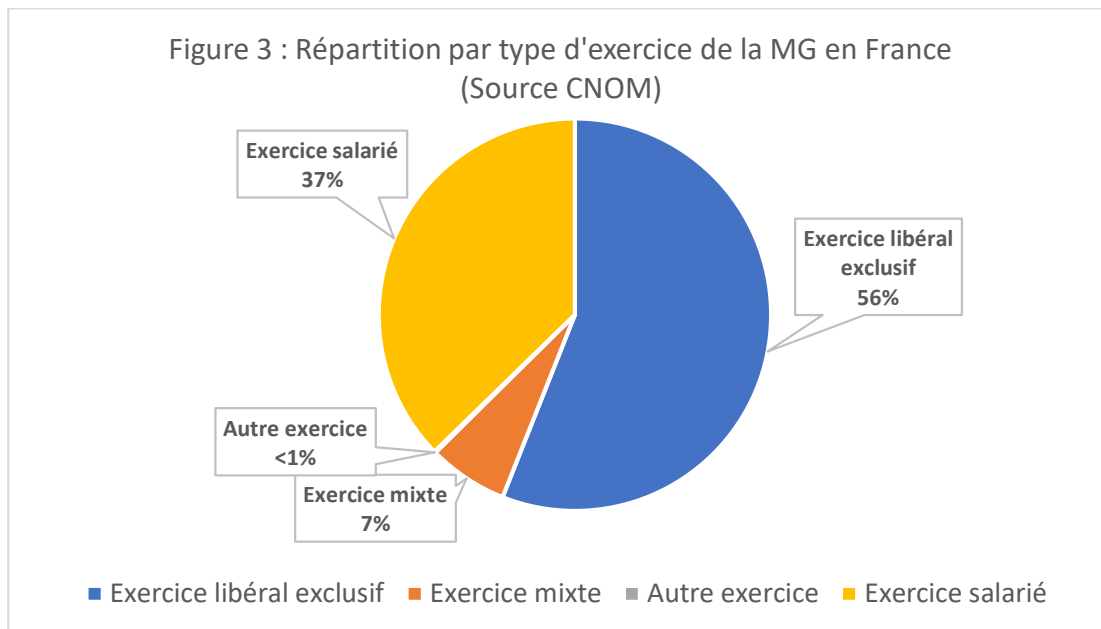


2.3 Une hétérogénéité intra régionale multifactorielle

L'influence des différents modes d'exercice sur la démographie médicale

Le calcul de la densité médicale et le nombre de MedG ne résument pas à eux seuls les disparités régionales de l'offre de soin et la désertification médicale. Il est important de prendre en compte la multiplicité des modes d'exercice des MedG. L'exercice peut être libéral, salarié et mixte. Ces exercices salariés et mixtes sont encouragés depuis quelques années d'un point de vue politique et territorialement par les ARS (10).

Depuis 2010, l'exercice libéral exclusif de la médecine a diminué de 11% représentant aujourd'hui environ 83 000 médecins libéraux. L'exercice salarié a augmenté de 12,5% représentant aujourd'hui environ 94 500 médecins salariés (2). L'exercice mixte représente 20 850 médecins soit une baisse de 9,5% (2). L'activité régulière de la MG est composée à 56% d'exercice libéral exclusif et à 37% d'exercice salarié (Figure 3).



Le Nord est l'un des départements où la part du salariat en MG est la plus importante : 51,5% d'après l'Atlas 2021 du CNOM (2). L'exercice salarié est associé dans différentes études à une

amélioration des conditions de travail et à une meilleure compatibilité avec la vie personnelle (11) (10) (12).

L'influence de l'activité en fin de carrière et après la retraite

D'après le CNOM, le renouvellement générationnel des MedG est insuffisant. Il s'agit du rapport entre le nombre de médecins de moins de 40 ans et le nombre de médecins d'au moins 60 ans. En 2021 il est de 0,96 pour la MG (2) alors qu'il est favorable pour les médecins « toutes autres spécialités confondues ». De plus la part des médecins conservant une activité professionnelle parmi l'ensemble des médecins retraités diminue, cela est favorisé par le vieillissement de la population responsable d'une augmentation de la charge de travail avec la fin de carrière. D'après la CARMF et le Syndicat National des Médecins concernés par la Retraite (13) le régime de retraite de base est atteint à l'âge de 67 ans alors que l'âge moyen de départ à la retraite en France est de 63,5 ans (14). Il en résulte alors une influence sur la démographie médicale difficile à évaluer territorialement.

2.4 Le recours à un indicateur démographique d'accessibilité aux soins plus performant

Le CNOM a établi de nombreux indicateurs d'analyse de la démographie médicale sur différentes échelles. Les résultats obtenus permettent d'analyser cette densité en MedG selon la région, le département, la communauté de commune, le bassin de vie, voire même la commune (15).

Cette vision de la démographie est complexe à considérer puisque les territoires intrarégionaux sont interconnectés ; les populations se déplacent ; il n'y a pas, à ce jour, de frontière à la

consultation médicale ; l'offre de soins proposée, sa disponibilité et les modes d'exercice de chacun influencent d'eux même la situation locale.

La densité en MedG est intégrée dans un autre indicateur créé par la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) permettant de combiner la densité médicale avec les éléments suivants :

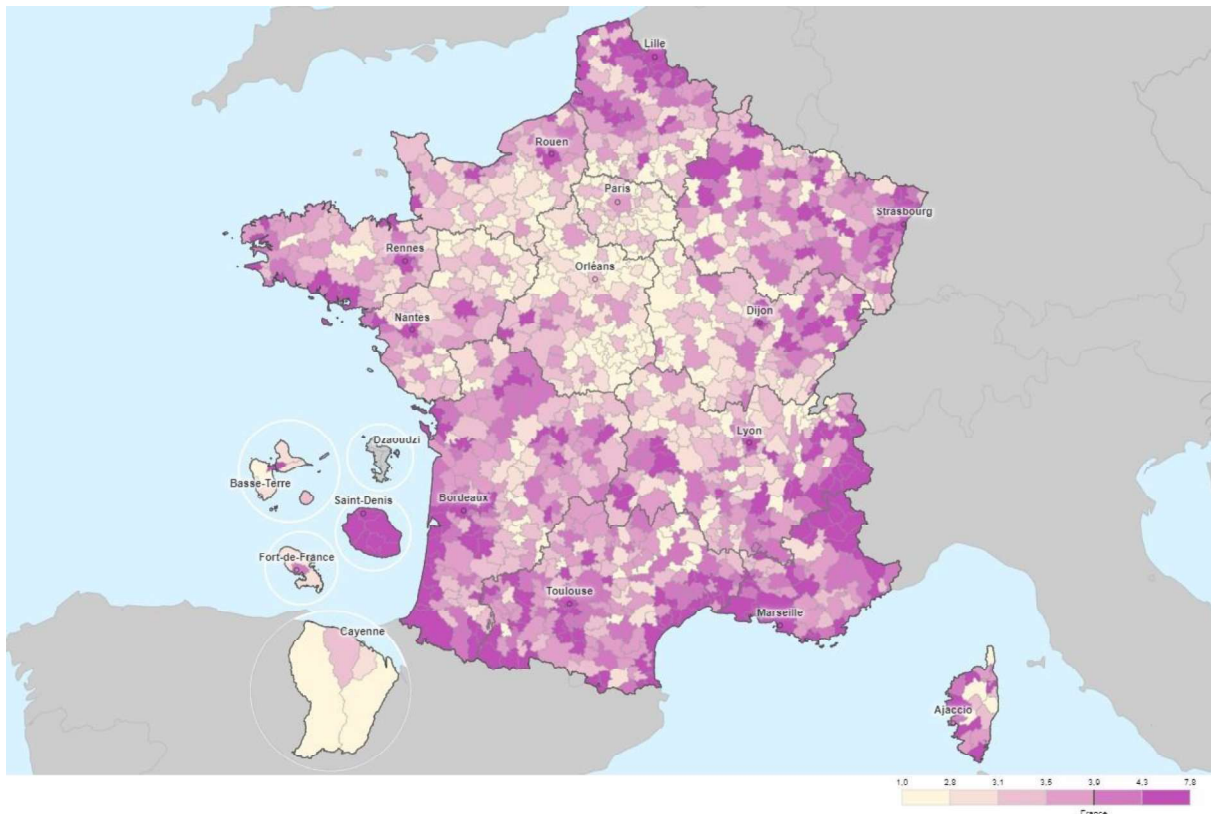
- la localisation géographique du médecin
- l'offre de soin de la commune et des communes limitrophes
- la disponibilité du praticien, sa charge de travail (analysées et connues grâce aux données locales des Caisses Primaires de l'Assurance Maladie)
- les besoins médicaux locaux en fonction de l'âge de la population
- l'ancienneté du praticien et sa sectorisation d'exercice

Cet indicateur est « l'Accessibilité Potentielle Localisée ». Il se calcule en nombre théorique de consultations par an / habitants et permet la comparabilité des populations (16). C'est un indicateur dont la fiabilité est reconnue et permet de standardiser les pratiques des MedG en établissant une nouvelle échelle : « l'Equivalent Temps Plein » (ETP) (16) (17).

L'APL mesurée en MG est majoritairement plus élevée dans les grands milieux urbains (75 ETP pour 100 000 habitants), moins élevée dans les villes péri-urbaines (52 ETP pour 100 000 habitants) et moyennement élevée dans les communes rurales (63 ETP pour 100 000 habitants), en France en 2012 (18).

Le seuil d'APL de 2,5 consultations potentielles / habitants / an est retenu comme définition d'une zone sous dense en MedG (16). La moyenne en France de l'APL aux médecins généralistes est de 3,9 consultations par an par habitants en 2018, d'après les dernières valeurs

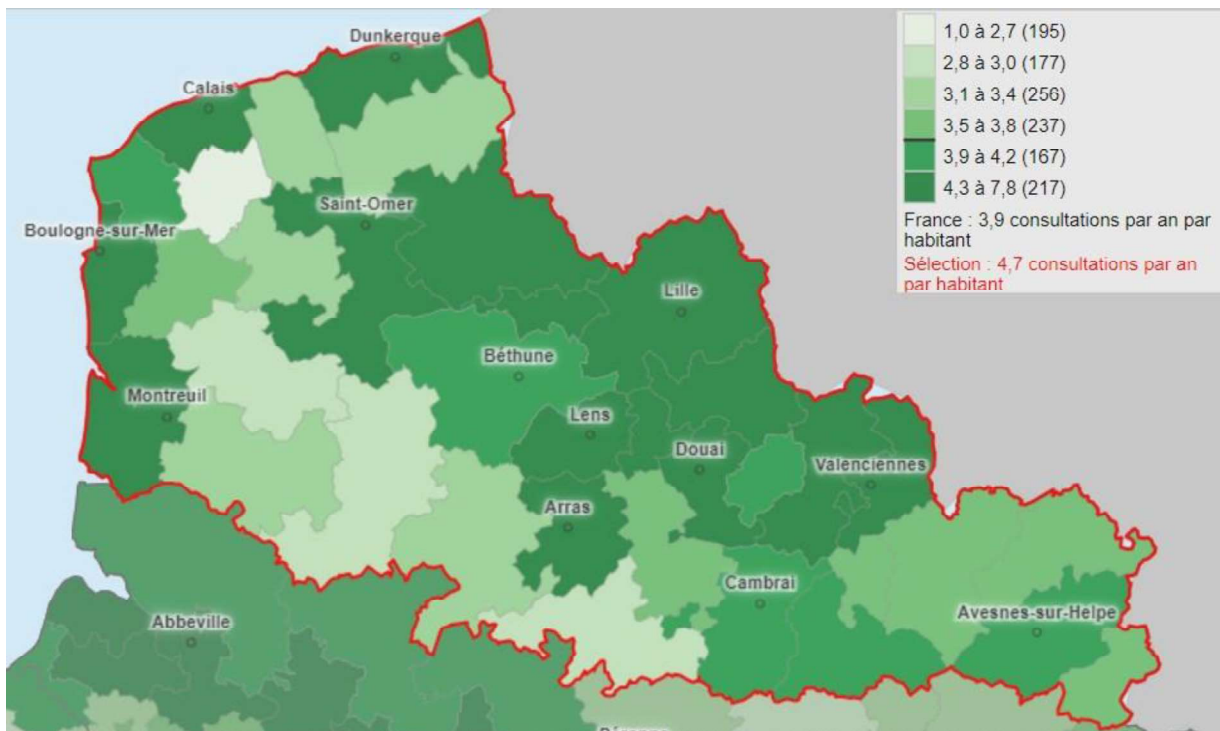
connues et publiées par L'Observatoire des Territoires (19). Elle est en constante diminution depuis 2015 (moyenne de 4,06 consultations /an/hab) (20). En 2018, 5,7% de la population vivaient dans une zone « sous dense » alors que cela touchait 3,8% en 2015 (21). Les régions françaises les plus impactées (Carte 2) sont l'Auvergne, Le Centre, la Bourgogne, l'Île de France, la Corse et la Guyane (19).



Carte 2: L'Accessibilité Potentielle Localisée en Médecine générale, en 2018. Source : Observatoire des Territoires / ANCT 2021

Concernant la région du Nord Pas de Calais (ancienne nomenclature des régions), l'APL en médecine générale du département du Nord est de 4,8 consultations /an/habitants en 2018 et celle du Pas de Calais de 4,5 consultations /an/habitants pour la même période ; l'APL moyenne de la région est de 4,7 consultations /an/habitants (carte 3) ; elle est supérieure à la moyenne nationale (19). Il existe un cœur intrarégional centré par la Métropole Européenne de Lille dont l'APL est bien supérieure à la moyenne nationale. La côte d'Opale est aussi un territoire ayant une accessibilité aux soins en moyenne favorable. Les bassins de vie les plus vulnérables de la

région sont localisés au Sud de la région et s'étendent sur les terres au Nord en recul de la façade maritime.



Carte 3 : L'Accessibilité Potentielle Localisée en Médecine Générale, en 2018 dans le Nord Pas de Calais
Source: Observatoire des Territoires / ANCT 2021

3) Des mesures politiques récentes pour améliorer l'accessibilité aux soins

3.1 La Loi Ma Santé 2022

La loi « Ma Santé 2022 » à l'initiative du Président de la République Emmanuel Macron et de Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzin a été annoncée en septembre 2018 et adoptée en juillet 2019 (22) .

Elle encourage fortement la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé afin que l'exercice de la médecine, toutes spécialités confondues soit coordonné territorialement dans un réseau (23). Elle est à l'origine de la création de 400 postes de MedG salariés à partir de novembre 2019 dont 17 pour la région des Hauts-de-France (24). Elle favorise le

développement et le recours à la télémédecine dans les zones médicales sous denses. En accord avec les ARS, la création de Maison de Santé Pluridisciplinaire est vivement incitée (25).

3.2 Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP)

Il a été créé par la loi réformant l'hôpital les patients, la santé et les territoires du 21 juillet 2019 (26). Il permet à l'étudiant signataire dudit contrat de percevoir un revenu mensuel sous réserve d'un engagement d'exercice futur dans une zone sous dense déterminée par les ARS pour une durée égale à la durée d'indemnisation initiale (26). Entre 2010 et 2020, 4794 CESP ont été signés. En 2020, sur les 1832 contrats signés dans la filière « médecine », 1468 contrats étaient signés par des « internes en médecine » dont 1274 en MG, soit 87% des « contrats-internes ». En 2020, 19 « CESP étudiants » et 111 « CESP internes » ont été signés en Hauts-de-France (27).

3.3 Les réformes des études médicales

La loi MA SANTE 2022 a également réformé l'entrée dans les études médicales avec la suppression de la Première Année Commune aux Etudes de Santé (PACES) pour la création d'un Parcours Accès Santé Spécifique (PASS) et une Licence avec option Accès Santé (LAS) (28). Cette réforme a pour but de varier les profils des étudiants ensuite admis dans les filières Médecine – Maïeutique – Odontologie – Pharmacie – Kinésithérapie (29). Le numérus clausus est supprimé. Les ministères de l'Enseignement Supérieur et de la santé attribuent à chaque université un objectif de futurs professionnels de santé à former sur une durée de 5 année universitaire (30).

Dans le même contexte, à partir de la rentrée 2021, la Réforme du Deuxième Cycle des études médicales (R2C) est instaurée (31). Avec elle l'Examen National Classant (ECN) est supprimé pour 2024 au profit d'Épreuves Dématérialisées Nationales (EDN) (32). Les étudiants de sixième année devront établir un certain nombre de vœux puis un « matching » permettra d'allouer le meilleur vœu pour chaque étudiant en fonction de ses résultats sur de nouvelles épreuves écrites (EDN) et orales appelées Examen Cliniques Objectifs Structurés (33). La réforme vise à prendre en considération le profil de l'étudiant, à développer une approche par compétence et à améliorer le raisonnement clinique (32).

4) L'orientation vers la médecine générale

4.1 La MG et l'ECNi en 2019

D'après le Conseil National de Gestion (CNG), la procédure de choix et d'affectation des ECNi 2019 s'est conclue sur un taux d'affectation de 100% en MG pour la faculté de Lille. Environ 20% des étudiants en France ont eu le choix parmi l'ensemble des spécialités. 51% des étudiants affectés en MG en France restaient sur leur région de formation initiale (34).

4.2 Le choix de la spécialisation en MG

Dans son travail de thèse présentée en 2010, CAZELLES-BOU C. (35) a étudié la « représentation de la MG » chez les étudiants en médecine à Potiers de la deuxième à la sixième année. Elle a analysé les critères jugés positifs ou négatifs en MG. Dans cette étude, le choix de la spécialité n'était pas déterminé chez 50% des étudiants inclus et à peine 16% des étudiants avaient déjà choisi la MG. Concernant la question de la pratique future, le « regroupement dans

des maisons médicales » était retenu chez 18% des répondeurs et la « désertification médicale » chez 12% des inclus, « l'exercice en réseau » dans 18,5% des réponses (35).

En 2018, une publication d'un travail de thèse de RODRIGUEZ J. (36) recherchait les déterminants du choix de la filière de la MG auprès de 4 promotions consécutives d'étudiants admis dans le troisième cycle à l'université de Toulouse. Il y apparaît que le choix de spécialisation vers la MG était déjà fait dans 81% des cas avant l'ECN et que 75% des étudiants affirment qu'ils auraient sélectionné la MG même si leur classement leur permettait une autre spécialisation (36). Les raisons retrouvées concernant le choix de la MG étaient la « relation avec le patient » pour 63% des étudiants et « l'hétérogénéité de la MG » pour 52% (36).

En 2016, à Nantes le travail de thèse de SABLONNIERE S. (37) a montré un lien significatif entre les années d'études DFASM 1, DFASM 2, DFASM 3 (MED-4, MED-5 et MED-6) et le choix éventuel de la MG à l'ECN comparé au choix d'une autre spécialité ($p < 0,05$) suggérant ainsi que le choix vers la MG était un choix plus précoce et plus certain que le choix d'une autre spécialité. Le mode d'exercice envisagé y était significatif pour l'exercice « en MSP » et la proportion de femme voulant exercer en MSP était statistiquement plus élevée que pour les hommes ($p < 0,05$) (37).

En 2020 à Lille, FAREZ C. (38) a construit un score de certitude pour évaluer l'évolution du projet professionnel des internes de MG. Ce score augmente de manière significative au fur et à mesure de l'avancée de l'internat (38). Il en déduit alors que la première année d'internat était la période idéale pour y intégrer une intervention pédagogique sur les perspectives professionnelles futures. Il met également en évidence un score de certitude plus important sur

le projet professionnel lorsque le choix de la spécialisation en MG était décidé avant l'ECN ($p < 0,01$) (38).

En 2016, le travail de thèse d'AUBRION A. (39) publié dans la revue *Pédagogie Médicale* s'intéressait aux déterminants du choix vers la MG dans une population d'étudiants, deux mois avant leur choix à l'ECN en comparaison aux facteurs déterminants vers une autre spécialité. Il a montré que les étudiants s'orientant vers la MG étaient davantage séduits par l'aspect relationnel de la MG, l'approche globale centrée autour du patient ; la pluralité des modes d'exercice et la dimension symbolique qu'offrent le titre de Médecin Généraliste (39). En conformité avec le travail de thèse de FAREZ C. à Lille et de celui réalisé à Nantes de SABLONNIERE S., la réalisation d'un stage ambulatoire en MG durant l'externat est associée statistiquement au choix de la MG à l'ECN ($p < 0,05$) (39). Il formule alors la piste de réflexion sur l'intérêt d'encourager la réalisation de stages ambulatoires en MG durant l'intégralité des études médicales pour solutionner les problématiques démographiques (39).

5) Hypothèses

De par les éléments précédemment décrits, la problématique de l'accès aux soins est un fait d'actualité au cœur de multiples réformes qui impliquent non seulement les acteurs de terrains que sont les médecins généralistes exerçant une activité régulière mais également les étudiants en médecine, entrant dans leurs études, au milieu de celles-ci et ceux arrivés en fin de cursus.

Il existe des déterminants vers une orientation en MG, préalablement déjà explorés et recherchés durant la période d'orientation majeure dans les études médicales qu'est le choix de spécialité à l'Examen National Classant.

Il apparaît que la spécialisation vers la médecine générale est un choix de spécialité à part entière et que les éléments motivants celle-ci sont acquis durant la période de l'externat. Nous pouvons

alors formuler l'hypothèse de l'existence de déterminants vers une future spécialisation en MG dès l'entrée dans les études médicales.

Les étudiants intégrant les facultés de médecine à ce jour achèveront leurs études après un délai minimum de neuf ans (40). La démographie médicale est une problématique continue et connue depuis environ 20 ans (8) et ayant impacté à différentes échelles le quotidien des patients. On peut alors formuler une seconde hypothèse de recherche selon laquelle la démographie médicale serait un déterminant à part entière vers une orientation vers la médecine générale.

6) Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de ce travail est d'identifier des facteurs déterminant et l'influence de la démographie médicale sur l'orientation vers une spécialisation en médecine générale dès le début du cursus universitaire médical.

7) Objectif secondaire

Identifier les éléments d'intérêts rapportés par les étudiants de MED-2 et MED-3 pour la MG

II. MATERIELS ET METHODES

1) Type d'étude

Cette étude est épidémiologique, observationnelle, transversale et unicentrique.

2) Population étudiée

La population étudiée est l'ensemble des étudiants de deuxième année (MED-2 à Lille, équivalent DFGSM-2 en France) et de troisième année des études médicales (MED-3 ou DFGSM-3) à la faculté de Médecine de Lille de l'année universitaire 2021-2022.

3) Méthode de recrutement et de recueil des données

Il a été décidé de faire un recueil de données informatisé dans un but d'efficacité et de rapidité. Une courte introduction (Annexe n°1) contenant un lien électronique au format textuel et au format « QR CODE » vers un questionnaire en ligne a été envoyée en pièce jointe d'un courriel (Annexe n°2) auprès de l'ensemble des étudiants de ces deux promotions au cours du mois de décembre 2021 par l'intermédiaire des listes de diffusion de la faculté de Médecine. Un rappel a été envoyé quinze jours plus tard par l'intermédiaire des groupes de promotion sur le réseau social « FACEBOOK© ». Le recueil était strictement anonyme. L'accord du Doyen de la Faculté de Médecine et du Coordinateur des deux promotions ont été demandés et obtenus.

4) Elaboration du questionnaire (annexe n°3)

Les étudiants destinataires de l'email de diffusion, devaient soit cliquer sur le lien vers le questionnaire en ligne, soit « scanner » le QR CODE avec leur smartphone afin d'être redirigé vers le même questionnaire (annexe 3).

Le questionnaire a été réalisé sur la plateforme « enquêtes » de l'Université de Lille, utilisant le logiciel d'enquête statistique et de sondage « LIME SURVEY ©» (développé par Carsten Schmitz) (41).

Il a été construit en cinq parties distinctes ayant chacune leurs objectifs. Il était parfois composé de Questions à Choix Multiples utilisant ou non des échelles de Likert et de Questions à Choix Unique.

La première partie permettait de déterminer :

- La promotion de l'étudiant (Question A1)

Il fallait prendre en compte non seulement la promotion actuelle mais également la promotion précédente puisque la réforme de la première année des études de santé en vigueur depuis 2020 a rendu la promotion de MED-2 hétérogène.

- Le nom de la communauté de communes d'origine, antérieurement aux études médicales (Question A2)
- Le souhait d'une orientation éventuelle vers la MG (Question A3)
- La signature ou non d'un CESP (Question A4)

La deuxième partie du questionnaire récupérait

- Les données socio-démographiques (Question B1 à B5) : le genre, l'âge, la profession et Catégorie Socioprofessionnelle des deux parents (selon la nomenclature INSEE de 2003 (42)), l'origine rurale ou urbaine de l'étudiant (par auto déclaration)
- Le profil scolaire auto établi de l'étudiant répondeur et les autres orientations scolaires éventuelles indépendamment des études médicales (Question B6 à B7)

La troisième partie du questionnaire concernait le médecin généraliste considéré comme médecin traitant. Cette partie était accessible uniquement aux étudiants affirmant avoir un médecin traitant régulier (Question B8). Elle regroupe les questions concernant :

- Le genre (Question C1), l'âge (Question C2), le lieu d'exercice (Question C3)

- Les « habitudes de consultation » (Question C4 à C8) notamment la durée moyenne d'une consultation, le recours à la téléconsultation, la fréquence et le rythme de consultation
- L'ancienneté de la relation avec le médecin traitant (Question C9)

La quatrième partie du questionnaire était accessible uniquement aux étudiants ayant éventuellement un projet d'orientation vers la médecine générale (Réponse affirmative à la question A3). Elle regroupe :

- L'ancienneté du souhait d'orientation vers la MG (Question D1)
- Les éléments déclenchant une orientation vers la MG (Question D2 et D3)
- Les qualités nécessaires pour la profession de MedG (Question D4 sous la forme d'une échelle de Likert permettant de quantifier et de hiérarchiser les propositions)

Cette catégorie s'inspire des facteurs établis par SABLONNIERE S. (37) dans son étude réalisée à Nantes en 2016.

La cinquième partie du questionnaire recueille des informations et opinions sur la thématique de la démographie médicale. Elle recherche :

- La connaissance de la notion de « désert médical » (Question E1) et de la densité médicale du bassin de vie d'origine (Question E2)
- Le vécu personnel face à la démographie médicale (Question E3)
- Le lien éventuel entre la démographie médicale et l'orientation vers la MG (Questions E4 et E5)
- Les modes d'exercice envisagés et l'éventuelle installation future (Question E6)

Le questionnaire a fait l'objet de tests de réalisation auprès de deux anciens internes en MG afin de vérifier sa compréhension, sa clarté, son intelligibilité.

5) Critères d'inclusion

Pour être inclus, les étudiants devaient répondre au questionnaire et terminer intégralement la première partie (Questions A1 à A4)

6) Critères d'exclusion

Les étudiants n'ayant pas répondu intégralement à la première partie du questionnaire et les étudiants n'étant pas originaire de la région Nord Pas de Calais ont été exclus de l'analyse afin d'éviter un biais de sélection important concernant l'orientation éventuelle vers la MG chez les étudiants étrangers.

7) Corrélation des données textuelles avec les données démographiques

La réponse de l'étudiant à la « question A2 » concernant le nom de sa communauté de communes d'origine permettait de recueillir la valeur de « l'Accessibilité Potentielle Localisée aux médecins généralistes » correspondante, calculée par l'Observatoire des Territoires en 2018 et la valeur de la densité médicale en MG des généralistes en activité totale en 2020 pour 10 000 habitants, déterminée par l'Ordre Des Médecins (15) (19). Un tableau de correspondance (annexe n°4) est établi et chaque réponse est analysée et traduite automatiquement par le tableur EXCEL© préalablement configuré par l'étudiant chercheur. Deux champs de réponses sont alors ajoutés automatiquement par le programme informatique :

-la comparaison de l'APL par rapport à la moyenne régionale : « inférieure » à 4,7 consultations potentielles / an / habitants ou « supérieure ou égale » à 4,7 consultations/an/hab.

-la comparaison de la Densité en Médecin généralistes en activité totale par rapport à la moyenne régionale : « inférieure » à 13,4 médecins généralistes / 10 000 habitants ou « supérieure ou égale » à 13,4 MedG / 10 000 hab.

A noter la disparition administrative de la communauté de commune de la Haute Deûle le 14 mars 2020 engendrant sa fusion avec la Métropole Européenne de Lille. La valeur retenue arbitrairement pour la densité en MG est donc choisie comme égale à celle de l'échelle du bassin de vie correspondant, celui d'Annœullin.

Le critère de jugement principal choisi pour évaluer l'influence de la démographie médicale sur l'orientation vers la MG est la comparaison de la valeur de l'APL.

8) Analyses statistiques

Plusieurs analyses statistiques ont été réalisées.

Concernant les variables quantitatives, elles ont été analysées par la moyenne ainsi que l'écart type ou la médiane et interquartile. La normalité des distributions a été préalablement vérifiée selon le test de Shapiro Wilks.

Concernant les variables qualitatives, elles ont été analysées par la fréquence d'occurrence et en pourcentage d'occurrences.

Lorsque les effectifs étaient suffisamment grands (effectifs supérieurs à 5), les variables qualitatives ont été comparées grâce à des tests statistiques de Khi-Deux. Lorsque les effectifs étaient inférieurs à 5, un test exact de Fisher a été réalisé. Concernant les variables quantitatives,

elles ont été comparées dans les 2 groupes grâce au test de Student si les effectifs étaient supérieurs à 5. En cas de distribution non normale, des tests de Wilcoxon ont été réalisés.

Une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) cherchant à identifier des profils de répondants par rapport à l'orientation en médecine générale a été lancée.

La significativité des tests a été décidée communément avec un risque alpha égal à 0,05. Le logiciel utilisé pour effectuer les analyses est « R », développé par « The R Foundation », la version utilisée est la 3.7.3.

9) Cadre réglementaire et éthique

9.1 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et Comité de Protection des Personnes (CPP)

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration de conformité n°2224332v0 (annexe n°5) au référentiel de méthodologie de référence MR-003 relative aux recherches impliquant la personne humaine non interventionnelle auprès de la CNIL le 23/11/2021.

Cette recherche ne relevait pas d'un avis du CPP

9.2 Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)

Conformément au RGPD, le recueil de données était strictement anonyme. Aucune donnée à caractère sensible n'a été récupérée. Une question a été supprimée afin de se conformer au règlement. Le questionnaire a été soumis au Département de la Protection des Données de l'université de Lille.

III. RESULTATS

1) Taux d'inclusion et de réponse, composition de l'échantillon d'analyse

Parmi la population cible des étudiants de MED-2 et de MED-3, 535 étudiants ont accédé au questionnaire. Les différentes étapes du processus d'inclusion sont décrites en « Figure 4 ». Sur l'ensemble des étudiants, 515 réponses ont été reçues. Il y a environ 650 étudiants MED-2 et 530 étudiants MED-3 à la faculté de médecine de Lille, soit un taux de participation de 44%. 33 réponses ne répondaient pas aux critères d'inclusion, l'échantillon global était constitué de 482 étudiants (tableau 1).

Pour l'ensemble des analyses, le nombre « n » correspond au nombre de réponses valides dans la catégorie concernée.

Tableau 1: Taux de réponses en fonction de l'origine

	Echantillon global	Etudiants originaires		Etudiants étrangers à la région (exclus)	
Nombre n=	482	436		45	
Promotions		MED-2 n=264 (61%)	MED-3 n=172 (39%)	MED-2 n=24 (53%)	MED-3 n=21 (47%)
Taux de réponses	100%	90,1%		9%	

Conformément aux critères d'inclusion et d'exclusion, les étudiants étrangers à la région sont exclus, une réponse de l'échantillon globale est exclue concernant l'analyse sur l'orientation éventuelle devant l'absence de réponse à cette question.

436 étudiants ont donc été inclus, soit un taux d'inclusion de 85%.

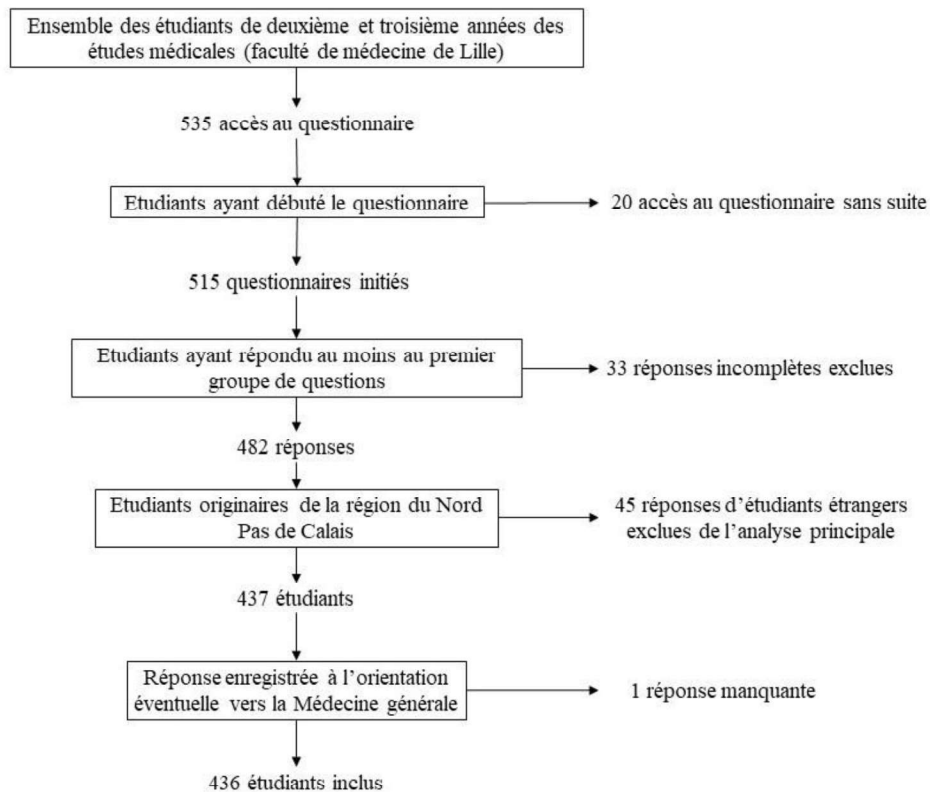


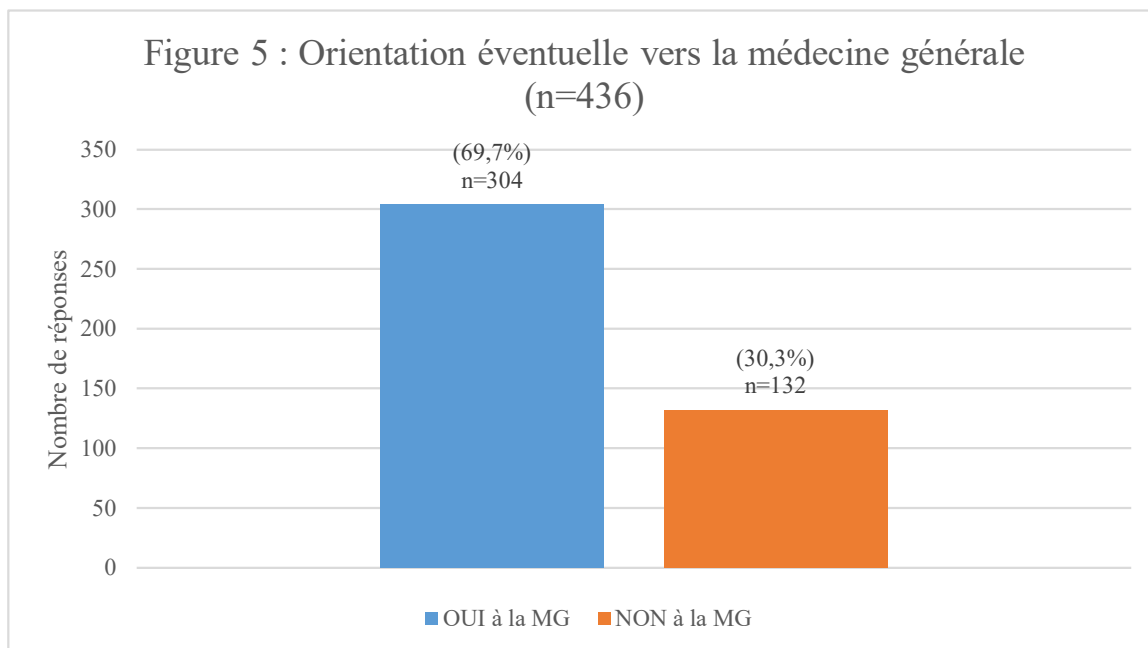
Figure 4 : Diagramme de flux décrivant le processus d'inclusion dans l'étude

2) Analyses descriptives des réponses selon la promotion, le CESP, l'origine

géographique et analyses multivariées avec l'orientation éventuelle vers la MG

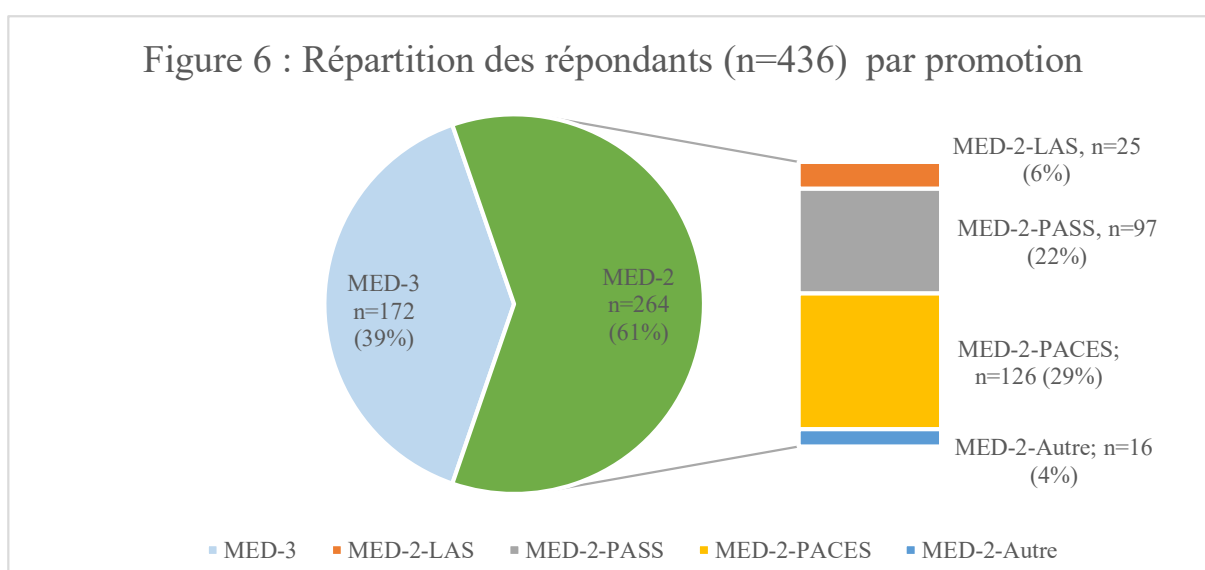
2.1 Descriptif selon l'orientation éventuelle vers une spécialisation en MG

La question principale du questionnaire permet de diviser l'échantillon selon leur orientation éventuelle vers la MG (figure 5). Environ un tiers des répondants (n=132 soit 30,3%) n'envisage pas une orientation vers la médecine générale. Ils sont 304 (soit 69,7%) à l'envisager.



2.2 Analyses selon la promotion d'origine

La répartition entre les deux promotions (figure 6) est hétérogène avec 264 MED-2 (soit 61%) « toutes promotions confondues » et 172 MED-3 (soit 39%). La population de MED-2 est composée majoritairement de 126 étudiants issus de PACES (soit 29%) et de 97 étudiants issus de PASS (soit 22%), 25 étudiants issus de LAS (soit 6%) et 16 autres étudiants MED-2 (soit 4%).



Influence de la promotion de l'étudiant sur le choix d'une orientation éventuelle vers la médecine générale (tableau 2) :

58,9% des étudiants s'orientant vers la MG étaient de MED-2 toutes promotions confondues, contre 41,1% des orientés vers la MG étaient issus de MED-3. Il n'a pas été montré de différence statistiquement significative entre les deux groupes dans l'analyse avec les promotions MED-2 confondues (p=1) et dans l'analyse avec les promotions MED-2 individualisées (p=0,41).

Tableau 2 : Influence de la promotion sur l'orientation vers la MG

Promotion d'origine	Oui à la MG n=304 (%)	NON à la MG n=132 (%)	p-value
MED-2 - PASS	69 (22,7)	28 (21,2%)	0,41
MED-2 - PACES	81 (26,6)	45 (34,1%)	
MED-2 - LAS	16 (5,3%)	9 (6,8)	
MED-2 - Autre	13 (4,3%)	3 (2,3%)	
MED-3	125 (41,1)	47 (35,6)	
MED-2 (confondues)	179 (58,9%)	85 (64,4%)	1,00
MED-3	125 (41,1%)	47 (35,6%)	

2.3 Descriptif selon la communauté d'agglomération ou de communes d'origine

La répartition est inégale puisque 190 étudiants, soit un peu moins d'un étudiant sur deux, (43,5%), proviennent de la Métropole Européenne de Lille (figure 7). Les effectifs par communautés de communes sont décrits dans le tableau « annexe 6 » (annexe 6).

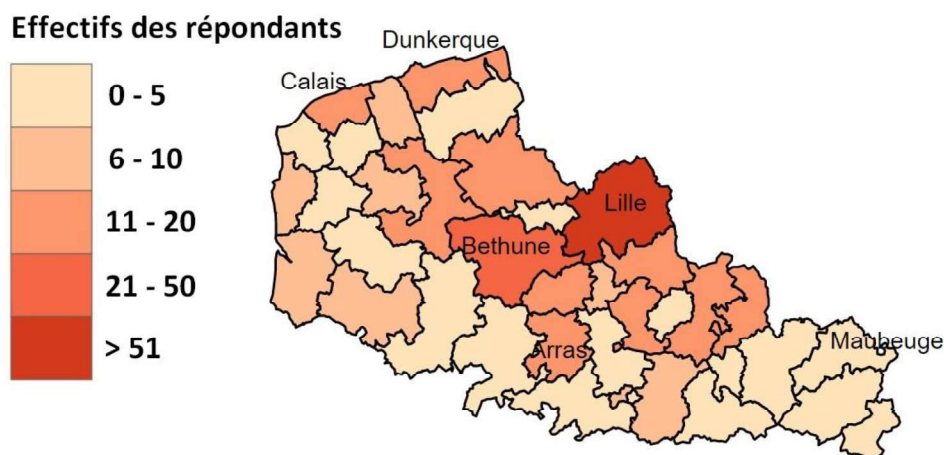


Figure 7 : Effectifs des étudiants répondants par communautés d'agglomération

2.4 Analyses selon la conclusion potentielle ou effective d'un CESP

8 étudiants (soit 1,8%) ont répondu OUI à la question « Avez-vous ou allez-vous conclure un CESP ? ». 258 étudiants n'avaient pas d'opinion à cette question, leurs réponses ont été arbitrairement considérées comme négatives.

Influence de la conclusion d'un CESP sur le choix d'une orientation éventuelle vers la médecine générale (tableau 4) :

Il n'a pas été montré d'association statistiquement significative entre la signature d'un CESP et l'orientation vers la MG ($p=1.00$).

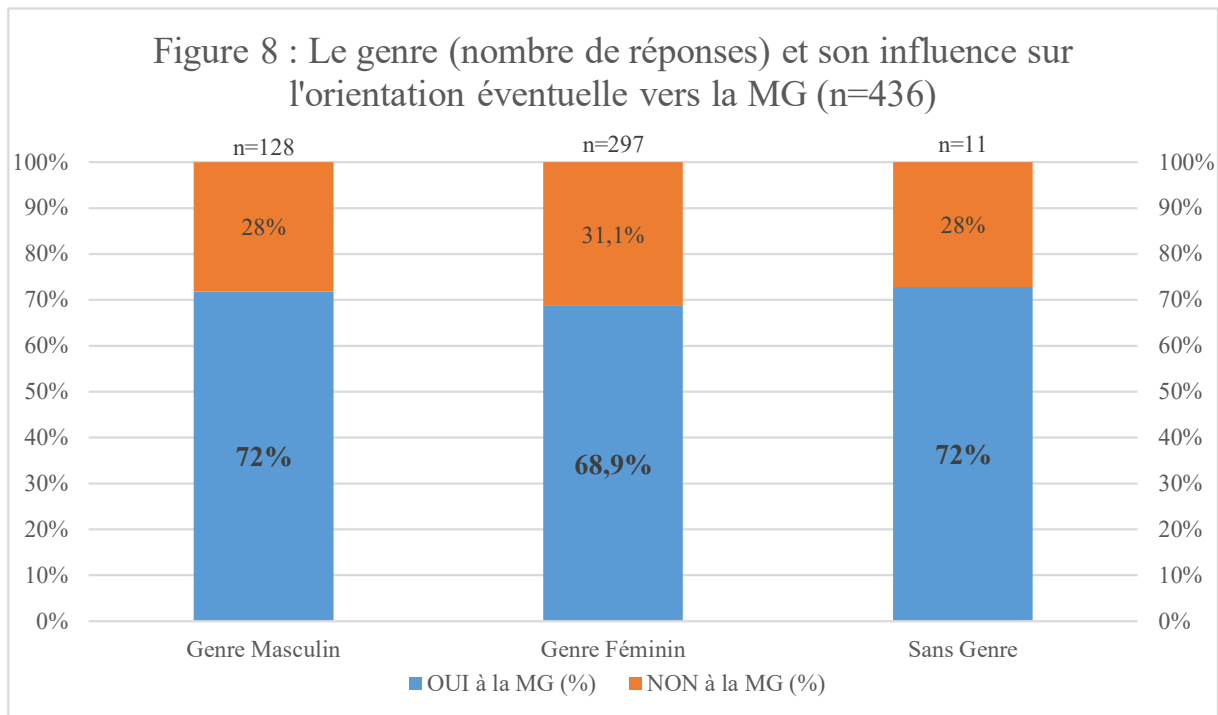
Tableau 4 : Influence du CESP sur l'orientation éventuelle vers la MG

Modalité	Oui à la MG n=304 (%)	NON à la MG n=132 (%)	P-value
CESP conclu	5 (4,1%)	3 (5,3%)	1,00
Pas de CESP conclu ou envisagé	299 (95,9%)	129 (94,7%)	

3) Analyses descriptives des réponses selon les critères socio-généraux et analyses multivariées avec l'orientation éventuelle vers la MG

3.1 Analyses selon le genre

Environ deux tiers des répondants, 297 (soit 70%) étaient de genre féminin, contre 128 étudiants (soit 30%) de genre masculin (figure 8).



Influence du genre de l'étudiant sur le choix d'une orientation éventuelle vers la médecine générale (« tableau 5 » en annexe 6)

68,9% des femmes (n=204) répondaient oui à l'orientation vers la MG contre 72% des hommes (n=92). Il n'a pas été montré d'association statistiquement significative entre le genre et l'orientation vers la MG (p=0,51).

3.2 Analyses selon l'âge

Les participants avaient en moyenne 20 ans (Ecart type +/- 1,75).

Influence de l'âge sur l'orientation éventuelle vers la médecine générale (tableau 6)

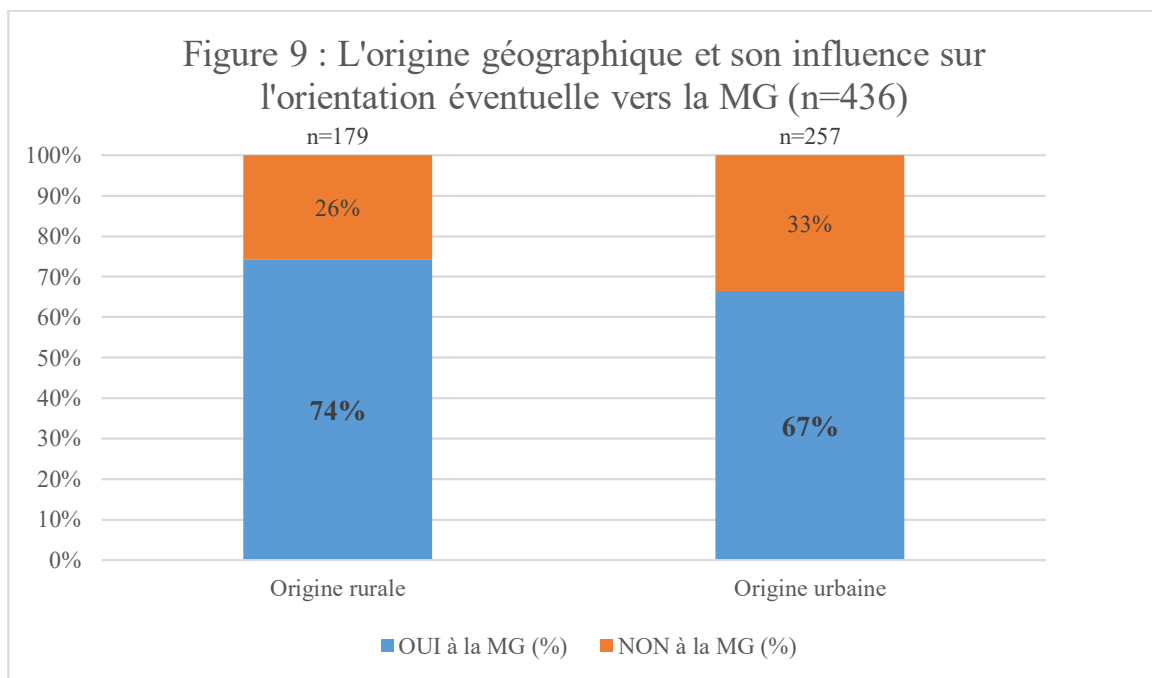
Il n'a pas été montré d'association significative entre l'âge et l'orientation éventuelle vers la MG (p=0,11).

Tableau 6 : Influence de l'âge sur l'orientation éventuelle vers la MG

Âge	Oui à la MG n=304	NON à la MG n=132	p-value
Moyenne (+/- Ecart Type)	20,09 (1,82)	19,81 (1,58)	0,11 (Test de Student)
Médiane (Q1 ; Q3)	20 (19 ; 20)	20 (19 ; 20)	
Minimum ; Maximum	18 ; 36	9 ; 27	

3.3 Analyses selon l'origine géographique

Les répondants d'origine urbaine étaient plus nombreux (figure 9). 257 étudiants (soit 59%) se disaient d'origine urbaine contre 179 étudiants (soit 41%) d'origine rurale.

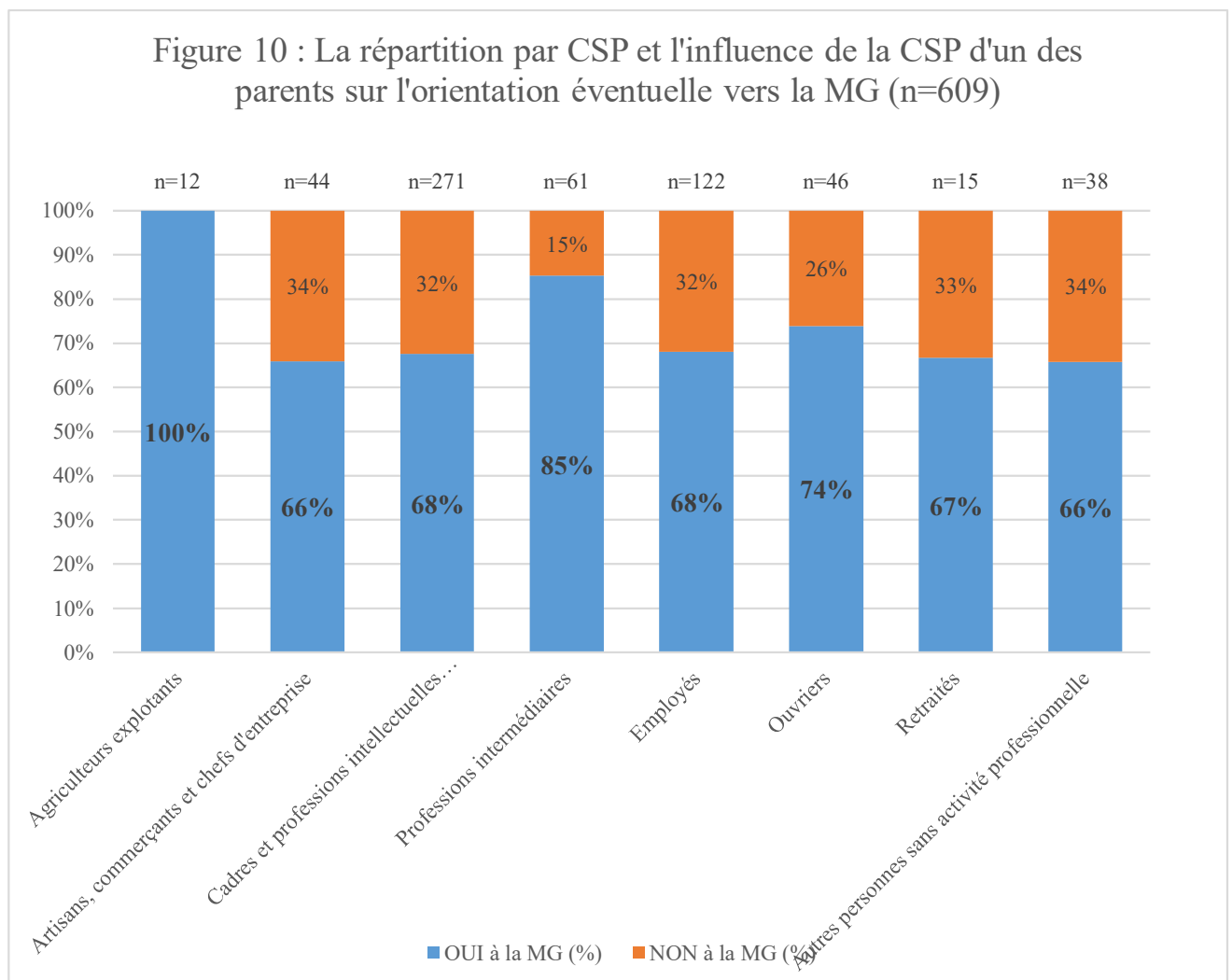


Influence de l'origine géographique de l'étudiant sur le choix d'une orientation éventuelle vers la médecine générale (tableau 7 en « annexe 6 »)

Environ les deux tiers de chaque groupe envisageaient une orientation éventuelle vers la MG avec un avantage dans l'origine rurale (74%) contre (67%). Il n'a pas été montré d'association statistiquement significative entre l'origine géographique et l'orientation vers la MG (p=0,083).

3.4 Analyses selon la catégorie socio professionnelle d'un des parents

Sur l'intégralité des 436 réponses, il a été identifiés 609 parents-réponses (figure 10). Les couples de parents exerçant la même profession composent donc une unique parent-réponse. La catégorie regroupant le plus de parents-réponses est la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures avec 271 parents-réponses, soit plus d'un tiers des parents-réponses, suivie par la catégorie des employés avec 122 parents-réponses (soit 20% des parents-réponses). Il a été identifié 12 parents-réponses (soit 2%) appartenant à la CSP des agriculteurs exploitants et 15 parents-réponses (soit 2,5%) étaient retraités.



Influence de la CSP d'un des deux parents sur le choix d'une orientation éventuelle vers la médecine générale (tableau 8 en « annexe 6 »)

La CSP des agriculteurs exploitants comportant 12 parents-réponses, elles étaient toutes favorables à une orientation vers la MG (100%) : cette différence est significative (**p=0,046**).

La catégorie des professions intermédiaires comportait 85% de parents-réponses s'orientant éventuellement vers la MG contre 9 parents-réponses (soit 15%) rejetant cette orientation : cette différence était significative (**p=0,004**).

Les CSP « cadres et professions intellectuelles supérieures » (p=0,20), « artisans, commerçants et chefs d'entreprise » (p=0,56), « employés » (p=0,63), « ouvriers » (p=0,51), « retraités » (p=1,00) et « autres personnes sans activités professionnelles » (p=0,58) n'étaient pas associées statistiquement à une orientation éventuelle vers la MG.

3.5 Analyses selon le profil scolaire auto-établi

Le profil représenté majoritairement était le « profil scientifique » avec 387 réponses (soit 89%).

Influence du profil scolaire sur le choix d'une orientation éventuelle vers la médecine générale (tableau 9)

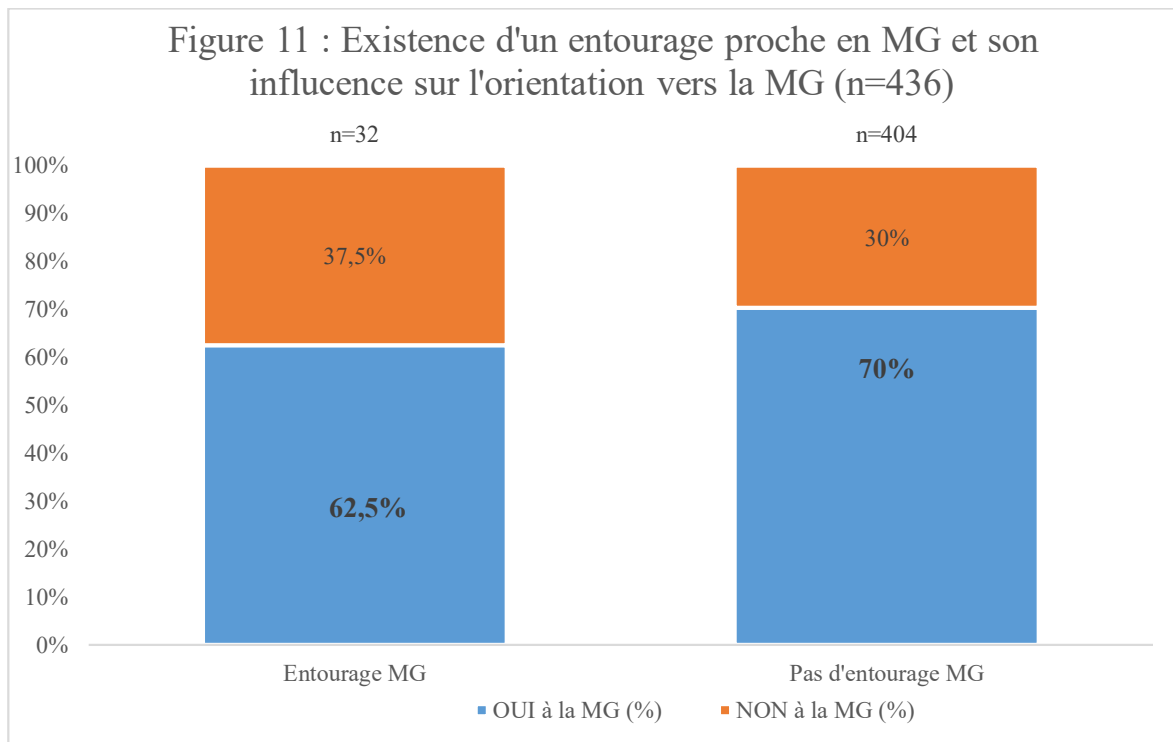
Aucun profil n'était associé statistiquement à l'orientation vers la MG (p=1,00).

Tableau 9 : influence du profil scolaire sur l'orientation éventuelle vers la MG

Modalités	Oui à la MG n=304	NON à la MG n=132 (%)	p-value
Profil économique	5 (1.6%)	1 (0.8%)	1,00
Profil littéraire	29 (9.5%)	12 (9.1%)	
Profil scientifique	269 (88.5%)	118 (89.4%)	
Profil technologique	1 (0.3%)	1 (0.8%)	

3.6 Analyses selon la présence d'un proche MedG dans l'entourage

A la question « est-ce qu'une personne de votre entourage proche (parents/frères et sœurs) est médecin généraliste ? », 404 étudiants ont répondu ne pas en avoir (soit 92,6%) contre 32 étudiants avec un entourage proche MG (soit 7,3%) (figure 11)



Influence de la présence d'un entourage proche MG sur le choix d'une orientation éventuelle vers la médecine générale (tableau 10 en « annexe 6 »)

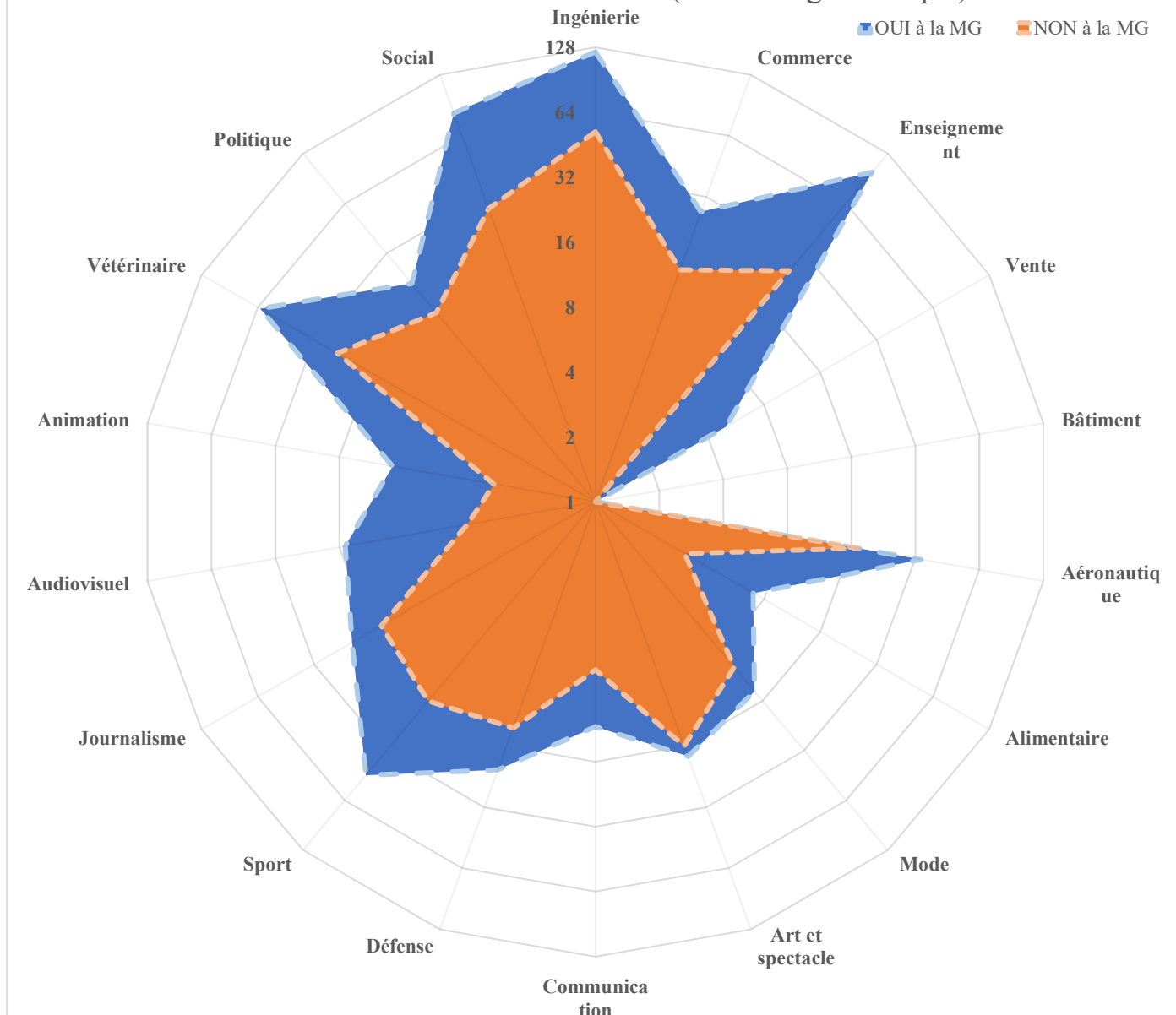
Environ les deux tiers dans chaque groupe (62,5% et 70%) affirmaient une orientation éventuelle vers la MG. Il n'a pas été mis en évidence d'association statistiquement significative entre les deux facteurs ($p=0,36$).

3.7 Analyses selon l'orientation secondaire envisagée et l'influence sur

l'orientation vers la MG

L'orientation secondaire complète la question concernant le profil scolaire. Les résultats sont représentés sous forme de radar plein (figure 12). L'orientation secondaire privilégiée parmi l'ensemble des répondants est l'ingénierie. Elle est citée 175 fois, suivie par l'enseignement citée 124 fois et le secteur social cité 111 fois. Les secteurs de la vente (cité 6 fois), du bâtiment (cité 1 fois) et de l'animation (cité 12 fois) sont les secondes orientations envisagées les moins représentées.

Figure 12 : L'orientation secondaire envisagée et son influence sur l'orientation éventuelle vers la MG (Echelle logarithmique)

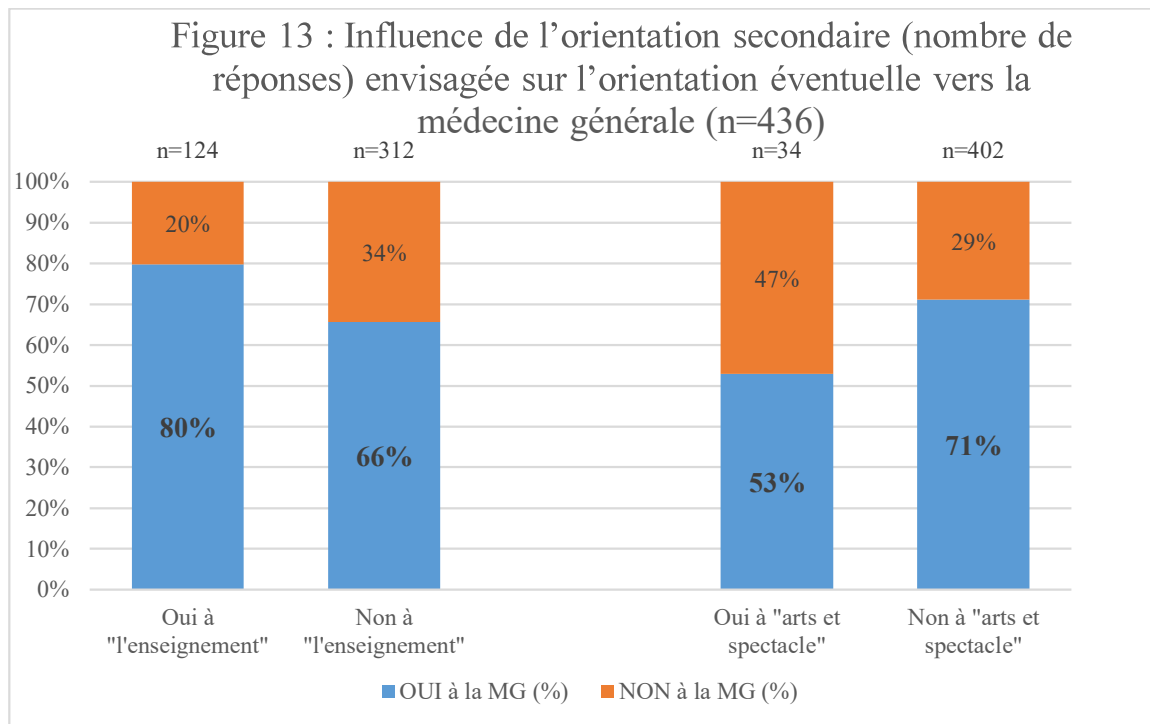


Influence de l'orientation secondaire envisagée sur l'orientation éventuelle vers la médecine générale :

A la question « hormis le domaine médical, quelles autres orientations auriez-vous envisagées ? », la proposition « enseignement » récolte 124 citations affirmatives dont 80% s'orientent éventuellement vers la MG. La proposition « arts et spectacle » récolte 402 citations négatives dont 71% s'orientent vers la MG. Les orientations « enseignements » et « art et

spectacle » sont associées de manière statistiquement significative à l'orientation éventuelle vers la MG ($p=0,03$ et $p=0,026$) (figure 13).

Les autres orientations secondaires ne sont pas statistiquement liées à l'orientation éventuelle vers la MG (tableau 11 « annexe 6 »)



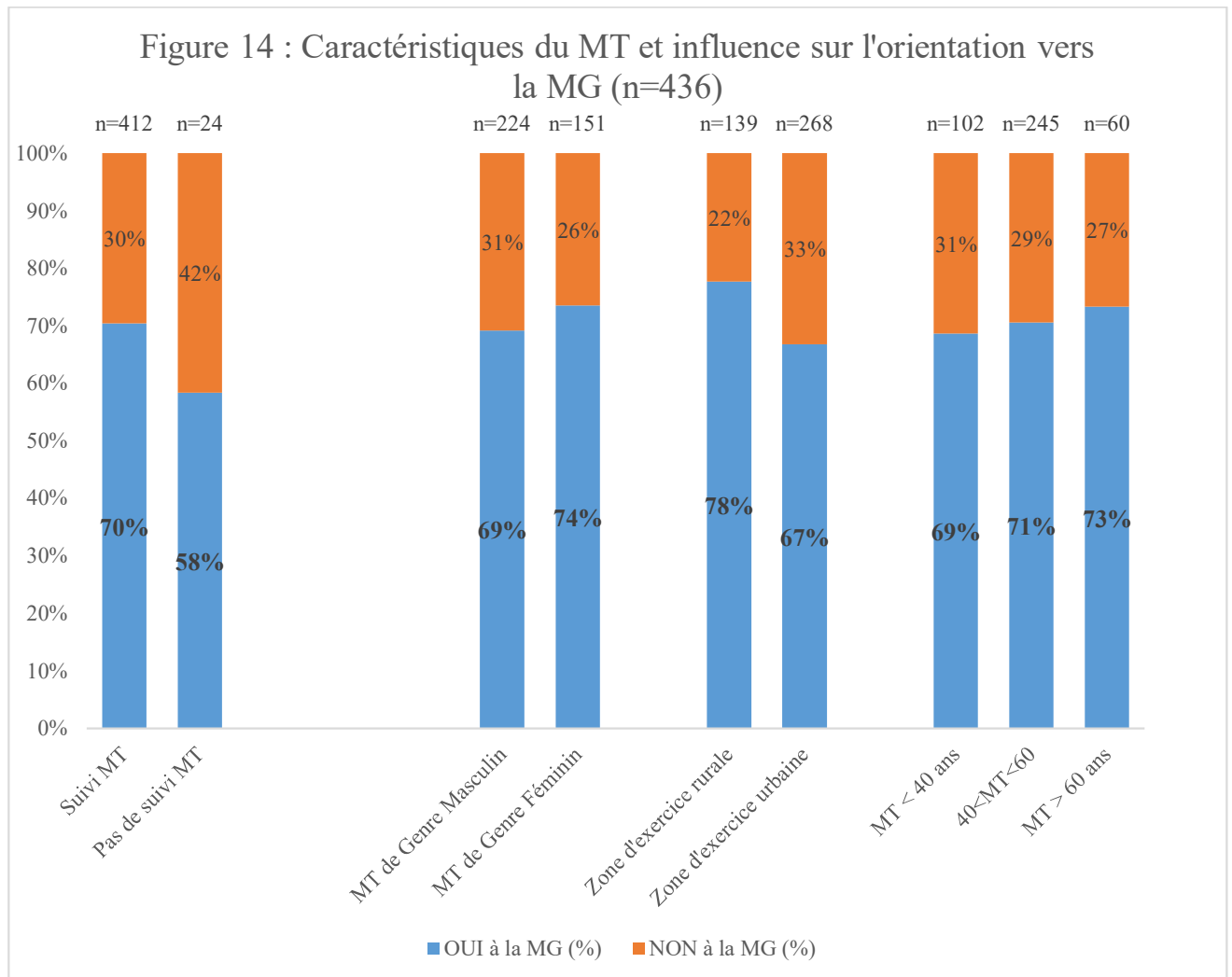
4) Analyses descriptives des réponses selon les caractéristiques en lien avec le

Médecin traitant et analyses multivariées avec l'orientation vers la MG

4.1 Analyses selon le suivi par un médecin traitant, son genre, sa zone d'exercice, son âge et leurs influences sur l'orientation vers la MG

Il s'agit ici d'étudier la part des répondants ayant un médecin traitant régulier et d'en étudier les caractéristiques (figure 14). 412 étudiants ont répondu avoir un MT régulier (soit 94,5%) ; parmi eux, 151 ont un MT de genre féminin (soit 40,2%) et 224 de genre masculin (soit 59,8%). 139 des MT exerçaient en milieu rural (soit 34,1%) contre 268 médecins exerçant en milieu urbain

(soit 65,9%). Parmi les 412 médecins traitants, 102 (soit 25%) avaient moins de 40 ans, dans 245 cas (soit 60,3%) le médecin traitant avait entre 40 et 60 ans et dans 60 cas (soit 14,7%) il avait plus de 60 ans.



Influence du suivi par un MT, de son genre, de son âge et de sa zone d'exercice sur l'orientation éventuelle vers la MG (tableau 12 « annexe 6 »)

Parmi les 139 étudiants dont le MT exerce en milieu rural, 108 (soit 78%) répondent favorablement à une orientation vers la MG contre 67% des répondants dont le MT exerce en milieu urbain : l'association est statistiquement significative ($p=0,021$).

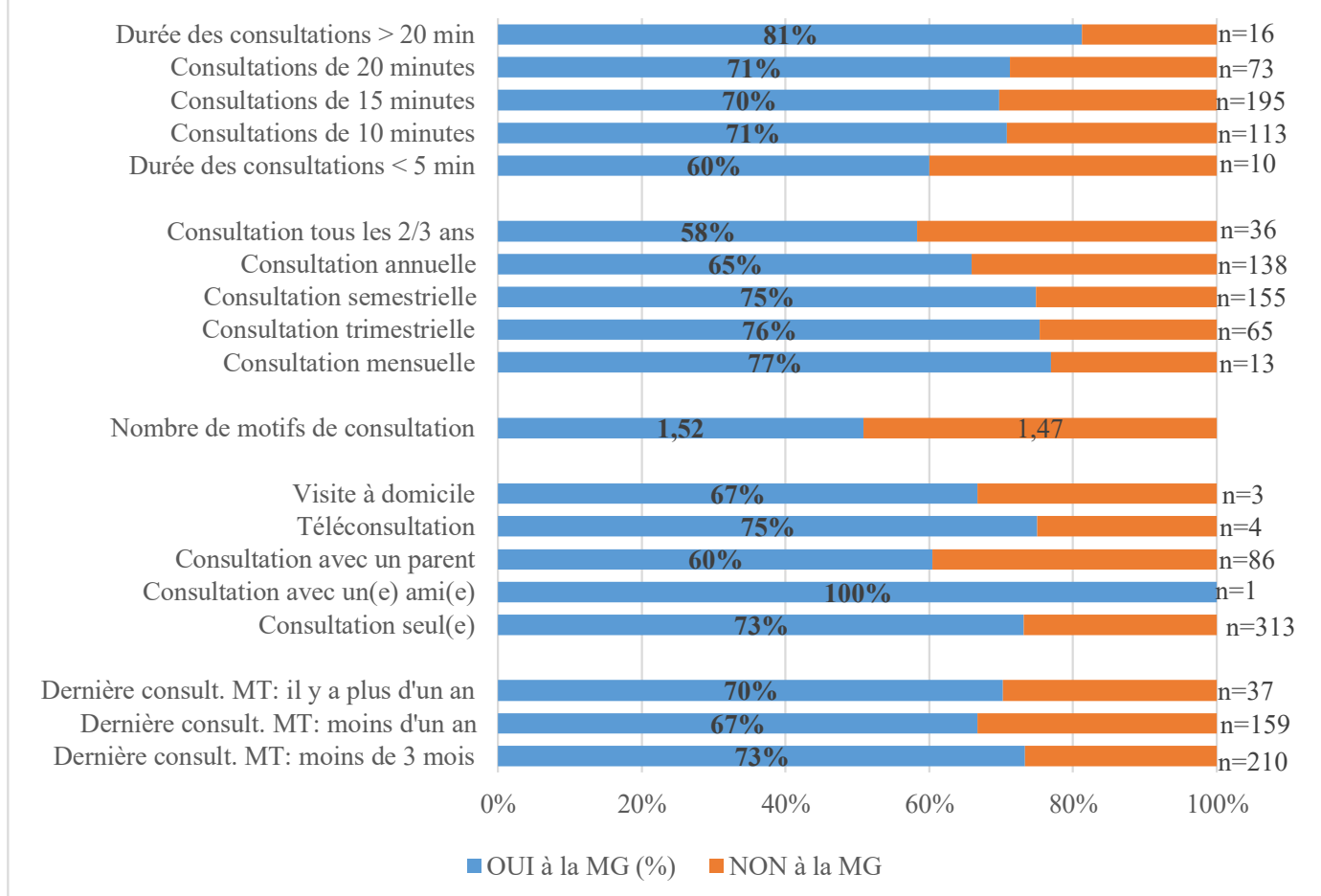
Il n'a pas été mis en évidence de lien statistiquement significatif entre le suivi par un MT ($p=0,21$), le genre du MT ($p=0,37$), l'âge du MT ($p=0,82$) et l'orientation éventuelle vers la MG. On note une tendance à l'augmentation de l'orientation vers la MG à mesure où l'âge du MT augmente.

4.2 Analyses des modalités de consultations du MT et leur influence sur

l'orientation éventuelle vers la MG

Les caractéristiques du MT sont rassemblées par groupes de réponses (figure 15). Les répondants affirment pour 155 d'entre eux (soit 38%) consulter leur MT de manière semestrielle. 138 autres (soit 33,8%) le consultent tous les ans. Le nombre moyen de motifs de consultation est de 1,52 (+/- 0,62) chez ceux ayant une orientation éventuelle vers la MG et de 1,47 (+/- 0,67) pour ceux ne l'ayant pas. Les étudiants consultent généralement seuls pour 313 d'entre eux (soit 77%). Le recours à la téléconsultation est retrouvé pour 4 étudiants (soit 1% des répondants). Pour environ la moitié des répondants ($n=210$, soit 51,7%) la dernière consultation datait de moins de trois mois. Pour environ la moitié des effectifs, ($n=195$ soit 47,8%), la durée d'une consultation avec leur MT était de 15 minutes.

Figure 15 : Les modalités relatives aux consultations du MT (nombre de réponses) et leur influence sur l'orientation éventuelle vers la MG



L'influence de la fréquence de consultation, du nombre moyen de motifs de consultation, des modalités de consultations, de l'ancienneté de la dernière consultation du MT et de la durée de consultation sur l'orientation éventuelle vers la MG (tableau 13 « annexe 6 »)

Aucun de ces paramètres n'est associé statistiquement à une orientation éventuelle vers la MG ($p=0,83$ / $p=0,18$ / $p=0,25$ / $p=1$ / $p=1$).

On note toutefois une augmentation de la proportion des étudiants s'orientant éventuellement vers la MG à mesure où la durée de la consultation avec le médecin traitant augmente et à mesure où la fréquence de consultation avec le MT augmente.

4.3 Analyse de l'ancienneté de la relation avec le MT et son influence sur

l'orientation éventuelle vers la MG

Pour 178 étudiants (soit 43,6%) le MT est le second médecin généraliste officiellement ; pour une autre moitié des effectifs, (n= 167 soit 41,2%) il s'agit du premier médecin traitant.

L'Influence de l'ancienneté de la relation avec le MT sur l'orientation éventuelle vers la MG (tableau 14)

Il n'a pas été observé de différence statistiquement significative entre les groupes s'orientant éventuellement vers la MG ou non avec cet indicateur.

Tableau 14 : Influence de l'ancienneté de la relation avec le MT sur l'orientation éventuelle vers la MG

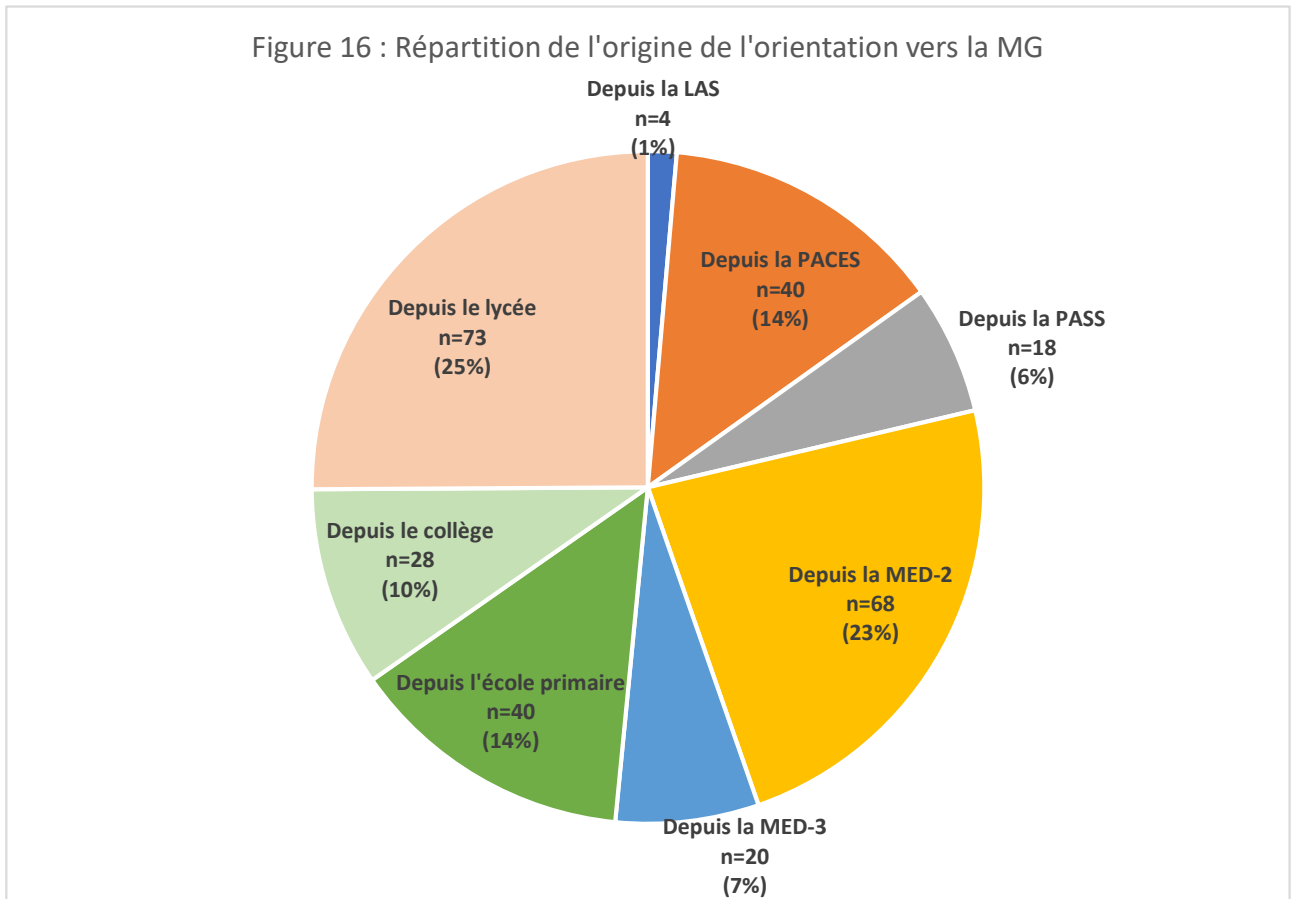
	Modalités	Oui à la MG n=304	Non à la MG n=132	p-value
Concernant le médecin généraliste	Un seul médecin traitant	121 (42.2%)	46 (38.3%)	NA
	Au moins le troisième médecin traitant	36 (12.5%)	25 (20.8%)	
	Second médecin traitant	129 (44.9%)	49 (40.8%)	
	Je n'ai pas de médecin généraliste traitant	1 (0.3%)	0 (0%)	
	Données manquantes	17	12	

5) Analyses descriptives des réponses relatives au choix de la MG (Annexe 7)

5.1 Analyse descriptive de l'origine de l'orientation vers la MG

On observe que l'orientation éventuelle vers la MG est déterminée dans exactement 50% des cas à partir de l'entrée dans les études médicales. Dans 14% des cas l'origine de la motivation est rapportée à l'âge de la fréquentation de l'école primaire (figure 16).

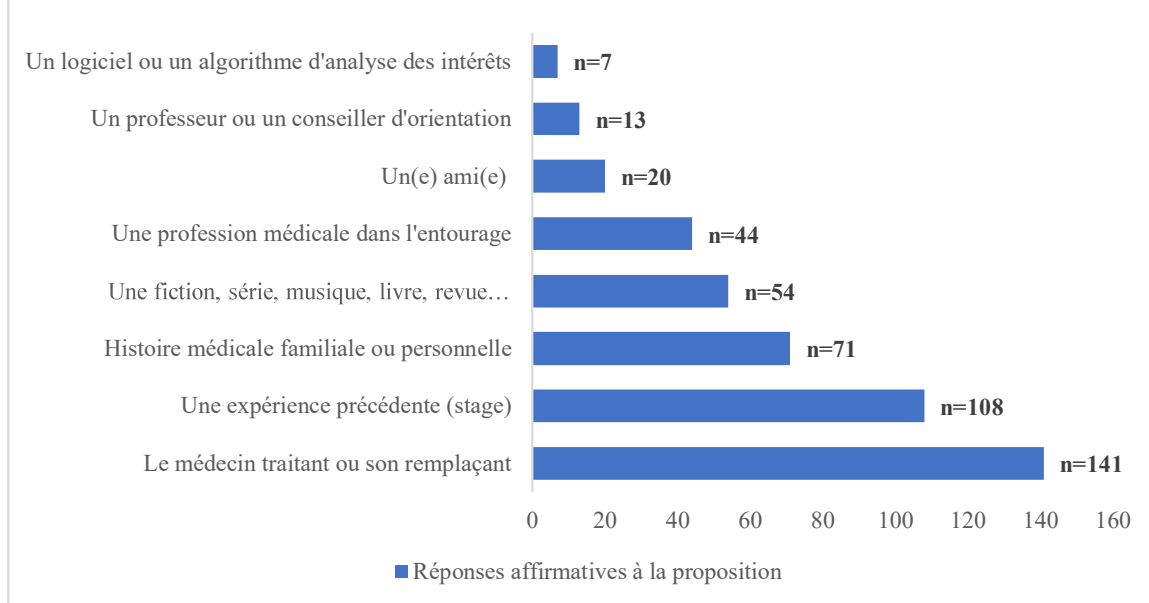
Figure 16 : Répartition de l'origine de l'orientation vers la MG



5.2 Analyse descriptive des facteurs d'orientation vers la médecine générale

Parmi les étudiants s'orientant éventuellement vers la MG on observe qu'un étudiant répondant sur deux (n=141) avouent une influence de leur MG ou de son remplaçant dans leur orientation. Le second facteur principal cité par 108 étudiants (soit 37%) est le fait d'avoir vécu une expérience précédente telle qu'un stage. 13 répondants (soit 4,5%) affirment un lien entre leur orientation éventuelle et un professeur ou un conseiller d'orientation. Une histoire médicale familiale ou personnelle est citée par 71 étudiants (soit 24%) (figure 17).

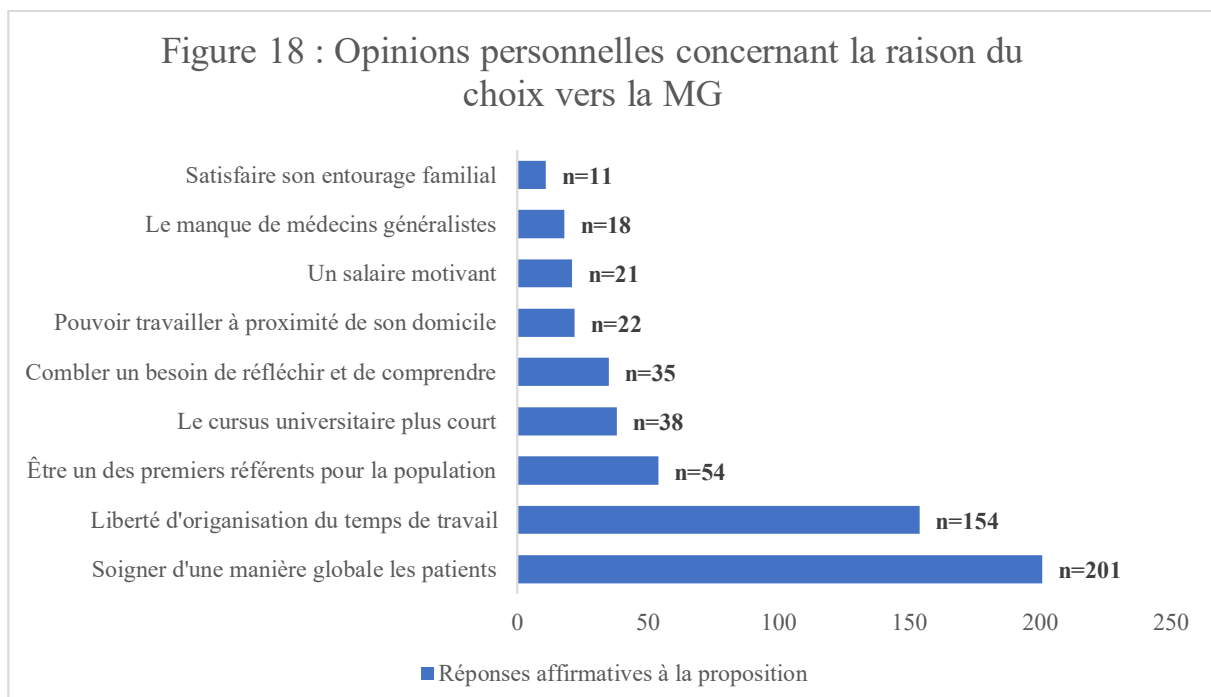
Figure 17 : Elements motivant l'orientation vers la MG



5.3 Analyse descriptive des principales raisons du choix de la MG

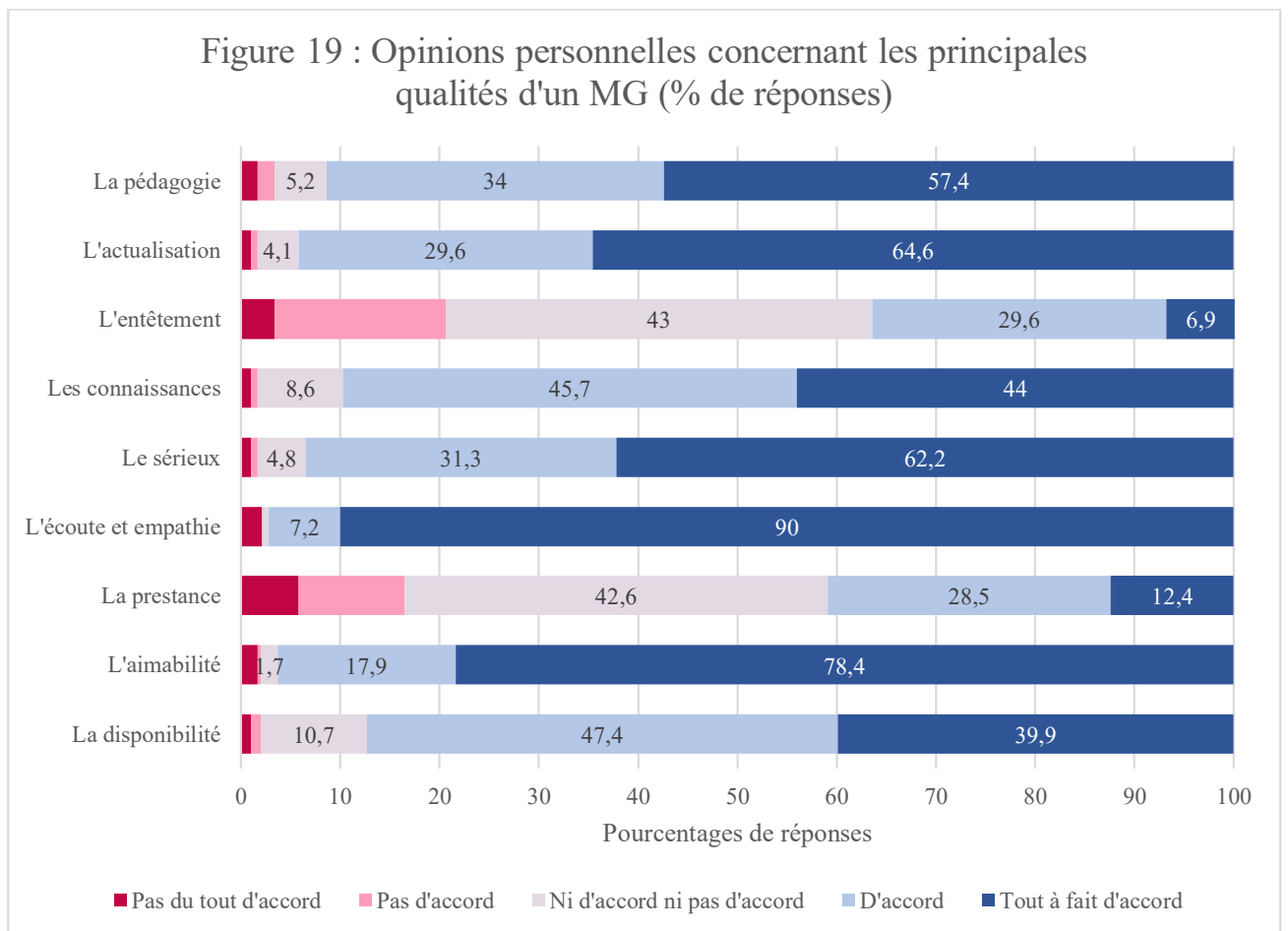
Les principales raisons retrouvées motivant le choix de la MG sont la liberté d'organisation du temps de travail (citée 154 fois) et la prise en charge globale du patient (citée 201 fois) (figure 18)

Figure 18 : Opinions personnelles concernant la raison du choix vers la MG



5.4 Analyse descriptive des principales qualités nécessaires d'un MedG

Pour sept qualités parmi les neuf proposées, 90% des répondants environ affirment être d'accord ou tout à fait d'accord pour les associer comme qualités principales d'un MG : La pédagogie, l'actualisation, les connaissances, le sérieux, l'écoute et l'empathie, l'amabilité et la disponibilité. 90% des répondants affirment être tout à fait d'accord pour associer « l'écoute et l'empathie » comme principale qualité d'un MG. Seules la prestance et l'entêtement ne sont pas associées pour environ 60% des répondants comme qualités principales d'un MG (figure 19).



6) Analyses descriptives des réponses selon l'avis personnel concernant

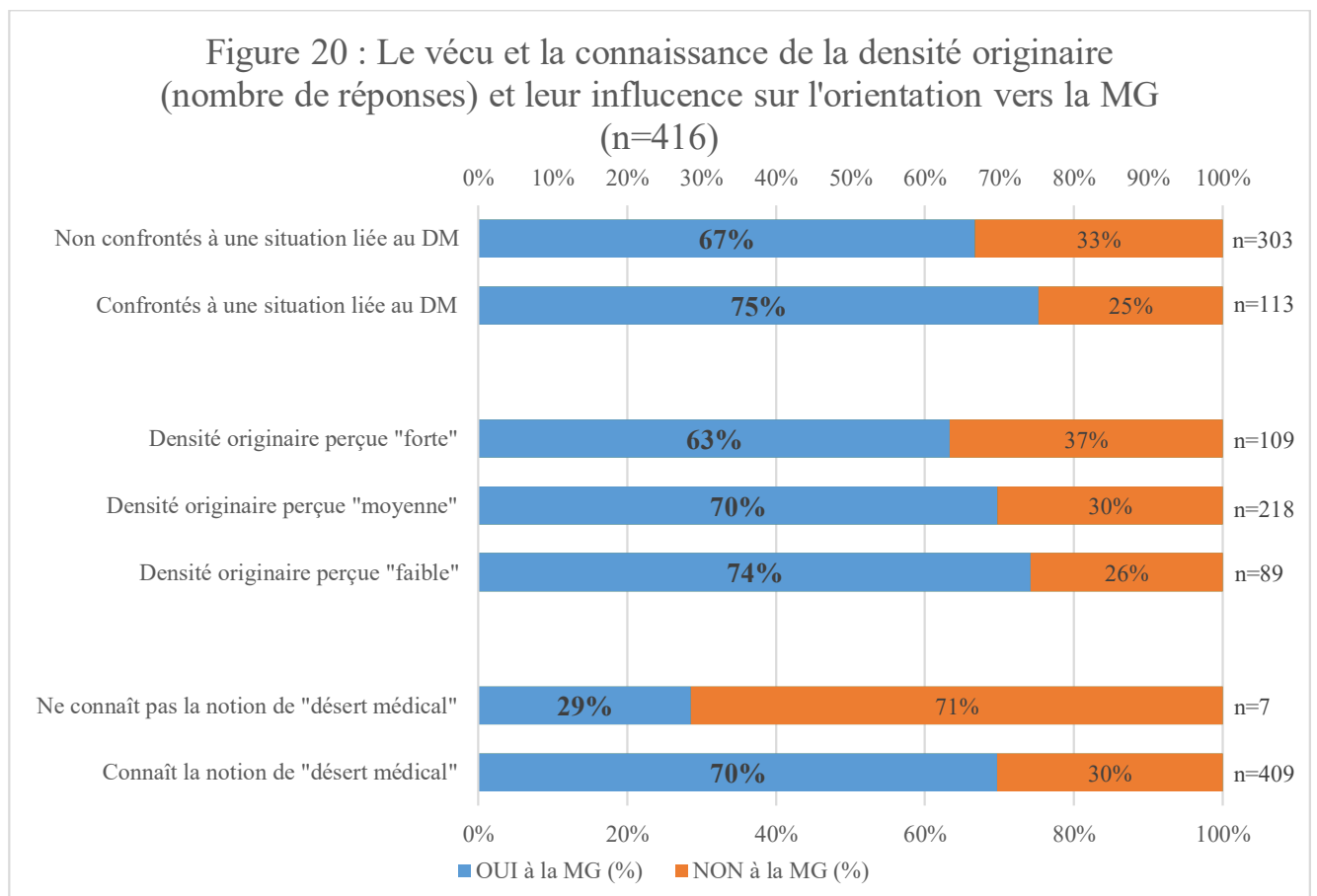
l'orientation future et analyse multivariée avec l'orientation éventuelle vers la

MG

6.1 Analyses selon le vécu face à la démographie et l'influence sur l'orientation

éventuelle vers la MG

Cette rubrique s'intéressait aux connaissances et au vécu personnel devant une possible situation antérieure liée à la densité médicale locale (figure 20). 303 répondants (soit 73%) affirment ne pas avoir été confrontés à une situation concrète en lien avec la désertification médicale. 409 étudiants (soit 98,3%) affirment connaître la notion de DM. 89 étudiants répondants (soit 21%) estiment être originaire d'un bassin de vie dont la densité médicale est jugée « faible ».



L'influence de ces facteurs sur l'orientation éventuelle vers la MG (tableau 17 « annexe 8 »)

La confrontation à une situation en lien avec la DM ($p=0,093$), la perception de la densité du bassin de vie originaire ($p=0,37$) et la connaissance de la notion de DM ($p=0,055$) ne se retrouvent pas statistiquement associés à l'orientation éventuelle vers la MG. On observe néanmoins un seuil de significativité proche et deux tendances supplémentaires :

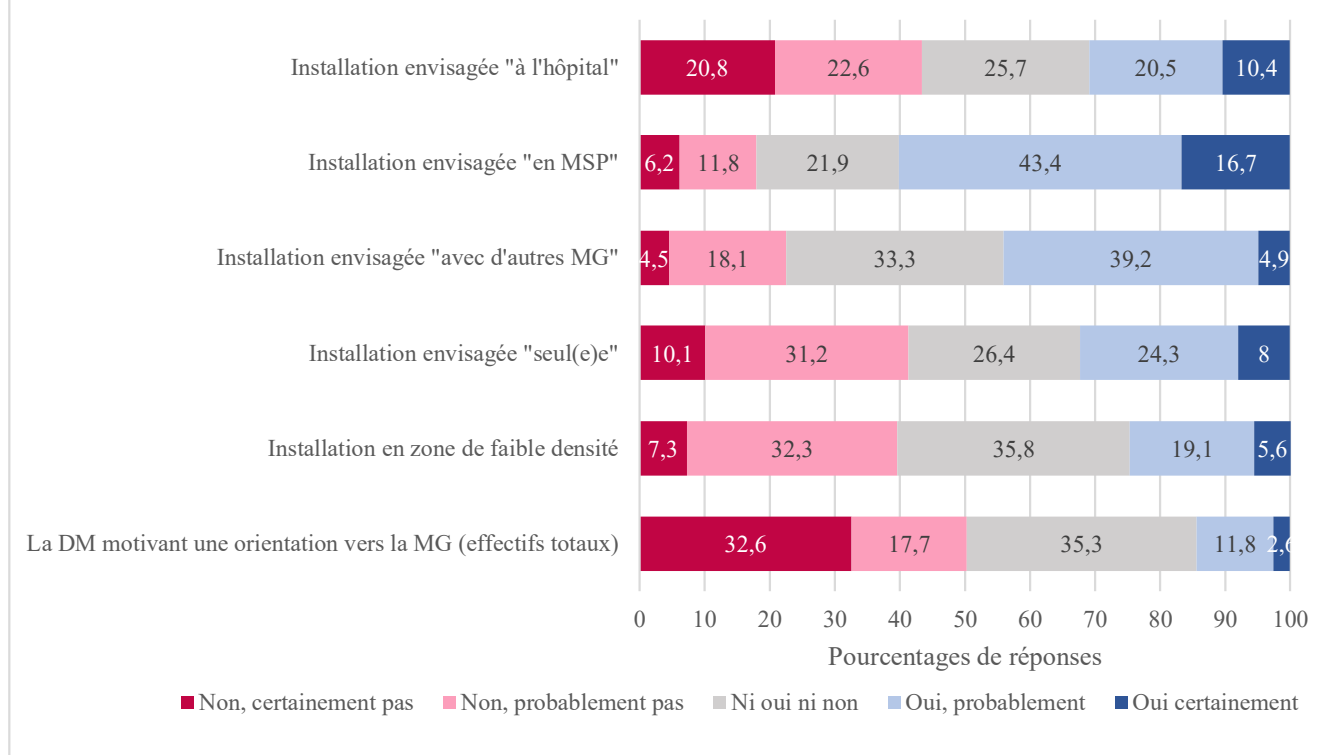
-l'augmentation de la proportion de l'orientation éventuelle vers la MG à mesure où la densité médicale originaire est perçue de plus en plus faible

-l'augmentation de la proportion de l'orientation éventuelle vers la MG à mesure où l'étudiants s'estime avoir été face à une situation en lien avec la désertification médicale.

6.2 Analyse descriptive de l'orientation future vers la médecine générale (annexe 7)

Les opinions personnelles concernant la pratique future jusque l'installation sont très hétérogènes (figure 21). 50% des répondants à l'étude affirment que la désertification médicale ne les motive certainement pas ou probablement pas vers une orientation en MG. Parmi les étudiants s'orientant éventuellement vers la MG, le choix de l'installation est indécis. Seule l'installation en MSP est envisagée probablement ou certainement pour 60% des cas ; et l'installation à l'hôpital est récusée probablement ou certainement dans environ 43% des cas et envisagée probablement ou certainement dans 31% des cas.

Figure 21 : Opinions personnelles concernant l'orientation future
(% de réponses)

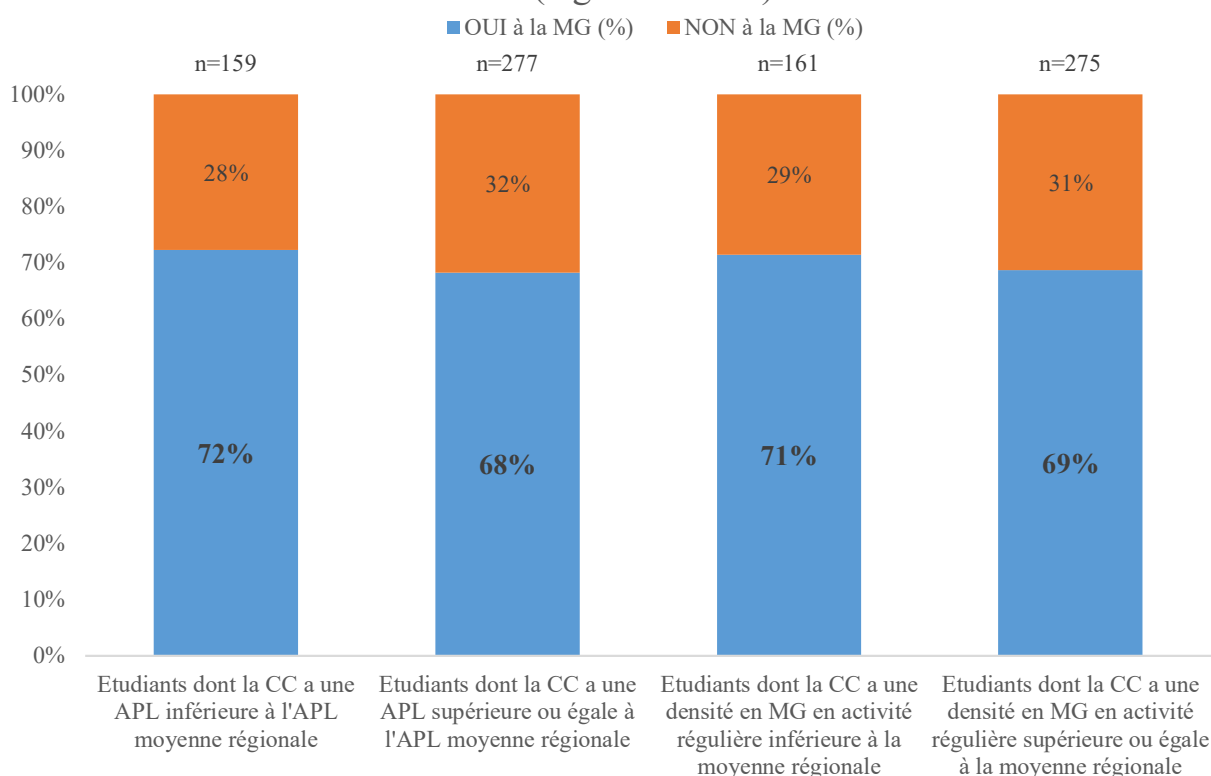


7) Analyse descriptive des répondants selon l'APL de leur CC d'origine et

analyse multivariée avec l'orientation éventuelle vers la MG

Au total, 159 étudiants (soit 36,4%) sont originaires d'une CC dont l'APL est inférieure à la moyenne régionale contre 277 (soit 63,6%) où leur APL originaire est supérieure à la moyenne régionale (figure 22). Les effectifs sont sensiblement identiques en utilisant l'indicateur « densité en MG » témoignant d'une proportionnalité entre ces marqueurs de la démographie médicale et de l'accessibilité aux soins.

Figure 22 : Répartition en fonction de la démographie médicale de la CC originaire et influence sur l'orientation éventuelle vers la MG (n global = 436)



L'influence de l'APL de la CC originaire et de la densité en MG en activité régulière de la CC originaire sur l'orientation éventuelle vers la MG (tableau 18 « annexe 8 »)

Pour les effectifs dont l'APL originaire est inférieure à la moyenne, 72% des étudiants (n=115) s'orientent éventuellement vers la MG contre 68% des étudiants (n=189) pour ceux dont l'APL originaire est supérieure ou égale à la moyenne régionale. Les chiffres sont du même ordre en utilisant l'indicateur « densité en MG ».

Il n'a pas été retrouvées d'associations statistiquement significatives entre l'orientation éventuelle vers la MG et l'APL originaire (p=0,37) et la densité en MG originaire (p=0,55).

8) Analyse statistique en corrélations multiples

Deux profils de répondants sont identifiés (tableau 19) après analyse du corrélogramme (figure 23).

Tableau 19 : Profils identifiés après analyse en corrélation multiple

	Profil n°1	Profil n°2
Milieu rural/urbain	Urbain	Rural
Origine du MT	MT urbain	MT rural
Densité de la CC originaire	Supérieure à la moyenne régionale	Inférieure à la moyenne régionale
APL de la CC originaire	Supérieure à la moyenne régionale	Inférieure à la moyenne régionale
Confrontation à une situation liée aux déserts médicaux	Non	Oui
Orientation vers la MG	Plutôt PAS d'orientation vers la MG	Plutôt Orientation vers la MG

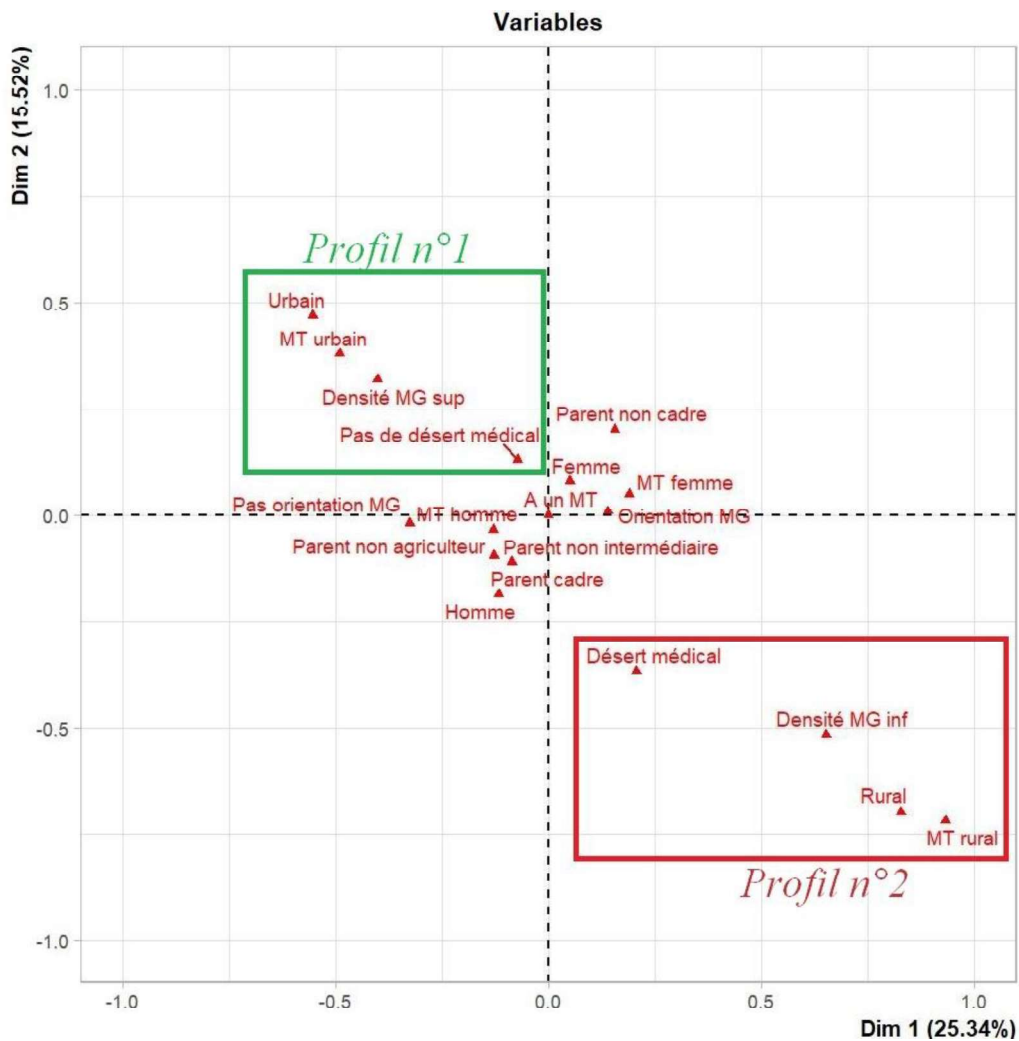


Figure 23 : Corrélogramme

Les deux profils sont antagonistes au niveau du choix de devenir MG : le profil 1 est plus proche de la modalité « *pas d'orientation MG* » sur l'axe des abscisses (dimension 1 qui représente 25,34% de l'information disponible dans les données) contrairement au profil 2 qui est plus proche de la modalité « *orientation MG* » sur le même axe.

Cette analyse en corrélations multiples représente visuellement environ 41% de la population d'entrée témoignant d'une prise en compte de la « quasi-moitié » des données d'entrée dans l'Analyse en Corrélation Multiple.

IV. DISCUSSION

1) Synthèse des principaux résultats

Cette étude montre qu'environ la moitié des étudiants de deuxième et de troisième année sont issus de la Métropole Européenne de Lille, CC où est implantée la faculté de Médecine.

Il existe des déterminants statistiquement significatifs vers une orientation éventuelle vers la médecine générale, dès la deuxième et troisième année des études médicales : le fait d'avoir un MT exerçant dans une zone rurale, le fait d'avoir un des deux parents de la CSP « agriculteurs exploitants » ou « profession intermédiaire » mais aussi le fait d'avoir un projet d'orientation secondaire vers le domaine de l'enseignement. La fréquence de consultation avec le MT et la durée de la consultation semblent aussi influencer de manière non significative l'orientation éventuelle vers la MG.

Cette étude montre aussi l'absence de liens statistiquement significatifs entre la démographie médicale de la CC d'origine et l'orientation éventuelle vers la médecine générale mais elle montre qu'une large majorité des étudiants connaissent la problématique de la désertification

médicale et que sa connaissance et la confrontation ancienne avec une situation en lien avec elle dessinent une tendance vers une orientation éventuelle vers la MG.

Les intérêts motivant les étudiants de MED-2 et MED-3 pour la spécialisation en MG sont la prise en charge globale autour du patient et la liberté d'exercice qu'offrent cette discipline.

Enfin, les étudiants faisant le souhait d'une orientation éventuelle vers la MG envisagent majoritairement un exercice en équipe, en structure médicale, mono ou pluridisciplinaire hors structure hospitalière.

2) Limites, biais et forces de l'étude

2.1 Limites et biais de l'étude

Il s'agit ici d'une étude monocentrique, réalisée à la faculté de Médecine de Lille relative à une problématique régionale, il existe ici un biais de sélection car cette étude n'inclut pas la seconde faculté de médecine de la région : l'Université Catholique de Lille qui accueille également des étudiants appartenant également à la population cible (43).

Le taux de participation de 44% est faible. Il est également responsable de plusieurs autres biais de sélection :

-Une participation très importante des étudiants de la Métropole Européenne de Lille (près d'un participant sur 2) qui possède l'APL et la densité en MedG la plus forte de toute la région (19). Il s'agit d'un autre biais de sélection, un biais de participation.

-Un recrutement inégal entre les deux promotions étudiées : 2/5^{ème} d'étudiants de MED-3 contre 3/5^{ème} d'étudiants MED-2

On peut relever également le biais de mémorisation puisque certaines questions faisaient appel à des évènements passés ayant pu être occultés par les années écoulées et entraînant alors des imprécisions dans les réponses.

2.2 Forces de l'étude

Cette étude est, sous réserve d'omissions involontaires dans la revue de la littérature de l'investigateur, la seule étude quantitative réalisée à Lille et en France analysant le lien éventuel entre l'orientation éventuelle vers la MG et la démographie médicale. Elle complète d'autres études citées ci-après qui recherchaient les déterminants de l'orientation vers la MG dans d'autres villes et pour d'autres promotions (35) (36) (37)(38)(39).

L'utilisation cumulée pour le recueil de données de la voie électronique et d'outils numériques en ligne garantit la fiabilité des données récoltées, facilite le traitement de celles-ci, épargne du temps à l'investigateur et est avantageuse d'un point de vue économique.

3) Discussion sur la méthode

3.1 Discussion sur l'établissement du questionnaire

Le questionnaire réalisé est imparfait. Certaines questions auraient dû être plus discriminantes telles que :

-L'orientation « éventuelle » vers la MG de la question 3 sous-entend un choix qui n'est pas clairement établi. Malgré l'information supplémentaire mentionnant le caractère « ferme et définitif » à répondre « non » à l'orientation éventuelle, l'adverbe « éventuellement » a certainement eu une influence sur le choix de la réponse ; dans un sens ou dans l'autre.

Néanmoins cette question était située à l'extrême début du questionnaire, cela a contribué à éviter un biais de classement lors des questions relatives à la démographie médicale.

- L'interrogation sur la CC d'origine de la question n°2 aurait pu être précisément référencée comme celle où l'étudiant a majoritairement et principalement vécu son enfance, sa période scolaire en école primaire, au collège et au lycée. Elle a implicitement été ici une source de confusion pour les étudiants vivant aujourd'hui sur la Métropole Européenne de Lille dans le cadre de leurs études supérieures mais ayant passé leur enfance en périphérie de la région.

-La question B4 relative à la CSP aurait pu autoriser la distinction des deux parents permettant alors une analyse plus précise de l'influence de la CSP du parent 1 et du parent 2 de manière indépendante ou non sur l'orientation éventuelle vers la MG.

Certaines questions offraient la possibilité de choisir 2 ou 3 réponses, notamment concernant les principales qualités nécessaires d'un MedG et les raisons incitant au choix de la MG. Cette possibilité a réduit la dispersion des choix et diminuait la pondération des réponses. Leur interprétation est donc limitée.

Le recours au logiciel « LIME SURVEY » mis à disposition par l'université garanti une hiérarchie dans les questions et réponses ; il établit un scénario qui ne peut théoriquement être outrepassé. Cependant les réponses validées ne peuvent être corrigées alors que la question suivante peut révéler un souci de compréhension de la question qui précède. Le recours dans ce cas à un questionnaire « version papier » aurait pu permettre de s'assurer de la possibilité de modifier ses réponses.

3.2 Discussion sur le recueil des données

Le recrutement des participants et le recueil des données ont été réalisés au cours du mois de décembre 2021, juste avant la période de vacances scolaires qui sont synonymes de période de révisions pour une partie des participants. Le taux de participation aurait pu être amélioré en effectuant le recueil de données à un autre moment de l'année scolaire plus propice comme le début d'année universitaire ou la période suivant les examens universitaires. De plus, un second rappel de participation par email aurait peut-être pu permettre d'améliorer le taux de participation.

L'échelle de la communauté de communes est une grande échelle et regroupe de multiples situations hétérogènes à l'intérieur même. Le recueil de la « localisation du bassin de vie durant l'enfance » aurait pu améliorer la précision et la « force réelle » de la valeur de l'APL lors du rapprochement pour chaque participant.

Enfin, 53 accès au questionnaire (soit 10% des accès) ont été exclus de l'étude car aucune réponse n'avait été initiée ou le questionnaire n'avait pas atteint sa limite minimale pour enregistrer une réponse valide susceptible d'être incluse. Une intervention présentielle dans les amphithéâtres de la faculté afin de présenter le travail de recherche aurait pu à nouveau majorer le recrutement mais aussi améliorer la motivation à l'achèvement du questionnaire.

4) Discussion sur les résultats

4.1 Concernant le profil des répondeurs

A propos de leur origine

43,5% des étudiants disent être originaire de la CC de la Métropole Européenne de Lille où est implantée la faculté de médecine de Lille mais également l'Université Catholique de Lille où la

filiale Médecine est également représentée (43). Ce résultat est difficilement extrapolable et aucune étude réalisée à Lille ne peut le confirmer. Dans la thèse de AELBRECHT A. (45) publiée en 2017 à Lille, 78,6% des MED-6 habitaient au jour de l'étude à moins de 10km de la faculté de médecine de Lille, donc habitaient la métropole mais n'y ont peut-être pas vécu leur enfance.

A propos de leur genre

Les femmes représentaient ici 70% de la population, ce qui est confirmé dans l'étude de AELBRECHT B. (45) où 67,8% des effectifs de MED-6 à Lille étaient également de genre féminin. A Poitiers en 2006-2007, COUFFINHAL M. (46) a montré que les femmes représentaient 62,1% des effectifs de la PCEM-2 (maintenant MED-2) à la DCEM-4 (maintenant MED-6) ; ce qui témoigne d'une tendance de surreprésentation du genre féminin dans les études de médecine et donc implicitement d'une féminisation de la profession. Dans cette étude il n'a pas été montré de lien statistiquement significatif entre le genre et la motivation éventuelle des étudiants de MED-2 et MED-3 vers la MG ce qui confirme la tendance globale soulignée par le CNOM dans le dernier atlas de démographie médicale : c'est l'ensemble de la profession médicale et des études médicales qui se féminise. Au 1^{er} janvier 2021 dans 31 départements français sur 101 le genre féminin était représenté majoritairement contre 24 départements en 2020 (2). La féminisation de la filière médicale dans son ensemble, s'accompagne d'une sensible diminution du temps de travail pour la nouvelle génération de jeunes médecins (47) tous genres confondus ; mais elle apparaît, comme à Poitier (46) et à Toulouse en 2017 (36), plus nettement chez les jeunes médecins de genre féminin. En effet cette féminisation de la profession et son incidence sur la diminution du temps de travail a aussi mis en lumière une diminution similaire de l'activité professionnelle pour les jeunes MedG de genre masculin également confrontés aujourd'hui aux obligations familiales et de la vie personnelle. L'impact sur l'accessibilité aux soins était déjà révélé en 2001 (48) mais il se porterait

aujourd'hui principalement sur le début de la vie professionnelle propice à la période de maternité d'après l'Association Femme Médecin Libéral (49).

A propos de l'origine géographique

Concernant le lieu d'origine, la ruralité concernait 41% des étudiants contre 59% d'urbains. L'association avec l'orientation éventuelle vers la MG était presque significative ($p=0,083$) en sachant que l'analyse en corrélation multiple associe l'origine rurale avec une dimension qui elle est associée statistiquement avec l'orientation vers la MG : le MT rural ($p=0,021$). Le biais de sélection engendrant un fort recrutement des étudiants originaire de la Métropole Européenne de Lille limite probablement la significativité. Cette association est retrouvée à Poitiers où CAZELLES-Bou C. (35) avait déjà mis en évidence une différence significative en faveur de l'orientation vers la MG pour 40% des étudiants ruraux contre 21% des étudiants urbains ($p=0,03$).

La connaissance du milieu rural, le fait d'y avoir vécu et d'y avoir eu son propre MT est un déterminant extrinsèque positif vers une orientation vers la MG. On met alors en évidence un paradoxe où les étudiants en médecine dans cette étude sont plutôt d'origine urbaine, principalement originaires de la métropole, moins confrontés aux problématiques liées à la désertification médicale et surtout moins motivés à une orientation vers la MG alors que ce sont au contraire les zones rurales et péri urbaines les plus déficitaires (19). A Lille, en 2020 FAREZ C. (38) montrait que 60% des IMG Lillois étaient favorables à une installation en milieu semi rural.

D'autres travaux de thèse ont déjà recherché à identifier les freins à l'installation en milieu rural. ARNAUD C. (50) relevait en 2013 chez des internes en MG et des MedG de Grenoble des freins directement en lien avec le milieu rural (l'accès aux services, l'emploi du conjoint, la

« solitude sociale »), la charge de travail jugée plus importante et une formation inadaptée à la pratique future en milieu rural. Elle confirmait également l'origine rurale comme déterminant positif vers une orientation éventuelle vers la MG (50). LABBE V. (51) suggérait de surcroît dans son travail de thèse sur l'attente des MedG dans le secteur ambulatoire de la ville de Cambrai sur la création d'une maison médicale de garde, une nécessité d'optimiser la charge de travail en MG pour y inciter à l'installation.

A propos de l'entourage proche

7% des étudiants avaient un entourage proche exerçant la profession de MedG. Cette proportion est similaire dans la littérature mais apparaît en régression avec 15% des étudiants de MED-2 à MED-6 de Poitiers (35) et 13% de MED-4 à Nice dans le travail de thèse de LE HONG M. (52) ayant 1 des 2 parents médecin généraliste ; cependant il n'y a pas de lien significatif avec l'orientation éventuelle vers la MG.

A propos de la CSP des parents

62% des parents-réponses appartenaient à la catégorie des indépendants ou chefs d'entreprise ou cadres et professions intellectuelles supérieures ou professions intermédiaires et 28% appartenaient à la catégorie des employés ou des ouvriers.

Cette répartition inégale de l'accès aux études de santé en fonction du milieu socio professionnel d'origine est un exemple de l'accès hétérogène en France aux études supérieures. Les données récupérées ici sont d'un ordre très similaire aux données du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche de 2019 où 63% des enfants de cadre, de professions intermédiaires

ou d'indépendants reçoivent un diplôme de l'enseignement supérieur (toutes filières confondues) contre 32% des enfants d'employés ou d'ouvriers (53).

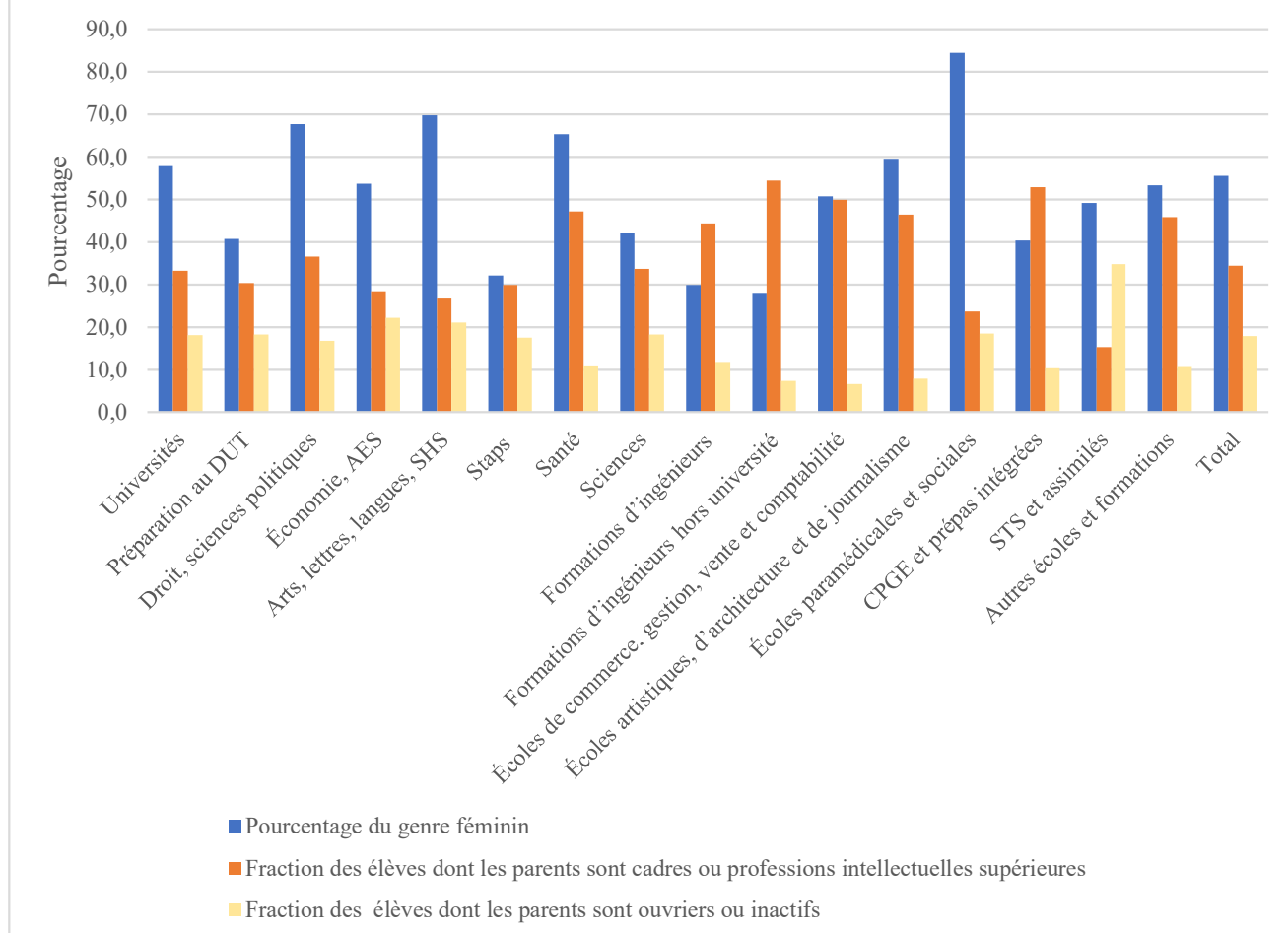
Ces valeurs sont également confirmées par l'INSEE pour l'année scolaire 2019-2020 où les étudiants du secteur de la santé sont issus pour 45% d'entre eux de parents de CSP cadre ou professions intellectuelles supérieures contre 11% de parents issus de la CSP des ouvriers (54).

Les secteurs de la santé et de l'ingénierie ont la même répartition en fonction de la CSP des parents (figure 24). Le genre féminin est majoritaire dans le secteur de la santé avec 65% des effectifs mais également dans les effectifs universitaires globaux (58%) et dans les effectifs de l'enseignement supérieur (55%) (54) provoquant indirectement et théoriquement une féminisation des professions en aval.

A propos de la CSP agriculteurs exploitants

Les étudiants dont les parents sont agriculteurs exploitants représentent 2% des effectifs mais ils envisagent tous une orientation éventuelle vers la MG ($p=0,046$). La proportion de parents agriculteurs est également de 3% dans la thèse de RODRIGUEZ J. (36). Sauf erreur, il n'a pas été retrouvé d'autre étude confirmant ce lien statistique indépendamment du fait de l'origine naturellement rurale de l'étudiant dont les parents sont issus de cette CSP.

Figure 24 : Répartition par CSP et la part des femmes dans l'enseignement supérieur en France en 2019-2020 [Données relevées par l'INSEE, réexploitées (Source 50)]



A propos de la CSP des professions intermédiaires et des orientations secondaires envisagées

La CSP des professions intermédiaires représente 10% des parents-réponses de l'étude mais elle représentait 28% des étudiants des MED-3 à MED-6 de Lille en 2017 (45). Elle est décrite par l'INSEE par la catégorie entre les « cadres » et les « agents d'exécutions, ouvrier et employés » (42). Elles sont composées de :

- pour 20% : des professeurs des écoles et instituteurs

-pour 23% : des professions intermédiaires de la santé et du domaine social

-pour les 57% restants : les professions administratives y compris les employés de la fonction publique administrative, les techniciens et contremaîtres, les religieux (42) (55).

Les étudiants dont l'un des parents appartient à cette CSP ont une probabilité plus élevée d'avoir une orientation éventuelle vers la MG que ceux dont les parents n'appartiennent pas à cette CSP. Cette donnée est cohérente avec l'orientation secondaire de l'étudiant vers « l'enseignement » s'il ne s'était pas destiné aux études médicales qui lui confère une probabilité plus importante d'une orientation vers la MG ($p=0,03$). Le secteur social est ici la troisième orientation secondaire après l'ingénierie et l'enseignement, résultat cohérent avec une étude réalisée à Angers en 2008 par LE JACQUES D. (56) affirmant que deux années après leur échec au concours de première année les élèves suivaient pour moitié d'entre eux une filière non universitaire dont 70% dans le domaine social ou paramédical. Par extrapolation, la CSP des Professions Intermédiaires peut donc statistiquement comporter davantage de parents ayant eu un souhait de profession médicale par le passé et transmettant ainsi cet attrait à leurs enfants.

Ces orientations secondaires liées statistiquement à l'orientation éventuelle vers la MG est une piste intéressante sur la problématique des déserts médicaux. Elle est à interpréter dans le contexte actuel où le baccalauréat a été réformé en 2021 (57) supprimant les filières prédéterminées pour un baccalauréat général avec des enseignements de spécialité au libre choix pour le lycéen, où le numérus clausus a été supprimé et où l'accès aux études de santé est possible en ayant un double cursus (28) (29). On crée alors des profils d'étudiants de plus en plus diversifiés dès le début des études médicales qui initialement, comme le montre l'étude, peuvent être statistiquement pré-orientés vers la MG pour certains d'entre eux.

4.2 Concernant l'orientation vers la MG et le rôle du MT

L'orientation éventuelle vers la MG est dans 21% des cas décidée au cours de la première année des études médicales alors qu'elle est définie dans 49% durant la primaire ou le secondaire témoignant d'une « vocation » vers la MG. Ce choix plus ancien est retrouvé dans 29% des cas dans la thèse de CAZELLES-BOU C. (35). Le médecin traitant ou son remplaçant est retrouvé comme le premier élément motivant une orientation vers la MG, les étudiants le consultent seul pour 77% d'entre eux. De plus, même si les différences ne sont pas significatives il semble exister une tendance selon laquelle plus la durée de la consultation avec le MT augmente, plus l'étudiant s'orienterait vers la MG. De surcroît cette hypothèse est complétée par la même relation entre l'augmentation de la fréquence de consultation du MT et l'orientation éventuelle vers la MG. Il semblerait que la multiplicité des contacts et entretiens avec le MT aurait une influence avec l'orientation éventuelle vers la MG.

4.3 Concernant l'expérience professionnelle

Le MT a donc une influence sur les vocations vers la MG dans le cadre personnel mais aussi au décours d'une expérience professionnelle. En effet, 108 étudiants affirment vouloir cette orientation à la suite d'une précédente expérience telle qu'un stage (second principal élément motivant retrouvé). En 2014 une évaluation du stage réalisée durant l'externat Lillois par PRODHOMME M. (58) confirmait que le souhait de s'orienter vers la MG était amplifié après cette expérience pour 54% d'entre eux. Le stage en MG durant l'externat, période entre la MED-4 et la MED-6, avait été initié par la loi du 4 mars 1997 (59) et était rarement réalisable pour l'ensemble des externes ; il est devenu obligatoire à Lille depuis la rentrée scolaire 2016 (58). La faculté autorise les externes à démarcher par eux même le MedG de leur choix sous réserve d'éligibilité administrative pour le stage de MED-6 (60).

4.4 Concernant les raisons du choix de la MG, de ses spécificités et du MedG

A propos des raisons du choix de la MG

« La prise en charge globale du patient » est la proposition retrouvée dans 36% des réponses concernant les raisons du choix vers la MG suivie par « la liberté d'organisation du temps de travail » dans 28% des réponses et « être le premier référent pour la population » dans 10% des réponses. A Toulouse en 2016, RODRIGUEZ J. (36) avait retrouvé ces trois réponses formulées différemment, elles étaient là aussi les premières citées : la singularité de la MG ; la pratique variée ; le travail indépendant et le rapport médecin-patient. Le cursus universitaire plus court figure dans 7% des réponses dans notre étude, similaire aux 5% à Toulouse en 2017 (36).

Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE), pilier en France de l'enseignement de la Médecine Générale en faculté de médecine à travers l'élaboration du programme du DES de Médecine Générale et membre de la WONCA, définit la médecine générale selon 6 caractéristiques qui assemblées forment « la marguerite des compétences » (61) (figure 25 « annexe 9 »). Elles correspondent aux compétences devant être intégrées pour exercer la MG (62). La « prise en charge globale du patient » et « le premier recours médical » mis en évidence dans ce travail forment deux compétences de la marguerite ; elles témoignent de son universalité depuis le processus de formation d'un étudiant jusqu'à la pratique continue de la discipline.

A propos de la promotion de l'étudiant

Il n'a pas été montré d'association significative entre l'orientation éventuelle vers la MG et les différentes promotions de MED-2 individualisées ou confondues et la MED-3. Ce résultat est

différent de celui de SABLONNIERE S. (37) où elle avait montré un lien significatif chez les MED-4 ; MED-5 et MED-6 sur leur choix éventuel de la MG, plus certain que le celui d'une autre spécialité. Cette théorie est aussi vérifiée à Liège en Belgique où LENOIR A.L. (63) a montré que la MG était la seconde spécialité citée chez les étudiants Liégeois pendant leur « phase clinique » (équivalent de l'externat en France). Il apparaît alors que le choix prédéterminé de la MG apparaît plutôt pendant la période de l'externat où l'étudiant est confronté aux premières expériences professionnelles. La réforme des études de santé entrée en vigueur en 2020-2021 (29) ne semble aujourd'hui pas avoir créé de profils scolaires de MED-2 suffisamment hétérogène pour constater une différence d'orientation éventuelle vers la MG, à ce stade précoce de leurs études.

A propos des qualités nécessaires d'un MedG

Dans cette étude, les qualités proposées étaient toutes associées positivement au MedG puisque la formulation de l'intitulé de la question et l'absence de pondération ne permettaient pas de les hiérarchiser les unes par rapport aux autres. Transformer, après le recueil des données, une échelle de Likert en pondération numérique paraît être une solution mais le risque de créer un biais de classement est réel et rend cette possibilité inadaptée. 90% des étudiants affirment être en accord avec l'écoute, l'empathie, le sérieux, la pédagogie et l'actualisation des compétences comme principales qualités d'un MG. Elles figurent toutes également dans la liste des compétences et qualités exigées par le CNGE (62). Les qualités et compétences du MedG enseignées sont constantes, stables et universelles d'une génération à l'autre.

4.4 Concernant l'orientation professionnelle future et les MSP

Elle est hypothétique à ce terme et se traduit par des réponses « timides » n'affirmant pas de choix certains mais l'exercice seul apparaît déjà écarté dans 41% des cas et l'installation en MSP est envisagée chez 60% des étudiants. L'hôpital est lui aussi écarté dans 43% des cas. Se retrouver seul est la notion qui se retrouve associée pour 63% des répondants internes de 1^{ère} année comme déterminant négatif pour le choix de la MG dans la thèse de RODRIGUEZ J. (36) ; 90% des interrogés dans la thèse de FAREZ C. (38) veulent un exercice collectif. Cet exercice en groupe apparaît dans le travail de thèse de ROZIER P. (64) en 2015 comme une solution éventuelle aux déserts médicaux. Il montre une influence significative de l'aide à la création d'une MSP sur l'installation dans un territoire dont la densité en MedG est faible

Cependant ces résultats sont à nuancer, le nombre de MSP est en constante augmentation depuis 2017 avec 40 MSP en 2017 et 107 MSP en juin 2021 dans le Nord Pas de Calais (65), favorisés par de multiples mesures incitatives par les Agences Régionales de Santé et les pouvoirs publics loco-régionaux et nationaux (65). L'intérêt qu'elles suscitent pour la nouvelle génération de diplômés est à relativiser. Plus récemment, dans son travail de thèse, DELEMARLE C. (66) montre que seuls 45% des nouveaux MG sondés étaient intéressés par une installation en MSP et qu'ils manquaient d'informations à leur sujet. Elle montre également à nouveau une corrélation positive, statistiquement significative entre la pratique en milieu rural et l'installation en MSP (66).

La maison de santé pluriprofessionnelle apparaît comme être la solution publique à la problématique des déserts médicaux et est vivement encouragée par la loi Ma santé 2022 (23) (25). Cependant, leur impact réel aujourd'hui sur la démographie médicale est encore difficilement mesurable devant la tendance à la diminution progressive globale du nombre de médecins généralistes ces 15 dernières années (2) mais il apparaît tout de même qu'entre 2008 et 2016, les zones rurales en sous densité médicale en MG en France ont une évolution «moins

défavorable » pour celles ayant bénéficié de la création d'une MSP : une augmentation de 2,3 MedG libéraux pour 100 000 habitants (67) et de 4 MedG libéraux pour 100 000 habitants dans les zones périurbaines (67). Les maisons de santé intéressent essentiellement la nouvelle génération de MedG (66) (67).

Dans le Nord Pas de Calais, et la France de manière générale de nombreuses communes ou acteurs privés en font un argument « fort » auprès des jeunes médecins mais en intégrant parfois la dimension territoriale, les intérêts locaux et régionaux ainsi que d'autres atouts de proximité tels que dans la ville d'Uxem (Nord) (68), de Wattrelos (Nord) (69) où une micro-crèche est créée parallèlement à la MSP. Enfin, l'ordonnance du 12 mai 2021 (70) permet au MSP et au CPTS de salarier directement de nouveaux MedG afin de compléter les effectifs de médecins salariés initiés par la loi Ma Santé 2022 (25). Cet exercice coordonné favorisé et encouragé en MSP et CPTS peut néanmoins avoir un impact théorique négatif devant l'hétérogénéité locale qu'il provoque entre les patients dont le MT est adhérent ou non à ce réseau (71) ; le syndicat Union Française pour une Médecine Libre parle d'une « désorganisation » de la MG (72). Dans son travail de thèse qualitative, DUPONT C. (73) s'interrogeait sur leur intérêt dans la lutte contre les déserts médicaux compte tenu « d'avis négatifs » formulés par les répondants sur le sujet de la MSP estimant qu'elles impliquaient une charge de travail supplémentaire et qu'elles rendaient les médecins dépendants des ARS.

4.5 Concernant la démographie médicale

La démographie médicale, évaluée ici grâce à la comparaison de l'Accessibilité Potentielle Localisée et de la densité en MedG en activité régulière de la communauté de communes d'origine des étudiants face aux moyennes respectives régionales, n'apparaît pas être liée statistiquement à l'orientation éventuelle vers la MG dans la population étudiée. Il apparaît tout

de même que 25% des étudiants disent avoir vécu une situation en lien avec la désertification médicale alors que 63% des étudiants ont vécu dans un territoire dont l'APL est supérieure à la moyenne régionale. De plus, la proportion d'étudiants s'orientant éventuellement vers la MG augmente à mesure où le territoire d'origine est perçu comme un désert médical mais l'association n'est pas statistiquement significative.

Cette étude ne peut pas conclure à un lien statistique formel mais une tendance se dessine. Cette dernière est également suggérée dans le travail de thèse de SABLONNIERE S. (37) où elle évoque un « effet du lieu de vie durant l'enfance » sur la spécialisation médicale envisagée.

V. CONCLUSION

L'orientation éventuelle vers la médecine générale chez les étudiants de deuxième et troisième année des études médicales est réelle et concerne les deux tiers des étudiants. Elle est cependant à relativiser face à l'évolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière, prévue négative jusque 2025 par le CNOM.

Cette étude a mis en évidence qu'il existe des déterminants intrinsèques chez les étudiants tel que l'intérêt pour l'enseignement et des déterminants extrinsèques vers cette orientation tels que l'origine socio professionnelle agricole et intermédiaire des parents mais aussi et surtout la consultation du MT de par sa fréquence, sa répétition et son installation dans un milieu rural. C'est d'ailleurs cette ruralité qui semble être l'élément essentiel de la problématique des déserts médicaux. Elle est à la fois un moteur de l'orientation vers la MG mais également un frein. L'installation dans une maison de santé pluriprofessionnelle, encouragée par les personnalités politiques depuis une dizaine d'années n'a pas encore montré sa pleine efficacité sur cette

problématique des déserts médicaux en zone rurale et semble agir comme une transfusion sur un saignement toujours actif (67).

Diverses mesures politiques ont réformé, réforment et réformeront encore les études de santé et la filière de l'enseignement. Elles ont pour but d'agir à chaque étape du processus permettant le « façonnage » d'un nouveau médecin de famille avec les compétences nécessaires à la profession, depuis le lycéen s'orientant dans des études médicales par différentes portes, passant par l'étudiant de sixième année devant faire des choix de spécialités plus larges et se poursuivant auprès des nouveaux médecins généralistes fortement encouragés à se regrouper en exercice coordonné. L'ensemble des candidats à l'élection présidentielle de 2022 ont énuméré d'innombrables propositions pour endiguer la problématique des déserts médicaux dans un but d'utilité publique suggérant ainsi de nouvelles réformes à venir.

En outre, la vocation vers la médecine générale apparaît être toujours présente chez les étudiants. Néanmoins ceux ayant un proche médecin généraliste semblent moins envisager cette spécialité. L'ensemble des interventions sur la profession pourraient-elles être elles-mêmes un frein à cette spécialisation ? S'agit-il ici d'un début de désintérêt des jeunes étudiants entrants dans leurs études pour cette profession ?

Afin de compléter cette étude, une nouvelle étude quantitative pourrait être réalisée sur les MED-6 après la procédure de choix des ECNi ou après le « matching » des EDN 2024 afin d'étudier plus précisément à la fois l'influence de la démographie médicale sur les rangs de choix de spécialisation et l'impact des réformes des études de santé avec l'hétérogénéité des profils créés depuis l'accession aux études de santé.

Synthétiquement, l'ensemble des réformes mentionnées dans le but de résoudre la complexité de la démographie médicale visent à modifier le rapport des étudiants et des MedG vis-à-vis de leur formation et de leur exercice ; l'intervention de l'état évolue et est de plus en plus

importante mais elle se concentre sur un seul versant : la profession elle-même, et non sur le versant du patient. Une éventuelle étude rétrospective sur la consommation médicale et le temps médical disponible pour les MedG pourrait peut-être faire émerger d'autres pistes pour résoudre cette problématique.

La qualité de la formation investie pour former un nouveau Médecin Généraliste est présente et reste un pilier politique majeur au fil des années afin de suivre les évolutions de la Médecine et les besoins de la population qui sont en perpétuels changements ; dont les attentes médicales évoluent, qui nécessite autant voire davantage de temps médical, avec des effectifs médicaux se réduisant régulièrement.

La complexité de la démographie médicale reste donc une problématique de santé publique majeure qui d'après les projections de la DREES (74) devrait commencer à s'améliorer sur le plan national à partir de 2024 en prenant en compte l'ensemble des réformes initiées depuis ces quinze dernières années.

VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BOUET P, BLANC JL, CHOW-CHINE E, NICODEME R. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale : Étude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. Dans: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2014 [cité le 15 févr 2022]. p. 106. Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf
2. Bouet P, Gerard-Varet JF. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE [En ligne]. France : Conseil National de l'Ordre des Médecins; janv 2021 p. 141. (Situation au 1er Janvier 2021). Disponible: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
3. Chaput H, Monziols M, Ventelou B. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [En ligne]. DREES / ORS / URPS; janv 2020 p. 5. (Etudes et Résultats). Rapport no 1140. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1140.pdf>
4. UFC-Que Choisir. Espèce en voie de disparition ? QUE CHOISIR MENSUEL [En ligne]. déc 2019 [cité le 8 janv 2022];(586). Disponible: <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-enquete-aupres-des-medecins-generalistes-pres-d-un-medecin-traitant-sur-deux-refuse-de-nouveaux-patients-n73175/>
5. Henry A, Gallay AL, Schmidt J. La France et l'Accès aux soins [En ligne]. France : France Assos Santé; nov 2019 p. 22. Disponible: <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2019/11/ENQUETE-BVA-pour-France-Assos-sante-Les-Francais-et-lacces-aux-soins-Novembre-2019.pdf>
6. Clareboudt L. Plus de 600.000 patients en ALD n'ont pas de médecin traitant. egora.fr [En ligne]. 7 déc 2021 [cité le 25 mars 2022]; Disponible: <https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/70194-plus-de-600000-patients-en-ald-n-ont-pas-de-medecin-traitant>
7. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches. Espace Géographique. 2018;47(4):362-80.
8. MAUREY H. RAPPORT D'INFORMATION en conclusion des travaux du groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire [En ligne]. Paris : SENAT; févr 2013 p. 133. (SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013). Rapport no 335. Disponible: <https://www.senat.fr/rap/r12-335/r12-3351.pdf>
9. Papon S. Bilan démographique 2021 - La fécondité se maintient malgré la pandémie de Covid-19 [En ligne]. INSEE; janv 2022 p. 4. (Insee Première). Rapport no 1889. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>
10. Mania M. Motivations au choix du salariat : étude qualitative chez les médecins généralistes exerçant en centre de santé [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Lille : Université de Lille; 2021 [cité le 15 mars 2022]. Disponible: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-32251>
11. Carlier V. Difficultés des médecins généralistes à trouver un remplaçant : une étude quantitative dans le Nord et le Pas-de-Calais [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne].

Lille : Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2017 [cité le 15 mars 2022]. Disponible: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-7965>

12. Valzy A. Le salariat en médecine générale : qu'en pensent les jeunes médecins ? [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Lille : Université de Lille; 2020 [cité le 15 mars 2022]. Disponible: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-13399>
13. Syndicat National des Médecins Concernés par la Retraite. GUIDE de la RETRAITE des Médecins 2020 [En ligne]. Syndicat National des Médecins Concernés par la Retraite; 2020 [cité le 30 janv 2022]. Disponible: <https://retraitemedecin.org/wp-content/uploads/2020/02/Guide-retraite-medecin-SN-MCR-2020.pdf>
14. <https://www.la-retraite-en-clair.fr/> [En ligne]. La-retraite-en-clair.fr. La retraite en France en quelques chiffres; 20 oct 2021 [cité le 25 mars 2022]. Disponible: <https://www.la-retraite-en-clair.fr/parcours-professionnel-regimes-retraite/retraite-salaries-prive/retraite-france-quelques-chiffres>
15. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale [En ligne]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale; 2022 [cité le 15 mars 2022]. Disponible: <http://www.demographie.medecin.fr/#c=home>
16. Vergier N, Chaput H, Lefebvre-Hoang I. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [En ligne]. DREES; mai 2017 p. 63. (Les Dossiers de la DREES). Rapport no 17. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
17. Lucas-Gabrielli V, Nestrigue C, Coldefy M. Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL). IRDES. févr 2016;Document de Travail(70):48.
18. Barlet M, Coldefy M, Collin C, Lucas-Gabrielli V. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux [En ligne]. DREES / IRDES; mars 2012 p. 8. (Questions d'Economie de la Santé). Rapport no 174. Disponible: <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>
19. Observatoire des Territoires [En ligne]. Agence Nationale de la Cohésion des Territoires. Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans (consultations par an par habitant) en 2018; 2018 [cité le 10 janv 2022]. Disponible: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicator&i=apl.apl_mg_65_hmep&s=2018&view=map9
20. Besnard X, Demaison C, Dugué A, Grivet L, Lesdos C, Maury Duprey D, et al. La France et ses Territoires [En ligne]. France : INSEE; avr 2021 p. 148. (INSEE Références). Rapport no Edition 2021. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/5040030/FET2021.pdf>
21. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population [En ligne]. DREES; févr 2020 p. 6. (Etudes et Résultats). Rapport no 1144. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>
22. Légifrance. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé [En ligne]. JORF, SSAX1900401L 24 juill 2019. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038821260/>
23. Buzyn A, Vidal F. MA SANTE 2022, 3 grands Axes de Transformation [En ligne]. 2019. Disponible: <https://www.ars.sante.fr/media/39837/download>

24. Cécile COURREGES, Sabine FOURCADE. INSTRUCTION N° DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires [En ligne]. 2019 [cité le 24 févr 2022]. Disponible: https://www.fnccs.org/sites/default/files/instruction_miniterielle_2019_400_MG_salaries.pdf
25. Ministère de la Santé et des Solidarités. MA SANTE 2022 Un Engagement collectif en ligne]. 2018 [cité le 23 janv 2022]. Disponible: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef_.pdf
26. Légifrance. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [En ligne]. JORF, SASX0822640L 21 juill 2009. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>
27. CNG. DONNEES SUR LES CONTRATS D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC (CESP) CONCLUS AVEC LES ETUDIANTS ET INTERNES EN MÉDECINE ET EN ODONTOLOGIE [En ligne]. Centre National de Gestion; juill 2021 p. 31. (CAMPAGNES). Rapport no 2010/2011 à 2019/2020. Disponible: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/Bilan_CESP2021_VF.pdf
28. ONISEP L'Information pour l'Orientation [En ligne]. ONISEP. Les voies d'accès aux études de maïeutique, médecine, odontologie, pharmacie; 9 nov 2020 [cité le 10 janv 2022]. Disponible: <https://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-d-etudes/Les-etudes-de-sante-acces-et-admissions/Les-voies-d-acces-aux-etudes-de-maieutique-medecine-odontologie-pharmacie>
29. BLUTEAU P. Cinq infos à savoir sur la réforme des études de santé. L'Étudiant [En ligne]. 21 sept 2021 [cité le 10 janv 2022]; Disponible: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/cinq-infos-a-savoir-sur-la-reforme-des-etudes-de-sante.html>
30. Légifrance. Arrêté du 13 septembre 2021 définissant les objectifs nationaux pluriannuels de professionnels de santé à former pour la période 2021-2025 [En ligne]. JORF, SSAH2127835A 17 sept 2021. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044053576>
31. Légifrance. Arrêté du 21 décembre 2021 relatif à l'organisation des épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine [En ligne]. JORF, ESRS2138083A 28 déc 2021. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044572679>
32. Médecine [En ligne]. Université Paris Cité. Présentation de la réforme R2C Second Cycle Médecine; 21 avr 2021 [cité le 15 mars 2022]. Disponible: <https://u-paris.fr/medecine/presentation-de-la-reforme-r2c-second-cycle-medecine/>
33. Bluteau P. Études de médecine : la réforme du deuxième cycle en place à la rentrée 2021. L'Étudiant [En ligne]. 29 juill 2021 [cité le 10 janv 2022]; Disponible: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/la-reforme-du-deuxieme-cycle-des-etudes-de-medecine-en-place-a-la-rentree-2021.html>
34. CELLULE STATISTIQUE CNG. BILAN DES EPREUVES CLASSANTES NATIONALES informatisées (ECNi) 2019 [En ligne]. CNG; 2019. Disponible: https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/ECNi_2019_VF.pdf

35. CAZELLES-BOU C. Représentations de la médecine générale chez les étudiants en médecine. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Poitiers : Université de Poitiers; 2010. Disponible: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_cazelles.pdf
36. Rodriguez J. Les déterminants du choix de la médecine générale à Toulouse de 2014 à 2017 [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Toulouse : Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité le 10 janv 2022]. Disponible: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2207/>
37. Sablonnière S. Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale à Nantes : enquête auprès des étudiants de deuxième cycle et des internes de médecine générale à la faculté de médecine de Nantes [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Nantes : Université de Nantes; 2016 [cité le 30 janv 2022]. Disponible: <https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN196164109>
38. Farez C. Évolution du projet professionnel des internes de médecine générale de Lille : des certitudes croissantes au fil des semestres ? : évaluation par la création d'un score [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Lille : Université de Lille; 2020 [cité le 10 janv 2022]. Disponible: <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-12525>
39. Aubrion A, Goncalves P, Kowalski V, Mansour V, Reichling A. Facteurs influençant le choix de la spécialité de médecine générale par les étudiants en médecine. Pédagogie Médicale. EDP Sciences; 1 août 2016;17(3):173-87.
40. UFR Médecine Nantes [En ligne]. Bernard De Lajartre C. Présentation des études médicales; 7 févr 2022 [cité le 11 janv 2022]. Disponible: <https://medecine.univ-nantes.fr/formation-initiale/presentation-des-etudes-medicales>
41. Wikipedia. LimeSurvey. Dans: Wikipédia [En ligne]. Wikimedia; 2021 [cité le 18 janv 2022]. Disponible: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=LimeSurvey&oldid=182722677>
42. Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques [En ligne]. INSEE. La nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) 2003; 1 janv 2003 [cité le 12 mars 2022]. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgregee/4?champRecherche=false>
43. Faculté de Médecine et Maïeutique [En ligne]. Faculté de Médecine et de Maïeutique de Lille. UNE FACULTE UNIQUE; [cité le 8 mars 2022]. Disponible: <https://fmm-catholille.fr/une-faculte-unique/>
45. Aelbrecht B. Evolution de l'état de santé des étudiants en Médecine de Lille entre MED-3 et MED-6. Etude de l'accès au soin et de la manière de se soigner. [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Lille : Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2017 [cité le 4 janv 2022]. Disponible: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M361.pdf
46. Couffinhall M. La féminisation de la médecine générale : entre attente des internes et réalité de la pratique actuelle [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Poitiers : Université de Poitiers; 2017 [cité le 12 mars 2022]. Disponible: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/59008>
47. Decrequy A. Croyances et représentations des médecins généralistes sur leur installation en libéral [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Lille : Université du Droit

et de la Santé - Lille 2; 2017 [cité le 11 mars 2022]. Disponible: <https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-8099>

48. Niel X, Vilain A. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio démographiques. [En ligne]. DREES; mai 2001 p. 8. (Etudes et Résultats). Rapport no 114. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er114.pdf>
49. Lejournaldumedecin.com [En ligne]. Caerels V. Les femmes médecins travaillent-elles vraiment moins que les hommes ?; 2 août 2018 [cité le 21 févr 2022]. Disponible: <https://www.lejournaldumedecin.com/actualite/les-femmes-medecins-travaillent-elles-vraiment-moins-que-les-hommes/article-normal-35227.html>
50. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation: étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Grenoble : Université Joseph Fourier; 2013. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00904065/document>
51. Labbé V. Attentes des médecins généralistes du Cambrésis face au projet d'une maison médicale de garde à Cambrai [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Lille : Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2016 [cité le 11 mars 2022]. Disponible: <https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-6667>
52. Le Hong M. Représentations du métier de médecin généraliste chez les étudiants en DFGSM2 de la faculté de Nice: enquête qualitative [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Nice : Université de Nice Sophia-Antipolis; 2018 [cité le 13 janv 2022]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02182025/document>
53. Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. le niveau d'études selon le milieu social - [En ligne]. INSEE; 2019. (État de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation en France). Rapport no 14. Disponible: https://publication.enseignementsup-recherche.gouv.fr/eer/FR/T448/le_niveau_d_etudes_selon_le_milieu_social/
54. Demaison C, Grivet L, Lesdos C, Maury Duprey D. Scolarisation des jeunes de 18 à 29 ans [En ligne]. France : INSEE; déc 2020 p. 226. (INSEE Références). Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/4928952/FPS2020.pdf>
55. Forment V, Vidalenc J. Des professions intermédiaires de plus en plus nombreuses et féminisées [En ligne]. INSEE; févr 2020. (INSEE Focus). Rapport no 185. Disponible: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4311840>
56. Le Jacques D, Beaupuy G, Ribault A. Enquête sur le devenir des étudiants sortant sans avoir validé leur 1ère année de PCEM: année 2004 - 2005 [En ligne]. Angers : Université d'Angers - SUIO-IP; déc 2008. (Plate-forme d'Insertion Professionnelle). Disponible: https://www.cdr-copdl.fr/doc_num.php?explnum_id=18645
57. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports [En ligne]. Ministère de l'Education Nationale de la Jeunesse et des Sports. Baccalauréat 2021; 2021 [cité le 12 mars 2022]. Disponible: <https://www.education.gouv.fr/media/19640/download>
58. Prodhomme M. Le stage chez le praticien en DCEM 3 (MED 5) : un facteur influençant dans le choix d'une carrière de médecin généraliste ? [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Lille : Université Lille 2 Droit et Santé; 2014 [cité le 13 mars 2022]. Disponible: <https://pepите.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-4645>

59. Légifrance. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [En ligne]. JORF, MENU9700546A 26 mars 1997. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000565003>
60. Faculté de Médecine de Lille. Livret des stages et gardes [En ligne]. Université de Lille; 2021 [cité le 24 janv 2022]. Disponible: https://medecine.univ-lille.fr/filemedecine/user_upload/formation-initiale/cycle-2/stages-gardes/livrets/2021-2022_livret-stages-gardes.pdf
61. CNGE [En ligne]. Collège Nationale des Généralistes Enseignants. Présentation du D.E.S; 24 nov 2012 [cité le 13 févr 2022]. Disponible: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
62. Attali C, Bail P, Magnier AM, Beis JN, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. EXERCER. janv 2006;(76):32.
63. Lenoir AL. FACTEURS D'ATTRACTION ET DE MAINTIEN DANS LA PROFESSION DE MÉDECIN GÉNÉRALISTE Une analyse par les choix d'orientation professionnelle d'étudiants et de jeunes médecins [Dissertation pour l'obtention du Grade de Docteur en Sciences médicales, en ligne]. Liège : Université de Liège; 2017 [cité le 21 déc 2021]. Disponible: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/223744>
64. Rozier P. Impact des mesures incitatives sur l'installation des médecins généralistes en zones fragiles en Pays de Loire entre 2008 et 2013 [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Angers : Université d'Angers; 2015 [cité le 21 févr 2022]. Disponible: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20116965/2015MCEM3923/fichier/3923F.pdf>
65. Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France [En ligne]. Agence Régionale de Santé des Hauts de France. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP); 7 févr 2022 [cité le 13 mars 2022]. Disponible: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp>
66. Delemarle C. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles : connaissances et attractivité chez les jeunes médecins généralistes [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Lille : Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2018 [cité le 5 janv 2022]. Disponible: https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2018/11/181025_these_MSP_jeunes_MG.pdf
67. Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? [En ligne]. IRDES; mars 2020 p. 8. (Questions d'Economie de la Santé). Rapport no 247. Disponible: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/247-les-maisons-de-sante-attirent-elles-les-jeunes-medecins-generalistes-dans-les-zones-sous-dotees-en-offre-de-soins.pdf>
68. Jolivet E. À Uxem, la santé n'a pas de prix mais la maison des services aura un coût. La Voix du Nord . Dunkerque. [En ligne]. 10 sept 2021 [cité le 14 mars 2022]; Disponible: <https://www.lavoixdunord.fr/1067624/article/2021-09-10/uxem-la-sante-n-pas-de-prix-mais-la-maison-des-services-aura-un-cout>
69. Duponchel M. La micro-crèche de la maison de santé du Sapin-Vert enfin ouverte. La Voix du Nord . Roubaix. [En ligne]. Wattrelos; 9 avr 2017 [cité le 14 mars 2022]; Disponible: <https://www.lavoixdunord.fr/145830/article/2017-04-09/la-micro-creche-de-la-maison-de-sante-du-sapin-vert-enfin-ouverte>

70. Légifrance. Ordonnance n° 2021-584 du 12 mai 2021 relative aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux maisons de santé [En ligne]. JORF, SSAH2111132R 13 mai 2021. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043496493>
71. Caducee.net [En ligne]. Caducee.net. Les Maisons de Santé peuvent désormais salarier les médecins, les infirmiers et les assistants médicaux; 17 mai 2021 [cité le 14 févr 2022]. Disponible: <https://www.caducee.net/actualite-medicale/15430/les-maisons-de-sante-peuvent-desormais-salarier-les-medecins-les-infirmiers-et-les-assistants-medicaux.html>
72. UFML Syndicat. Démantèlement de la médecine libérale : l'UFML-S appelle les médecins à l'offensive - communiqué de Presse du 25 octobre 2021 [En ligne]. Syndicat de l'Union française pour une médecine libre. 2021 [cité le 14 févr 2022]. Disponible: <https://www.ufml-syndicat.org/demantelement-de-la-medecine-liberale-ufmls-appelle-les-medecins-a-offensive-communique-de-presse-du-25-octobre-2021/>
73. Dupont C. Les facteurs motivant l'installation en médecine générale libérale. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans [Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, en ligne]. Amiens : Université de Picardie Jules Verne; 2017 [cité le 14 mars 2022]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01774830>
74. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques [En ligne]. DREES; mars 2021 p. 46. (Les Dossiers de la DREES). Rapport no 76. Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Introduction et présentation du projet, envoyée aux étudiants en pièce jointe d'un message électronique

Identification des éléments déterminant une orientation vers la médecine générale dans une population d'étudiants de MED2 et MED3 comme solution éventuelle aux déserts médicaux.

Bonjour à tous,

Ceci est un travail de thèse de médecine générale, nécessitant 5 minutes de votre précieux temps disponible.

Je suis Anthony GODIN, actuellement médecin remplaçant en médecine générale, officiellement toujours interne en médecine générale. J'effectue un travail de thèse dont le but est d'identifier les déterminants d'une orientation vers la spécialisation en Médecine Générale chez les étudiants de MED2 et MED3, et de mettre en évidence un éventuel lien avec la démographie médicale.

La population étudiée est L'ENSEMBLE DES ETUDIANTS DE MED-2 et de MED-3

La participation de tous est indispensable, que vous soyez ou non intéressé(es) par la médecine générale. Parlez-en à vos ami(e)s.

Le questionnaire est strictement anonyme.

Les informations recueillies dans ce questionnaire seront traitées confidentiellement et anonymement.

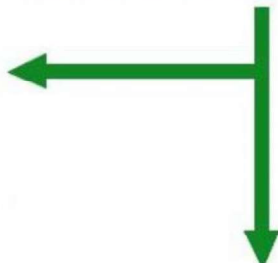
Les données seront conservées pendant la durée strictement nécessaire à l'enquête et l'étude, puis supprimées ensuite. Les résultats seront publiés après la soutenance orale.

Aucune donnée personnelle n'est récoltée.

Je vous remercie par avance et vous souhaite à toutes et à tous de bonnes fêtes de fin d'année.



Lien vers le projet



<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/171254?newtest=Y&lang=fr>

Bonjour à tous,

Ceci est un travail de thèse de médecine générale, **nécessitant 5 minutes** de votre précieux temps disponible.

Je suis Anthony GODIN, actuellement médecin remplaçant en médecine générale, officiellement toujours interne en médecine générale. J'effectue un travail de thèse dont le but est d'identifier les déterminants d'une orientation vers la spécialisation en Médecine Générale chez les étudiants de MED2 et MED3, et de mettre en évidence un éventuel lien avec la démographie médicale.

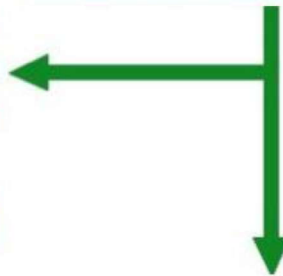
La démographie médicale est une problématique à laquelle font face quotidiennement l'ensemble des professionnels de santé actuels et futurs mais également, et surtout, la population générale. Ce projet de thèse contient peut-être des éléments de réponse.

Je m'adresse ici à **L'ENSEMBLE DES ETUDIANTS DE MED-2 et de MED-3**

La participation de tous est indispensable, que vous soyez ou non intéressé(es) par la médecine générale. Parlez-en à vos ami(e)s.



Lien vers le projet



Lien vers le projet

<https://enquetes.univ-lille.fr/index.php/171254?newtest=Y&lang=fr>

Le questionnaire est strictement anonyme.

Les informations recueillies dans ce questionnaire seront traitées confidentiellement et anonymement.

Les données seront conservées pendant la durée strictement nécessaire à l'enquête et l'étude, puis supprimées ensuite. Les résultats seront publiés après la soutenance orale.

Aucune donnée personnelle n'est récoltée.

Je vous remercie par avance et vous souhaite à toutes et à tous de bonnes fêtes de fin d'année.

Eléments déterminants une orientation vers la médecine générale et le lien avec la démographie médicale

Bonjour à tous,

Je suis Anthony GODIN, actuellement médecin remplaçant en médecine générale, j'effectue un travail de thèse dont le but est d'identifier les déterminants d'une orientation vers la spécialisation en Médecine Générale chez les étudiants de MED2 et MED3, et d'identifier un éventuel lien avec la démographie médicale.

La participation de tous est une priorité, que vous soyez ou non intéressé par la Médecine Générale.

Le questionnaire est strictement anonyme.

Les informations recueillies dans ce questionnaire seront traitées confidentiellement et anonymement.

Les données seront conservées pendant la durée strictement nécessaire à l'enquête et l'étude, puis supprimées ensuite.

Aucune donnée personnelle n'est récoltée.

Je vous remercie par avance.

Il y a 31 questions dans ce questionnaire.

Questions d'ordre général concernant la population source :

GROUPE A

Dans un premier temps, voici quelques questions vous concernant personnellement permettant de distinguer géographiquement votre bassin de vie originaire et surtout vous inclure ou exclure de l'étude:

A1

A quelle promotion appartenez vous ? *

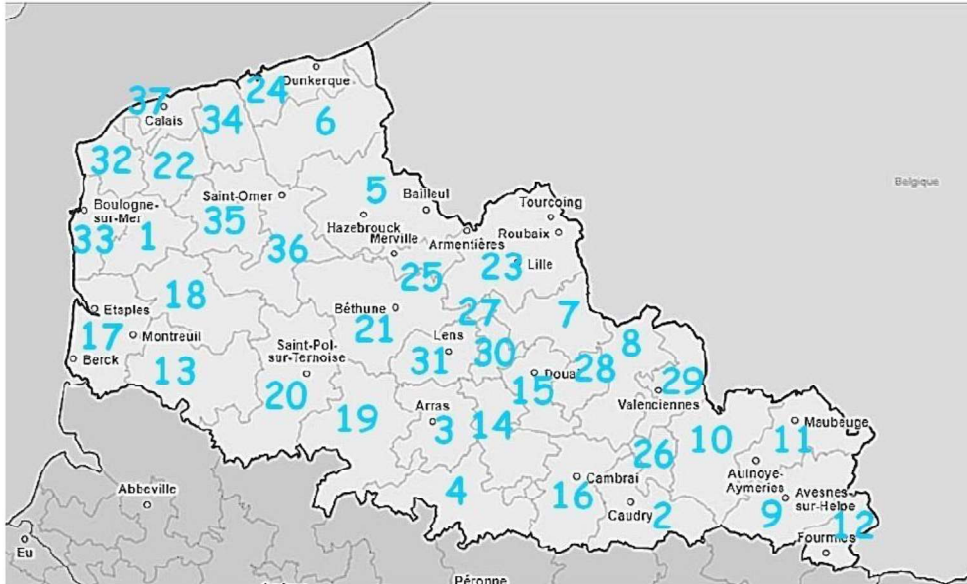
📌 Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Promotion MED-2 précédée d'un redoublement de PACES (première année)
Promotion MED-2 précédée d'un PASS (première année) Promotion MED-2
précédée d'une LAS (première année) Promotion MED-2 Promotion MED-3

A2

Question la plus importante de ce questionnaire: dans quelle Communauté de Communes (CC) ou Communauté d'Agglomérations (CA) habitez vous durant l'enfance ?



*

ⓘ Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1) CC de Desvres-Samer
- 2) CA du Caudrésis et du Catésis
- 3) CU d'Arras
- 4) CC du Sud-Artois
- 5) CC de Flandre Intérieure
- 6) CC des Hauts de Flandre
- 7) CC Pévèle-Carembault
- 8) CA de la Porte du Hainaut
- 9) CC Coeur de l'Avesnois
- 10) CC du Pays de Mormal
- 11) CA Maubeuge Val de Sambre
- 12) CC du Sud Avesnois
- 13) CC des Sept Vallées
- 14) CC Osartis Marquion
- 15) CA du Douaisis (C.A.D.)

- 16) CA de Cambrai
- 17) CA des Deux Baies en Montreuillois
- 18) CC du Haut Pays du Montreuillois
- 19) CC des Campagnes de l'Artois
- 20) CC du Ternois
- 21) CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane
- 22) CC Pays d'Opale
- 23) Métropole Européenne de Lille
- 24) CU de Dunkerque
- 25) CC Flandre Lys
- 26) CC du Pays Solesmois
- 27) CC de la Haute-Deûle
- 28) CC Coeur d'Ostrevent [C.C.C.O.]
- 29) CA Valenciennes Métropole
- 30) CA d'Hénin-Carvin
- 31) CA de Lens - Liévin
- 32) CC de la Terre des Deux Caps
- 33) CA du Boulonnais
- 34) CC de la Région d'Audruicq
- 35) CC du Pays de Lumbres
- 36) CA du Pays de Saint-Omer
- 37) CA du Calaisis
- Autre

A3 Envisagez vous de vous orienter éventuellement vers la médecine générale ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

A4 Avez-vous ou allez-vous conclure un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

Profil de la population cible **GROUPE B**

Voici maintenant quelques questions vous concernant personnellement permettant d'identifier votre profil

B1 De quel genre êtes vous ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

B2 Quel âge avez vous? *

Veillez écrire votre réponse ici :

B3 Vous êtes originaire : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- D'un milieu urbain D'un milieu rural

B4 **Quelle est la catégorie socio professionnelle des parents (1 ou 2 cases possibles) ***

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans ou commerçants ou chef d'entreprise (plus de 10 salariés)
- Cadres et professions intellectuelles supérieures (Cadres, ingénieurs, professeurs, arts et spectacles, libéraux...)
- Professions intermédiaires
- Employés (Civils, policiers, militaires, comptable, commerce, service aux particuliers...)
- Ouvriers
- Retraités
- Autres personnes sans activité professionnelle

B5 **Est-ce qu'une personne de votre entourage proche (parents / frères et soeurs) est médecin généraliste ? ***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

B6 **D'après vous, quel est le profil qui se rapproche le plus du vôtre ? ***

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Profil scientifique
- Profil littéraire
- Profil économique
- Profil technologique

B7 A ce jour, hormis le domaine médical et paramédical, quelles autres orientations auriez vous envisagées? *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- L'ingénierie
- Le commerce
- L'enseignement
- La vente
- Le secteur du bâtiment
- L'aéronautique
- L'industrie alimentaire
- Le monde de la mode
- L'art et le spectacle
- La communication
- La défense (police / gendarmerie / armée)
- Le sport
- Le journalisme
- L'audio visuel
- L'animation
- Le domaine vétérinaire
- La politique
- Le social

B8 Avez vous un médecin traitant ? (Un médecin de famille / médecin généraliste)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

Le médecin généraliste

GROUPE C

Vous avez un médecin traitant, c'est à dire le médecin que vous consultez lorsque vous en avez besoin

C1 Votre médecin traitant est :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
 Masculin

C2 D'après vous, votre médecin traitant : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- A moins de 40 ans A entre 40 et 60 ans A plus de 60 ans

C3 Votre médecin traitant : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Est installé en milieu urbain Est installé en milieu rural

C4 Votre dernière consultation chez votre médecin traitant : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- C'était il y a moins de 3 mois C'était il y a moins d'un an C'était il y a plus d'un an
 Je n'ai pas de médecin traitant

C5 Vos motifs de consultations chez votre médecin traitant : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je le vois en consultation pour un seul motif de consultation Je le vois en consultation pour environ 2 motifs de consultation
 Je le vois en consultation pour 3 motifs de consultation ou davantage

C6 Lors de vos précédentes consultations chez votre médecin généraliste : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Je consulte généralement seul(e), non accompagné(e) Je consulte généralement en compagnie de mes parents Je consulte généralement en compagnie d'un/e ami(e) Je ne consulte généralement pas sur place, le médecin se déplace à domicile Je fais généralement appel à la téléconsultation

C7 Votre fréquence ou rythme de consultation chez votre médecin généraliste : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une fois tous les deux ou trois ans voire moins souvent Une fois par an Une fois tous les six mois Une fois tous les trois mois Une fois par mois Plus d'une fois par mois

C8 Lors de vos consultations chez le médecin généraliste, en moyenne celles ci durent selon vous :

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 5 minutes ou moins 10 minutes 15 minutes 20 minutes Plus de 20 minutes

C9 Concernant votre médecin généraliste : *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- C'est le médecin que vous connaissez depuis la petite enfance Il s'agit du second médecin généraliste que vous avez Il s'agit au moins du troisième médecin généraliste Je n'ai pas de médecin généraliste traitant

Le choix de la médecine générale

GRUPE D

On s'intéresse ici à au projet éventuel d'une orientation vers la médecine générale

D1 Depuis quand voulez vous être ou envisagez vous d'être médecin généraliste? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Depuis la primaire Depuis le collège Depuis le lycée Depuis l'année de PACES Depuis l'année de PASS Depuis l'année de LAS Depuis la MED2 Depuis la MED3

D2 Parmi les éléments suivants, lesquels ont pu vous aiguiller ou vous orientent vers la médecine générale: *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Une histoire médicale familiale ou personnelle
 Une fiction, un film, une série, une musique, un livre, une revue...
 Une profession médicale dans l'entourage proche
 Le médecin traitant ou son remplaçant
 Un professeur ou un conseiller d'orientation
 Un logiciel ou un algorithme d'analyse des intérêts et de la personnalité
 Un(e) ami(e)
 Une expérience précédente (stage...)

D3 Quelles principales raisons vous incitent à vouloir devenir médecin généraliste: *

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Soigner d'une manière globale les patients de leurs maladies
 Une liberté d'organisation de son temps de travail
 Un salaire motivant
 Le manque de médecins généraliste sur le territoire
 Etre un des premiers référents pour la population générale
 Un cursus universitaire plus court
 Satisfaire son entourage familial
 Comblent un besoin de réfléchir et de comprendre
 Pouvoir travailler à proximité de/à son domicile

D4

D'après vous, quelles doivent être les principales qualités d'un médecin généraliste?

1= Pas du tout d'accord / 2= pas d'accord / 3= ni d'accord ni pas d'accord / 4= d'accord / 5= Tout à fait d'accord

*

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5
1. La disponibilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. L'aimabilité envers le patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La prestance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. L'écoute et l'empathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Le sérieux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Les connaissances élargies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. L'entêtement au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. L'actualisation des compétences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La pédagogie (qui sait enseigner / expliquer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1= Pas du tout d'accord / 2= pas d'accord / 3= ni d'accord ni pas d'accord / 4= d'accord / 5= Tout à fait d'accord

La démographie médicale

GRUPE E

La démographie ou la densité médicale représente le nombre de médecins installés dans un secteur précis pour un certain nombre d'habitants.

On s'intéresse ici à la densité en médecins généralistes installés dans la région du Nord Pas de Calais et la problématique des "déserts médicaux"

E1 Connaissez vous la notion de "désert médical" ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

E2 Selon vous, quelle est la densité en médecins généralistes installés du bassin de vie (communauté de communes ou communauté d'agglomérations) dont vous êtes originaire ? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Une forte densité Une moyenne densité Une faible densité

E3 Avez vous déjà été confronté(e) à une situation concrète que vous considérez être en lien avec la "désertification médicale"? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
 Non

E4 La "désertification médicale" motive t'elle votre orientation vers une spécialisation en médecine générale ?

1/ Non, pas de tout - 2/ Non - 3/ Ni oui ni non - 4/ Oui - 5/ Oui tout à fait

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '3 [g1q03]' (Envisagez vous de vous orienter éventuellement vers la médecine générale ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

1/ Non, pas de tout - 2/ Non - 3/ Ni oui ni non - 4/ Oui - 5/ Oui tout à fait

E5 Concernant votre éventuelle orientation vers la médecine générale, envisageriez vous aujourd'hui de vous installer préférentiellement dans une zone de faible densité en médecins généralistes?

1= Non, certainement pas / 2= Non probablement pas / 3= Ni oui ni non / 4= Oui probablement / 5= Oui certainement

*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '3 [g1q03]' (Envisagez vous de vous orienter éventuellement vers la médecine générale ?)

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

1= Non, certainement pas / 2= Non probablement pas / 3= Ni oui ni non / 4= Oui probablement / 5= Oui certainement

E6 Concernant votre éventuelle pratique future en tant que médecin généraliste, à ce jour vous envisageriez de travailler:
1= Non, certainement pas / 2= Non, probablement pas / 3= Ni oui ni non / 4= Oui, probablement / 5= Oui, certainement
*

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '3 [g1q03]' (Envisagez vous de vous orienter éventuellement vers la médecine générale ?)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1	2	3	4	5
Seul(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avec d'autres collègues médecin généralistes, uniquement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En Maison de Santé Pluridisciplinaire (Praticiens médicaux et paramédicaux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1= Non, certainement pas / 2= Non, probablement pas / 3= Ni oui ni non / 4= Oui, probablement / 5= Oui, certainement

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 4 : Tableau d'équivalence entre la CC ou CA et la valeur de la densité médicale en MedG et l'APL en 2018 (Source : Cartographie de la Démographie médicale (CNOM) et Observatoire des Territoires (gouv.fr))

Nom de la Communauté de Communes ou d'Agglomérations	Densité médicale des MedG en activité en 2020 (10 000 habitants)	Accessibilité Potentielle Localisée au MedG en 2018 (cs /an/hab)
Communauté de communes de Desvres-Samer	5,9	3,6
Communauté d'Agglomérations du Caudrésis et du Catésis	8,2	4,1
Communauté Urbaine d'Arras	18,8	5
Communauté de communes du Sud-Artois	7,8	3
Communauté de communes de Flandre Intérieure	11,3	4,4
Communauté de communes des Hauts de Flandre	6,8	3,3
Communauté de communes Pévèle-Carembault	11,8	4,4
Communauté d'Agglomérations de la Porte du Hainaut	11,1	5
Communauté de communes Coeur de l'Avesnois	12,4	4
Communauté de communes du Pays de Mormal	8,9	3,7
Communauté d'Agglomérations Maubeuge Val de Sambre	8,7	3,8
Communauté de communes du Sud Avesnois	7	3,6
Communauté de communes des Sept Vallées	6,9	3,3
Communauté de communes Osartis Marquion	8,7	3,7
Communauté d'Agglomérations du Douaisis (C.A.D.)	13,3	4,6
Communauté d'Agglomérations de Cambrai	11	4
Communauté d'Agglomérations des Deux Baies en Montreuillois	18,4	5,4
Communauté d'Agglomérations du Pays de Saint-Omer	10,1	4,6
Communauté de communes du Haut Pays du Montreuillois	1,8	2,8
Communauté de communes des Campagnes de l'Artois	6,1	3,2
Communauté de communes du Ternois	6,8	3
Communauté d'Agglomérations de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane	10,2	4,2
Communauté de communes Pays d'Opale	7,1	2,6
Métropole Européenne de Lille	16,7	5,3
Communauté Urbaine de Dunkerque	14,2	4,3
Communauté de communes Flandre Lys	11	4,7
Communauté de communes du Pays Solesmois	8,6	3,8
Communauté de communes de la Haute-Deûle	10,6	4
Communauté de communes Coeur d'Ostrevent [C.C.C.O.]	9	4,2
Communauté d'Agglomérations Valenciennes Métropole	14,8	4,9
Communauté d'Agglomérations d'Hénin-Carvin	11,7	5,3
Communauté d'Agglomérations de Lens - Liévin	12,2	5,3
Communauté de communes de la Terre des Deux Caps	9,3	4,2
Communauté d'Agglomérations du Boulonnais	15,1	5,5
Communauté de communes de la Région d'Audruicq	4,7	3,4
Communauté de communes du Pays de Lumbres	3,6	3,1
Communauté d'Agglomérations du Calaisis (Grand Calais Terres et Mers)	12	4,3



Référence CNIL :

2224332 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-003

reçue le 23 novembre 2021

Monsieur Anthony GODIN



ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Monsieur GODIN Anthony

Service :

Adresse :

CP :

Ville :

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. :

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 24 novembre 2021

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - 01 53 73 22 22 - www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Annexe 6 :

Tableau 3 Descriptif selon la Communauté de Communes ou d'Agglomération

Communauté de Communes ou d'Agglomération	Effectifs (%)
1) CC de Desvres-Samer	1 (0.2%)
2) CA du Caudrésis et du Catésis	1 (0.2%)
3) CU d'Arras	17 (3.9%)
4) CC du Sud-Artois	2 (0.5%)
5) CC de Flandre Intérieure	14 (3.2%)
6) CC des Hauts de Flandre	5 (1.1%)
7) CC Pévèle-Carembault	16 (3.7%)
8) CA de la Porte du Hainaut	12 (2.7%)
9) CC Coeur de l'Avesnois	1 (0.2%)
10) CC du Pays de Mormal	4 (0.9%)
11) CA Maubeuge Val de Sambre	5 (1.1%)
12) CC du Sud Avesnois	0 (0%)
13) CC des Sept Vallées	0 (0%)
14) CC Osartis Marquion	4 (0.9%)
15) CA du Douaisis (C.A.D.)	15 (3.4%)
16) CA de Cambrai	7 (1.6%)
17) CA des Deux Baies en Montreuillois	7 (1.6%)
18) CC du Haut Pays du Montreuillois	1 (0.2%)
19) CC des Campagnes de l'Artois	2 (0.5%)
20) CC du Ternois	2 (0.5%)
21) CA de Béthune-Bruay, Artois-Lys Romane	22 (5%)
22) CC Pays d'Opale	1 (0.2%)
23) Métropole Européenne de Lille	190 (43.5%)
24) CU de Dunkerque	19 (4.3%)
25) CC Flandre Lys	4 (0.9%)
26) CC du Pays Solesmois	4 (0.9%)
27) CC de la Haute-Deûle	2 (0.5%)
28) CC Coeur d'Ostrevent [C.C.C.O.]	3 (0.7%)
29) CA Valenciennes Métropole	19 (4.3%)
30) CA d'Hénin-Carvin	7 (1.6%)
31) CA de Lens - Liévin	13 (3%)
32) CC de la Terre des Deux Caps	2 (0.5%)
33) CA du Boulonnais	9 (2.1%)
34) CC de la Région d'Audruicq	3 (0.7%)
35) CC du Pays de Lumbres	1 (0.2%)
36) CA du Pays de Saint-Omer	11 (2.5%)
37) CA du Calaisis	11 (2.5%)

Tableau 5 : Influence du genre sur l'orientation éventuelle vers la MG

Genre	Oui à la MG n=304 (%)	NON à la MG n=132 (%)	p-value
Genre féminin	204 (68,9%)	93 (72,1%)	0,41
Genre masculin	92 (31,1%)	36 (27,9%)	
Genre non renseigné	8	3	

Tableau 7 : Influence de l'origine sur l'orientation éventuelle vers la MG

	Oui à la MG n=304 (%)	NON à la MG n=132 (%)	p-value
Origine rurale	133 (43.8%)	46 (34.8%)	0.083
Origine urbaine	171 (56.2%)	86 (65.2%)	

Tableau 8 : Influence de la CSP d'un des parents sur l'orientation éventuelle vers la MG

Catégorie Socio Professionnelle d'un des deux parents	Modalités	Oui à la MG n=304 (%)	NON à la MG n=132 (%)	p-value
Agriculteurs exploitants	Oui	12 (3.9%)	0 (0%)	0.046
	Non	292 (96.1%)	132 (100%)	
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Oui	29 (9.5%)	15 (11.4%)	0.56
	Non	275 (90.5%)	117 (88.6%)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	Oui	183 (60.2%)	88 (66.7%)	0.20
	Non	121 (39.8%)	44 (33.3%)	
Professions intermédiaires	Oui	52 (17.1%)	9 (6.8%)	0.004
	Non	252 (82.9%)	123 (93.2%)	
Employés	Oui	83 (27.3%)	39 (29.5%)	0.63
	Non	221 (72.7%)	93 (70.5%)	
Ouvriers	Oui	34 (11.2%)	12 (9.1%)	0.51
	Non	270 (88.8%)	120 (90.9%)	
Retraités	Oui	10 (3.3%)	5 (3.8%)	1.00
	Non	294 (96.7%)	127 (96.2%)	
Autres personnes sans activités professionnelles	Oui	25 (8.2%)	13 (9.8%)	0.58
	Non	279 (91.8%)	119 (90.2%)	

Tableau 10 : Influence de la présence d'un proche MedG dans l'entourage sur l'orientation éventuelle vers la MG

Modalités	Oui à la MG n=304	Non à la MG n=132	p-value
Présence d'un proche MedG	20 (6.6%)	12 (9.1%)	0.36
Absence de proche MedG	284 (93.4%)	120 (90.9%)	

Tableau 11 : Influence de l'orientation secondaire sur l'orientation éventuelle vers la MG

Secteur d'orientation secondaire envisagée	Modalité	Oui à la MG n=304	Non à la MG n=132	p-value
Orientation secondaire envisagée : Ingénierie	Oui	122 (40.1%)	52 (39.4%)	0.89
	Non	182 (59.9%)	80 (60.6%)	
Orientation secondaire envisagée : Commerce	Oui	27 (8.9%)	14 (10.6%)	0.57
	Non	277 (91.1%)	118 (89.4%)	
Orientation secondaire envisagée : Enseignement	Oui	99 (32.6%)	25 (18.9%)	0.003
	Non	205 (67.4%)	107 (81.1%)	
Orientation secondaire envisagée : Vente	Oui	5 (1.6%)	1 (0.8%)	0.78
	Non	299 (98.4%)	131 (99.2%)	
Orientation secondaire envisagée : Bâtiment	Oui	1 (0.3%)	0 (0%)	NA
	Non	303 (99.7%)	132 (100%)	
Orientation secondaire envisagée : Aéronautique	Oui	34 (11.2%)	17 (12.9%)	0.61
	Non	270 (88.8%)	115 (87.1%)	
Orientation secondaire envisagée : Alimentaire	Oui	7 (2.3%)	3 (2.3%)	1.00
	Non	297 (97.7%)	129 (97.7%)	
Orientation secondaire envisagée : Mode	Oui	14 (4.6%)	10 (7.6%)	0.21
	Non	290 (95.4%)	122 (92.4%)	
Orientation secondaire envisagée : Art et spectacle	Oui	18 (5.9%)	16 (12.1%)	0.026
	Non	286 (94.1%)	116 (87.9%)	
Orientation secondaire envisagée : Communication	Oui	11 (3.6%)	6 (4.5%)	0.65
	Non	293 (96.4%)	126 (95.5%)	
Orientation secondaire envisagée : Défense (police / gendarmerie / armée)	Oui	21 (6.9%)	13 (9.8%)	0.29
	Non	283 (93.1%)	119 (90.2%)	
Orientation secondaire envisagée : Sport	Oui	45 (14.8%)	16 (12.1%)	0.46
	Non	259 (85.2%)	116 (87.9%)	
	Oui	20 (6.6%)	14 (10.6%)	0.15

Orientation secondaire envisagée : Journalisme	Non	284 (93.4%)	118 (89.4%)	
Orientation secondaire envisagée : Audio-visuel	Oui	15 (4.9%)	4 (3%)	0.37
	Non	289 (95.1%)	128 (97%)	
Orientation secondaire envisagée : Animation	Oui	9 (3%)	3 (2.3%)	0.93
	Non	295 (97%)	129 (97.7%)	
Orientation secondaire envisagée : Vétérinaire	Oui	62 (20.4%)	24 (18.2%)	0.59
	Non	242 (79.6%)	108 (81.8%)	
Orientation secondaire envisagée : Politique	Oui	21 (6.9%)	14 (10.6%)	0.19
	Non	283 (93.1%)	118 (89.4%)	
Orientation secondaire envisagée : Social	Oui	83 (27.3%)	28 (21.2%)	0.18
	Non	221 (72.7%)	104 (78.8%)	

Tableau 12 : Influence du suivi par un MT sur l'orientation éventuelle vers la MG

Modalités	Oui à la MG n=304	Non à la MG n=132	p-value
A un médecin traitant	290 (95.4%)	122 (92.4%)	0.21
N'a pas de médecin traitant	14 (4.6%)	10 (7.6%)	
MT de genre Féminin	111 (41.7%)	40 (36.7%)	0.37
MT de genre Masculin	155 (58.3%)	69 (63.3%)	
Âge du MT < 40 ans	70 (24.4%)	32 (26.7%)	0.82
40 ans < Âge MT < 60 ans	173 (60.3%)	72 (60%)	
60 ans < Âge MT	44 (15.3%)	16 (13.3%)	
MT exerçant en zone rurale	108 (37.6%)	31 (25.8%)	0.021
MT exerçant en zone urbaine	179 (62.4%)	89 (74.2%)	

Tableau 13 : influence de la consultation avec le MT sur l'orientation éventuelle vers la MG

Caractéristiques des consultations	Modalités	Oui à la MG n=304	Non à la MG n=132	p-value
Dernière consultation du médecin traitant	Il y a moins de 3 mois	154 (53.7%)	56 (46.7%)	NA
	3 mois < dernière cs < 1 an	106 (36.9%)	53 (44.2%)	
	Il y a plus d'un an	26 (9.1%)	11 (9.2%)	
	Je n'ai pas de médecin traitant	1 (0.3%)	0 (0%)	
	Données manquantes	17	12	

Motifs de consultations chez le médecin traitant	N	287	120	
	Données manquantes	17	12	
	Moyenne \pm Ecart-type	1.52 \pm 0.62	1.47 \pm 0.67	0,25
	Médiane (Q1 ; Q3)	1 (1 ; 2)	1 (1 ; 2)	
	Minimum ; Maximum	1 ; 3	1 ; 3	
Lors des précédentes consultations chez le médecin traitant	Compagnie d'un(e) ami(e)	1 (0.3%)	0 (0%)	NA
	Compagnie d'un parent	52 (18.1%)	34 (28.3%)	
	Seul(e)	229 (79.8%)	84 (70%)	
	Recours à la téléconsultation	3 (1%)	1 (0.8%)	
	Le médecin se déplace à domicile	2 (0.7%)	1 (0.8%)	
	Données manquantes	17	12	
Fréquence de consultation du médecin traitant	Une fois par an	91 (31.7%)	47 (39.2%)	0.18
	Une fois par mois	10 (3.5%)	3 (2.5%)	
	Une fois tous les deux ou trois ans voire moins souvent	21 (7.3%)	15 (12.5%)	
	Une fois tous les six mois	116 (40.4%)	39 (32.5%)	
	Une fois tous les trois mois	49 (17.1%)	16 (13.3%)	
	Données manquantes	17	12	
Durée des consultations chez le médecin traitant	< 5 minutes	6 (2.1%)	4 (3.3%)	0.83
	10 minutes	80 (27.9%)	33 (27.5%)	
	15 minutes	136 (47.4%)	59 (49.2%)	
	20 minutes	52 (18.1%)	21 (17.5%)	
	> 20 minutes	13 (4.5%)	3 (2.5%)	
	Données manquantes	17	12	

Tableau 16 : descriptif du recueil des données relatifs au choix de la médecine générale

	Modalités	Global n=436
Origine de l'orientation vers la médecine générale	Depuis l'année de LAS	4 (1.4%)
	Depuis l'année de PACES	40 (13.7%)
	Depuis l'année de PASS	18 (6.2%)
	Depuis la MED2	68 (23.4%)
	Depuis la MED3	20 (6.9%)
	Depuis la primaire	40 (13.7%)
	Depuis le collège	28 (9.6%)
	Depuis le lycée	73 (25.1%)
	Données manquantes	145
Élément orientant vers la médecine générale : Histoire médicale familiale ou personnelle	Oui	71 (24.4%)
	Non	220 (75.6%)
	Données manquantes	145
Élément orientant vers la médecine générale : Fiction, série, musique, livre, revue...	Oui	54 (18.6%)
	Non	237 (81.4%)
	Données manquantes	145
Élément orientant vers la médecine générale : Profession médicale dans l'entourage proche	Oui	44 (15.1%)
	Non	247 (84.9%)
	Données manquantes	145
Élément orientant vers la médecine générale : Médecin traitant ou son remplaçant	Oui	141 (48.5%)
	Non	150 (51.5%)
	Données manquantes	145
Élément orientant vers la médecine générale : Professeur ou un conseiller d'orientation	Oui	13 (4.5%)
	Non	278 (95.5%)
	Données manquantes	145
Élément orientant vers la médecine générale : Logiciel ou un algorithme d'analyse des intérêts et de la personnalité	Oui	7 (2.4%)
	Non	284 (97.6%)
	Données manquantes	145
Élément orientant vers la médecine générale : Ami(e)	Oui	20 (6.9%)
	Non	271 (93.1%)
	Données manquantes	145
Élément orientant vers la médecine générale : Expérience précédente (stage...)	Oui	108 (37.1%)
	Non	183 (62.9%)
	Données manquantes	145

Principale raison de l'orientation MG : Soigner d'une manière globale les patients de leurs maladies	Oui	201 (69.1%)
	Non	90 (30.9%)
	Données manquantes	145
Principale raison de l'orientation MG : Liberté d'organisation de son temps de travail	Oui	154 (52.9%)
	Non	137 (47.1%)
	Données manquantes	145
Principale raison de l'orientation MG : Salaire motivant	Oui	21 (7.2%)
	Non	270 (92.8%)
	Données manquantes	145
Principale raison de l'orientation MG : Manque de médecins généraliste sur le territoire	Oui	18 (6.2%)
	Non	273 (93.8%)
	Données manquantes	145
Principale raison de l'orientation MG : Être un des premiers référents pour la population générale	Oui	54 (18.6%)
	Non	237 (81.4%)
	Données manquantes	145
Principale raison de l'orientation MG : Coursus universitaire plus court	Oui	38 (13.1%)
	Non	253 (86.9%)
	Données manquantes	145
Principale raison de l'orientation MG : Satisfaire son entourage familial	Oui	11 (3.8%)
	Non	280 (96.2%)
	Données manquantes	145
Principale raison de l'orientation MG : Combler un besoin de réfléchir et de comprendre	Oui	35 (12%)
	Non	256 (88%)
	Données manquantes	145
Principale raison de l'orientation MG : Pouvoir travailler à proximité de/à son domicile	Oui	22 (7.6%)
	Non	269 (92.4%)
	Données manquantes	145
Principale qualité d'un médecin généraliste : Disponibilité	Pas du tout d'accord	3 (1%)
	Pas d'accord	3 (1%)
	Ni d'accord ni pas d'accord	31 (10.7%)
	D'accord	138 (47.4%)
	Tout à fait d'accord	116 (39.9%)
	Données manquantes	145
	Pas du tout d'accord	5 (1.7%)
	Pas d'accord	1 (0.3%)

Principale qualité d'un médecin généraliste : Amabilité envers le patient	Ni d'accord ni pas d'accord	5 (1.7%)
	D'accord	52 (17.9%)
	Tout à fait d'accord	228 (78.4%)
	Données manquantes	145
Principale qualité d'un médecin généraliste : Prestance	Pas du tout d'accord	17 (5.8%)
	Pas d'accord	31 (10.7%)
	Ni d'accord ni pas d'accord	124 (42.6%)
	D'accord	83 (28.5%)
	Tout à fait d'accord	36 (12.4%)
	Données manquantes	145
Principale qualité d'un médecin généraliste : Écoute et l'empathie	Pas du tout d'accord	6 (2.1%)
	Pas d'accord	0 (0%)
	Ni d'accord ni pas d'accord	2 (0.7%)
	D'accord	21 (7.2%)
	Tout à fait d'accord	262 (90%)
	Données manquantes	145
Principale qualité d'un médecin généraliste : Sérieux	Pas du tout d'accord	3 (1%)
	Pas d'accord	2 (0.7%)
	Ni d'accord ni pas d'accord	14 (4.8%)
	D'accord	91 (31.3%)
	Tout à fait d'accord	181 (62.2%)
	Données manquantes	145
Principale qualité d'un médecin généraliste : Connaissances élargies	Pas du tout d'accord	3 (1%)
	Pas d'accord	2 (0.7%)
	Ni d'accord ni pas d'accord	25 (8.6%)
	D'accord	133 (45.7%)
	Tout à fait d'accord	128 (44%)
	Données manquantes	145
Principale qualité d'un médecin généraliste : Entêtement au travail	Pas du tout d'accord	10 (3.4%)
	Pas d'accord	50 (17.2%)
	Ni d'accord ni pas d'accord	125 (43%)
	D'accord	86 (29.6%)
	Tout à fait d'accord	20 (6.9%)
	Données manquantes	145
Principale qualité d'un médecin généraliste : Actualisation des compétences	Pas du tout d'accord	3 (1%)
	Pas d'accord	2 (0.7%)
	Ni d'accord ni pas d'accord	12 (4.1%)
	D'accord	86 (29.6%)
	Tout à fait d'accord	188 (64.6%)
	Données manquantes	145
Principale qualité d'un médecin généraliste : Pédagogie (qui sait enseigner / expliquer)	Pas du tout d'accord	5 (1.7%)
	Pas d'accord	5 (1.7%)
	Ni d'accord ni pas d'accord	15 (5.2%)
	D'accord	99 (34%)
	Tout à fait d'accord	167 (57.4%)
	Données manquantes	145

La désertification médicale motive l'orientation vers une spécialisation en médecine générale	Non pas du tout	136 (32.6%)
	Non	74 (17.7%)
	Ni oui ni non	147 (35.3%)
	Oui	49 (11.8%)
	Oui tout à fait	11 (2.6%)
	Données manquantes	20
Installation préférentiellement dans une zone de faible densité en médecins généralistes	Non certainement pas	21 (7.3%)
	Non probablement pas	93 (32.3%)
	Ni oui ni non	103 (35.8%)
	Oui probablement	55 (19.1%)
	Oui certainement	16 (5.6%)
	Données manquantes	148
Installation préférentiellement dans une zone de faible densité en médecins généralistes : Seul	Non certainement pas	29 (10.1%)
	Non probablement pas	90 (31.2%)
	Ni oui ni non	76 (26.4%)
	Oui probablement	70 (24.3%)
	Oui certainement	23 (8%)
	Données manquantes	148
Installation préférentiellement dans une zone de faible densité en médecins généralistes : Avec d'autres collègues médecin généralistes uniquement	Non certainement pas	13 (4.5%)
	Non probablement pas	52 (18.1%)
	Ni oui ni non	96 (33.3%)
	Oui probablement	113 (39.2%)
	Oui certainement	14 (4.9%)
	Données manquantes	148
Installation préférentiellement dans une zone de faible densité en médecins généralistes : En Maison de Santé Pluridisciplinaire	Non certainement pas	18 (6.2%)
	Non probablement pas	34 (11.8%)
	Ni oui ni non	63 (21.9%)
	Oui probablement	125 (43.4%)
	Oui certainement	48 (16.7%)
	Données manquantes	148
Installation préférentiellement dans une zone de faible densité en médecins généralistes : A l'hôpital	Non certainement pas	60 (20.8%)
	Non probablement pas	65 (22.6%)
	Ni oui ni non	74 (25.7%)
	Oui probablement	59 (20.5%)
	Oui certainement	30 (10.4%)
	Données manquantes	148

ANNEXE 8

Tableau 17 : Influence du vécu et des connaissances personnelles de la densité médicale sur l'orientation éventuelle vers la MG

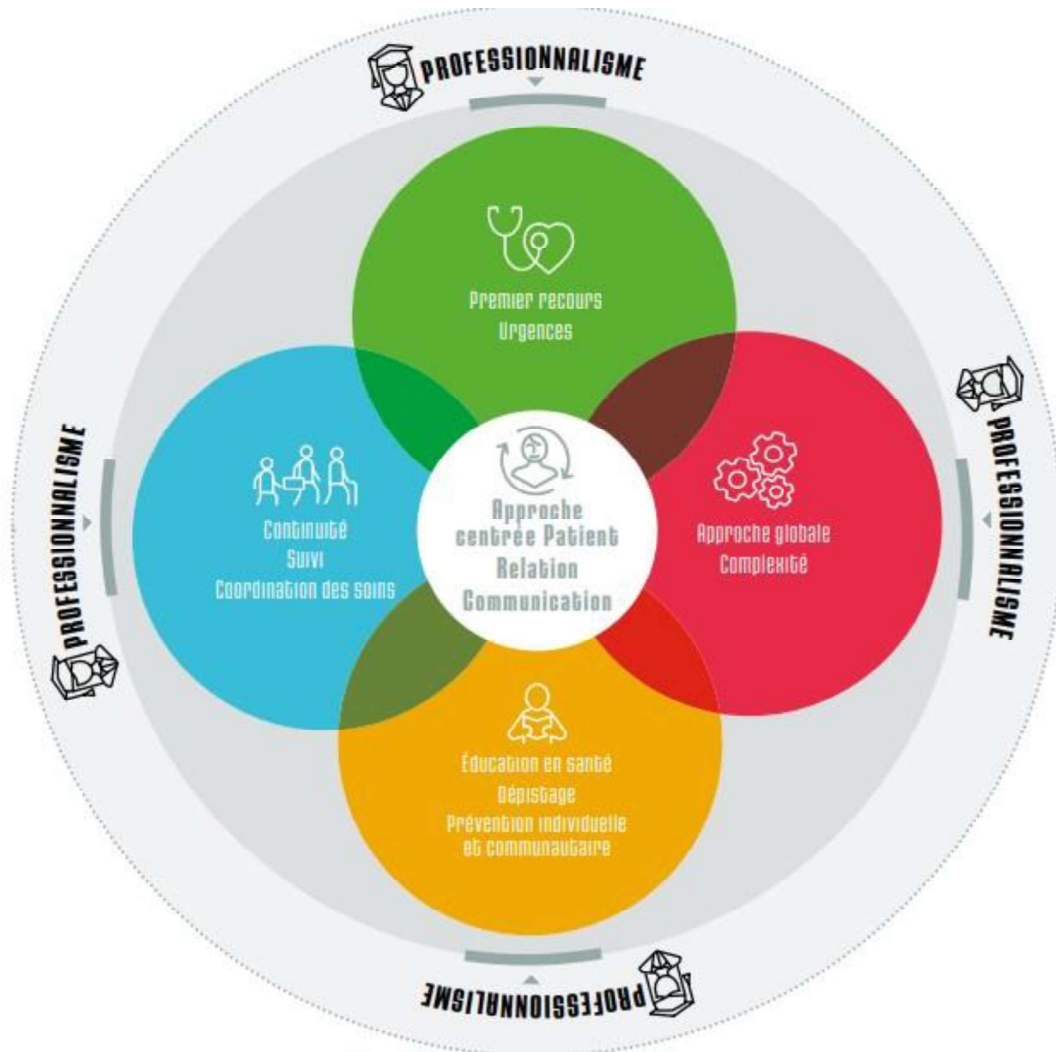
	Modalités	Oui à la MG n=287	Non à la MG n=129	p-value
Confrontation à une situation concrète en lien avec la désertification médicale	Oui	85 (29.6%)	28 (21.7%)	0.093
	Non	202 (70.4%)	101 (78.3%)	
Connaissance de la notion de désert médical	Oui	285 (99.3%)	124 (96.1%)	0.055
	Non	2 (0.7%)	5 (3.9%)	
Perception de la densité du bassin de vie d'origine en MG	Densité forte	69 (24%)	40 (31%)	0,37
	Densité moyenne	152 (52,2%)	66 (51,2%)	
	Densité faible	66 (22,8%)	23 (17,8%)	

Tableau 18 : Influence de l'APL et de la densité en MG en activité régulières de la CC d'origine sur l'orientation éventuelle vers la MG

	Modalités	Oui à la MG n=304	Non à la MG n=132	p-value
APL de la CC d'origine par rapport à moyenne régionale	Inférieure	115 (37.8%)	44 (33.3%)	0.37
	Supérieure	189 (62.2%)	88 (66.7%)	
Densité de la CC d'origine en MG par rapport à la moyenne régionale	Inférieure	115 (37.8%)	46 (34.8%)	0.55
	Supérieure	189 (62.2%)	86 (65.2%)	

Annexe 9 : La marguerite des compétences (Source : Collège National des Généralistes Enseignants)

Figure 25 : « La Marguerite des Compétences » (Source : Collège National des Généralistes Enseignants / cnge.fr)



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les **6 compétences principales** de la spécialité médecine générale.

Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCE : d'après C. ATTALI, P. BAIL et al.
groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Conception graphique : jehannekera.fr

AUTEUR : Nom : GODIN

Prénom : Anthony

Date de soutenance : Jeudi 02 juin 2022

Titre de la thèse : Les déterminants de l'orientation vers la Médecine Générale chez les étudiants de deuxième et troisième année des études médicales à Lille et le lien avec la démographie médicale.

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine Générale

Mots-clés : « Médecine Générale », « orientation », « déterminants », « démographie médicale », « densité », « accessibilité potentielle localisée », « étudiants », « désert médical »

Résumé :

Contexte : Le nombre de Médecins Généralistes inscrits à l'ordre des médecins n'a jamais été aussi élevé mais l'activité régulière décroît depuis 2010 engendrant la problématique de la démographie médicale et de l'accessibilité aux soins. Des réformes ont été menées ces 10 dernières années pour y répondre notamment la suppression du Numerus Clausus et la réforme de l'Examen National Classant permettant de multiplier et de varier les profils des étudiants futurs médecins. L'objectif de cette étude est d'identifier les déterminants d'une orientation vers la médecine générale chez les étudiants dès leur entrée dans le cursus médical et d'étudier l'influence de la démographie médicale sur cette orientation à l'aide de l'APL.

Matériels et Méthodes : Etude épidémiologique, observationnelle, monocentrique, transversale chez les étudiants de deuxième et troisième année des études médicales de l'Université de Lille. Utilisation d'un questionnaire informatisé, anonyme permettant le recueil des données concernant le profil des étudiants, les éléments motivant l'orientation, la relation avec leur médecin traitant, leur origine géographique et leurs connaissances sur la démographie médicale, leur APL d'origine. Analyses statistiques descriptives et multivariées par tests de Khi² et Student à la recherche d'un lien significatif et analyse en corrélation multiple.

Résultats : 436 étudiants ont été inclus pour un taux de participation de 44%. Il existe des déterminants liés statistiquement à l'orientation vers la médecine générale : le fait d'avoir un médecin traitant exerçant en milieu rural ($p=0,021$), l'appartenance d'un des parents à la catégorie socio-professionnelle des agriculteurs ($p=0,046$) ou celle des professions intermédiaires ($p=0,004$). Il n'a pas été retrouvé d'association significative entre l'accessibilité aux soins et l'orientation vers la médecine générale ($p>0,05$). Conformément à la littérature, l'origine rurale et les rapports personnels avec la médecine générale et le médecin traitant semblent influencer l'orientation vers la médecine générale mais l'association est non significative ($p>0,05$)

Conclusion : Cette étude a montré l'existence de déterminants vers l'orientation en médecine générale mais la démographie médicale ne semble pas avoir d'influence. La formation médicale et la pratique des médecins généralistes ont été réorganisées pour améliorer l'accessibilité aux soins, d'autres études pourraient explorer leur impact sur les promotions futures.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Patrick TRUFFERT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Monsieur le Docteur Luc DAUCHET

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Bruno MANNESSIER