



HAL
open science

Influence du stage ambulatoire de niveau un sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble

Mathilde Coudreuse Chichoux

► To cite this version:

Mathilde Coudreuse Chichoux. Influence du stage ambulatoire de niveau un sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00686929

HAL Id: dumas-00686929

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00686929>

Submitted on 11 Apr 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE**

Année 2012

thèse n°

**Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur le projet
d'installation des internes en D.E.S. de médecine
générale de la faculté de Grenoble.**

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Madame Mathilde COUDREUSE CHICHOUX
Née le 15 Octobre 1982 à Villeurbanne (69)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT
A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE
LE 03 AVRIL 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président du jury : Monsieur le Professeur Pierre-Yves BENHAMOU

Membres du jury : Monsieur le Professeur Serge HALIMI
Monsieur le Professeur Jean-Philippe VUILLEZ
Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND, directeur de thèse
Madame le Docteur Isabelle GLORIEUX

FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Liste des professeurs d'universités - praticiens hospitaliers

ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie, radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique, Médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophtalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail

Liste des professeurs d'universités - praticiens hospitaliers

DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie, transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie

Liste des professeurs d'universités - praticiens hospitaliers

MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie

Liste des maitres de conférences des universités – praticiens hospitaliers

BONNETERRE	Vincent	Médecine et santé au travail
BOTTARI	Serge	Biologie cellulaire
BOUTONNAT	Jean	Cytologie et histologie
BRENIER-PINCHART	Marie-Pierre	Parasitologie et mycologie
BRIOT	Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
CALLANAN-WILSON	Mary	Hématologie, transfusion
CROIZE	Jacques	Bactériologie-virologie
DERANSART	Colin	Physiologie
DETANTE	Olivier	Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologie
EYSSERIC	Hélène	Médecine légale et droit de la santé
FAURE	Julien	Biochimie et biologie moléculaire
GILLOIS	Pierre	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
GRAND	Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie-obstétrique
LABARERE	José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
LAPORTE	François	Biochimie et biologie moléculaire
LARDY	Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
LARRAT	Sylvie	Bactériologie-virologie
LAUNOIS-ROLLINAT	Sandrine	Physiologie
MALLARET	Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MAUBON	Danièle	Parasitologie et mycologie
MC LEER (FLORIN)	Anne	Cytologie et histologie
MOREAU-GAUDRY	Alexandre	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
MOUCHET	Patrick	Physiologie
PACLET	Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PASQUIER	Dominique	Anatomie et cytologie pathologiques
PAYSANT	François	Médecine légale et droit de la santé
PELLETIER	Laurent	Biologie cellulaire
RAY	Pierre	Génétique
RIALLE	Vincent	Bio statistiques, informatique médicale et technologies de communication
SATRE	Véronique	Génétique
STASIA	Marie-Josée	Biochimie et biologie moléculaire
TAMISIER	Renaud	Physiologie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre-Yves BENHAMOU

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous en suis profondément reconnaissante.

A Messieurs les Professeurs Jean-Philippe VUILLEZ et Serge HALIMI

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de l'intérêt que vous portez au D.E.S. de médecine générale et à la pédagogie médicale.

A Monsieur le Docteur Olivier MARCHAND

Je te remercie d'avoir accepté de me guider dans la réalisation de ce travail et pour le temps que tu as passé en relectures et multiples conseils.

A Madame le Docteur Isabelle GLORIEUX

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail et de m'avoir accordé ta confiance en me confiant mon premier vrai remplacement. En tant qu'ancienne interne chez toi, tu as largement assuré le « service après vente » (pour reprendre tes propres mots) de ma formation initiale.

Aux internes qui ont participé à ce travail.

A Madame GAUTHIER du service de la scolarité de la faculté de médecine pour sa gentillesse et sa patience et pour m'avoir fourni les caractéristiques de la population source.

Aux médecins et aux équipes qui m'ont accueilli pendant mes stages.

A tous mes anciens co-internes

Sans qui la route aurait été moins belle...

A Yannick pour ton amour, ta patience et ton soutien infaillible depuis le début de ces longues années d'études. Merci aussi pour ton aide indispensable dans la réalisation des statistiques et la mise en page de ce travail.

A mes parents, pour votre aide tant morale que logistique qui m'ont permis de mener à bien ces études.

A mes frères Guillaume, Benoît et Etienne. A Christiane, Marc, Laure-Amandine, Séverine et Clément.

A mes grands-parents et surtout à Claude DUBROMEL, j'espère que tu aurais été fier de moi.

A mes enfants Lucas et Titouan, mes petits rayons de soleil, pour vos sourires et vos éclats de rire.

A tous mes amis et surtout à Céline et Claire pour vos encouragements et vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail.

1.	ABREVIATIONS	1
2.	INTRODUCTION	2
3.	MATERIEL ET METHODE	4
3.1.	TYPE D'ETUDE	4
3.2.	POPULATION D'ETUDE	4
3.3.	QUESTIONNAIRES	4
3.3.1.	ELABORATION	4
3.3.2.	DISTRIBUTION	5
3.3.3.	RECUEIL	5
3.4.	ANALYSE DES RESULTATS.....	5
4.	RESULTATS	7
4.1.	TAUX DE PARTICIPATION.....	7
4.2.	DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE	7
4.2.1.	AGE ET SEXE	7
4.2.2.	SITUATION FAMILIALE.....	8
4.2.3.	ORIGINE GEOGRAPHIQUE	8
4.2.4.	THESE	8
4.2.5.	MOMENT DU CHOIX DE LA MEDECINE GENERALE.....	8
4.2.6.	CRITERES MIS EN AVANT DANS LE CHOIX DU STAGE.....	9
4.3.	INFLUENCE DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN SUR LE PROJET D'INSTALLATION.....	9
4.3.1.	A COURT TERME	9
4.3.2.	A LONG TERME	12
4.3.3.	INFLUENCE ATTENDUE SUR LE PROJET PROFESSIONNEL EN DEBUT DE STAGE	13
4.3.4.	EVALUATION SUBJECTIVE DE L'INFLUENCE SUR LE PROJET PROFESSIONNEL EN FIN DE STAGE	14
4.4.	INFLUENCE DU STAGE SUR LES CARACTERISTIQUES DU PROJET D'INSTALLATION.....	16
4.4.1.	MILIEU D'EXERCICE.....	16
4.4.2.	MODE D'EXERCICE	17
4.4.3.	TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE	17
4.4.4.	DUREE DES CONGES ANNUELS	18
4.4.5.	DELAI D'INSTALLATION APRES LA FIN DES ETUDES	18
4.4.6.	LIEU D'INSTALLATION.....	19
4.4.7.	DIPLOME COMPLEMENTAIRE.....	20
4.5.	CARACTERISTIQUES DE L'EXERCICE MIXTE	21
4.5.1.	RAPPORT EXERCICE LIBERAL / EXERCICE SALARIE	21
4.5.2.	TYPE D'EXERCICE SALARIE ENVISAGE.....	22

4.6.	RESSENTI DU STAGE	22
DISCUSSION		24
4.7.	CRITIQUES DE CE TRAVAIL.....	24
4.7.1.	LIMITES A LA VALIDITE INTERNE DE NOTRE ETUDE	24
4.7.2.	LIMITES A LA VALIDITE EXTERNE DE NOTRE ETUDE	24
4.8.	DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	25
4.8.1.	DES ETUDIANTS CONFORTES DANS UN PROJET D'INSTALLATION LIBERALE A LONG TERME	25
4.8.2.	UN ALLONGEMENT DE LA PERIODE D'EXPERIMENTATION	25
4.8.3.	UN NECESSAIRE AJUSTEMENT DU PROJET PROFESSIONNEL AU CONTACT DE LA REALITE.....	27
4.8.4.	UN STAGE APPRECIE – DES MAITRES DE STAGE DES UNIVERSITES VALORISES	31
4.9.	PROPOSITIONS	32
4.10.	AUTRES ETUDES A PREVOIR	33
5.	CONCLUSION	34
6.	BIBLIOGRAPHIE	36
7.	ANNEXES	40
7.1.	ANNEXE 1.....	40
7.2.	ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE AVANT STAGE	41
7.3.	ANNEXE 3 - QUESTIONNAIRE POST-STAGE.....	44
7.4.	ANNEXE 4 - MAIL D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE AVANT STAGE	48
7.5.	ANNEXE 5 - MAIL D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE POST-STAGE.....	49
7.6.	ANNEXE 6 - STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE LA POPULATION ETUDIEE	50
7.6.1.	AGE ET SEXE	50
7.6.2.	SITUATION FAMILIALE.....	50
7.6.3.	ORIGINE GEOGRAPHIQUE	51
7.6.4.	MOMENT DU CHOIX DE LA MEDECINE GENERALE.....	51
7.6.5.	CRITERES DU CHOIX DE STAGE	52
7.7.	ANNEXE 7 - INFLUENCE DU STAGE SUR LE PROJET D'INSTALLATION	53
7.7.1.	PROJET COURT TERME.....	53
7.7.2.	A LONG TERME	53
7.8.	ANNEXE 8 - INFLUENCE DU STAGE SUR LES CARACTERISTIQUES DU PROJET D'INSTALLATION .	55
7.8.1.	MILIEU D'EXERCICE	55
7.8.2.	MODE D'EXERCICE	55
7.8.3.	TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE	55
7.8.4.	DUREE DES CONGES ANNUELS	56
7.8.5.	DELAI D'INSTALLATION.....	56
7.8.6.	LIEU D'INSTALLATION.....	56
7.8.7.	DIPLOME COMPLEMENTAIRE.....	57
7.9.	ANNEXE 9 - RAPPORT EXERCICE LIBERAL SUR EXERCICE SALARIE	58
8.	SERMENT D'HIPPOCRATE	59

1. ABREVIATIONS

ARAVIS : Association Représentante des internes de médecine générale des Alpes, Vallée de l'Isère et des Savoies.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DIU : Diplôme Interuniversitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme d'Université

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FUMG : Filière Universitaire de Médecine Générale

HPST (Loi) : Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

2. INTRODUCTION

Alors même qu'une pénurie profonde en médecins généralistes est annoncée et que la médecine générale a été déclarée spécialité en crise [1], la demande de soins de premiers recours est, quant à elle en pleine expansion [2]. Ceci s'explique d'une part par l'augmentation et le vieillissement de la population, et d'autre part, par une modification du comportement de « consommation » des soins.

Pour faire face à ce problème tant démographique qu'économique, différentes mesures ont été mises en place ces dernières années par le gouvernement :

- L'instauration d'aides financières incitatives à l'installation en zone sous-médicalisées, dont la méconnaissance par les principaux intéressés et la durée limitée réduisent l'intérêt [3].
- La création en 2004 du D.E.S. de médecine générale puis la tentative de revalorisation de la filière universitaire de médecine générale avec la loi HPST [4] dont les objectifs ambitieux ont du mal à être atteints [5].
- L'augmentation du nombre de places ouvertes en médecine générale aux ECN qui entraîne une augmentation du nombre d'internes en médecine générale (243 postes supplémentaires en 2010 par rapport à 2009) mais avec la persistance d'un grand nombre de postes non pourvus (668 en 2010) [6].

Force est de constater l'insuffisance de ces mesures, l'offre en soins de premier recours diminuant régulièrement avec une densité de médecins généralistes en activité de 138.9 pour 100000 habitants en 2011 [7] contre 151 pour 100000 habitants en 2007 [8].

Ainsi, comme le rapporte G. Bloy [9] il ne faut attendre aucune équivalence mécanique entre le nombre de diplômés de médecine générale mis sur le marché et le nombre de médecins de premiers recours nécessaires. Plusieurs facteurs prenant de l'ampleur ces dernières années peuvent expliquer ce phénomène :

- Une recrudescence de l'exercice à temps partiel [10].
- Une attirance de plus en plus marquée des jeunes médecins pour le salariat [7].
- La spécialisation via des DESC ou la pratique d'exercices dits particuliers (homéopathie, acupuncture...) [11].
- Les cessations anticipées d'exercice [7].
- Un réel problème de répartition sur le territoire [7,11].

De nombreuses pistes ont été creusées pour pallier à ce désintérêt pour la pratique de la médecine générale libérale. Le problème d'une formation quasi uniquement hospitalière ne préparant guère à l'installation libérale (qui reste

encore à ce jour le mode d'exercice majoritaire des médecins généralistes) a notamment été soulevé.

Les différentes réformes du troisième cycle (Annexe 1) et notamment, l'instauration en 1997 [8] d'un stage obligatoire chez le praticien durant le troisième cycle de médecine générale ne semblent cependant pas avoir modifié cette tendance [9].

Contrairement au S.A.S.P.A.S. et au stage ambulatoire de deuxième cycle l'impact du premier stage chez le praticien durant le troisième cycle sur le projet professionnel et plus particulièrement le projet d'installation des internes de médecine générale n'a été que peu étudié. Or ce stage est obligatoire pour tous les internes de médecine générale, y compris pour ceux ayant choisi cette spécialité par défaut aux E.C.N.

L'objectif principal de ce travail est de déterminer l'influence de ce stage sur le projet d'installation des futurs généralistes. Joue-t-il un rôle de « repoussoir » comme semble le trouver G. Bloy [14] ou bien, comme semblent le suggérer certains travaux de thèse, favorise-t-il le projet d'installation libérale chez les futurs généralistes [15, 16] ?

Les objectifs secondaires de cette étude seront de déterminer l'influence du stage sur les caractéristiques du projet professionnel et de mettre en évidence les différents déterminants à l'installation rencontrés durant ce stage.

3. MATERIEL ET METHODE

3.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une enquête monocentrique déclarative, prospective et comparative par l'intermédiaire de deux questionnaires, l'un avant le stage et l'autre en fin de stage.

3.2. POPULATION D'ETUDE

La population étudiée était constituée de tous les internes en D.E.S. de médecine générale de la faculté de médecine de Grenoble en stage ambulatoire de niveau 1 du 1er mai au 31 octobre 2011, soit 47 personnes.

Critères d'inclusion :

- Etre interne en D.E.S. de médecine générale à la faculté de Grenoble.
- Etre en stage ambulatoire de niveau 1 du 1er mai au 30 octobre 2011.
- Avoir répondu aux questionnaires en début et en fin de stage.

Critères d'exclusion :

- N'avoir répondu qu'à un seul des 2 questionnaires.

3.3. QUESTIONNAIRES

3.3.1. ELABORATION

Deux questionnaires ont été réalisés à partir de données issues de la littérature sur les sujets étudiés.

Les questionnaires ont été testés auprès de 2 internes de médecine générale et auprès de 4 personnes extérieures au domaine médical pour en apprécier la lisibilité, la compréhension et la facilité de réalisation.

Un questionnaire était distribué avant le stage (Annexe 2) qui permettait de recueillir les caractéristiques descriptives de la population d'étude et de cerner le projet professionnel des étudiants interrogés.

Le questionnaire distribué en fin de stage (Annexe 3) reprenait le premier questionnaire et permettait également de préciser: les caractéristiques, le déroulement et le ressenti du stage.

3.3.2. DISTRIBUTION

Le questionnaire avant-stage accompagné d'un mail expliquant l'objectif de l'étude (Annexe 4) a été transmis aux internes concernés par voie électronique par le biais des responsables d'ARAVIS (Association représentante des internes de médecine générale de Grenoble) le 23 avril 2011.

Devant un faible taux de réponse, une relance a été faite à l'occasion d'un séminaire obligatoire à la faculté de médecine le 5 mai 2011. Une version papier du questionnaire a été distribuée après présentation orale des objectifs de l'étude.

Le questionnaire de fin de stage a été distribué après nouvelle information orale sur les objectifs de l'étude lors d'un séminaire obligatoire le 20/10/2011.

Puis, pour ce deuxième questionnaire, deux relances ont été effectuées par voie électronique (Annexe 5) à l'aide des adresses mails des répondants du premier questionnaire (qui avaient tous donné leurs coordonnées électroniques) le 24/10/2011 et le 01/11/2011.

3.3.3. RECUEIL

Pour le questionnaire avant stage : 12 questionnaires ont été récupérés par voie électronique entre le 23 avril et le 4 mai 2011 et 23 questionnaires en version papier ont été récupérés le 5 mai 2011 à la fin du séminaire.

Pour le questionnaire de fin de stage : 26 questionnaires ont été récupérés en fin de séminaire le 20 octobre 2011. 4 questionnaires supplémentaires ont été reçus par voie électronique entre le 25 octobre et le 1er novembre 2011.

Afin de pouvoir comparer l'évolution éventuelle du projet professionnel des internes entre les deux questionnaires tout en garantissant l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque étudiant puis reporté sur les questionnaires.

3.4. ANALYSE DES RESULTATS

Les données des 2 questionnaires ont été reportées de façon manuelle dans le logiciel EXCEL 2003. Une personne extérieure à l'étude a vérifié la saisie de la totalité des questionnaires. Aucune erreur n'a été retrouvée.

Les statistiques descriptives et les tests du Chi deux ont été réalisés à l'aide du logiciel EXCEL 2003.

Le test de Wilcoxon et le test exact de Fisher (quand les conditions d'application du Chi 2 n'étaient pas remplies) ont été réalisés à l'aide du logiciel R 2.14.0 [17, 18].

Le seuil de significativité retenu pour la valeur p (ou « p-value ») était strictement inférieur à 0,05.

Pour la question 7 du questionnaire avant-stage (Annexe 2) les étudiants interrogés avaient la possibilité de citer 3 critères intervenus dans le choix du stage par ordre de priorité décroissante. Les choix des étudiants ont été pondérés en attribuant un coefficient aux réponses : 3 points ont été attribués

au choix prioritaire, 2 points au deuxième choix et 1 point au troisième choix. Les résultats ont été donnés sous forme de pourcentage par rapport à la somme des réponses pondérées par le coefficient.

Pour l'analyse de l'influence du stage sur les caractéristiques du projet d'installation les résultats qui sont présentés portent sur les 22 étudiants qui affirmaient avoir un projet d'installation libérale ou d'exercice mixte (salarié et libéral) à long terme en fin de stage. Ont été exclus des analyses suivantes 2 étudiants n'ayant pas de projet précis en fin de stage (ayant répondu « ne sait pas » à la question du type d'activité envisagée à long terme au questionnaire post-stage) et une étudiante ayant répondu vouloir faire du salariat extra-hospitalier.

Pour l'analyse statistique de la question portant sur la durée projetée de travail hebdomadaire les catégories « Supérieur à 10 demi-journées » et « Entre 8 et 10 journées » ont été regroupées.

4. RESULTATS

4.1. TAUX DE PARTICIPATION

Au total 35 questionnaires « avant-stage » ont été récupérés sur 47 internes interrogés (soit un taux de réponse de 74,5%). 10 questionnaires ont été exclus les étudiants n'ayant pas répondu au questionnaire de fin de stage.

30 questionnaires ont été récupérés en fin de stage sur 47 internes interrogés (soit un taux de réponse de 63,8%). 4 ont été éliminés, les étudiants n'ayant pas répondu au questionnaire d'avant-stage. Un autre questionnaire a été exclu, la partie identité n'avait pas été renseignée et ne permettait aucune comparaison avec un questionnaire avant-stage.

Chaque répondant n'a pas forcément répondu à toutes les questions du questionnaire.

Au final l'étude a porté sur 25 étudiants soit 53,2% de la population interrogée.

4.2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

(Annexe 6)

4.2.1. AGE ET SEXE

Le sex-ratio était significativement différent de la population des étudiants du D.E.S. de médecine générale de Grenoble en stage ambulatoire de niveau 1 entre le 1er mai et le 31 octobre 2011 ($p < 0.001$).

La moyenne d'âge des répondants était de 26,04 ans. L'âge des étudiants répondants ne différait pas significativement de la valeur du groupe interrogé ($p = 0.38$ test de Wilcoxon).

Tableau 1 : comparaison entre la population des internes du D.E.S. de médecine générale de Grenoble en stage ambulatoire de niveau 1 (population interrogée) et la population des internes ayant répondu aux questionnaires.

		Population interrogée	Population répondante
Age	Moyenne	26,17 ans	26,04 ans
	Extrêmes	22- 28 ans	24- 28 ans
	Ecart-type	1,18	0,93
Sexe	Hommes (n/%)	16 / 34%	5 / 20%
	Femmes (n/%)	31 / 66%	20 / 80%
Effectif global		47	25

4.2.2. SITUATION FAMILIALE

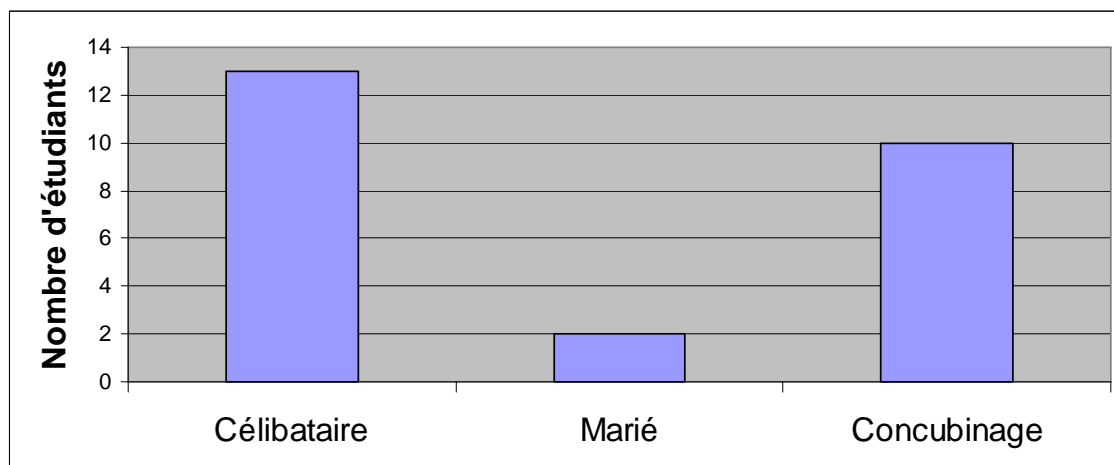


Figure 1 : Situation familiale

Une étudiante sur 25 (soit 4% des internes interrogés) était mère de famille. Elle avait un enfant.

4.2.3. ORIGINE GEOGRAPHIQUE

Parmi les 25 étudiants ayant répondu 9 (36%) étaient originaires d'une commune urbaine, 7 (28%) étaient d'origine périurbaine, 2 (8%) étaient d'origine semi-rurale et 7 (28%) étaient d'origine rurale.

4.2.4. THESE

24 étudiants n'étaient pas thésés au moment de l'enquête (soit 96% de la population étudiée). Un étudiant n'a pas répondu à la question.

4.2.5. MOMENT DU CHOIX DE LA MEDECINE GENERALE

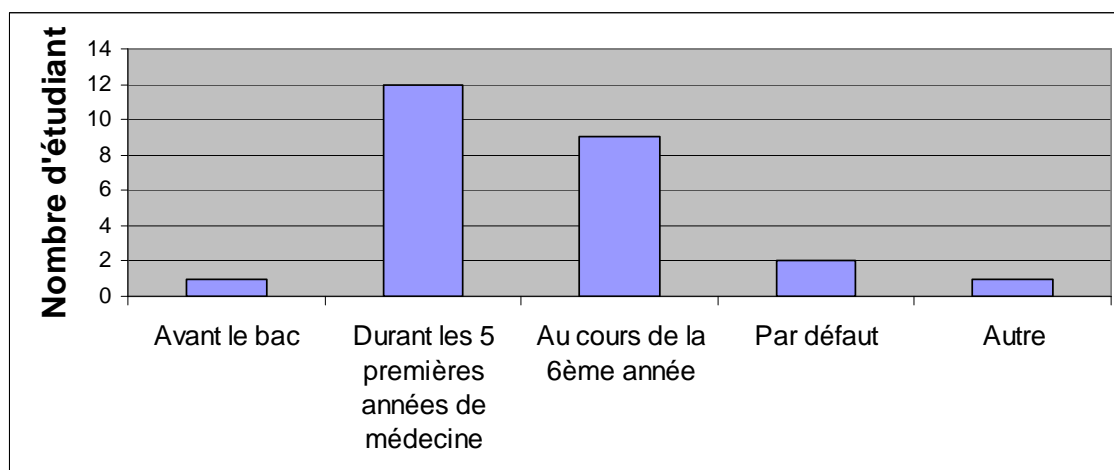


Figure 2 : Moment du choix de la médecine générale

Un étudiant a ajouté « Autre », sans préciser à quel moment il avait choisi de faire de la médecine générale.

4.2.6. CRITERES MIS EN AVANT DANS LE CHOIX DU STAGE

A cette question, les résultats sont donnés selon un critère de pondération tel que défini précédemment dans le paragraphe « Matériel et Méthodes ».

8 questionnaires sur 25 n'ont pu être exploités pour cette question.

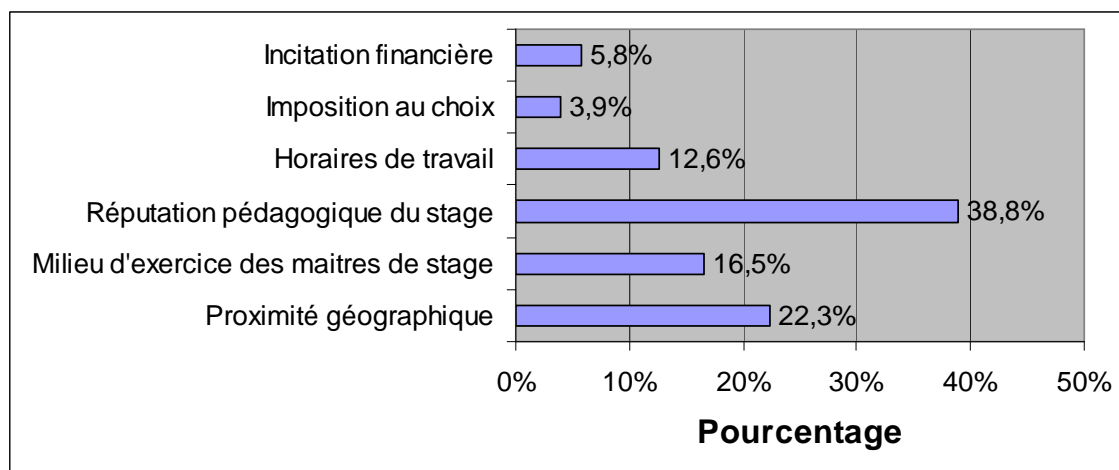


Figure 3 : *Critères de choix du stage*

Sur 14 étudiants ayant cité le milieu d'exercice des maitres de stage comme critère de choix du stage 12 ont préféré un exercice en milieu rural ou semi-rural.

4.3. INFLUENCE DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN SUR LE PROJET D'INSTALLATION

(Annexe 7)

4.3.1. A COURT TERME

Avant le stage sur les 25 étudiants répondants, 12 (48%) envisageaient des remplacements (pour un étudiant pour une durée inférieure à un an pour les autres pour une durée comprise entre 1 et 3 ans), 3 étudiants (12%) espéraient un exercice mixte ou libéral exclusif et les 10 derniers (40%) ne savaient pas ou envisageaient une activité salariée exclusive (hospitalière ou extra hospitalière).

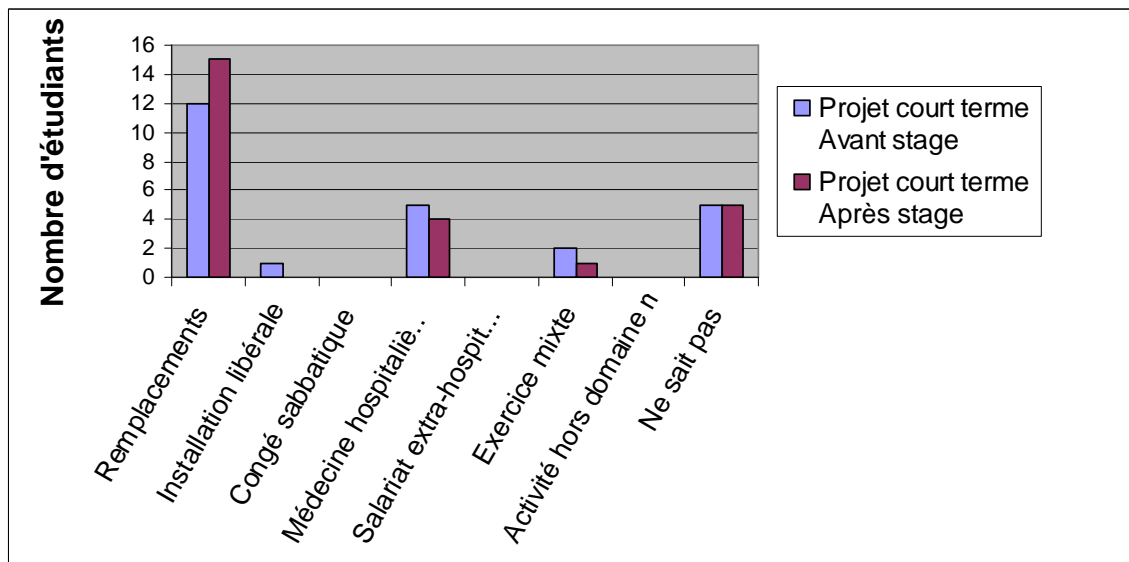


Figure 4 : *Projet professionnel à court terme*

En fin de stage, 15 répondants (60%) envisageaient des remplacements (pour un étudiant pour une durée inférieure à un an pour les autres pour une durée comprise entre 1 et 3 ans), 1 étudiant (4%) souhaitait un exercice mixte et 9 (40%) ne savaient pas ou envisageaient un exercice salarié exclusif.

Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative en comparant de façon globale les projets professionnels envisagés immédiatement à la fin de leur cursus universitaire avant et après stage ($p=0.58$ test exact de Fisher).

A l'échelon individuel, 7 étudiants sur 25 ont modifié leur projet professionnel initial, aux dépens des projets d'installation et en faveur principalement du remplacement (Tableau 2).

Tableau 2 : comparaison individuelle avant et après le stage du projet professionnel à court terme après la fin du cursus universitaire

<u>Projet en fin de stage</u>	Remplacement	Installation libérale	Congés sabbatique	Salariat Hospitalier	Salariat Extra-hospitalier	Exercice mixte	Hors domaine médical	Ne sait pas	Total
<u>Projet en début de stage</u>									
Remplacement	10	0	0	0	0	1	0	1	12
Installation libérale	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Congés sabbatique	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Salariat Hospitalier	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Salariat Extra-hospitalier	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Exercice mixte	1	0	0	0	0	0	0	1	2
Hors domaine médical	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ne sait pas	2	0	0	0	0	0	0	3	5
Total	15	0	0	4	0	1	0	5	25

La dernière colonne présente la répartition des projets en début de stage et la dernière ligne la répartition des projets en fin de stage.

Les chiffres en rouge mettent en évidence les changements de projets entre le début et la fin de stage.

Par exemple : sur 5 étudiants n'ayant pas de projet précis à court terme en début de stage, 3 étaient toujours dans le doute en fin de stage et 2 envisageaient finalement de faire des remplacements.

4.3.2. A LONG TERME

Avant le stage sur 25 étudiants, 19 (76%) envisageaient une installation ou un exercice mixte. Les 6 autres étudiants (24%) n'étaient pas encore fixés sur leur avenir professionnel lointain ou bien souhaitaient plutôt une activité salariée exclusive.

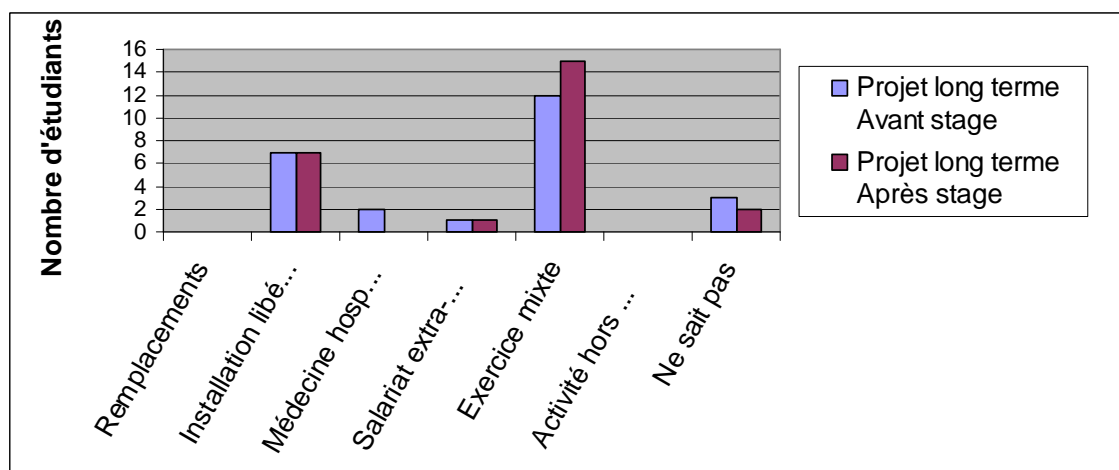


Figure 5 : *Projet professionnel à long terme*

Après le stage, 22 étudiants (88%) projetaient d'avoir une activité au moins en partie libérale, 2 (8%) ne savaient pas encore ce qu'ils voulaient faire et un étudiant (4%) envisageait une activité salariée exclusive en milieu extra-hospitalier (en centre de santé).

Aucun étudiant n'envisageait à long terme d'être remplaçant, que ce soit avant ou après le stage

Il n'existait pas de différence statistiquement significative en comparant de façon globale les projets professionnels envisagés à long terme avant et après stage ($p=0.46$ test exact de Fisher)

Tableau 3 : comparaison individuelle avant et après le stage du projet professionnel à long terme

<u>Projet en fin de stage</u>	Remplacement	Installation libérale	Salariat Hospitalier	Salariat Extra-hospitalier	Exercice mixte	Hors domaine médical	Ne sait pas	Total
<u>Projet en début de stage</u>								
Remplacement	0	0	0	0	0	0	0	0
Installation libérale	0	3	0	0	4	0	0	7
Salariat Hospitalier	0	0	0	0	1	0	1	2
Salariat Extra-hospitalier	0	1	0	0	0	0	0	1
Exercice mixte	0	3	0	1	7	0	1	12
Hors domaine médical	0	0	0	0	0	0	0	0
Ne sait pas	0	0	0	0	3	0	0	3
Total	0	7	0	1	15	0	2	25

Sur le plan individuel (Tableau 3), sur 25 étudiants : 15 (60%) ont modifié leur projet à long terme après le stage, parmi les 2 étudiants qui souhaitaient une activité salariée hospitalière 1 envisageait finalement d'avoir une activité mixte en fin de stage et l'autre n'avait plus de projet précis en fin de stage. Les changements se sont effectués en faveur de l'exercice libéral et de l'exercice mixte et aux dépens des activités salariées dont l'activité hospitalière.

4.3.3. INFLUENCE ATTENDUE SUR LE PROJET PROFESSIONNEL EN DEBUT DE STAGE

22 étudiants sur 25 (88%) pensaient que le stage ambulatoire de niveau 1 pouvait changer leur projet professionnel.

Les raisons évoquées en commentaires libres sont regroupées dans le tableau 4.

Tableau 4 : Liste des raisons évoquées par les étudiants

Raisons évoquées par les étudiants (par fréquence de citation décroissante)	Nombre d'étudiants ayant cité cette raison
Découverte de la réalité de la médecine générale libérale non appréhendée jusqu'à présent	5
Précision des modalités du projet d'installation	4
Choix de sa pratique en connaissance de cause	2
Faire un DESC de gériatrie ou pas	2
Confrontation entre les idées préconçues et la réalité	1
Découverte d'autres pratiques	1
Choix entre exercice salarié ou libéral	1
Augmentation intérêt pour la médecine générale ou préférence pour médecine d'urgence	1
Ouverture d'esprit grâce aux praticiens	1

4.3.4. ÉVALUATION SUBJECTIVE DE L'INFLUENCE SUR LE PROJET PROFESSIONNEL EN FIN DE STAGE

En fin de stage 13 étudiants sur 25 (52%) pensaient que le stage de niveau 1 avait modifié leur projet professionnel.

Les raisons évoquées en commentaires libres sont regroupées dans le tableau 5.

Certains étudiants ont évoqué plusieurs raisons.

Tableau 5 : Liste des raisons évoquées par les étudiants

Raisons évoquées par les étudiants (par fréquence de citation décroissante)	Nombre d'étudiants ayant cité cette raison
Précision projet d'installation	4
Exercice libéral compatible avec projet de vie	2
Souhait de travailler en salariat extra-hospitalier pour continuer à acquérir de l'autonomie	1
Découverte de nécessité d'approfondissement de la pratique gynécologique par diplôme complémentaire pour l'exercice en rural	1
Moins effrayé et plus enthousiaste	1
Lourdeur de l'installation en libéral	1
Activité libérale envisagée si pas de poste hospitalier disponible	1
Raisonnement mercantile déplaisant	1
Pratique médecine générale appréciée	1

En comparant individuellement les projets professionnels annoncés avant et après stage 24 étudiants sur 25 (96%) ont modifié totalement ou partiellement leur projet professionnel annoncé.

4.4. INFLUENCE DU STAGE SUR LES CARACTERISTIQUES DU PROJET D'INSTALLATION

(Annexe 8)

4.4.1. MILIEU D'EXERCICE

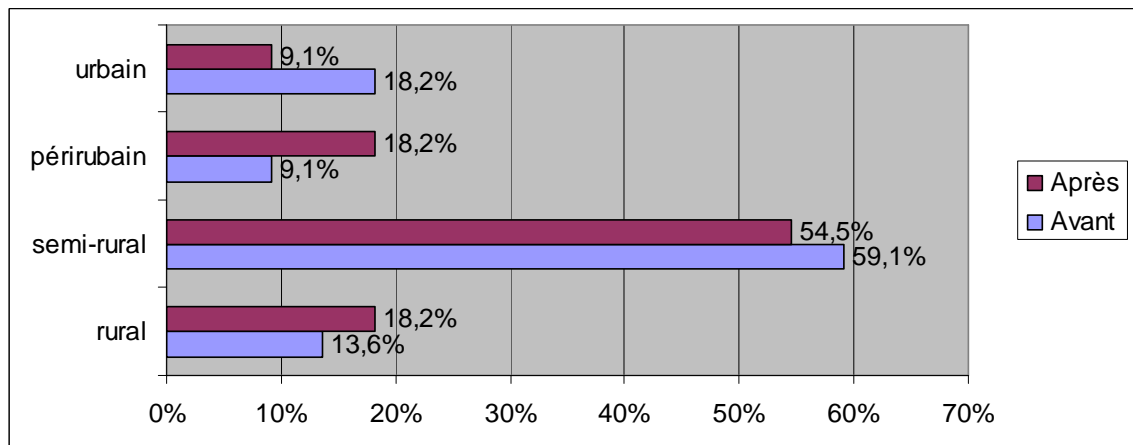


Figure 6 : Milieu d'exercice envisagé

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le milieu d'exercice envisagé avant et après le stage ($p=0.74$ test exact de Fisher).

L'exercice en milieu semi-rural était majoritairement recherché que ce soit avant (13 étudiants sur 22) ou après (12 étudiants sur 22) le stage.

Tableau 6 : comparaison individuelle du milieu d'exercice envisagé avant et après le stage.

<u>Projet fin de stage</u>	Urbain	Périurbain	Semi-rural	Rural	Total
<u>Projet début de stage</u>					
Urbain	2	1	1	0	4
Périurbain	0	1	1	0	2
Semi-rural	0	2	9	2	13
Rural	0	0	1	2	3
Total	2	4	12	4	22

4.4.2. MODE D'EXERCICE

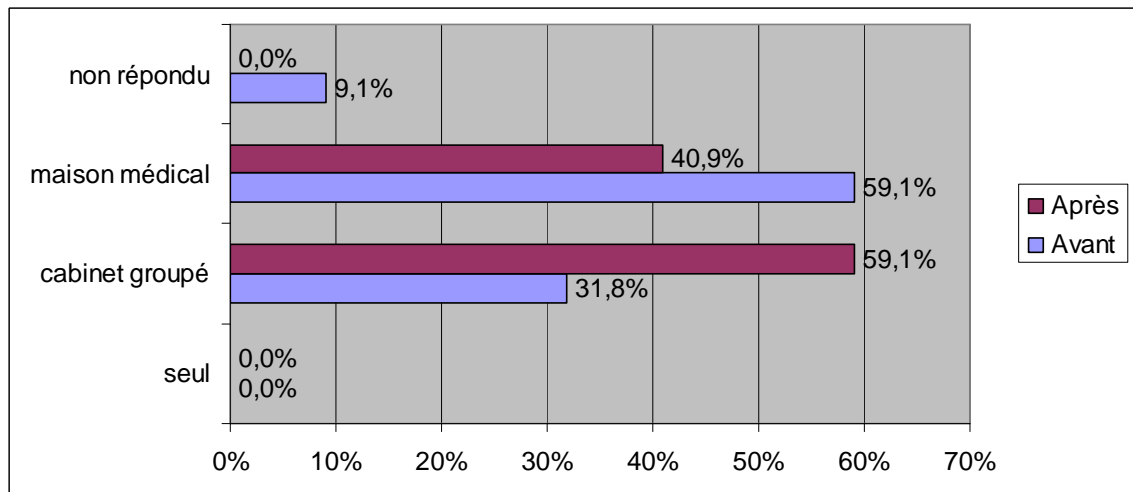


Figure 7 : Mode d'exercice envisagé

Les non répondants ont été exclus de l'analyse statistique.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le mode d'exercice envisagé avant et après le stage ($p=0.1$ test du Chi 2).

Aucun des répondants ne souhaitait exercer seul en cabinet. En fin de stage, tous les étudiants qui envisageaient une installation libérale même partielle souhaitaient exercer en groupe.

4.4.3. TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE

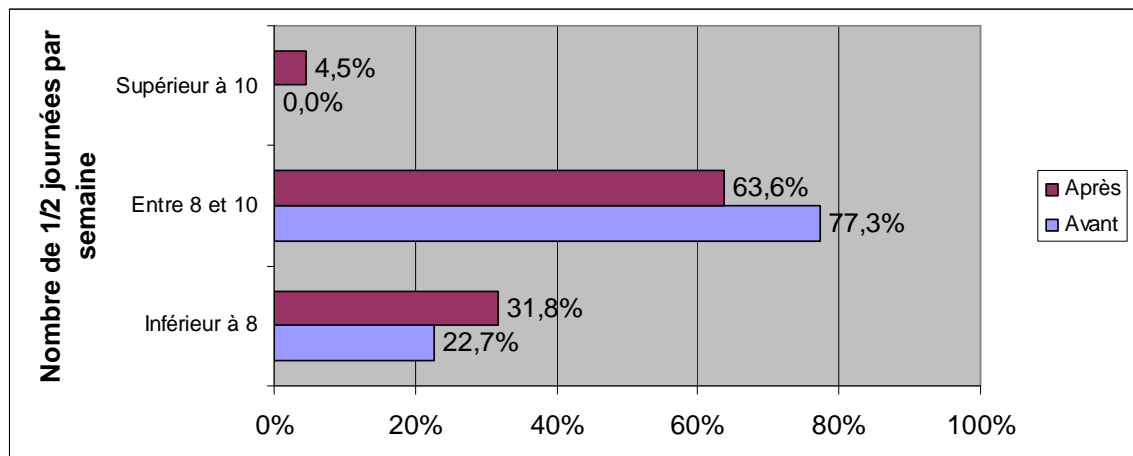


Figure 8 : Temps de travail hebdomadaire envisagé

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le temps de travail hebdomadaire envisagé avant et après le stage ($p=0.5$ test du Chi 2).

4.4.4. DUREE DES CONGES ANNUELS

Parmi les 22 étudiants envisageant une installation libérale exclusive ou un exercice mixte, 13 (59,1%) pensaient prendre 4 à 6 semaines de congés par an et 9 (40,9%) souhaitaient prendre plus de 6 semaines de congés par an. Dans la répartition globale il n'y avait aucune modification après le stage.

4.4.5. DELAI D'INSTALLATION APRES LA FIN DES ETUDES

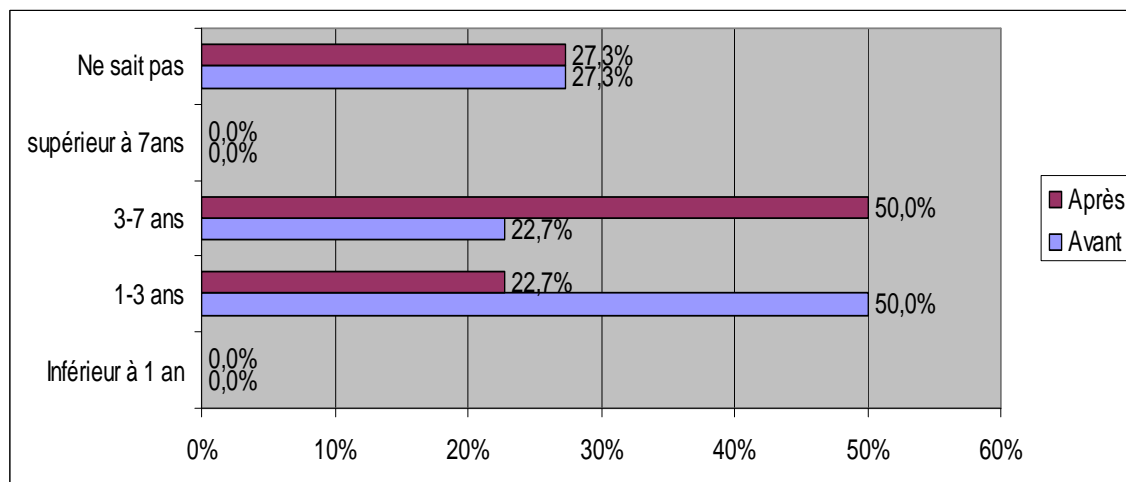


Figure 9 : Délai d'installation envisagé après la fin des études

La différence de délai d'installation avant et après le stage n'était pas statistiquement significative ($p=0,21$ test du Chi 2).

Tableau 7 : comparaison individuelle du délai d'installation projeté avant et après le stage.

<u>Projet fin de stage</u>	Inférieur à 1 an	1-3 ans	3-7 ans	supérieur à 7ans	Ne sait pas	Total
<u>Projet début de stage</u>						
Inférieur à 1 an	0	0	0	0	0	0
1-3 ans	0	5	3	0	3	11
3-7 ans	0	0	5	0	0	5
supérieur à 7ans	0	0	0	0	0	0
Ne sait pas	0	0	3	0	3	6
Total	0	5	11	0	6	22

Parmi les 5 étudiants projetant de s'installer entre 3 et 7 ans après la fin de leurs études tous ont gardé ce projet.

Parmi les 11 étudiants souhaitant initialement s'installer entre 1 et 3 ans après la fin de leurs études ou de leur soutenance de thèse, 3 ont finalement retardé ce délai à 3 à 7 ans et 3 n'ont plus d'idée fixe quant à leur délai d'installation.

4.4.6. LIEU D'INSTALLATION

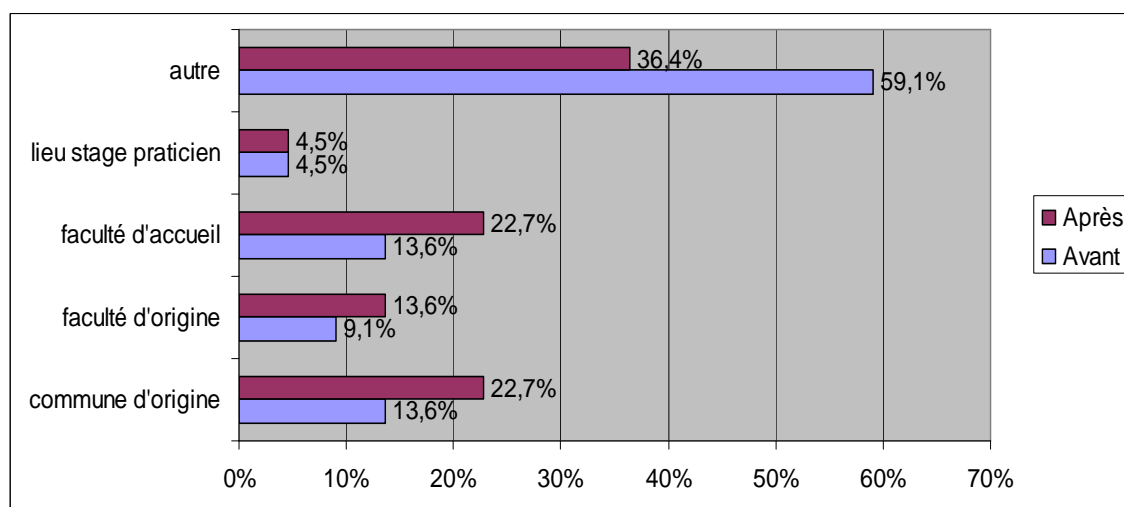


Figure 10 : *Lieu d'installation envisagé*

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le lieu d'exercice envisagé avant et après le stage ($p=0.79$ test exact de Fisher).

Parmi les étudiants ayant coché la case « Autres » certains ont apporté une précision en commentaire libre. Ces réponses sont reportées dans le tableau 8.

Tableau 8 : *Liste des commentaires libres sur le lieu d'installation*

	Avant stage	Après stage
Près de ma commune actuelle	1	0
En fonction des opportunités	1	0
Dans le pays de mon mari à l'étranger	1	1
Près du lieu d'exercice de mon conjoint	1	1
Lieu où conjoint peut trouver du travail	1	1
Lieu où scolarisation des enfants possible	1	0
Où la vie me mènera	0	1
Dans les Alpes	0	1
Ne sait pas	4	3

4.4.7. DIPLOME COMPLEMENTAIRE

Avant le stage sur 22 étudiants désirant exercer au moins partiellement en libéral, 7 (32%) pensaient faire un diplôme complémentaire. Après le stage ils étaient 12 (56%).

La différence n'était pas statistiquement significative ($p=0,13$ test du Chi 2).

Tableau 9 : comparaison sur le projet de réalisation d'un diplôme complémentaire entre les étudiants envisageant un exercice mixte et ceux envisageant un exercice libéral exclusif

Diplôme complémentaire	Oui	Non	Total
Exercice mixte	9	6	15
Exercice libéral	3	4	7
Total	12	10	22

En comparant les étudiants désirant exercer en libéral exclusif et ceux désirant pratiquer un exercice mixte (libéral et salarié) en fin de stage, il n'existait pas de différence statistiquement significative quant au projet de valider un diplôme complémentaire ($p=0.65$ test de Fisher).

Tableau 10 : Liste des diplômes complémentaires cités par les répondants

	Etudiant souhaitant obtenir un diplôme complémentaire	Avant le stage	Après le stage
Liste des DU-DIU et DESC cités par les répondants	DIU HTA	1	1
	DU Contraception, IVG sexualité	1	4
	DU Médecine et Urgence Montagne	1	0
	DU Plaie et cicatrisation	0	1
	DU Psychiatrie à l'usage du non-spécialiste	0	1
	DU Thérapeutiques anti-infectieuses	2	3
	DU Traumatologie à l'usage de l'urgentiste	1	1
	DU Pathologie locomotrice liée à la pratique du sport	0	1
	DU Pédiatrie	0	1
	DU Médecine tropicale	1	1
	DESC Urgence	1	2
	DESC Infectieux	0	1
	DESC Vasculaire	0	1

4.5. CARACTERISTIQUES DE L'EXERCICE MIXTE

En fin de stage 15 étudiants sur 25 (60%) souhaitaient avoir un exercice mixte alors qu'ils étaient 12 (48%) en début de stage.

4.5.1. RAPPORT EXERCICE LIBERAL / EXERCICE SALARIE

(Annexe 9)

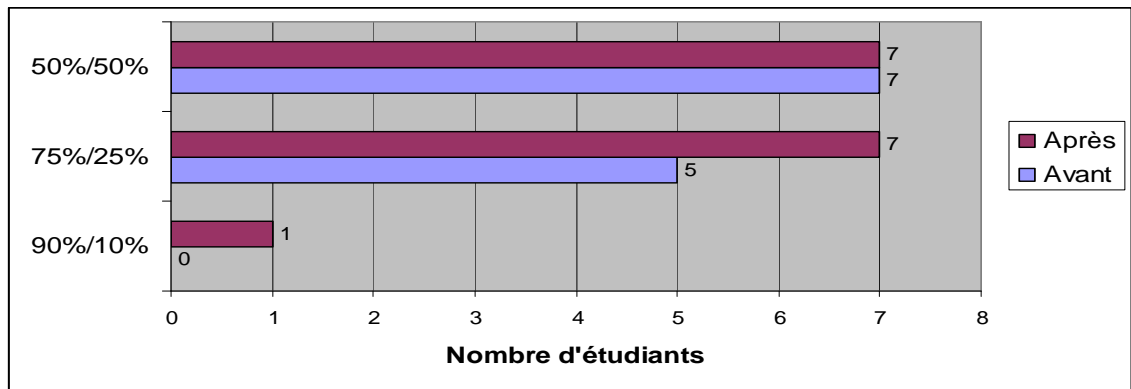


Figure 11 : Rapport exercice libéral / exercice salarié

La différence de répartition envisagée entre l'activité libérale et salariée avant et après le stage n'est pas statistiquement significative ($p=0,86$ test exact de Fisher).

4.5.2. TYPE D'EXERCICE SALARIE ENVISAGE

A la question « quel type d'activité salariée envisagez-vous ? » les précisions ont été apportées en commentaire libre par les étudiants :

Salariat extra-hospitalier :

- Humanitaire
- PMI
- Maison de retraite
- Planning familial
- Non précisé

Médecine hospitalière :

- Garde urgences
- Clinique privée à but non lucratif

4.6. RESENTI DU STAGE

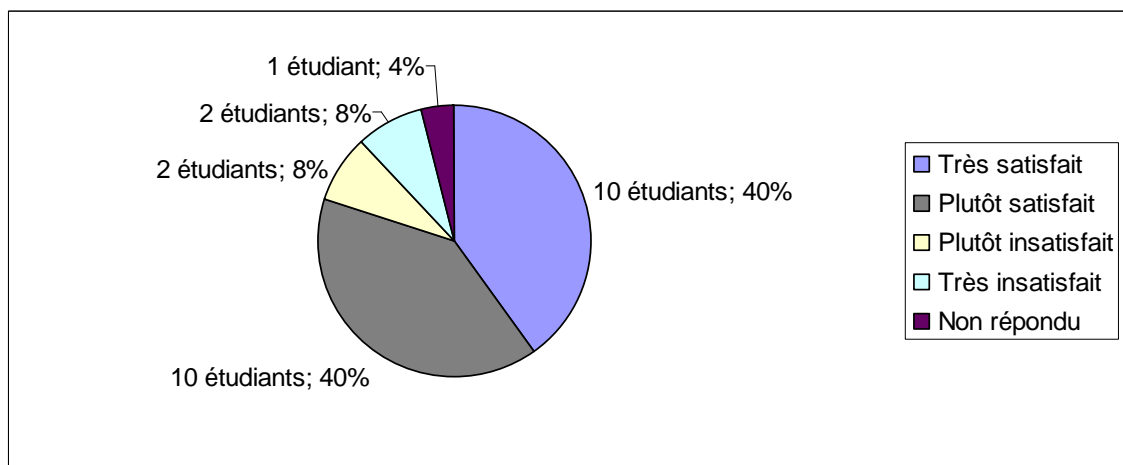


Figure 12 : Satisfaction du stage

20 étudiants sur 25 (80%) sont de « plutôt satisfaits » à « très satisfaits » de leur stage.

Tableau 11 : Liste des commentaires libres sur le stage

	Satisfaction	Insatisfaction
Lié aux maitres de stage	Compagnonnage très appréciable Ecoute de l'interne Pédagogie des maitres de stage Bonne supervision Echange avec maitres de stage Bonne ambiance Disponibilité des maitres de stage Relation de confiance avec maitres de stages Transmission de savoir Qualité des apprentissages	Mauvaise entente avec un maitre de stage Problème de pédagogie d'un des maitres de stage Pas de participation à des groupes de pairs
Lié aux conditions de stage	Conditions matérielles Polyvalence	
Lié au déroulement du stage	Autonomie rapide Découverte réalité exercice libéral Liberté lors des consultations en autonomie	
Lié aux particularités de l'exercice de la médecine générale libérale	Activité et patientèle variées Enfin un stage qui correspond à pratique future Relation avec le patient Qualité de prise en charge des patients en ambulatoire	Peu de recherche bibliographique

DISCUSSION

4.7. CRITIQUES DE CE TRAVAIL

4.7.1. LIMITES A LA VALIDITE INTERNE DE NOTRE ETUDE

Sur le plan méthodologique, devant le faible taux de réponse initial par voie électronique nous avons finalement distribué le questionnaire pré-stage lors d'un séminaire qui s'est déroulé le quatrième jour de stage. Les étudiants avaient donc déjà pu être influencés dans leur projet professionnel par ces premiers jours en stage ambulatoire.

Par ailleurs, le groupe des étudiants ayant répondu à notre étude n'était pas strictement représentatif de la population interrogée sur le plan du sex-ratio ce qui rend impossible toute généralisation de nos résultats. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les femmes aient été plus sensibles à une investigatrice féminine. Par ailleurs dans ce type d'étude nous retrouvons très fréquemment une plus grande participation des femmes que des hommes [15].

De plus, comme dans toute étude quantitative, les questions étaient très restrictives. L'introduction d'échelles visuelles analogiques aurait déjà pu permettre d'inclure plus de précisions dans nos réponses, notamment quant à l'envie de s'installer en libéral. Des imprécisions de définition ont également entraîné des difficultés d'interprétation pour 2 questions : l'absence de définition précise des catégories de milieu d'exercice rural, semi-rural, périurbain et urbain rend difficile l'interprétation des résultats. Chaque personne interrogée a une idée bien personnelle de chaque catégorie. Le problème s'est également posé pour la question du lieu d'installation. En effet les différents items proposés pouvaient recouvrir un même lieu pour certains étudiants. Par exemple, la faculté d'origine pouvait être dans la commune d'origine ou la faculté d'accueil pouvait être celle d'origine pour les étudiants ayant effectué leur externat et leur internat dans la même ville. Néanmoins, aucun répondant n'a ajouté de remarque en commentaire libre concernant ces imprécisions.

Enfin, il existe vraisemblablement un biais de déclaration dans notre étude. La subjectivité limite fortement la portée des résultats de tous les travaux se basant sur des déclarations de pratiques ou d'intention.

4.7.2. LIMITES A LA VALIDITE EXTERNE DE NOTRE ETUDE

Malgré la distribution directe du questionnaire lors de séminaires obligatoires pour augmenter le taux de participation, le taux de réponse de 53,2 % est tout à fait comparable à celui de l'étude de J. Couture Pages menée selon la même méthodologie [16]. La faiblesse de notre population source est responsable de celle de notre échantillon d'étude (25 étudiants). Il s'agit d'une limite majeure à la puissance statistique de nos résultats et à leur généralisation à plus large échelle. Ce petit effectif ne nous a pas permis d'étudier un de nos objectifs secondaires qui était de mettre en évidence les déterminants à l'installation

rencontrés dans le stage ambulatoire de niveau 1. De ce fait les questions 2 et 3 du questionnaire post-stage (Annexe 3) n'ont pas été exploitées.

Il existe vraisemblablement un biais d'auto-sélection. Il est en effet possible que les internes qui ont répondu aux questionnaires soient ceux qui se sentent davantage concernés par les problématiques d'installation et que ceux qui envisagent un exercice salarié n'aient pas répondu à notre travail.

Enfin, notre travail n'a porté que sur les internes du D.E.S. de médecine générale de la seule faculté de Grenoble qui présentent peut-être un profil particulier notamment quant aux particularités de leur projet d'installation. Il est possible que l'exercice en station de sport d'hiver ou en montagne soit une motivation pour certains internes et augmente ainsi artificiellement les vocations « rurales ». Ceci limite une fois encore la généralisation de nos résultats.

4.8. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE

4.8.1. DES ETUDIANTS CONFORTES DANS UN PROJET D'INSTALLATION LIBERALE A LONG TERME

S'il n'est pas mis en évidence d'influence significative sur le projet d'installation, notre étude montre bien que le stage ambulatoire de niveau 1 influence le projet professionnel des internes de médecine générale et les conforte en fin de stage dans un projet d'exercice au moins partiellement libéral à long terme pour 88% d'entre eux.

L'absence de significativité statistique est très vraisemblablement due à la faiblesse de notre échantillon. Cette limite de puissance se retrouve également dans les études de S. Behar [19] et J. Couture-Pages [16] qui portaient respectivement sur 145 et 48 étudiants. Seules les études de plus forte puissance ont mis en évidence une augmentation statistiquement significative des projets d'installation chez les étudiants ayant effectué leur stage ambulatoire de niveau 1 [15, 20].

4.8.2. UN ALLONGEMENT DE LA PERIODE D'EXPERIMENTATION

Soixante pour cent des internes envisagent de faire des remplacements pour une durée comprise entre un et trois ans immédiatement à la fin de leur cursus universitaire. Ce taux augmente après le stage au détriment des projets d'installation précoces et un seul étudiant envisage de s'installer immédiatement après son cursus universitaire.

Ce chiffre est supérieur au taux de 44,4% de remplaçants parmi les nouveaux inscrits au tableau de l'ordre en médecine générale annoncé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins dans l'atlas de la démographie médicale 2011 [7].

Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre étude intervienne assez précocement dans le cursus des internes en D.E.S. de médecine générale et que certains étudiants ne se sentiront vraisemblablement prêts à s'installer rapidement qu'après avoir effectué d'autres stages, et notamment un second stage ambulatoire (S.A.S.P.A.S. ou projet personnel). En fin de cursus des

opportunités d'installation peuvent se présenter qui modifieront aussi les projets professionnels initiaux.

Le taux de remplaçants ne cesse d'augmenter ces dernières années [6 ; 21] et il est fort probable que lorsque les étudiants interrogés dans notre étude termineront leurs études le taux de remplaçants parmi les nouveaux inscrits aura encore augmenté.

Cette augmentation des désirs de remplacement s'accompagne dans notre étude d'une tendance (non statistiquement significative) à l'allongement du délai d'installation en fin de stage.

Ceci amène à préciser l'hypothèse émise dans une synthèse de 2004 de l'ONDPS [22] qui lie le retard à l'installation à un manque d'exercice libéral durant le cursus des étudiants en médecine. En effet ne rien connaître à l'exercice libéral effraie un peu les internes mais connaître un peu (un seul stage) les effraie beaucoup. Les contraintes semblent insurmontables parce qu'à, peine découvertes et non encore maîtrisées (surcharge cognitive du novice). En connaître nettement plus de l'exercice libéral (deux stages voire plus) permet aux futurs généralistes de se familiariser avec ces particularités qui deviennent maîtrisées et ne les effraient dès lors plus du tout.

Nos résultats concordent avec l'étude du CREDES de 2004 [23] qui retrouve une installation en moyenne 3,7 ans après la thèse contre 1,6 an dans les années 80.

L'âge d'installation est actuellement de 37 ans en moyenne contre 30,4 ans dans le début des années 80.

Cet allongement peut s'expliquer par [2] :

- L'allongement des études (réforme de l'internat de 1984).
- Taux de redoublement (6% en PCEM 2, 6% en DCEM 1, 9% en DCEM 2, 11% en DCEM 3 et 22% en DCEM 4 en 2003).
- Retard dans la soutenance de thèse. Seuls 31,7% des étudiants passeront leur thèse dans le délai normal, 12,9% la passeront avec 3 ans de retard...

Mais ces différents éléments ne suffisent pas à eux seuls à expliquer cet allongement. Les futurs médecins généralistes semblent hésiter à s'engager dans un exercice professionnel stabilisé. Ils profitent de cette période de « post-internat » [10, 24, 25] pour :

- Acquérir une capacité d'exercice autonome (en faisant notamment des remplacements).
- Acquérir un complément de formation.
- Attendre en cas d'incertitude notamment quant à l'emploi du conjoint.

Ce retard d'installation peut également résulter :

- D'une crainte face aux investissements à consentir pour l'installation et aux charges.

- D'une volonté de mieux maîtriser le temps de travail en assurant des remplacements qui permettent de mieux en choisir le lieu et la durée.

Nous pouvons également émettre l'hypothèse que l'allongement du délai d'installation observé après stage peut être lié à une crainte vis-à-vis de la gestion de « l'entreprise médicale » dont la complexité n'a été qu'entre-aperçue durant le stage. D'autant plus que ce point n'est que peu ou pas abordé au cours des enseignements théoriques du troisième cycle de médecine générale.

Au final, comme le constate G. Bloy [14] le stage chez le praticien ne joue pas comme espéré un rôle d'accélérateur de début de carrière. Parce qu'à ce stade il est unique et ne permet pas de rendre familière toute la complexité de la gestion d'un exercice libéral.

Cette tendance à retarder l'entrée dans une vie professionnelle fixée semble s'inscrire dans le cadre d'un phénomène générationnel qui n'est pas uniquement propre aux jeunes médecins [9].

4.8.3. UN NECESSAIRE AJUSTEMENT DU PROJET PROFESSIONNEL AU CONTACT DE LA REALITE

A l'échelon individuel nous constatons que 24 des 25 répondants (96%) de notre étude ont modifié, en fin de stage, des caractéristiques de leur projet professionnel, et parfois tout leur projet professionnel. Ceci met en valeur un réajustement des représentations de l'exercice libéral au contact de celui-ci.

Nos résultats s'inscrivent bien dans ce que souligne G. Bloy [9] qui constate qu'alors même que les internes en médecine générale sont bien mieux préparés que leurs aînés ne l'ont jamais été, ils semblent plus conscients des réalités de l'exercice libéral, et notamment :

- des difficultés de maintien d'un exercice libéral de qualité.
- des difficultés de l'installation libérale, notamment sur le plan financier, comptable et logistique.
- de l'importance des conditions d'exercice.
- de l'importance de cet exercice sur leur mode de vie.

La compatibilité de leur exercice avec leur mode de vie et la lourdeur de l'installation font partie des raisons pour lesquelles les étudiants pensent que le stage a changé leur projet professionnel. La qualité de vie est devenu à l'heure des « 35 heures » et dans un contexte de médiatisation du « burn out syndrome » un critère important dans les choix des futurs généralistes [3, 26]. Leur exercice professionnel ne se place plus au centre de leur vie mais il n'en est qu'une des composantes. La maîtrise de l'organisation de leur travail devient alors le critère majeur d'une carrière réussie [10].

A. L'exercice mixte largement plébiscité

Le projet-phare de nos répondants est l'exercice mixte libéral et salarié et correspond aux données de la littérature [16, 19, 27, 28, 29, 30].

Alors qu'en 2011 seulement 7,07% des généralistes français avaient un exercice mixte nos répondants envisagent cette option pour 60% d'entre eux [7]. Il semble encore plus plébiscité en fin de stage

Faut-il y voir une forme d'indécision ? Ou bien une volonté de transition avec l'exercice très majoritairement hospitalier et sécurisant de l'internat [19].

L'influence du stage chez le praticien sur ce point n'est pas consensuelle [16, 19].

Le Dr E. Hubert, dans son rapport sur la médecine de proximité [3] propose d'encourager cette tendance et y voit plusieurs avantages:

- L'établissement de ponts entre les secteurs hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux.
- La possibilité d'enrichir l'expérience de chaque activité par celle acquise dans l'autre.
- La possibilité de diminuer l'activité libérale sans une perte trop importante de revenus.
- La possibilité de compléter par une retraite de salarié celle, plus incertaine, qui sera perçue à titre libéral.
- La possibilité d'un meilleur congé maternité pour les femmes médecins et la meilleure couverture en cas de maladie ou d'accident [28].

Il ne faudra pas oublier d'intégrer cette évolution dans les évaluations démographiques pour ne pas voir s'accroître les déficits en soins de premier recours.

La part libérale envisagée de cette activité est d'au moins 50%. Cette répartition peut signifier un attrait plus marqué pour l'exercice libéral mais peut être également la prise de conscience que les charges imposées par l'exercice libéral peuvent rendre non rentable un exercice à moins de 50% en libéral.

En ce qui concerne les activités envisagées elles sont prioritairement non hospitalières. Les désirs d'exercice en PMI, en planning familial ou en EHPAD sont les plus fréquemment cités. Le salariat hospitalier est également représenté avec la volonté de participation à des gardes aux urgences.

Une grande proportion d'internes envisage des formations complémentaires très vraisemblablement liées à cette part d'activité salariée comme l'a montré G. Constant dans son travail de thèse [31]. L'exemple du DU de contraception sexualité et IVG plusieurs fois cité dans notre étude en est une parfaite illustration car il accompagne volontiers un projet d'activité salariée en planning familial. Nous observons par ailleurs dans notre étude avec la majoration des projets d'exercice mixte une nette augmentation (non statistiquement significative) en fin de stage du nombre d'étudiants envisageant d'entreprendre des DU ou DESC.

B. Milieu d'exercice

L'exercice en milieu semi-rural est largement plébiscité comme dans les études récentes sur les projets professionnels des internes en médecine générale : 43,2% des étudiants de l'enquête de N. Baude et A. Flacher et jusqu'à 74,4% des répondants de l'étude de S. Behar envisagent ce milieu d'exercice [15, 19]. La répartition est totalement différente dans l'étude de C. Braun Neves [27] menée en région parisienne avec 69% à 77% des étudiants désirant avoir un exercice urbain.

Notons que le milieu d'exercice des maîtres de stage des universités et notamment les milieux rural et semi-rural était le troisième critère le plus cité dans le choix du stage.

Par contre dans notre étude, une proportion des étudiants bien supérieure (près de 20%) à ces études (plutôt près de 10%) envisagent une installation en milieu rural. Peut-être faut-il y voir une particularité locale avec de nombreux internes qui choisissent de faire leur internat à Grenoble pour l'attrait de la montagne [32], avec éventuellement des projets d'installation en station. Ceci peut également être dû à la faiblesse de notre échantillon et à son biais de sélection.

L'influence positive de l'origine rurale des étudiants sur leur volonté d'exercer en milieu rural ultérieurement a déjà été bien documentée [15, 33, 34] mais elle ne semble pas être la seule influence de ce désir d'exercice rural. Il a été également montré dans plusieurs travaux internationaux, l'influence positive de stages en milieu rural dans le cursus médical sur un projet de carrière en milieu rural [35, 36, 37].

Dans notre étude comme dans celles de S. Behar et de F. Molard, le faible échantillon ne nous permet pas de savoir si le stage ambulatoire de niveau 1 influence le milieu d'exercice envisagé, même si une tendance à l'installation en milieu rural semble se dessiner pour les internes ayant effectué ce stage [18,38].

Comment expliquer le succès du milieu qualifié de semi-rural alors même qu'il n'en existe aucune définition consensuelle ?

Il semble que ce soit une façon de ne trancher ni en faveur de l'exercice urbain, ni en faveur de l'exercice rural. Comme le définit F-X Schweyer [10], il s'agit d'une forme idéalisée de compromis souhaité entre la qualité de vie et un type de relation avec la patientèle avec une diversité des pathologies rencontrées en milieu rural. La qualité de vie comprend alors la possibilité de loisirs, d'accès à l'emploi pour le conjoint, la présence d'établissements scolaires pour les enfants, mais également la proximité rassurante d'un centre hospitalier.

Le médecin qui assurait autrefois à lui seul les revenus du couple fait maintenant partie d'un couple bi-actif avec un(e) conjoint(e) majoritairement cadre supérieur [39]. Il semble illusoire, d'autant plus dans le contexte actuel de crise, que ces couples s'installent dans un lieu où l'un des conjoints ne trouverait pas d'emploi. Sans une politique de territorialisation qui revalorise les zones rurales avec notamment un maintien des services publics, des établissements et transports scolaires et des commerces de proximité, il est

peu probable que de jeunes généralistes avec les contraintes extra-professionnelles que nous venons de citer fassent le choix massif et délibéré d'aller s'y installer.

Toutes les études menées montrent la faible influence des mesures incitatives jusqu'à présent menées, en raison en partie de leur faible connaissance par les principaux intéressés [3, 26, 34].

c. Type d'exercice

L'évident plébiscite de l'exercice de groupe et le rejet massif du « classique » exercice solitaire que nous constatons sont des tendances largement retrouvées dans les études récentes portant sur les projets professionnels des internes [15, 19, 28, 38]. Le stage ambulatoire de niveau 1 jouerait également en défaveur de l'exercice solitaire dans l'étude de G. Constant [31].

Devant cette tendance, plusieurs explications peuvent être avancées [10] :

- La possibilité d'avoir un avis collégial sur les situations les plus complexes. Cela rejoint l'habitude qu'ont pris les internes lors de leurs stages hospitaliers et leur confère un sentiment de plus grande sécurité.
- La possibilité de partager les contraintes et la continuité de la permanence des soins.
- La mise en commun des moyens et la diminution du coût de fonctionnement individuel [40, 41].

Tout ceci concourt à une volonté d'amélioration des conditions d'exercice et de vie.

Ce qui s'ébauche dans les projets professionnels annoncés par les internes en médecine s'observe déjà chez les jeunes installés. Entre 1998 et 2009 la proportion de médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe est passée de 43% à 54%. Chez ceux qui sont âgés de moins de 40 ans la proportion atteint même 80% [42].

Une aide logistique et financière à la création d'une maison de santé pluri-professionnelle ou d'un cabinet de groupe est une mesure considérée comme prépondérante pour 69,5% des internes interrogés dans une récente enquête parmi une série de mesures incitatives à l'installation en zone déficitaire proposées par l'ISNAR-IMG [20]. L'incitation et la facilitation de création de maisons ou pôles de santé pluridisciplinaires sont d'ailleurs des mesures phares proposées par Elisabeth Hubert pour garantir une offre en soins de premier recours plus homogène sur tout le territoire [3].

Néanmoins il existe une certaine idéalisation du cabinet de groupe par les jeunes médecins qui se heurtent parfois durement à la réalité des pratiques de leurs aînés et peuvent, avoir un exercice très solitaire, même au sein d'un cabinet groupé [10]. La recherche de locaux professionnels assez vastes peut également s'avérer compliquée, que ce soit en raison des contraintes de sécurité et d'accessibilité imposées ou en raison du prix de l'immobilier dans certaines régions et de l'absence de biens correspondant à ces exigences.

D. Temps hebdomadaire de travail

Une majorité des étudiants désire travailler entre 8 et 10 demi-journées par semaine ce qui est en total accord avec les résultats des différentes études effectuées sur le projet professionnel des internes [16, 19]. Le stage ne semble pas influencer ce volume d'activité.

Dans une enquête de l'ISNAR-IMG en 2010 auprès des internes en D.E.S. de médecine générale [20], les répondants déclaraient être prêts à travailler 9,21 demi-journées par semaine en moyenne avec une différence statistiquement significative entre les femmes et les hommes (respectivement 9,05 et 9,64 demi-journées par semaine). Ces chiffres sont à rapprocher de ceux d'une enquête réalisée par L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URML RA) en 2005 [29] dans laquelle les internes déclaraient vouloir travailler 9,2 demi-journées par semaine pour un volume horaire hebdomadaire de 41 heures pour les femmes et de 44 heures pour les hommes.

Parallèlement, à la même époque, les généralistes rhônalpins déclaraient travailler 8,7 demi-journées par semaine pour un volume horaire hebdomadaire de 42h pour les femmes et de 54h pour les hommes.

Bien que le nombre de demi-journées de travail annoncées ne soit pas inférieur à celui déclaré par les généralistes en activité, il semble qu'au final le volume horaire hebdomadaire diminue et contrairement à ce qui pourrait être attendu cette réduction serait bien plus flagrante chez les futurs généralistes masculins.

Cependant les résultats de notre étude doivent être tempérés par le fait que parmi les répondants un seul interne était parent. Or la parentalité semble également jouer un rôle important sur le volume de travail annoncé par les internes et particulièrement chez les femmes. 88% des hommes et 81 % des femmes internes n'ayant pas d'enfants envisageaient de travailler à plein temps, alors que chez ceux qui étaient parents seuls 62% des hommes et 11% des femmes envisageaient un temps plein dans l'étude de l'URML RA [29].

4.8.4. UN STAGE APPRECIÉ – DES MAÎTRES DE STAGE DES UNIVERSITÉS VALORISÉS

L'immense majorité des étudiants sont satisfaits de leur stage. Une grande partie des commentaires libres rapporte des critères de satisfaction liée aux maîtres de stage des universités avec des expressions très positives mettant en exergue l'écoute, l'échange, la disponibilité et la relation de confiance avec ces derniers. Il est également rapporté l'importance du compagnonnage avec la notion de « transmission de savoir ». Notons que le critère prioritaire dans le choix du stage était la réputation pédagogique du stage. Il semble que sur ce point les étudiants aient été vraiment comblés.

La faiblesse évidente de notre échantillon d'étude ne nous a pas permis de déterminer si le déroulement ou les conditions de stage influencent le projet d'installation. Néanmoins l'influence des maîtres de stage des universités est reconnue dans la littérature internationale en agissant en tant que « modèle de rôle » auquel l'étudiant s'identifie activement le plus souvent [43, 44, 45]. Il

existe à l'opposé une possibilité de rejet actif notamment au vu du style de vie et du discours négatif de certains maîtres de stage des universités.

G. Bloy soulève l'épineuse question de la difficulté à assurer un « standard de qualité » dans le recrutement des maîtres de stage des universités [9]. Elle émet l'idée que soient prises en compte non seulement les qualités de pratique médicale mais également les qualités éthiques et relationnelles pour « réussir à faire évoluer de manière suffisamment harmonieuse le triangle stagiaire – maître de stage – patient ». La qualité de l'exposition à la médecine générale semble en effet aussi importante que la quantité [45].

Cependant la situation actuelle ne permet pas d'être trop critique dans la sélection des maîtres de stage des universités : la période est plutôt à l'appel de toute bonne volonté. Si tous les internes en D.E.S. de médecine générale passent obligatoirement en stage ambulatoire de niveau 1, le manque de maîtres de stage des universités ne permet actuellement pas à tous les externes de faire le stage en médecine générale selon les conditions de l'arrêté du 18 juin 2009. Ce stage étant pourtant indispensable à la validation du deuxième cycle des études médicales. A l'heure actuelle seuls 33% des internes en D.E.S. de médecine générale ont la possibilité de faire un S.A.S.P.A.S. Pour que ce taux atteigne 80%, les estimations établies par l'IGAS retrouvent un besoin de 5 400 à 13 800 maîtres de stage des universités à confronter au chiffre de 3 500 maîtres de stage des universités recensés en 2010 [24].

4.9. PROPOSITIONS

- **Poursuite de la revalorisation du statut de maître de stage** : débuté avec la création du statut de maître de stage des universités [46.47]. Cette revalorisation passe notamment comme le propose le Dr E Hubert dans son rapport [2] par une augmentation de la rémunération une intégration de la fonction de maître de stage des universités dans le développement professionnel continu.
- **Favoriser les stages en milieu rural** en y augmentant le recrutement de maîtres de stage des universités mais également en aidant financièrement les étudiants qui choisissent le stage et en leur fournissant une aide à trouver un logement sur place. Il faudrait également pouvoir permettre aux étudiants les plus éloignés du C.H.U. d'assister aux cours et séminaires par visioconférence.
- **Instauration d'un module théorique et pratique obligatoire de formation à la gestion de « l'entreprise médicale »** comprenant une formation de base à la gestion et à l'informatique.
- **Incitation des maîtres de stage des universités à insister sur les aspects administratifs et comptables liés à la gestion d'un cabinet auprès de leurs internes en stage.**
- **Module d'information obligatoire sur les aides incitatives à l'installation existantes.**

- **Passage à un D.E.S. en 4 ans avec une année de seniorisation [2, 24] et augmentation du nombre d'étudiants accédant au S.A.S.P.A.S.** Ceci afin de réduire le délai d'installation, de multiplier les expériences libérales (dans différents lieux et milieux d'exercice notamment) et d'acquérir l'expérience complémentaire qui semble manquer actuellement aux futurs généralistes.
- **Favoriser le statut de collaborateur libéral :** qui implique moins d'irréversibilité que l'installation immédiate (qui peut effrayer les jeunes praticiens) et leur laisse le temps d'une éventuelle stabilisation familiale.
- **Modification des modes de rémunération avec introduction d'une part de salariat** pour sécuriser les futurs installés. L'ISNAR dans son enquête réalisée en 2010 a montré que 76% des internes en médecine générale interrogés souhaitaient sortir du paiement à l'acte exclusif [19].

4.10. AUTRES ETUDES A PREVOIR

Au vu de l'intérêt de ce sujet et pour pallier aux nombreuses limites de cette étude plusieurs études complémentaires pourraient être envisagées :

- Un travail identique portant sur plusieurs facultés permettrait ainsi d'obtenir des résultats avec une plus grande puissance statistique.
- Un travail portant sur l'influence du stage ambulatoire sur le projet d'installation mené sur un versant qualitatif permettrait probablement d'appréhender plus précisément les déterminants à l'installation qui peuvent être rencontrés dans ce stage. Il permettrait aussi de ressentir l'influence des maîtres de stage des universités sur le projet professionnel des internes de médecine générale.
- Un travail comparant l'influence du stage ambulatoire de niveau 1 et d'un stage en service hospitalier sur le projet professionnel des internes du D.E.S. de médecine générale
- Enfin il serait intéressant d'étudier la réalité de l'exercice professionnel des 25 étudiants interrogés dans cette étude dans 3 et 10 ans et de le comparer au projet professionnel déclaré dans notre étude.

5. CONCLUSION

La médecine générale fait actuellement face à une crise et nous n'avons pu jusqu'à présent que constater l'inefficacité des mesures mises en place pour freiner ce phénomène. Ces mesures sont largement basées sur l'observation du comportement des générations précédentes. Force est de constater que l'installation libérale, autrefois archétype de l'exercice de la médecine générale, ne fait plus recette auprès des futurs généralistes. Dans ce contexte, le premier stage ambulatoire réalisé en troisième cycle (instauré en 1997) ne semble à première vue pas avoir modifié cette tendance.

Nous avons, par notre étude prospective, déclarative et comparative, voulu évaluer l'influence exacte de ce stage sur le projet d'installation des internes en D.E.S de médecine générale de Grenoble et tenté de mettre en évidence les éventuels déterminants à l'installation rencontrés lors de ce stage.

Le stage ambulatoire de niveau 1 semble conforter les internes en D.E.S. de médecine générale dans un projet au moins partiellement libéral à long terme, même si la faiblesse de notre échantillon ne nous permet pas de conclure à une augmentation significative des projets d'installation en fin de stage. Ce stage semble être un tournant majeur dans l'établissement et l'affinement du projet professionnel des futurs généralistes en permettant un ajustement des représentations de l'exercice libéral. En effet, la quasi-totalité des répondants (96%) va modifier ne serait-ce qu'une des caractéristiques, et parfois la totalité, de leur projet professionnel après le stage.

Nous observons une discrète tendance à l'allongement du délai d'installation par rapport à ce qui avait été annoncé en début de stage. Ce délai serait mis à profit pour faire des remplacements pour la grande majorité des répondants. A plus long terme l'exercice mixte libéral et salarié est largement plébiscité.

Faute de puissance statistique suffisante nous n'avons pu évaluer les déterminants à l'installation rencontrés lors du stage.

Ces tendances sont déjà largement observées chez les jeunes généralistes installés. Elles semblent en partie liées à une évolution générationnelle dans laquelle concilier un exercice professionnel de qualité et une vie personnelle épanouie est le gage d'une carrière réussie.

Ces évolutions nous invitent à ne raisonner non plus en termes de densité médicale mais plutôt en termes de temps médical de premier recours pour ne pas sous-évaluer le déficit en cours et à venir.

Ce premier stage ambulatoire en 3e cycle satisfait une immense majorité des internes et le rôle positif des maitres de stage des universités est largement souligné par les étudiants.

Afin de favoriser l'émergence de projets d'installation chez les futurs généralistes des efforts devront nécessairement être consentis dans leur formation. Pour cela il semble indispensable d'augmenter le recrutement de maitres de stage des universités et notamment en milieu rural. Cela ne se fera pas sans une nécessaire revalorisation de leur statut avec une augmentation des indemnisations et une reconnaissance de cette fonction dans le développement professionnel continu. Cette augmentation devrait permettre une meilleure accessibilité au S.A.S.P.A.S. et la mise en place d'une 4e année de D.E.S. exclusivement ambulatoire afin de tenter de réduire la période de remplacements. L'instauration de modules de cours théoriques et pratiques à la gestion et à l'informatique ainsi qu'une information obligatoire sur les aides à l'installation existantes pourraient utilement compléter la formation médicale existante et donner les compétences manquantes de « chef d'entreprise médicale ». L'incitation des maitres de stage des universités à sensibiliser activement leurs internes à cette gestion rentrant également dans cet objectif.

Enfin face à la crainte de « l'irréversibilité » de l'installation et de l'insécurité de l'exercice libéral le développement du statut de collaborateur libéral et le changement au moins partiel du mode de rémunération des généralistes pour le salariat pourrait constituer des mesures de ré-assurance.

La médecine générale n'est donc pas vraiment une espèce en voie d'extinction mais bien plutôt en voie de nécessaire mutation.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 15/3/2012

LE DOYEN

J.P. Romanet



LE PRESIDENT DE LA THESE

Professeur P.Y Benhamou



6. BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale française : les spécialités en crise. Situation au 1er janvier 2005. Etude n°38-2. Décembre 2005.
2. Bouet P., Bernard-Catinat M., Delga M- E, Grillet G., Monier B., Pouillard J. Liberté d'installation, liberté d'exercice. Quelle médecine pour quel médecin? Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du CNOM. Juin 2003.
3. Hubert E. Rapport du docteur Elisabeth Hubert : Mission de concertation sur la médecine de proximité. Novembre 2010.
www.medecine-de-proximite.fr
4. Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatives aux patients, à la santé et aux territoires. Article 47. JORF N°167. 22 juillet 2009.
5. Rapport d'information sur la mise en application de la loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Commission des Affaires Sociales. N°36 25. 30 mars 2011.
6. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2010. Etudes et Résultats N°767. Juin 2011.
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2011.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medecale-francaise-2011-les-jeunes-medecins-invitent-leurs-confreres-s%E2%80%99insta-1087>
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2007. Etude N°40.
9. Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). DREES. N°104. Février 2011.
10. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes. Sociologie de la médecine générale. Presses de l'EHESP.
11. Observatoire National Démographique des Professions de Santé. La médecine générale, Rapport 2006-2007, Tome 1. Ministère en charge du travail, de la santé et du budget. 2008.
12. Décret N°97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés. JORF, N°15 : 1394.
13. Moulin J-L, Buchon D, Buisson J-G. Troisième cycle de médecine générale : Etudiants pour toujours ? Rev Prat Med Gen 1998 ; 12(418) : 29-30

14. Bloy G. La transmission de savoirs professionnels spécifiques en médecine générale : ambition ou défi ? Revue Française des Affaires Sociales, 2005; 59 (1) : 103-26.
15. Baude N, Flacher A, Bosson JL, Marchand O. Soins primaires: crise et dynamique d'avenir. Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Médecine 2008: 135-140.
16. Couture Pages J. Influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur l'identité et les projets professionnels des internes en médecine générale. Thèse de médecine. Université Paris VII Denis Diderot, 2010.
17. Poinot D. R pour les statophobes. 2005.
<http://perso.univ-rennes1.fr/denis.poinot/Statistiques%20pour%20statophobes/R%20pour%20les%20statophobes.pdf>
18. Genolini C. Lire ; Compter ; Tester...avec R
<http://cran.r-project.org/doc/contrib/Genolini-LireCompterTesterR.pdf>
19. Behar S. Influence du stage chez le praticien sur les internes en médecine générale de la faculté de Rennes en 2006. Thèse de médecine. Université de Rennes 1. 2007.
20. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011. Résultats.
http://www.isnar-img.com/sites/default/files/110121_ISNAR-IMG_enquete_nationale_souhaits_d_exercice_des_IMG_resultats_partiels.pdf
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2009.
<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-de-la-demographie-medicale-2009-de-serieuses-menaces-sur-l-acces-aux-soins-898>
22. Observatoire National Démographique des Professions de Santé. Synthèse générale 2004.
http://www.vie-publique.fr/documents-vp/synthese_2004_ondps.pdf
23. Lucas-Gabrielli V., Sourty-Le Guellec M. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Questions d'économie de la santé n°81, C.R.E.D.E.S., Avril 2004.
24. Inspection Générale des Affaires Sociales. Le post-internat constat et propositions. Juin 2010.
<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2010/104000383.pdf>
25. Descours C. Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2003.
26. Ambroise-Thomas P. La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre des soins sur l'ensemble du territoire national. Bull. Acad. National Med. Février 2009.

27. Braun Neves C. Etre ou ne pas être médecin généraliste. Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la faculté René Descartes. Thèse de médecine. Université Paris V. 2005.
28. Aroulandom Vanzo M., Le projet professionnel des étudiants de troisième cycle à la faculté de médecine de Paris-Sud. Thèse de médecine. 2007.
29. Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes. Etude des mutations de la médecine générale. Enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes. Rapport N°488. Février 2005
30. ISNAR-IMG. Evolution de la formation de l'interne de médecine générale. Enquête nationale de l'ISNAR-IMG. Résultats. Novembre 2007
31. Constant G. Construction du projet professionnel des internes de médecine générale d'île de France. Thèse de médecine. Université René Descartes, Paris V. 2009
32. Pitol Belin S. Raisons du choix de spécialité et de localisations des internes en médecine générale dans trois facultés françaises. Thèse de médecine. Université de Grenoble. 2010.
33. Hardy-Dubernet A.-C., Gadéa C. De « faire médecine » à « faire de la médecine », DREES, Octobre 2005.
34. Berland Y. Commission démographie médicale. Avril 2005.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf
35. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. Impact after 22 years. JAMA. 1999 Jan 20 ; 281(3) : 255-60.
36. Bunker J., Shadbolt N. Choosing general practice as a career. The influences of education and training. Aust Fam Physician. 2009 May ; 38(5) : 341-4.
37. Henry JA., Edwards BJ., Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? Rural Remote Health. 2009 Jan-Mar; 9(1): 1083.
38. Molard F. Critères du choix du lieu d'installation des résidents. Etude auprès de 119 résidents de Poitou-Charentes. Thèse de médecine. Université de Poitiers. 2005.
39. Breuil-Genier P, Sicart D. La situation professionnelle des conjoints de médecins. DREES, Etudes et résultats 2005; 430.
40. Audric S. L'exercice en groupe des médecins libéraux. DREES. Etudes et résultats. N°314. Juin 2004
41. Beauté J., Bourgueil Y., Mousquès J. Baromètre des pratiques en médecine libérale. Résultats de l'enquête 2006. « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons ». IRDES. Document de travail N°5. Août 2007.

42. Baudier F., Bourgueil Y., Evrard I., Gautier A., Le Fur P., Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. IRDES. Questions d'économie de la santé. N°157. Septembre 2010.
<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
43. Wright S., Wong A., Newill C. The impact of role models on medical students. J Gen Intern Med. 1997 Jan; 12(1): 53-6
44. Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? KCE reports 90B. 2008.
https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027364.pdf
45. Hill-Sakurai LE, Schillinger E., Rittenhouse DR., Fahrenbach R., Hudes ES., LeBaron S., Shore WB., Hearst N. Do required preclinical courses with family physician encourage interest in family medicine Fam Med 2003; 35(8): 579-84
46. Berra N. Renforcer la qualité de la formation et l'attractivité de la médecine générale. 15 février 2011.
<http://www.gouvernement.fr/gouvernement/renforcer-la-qualite-de-la-formation-et-l-attractivite-de-la-medecine-generale>
47. Arrêté du 4 octobre 2011 modifiant diverses dispositions relatives aux praticiens agréés-maitres de stage des universités durant les études de médecine. Texte N°28. JORF N°240. 15 octobre 2011.

7. ANNEXES

7.1. ANNEXE 1

La médecine générale en réformes : chronologie succincte
1958 : La réforme Debré institue les CHU qui consacrent le monopole des hospitalo-universitaires sur la formation de tous les médecins – rien n'est prévu pour la MG 1968 : L'idée d'un stage en MG pour les futurs généralistes est lancée - premier diplôme universitaire de formation supérieure à la médecine générale à Bobigny
Années 70 1972 : Possibilité légale d'un stage en MG - Troisième cycle expérimental à Bobigny et à Créteil 1973 – 1977 : Création des premières sociétés savantes de MG (SFMG et SFTG) 1975 : Constitution du premier syndicat mono-catégoriel : le SMG (non représentatif)
Années 80 1982-84 : Réforme de l'internat : mise en place d'un 3 ^{ème} cycle pour les étudiants généralistes (résidanat de 4 semestres de stages hospitaliers + un stage de 20 demi-journées en MG) - suppression des CES, le choix de la MG apparaît de plus en plus dévalué 1983 : Création du CNGE qui regroupe et forme les premiers maîtres de stage et enseignants en MG 1986 : Constitution du syndicat MG-France (reconnu représentatif en 1989)
Années 90 1991 : Premières nominations de maîtres de conférences associés de MG dans les facultés 1993 : Directive d'harmonisation des études médicales 1997 : Décret instituant le semestre de stage obligatoire « chez le praticien » pour tous les résidents (mis en place en novembre) – toutes les facultés ont désormais leur Département de médecine générale (DMG) : les recrutements de maîtres de conférences associés puis professeurs associés vont croissant, les volumes de cours réalisés par des généralistes augmentent, les dispositifs pédagogiques se multiplient
Années 2000 2002-2004 : Proclamation de la spécialité médecine générale : DES en 3 ans (le semestre supplémentaire peut être effectué en ambulatoire ou à l'hôpital) - l'internat est remplacé par des Épreuves Classantes Nationales 2006 : Création d'une option médecine générale au CNU 2006 : Création du Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale, à partir des cadres du CNGE 2007 : Premières promotions sorties du DES – Nomination de 18 premiers chefs de clinique 2008 : Création par la loi de la filière universitaire de MG et d'un corps d'enseignants titulaires de médecine générale 2009 : Loi HPST : prévision d'un plan pluriannuel de recrutement de maîtres de conférences et professeurs de médecine générale + définition des soins de premier recours et précision des missions des généralistes – Premières nominations de professeurs titulaires de médecine générale 2010 : Mission et rapport d'E. Hubert sur la médecine de proximité

Source : Bloy G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). DREES. N°104. Février 2011

7.2. ANNEXE 2 - QUESTIONNAIRE AVANT STAGE

QUESTIONNAIRE

Ce bandeau est destiné à l'anonymisation du questionnaire

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

N° ID :(ne pas remplir)

N° ID :(ne pas remplir)

1- Sexe : Masculin Féminin

2- Année de naissance : 19

3- Situation familiale actuelle :

A/ vous êtes actuellement :

- Célibataire
- Marié(e)
- En Concubinage

B/ avez-vous des enfants ? :

- Oui Nombre :
- Non

4- La commune dans laquelle vous avez grandi se situe en milieu :

- Urbain
- Périurbain
- Semi-rural
- Rural

5- Etes-vous thésé ? : Oui Non

6- A quel moment de votre cursus scolaire/universitaire avez-vous choisi de faire MEDECINE GENERALE ?

- Avant le baccalauréat
- Durant les cinq premières années des études de médecine
- Au cours de la 6^e année
- Par défaut au moment du choix des postes à Paris

7- Quels ont été vos critères dans le choix de votre stage chez le praticien ?

(3 choix possible à classer de 1 à 3 selon la priorité accordée à l'item soit : 1=choix prioritaire, 3=choix le moins prioritaire)

- Proximité géographique
- Milieu d'exercice des maîtres de stage :

 - Urbain
 - Périurbain
 - Semi-rural
 - Rural

- Réputation pédagogique du stage
- Horaires de travail
- Imposition au choix
- Incitation financière (stage en zone sous-médicalisée)
- Autre (*précisez*) :

11- Si vous envisagez une activité mixte (libérale et salariée) :

A/ Rapport temps d'activité libérale sur temps d'activité salariée envisagé :

- 25% / 75 %
- 50% / 50%
- 75% / 25%
- Autre Précisez la répartition alors envisagée :

B/Type d'activité salariée envisagée :

- Médecine hospitalière
- Salariat extra-hospitalier Précisez l'activité envisagée :

12- Avez-vous passé ou êtes-vous en cours de formation pour un diplôme complémentaire ? :

- Oui -DESC ¹ Précisez dans quel domaine :
-DU² ou DIU Précisez dans quel(s) domaine(s) :
- Non

13- Pensez-vous que le stage chez le praticien pourrait modifier votre projet professionnel ? :

- Oui
- Non

Pour quelle(s) raison(s) ? :

¹ Diplôme d'Etudes Spécialisée Complémentaire ² Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter Universitaire

*Merci de votre patience et de votre participation à cette étude.
Les réponses que vous y apporterez resteront confidentielles.*

Ce questionnaire sera exploité dans le cadre de la thèse de Médecine Générale de Mathilde COUDREUSE

7.3. ANNEXE 3 - QUESTIONNAIRE POST-STAGE

QUESTIONNAIRE

Ce bandeau est destiné à l'anonymisation du questionnaire

NOM :

Prénom :

Adresse mail :

N° ID :(ne pas remplir)

N° ID :(ne pas remplir)

1- Quel âge avez-vous ? :

2- Concernant votre stage chez le praticien:

	Maître de stage n°1	Maître de stage n°2	Maître de stage n°3
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Masculin
	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Féminin
Age	<input type="checkbox"/> ... < 35 ans	<input type="checkbox"/> ... < 35 ans	<input type="checkbox"/> ... < 35 ans
	<input type="checkbox"/> 35ans < ... < 50 ans	<input type="checkbox"/> 35ans < ... < 50 ans	<input type="checkbox"/> 35ans < ... < 50 ans
	<input type="checkbox"/> 50 ans < ...	<input type="checkbox"/> 50 ans < ...	<input type="checkbox"/> 50 ans < ...
Exercice ¹	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Seul
	<input type="checkbox"/> En groupe	<input type="checkbox"/> En groupe	<input type="checkbox"/> En groupe
Lieu d'exercice	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Rural
	<input type="checkbox"/> Semi-rural	<input type="checkbox"/> Semi-rural	<input type="checkbox"/> Semi-rural
	<input type="checkbox"/> Urbain	<input type="checkbox"/> Urbain	<input type="checkbox"/> Urbain
Activité salariée associée ²	<input type="checkbox"/> Oui : Laquelle ?...	<input type="checkbox"/> Oui : laquelle ?...	<input type="checkbox"/> Oui : Laquelle ?...
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Non

¹ Pour l'exercice en groupe, comprendre cabinet groupé (Plusieurs cabinets réunis en un même lieu physique) et maison médicale (Cabinet réunissant des professionnels médicaux et paramédicaux)

² Par exemple : planning familial, urgences hospitalières, médecin coordonnateur EHPAD...

Exercice particulier ³	<input type="checkbox"/>	Oui : Lequel ?...	<input type="checkbox"/>	Oui : Lequel ?...	<input type="checkbox"/>	Oui : Lequel ?...
	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Non

Nombre de ½ journées travaillées par semaine			
--	--	--	--

³ Par exemple : acupuncture, homéopathie, médecine du sport...

3- Précisez la durée de chacune des phases :

- Phase passive :
- Phase semi-active :
- Phase active :

4- Avez-vous été satisfait de votre stage chez le praticien ? :

- Très insatisfait
- Plutôt insatisfait
- Plutôt satisfait
- Très satisfait

Pour quelle(s) raison(s) ? :

5- Qu'envisagez-vous immédiatement après la thèse ou la fin de votre cursus universitaire (si thèse soutenue avant la fin du cursus) ? (1 seule réponse)

- Remplacements : <1an
- 1-3 ans
- >3 ans
- Installation libérale
- Congé sabbatique
- Médecine hospitalière exclusive
- Salariat extra-hospitalier exclusif
- Exercice mixte (salarié et libéral)
- Activité hors domaine médical
- Ne sait pas

6- A plus long terme (10 ans après la thèse) quel est votre projet professionnel ? (1 seule réponse)

- Remplacements
- Exercice libéral exclusif
- Médecine hospitalière exclusive
- Salariat extra-hospitalier exclusif
- Exercice mixte (salarié et libéral)
- Activité hors domaine médical
- Ne sait pas

7- Si vous envisagez une installation libérale (exercice libéral exclusif ou mixte) à plus ou moins long terme : (1 seule réponse par item)

A/ Milieu d'exercice envisagé :

- Urbain - Périurbain
- Semi-rural - Rural

B/Mode d'exercice envisagé :

- Seul
En cabinet groupé (Plusieurs cabinets réunis en un même lieu physique)
En maison médicale (Cabinet réunissant des professionnels médicaux et paramédicaux)

C/Temps de travail désiré par semaine (en demi-journées) :

- <8
8 à 10
>10

- D/Durée des congés annuels envisagés :** <4 semaines
4 à 6 semaines
>6 semaines

E/Combien de temps après la thèse ou la fin de votre cursus universitaire (si thèse soutenue avant la fin du cursus) comptez-vous vous installer ? :

- Moins de 1 an
- Entre 1 an et 3 ans
- Entre 3 ans et 7 ans
- Plus de 7 ans
- Ne sait pas

F/Où comptez-vous vous installer ? :

- Près de votre commune d'origine
- Près de votre faculté d'origine (lieu où vous avez validé votre externat)
- Près de votre faculté d'accueil (lieu où vous effectuez votre TCEM)
- Près de votre lieu de stage chez le praticien
- Autre :

8- Si vous envisagez une activité mixte (libérale et salariée) :

A/ Rapport temps d'activité libérale sur temps d'activité salariée envisagé :

- 25% / 75 %
- 50% / 50%
- 75% / 25%
- Autre Précisez la répartition alors envisagée :

B/Type d'activité salariée envisagée :

- Médecine hospitalière
- Salariat extra-hospitalier Précisez l'activité envisagée :

9- Avez-vous passé ou êtes-vous en cours de formation pour un diplôme complémentaire ? :

- Oui -DESC ¹ Précisez dans quel domaine :
-DU² ou DIU Précisez dans quel(s) domaine(s) :
- Non

10- Pensez-vous que le stage chez le praticien a modifié votre projet professionnel ? :

- Oui
Non

Pour quelle(s) raison(s) ? :

¹ Diplôme d'Etudes Spécialisée Complémentaire ² Diplôme Universitaire ou Diplôme Inter Universitaire

*Merci de votre patience et de votre participation à cette étude.
Les réponses que vous y apporterez resteront confidentielles.*

Ce questionnaire sera exploité dans le cadre de la thèse de Médecine Générale de Mathilde COUDREUSE

7.4. ANNEXE 4 - MAIL D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE AVANT STAGE

Chers collègues,

Actuellement Interne en médecine générale à Grenoble, je réalise ma thèse sur le stage chez le praticien. L'objectif est d'évaluer l'influence de ce stage sur votre projet professionnel et plus particulièrement sur le projet d'installation en libéral.

Pour cela, j'ai besoin que vous remplissiez le questionnaire ci-joint (cela ne vous prendra pas plus de 5 minutes) et que vous me le renvoyiez à l'adresse suivante : mathilde_coudreuse@yahoo.fr

Un second questionnaire vous sera adressé en fin de stage.

En vous remerciant d'avance pour votre participation à cette enquête qui pourrait également permettre de faire émerger des propositions visant à améliorer ces stages.

Bien cordialement.

Mathilde COUDREUSE

7.5. ANNEXE 5 - MAIL D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE POST-STAGE

Chers collègues,

Actuellement Interne en médecine générale à Grenoble, je réalise ma thèse sur le stage chez le praticien. L'objectif est d'évaluer l'influence de ce stage sur votre projet professionnel et plus particulièrement sur le projet d'installation en libéral.

Je vous avais déjà sollicité en début de stage et j'ai maintenant besoin que vous remplissiez un deuxième questionnaire (ci-joint) pour évaluer concrètement l'éventuelle évolution de votre projet professionnel suite à ce stage. Merci de me le renvoyer à l'adresse suivante : mathilde_coudreuse@yahoo.fr après l'avoir complété (cela ne vous prendra pas plus de 5 minutes).

Votre participation à ce deuxième questionnaire est très importante pour la réalisation de ce travail, je ne peux, en effet utiliser votre questionnaire de début de stage que si vous remplissez également celui de fin de stage.

En vous remerciant d'avance pour votre participation à cette enquête qui pourrait également permettre de faire émerger des propositions visant à améliorer ces stages.

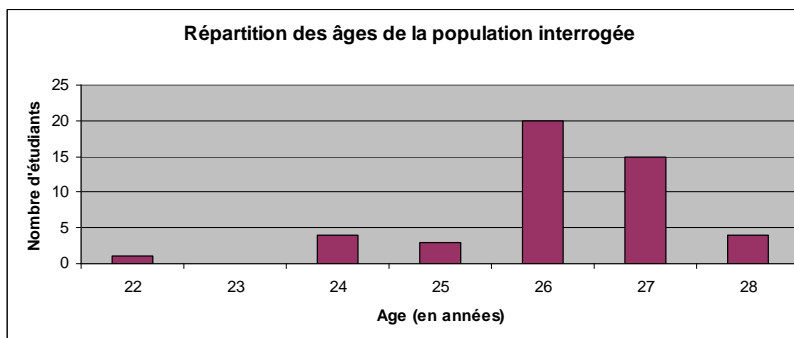
Bien cordialement.

Mathilde COUDREUSE

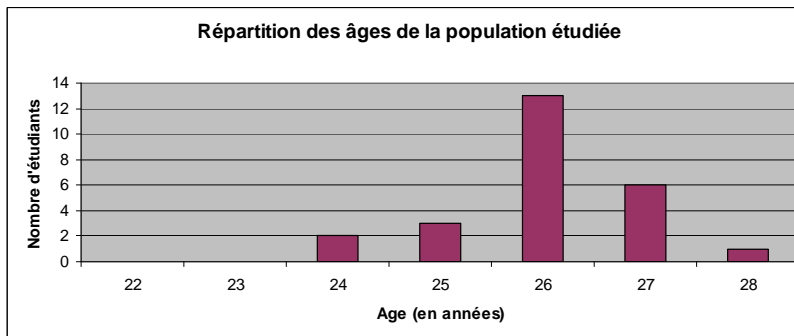
7.6. ANNEXE 6 - STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE LA POPULATION ETUDIEE

7.6.1. AGE ET SEXE

Age (en année)	Groupe interrogé	Groupe répondants
28	4	1
27	15	6
26	20	13
25	3	3
24	4	2
23	0	0
22	1	0



Population I:47
 Age
 Min. :22.00
 1st Qu.:26.00
 Median :26.00
 Mean :26.17
 3rd Qu.:27.00
 Max. :28.00

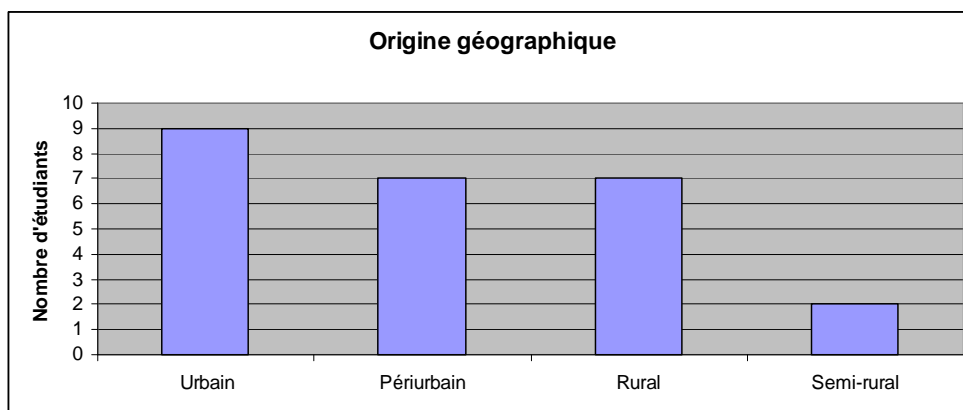


Population R:25
 Age
 Min. :24.00
 1st Qu.:26.00
 Median :26.00
 Mean :26.04
 3rd Qu.:27.00
 Max. :28.00

7.6.2. SITUATION FAMILIALE

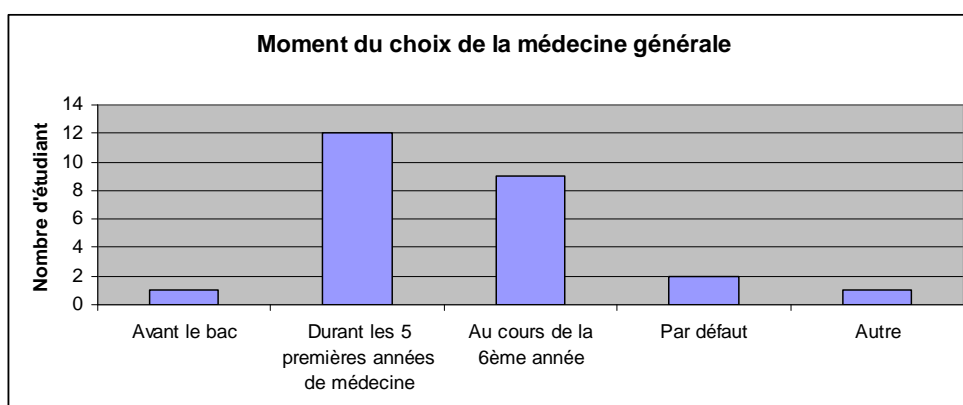
Situation familiale	Nombre d'étudiant	Pourcentage
Célibataire	13	52%
Marié	2	8%
Concubinage	10	40%
Effectif total	25	100%

7.6.3. ORIGINE GEOGRAPHIQUE



Type de milieu	Nombre d'étudiant	Pourcentage
Urbain	9	36%
Périurbain	7	28%
Rural	7	28%
Semi-rural	2	8%
Effectif total	25	100%

7.6.4. MOMENT DU CHOIX DE LA MEDECINE GENERALE



	Nombre d'étudiant	Pourcentage
Avant le bac	1	4%
Durant les 5 premières années de médecine	12	48%
Au cours de la 6ème année	9	36%
Par défaut	2	8%
Autre	1	4%
Effectif total	25	100%

7.6.5. CRITERES DU CHOIX DE STAGE

	Nombre d'étudiant	Pourcentage
Proximité géographique	23	22,3%
Milieu d'exercice des maitres de stage	17	16,5%
Réputation pédagogique du stage	40	38,8%
Horaires de travail	13	12,62%
Imposition au choix	4	3,9%
Incitation financière	6	5,8%
Total	103	100%

7.7. ANNEXE 7 - INFLUENCE DU STAGE SUR LE PROJET D'INSTALLATION

7.7.1. PROJET COURT TERME

	Projet court terme - Avant stage	Projet court terme - Après stage
Remplacements	12	15
Installation libérale	1	0
Congé sabbatique	0	0
Médecine hospitalière exclusive	5	4
Salariat extra-hospitalière exclusif	0	0
Exercice mixte	2	1
Activité hors domaine médical	0	0
Ne sait pas	5	5
Total	25	25

	Projet court terme Avant stage		Projet court terme Après stage	
Remplacements (n/%)	12	48%	15	60%
Installation libérale et exercice mixte (n/%)	3	12%	1	4%
Autre (n/%)	10	40%	9	36%
Total (n/%)	25	100%	25	100%

7.7.2. A LONG TERME

	Projet long terme Avant stage	Projet long terme Après stage	Total
Installation libérale et exercice mixte	19	22	41
Autre mode d'exercice	6	3	9
Total	25	25	50

	Projet long terme Avant stage	Projet long terme Après stage

Remplacements	0	0
Installation libérale	7	7
Médecine hospitalière exclusive	2	
Salariat extra-hospitalière exclusif	1	1
Exercice mixte	12	15
Activité hors domaine médical	0	0
Ne sait pas	3	2
Total	25	25

7.8. ANNEXE 8 - INFLUENCE DU STAGE SUR LES CARACTERISTIQUES DU PROJET D'INSTALLATION

7.8.1. MILIEU D'EXERCICE

Milieu d'exercice	Avant		Après	
rural	3	13,64%	4	18,18%
semi-rural	13	59,09%	12	54,55%
périrubain	2	9,09%	4	18,18%
urbain	4	18,18%	2	9,09%
Total	22	100,00%	22	100,00%

7.8.2. MODE D'EXERCICE

Mode exercice	Avant		Après	
seul	0	0,00%	0	0,00%
cabinet groupé	7	31,82%	13	59,09%
maison médical	13	59,09%	9	40,91%
non répondu	2	9,09%	0	0,00%
Total	22	100,00%	22	100,00%

7.8.3. TEMPS DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE

Temps de travail par semaine (1/2 journée)	Avant		Après	
Inférieur à 8	5	22,73%	7	31,82%
Entre 8 et 10	17	77,27%	14	63,64%
Supérieur à 10	0	0,00%	1	4,55%
Total	22	100,00%	22	100,00%

Projet début de stage	Supérieur à 10	8 à 10	Inférieur à 8	Total
Supérieur à 10	0	0	0	0
8 à 10	1	12	4	17
Inférieur à 8	0	2	3	5
Total	1	14	7	22

7.8.4. DUREE DES CONGES ANNUELS

Durée congés annuels (en semaines/an)				
Entre 4 et 6	13	59,09%	13	59,09%
Supérieur à 6	9	40,91%	9	40,91%
Total	22	100,00%	22	100,00%

Projet fin de stage	Inférieur à 4 semaines	4 à 6 semaines	Supérieur à 6 semaines	Total
Projet début de stage				
Inférieur à 4 semaines	0	0	0	0
4 à 6 semaines	0	9	4	13
Supérieur à 6 semaines	0	4	5	9
Total	0	13	9	22

7.8.5. DELAI D'INSTALLATION

Délai installation	Avant		Après	
Inférieur à 1	0	0,00%	0	0,00%
1-3 ans	11	50,00%	5	22,73%
3-7 ans	5	22,73%	11	50,00%
sup 7ans	0	0,00%	0	0,00%
Ne sait pas	6	27,27%	6	27,27%
Total	22	100,00%	22	100,00%

7.8.6. LIEU D'INSTALLATION

Lieu d'installation	Avant		Après	
commune d'origine	3	13,64%	5	22,73%
faculté d'origine	2	9,09%	3	13,64%
faculté d'accueil	3	13,64%	5	22,73%
lieu stage praticien	1	4,55%	1	4,55%
autre	13	59,09%	8	36,36%
Total	22	100,00%	22	100,00%

Projet en fin de stage	commune d'origine	faculté d'origine	faculté d'accueil	lieu stage praticien	autre	Total
Projet en début de stage						
commune d'origine	3	0	0	0	0	3
faculté d'origine	0	0	1	0	1	2
faculté d'accueil	0	1	2	0	0	3
lieu stage praticien	0	0	0	1	0	1
autre	2	2	2	0	7	13
Total	5	3	5	1	8	22

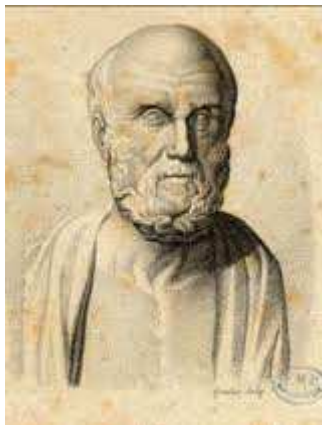
7.8.7. DIPLOME COMPLEMENTAIRE

Diplôme complémentaire	Avant		Après	
Oui	7	31,82%	12	54,55%
Non	15	68,18%	10	45,45%
Total	22	100,00%	22	100,00%

7.9. ANNEXE 9 - RAPPORT EXERCICE LIBERAL SUR EXERCICE SALARIE

	Avant	Après
90%/10%	0	1
75%/25%	5	7
50%/50%	7	7
Total	12	15

8. SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maitres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni a favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maitres, je rendrai a leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Influence du stage ambulatoire de niveau I sur le projet d'installation des étudiants en D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble.

Contexte : La médecine générale fait actuellement face à une crise démographique majeure. Force est de constater que l'installation libérale ne fait plus recette auprès des futurs généralistes.

Objectifs : Evaluer l'influence du stage ambulatoire de niveau 1 sur le projet d'installation des internes en D.E.S. de médecine générale de Grenoble et sur les caractéristiques de ce projet. Mettre en évidence les éventuels déterminants à l'installation rencontrés lors de ce stage.

Méthode : Il s'agit d'une étude monocentrique prospective, déclarative et comparative. Les 47 internes inscrits en D.E.S. de médecine générale à la faculté de Grenoble en stage ambulatoire de niveau 1 entre mai et octobre 2011 ont été interrogés avant puis après leur stage.
Les questionnaires portaient sur leur projet professionnel et sur le déroulement du stage.

Résultats : 25 étudiants (53,2%) ont répondu à la fois au questionnaire avant et après stage.
Le stage ambulatoire de niveau 1 conforte les internes en D.E.S. de médecine générale dans un projet d'exercice au moins partiellement libéral avec 28% des répondants envisageant une installation exclusive et 60% un exercice mixte en fin de stage. Même si le nombre de projets d'installation n'est pas augmenté de façon statistiquement significative ($p=0,46$). Sur le plan individuel 96% des répondants ont modifié ne serait-ce qu'une des caractéristiques et parfois la totalité de leur projet professionnel après ce stage. 80% des étudiants sont satisfaits quant à ce stage et soulignent le rôle positif de leurs maîtres de stage.

Conclusion : Le stage ambulatoire de niveau 1 constitue un tournant majeur dans l'établissement et l'affinement du projet professionnel des internes en DES de médecine générale en permettant au contact de l'exercice libéral un nécessaire ajustement de représentations.

Mots-clés : Stage ambulatoire de niveau 1, installation, interne, médecine générale, projet professionnel.

ABSTRACT

Evaluating the influence of the first ambulatory training course on the postgraduate medical students' projects of creating a private practice of general medicine in Grenoble (France).

Background: The practice of general medicine is meeting a major demographic crisis. Today, for the younger generations of general practitioners, working in a private practice isn't as tempting as it was before.

Objectives: To evaluate the influence of the first ambulatory training course on the postgraduate medical students' projects of creating a private practice of general medicine in the medical university of Grenoble (France) and on the characteristics of this project.

Methods: We conducted a monocentric prospective, declarative and comparative study. We included and questioned before and after the training course the 47 interns studying general medicine in Grenoble who were finishing their first ambulatory training course between May and October 2011. Surveys concerned the students' professional projects and the progress of the medical ambulatory training.

Main results: 25 students (53,2%) answered both surveys.

The first ambulatory training course consolidate interns in working at least partially in a private practice with 28% of the interns wishing to work in a private practice and 60% wishing to work both in a private practice and as an employee in a health care structure at the end of the training course. Even if there is no significant increasing in projects of creating a private practice of general medicine ($p=0,46$). On an individual point of view 96% of the interns changed at least one of the characteristics of their professional project by the end of this training. 80% of the interns expressed their satisfaction about this training and many underlined the positive role of their mentors.

Conclusion: This first ambulatory training course is essential in the creation and evolution of the professional projects amongst interns studying general medicine. It allows the interns to adjust their expectations to the reality of a private practice.

Key words: First ambulatory training course, private practice, intern, general practice, professional project.