

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2026

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Que deviennent les médecins généralistes dans les dix ans
suivant la fin de leur internat ?**

Présentée et soutenue publiquement le 09/01/2026
à 18h00 au Pôle Formation.

Par Hubert Hustin

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Grégoire FICHEUR

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Jan BARAN

Monsieur le Docteur Jean-Philippe PLATEL

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Emmanuel CHAZARD

Avertissement

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

Sigles

| | |
|---------------|---|
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CCAM | Classification Commune des Actes Médicaux |
| CDOM | Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins |
| CHU | Centre Hospitalo-Universitaire |
| CIM | Classification Internationale des Maladies |
| CNOM | Conseil National de l'Ordre des Médecins |
| CPTS | Communauté Professionnelle Territoriale de Santé |
| DCEM | Deuxième Cycle d'Etudes de Médecine |
| DES | Diplôme d'Etudes Spécialisées |
| DFASM | Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales |
| DFGSM2 | Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 2 ^e année |
| DREES | Direction de la Recherche, des Études de l'Évaluation et des Statistiques |
| DS | Déviation Standard |
| ECN | Épreuves Classant National |
| ECNi | Épreuves Classant National Informatisé |
| ECOS | Examens Cliniques Objectifs Structurés |
| ECTS | <i>European Credits Transfer and Accumulation System</i> |
| EDN | Épreuves Dématérialisées Nationales |
| EHPAD | Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes |
| FST | Formation Spécialisée Transversale |
| HPST | Hôpital Patient Santé Territoire |
| IC95 | Intervalle de Confiance à 95% |
| IMG | Interne de Médecine Générale |
| LAS | Licence d'Accès Santé |

| | |
|--------------|---|
| LFSS | Loi de Financement de la Sécurité Sociale |
| LMD | Licence Master Doctorat |
| MAS | Maison d'Accueil Spécialisée |
| MCO | Médecine Chirurgie Obstétrique |
| MEP | Mode d'Exercice Particulier |
| MG | Médecine Générale |
| MPR | Médecine Physique et de Réadaptation |
| MSU | Maître de Stage Universitaire |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| OR | Odds Ratio |
| PACES | Première Année Commune aux Etudes de Santé |
| PASS | Parcours d'Accès Spécifique Santé |
| PCEM | Premier Cycle d'Etudes de Médecine |
| PLFSS | Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale |
| Q1 | Premier Quartile |
| Q2 | Deuxième Quartile |
| Q3 | Troisième Quartile |
| R2C | Réforme du 2 nd Cycle |
| RTT | Réduction du Temps de Travail |
| SD | <i>Standard Deviation</i> |
| SFMG | Société Française de Médecine Générale |
| SMR | Soins Médicaux de Réadaptation |
| SNP | Soins Non Programmés |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation |
| TCEM | Troisième Cycle d'Etudes de Médecine |
| UFR | Unité de Formation et de Recherche |
| UM | Unité Médicale |

WONCA *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, souvent abrégé en *World Organization of Family Doctors* (Organisation Mondiale des Médecins Généralistes)

Sommaire

| | |
|---|----|
| Avertissement | 3 |
| Remerciements | 4 |
| Sigles | 15 |
| Sommaire | 18 |
| Introduction | 20 |
| 1 Préambule..... | 20 |
| 2 Définitions préalables..... | 20 |
| 2.1 Exercice médical..... | 20 |
| 2.2 Soins médicaux..... | 20 |
| 2.3 Soins premiers, ou soins primaires..... | 21 |
| 2.4 Médecine de famille | 22 |
| 2.5 Médecine Générale en France | 23 |
| 3 Formation médicale en France | 23 |
| 3.1 Premier cycle des études médicales | 24 |
| 3.2 Deuxième cycle des études médicales | 24 |
| 3.3 Le troisième cycle et l'accès à une spécialisation..... | 25 |
| 3.3.1 Évolutions du principe de 3 ^{ème} cycle | 25 |
| 3.3.2 Cas particulier de l'internat de Médecine Générale (ex-résidanat) | 25 |
| 3.3.3 Contenu pédagogique et organisation de l'enseignement du DES de Médecine Générale..... | 26 |
| 3.3.4 Vécu de la formation, et projet professionnel en découlant | 27 |
| 4 Démographie médicale en France métropolitaine | 28 |
| 4.1 Nombre de médecins sur le territoire et régulations | 28 |
| 4.2 Notion de désert médical, et conséquences en population | 29 |
| 4.3 Impact sur la santé de la population et les dépenses publiques..... | 30 |
| 5 Lien entre la formation et la démographie médicale | 30 |
| 6 Objectif..... | 31 |
| Matériel et méthodes..... | 32 |
| 1 Etude 1 : cohorte historique | 32 |
| 1.1 <i>Design</i> de l'étude | 32 |
| 1.2 Sujets et données | 32 |
| 2 Etude 2 : étude transversale | 33 |
| 2.1 Design de l'étude | 33 |

| | | |
|-----|---|----|
| 2.2 | Sujets et données | 33 |
| 3 | Statistiques | 33 |
| 4 | Cadre réglementaire | 34 |
| | Résultats | 35 |
| 1 | Diagramme de flux commun aux deux études..... | 35 |
| 2 | Partie 1 : cohorte historique | 36 |
| 2.1 | Description des étudiants classés..... | 36 |
| 2.2 | Du classement à l'affectation | 37 |
| 2.3 | Description des internes finalement affectés | 38 |
| 2.4 | Focus sur l'affectation en Médecine Générale..... | 40 |
| 2.5 | Focus sur l'affectation dans la subdivision de Lille | 41 |
| 2.6 | De l'affectation en 2010 à l'inscription à l'Ordre en 2024..... | 43 |
| 3 | Partie 2 : étude transversale | 43 |
| 3.1 | Questionnaire..... | 43 |
| 3.2 | Caractéristiques de la population étudiée | 44 |
| 3.3 | Temps de travail déclaré..... | 46 |
| 3.4 | Lieu d'exercice | 48 |
| 3.5 | Statut d'exercice | 49 |
| 3.6 | Discipline exercée, type d'activité médicale..... | 50 |
| 3.7 | Quantité de travail en fonctions de différents facteurs..... | 53 |
| | Discussion | 54 |
| 1 | Discussion des principaux résultats | 54 |
| 1.1 | Population étude 1 | 54 |
| 1.2 | Population étude 2 | 55 |
| 1.3 | Type d'exercice | 55 |
| 1.4 | Temps de travail | 55 |
| 1.5 | Lieu exercice | 56 |
| 2 | Discussion de la méthode | 56 |
| 3 | Perspectives | 56 |
| | Conclusion | 59 |
| | Liste des figures | 60 |
| | Références | 62 |
| | Annexe : questionnaire postal | 65 |

Introduction

1 Préambule

La démographie médicale est une préoccupation des décideurs politiques, car l'offre de soin impacte directement les soins fournis à la population, et devrait impacter la santé de la population. Le postulat des décideurs est que toute action sur la formation de praticiens devrait avoir un impact direct et déterministe sur l'offre de soins.

L'objet général du présent travail est de vérifier cette assertion, dans le cas précis des médecins généralistes français. La question sous-jacente est donc :

**« Lorsqu'on forme un interne de Médecine Générale supplémentaire,
quelle offre de soin primaire supplémentaire obtient-on ? »**

Afin d'introduire le présent travail, nous évoquerons tout-à-tour les définitions, la formation médicale en France, la démographie médicale en France métropolitaine, et le lien entre la formation et la démographie. Nous exposerons enfin les objectifs de ce travail.

2 Définitions préalables

2.1 Exercice médical

Nous nous intéresserons dans cette thèse aux actes prodigués par un médecin inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins. L'exercice médical est un acte humanitaire. Ainsi que le propose l'Association Médicale Mondiale, depuis 1948, dans la déclaration de Genève, le médecin est « au service de l'humanité ». Il consiste à appliquer toutes les connaissances scientifiques et les moyens techniques adaptés afin de prévenir la maladie, de prodiguer des soins et de soulager la souffrance.^[1] On entend généralement par « exercice de la médecine », la pratique d'actes médicaux de soins, de prévention, de contrôle ou d'expertise, effectués après examen de la personne ou sur dossier.^[1] Cela inclut donc les médecins travaillant en santé publique, avec pour matériel, des analyses de dossiers, les médecins biologistes, les anatomopathologistes, les radiologues. Cette définition inclura donc également les médecins exerçant les « médecines complémentaires et alternatives », comme l'homéopathie ou l'acupuncture.

2.2 Soins médicaux

Les soins médicaux sont principalement constitués par une somme d'actes de soin, auxquels peuvent s'ajouter des démarches ou réunions réalisés en l'absence du patient. Nous nous limiterons dans ce travail aux actes de soins.

Un acte de soin est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soin peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation.^[2] Par convention donc, nous exclurons les exercices n'entrant pas directement dans le cadre du soin, même s'ils sont réalisés

par des médecins inscrits au tableau de l'Ordre (ex : santé publique, journalisme, management,.).

2.3 Soins premiers, ou soins primaires

En France, les soins de « premier recours » sont définis pour la première fois dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009. Ils se définissent par les soins prodigués par un médecin, sans orientation préalable, c'est-à-dire, en première ligne lorsque le patient doit trouver des réponses à un problème ou à une situation de santé.

Aussi appelés soins primaires ou soins de proximité, ils caractérisent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé. Selon l'article L. 1411-11 du Code de la santé publique[3], ces soins comprennent :

1. La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients,
2. La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
3. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
4. L'éducation pour la santé.

En pratique, les soins primaires sont également dispensés aux urgences, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, et sur les 21,2 millions de passages aux urgences en 2019, nous estimons qu'une part substantielle rentre dans la définition du soin primaire.[4] Il convient de noter que la chirurgie ambulatoire rentre théoriquement dans le cadre de la chirurgie programmée, et si des différences conceptuelles existent entre la France et les pays anglo-saxons, nous retiendrons que la chirurgie non programmée ne relève pas du soin primaire car elle fait appel à un spécialiste dans une structure avec un plateau technique spécialisé, et on peut considérer le parcours de soin d'un opéré en urgence, comme une exception ou une dérogation au parcours de soin habituel. En pratique également, les pharmaciens peuvent être amenés à répondre aux demandes de soins primaires, et à orienter vers une consultation médicale ou vers un traitement médicamenteux en vente libre. Nous choisissons par convention d'exclure de la définition de soin primaire médical l'exercice des pharmaciens[5] et celui des chirurgiens ou autre spécialistes qui voient un patient hospitalisé de façon non programmée.

Les soins premiers se distinguent du « second recours », qui renvoie à certains soins de spécialité. Néanmoins, les soins primaires n'apparaissent pas comme une spécificité de la Médecine Générale, puisque les psychiatres, les gynécologues, les ophtalmologues et stomatologues peuvent être consultés dans le cadre du soin primaire. Cette notion de soins primaires avait aussi été précisée en 1996 par l'*American Institute of Medicine* : « les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées, assurées par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté. ».[6]

La Société Française de Médecine Générale (SFMG) considère que : « La notion de soins primaires semble bien devoir être considérée comme un concept théorique, probablement plus que celle de premier recours. La seconde, souvent utilisée en France, est une expression plus limitée, mais opérationnelle dans une perspective d'organisation du système de soins. En pratique, les deux expressions semblent quasi-

synonymes. La notion de soins primaire serait plus centrée sur le malade et la maladie, comprenant diagnostic médical, traitement et suivi. L'idée de premier recours aurait tendance à restreindre la notion de "*primary care*" aux missions assurées par les professionnels des soins ambulatoires, comprenant les notions d'accessibilité, de continuité et de permanence des soins, en lien avec les autres acteurs. ».[6]

2.4 Médecine de famille

La médecine de famille fait l'objet d'une définition par la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA) depuis 2002 avec 11 caractéristiques :

- 1- « Premier contact usuel avec le système de soin, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, répondant à tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou autre caractéristique du patient.
- 2- Utilisation optimale des ressources du système de santé, via la coordination des soins et la gestion du recours spécialités d'organe.
- 3- Approche centrée sur la personne, dans ses aspects individuels familiaux et communautaires.
- 4- Mode de consultation personnalisé à travers une relation Médecin/Patient privilégiée.
- 5- Responsabilité de la continuité des soins dans la durée selon les besoins du patient.
- 6- Démarche décisionnelle spécifique, déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies dans le contexte des soins primaires.
- 7- Prise en charge simultanée des problèmes de santé aigus ou chroniques de chaque patient.
- 8- Intervention au stade précoce et non différencié du développement des maladies, pouvant requérir une intervention rapide.
- 9- Développement de la promotion et de l'éducation de la santé.
- 10-Responsabilité spécifique en termes de santé publique.
- 11-Réponse globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ».[7]

« Les médecins généralistes - médecins de famille sont des spécialistes qui soignent les personnes dans leur milieu familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de l'autonomie des patients. Ils se chargent en outre d'une responsabilité professionnelle de santé publique envers la communauté. Dans la discussion des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils prennent en compte les aspects physiques, psychologiques, sociaux, culturels et existentiels, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services ». [7]

Cette définition de la WONCA insiste sur la place centrale de la Médecine de famille dans le système de santé. Le document ne différencie pas clairement la médecine de famille de la pratique de Médecine Générale. Il emploie souvent le terme « *Général practice/ Family medicine* ». A certains endroits, il indique également que cette définition s'applique non seulement à l'exercice de la médecine de famille et de la

Médecine Générale, mais également à la formation (...) ou à la discipline en tant que telle (...).

2.5 Médecine Générale en France

En France, la Médecine Générale est notamment définie comme un diplôme d'études spécialisées (DES), c'est-à-dire une spécialité médicale depuis 2004. Il est à noter que le DES de Médecine Générale est à ce titre un diplôme universitaire.

La Médecine Générale est également une qualification notifiée sur l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins.

L'amalgame est fréquent entre la Médecine Générale comme formation et comme qualification ordinaire, et la médecine de famille comme mode d'exercice. Cependant, cette relation n'est pas bijective. Ainsi par exemple :

- Un titulaire du DES de MG peut obtenir une capacité en allergologie, et exercer le métier d'allergologue
- Un titulaire du DES de MG peut être qualifié comme tel mais exercer une activité de praticien dans un service de médecine polyvalente
- Un titulaire du DES de MG peut être qualifié comme tel mais exercer une activité de soin premier non-généraliste en cabinet, comme la pédiatrie ou la gynécologie
- Un titulaire d'un DES autre que celui de Médecine Générale peut demander secondairement au conseil départemental sa qualification en Médecine Générale (sans obtenir le diplôme) et exercer en tant que tel.[8]

L'exercice de la médecine est sujet à une grande malléabilité dépendante de la volonté du médecin qui l'exerce. Cette variabilité d'exercice concerne l'exercice au cabinet, et en dehors du cabinet. Ainsi l'homéopathie, la mésothérapie, la médecine du sport, l'acupuncture, la médecine physique, la nutrition, la psychothérapie, la médecine légale et expertises, ou le thermalisme sont autant d'exercices que le médecin peut offrir au cabinet. Mais en dehors du cabinet, on retrouvera l'activité hospitalière ou en clinique, en dispensaire ou en centre de soin, la coordination d'EHPAD, la régulation des urgences, la médecine scolaire, l'encadrement médical d'évènements ; etc.[9]

3 Formation médicale en France

L'organisation des études médicales en France a évolué plusieurs fois dans les 50 dernières années. La formation qui se déroule au sein des Unités de Formation et de Recherche (UFR) dure au minimum 10 ans, pour aboutir à une soutenance de thèse et à la délivrance d'un diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Cette formation est divisée en 3 cycles, ayant chacun évolué séparément selon des dynamiques différentes.

La formation médicale en France peut être séparée en deux phases : une phase non spécialisée, correspondant au premier et au deuxième cycles, et une phase spécialisée, correspondant au troisième cycle.

3.1 Premier cycle des études médicales

Les trois premières années sont caractérisées par une première année de concours sélectif, commun aux filières médecine, maïeutique, odontologie, pharmacie et kinésithérapie, suivie de deux années spécifiques pour ceux qui auraient opté et été sélectionnés en médecine.

Les dispositifs spécifiques précédant l'accès à la 2^{ème} année ont changé et furent successivement la PCEM1 (Premier Cycle d'Études de Médecine 1^{ère} année) puis PACES (Première Année Commune aux Études de Santé) puis PASS/LAS, (Parcours d'Accès Spécifique Santé/ Licence d'Accès Santé), correspondant à un élargissement progressif des filières possibles, et pour la réforme PASS/LAS, à des voies d'accès spécifiques, sortantes mais aussi entrantes.

Le PCEM est principalement caractérisé par l'apparition du *numerus clausus* en 1971 qui visait à réguler le nombre d'étudiants entrant dans la filière[10], à la demande des médecins libéraux, qui étaient à l'époque en pléthore. Dans les années 2010 la réforme de la PACES intègre les futurs étudiants en pharmacie au concours d'entrée dans la filière médicale (avec les futurs étudiants de maïeutique, de dentaire et de kinésithérapie) .[11] En 2021 la PACES devient la PASS/LAS, supposée diversifier le profil des entrants dans les filières de santé et faciliter les réorientations, et le *numerus clausus* fait place au *numerus apertus*.[12] Conceptuellement, le *numerus apertus* permet toujours de fixer le nombre d'étudiants qui seront admis en deuxième année, la seule différence avec le *numerus clausus* est donc que ce nombre d'étudiants admis à continuer les études de santé est fixé par l'université et l'ARS (Agence Régionale de Santé), l'objectif annexe semble être de réguler localement le nombre d'entrant dans la filière pour pallier à la problématique des déserts médicaux.[13] La différence essentielle entre le *numerus clausus* et le *numerus apertus* semble donc être que le *numerus apertus* est un nombre minimum d'étudiant à faire rentrer dans la filière, là où le *numerus clausus* était un nombre maximum d'étudiant à former.[13] Le PASS correspond à une première année dont le programme et l'organisation sont assez proches de ceux des anciennes PACES. La principale différence tient dans l'apparition d'une option disciplinaire correspondant à 12 ECTS (une centaine d'heures d'enseignements) venant compléter les 48 ECTS d'un bloc santé (programme de PACES allégé d'une centaine d'heures) pour atteindre les 60 ECTS permettant de valider une année dans le système LMD (licence, master, doctorat).

Pour résumer les grandes lignes de la réforme de la PASS et de la LASS, le *numerus apertus* permet aux universités de déterminer elles-mêmes le nombre d'étudiants admis à continuer leurs études de santé, et permet donc théoriquement d'adapter l'offre à la demande, mais la publication du nombre de place pour une année reste à la discrétion de l'université. La PASS et LASS sont également supposées élargir les champs des filières, avec des voies d'accès spécifiques pour l'accès aux études de santé (entrantes comme sortantes).

3.2 Deuxième cycle des études médicales

Le deuxième cycle correspond actuellement à la période allant de la 4^{ème} année à la 6^{ème} année. Il s'achève par un dispositif de classement et/ou sélection permettant le choix simultané de la spécialité et du lieu de formation pour le 3^{ème} cycle.

Les modifications apportées en 2021 avec la Réforme du 2nd Cycle (R2C) ont pour objectif de favoriser la bonne mise en pratique clinique des raisonnements théoriques,

de façon adaptée à chaque situation.[14] L'objectif est donc de valoriser les compétences acquises lors des stages pour mieux accompagner le choix de spécialité. En effet il semblerait que le contenu disciplinaire soit plus axé sur la pertinence clinique des cas cliniques étudiés, et que les situations cliniques soient réparties par groupes de spécialités et par grands domaines d'attendus. La réforme introduit par là même une hiérarchisation des connaissances à acquérir (rangs A, B, C) par ordre de pertinence et de d'exigibilité en examen. Ainsi les connaissances de rang A sont indispensables et ont un plus grand coefficient que les rang B, tandis que les rang C ne sont pas exigibles au concours. Désormais, donc, les quelques 10 000 étudiants de troisième cycle arrivant en 6^{ème} année de médecine sont départagés en fonction de leurs résultats aux différentes épreuves qui se présenteront à eux tout au long de la 6^{ème} année :

- Les EDN (Épreuves Dématérialisées Nationales), évaluent les connaissances théoriques et comptent pour 60% de la note totale.
- Les ECOS (Examens Cliniques Objectifs Structurés) évaluent les connaissances pratiques et cliniques, comptent pour 30% de la note totale.
- La prise en compte du parcours professionnel, censée favoriser l'ouverture d'esprit des étudiants au monde extérieur à la médecine, compte pour 10% de la note totale. Elle prend en compte les activités associatives, les activités non médicales.[15]

Le concours de l'ECNi (Examen Classant National informatisé) est donc remplacé par des EDN en début de 6^{ème} année et des ECOS en fin de 6^{ème} année. Les EDN remplacent l'examen théorique des ECNi, mais avec une hiérarchisation des connaissances et une pondération des connaissances contrôlées, les ECOS sont un examen oral de pratique clinique et la 6^{ème} année est présentée comme une année de stage et de réflexion pour effectuer son choix de spécialité après les ECOS.[16]

De la note totale, sont extraits 13 classements, pour 13 groupements de spécialités partageant des notions communes. De cette façon le choix des spécialités est stratifié sur 13 classements.

Ce second cycle est récompensé par la délivrance du Diplôme de Formation Approfondie en Science Médicale (DFASM) nécessaire pour devenir interne ainsi qu'à l'obtention d'une licence de remplacement.

3.3 Le troisième cycle et l'accès à une spécialisation

3.3.1 Évolutions du principe de 3^{ème} cycle

Le troisième cycle (ou internat, ou encore résidanat) s'exerce dans la spécialité choisie par l'étudiant à l'issue des EDN et ECOS, ayant remplacé l'ECN de 2004. Le nombre de postes d'internes à pourvoir chaque année dans les différentes spécialités et dans chaque faculté est défini par un arrêté du gouvernement publié au Journal Officiel. En 2022, 8 791 postes étaient à pourvoir (contre 8 286 en 2020).[17]

3.3.2 Cas particulier de l'internat de Médecine Générale (ex-résidanat)

La réforme de 1984, relative aux études médicales et pharmaceutiques, crée les Diplômes d'Études Spécialisées (DES) et rend l'internat obligatoire pour accéder à une spécialité.[18]

Tout en faisant apparaître pour la première fois la notion de troisième cycle de Médecine Générale, alors appelé résidanat, elle le place alors en marge du cursus spécialisé, et accentue le fossé séparant les futurs généralistes des spécialistes. Le résidanat dure deux ans et est ouvert à ceux qui se destinent à la Médecine Générale... mais aussi à ceux qui ne sont parvenus classement qu'ils souhaitaient au concours de l'internat. Il est alors convenu à tort que la Médecine Générale représente le socle des connaissances médicales minimales de tout praticien. Les précédentes circonstances de choix amènent à une sélection des futurs généralistes par l'échec et renforcent le manque de considération et d'attractivité de la Médecine Générale. Une rénovation de la formation au cours du troisième cycle des études médicales s'impose alors devant la pénurie de médecins généralistes prévisible pour les années 2000. Ce changement d'état d'esprit sera impulsé par la modification des textes législatifs et la création du DES de Médecine Générale en 2004.

Ces modifications introduisent les ECN auxquelles sont soumis tous les étudiants pour accéder à l'internat, introduisant désormais la spécialité « Médecine Générale ». Ainsi, en novembre 2007, la première promotion d'internes de Médecine Générale achève son cursus et un nouveau corps de métier est né : les spécialistes en soins primaires.[19]

3.3.3 Contenu pédagogique et organisation de l'enseignement du DES de Médecine Générale

Le troisième cycle a donc pour objectif de structurer la formation pratique et de délivrer un DES pour valoriser la spécialité de Médecine Générale.

Pour ce faire, la progressivité de l'apprentissage médical repose sur une structuration de la formation en trois phases successives, la phase socle, la phase d'approfondissement, et la phase de consolidation.

En 2024, il existe une liste de 44 Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES) ouvrant droit à la qualification de spécialistes.

Les objectifs pédagogiques du DES de Médecine Générale (DES de MG) seront ainsi échelonnés au cours de l'évolution des stages, mais la maquette comprend donc un stage d'urgences générales et de médecine ambulatoire au cabinet la première année, un stage de pédiatrie et de médecine adulte dit « polyvalent » la deuxième année, un stage de gynécologie et de médecine ambulatoire au cabinet en autonomie avec supervision rétroactive la troisième année.

Ainsi le contenu disciplinaire du DES de MG couvre en partie la pédiatrie, la gynécologie et certains pans de la médecine adulte dite polyvalente, et des Formations Spécialisées Transversales (FST) sont disponibles : la FST addictologie, la FST douleur, la FST expertise médicale et préjudice corporel, la FST médecine du sport, la FST médecine scolaire, la FST médecine palliative et la FST médecine hospitalière polyvalente dont la création date de mars 2022. Cette liste des FST dites d'intérêt pour la Médecine Générale n'est pas limitative[20] et permet une orientation, voire une sélection du mode d'exercice futur d'un médecin généraliste.

En 2023, dans le cadre de la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) de 2023, le gouvernement dévoile la dernière évolution du troisième cycle et allonge ce dernier pour le faire passer à 4 ans avant l'obtention du DES de Médecine Générale. Cette 4^{ème} année est supposée améliorer la qualité de la formation des futurs médecins généralistes, apporter un caractère professionnalisant à travers le statut de docteur

junior en Médecine Générale, inciter les futurs praticiens à découvrir le territoire, renforcer l'encadrement de la formation, et rendre le territoire plus attractif avec des mesures d'accompagnement.[21] La quatrième année de DES est dite « professionnalisante ». L'objectif est de préciser un projet professionnel en exerçant sur le terrain en autonomie avec accès à une supervision en cas de besoin. Cette quatrième année est supposée ancrer la pratique des jeunes médecins dans le territoire.

3.3.4 Vécu de la formation, et projet professionnel en découlant

Selon les défenseurs de l'instauration de la phase d'approfondissement, les conditions actuelles de formation en trois ans, avec une seule année de stages obligatoirement réalisés en secteur ambulatoire, ne permettent pas de préparer suffisamment les futurs médecins généralistes à l'exercice en soins primaires. Cette situation favoriserait des décisions d'installation différée. Une année supplémentaire de formation permettrait aux étudiants de se projeter dans leur futur exercice, majoritairement en milieu ambulatoire selon un exercice libéral. Fort du contexte général, le Président de la République s'est positionné, lors de la campagne présidentielle de 2022, en faveur de l'allongement à quatre ans du DES de Médecine Générale. Il s'est déclaré en faveur d'incitations à destination des jeunes médecins qui effectueraient cette quatrième année en zone sous-dense et pour un meilleur accompagnement des internes, notamment en termes de logement. Un article récent a montré que la formation jouait aussi un rôle important dans l'installation.[22] Cet article portant sur 34 990 communes a analysé la démographie médicale de 2018 à 2021. De façon significative, l'évolution de la densité en médecins généralistes était plus favorable dans les communes avec des maîtres de stage universitaires (MSU) que dans les communes sans MSU. Cette association persistait dans les modèles multivariés lorsque d'autres facteurs étaient pris en compte. Le Code de la Santé Publique considère également que le DES en 3 ans, avec une année en stage ambulatoire, ne permet pas de les préparer suffisamment à l'exercice en soins primaires par l'article L 4130-1 du Code de la Santé Publique.[23]

Parallèlement aux FST, qui suggèrent des liens entre la formation et le mode d'exercice, existent des modes d'exercice particulier (MEP) au cabinet, faisant sortir l'exercice de la Médecine Générale du soin primaire et venant enrichir l'éventail des possibilités. Ainsi par ordre de fréquence, on retrouve l'homéopathie, la mésothérapie, la médecine agréée, l'expertise, la nutrition, l'ostéopathie, l'acupuncture, la médecine du sport, et la médecine esthétique.[9] L'exercice de la pédiatrie de suivi au cabinet concerne 9 familles sur 10 en 2018.[24]

Nous constatons par état de fait qu'outre un MEP variable en cabinet, il existe aussi des variantes de lieu d'exercice, il semble donc également fréquent de voir un exercice hospitalier, en clinique ou en institution, notamment pour les disciplines pédiatrie, gériatrie, médecine d'urgence, médecine polyvalente, et commencent à émerger de nouveaux modes d'exercice comme celui de médecin généraliste attaché à un service de chirurgie, ou de psychiatrie (« somaticien »).

4 Démographie médicale en France métropolitaine

La situation démographique médicale inquiète la population, et la difficulté d'accès aux soins primaires constitue depuis quelques années une problématique cruciale en France. Le nombre de médecins sur le territoire fait l'objet d'une régulation. Les conséquences sur la santé de la population, et l'impact sur les dépenses publiques liées à des prises en charge tardives commencent à faire l'objet de travaux. Il semble en effet que la problématique des déserts médicaux soit à l'origine de coûts importants pour les finances publiques.

4.1 Nombre de médecins sur le territoire et régulations

L'offre de soins était régulée depuis 1971 par le *numerus clausus*, qui fixait le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine. Fixé initialement à 8 588 places, il n'a vraiment diminué qu'à partir de 1978, jusqu'à atteindre 3 500 places en 1993 pour être progressivement réaugmenté au début des années 2000.[25] Cette diminution d'entrants dans le cursus serait le fruit d'une pression des libéraux, à l'époque d'une pléthora médicale, mais aussi d'une idéologie économiste de la santé, basée sur le fait que la demande de la part de la population, serait induite par l'offre de soin. Dans cette théorie de la « demande induite », assimilée à une théorie économique, on retrouve 3 arguments :

- La présence de structures et d'une offre de soin riche et maillant le territoire serait un appel direct à la consommation de soins.
- La population mieux informée et exigeante pousse à une prescription de soin.
- Une population non éduquée à la santé se laisserait guider par un médecin soucieux de ne pas perdre ses patients en demande d'examens.[26]

Les récentes variations de la démographie médicales peuvent être résumées en 3 phases :

- Des années soixante jusque soixante-dix avec l'instauration du *numerus clausus*, le flux annuel des entrants en filière médicale n'est pas régulé, et atteint 12 000 en 1977.
- Dans la fin des années soixante-dix, l'État prend conscience que l'offre de soin créé sa demande et restreint le flux pour le diminuer à près de 3500 en 1993.
- Au milieu des années quatre-vingt-dix, le *numerus clausus* remonte.

Depuis 1993, le *numerus clausus* remonte à grande vitesse, ce qui illustre l'absence de réflexion stratégique sur le rôle respectif des généralistes et des spécialistes à l'horizon 2030 et l'évolution des frontières entre disciplines induite par le progrès médical.[27]

Le *numerus clausus* fut finalement supprimé en 2021[28,29] pour laisser place au *numerus apertus*, supposé apporter une réponse à la demande en soins primaires à l'échelle des territoires, puisque l'on a vu que les universités décidaient à l'échelle régionale du nombre d'entrants en études de santé. Cependant, la réforme de l'accès aux études de santé, instituant la PASS et la LAS, laisse supposer une diminution du nombre d'étudiants accédant finalement à l'internat.[30,31] Ce dernier point demeure complexe à évaluer, mais les universités ne communiquent pas précisément le nombre d'étudiants abandonnant ou se réorientant.

Les autorités sanitaires, tenues d'assurer un accès facile aux soins primaires ont tenté par diverses façons de maintenir une offre de soin idéale, principalement en augmentant le nombre d'entrant dans les filiales de santé. Il apparaît que cette stratégie a abouti à une augmentation du nombre de spécialistes hors Médecine Générale, et n'a ainsi pas permis d'augmenter l'offre en soins primaire. En effet, dans l'atlas de la démographie médicale en France, en 2022, on retrouve que la population de médecins généralistes décroît en France de façon régulière (baisse de 11% des effectifs entre 2010 et 2022), la population de médecins spécialistes médicaux et chirurgicaux augmente (augmentation de 6% entre 2010 et 2022).[32]

Une série d'autres facteurs sont probablement à l'origine de cette difficulté d'accès au soin, parmi ceux-ci, des facteurs sociaux sont probablement en cause, mais aussi des facteurs professionnels (comme la diminution du temps de travail, la préférence pour le salariat, les remplacements).

Depuis dix ans, la démographie médicale est soutenue par les médecins diplômés à l'étranger. Alors qu'ils étaient entre 500 et 1 000 par an à s'installer en France au début des années 2000, leurs effectifs ont fortement augmenté en 2007 et plafonnent à environ 1 500 médecins par an. Entre 2007 et 2015, la proportion de médecins ayant obtenu leur diplôme à l'étranger parmi les nouveaux actifs a ainsi augmenté de 6 % à 10 %.[33]

Pour la première fois de l'histoire de la médecine en France, la majorité des médecins en exercice sont des femmes et en parallèle, les médecins s'orientent de moins en moins vers des carrières libérales, et l'objet de ce présent travail est de comprendre que les médecins généralistes exercent de surcroît une variété de mode d'exercices autres que le soin primaire.[32]

4.2 Notion de désert médical, et conséquences en population

Si le nombre de médecins généralistes diminue depuis 2010, les projections à l'horizon 2025 font état d'une poursuite de la diminution pour atteindre 81 900 généralistes en exercice en 2025.[32] En miroir de cet amenuisement des effectifs des généralistes, les spécialités d'organes voient leur nombre de praticiens actifs augmenter. Outre ces fluctuations en effectifs, des inégalités de répartition territoriales placent certaines régions, dans une situation de pénurie médicale, laissant les populations en grande difficultés (grands délais de rendez-vous avec ce que ça implique comme conséquences : ratés de prise en charge, retard diagnostique et potentiels impacts sur les dépenses de santé). La notion de désert médical ne fait l'objet d'aucune définition consensuelle, mais il se définit à travers les différents travaux, par le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, la distance à parcourir pour obtenir des soins primaires (de la part d'un médecin traitant, d'un pharmacien, ou d'un service d'urgences). Selon les récents travaux de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation des Statistiques), un désert médical est une zone géographique qui cumule les trois difficultés suivantes : le nombre de consultations en Médecine Générale par an et par habitant est inférieur à 2,5, la première pharmacie est située à plus de 10 minutes de route et le premier effecteur de médecine d'urgence est situé à plus de 30 minutes de transport. 17% de la population française connaît une des 3 difficultés, 0,5% connaît un cumul des 3 difficultés d'accès au soin.[34] Cela concerne environ 360000 personnes réparties sur 1883 communes.[35]

Finalement, les projections horizon 2025 feront surtout état d'une inadéquation entre l'offre de soin et la demande de soin, mais l'offre de soin des libéraux diminuerait

davantage que les effectifs. La densité médicale devrait diminuer pour stagner jusqu'en 2025 à 306 médecins pour 100 000 habitants, amorcer une remontée pour retrouver le niveau de 2015 (321 médecins pour 100 000) vers 2032.[33] Les conséquences de ces phénomènes sont successivement, un retard, une raréfaction des consultations, un état de santé précarisé, un retard diagnostique, donc une prise en charge tardive.

4.3 Impact sur la santé de la population et les dépenses publiques.

Si l'impact en population en terme de santé est étudié,[36] l'impact sur les dépenses qui découlent des retards diagnostiques est encore peu étudié, mais on peut estimer que les populations étant concernées par la problématique des déserts médicaux, souffrant de retards diagnostiques, font l'objet de prises en charge plus coûteuses que si elles avaient été initiées plus tôt.

5 Lien entre la formation et la démographie médicale

Pour comprendre le lien possible entre la formation et la démographie médicale, nous suivrons virtuellement le parcours de vie d'un bachelier qui souhaite devenir médecin généraliste et y parvient, jusqu'à l'âge de la retraite. Nous verrons qu'à chaque étape de vie, il peut consacrer son temps au soin premier de Médecine Générale, ou à d'autres occupations.

- Bac, première année d'études, puis est admis en deuxième année DFGSM2
- De la 2^{ème} à la 6^{ème} année, il peut poursuivre ses études simplement, ou subir des redoublements, ou même abandonner ses études[30]
- En 7^{ème} année, il peut devenir IMG ou interne d'une autre spécialité
- Une fois IMG, il pourra valider son cursus en 8 semestres, ou éventuellement le rallonger par des césures ou stages non-validés, ou reporter sa soutenance de thèse pendant au maximum 3 ans ou, plus rarement, abandonner son internat ou ne pas soutenir sa thèse dans les délais impartis
- Une fois titulaire du DES de MG, il pourra exercer les soins premiers de MG à temps plein, ou bien diminuer cette offre de soins de différentes manières :
 - o En exerçant à temps partiel, ou en faisant des remplacements discontinus ou de l'intérim continu
 - o En exerçant d'autres disciplines médicales dans le cadre du DES de MG, telles la gynécologie, la pédiatrie, la rhumatologie, la médecine d'urgence, la gériatrie, etc.
 - o En exerçant d'autres soins, tels l'acupuncture, l'homéopathie, etc.
 - o En exerçant d'autres activités professionnelles dans le monde de la santé, tels que le management, le journalisme, le syndicalisme, etc.
 - o En renonçant à exercer la médecine
- Cette carrière pourra s'achever par un départ à la retraite à l'âge normal, mais il est également possible que ce départ à la retraite soit prématuré, ou précédé d'une longue phase de travail à temps partiel, ou inversement tardif

Ce cas d'étude montre que le lien entre le nombre d'étudiants admis en DFGSM2 et l'offre de soins premiers de Médecine Générale n'est pas du tout évident. On

comprend que de nombreux facteurs peuvent influencer l'offre de soins finalement disponible, et que ces nombreux facteurs peuvent eux-mêmes évoluer au fil du temps.

Ainsi, par exemple, dans la littérature, nous retrouvons une perte d'environ 5 à 10% d'effectif entre la DFGSM2 et la thèse. En effet, avant la réforme PASS et LAS introduisant le *numerus apertus*, bon nombre d'étudiants n'arrivaient pas à la thèse, et ce pour des raisons variées.[37] Il apparaît en outre, que la réforme des études ne semble pas faire l'unanimité et que bon nombre d'étudiants sont en grande détresse en arrivant en filière médicale en empruntant des voies transversales via la LAS, la diversification des profils voulue par les décideurs pourrait alors être pourvoyeuse d'une chute du niveau des connaissances en médecine.[30,31,38]

Dans le cadre de ce travail, nous nous intéresserons plus particulièrement au lien entre le nombre d'internes de Médecine Générale formés en fin d'études, et l'offre de soins.

6 Objectif

Problématique : la décision politique est aujourd'hui basée sur une vision simpliste du lien entre formation et offre de soins, or nous avons vu que cette relation était complexe, et relativement peu documentée.

Notre objectif stratégique est de fournir des données empiriques pour éclairer la prise de décision sur l'offre de formation de Médecine Générale.

Pour ce faire, notre objectif opérationnel est de comprendre le lien quantitatif entre la diplomation d'étudiants en DES de Médecine Générale, et l'offre de soins de premiers recours en Médecine Générale disponible, au terme d'une période de fluctuations prévisibles.

Matériel et méthodes

Notre travail est une étude transversale nichée dans une cohorte historique.

1 Etude 1 : cohorte historique

1.1 Design de l'étude

Une première étude consiste en une cohorte historique réalisée par réutilisation des données publiées sur Legifrance relatives à l'examen classant national de 2010. Les individus ainsi identifiés sont ensuite recherchés dans d'autres sources de données.

1.2 Sujets et données

Nous avons inclus tous les étudiants classés à l'issue de l'ECN de 2010. Cette liste d'étudiants a été récupérée sur Legifrance [39] puis nettoyée de manière automatisée puis manuelle.

Nous avons ensuite recherché ces étudiants dans le fichier des étudiants finalement affectés au terme de l'ECN, publié lui aussi sur Legifrance.[40] La jointure entre les deux fichiers a été réalisée à l'aide du rang de classement, présent dans les deux fichiers. Ce fichier a également été nettoyé de manière automatisée puis manuelle.

Partant ensuite des internes finalement affectés à Lille en DES de Médecine Générale en 2010, nous les avons recherchés dans la base de données administrative du CDOM du Nord (Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins), pour tout enregistrement jusqu'en 2024, afin de trouver une trace de l'installation de ces médecins dans les 14 années suivantes. Nous avons pour ce faire utilisé l'identité affichée sur Legifrance (nom, nom d'usage, prénom). Pour les médecins retrouvés dans le fichier du CDOM du Nord, nous avons collecté l'état civil, l'âge, la date de fin de DES, la date de soutenance de thèse, le statut installé ou non, et si le sondé était installé, la date d'installation. Ce sous-groupe d'individus fait l'objet de l'étude 2, décrite plus bas.

Les personnes non-retrouvées dans le fichier du CDOM du Nord ont ensuite été recherchées dans le répertoire des autre CDOM : alors, les coordonnées ne nous étaient pas transmises, et ces médecins n'étaient pas inclus dans l'étude.

Enfin, les médecins qui n'ont été retrouvés dans aucun des deux fichiers cités précédemment ont été considérés comme n'exerçant pas la médecine.

L'analyse vise à déterminer un taux de perte et à établir un flow-chart entre l'effectif des inscrits en début de DES en 2010 et les médecins toujours en exercice en 2024.

2 Etude 2 : étude transversale

2.1 Design de l'étude

Dans un second temps une étude transversale par questionnaire standardisé s'est intéressée dans cette cohorte aux médecins installés actuellement dans le Nord. Il s'agit d'une enquête par questionnaire réalisée par le CDOM du Nord.

2.2 Sujets et données

Tous les médecins de la première partie actuellement installés dans le Nord ont été sollicités. Un questionnaire a été établi à l'aide d'une enquête qualitative (entretiens semi-dirigés). Ce questionnaire a ensuite été envoyé aux médecins inscrits au CDOM du Nord par voie postale. L'envoi a comporté une lettre d'accompagnement, le questionnaire et une enveloppe retour préaffranchie. Des relances téléphoniques systématiques ont été réalisées afin d'augmenter le taux de réponse. Le questionnaire, détaillé en Annexe, recueille des informations relatives à l'état civil, l'âge, l'année de fin d'internat, l'année de thèse, le volume horaire travaillé, le style d'exercice et les disciplines exercées, le lieu d'exercice, les proportions de volumes horaire en fonction des modes d'exercice et du statut libéral ou salarié.

3 Statistiques

Les variables qualitatives, binaires, ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type (SD, *standard deviation*) si l'histogramme révèle une distribution d'allure symétrique, et médiane premier et troisième quartile (Q1, Q3) dans le cas contraire.

L'indépendance entre deux variables qualitatives est testée à l'aide d'un test du Khi². L'indépendance entre une variable qualitative et une variable quantitative est testée à l'aide d'un test de Student.

Les relations entre les covariables candidates et une variable quantitative sont modélisées et testées à l'aide d'une régression linéaire multiple. Les résultats sont exprimés en termes de coefficients assorti d'un intervalle de confiance à 95% (IC95). Les relations entre les covariables candidates et une variable binaire sont modélisées et testées à l'aide d'une régression logistique. Les résultats sont exprimés en termes d'odds ratio (OR) assorti d'un IC95. Dans les deux cas, les covariables disponibles sont toutes incluses dans l'analyse, et sont sélectionnées en fonction des résultats, de manière itérative. Seul le modèle final est présenté.

Les tests statistiques sont bilatéraux. Les p valeurs sont considérées comme significatives au seuil de 5%. Les intervalles de confiance sont calculés à 95%. Les p valeurs inférieures à 10^{-10} sont rapportés comme « p=0 ».

4 Cadre réglementaire

Cette étude a été soumise au DPO (Délégué à la Protection des Données) du Conseil de l'Ordre des Médecins, qui a indiqué que :

- La collecte des coordonnées des médecins au sein du fichier des inscrits au CDOM du Nord relevait d'un traitement de données qui entrait dans le cadre des finalités d'intérêt public
- Le questionnaire et le traitement des données qui en étaient issues, ces dernières étant entièrement anonymes, ne relevaient pas du RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

Résultats

1 Diagramme de flux commun aux deux études

Afin de limiter les redondances, nous présentons en Figure 1 le diagramme de flux complet des deux études. Les résultats de la première étude constituent en quelque sorte les données de départ de la deuxième étude. Nous détaillerons ce diagramme de flux par la suite.

Les 6962 étudiants classés à l'ECN 2010 constituent le point de départ de la première étude (voir page 36).

Les 115 sujets retrouvés dans le fichier du CDOM du Nord forment la population de l'étude 2 (voir page 41).

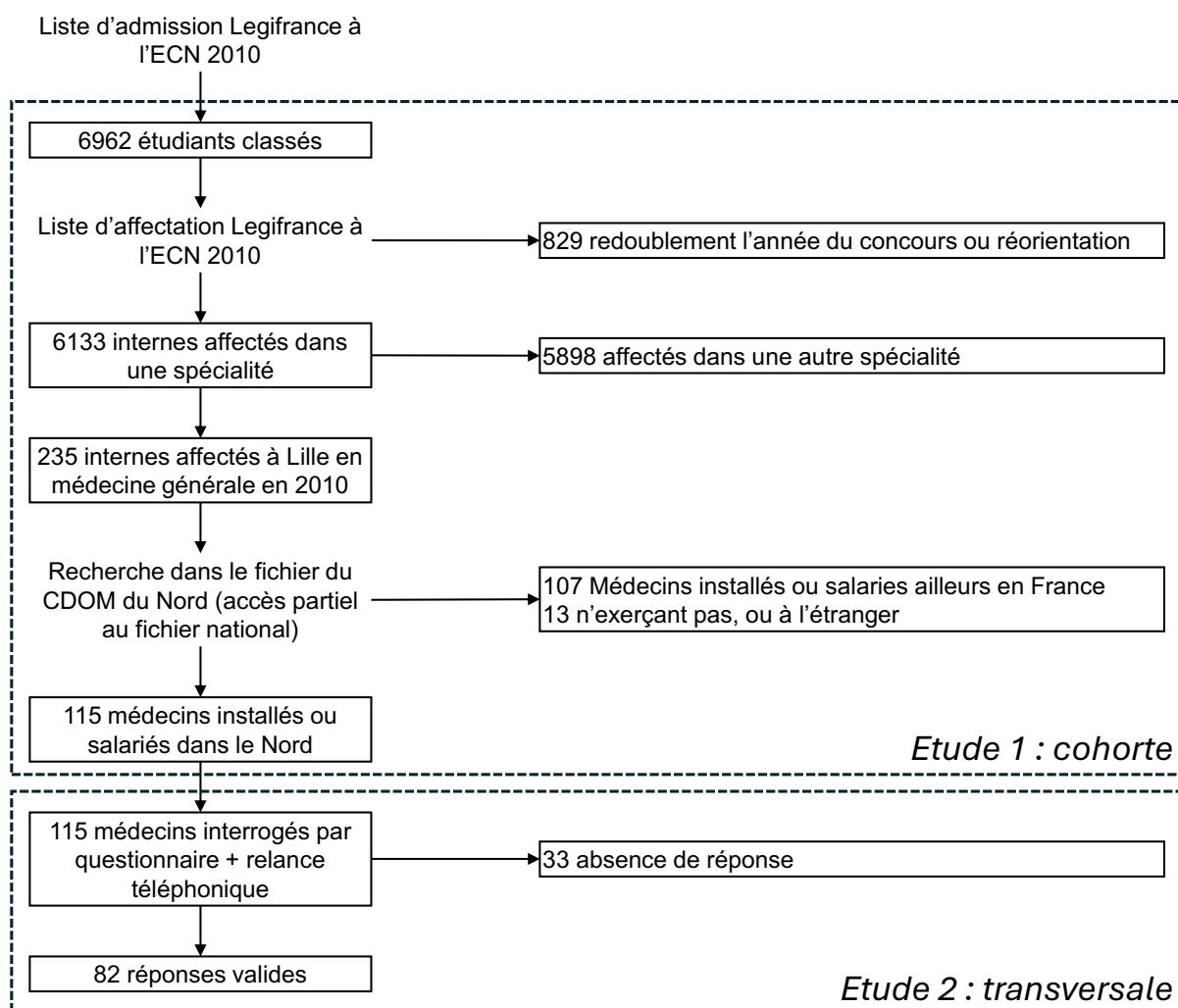


Figure 1. Diagramme de flux étude 1 et étude 2

2 Partie 1 : cohorte historique

2.1 Description des étudiants classés

Parmi les 6962 étudiants classés, l'âge moyen est de 25,0 ans ($SD=1,88$) au 1^{er} novembre, et l'âge médian est de 25 [24 ; 25] (Figure 2). Ce contingent comporte 4282 femmes (61,5%). L'âge moyen est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (25,3 ans contre 24,8 ans, $p=0$). En termes de classe d'âge, on observe en particulier que les femmes sont majoritaires chez les jeunes candidats, mais deviennent minoritaires chez les candidats plus âgés. La proportion de femmes est ainsi de 66,4% chez les 22-23 ans, 62,9% chez les 24-26 ans, 45,3% chez les 27-29 ans, et 42,1% chez les 30 ans et plus ($p=0$; Figure 3).

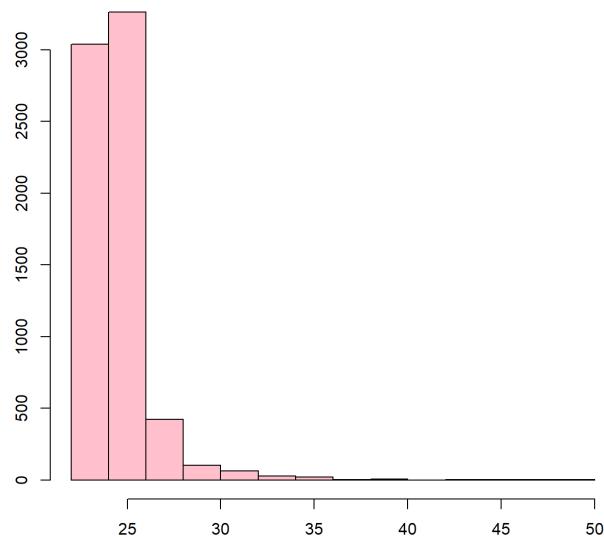


Figure 2. Age des étudiants classés

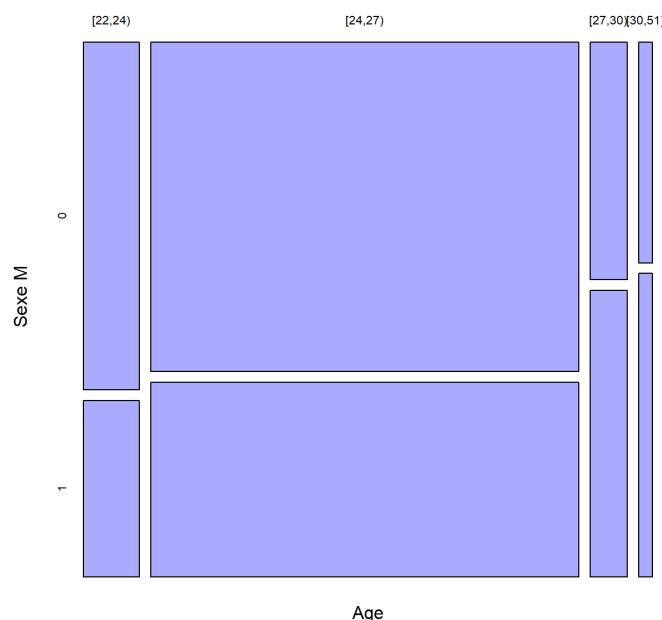


Figure 3. Sexe (verticalement) en fonction de l'âge (horizontalement)

Le rang de classement moyen ne diffère pas significativement en fonction du sexe ($p=10,4\%$). Il diffère cependant significativement en fonction de l'âge : 2423,2 chez les 22-23 ans, 3437,7 chez les 24-26 ans, 5058,1 chez les 27-29 ans, et 4891,4 chez les 30 ans et plus ($p=0$; Figure 4).

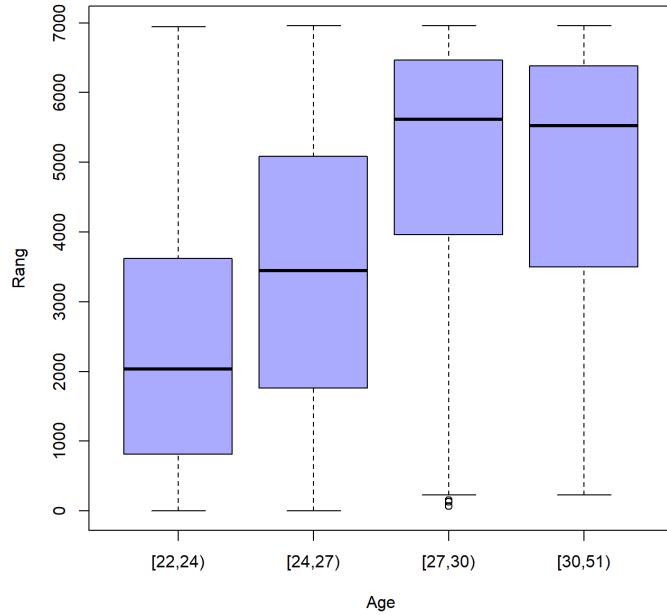


Figure 4. Rang de classement (ordonnées) en fonction de l'âge (abscisses)

2.2 Du classement à l'affectation

Parmi les 6962 étudiants classés, seulement 6133 (88,1%) seront finalement affectés cette même année (Figure 1 page 35). De manière naturelle, la proportion d'étudiants finalement affectés est grandement liée au rang de classement. Cette proportion est de 98,8% dans le premier quartile, 95,1% dans le deuxième quartile, 84,0% dans le troisième quartile, et 74,5% dans le quatrième quartile ($p=0$, Figure 5).

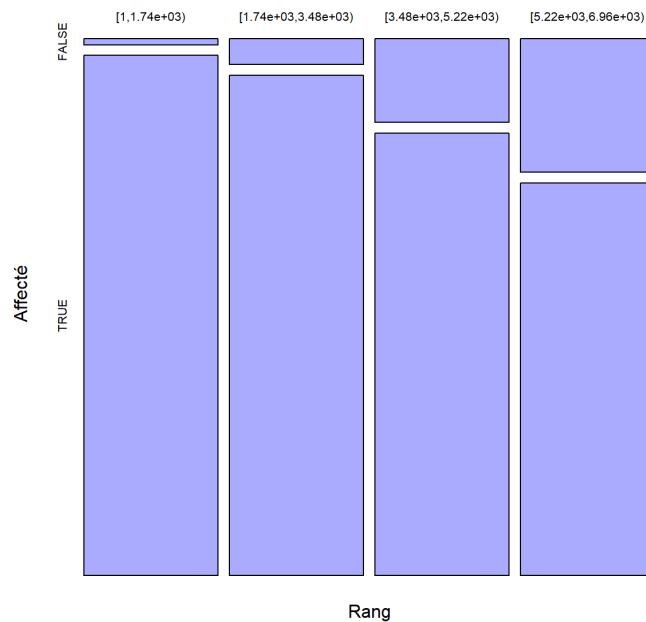


Figure 5. Proportion d'affectation (verticalement) en fonction du rang de classement (horizontalement)

Cependant, d'autres facteurs sont significativement associés à la probabilité de ne pas être affecté, en analyse multivariée (régression logistique). Le rang de classement (en milliers) est associé à un odds ratio de 1,87 [1,77 ; 1,96]¹ et le sexe masculin est associé à un odds ratio de 1,64 [1,41 ; 1,92]. Pour ce qui est de l'âge, la catégorie des 25-26 ans servant de référence (OR=1), un âge plus jeune est un facteur de risque de non-affectation, avec un odds ratio de 2,18 [1,67 ; 2,84] pour les 22-23 ans, tandis qu'un âge plus élevé est un facteur protecteur, avec un odds ratio de 0,452 [0,337 ; 0,607] pour les 27-29 ans et 0,568 [0,365 ; 0,883] pour les 30 ans et plus (Figure 6).

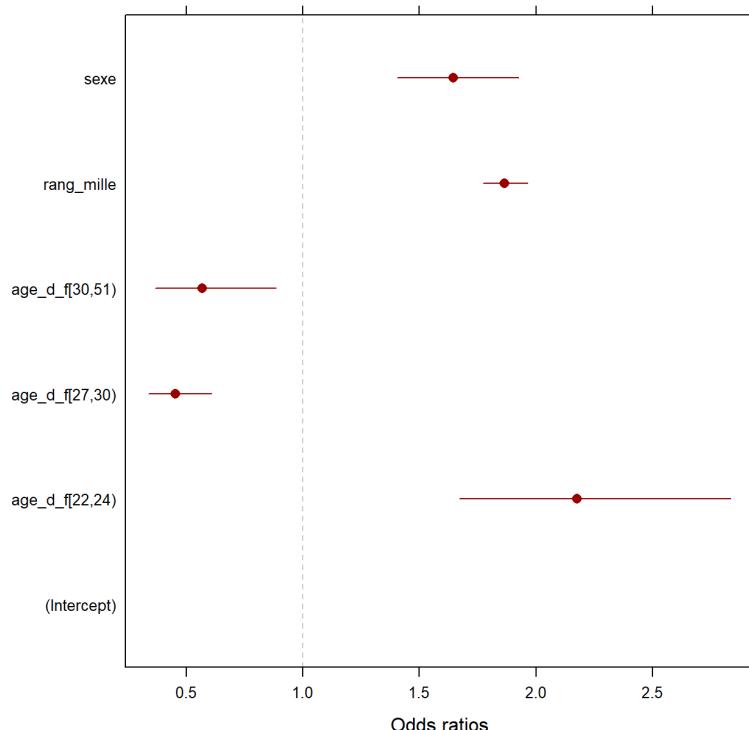


Figure 6. Odds ratios de la régression logistique prédisant l'affectation parmi les classés

2.3 Description des internes finalement affectés

Ainsi, en 2010, 6133 étudiants ont été affectés dans une spécialité, dont 3855 femmes (62,9%). La moyenne d'âge à l'affectation entant qu'interne en 2010 était de 25 ans (DS=1,87), et la médiane de 25 ans [24 ;25]. L'âge moyen est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (25,2 ans contre 24,8 ans, p=0). En termes de classe d'âge, on observe en particulier que les femmes sont majoritaires chez les jeunes internes, mais deviennent minoritaires chez les internes plus âgés. La proportion de femmes est ainsi de 66,7% chez les 22-23 ans, 64,3% chez les 24-26 ans, 47,4% chez les 27-29 ans, et 43,7% chez les 30 ans et plus (p=0 ; Figure 7).

¹ En clair, en moyenne une perte de 1000 places est associée à une multiplication par 1,9 du risque de ne pas être affecté cette année-là

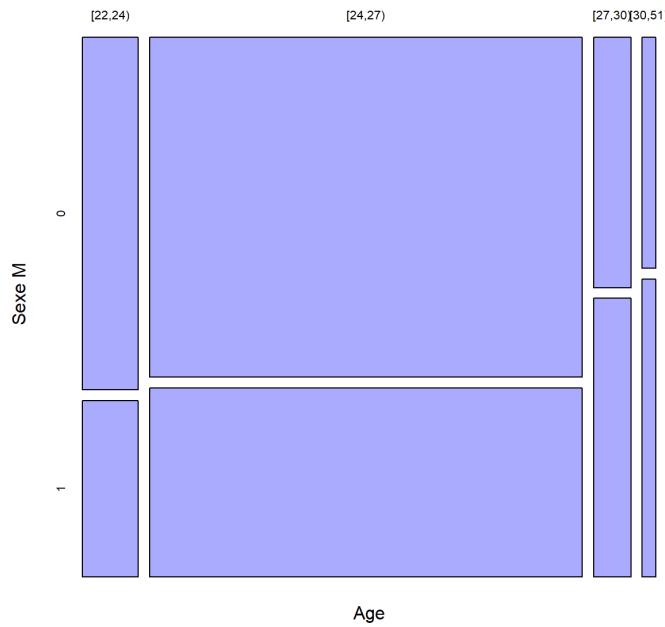


Figure 7. Proportion d'hommes (verticalement) en fonction de l'âge (horizontalement)

L'histogramme des rangs de classement illustre la disparition de certains candidats moins bien classés, observée précédemment (Figure 8 et Figure 5), car il ne suit plus une loi uniforme.

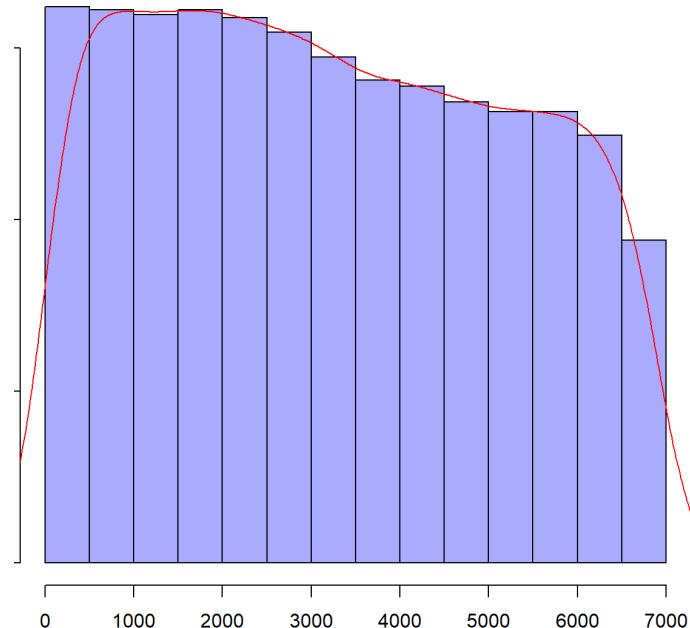


Figure 8. Histogramme des rangs de classement des internes finalement affectés

Mécaniquement, on retrouve les tendances précédentes, avec un rang de classement non-significativement différent en fonction du sexe ($p=78,4\%$) et significativement lié à l'âge avec des rangs plus élevés dans les catégories d'âge les plus élevées ($p=0$)

2.4 Focus sur l'affectation en Médecine Générale

Parmi les 6133 internes affectés, les affectations retrouvées sont représentées en Figure 9. En particulier, 2965 internes sont affectés en Médecine Générale (48,3%).

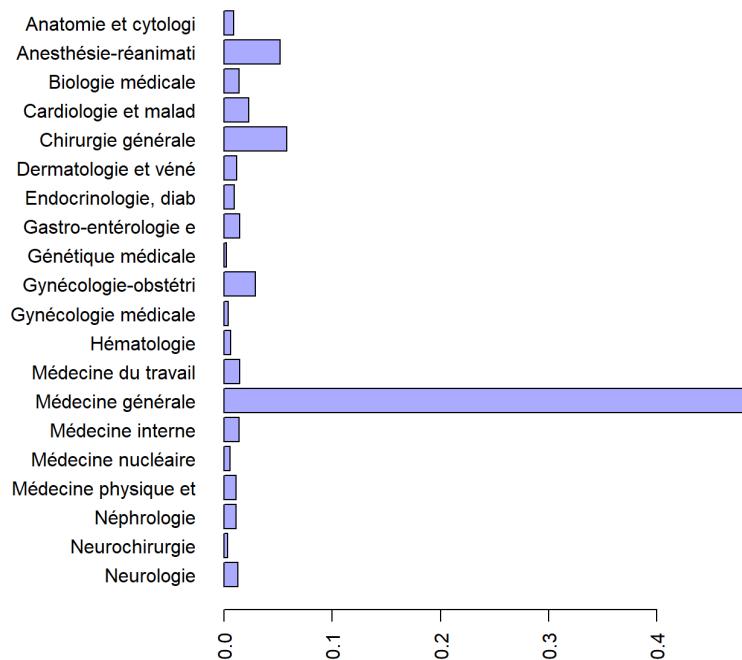


Figure 9. Spécialités d'affectation

La proportion d'affectation en Médecine Générale est grandement liée au rang de classement : elle concerne 8,35% des internes classés dans le premier quartile, 25,2% du deuxième quartile, 72,7% du troisième quartile, et 87,0% du quatrième quartile (Figure 10).

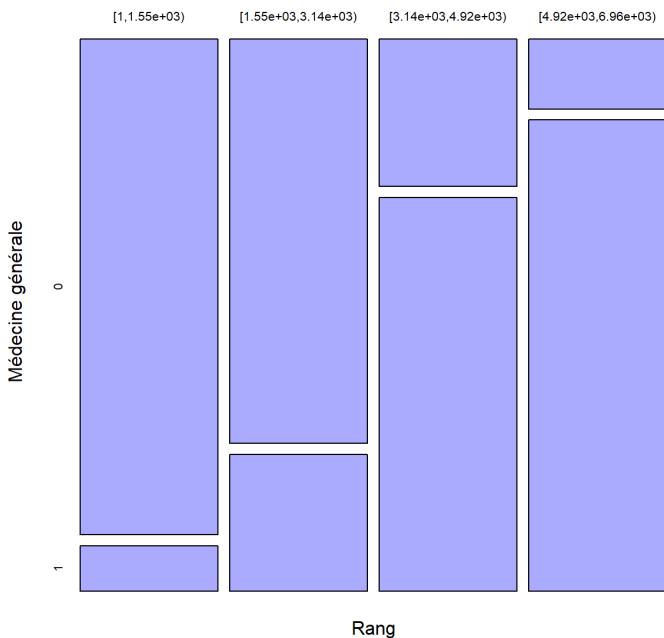


Figure 10. Proportion d'affectations en Médecine Générale (verticalement) en fonction du rang de classement (horizontalement)

Cependant, d'autres facteurs sont significativement associés à la probabilité d'être affecté en Médecine Générale, en analyse multivariée (régression logistique). Le rang de classement (en milliers) est associé à un odds ratio de 2,62 [2,50 ; 2,74]², le sexe masculin est associé à un odds ratio de 0,66 [0,57 ; 0,76], tandis que l'âge en années est associé à un odds ratio de 0,93 [0,90 ; 0,96] par année d'âge.

2.5 Focus sur l'affectation dans la subdivision de Lille

Parmi les 6133 internes affectés, les affectations retrouvées sont représentées en Figure 11. En particulier, 458 internes sont affectés à Lille (7,47%).

² En clair, la perte de 1000 places dans le classement est en moyenne associée à une multiplication par approximativement 2,6 de la probabilité d'être affectée en Médecine Générale

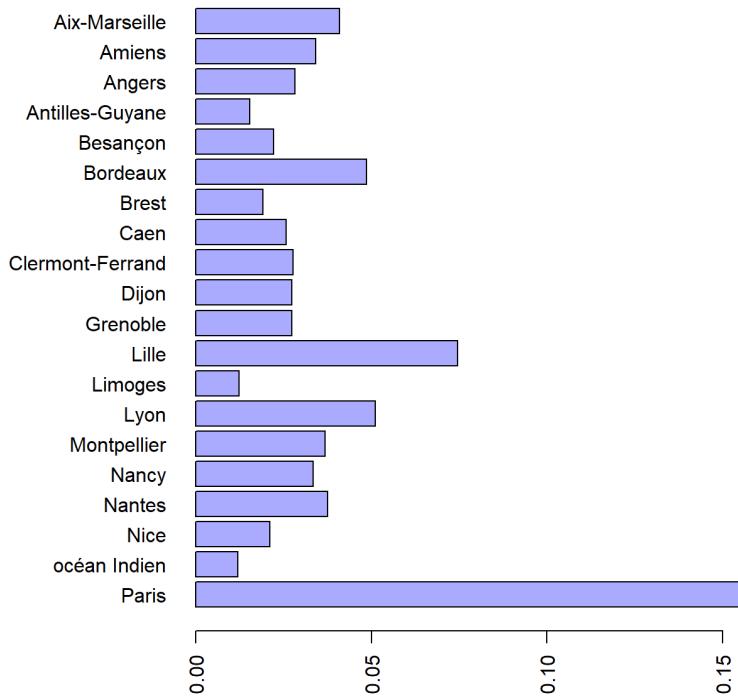


Figure 11. Subdivision d'affectation

La proportion d'affectation à Lille n'est pas significativement liée au rang de classement ($p=82,7\%$), ni au sexe ($p=73,4\%$).

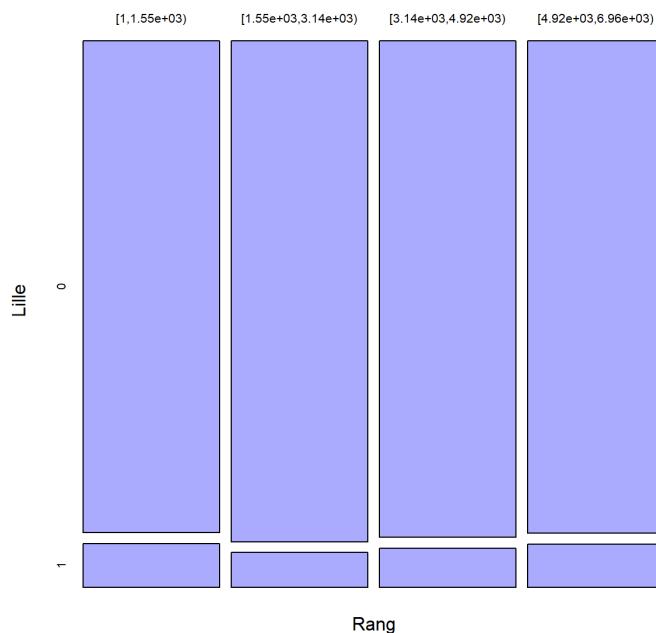


Figure 12. Proportion d'affectations à Lille (verticalement) en fonction du rang de classement (horizontalement)

On retrouve une association statistique avec l'âge des internes : les internes affectés à Lille ont en moyenne un âge légèrement inférieur aux autres (24,7 ans contre 25,0 ans, $p=0,4\%$). Pour l'affectation à Lille, l'âge en années présente un odds ratio de 0,904 [0,84 ; 0,97] par année d'âge (Figure 12).

2.6 De l'affectation en 2010 à l'inscription à l'Ordre en 2024

Parmi les 235 internes affectés en Médecine Générale à Lille, 115 (48,9%) sont inscrits dans le Nord en 2024, 107 (45,5%) sont inscrits dans d'autres départements, et 13 (5,5%) sont considérés dans cette étude comme n'exerçant pas, ou exerçant à l'étranger (voir Figure 1 en page 35). Ainsi, le coefficient de transformation à 10 ans (proportion de personnes inscrites dix ans après la fin théorique de l'internat) est de 94,5% (Figure 13).

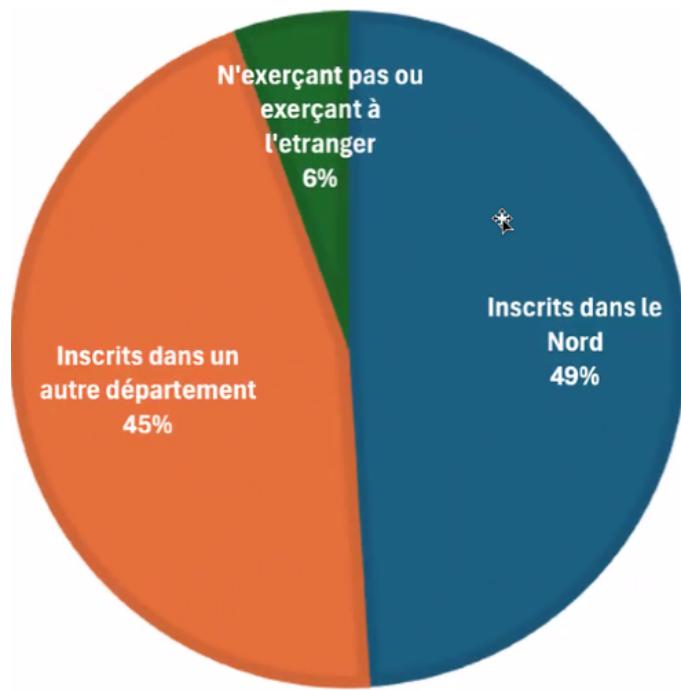


Figure 13. Proportion d'inscrits au tableau de l'Ordre en 2024

3 Partie 2 : étude transversale

3.1 Questionnaire

Le questionnaire obtenu est reproduit en Annexe. Il comprend 10 questions, réparties en 2 parties : le profil du praticien faisait l'objet de 5 questions portant sur : son état civil, son âge, sa date de soutenance de thèse, de fin d'internat, et d'installation si ce dernier est installé. L'exercice et l'activité faisaient l'objet de 5 questions sur : la quantité de travail en heures par semaines, en semaines par an, le milieu d'exercice (en métropole lilloise, en milieu urbain, en milieu semi rural et en milieu rural), la répartition du temps travaillé selon le statut de travail (libéral, salarié, remplaçant, établissement libéral, ou établissement salarié), la répartition du temps travaillé selon le type d'exercice (soins premiers de Médecine Générale, médecine polyvalente, gériatrie, pédiatrie, gynécologie, urgences, addictologie, médecine esthétique, médecines complémentaires ou alternatives, ou autre).

Nous avons administré ce questionnaire à 115 médecins, avons obtenu 52 (45%) réponses spontanées puis, au terme des relances téléphoniques, 82 réponses valides. Le taux de réponses est donc de 71,3% (voir Figure 1 en page 35).

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

L'âge médian des médecins généralistes de l'ECN 2010 actuellement inscrits à l'Ordre des Médecins du Nord, est en 2024 de 39 ans (Q1-Q3: [38; 39], avec un maximum à 47 ans), (Figure 14). L'échantillon comporte 47 femmes (57,3%).

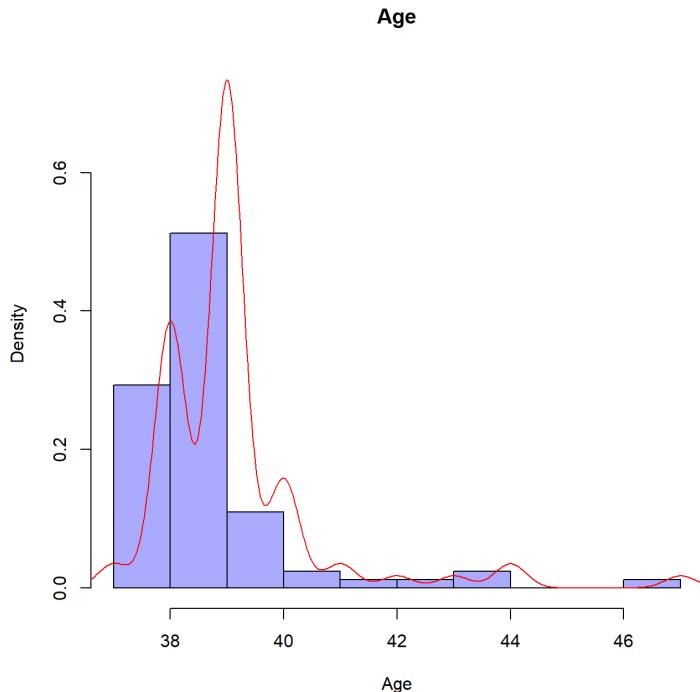


Figure 14. Répartition selon l'âge des médecins généralistes de l'étude 2

Les hommes sont significativement plus âgés que les femmes (39,7 ans contre 38,7 ans, $p=0,6\%$, Figure 15).

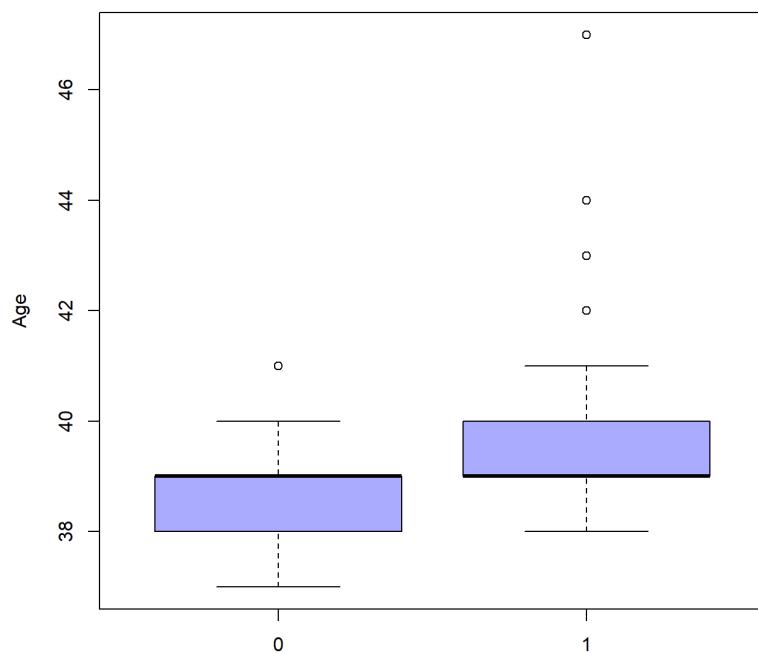


Figure 15. Répartition de l'âge en fonction du sexe, (homme=1 ; femme=0)

Après analyse des dates déclarées dans le formulaire, le délai en années entre la fin de l'internat et la soutenance de thèse est en médiane de 0,33 an (Q1-Q3 : [-0,02 ; 1,27]), et en moyenne de 0,63 an (DS=1,07) (Figure 16 ; étant entendu qu'il est possible de soutenir sa thèse avant la fin de l'internat, ce qui entraîne un délai négatif).

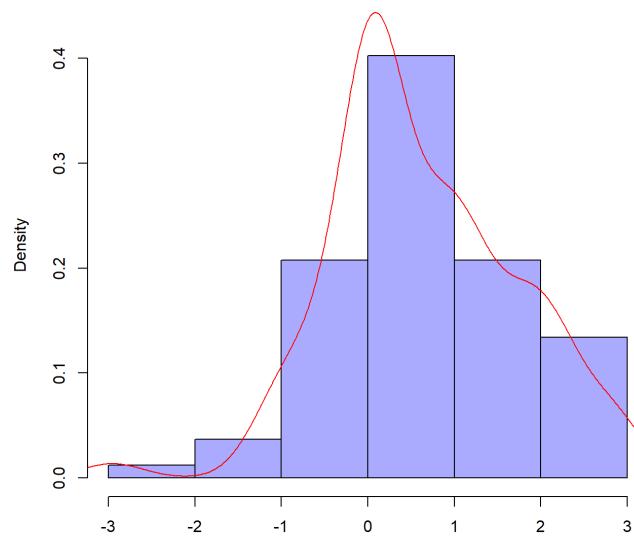


Figure 16. Délai en années, entre la fin d'internat et la soutenance de thèse

Notons que 21 internes (25,6%) ont soutenu leur thèse avant la fin d'internat.

Parmi les 48 médecins installés en libéral (58,5%), la médiane de l'année d'installation est 2016, (Q1-Q3 : [2015 ; 2018]), (Figure 17).

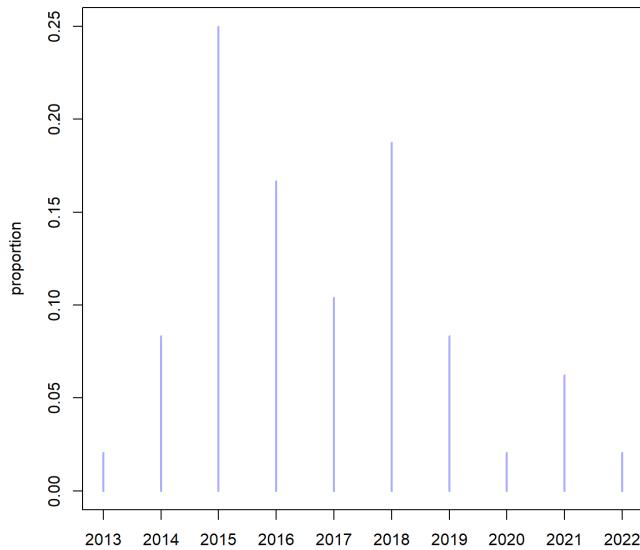


Figure 17. Répartition des médecins libéraux par année d'installation

3.3 Temps de travail déclaré

Les médecins contactés déclarent travailler en moyenne 42,6 heures par semaine ($DS=8,66$), et en médiane 44,5 heures par semaine (Q1-Q3 : [35,2 ; 48,0]) (Figure 18). Ainsi, 53 médecins (64,6%) déclarent travailler plus de 39 heures par semaine, et 61 médecins (74,4%) déclarent travailler plus de 35 heures par semaine.

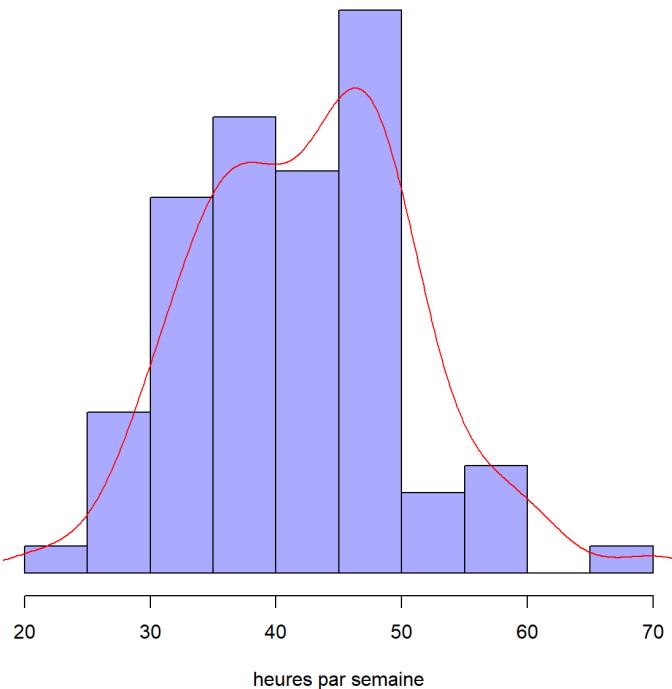


Figure 18.Distribution du temps de travail hebdomadaire, en heures

Les médecins contactés déclarent travailler en moyenne 43,9 semaines par an ($DS=2,86$), et en médiane 45 semaines (Q1-Q3 : [44 ; 45]) (Figure 19). Ainsi, 66 médecins (81,5%) déclarent travailler plus de 42,75 semaines par an. Ce seuil

correspond au nombre de semaines ouvrées par un salarié aux 35 heures, bénéficiant de congés annuels et de congés liés à la récupération du temps de travail (RTT).

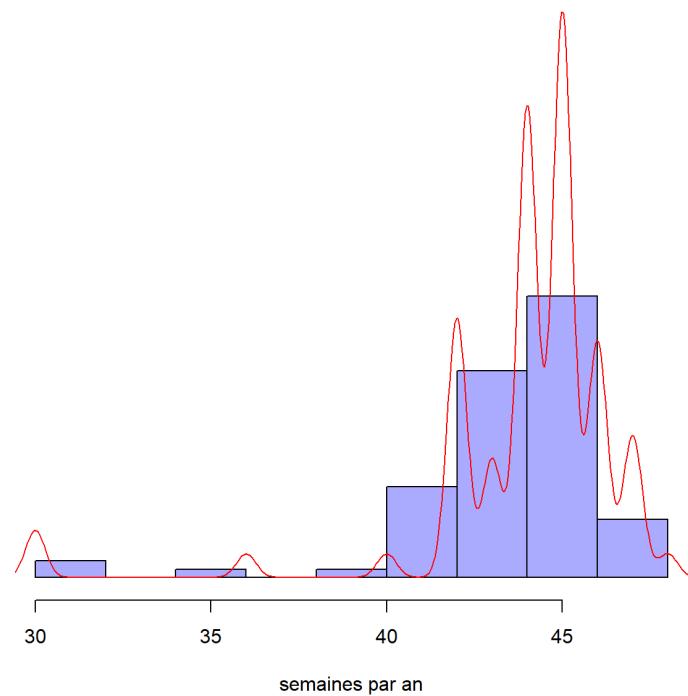


Figure 19. Distribution du temps de travail annuel, en semaines

Les médecins déclarent donc travailler en moyenne 1872 heures par an ($DS=405.4$). Ainsi, 59 d'entre eux (72,8%) déclarent travailler plus de 1607h par an. Ce seuil correspond à un salarié temps plein (35 heures ou 39 heures avec RTT) (Figure 20).

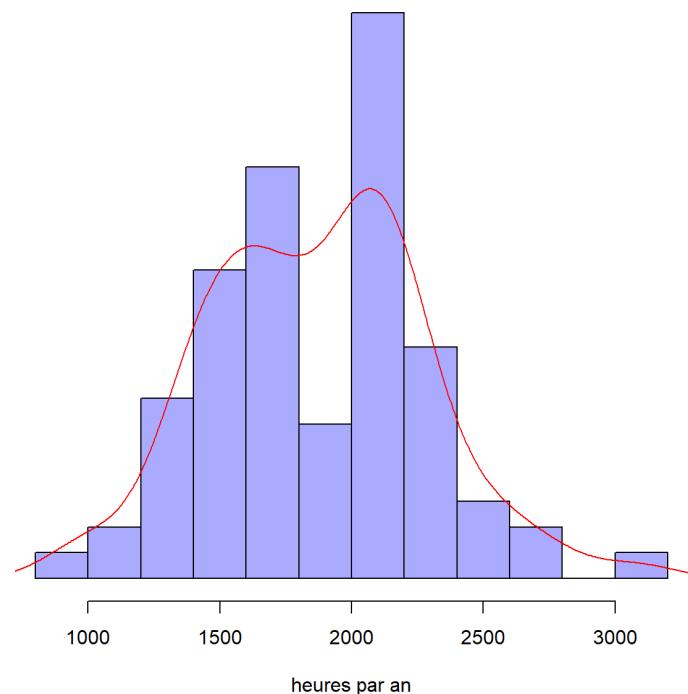


Figure 20. Répartition des médecins en fonction de leur temps de travail en heures par an

Au total, si l'on se réfère à la notion d'équivalent temps plein (ETP) correspondant à la durée légale du temps de travail des salariés, les médecins déclarent travailler en moyenne 1,16 ETP par an, ($DS=0,25$) (Figure 21). On notera que cette moyenne inclut tout le contingent, y compris les médecins qui estiment travailler à temps partiel.

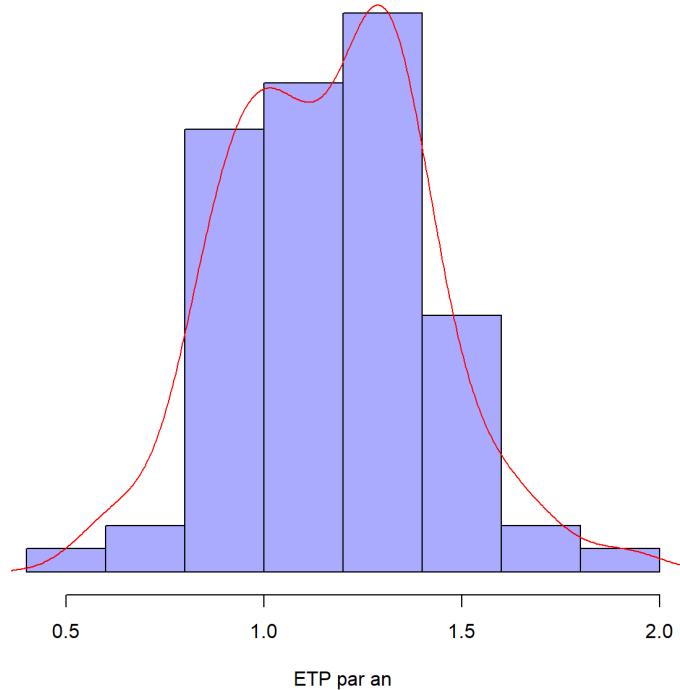


Figure 21. Nombre d'ETP par an par médecin

3.4 Lieu d'exercice

Concernant le lieu d'exercice, 43 médecins exercent en métropole lilloise (53,1%), 15 en zone urbaine autre (18,5%), 20 en milieu semi-rural (24,7%) et 3 en milieu rural (3,7%) (Figure 22).

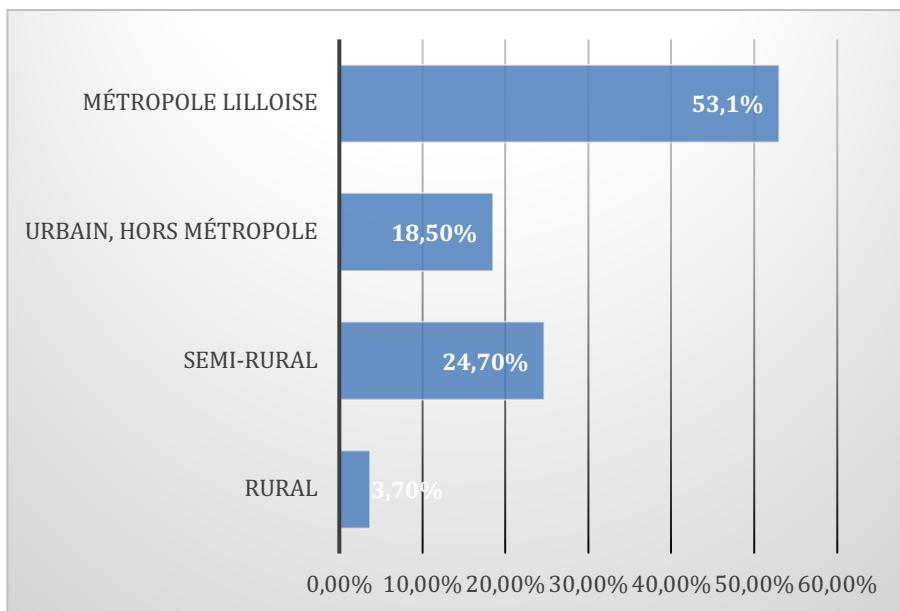


Figure 22. Répartition géographique des médecins

3.5 Statut d'exercice

On retrouvait 75 personnes (91,5%) exerçant sous un seul statut (libéral ou salarié). Ainsi, 56 médecins (68,3%) exercent notamment sous statut libéral.

Étant donné qu'un médecin peut répartir son temps de travail entre plusieurs statuts, nous présentons les résultats suivants en nombre non-entier de personnes. On note ainsi que 52,7 médecins (64,3%) sont libéraux installés, 23,6 (28,8%) sont salariés en établissement, 2,5 (2,4%) sont remplaçants libéraux, 2,0 (2,4%) sont salariés en cabinet et 1,2 (1,5%) est libéral en établissement (Figure 23 partie supérieure).

Nous présentons ensuite une répartition de ces statuts non pas en fonction du nombre de personnes, mais en fonction du nombre d'heures par an, en comptant un ETP pour 1607 heures par an. On note alors que 65,2 ETP (69,0%) sont libéraux installés, 23,8 ETP (25,2%) sont salariés en établissement, 2,23 ETP (2,4%) sont salariés en cabinet, 2,0 ETP (2,1%) sont remplaçants libéraux et 1,2 (1,2%) est libéral en établissement (Figure 23 partie inférieure).

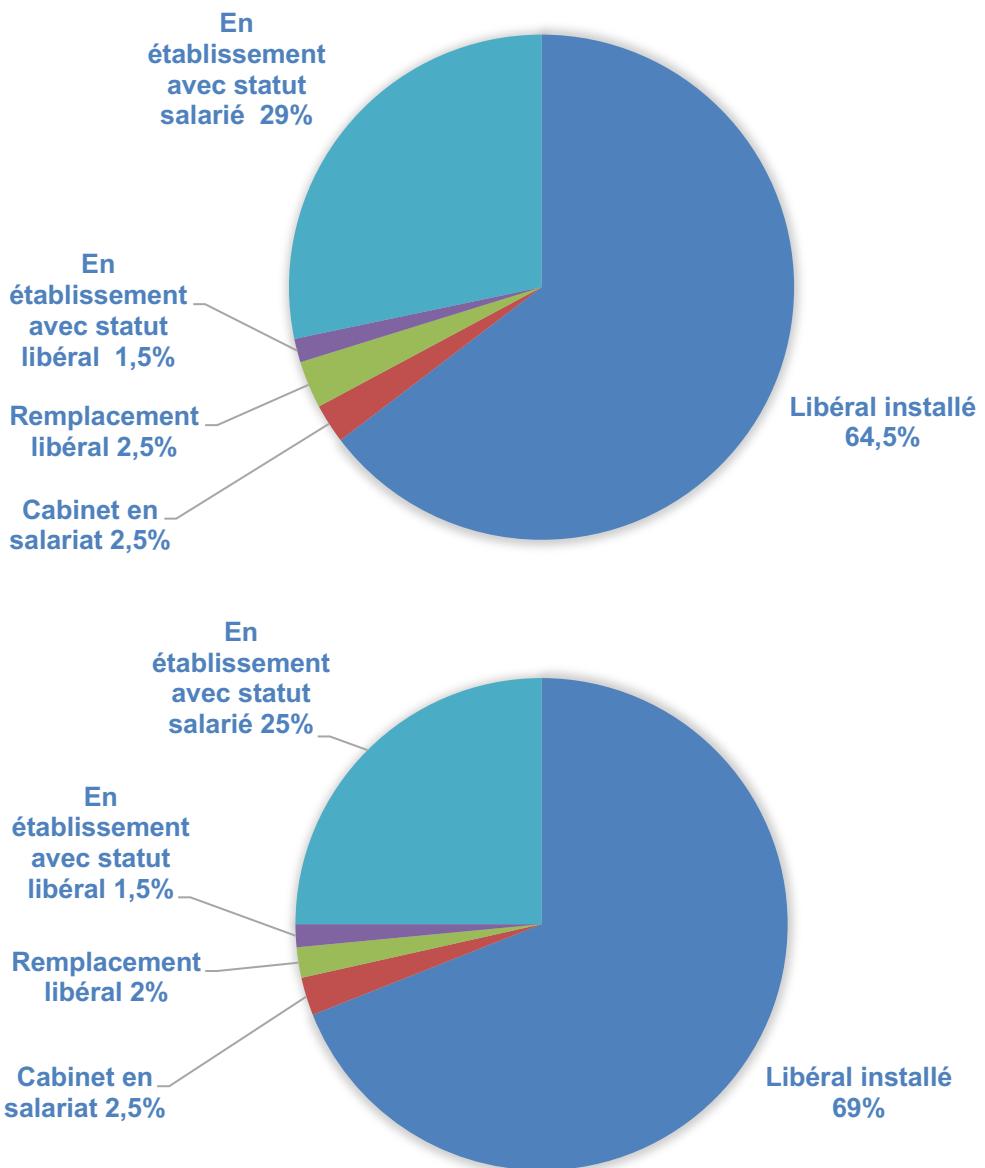


Figure 23 Répartition des statuts d'exercice, en nombre de personnes (haut), en temps de travail (bas)

3.6 Discipline exercée, type d'activité médicale

Sur les 82 répondants, 40 médecins (48,8%) exerçaient une discipline unique. Le nombre d'activités décrit varie de 1 à 8, avec une médiane de 2 (Q1-Q3 : [1; 4], Figure 24).

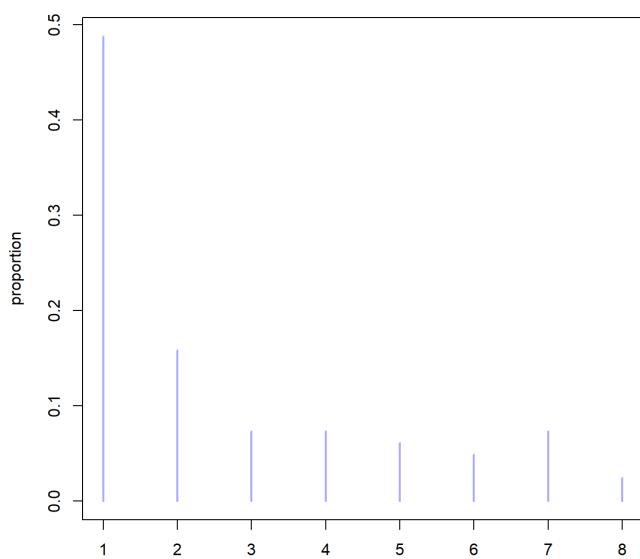


Figure 24. Nombre de disciplines cumulées par médecin

Les soins premiers de médecine général sont l'activité principale chez 43 répondants (52,4%).

Sachant qu'un médecin peut décrire une répartition de son temps de travail sur plusieurs activités, l'activité de soins se répartit comme suit, en nombre non-entier de médecins : 38,6 médecins (47,1%) en soins premiers de Médecine Générale, 15,3 médecins (18,7%) en une autre discipline, 7,9 médecins (9,6%) en urgence, 7 médecins (8,5%) en pédiatrie, 5,4 médecins (6,6%) en gériatrie, 4,3 médecins (5,2%) en médecine polyvalente, 1,7 médecin (2,1%) en gynécologie, 1 médecin (0,7%) en médecine esthétique, 0,6 médecin (0,7%) en médecine alternative (Figure 25 partie supérieure).

Les médecins qui ont déclaré une activité « autre » se répartissent dans les activités suivantes : MPR, diabétologie, médecine interne, médecine d'assurance, soins palliatifs, dermatologie, médecine du sport, coordination d'EHPAD ou de MAS, psychiatrie, SNP, gardes ou coordination de CPTS, nutrition, qualité hospitalière.)

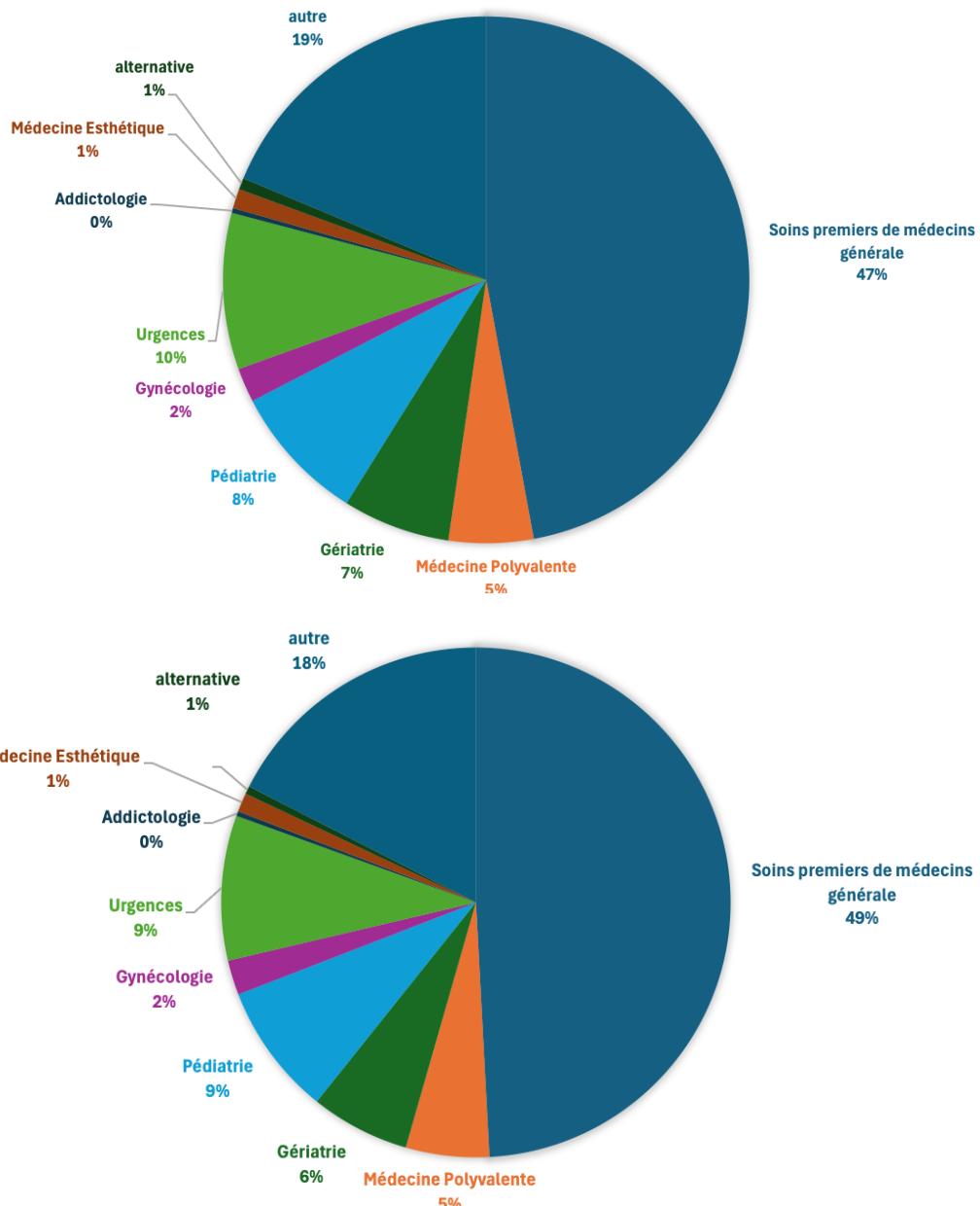


Figure 25. Répartition des disciplines d'exercice, en nombre de personnes (haut), et en temps de travail en ETP (bas)

Nous présentons ensuite une répartition de ces disciplines d'exercice non pas en fonction du nombre de personnes, mais en fonction du nombre d'heures par an, en comptant un ETP pour 1607 heures par an. On note alors que 46,4 ETP (49,2%) correspondent à du soin premier de Médecine Générale, 16,5 ETP (17,5%) correspondent à « autre », 8,6 ETP (9,2%) correspondent aux urgences, 7,9 ETP (8,4%) correspondent à de la pédiatrie, 5,9 ETP (6,3%) correspondent à de la gériatrie, 5 ETP (5,3%) correspondent à de la médecine polyvalente, 2,1 ETP (2,2%) correspondent à de la gynécologie, 1,2 ETP (1,2%) correspondent à de la médecine esthétique, 0,5 ETP (0,5%) correspondent à de la médecine alternative, 0,3 ETP (0,3%) correspondent à de l'addictologie (Figure 25 partie inférieure).

3.7 Quantité de travail en fonction de différents facteurs

L'analyse multivariée (régression linéaire multiple) montre que le temps annuel de travail exprimé en ETP (de 1607 heures annuelles) est significativement augmenté lorsque le médecin exerce principalement en statut libéral (coefficients de 0,13 [0,01 ; 0,24]) et lorsque le médecin est un homme (coefficients de 0,15 [0,05 ; 0,26]). Cela s'interprète ainsi : toutes choses égales par ailleurs, les médecins exerçant principalement en libéral travaillent en moyenne 0,13 ETP de plus, et les hommes travaillent en moyenne 0,15 ETP de plus (Figure 26).

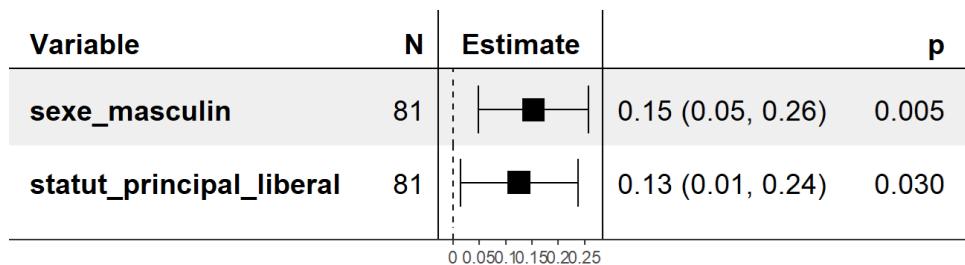


Figure 26. Coefficients de la régression linéaire multiple prédisant le nombre d'ETP ouvrés

Discussion

Dans ce travail, nous avons d'abord étudié le profil des étudiants classés à l'ECN 2010, puis les facteurs qui régissaient leur affectation comme internes, leur choix de spécialité, de subdivision, et enfin nous avons obtenu un taux de perte en retrouvant les médecins généralistes inscrits à l'Ordre en 2024.

Secondairement, nous avons mené une enquête par questionnaire, adressée aux médecins généralistes de la promotion ECN 2010, retrouvés dans le fichier du Conseil de l'Ordre des Médecins du Nord, pour connaître les caractéristiques de ces médecins, leur style d'exercice, et leur quantité de travail.

Nous présenterons les résultats de façon thématique, en les comparant à ceux de la littérature existante.

1 Discussion des principaux résultats

1.1 Population étude 1

La population étudiée est issue des étudiants classés après les ECN 2010, âgés en moyenne de 25 ans, majoritairement de sexe féminin (61,5%), l'âge moyen était plus élevé chez les hommes. Les étudiants qui étaient ensuite affectés (88%) étaient en général les mieux classés, le fait d'être une femme et l'âge élevé étaient également un facteur favorisant l'affectation. Par conséquent les femmes sont majoritaires chez les jeunes internes, mais deviennent minoritaires chez les internes plus âgés.

Naturellement, 48% des internes étaient affectés en Médecins Générale, et le choix de spécialité était directement dépendant du rang de classement, la proportion d'affectation en Médecine Générale croissant avec le rang de classement. Dans les travaux de la DREES concernant les ECN 2005, on retrouvait les mêmes tendances, avec environ 20% d'étudiants classés qui n'allait pas jusqu'à l'affectation. La moitié des étudiants étaient affectés en Médecine Générale. Dans ces travaux, on retrouve bien la tendance selon laquelle l'affectation en Médecine Générale était reliée à un rang de classement croissant, à postériori cette tendance était alors exacerbée par l'ambiance qui régnait dans l'amphithéâtre de garnison, qu'on peut prosaïquement résumer par le principe du « Ce qui est rare est cher ».[41]

Cependant l'âge élevé et le sexe masculin était associé à une moindre probabilité d'être affecté en Médecine Générale. Une explication serait que certains étudiants, plus volontiers des hommes, sont prêts à redoubler pour atteindre une autre spécialité que la Médecine Générale, et se retrouvent par conséquent plus âgés au moment de l'affectation.

Entre leur début d'internat en 2010 et la présente étude, nous observons un taux de perte de 5,5%, probablement en raison d'arrêt de cursus ou d'activité, ou de départ à l'étranger. Les récentes données concernant la réforme PASS/LAS suggèrent que des abandons surviennent également entre la 2^e année de médecine et l'accès à l'internat.[30] Mais à ce jour, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ne dispose pas du nombre d'étudiants en médecine qui abandonnent en cours de cursus dans chacune des universités. A notre connaissance, les spéculations

pour prévoir la démographie médicale ne tiennent pas compte du taux de perte entre l'admission en deuxième année et entre l'internat.

Nous retrouvons 49% des internes en Médecine Générale Lillois dans le fichier du CDOM du Nord lors de notre étude. Notons que si la moitié des internes quittent le Nord, une part substantielle que nous n'avons pas pu contacter est installée dans le Nord-Pas-De-Calais (rattaché à la subdivision de Lille), mais nous ne pouvions pas les contacter. Il est très probable que des étudiants originaires du Pas-De-Calais soient retournés s'y installer, et d'après les données de l'INSEE (Institut National de la Statistique et Etudes Economiques), la moitié des médecins en exercice, le sont à moins de 85km de leur ville de naissance.[42]

1.2 Population étude 2

L'âge médian des médecins généralistes de notre étude est de 39 ans, et 57% d'entre eux sont des femmes. L'atlas de démographie médicale du CNOM montrait que 52% des effectifs de médecins généralistes étaient des femmes en 2022.[32]

Les médecins interrogés déclaraient avoir passé leur thèse rapidement (moins d'un an après la fin d'internat en moyenne). L'année médiane d'installation des médecins était 2016 (soit 3 ans après la fin d'internat). Ce constat va dans le même sens que les récentes données, selon lesquelles les médecins s'installent en moyenne 3,8 ans après la fin d'internat.[43]

1.3 Type d'exercice

Le présent travail nous montre bien que la population médicale exerce la Médecine Générale sous une variété de formes, en effet, les soins premiers de Médecine Générale ne sont majoritaires que chez 52% des médecins généralistes interrogés, et représente 49,2% du temps de travail effectué au sein de notre effectif. L'idée selon laquelle les médecins généralistes sont tous des spécialistes en soins primaires est donc à mettre en perspective avec ces résultats. Ce pourcentage est un résultat très important de notre travail.

Les médecins installés en libéral dans leur cabinet, ne représentaient que 64% des médecins. Ce constat de rupture avec l'image traditionnelle que l'on se fait d'un « médecin de famille » dans son cabinet va de pair avec la modification de la population médicale.

1.4 Temps de travail

Par ailleurs, nous avons pu remarquer que le temps de travail moyen des médecins de notre étude était de 42h. Ce constat diffère de certaines études, dans lesquelles en 2012 notamment, on évaluait à 57h par semaine le volume horaire des médecins généralistes.[44]

En s'appuyant sur la notion d'ETP commune aux professions salariées, nous avons mis en évidence que le temps de travail des médecins libéraux est supérieur à celui de la population et qu'en moyenne les médecins généralistes réalisent en moyenne 1,16 ETP (en comptant les médecins à temps partiel). Il est à noter que ce nombre d'ETP est très probablement inférieur à ce qu'un médecin partant actuellement en retraite réalisait à son actif.

Dans notre étude, on observe que le sexe masculin, et un statut libéral, sont associés à un temps de travail plus élevé.

1.5 Lieu exercice

Comme on pouvait s'y attendre, et c'est une des facettes importantes du problème des déserts médicaux, 53% des médecins de notre étude travaillent sur la métropole Lilloise. Ces résultats sont en accord avec les récentes données de l'INSEE selon lesquelles, en 2019, 57% des médecins travaillent dans des grandes villes.[42]

2 Discussion de la méthode

Notre étude est robuste du fait d'un taux de réponse supérieur à 70%, elle est novatrice par les questions qui y sont abordées, et d'actualité par le sujet qu'elle traite.

Cependant, lors de la saisie des résultats de l'étude, et lors des relances téléphoniques, nous avons identifié un biais de sélection potentiel, en effet, il apparaît que : les médecins s'étant prêtés à l'étude exerçaient plus en soins primaires, et que lors des relances téléphoniques, on constatait que plusieurs médecins exerçant d'autres disciplines s'étaient pensés dispensés de répondre, croyant qu'ils ne rentraient pas dans la population d'intérêt, alors que leurs réponses nous étaient précieuses, on a donc potentiellement des absences de réponses induites par la formulation du questionnaire.

Notre étude s'est focalisée sur le temps de travail, laissant de côté le nombre d'actes, alors que dans les problématiques de santé publiques et de désert médical, c'est le nombre d'actes par patient qui entre en jeu dans les critères de déserts médicaux. En outre, en se focalisant sur le temps de travail, notre étude ne prend pas en compte la part de travail administratif ou de comptabilité chez les médecins (souvent libéraux).

Notre étude étant transversale, nous n'avons pas pu étudier de façon dynamique l'évolution de l'activité et du style d'exercice sur les 10 premières années d'exercice. Nous aurions par ailleurs aimé comprendre les flux de personnes en dehors du département du Nord. Il est important de noter que notre étude se focalise sur une promotion, et des études ultérieures pourraient faire état de différences entre les promotions, ou d'évolutions dans les aspirations des jeunes médecins généralistes.

3 Perspectives

Nous retenons de ce travail **quatre messages clef**.

#1 Les projections démographiques sont simplistes et probablement fausses

Ce travail de thèse et la littérature mettent en lumière plusieurs informations importantes pour les projections de démographie médicale :

- Les études médicales présentent un taux de perte (nous perdons de vue 5,5% des effectifs entre l'ECN et l'inscription à l'Ordre)
- Un médecin généraliste formé exerce en moyenne 1,16 ETP y compris les médecins estimant travailler à temps partiel :

- Ce nombre est probablement inférieur à celui des générations précédentes
- Ce nombre reste néanmoins supérieur à celui des autres professions, et laisse envisager qu'il baissera encore par la suite
- Un médecin généraliste inscrit au Conseil de l'Ordre ne constituera que 0,69 ETP en cabinet libéral, après 10 ans
- Un médecin généraliste inscrit au Conseil de l'Ordre ne constituera que 0,49 ETP en Médecine Générale de soins premiers, après 10 ans
- Un médecin généraliste formé à Lille ne produit que 0,49 médecin dans le département du Nord, tandis que la population du Nord représente 64% de celle du Nord-Pas-de-Calais. Dans la mesure où il est peu probable qu'il y ait un flux anormalement élevé en faveur du Pas-de-Calais, on peut supposer qu'une part importante des médecins formés ne s'installent pas, ou s'installent ailleurs.

Parmi les éléments cités, certains sont quantifiés ici précisément, et d'autres mériteraient d'être quantifiés par des études au design et au périmètres différents. Dans tous les cas, ces éléments ne sont pas pris en compte à notre connaissance par les spéculations faites par les décideurs sur la démographie médicale. Ces éléments, à notre avis, devraient être pris en compte, ce qui amènerait à conclure que la démographie médicale sera probablement nettement plus en difficultés que ce qu'annoncent les projections actuelles.

Les facteurs sociaux inhérents à la population soignée actuellement devraient également être pris en compte avec plus de rigueur. Il a été montré que la demande en soins primaire avait augmenté drastiquement sur les cinquante dernières années.[29,45]

Nous avons évalué le temps de travail des médecins pour donner un aperçu de la quantité travaillée, elle ne reflète malheureusement pas l'offre de soin de façon précise, mais actuellement l'offre de soin est mesurée pour la population en nombre de consultation par an par patient. Cet indicateur ne laisse pas présager de la pertinence des consultations et ne saurait être un indicateur de santé de la population fiable. Il serait intéressant que les objectifs de santé publique s'appuient sur une notion de pertinence relative des consultations.

#2 Ce domaine est complexe et mouvant, nécessitant d'autres études

La situation est certainement encore plus complexe, car nous n'avons pas étudié notamment la dynamique des carrières pendant les 10 premières années. D'expérience, nous savons qu'une partie des étudiants diplômés ne s'installent pas, et réalisent des remplacements parfois à rythme extensif (ex : remplacements intenses pendant les vacances scolaires, puis vacances prolongées en-dehors des vacances scolaires), ou enchaînent les contrats à durée déterminée ou en intérim, en établissements (SSR, SMR, EHPAD médicalisés, médecine polyvalente, etc.).

Une autre dynamique devrait également être étudiée, et concerne l'évolution des choix de carrière. Par exemple, nous observons que seulement 1,2% du temps des personnes sondées était dédié à la médecine esthétique, mais nous savons par ailleurs que ce temps est désormais très élevé chez les médecins plus jeunes.[46] Le DIU (Diplôme Inter Universitaire) de médecine esthétique ouvert depuis la rentrée 2024 à Bordeaux, Créteil et Marseille (à la demande du CNOM pour réguler et assurer une formation aux praticiens, dans un contexte de « boom » des actes à visée

esthétique) suscite en effet un engouement de la part des jeunes médecins. La progression annuelle entre 2018 et 2023 en nombre d'actes avoisinerait les 8%. [47] Selon une proposition de loi de 2024, « Le Conseil départemental de Paris a estimé que 80 % des jeunes médecins qui s'installent dans la capitale après leurs études souhaitaient faire de l'esthétique ». [48]

#3 Les facteurs motivationnels sont une des clefs de l'offre de soins

Avant tout, les choix de modalité d'exercice en termes de lieu d'installation, de statut choisi, de discipline et de quantité de travail sont précisément liés à des aspects motivationnels des jeunes médecins. Ces aspects sont variables dans le temps (entre promotions), variables au fil d'une vie, très liés à l'environnement (ascendants, couple, descendance), et très liés à des facteurs purement motivationnels (attrait des revenus, besoin de liberté, défiance envers les décideurs politiques). [49] Face à cette complexité, l'approche micro-économique serait certainement plus pertinente que les « règles de trois » des projections démographiques. Des récentes réformes (ex : loi Rist, possibles menaces sur la liberté d'installation, mobilité forcée du fait de l'ECN, etc.) ont eu un effet exactement inverse de la volonté affichée par les politiciens, justement parce que ces aspects individuels et motivationnels ont été ignorés. En parallèle, on observe depuis la réforme PASS/LASS, une détérioration des conditions d'enseignement, et il semble que la réforme induise une baisse du nombre de médecin finalement formé à l'issue des études. [30,31]

Ce travail nous amène à supposer que le décideur politique ne prend pas en compte les facteurs sociaux inhérents à la population médicale actuelle. Le partage des tâches ménagères entre 2 parents, la féminisation des professions médicales, l'aspiration à s'épanouir dans sa vie de famille ou ailleurs qu'au travail, sont autant de facteurs que nous suspectons d'influer sur la baisse du temps de travail des médecins.

#4 La Médecine Générale dépasse largement la médecine de famille

Enfin, la spécialité de Médecine Générale est sans doute la spécialité offrant le plus d'opportunités à ses détenteurs. Loin de se limiter à la médecine de famille et aux soins premiers exercés en cabinet, la Médecine Générale ouvre la porte à une immense diversité d'exercices, incluant notamment les soins non-programmés, les soins urgents, la gériatrie, la pédiatrie, la rhumatologie, la gynécologie, l'hébergement médicalisé, la coordination d'EHPAD, etc. Cette affirmation est très aisément vérifiable lorsqu'on quitte les CHU et qu'on observe le profil des médecins qui tiennent les services dits spécialisés dans les centres hospitaliers périphériques. Ce phénomène est tellement ample qu'il ne serait pas raisonnable de s'y opposer ou de le dénier. Il faudrait plutôt admettre cette idée dans la formation de Médecine Générale, or certains considèrent que la Médecine Générale aujourd'hui se limite à l'exercice de la médecine de famille, nous montrons ici que ce n'est pas exclusivement cela. [50]

Conclusion

Le lien entre le nombre d'étudiants formés pour devenir des médecins généralistes, et le nombre de praticiens exerçant le soin primaire en Médecine Générale n'est pas du tout trivial. Il semble nécessaire de considérer que les conditions de travail, la charge administrative et les évolutions sociétales et sociales ont modifié le rapport des médecins à l'exercice libéral et au soin primaire. Les projections démographiques actuelles sous-estiment probablement la complexité de la question, et pourraient vraisemblablement surestimer l'offre de soins à venir, annonçant des difficultés d'accès au soin.

Liste des figures

| | |
|--|----|
| Figure 1. Diagramme de flux étude 1 et étude 2..... | 35 |
| Figure 2. Age des étudiants classés | 36 |
| Figure 3. Sexe (verticalement) en fonction de l'âge (horizontalement)..... | 36 |
| Figure 4. Rang de classement (ordonnées) en fonction de l'âge (abscisses) | 37 |
| Figure 5. Proportion d'affectation (verticalement) en fonction du rang de classement (horizontalement) | 38 |
| Figure 6. Odds ratios de la régression logistique prédisant l'affectation parmi les classés | 38 |
| Figure 7. Proportion d'hommes (verticalement) en fonction de l'âge (horizontalement) | 39 |
| Figure 8. Histogramme des rangs de classement des internes finalement affectés .. | 39 |
| Figure 9. Spécialités d'affectation | 40 |
| Figure 10. Proportion d'affectations en Médecine Générale (verticalement) en fonction du rang de classement (horizontalement)..... | 41 |
| Figure 11. Subdivision d'affectation | 42 |
| Figure 12. Proportion d'affectations à Lille (verticalement) en fonction du rang de classement (horizontalement) | 42 |
| Figure 13. Proportion d'inscrits au tableau de l'Ordre en 2024 | 43 |
| Figure 14. Répartition selon l'âge des médecins généralistes de l'étude 2 | 44 |
| Figure 15. Répartition de l'âge en fonction du sexe, (homme=1 ; femme=0) | 45 |
| Figure 16. Temps en années, entre la fin d'internat et la soutenance de thèse | 45 |
| Figure 17. Répartition des médecins libéraux par année d'installation..... | 46 |
| Figure 18.Distribution du temps de travail hebdomadaire, en heures..... | 46 |
| Figure 19. Distribution du temps de travail annuel, en semaines | 47 |
| Figure 20. Répartition des médecins en fonction de leur temps de travail en heures par an | 47 |
| Figure 21. Nombre d'ETP par an par médecin | 48 |
| Figure 22. Répartition géographique des médecins | 49 |
| Figure 23Répartition des statuts d'exercice, en nombre de personnes (haut), en temps de travail (bas) | 50 |
| Figure 24. Nombre de disciplines cumulées par médecin | 51 |
| Figure 25.Répartition des disciplines d'exercice, en nombre de personnes (haut), et en temps de travail en ETP (bas)..... | 52 |

Figure 26.Coefficients de la régression linéaire multiple prédisant le nombre d'ETP ouvrés53

Références

- [1] Code de déontologie médicale 2022.
- [2] Vocabulaire de base, coopération entre les professionnels de santé. 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-09/vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.pdf.
- [3] Soins de premier recours 2023. https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=cmsspage&pageid=6&id_rubrique=165.
- [4] Hôpital : sortir des urgences, Rapport du Sénat 2023. <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1.html>.
- [5] Allenet B, Juste M, Mouchoux C, Collomp R, Pourrat X, Varin R, et al. De la dispensation au plan pharmaceutique personnalisé : vers un modèle intégratif de pharmacie clinique. *Pharm Hosp Clin* 2018;54. <https://doi.org/10.1016/j.phclin.2018.12.003>.
- [6] Définition du soin primaire 1978.
- [7] The European definition of General Practice 2023. https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf.
- [8] Un médecin ayant une spécialité médico-chirurgicale peut-il s'installer en tant que généraliste ? 2023. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/le-droit-et-vous/un-medecin-ayant-une-specialite-medico-chirurgicale-peut-il-sinstaller-en-tant-que-generaliste>.
- [9] Leroux M-E. Modes d'exercice particulier et diversification de l'exercice en médecine générale: Enquête descriptive auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes en Meurthe-et-Moselle 2009.
- [10] Mollier-Sabet L. D'où vient le fameux numerus clausus qui limite le nombre de médecins depuis 50 ans ? Public Sénat 2023. <https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/dou-vient-le-fameux-numerus-clausus-qui-limite-le-nombre-de-medecins-pendant-50-ans> (accessed November 14, 2023).
- [11] Arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé. 2009.
- [12] PASS et L.AS : Comprendre la réforme des études de santé (ex-PACES) 2024. <https://pass-sante.com/>.
- [13] Le numerus apertus 2024. <https://diploma-sante.fr/blog/le-numerus-apertus/>.
- [14] Réforme du second cycle d'études médicales 2021.
- [15] R2C, EDN, ECOS : quelles sont les nouvelles modalités du concours de l'internat de médecine ? 2023. <https://externat-medecine.fr/modalites-concours-internat-r2c/>.
- [16] La réforme des ECN 2023. <https://www.conference-cartesia.fr/reforme-ecni>.
- [17] Arrêté du 19 juillet 2022 fixant au titre de l'année universitaire 2022-2023 le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialité et par centre hospitalier universitaire. 2022.
- [18] Journal officiel de la république française. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques. 1982.
- [19] ISNAR. Diplome d'études spécialisées de Médecine Générale 2008.
- [20] Pham PB-N, Renker M, Saint-Lary PO, Oustric PS. Ajout d'une quatrième année au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale 2024.
- [21] Création d'une quatrième année d'internat de médecine générale 2023. <https://www.santementale.fr/2023/06/25-recommandations-pour-la-jout-dune-4e-annee-audes-de-medecine-generale/>.

- [22] Taha A, Dawidowicz S, Orcel V, Puszkarek T, Bayen M, Bayen S. Relationship between training supervision and evolution of the density of GPs: a 3-year cohort study on French cities between 2018 and 2021 2022.
- [23] Vanderbecken PJ-B. Réalisation d'un stage en zone sous-dotée durant l'internat et installation en zone sous-dotée : étude observationnelle réalisée auprès des médecins installés dans le Nord-Pas-de-Calais entre 2017 et 2022. 2024.
- [24] Denni M. Exercice de la Pédiatrie en Médecine Générale, ressenti des jeunes médecins. 2019.
- [25] Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations – Économie et Statistique n° 414 - 2008 | Insee 2008.
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1376838?sommaire=1376844> (accessed November 21, 2025).
- [26] Analyse comparative des systèmes de santé - Raisons théoriques 2012.
<http://ressources.aunege.fr/nuxeo/site/esupversions/6dfeaa1a-67f2-42a9-84b6-834f79bc3f51/AnaComSysSan/co/Raisons%20theoriques.html> (accessed December 15, 2023).
- [27] Johanet G. L'échec de la régulation 2008.
- [28] Knittel J. Devenir professionnel des internes de médecine générale de la subdivision Océan Indien issus des promotions 2004 à 2012 2018.
- [29] Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux 2010.
- [30] Chazard E, Androvic C. Réforme du premier cycle des études médicales (PASS-LAS) : bilan très négatif. 2024.
- [31] Frapin A. « Déjà cinq promos malmenées » : un PU-PH en santé publique alerte sur les dégâts causés par la Pass-L.AS. Quotid Médecin 2025.
- [32] Arnault F. Atlas de la démographie médicale en France 2022.
- [33] Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée 2017.
- [34] Del Bano J-P. Qu'est-ce qu'un désert médical ? 2020.
- [35] Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? 2017.
- [36] Maurey H, Longeot J-F. Impact en population désert médicaux 2020.
- [37] Ils ont arrêté médecine : burn-out en 4e année. Whats Doc 2023.
- [38] La réforme des études de santé est un désastre, des centaines d'étudiants fuient vers les facultés européennes. Figaro Etudiant 2022. https://etudiant.lefigaro.fr/article/les-resultats-de-la-reforme-des-etudes-de-sante-sont-catastrophiques_6d31e0f8-40c6-11ed-b465-0d4323a3b863/.
- [39] Arrêté du 30 juillet 2010 fixant par rang de classement la liste des étudiants et des internes de médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales. 2010.
- [40] Arrêté du 20 octobre 2010 portant affectation par subdivision, discipline et spécialité des internes de médecine à l'issue de la procédure nationale de choix de postes au titre de l'année universitaire 2010-2011. 2010.
- [41] Hardy-Dubernet A-C, Faure yann. Le choix d'une vie: Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005 2006.
- [42] Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat. 2024. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8281726#onglet-2>.
- [43] Les vrais chiffres sur l'installation et l'exercice des généralistes 2023.
<https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/les-vrais-chiffres-sur-l-installation-et-lexercice-des-generalistes>.
- [44] Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes 2012.

- [45] Hassenteufel P, Naiditch M, Schweyer F-X. Appel à contribution pluridisciplinaire sur : « Les réformes de l'organisation des soins primaires »: Pour le numéro de janvier-mars 2020 2020.
- [46] Arnault F. Actes médicaux à visée esthétique. Cons Natl Ordre Médecins 2023.
<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/actes-medicaux-visee-esthetique> (accessed October 28, 2025).
- [47] Goodman G-J. La médecine esthétique en pleine croissance 2022.
- [48] Proposition de loi visant à limiter la fuite des médecins vers la médecine esthétique, n° 2481, déposée le jeudi 11 avril 2024. 2024.
- [49] URCAM. Enquête sur les motifs d'installation des médecins libéraux 2002.
- [50] Département de Médecine Générale: concept et principes de la médecine générale 2025.
<https://ufr3s.univ-lille.fr/medecine/medecine-generale/>.

Annexe : questionnaire postal

Votre activité de médecine

Votre profil

Vous êtes (Etat Civil) :

Une femme Un homme

Quel âge avez-vous ?

Âge en années entières révolues.

ans

Quand avez-vous soutenu votre thèse ? (mois et année)

MM / AAAA

En quelle année avez-vous terminé votre internat ?

AAAA

Êtes-vous actuellement installé ?

Si oui, depuis quelle année ?

Oui

Non

AAAA

Votre activité en ce moment

Combien d'heures travaillez-vous par semaine ouvrée ?

Durée approximative en heures pour une semaine complète type

heures / semaine

Combien de semaines travaillez-vous par an ?

Nombre moyen de semaines. Ex : 47 si vous prenez 5 semaines de congés,
42 si vous prenez 10 semaines de congés, etc.

semaines / an

Où exercez-vous principalement ?

Métropole lilloise
 Milieu semi-rural

Autre milieu urbain
 Milieu rural

Sous quel statut se répartit généralement votre temps de travail ?

Indiquez des pourcentages (approximatifs),
dont la somme vaut 100.

Exemple : 70 + 10 + 0 + 20 +...
ou encore 25 + 25 + 25 + 25+...

%

cabinet en statut libéral installé
(soins programmés ou non-programmés, etc.)

%

cabinet en statut salarié
(collaborateur salarié, etc.)

%

remplacement libéral

%

en établissement en statut libéral
(public/privé, ponctuel ou permanent)

%

en établissement en statut salarié
(public/privé, ponctuel ou permanent)

Sur quels types d'exercice se répartit généralement votre temps de travail ?

Indiquez des pourcentages (approximatifs),
dont la somme vaut 100.

Exemple : 70 + 10 + 0 + 20 +...
ou encore 25 + 25 + 25 + 25 +...

%

soins premiers méd. générale, hors urgences

%

médecine polyvalente, hors urgences

%

gériatrie, hors urgences

%

pédiatrie, hors urgences

%

gynécologie, hors urgences

%

urgences, quel que soit le domaine

%

addictologie

%

médecine esthétique

%

médecine complémentaire ou alternative

%

autre, précisez :

Merci de votre participation !

AUTEUR : Nom : Hustin **Prénom :** Hubert

Date de Soutenance : 09/01/2025

Titre de la Thèse : Que deviennent les médecins généralistes dans les dix ans suivant la fin de leur internat ?

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : Médecine Générale, démographie médicale, installation, soins primaires, discipline d'exercice, installation, libéral, salariat

Résumé :

Contexte : La démographie médicale suscite des inquiétudes et les projections démographiques actuelles sont péjoratives. Actuellement, les médecins généralistes exercent une variété de modalités d'exercices, ne se limitant pas aux soins primaires. Or les autorités sanitaires et les facultés semblent penser que l'essentiel des médecins formés en médecine générale feront carrière en soins primaire au cabinet.

Matériel et Méthodes : Cette étude en deux phases, est une cohorte historique, par réutilisation des données Légifrance du classement et d'affectation des étudiants à l'issue de l'ECN 2010, puis une étude transversale par questionnaire standardisé, s'intéressant aux médecins de la cohorte historique, retrouvés dans le fichier du CDOM du Nord.

Résultats : Les projections démographiques des décideurs ne tiennent pas compte du fait que : les médecins actuels travaillent plus que la population générale (1,16 ETP), mais ce temps de travail est en baisse constante. Les médecins de notre étude travaillent 42h par semaine. L'activité libérale ne représente que 69% du temps de travail déclaré, contre 25% pour le salariat, le reste en cabinet salarié, en remplacement, ou en libéral au sein d'un établissement. Les soins primaires ne sont majoritaires que chez 52% des médecins. 49% des ETP étaient donc effectués en soins primaires, 17% en « autre », 9% aux urgences, 8% en pédiatrie, 6% en gériatrie, 5% en médecine polyvalente, 2% en gynécologie, 1% en médecine esthétique.

Discussion : Les projections démographiques actuelles sont simplistes et sous-estiment le problème du décalage entre la demande en soins primaires et l'offre à venir en soins primaires. Les facteurs sociaux, sociétaux, et motivationnels des médecins sont au cœur des déterminants de l'offre de soin et ne sont pas pris en compte dans les projections. La Médecine Générale ne se cantonne pas aux soins primaires.

Conclusion : Le flux d'étudiants en médecine n'alimente pas directement la population médicale exerçant en soins primaires. Il existe une grande diversité de mode d'exercices en Médecine Générale, par conséquent, les projections démographiques sous-estiment probablement la question de la démographie médicale.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Grégoire Ficheur

Assesseurs : Monsieur le Docteur Jan Baran
Monsieur le Docteur Jean-Philippe Platel

Directeur : Monsieur le Professeur Emmanuel Chazard

