UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2024

Thèse
Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine

Par
Mathilde DEREANT
Le 05/07/2024

Conséquences des réformes législatives de 2023 sur les perspectives d'exercice des internes de médecine générale du Grand Est

Membres du Jury :

M. F. GUILLEMIN	Professeur	Président
M. B. GASS	Docteur en Médecine	Juge
Mme. V. DERIN	Docteur en Médecine	Directrice

Présidente de l'Université de Lorraine :
Madame Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :
- *Premier cycle* : Pr Thomas SCHWITZER et Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG :* Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire :* Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales :* Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation :* Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé :* Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie :* Pr Jacques JONAS
- *ECOS :* Pr Patrice GALLET, Dr Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire :* Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles :* Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce:* Prs Nicla SETTEMBRE, Fabienne ROUYER-LIGIER et Pablo MAUREIRA
- *Etudiant :* Mehdi BELKHITER

Chargé de mission
- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

==========
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD
Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN
Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU -

Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN
Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Faiez ZANNAD

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : ***Anatomie***
Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2e sous-section : ***Histologie, embryologie et cytogénétique***
Professeur Christo CHRISTOV

3e sous-section : ***Anatomie et cytologie pathologiques***
Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : ***Biophysique et médecine nucléaire***
Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

2e sous-section : ***Radiologie et imagerie médicale***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : ***Biochimie et biologie moléculaire***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

2e sous-section : ***Physiologie***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur Mathias POUSSEL - Professeur Jacques JONAS

3e sous-section ***: Biologie cellulaire***
Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4e sous-section : ***Nutrition***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2e sous-section : ***Parasitologie et Mycologie***
Professeure Marie MACHOUART

3e sous-section : ***Maladies infectieuses ; maladies tropicales***
Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***Épidémiologie, économie de la santé et prévention***
Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Cédric BAUMANN

4e sous-section : ***Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : ***Hématologie ; transfusion***
Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE - Professeur Julien BROSEUS

2e sous-section : ***Cancérologie ; radiothérapie***
Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

3e sous-section : ***Immunologie***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4e sous-section : ***Génétique***
Professeur Philippe JONVEAUX

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : ***Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire***
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Philippe GUERCI

2e sous-section : ***Médecine intensive-réanimation***
Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

3e sous-section : ***Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4e sous-section : ***Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie***
Professeur Nicolas GIRERD

5e sous-section : ***Médecine d'urgence***
Professeur Tahar CHOUIHED

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : ***Neurologie***
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2e sous-section : ***Neurochirurgie***
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3e sous-section :***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie***
Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN - Professeur Thomas SCHWITZER -
Professeure Fabienne ROUYER-LIGIER

4e sous-section : ***Pédopsychiatrie ; addictologie***
Professeur Bernard KABUTH

5e sous-section : ***Médecine physique et de réadaptation***
Professeur Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : ***Rhumatologie***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2e sous-section : ***Chirurgie orthopédique et traumatologique***
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3e sous-section : ***Dermato-vénéréologie***
Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

4e sous-section : ***Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***
Professeur François DAP - Professeur Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : ***Pneumologie ; addictologie***
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2e sous-section : ***Cardiologie***
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN
Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

3e sous-section : ***Chirurgie thoracique et cardiovasculaire***
Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4e sous-section : ***Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire***
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY - Professeure Nicla SETTEMBRE

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : ***Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2e sous-section : ***Chirurgie viscérale et digestive***
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3e sous-section : ***Néphrologie***
Professeur Luc FRIMAT

4e sous-section : ***Urologie***

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re sous-section : ***Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie***
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3e sous-section : ***Médecine générale***
Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1re sous-section : ***Pédiatrie***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2e sous-section : ***Chirurgie infantile***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3e sous-section : ***Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4e sous-section : ***Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1re sous-section : ***Oto-rhino-laryngologie***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU - Professeur Patrice GALLET

2e sous-section : ***Ophtalmologie***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

3e sous-section : ***Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie***
Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

66e Section : PHYSIOLOGIE
Professeur Nguyen TRAN

==========

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53e Section, 3e sous-section : ***Médecine générale***
Professeure associée Sophie SIEGRIST - Professeur associé Olivier BOUCHY

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : ***Anatomie***
Docteur Bruno GRIGNON

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : ***Biochimie et biologie moléculaire***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN –
Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

2e sous-section : ***Physiologie***
Docteure Iulia-Cristina IOAN

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière***

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2e sous-section : Parasitologie et mycologie
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***Epidémiologie, économie de la santé et prévention***
Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN - Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU

2e sous-section ***Médecine et Santé au Travail***
Docteure Isabelle THAON

4e sous-section : ***Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteure Aurélie BANNAY (stagiaire)

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : ***Hématologie ; transfusion***
Docteure Maud D'AVENI

2e sous-section : ***Cancérologie ; radiothérapie***
Docteure Lina BOLOTINE

3e sous-section : ***Immunologie***
Docteure Alice AARNINK

4e sous-section : ***Génétique***
Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3e sous-section : ***Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteur Julien SCALA-BERTOLA -
Docteure Élise PAPE (stagiaire)

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2e sous-section : ***Neurochirurgie***
Docteur Fabien RECH

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4e sous-section : ***Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3e sous-section : ***Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire***
Docteur Fabrice VANHUYSE

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1e sous-section : ***Pédiatrie***

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU

3e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Docteur Charline BERTHOLD

4e sous-section : ***Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale***
Docteure Eva FEIGERLOVA

5e sous-section : ***Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale***
Docteur Mikaël AGOPIANTZ

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

63e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES
Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ – Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE

69e Section : NEUROSCIENCES
Madame Sylvie MULTON

90e Section : MAÏEUTIQUE
Madame Gaëlle AMBROISE (stagiaire)

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53e Section, 3e sous-section : *(Médecine générale)*
Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

<u>À mon Maître et Président de Thèse</u>,

Monsieur le Professeur Francis Guillemin
Professeur des Universités de Santé Publique

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury et de juger ce travail.

Je vous en suis infiniment reconnaissante et vous remercie pour votre implication dans ce projet de recherche.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

<u>À mon Maître et Juge</u>,

Monsieur le Docteur Boris Gass

Maître de conférence associé en Médecine Générale & Maître de stage universitaire

Spécialiste en Médecine Générale

Je suis sensible à l'honneur que vous m'accordez en acceptant de juger ma thèse et je suis sincèrement reconnaissante de bénéficier de votre regard critique et éclairé

Je vous prie d'accepter l'expression de mon entière reconnaissance ainsi que de ma respectueuse considération.

<u>À ma Directrice</u>,

Madame la Docteure Véronique Derin

Maître de stage universitaire

Spécialiste en Médecine Générale

Je te remercie pour toute la patience et la disponibilité dont tu as fait preuve à mon égard.

Tes conseils et tes remarques constructives m'ont permis d'améliorer ma pratique médicale.

Tu me fais à présent l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Reçois ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

Aux étudiant qui ont accepté de participer à mon étude

Merci à chacun pour votre participation au questionnaire de ma thèse.

Recevez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

À toutes les secrétaires médicales,

Pour votre bienveillance si précieuse.

À tous les médecins et personnels paramédicaux rencontrés,

Mon exercice de la médecine s'est construit à vos côtés.

À chacun des co-externes et co-internes,

Pour le partage des connaissances et les moments de détente !

À l'ensemble des patients rencontrés à l'hôpital et en libéral,

J'espère avoir été à la hauteur de la confiance que vous m'avez accordée.

<u>À mon époux Joris</u>,

Mon amour, ces dix dernières années à tes côtés ont été le fondement de notre réussite partagée.

Grâce à ton soutien indéfectible, j'ai navigué à travers les choix qui jalonnent mon chemin, enrichissant chaque jour mon univers de joie et de contentement. Ta foi en moi a été mon phare dans l'obscurité, guidant mes pas à travers toutes les difficultés.

Alors que nous tournons cette page ensemble, mon cœur se gonfle d'impatience et de gratitude à l'idée de continuer à écrire notre magnifique histoire. À tes côtés, je me sens aimée et profondément comblée.

À ma grand-mère paternelle,

Chère Granny,

Merci infiniment pour ta présence réconfortante et ton soutien au fil des années, à travers les moments de joie comme ceux de tristesse. Les exigences de mes études et la distance qui nous sépare m'ont hélas empêché de passer autant de temps à tes côtés que je l'aurais voulu, de savourer ces précieux instants du quotidien ensemble. J'espère de tout cœur que nous pourrons très bientôt nous retrouver.

Tes conseils avisés m'ont aidé à naviguer avec sagesse dans les choix de ma vie. Merci du fond du cœur pour tout ce que tu as généreusement offert à moi et à Joris.

Avec toute ma tendresse et ma gratitude.

À mes grands-parents maternels,

Chers grands-parents,

Merci pour les belles vacances passées chez vous durant mon enfance. Vous m'avez fait découvrir la Bretagne, cette région qui m'est désormais si chère, avec ses côtes sauvages et ses traditions profondément enracinées. Ces souvenirs précieux continuent de nourrir mon esprit.

Au Pépé et à la Mémé,

Je tiens à vous remercier chaleureusement pour votre présence constante, vos encouragements sans faille et vos conseils empreints de sagesse.

Votre générosité et votre gentillesse ont été des lumières sur mon chemin.

Vous avez toujours été là pour moi, prêts à offrir un sourire, une bonne tasse de café et tant d'autres gestes de bienveillance.

<u>À mes beaux-parents</u>,

En rédigeant ces lignes, Françoise et André, je mesure pleinement l'importance de votre soutien et de votre présence.

Vous avez su m'intégrer dans votre famille, grâce à laquelle j'ai pu m'épanouir. Votre générosité a largement contribué à ma réussite.

Vos exemples de rigueur, d'intégrité et d'engagement dans tout ce que vous entreprenez ont été une source d'inspiration constante. Votre soutien infaillible a joué un rôle crucial dans l'achèvement de cette thèse. Avec toute ma tendresse et ma gratitude, je vous dédie ce travail. Merci pour tout.

<u>À mes parents</u>,

Merci pour les valeurs familiales que vous avez su me transmettre.

Votre éducation, axée sur le respect et l'intégrité, a jeté les bases de mes propres principes et de ma conduite professionnelle.

Je vous suis reconnaissante pour ces leçons de vie, subtiles mais significatives dans mon parcours académique et personnel.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur *et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque »

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS 19

INTRODUCTION 20

I. CONTEXTE GÉNÉRAL 20

I-1. Présentation du système de santé en France 20
I-2. Importance de la médecine générale et pénurie médicale 21
I-3. Déterminants à l'installation des médecins généralistes 23
I-4. Les soins primaires sont-ils l'affaire seuls des médecins généralistes ? 23

II. PRÉSENTATION DES RÉFORMES ET DE LEUR NÉCESSITÉ 25

II-1. Loi RIST 25
II-1-1. Accès élargi aux soins 25
II-1-2. Élargissement des compétences paramédicales 25
II-1-3. Gouvernance et permanence des soins 26
II-1-4. Simplification et renforcement de la confiance 26
II-1-5. Transformation de la gouvernance hospitalière 26
II-1-7. Contexte et enjeux du Ségur de la santé 26
II-2. Loi Valletoux 27
II-2-1. Territoires de santé et accessibilité des soins 27
II-2-2. Réformes des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) 27
II-2-3. Intérim médical et pénurie de médecins 28
II-2-4. Permanence des soins 29
II-3. Consultation à 26,5 euros pour la médecine générale 29
II-3-1. Contexte de la revalorisation 30
II-3-2. Impact sur les patients et les praticiens 30
II-3-3. Perspectives et défi 30
II-4. Ajout d'une 4ème année au DES de médecine générale 30
II-4-1. Objectifs de la réforme 31
II-4-2. Contenu et orientation de la formation 31
II-4-3. Engagement et mesures d'accompagnement 31
II-4-4. Recommandations pour une mise en œuvre efficace 31

III. FOCUS SUR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DU GRAND EST 32

III-1. Spécificités démographiques et sanitaires de la région du Grand Est 32
III-1-1. État de santé de la population du Grand Est 32
III-1-2. Ressources humaines et financières 32
III-1-3. Projet Régional de Santé (PRS) 33
III-2. Profil et aspirations des internes en médecine générale 34
IV-3. Hypothèse de recherche 34
IV-4. Objectif de recherche 35

ARTICLE 36

I. INTRODUCTION 36

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES 37

II-1. Sélection et description des participants 37
II-2-1. Critères d'inclusion et d'exclusion 37
II-2-2. Population source 38
II-2-3. Processus de recrutement 38
II-2. Type d'étude 38
II-3. Recueil et analyse des données 39
II-3-1. Mode de recueil des données 39
II-3-2. Critères de jugements 39
II-3-3. Approbation de la recherche 40
II-3-5. Analyse statistique 40

III. RÉSULTATS 41

III-1. Description de la population 41

III-2. Impact des réformes législatives sur les perspectives d'exercice des internes de médecine générale du Grand Est 42
III-3. Relation entre les réformes législatives et les choix d'exercice des internes 43

IV. DISCUSSION 45
III-1. Résumé 45
III-2. Forces et limites 46
III-3. Comparaison avec la littérature 46
III-4. Impact sur la recherche et la pratique 48
III-4-1. Impact sur les choix de carrière et l'exercice professionnel 48
III-4-2. Stratégies pour améliorer l'attractivité de la médecine générale 49
III-4-3. Perspectives et recherche 49

TROISIÈME PARTIE 50
I. PRÉSENTATION DE L'ARTICLE ET DE SES RÉSULTATS 50
II. DISCUSSION 51
II-1. Analyse des réformes sous l'angle de la Médecine Générale 51
II-1-1. Impact de l'élargissement des compétences paramédicales sur le rôle du médecin généraliste 51
II-1-2. Implication de la proposition de loi Valletoux pour l'accès aux soins et la répartition territoriale des médecins 53
II-1-3. Revalorisation tarifaire des médecins généralistes : enjeux financiers 55
II-1-4. Portée de la 4e année du DES de Médecine Générale 56
II-2. Potentiels des réformes à réduire les déserts médicaux et à améliorer l'accès aux soins 56
II-3. Prospectives et Recommandations 58
III. PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE 60
IV. CONCLUSION FINALE 61

BIBLIOGRAPHIE 63

ANNEXES 69

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE 69

ANNEXE II : ANALYSE STATISTIQUE 73

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANEMF	Association Nationale des Étudiants en Médecine de France
ALD	Affections Longue Durée
ARS	Agence Régionale de Santé
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CPP	Comité de Protection des Personnes
CNAM	Caisse National d'Assurance Maladie
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CTS	Conseil Territorial de Santé
CSI	Comité de Surveillance Indépendant
DES	Diplôme d'Étude Spécialisée
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires
DI-CE	Document d'Information et de Consentement
DIU	Diplôme inter-universitaire
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personne Âgées Dépendantes
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IPA	Infirmière de Pratique Avancée
ISNAR-IMG	Inter Syndical Nationale Autonome Représentative des internes de médecine générale
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
MSU	Maître de Stage Universitaire
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
NSN	Nombre de sujets nécessaires
PADHUE	Praticien à Diplôme Hors Union Européenne
PMI	Protection Maternelle Infantile
PPL	Proposition de loi Philippe Valletoux
PRS	Projet Régional de Santé

INTRODUCTION

I. CONTEXTE GÉNÉRAL

I-1. Présentation du système de santé en France

Le système de santé français, caractérisé dans les années 2000 comme le plus performant (selon une étude de l'OMS(1)), se trouve actuellement à la croisée des chemins. Il repose sur un principe de solidarité qui garantit une couverture universelle à tous les citoyens. Ce système bénéficie par ailleurs d'une infrastructure de soins diversifiée et de professionnels de santé hautement qualifiés.

Confronté à des défis inédits, notre système de santé subit l'impact des changements démographiques et économiques. Le vieillissement de la population française engendre une demande accrue en soins gériatriques et une gestion plus complexe des maladies chroniques. Elle soulève aussi des défis majeurs en matière de soins prolongés, de maintien à domicile et de services de réadaptation(2). S'y ajoute le problème particulièrement pressant des déserts médicaux, zones où l'accès aux soins est limité en raison du faible nombre de professionnels de santé. Ces zones, souvent rurales mais aussi périurbaines, souffrent d'une répartition inégale des médecins(3).

Pour y remédier, le gouvernement français a lancé des réformes stratégiques, expliquées dans un dossier de presse de 2018(4). Elles incluent la digitalisation des services de santé, visant à améliorer l'efficacité, l'accessibilité des soins et la gestion des données de santé. Les dossiers médicaux électroniques et le développement de la télémédecine sont des exemples notables de cette évolution(5). Néanmoins, ces avancées technologiques doivent s'accompagner d'une attention soutenue aux besoins humains du système, notamment en termes de formation continue et de recrutement des professionnels(6). Pour remédier aux déserts médicaux, le gouvernement français a mis en œuvre des politiques telles que des incitations financières destinées à encourager les jeunes médecins à s'établir dans ces zones sous-desservies, ainsi que la promotion de la télémédecine pour pallier le manque de praticiens locaux(7). En outre, la

transformation du numerus clausus en numerus apertus a été effectuée pour augmenter le nombre de médecins formés en l'adaptant aux besoins de la population(8).
Enfin, une autre initiative clé est la libération du temps médical, qui vise à maximiser l'efficacité des médecins en leur permettant de se concentrer plus sur les soins aux patients et moins sur les formalités administratives. Pour ce faire, certaines responsabilités sont déléguées aux infirmières spécialisées, et également à des assistants médicaux.

Dans un contexte économique marqué notamment par une forte inflation et une augmentation des taux directeurs par les banques centrales, contrôler les dépenses de santé est un véritable défi. Financer notre système de santé devient plus onéreux. Il faut trouver le juste équilibre entre le maintien de la qualité des soins et le respect du budget voté.

I-2. Importance de la médecine générale et pénurie médicale

La médecine générale constitue le socle du système de santé français, jouant un rôle essentiel dans l'offre des soins primaires. Comme l'explique la Société Européenne de Médecine Générale, via une définition du médecine de famille(9), les médecins généralistes, souvent premiers points de contact pour les patients, assument des responsabilités vitales. Ils assurent la coordination des soins, établissant un lien crucial entre différents spécialistes et services de santé. Cette coordination est indispensable pour une prise en charge holistique et efficace des patients, notamment ceux souffrant de pathologies multiples ou de maladies chroniques.

De plus, comme le souligne cet article(10), les médecins généralistes sont en première ligne dans la prévention des maladies. Ils conduisent des campagnes de vaccination, des dépistages réguliers, et offrent des conseils en santé publique. Leur proximité avec les patients leur permet d'avoir un impact significatif sur les comportements de santé et de promouvoir des habitudes de vie saines.

En dépit de leur contribution cruciale, la spécialité de médecine générale subit une désaffection manifeste, tant au niveau des nouvelles recrues que de l'intérêt général du secteur. Cette sous-estimation a des répercussions directes sur les ressources allouées à cette branche, souvent insuffisantes par rapport aux défis qu'elle doit relever. Ce manque de reconnaissance et de valorisation peut entraîner une démotivation chez les praticiens actuels et décourager les étudiants en médecine d'opter pour cette spécialité.

De plus, cette désaffection se traduit par une pénurie de médecins généralistes dans certaines régions, particulièrement en zones rurales et semi-rurales, exacerbant les inégalités d'accès aux soins primaires ; les chiffres sont de plus en plus alarmants.

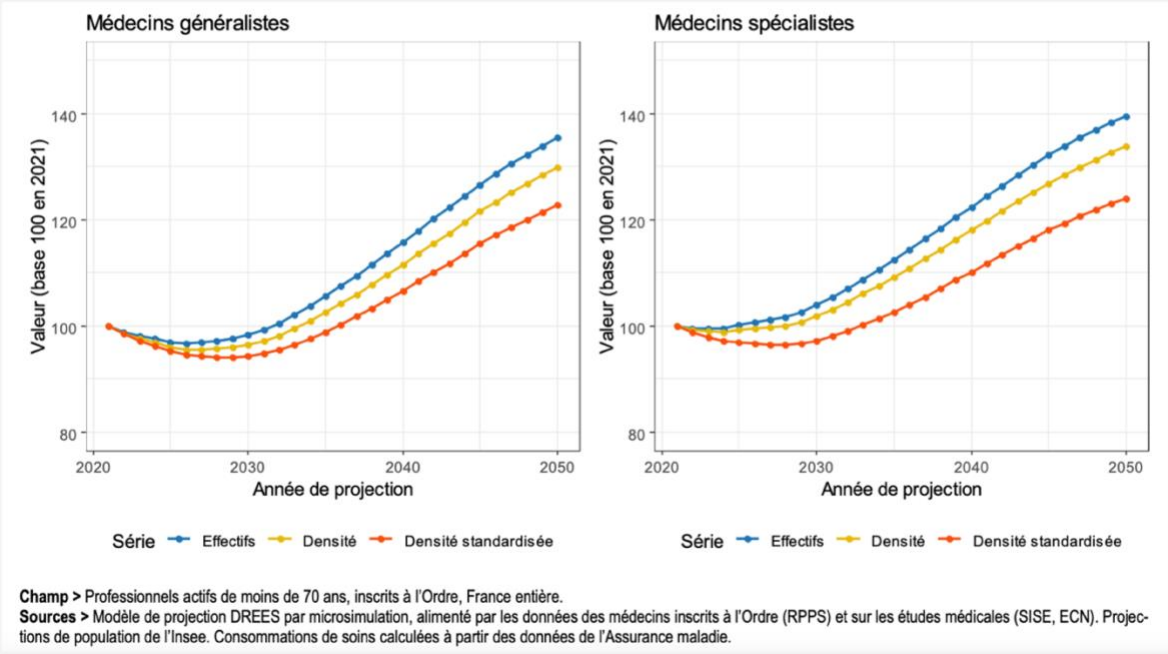


Figure 1 : *Projection de la démographie médicale selon les données de la DREES(11)*

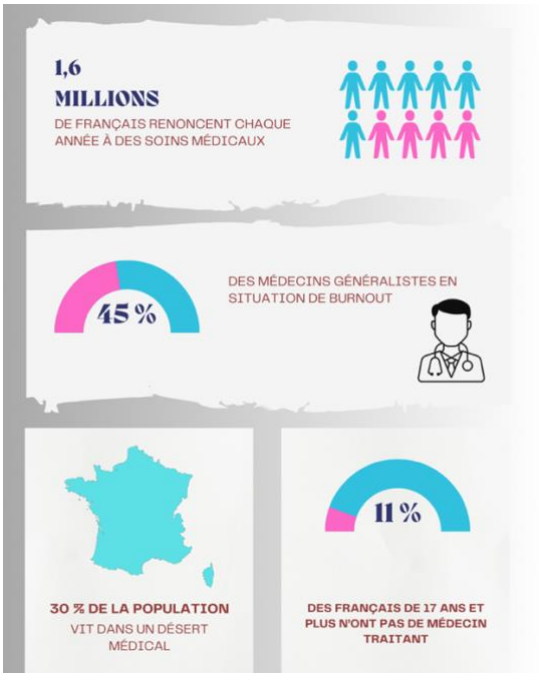


Figure 2 : *Données concernant la pénurie médicale, issues du rapport de l'Académie Nationale de Médecine(12)*

I-3. Déterminants à l'installation des médecins généralistes

L'installation des médecins dans des zones sous-dotées est complexe et influencée par de multiples facteurs. Selon la littérature internationale(13,14) et les études françaises(15,16), les décisions d'installation sont principalement motivées par des facteurs personnels tels que les liens préexistants avec le territoire, qu'ils soient familiaux, amicaux, ou simplement le désir de pratiquer la médecine de famille dans un environnement familier. De plus, l'évolution de la situation familiale au fil du temps peut significativement affecter la décision de rester ou de partir après plusieurs années de pratique.

Comme expliqué dans cette thèse(17), les conditions d'exercice jouent également un rôle crucial. La capacité à gérer la charge de travail et à éviter l'isolement professionnel est une considération de plus en plus déterminante pour choisir un lieu de pratique. L'expérience professionnelle dans un territoire particulier peut fortement influencer la décision de continuer à y exercer.

À travers le monde, bien que la rémunération du médecin soit un paramètre jugé important pour déterminer son choix d'installation, il demeure souvent secondaire par rapport aux autres facettes de l'épanouissement professionnel(18). Le contexte du territoire, y compris les services éducatifs, culturels et récréatifs disponibles, joue également un rôle significatif dans les décisions d'installation (et peut varier en importance selon les différentes étapes de la vie d'un médecin) (19).

Ainsi, l'installation des médecins dans des zones sous-dotées dépend de facteurs personnels, professionnels et locaux, rendant leurs choix complexes et variés.

I-4. Les soins primaires sont-ils l'affaire seuls des médecins généralistes ?

Les soins primaires, bien que souvent associés aux médecins généralistes, représentent en réalité une démarche collective et multidisciplinaire. En effet, les généralistes jouent un rôle pivot, initié par leur expertise et leur capacité à prescrire des traitements, mais la qualité et l'efficacité des soins dépendent aussi largement de la collaboration avec d'autres professionnels de santé. Ces vingt dernières années ont vu le rôle du médecin généraliste se structurer autour de concepts tels que le "médecin référent"(20) ou le "médecin traitant", soulignant leur responsabilité dans la coordination des parcours de soins.

En complément au paiement à l’acte, les médecins reçoivent désormais une rémunération forfaitaire basée sur la démographie de leur patientèle (âge, état de santé, conditions sociales) et une rémunération liée à l'atteinte d'objectifs spécifiques de santé publique (comme la prévention, le suivi de maladies chroniques, ou l'encouragement à prescrire des médicaments génériques), selon la convention de 2011(21).

La diversité des professions impliquées dans les soins primaires, des infirmières libérales aux pharmaciens, en passant par les kinésithérapeutes et les sage-femmes, illustre la richesse et la complexité de ce premier niveau de soin. Ces professionnels apportent des soins spécifiques, souvent sur prescription médicale, mais jouent aussi un rôle crucial dans le soutien quotidien des patients, notamment au domicile. Cette approche globale permet de répondre de manière plus complète aux besoins des patients, surtout dans le contexte actuel de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques.
L'importance de la coordination entre ces différents professionnels est soulignée par des évolutions telles que la création d'équipes de soins primaires, où médecins, infirmières et autres spécialistes travaillent de concert autour d'un projet de santé commun. L'introduction de nouveaux rôles, comme celui des assistants médicaux, vise également à optimiser le temps médical et à renforcer l'efficacité des soins. De plus, la nécessité d'organiser des transitions de soins fluides, notamment entre les soins hospitaliers et les soins de ville, met en évidence l'importance d'une collaboration étroite entre généralistes et spécialistes.

En somme, si les médecins généralistes demeurent au cœur des soins primaires, leur efficacité dépend intrinsèquement de la collaboration avec un large éventail de professionnels de santé. Cette approche multidisciplinaire est cruciale pour répondre aux défis sanitaires contemporains, garantissant ainsi des soins de qualité, accessibles et adaptés aux besoins évolutifs des patients(22).

Les soins primaires ne sont donc pas l'affaire des médecins généralistes seuls, mais bien le fruit d'un effort collectif visant à offrir une prise en charge globale et coordonnée au sein du système de santé.

II. PRÉSENTATION DES RÉFORMES ET DE LEUR NÉCESSITÉ

II-1. Loi RIST

Promulguée le 19 mai 2023, la loi RIST(23) représente une étape cruciale dans la réforme du système de santé français. Elle relève le défi des déserts médicaux et vise à moderniser le système de santé. Environ six millions de Français, dont 714 000 en ALD, sont actuellement sans médecin traitant(24).

II-1-1. Accès élargi aux soins

Un des aspects novateurs de cette loi est l'introduction d'un **accès direct à certains professionnels de santé** :

- Les patients peuvent désormais consulter directement des **infirmiers en pratique avancée (IPA)**, des **kinésithérapeutes** et des **orthophonistes**, sans passer par un médecin. Cette mesure vise à décongestionner les cabinets médicaux et à faciliter l'accès aux soins pour les patients.
- Les IPA, en particulier, peuvent désormais **primo-prescrire** certains produits ou prestations, **renouveler** des prescriptions médicales et **effectuer des examens complémentaires**.

II-1-2. Élargissement des compétences paramédicales

La loi Rist élargit également les **compétences de plusieurs professions paramédicales** :

- Les **infirmiers** peuvent prendre en charge la **prévention** et le traitement de plaies.
- Les **assistants dentaires** de niveau II et les pédicures-podologues bénéficient d'une reconnaissance accrue de leurs compétences.
- Les **pharmaciens** voient leur rôle élargi, **pouvant renouveler trois fois, par délivrance d'un mois une ordonnance expirée pour des pathologies chroniques**. Ils peuvent désormais **administrer** des **vaccins**, **réaliser des prélèvements** dans le cadre du **dépistage** du **cancer** du col de l'utérus, et faire des tests rapides d'orientation diagnostiques.

II-1-3. Gouvernance et permanence des soins

La loi introduit un principe de responsabilité collective en matière de permanence des soins. Les établissements de santé et les professionnels de santé doivent collaborer pour garantir l'accès aux soins non-programmés, en dehors des horaires d'ouverture habituels. Cette mesure vise à assurer une meilleure disponibilité des soins pour tous les patients, indépendamment de leur lieu de résidence.

II-1-4. Simplification et renforcement de la confiance

Cette proposition de loi s'inscrit dans la continuité du Ségur de la Santé(25), visant à simplifier le parcours des patients et à renforcer la confiance envers les acteurs de terrain. Elle accorde une plus grande autonomie aux sages-femmes et masseurs-kinésithérapeutes en termes de prescription et étend les protocoles locaux de coopération à la médecine de ville.

II-1-5. Transformation de la gouvernance hospitalière

La loi vise également à transformer la gouvernance hospitalière, en offrant plus de flexibilité dans l'organisation et la gestion des établissements de santé. La qualité de vie au travail des soignants est un point central, avec l'implémentation de projets de gouvernance et de management orientés vers une meilleure prise en compte de l'humain.

II-1-6. Plafonnement du salaire des intérimaires

Depuis avril 2023, le salaire des médecins intérimaires est plafonné à 1390 euros bruts pour 24 heures de travail.

II-1-7. Contexte et enjeux du Ségur de la santé

Le Ségur de la Santé, lancé en réponse aux défis révélés par l'épidémie de Covid-19, a mené à des revalorisations salariales substantielles et à un plan d'investissement massif pour l'hôpital public et le secteur médico-social. La loi Rist est une partie intégrante de cette initiative, traduisant en action législative les mesures non-budgétaires du Ségur.

En somme, la loi RIST a pour but de tendre vers un système de santé plus accessible, plus réactif et plus humain.

II-2. Loi Valletoux

La loi Valletoux(26), adoptée par le Sénat le 25 octobre 2023 avec des modifications significatives, et promulguée le 27 décembre 2023, représente une réponse législative à l'une des préoccupations majeures des Français : l'accès aux soins et les inégalités territoriales en matière de santé. Elle vise à aborder des problèmes urgents dans le système de santé français, exacerbés par la présence de déserts médicaux qui touchent 87% du territoire, affectant aussi bien les zones rurales que les grandes agglomérations.

II-2-1. Territoires de santé et accessibilité des soins

La loi Valletoux met l'accent sur le concept de "**territoires de santé**" comme échelon de référence dans l'organisation locale de la politique de santé. Cette approche cherche à simplifier la structure administrative actuelle, caractérisée par une multitude d'échelons territoriaux en matière de santé. Les **Conseils territoriaux de santé** (CTS) joueront un rôle crucial dans la redéfinition des territoires de santé en collaboration avec les agences régionales de santé (ARS).

II-2-2. Réformes des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Une des mesures initiales de la loi, l'adhésion automatique des soignants aux CPTS, a été retirée lors des débats sénatoriaux. Les CPTS, qui visent à favoriser la coopération entre les professionnels de santé de ville, sont au cœur de la stratégie pour améliorer l'accès aux soins. Néanmoins, la commission des affaires sociales du Sénat a souligné que l'adhésion à ces communautés devrait rester facultative pour éviter de contraindre inutilement les professionnels.

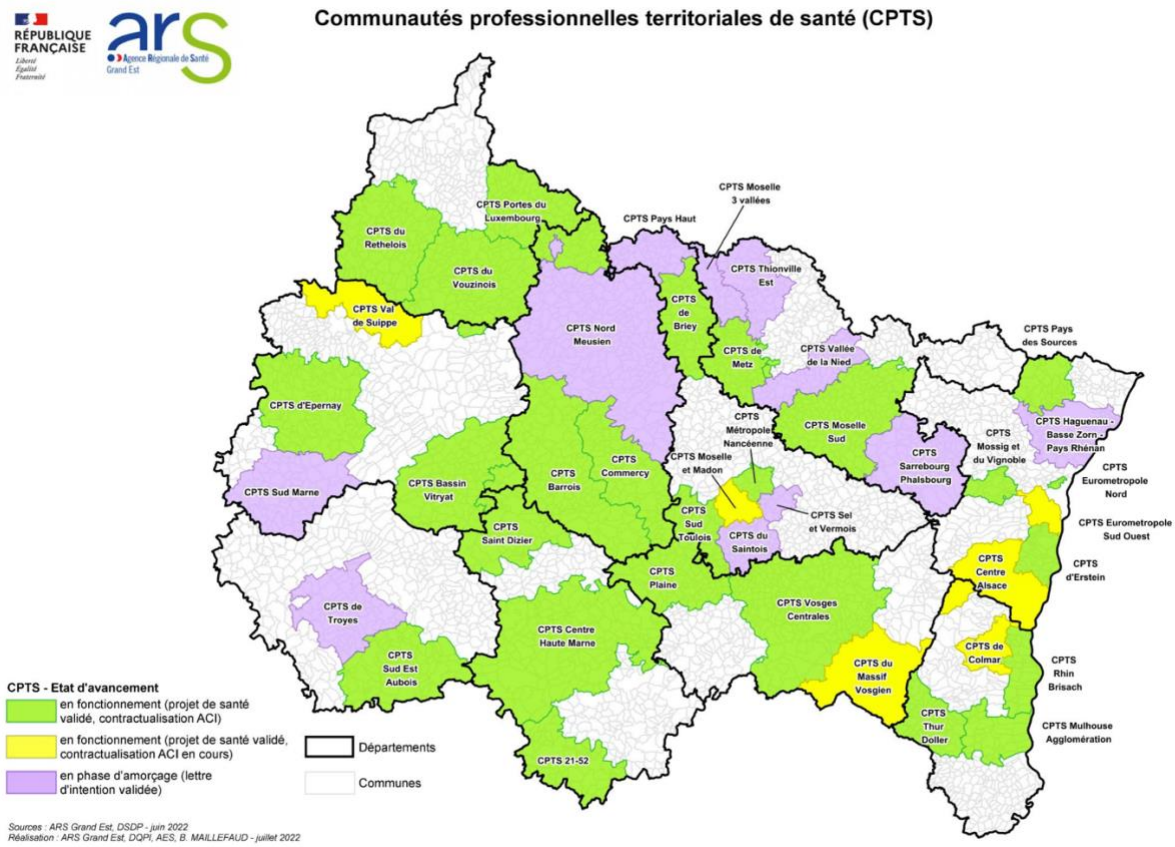


Figure 3 : *Carte CPTS du Grand Est*

II-2-3. Intérim médical et pénurie de médecins

Face à une pénurie aiguë de médecins, la proposition de loi Valletoux prend des mesures pour améliorer la densité médicale :

- Elle facilite l'exercice des médecins étrangers (PADHUE) et propose des autorisations d'exercice provisoire.
- Elle limite les abus de l'intérim de tous les professionnels médicaux et paramédicaux, visant à améliorer la gestion budgétaire et la qualité des soins dans les hôpitaux mais également dans les autres établissements de santé.
- Le bénéfice du contrat d'engagement de service public (CESP) est étendu aux étudiants en médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie dès la fin de la 2ème année des études de santé.
- Les aides financières et exonérations fiscales liées à l'installation seront limitées à une fois tous les 10 ans pour lutter contre le nomadisme médical.
- La limite d'âge pour le cumul emploi-retraite des professionnels de santé travaillant dans un hôpital public est reculée à 75 ans.

II-2-4. Permanence des soins

Un aspect crucial de la proposition de loi est la réorganisation de la permanence des soins, en particulier entre les établissements de santé publics et privés. La loi vise à une meilleure répartition des efforts entre hôpitaux publics et cliniques privées pour assurer l'accès aux soins en dehors des heures normales de fonctionnement. Le Sénat a également réécrit l'amendement correspondant en supprimant ce qui rétablissait l'obligation de la permanence des soins pour l'ensemble des soignants.

II-2-5. Réduction des certificats médicaux inutiles

Plusieurs modifications seront apportées concernant la délivrance des certificats médicaux et de décès :

- Remplacement du certificat médical pour congé enfant-malade par une attestation sur l'honneur
- Instauration d'un questionnaire de santé remplaçant le certificat médical de non contre-indication au sport pour l'obtention d'une licence pour adulte
- Extension de l'expérimentation de la signature des certificats de décès par les infirmiers à toutes les régions (versus 6 aujourd'hui)

La proposition de loi Valletoux vise à résoudre des problèmes clés du système de santé français. Elle cherche à améliorer l'accès et la qualité des soins, et à atténuer les inégalités de santé régionales. Son efficacité repose sur l'application réussie de ses mesures et l'engagement des professionnels de santé envers ces changements organisationnels.

II-3. Consultation à 26,5 euros pour la médecine générale

À compter du 1er novembre 2023, la consultation chez le médecin généraliste en France connaîtra une augmentation, passant de 25 euros à 26,50 euros. Comme expliqué dans cet article(27), cette revalorisation tarifaire (qui concerne également les consultations des autres spécialités) est perçue par les syndicats de praticiens libéraux comme insuffisante, malgré l'augmentation de 6% du tarif de base.

II-3-1. Contexte de la revalorisation

Cette augmentation tarifaire fait suite à un règlement arbitral pris par l'État, après l'échec des négociations conventionnelles entre l'Assurance-maladie et les syndicats de médecins libéraux. Les nouvelles dispositions, qui ont été décrites comme une "étape" par le directeur de l'Assurance-maladie, ne satisfont pas pleinement les attentes des médecins(27). Ces derniers revendiquaient une hausse sans condition à 30 euros pour la consultation chez le généraliste.

II-3-2. Impact sur les patients et les praticiens

Pour les patients, cette augmentation aura un impact limité, le reste à charge après remboursement de l'Assurance-maladie et de la complémentaire santé restant inchangé. Néanmoins, pour les praticiens, cette hausse symbolique de 1,50 euro est ressentie comme une dévalorisation de leur travail, considérant que le tarif n'a pas évolué depuis 2017. De plus, cette situation survient dans un contexte où le secteur de la santé est déjà sous tension en raison de la pénurie de médecins et des défis persistants liés à l'organisation des soins.

II-3-3. Perspectives et défi

L'augmentation du prix de la consultation médicale à 26,50 euros représente un enjeu majeur dans le paysage de la santé en France. Elle soulève des questions sur la valorisation du travail des médecins, ainsi que sur la capacité du système de santé à s'adapter aux réalités économiques et aux besoins des professionnels.

II-4. Ajout d'une 4ème année au DES de médecine générale

L'ajout d'une quatrième année au DES de médecine générale en France, entrant en vigueur à la rentrée universitaire 2023-2024, marque une évolution significative dans la formation des médecins généralistes(28). Cette réforme, matérialisée par la nouvelle maquette de formation, vise à enrichir et compléter la formation des futurs médecins généralistes, les accompagnant dans leur future pratique professionnelle et facilitant leur installation après leur formation.

II-4-1. Objectifs de la réforme

L'ajout de cette année supplémentaire vise à aligner la médecine générale sur les autres spécialités médicales en termes de durée et de qualité de formation. Elle permettra aux étudiants de développer une expérience clinique en autonomie, sous la supervision de Maîtres de Stage Universitaires (MSU), et de se projeter dans leur future pratique professionnelle, majoritairement en milieu ambulatoire et en exercice libéral.

II-4-2. Contenu et orientation de la formation

L'accent est mis sur la qualité de la formation, avec des stages en quatrième année orientés vers des découvertes territoriales sans coercition, évitant l'isolement des jeunes dans des zones sans médecins. Les stages seront conçus pour inciter, sans contraindre, les futurs praticiens à explorer divers territoires, favorisant ainsi une installation future sur le territoire. Les mesures encadrant le choix de ces stages devraient être attrayantes et adaptées aux besoins du territoire.

II-4-3. Engagement et mesures d'accompagnement

Les pouvoirs publics se sont engagés à mettre en œuvre cette réforme dès 2023, en cohérence avec la loi de financement de la sécurité sociale. Cet engagement comprend la mise en place de mesures d'accompagnement attractives pour renforcer l'attractivité territoriale et soutenir les étudiants dans leur choix de spécialisation.

II-4-4. Recommandations pour une mise en œuvre efficace

Il a été émis par les instances qualifiées 25 recommandations pour assurer une mise en œuvre rapide et qualitative de cette quatrième année(29). Ces recommandations visent notamment à améliorer la qualité de la formation, à instaurer un statut de Docteur junior de médecine générale et à rendre le territoire attractif pour les futurs médecins.

Ainsi, la mise en place de la quatrième année au DES de médecine générale est une étape clé pour renforcer la formation des futurs médecins généralistes. Elle nécessite un suivi régulier avec des indicateurs qualité pour assurer l'efficacité tant sur le plan pédagogique que sur l'organisation territoriale.

III. FOCUS SUR LES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DU GRAND EST

III-1. Spécificités démographiques et sanitaires de la région du Grand Est

La population du Grand Est représente 8,3 % de la population française et comporte 10 départements. Profondément européenne, le Grand Est est la seule région de France à être limitrophe de 4 pays : l'Allemagne, la Belgique, le Luxembourg et la Suisse.

III-1-1. État de santé de la population du Grand Est

L'état de santé de la population du Grand Est se caractérise par(30) :

- Une espérance de vie parmi les plus basses en France, avec 79 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes,
- Un taux de mortalité prématurée supérieur à la moyenne nationale, particulièrement dans l'ouest de la région, avec des décès significatifs avant l'âge de 65 ans.

III-1-2. Ressources humaines et financières

Selon le cadre d'orientation stratégique du PRS Grand Est(31), les enjeux concernant les ressources humaines et financières du système de santé du Grand Est sont les suivants :

- Un système de soins encore trop cloisonné entre la ville et l'hôpital, entre les secteurs sanitaire et médico-social, entre les différents professionnels de santé, et donc source de non-qualité et de perte d'efficience.
- Une densité médicale globalement inférieure à la moyenne nationale avec de fortes disparités territoriales, et qui a baissé de 2,8 % entre 2007 et 2016 ;
    - Entre 2018 et 2021, la densité des médecins généralistes a diminué de plus de 4 points, bien que restant supérieure à la moyenne nationale. La densité des médecins spécialistes a, en revanche, augmenté.
    - L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux est en légère baisse entre 2015 et 2019, la moyenne régionale des consultations par an et par habitant est passée de 4,3 à 4,2.

- Une densité paramédicale (infirmiers, aides-soignants, techniciens en radiologie, physiothérapeutes, et d'autres spécialistes qui fournissent des services de soins directs aux patients mais qui ne sont pas des médecins) supérieure à la moyenne nationale ;
- Une inégalité du vieillissement des médecins généralistes et des autres spécialistes selon les territoires, avec au total 27% de médecins actifs qui ont plus de 60 ans ; près de 30% des médecins généralistes partiront en retraite dans les 5 ans ;
- Une consommation de soins plus importante en termes de nombre d'actes moyens réalisés par les professionnels de santé libéraux (généralistes, infirmiers, chirurgiens-dentistes) par habitant.

III-1-3. Projet Régional de Santé (PRS)

Le PRS, adopté en juin 2018 et révisé en 2019, aligne les priorités de santé de la région avec les directives nationales. En 2023, l'ARS Grand Est a adopté de nouveaux schémas et programmes(32) pour renforcer l'accès à la prévention et aux soins.

Les défis et enjeux évoqués précédemment sont ceux auxquels sont confrontées, à des degrés divers, toutes les régions. Mais certaines spécificités touchent le Grand Est, et c'est sur celles-ci en particulier que le Projet régional de santé devra porter :

- Une mortalité générale et une mortalité prématurée supérieures à la moyenne nationale, en particulier pour les deux principales catégories d'affections : cancers et maladies cardio-neurovasculaires avec des inégalités territoriales marquées ;
- Certaines causes de décès particulièrement préoccupantes : cancers bronchopulmonaires, maladies respiratoires, diabète, suicide chez les adolescents et jeunes adultes... ;
- Certains comportements à risque plus marqués que la moyenne nationale, avec un taux élevé de tabagisme, et un taux élevé d'obésité chez les adultes.
- Des inégalités de répartition des professionnels de santé, avec de nombreuses zones en tension.

III-2. Profil et aspirations des internes en médecine générale

Des études spécifiques sur les internes de médecine générale du Grand Est sont rares dans la littérature. Selon une étude récente(33), plusieurs facteurs influencent la décision des internes à s'installer dans la région. Ces facteurs incluent l'accompagnement humain, les aides financières (facteur important, mais non déterminant), et une forte préférence pour des territoires offrant de bons services publics, des équipements culturels et sportifs, ainsi qu'une proximité familiale. Le choix du conjoint et la présence d'autres professionnels de santé ou d'un hôpital à proximité sont également des éléments clés. L'équilibre entre vie professionnelle et vie privée est particulièrement important, et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ainsi que l'exercice coordonné sont très appréciés.

Selon une autre étude(34), 65,6% des internes envisageaient de suivre une formation complémentaire, les plus populaires étant le DESC de Médecine d'Urgence (supprimé en 2017), le DIU de Santé de la Mère et de l'Enfant, et le DIU de Gynécologie. Quant aux conditions d'exercice, 45,71% privilégiaient un exercice libéral et 31,79% un exercice mixte, tandis que 21,79% se destinaient à un exercice salarié exclusif. Le cabinet était le lieu d'exercice le plus prisé (81,07%), suivi de l'hôpital (47,14%), de l'EHPAD (20,71%), de la PMI (14,29%) et de la médecine scolaire (5,71%). Plus de la moitié (52,86%) ne souhaitaient pas travailler en milieu hospitalier.

IV-3. Hypothèse de recherche

Ces réformes du système de santé ont été instaurées dans un contexte de pénurie toujours plus importante de médecins et face à la problématique des déserts médicaux. En effet, selon cette étude de la CNOM(33) seulement 12 % des médecins inscrits à l'ordre vont s'installer en libéral. En 10 ans, l'activité libérale des médecins généralistes a diminué de 15 %(35). Une autre étude de l'ANEMF(36) rapporte une perte d'attractivité majeure pour la médecine générale. Parmi les étudiants qui s'étaient orientés vers cette spécialité, plus d'un sur deux (50,4 %) remet ce choix en question, et 7,7 % l'abandonnent. Il semble légitime de se questionner sur ces nouvelles réformes pour savoir si elles obtiennent l'adhésion des internes en médecine générale. Vont-elles favoriser leur installation sur le territoire français ?

Au vu de ces données de la littérature, l'hypothèse est que 30 % des internes ont vu leur perspectives d'exercice se modifier à la suite des réformes législatives de 2023 (loi Rist, proposition de loi Valletoux, prix de la consultation de médecine générale à 26,5 euros).

IV-4. Objectif de recherche

Cette étude vise donc principalement à évaluer la proportion des internes en médecine générale du Grand Est pour lesquels les réformes législatives de 2023 ont modifié leurs perspectives d'exercice, afin d'anticiper les défis et les opportunités qui se présentent à eux.

ARTICLE

I. INTRODUCTION

En 2024, la médecine générale en France se trouve à un carrefour décisif, impulsé par des réformes législatives majeures pouvant redéfinir les contours de l'accès aux soins primaires et la gestion de la santé publique dans les années à venir. Ces réformes sont la loi Rist, la loi Valletoux, le nouveau DES de médecine générale en quatre ans ainsi que les évolutions tarifaires pour les consultations médicales (faisant suite aux négociations conventionnelles). Ces initiatives, impulsées par un impératif de modernisation et d'adaptabilité, engendrent un débat soutenu parmi les professionnels et dans l'espace public. Le système de santé français, jadis salué par l'OMS pour son efficience(1), est désormais confronté à des défis démographiques et économiques sans précédent, le contraignant à une profonde refonte systémique.

Au cœur de ce paysage en mutation se trouve la médecine générale, pilier fondamental des soins primaires. Les médecins généralistes, souvent premiers points de contact dans le parcours de soins des patients, jouent un rôle crucial dans la coordination des soins(9). Leur participation active dans la prévention des maladies et la promotion de la santé publique est essentielle(10). En 2024, la médecine générale en France est confrontée à plusieurs défis majeurs. Tout d'abord, il y a une pénurie persistante de médecins généralistes, particulièrement dans les zones rurales et certaines périphéries urbaines, exacerbée par une augmentation des départs à la retraite et un nombre insuffisant de nouveaux médecins formés(7,37). Corrélé à une baisse notable de l'activité libérale (seulement 12 % des médecins s'orientant vers cette pratique), l'attrait pour la spécialité de médecine générale semble décroître(33). Des études récentes concernant les internes en médecine générale, telle que celle de l'ANEMF(36), révèlent une remise en question significative du choix de cette spécialité par les étudiants. Parmi ceux qui s'étaient orientés vers cette spécialité, plus d'un sur deux (50,4 %) remet ce choix en question ; 7,7 % l'abandonnent. Deuxièmement, la charge administrative lourde et le temps consacré à la gestion des dossiers plutôt qu'aux soins impactent négativement la qualité du temps médecin-patient. Enfin, l'adaptation aux nouvelles technologies et l'intégration efficace de la télémédecine restent des enjeux cruciaux pour améliorer l'accessibilité et l'efficacité des soins médicaux(5).

Pour répondre à ces défis, de nouvelles réglementations visant à restructurer l'exercice de la médecine générale ont été décidées. La loi Rist, adoptée en mai 2023, aborde les problématiques des déserts médicaux et vise à moderniser le système. Elle instaure un accès direct à certains professionnels de santé et élargit leurs compétences, modifiant ainsi la gouvernance hospitalière et instaurant un plafonnement salarial pour les médecins intérimaires.
La proposition de loi Valletoux, promulguée en octobre 2023, cible les inégalités de santé territoriales et vise à améliorer l'accès et la qualité des soins. Elle se concentre sur la densité médicale et la réorganisation de la permanence des soins. La revalorisation des consultations, décidée par un arbitre à la suite de l'échec des précédentes négociations conventionnelles est effective depuis novembre 2023. Cette revalorisation en dessous de l'inflation, a été vivement critiquée pour son insuffisance par les syndicats médicaux, conduisant à des grèves dans la profession. De nouvelles négociations conventionnelles sont en cours. Enfin, la réforme du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en Médecine Générale introduit une quatrième année d'internat. Cette modification, bien que visant à enrichir les compétences cliniques, soulève des préoccupations quant à son potentiel effet dissuasif sur l'attractivité de la spécialité, exacerbées par le manque de clarté concernant certaines modalités de mise en œuvre.

Il est donc crucial d'examiner, parmi les internes en médecine générale, les répercussions de ces réformes sur leurs perspectives de carrière afin de mieux anticiper les ajustements nécessaires pour répondre efficacement aux besoins de santé publique. Cette étude se propose de faire le lien entre les politiques actuelles et les conditions d'exercice futures de ces jeunes professionnels, éclairant ainsi les décideurs sur les orientations stratégiques à privilégier pour optimiser l'offre de soins en France.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

II-1. Sélection et description des participants

II-2-1. Critères d'inclusion et d'exclusion

La population étudiée correspond aux internes en médecine générale du Grand Est (en phase socle, ou phase d'approfondissement).
Les critères d'inclusion sont :

- Être interne en médecine générale dans le Grand Est (Champagne-Ardenne, Lorraine, Alsace)
- Être en phase socle, ou en phase d'approfondissement pour l'année universitaire 2023/2024
- Avoir été en phase d'approfondissement du DES de médecine générale lors de l'année universitaire 2022/2023

Les critères d'exclusion sont :

- Médecin généraliste installé/remplaçant
- Externe en médecine

II-2-2. Population source

La région du Grand Est comporte environ 1000 internes de Médecine Générale pour l'année universitaire 2023-2024. 184 internes ont finalement participé à l'étude, soit 18,4 % de la population source.

II-2-3. Processus de recrutement

Les internes ont été recrutés :

- Via un message diffusé sur les groupes des réseaux sociaux (groupe spécifique des promotions des internes de Médecine générale des facultés de Strasbourg, Reims et Nancy)
- Via un message diffusé par l'URPS ML Grand Est
- Par contact direct

Le recrutement des participants a été réalisé du 01.11.2023 au 27.12.2023.

II-2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale quantitative.

II-3. Recueil et analyse des données

II-3-1. Mode de recueil des données

Un questionnaire a été conçu en utilisant le logiciel LimeSurvey (référencé dans l'annexe I). Ce questionnaire est anonyme et conçu pour être complété rapidement, en moins de 5 minutes. Ce questionnaire, élaboré avec le logiciel Lime Survey®, se compose de 17 questions principales et de 33 sous-questions conditionnelles. La plupart des questions sont à choix unique, bien que certaines offrent des options multiples.

II-3-2. Critères de jugements

II-3-3-1. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal est le pourcentage d'internes en médecine générale du Grand Est ayant décidé de modifier leur exercice futur à la suite des récentes réformes ciblant leur spécialité (Loi Rist, tarif de la consultation à 26,5 euros, proposition de Loi Valletoux). C'est un critère composite construit sur les 3 axes suivants :

- **La loi Rist a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?**
- **La proposition de loi Valletoux a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?**
    - A noter que la loi Valletoux n'avait alors pas encore été promulguée lors de la création de l'étude et ainsi le terme « Proposition de loi Valletoux » a été utilisé.
- **La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?**

Pour chacun des trois axes, une réponse par une variable tertiaire est possible (« oui », « non », « je ne connais pas cette réforme »). Pour valider le critère principal, il faut au moins que l'un des trois axes ait pour réponse oui. Une réponse « Je ne connais pas cette réforme » à un axe ne valide pas le critère principal.

II-3-3-2. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugements secondaires sont :

1) Fréquence des internes en médecine générale du Grand Est ayant décidé de modifier leur exercice futur, à la suite de l'ajout d'une quatrième année de médecine générale.

2) Fréquence des internes en médecine générale du Grand Est ayant décidé de modifier leur exercice futur à la suite de la proposition de loi Valletoux.
3) Fréquence des internes en médecine générale du Grand Est ayant décidé de modifier leur exercice futur à la suite de la loi Rist.
4) Fréquence des internes en médecine générale du Grand Est ayant décidé de modifier leur exercice futur à la suite de la nouvelle convention de la sécurité sociale.
5) Fréquence des internes pensant que la 4e année du DES de Médecine Générale peut améliorer leur formation.
6) Fréquence des différentes modalités d'exercice des internes de médecine Générale du Grand Est.
7) Fréquence des différents lieux d'exercice envisagés par les internes de médecine Générale du Grand Est.
8) Fréquence des différents statuts d'exercice envisagés par les internes de Médecine Générale du Grand Est .

II-3-3. Approbation de la recherche

Le questionnaire ne relevant pas de données médicales personnelles, aucune démarche n'était nécessaire auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés CNIL. L'étude a été inscrite sur le registre d'activité de recherche de l'Université de Lorraine.

II-3-5. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Python 3.9.6, via la société « Medstats ». Une analyse descriptive a été réalisée ainsi qu'une analyse bivariée afin de savoir s'il existe une relation entre les réformes législatives et les choix d'exercice futur des internes. Les variables catégorielles ont ainsi été décrites en effectifs et pourcentages. Elles ont été comparées à l'aide du test de Chi-2 ou du test de Fisher (voir Annexe II).
Le NSN théorique de 116 internes en intégrant 10% de données manquantes/incorrectes, avec un NSN estimé à 128 selon la méthode de Cochran (paramètres utilisés: risque alpha de 0,05, puissance statistique à 80%, marge d'erreur à 10 %, p=0,3).
260 internes ont répondu aux questionnaires mais 76 internes n'ont pas répondu à toutes les questions. Ainsi seules les réponses des 184 internes ayant répondu à la totalité du questionnaire ont été utilisées pour l'analyse.

III. RÉSULTATS

III-1. Description de la population

Tableau 1 Répartition des internes en fonction de l'année d'internant et de l'année de passage de l'ECN

Année de passage de l'ECN	**Nombre d'internes du Grand Est**
2023	66
2022	46
2021	56
2020	11
Autre (année antérieure, interne étranger)	4
Année d'internat	**Nombre d'internes du Grand Est**
1 ère année (semestre 1 ou 2)	67
2 ème année (semestre 3 ou 4)	49
3 ème année (semestre 5 ou 6)	66

Tableau 2 Caractéristiques des participants

Lieu d'exercice souhaité	
Ville	27,17%
Milieu Rural	27.17%
Milieu semi-rural	72.83%
Statut d'exercice envisagé	
Exercice libéral	59.78%
Mixte	32.07%
Exercice salarial	8.15%
Exercice envisagé seul(e) en cabinet ou en association avec d'autres professionnels de santé (Maison de santé pluriprofessionnelle, Centre de santé, etc.)	
En association	94.02%
Seul(e)	5.98%
Souhait de travailler avec une infirmière de pratique avancée (IPA)	
Oui	23.37%
Non	76.63%
Souhait d'être Maître de Stage Universitaire	
Oui	47.83%
Non	52.17%
Souhait d'intégrer une CPTS	
Oui	25.0%
Non	36.41%
Qu'est-ce que c'est ?	38.59%
Secteur d'exercice envisagé	
Secteur 1	76.09%
Secteur 2	15.22%
Secteur 3 (déconventionnement)	8.7%
Exercice médical différent de la médecine générale envisagé (ex. :médecine du sommeil, médecine esthétique, expertise judiciaire etc.)	
Oui	55.43%
Non	44.57%

Si exercice médical différent de la médecine générale envisagé, caractéristique de cet exercice	
Combinée à la médecine générale	84.31%
Exclusive	15.69%
Changement de spécialité envisagé	
Oui	15.22%
Non	84.78%
Réorientation professionnelle hors médecine envisagé	
Oui	12.5%
Non	87.5%
Expatriation (exercice médical hors de la France) envisagée	
Oui	36.96%
Non	63.04%

III-2. Impact des réformes législatives sur les perspectives d'exercice des internes de médecine générale du Grand Est

27,5 % des internes de Médecine Générale du Grand Est ayant répondu au questionnaire ont vu leurs perspectives d'exercice changer à la suite des nouvelles réformes législatives (Loi Rist, prix de la consultation à 26,5 euros, proposition de Loi Valletoux).

Tableau 3 Critère de jugement principal

Changement des perspectives d'exercice à la suite des réformes législatives actuelles (loi RIST, prix de la consultation à 26,5 euros, proposition loi Valletoux)	27,54 %	[-11.71%, 6.78%]
Changement des perspectives d'exercice à la suite de l'ajout d'une 4ème année au DES de Médecine Générale		[-7,54%, 11,02%]
Oui	28.26%	
Non	70.65%	
Je n'ai pas connaissance de cette réforme	1.09%	
Si oui, changement des perspectives à la suite de l'ajout d'une 4ème année, concernant		
Lieu d'exercice	34.62%	
Statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)	48,08%	
Modalités d'exercice (seul ou en association, IPA, maître de stage universitaire, secteur d'activité, exercice différent de la médecine générale)	48.08%	
Pays d'exercice	61.54%	
Amélioration de la formation à la suite de l'ajout d'une 4ème année au DES de Médecine Générale, avec des stages réalisées en ambulatoire		
Oui	33.7%	
Non	66.3%	
Changement des perspectives d'exercice à la suite de la nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros	34.24%	[-13.77%, 5.29%]
Oui	65.76%	

Non		
Si oui, changement des perspectives à la suite du prix de la consultation fixé à 26,5 euros, concernant		
Lieu d'exercice	25.4%	
Statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)	44.44%	
Modalités d'exercice (seul ou en association, IPA, maître de stage universitaire, secteur d'activité, exercice différent de la médecine générale)	63.49%	
Pays d'exercice	58.73%	
Changement des perspectives d'exercice à la suite de loi RIST		
Oui	28.26%	[-7.54%, 11.02%]
Non	29.35%	
Je n'ai pas connaissance de cette loi	42.39%	
Si oui, changement des perspectives d'exercice à la suite de loi RIST concernant		
Lieu d'exercice	25.0%	
Statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)	48.08%	
Modalités d'exercice (seul ou en association, IPA, maître de stage universitaire, secteur d'activité, exercice différent de la médecine générale)	53.85%	
Pays d'exercice	55.77%	
Changement des perspectives d'exercice à la suite de la proposition de loi Valletoux		[1.09%, 18.69%]
Oui	20.11%	
Non	11.41%	
Je ne connais pas cette proposition de loi	68.48%	
Si oui, changement des perspectives d'exercice à la suite de la proposition de loi Valletoux concernant		
Lieu d'exercice	37.84%	
Statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)	56.76%	
Modalités d'exercice (seul ou en association, IPA, maître de stage universitaire, secteur d'activité, exercice différent de la médecine générale)	56.76%	
Pays d'exercice	70.27%	

III-3. Relation entre les réformes législatives et les choix d'exercice des internes

Les internes qui ont changé de perspectives d'exercice à la suite de l'ajout d'une quatrième année au DES de médecine générale ($p< 0,01$), du prix de la consultation fixé à 26,5 euros ($p< 0,01$), de la loi RIST ($p< 0,01$) et de la proposition de loi Valletoux ($p< 0,01$) envisagent une expatriation contrairement à ceux qui n'ont pas changé de perspectives d'exercice à la suite de ces réformes.

Les internes qui pensent que l'ajout d'une 4e année, avec des stages en ambulatoire, améliorera leur formation, souhaitent exercer en ville et inversement les internes qui pensent que cette

année avec des stages à réaliser en ambulatoire n'améliorera pas leur formation ne souhaitent pas exercer en ville (p = 0,048).

Les internes qui ont changé de perspectives d'exercice à la suite de la loi RIST envisagent un exercice libéral ou salarial mais pas un exercice mixte (p =0,04).

Tableau 4 Lien entre les réformes législatives de 2023 et les perspectives d'exercice des internes

Existe-t-il un lien entre l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale et le souhait d'exercer en ville ?	p = 0,89
Existe-t-il un lien entre l'ajout d'une quatrième année au DES de médecine générale et le souhait d'exercer en milieu rural ?	p = 0,82
Existe-t-il un lien entre l'ajout d'une quatrième année au DES de médecine générale et le souhait d'exercer en milieu semi-rural ?	p = 0,6
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-il un impact sur le statut d'exercice envisagé ?	p = 0,32
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-il un impact sur les modalités d'exercice ?	p = 0,1
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-il un impact la volonté d'expatriation ?	p < 0,001
Existe-t-il un lien entre l'ajout d'une 4e année au DES en médecine générale (avec des stages réalisés en ambulatoire) et le souhait d'exercer en ville ?	p = 0,048
Existe-t-il un lien entre l'ajout d'une 4e année au DES en médecine générale (avec des stages réalisés en ambulatoire) et le souhait d'exercer en milieu rural ?	p = 0,9
Existe-t-il un lien entre l'ajout d'une 4e année au DES en médecine générale (avec des stages réalisés en ambulatoire) et le souhait d'exercer en milieu semi-rural ?	p = 0,064
Existe-t-il un lien entre l'ajout d'une 4e année au DES en médecine générale (avec des stages réalisés en ambulatoire) et le statut d'exercice ?	p = 0,59
L'ajout d'une 4e année au DES en médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, a-t-il un impact sur les modalités d'exercice ?	p = 1
Lest internes qui estiment que la 4e année du DES en médecine générale n'améliorera pas leur formation envisagent-ils une expatriation ?	p = 0,08
Existe-t-il un lien entre le prix de la consultation de médecine générale fixé à 26,5 euros et le souhait d'exercer en ville ?	p = 0,83
Existe-t-il un lien entre le prix de la consultation de médecine générale fixé à 26,5 euros et le souhait d'exercer en milieu rural ?	p = 1
Existe-t-il un lien entre le prix de la consultation de médecine générale fixé à 26,5 euros et le souhait d'exercer en milieu semi-rural ?	p = 0,78
Existe-t-il un lien entre le prix de la consultation de médecine générale fixé à 26,5 euros et les modalités d'exercice envisagées ?	p = 0,26
Existe-t-il un lien entre le prix de la consultation de médecine générale fixé à 26,5 euros et le souhait d'exercer hors de le France ?	p < 0,01
La loi Rist a-t-elle changé la perspective d'exercice en ville ?	p = 0,48

La loi Rist a-t-elle changé la perspective d'exercice en milieu rural ?	$p = 0,92$
La loi Rist a-t-elle changé la perspective d'exercice en milieu semi-rural ?	$p = 0,94$
La loi Rist a-t-elle impacté le statut d'exercice ?	$p = 0,04$
La loi Rist a-t-elle impacté la volonté d'exercer seul(e) ou en association ?	$p = 1$
La loi Rist a-t-elle impacté la volonté d'expatriation ?	$p < 0,01$
La proposition de loi Valletoux a-t-elle un impact sur le choix d'exercice en ville ?	$p = 0,15$
La proposition de loi Valletoux a-t-elle un impact sur le choix d'exercice en milieu rural ?	$p = 1$
La proposition de loi Valletoux a-t-elle un impact sur le choix d'exercice en milieu semi rural ?	$p = 0,95$
Existe-t-il un lien entre la proposition de la loi Valletoux et le statut d'exercice envisagé ?	$p = 0,67$
Existe-t-il un lien entre la proposition de la loi Valletoux et les modalités d'exercice ?	$p = 1$
Existe-t-il un lien entre la proposition de la loi Valletoux et la volonté d'expatriation ?	$p < 0,01$

IV. DISCUSSION

III-1. Résumé

Dans le Grand Est, 27,5 % des internes en médecine générale ont été affectés par les récentes réformes législatives, telles que la Loi Rist, la fixation du prix de la consultation à 26,5 euros et la proposition de Loi Valletoux. Ces changements ont principalement influencé la décision de certains internes (36,9 %) à envisager une carrière à l'étranger. Les aspects les plus affectés par ces réformes sont le lieu d'exercice, suivis par les conditions et le statut professionnel (à savoir les pratiques libérales, salariées ou mixtes). Il est important de souligner l'absence de familiarité notable des internes avec la Loi Rist (42,39 %) et la Loi Valletoux (68,48 %), pouvant refléter un désintérêt pour les enjeux législatifs dans leur secteur.

L'introduction d'une quatrième année au DES de Médecine Générale modifie les perspectives de carrière pour plus d'un quart des internes du Grand Est (28,26 %). Une large majorité (66,3 %) est sceptique quant à l'amélioration de leur formation par cette extension, malgré l'intégration de stages en ambulatoire.

Concernant les préférences d'exercice, 59,78 % des internes affichent un intérêt pour la pratique libérale. Une préférence marquée pour le travail en milieu semi-rural, en secteur 1, et en collaboration avec d'autres professionnels de santé est notable, bien que 76,6 % expriment une réticence à collaborer avec les infirmières de pratique avancée.
Enfin, une tendance à diversifier leur pratique médicale est observée chez près de la moitié des internes, qui aspirent à combiner la médecine générale avec d'autres exercices médicaux spécifiques, telles que la médecine du sommeil, la médecine esthétique ou l'expertise judiciaire.

III-2. Forces et limites

Cette étude affiche une bonne validité externe, mais sa précision aurait bénéficié de l'identification de la subdivision d'origine des internes (Nancy, Reims, ou Strasbourg) pour mieux cerner la représentativité régionale. Toutefois, l'absence de réponse complète de 30 % des participants (données non exploitables) soulève des questions sur l'intérêt et la praticabilité du questionnaire. Limitée aux internes en médecine générale du Grand Est, l'extension de ces conclusions à l'ensemble des internes de médecine générale de France ou à d'autres spécialités demeure incertaine. Des spécificités régionales comme la proximité avec plusieurs pays frontaliers (Belgique, Luxembourg, Allemagne, Suisse) peut avoir influencé les résultats. La méthode de recrutement, s'appuyant sur les réseaux sociaux et les contacts directs, pourrait introduire un biais de sélection. De plus, les données, basées sur des perceptions et intentions auto-déclarées, peuvent ne pas fidèlement prédire les comportements futurs. L'absence de données pré-réformes restreint notre capacité à mesurer l'impact direct des changements législatifs.

En résumé, malgré ces limites méthodologiques, notre recherche contribue à une meilleure compréhension des effets des réformes législatives sur les décisions de carrière des internes en médecine générale du Grand Est, posant les bases pour de futurs travaux sur les conséquences à long terme de ces réformes.

III-3. Comparaison avec la littérature

La littérature concernant les souhaits d'exercice des internes de médecine générale et leur avis concernant les politiques est rare, voire inexistante. Il existe cependant quelques études de littérature grise.

L'aspiration de 36,9 % des internes de médecine générale du Grand Est à envisager une carrière à l'étranger marque une diminution significative par rapport à l'estimation précédente de 50 % rapportée par l'ANEMF en 2022(36). Cette évolution peut refléter un changement dans la perception des opportunités professionnelles ou dans les conditions d'exercice en France par rapport à l'étranger.

En ce qui concerne le mode d'exercice souhaité, 59,78 % des internes du Grand Est privilégieraient le libéral, 32,07 % opteraient pour un exercice mixte, et seulement 8,15 % préfèreraient le salariat. Ces proportions sont remarquablement alignées sur les statistiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins de 2023, qui indiquaient que 58,7 % des médecins généralistes étaient libéral exclusif, 30,3 % ont un exercice mixte, et 11,0 % avaient un statut salarié(38). Toutefois, une enquête de 2019(33) sur 15 319 répondants avait mis en lumière une préférence plus marquée pour l'exercice libéral avec 72 % des internes et jeunes remplaçants envisageant ce mode d'exercice. Le rôle de maître de stage universitaire intéresse 48 % des internes du Grand Est, un chiffre à mettre en perspective avec les 71,4 % d'intérêt exprimé dans une enquête de l'ISNAR(34) il y a 13 ans. Cette variation souligne l'évolution des attentes et questionne au regard de la nécessité de recruter davantage de maîtres de stage pour encadrer les internes lors de la quatrième année de médecine générale.

Par ailleurs, l'ajout de la quatrième année du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en Médecine Générale, spécifiquement axée sur des stages en milieu ambulatoire, n'est pas en mesure d'améliorer la formation pour une large majorité d'internes du Grand Est (66,3 %). Cette tendance reflète une continuité de la réticence observée en 2013, où déjà 55 % manifestaient leur opposition dans une enquête réalisée par l'ISNAR(34). Cette opposition persistante suggère une préoccupation profonde quant à l'ajout de cette année supplémentaire. Il est intéressant de noter que cette perception pourrait varier notablement d'une région à l'autre au sein de l'Hexagone. Une étude menée en 2021 révèle qu'en Île-de-France(39), le taux de réticence parmi les internes de médecine générale s'élève à 43 %, signalant une disparité régionale dans l'accueil de cette réforme éducative.
En effet, selon cette étude de l'ANEMF sur la perte d'attractivité de la médecine générale(36), l'introduction d'une quatrième année au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) a entraîné des fluctuations significatives dans l'intérêt des étudiants pour cette spécialité. Avant l'annonce de cette réforme, 31,3 % des étudiants exprimaient des doutes quant à leur choix de la médecine générale comme spécialité de premier choix. Après l'annonce, ce taux a augmenté à 50,4 %,

indiquant une augmentation notable de l'incertitude parmi les étudiants à l'égard de cette spécialité.

Enfin, 55,3 % des internes envisagent un exercice médical différent de la médecine générale (médecine du sommeil, échographie, expertise judiciaire, etc.). Comparativement, une étude de 2022 dans le Haut de France(40) révélait que 31,3 % des internes s'orientaient vers une formation complémentaire, soulignant une tendance à la spécialisation ou à la diversification des compétences chez les internes en médecine générale.

Cette analyse comparée révèle l'évolution des aspirations professionnelles des internes en médecine générale, mettant en évidence l'influence des réformes législatives et éducatives. Elle témoigne également de la nécessité d'adapter continuellement les structures de formation et les modalités d'exercice professionnel pour répondre à ces changements.

III-4. Impact sur la recherche et la pratique

Les résultats de cette étude mettent en lumière les conséquences considérables des récentes réformes législatives sur les orientations et les perspectives d'exercice des internes de médecine générale du Grand Est. Ces réformes modifient les conditions d'exercice, la rémunération, et les parcours de formation des futurs médecins généralistes. Elles requièrent une attention particulière des décideurs politiques, des formateurs, et des professionnels de la santé eux-mêmes pour adapter les stratégies d'engagement et de rétention des internes dans les zones où ils sont le plus nécessaires.

III-4-1. Impact sur les choix de carrière et l'exercice professionnel

L'introduction d'une quatrième année de formation spécialisée et les ajustements législatifs impactent significativement les décisions de carrière des internes, comme le montre la variation des intentions d'exercice à l'étranger et la préférence pour les pratiques libérales. Ces constatations appellent à une réflexion approfondie sur la manière dont les réformes peuvent être optimisées pour soutenir non seulement l'excellence de la formation médicale mais aussi pour répondre aux attentes professionnelles et personnelles des internes.

III-4-2. Stratégies pour améliorer l'attractivité de la médecine générale

Il est impératif de développer des stratégies visant à renforcer l'attractivité de la médecine générale. Cela pourrait inclure une amélioration de la communication autour des aides à l'installation, surtout dans les zones sous-dotées, ainsi que la mise en place de mesures incitatives spécifiques pour encourager l'exercice en milieu semi-rural ou en secteur 1. En outre, la formation sur la gestion des soins en collaboration avec des professionnels de santé comme les infirmières de pratique avancée devrait être renforcée pour favoriser une approche plus intégrative et efficace des soins primaires. En effet, l'étude montre que très peu d'internes du Grand Est sont enclins à travailler avec les IPA (76,63%).

III-4-3. Perspectives et recherche

Les résultats de l'étude indiquent un besoin urgent d'évaluer l'impact à long terme des réformes législatives sur les aspirations et les choix de carrière des internes. Des études longitudinales permettraient de suivre l'évolution des perceptions et des intentions d'exercice au fil du temps, offrant ainsi des données précieuses pour ajuster les politiques de formation et d'exercice en conséquence. De plus, une exploration plus approfondie des variations régionales dans l'accueil et l'impact des réformes pourrait contribuer à une mise en œuvre plus ciblée et adaptée aux besoins spécifiques de chaque région.

En conclusion, cette étude a évalué les conséquences des récentes réformes sanitaires, notamment la Loi Rist, le nouveau tarif de la consultation du généraliste et la proposition de Loi Valletoux, sur les perspectives d'exercice des internes en médecine générale dans le Grand Est. Elle révèle que 27,5 % des internes ont vu leurs perspectives d'exercice impactées par les modifications législatives et tarifaires, avec 36,9 % des internes envisageant une carrière à l'étranger. Leur méconnaissance des lois (42,39 % pour la Loi Rist et 68,48 % pour la Loi Valletoux) souligne le besoin d'intégrer une formation dédiée aux évolutions législatives dans le cursus de l'internat.
Ces résultats suggèrent la nécessité d'ajuster les politiques de santé pour aligner les incitations avec les aspirations professionnelles des internes, en renforçant l'attractivité de la médecine générale ; notamment dans les zones sous-dotées.

TROISIÈME PARTIE

I. PRÉSENTATION DE L'ARTICLE ET DE SES RÉSULTATS

Cette étude a exploré l'impact des réformes législatives de 2023 sur les perspectives d'exercice des internes en médecine générale du Grand Est. Les résultats révèlent une modification significative des choix professionnels de ces futurs médecins, soulignant l'influence substantielle de ces réformes sur la profession.

Parmi les internes informés des réformes, 27,5 % ont indiqué un changement dans leurs perspectives d'exercice. Ce chiffre est révélateur de l'impact majeur des politiques de santé sur la planification des carrières médicales. De manière surprenante, 55 % des internes envisagent une orientation vers des spécialités périphériques à la médecine générale, telles que la médecine du sommeil, l'expertise judiciaire ou encore la médecine esthétique. Cela suggère une quête de diversification dans les parcours professionnels, bien que 84 % d'entre eux envisagent de concilier ces spécialités avec la pratique générale.

Une réticence notable à travailler avec des Infirmières de Pratique Avancée (IPA) a été observée, avec 76 % des internes exprimant une préférence pour ne pas intégrer ce modèle collaboratif dans leur pratique. Cette réticence peut refléter des préoccupations quant à l'évolution des rôles et des responsabilités au sein de l'équipe soignante.

Concernant les préférences en matière de secteur d'exercice, une majorité (75 %) préfère le secteur 1, révélant une inclination pour un modèle de pratique régulé en termes de tarification. Toutefois, un groupe non négligeable envisage des options tarifaires alternatives (secteurs 2 et 3), indiquant une diversité dans les aspirations économiques des internes.

L'expatriation médicale est une considération pour 36 % des internes, ce qui pourrait refléter soit une réponse aux défis professionnels locaux, soit une aspiration à des expériences internationales enrichissantes.

Quant à l'opinion sur l'ajout d'une quatrième année au DES, 34 % des internes estiment que cela améliorerait leur formation, tandis que la majorité (66 %) ne partage pas cette opinion.

Cette division reflète un débat en cours sur l'efficacité de la prolongation de la formation en médecine générale.

Enfin, la méconnaissance et la réticence vis-à-vis de l'intégration dans les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) sont notables, avec 39 % des internes ne connaissant pas les CPTS et 36 % n'envisageant pas de les intégrer. Cette donnée souligne le besoin de sensibilisation et d'information accrues sur les structures collaboratives en santé.

Ces résultats fournissent des éclairages cruciaux sur les perspectives des futurs médecins généralistes dans un paysage en mutation rapide, et soulignent l'importance de considérer leurs opinions et préférences dans la mise en œuvre des politiques de santé.

II. DISCUSSION

II-1. Analyse des réformes sous l'angle de la Médecine Générale

II-1-1. Impact de l'élargissement des compétences paramédicales sur le rôle du médecin généraliste

La loi Rist a marqué un tournant historique, élargissant de manière significative les compétences des professions paramédicales telles que les infirmières en pratique avancée, les kinésithérapeutes et les orthophonistes. Cette évolution législative, bien qu'importante pour l'accessibilité et la réactivité des soins, interpelle directement l'essence même du rôle traditionnellement dévolu au médecin généraliste. Gardien de l'accès aux soins, ce dernier se trouve désormais au cœur d'une révolution professionnelle, aux frontières redéfinies entre les différents acteurs de santé.

Cette mutation, loin d'être anodine, a suscité un écho varié au sein de la communauté médicale. Cette thèse(41), met en lumière les divergences d'opinion parmi les médecins généralistes concernant la collaboration avec les Infirmiers en Pratique Avancée (IPA). De nombreux médecins expriment des réticences à déléguer des tâches, soulignant la complexité de la médecine générale qui ne se prête pas facilement à cette délégation. Comme expliqué dans ces 2 articles de journaux(42,43), certains médecins se posent également la question de leur responsabilité face à une potentielle erreur médicale de prescription d'une IPA. La collaboration

envisagée requiert une compréhension claire des rôles et une organisation efficace pour établir la confiance professionnelle, favorisant une coopération égalitaire plutôt qu'une hiérarchie dominée par le médecin. Cependant, des divergences persistent sur la mise en place et l'étendue de la délégation, notamment pour des actes sensibles tels que les renouvellement d'ordonnance. Ces divergences traduisent les inquiétudes des médecins face aux répercussions de ces changements organisationnels et le rôle des IPA, exacerbées par un manque d'expérience avec cette pratique.
Selon ces articles de « What's Up Doc » (44,45), les médecins généralistes appréhendent notamment une médecine potentiellement moins personnalisée et plus fragmentée, avec une réduction de leur rôle dans certaines tâches de soins primaires. Cette évolution pourrait entraîner une perte de sens du métier et affecter le lien médecin-patient.

D'un autre côté, les infirmières de pratique avancée craignent de ne pas être acceptée par les médecins, d'être dépendante d'eux et de manquer d'autonomie(46). Une thèse spécifique(47) explore les obstacles et les facilitateurs à l'intégration d'une IPA dans une équipe médicale. Elle révèle que les facteurs clés pour l'implantation de la pratique avancée infirmière incluent une communication efficace sur le rôle de l'IPA et un soutien administratif institutionnel, y compris des ressources matérielles et un soutien managérial. La formation universitaire de niveau Master des IPA est essentielle pour leur légitimité.

En contrepoint, une étude(48) révèle qu'une majorité des internes en médecine générale est favorable à l'accès direct à la kinésithérapie et aux protocoles de coopération, montrant une ouverture à l'intégration de ces pratiques dans leur exercice futur.

La question n'est plus de savoir si le rôle du généraliste doit évoluer, mais comment harmoniser cette évolution avec la garantie d'une prise en charge continue et intégrée du patient. L'enjeu réside dans la capacité à articuler les nouvelles compétences au sein d'un système de santé où le médecin généraliste continue de jouer un rôle pivot. Comment préserver cette indispensable continuité des soins face à une diversification des points d'entrée dans le parcours de santé ? Comment assurer que l'élargissement des compétences paramédicales enrichisse le système de soins sans en altérer la cohérence ?

Le ministère de la santé et des solidarités a confié en 2021 à l'Inspection Générale des affaires sociales une mission de rapport portant sur les dispositifs de partage de compétences entre professionnels de santé, notamment l'ouverture de la pratique avancée aux infirmiers spécialisés

et la possibilité de créer une profession de santé intermédiaire(49). Il apparait dans ce rapport que face à ces interrogations, la collaboration interprofessionnelle émerge comme le pilier d'un nouvel écosystème de soins. Plus qu'une nécessité, elle devient le creuset où se forgent les contours d'une médecine de demain, inclusive et résolument tournée vers le patient. Dans cette dynamique, les protocoles de coordination et la communication interprofessionnelle se révèlent être les clés d'une intégration réussie, où chaque professionnel, fort de son expertise, contribue à une vision globale de la santé.

La transformation du paysage sanitaire, impulsée par l'élargissement des compétences paramédicales, est donc une invitation à redéfinir le rôle du médecin généraliste. Non pas une menace pour son identité, mais une opportunité d'affirmer son rôle d'orchestrateur dans une équipe soignante élargie. Dans ce réajustement, le médecin généraliste conserve sa place centrale, non plus seulement en tant que praticien, mais en tant que pilier d'un système de soins collaboratif, adapté aux défis de notre époque.

Il s'agit donc d'un moment charnière pour la médecine générale, un appel à réinventer sa pratique dans le respect des valeurs qui en ont toujours constitué le socle : la proximité, la compréhension globale du patient et un engagement inébranlable en faveur d'une santé accessible et de qualité pour tous. Dans cette aventure, le médecin généraliste n'est pas un acteur isolé, mais le cœur vibrant d'un réseau de soins en pleine expansion, prêt à relever les défis de demain.

II-1-2. Implication de la proposition de loi Valletoux pour l'accès aux soins et la répartition territoriale des médecins

La loi Valletoux a été promulgué le 27 décembre 2023. Dans le contexte actuel marqué par des difficultés d'accès aux soins et une répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire français, la loi (PPL) portée par Frédéric Valletoux émerge comme une initiative législative majeure. Cette réforme, axée sur l'engagement territorial des professionnels de santé, propose des mesures concrètes visant à améliorer de manière significative l'accès aux soins pour tous les citoyens. À travers une série de dix axes clés, Frédéric Valletoux, ancien président de la Fédération hospitalière de France, s'attaque aux enjeux complexes de la permanence des soins, de l'intégration au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), et de la régulation de l'intérim médical en début de carrière.

La loi Valletoux vise à renforcer les CPTS pour une meilleure coopération santé locale et simplifier l'organisation des soins, tout en rendant l'adhésion obligatoire pour contrer la suradministration. Elle introduit des mesures pour améliorer l'accès aux soins, notamment en engageant les étudiants en médecine dès leur deuxième année via un contrat territorial et en limitant l'intérim médical au début de leur carrière. Ces initiatives cherchent à mieux intégrer les jeunes médecins localement et à assurer la pérennité du système de santé.

Dans cet entretien publié dans les Tribunes de la Santé(50), Frédéric Valletoux, explique que « les médecins ne peuvent être dans le refus de tout ». Selon lui, cette loi n'est pas destinée à réduire la bureaucratie ou à reconnaître financièrement les actes médicaux, mais à accorder confiance aux professionnels de santé pour qu'ils répondent aux défis de l'accès aux soins sans imposer de contraintes supplémentaires, en espérant qu'ils reconnaissent la gravité de la crise de l'accès aux soins et acceptent de s'adapter.

La proposition de loi Valletoux a suscité une grève illimitée des médecins libéraux en octobre, principalement due à l'obligation d'adhérer aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et de participer à la permanence des soins, ce qu'ils percevaient comme une atteinte à leurs libertés professionnelles(51). Face à la contestation, le Sénat a amendé la loi en supprimant ces obligations, décision finalement validée par la commission mixte paritaire, apaisant ainsi les tensions avec le corps médical. Malgré ces suppressions, la loi comporte encore des mesures importantes telles que l'interdiction de l'intérim en début de carrière pour certaines professions de santé et l'ouverture du contrat d'engagement de service public dès la deuxième année d'études de médecine. Frédéric Valletoux s'est félicité de cet accord, qui propose des solutions concrètes pour l'organisation de la permanence des soins et facilite l'accès aux soins, avec une dernière discussion prévue à l'Assemblée nationale le 18 décembre avant son adoption définitive.

La loi Valletoux, vise à améliorer l'accès aux soins en France en engageant les professionnels de santé à travers des mesures obligatoires pour une meilleure coopération locale, tout en faisant face à des contestations qui ont mené à l'assouplissement de certaines de ses dispositions initiales.

II-1-3. Revalorisation tarifaire des médecins généralistes : enjeux financiers

En novembre 2023, le tarif de la consultation de médecine générale est passée de 25 à 26,5 euros(52). Février 2024, l'Assurance maladie a proposé de revaloriser le tarif des consultations chez les médecins généralistes de 26,50 euros à 30 euros représente un développement notable dans le secteur de la santé en France. Cette initiative, annoncée dans le cadre de l'ouverture des négociations conventionnelles avec les syndicats de médecins libéraux, est une réponse directe aux demandes persistantes de ces derniers pour une amélioration de leur rémunération, reflet de la reconnaissance de leur rôle essentiel au sein du système de santé. L'augmentation proposée, significative de près de 13%, est perçue comme un geste fort des pouvoirs publics envers la médecine libérale, en particulier dans un contexte où la gestion des dépenses publiques devient de plus en plus rigoureuse(53).
Toutefois, cette mesure d'augmentation entraîne une dépense supplémentaire estimée à environ 700 millions d'euros pour l'État, un montant non négligeable qui s'inscrit dans un contexte économique contraint. Avec les généralistes réalisant environ 200 millions de consultations par an, le coût total pour l'Assurance maladie passerait de 5,3 milliards à 6 milliards d'euros(53). Cette situation souligne le malaise profond ressenti par les professionnels de santé et la nécessité de revaloriser le tarif des consultations, jugé insuffisant jusqu'à présent. La proposition s'insère ainsi dans une tendance générale d'augmentation des frais de santé, affectant tant les hôpitaux que les mutuelles, et mettant en évidence la complexité de gérer efficacement le budget de la santé publique.

En contrepartie de cette hausse tarifaire, l'Assurance maladie pose des conditions visant à améliorer l'accès aux soins et la gestion de la permanence des soins. Ces conditions incluent, entre autres, l'introduction d'un nouveau forfait médecin traitant incorporant une dimension de santé publique, ainsi que des efforts pour faciliter la recherche d'un médecin traitant et le recours à la médecine spécialisée. Ces exigences, bien qu'elles visent à améliorer la qualité des soins et l'accès pour tous, sont reçues avec scepticisme par certains syndicats de médecins qui préfèreraient une revalorisation immédiate et sans conditions supplémentaires.

Cette proposition et les conditions associées soulèvent des questions sur l'attractivité de la profession médicale, particulièrement pour les nouvelles générations de médecins qui doivent naviguer entre la nécessité d'une rémunération équitable et les contraintes et responsabilités croissantes liées à l'exercice de leur profession. La réussite des négociations et l'acceptation de ces conditions par les syndicats seront cruciales pour déterminer si cette augmentation tarifaire

pourra effectivement contribuer à améliorer la situation des médecins généralistes et, par extension, l'accès aux soins pour la population française. La complexité de ces discussions reflète les défis inhérents à l'équilibrage entre la reconnaissance du travail des médecins, la gestion des finances publiques et l'objectif ultime d'améliorer la santé de la population(54).

En février 2024, l'Assurance maladie propose de revaloriser les tarifs des consultations chez les médecins généralistes de 26,50 à 30 euros, une hausse de 13% visant à répondre aux revendications de meilleure rémunération des médecins, tout en imposant des conditions pour optimiser l'accès aux soins et la gestion du système de santé, dans un contexte de contraintes budgétaires accrues

II-1-4. Portée de la 4e année du DES de Médecine Générale

Les réformes influencent également l'attractivité de la médecine générale en tant que choix de spécialité. L'ajout d'une année supplémentaire de formation et les modifications du rôle des médecins dans le système de soins de santé pourraient dissuader certains étudiants d'embrasser cette spécialité. L'anxiété et l'incertitude suscitées par ces changements pourraient avoir des répercussions à long terme sur le choix de la spécialité de médecine général et la disponibilité des médecins généralistes, particulièrement dans les zones sous-desservies. En effet, on note un recul du choix de la spécialité de médecine générale en 2023, probablement dû à l'ajout de la 4e année(55).

Ainsi, l'ajout d'une année au DES de médecine générale, affectent l'attractivité de la spécialité, avec des implications pour la disponibilité future des médecins généralistes.

II-2. Potentiels des réformes à réduire les déserts médicaux et à améliorer l'accès aux soins

La pénurie de médecins est un défi mondial, et de nombreux pays ont historiquement adopté diverses stratégies dont les leçons pourraient éclairer l'évaluation des réformes actuelles en France visant à améliorer l'accès aux soins médicaux.

Par exemple, les réformes visant à pallier les inégalités d'accès aux soins médicaux, notamment dans les régions sous-dotées, se fondent souvent sur l'implémentation de mesures incitatives financières. Selon des rapports de la DRESS(11) et de l'OCDE(56), ces incitations, incluant des tarifs revalorisés et diverses primes, sont fréquemment utilisées en Europe. Cependant, une

publication(57) révèle que l'efficacité de ces mesures, lorsqu'employées isolément, reste limitée en termes d'attraction et de rétention des médecins généralistes . Une revue systématique de la littérature(58) suggère que le régime de capitation pourrait avoir un impact positif sur une distribution plus équitable des généralistes, comme cela a été observé en Grèce et en Angleterre tandis que les primes financières n'augmentent pas le nombre de médecins généralistes dans les zones sous dotées. Ainsi l'augmentation du tarif de la consultation du médecin généraliste en France semble être une mesure essentielle mais non suffisante pour garantir l'offre de soins.

Deux études réalisées en Allemagne(59,60) mettent en lumière la propension des médecins ruraux à déléguer certaines tâches à des professionnels paramédicaux, contrairement aux médecins de ville. Cette délégation se traduit par une réduction significative du temps consacré à la gestion administrative, permettant ainsi aux généralistes de se concentrer davantage sur les soins cliniques. En effet, la mise en œuvre de projets de délégation de tâches a permis de sauvegarder environ 360 heures de travail annuelles par médecin généraliste, ce qui a contribué à augmenter le nombre de patients pris en charge.
En France, une étude longitudinale(61) a examiné l'effet de la « taille du cabinet » sur le maintien des médecins généralistes dans les zones rurales entre 2004 et 2012. Il a été constaté que les zones avec des équipes de soins primaires (comprenant plusieurs praticiens) cofinancées par l'État présentaient une densité de médecins plus élevée de 3,5 généralistes pour 100 000 habitants par rapport aux zones sans soutien gouvernemental.
Ainsi, selon ces études, la délégation des taches initialement réservées aux médecins vers d'autres professionnels de santé pourraient offrir du temps aux médecins et augmenter le nombre de patients à leur charge améliorant potentiellement l'offre de soins.

Deux revues systématiques de la littératures(58,62) indiquent que les programmes d'aide financière destinés aux étudiants en médecine, qui s'engagent à servir dans des zones de faible densité médicale, favorisent l'installation de médecins dans ces régions sur le court terme. Cependant, même si les médecins ne restent pas toujours dans les zones d'origine de leur engagement, l'effet à long terme sur l'augmentation de l'offre médicale reste incertain.

Les recherches, notamment celle de Farmer et al.(63), montrent un effet graduel positif de l'exposition accrue à la pratique rurale pendant les études médicales sur la probabilité d'exercer plus tard dans ces milieux. Depuis le milieu des années 1990, l'Australie a développé une stratégie nationale pour améliorer l'accès aux soins en milieu rural, centrée sur un investissement substantiel dans la formation médicale. Cette stratégie comprend la

délocalisation de segments significatifs de la formation clinique vers des hôpitaux ruraux et l'établissement de cursus spécialisés en médecine rurale. Un exemple notable est celui de la Flinders University en Australie du Sud, où les étudiants réalisent presque toute leur formation clinique au sein de communautés rurales(64).

L'Australian College of Rural and Remote Medicine, créé en 1996, et la nouvelle école de médecine à la James Cook University, inaugurée en 2000, sont des initiatives qui ont renforcé cette orientation. Les premières évaluations de ces écoles montrent que 65% des diplômés travaillent hors des grandes métropoles, souvent dans des zones rurales ou isolées(65). Ces résultats, bien que prometteurs, ne permettent pas encore de conclure définitivement sur l'efficacité de long terme de ces mesures.

En faisant le parallèle avec la France, la 4^{e} année de Médecine Générale, pourrait alors favoriser l'installation dans les zones sous denses si les internes effectuent leur stage dans ces zones.

Malgré des décennies d'initiatives incitatives, de nombreux pays luttent toujours pour fournir un accès équitable aux soins, surtout dans de vastes zones peu peuplées, en raison des inégalités territoriales ancrées dans les systèmes de santé. En France, des réformes récentes ont le potentiel d'améliorer cet accès et de réduire les déserts médicaux. Toutefois, une diversification de l'origine géographique et sociale des étudiants en médecine est essentielle, car les obstacles tels que l'éloignement des universités et le coût des études restreignent la participation de ceux des zones défavorisées (plus susceptibles de retourner y travailler).

II-3. Prospectives et Recommandations

L'Académie nationale de médecine a qualifié l'urgence des déserts médicaux en France de "tragédie" dans un rapport de 2023(37), soulignant la nécessité d'en faire une priorité nationale. Face à une offre de soins diminuée et une demande explosive, elle propose des solutions concrètes telles que :

- **Instauration d'un service médical citoyen** : Proposition d'un engagement d'un an pour les médecins nouvellement diplômés, organisé en collaboration entre différentes institutions et offrant une expérience enrichissante dans les zones sous-denses. Ce service serait accompagné de conditions salariales alignées sur celles des praticiens hospitaliers et bénéficierait du soutien logistique des collectivités locales.

- **Cumul emploi-retraite** : Encouragement pour les médecins récemment retraités à continuer de travailler, avec des incitations financières, telles que la génération de droits supplémentaires grâce à leurs cotisations.
- **Exercice multisite** : Promotion de l'exercice médical sur plusieurs sites, y compris dans les zones sous-denses, facilité par le soutien des collectivités locales. Cela inclut également un appui à la télémédecine, adapté aux besoins territoriaux et cliniques.
- **Sensibilisation de la population** : Information sur le bon usage des soins, l'importance du respect des rendez-vous médicaux et la valorisation du système de santé.
- **Optimisation du temps médical** : Réduction du temps administratif par la simplification des réglementations et le recrutement d'assistants médicaux, ainsi que la promotion de la délégation des tâches à d'autres professionnels de santé (infirmiers en pratique avancée, maïeuticiens, pharmaciens).
- **Soutien à l'installation dans les zones sous-denses** : Mise en place d'incitations financières pour la primo-installation, la majoration des honoraires, ou la défiscalisation des honoraires perçus dans ces zones.
- **Renforcement des liens avec l'hôpital** : Amélioration de l'intégration des hôpitaux de proximité et des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) dans le parcours de soins, en favorisant la modernisation des établissements et la participation des médecins à leur gouvernance.
- **Action sur le numerus apertus** : Augmentation significative du nombre de places en études de médecine, en l'adaptant aux besoins réels des territoires et des spécialités sous-dotées, avec un focus particulier sur le développement des stages en zones sous-denses dès le deuxième cycle des études médicales.
- **Diversification de l'origine des étudiants en médecine :** Encouragement de l'accès aux études médicales pour les étudiants issus de milieux ruraux ou de régions sous-denses, afin de favoriser leur installation future dans ces zones.

En 2023, l'Académie nationale de médecine a déclaré l'urgence des déserts médicaux en France comme une "tragédie" et a proposé des mesures prioritaires telles que l'instauration d'un service médical citoyen pour les nouveaux médecins, des incitations pour le cumul emploi-retraite, et le soutien à la télémédecine et à l'exercice multisite, visant à améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses.

III. PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE

Cette étude offre des perspectives novatrices sur les implications des réformes législatives de 2023 pour les internes de médecine générale dans le Grand Est, éclairant ainsi les futurs contours de la profession médicale dans cette région. Ce travail préliminaire ouvre la voie à des investigations plus approfondies qui pourraient évaluer les conséquences réelles et à long terme de ces changements législatifs sur l'exercice des médecins généralistes. Il s'agit d'une base sur laquelle de futures recherches pourront se construire pour analyser de manière plus exhaustive les conséquences des réformes et leur acceptation par les nouveaux médecins. Les développements futurs envisageables sont les suivants :

Études longitudinales	Des études longitudinales sont nécessaires pour suivre les internes actuels au fur et à mesure qu'ils deviennent des praticiens autonomes. Cela aiderait à comprendre si les intentions exprimées pendant les années de formation se concrétisent en choix professionnels réels et stables, et comment ces choix évoluent avec l'expérience clinique et les conditions du marché de la santé.
Comparaisons régionales et nationales	Élargir la recherche pour inclure d'autres régions de France permettrait de comparer si les tendances observées dans le Grand Est sont similaires ou divergentes par rapport à d'autres contextes régionaux. Ceci est essentiel pour les décideurs politiques afin de concevoir des interventions ciblées et efficaces à l'échelle nationale.
Analyse des réformes spécifiques	Une analyse détaillée de l'impact spécifique de différentes réformes, telles que l'élargissement des compétences paramédicales ou les modifications législatives autour de la permanence des soins, pourrait préciser quelles réformes portent leurs fruits et lesquelles nécessitent
Impact sur la satisfaction et la qualité des soins	En plus de l'analyse des choix de carrière, il serait pertinent d'examiner comment ces choix influencent la satisfaction professionnelle des médecins et la qualité des soins délivrés aux patients. Cela inclut l'évaluation de la collaboration interprofessionnelle et de son effet sur les résultats de santé.
Barrières et facilitateurs à l'intégration des réformes	Identifier les barrières et les facilitateurs à l'acceptation et à l'intégration des réformes parmi les internes de médecine générale pourrait aider à optimiser les stratégies de mise en œuvre des politiques de santé publique.

Modélisation des impacts économiques	Évaluer les conséquences économiques des réformes pour le système de santé publique et pour les praticiens individuellement. Cela comprendrait une analyse coût-bénéfice des différentes mesures réformatrices, envisageant non seulement les coûts directs mais aussi les économies potentielles liées à une meilleure répartition des ressources médicales.

IV. CONCLUSION FINALE

En conclusion, cette étude a examiné les **conséquences des réformes législatives de 2023** — principalement la Loi Rist, la Loi Valletoux, et l'ajustement tarifaire des consultations à 26,5 euros — sur les perspectives d'exercice des internes en médecine générale dans le Grand Est.

Elle révèle que **plus d'un quart des internes en médecine générale du Grand Est ont modifié leurs perspectives d'exercice à la suite de ces réformes**. Par ailleurs **plus d'un interne sur trois** (**36,9 %) considèrent une expatriation à l'étranger**. Les internes qui ont changé de perspectives d'exercice à la suite des réformes envisagent significativement une expatriation contrairement à ceux qui n'ont pas changé de perspectives d'exercice à la suite de ces réformes.

Ces résultats interpellent profondément, particulièrement à un moment où le gouvernement français s'efforce à combler les déserts médicaux en augmentant le nombre de médecins formés. Si une proportion significative de ces futurs praticiens envisage une carrière à l'étranger, cette stratégie risque non seulement de ne pas atteindre ses objectifs, mais également d'exacerber le problème d'accès aux soins médicaux sur le territoire national.

Cette situation soulève des questions sur l'efficacité des politiques actuelles et leur alignement avec les aspirations professionnelles des jeunes médecins.

Par ailleurs, l'étude souligne **une méconnaissance notable des réformes parmi les internes** (42,39 % pour la Loi Rist et 68,48 % pour la Loi Valletoux), **suggérant la nécessité d'introduire une formation spécifique au sein du cursus de l'internat dédié à mieux appréhender ces évolutions du cadre légal.**

Enfin, **deux tiers (66,3%) des internes en médecine générale du Grand Est interrogés estiment que l'ajout d'une quatrième année dans leur DES n'améliorera pas leur formation** (qu'il soit concerné directement ou non par cette réforme).

Les résultats de cette thèse apportent ainsi un éclairage important concernant les conséquences des réformes législatives. Elle met en relief les défis liés à l'adaptation des internes à cet exercice modifié de leur spécialité. De plus, elle illustre leur relative méconnaissance du nouveau cadre légal structurant leur pratique.

Les implications de ces résultats sont multiples, et ont le potentiel d'affecter à la fois les décideurs politiques et les institutions éducatives.

En termes de perspectives, il est impératif de poursuivre les recherches pour observer l'effet à long terme de ces réformes. Une étude longitudinale permettrait de déterminer si les intentions actuelles se traduisent en pratiques effectives, et d'explorer les conséquences de ces réformes sur la distribution des médecins dans les zones sous-dotées. **Une telle recherche aiderait à affiner les stratégies de mise en œuvre des réformes pour optimiser leur efficacité et leur acceptation par les nouvelles générations de médecins.**

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2000-Pour un système de santé plus performant [Internet]. 2000 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/fa4.pdf

2. Cusset PY. Protection sociale : le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ? La note d'analyse de France Stratégie. 2022;111(6):1-15.

3. Les déserts médicaux en question(s): [Internet]. Presses de l'EHESP; 2021 [cité 14 avr 2024]. Disponible sur: https://www.cairn.info/debats-sante-social-2021--9782810907595.htm

4. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie de transformation du système de santé [Internet]. 2018 [cité 9 sept 2023]. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2018/02/dossier_de_presse_strattransformationsystemesante_13022018.pdf

5. De Leersnyder A. Sciences et pandémies : quelle éthique pour demain ? In: Sciences et pandémies : quelle éthique pour demain ? [Internet]. Érès; 2023 [cité 14 avr 2024]. p. 337-40. Disponible sur: https://www.cairn.info/sciences-et-pandemies-quelle-ethique-pour-demain-2023--9782749278681-page-337.htm?ref=doi

6. Zeitoun JD, Ravaud P. L'intelligence artificielle et le métier de médecin: Les Tribunes de la santé. 23 août 2019;N° 60(2):31-5.

7. Chevillard G, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. « Déserts médicaux » en France : état des lieux et perspectives de recherches: L'Espace géographique. 18 déc 2018;Tome 47(4):362-80.

8. Rojouan B. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard [Internet]. 2022 [cité 12 févr 2024]. Report No.: 589. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-58912.html

9. Wonca europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille [Internet]. 2002. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/file/afaa93f5-dc46-4b0e-8546-71ebf368f41c/WONCA%20definition%20French%20version.pdf

10. Godard J. La médecine générale, la prévention et la santé publique: Santé Publique. 15 févr 2010;Vol. 21(6):613-4.

11. Polton D, Chaput H, Portela M (DRESS). Remécier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques, les leçons de la littérature internationale [Internet]. 2021 [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf

12. Rojouan B. Rapport d'information « renforcer l'accès territorial aux soins». 2022. Report No.: 589.

13. Ballance D, Kornegay D, Evans P. Factors That Influence Physicians to Practice in Rural Locations: A Review and Commentary. The Journal of Rural Health. juin 2009;25(3):276-81.

14. Chan BTB, Degani N, Crichton T, Pong RW, Rourke JT, Goertzen J, et al. Factors influencing family physicians to enter rural practice: does rural or urban background make a difference? Can Fam Physician. sept 2005;51(9):1246-7.

15. Dumontet M, Samson AL, Franc C. Comment les médecins choisissent-ils leur lieu d'exercice ?: Revue française d'économie. 9 mai 2017;Vol. XXXI(4):221-67.

16. Commissariat général à l'égalité des territoires. Etude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins [Internet]. 2015 [cité 4 mars 2024]. Disponible sur: https://www.aurbse.org/wp-content/uploads/2017/12/NUM2269_tyo9g4.pdf

17. Resnier P. Déterminants à l'installation des jeunes médecins dans les Mauges - Etude qualitative Dynamique et avenir d'une zone sous-dotée [Internet]. [Angers]: Angers; 2023 [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20093287/2023MCEM16191/fichier/16191F.pdf

18. Jedat V. État des lieux des actions favorisant l'installation des médecins généralistes en France métropolitaine. Santé Publique. 2022;34:231-41.

19. Esandi ME, Antonietti L, Ortiz Z, Cho M, Duré I, Reveiz L, et al. Factores e intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo para incrementar la atracción, captación y retención de recursos humanos en salud en el primer nivel de atención de áreas rurales, remotas o desatendidas. Revista Panamericana de Salud Pública. 16 sept 2020;44:1.

20. Arrêté du 17 octobre 1997 portant approbation de l'avenant no 1 à la Convention nationale des médecins généralistes - Avenant numéro 1 [Internet]. 1997. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000385647

21. Code de la sécurité sociale. Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024803740

22. Brissy S. Table-ronde 2 : Évolution des professions en santé: Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance - Maladie (JDSAM). 1 juill 2022;N° 33(3):21-7.

23. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé [Internet]. [cité 8 sept 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956

24. Patients en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant : un plan d'actions est lancé [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/actualites/patients-en-affection-de-longue-duree-ald-sans-medecin-traitant-un-plan-d-actions-est-lance#:~:text=Sous%20le%20double%20effet%20de,atteindre%20800%20000%20fin%202023.

25. Notat N. Segur de la santé -Recommandations [Internet]. 2020 [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_mission_notat_-_segur_de_la_sante.pdf

26. LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par

l'engagement territorial des professionnels [Internet]. LOI n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048678304

27. Cofard J. La consultation est passée à 26,50 euros, mais les médecins attendent plus. nov 2023; Disponible sur: https://francais.medscape.com/voirarticle/3610722?form=fpf

28. Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale [Internet]. 2023 [cité 2 oct 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047949048

29. Pr PHAM BN, Renker M, Pr Saint-Lary O, Pr Oustric S. RAPPORT- Ajout d'une quatrième année au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale [Internet]. 2023. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ajout_d_une_4eme_annee_au_des_de_medecine_generale.pdf

30. PRS 2018-2028, Schéma régional de santé 2023-2028 [Internet]. 2023 [cité 1 déc 2023]. Disponible sur: https://www.Grand Est.ars.sante.fr/media/115986/download?inline#page14

31. Lannelongue C. Construisons ensemble la santé de demain - Projet régional de santé 2018-2028 [Internet]. 2018 [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: https://www.Grand Est.ars.sante.fr/media/50135/download?inline#page14

32. Cayré V. PRS 2018-2028 : Schéma régional de santé 2023-2028 [Internet]. 2023 [cité 14 sept 2023]. Disponible sur: https://www.Grand Est.ars.sante.fr/media/115986/download?inline#page14

33. Comission Jeunes Médecins. Enquête sur les déterminants de l'installation chez les internes, les remplaçants exclusifs et les installés [Internet]. 2019 [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Dossier-de-presse-Enqu%C3%AAte-d%C3%A9terminants-installation-CNOM-CJM-1.pdf

34. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur la formation des internes de Médecine Générale [Internet]. 20214 [cité 2 févr 2024]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf

35. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques [Internet]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76_0.pdf

36. ANEMF. État des lieux : attractivité de la médecine générale, de l'exercice en France Et impact sur le bien-être étudiant [Internet]. 2022. Disponible sur: http://anemf.org/wp-content/uploads/2022/11/DP-ANEMF-Attractivite-de-la-medecine-generale-de-lexercice-en-France-et-impact-sur-le-bien-etre-etudiant-2022.pdf

37. Queneau P, Ourabah R. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux », en France Etats des lieux et propositions concrètes [Internet]. 2023 [cité 20 mars 2024]. Disponible sur: https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/04/Rapport-Deserts-medicaux-2023-04-21.pdf

38. CNOM Data. Démogrpahie médicale : Situation 1er janvier 2023 [Internet]. 2023 [cité 3

févr 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_presentation_atlas_2023.pdf

39. Gaillet-Lagrange A, Mian Z. Enquête Enseignement - 3e cycle de médecine générale en Île de France [Internet]. 2021 [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: https://www.srp-img.com/wp-content/uploads/2021/12/Resultats-de-lenquete-enseignement-de-la-medecine-generale-3e-cycle-en-IDF.pdf.pdf

40. Gehin S. Avis des internes de médecine générale des Hauts de France au sujet de l'utilisation de l'échoscopie, ainsi que sur la mise en place d'une formation durant leurs études [Internet]. Université de Picardie; 2023 [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03988975/document

41. Le Cann A. Collaboration médecin généraliste et infirmier en pratique avancée : les enjeux et les attentes d'une nouvelle forme de coopération interprofessionnelle en soins primaires. La vision des médecins [Internet]. Université de Montpellier; 2021. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474701

42. Gattuso C. L'élargissement des compétences des paramédicaux chamboulera-t-il leur responsabilité professionnelle ? Medscape [Internet]. 16 nov 2023; Disponible sur: https://francais.medscape.com/voirarticle/3610735#vp_2

43. Brunet M. Confier des tâches aux paramédicaux ? La proposition de loi qui divise infirmiers et médecins. 14 févr 2023;

44. Cousin A. Les généralistes commentent la loi Rist : « J'ai déjà fait de la médecine dans un dispensaire avec les infirmiers qui faisaient des consultations, c'était en Afrique il y a 30 ans. Whats' up Doc ? 15 févr 2023;

45. La rédac'. Certains généralistes voient l'essor des IPA comme une concurrence "low cost". What's up Doc [Internet]. 16 janv 2023; Disponible sur: https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/certains-generalistes-voient-lessor-des-ipa-comme-une-concurrence-low-cost

46. Aghnatios M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif: Santé Publique. 22 nov 2021;Vol. 33(4):547-58.

47. Schwingrouber J. Implantation et évaluation de la pratique avancée en France : comment accompagner les acteurs de santé dans leurs projets d'implantation et d'évaluation de la pratique avancée infirmière? 2021.

48. Wagemans R, Belliot A. Accès direct à la kinésithérapie en France : enquête d'opinion auprès des internes en médecine générale – une étude exploratoire. Kinésithérapie, la Revue. mai 2022;22(245):28-36.

49. Bohic N, Josselin A, Autume C. Trajectoires pour de nouveaux partages de compétences entre professionnels de santé. Confier des tâches aux paramédicaux ? La proposition de loi qui divise infirmiers et médecins. Report No.: 2021-051R.

50. Valletoux F, Jort M. « Les médecins libéraux ne peuvent pas toujours être dans le refus de tout »: Les Tribunes de la santé. 23 juin 2023;N° 76(2):99-104.

51. Cofard J. Loi Valletoux : les médecins ont gagné ! 8 déc 2023 [cité 12 déc 2023]; Disponible sur: https://francais.medscape.com/voirarticle/3610851?form=fpf#vp_2

52. Assurance Maladie. Tarifs des consultations médicales : ce qui change au 1er novembre [Internet]. 2023 [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/assure/actualites/tarifs-des-consultations-medicales-ce-qui-change-au-1er-novembre

53. Payet M. Vers une consultation chez le médecin à 30 euros. Le Point [Internet]. 8 févr 2024 [cité 18 févr 2024]; Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/vers-une-consultation-chez-le-medecin-a-30-euros-08-02-2024-2551925_40.php

54. Roques-Massarin M. « Plus personne ne va vouloir faire ce métier » : colère des syndicats de médecins face aux contreparties de la hausse des tarifs de consultation. 16 févr 2024 [cité 18 févr 2024]; Disponible sur: https://www.publicsenat.fr/actualites/sante/plus-personne-ne-va-vouloir-faire-ce-metier-colere-des-syndicats-de-medecins-face-aux-contreparties-de-la-hausse-des-tarifs-de-consultation

55. Jort M. On observe un recul du choix de la médecine générale aux ECN" : les internes reprennent le combat de la quatrième année. 15 sept 2023; Disponible sur: https://www.egora.fr/etudiants/internat/82246-on-observe-un-recul-du-choix-de-la-medecine-generale-aux-ecn-les-internes

56. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses [Internet]. 2014 avr [cité 11 avr 2024]. (OECD Health Working Papers; vol. 69). Report No.: 69. Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-imbalances-in-doctor-supply-and-policy-responses_5jz5sq5ls1wl-en

57. Ozegowski S. Effective policy mechanisms for an equitable geographical distribution of general practitioners: a qualitative comparative analysis of the accessibility of primary care in Europe. J Health Serv Res Policy. juill 2013;18(3):151-9.

58. Bes, Flinterman, GonzÃ¡lez, Batenburg. Recruitment and retention of general practitioners in European medical deserts: a systematic review. RRH [Internet]. 28 févr 2023 [cité 11 avr 2024]; Disponible sur: https://www.rrh.org.au/journal/article/7477

59. Van Den Berg N, Heymann R, Meinke C, Baumeister SE, Fleßa S, Hoffmann W. Effect of the delegation of GP-home visits on the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany. BMC Health Serv Res. déc 2012;12(1):355.

60. Dini L, Sarganas G, Heintze C, Braun V. Home Visit Delegation in Primary Care. Deutsches Ärzteblatt international [Internet]. 16 nov 2012 [cité 11 avr 2024]; Disponible sur: https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2012.0795

61. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Rican S. Has the diffusion of primary care teams in France improved attraction and retention of general practitioners in rural areas? Health Policy. mai 2019;123(5):508-15.

62. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. BMC Health Serv Res. déc 2009;9(1):86.

63. Farmer J, Kenny A, McKinstry C, Huysmans RD. A scoping review of the association between rural medical education and rural practice location. Hum Resour Health. déc

2015;13(1):27.

64. Strasser R, Neusy AJ. Context counts: training health workers in and for rural and remote areas. Bull World Health Organ. 1 oct 2010;88(10):777-82.

65. Sen Gupta T, Woolley T, Murray R, Hays R, McCloskey T. Positive impacts on rural and regional workforce from the first seven cohorts of James Cook University medical graduates. Rural Remote Health. 2014;14:2657.

ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE

I. CONCERNANT VOTRE SITUATION

I.1 **En quelle année avez-vous passé l'ECN/EDN ?**
*(Question à réponse **multiples**)*

- ❒ **2023**
- ❒ **2022**
- ❒ **2021**
- ❒ **2020**
- ❒ **Autre** (année antérieures, internes étrangers …)

Information : Dans l'hypothèse d'un redoublement de l'ECN/EDN, vous pouvez cocher deux cases

I.2 **En quelle année d'internat êtes-vous pour l'année scolaire 2023/2024 ?**
*(Question à réponse **unique**)*

- ❒ **1ère année** *(semestre 1 ou 2)*
- ❒ **2e année** *(semestre 3 ou 4)*
- ❒ **3e année** *(semestre 5 ou 6)*

II. CONCERNANT VOTRE EXERCICE FUTUR

II.1 **Dans quel lieu souhaiteriez-vous exercer ?**
*(Question à réponses **multiples**)*

- ❒ **Ville**
- ❒ **Milieu semi rural**
- ❒ **Milieu rural**

II.2 **Quel statut d'exercice envisagez-vous ?**
*(Question à réponse **unique**)*

- ❒ **Exercice salarial**
- ❒ **Exercice libéral**
- ❒ **Mixte**

II.3 **Quelles modalités d'exercice souhaitez-vous ?**
*(Question à réponses **multiples**)*

Envisagez-vous un exercice seul(e) en cabinet ou en association avec d'autres professionnels de santé (Maison de santé pluriprofessionnelle, Centre de santé, etc.)
❒ Seul ❒ En association

Envisagez-vous de travailler avec une infirmière de pratique avancée (IPA) **?**
❒ Oui ❒ Non

Envisagez-vous d'intégrer une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé ?
❒ Oui ❒ Non ❒ Qu'est-ce que c'est ?

Souhaitez-vous être maître de stage universitaire (MSU) **?**
❒ Oui ❒ Non

Quel secteur d'exercice souhaitez-vous choisir ?
❒ Secteur 1 ❒ Secteur 2 ❒ Secteur 3 (déconventionnement)

Envisagez-vous un exercice médical différent de la médecine générale ?
❒ Oui ❒ Non

***SI OUI**, envisagez-vous cet exercice de manière exclusive ou combinée à la médecine générale ?*
❒ *Exclusive* ❒ *Combinée*

Envisagez-vous à terme de changer de spécialité ?
❒ Oui ❒ Non

Envisagez-vous une réorientation professionnelle hors médecine ?
❒ Oui ❒ Non

II.4 **Envisagez-vous une expatriation* ?**
exercice médical hors de la France
*(Question à réponse **unique**)*

❒ Oui
❒ Non

III. CONSÉQUENCE DES RÉFORMES POLITIQUES DE SANTÉ SUR VOS PERSPECTIVES D'EXERCICE

Certaines catégories possèdent des sous-catégories et apparaissent surlignées en bleue ❒. Si une catégorie est cochée ❒, alors il est impératif de cocher au moins une sous-catégorie pour poursuivre la complétion. Ces sous-catégories sont à choix multiples.

III.1 **L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?**
*(Question à réponse **unique**)*

- ❒ Oui
  - ❒ Concernant le lieu d'exercice
  - ❒ Concernant le statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)
  - ❒ Concernant les modalités d'exercice (seul ou en association, IPA, maître de stage universitaire, secteur d'activité, exercice différent de la médecine générale)
  - ❒ Concernant le pays d'exercice
- ❒ Non
- ❒ Je n'ai pas connaissance de cette réforme

III.2 **Selon vous, l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ?**
*(Question à réponse **unique**)*

❒ Oui ❒ Non

III.3 **La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?**
*(Question à réponse **unique**)*

- ❒ Oui
  - ❒ Concernant le lieu d'exercice
  - ❒ Concernant le statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)
  - ❒ Concernant les modalités d'exercice (seul ou en association, IPA, maître de stage universitaire, secteur d'activité, exercice différent de la médecine générale)
  - ❒ Concernant le pays d'exercice
- ❒ Non
- ❒ Je n'ai pas connaissance de cette nouvelle convention

III.4 **La loi RIST a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?** :
*(Question à réponse **unique**)*

- ❒ Oui
  - ❒ Concernant le lieu d'exercice
  - ❒ Concernant le statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)
  - ❒ Concernant les modalités d'exercice (seul ou en association, IPA, maître de stage universitaire, secteur d'activité, exercice différent de la médecine générale)
  - ❒ Concernant le pays d'exercice
- ❒ Non
- ❒ Je n'ai pas connaissance de cette loi

III.5 La **proposition de loi Valletoux** a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?
*(Question à réponse **unique**)*

- ❒ Oui
  - ❒ Concernant le lieu d'exercice
  - ❒ Concernant le statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)
  - ❒ Concernant les modalités d'exercice (seul ou en association, IPA, maître de stage universitaire, secteur d'activité, exercice différent de la médecine générale)
  - ❒ Concernant le pays d'exercice
- ❒ Non
- ❒ Je n'ai pas connaissance de cette proposition de loi

ANNEXE II : ANALYSE STATISTIQUE

I. Etude univariée

Langue de départ, No(%): FR	 260 (100%)
Nombre d'abandons	76 (29.23%)
Nombre final de participants	184 (70.77%)
Date de lancement et Date de la dernière action, No(%): Temps de réponse minimum Temps de réponse maximum Temps de réponse moyen	 1.05 min 31.65 min 2.92 min
En quelle année avez-vous passé l'ECN/EDN ?, No(%): 2023 2022 2021 2020 Autre (année antérieure, interne étranger…)	 67 (36.41%) 45 (24.46%) 56 (30.43%) 12 (6.52%) 4 (2.17%)
En quelle année d'internat êtes-vous pour l'année scolaire 2023/2024 ? No(%): 1ère année (semestre 1 ou 2) 3ème année (semestre 5 ou 6) 3ème année (semestre 5 ou 6)	 67 (36.41%) 49 (26.63%) 68 (36.96%)
Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Ville], No(%): Oui Non	 50 (27.17%) 134 (72.83%)
Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu rural], No(%): Oui	 50 (27.17%)

Non	134 (72.83%)
Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu semi rural], No(%): Oui Non	 141 (76.63%) 43 (23.37%)
Quel statut d'exercice envisagez-vous ?, No (%) Exercice libéral Mixte Exercice salarial	 110 (59.78%) 59 (32.07%) 15 (8.15%)
Envisagez-vous un exercice seul(e) en cabinet ou en association avec d'autres professionnels de santé (Maison de santé pluriprofessionnelle, Centre de santé, etc.) ?, No (%) En association Seul(e)	 173 (94.02%) 11 (5.98%)
Envisagez-vous de travailler avec une infirmière de pratique avancée (IPA) ?, No (%) Oui Non	 43 (23.37%) 141 (76.63%)
Souhaitez-vous être maître de stage universitaire ?, No(%) Oui non	 88 (47.83%) 96 (52.17%)
Envisagez-vous d'intégrer une CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) ?, No(%) Oui Non Qu'est-ce que c'est ?	 46 (25.0%) 67 (36.41%) 71 (38.59%)
Quel secteur d'exercice souhaitez-vous choisir ?, No(%) Secteur 1	

Secteur 2 Secteur 3 (déconventionnement)	140 (76.09%) 28 (15.22%) 16 (8.7%)
Envisagez-vous un exercice médical différent de la médecine générale (par exemple : médecine du sommeil, médecine esthétique, expertise judiciaire etc.) ?, No(%) Oui Non	 102 (55.43%) 82 (44.57%)
Si vous envisagez un exercice médical différent de la médecine générale, envisagez-vous cet exercice de manière exclusive ou combinée à la médecine générale ?, No(%) Combinée Exclusive	 86 (84.31%) 16 (15.69%)
Envisagez-vous à terme de changer de spécialité ?, No(%) Oui Non	 28 (15.22%) 156 (84.78%)
Envisagez-vous une réorientation professionnelle hors médecine ?, No(%) Oui Non	 23 (12.5%) 161 (87.5%)
Envisagez-vous une expatriation (exercice médical hors de la France) ?, No(%) Oui Non	 68 (36.96%) 116 (63.04%)
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ? Oui Non	

Je n'ai pas connaissance de cette réforme	52 (28.26%) 130 (70.65%) 2 (1.09%)
Si oui, l'ajout de cette 4e année a changé vos perspectives concernant : [Votre lieu d'exercice], No(%) Oui Non	 18 (34.62%) 34 (65.38%)
Si oui, l'ajout de cette 4e année a changé vos perspectives concernant : [Votre statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)], No(%) Oui Non	 25 (48.08%) 27 (51.92%)
Si oui, l'ajout de cette 4e année a changé vos perspectives concernant : [Vos modalités d'exercice (travailler seul ou en association, travailler avec une IPA, être maître de stage universitaire, secteur d'activité choisi, avoir un exercice différent de la médecine générale)], No(%) Oui Non	 25 (48.08%) 27 (51.92%)
Si oui, l'ajout de cette 4e année a changé vos perspectives concernant : [Votre pays d'exercice], No(%) Oui Non	 32 (61.54%) 20 (38.46%)
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ? No(%) Oui non	 62 (IPA) 122 (66.3%)

La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?, No(%) Oui Non	 63 (34.24%) 121 (65.76%)
Si oui, la nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Votre lieu d'exercice], No(%) Oui Non	 16 (25.4%) 47 (74.6%)
Si oui, la nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Votre statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)], No(%) Oui Non	 28 (44.44%) 35 (55.56%)
Si oui, la nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Vos modalités d'exercice (travailler seul ou en association, travailler avec une IPA, être maître de stage universitaire, secteur d'activité choisi, avoir un exercice différent de la médecine générale)], No(%) Oui Non	 40 (63.49%) 23 (36.51%)
Si oui, la nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a	

changé vos perspectives d'exercice concernant : [Votre pays d'exercice], No(%) Oui Non	 37 (58.73%) 26 (41.27%)
La loi RIST a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?, No(%) Oui Non Je n'ai pas connaissance de cette loi	 52 (28.26%) 54 (29.35%) 78 (42.39%)
Si oui, la loi RIST a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Votre lieu d'exercice], No(%) Oui Non	 13 (25.0%) 39 (75.0%)
Si oui, la loi RIST a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Votre statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)], No(%) Oui Non	 25 (48.08%) 27 (51.92%)
Si oui, la loi RIST a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Vos modalités d'exercice (travailler seul ou en association, travailler avec une IPA, être maître de stage universitaire, secteur d'activité choisi, avoir un exercice différent de la médecine générale)], No(%) Oui Non	 28 (53.85%) 24 (46.15%)
Si oui, la loi RIST a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Votre pays d'exercice], No(%) Oui Non	 29 (55.77%)

	23 (44.23%)
La proposition de loi Valletoux a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?, No(%)	
Oui	37 (20.11%)
Non	21 (11.41%)
Je ne connais pas cette proposition de loi	126 (68.48%)
Si oui, la proposition de loi Valletoux a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Votre lieu d'exercice], No(%)	
Oui	14 (37.84%)
Non	23 (62.16%)
Si oui, la proposition de loi Valletoux a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Votre statut d'exercice (libéral, salarial, mixte)], No(%)	
Oui	21 (56.76%)
Non	16 (43.24%)
Si oui, la proposition de loi Valletoux a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Vos modalités d'exercice (travailler seul ou en association, travailler avec une IPA, être maître de stage universitaire, secteur d'activité choisi, avoir un exercice différent de la médecine générale)], No(%)	
Oui	21 (56.76%)
Non	16 (43.24%)
Si oui, la proposition de loi Valletoux a changé vos perspectives d'exercice concernant : [Votre pays d'exercice], No(%)	
Oui	26 (70.27%)
Non	11 (29.73%)

II. Analyse bivariée

Lien entre l'ajout d'une quatrième année au DES de médecine générale et l'exercice en ville

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Ville]	
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	15 (28.85%)	37 (71.15%)
Non	34 (26.15%)	96 (73.85%)
Je n'ai pas connaissance de cette réforme	1 (50.0%)	1 (50.0%)
Total	50 (27.17%)	134 (72.83%)

Selon le tableau de contingence, il ne semble pas y avoir de lien entre l'ajout de cette 4e année au DES de médecine générale te le souhait d'exercer en ville. Pour vérifier cette hypothèse, nous allons effectuer un test de Chi2. Pour faire ce test, nous allons regrouper la catégorie "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette réforme"

- H0: Il n'y a pas de lien entre l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale et le souhait d'exercer en ville ou pas
- H1: Il y a un lien entre ces deux variable
- p-value = 0.89

On ne rejette pas H0 car la p-value est supérieure à 5% (elle est égale à 89% dans ce cas). Il n'y a donc pas de lien entre l'ajout de cette 4e année et le souhait d'exercer en ville ou pas.

Remarque: Nous regroupons les deux modalités "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette réforme" pour pouvoir faire faire le test de Chi2. Il n'est pas valable si une des modalités à une fréquence inférieure à 5 ce qui est le cas ici.

Il est possible de faire un test non paramétrique si besoin.

Lien entre l'ajout d'une quatrième année au DES de médecine générale et l'exercice en milieu rural

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu rural]	
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	13 (25.0%)	39 (75.0%)
Non	37 (28.46%)	93 (71.54%)
Je n'ai pas connaissance de cette réforme	0 (0.0%)	2 (100.0%)
Total	50 (27.17%)	134 (72.83%)

Selon le tableau de contingence, il ne semble pas y avoir de lien entre l'ajout de cette 4e année au DES de médecine générale et le souhait d'exercer en milieu rural. Pour vérifier cette hypothèse, nous allons effectuer un test de Chi2. Pour faire ce test, nous allons regrouper la catégorie "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette réforme".

- H0: Il n'y a pas de lien entre l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale et le souhait d'exercer en milieu rural ou pas
- H1: Il y a un lien entre ces deux variable
- p-value = 0.82

On ne rejette pas H0 car la p-value est supérieure à 5% (elle est égale à 82% dans ce cas). Il n'y a donc pas de lien entre l'ajout de cette 4e année et le souhait d'exercer en milieu rural ou pas.

Remarque : Nous regroupons les deux modalités "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette réforme" pour pouvoir faire faire le test de Chi2. Il n'est pas valable si une des modalités à une fréquence inférieure à 5 ce qui est le cas ici.
Il est possible de faire un test non paramétrique si besoin.

Lien entre l'ajout d'une quatrième année au DES de médecine générale et l'exercice en milieu semi-rural

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu semi rural]	
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	38 (73.08%)	14 (26.92%)
Non	102 (78.46%)	28 (21.54%)
Je n'ai pas connaissance de cette réforme	1 (50.0%)	1 (50.0%)
Total	141 (76.63%)	43 (23.37%)

Selon le tableau de contingence, il ne semble pas y avoir de lien entre l'ajout de cette 4e année au DES de médecine générale et le souhait d'exercer en milieu semi-rural
Pour vérifier cette hypothèse, nous allons effectuer un test de Chi2. Pour faire ce test, nous allons regrouper la catégorie "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette réforme"

- H0: Il n'y a pas de lien entre l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale et le souhait d'exercer en milieu semi rural
- H1: Il y a un lien entre ces deux variable
- p-value = 0.60

On ne rejette pas H0 car la p-value est supérieure à 5% (elle est égale à 60% dans ce cas). Il n'y a donc pas de lien entre l'ajout de cette 4e année et le souhait d'exercer en milieu semi rural

Remarque: Nous regroupons les deux modalités "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette réforme" pour pouvoir faire faire le test de Chi2. Il n'est pas valable si une des modalités à une fréquence inférieure à 5 ce qui est le cas ici.
Il est possible de faire un test non paramétrique si besoin.

L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-il un impact sur le statut envisagé ?

	Quel statut d'exercice envisagez-vous ?		
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Exercice libéral	Exercice salarial	Mixte
Oui	27 (51.92%)	6 (11.54%)	19 (36.54%)
Non	81 (62.31%)	9 (6.92%)	40 (30.77%)
Je n'ai pas connaissance de cette réforme	2 (100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Total	110 (59.78%)	15 (8.15%)	59 (32.07%)

Nous avons 52 internes qui ont vu leurs perspectives d'exercices changer suite à l'ajout d'une 4ème année au DES de médecine générale. Parmi ces internes, nous avons une légère sous représentativité au niveau du groupe qui envisage un exercice libéral. En d'autres termes, il semble que les internes qui ont changé de perspectives suite à l'ajout de cette 4e année au DES de médecine générale ne souhaitent pas exercer en libéral uniquement mais plutôt en salarial ou un exercice mixte.

Pour vérifier cette hypothèse, nous allons effectuer un test de Chi2. Pour faire ce test, nous allons regrouper la catégorie "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette réforme"

- H0: il n'y pas de lien entre l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale et le statut d'exercice envisagé
- H1: Il y a un lien entre ces deux variables
- p-value = 0.32

La p-value est donc égale à 32%. Elle est supérieure à 5%. Nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle (H0). Le lien évoqué ci-dessus n'est pas statistiquement vérifié.

L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-il la modalité d'exercice ?

	Envisagez-vous\xa0un exercice seul(e) en cabinet\xa0ou en association avec d'autres professionnels de santé\xa0(Maison de santé pluriprofessionnelle, Centre de santé, etc.) ?	
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	En association	Seul(e)
Oui	46 (88.46%)	6 (11.54%)
Non	125 (96.15%)	5 (3.85%)
Je n'ai pas connaissance de cette réforme	2 (100.0%)	0 (0.0%)
Total	173 (94.02%)	11 (5.98%)

Nous avons 52 internes qui ont vu leur perspectives d'exercices changer suite à l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale.
Parmi ces internes, nous avons une sous représentativité au niveau du groupe qui envisage un exercice en association.
En d'autres termes, il semble que les internes qui ont changé de perspectives suite à l'ajout de cette 4e année au DES de médecine générale souhaitent exercer seul (e) s.
A l'inverse les internes qui n'ont pas vu leur perspectives changer suite à l'ajout d'une 4e année de DES de médecine générale souhaitent exercer en association.

Pour vérifier cette hypothèse, nous allons effectuer un test de Chi2. Pour faire ce test, nous allons regrouper la catégorie "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette réforme"

- H0: il n'y pas de lien entre l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale et la modalité d'exercice
- H1: Il y a un lien entre ces deux variables
- p-value = 0.1

La p-value est donc égale à 10%. Elle est supérieure à 5%. Nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle (H0).
Le lien évoqué ci-dessus n'est pas statistiquement vérifié

L’ajout d’une 4e année au DES de médecine générale a-t-il la volonté d’expatriation ?

	Envisagez-vous une expatriation (exercice médical hors de la France) ?	
L’ajout d’une 4e année au DES de médecine générale a-t-elle changé vos perspectives d’exercice ?	Oui	Non
Oui	35 (67.31%)	17 (32.69%)
Non	32 (24.62%)	98 (75.38%)
Je n’ai pas connaissance de cette réforme	1 (50.0%)	1 (50.0%)
Total	68 (36.96%)	116 (63.04%)

Nous avons 52 internes qui ont vu leur perspectives d’exercices changer suite à l'ajout d’une 4e année au DES de médecine générale.

Parmi ces internes, nous avons une forte sur représentativité au niveau du groupe qui envisage une expatriation. En d'autres termes, il semble que les internes qui ont changé de perspectives suite à l’ajout de cette 4e année au DES de médecine générale envisagent une expatriation contrairement à ceux qui n'ont pas changé de perspectives.

Pour vérifier cette hypothèse, nous allons effectuer un test de Chi2. Pour faire ce test, nous allons regrouper la catégorie “Non” et “Je n’ai pas connaissance de cette réforme”

- H0: il n’y pas de lien entre l’ajout d’une 4e année au DES de médecine générale et la volonté d’expatriation
- H1: Il y a un lien entre ces deux variables

- p-value < 0.001

La p-value est inférieur à 0.1%. Nous rejetons l’hypothèse nulle (H0).
Le lien évoqué ci-dessus est statistiquement vérifié.

Les internes qui ont changé de perspectives suite à l’ajout d’une 4e année au DES de médecine générale envisagent une expatriation.

Lien entre l'ajout d'une 4e année au DES en médecine générale, , avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ? et le lieu d'exercice

Exercice en Ville:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Ville]	
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ?	Oui	Non
Oui	23 (37.1%)	39 (62.9%)
Non	27 (22.13%)	95 (77.87%)
Total	50 (27.17%)	134 (72.83%)

Nous avons 62 internes qui pensent que l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, améliorera leur formation. Parmi ces internes, nous avons une sur représentativité des internes qui souhaitent exercer en ville.
En d'autres termes, il semble que les internes qui pensent que cette 4e année améliorera leur formation souhaitent exercer en ville.
Nous allons vérifier cette hypothèse avec un test de Chi2:

- H0: L'ajout de cette 4e année au DES de médecine générale, avec des stages en ambulatoire, n'a pas d'impact sur le souhait d'exercer en ville ou pas
- H1: Il existe un lien entre les deux variables
- p-value = 0,048

La p-value est égale à 4.8% (inférieur à 5%), on rejette l'hypothèse nulle. Les internes qui pensent que l'ajout d'une 4e année, avec des stages en ambulatoire, améliorera leur formation souhaitent exercer en ville et inversement les internes qui pensent que cette année avec des stages à réaliser en ambulatoire n'améliorera pas leur formation ne souhaitent pas exercer en ville.

Exercice en milieu Rural:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu rural]	
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ?	Oui	Non
Oui	16 (25.81%)	46 (74.19%)
Non	34 (27.87%)	88 (72.13%)
Total	50 (27.17%)	134 (72.83%)

Contrairement à ce que nous venons de voir ci-dessus, il ne semble pas y avoir de lien entre l'exercice en milieu rural et l'ajout d'une 4e année avec des stages à réaliser en ambulatoire.
Nous allons réaliser un test de Chi2 pour vérifier cette hypothèse:

- H0: L'ajout de cette 4 année n'a pas d'impact sur le souhait d'exercer en milieu rural
- H1: L'ajout de cette 4e année a un impact sur le souhait d'exercer en milieu rural
- p-value = 0.90

La p-value est égale à 90% (supérieur à 5%), on ne rejette pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre ces deux variables.

Exercice en milieu Semi Rural:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu semi rural]	
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ?	Oui	Non
Oui	42 (67.74%)	46 (74.19%)
Non	99 (81.15%)	23 (18.85%)
Total	141 (76.63%)	43 (23.37%)

Nous avons une sur représentation des internes qui pensent que l'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, améliore leur formation et qui ne souhaitent pas exercer en milieu semi-rural.

Il semble que les internes qui pensent que cette 4e année, avec des stages à réaliser en ambulatoire, n'améliorera pas leur formation ne souhaitent pas exercer en milieu semi-rural.

Nous allons vérifier cette hypothèse avec un test de Chi2:

- H0: L'ajout de cette 4 année, avec des stages à réaliser en ambulatoire, n'a pas d'impact sur le souhait d'exercer en milieu semi-rural
- H1: L'ajout de cette 4e année, avec des stages à réaliser en ambulatoire, a un impact sur le souhait d'exercer en milieu semi-rural
- p-value = 0.064

La p-value est égale à 6,4% (supérieur à 5%), on ne rejette pas l'hypothèse nulle. Le lien que nous avons évoqué ci-dessus n'est pas vérifié statistiquement.

Lien entre l'ajout d'une 4e année au DES en médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ? et le statut d'exercice

	Quel statut d'exercice envisagez-vous ?		
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ?	Exercice libéral	Exercice salarial	Mixte
Oui	39 (62.9%)	6 (9.68%)	17 (27.42%)
Non	71 (58.2%)	9 (7.38%)	42 (34.43%)
Total	110 (59.78%)	15 (8.15%)	59 (32.07%)

Il n'y a pas de sur représentativité d'un des sous-groupes étudiés. Il ne semble donc pas y avoir de lien entre l'ajout de cette 4e année avec des stages à réaliser en ambulatoire et le choix du statut d'exercice.

Nous allons effectuer un test de Chi2 pour valider cette hypothèse :

- H0: il n'y a pas de lien entre les deux variables
- H1: il y a un lien entre les deux variables
- p-value = 0.59

La p-value est égale à 59% (supérieur à 5%), on ne rejette pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre ces deux variables.

L'ajout d'une 4e année au DES en médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, a-t-il un impact sur la modalité d'exercice ?

	Envisagez-vous\xa0un exercice seul(e) en cabinet\xa0ou en association avec d'autres professionnels de santé\xa0(Maison de santé pluriprofessionnelle, Centre de santé, etc.) ?	
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ?	En association	Seul(e)
Oui	58 (93.55%)	4 (6.45%)
Non	115 (94.26%)	7 (5.74%)
Total	173 (94.02%)	11 (5.98%)

Il n'y a pas de sur représentativité d'un des sous-groupes étudiés. Il ne semble donc pas y avoir de lien entre l'ajout de cette 4e année avec des stages à réaliser en ambulatoire et le choix de la modalité d'exercice.
Nous allons effectuer un test exact de Fisher pour valider cette hypothèse (le test de Chi2 n'est pas possible car une des fréquences est inférieur à 5)

- H0: il n'y a pas de lien entre les deux variables
- H1: il y a un lien entre les deux variables
- p-value = 1

la p-value est égale à 100% (supérieur à 5%), on ne rejette pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre ces deux variables.

L'ajout d'une 4e année au DES en médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, a-t-elle un impact sur la volonté d'expatriation ?

	Envisagez-vous une expatriation (exercice médical hors de la France) ?	
L'ajout d'une 4e année au DES de médecine générale, avec des stages réalisés en ambulatoire, peut-elle améliorer votre formation ?	Oui	Non
Oui	17 (27.42%)	45 (72.58%)
Non	51 (41.8%)	71 (58.2%)
Total	68 (36.96%)	116 (63.04%)

Nous constatons qu'il y a une sur représentativité des internes qui pensent que l'ajoutr d'une 4e année, avec des stages en ambulatoire, n'améliorera pas leur formation et le fait de vouloir exercer à l'étranger.

En d'autres termes, les internes qui pensent que l'ajout d'une 4e année, avec des stages à réaliser en ambulatoire, n'améliorera pas leur formation envisagent une expatriation.

Nous allons vérifier si cette hypothèse est vérifiée statistiquement via un test de Chi2:

- H0: il n'y a pas de lien entre les deux variables
- H1: il y a un lien entre les deux variables
- p-value = 0.08

la p-value est égale à 8% (supérieur à 5%), on ne rejette pas l'hypothèse nulle. L'hypothèse évoquée ci-dessus n'est pas statistiquement prouvée. Il n'y a donc pas de lien entre ces deux variables.

Lien entre "La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?" et le lieu d'exercice

Exercice en ville:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Ville]	
La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	16 (25.4%)	47 (74.6%)
Non	34 (28.1%)	87 (71.9%)
Total	50 (27.17%)	134 (72.83%)

La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix ne semble pas changer le souhait d'exercer en ville. Il n'y pas de sur représentativité identifiée.

Nous allons vérifier cette hypothèse via un test statistique de Chi2:

- H0: La nouvelle convention n'impacte pas le souhait d'exercer en ville ou pas
- H1: La nouvelle convention impacte le souhait d'exercer en ville ou pas
- p-value = 0.83

La p-value est égale à 83% (supérieur à 5%), on ne rejette pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre ces deux variables. La nouvelle convention n'impacte pas le souhait d'exercer en ville ou pas.

Exercice en milieu rural:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu rural]	
La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	17 (26.98%)	46 (73.02%)
Non	33 (27.27%)	88 (72.73%)
Total	50 (27.17%)	134 (72.83%)

La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix ne semble pas changer le souhait d'exercer en milieu rural. Il n'y pas de sur représentativité identifiée.

Nous allons vérifier cette hypothèse via un test statistique de Chi2:

- H0: La nouvelle convention n'impacte pas le souhait d'exercer en milieu rural ou pas
- H1: La nouvelle convention impacte le souhait d'exercer en milieu rural ou pas
- p-value = 1

La p-value est égale à 100% (supérieur à 5%), on ne rejette pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre ces deux variables.

Exercice en milieu Semi rural:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu Semi rural]	
La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	47 (74.6%)	16 (25.4%)
Non	94 (77.69%)	27 (22.31%)
Total	141 (76.63%)	43 (23.37%)

La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix ne semble pas changer le souhait d'exercer en milieu semi rural. Il n'y pas de sur représentativité identifiée.

Nous allons vérifier cette hypothèse via un test statistique de Chi2:

- H0: La nouvelle convention n'impacte pas le souhait d'exercer en milieu semi rural ou pas
- H1: La nouvelle convention impacte le souhait d'exercer en milieu semi rural ou pas
- p-value = 0,78

La p-value est égale à 78% (supérieur à 5%), on ne rejette pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre ces deux variables.

Lien entre "La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?" et le statut d'exercice

	Quel statut d'exercice envisagez-vous ?		
La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix d e la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Exercice libéral	Exercice salarial	Mixte
Oui	34 (53.97%)	6 (9.52%)	23 (36.51%)
Non	76 (62.81%)	9 (7.44%)	36 (29.75%)
Total	110 (59.78%)	15 (8.15%)	59 (32.07%)

Les internes qui trouvent que la nouvelle convention a changé leur perspective d'exercice envisagent d'avoir une activité mixte (salariée et libérale).

Nous allons vérifier si ce lien est statistiquement significatif via un test de Chi2:

- H0: La nouvelle convention n'impacte pas le statut d'exercice envisagé
- H1: La nouvelle convention impacte le statut d'exercice envisagé
- p-value: 0,51

La p-value est égale à 51% (supérieur à 5%), on ne rejette pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre ces deux variables.
La nouvelle convention impacte le statut d'exercice envisagé.

Lien entre "La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?" et la modalité d'exercice

	Quel statut d'exercice envisagez-vous ?	
La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	En association	Seul(e)
Oui	57 (90.48%)	6 (9.52%)
Non	116 (95.87%)	5 (4.13%)
Total	173 (94.02%)	11 (5.98%)

Il ne semble pas y avoir de lien entre la nouvelle convention de la sécurité sociale et la volonté de travailler en association ou seul(e).

Nous allons faire un test de Chi2 pour vérifier cette hypothèse:

- H0: La nouvelle convention n'impacte pas la modalité d'exercice
- H1: La nouvelle convention impacte la modalité d'exercice
- p-value: 0.26

La p-value est égale à 26%, il n'y a pas de lien entre la nouvelle convention et la modalité d'exercice.

Lien entre la nouvelle convention de la sécurité sociale et la possibilité d'exercer hors de la France

	Envisagez-vous une expatriation (exercice médical hors de la France) ?	
La nouvelle convention de la sécurité sociale concernant le prix de la consultation, fixé à 26,5 euros, a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	38 (60.32%)	25 (39.68%)
Non	30 (24.79%)	91 (75.21%)
Total	68 (36.96%)	116 (63.04%)

Les internes qui trouvent que la nouvelle convention de la sécurité sociale a changé leurs perspectives envisagent d'exercer hors de la France.

Nous allons vérifier cette hypothèse avec un test de Chi2 :

- H0: La nouvelle convention n'impacte pas la volonté d'exercer en France ou hors France
- H1: La nouvelle convention impacte la modalité la volonté d'exercer en France ou hors France
- p-value < 0.01

La p-value obtenue est proche de 0 (inférieur à 5%). Nous rejetons l'hypothèse nulle. Le lien entre la nouvelle convention de la sécurité sociale et le fait d'envisager une expatriation est significatif.

Les internes qui trouvent que la nouvelle convention a changé leurs perspectives d'exercice envisagent l'expatriation contrairement à ceux qui ont répondu non.

La loi RIST a-t-elle changé la perspective d'exercice en ville ?

Exercice en ville:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Ville]	
La loi RIST a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	17 (32.69%)	35 (67.31%)
Non	12 (22.22%)	42 (77.78%)
Je n'ai pas connaissance de cette loi	21 (26.92%)	57 (73.08%)
Total	50 (27.17%)	134 (72.83%)

Nous avons une sur représentativité des internes qui ont changé de perspective d'exercice suite à la loi RSIT et qui souhaitent exercer en ville.
Au contraire, les personnes qui n'ont pas changé de perspectives suite à cette loi ou qui n'ont pas connaissance de cette loi ne souhaitent pas exercer en ville

Nous allons vérifier cette hypothèse via un test de Chi2:

- H0: La loi RIST n'a pas impacté la volonté d'exercer en ville
- H1: La loi RIST a impacté la volonté d'exercer en ville
- p-value = 0,48

La p-value est égale à 48%, le lien évoqué ci-dessus n'est pas statistiquement significatif

Exercice en milieu rural:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu rural]	
La loi RIST a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	13 (25.0%)	39 (75.0%)
Non	15 (27.78%)	39 (72.22%)
Je n'ai pas connaissance de cette loi	50 (27.17%)	56 (71.79%)
Total	22 (28.21%)	134 (72.83%)

Selon le tableau de contingence, il ne semble pas y avoir de lien entre la loi RIST et la volonté d'exercer en milieu rural.

Nous allons vérifier cette hypothèse via un test de Chi2:

- H0: La loi RIST n'a pas impacté la volonté d'exercer en milieu rural
- H1: La loi RIST a impacté la volonté d'exercer en milieu rural
- p-value = 0.92

La p-value est égale à 92%, comme évoqué ci-dessus, il n'y pas de lien entre les deux variables.

Exercice en milieu semi rural:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Milieu semi rural]	
La loi RIST a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	39 (75.0%)	13 (25.0%)
Non	42 (77.78%)	12 (22.22%)
Je n'ai pas connaissance de cette loi	60 (76.92%)	18 (23.08%)
Total	141 (76.63%)	43 (23.37%)

Selon le tableau de contingence, il ne semble pas y avoir de lien entre la loi RIST et la volonté d'exercer en milieu semi-rural.

Nous allons vérifier cette hypothèse via un test de Chi2:

- H0: La loi RIST n'a pas impacté la volonté d'exercer en milieu semi-rural
- H1: La loi RIST a impacté la volonté d'exercer en milieu semi-rural
- p-value = 0.94

La p-value est égale à 94%, comme évoqué ci-dessus, il n'y pas de lien entre les deux variables.

La loi RIST a -t -elle impacté le statut d'exercice ?

	Quel statut d'exercice envisagez-vous ?		
La loi RIST a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Exercice libéral	Exercice salarial	Mixte
Oui	32 (61.54%	8 (15.38%)	12 (23.08%)
Non	35 (64.81%)	0 (0.0%)	19 (35.19%)
Je n'ai pas connaissance de cette loi	43 (55.13%)	7 (8.97%)	28 (35.9%)
Total	110 (59.78%)	15 (8.15%)	59 (32.07%)

Les internes qui ont changé de perspectives d'exercice suite à la loi RIST envisagent d'exercer en Libéral ou en salarial mais pas en mixte.

Nous allons réaliser un test de Chi2 pour vérifier cette hypothèse. Pour cela, nous allons regrouper les modalités "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette loi " uniquement pour le test :

- p-value = 0.04

La p-value obtenue est inférieure à 5%. Nous rejetons l'hypothèse nulle.

Les internes qui ont changé de perspectives d'exercice suite à la loi RIST envisagent d'exercer en Libéral ou en salarial mais pas en mixte.

La loi RIST a-telle impacté la volonté d'exercer seul ou en association ?

	Envisagez-vous\xa0un exercice seul(e) en cabinet\xa0ou en association avec d'autres professionnels de santé\xa0(Maison de santé pluriprofessionnelle, Centre de santé, etc.) ?	
La loi RIST a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	En association	Seul (e)
Oui	49 (94.23%)	3 (5.77%)
Non	52 (96.3%)	2 (3.7%)
Je n'ai pas connaissance de cette loi	72 (92.31%)	6 (7.69%)
Total	173 (94.02%)	11 (5.98%)

Il ne semble pas y avoir de lien entre la loi RIST et la modalité d'exercice.
Nous allons réaliser un test exact de Fisher pour vérifier cette hypothèse. Pour cela, nous allons regrouper les modalités "Non" et "Je n'ai pas connaissance de cette loi " uniquement pour le test:

- p-value = 1

La p-value obtenue est supérieur à 5%. Nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle.

Il n'y a pas de lien entre la loi RIST et la modalité d'exercice.

La loi RIST a-t -elle impacté la volonté d'expatriation ?

	Envisagez-vous une expatriation (exercice médical hors de la France) ?	
La loi RIST a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	31 (59.62%)	21 (40.38%)
Non	15 (27.78%)	39 (72.22%)
Je n'ai pas connaissance de cette loi	22 (28.21%)	56 (71.79%)
Total	68 (36.96%)	116 (63.04%)

Les internes qui ont changé de perspective d'exercice suite à la loi RIST envisagent une expatriation. Nous avons une sur représentativité des internes qui envisagent une expatriation parmi ceux qui ont changé de perspective suite à la loi RIST.

Nous allons vérifier si cette hypothèse est vérifiée selon le test du Chi2:

- H0: Il y a un lien entre les deux variables mis en jeu
- H1: Il n'y a pas de lien entre les deux variables
- p-value < 0.001

La p-value est inférieur à 5%. On rejette l'hypothèse nulle. Il y a donc un lien significatif entre les deux variables.
Les internes qui ont changé de perspective d'exercice suite à la loi RIST envisagent une expatriation.

La proposition de loi Valletoux a-t-elle un impact sur le lieu d'exercice envisagé ?

Exercice en ville:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Ville]	
La proposition de loi Valletoux a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	14 (37.84%)	23 (62.16%)
Non	5 (23.81%)	16 (76.19%)
Je ne connais pas cette proposition de loi	31 (24.6%)	95 (75.4%)
Total	50 (27.17%)	134 (72.83%)

37 internes ont vu leurs perspectives d'exercice changer suite à la proposition Valletoux. Parmi ces personnes, nous avons une sur représentativité des internes qui envisagent d'exercer en ville. Inversement ceux qui n'ont pas changé de perspectives suite à cette proposition de loi, il n'y pas de changement sur leur volonté d'exercer ou pas en ville.

Nous allons vérifier cette hypothèse via un test de chi2:

- H0: Les deux variables sont indépendantes (Proposition de loi et la volonté d'exercer en ville)
- H1: Les deux variables ne sont pas indépendantes (il y a un lien entre les deux variables)
- p-value = 0.15

La p-value est égale à 15% (supérieur à 5%). Nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre la proposition de la loi Valletoux et la volonté d'exercer en ville.

Exercice en milieu rural:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Rural]	
La proposition de loi Valletoux a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	10 (27.03%)	27 (72.97%)
Non	7 (33.33%)	14 (66.67%)
Je ne connais pas cette proposition de loi	33 (26.19%)	93 (73.81%)
Total	50 (27.17%)	134 (72.83%)

Il n'y a pas de sur représentativité importante dans l'échantillon de données. Il ne semble pas y avoir de lien entre la proposition de la loi Valletoux et le souhait d'exercer en milieu rural.

Nous effectuons un test de Chi2 pour vérifier cette hypothèse:

- p-value = 1

La p-value est égale à 100%, nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre le proposition de loi Valletoux et la volonté d'exercer en milieu rural.

Exercice en milieu semi rural:

	Dans quel(s) lieu(x) souhaiteriez-vous exercer ? [Semi Rural]	
La proposition de loi Valletoux a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	29 (78.38%)	8 (21.62%)
Non	17 (80.95%)	4 (19.05%)
Je ne connais pas cette proposition de loi	95 (75.4%)	31 (24.6%)
Total	141 (76.63%)	43 (23.37%)

Il n'y a pas de sur représentativité importante dans l'échantillon de données. Il ne semble pas y avoir de lien entre la proposition de la loi Valletoux et le souhait d'exercer en milieu semi rural.

Nous effectuons un test de Chi2 pour vérifier cette hypothèse :

- p-value = 0.95

La p-value est égale à 95%, nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre la proposition de loi Valletoux et la volonté d'exercer en milieu semi rural.

Existe-t-il un lien entre la proposition de loi Valletoux et le statut d'exercice envisagé ?

	Quel statut d'exercice envisagez-vous ?		
La proposition de loi Valletoux a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Exercice libéral	Exercice salarial	Mixte
Oui	23 (62.16%)	4 (10.81%)	10 (27.03%)
Non	17 (80.95%)	0 (0.0%)	4 (19.05%)
Je ne connais pas cette proposition de loi	70 (55.56%)	11 (8.73%)	45 (35.71%)
Total	110 (59.78%)	15 (8.15%)	59 (32.07%)

Il y a 21 internes qui n'ont pas vu leur perspectives d'exercice suite à la proposition de loi Valletoux. Parmi ces 21 internes, nous avons 80.95% qui envisagent d'exercer en Libéral. Nous avons une importante sur représentation. Il semble y avoir un lien entre la proposition de la loi Valletoux et le statut d'exercice.

Nous allons vérifier cette hypothèse avec un test de Chi2. Pour cela, nous allons regrouper les deux modalités "Non" et "Je ne connais pas cette proposition de loi " uniquement pour le test :

- p-value = 0.67

La p-value obtenue est de 67%. Nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle. Il n'y pas de lien significatif entre la proposition de la loi Valletoux et le statut d'exercice.

Existe-t-il un lien entre la proposition de la loi Valletoux et la modalité d'exercice ?

	Envisagez-vous\xa0un exercice seul(e) en cabinet\xa0ou en association avec d'autres professionnels de santé\xa0(Maison de santé pluriprofessionnelle, Centre de santé, etc.) ?	
La proposition de loi Valletoux a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	En association	Seul (e)
Oui	35 (94.59%)	2 (5.41%)
Non	20 (95.24%)	1 (4.76%)
Je ne connais pas cette proposition de loi	118 (93.65%)	8 (6.35%)
Total	173 (94.02%)	11 (5.98%)

Il n'y a pas de sur représentativité importante dans l'échantillon de données. Il ne semble pas y avoir de lien entre la proposition de la loi Valletoux et la modalité d'exercice

Nous effectuons un test exact de Fisher pour vérifier cette hypothèse. Pour cela, nous allons regrouper les deux modalités "Non" et "Je ne connais pas cette proposition de loi " uniquement pour le test :

- p-value = 1

La p-value est égale à 100%, nous ne rejetons pas l'hypothèse nulle. Il n'y a donc pas de lien entre le proposition de loi Valletoux et la modalité d'exercice.

Existe-t-il un lien entre la proposition de la loi Valletoux et la volonté d'expatriation ?

	Envisagez-vous une expatriation (exercice médical hors de la France) ?	
La proposition de loi Valletoux a-t-elle changé vos perspectives d'exercice ?	Oui	Non
Oui	26 (70.27%)	11 (29.73%)
Non	3 (14.29%)	18 (85.71%)
Je ne connais pas cette proposition de loi	39 (30.95%)	87 (69.05%)
Total	68 (36.96%)	116 (63.04%)

Parmi les internes qui ont vu leur perspectives changer suite à la proposition de la loi Valletoux, 70.27% envisagent une expatriation. Nous avons une importante sur représentation. Inversement les personnes qui qui ont répondu non au changement de perspective ou qui ne connaissent pas cette proposition ne semblent pas envisager une expatriation. Les internes qui ne connaissent pas la proposition de la loi Valletoux se comportent comme les internes qui n'ont pas changé de perspectives. Pour que les hypothèses du test de Chi2 soient vérifiées et que nous puissions le mettre en place, nous allons regrouper ces deux catégories d'interne uniquement pour le test statistique.

Nous allons vérifier cette hypothèse via un test de Chi2:

- H0: il n'y a pas de lien entre la proposition de la loi Valletoux et la volonté d'expatriation
- H1: Il y a un lien entre la proposition de la loi Valletoux et la volonté d'expatriation
- p-value < 0.001

La p-value est inférieur à 5%. On rejette l'hypothèse nulle. Il y a un lien significatif entre la proposition de la loi Valletoux et la volonté d'expatriation.
Les internes qui ont vu leur perspectives changer suite à la proposition de la loi Valletoux envisagent une expatriation contrairement aux internes qui n'ont pas changé de perspectives d'exercice suite à la proposition de loi Valletoux.

Analyse du critère de jugement principal composite:

L'hypothèse initiale stipule que 30% des internes ont vu leurs perspectives d'exercice changer suite à l'introduction des trois lois suivantes:

- % d'internes ayant modifié leurs perspectives d'exercice à la suite de la Loi Rist
- prix de la consultation à 26,5
- proposition de Loi Valletoux

Cependant, la proportion observée dans notre échantillon est de 0.2754 (27.54%).

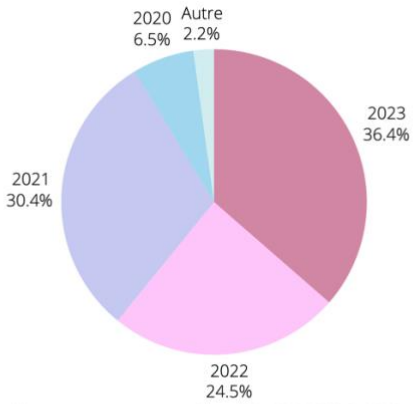
Nous formulons les hypothèses suivantes :

- H0 (Hypothèse nulle) : la proportion d'internes dont les perspectives d'exercice changent n'est pas différente de la valeur de référence (hypothèse fixée à 0,3).
- H1 (Hypothèse alternative) : la proportion d'internes dont les perspectives d'exercice changent est différente de la valeur de référence (hypothèse fixée à 0,3).

En comparant ces deux proportions, nous obtenons une valeur de 0.0246 (2.46%). Ensuite, nous calculons l'intervalle de confiance à 95% pour vérifier si cette différence est significative, ce qui donne IC = [-11.71%, 6.78%].

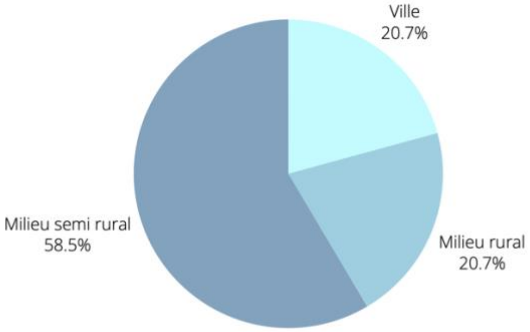
Étant donné que la valeur 0 est incluse dans l'intervalle de confiance, nous concluons que cette différence n'est pas significative.
Par conséquent, la proportion d'internes dont les perspectives d'exercice changent n'est pas différente de la valeur de référence (30%).

En résumé, l'hypothèse initiale selon laquelle 30% des internes changent leurs perspectives d'exercice suite à ces trois propositions est validée.

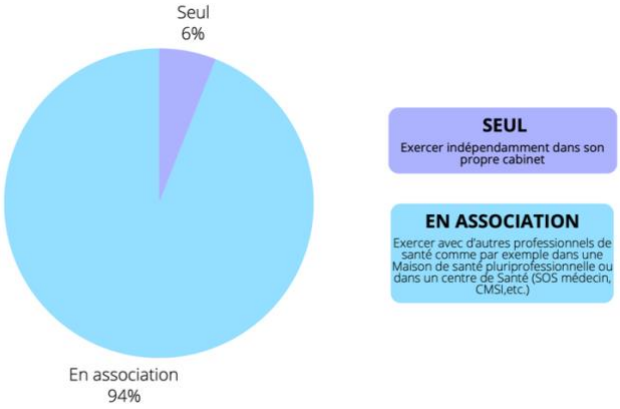


Année de passage de l'ECN/EDN

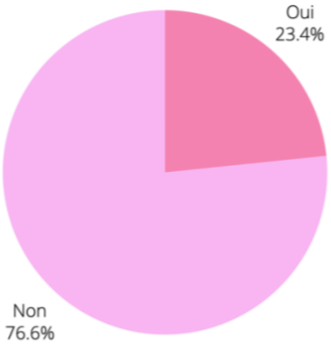
Année scolaire pour 2023/2024



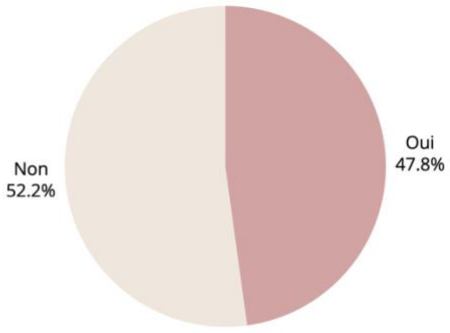
Lieu d'exercice souhaité



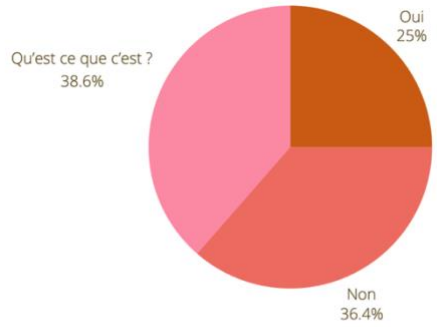
Exercice seul ou en association



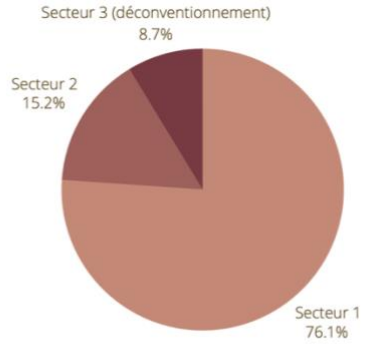
Travailler avec une IPA



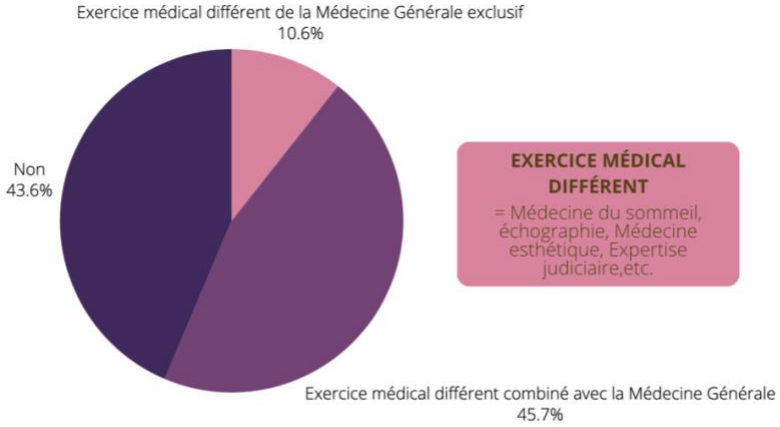
Être maître de stage universitaire



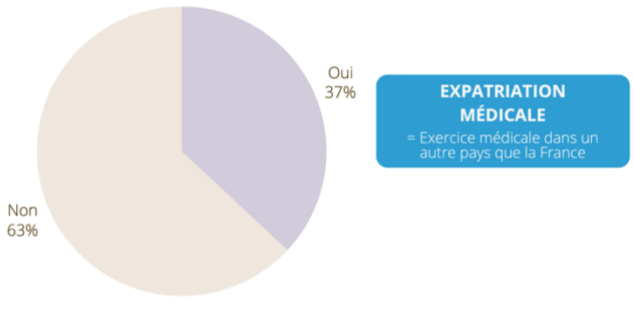
Intégrer une CPTS



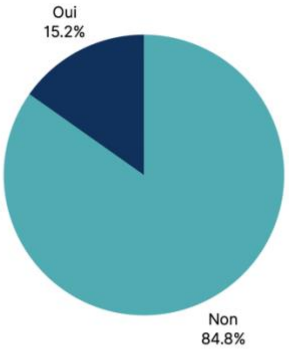
Secteur d'exercice envisagé



Exercice médical différent envisagé



Expatriation médicale envisagée



Changement de spécialité envisagé

VU

NANCY, le **23 avril 2024**
Le Président de Thèse

Professeur Francis GUILLEMIN

NANCY, le **29 avril 2024**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **13456C**

NANCY, le **13 mai 2024**

La Présidente de l'Université de Lorraine

Madame Hélène BOULANGER

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : En 2024, la médecine générale en France subit des réformes notables (loi Rist, ajustement tarifaire, loi Valletoux) provoquant des débats publics. Ces changements, incluant l'accès direct aux IPA et l'ajout d'une 4ème année au DES, interviennent dans un contexte de pénurie médicale et de déserts médicaux. Cependant, obtiennent-elles l'adhésion des internes en médecine générale et vont-elles favoriser leur installation ? La CNOM note que seulement 12% des médecins s'installent en libéral, avec une baisse de 15% en dix ans. L'ANEMF indique une perte d'attractivité significative, avec 50,4% réévaluant et 7,7% abandonnant cette spécialité. Il est crucial de déterminer comment ces réformes affectent les orientations des internes du Grand Est pour préparer à affronter les futurs défis et opportunités. **Méthodes:** Etude quantitative descriptive transversale avec 184 internes du Grand Est ayant répondu à un questionnaire en ligne du 01.11.2023 au 27.12.2023. Le critère de jugement principal est le pourcentage d'internes en médecine générale du Grand Est ayant décidé de modifier leur exercice futur à la suite des récentes réformes ciblant leur spécialité (Loi Rist, tarif de la consultation à 26,5 euros, proposition de Loi Valletoux). **Analyses Statistiques:** Le NSN nécessaire était de 116, ajusté à 128 pour 10% de données manquantes, basé sur un risque alpha de 0,05, une puissance de 80%, une marge d'erreur de 10% et p=0,3. **Résultats :** 27,5% des internes en médecine générale ressentent l'impact des réformes, avec 36,9% considérant une carrière à l'étranger. Ces réformes affectent principalement leur lieu et mode d'exercice. Notablement, 42,39% et 68,48% des internes sont peu familiers avec les Lois Rist et Valletoux respectivement, indiquant un désintérêt pour les implications législatives de leur profession. L'ajout d'une quatrième année au DES influence les perspectives de 28,26% des internes, tandis que 66,3% doutent de son bénéfice malgré l'inclusion de stages en ambulatoire. **Conclusion :** Cette étude montre que les réformes législatives de santé de 2023 poussent de nombreux internes en médecine générale dans le Grand Est à envisager une carrière à l'étranger et révèle un manque d'intérêt des lois, suggérant la nécessité d'intégrer l'éducation législative dans leur formation. Des ajustements semblent essentiels pour aligner les réformes avec les aspirations des internes et maintenir l'attractivité de la médecine générale.

TITRE EN ANGLAIS

Impacts of Legislative Reforms on the Career Prospects of General Medicine Interns in the Grand Est

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2024

MOTS-CLÉS (KEYWORDS)

En FRANÇAIS : Médecine générale, Interne, Soins primaires, Système de santé, Réforme,

En ANGLAIS: Family practice, Medical intern, Primary care, Health system, Reform

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex