

Etude des mutations de la médecine générale

Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes

*Une étude de
l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes*

ETUDE DES MUTATIONS DE LA MEDECINE GENERALE

Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes

Une étude de
l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes



conduite en collaboration avec
les associations locales d'internes en médecine générale (ISNAR-IMG) :
SYREL (Lyon), ARAVIS (Grenoble), AFMGS (St Etienne)

Comité de Pilotage :

Dr Emile OLAYA, Président du Collège des Généralistes de l'URMLRA

*Dr Paul BARBEDIEENNE (URMLRA), Dr Patrice BARD (URMLRA), Géraldine BATARD (URMLRA),
Dania CHERMAND (ISNAR/ARAVIS), Dr Georges GRANET (URMLRA), Philippe GROSSET (ANEMF),
Dr Marc JALON (URMLRA), Dr Florence KALT-BINDER (URMLRA), Pascale MARCO (ISNAR/SYREL),
Eliane MAZET (URMLRA), Dr André MILLON (URMLRA), Lisa NAVARRO (ISNAR/SYREL),
Dr Nicole PUECH (URMLRA), Dr Bernard ROUGIER (URMLRA), Dr Jean Pierre TELMON (URMLRA).*

Réalisation :



Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire

Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA

*Nous tenons à remercier pour leur collaboration
les 367 internes en médecine générale qui ont bien voulu participer à cette enquête*

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : contact@careps.org

ETUDE DES MUTATIONS DE LA MEDECINE GENERALE
Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes

Une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URML RA)

conduite en collaboration avec

les associations locales d'internes en médecine générale (ISNAR-IMG) :
SYREL (Lyon), ARAVIS (Grenoble), AFMGS (St Etienne)

Comité de Pilotage :

Dr Emile OLAYA, Président du Collège des Généralistes de l'URML RA

*Dr Paul BARBEDIEPNE (URML RA), Dr Patrice BARD (URML RA), Géraldine BATARD (URML RA),
Dania CHERMAND (ISNAR/ARAVIS), Dr Georges GRANET (URML RA), Philippe GROSSET (ANEMF),
Dr Marc JALON (URML RA), Dr Florence KALT-BINDER (URML RA), Pascale MARCO (ISNAR/SYREL),
Eliane MAZET (URMLRA), Dr André MILLON (URMLRA), Lisa NAVARRO (ISNAR/SYREL),
Dr Nicole PUECH (URML RA), Dr Bernard ROUGIER (URML RA), Dr Jean Pierre TELMON (URML RA).*

Réalisation de l'enquête :

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA

RAPPORT N°488 Février 2005

RESUME

Depuis plusieurs années, la médecine générale a entamé une profonde mutation sous l'effet conjugué de nombreux facteurs : évolutions sociétales, élargissement du contenu de la consultation, évolutions technologiques, évolution dans les manières de travailler, contraintes économiques du système de santé, évolutions de la démographie médicale, etc. Dans le cadre d'une large réflexion qu'elle mène sur ce thème, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URMLRA) a souhaité réaliser une étude auprès des étudiants en médecine en 3^{ème} cycle (internat de médecine générale) afin de mieux connaître la manière dont ces futurs médecins appréhendent leur mission, leur positionnement dans le système de santé et dans la société en général et les conditions de leur exercice. L'enquête a été conduite avec la collaboration des 3 structures locales de l'organisation des internes en médecine générale (ISNAR-IMG) : SYREL (Lyon), ARAVIS (Grenoble), AFMGS (St Etienne). Sa réalisation a été confiée au CAREPS avec comme objectif d'analyser la manière dont les futurs médecins envisagent les conditions de leur exercice professionnel, de mesurer la balance qu'ils souhaitent respecter entre vie professionnelle et vie privée, d'analyser leur perception de la mission du médecin généraliste et de sa place dans le système de santé et dans la société, de mesurer l'acceptabilité de certaines modifications de l'exercice médical qui s'esquissent déjà, de repérer les évolutions dans la manière dont est envisagé le travail avec les autres acteurs de la santé et du social. L'étude a reposé sur une enquête par questionnaire auprès des étudiants en 3^{ème} cycle (internat en médecine générale). Elle a été réalisée dans les facultés de médecine de Lyon, Grenoble et St Etienne (677 étudiants) dont les coordonnées des lieux de stage ont été communiquées par les associations d'internes et/ou par la DRASS. Le questionnaire a été adressé par voie postale, sur leur lieu de stage, à 632 internes dont les coordonnées ont été retrouvées (93%) accompagné d'un courrier de sensibilisation et d'une enveloppe T permettant un retour direct en direction du CAREPS. Un numéro d'anonymat a permis un pointage des retours et une relance postale. La conduite récente par l'URML Rhône-Alpes et le CAREPS d'une étude sur la féminisation de la profession médicale, menée auprès de plusieurs centaines de médecins en exercice, a par ailleurs offert l'opportunité d'une intéressante comparaison. Après relance, 367 questionnaires ont été reçus (58%) et 362 ont été exploités. Ce taux de réponse peut être considéré comme franchement satisfaisant si l'on tient compte du fait que tous les questionnaires ne sont forcément arrivés à leur destinataire ("déperdition" dans les services) et témoigne de l'intérêt porté par les futurs généralistes. On rappelle que, pour beaucoup de questions, il était demandé aux internes de se projeter dans le futur et d'indiquer quel serait leur attitude ou leur choix "si les conditions les permettent". Bien évidemment, ce choix idéal se heurtera à de nombreuses contraintes et la pratique de ces futurs médecins sera peut-être très différente de celle qu'ils ont imaginée en répondant à ce questionnaire. Il n'empêche que leurs réponses éclairent ce que sont et ce que seront les mutations de la médecine générale.

Principaux résultats :

Les projets professionnels

- ✓ Un réel attrait pour la médecine libérale : 78% envisagent un exercice libéral (soit davantage que les généralistes en activité dans Rhône Alpes : 68%).
- ✓ Un très grand attrait pour un exercice mixte (libéral + salarié) : 50% de ceux qui envisagent un exercice libéral le prévoient sous une forme mixte (alors que 23% seulement des généralistes libéraux ont une activité mixte).
- ✓ Encore beaucoup d'incertitude (seuls le quart des internes envisageant un exercice libéral exclusif sont très affirmatifs sur leur choix).
- ✓ Le milieu rural pas vraiment « déserté » (privilegié par 12% de ceux qui pensent s'orienter vers le libéral alors que, parmi les généralistes en exercice en Rhône-Alpes, 15% exercent en rural et 6% dans une unité urbaine de moins de 5000 habitants).
- ✓ Le médecin seul dans son cabinet : une époque a priori révolue (du moins dans les souhaits) : seuls 4% des internes qui pensent s'orienter vers le libéral envisagent d'exercer seuls alors que c'est le cas de 43% des généralistes libéraux en exercice.
- ✓ L'hôpital : le choix préférentiel de la moitié de ceux qui envisagent une activité salariée.
- ✓ Le souhait majoritaire de rester dans sa région (exprimé par 77% des étudiants originaires de Rhône-Alpes, 45% souhaitant exercer dans leur département d'origine et 32% dans un autre département de la région). Par ailleurs, si 18% des "locaux" se disent certainement prêts à exercer en dehors de Rhône-Alpes, 29% s'y refusent.

Les éléments susceptibles d'influer sur le choix de carrière

- ✓ La qualité de vie bien avant l'intérêt intellectuel (respectivement 62% et 19% des IMG placent ces éléments en 1^{er} critère de choix).
- ✓ Un choix de carrière a priori fortement influencé par les conditions de travail (surtout amplitude horaire et contraintes liées aux gardes, mais aussi possibilité de travail à temps partiel, possibilité d'interrompre son activité).
- ✓ La persistance d'une différence sensible entre hommes et femmes mais une proportion néanmoins importante d'hommes qui accordent une grande place à la qualité de la vie privée et aux contraintes liées aux conditions de travail.

L'amplitude projetée du temps de travail

- ✓ Le temps partiel considéré comme une évidence par les femmes dès lors qu'elles auront des enfants (93%) mais aussi par certains hommes (30%).
- ✓ La conviction pour beaucoup qu'ils travailleront moins que leurs aînés (68%, soit 51% des hommes et 77% des femmes).
- ✓ Une amplitude quotidienne de travail projetée inférieure de 15% à celle des généralistes libéraux en exercice.

L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée

- ✓ Une majorité se déclarant certainement prêts à modifier leurs conditions d'exercice pour élever leurs enfants (72%), suivre leur conjoint (59%), une proportion importante prêts à le faire pour avoir plus de loisirs (41%).
- ✓ Une proportion importante d'IMG prêts à changer complètement d'orientation pour élever leurs enfants (37%), suivre leur conjoint (31%) ou avoir plus de loisirs (20%).
- ✓ La persistance de grandes différences dans les réponses des hommes et des femmes mais un phénomène qui n'épargne pas les hommes.
- ✓ D'abord la vie privée : 78% la privilégieraient à leur vie professionnelle, 4% seulement agiraient à l'opposé avec, sur ce plan, des différences relativement minimales entre hommes et femmes.

L'implication dans la permanence des soins

- ✓ Des avis partagés quant à l'implication dans la permanence des soins (sur la base du volontariat pour 51%, participation systématique au tour de garde pour 39%), mais l'hypothèse d'une totale délégation à d'autres structures (SOS Médecins, hôpitaux) semble largement rejetée (7%).
- ✓ De toute manière, le souhait d'une implication modérée : 1 garde de semaine/mois et 1 garde de WE/trimestre mais, finalement, assez proche de la réalité actuelle moyenne (sachant que ce nombre est beaucoup plus faible en milieu urbain).
- ✓ Le souhait presque unanime de ne pas avoir à se déplacer durant la garde, sauf nécessité.

Les relations avec les autres acteurs de santé et le partage de l'information

- ✓ Les réseaux, le dossier médical partagé : une nouvelle dimension de travail qui paraît presque évidente aux futurs généralistes.
- ✓ Des avis partagés sur les transferts de compétences à des paramédicaux non placés sous la responsabilité directe d'un médecin mais une majorité y est plutôt favorable sur le principe (61%).

Les autres dimensions de la prise en charge

- ✓ Une évidence pour les futurs praticiens : la prévention fait partie intégrante de la consultation (97%).
- ✓ Des opinions divergentes quant à une plus forte implication du généraliste dans les problématiques sociales ou médicosociales (60% plutôt réservés).

Vers une pratique médicale davantage guidée ?

- ✓ Un guidage de la pratique par les recommandations de l'ANAES tout à fait accepté (4% seulement y sont opposés) mais une majorité souhaitent que ces recommandations restent adaptables.
- ✓ Une légitimité de l'Assurance Maladie à intervenir dans la pratique des médecins sous la forme de référentiels (à condition toutefois qu'il s'agisse de simples recommandations et non d'une règle).
- ✓ Des pratiques standardisées, tel le dépistage organisé du cancer du sein, tout à fait acceptées.
- ✓ Par contre, une contestation d'une régulation coercitive de la démographie médicale (pourtant, un IMG sur 4 trouverait légitimes des mesures visant à limiter les possibilités d'installation dans certains secteurs).
- ✓ Des avis partagés sur l'exigence de recertification (mais 60% la trouvent plutôt légitime).

Quelle place pour le médecin généraliste ?

- ✓ La responsabilité économique du médecin acceptée par la moitié des futurs généralistes.
- ✓ Le sentiment général (80%) d'un statut dévalorisé.

En conclusion, les principaux enseignements que l'on peut tirer de cette enquête prospective -et *projective*- auprès des futurs médecins généralistes confirment, si besoin en était, que des mutations très importantes sont à attendre dans l'exercice de la médecine générale. Beaucoup d'entre elles sont déjà engagées et il apparaît que les futurs médecins les ont déjà intégrées, pour la plupart, dans la manière dont ils projettent leur future activité. Ces mutations se situent à plusieurs niveaux : dans la manière d'équilibrer sa vie professionnelle et sa vie privée, dans la manière de travailler, dans son positionnement, dans le vécu de son rôle :

Le souhait de préserver sa vie privée est exprimé avec beaucoup de force par les futurs généralistes et, même si une différence sensible entre sexes persiste, les hommes ne sont pas du tout épargnés par cette évolution des mentalités. Les conséquences en sont connues et leur importance ne devrait plus échapper à personne (activité moindre qui, joint à la baisse des effectifs, au vieillissement et à la féminisation va inmanquablement conduire à une diminution de l'offre quantitative). Les conditions de travail proposées et les contraintes familiales influenceront plus fortement que dans le passé sur le choix de carrière : s'il le faut, les futurs médecins, a priori, n'hésiteront pas à changer d'exercice, et ce d'autant plus facilement que le rapport entre l'offre et la demande sera en leur faveur.

De nouvelles manières de travailler sont considérées comme des évidences par les futurs médecins et les réticences relevées aujourd'hui s'estompent chez la génération à venir : le travail en réseau de soins, l'utilisation d'un dossier partagé, l'adoption de protocoles standards sont des pratiques qui n'occasionnent que peu de contestation ; un certain encadrement de la pratique par des référentiels est tout à fait accepté (pour peu qu'ils demeurent adaptables) ; les transferts de compétences à des paramédicaux ne travaillant pas sous la responsabilité directe d'un médecin conduisent à des avis plus partagés mais une majorité de futurs médecins n'y est pas opposée, un certain «droit d'ingérence» des tutelles (référentiels, exigence de remise à niveau des compétences, voire même régulation de l'installation) est accepté par une certaine partie des futurs généralistes.

Une nouvelle dimension dans le rôle joué par le médecin généraliste commence à être acceptée (prise en compte des problématiques sociales, responsabilité économique ...).

Par contre, comme leurs aînés, **les futurs généralistes dressent le constat d'un statut dévalorisé du médecin généraliste.**

EDITORIAL

La médecine générale a longuement cherché sa place. Le généraliste, tantôt décrit comme le « pivot » du système de santé, tantôt « homme à tout faire » d'un système de santé dérégulé, est parvenu au terme d'un long cheminement à faire reconnaître son identité et sa particularité parmi les autres acteurs sanitaires et sociaux. Demain la médecine générale sera une spécialité au même titre que les autres disciplines.

Cette profonde mutation se produit sous la poussée des progrès des techniques et des soins mais aussi des évolutions sociologiques considérables qui parcourent la société en général.

Certes la féminisation de la profession est, à un examen sommaire, l'aspect le plus visible de ces mutations. Mais au delà de cette évidence c'est plus profondément, dans les aspirations des futurs confrères, dans ce qu'ils attendent de la profession à laquelle ils se sont longuement formés qu'il faut chercher les transformations que les responsables de l'organisation du système de santé doivent prendre en compte.

La qualité de la formation des futurs généralistes a progressé jusqu'à la pleine reconnaissance de cette spécialité. Les transferts de compétences se sont accélérés entre disciplines médicales. Sont ils eux même prêts à envisager les mêmes transferts vers d'autres professions paramédicales ?

La démographie médicale, après des décennies de supposée pléthore pourrait se trouver devant une situation de possible pénurie ou plus probablement de répartition inadaptée. Comment les jeunes médecins envisagent-ils leur installation, dans quels secteurs géographiques, quelles conditions de travail considèrent-ils comme acceptables ? tels sont les éléments dont la connaissance est essentielle à la détermination des besoins de formation d'étudiants mais aussi à la mise en place de mesures d'aide à l'installation.

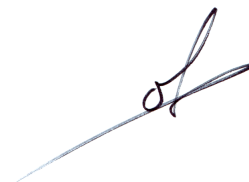
La formation initiale prend désormais en compte des données largement passées sous silence dans le passé. Comment les jeunes médecins intègrent-ils les notions de référentiels validés par la communauté scientifique, de recommandations proposées par l'assurance maladie, l'évaluation régulière des pratiques médicales, les échanges d'information entre soignants autour d'un dossier médical partagé, la dimension sociale de leur exercice ? tels sont les enjeux actuels d'un système de santé mieux régulé pour permettre de garantir l'accès pour tous aux soins de qualité.

Nous remercions encore pour leur concours les étudiants qui ont bien voulu contribuer à cette réflexion conduite en collaboration entre le collège des généralistes de l'URML et leurs représentants. Nous sommes convaincus que leurs réponses contribueront à orienter les dispositions qui seront prises en Rhône Alpes

Docteur Jacques CATON
Président de L'URML RA



Docteur Emile OLAYA
Président du Collège des Généralistes



SOMMAIRE

CONTEXTE DE L'ETUDE	p. 1
OBJECTIFS	p. 5
METHODE	p. 9
RESULTATS	p.13
I- TAUX DE REPONSE ET DESCRIPTION DES REpondANTS	p.15
II- LES PROJETS PROFESSIONNELS DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE	p.18
III- LES ELEMENTS SUSCEPTIBLES D'INFLUER SUR LE CHOIX DE CARRIERE	p.24
IV- LA MANIERE DONT EST PROJETEE LE TEMPS DE TRAVAIL	p.27
V- L'EQUILIBRE ENTRE LA VIE PROFESSIONNELLE ET LA VIE PRIVEE	p.30
VI- L'IMPLICATION DANS LA PERMANENCE DES SOINS EN LIBERAL	p.33
VII- LES RELATIONS AVEC LES AUTRES ACTEURS ET LE PARTAGE D'INFORMATION	p.36
VIII- LES AUTRES DIMENSIONS DE LA PRISE EN CHARGE	p.38
IX- VERS UNE PRATIQUE MEDICALE D'AVANTAGE GUIDEE ?	p.40
X- QUELLE PLACE POUR LE MEDECIN GENERALISTE ?	p.44
XI- L'INVESTISSEMENT PARA-PROFESSIONNEL ENVISAGE	p.46
SYNTHESE ET CONCLUSIONS	p.47
ANNEXES	p.55

CONTEXTE DE L'ETUDE

CONTEXTE DE L'ETUDE

Depuis plusieurs années, la médecine générale a entamé une profonde mutation sous l'effet conjugué de nombreux facteurs.

Dans le cadre d'une large réflexion qu'elle mène sur ce thème, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URMLRA) a souhaité réaliser une étude auprès des étudiants en médecine en 3^{ème} cycle (internat de médecine générale) afin de mieux connaître la manière dont ces futurs médecins appréhendent leur mission, leur positionnement dans le système de santé et dans la société en général et les conditions de leur exercice. L'enquête a été conduite avec la collaboration des 3 associations locales d'internes en médecine générale (ISNAR-IMG) : SYREL (Lyon), ARAVIS (Grenoble), AFMGS (St Etienne). La réalisation de cette étude a été confiée au CAREPS.

Les éléments qui sont à l'origine de cette mutation sont de nature extrêmement diverse. Parmi eux, on peut citer :

- les évolutions sociétales, auxquels sont sensibles aussi bien les praticiens que leurs patients et qui ont modifié les attentes et perceptions des uns et des autres,
 - l'élargissement du contenu de la consultation qui en découle dans une certaine mesure,
 - certaines évolutions technologiques,
 - une certaine évolution dans les manières de travailler,
 - les contraintes économiques du système de santé,
 - les évolutions de la démographie médicale,
 - etc.
- l'impact des **évolutions sociétales** a été très marqué au cours des deux dernières décennies. Elles ont modifié la perception des médecins et des patients et ont transformé la nature de la relation médecin – malade :
- attentes des médecins relatives aux conditions de l'exercice médical et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée,
 - développement des connaissances médicales chez de nombreux patients qui sont en position moins dépendante vis-à-vis des dépositaires du savoir médical,
 - attitude plus exigeante de nombreux patients (au niveau du contenu de la consultation, des délais de prise en charge, des résultats attendus),
 - attitude consumériste de nombreux autres,
 - modification du statut du médecin généraliste (sur le plan du statut à proprement parler et de son niveau de revenus),
 - tendance à la judiciarisation de la médecine ou, pour le moins, à la contestation en cas de résultats jugés insuffisants ou insuffisamment rapides,
 - etc.

- **l'élargissement du contenu de la consultation est concomitant de ces évolutions :**
 - évolution de la perception du rôle joué par le médecin (meilleure intégration de la nécessité d'une prise en charge globale, de la nécessité de développer une action préventive parallèlement à l'acte thérapeutique ...),
 - attentes plus larges vis-à-vis du médecin (pas seulement soigner, mais aussi écouter le mal-être psychologique ou psychosocial).
- **les évolutions technologiques contribuent indubitablement à la mutation profonde de l'acte médical :**
 - positionnement différent du généraliste par rapport à certaines spécialités médicales et médico-techniques et par rapport à l'hôpital,
 - révolution technologique dans les modalités de transfert (et donc de partage) de l'information,
 - facilitation du travail en réseau.
- **les évolutions dans les manières de travailler :**
 - recherche très générale d'un exercice non solitaire (cabinet de groupe),
 - développement du travail en réseau débouchant sur une rupture de l'isolement du médecin généraliste libéral et permettant un enrichissement de la pratique par la confrontation et l'échange professionnels mais obligeant en contre partie le praticien à une certaine transparence de sa prise en charge (droit de regard accordé aux autres sur sa propre activité),
 - intégration de plus en plus fréquente de schémas standardisés de prise en charge où la pratique du médecin est guidée par des référentiels (référentiels de bonnes pratiques, recommandations ANAES, campagnes de dépistage organisé...).
- **les contraintes économiques induites par la crise du système de remboursement :**
 - légitimation d'un certain droit de regard des organismes d'Assurance Maladie sur l'activité des médecins (et renforcement de leur position de "tutelle" les autorisant de fait à un transfert de charges en leur direction : télétransmission des FSE, etc.),
 - évolution vers une certaine intervention de l'Assurance Maladie dans la pratique du médecin : guidage et, dans certains cas, véritable inflexion,
 - incitation au développement de certaines modalités de travail, supposées avoir un meilleur rapport coût / efficacité : réseaux de soins, etc.
- **les évolutions de la démographie médicale :**
 - baisse des effectifs et hétérogénéité de la couverture territoriale,
 - situation de carence naissante dans certaines spécialités amenant à des transferts de compétences,
 - vieillissement de la population médicale,
 - féminisation.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

- ✓ Analyser la manière dont les futurs médecins envisagent les conditions de leur exercice professionnel.
- ✓ Mesurer la balance qu'ils souhaitent respecter entre vie professionnelle et vie privée.
- ✓ Analyser leur perception de la mission du médecin généraliste et de sa place dans le système de santé et dans la société.
- ✓ Mesurer l'acceptabilité de certaines modifications de l'exercice médical qui s'esquissent déjà.
- ✓ Repérer les évolutions dans la manière dont est envisagé le travail avec les autres acteurs de santé (voire avec les acteurs de l'action sociale).
- ✓ Identifier d'éventuels facteurs discriminant les réponses (tels le sexe ou l'orientation envisagée).

METHODE

METHODE

Schéma général :

- Enquête par questionnaire auprès des **étudiants en 3^{ème} cycle** des études médicales (3 années d'internat en médecine générale).
- Enquête réalisée dans les 6 facultés de médecine de Rhône-Alpes (4 à Lyon, 1 à Grenoble et 1 à St Etienne) et concernant théoriquement **677 étudiants** (Lyon : 368, Grenoble : 203, St Etienne : 106).
- Transmission par les associations d'internes de Lyon (SYREL) et Grenoble (ARAVIS) des coordonnées des lieux de stage. Confrontation aux données communiquées à l'URML par la DRASS Rhône-Alpes. Pour Saint Etienne, la DRASS a été la seule source d'information.
- Envoi postal début juillet 2004 du questionnaire à chaque interne nommément désigné, sur son lieu de stage. Les questionnaires étaient accompagnés d'un courrier de sensibilisation signé des présidents des 3 associations d'internes et de deux membres du Bureau de l'URMLRA et d'une enveloppe T permettant un retour direct en direction du CAREPS. Les questionnaires étaient anonymes (numéro d'anonymat permettant un pointage des retours).
- Relance des non répondants et renvoi du questionnaire début septembre 2004.
- Saisie des données et exploitation statistique (logiciel SPSS). Recours aux tests statistiques usuels, à savoir, pour les comparaisons de pourcentages : χ^2 de Pearson (avec éventuelle correction de Yates ou test de Fisher en cas de petits effectifs), pour les comparaisons de moyennes : test de Student ou analyse de variances.

Contenu de l'interrogation :

L'interrogation s'est appuyée sur un questionnaire fermé relativement volumineux (44 questions, 60 variables statistiques). Il s'agissait pour les internes interrogés soit de donner leur opinion, soit de se projeter dans le futur et d'imaginer ce que serait leur modalités idéales d'exercice "si les conditions le permettent". Cette projection, exercice délicat, constitue tout à la fois l'intérêt et la limite de l'étude.

Les questions, élaborées en concertation avec le Comité de Pilotage, se sont articulées autour des thèmes suivants :

- ✓ Les projets professionnels
- ✓ Les éléments susceptibles d'influer sur le choix de carrière
- ✓ L'amplitude projetée du temps de travail
- ✓ L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée
- ✓ L'implication projetée dans la permanence des soins

- ✓ Les relations avec les autres acteurs de santé et le partage d'information
- ✓ Les autres dimensions de la prise en charge (aspects préventifs et sociaux)
- ✓ La perception de l'encadrement de la médecine libérale (référentiels de bonnes pratiques, dépistage organisé, régulation de l'installation, exigence de recertification)
- ✓ La perception de la place du médecin généraliste dans le système de santé et dans la société
- ✓ Les caractéristiques personnelles du répondant

La conduite récente par l'URML Rhône-Alpes et le CAREPS d'une étude sur la féminisation de la profession médicale¹, menée auprès de plusieurs centaines de médecins en exercice, a par ailleurs offert l'opportunité d'une intéressante comparaison.

¹ Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. Enquête auprès des médecins en exercice, des services de scolarité et des étudiants de 2^{ème} cycle. URML RA / CAREPS/Rapport N°418 Octobre 2003

RESULTATS

RESULTATS

I- TAUX DE REPONSE ET DESCRIPTION DES REpondANTS

1. Taux de réponse

Les lieux de stage de **632** internes en médecine générale ont été communiqués au CAREPS (soit 93% du total théorique de 677 internes concernés). Pour les facultés de Lyon et Grenoble, les données utilisées étaient celles des associations d'internes (SYREL et ARAVIS), complétées par les données fournies par la DRASS ; pour St Etienne, seules les informations de la DRASS étaient disponibles. Après relance, **367** internes ont retourné leur questionnaire (**58%**). Ce taux de réponse, déjà très honorable dans l'absolu, peut être considéré comme franchement satisfaisant si l'on tient compte du fait que tous les questionnaires ne sont forcément arrivés à leur destinataire ("déperdition" dans les services). Il est d'ailleurs très proche du taux escompté (60% à 65%). Une certaine hétérogénéité en fonction de la faculté est relevée : bien que correct, le taux de réponse noté à St Etienne est sensiblement plus bas (45%).

L'analyse n'a porté que sur 362 questionnaires, 5 autres étant parvenus au CAREPS trop tardivement.

Tableau A
Taux de réponse à l'enquête en fonction de la faculté

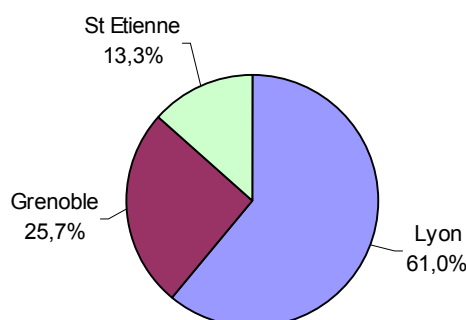
	Faculté			
	Lyon	Grenoble	St Etienne	Ensemble
N sollicités (après correction du fichier)	365	161	106	632
N répondants	225	94	48	367
Taux de réponse	61.6	58.4	45.3	58.1

2. Caractéristiques des répondants

Faculté de rattachement :

Le poids des 3 facultés dans l'échantillon de répondants est fourni dans la figure B. Le poids de Grenoble est sous évalué par rapport à la réalité du fait que tous les lieux de stage des internes n'ont pas été communiqués, celui de Lyon s'en retrouve surévalué (d'autant plus que c'est ici qu'est relevé le meilleur taux de réponse).

Figure B
Distribution des répondants selon la faculté -%- (N=362)

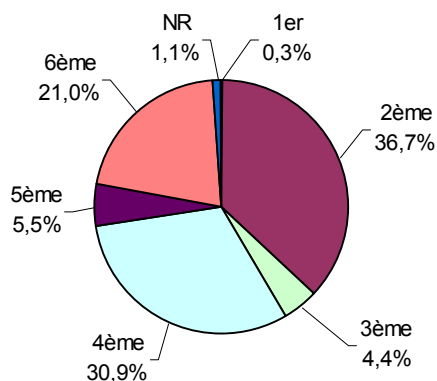


On relève par ailleurs que 2 % des répondants réalisent leurs études dans le cadre du service de santé des armées. Tous suivent leurs études à Lyon où ils représentent 3% des internes en médecine générale. Parmi eux, on compte 5 hommes et 2 femmes et 6 d'entre eux sont en 1^{ère} année du 3^{ème} cycle.

Année d'étude en 3^{ème} cycle:

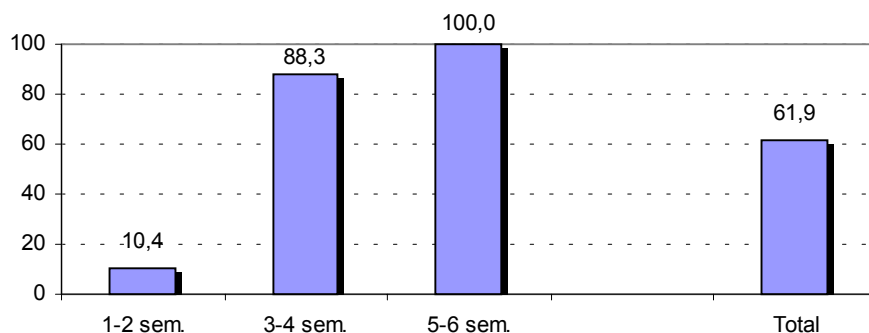
Le caractère récent de la réforme des études médicales peut expliquer que la 3^{ème} année du 3^{ème} cycle (5^{ème} et 6^{ème} semestres) ait un poids plus faible (26% de l'ensemble) que la 1^{ère} et la 2^{ème} année (respectivement 37% et 35%). A Saint Etienne cependant, la part de la 3^{ème} année n'est pas du tout sous-évaluée (annexe A : 37%). Par ailleurs, la date de la tenue de l'enquête (juillet à octobre 2004) explique que les semestres 1 (1^{er}, 3^{ème}, 5^{ème}) soient très peu représentés.

Figure C
Distribution des répondants selon le semestre d'étude en 3^{ème} cycle -%- (N=362)



On pourra par ailleurs relever que 62% des répondants avaient déjà effectué (ou étaient en train d'effectuer) leur stage auprès du praticien au moment de l'enquête (situation très générale dès la 2^{ème} année).

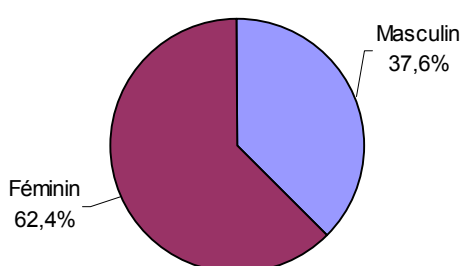
Figure D
Proportion d'internes ayant effectué (ou en train d'effectuer) leur stage auprès du praticien selon le semestre d'étude (N=362)



Sexe :

On note que 62% des répondants sont des femmes. Celles-ci se trouvent donc sur-représentées par rapport à la réalité puisqu'elles ne représentent, d'après un calcul réalisé par le CAREPS à partir des prénoms, que 55% des effectifs. Cependant, cette sur-représentation, témoin d'une plus grande attention apportée à l'enquête, n'est pas suffisamment importante pour altérer la fiabilité des résultats. De ce fait, aucune pondération statistique n'a été opérée sur le sexe. On relèvera dans le tableau placé en annexe A que le poids des femmes est particulièrement important à Grenoble (67% des répondants).

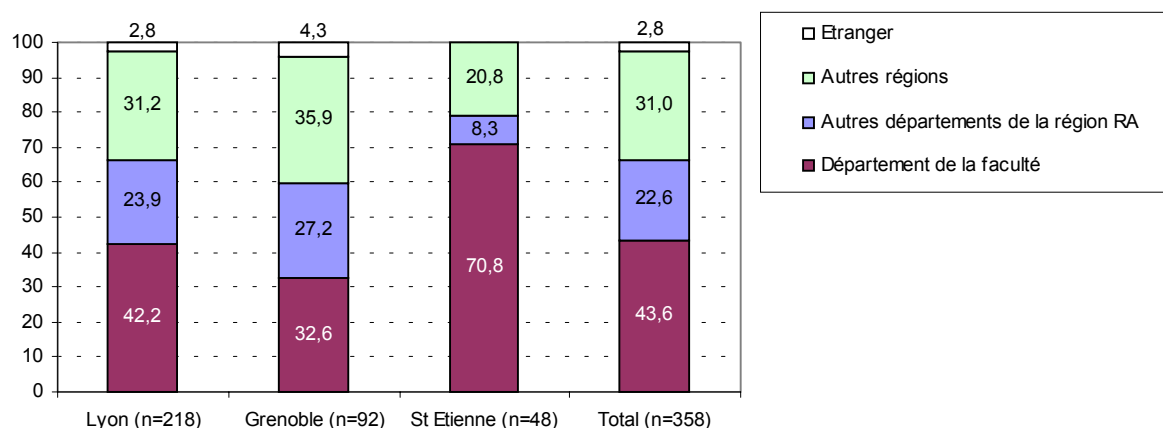
Figure E
Distribution des répondants selon le sexe -%- (N=362)



Département d'origine :

On note que les trois facultés ont un recrutement majoritairement loco-régional : 66% des internes sont rhônalpins, parmi eux 44% sont originaires du département où est installée la faculté et 23% d'un autre département de la région. C'est à Grenoble que la part des extra-régionaux est la plus élevée (40%), à St Etienne qu'elle est la plus faible (29%).

Figure F
Distribution des répondants selon le département d'origine -%- (N=358)



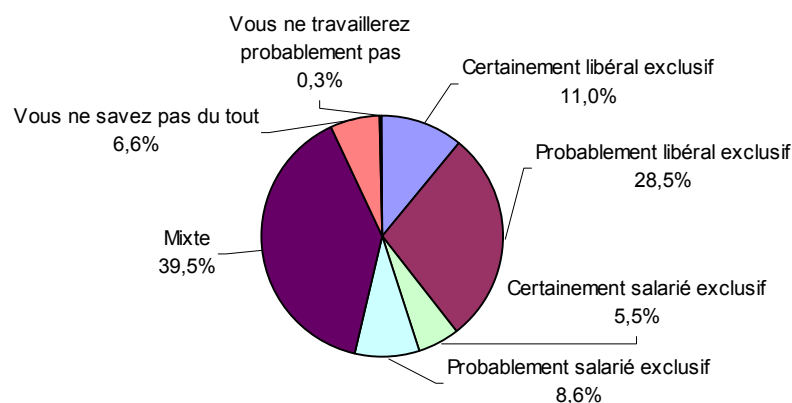
II- LES PROJETS PROFESSIONNELS DES INTERNES EN MEDECINE GENERALE

1. Exercice libéral ou exercice salarié

Lorsqu'on leur demande quel mode d'exercice ils envisagent "si les conditions le permettent" à l'horizon 2010-2015 (soit une dizaine d'années après la fin de leur cursus), quatre internes en médecine générale sur 10 (**39%**) **pensent qu'ils opteront pour un exercice libéral exclusif**. Parmi eux, un sur 4 paraît certain de son choix (soit 11% du total des IMG). La part de ceux qui privilégient un **exercice salarié exclusif** est beaucoup plus faible (**14%**, dont 5% seulement qui semblent affirmatifs sur ce point). Par contre, la proportion d'étudiants privilégiant un **exercice mixte** est très importante et est strictement identique à celle des étudiants optant a priori pour le libéral exclusif (**39%**). Les données de l'administration de la santé (STATISS) et celles relevées dans une récente étude conduite par le CAREPS pour l'URML Rhône-Alpes sur la féminisation de la profession médicale indiquent, chez les médecins en exercice dans la région, des chiffres très différents (52% exercent en libéral exclusif, 32% sont des salariés exclusifs et seuls 16% ont un exercice mixte). Clairement, les étudiants sont **moins attirés que leurs aînés par le salariat exclusif** et appellent de leurs vœux un exercice mixte qui se rencontre en fait beaucoup plus rarement dans la réalité. On peut penser que cet attrait "idéalisé" pour l'exercice mixte tient aux difficultés que peuvent éprouver beaucoup d'étudiants à concevoir une coupure radicale du "cordon ombilical" les reliant au monde hospitalier dans lequel ils baignent depuis plusieurs années.

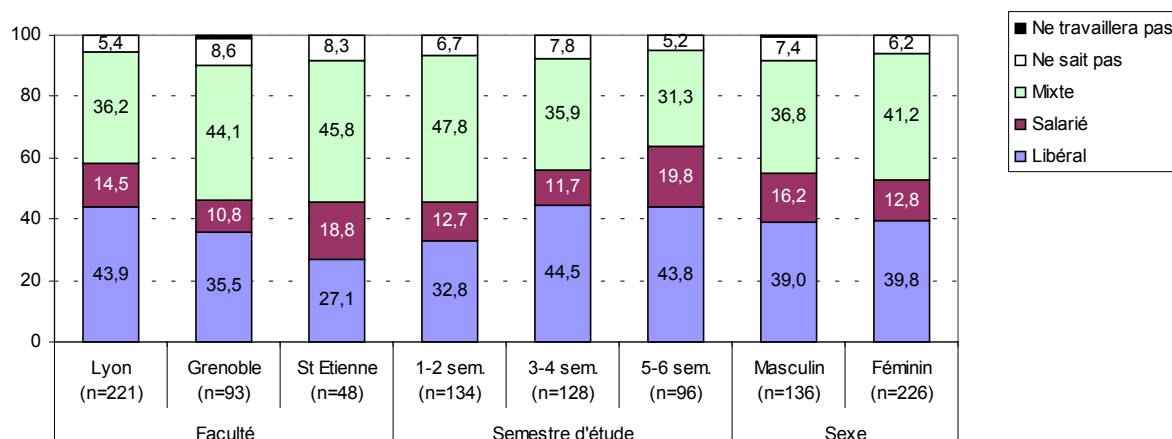
Par ailleurs, si à ce stade des études médicales, les indécis sont peu nombreux (7% seulement n'ont aucune idée de leur futur mode d'exercice), ceux qui sont sûrs de leur choix ne le sont guère plus (16%).

Figure 1
Mode d'exercice professionnel envisagé à l'horizon 2010-2015 -%- (N=362)



On remarquera que plus les étudiants avancent dans leur cursus, plus la part faite à une carrière libérale exclusive augmente (44% en 2^{ème} et 3^{ème} année, contre 33% en 1^{ère}), de même que celle du salariat exclusif (qui atteint 20% en dernière année), au détriment de l'exercice mixte (qui se réduit de 48% à 31%). On remarquera par ailleurs que le choix du libéral exclusif est plus volontiers fait à Lyon qu'à Grenoble ou St Etienne, les étudiants de ces deux dernières facultés semblant privilégier l'exercice mixte. Enfin, aucune différence significative n'apparaît entre les hommes et les femmes sur ce point.

Figure 2
Mode d'exercice professionnel envisagé à l'horizon 2010-2015 selon la faculté, le semestre d'études en 3^{ème} cycle et le sexe -%- (N=362)



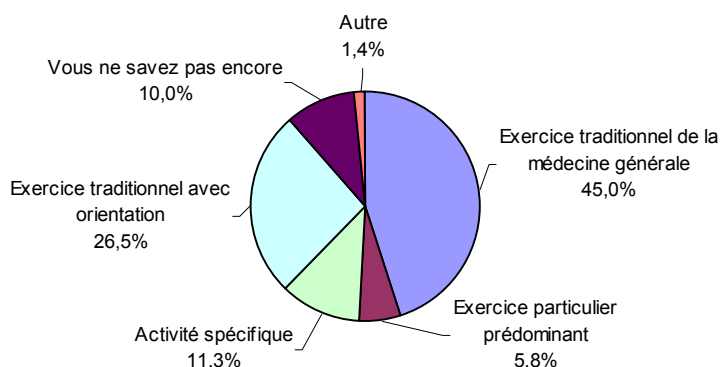
2. Détail du type d'exercice préférentiel

a. Chez les étudiants qui pensent opter vers un exercice libéral (exclusif ou mixte)

- Type et caractéristiques de l'exercice libéral envisagé :

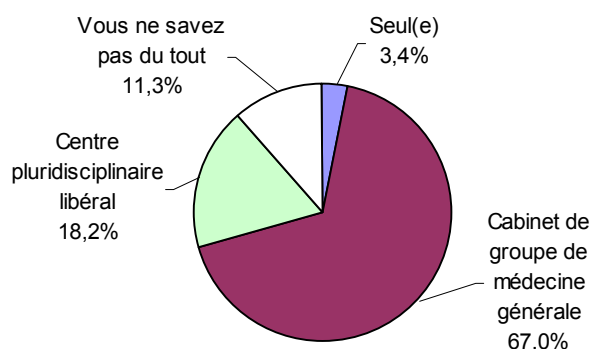
Ceux qui pensent exercer en libéral (exclusif ou mixte), privilégient a priori très largement l'exercice traditionnel de la médecine, soit comme mode unique (45%), soit avec une orientation préférentielle complémentaire, type nutrition (26%). Par contre, 17% pensent s'écarter, au moins en partie, de cet exercice traditionnel, soit qu'ils optent pour une activité spécifique exclusive accessible aux généralistes, type angiologie, médecine du sport... (11%), soit qu'ils optent pour un exercice particulier prédominant de la médecine, type homéopathie, acupuncture... (6%). On pourra relever dans les données de l'Assurance Maladie que 11% des généralistes libéraux sont des MEP (médecins à exercice particulier prédominant), ce qui semble indiquer, sauf à considérer que son attrait s'effrite parmi les jeunes générations, que le choix d'un tel exercice s'opère plus tardivement. Enfin, 10% de ceux qui s'imaginent exercer en libéral n'ont encore aucune idée du choix précis qu'ils feront. On relèvera (voir annexe 1) que les variations en fonction de la faculté, du semestre et du sexe sont relativement minimes.

Figure 3
Détail du mode d'exercice envisagé à l'horizon 2010-2015 par les étudiants pensant opter pour un exercice libéral (exclusif ou mixte) -%- (N=291)



On note par ailleurs que, à quelques exceptions près (3%), tous les étudiants qui ont déjà une idée sur la question imaginent **travailler en association**, au sein d'un **cabinet de groupe** essentiellement (67%), mais assez volontiers aussi (18%) au sein d'un **centre pluridisciplinaire libéral**. Par comparaison, 43% des généralistes libéraux de Rhône-Alpes interrogés dans le cadre de l'enquête sur la féminisation exercent seuls. On voit donc que, sur ce point, **les aspirations des nouvelles générations contrastent singulièrement avec la réalité actuelle** (tout en sachant que les conditions ne permettront probablement pas à tous les étudiants de satisfaire leur souhait). L'annexe 2 montre que même les étudiants qui se rapprochent de la date d'installation (5^{ème} et 6^{ème} semestres) ne sont que 7% en envisager d'exercer seuls. Il montre également que la seule différence entre sexes tient à ce que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à privilégier le cabinet de groupe (73% contre 57%, $p < 0.01$), ces derniers optant plus volontiers pour un centre pluridisciplinaire libéral (24% contre 15%) mais ils sont aussi peu attirés que leurs homologues de sexe féminin par l'exercice isolé (respectivement 5% et 3%).

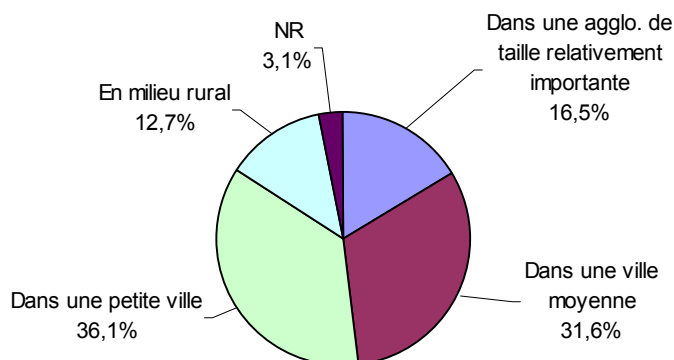
Figure 4
Caractéristiques de l'exercice envisagé par les étudiants pensant opter pour un exercice libéral (exclusif ou mixte) -%- (N=291)



- *Lieu d'installation :*

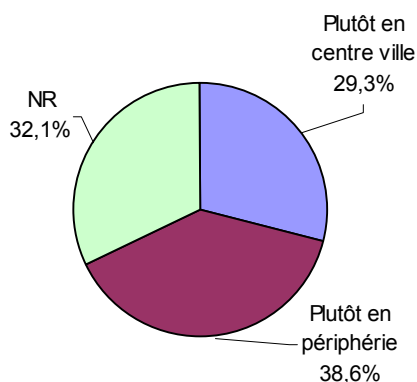
Si les conditions le permettent, les étudiants qui s'orientent vers un exercice libéral pensent, pour la moitié d'entre eux, s'installer en milieu urbain (grande agglomération ou ville moyenne), tandis que plus du tiers privilégie une installation dans une petite ville et 12% une installation en milieu rural. Ces chiffres sont à rapprocher de ceux de l'administration de la santé : parmi les généralistes en exercice en Rhône-Alpes, 15% exercent en rural et 6% dans une unité urbaine de moins de 5000 habitants. Sur ce point, il n'existe pas de différence en fonction du sexe (annexe 3). Dans le même tableau en annexe, on pourra relever que si le milieu urbain est cité à égalité dans les 3 facultés, le milieu franchement rural est plus volontiers cité par les étudiants grenoblois et stéphanois que lyonnais (20% contre 8%), ces derniers optant, quant à eux, plus volontiers pour une petite ville.

Figure 5
Lieu d'installation privilégié par les étudiants pensant opter pour un exercice libéral (exclusif ou mixte) -%- (N=291)



Ceux qui imaginent exercer en milieu urbain ont tendance à privilégier plutôt la périphérie (39%) que le centre ville (39%) mais nombreux sont ceux qui n'ont pas d'idée sur ce point. Cette différence est très nette chez les hommes alors que les femmes placent ces deux localisations à égalité (annexe 4).

Figure 6
Lieu d'installation privilégié par les étudiants pensant opter pour un exercice libéral en milieu urbain -%- (N=140)

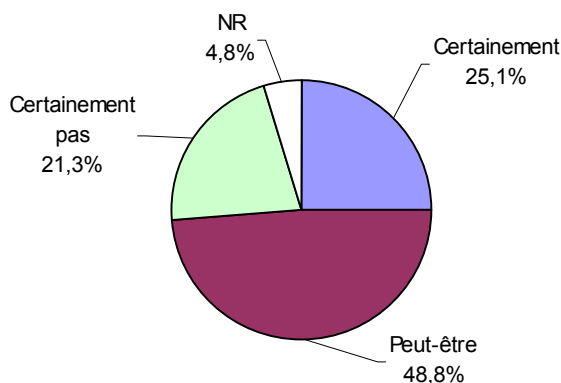


Quant au département envisagé pour l'installation, il est rhônalpin dans 69% des cas et extra-régional dans 12%, tandis que 18% des étudiants n'ont pas d'idée sur la question. Si l'on ne considère que les **étudiants locaux** (issus de l'un des 8 départements de Rhône-Alpes), on relève que **77% d'entre eux souhaitent s'installer, si les conditions le permettent, dans un département rhônalpin** (45% dans leur département d'origine, 32% dans un autre département de Rhône-Alpes), 7% hors Rhône-Alpes (les autres ne se prononçant pas). Les chiffres relevés dans les deux sexes sont pratiquement identiques.

Par ailleurs, la proportion d'étudiants qui se disent *certainement* prêts à quitter la région (25%) est voisine de la proportion de ceux qui s'y refusent (21%). Les étudiants stéphanois apparaissent un peu plus mobiles que leurs homologues de Lyon et Grenoble (annexe 5). Si l'on ne considère que les étudiants originaires de Rhône – Alpes, les chiffres sont quelque peu modifiés : 18% seulement d'entre eux seraient *certainement* prêts à s'installer en dehors de la région tandis que 29% s'y

refusent catégoriquement. Chez les "locaux", les femmes apparaissent plus mobiles que les hommes puisque 22% d'entre elles se déclarent *certainement* prêtes à quitter la région, ce qui n'est le cas que de 11% des hommes (par contre, la proportion de ceux qui s'y refusent certainement est voisine dans les deux sexes : 31% et 28%).

Figure 7
Proportion d'étudiants pensant opter pour un exercice libéral se disant prêts à s'installer en dehors de Rhône – Alpes -%- (N=291)

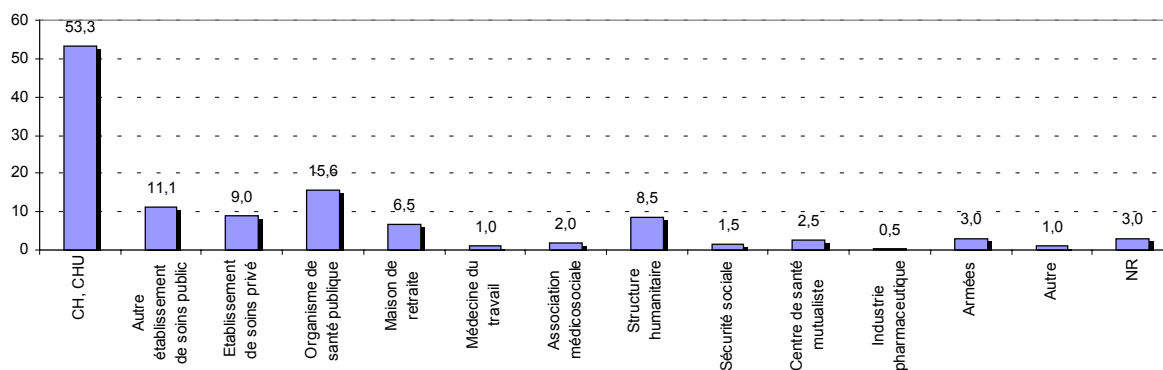


b. Chez les étudiants qui pensent opter vers un exercice salarié (exclusif ou mixte)

- *Type de l'exercice salarié envisagé :*

Plus de la moitié des étudiants (53%) envisageant un exercice salarié (exclusif ou mixte) pensent (ou espèrent) travailler en **milieu hospitalier**. Quatre autres types d'activité salariée sont citées avec une certaine fréquence : organismes de santé publique (16%) mais aussi (8% à 11%) : établissements publics de soins non hospitaliers, établissements de soins privés, structures humanitaires.

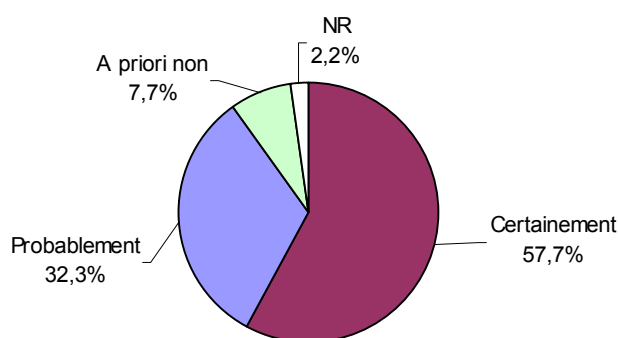
Figure 8
Type d'activité envisagée par les étudiants pensant opter pour un exercice salarié (exclusif ou mixte) -%- (N=199)



c. Formations complémentaires envisagées

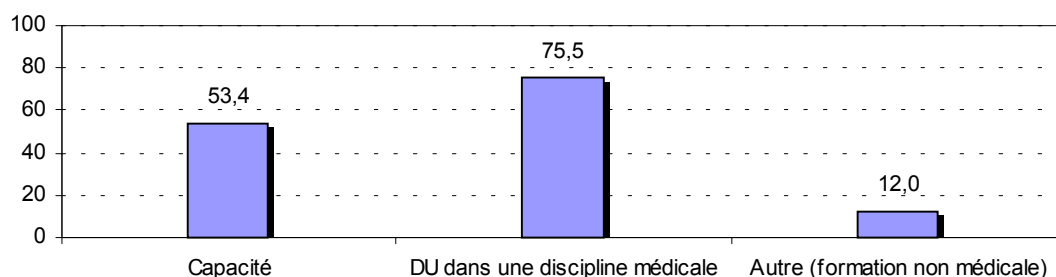
Quelle que soit l'orientation envisagée (salarisée ou libérale), pratiquement tous les internes en médecine libérale (90%) envisagent de faire une **formation complémentaire** durant leur troisième cycle ou dans les années suivantes. Près de 60% se montrent affirmatifs sur ce point. On remarquera que cette volonté est indépendante de la faculté ou du sexe (annexe 6), cependant, lorsque les étudiants avancent dans leur cursus, leur motivation diminue un peu mais, même en 3^{ème} année, elle reste forte (84%, dont certainement pour 53%). Par comparaison, 60% des médecins généralistes libéraux de Rhône-Alpes en exercice ont obtenu un diplôme complémentaire (enquête URMLRA/CAREPS sur la féminisation).

Figure 9
Proportion d'étudiants envisageant de faire une formation complémentaire en 3^{ème} cycle ou dans les années suivantes (N=362)



Les trois quarts de ceux qui envisagent de faire une formation complémentaire évoquent un DU dans une discipline médicale, la moitié une capacité et un sur 8 envisage une formation non médicale.

Figure 10
Type de formation complémentaire envisagée par les étudiants qui évoquent cette possibilité - %- (N=326)



III- LES ELEMENTS SUSCEPTIBLES D'INFLUER SUR LE CHOIX DE CARRIERE

1. Critères guidant le choix de carrière

Il était demandé aux étudiants interrogés de classer (de 1 à 4) quatre critères qui, selon eux, vont guider leur choix de carrière :

- intérêt intellectuel,
- conditions de travail,
- aspects financiers (lucrativité, sécurité financière, progression de carrière, etc.),
- qualité de vie privée et familiale.

La qualité de vie privée et familiale est, de très loin, l'élément qui prime pour le choix de carrière : les deux tiers des étudiants l'ont classé en première position, près de 90% l'ont classé en première ou deuxième position, le rang moyen attribué est de 1,5 sur 4. Plus en retrait, arrivent à égalité l'intérêt intellectuel et les conditions de travail : 17 à 19% des étudiants placent ces deux éléments au premier rang, 47 à 49% les placent en première ou deuxième place (rang moyen : 2,5 sur 4 dans les deux cas). Enfin, les aspects financiers sont rarement un éléments décisif dans le choix de carrière : premier rang pour 3% seulement des étudiants, premier ou deuxième rang pour 15%. La hiérarchie est identique dans les deux sexes. Cependant, même si les différences ne sont pas considérables, elles sont significatives : les femmes sont plus nombreuses que les hommes à placer au premier rang de leurs critères de choix la qualité de vie privée et familiale (respectivement 67% et 54%, $p=0.01$), les hommes au contraire citent un peu plus souvent en premier l'intérêt intellectuel (23% contre 16%, $p=0.09$) et les aspects financiers (6% contre 1%, $p=0.01$).

Figure 11
Critères de choix de carrière cités par les étudiants en 1^{ère} et 2^{ème} position selon le sexe -%-
(N=339)

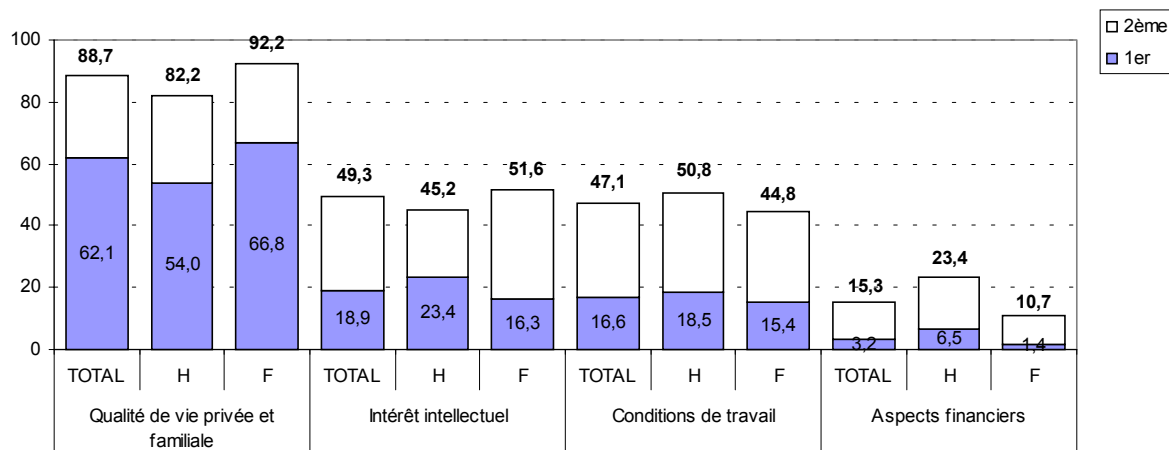
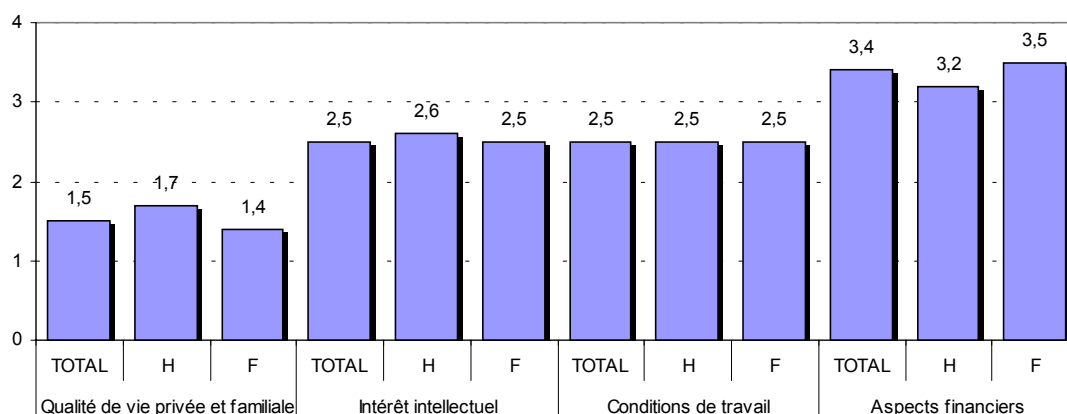
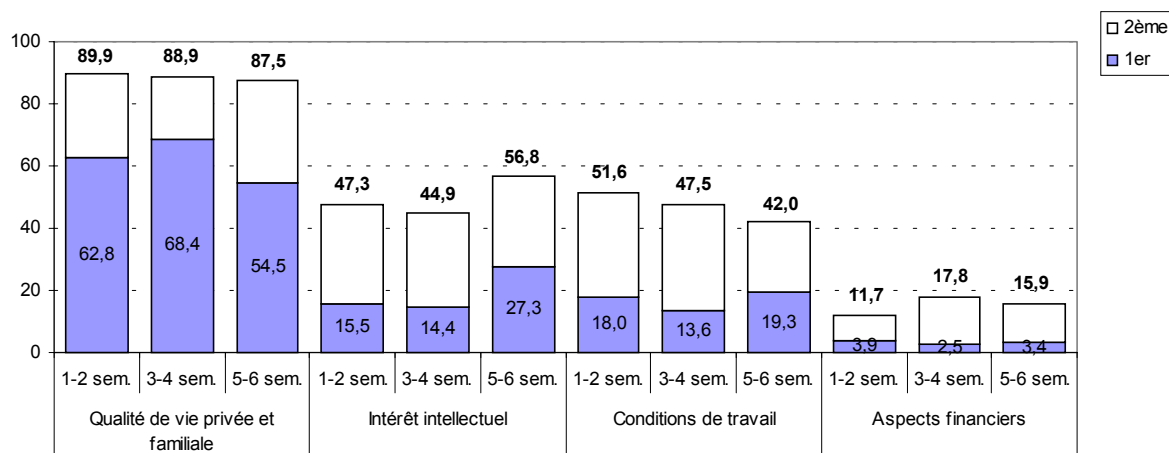


Figure 12
Rang moyen (sur 4) des critères de choix de carrière cités par les étudiants selon le sexe -%-
(N=339)



Il apparaît enfin que les étudiants en fin de cursus (5^{ème} et 6^{ème} semestres) citent moins souvent que leurs cadets en 1^{ère} position la qualité de vie (54%, $p < 0.05$) et un peu plus souvent l'intérêt intellectuel (27%, $p < 0.01$).

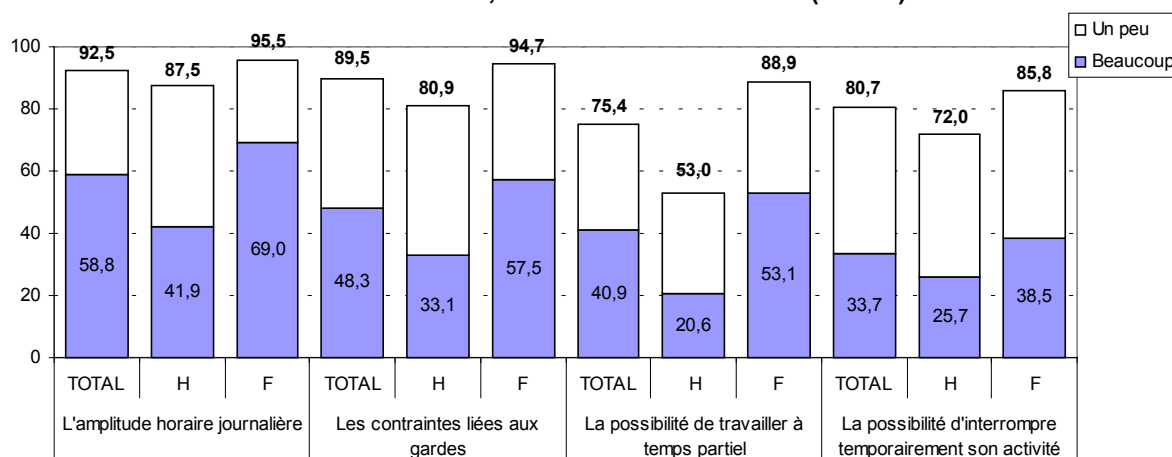
Figure 13
Critères de choix de carrière cités par les étudiants en 1^{ère} et 2^{ème} position selon le semestre d'études -%- (N=339)



2. Eléments susceptibles d'influencer le choix de carrière outre l'intérêt du métier

Outre l'intérêt du métier, d'autres éléments liés aux conditions de travail peuvent influencer (à défaut de le guider) le choix de carrière des internes en médecine générale. L'**amplitude horaire journalière** est l'élément le plus souvent cité comme tout à fait déterminant (il influencera *beaucoup* le choix de 59% des répondants), mais c'est également le cas des **contraintes liées aux gardes** (48%), de la possibilité de travailler à **temps partiel** (41%) et de la possibilité d'**interrompre temporairement son activité** (34%). Sur tous ces points, un **écart très important est relevé entre les hommes et les femmes**, ces dernières étant beaucoup plus nombreuses à mettre en avant l'influence de ces facteurs. L'écart le plus important est noté au sujet du temps partiel (53% des femmes le citent, contre seulement 21% des hommes). La ventilation des réponses en fonction de la faculté et de l'année d'étude est fournie en annexe 9.

Figure 14
Facteurs liés aux conditions de travail susceptibles d'influencer le choix de carrière, outre l'intérêt du métier, en fonction du sexe -%- (N=362)



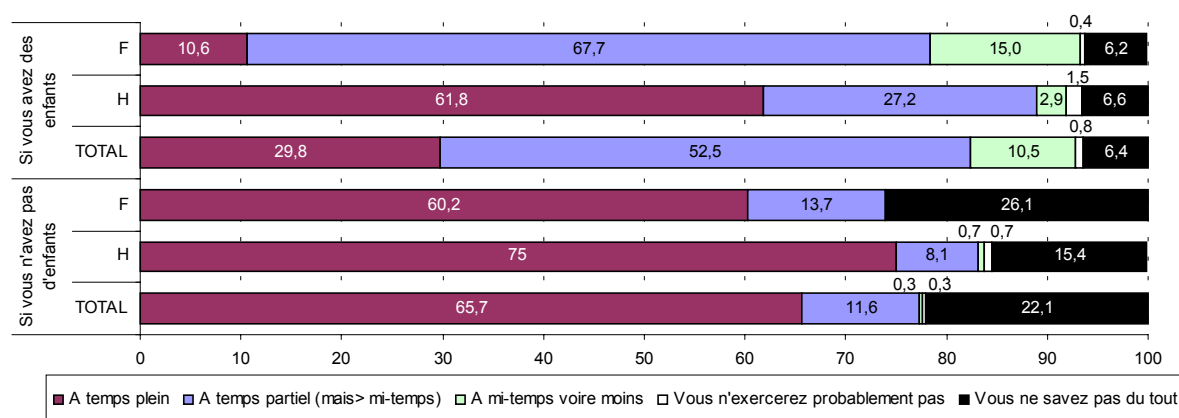
IV- LA MANIERE DONT EST PROJETE LE TEMPS DE TRAVAIL

1. Amplitude du temps de travail

En l'absence d'enfants, les deux tiers des internes (66%) imaginent travailler à temps plein à l'horizon 2010-2015, si les conditions le permettent. Si l'on ne considère que ceux qui ont une idée sur la question, cela représente 84% des répondants. Presque tous les autres imaginent que leur temps de travail sera supérieur à un mi-temps. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à imaginer travailler à plein temps (respectivement 75% et 60%, mais en fait, les femmes se caractérisent surtout par une grande proportion (25%) de personnes ne déclarant pas savoir quel sera leur temps de travail. De fait, si l'on ne considère que ceux qui ont une idée sur la question, la proportion d'internes indiquant un travail à temps plein est voisine dans les deux sexes : 88% chez les hommes et 81% chez les femmes.

Les choses sont par contre radicalement différentes lorsque les internes sont placés en situation d'être **parents** : 62% des hommes pensent alors qu'ils travailleront à temps plein (66% de ceux qui ont une idée sur la question), ce qui n'est le cas que de 11% des femmes !!! (chiffre inchangé si l'on ne tient pas compte des sans opinions). On est cependant frappé par la forte proportion d'hommes (30%) qui pensent que, s'ils sont pères, ils travailleront à temps partiel. On notera enfin que les femmes (qui, si elles sont mères, imaginent dans leur très grande majorité travailler à temps partiel) évoquent cependant bien plus souvent un temps de travail relativement important (supérieur à un mi-temps) qu'un temps plus réduit (mi-temps ou moins) : respectivement 68% et 15% (voire annexe 10 pour le détail en fonction de la faculté et de l'année d'études).

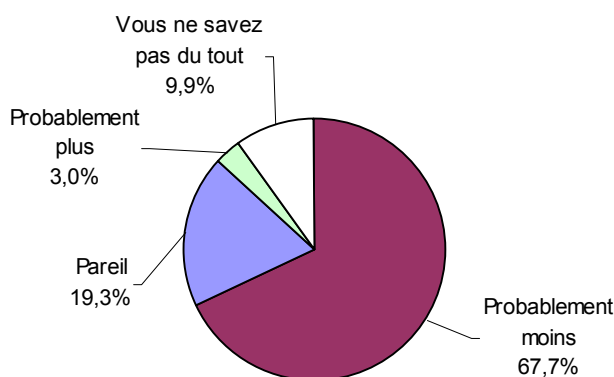
Figure 15
Amplitude du temps de travail projeté à l'horizon 2010-2015 "si les conditions le permettent" en fonction du sexe et de la présence ou non d'enfants -%- (N=362)



2. Implication "quantitative" au travail par rapport aux aînés

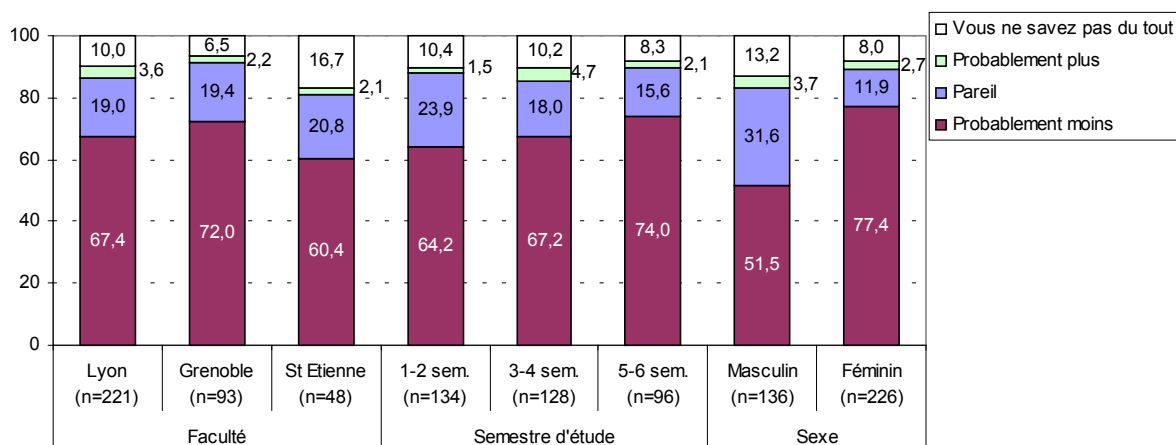
Plus des deux tiers des étudiants (68%, soit 75% de ceux qui se prononcent) pensent qu'ils **travailleront probablement moins que leurs aînés** (d'après ce qu'ils savent ou imaginent du travail de ces derniers). Seuls 3% envisagent de travailler plus.

Figure 16
Amplitude projetée du temps de travail par rapport à celui des aînés -%- (N=362)



Sur ce point également, l'écart entre sexes est manifeste : 77% des femmes (contre 51% des hommes) pensent qu'elles travailleront moins que leurs aîné(e)s. Par ailleurs, plus les étudiants avancent dans leur cursus et plus progresse (bien que de manière non significative) la proportion de ceux qui envisagent un temps de travail moindre que leurs aînés, (de 64% en 1^{ère} année à 74% en 3^{ème}).

Figure 17
Amplitude projetée du temps de travail par rapport à celui des aînés en fonction de la faculté, de l'année d'études et du sexe -%- (N=362)

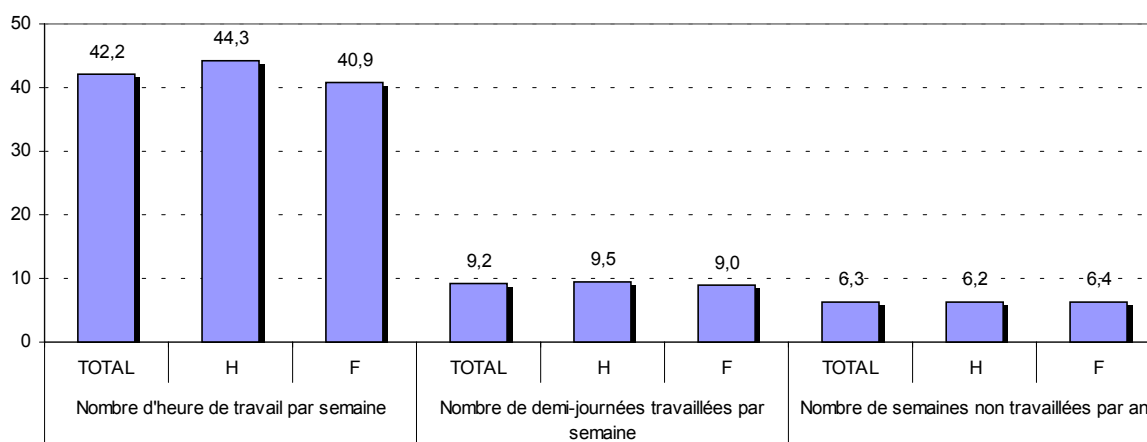


Il était par ailleurs demandé aux internes en médecine générale d'estimer leur future implication en termes de temps de travail hebdomadaire, de nombre de demi-journées travaillées par semaine et de nombre de semaines non travaillées dans l'année. Pour faciliter leur estimation, les résultats de l'enquête réalisée par l'URML et le CAREPS sur les généralistes rhônalpins en exercice leur étaient fournis.

En termes de **nombre d'heures de travail par semaine** (hors gardes), l'écart par rapport aux généralistes libéraux en exercice est très net : **42 heures** pour les internes, 48 heures pour les généralistes en exercice ($p < 10^{-3}$). L'écart entre sexes est également significatif, même s'il n'est pas considérable ($p < 10^{-2}$) : les femmes pointant un temps de travail inférieur de presque 10% à celui des hommes (41 heures hebdomadaires contre 44 heures). Ces chiffres, semblant évoquer un travail à temps plein ne tiennent visiblement pas compte de la présence d'enfants (car, on l'a vu, dans ce cas, le travail à temps partiel est plébiscité par les femmes). De fait, l'écart entre sexes chez les généralistes en exercice est beaucoup plus important (54 heures chez les hommes et 42 heures chez les femmes).

Les internes imaginent par ailleurs travailler **9,2 demi-journées par semaine** (avec un écart relativement minime entre sexes), le chiffre relevé chez les généralistes libéraux en exercice est de 8,7 (9,3 chez les hommes et sensiblement moins chez les femmes : 7,6). Enfin, ils envisagent, dans les deux sexes, de prendre un peu plus de **6 semaines (6,3) de vacances par an** (6,2 semaines chez les généralistes en exercice : 5,8 chez les hommes et 7,0 chez les femmes). Le détail des réponses en fonction de la faculté et de l'année d'études est fourni en annexe 11.

Figure 18
Amplitude projetée du temps de travail : durée hebdomadaire, nombre de ½ journées
travaillées par semaine et nombre de semaines non travaillées par an en fonction du sexe -%-
(N=349)

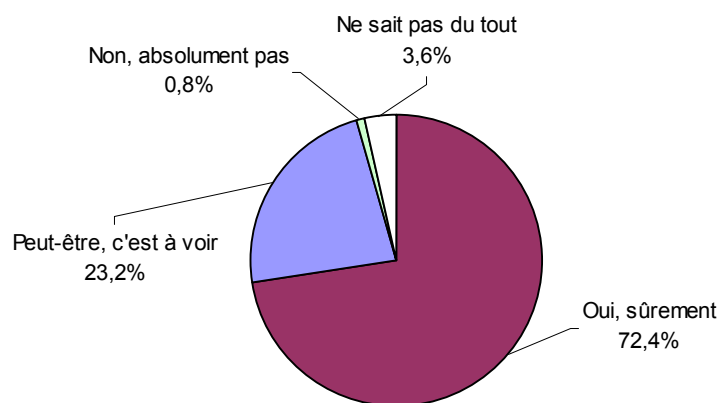


V- L'EQUILIBRE ENTRE LA VIE PROFESSIONNELLE ET LA VIE PRIVEE

1. Renoncements consentis

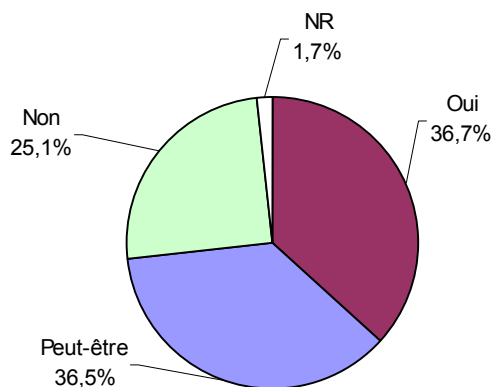
Pour élever leurs enfants, les internes en médecine générale seraient, dans leur grande majorité (**72%**), prêts à **modifier leurs conditions d'exercice professionnel** (par exemple en réduisant leur temps de travail). De plus, seuls quelques uns ne l'envisagent absolument pas, la plupart des autres indiquant que cette perspective n'est pas exclue. Une différence importante entre sexes est relevée relative à la proportion d'étudiants certainement prêts à une telle inflexion (84% des femmes et 53% des hommes, annexe 12) mais il n'est pas anodin de constater qu'un homme sur deux se range dans ce cas.

Figure 19
Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à modifier leurs conditions d'exercice professionnel pour élever leurs enfants -%- (N=362)



Par ailleurs, pour élever leurs enfants, **37%** des étudiants se déclarent prêts à des renoncements professionnels plus importants allant jusqu'à **changer complètement d'orientation** (par exemple : passer de la médecine de soins à la médecine de prévention ou passer du libéral au salariat). D'autres, aussi nombreux, ne l'excluent pas totalement. Là encore, l'écart entre sexes est manifeste (annexe 13 : 44% des femmes et **24% des hommes** se déclarent *certainement* prêts à un tel changement radical). Une nouvelle fois, le fait qu'un homme sur 4 fasse cette réponse montre à quel point l'évolution des mentalités chez les nouvelles générations est bien réelle.

Figure 20
Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à changer complètement d'orientation pour élever leurs enfants -%- (N=362)



Pour suivre leur conjoint ou privilégier leur vie de couple, **59%** des internes seraient certainement prêts à **modifier leurs conditions d'exercice professionnel** (annexe 14 : 64% des femmes et 51% des hommes) et 36% ne l'excluent pas, tandis que **31%** iraient certainement jusqu'à **changer complètement d'orientation** (annexe 15 : 34% des femmes et 25% des hommes) et que 42% n'excluent pas une telle éventualité.

Figure 21

Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à modifier leurs conditions d'exercice professionnel pour suivre leur conjoint ou privilégier leur vie de couple -%- (N=362)

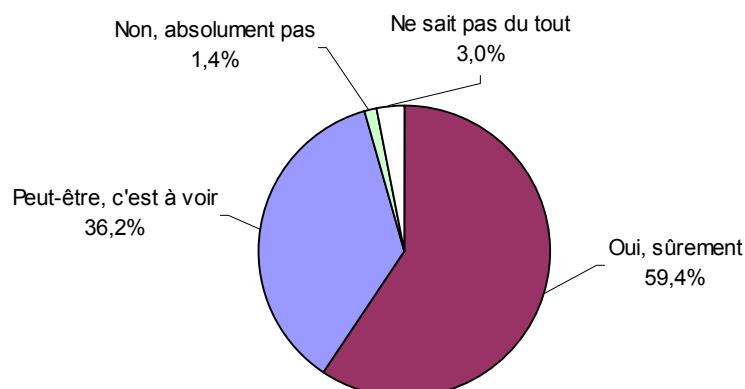
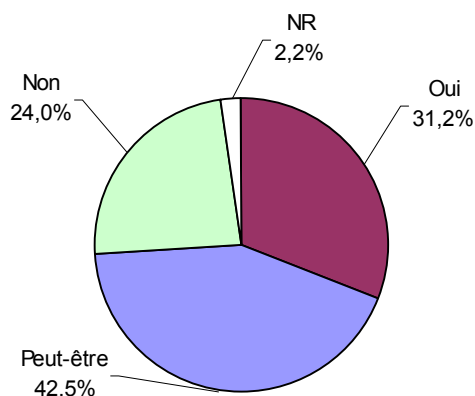


Figure 22

Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à changer complètement d'orientation pour suivre leur conjoint ou privilégier leur vie de couple -%- (N=362)



Enfin, pour avoir plus de temps libre et de loisirs, **41%** des internes seraient certainement prêts à **modifier leurs conditions d'exercice professionnel** (annexe 16 : 39% des femmes et 43% des hommes) et 52% ne l'excluent pas, tandis que **20%** iraient certainement jusqu'à **changer complètement d'orientation** (proportion identique dans les deux sexes, annexe 17) et que 36% n'excluent pas une telle éventualité.

Figure 23
Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à modifier leurs conditions d'exercice professionnel pour avoir plus de temps libre et de loisirs -%- (N=362)

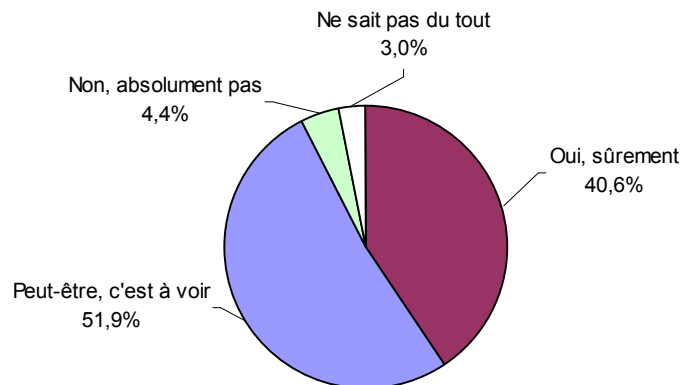
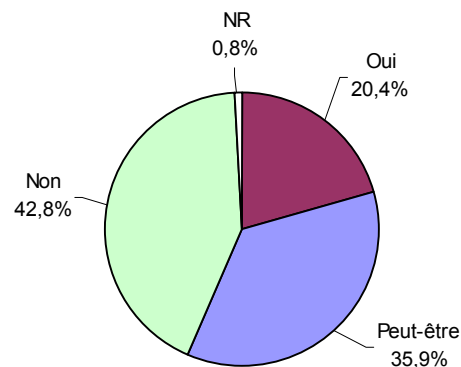


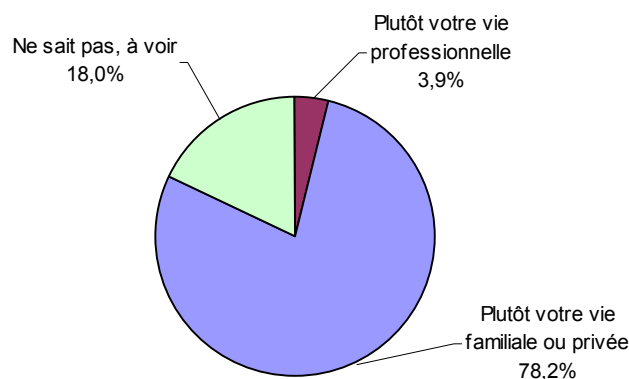
Figure 24
Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à changer complètement d'orientation pour avoir plus de temps libre et de loisirs -%- (N=362)



2. Balance entre la vie professionnelle et la vie privée

En définitive, s'ils ont des choix à faire plus tard, 4 internes sur 5 (**78%**) déclarent qu'ils **privilégieront plutôt leur vie privée ou familiale** (annexe 18 : 82% des femmes et 72% des hommes) tandis que seuls 4% privilégieront plutôt leur vie professionnelle (2% des femmes et 7% des hommes). Les autres (18%) ne se prononcent pas.

Figure 25
Choix entre vie privée et vie professionnelle-%%- (N=362)
"En définitive, si vous avez plus tard à faire des choix entre votre vie professionnelle et votre vie privée, que privilégieriez-vous ?"



VI- L'IMPLICATION DANS LA PERMANENCE DES SOINS EN LIBERAL

Ces questions ne s'adressaient qu'aux internes pensant s'orienter vers l'exercice libéral de la médecine (de manière exclusive ou non).

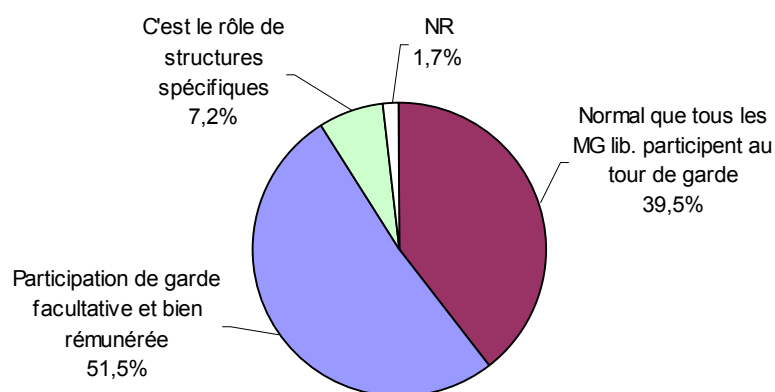
1. Opinions sur le principe de la participation des médecins libéraux à la permanence des soins

Trois propositions étaient soumises aux internes afin de connaître leur position de principe sur la participation des médecins libéraux à la permanence des soins :

1. il est normal que tous les généralistes libéraux participent au tour de garde de leur secteur
2. la participation des généralistes libéraux au tour de garde devrait être facultative et bien rémunérée (de manière à trouver suffisamment de volontaires)
3. ce n'est pas à la médecine libérale à assurer la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets, c'est le rôle de structures spécifiques publiques ou privées (hôpitaux, SOS Médecins ou autres formules)

Par une courte majorité (51%), les internes interrogés optent pour une **participation à la permanence des soins basée sur le volontariat**, tandis que 39% estiment qu'il est normal que tous les généralistes participent au tour de garde de leur secteur. Peu nombreux (7%) sont ceux qui optent pour une délégation totale de cette mission à des structures spécifiques. Les réponses varient peu en fonction de la faculté, de l'année d'études et du sexe (annexe 19).

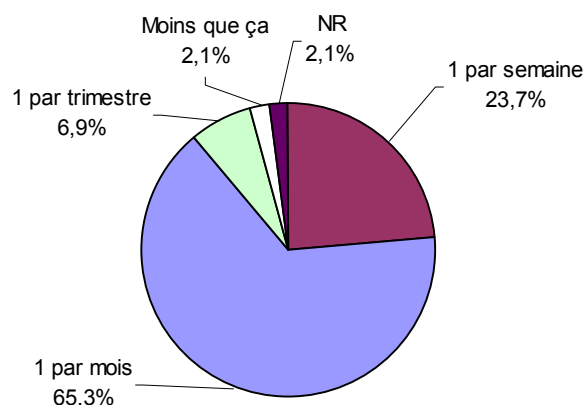
Figure 26
Opinion des internes en médecine générale sur le principe de la participation des médecins libéraux à la permanence des soins -%- (N=291)



2. Rythme de garde jugé acceptable

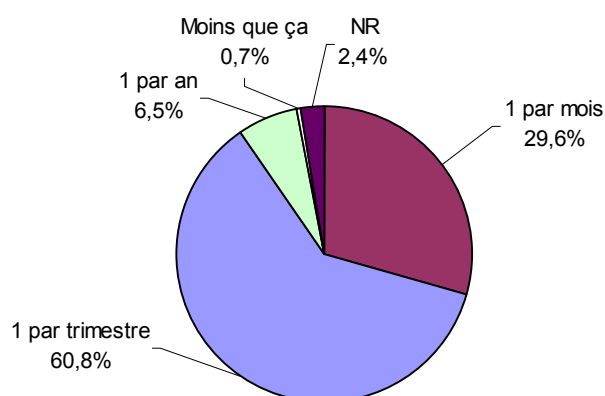
En semaine, les deux tiers des internes trouveraient acceptable de prendre **une garde par mois**, près d'un sur quatre seraient prêts à s'investir davantage (1 garde par semaine). Les hommes, bien plus que les femmes, sont prêts à prendre une garde hebdomadaire (32% contre 19%), il en est de même des étudiants de St Etienne (37%) et de ceux de 1^{ère} année d'internat (29%) (annexe 20).

Figure 27
Rythme de garde de semaine jugé acceptable -%- (N=291)



S'agissant des gardes de **week-end**, 60% des internes trouveraient acceptable de prendre **une garde par trimestre** mais 30% seraient prêts à s'investir davantage (1 week-end par mois). Sur ce plan, les réponses des hommes et des femmes ne diffèrent pratiquement pas. Par ailleurs, la plus grande acceptabilité d'un rythme rapproché par les internes de St Etienne et ceux de première année d'internat est confirmée (annexe 21).

Figure 28
Rythme de garde de week-end jugé acceptable -%- (N=291)



***Nota :** pour comparaison, on rappelle ici les chiffres relevés lors d'une récente enquête sur la permanence des soins dans l'Isère à laquelle ont répondu 632 généralistes (enquête FIPSEL/URMLRA/CAREPS). On voit que le nombre médian de garde en semaine est égal à 10 (soit environ une par mois) et que le nombre médian de gardes de week-end est égal à 3 (week-ends complets), soit moins d'une par trimestre. On voit donc que la majorité des internes indiquent un rythme*

acceptable proche de la réalité actuelle (pour le moins de la réalité iséroise). Cependant, l'enquête montre l'existence d'une très grande hétérogénéité entre les médecins exerçant en milieu typiquement urbain (3 soirs de semaine et 1 week-end par an) et ceux qui exercent en milieu typiquement rural (45 soirs de semaine et 10 week-ends par an).

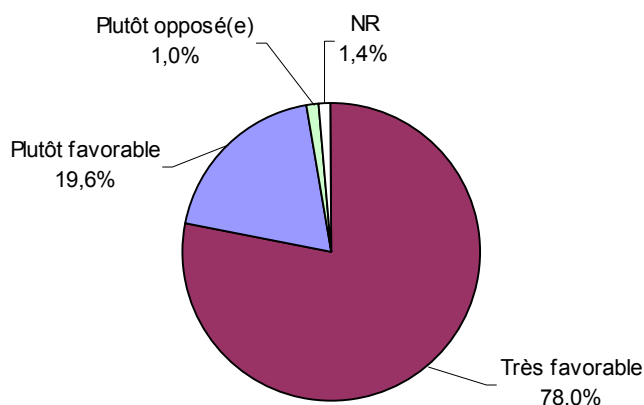
3. Opinion sur le déplacement des patients pendant la permanence des soins

Un texte introductif rappelait le contexte aux internes interrogés :

"Jusqu'à un passé récent, lorsqu'un patient appelait un médecin de garde, c'était le médecin qui se déplaçait au domicile du patient. Depuis peu, la tendance inverse s'amorce : lorsque l'état de santé du patient le permet, c'est lui qui se déplace au cabinet du médecin de garde ou dans une maison médicale de garde."

Seuls 1% des internes jugent cette évolution contestable, les autres y sont **très favorables** (78%) ou, pour le moins, plutôt favorables (20%). On remarquera que plus les internes avancent dans leur cursus et plus la proportion d'avis très favorables augmente (annexe 22 : de 69% en 1^{ère} année à 88% en 3^{ème} année).

Figure 29
Opinion des internes en médecine générale sur le déplacement des patients pendant la permanence des soins -%- (N=291)



Les chiffres relevés chez les internes rejoignent tout à fait ceux relevés chez les médecins en exercice puisque, dans l'enquête précitée sur la permanence des soins en Isère, 78% des généralistes interrogés se disent tout à fait d'accord avec cette évolution et 12% plutôt d'accord.

VII- LES RELATIONS AVEC LES AUTRES ACTEURS ET LE PARTAGE D'INFORMATION

1. Opinions sur les réseaux de soins et les dossiers partagés

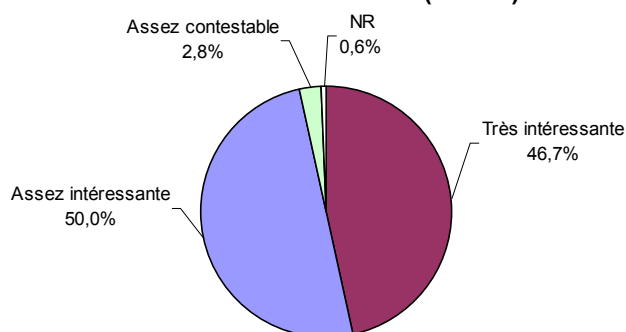
Un texte précisait les tenants et les aboutissants de ces modalités de travail :

"De nouvelles formes de travail entre acteurs de santé se dessinent, basées sur une prise en charge dans le cadre de réseaux de soins (par exemple : réseau ville-hôpital sur le diabète, le cancer...). Souvent, ces réseaux reposent sur un protocole plus ou moins standardisé de prise en charge et un partage d'information (dossier patient partagé). Ces réseaux sont supposés faire entrer dans un cadre plus formel et plus interactif les relations que le généraliste entretient avec les autres acteurs de santé (spécialistes, hôpital, paramédicaux...). Ils se proposent de contribuer à rompre l'isolement du généraliste, mais ils l'obligent en contre partie à une certaine transparence de sa prise en charge ("droit de regard" accordé aux autres sur sa propre activité) et à partager d'une certaine manière la relation duelle et unique qui le lie à son patient"

Les internes étaient invités à donner leur opinion sur ces modalités de travail, compte tenu des avantages et des inconvénients qui ont été résumés.

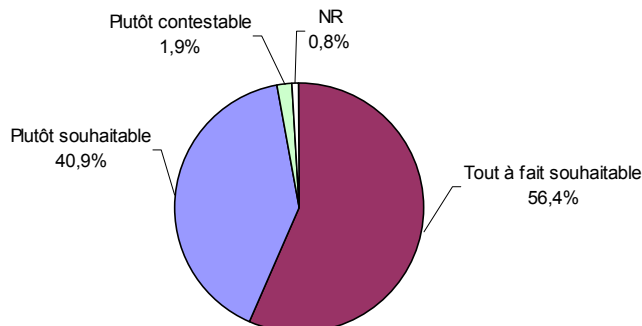
S'agissant des **réseaux de soins**, seuls 3% des répondants jugent cette modalité assez contestable, les autres la trouvant pour moitié **très intéressante** et pour moitié **assez intéressante**. Quelques variations, relativement minimales, sont observées dans les réponses selon la faculté et l'année d'études (annexe 23).

Figure 30
Opinion des internes en médecine générale sur la modalité de travail représentée par les réseaux de soins -%- (N=362)



Les opinions relatives au **dossier partagé** sont très voisines : seuls 2% des répondants jugent cette modalité plutôt contestable, les autres trouvant ce partage d'information (dans le respect du secret médical) **tout à fait souhaitable** (56%) ou, pour le moins, assez souhaitable (41%). Les réponses relevées en fonction de la faculté, de l'année d'études et du sexe sont parfaitement homogènes (annexe 24).

Figure 31
Opinion des internes en médecine générale sur le fait de partager l'information (dans le respect du secret médical) avec les autres acteurs de la prise en charge-%%- (N=362)



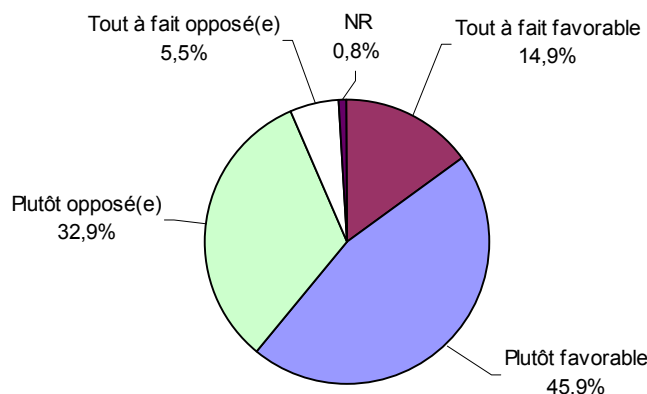
2. Opinions sur les transferts de compétence

Là encore, un texte précisait les tenants et les aboutissants de ces transferts :

"La crise démographique qui s'amorce (et qui existe déjà dans certaines spécialités) risque de conduire au transfert de certaines compétences, jusque là dévolues aux seuls médecins, à certaines professions paramédicales (par exemple : infirmiers libéraux effectuant le suivi et l'éducation des patients diabétiques, le suivi d'un hypertendu, le suivi d'une contraception, etc.). Certains n'y voient aucun inconvénient, pour peu que la formation de ces paramédicaux soit adaptée, d'autres y voient au contraire une dérive, une perte de chances pour le patient et une remise en cause du statut du médecin."

Les opinions sont ici **beaucoup plus partagées** : **60% des internes se déclarent favorables** (15% très favorables) à un transfert des compétences en direction de paramédicaux (supposés avoir reçu une formation adaptée) n'exerçant pas sous le contrôle direct d'un médecin mais **38% y sont opposés** (5% tout à fait opposés) (voir détail des réponses positives en annexe 25).

Figure 32
Opinion des internes en médecine générale sur les transferts de compétence en direction de paramédicaux n'exerçant pas sous le contrôle direct d'un médecin -%%- (N=362)



VIII- LES AUTRES DIMENSIONS DE LA PRISE EN CHARGE

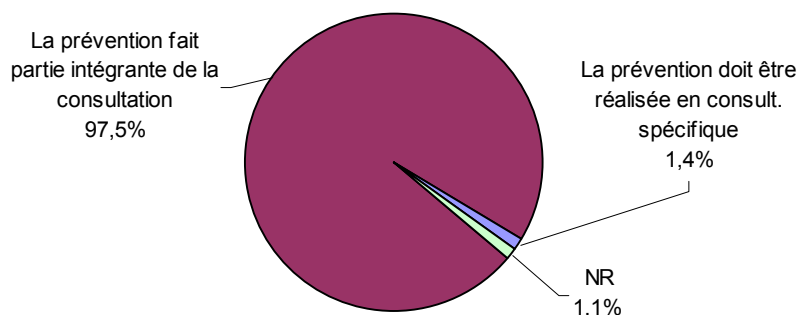
1. Opinion sur la place de la prévention dans la pratique médicale

Un texte introductif précisait la problématique "médecine préventive versus médecine curative" :

"Certains considèrent que la médecine curative doit rester l'essence de la médecine générale, la prévention et l'éducation à la santé étant davantage du ressort de structures et/ou de professionnels spécialisés (sauf dans des situations précises, devant des signes d'appel), d'autres considèrent au contraire que la prévention est une composante essentielle de la médecine générale qui doit occuper dans la consultation une place aussi importante que le soin."

Les internes étaient invités à donner leur opinion sur la place de la prévention dans le cadre de la consultation de médecine générale. On pourra constater qu'à quelques exceptions près, tous s'accordent à considérer que la prévention fait partie intégrante de la consultation du médecin généraliste, seuls quelques uns (1%) souhaiteraient voir la prévention limitée au cadre de consultations spécifiquement dédiées. Il n'est toutefois pas possible de déterminer si, dans l'esprit des internes interrogés, des consultations spécifiques doivent être réalisées en cabinet libéral ou dans le cadre de structures spécialisées.

Figure 33
Opinion des internes en médecine générale sur la place de la prévention dans la consultation de médecine générale -%- (N=362)



2. Implication dans les problématiques sociales et médicosociales

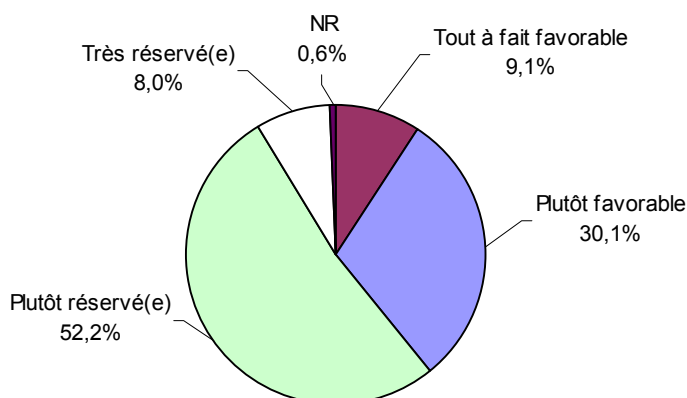
Le contexte de la question était ainsi présenté :

"Les pratiques sont également hétérogènes s'agissant de l'intervention du généraliste dans le cadre de problématiques médicosociales (précarité, toxicomanies, etc.). Certains y sont tout à fait favorables, considérant que la prise en compte de cet aspect fait partie du rôle du médecin généraliste, d'autres sont plus réservés sur une forte implication dans ce domaine et considèrent que le généraliste ne doit pas se disperser et doit centrer son activité sur l'acte médical ("à chacun son métier")."

Les avis des internes sont partagés quant à une plus grande implication du généraliste dans les problématiques sociales et médicosociales et les réponses distinguent deux populations : la première, qui rassemble 6 internes sur 10, est réservée quant à une telle évolution (1 interne sur 10 est très réservé), la seconde, qui rassemble 4 internes sur 10, y est plus favorable (un interne sur 10 très favorable). Plus les internes avancent dans leur cursus, et plus diminue la proportion de ceux qui se montrent favorables à une plus forte implication du généraliste dans ces problématiques (annexe 26 : de 42% en 1^{ère} année d'internat à 34% en 3^{ème} année).

Figure 34

Opinion des internes en médecine générale sur une plus forte implication du généraliste dans les problématiques sociales et médicosociales -%- (N=362)



IX- VERS UNE PRATIQUE MEDICALE DAVANTAGE GUIDEE ?

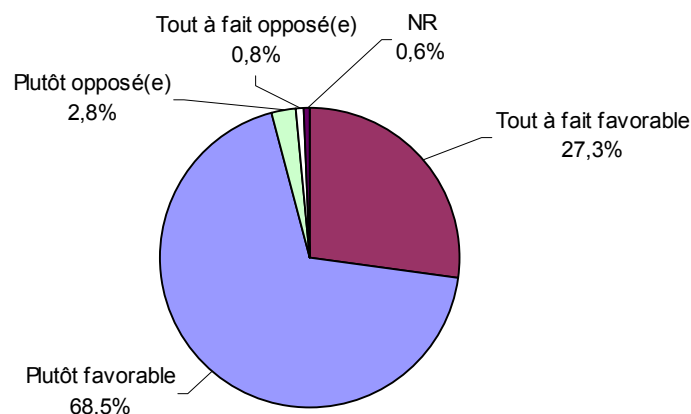
1. Opinion sur les référentiels de "bonnes pratiques"

Un texte introductif précisait le contexte :

"Une autre évolution qui se dessine est celle d'une pratique médicale davantage "guidée" qu'auparavant par des recommandations de l'ANAES (guides précisant "les bonnes pratiques" relatives à la prise en charge de telle ou telle pathologie, souvent définies au terme de "conférences de consensus" rassemblant des experts du domaine). Les partisans de cette évolution y voient une aide à l'exercice médical et trouvent intéressant de travailler dans un cadre fixé par des experts, les opposants à sa généralisation y voient au contraire une entrave à la liberté du médecin (seul à même de savoir quel examen demander et à quel rythme le demander) et une remise en cause de son savoir."

Presque tous les répondants (**96%**) se déclarent **favorables à un tel "guidage" par les recommandations de l'ANAES** : 27% y sont tout à fait favorables et pensent que cela devrait se généraliser, 68% y sont plutôt favorables mais à condition que ces recommandations restent adaptables. On pourra relever (annexe 27) que les internes en fin de cursus sont les plus nombreux à se déclarer tout à fait favorables (36%).

Figure 35
Opinion des internes en médecine générale sur le principe d'un "guidage" des pratiques par les recommandations de l'ANAES -%- (N=362)



2. Opinion sur l'intervention de l'Assurance Maladie dans le guidage des pratiques médicales

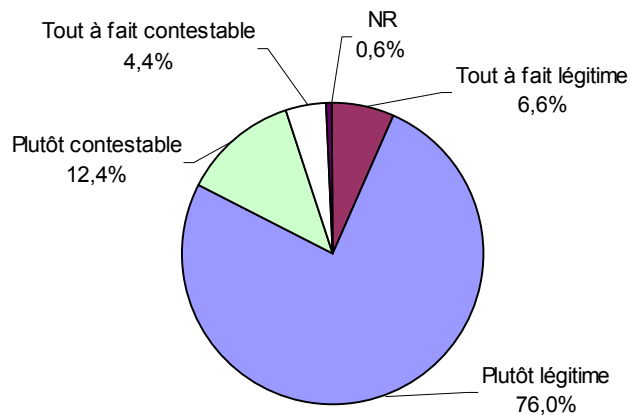
Le texte précisant les attendus de la question était le suivant :

"De plus en plus, les organismes d'Assurance Maladie sont à l'origine d'un tel guidage de la pratique. Cette attitude s'inscrit dans le cadre d'une "maîtrise médicalisée des dépenses de santé" (exemples : définition du nombre d'échographies durant une grossesse normale ; droit de substitution accordé aux pharmaciens pour remplacer un médicament prescrit par un générique moins cher...). Certains trouvent ceci légitime et considèrent que l'Assurance Maladie, qui finance le système de santé, est dans son rôle en encadrant la prescription médicale (pour peu que ce soit sur la base d'arguments médicaux), d'autres avancent que les arguments économiques ne devraient pas interférer avec la décision d'un médecin, parmi eux, certains y voient une évolution vers une médecine "encadrée" et une remise en cause de la place du médecin."

Un tel guidage des pratiques par l'Assurance Maladie dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé ne provoque pas, loin s'en faut, de tollé chez les internes en médecine générale puisque **83% n'y sont pas opposés**. Pourtant, seuls 7% trouvent cela tout à fait légitime, même s'il s'agit d'un encadrement relativement strict ; la plupart des autres (76% de l'ensemble des répondants) considèrent ce guidage plutôt légitime, à condition qu'ils s'agisse de **simples recommandations** et non

d'une règle. Ici encore, les étudiants en fin de cursus apparaissent légèrement plus nombreux à se déclarer tout à fait favorables à cet encadrement (annexe 28 : 11% en 3^{ème} année contre 4% en 1^{ère} année ; $p = 0.02$).

Figure 36
Opinion des internes en médecine générale sur le principe d'un "guidage" des pratiques par l'Assurance Maladie -%- (N=362)



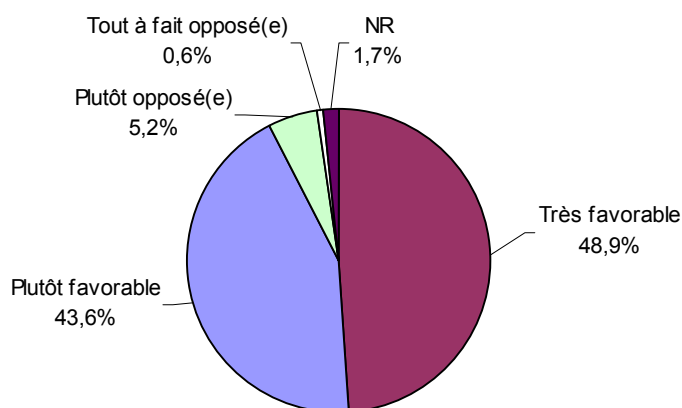
3. Opinion sur la prévention organisée versus la prévention individuelle

Un texte précisait les avantages et les inconvénients d'une prévention organisée, en prenant comme exemple le dépistage du cancer du sein pour lequel la conduite à tenir est régie par un protocole standard :

"Certaines actions de prévention en médecine générale (par exemple, le dépistage du cancer du sein) tendent désormais à se faire dans le cadre de campagnes organisées où la conduite à tenir par le médecin est régie par un protocole standard incluant une invitation des femmes directement assurée par une cellule de coordination. Dans ce cas, un dépistage "organisé" remplace le dépistage individuel classiquement laissé à la seule initiative du médecin. Les partisans de ce dépistage organisé considèrent qu'il permet une homogénéité de pratique, une généralisation du dépistage et qu'il donne une égalité de chances à tous les patients. Ses détracteurs contestent l'interférence qu'il provoque dans la relation entre le médecin et son patient, certains y voient une intrusion inacceptable d'organismes administratifs et une remise en cause du rôle du médecin."

A quelques exceptions près, tous les répondants (**92%**) se déclarent **favorables au principe de telles campagnes de prévention organisées** (pour le moins sur la base de l'exemple proposé : le dépistage du cancer du sein). On ne relève pas d'hétérogénéité en fonction de l'année d'études ou du sexe (annexe 29).

Figure 37
Opinion des internes en médecine générale sur la prévention "organisée" (en prenant comme exemple le dépistage du cancer du sein) -%- (N=362)



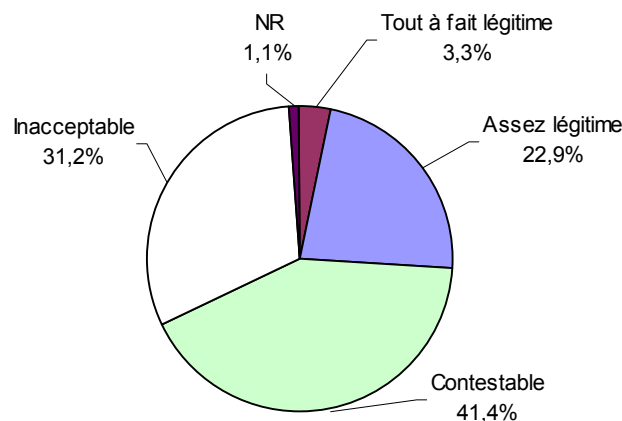
4. Opinion sur la régulation de la densité médicale

Les internes étaient interrogés sur l'hypothèse d'une régulation par les pouvoirs publics de la démographie médicale basée sur une incitation financière à l'installation dans certains secteurs et sur une limitation des installations dans d'autres secteurs.

"La crise de la démographie médicale est inégalement ressentie sur le territoire et touche surtout le milieu rural et certaines régions. A l'opposé, la densité médicale demeure élevée dans certains secteurs. Face à ce constat, une incitation financière à l'installation dans des secteurs marqués par une pénurie médicale peut être insuffisante. Dans ces conditions, l'instauration d'un quantum d'habitants par médecin pourrait être proposée. Ceci conduirait de fait à la limitation des installations dans certains secteurs déjà bien pourvus (centres villes, etc)."

Cette hypothèse de régulation avec une dimension coercitive n'est **acceptée que par une minorité d'internes** en médecine générale : 26% la trouvent plutôt légitime (seuls 3% la considérant tout à fait légitime), 41% la jugent contestable et 31% franchement inacceptable. Ici, ce sont les étudiants de 3^{ème} année qui se montrent, bien que de manière non significative, un peu plus opposés à ce principe (annexe 30 : 22% seulement d'avis favorables contre 28% chez leurs cadets, NS), de même que les hommes (20% d'avis favorables contre 30% chez les femmes ; $p < 0.03$) et les étudiants grenoblois.

Figure 38
Opinion des internes en médecine générale sur une régulation de la démographie médicale
incluant une limitation des installations dans certains secteurs -%- (N=362)

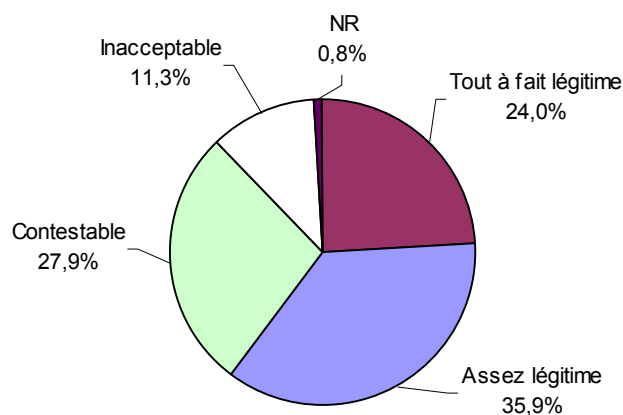


5. Opinion sur l'exigence de remise à niveau permanente des connaissances

Les étudiants étaient interrogés sur "une évolution prévisible à terme liée à l'obligation d'une recertification régulière (revalidation régulière du diplôme)."

L'exigence de recertification divise les internes en médecine générale mais **la majorité d'entre eux en acceptent le principe** : si 60% la trouvent plutôt légitime (dont 24% pour qui elle est tout à fait légitime), 39% sont d'un avis opposé (11% la trouvant inacceptable). Les étudiants en fin de cursus sont les plus nombreux à juger légitime cette exigence (annexe 31 : respectivement 69% des internes de 3^{ème} année contre 52% de ceux de 1^{ère} année, $p=0.01$). Il en est de même des femmes (65% contre 51% des hommes, $p<0.01$).

Figure 39
Opinion des internes en médecine générale sur l'exigence d'une recertification régulière -%-
(N=362)



X- QUELLE PLACE POUR LE MEDECIN GENERALISTE ?

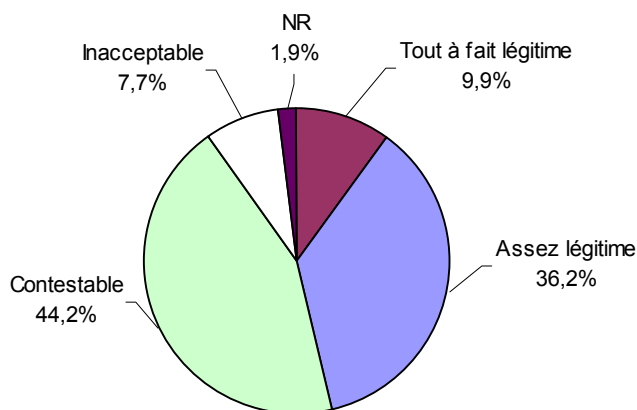
1. Opinion sur la responsabilité économique du médecin

Il était demandé aux internes de se prononcer sur la responsabilité économique confiée aux médecins parallèlement à leurs responsabilités médicales en en présentant le contexte :

"Une évolution qui se dessine tend à conférer aux médecins (en particuliers libéraux) une responsabilité économique parallèlement à leur responsabilité médicale. Certains trouvent légitime de responsabiliser ainsi les acteurs de santé dans un contexte de maîtrise des dépenses et jugent même plutôt valorisant cette dimension, d'autres contestent une évolution tendant à mettre le médical sous la dépendance de l'économique et considèrent que ce n'est pas aux médecins à jouer ce rôle."

Là encore, les **opinions sont très divisées** : 46% des répondants trouvent légitime cette plus grande responsabilité économique du médecin (pour 10% elle est tout à fait légitime, et peut-être, certains de ces derniers l'appellent-ils de leur vœux), tandis que 52% y sont plutôt opposés (mais 7% seulement des internes jugent cette responsabilité inacceptable). Les évolutions en fonction du sexe et de l'année d'études sont relativement minimales, avec une tendance à une plus grande opposition chez les plus avancés dans leur cursus (annexe 32).

Figure 40
Opinion des internes en médecine générale sur la tendance à une plus grande responsabilité économique confiée aux médecins -%- (N=362)



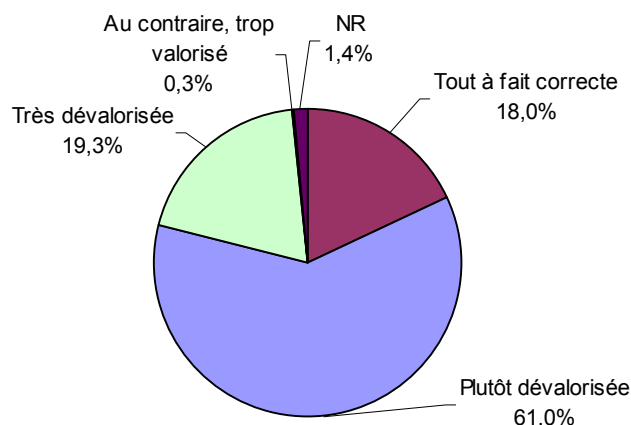
2. Opinion sur le statut social du médecin généraliste

La dernière question sur les mutations de la médecine générale concernait la place du médecin généraliste dans la société, compte tenu des évolutions techniques ou sociétales relevées depuis une ou deux décennies.

"Un certain nombre de facteurs influent sur la place du médecin généraliste dans la société et lui ont fait progressivement perdre pour partie son statut de notable et de détenteur d'un savoir médical incontesté : développement des techniques médicales de pointe, développement du niveau de connaissance médicale des patients, attitude plus revendicatrice de leur part pouvant conduire à une contestation de la décision médicale, voire à une judiciarisation, évolution vers une médecine s'appuyant sur des référentiels, intervention de l'Assurance Maladie dans les pratiques médicales, etc."

Le constat d'une **dévalorisation de la place du médecin généraliste** dans la société est très majoritaire : **80%** des internes en médecine générale le partagent, pour 19% cette dévalorisation est très nette. Les hommes et les femmes se prononcent de la même façon, les plus jeunes sont un peu plus pessimistes sur ce plan (annexe 33 : 87% des internes en 1^{ère} année contre 77% de leurs aînés considèrent que la place du médecin généraliste est dévalorisée, $p=0.02$).

Figure 41
Opinion des internes en médecine générale sur la place occupée aujourd'hui par le médecin généraliste dans la société -%- (N=362)



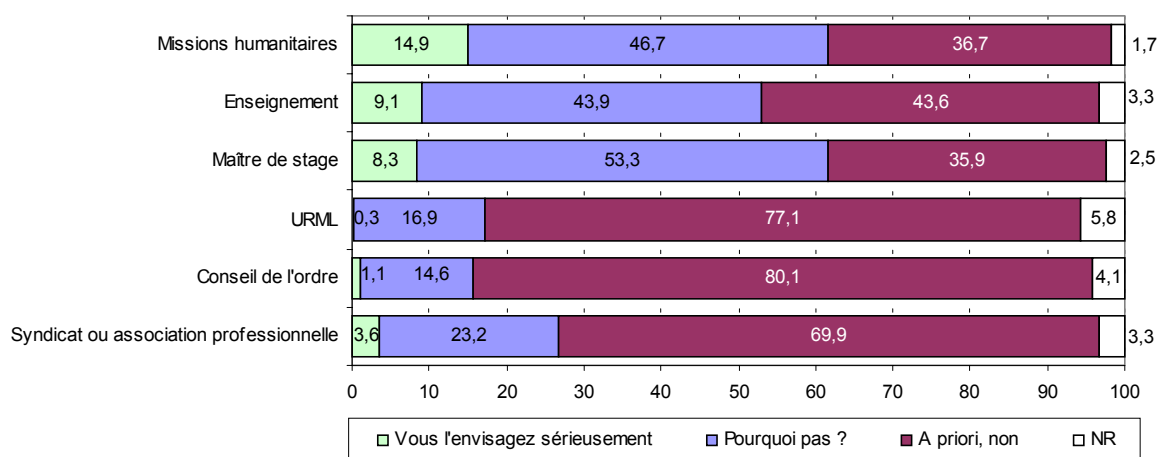
XI- L'INVESTISSEMENT PARA-PROFESSIONNEL ENVISAGE

Trois types d'engagements sont susceptibles d'intéresser une majorité d'internes (à qui il était demandé de se projeter à l'horizon 2010-2015, soit une dizaine d'années après la fin de leurs études) :

- la conduite de **missions humanitaires** : 62% ne l'excluent pas et 15% l'envisagent sérieusement,
- une activité de **maître de stage**, possible pour 62%, sérieusement envisagée par 8%,
- une **activité d'enseignement**, possible pour 53%, sérieusement envisagée par 9%.

Par contre, seule une minorité (de 16% à 27%) évoquent un éventuel engagement syndical, ordinal ou au sein de l'URML et seuls quelques internes l'envisagent sérieusement. Il est vrai que ce type d'engagement se prévoit rarement en début de carrière. La ventilation des réponses en fonction de la faculté, de l'année d'études et du sexe est présentée en annexe 34. Aucune hétérogénéité significative n'est relevée.

Figure 42
Investissement para-professionnel envisagé par les internes en médecine générale à l'horizon 2010-2015 -%- (N=362)



SYNTHESE ET CONCLUSIONS

SYNTHESE ET CONCLUSIONS

Les principaux résultats de l'enquête conduite auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes sont résumés ici. On rappelle que, pour beaucoup de questions, il était demandé aux internes de se projeter dans le futur et d'indiquer quel serait leur attitude ou leur choix "*si les conditions les permettent*". Bien évidemment, ce choix idéal se heurtera à de nombreuses contraintes et la pratique de ces futurs médecins sera peut-être très différente de celle qu'ils ont imaginée en répondant à ce questionnaire. Il n'empêche que leurs réponses éclairent ce que sont et ce que seront les mutations de la médecine générale.

➤ L'adhésion à l'étude

- ✓ Un taux de réponse assez satisfaisant (58%), témoignage de l'intérêt porté par les futurs généralistes et un effectif d'étude permettant une analyse valide (362).
- ✓ Un questionnaire bien rempli (peu de non réponses).

➤ Les projets professionnels

- ✓ Un réel attrait pour la médecine libérale : 78% envisagent un exercice libéral (soit davantage que les généralistes en activité dans Rhône Alpes : 68%).
- ✓ Un très grand attrait pour un exercice mixte (libéral + salarié) : 50% de ceux qui envisagent un exercice libéral le prévoient sous une forme mixte (alors que 23% seulement des généralistes libéraux ont une activité mixte).
- ✓ Encore beaucoup d'incertitude (seuls le quart des internes envisageant un exercice libéral exclusif sont très affirmatifs sur leur choix).
- ✓ Le milieu rural pas vraiment « déserté » (privilegié par 12% de ceux qui pensent s'orienter vers le libéral alors que, parmi les généralistes en exercice en Rhône-Alpes, 15% exercent en rural et 6% dans une unité urbaine de moins de 5000 habitants).
- ✓ Le médecin seul dans son cabinet : une époque a priori révolue (du moins dans les souhaits) : seuls 4% des internes qui pensent s'orienter vers le libéral envisagent d'exercer seuls alors que c'est le cas de 43% des généralistes libéraux en exercice.
- ✓ L'hôpital : le choix préférentiel de la moitié de ceux qui envisagent une activité salariée.
- ✓ Le souhait majoritaire de rester dans sa région (exprimé par 77% des étudiants originaires de Rhône-Alpes, 45% souhaitant exercer dans leur département d'origine et 32% dans un autre département de la région). Par ailleurs, si 18% des "locaux" se disent certainement prêts à exercer en dehors de Rhône-Alpes, 29% s'y refusent.

➤ **Les éléments susceptibles d'influer sur le choix de carrière**

- ✓ La qualité de vie bien avant l'intérêt intellectuel (respectivement 62% et 19% des IMG placent ces éléments en 1^{er} critère de choix).
- ✓ Un choix de carrière a priori fortement influencé par les conditions de travail (surtout amplitude horaire et contraintes liées aux gardes, mais aussi possibilité de travail à temps partiel, possibilité d'interrompre son activité).
- ✓ La persistance d'une différence sensible entre hommes et femmes mais une proportion néanmoins importante d'hommes qui accordent une grande place à la qualité de la vie privée et aux contraintes liées aux conditions de travail.

➤ **L'amplitude projetée du temps de travail**

- ✓ Le temps partiel considéré comme une évidence par les femmes dès lors qu'elles auront des enfants (93%) mais aussi par certains hommes (30%).
- ✓ La conviction pour beaucoup qu'ils travailleront moins que leurs aînés (68%, soit 51% des hommes et 77% des femmes).
- ✓ Une amplitude quotidienne de travail projetée inférieure de 15% à celle des généralistes libéraux en exercice.

➤ **L'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée**

- ✓ Une majorité se déclarant certainement prêts à modifier leurs conditions d'exercice pour élever leurs enfants (72%), suivre leur conjoint (59%), une proportion importante prêts à le faire pour avoir plus de loisirs (41%).
- ✓ Une proportion importante d'IMG prêts à changer complètement d'orientation pour élever leurs enfants (37%), suivre leur conjoint (31%) ou avoir plus de loisirs (20%).
- ✓ La persistance de grandes différences dans les réponses des hommes et des femmes mais un phénomène qui n'épargne pas les hommes.
- ✓ D'abord la vie privée : 78% la privilégieraient à leur vie professionnelle, 4% seulement agiraient à l'opposé avec, sur ce plan, des différences relativement minimales entre hommes et femmes.

➤ **L'implication dans la permanence des soins**

- ✓ Des avis partagés quant à l'implication dans la permanence des soins (sur la base du volontariat pour 51%, participation systématique au tour de garde pour 39%), mais l'hypothèse d'une totale délégation à d'autres structures (SOS Médecins, hôpitaux) semble largement rejetée (7%).
- ✓ De toute manière, le souhait d'une implication modérée : 1 garde de semaine/mois et 1 garde de WE/trimestre mais, finalement, assez proche de la réalité actuelle moyenne (sachant que ce nombre est beaucoup plus faible en milieu urbain).
- ✓ Le souhait presque unanime de ne pas avoir à se déplacer durant la garde, sauf nécessité.

➤ **Les relations avec les autres acteurs de santé et le partage de l'information**

- ✓ Les réseaux, le dossier médical partagé : une nouvelle dimension de travail qui paraît presque évidente aux futurs généralistes.
- ✓ Des avis partagés sur les transferts de compétences à des paramédicaux non placés sous la responsabilité directe d'un médecin mais une majorité y est plutôt favorable sur le principe (61%).

➤ **Les autres dimensions de la prise en charge**

- ✓ Une évidence pour les futurs praticiens : la prévention fait partie intégrante de la consultation (97%).
- ✓ Des opinions divergentes quant à une plus forte implication du généraliste dans les problématiques sociales ou médicosociales (60% plutôt réservés).

➤ **Vers une pratique médicale davantage guidée ?**

- ✓ Un guidage de la pratique par les recommandations de l'ANAES tout à fait accepté (4% seulement y sont opposés) mais une majorité souhaitent que ces recommandations restent adaptables.
- ✓ Une légitimité de l'Assurance Maladie à intervenir dans la pratique des médecins sous la forme de référentiels (à condition toutefois, de l'avis général, qu'il s'agisse de simples recommandations et non d'une règle).
- ✓ Des pratiques standardisées, tel le dépistage organisé du cancer du sein, tout à fait acceptées.
- ✓ Par contre, une contestation d'une régulation coercitive de la démographie médicale (pourtant, un IMG sur 4 trouverait légitimes des mesures visant à limiter les possibilités d'installation dans certains secteurs).
- ✓ Des avis partagés sur l'exigence de recertification (mais 60% la trouvent plutôt légitime)

➤ **Quelle place pour le médecin généraliste ?**

- ✓ La responsabilité économique du médecin acceptée par la moitié des futurs généralistes.
- ✓ Le sentiment général (80%) d'un statut dévalorisé.

En conclusion, les principaux enseignements que l'on peut tirer de cette enquête prospective -et *projective*- auprès des futurs médecins généralistes confirment, si besoin en était, que des mutations très importantes sont à attendre dans l'exercice de la médecine générale. Beaucoup d'entre elles sont déjà engagées et il apparaît que les futurs médecins les ont déjà intégrées, pour la plupart, dans la manière dont ils projettent leur future activité.

Les mutations se situent dans la manière d'équilibrer sa vie professionnelle et sa vie privée, dans la manière de travailler, dans son positionnement, dans le vécu de son rôle :

1. **Le souhait de préserver sa vie privée** est exprimé avec beaucoup de force par les futurs généralistes et, même si une différence sensible entre sexes persiste, les hommes ne sont pas du tout épargnés par cette évolution des mentalités. Les conséquences en sont connues et leur importance ne devrait plus échapper à personne :

⇒ Une **activité moindre**

⇒ Activité moindre + baisse des effectifs + vieillissement + féminisation



Diminution de l'offre quantitative

- ⇒ Les **conditions de travail** proposées et les **contraintes familiales** influenceront plus fortement que dans le passé sur le choix de carrière : a priori, **pas d'hésitation pour changer d'orientation**, d'autant plus que le rapport entre l'offre et la demande sera en faveur des médecins
- ⇒ Le problème de l'organisation de la permanence des soins demeure entier et risque de s'accroître avec la baisse des effectifs et une évolution certaine de l'attitude des médecins. Les futurs généralistes ne semblent cependant pas disposés à déléguer totalement à certaines structures publiques ou privées la permanence des soins.

2. **De nouvelles manières de travailler qui sont considérées comme des évidences par les futurs médecins** : les réticences relevées aujourd'hui s'estompent chez la génération à venir.

- ⇒ Le travail en réseau de soins, l'utilisation d'un dossier partagé, l'adoption de protocoles standards sont des pratiques qui n'occasionnent que peu de contestation.
- ⇒ Un certain encadrement de la pratique par des référentiels est tout à fait accepté (pour peu qu'ils demeurent adaptables).
- ⇒ Les transferts de compétences à des paramédicaux ne travaillant pas sous la responsabilité directe d'un médecin conduisent à des avis plus partagés mais une majorité de futurs médecins n'y est pas opposée.
- ⇒ Un certain «droit d'ingérence» des tutelles (référentiels, exigence de remise à niveau des compétences, voire même régulation de l'installation) est accepté par une certaine partie des futurs généralistes.

3. Une nouvelle dimension dans le rôle joué par le médecin généraliste commence à être acceptée :

⇒ Prise en compte des problématiques sociales

⇒ Responsabilité économique

4. Par contre, comme leurs aînés, les futurs généralistes dressent le constat d'un statut dévalorisé du médecin généraliste.

ANNEXES

Annexe A
Semestre d'étude et sexe des répondants en fonction de la faculté

		Votre faculté			Total
		Lyon	Grenoble	St Etienne	
Semestre d'étude (3ème cycle)	1-2	39,7	34,1	33,3	37,4
	3-4	36,5	37,4	29,2	35,8
	5-6	23,7	28,6	37,5	26,8
Effectif		219	91	48	358
Sexe	H	38,5	33,3	41,7	37,6
	F	61,5	66,7	58,3	62,4
Effectif		221	93	28	362

Annexe 1
Détail du mode d'exercice envisagé à l'horizon 2010-2015 par les étudiants pensant opter pour un exercice libéral (exclusif ou mixte) selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=291)

	Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe		Total
	Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F	
Exercice traditionnel de la médecine générale	46,1	44,7	40,0	41,3	43,4	52,1	37,7	49,2	45,0
Exercice particulier prédominant	7,8	2,6	2,9	5,5	5,7	6,8	8,5	4,3	5,8
Activité spécifique	11,7	10,5	11,4	13,8	9,4	9,6	15,1	9,2	11,3
Exercice traditionnel avec orientation	25,6	25,0	34,3	29,4	25,5	24,7	22,6	28,6	26,5
Vous ne savez pas encore	7,8	14,5	11,4	9,2	14,2	5,5	12,3	8,6	10,0
Autre	1,1	2,6	,0	,9	1,9	1,4	3,8	,0	1,4
Total	180	76	35	109	106	73	106	185	291

Annexe 2
Caractéristiques de l'exercice envisagé par les étudiants pensant opter pour un exercice libéral (exclusif ou mixte) selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=291)

	Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe		Total
	Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F	
Seul(e)	4,4	1,3	2,9	1,8	2,8	6,8	4,7	2,7	3,4
Cabinet de groupe de médecine générale	64,4	71,1	71,4	67,0	71,7	61,6	56,6	73,0	67,0
Centre pluridisciplinaire libéral	19,4	17,1	14,3	19,3	16,0	17,8	24,5	14,6	18,2
Vous ne savez pas du tout	11,7	10,5	11,4	11,9	9,4	13,7	14,2	9,7	11,3
Total	180	76	35	109	106	73	106	185	291

Annexe 3
Lieu d'installation privilégié par les étudiants pensant opter pour un exercice libéral (exclusif ou mixte) selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=291)

	Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe		Total
	Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F	
Dans une aggl. de taille relativement importante	17,8	13,2	17,1	15,6	14,2	20,5	17,0	16,2	16,5
Dans une ville moyenne	31,1	32,9	31,4	35,8	33,0	23,3	33,0	30,8	31,6
Dans une petite ville	40,0	28,9	31,4	37,6	33,0	38,4	34,9	36,8	36,1
En milieu rural	8,3	19,7	20,0	11,0	13,2	15,1	13,2	12,4	12,7
NR	2,8	5,3	,0	,0	6,6	2,7	1,9	3,8	3,1
Total	180	76	35	109	106	73	106	185	291

Annexe 4
Lieu d'installation privilégié par les étudiants pensant opter pour un exercice libéral en milieu urbain selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=140)

	Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe		Total
	Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F	
Plutôt en centre ville	31,8	22,9	29,4	35,7	22,0	28,1	22,6	33,3	29,3
Plutôt en périphérie	36,4	40,0	47,1	25,0	46,0	50,0	43,4	35,6	38,6
NR	31,8	37,1	23,5	39,3	32,0	21,9	34,0	31,0	32,1
Total	88	35	17	56	50	32	53	87	140

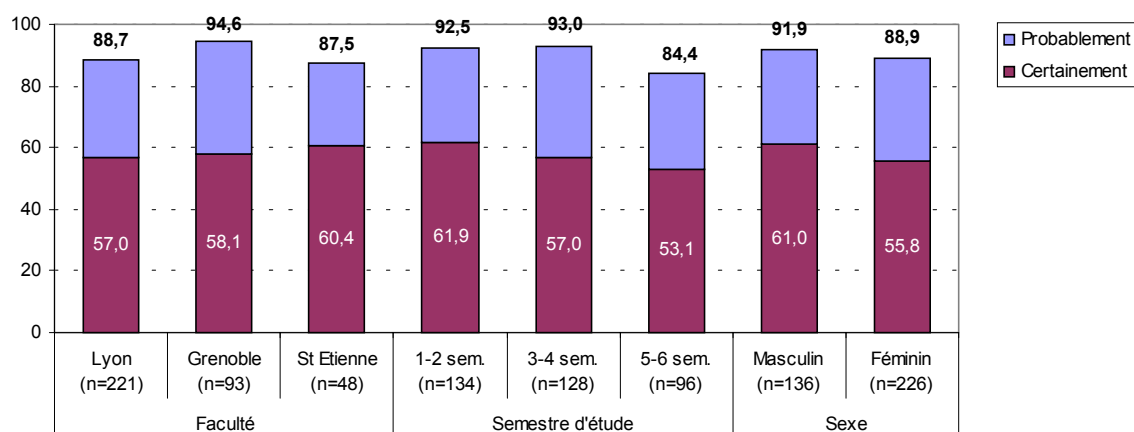
Annexe 5

Proportion d'étudiants pensant opter pour un exercice libéral se disant prêts à s'installer en dehors de Rhône-Alpes selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=291)

	Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe		Total
	Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F	
Certainement	24,4	23,7	31,4	27,5	21,7	24,7	20,8	27,6	25,1
Peut-être	49,4	44,7	54,3	61,5	44,3	37,0	50,9	47,6	48,8
Certainement pas	21,1	26,3	11,4	10,1	24,5	34,2	23,6	20,0	21,3
NR	5,0	5,3	2,9	,9	9,4	4,1	4,7	4,9	4,8
Total	180	76	35	109	106	73	106	185	291

Annexe 6

Proportion d'étudiants envisageant de faire une formation complémentaire en 3ème cycle ou dans les années suivantes selon la faculté, l'année d'études et le sexe (N=362)



Annexe 7

Critères de choix de carrière cités par les étudiants en 1ère et 2ème position selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=339)

		Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe		Total
		Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F	
Intérêt intellectuel	1	18,1	20,9	18,6	15,5	14,4	27,3	23,4	16,3	18,9
	2	31,4	27,9	30,2	31,8	30,5	29,5	21,8	35,3	30,4
	3	30,0	31,4	27,9	31,0	34,7	22,7	27,4	31,6	30,1
	4	20,5	19,8	23,3	21,7	20,3	20,5	27,4	16,7	20,6
Effectif		210	86	43	129	118	88	124	215	339
Aspects financiers	1	2,9	,0	11,6	3,9	2,5	3,4	6,5	1,4	3,2
	2	11,4	14,0	11,6	7,8	15,3	12,5	16,9	9,3	12,1
	3	24,3	23,3	32,6	25,6	22,0	28,4	29,8	22,3	25,1
	4	61,4	62,8	44,2	62,8	60,2	55,7	46,8	67,0	59,6
Effectif		210	86	43	129	118	88	124	215	339
Conditions de travail	1	15,7	22,1	9,5	18,0	13,6	19,3	18,5	15,4	16,6
	2	30,5	29,1	33,3	33,6	33,9	22,7	32,3	29,4	30,5
	3	37,1	31,4	33,3	33,6	35,6	37,5	25,8	40,7	35,2
	4	16,7	17,4	23,8	14,8	16,9	20,5	23,4	14,5	17,8
Effectif		210	86	42	128	118	88	124	214	338
Qualité de vie privée et familiale	1	65,2	57,0	57,1	62,8	68,4	54,5	54,0	66,8	62,1
	2	25,7	29,1	26,2	27,1	20,5	33,0	28,2	25,7	26,6
	3	8,1	14,0	7,1	10,1	7,7	10,2	16,1	5,6	9,5
	4	1,0	,0	9,5	,0	3,4	2,3	1,6	1,9	1,8
Effectif		210	86	42	129	117	88	124	214	338

Annexe 8

Rang moyen (sur 4) des critères de choix de carrière cités par les étudiants selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=339)

		Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe		Total
		Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F	
Intérêt intellectuel	Moyenne	2,5	2,5	2,6	2,6	2,6	2,4	2,6	2,5	2,5
Aspects financiers	Moyenne	3,4	3,5	3,1	3,5	3,4	3,4	3,2	3,5	3,4
Conditions de travail	Moyenne	2,5	2,4	2,7	2,5	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5
Qualité de vie privée	Moyenne	1,4	1,6	1,7	1,5	1,5	1,6	1,7	1,4	1,5

Annexe 9

Facteurs liés aux conditions de travail susceptibles d'influencer le choix de carrière, outre l'intérêt du métier, selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)

		Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe		Total
		Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F	
L'amplitude horaire journalière	Beaucoup	62,0	53,8	54,2	58,2	60,9	58,3	41,9	69,0	58,8
	Un peu	30,8	39,8	35,4	32,1	33,6	34,4	45,6	26,5	33,7
	Non	6,8	6,5	10,4	9,0	5,5	7,3	11,8	4,4	7,2
	NR	,5	,0	,0	,7	,0	,0	,7	,0	,3
Effectif		221	93	48	134	128	96	136	226	362
La possibilité de travailler à temps partiel	Beaucoup	41,2	44,1	33,3	38,8	45,3	38,5	20,6	53,1	40,9
	Un peu	33,5	36,6	35,4	34,3	30,5	39,6	32,4	35,8	34,5
	Non	24,9	19,4	31,3	26,1	24,2	21,9	46,3	11,1	24,3
	NR	,5	,0	,0	,7	,0	,0	,7	,0	,3
Effectif		221	93	48	134	128	96	136	226	362
Les contraintes liées aux gardes	Beaucoup	48,0	47,3	52,1	46,3	50,8	50,0	33,1	57,5	48,3
	Un peu	41,2	40,9	41,7	42,5	41,4	37,5	47,8	37,2	41,2
	Non	10,4	11,8	6,3	10,4	7,8	12,5	18,4	5,3	10,2
	NR	,5	,0	,0	,7	,0	,0	,7	,0	,3
Effectif		221	93	48	134	128	96	136	226	362
La possibilité d'interrompre temporairement son activité	Beaucoup	33,5	35,5	31,3	33,6	35,9	31,3	25,7	38,5	33,7
	Un peu	45,7	51,6	43,8	47,8	44,5	47,9	46,3	47,3	47,0
	Non	20,4	12,9	25,0	17,9	19,5	20,8	27,2	14,2	19,1
	NR	,5	,0	,0	,7	,0	,0	,7	,0	,3
Effectif		221	93	48	134	128	96	136	226	362

Annexe 10

Amplitude du temps de travail projeté à l'horizon 2010-2015 "si les conditions le permettent" en fonction du sexe et de la présence ou non d'enfants selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)

		Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)		
		Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6
Si vous n'avez pas d'enfants	A temps plein	64,3	66,7	70,8	74,6	64,1	56,3
	A temps partiel (mais> mi-temps)	11,8	12,9	8,3	11,2	12,5	11,5
	A mi-temps voire moins	,5	,0	,0	,7	,0	,0
	Vous n'exercerez probablement pas	,0	1,1	,0	,0	,0	,0
	Vous ne savez pas du tout	23,5	19,4	20,8	13,4	23,4	32,3
Effectif		221	93	48	134	128	96
Si vous avez des enfants	A temps plein	33,0	21,5	31,3	29,9	27,3	32,3
	A temps partiel (mais> mi-temps)	50,2	60,2	47,9	46,3	57,8	55,2
	A mi-temps voire moins	8,6	14,0	12,5	11,2	11,7	8,3
	Vous n'exercerez probablement pas	,5	2,2	,0	1,5	,0	,0
	Vous ne savez pas du tout	7,7	2,2	8,3	11,2	3,1	4,2
Effectif		221	93	48	134	128	96

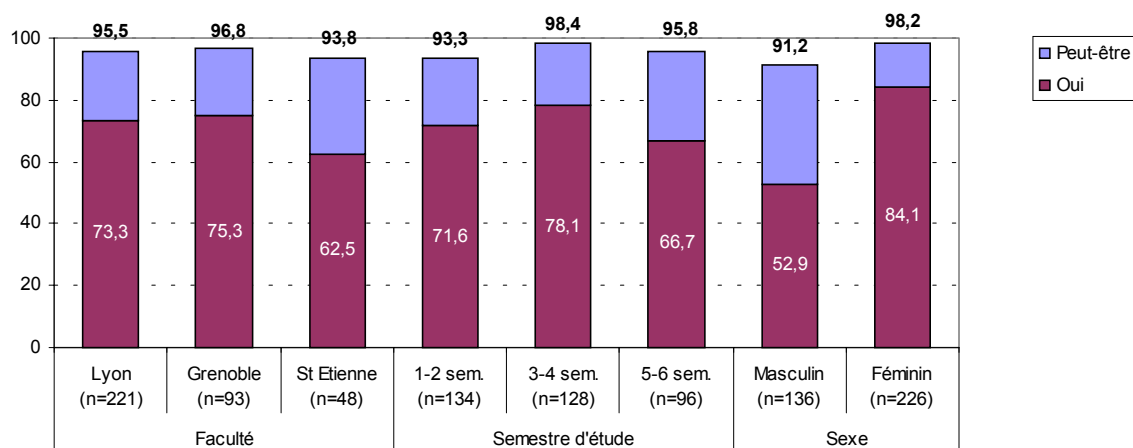
Annexe 11

Amplitude projetée du temps de travail : durée hebdomadaire, nombre de ½ journées travaillées par semaine et nombre de semaines non travaillées par an selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=349)

		Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe		Total
		Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F	
Nombre d'heures de travail par semaine	Moyenne	42,1	41,9	43,2	43,0	41,8	41,6	44,3	40,9	42,2
	Minimum	20	20	30	27	20	20	27	20	20
	Maximum	55	54	55	55	55	55	55	55	55
	Médiane	40,0	40,0	42,0	41,0	40,0	40,0	45,0	40,0	40,0
	N valide	N=213	N=88	N=46	N=128	N=124	N=93	N=130	N=217	N=347
Nombre de demi-journées travaillées par semaine	Moyenne	9,2	9,0	9,4	9,3	9,2	9,0	9,5	9,0	9,2
	Minimum	4	5	5	4	5	5	5	4	4
	Maximum	14	12	14	11	14	11	14	14	14
	Médiane	9,0	9,0	10,0	10,0	9,0	9,0	10,0	9,0	9,0
	N valide	N=215	N=89	N=46	N=130	N=125	N=93	N=127	N=223	N=350
Nombre de semaines non travaillées par an	Moyenne	6,2	6,7	6,0	6,3	6,2	6,6	6,2	6,4	6,3
	Minimum	3	3	4	3	3	4	3	4	3
	Maximum	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	Médiane	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
	N valide	N=213	N=89	N=47	N=130	N=125	N=92	N=130	N=219	N=349

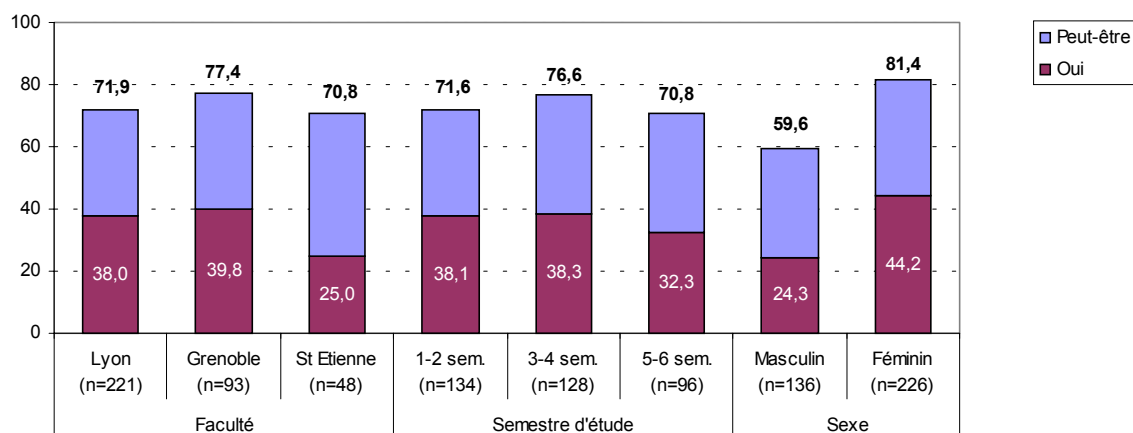
Annexe 12

Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à modifier leurs conditions d'exercice professionnel pour élever leurs enfants selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



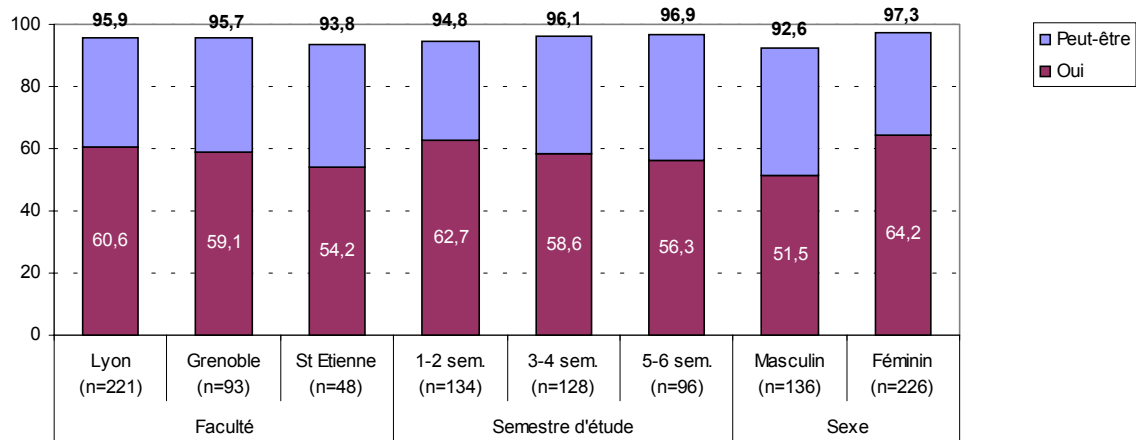
Annexe 13

Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à changer complètement d'orientation pour élever leurs enfants selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



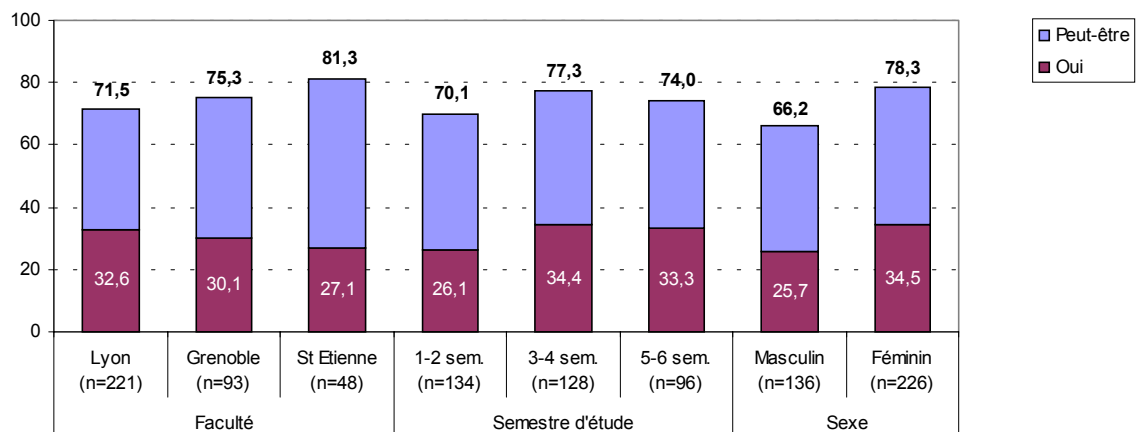
Annexe 14

Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à modifier leurs conditions d'exercice professionnel pour suivre leur conjoint ou privilégier leur vie de couple selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



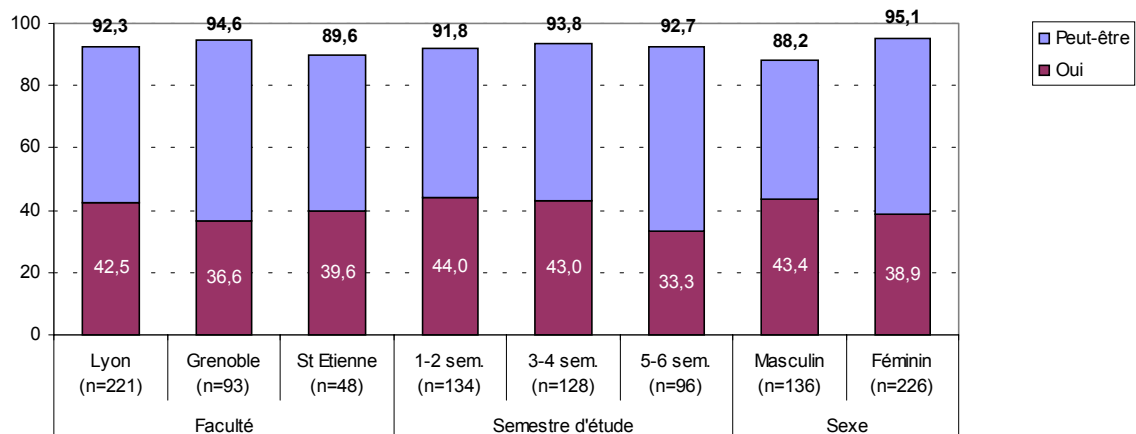
Annexe 15

Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à changer complètement d'orientation pour suivre leur conjoint ou privilégier leur vie de couple selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



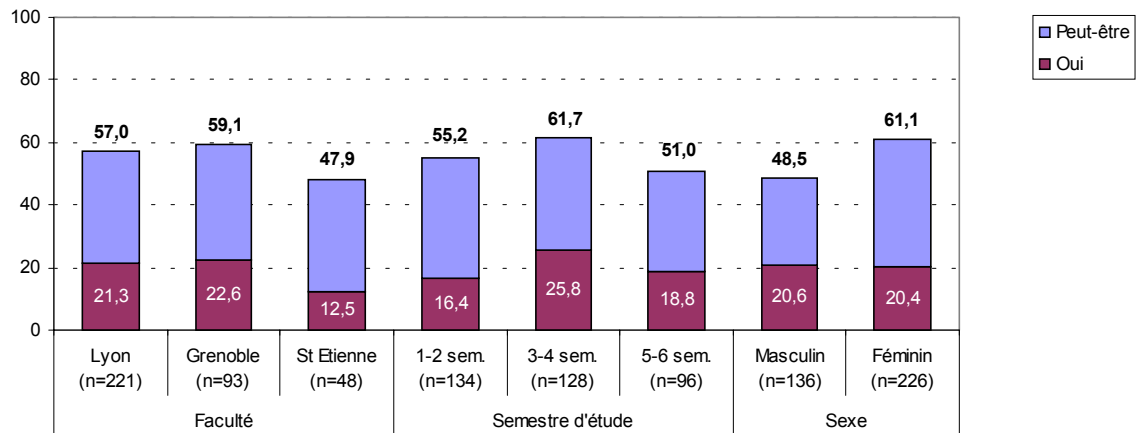
Annexe 16

Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à modifier leurs conditions d'exercice professionnel pour avoir plus de temps libre et de loisirs selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



Annexe 17

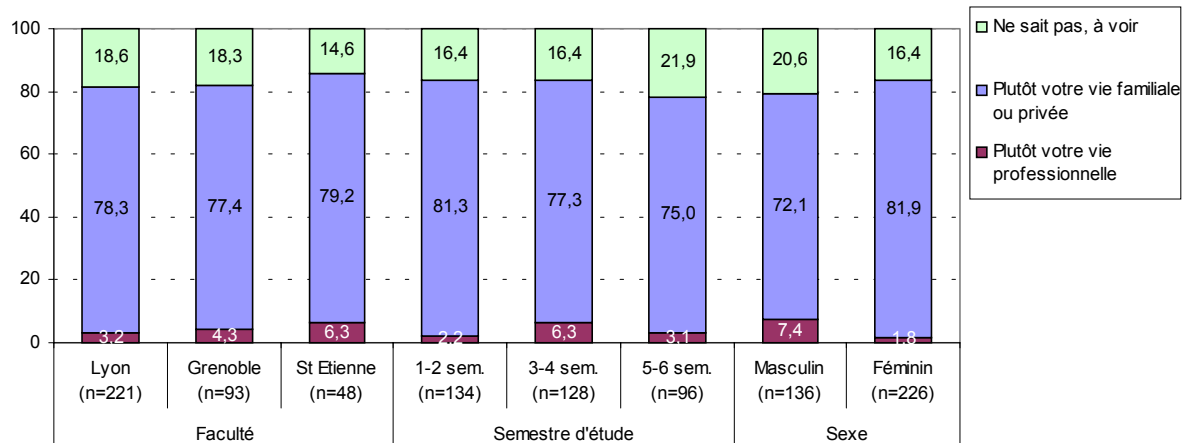
Etudiants se déclarant prêts (certainement ou éventuellement) à changer complètement d'orientation pour avoir plus de temps libre et de loisirs selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



Annexe 18

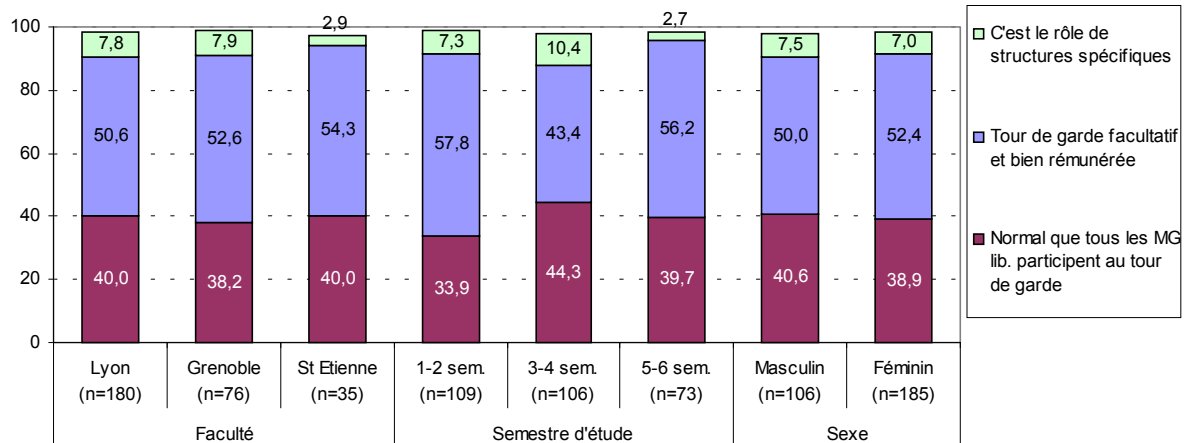
Choix entre vie privée et vie professionnelle selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)

"En définitive, si vous avez plus tard à faire des choix entre votre vie professionnelle et votre vie privée, que privilégieriez-vous ?"



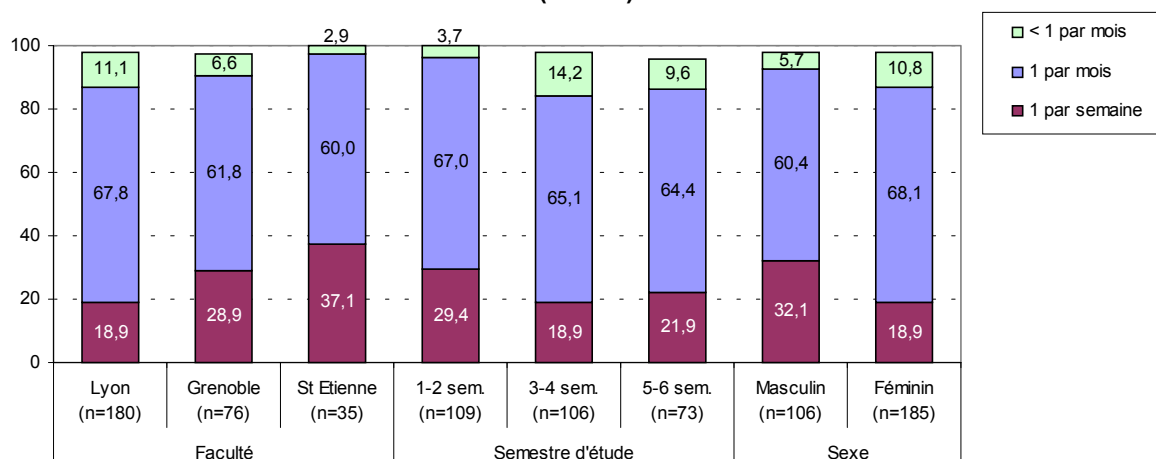
Annexe 19

Opinion des internes en médecine générale sur le principe de la participation des médecins libéraux à la permanence des soins selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=291)



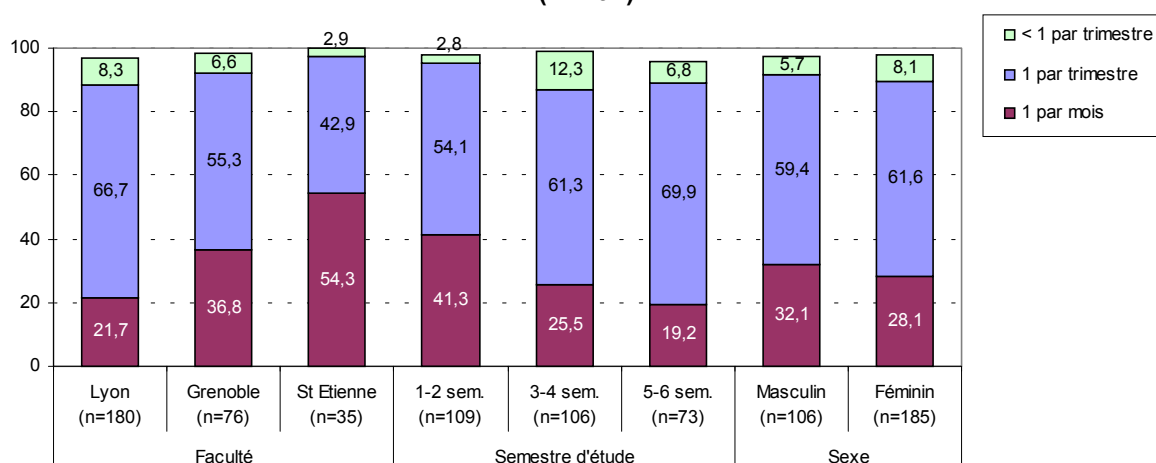
Annexe 20

Rythme de garde de semaine jugé acceptable selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%-(N=291)



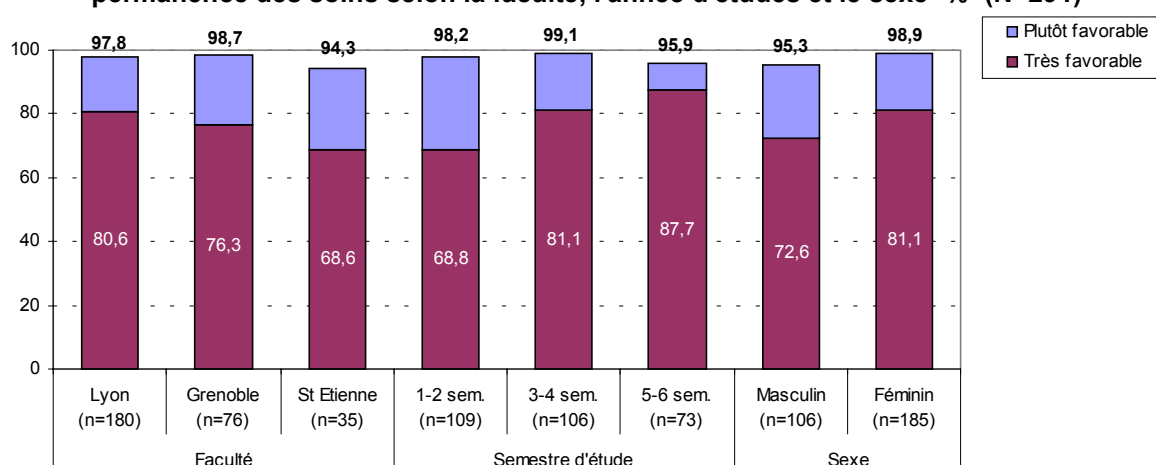
Annexe 21

Rythme de garde de week-end jugé acceptable selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%-(N=291)



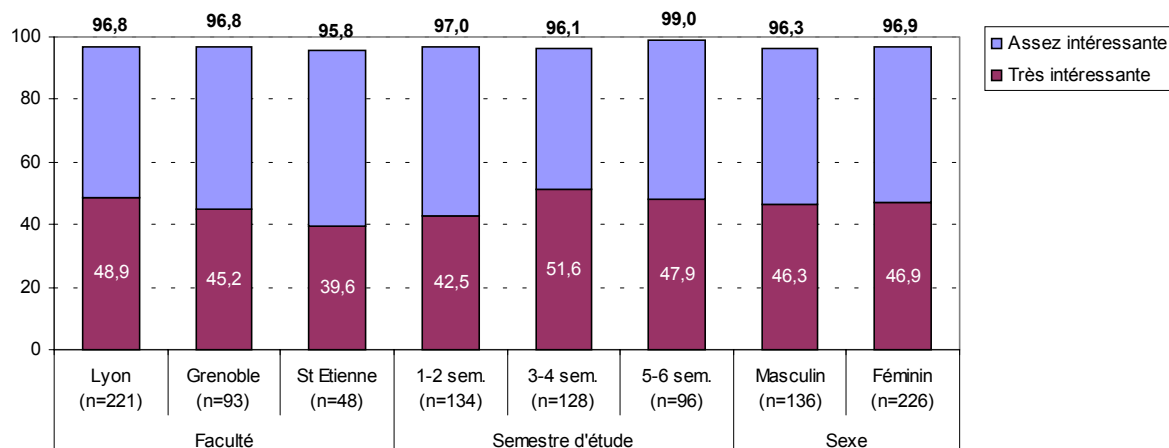
Annexe 22

Opinion des internes en médecine générale sur le déplacement des patients pendant la permanence des soins selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%-(N=291)



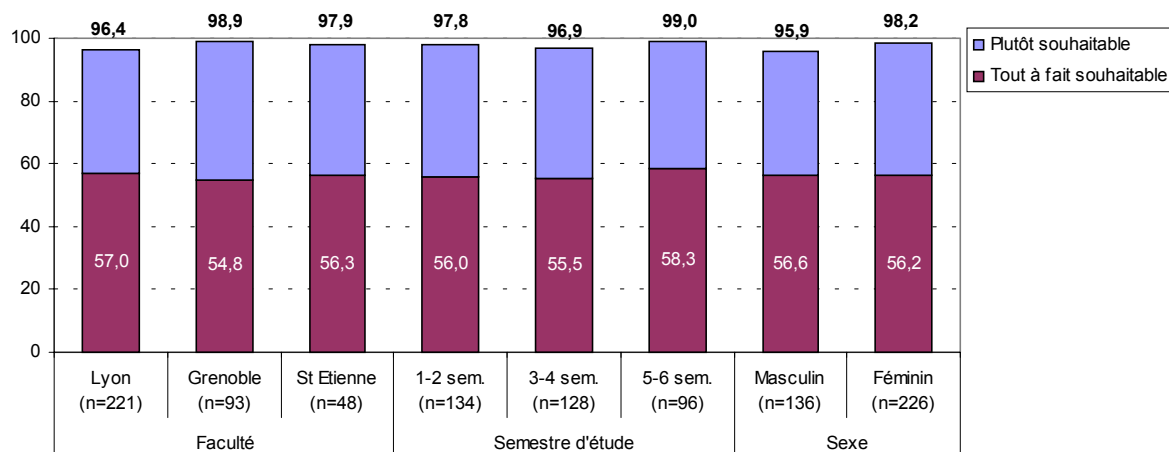
Annexe 23

Opinion des internes en médecine générale sur la modalité de travail représentée par les réseaux de soins selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



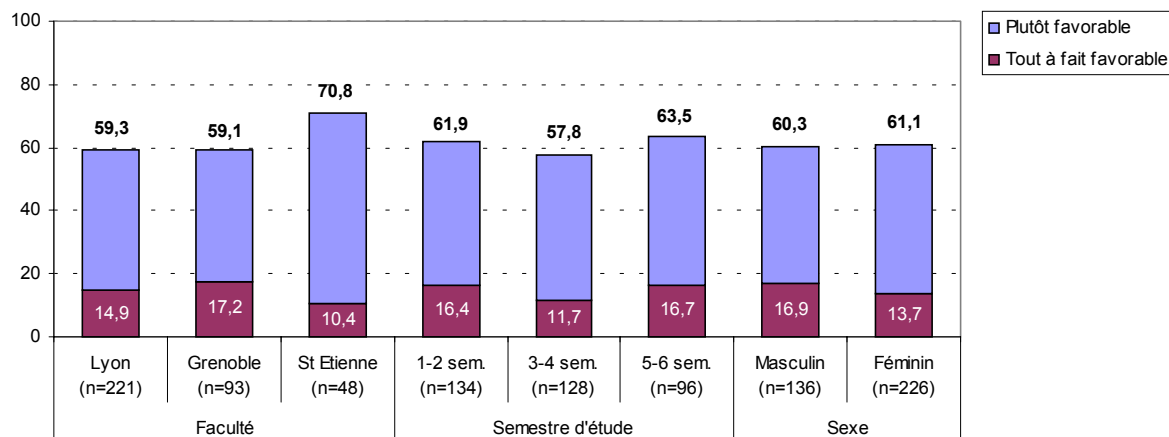
Annexe 24

Opinion des internes en médecine générale sur le fait de partager l'information (dans le respect du secret médical) avec les autres acteurs de la prise en charge selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



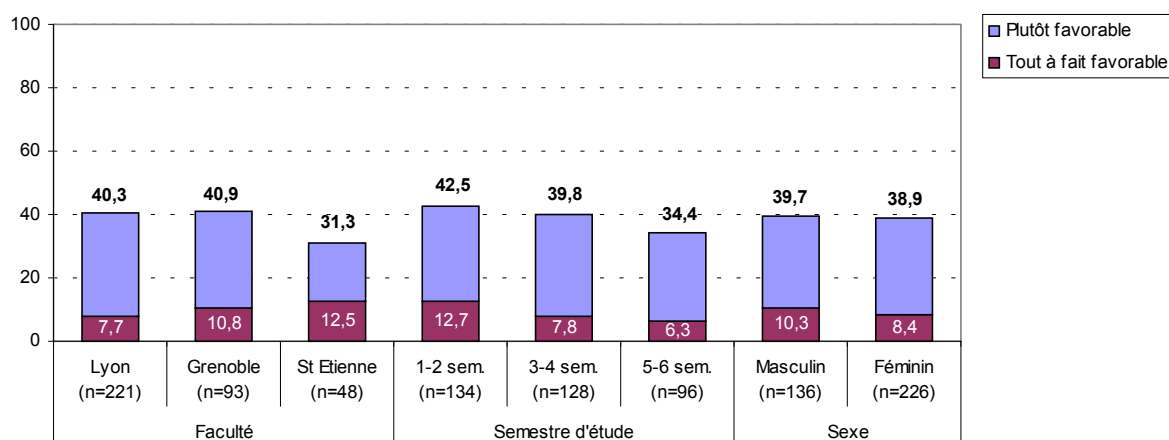
Annexe 25

Opinion des internes en médecine générale sur les transferts de compétence en direction de paramédicaux n'exerçant pas sous le contrôle direct d'un médecin selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



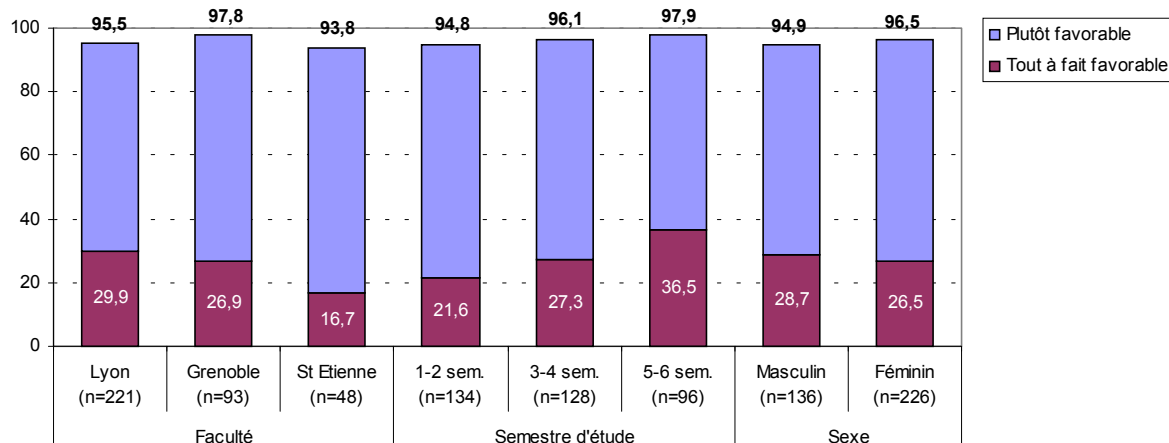
Annexe 26

Opinion des internes en médecine générale sur une plus forte implication du généraliste dans les problématiques sociales et médicosociales selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



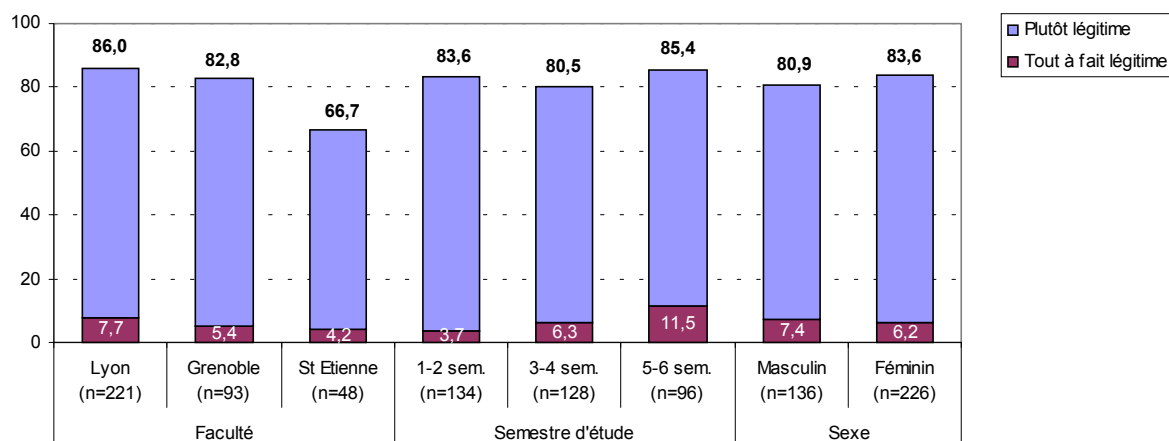
Annexe 27

Opinion des internes en médecine générale sur le principe d'un "guidage" des pratiques par les recommandations de l'ANAES selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



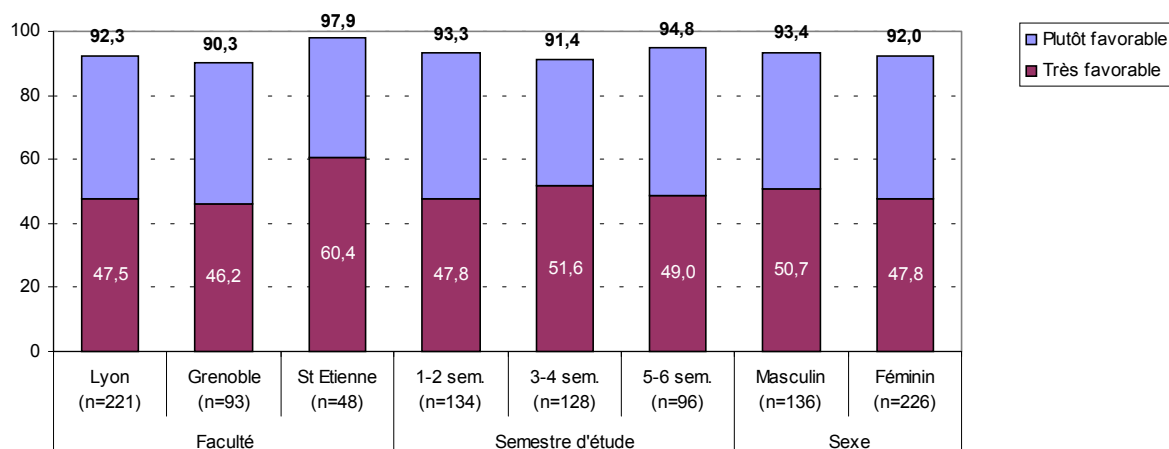
Annexe 28

Opinion des internes en médecine générale sur le principe d'un "guidage" des pratiques par l'Assurance Maladie selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



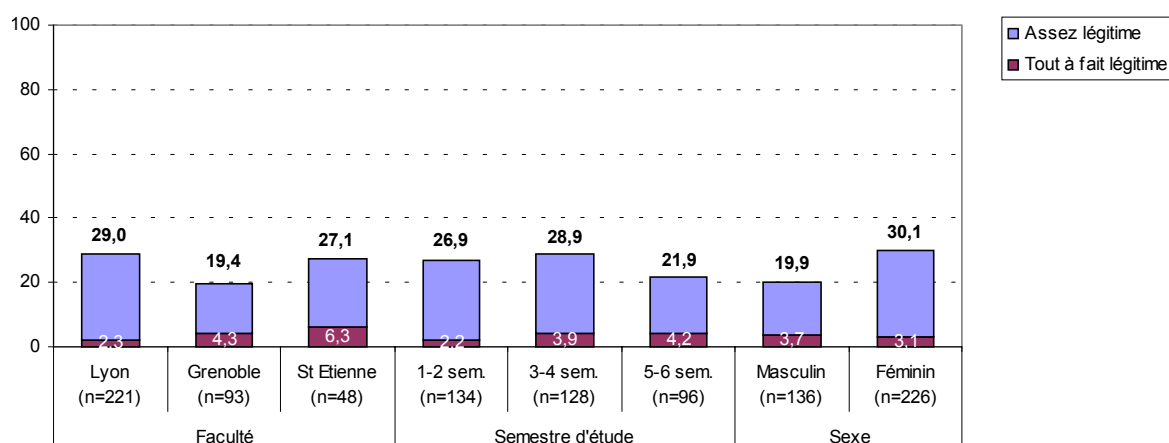
Annexe 29

Opinion des internes en médecine générale sur la prévention "organisée" (en prenant comme exemple le dépistage du cancer du sein) selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



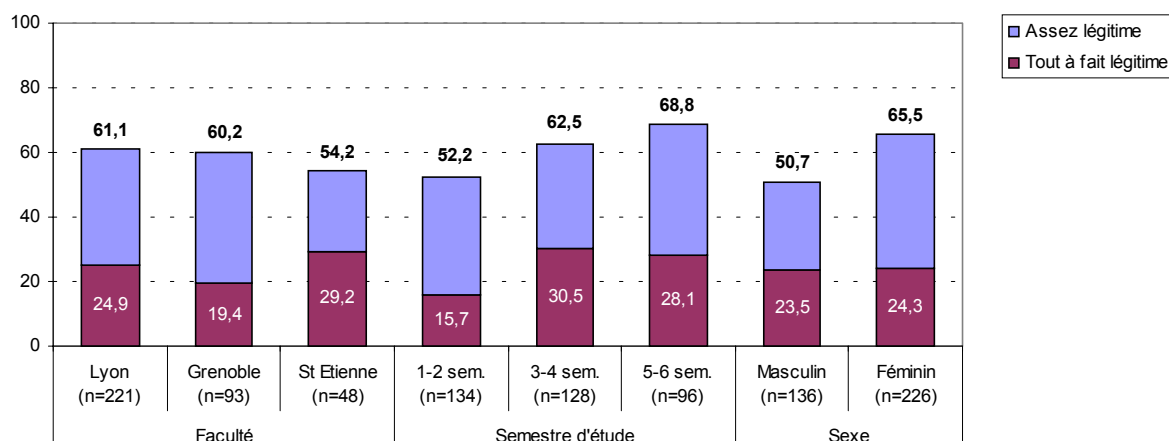
Annexe 30

Opinion des internes en médecine générale sur une régulation de la démographie médicale incluant une limitation des installations dans certains secteurs selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



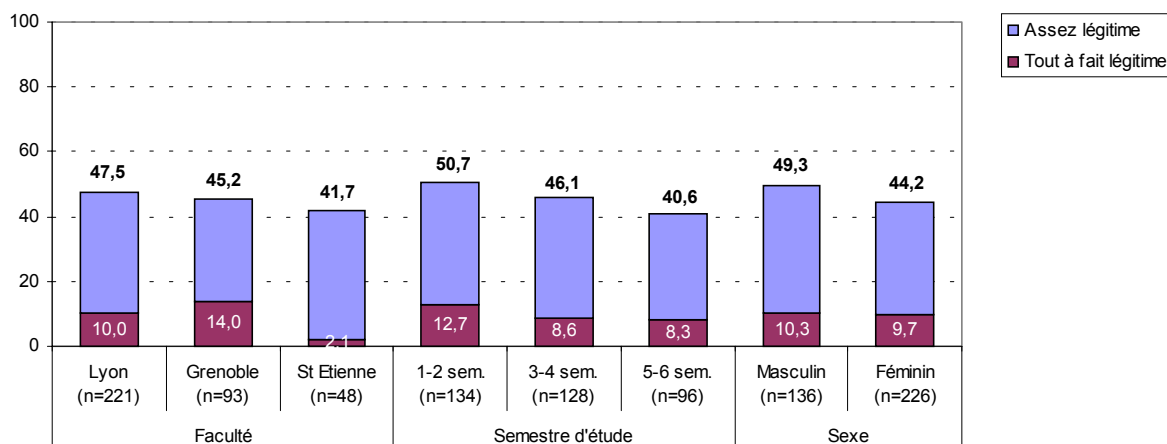
Annexe 31

Opinion des internes en médecine générale sur l'exigence d'une recertification régulière selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



Annexe 32

Opinion des internes en médecine générale sur la tendance à une plus grande responsabilité économique confiée aux médecins selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)



Annexe 33

Opinion des internes en médecine générale sur la place occupée aujourd'hui par le médecin généraliste dans la société selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)

	Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe	
	Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F
Tout à fait correcte	17,2	20,4	16,7	12,7	21,1	21,9	16,2	19,0
Plutôt dévalorisée	65,2	57,0	50,0	64,2	57,8	62,5	58,1	62,8
Très dévalorisée	15,8	21,5	31,3	23,1	18,8	14,6	23,5	16,8
Au contraire, trop valorisé	,5	,0	,0	,0	,8	,0	,7	,0
NR	1,4	1,1	2,1	,0	1,6	1,0	1,5	1,3
Effectif	221	93	48	134	128	96	136	226

Annexe 34

Investissement para-professionnel envisagé par les internes en médecine générale à l'horizon 2010-2015 selon la faculté, l'année d'études et le sexe -%- (N=362)

		Votre faculté			Semestre d'étude (3ème cycle)			Votre sexe	
		Lyon	Grenoble	St Etienne	1-2	3-4	5-6	H	F
Syndicat ou association professionnelle	Vous l'envisagez sérieusement	3,2	5,4	2,1	6,7	2,3	1,0	2,9	4,0
	Pourquoi pas ?	22,6	25,8	20,8	18,7	27,3	25,0	25,0	22,1
	A priori, non	71,0	64,5	75,0	70,9	69,5	71,9	66,9	71,7
	NR	3,2	4,3	2,1	3,7	,8	2,1	5,1	2,2
Conseil de l'ordre	Vous l'envisagez sérieusement	,9	,0	4,2	2,2	,8	,0	,7	1,3
	Pourquoi pas ?	13,1	14,0	22,9	17,2	16,4	9,4	19,9	11,5
	A priori, non	81,9	80,6	70,8	76,1	81,3	87,5	74,3	83,6
	NR	4,1	5,4	2,1	4,5	1,6	3,1	5,1	3,5
URML	Vous l'envisagez sérieusement	,0	1,1	,0	,7	,0	,0	,0	,4
	Pourquoi pas ?	14,5	19,4	22,9	15,7	18,8	16,7	19,9	15,0
	A priori, non	80,1	72,0	72,9	77,6	77,3	79,2	72,1	80,1
	NR	5,4	7,5	4,2	6,0	3,9	4,2	8,1	4,4
Maître de stage	Vous l'envisagez sérieusement	6,3	10,8	12,5	6,7	10,9	7,3	7,4	8,8
	Pourquoi pas ?	54,8	50,5	52,1	56,7	52,3	52,1	54,4	52,7
	A priori, non	36,7	35,5	33,3	34,3	35,9	39,6	33,8	37,2
	NR	2,3	3,2	2,1	2,2	,8	1,0	4,4	1,3
Enseignement	Vous l'envisagez sérieusement	7,7	9,7	14,6	9,0	10,2	8,3	11,0	8,0
	Pourquoi pas ?	42,1	48,4	43,8	52,2	42,2	36,5	40,4	46,0
	A priori, non	47,1	37,6	39,6	37,3	46,1	51,0	43,4	43,8
	NR	3,2	4,3	2,1	1,5	1,6	4,2	5,1	2,2
Missions humanitaires	Vous l'envisagez sérieusement	13,1	20,4	12,5	18,7	13,3	12,5	15,4	14,6
	Pourquoi pas ?	43,0	48,4	60,4	51,5	44,5	43,8	44,9	47,8
	A priori, non	41,6	30,1	27,1	29,9	40,6	42,7	37,5	36,3
	NR	2,3	1,1	,0	,0	1,6	1,0	2,2	1,3
Effectif		221	93	48	134	128	96	136	226



 **N° Vert 0 800 880 607**

URML RA - 20, rue Barrier 69006 Lyon
Tél : 04 72 74 02 75 - Fax : 04 72 74 00 23 - Mail : urmlra@urmlra.org - www.urmlra.org
