

I Revues générales

Quels sont les souhaits d'exercice des jeunes pédiatres ?

RÉSUMÉ : Face aux changements démographiques et organisationnels de notre profession, nous avons questionné les souhaits des internes en pédiatrie concernant leur futur mode d'exercice. En 2019, les carrières qui attirent le plus les internes sont hospitalières, spécialisées et à temps partiel. La très grande proportion d'internes femmes, l'augmentation de la sensibilité des étudiants au burn out et le rejet du travail solitaire de pédiatre libéral impactent sensiblement les choix de carrières. La pédiatrie communautaire (crèches, PMI...) et la pédiatrie de ville, en particulier en dehors des grandes villes, n'attirent pas les internes.

Si les futurs praticiens sont toujours très attachés au modèle du pédiatre de premier recours, il faudra former plus de pédiatres pour pérenniser la continuité des soins en ambulatoire ou en hospitalier.



L. LENGHART¹, J. DO CAO²

¹ Urgences pédiatriques, Hôpital Robert Debré, PARIS, anciennement secrétaire générale de l'AJP – Association des juniors en pédiatrie ;

² Service de Pédiatrie générale, Hôpital Antoine Bécclère, CLAMART, anciennement Président de l'AJP – Association des juniors en pédiatrie.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) dévoile tous les ans un atlas de démographie médicale française [1]. En 2018, le CNOM décompte 20,20 % (1 475/7 299) de pédiatres âgés de plus de 60 ans en France, soit autant de pédiatres qui vont prendre leur retraite dans les 10 prochaines années. Par ailleurs, on note 41,15 % d'hommes dans cette tranche d'âge contre 13,51 % chez les 30-39 ans. On compte aussi chez les pédiatres, toutes classes d'âge et tous sexes confondus, 22 % d'exercice libéral, 68 % d'exercice salarié et 11 % d'exercice mixte.

La population pédiatrique est aujourd'hui confrontée à un manque de pédiatres de premier recours [2] : 20 % seulement des enfants de moins de 2 ans sont suivis régulièrement par un pédiatre. En 2013, en France, on compte 1 pédiatre pour 5 300 enfants, ce qui est loin de la moyenne européenne (1 pédiatre pour 2 500 enfants), alors qu'en Italie, les pédiatres suivent tous les enfants jusqu'à 6 ans de façon exclusive et sont 1 pour 800 enfants [3].

Il est indéniable que la pédiatrie est une des spécialités les plus féminisée et, comme dans les autres professions médicales, cette tendance tend à s'accroître. L'effet du processus de féminisation a été vastement étudié au sein de notre profession [4-8] comme dans d'autres [9, 10] et l'on sait aujourd'hui que celui-ci s'accompagne d'un changement dans les modes d'exercice, comme une préférence pour le travail à mi-temps ou le salariat [11]. Au-delà de la question de la féminisation de la profession, on observe un changement de mentalité chez les jeunes médecins, avec une attention croissante portée au risque de burn out [12] et une génération prête à porter haut et fort des revendications concernant ses conditions de travail [13].

En 2017, le ministère de la Santé, en concertation avec les syndicats d'internes, met en place une réforme de l'internat qui aboutit à une spécialisation plus précoce des étudiants :

- en créant de nouveaux diplômes d'études spécialisées (DES) à partir des anciens DESC (DES complémentaires) ;

– en proposant des options au sein des spécialités permettant de se surspécialiser dès son internat. En pédiatrie, 4 options sont actuellement proposées : pneumopédiatrie, neuropédiatrie, néonatalogie et réanimation pédiatrique, dans l'objectif de former des pneumopédiatres et neuropédiatres spécialisés qui exerceront en ville une activité surspécialisée bien définie.

Face aux changements démographiques et organisationnels de notre profession, nous avons questionné les souhaits des internes en pédiatrie concernant leur futur mode d'exercice.

■ Matériel et méthode

Entre décembre 2018 et février 2019, l'Association des juniors en pédiatrie (AJP) a envoyé un questionnaire en ligne, anonyme, à tous les internes de pédiatrie de France ayant commencé leur internat entre 2013 et 2018. Le questionnaire comportait 4 catégories de questions :

- informations personnelles (sexe, statut marital, parentalité) ;
- informations sur l'internat (région d'internat, raisons du choix de spécialité, nombre de semestres validés...) ;
- aspirations pour le futur (mode d'exercice, surspécialisation, lieu d'exercice, temps de travail, gardes, carrière universitaire...) ;
- avis sur le futur de la pédiatrie.

Les analyses ont été effectuées avec le logiciel R Studio, les variables étaient toutes catégorielles et des tests de Fisher ont été utilisés pour comparer les pourcentages de variables binaires et obtenir des *odds ratios*, quand des tests du Chi2 ont été utilisés pour comparer les répartitions.

■ Résultats et discussion

529 internes en pédiatrie sur 1 929 ont répondu à notre questionnaire. La répartition régionale des étudiants et la

représentation des différents semestres étaient équivalentes à celles attendues ($p = 0,20$ et $0,22$ respectivement). 83,6 % des répondants sont des femmes, ce qui correspond exactement au nombre d'internes femmes ayant choisi la spécialité pédiatrie à l'issu des ECN 2016 (83,4 %) [14]. 54,6 % des internes sont mariés ou installés en couple et 41,9 % ont des conjoints qui sont médecins. 8 % des internes ont des enfants et 9 grossesses sur 10 ont eu lieu pendant l'internat. Nous présentons les résultats selon 3 axes : le lieu d'exercice, le mode d'exercice et le temps de travail.

1. Lieu d'exercice

38 % des internes veulent vivre dans une ville de plus de 300 000 habitants, ce qui correspond à des villes de la taille de Nice, Toulouse, Lyon, Marseille ou Paris, 31 % souhaitent vivre dans de petites villes (10 à 100 000 habitants) et 2 % souhaitent vivre dans un village (moins de 10 000 habitants). Au total, 98 % des internes souhaitent vivre en ville, avec une préférence pour les très grandes villes.

Nous avons étudié les disparités régionales et remarqué qu'en fonction du lieu de leur internat, les internes n'ont pas le même souhait concernant leur futur lieu d'exercice. Par exemple, les internes en Île-de-France sont 5 fois plus intéressés par la vie dans une grande ville que les internes non franciliens (IC 95 % : 3,33-7,54 ; $p < 0,005$). Pour aller plus loin dans ce questionnement, nous nous sommes intéressés au cas des internes n'ayant pas changé de subdivision au cours de leur internat. Dans ces situations particulières, on observe que les internes franciliens ayant effectué leur premier et deuxième cycle en Île-de-France sont 6,5 fois plus enclins (IC 95 % : 3,62-11,8 ; $p < 0,005$) à souhaiter vivre dans une très grande ville que ceux des autres régions. Si on s'intéresse à la région Auvergne-Rhône-Alpes, qui est l'une des régions les plus rurales de France tout en regroupant de très grandes villes

dont Lyon, les internes qui en sont originaires sont 31 fois (IC 95 % : 1,55-1904 ; $p = 0,01$) plus désireux de vivre dans un village en comparaison aux internes des autres régions.

85 % des internes souhaitent avoir un exercice hospitalier même partiel : 36 % des internes envisagent une activité mixte, 49 % des internes souhaitent travailler uniquement à l'hôpital. En revanche, seuls 13 % des internes souhaitent avoir un exercice en ville uniquement et, parmi eux, 2 % souhaitent travailler seul dans leur cabinet.

Quand on s'intéresse aux raisons pour lesquelles les internes se désintéressent du travail en ville, les 3 raisons principales évoquées sont :

- la charge administrative (70 %) ;
- la solitude (62 %) ;
- le risque de désintérêt intellectuel (56 %).

Il est important de signaler que, dans la plupart des régions, l'internat de pédiatrie est toujours essentiellement tourné vers l'hôpital et qu'une grande majorité des internes ne font jamais de stage dans un cabinet de ville.

2. Mode d'exercice

57 % des répondants souhaitent exercer une surspécialité pédiatrique, 37 % souhaitent être pédiatres généralistes, 3 % souhaitent travailler en maternité et 2 % sont intéressés par la pédiatrie communautaire. Ces réponses sont l'illustration des futures difficultés pour notre profession à répondre aux souhaits des praticiens et des patients, puisque la demande de pédiatres de premier recours est grandissante de la part de la population quand le nombre de postes hospitaliers surspécialisés diminue.

Il est intéressant de noter que les internes semblent pourtant très attachés au principe d'une pédiatrie générale de premier recours, puisque 71,2 % d'entre eux souhaitent voir ce fonctionnement

I Revues générales

perdurer. 13 % des internes pensent que les médecins généralistes doivent constituer le premier recours afin d'orienter les enfants directement vers des pédiatres surspécialisés. Il y a une inadéquation entre ce que les répondants souhaitent en termes de santé publique et ce qu'ils envisagent pour leur carrière personnelle.

Si on s'intéresse en particulier aux internes issus de la réforme de l'internat de 2017 (ECN 2017 et 2018), 70,8 % (148/209) d'entre eux souhaitent faire une option ou une formation spécialisée transversale (FST) :

- 16 % envisagent la pneumopédiatrie ;
- 14 % envisagent la néonatalogie ;
- 9 % envisagent la neurologie pédiatrique ;
- 8,7 % envisagent la réanimation pédiatrique.

Chaque année, un arrêté ministériel fixe le nombre de postes accessibles par option et FST pour les internes de phase 2 (entre la 2^e et la 4^e année d'internat). En 2020, celui-ci fixe 63 postes en néonatalogie (19 % de la promotion 2018), 47 postes en réanimation pédiatrique (14 %), 41 postes en neurologie pédiatrique (12,5 %) et 38 postes en pneumopédiatrie (11,5 %) [15]. Cela correspond à 57 % de postes de surspécialités, avec une répartition des postes qui ne correspond pas tout à fait à celle souhaitée par les répondants à notre enquête.

77 % des internes hommes s'envisagent pédiatres spécialisés, pour 53,4 % des internes femmes (OR : 2,91 ; IC 95 % : 1,68-5,26 ; $p < 0,005$). Ces différences liées au genre se retrouvent dans un nombre important de nos analyses. Les hommes ne sont que 5 % à s'imaginer travailler en ville quand les femmes sont 15 %. 47 % des femmes envisagent une carrière hospitalière pure contre 57 % des hommes. 65 % des internes hommes envisagent ou ont déjà effectué un master 2 pour 44 % des femmes. Il est intéressant de noter que les hommes ont ici 4,6 fois plus de chance d'avoir

obtenu une bourse d'année-recherche que les femmes (IC 95 % : 1,07-24,53 ; $p = 0,02$). En dehors des problématiques de genre, il est important de noter que 41 % des internes s'intéressent aux carrières hospitalo-universitaires, avec 46 % qui prévoient de faire un master 2. Des disparités régionales sont aussi observées en ce qui concerne les aspirations de recherche, avec des internes franciliens deux fois plus enclins à souhaiter faire un master 2 que les internes des autres régions (IC 95 % : 1,32-3,14 ; $p < 0,005$).

3. Temps de travail

Le temps de travail est devenu pour les internes une préoccupation majeure [16, 17], puisque 86 % s'inquiètent des horaires à l'hôpital. Cette préoccupation est la première raison qui leur ferait poursuivre leur carrière en dehors de l'hôpital, loin devant les salaires bas de l'hôpital public (47 %) et les incertitudes professionnelles (28 %). En 2019, 45,5 % envisagent donc de travailler à mi-temps, en particulier pour avoir plus de temps en famille (76 % d'entre eux). Ce sont les femmes qui sont les plus intéressées par le travail à mi-temps puisque 49 % d'entre elles l'envisagent contre 27 % des

POINTS FORTS

- 49 % des internes souhaitent travailler uniquement à l'hôpital et 36 % envisagent un exercice mixte.
- La charge administrative et la peur de la solitude sont les deux premières raisons invoquées en défaveur de l'installation libérale par les internes.
- Plus d'un interne sur deux envisage une surspécialisation et seulement 2 % des internes s'intéressent à la pédiatrie communautaire (PMI, crèche...).
- Quasiment un interne sur deux souhaite travailler à mi-temps dans le futur.
- D'importantes différences d'ambitions entre les hommes et les femmes : un plafond de verre est toujours très présent malgré une profession extrêmement féminisée.

hommes ($p < 0,005$), mais le fait qu'un tel pourcentage d'hommes souhaite exercer à mi-temps illustre très bien un changement assez récent dans les mentalités des futurs praticiens, qui risque d'impacter la façon que nous aurons tous de travailler ensemble.

La continuité des soins reste une problématique importante pour les futurs diplômés puisque 70 % des internes envisagent de poursuivre les gardes aux urgences même s'ils n'y travaillent pas, au moins pendant quelques années. Parmi les internes intéressés par la pédiatrie de ville, 25 % veulent participer à la continuité des soins (en travaillant le week-end et certaines soirées) pendant toute leur carrière. 31,4 % des femmes ne souhaitent pas participer à la permanence de soins aux urgences par des gardes ou astreintes le week-end dès la fin de leur internat, 23 % des hommes tiennent le même discours. Ces différences sont importantes, car elles pourraient engendrer des difficultés dans la continuité des soins.

La peur du burn out chez les jeunes praticiens peut être illustrée par leur volonté de contrôler leur temps de travail, mais aussi par le nombre d'internes souhaitant

être ou ayant déjà été mis en disponibilité au cours de leur internat : 51,3 % des internes souhaitent une mise en disponibilité et 20,8 % des internes interrogés ont été mis en disponibilité. On remarque aussi qu'au début de leur internat, 67 % veulent travailler à plein temps, alors qu'ils ne sont plus que 35 % à la fin de leur internat ($p = 0,03$).

■ Conclusion

On observe dans cette étude que la population des professionnels de pédiatrie est en grande évolution. En 2019, les carrières qui attirent le plus les internes sont hospitalières, spécialisées et éventuellement à mi-temps (ou au moins à temps partiel). La très grande proportion d'internes femmes, l'augmentation de la sensibilité des étudiants au burn out et le rejet du travail solitaire de pédiatre libéral impactent sensiblement les choix de carrières. La pédiatrie communautaire (crèches, PMI...), profession déjà largement en souffrance du fait de son manque d'attractivité, et la pédiatrie de ville, en particulier en dehors des grandes villes, n'attirent pas les internes. Le nombre de mi-temps est amené à augmenter, que ce soit en ville ou à l'hôpital, le nombre de surspécialistes aussi.

À l'aune de ces différents constats, il semble inévitable de voir diminuer le nombre de pédiatres de premier recours, pédiatres en charge des enfants qui se développent harmonieusement. Si les futurs praticiens sont toujours très att-

chés à ce modèle, il semble qu'il nous faudra former plus de pédiatres pour permettre une continuité des soins et une capacité de prise en charge au moins aussi bonne qu'aujourd'hui.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOUET P, MOURGUES JM. *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018*. Ordre national des médecins : www.fnco.org/sites/default/files/2018_CNOM_atlas_demographie_medicale.pdf
2. FRANC C, LE VAILLANT M, ROSMAN S *et al.* *La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites*. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), 2007.
3. VALLETEAU DE MOULLIAC J. La pédiatrie libérale : enjeux, difficultés et perspectives. *Bull Acad Natl Med*, 2013;197:1143-1152.
4. McMULLEN K, JANKO M, WITTBOLD K. Expectations of gender in medical education. *AMA J Ethics*, 2012;14:989-992.
5. VAN TONGEREN-ALERS M, VAN ESCH M, VERDONK P *et al.* Are new medical students' specialty preferences gendered? Related motivational factors at a Dutch medical school. *Teach Learn Med*, 2011; 23:263-268.
6. LAPEYRE N, LE FEUVRE N. Féminisation du corps médical et dynamiques professionnelles dans le champ de la santé. *Rev Fr Aff Soc*, 2005;1:59.
7. Women Chairs of the Association of Medical School Pediatric Department Chairs. Women in pediatrics: recommendations for the future. *Pediatrics*, 2007;119:1000-1005.
8. CARNES M, MORRISSEY C, GELLER SE. Women's health and women's leadership in academic medicine: hitting the same glass ceiling? *J Womens Health*, 2008;17:1453-1462.
9. RUBERY J. Change at work: feminisation, flexibilisation, fragmentation and financialisation. *Empl Relat*, 2015;37: 633-644.
10. SOMMERLAD H. The myth of feminisation: Women and cultural change in the legal profession. *Int J Leg Prof*, 1994; 1:31-53.
11. NICOLE-DRANCOURT C. Organisation du travail des femmes et flexibilité de l'emploi. *Sociol Trav*, 1990;32:173-193.
12. CINTAS C, COUSINEAU M, LANGLOIS V. S'occuper de nos futurs médecins : quand l'épuisement professionnel se fait sentir dès l'internat. *RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep*, 2016;23:27.
13. ISNI. Enquête santé mentale des jeunes médecins. 2017.
14. www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2016/
15. Arrêté du 5 juin 2020 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études médicales autorisés à suivre une option ou formation spécialisée transversale au titre de l'année universitaire 2020-2021. www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/6/5/SSAH2013117A/jo/texte
16. RICHEL M. Young doctors and wish lists: no weekend calls, no beepers. *The New York Times*, Published online 2004.
17. DUMELOW C, LITTLEJOHNS P, GRIFFITHS S. Relation between a career and family life for English hospital consultants: qualitative, semistructured interview study. *BMJ*, 2000;320:1437-1440.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.