Rsemal 27/04/05 9:24 Page 462

Démographie médicale

Perspectives sociologiques et professionnelles

Étude auprès des étudiants de 3e cycle de médecine générale à l'Université de Lille 2

Par **Robin Semal,**
3 bis, place Vanhoenacker, 59000 Lille.

robinsemal@free.fr

Combien de médecins exercent aujourd'hui en France ? Quelles sont leurs modalités d'exercice ? Quelles sont les perspectives envisageables dans les années à venir pour cette profession ? À l'heure où la pénurie de médecins se profile et où l'allongement de la vie et donc des dépenses de santé se concrétisent, ces questions deviennent incontournables.

La diminution du nombre de médecins est un problème multifactoriel et des mesures ont d'ores et déjà été prises : redressement du numerus clausus dont les effets ne seront perceptibles que dans 10 ans ; mesures incitatives pour l'aide à l'installation en zone dite de désert médical, et actions de prévention et d'éducation à la santé. Mais les choix de vie individuels et les pratiques professionnelles envisagées, peu étudiées jusqu'ici, sont un facteur déterminant dans l'analyse des besoins en professionnels de santé.

L'objectif de cette étude était de faire apparaître les perspectives d'évolution de notre profession aux travers des choix de vie et des modalités de travail envisagés par les futurs médecins. Deux axes principaux ont guidé la réflexion : l'impact de la formation médicale initiale et celui de la féminisation.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DANS LE NORD-PAS-DE-CALAIS

Sur le plan régional, le Nord-Pas-de-Calais comptait en 2001 une densité médicale de 281 médecins pour 100 000 habitants, soit légèrement en dessous de la moyenne française (332 médecins pour 100 000 habitants au 1er janvier 2001),[2] et la densité des seuls médecins généralistes était à peine inférieure à la moyenne nationale.
Mais, à l'instar des observations faites au niveau national, ces implantations se rassemblent principalement sur les pôles urbains et, à l'image du mouvement attendu pour le reste de la France, une baisse des effectifs devrait se profiler d'ici 2013.[3]
Enfin, ce déficit se trouve aggravé par une épidémiologie régionale globalement moins bonne que dans le reste de la France.[4]

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude[1] prospective et transversale portant sur l'ensemble des 380 étudiants inscrits à l'université de Lille 2 en 3e cycle de médecine générale. Un questionnaire a été distribué et récupéré de façon ponctuelle à l'occasion des répartitions pour le semestre d'hiver 2002-2003.

Sur les 380 questionnaires distribués, 278 ont été recueillis, soit 73 % de réponses, taux suffisant pour estimer que la population des répondants était représentative de la population cible. Les proportions de la population cible étaient, en termes de sexe, conservées. Les réponses étaient en revanche réparties différemment, en termes d'années d'études, avec un léger déficit de réponse en 3e année (*v.* tableau I).

RÉSULTATS

L'ensemble des résultats cités ci-dessous est calculé en fonction des 278 répondants à l'étude.

Formation : sur l'ensemble des 278 répondants, 82 % ont déclaré « avoir fait médecine générale » par choix ; 41 % ont indiqué préparer un diplôme complémentaire (DU). Près de 60 % envisageaient de suivre une capacité et 72 % envisageraient des évolutions de carrière par passerelles inter-spécialités.

Installation : 68 % des étudiants ont indiqué qu'ils souhaitaient s'installer dans la région.

Modalités de travail : parmi les 278 répondants, 38 % souhaitaient une activité mixte, 22 % une activité ambulatoire stricte, 13 % une activité hospitalière stricte, 9 % une activité hospitalière pendant quelques années puis ambulatoire, 7 % une activité salariée autre. En outre, 71 % des étudiants désiraient travailler en groupe.

Remplacements : 83 % des étudiants désiraient remplacer avant de s'installer.

Rsemal 27/04/05 9:24 Page 463

Temps de travail : 67 % des étudiants envisageaient un travail à temps plein, et 27 % à temps partiel (pour plus de la moitié d'entre eux au moins 4 jours/semaine). Pour les obligations de gardes, 80 % désiraient intégrer un tour de garde entre collègues ou en maison médicale de garde.

Zones d'installation : 41 % ont indiqué qu'ils souhaitaient s'installer en zone semi-rurale, 23 % en zone péri-urbaine, 19,5 % en zone urbaine, et 5 % en zone rurale.

Installation en zone dite de désert médical : 1/3 des étudiants ont indiqué qu'ils étaient intéressés par ce type d'installation. Une aide ponctuelle diminuerait cette proportion, une aide au maintien la porterait à 49 %. En fin de 1re année, apparaissait une diminution de 10 % de l'intérêt pour ces zones.

Transfert de compétence : il intéressait globalement 56 % des étudiants : 61 % au début du 3e cycle, 52 % en 2e année, 55 % en fin de 3e cycle.

Une différence d'approche en fonction du sexe

Les femmes souhaitaient plus souvent travailler en groupe que les hommes (77 % contre 65 %). Les répondants qui souhaitaient travailler à temps partiel étaient des femmes dans 74 % des cas.

Les hommes (44 %) plus que les femmes (39 %) préparaient des diplômes complémentaires ; ils étaient également plus nombreux à désirer préparer une capacité.

L'installation seule était envisagée par 7 hommes pour 3 femmes. L'installation en zone rurale était envisagée dans 60 % des cas par des hommes et en zone péri-urbaine dans 60 % des cas par des femmes.

Les femmes étaient davantage prêtes à accepter l'idée d'un transfert partiel de compétences : 60 % des refus étaient dus aux hommes.

DISCUSSION

Impact du 3e cycle d'étude dans le projet professionnel

Notons tout d'abord que, au cours du 3e cycle, la médecine générale reste un réel choix (initial ou par défaut) pour la majorité des étudiants. Cependant, on constate un intérêt manifeste pour suivre des DU et des capacités afin de compléter la formation initiale et plus encore vis-à-vis de passerelles inter-spécialités permettant d'envisager une évolution de carrière.

Concernant le type d'activité envisagé, une activité mixte associant un exercice en secteur ambulatoire et un exercice hospitalier était principalement envisagée ; l'activité ambulatoire stricte semblait, elle, beaucoup moins attractive. Ces données n'évoluent pas d'une année sur l'autre, et notamment pas avec la réalisation du « stage chez le praticien » qui reste un temps relativement court dans le cursus total des étudiants. Le milieu hospitalier resterait un cadre connu et rassurant, où il semble plus facile de remettre ses connaissances à jour. Il serait ainsi intéressant d'envisager cette question du mode d'exercice dans une autre étude auprès de médecins tout nouvellement thésés et avec quelques années d'expérience, afin d'évaluer si une meilleure connaissance du mode d'exercice en secteur ambulatoire atténuerait ce qui semble être une crainte de quitter le milieu d'apprentissage initial. On observe aussi que plus de 4 étudiants sur 5 désiraient effectuer des remplacements avant de s'installer. C'est donc un « banc d'essai » important qui permet un choix éclairé quant à la décision de l'installation définitive.

TABLEAU I : **RÉPARTITION DES RÉPONDANTS AU QUESTIONNAIRE**

	Hommes		Femmes		Total	
	Population cible	Répondants	Population cible	Répondants	Population cible	Répondants
1re année	58	45	66	54	124	99
2e année	60	48	59	50	119	98
3e année	77	51	60	30	137	81
Total	195	144	185	134	380	278

Temps de travail. Un peu plus de 1 étudiant sur 4 souhaitaient travailler à temps partiel, le plus souvent 4 à 4 jours et demi par semaine, soit globalement un temps qui se rapproche des 35 heures par semaine, considéré comme un temps plein pour une bonne partie de la société.

Permanence des soins. Malgré la volonté des étudiants de défendre, de plus en plus, le maintien de leur qualité de vie, ceux-ci n'en sont pas moins respectueux des obligations d'assurer la permanence des soins et de participer aux gardes. Mais ces obligations ne sont plus acceptées seules et impliquent un cadre de travail qui respecte le soignant, et notamment sa qualité de vie.

Installation en zone sous-médicalisée. Bien qu'une prise de conscience des choix de vie liés à l'installation en zone dite de désert médical semble se faire en fin de 1re année, avec une baisse globale d'intérêt pour environ 10 % des étudiants, ce type d'installation n'est pas complètement rejeté puisqu'il intéresserait près d'un tiers des répondants. Une aide ponctuelle ferait paradoxalement diminuer le nombre de candidats à l'installation dans ces zones ; à l'inverse, une aide au maintien conforterait ceux initialement intéressés et motiverait aussi des étudiants initialement réticents. C'est donc bien la qualité de vie, et non l'argent, qui motive l'installation en zone dite de désert médical.

Enfin, le transfert des compétences est considéré comme une solution intéressante pour 56 % des étudiants. Ce taux chute de près de 10 % en fin de 1re année, puis remonte partiellement secondairement. Ainsi, à l'approche de la prise de fonction, dans un contexte de démographie médicale en crise, le travail en coordination et avec des relais auprès d'autres professionnels de santé devient, sinon une nécessité, tout au moins une solution suscitant un intérêt plus marqué.

Rsemal 27/04/05 9:24 Page 464

Différences entre les hommes et les femmes

Il semble que les principes culturels hérités et la place traditionnellement tenue par les hommes et les femmes dans la société jouent un rôle important dans la prise de décision concernant le projet professionnel. La féminisation de la profession aurait ainsi un impact non seulement sur la durée de travail hebdomadaire, mais aussi sur le mode de travail :

– il s'avère que les femmes interrogées ont exprimé un attachement plus important à la famille à laquelle elles ont donné la priorité plus souvent que les hommes. Cette priorité oriente leur rapport à leur environnement, notamment leur région d'installation et, comme nous l'avons vu, leur mode de travail ;

– la grande majorité des étudiants interrogés ont déclaré vouloir travailler en groupe, particulièrement les femmes ; cette façon d'envisager son exercice professionnel permet une plus grande souplesse, tout en gardant le respect du patient. C'est en outre, à l'instar de l'hôpital, un mode de travail plus sécurisant, et qui permet une relation sociale plus proche de ce qui s'observe dans un service hospitalier ;

– par ailleurs, ce sont principalement des femmes qui ont exprimé le souhait d'exercer à temps partiel. Là encore, les femmes apparaissent moins souvent prêtes à sacrifier leur qualité de vie ;

– les hommes ont exprimé une plus grande indifférence vis-à-vis de la proximité hospitalière ; ils étaient prêts à s'installer seuls et en zones rurales plus souvent que les femmes. Cette population masculine apparaît alors plus désireuse d'indépendance d'un point de vue socioprofessionnel ;

– enfin, dans le domaine du transfert des compétences, les femmes accepteraient plus facilement ce principe. Elles apparaissent donc davantage prêtes à un exercice en coordination et en équipe, ce qui leur permettrait de conserver une vie personnelle malgré la pénurie de médecins annoncée.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence de grandes tendances qui accompagnent la diminution globale du nombre des médecins et qui sont à prendre en compte, au regard de la féminisation de la profession et de l'importance croissante de la qualité de vie.

On peut, à partir de ces constats, s'interroger sur l'évolution de la perception qu'aura la société de la profession médicale.

Mais d'ores et déjà, ces futurs praticiens voient leur profession avec un regard qui donne une réelle importance à la qualité de vie dans les projets professionnels, projets qui incluent des possibilités d'évolution au travers de passerelles inter-spécialités.

Cette étude, qui montre que les facteurs culturels et environnementaux tiennent une part importante dans les décisions et les projets de vie, a permis de réaliser le portrait d'un corps professionnel en devenir avec ses attentes et ses choix. ■

Références

1. Semal R. Démographie médicale dans le Nord-Pas-de-Calais. Quelles perspectives sociologiques et professionnelles ? Étude de la population des étudiants en troisième cycle de médecine générale à l'Université de Lille 2 pour l'année 2002-2003. Thèse Med : Université du droit et de la santé de Lille 2. 2003.

2. Rapport de la mission « Démographie des professions de santé », dirigée par le Pr Y. Berland pour le ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Novembre 2002.

3. Démographie de médecins libéraux en 2008. Étude des URCAM. Septembre 2000.

4. La santé observée dans les régions de France. FNORS, février 1997.

Pour en savoir plus

– Rapport sur la démographie médicale. Étude du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, par la Direction générale de la santé, dirigée par le Pr L.Abenhaim, juin 2001.

– La démographie médicale française au 1er janvier 2001. Étude n°34 du conseil national de l'Ordre des médecins, novembre 2001.

– Chabot JM. Démographie médicale : les mécanismes de la crise. Rev Prat Med Gen 2001 ; 15 : 1917-26

– La démographie médicale française au 1er janvier 2000. Étude n°33 du conseil national de l'Ordre des médecins, novembre 2000.