



HAL
open science

Freins et appréhensions à être ou devenir maître de stage

Marion Pelletier

► **To cite this version:**

Marion Pelletier. Freins et appréhensions à être ou devenir maître de stage. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00952639

HAL Id: dumas-00952639

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00952639>

Submitted on 27 Feb 2014

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.

Thèse

**Université Segalen Bordeaux 2
Faculté de médecine de Bordeaux**

Année 2013

N° 111

**Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine
DES de Médecine Générale
(Décret du 16 janvier 2004)**

Par

Mlle Pelletier Marion

Née le 12 Mars 1985 à Soyaux

Présentée et soutenue publiquement le :

7 Novembre 2013

**Freins et appréhensions à être ou devenir
maître de stage**

Président de thèse : Monsieur le Professeur Gay

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Hammel

Rapporteur de thèse : Monsieur le Docteur Durioux

Membres du jury : Monsieur le Professeur Pellegrin

Madame le Docteur Allaire-Saugnet

Remerciements

Pr GAY,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury, de vous être investi dans cette thèse et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Merci d'avoir permis la réalisation de ce projet par la diffusion de l'enquête à l'Aquitaine grâce au Département de Médecine Générale de la faculté Bordeaux II.

Dr HAMMEL,

Je tiens à remercier particulièrement mon directeur de thèse : d'avoir initié ce projet et de m'avoir confié ce travail. Vous m'avez non seulement accompagnée tout au long de cette thèse mais surtout durant tout mon internat et encore aujourd'hui. Vous êtes d'un soutien précieux.

Dr DURIEUX,

Un grand merci pour avoir accepté d'être le rapporteur de thèse et de consacrer de votre temps à ce travail.

Aux membres du jury, Pr PELLEGRIN et Dr ALLAIRE SAUQUET

Je vous remercie d'avoir accepté avec gentillesse et intérêt de faire partie du jury.

Mes remerciements vont également au Conseil de l'Ordre des Médecins de Dordogne et son président, le Dr JM FAROUDJA, qui a permis l'initiation de cette enquête.

Aux présidents des Conseils de l'Ordre des différents départements d'Aquitaine, pour avoir émis un avis favorable à ce projet et permis que l'enquête émane de chacun des Conseils Départementaux.

Je remercie le Dr PARQUIER pour son aide et ses conseils en informatique lors de l'analyse des résultats avec le logiciel de statistiques.

Je remercie également toutes les personnes qui se sont rendues disponibles :

- Mme LASSIMOULLIAS, secrétaire administrative au conseil de l'ordre de Dordogne pour son aide dans la présentation de l'enquête initiée dans ce département, et l'explication du recueil et analyses des données notamment sous Excel.
- Mme BONIN, secrétaire au Département de Médecine Générale de Bordeaux qui a été d'une grande aide dans l'organisation de l'envoi et de la réception des enquêtes diffusées dans toute l'Aquitaine.
- Mes beaux parents pour la constitution des envois et le recueil des courriers reçus
- Mon beau frère pour l'acheminement des courriers reçus
- Mon conjoint pour son aide dans le recueil et l'analyse des résultats.

Aux médecins qui m'ont encadrée aux cours de mon internat : mes anciens maîtres de stage : les Dr HAMMEL, ALLAIRE-SAUQUET, CHAUSSADE, DUMONTET et GODART ainsi que tous les médecins hospitaliers de Périgueux (services de pneumologie et cardiologie), Bergerac (services de médecine 1, pédiatrie, gynécologie et urgences) et Bordeaux (SAMU). Je tiens également à remercier les différents médecins avec lesquels j'ai travaillé pendant mes remplacements tout particulièrement les Dr BOYER et HAMMEL mais aussi les Dr DUMAS, PRADEAU, FALLACHER.

Un grand merci à mon conjoint et mes parents pour leur confiance et leur présence tout au long de ces années.

A mes amis et toute ma famille qui m'ont été d'un soutien précieux.

Aux patients

Sommaire

I/ Introduction.....	5-6
II/ L’histoire de la formation médicale en France.....	7-30
1/ Les études médicales en France	7-16
A/ Les grands points de la formation médicale	7-8
B/ L’histoire spécifique de l’internat.....	9-11
C/ L’organisation actuelle des études médicales	12-16
2/ Cas particulier de la médecine générale : la filière universitaire de médecine générale .	17-30
A/ Historique et réformes	17-19
B/ Le stage ambulatoire.....	20-30
a/ L’histoire de la formation extra hospitalière, en ambulatoire.....	20-23
b/ La situation de la médecine générale en France et l’intérêt du stage chez le praticien ...	23-26
c/ Les modalités de la maîtrise de stage et le statut du praticien généraliste ambulatoire ou maître de stage	27-30
III/ Démographie médicale en Aquitaine	31-41
1/ Démographie des médecins généralistes.....	31-40
2/ Répartition des maîtres de stage	41
IV/ Matériel et méthode.....	42-45
1/ Enquête réalisée initialement en Dordogne	42-43
A/ Objectifs de cette démarche	42
B/ Déroulement et mise en œuvre de l’enquête	42
C/ Description du questionnaire	43
2/ Extension de l’enquête à l’Aquitaine	43-45
A/ Démarches pour l’application de cette étude aux départements d’Aquitaine et collaboration entre le Département de Médecine Générale de Bordeaux et les Conseils Départementaux de l’Ordre des Médecins	
V/ Résultats de l’enquête	46-102
1/ En Aquitaine	46-56
Typologie des médecins ayant répondu	
Avis sur l’intérêt de la pratique du stage chez le praticien à encourager les futurs médecins à l’exercice libéral	
Désir d’être maître de stage et modalités pour y postuler	
Connaissance d’un maître de stage et souhait de le devenir	
Les craintes à être maître de stage	
Désir d’informations complémentaires sur la maîtrise de stage	

2/ Dans chaque département	57-67
A/ En Gironde	57-59
B/ En Dordogne	59-61
C/ Dans le Lot et Garonne	62-64
D/ Dans les Landes	64-66
E/ Dans les Pyrénées Atlantiques	66-68
F/ Tableau récapitulatif	69-72
G/ Résumé des résultats croisés en fonction des départements	73-74
3/ Résultats croisés	75-108
A/ Quelques nuances en fonction du sexe	75-82
B/ Quelques nuances en fonction de l'âge	82-93
C/ Quelques nuances en fonction du type d'exercice	93-96
D/ Quelques nuances en fonction du mode d'exercice	96-102
E/ Quelques nuances en fonction du statut de maître de stage ou non	102-108
VI/ Discussion	109-113
1/ Les réponses aux attentes de l'enquête, les pistes vers lesquelles s'orienter	109-111
2/ Les limites de l'enquête : les biais	111-112
3/ Comparaison à la littérature existante et ouverte	113
VII/ Conclusion	114
VIII/ Annexes	115-149
IX/ Bibliographie	150-154

Objectifs de la thèse :

Connaître les craintes et les appréhensions à être ou devenir maître de stage.
Cerner leurs difficultés pour y répondre le mieux possible et essayer de trouver des solutions, des améliorations afin d'encourager la maîtrise de stage.

I/ Introduction

Les missions du médecin généraliste sont essentielles et multiples. Il assure une médecine curative de proximité, une médecine globale autant somatique que psychologique que sociale. La médecine générale comprend également une part de dépistage, prévention, information, éducation à la santé et une part d'orientation vers les diverses spécialités. Le médecin généraliste assure un véritable rôle de synthèse et de suivi : un rôle central et pivot.

Comme le souligne le Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'évolution démographique des médecins est préoccupante et tout particulièrement celle des médecins généralistes.

Le nombre de médecins généralistes libéraux en activité régulière, c'est-à-dire installé en cabinet décroît ; l'activité salariée par contre tend à augmenter. L'âge moyen de la population médicale progresse, avec de nombreux départs à la retraite prévus d'ici à 2020 et des médecins qui ne seront pas remplacés par une nouvelle génération non seulement pas assez nombreuse mais de plus semblant avoir peu d'appétence pour l'activité libérale.

Il ne convient pas de réfléchir seulement en nombre de médecins mais surtout en termes de temps médical disponible. En effet il semble que ce temps tend à se réduire en raison de plusieurs facteurs, notamment les jeunes médecins voulant préserver leur qualité de vie et réduisant leurs horaires par rapport aux aînés, l'installation différée des jeunes médecins effectuant plus longtemps des remplacements correspondant à une activité partielle, la féminisation avec une activité moins importante des femmes par rapport à leurs confrères, une tendance plus importante à l'activité salariée et un rebus des tâches administratives de plus en plus lourdes liées à l'activité libérale. Il faut également évoquer la notion de consumérisme médical qui provoque un encombrement des salles d'attente tout en majorant l'appréhension des jeunes confrères. De plus, la crainte de la mise en cause juridique constitue un écueil croissant vis à vis de ce mode d'exercice.

Enfin, l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire national s'avère inquiétante en accentuant les difficultés d'accès aux soins dans de nombreuses zones.

Ainsi plusieurs pistes de réflexions et mesures peuvent être envisagées. L'une d'elles consiste en l'augmentation du nombre de médecins généralistes (avec par exemple l'augmentation du numérus clausus déjà en place) mais il s'agit aussi de générer les vocations en médecine générale en améliorant la formation pratique.

En effet, la médecine générale est souvent mésestimée notamment par les étudiants, ce qu'a partiellement corrigé le fait de l'élever récemment au rang de spécialité. D'autre part, l'orientation vers cette activité au cours du cursus universitaire reste insuffisante. Il est vrai que le choix vers une spécialité est essentiellement conditionné par le classement à l'examen national classant (ECN): examen où les étudiants s'orientent suivant leurs désirs et ordre de classement, après la totalité des stages réalisés en milieu hospitalo-universitaire alors qu'ils ignorent presque tout de la médecine générale. Car, même si la structure hospitalière assure le socle de la formation, celle-ci s'apprend « sur le terrain » au contact du patient dans les conditions particulières de l'exercice libéral. En effet, le stage auprès du praticien permet de faire découvrir aux futurs médecins l'attrait et les modalités de cette spécialité : la médecine générale. Il s'agit d'un dispositif indispensable à la connaissance de l'exercice libéral.

Il s'avère alors essentiel d'assurer une formation pratique dès le début de l'externat auprès des médecins généralistes maîtres de stage, comme l'énoncent les textes de loi depuis 2006 avec 60 demi-journées obligatoires durant le 2nd cycle. Malheureusement, ces mesures ne sont pas toujours appliquées et applicables à défaut de terrains de stage disponibles, et de la difficulté d'articuler les stages avec les périodes d'enseignement.

De ce fait, les étudiants sont insuffisamment orientés vers la médecine générale.

De plus, la formation pratique du 3^{ème} cycle, bien qu'ayant largement évoluée, demeure trop brève et reste encore à améliorer. En effet, durant l'internat de médecine générale, la formation pratique en médecine générale libérale se résume en un semestre de stage chez le praticien : stage obligatoire, auquel peut s'ajouter un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), véritable stage professionnalisant auprès d'un médecin. Néanmoins, au vu du nombre insuffisant de médecins maîtres de stage, seuls 30% des étudiants y ont accès.

Devant ce manque de terrains de stage ambulatoire, il est alors important et nécessaire de recruter des maîtres de stage agréés.

Dans cette optique, fin 2010, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Dordogne, sous l'impulsion du Dr Hammel a réalisé **une enquête s'intéressant aux appréhensions et freins que constitue le fait d'être ou de devenir maître de stage.**

Puis, en 2011, le Dr Hammel auprès de qui j'effectuais mon stage chez le praticien à Ribérac m'a proposé de réaliser une thèse à partir de cette enquête, en l'étendant à toute la région Aquitaine. Cela a été rendu possible grâce essentiellement au Département de Médecine Générale de Bordeaux et tout particulièrement le Pr Gay ainsi que grâce à la collaboration des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine.

Cette démarche a pour objectif de cerner aux mieux les craintes des médecins généralistes en ce qui concerne la maîtrise de stage et d'apporter les informations et les réponses les plus adaptées afin de pérenniser la formation ambulatoire de la médecine générale en recrutant des maîtres de stage supplémentaires.

Il existe plusieurs thèses et travaux sur le thème de la maîtrise de stage. Le ressenti du stagiaire, l'influence de ce stage sur son projet professionnel et sa futur installation, l'impact de sa présence sur les patients, l'évaluation du stage et les modalités pédagogiques, les motivations des maîtres de stage pour devenir et être maîtres de stage sont autant de thématiques abordées mais les craintes et appréhensions à être ou devenir maître de stage de façon partielle seulement. Ainsi l'initiation de ce travail est opportune, pouvant apporter de nouveaux éléments dans l'incitation à la maîtrise de stage.

I/ L'histoire de la formation médicale en France

1/ Les études médicales en France

A/ Les grands points de la formation médicale

Au XVIIIème siècle :

Sous l'Ancien Régime, la médecine était l'une des quatre facultés mais on n'y accédait généralement qu'après un passage par la faculté des arts. L'enseignement était essentiellement théorique. Cela n'est qu'à partir de 1750 environ, qu'une partie pratique intervient, de façon très succincte à travers la botanique mais aussi la clinique. Il est vrai que jusqu'à la Révolution, les chirurgiens n'étaient pas considérés comme des médecins mais comme de « simples barbiers chirurgiens ». Le système universitaire est supprimé en 1793 et les facultés de médecine sont remplacées, l'année suivante, par quatre écoles de médecine, installées à Paris, Montpellier, Bordeaux et Strasbourg. Puis avec la création de l'Université impériale, les écoles de médecine reprennent la dénomination de facultés et leur nombre augmente.

Au XIXe siècle :

La loi du 19 ventôse an XI (10 mars 1803) régissant l'organisation de la profession médicale est l'une des mesures prises sous le Consulat pour rétablir l'ordre dans la société française ébranlée par la Révolution (1).

Désormais, dit l'article premier du texte, « nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi ». L'entrée dans la profession est alors réglementée et cela s'inscrit dans la nécessité de donner aux médecins et chirurgiens une formation plus rigoureuse et mieux codifiée.

Cette nécessité impérieuse de formation étant ainsi posée, on en admet la diversité. Tandis que les docteurs en médecine auront une formation donnée par les Écoles de santé créées le 4 décembre 1794 à Paris, Strasbourg et Montpellier, les officiers de santé, après quelques mois d'enseignements théoriques, bénéficieront surtout de stages pratiques. Deux modèles de formation sont ici juxtaposés et l'apprentissage est admis, conjointement avec celui qui privilégie la connaissance théorique. Aux docteurs incombe le soin des élites, pour l'essentiel urbaines, aux officiers de santé, celui des masses populaires, pour l'essentiel rurales (1).

Ce texte de 1803 a gardé force de loi pendant deux siècles. Socle de la médecine française, il ne fut guère modifié que par celle du 30 novembre 1892 qui supprime les officiers de santé et donc la distinction entre deux catégories de patients et de médecins, étant une adaptation à la démocratisation de la société française. Elle a unifié les professionnels amenés à soigner, alors qu'auparavant existaient plusieurs catégories de médecins (médecins, chirurgiens et officiers de santé).

Dans le même temps, au XIX^e siècle, l'externat et l'internat sont instaurés, en réaction à l'évolution technique très rapide de la médecine et à la médiocrité de l'enseignement théorique universitaire. Il s'agit de formations pratiques hospitalières accessibles sur concours, l'internat étant accessible uniquement aux anciens externes. Les étudiants en médecine commencent alors à négliger les examens de la faculté pour se consacrer à la préparation de ces concours, synonymes d'élite et de formation de qualité.

Au XX^eème siècle :

Suite aux événements de mai 68, le concours de l'externat est supprimé, et tous les étudiants en médecine suivent la formation pratique de qualité qu'est l'externat devenu obligatoire. L'étudiant n'est alors plus un externe mais un étudiant hospitalier. Cela correspond à l'idéal hospitalo-universitaire avec la création des CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) en 1958 (2) : la pratique et la théorie sont réconciliées dans un seul et même cursus pour tous. Avec la loi Faure, les facultés de médecine deviennent des Unités d'Enseignement et de Recherche : UER (puis Unité de Formation et de Recherche : UFR à partir de 1984) intégrées dans une université.

Cette réforme, corrélée à l'augmentation générale de la population étudiante, engendra un afflux massif d'étudiants dans les services des CHU. Ainsi, est instauré en 1971 un concours de fin de première année de médecine, avec un système de numerus clausus, avec un but second, celui de mieux maîtriser l'inflation des dépenses de santé en limitant l'offre de soins (2).

Jusqu'à dans les années 1990, tout médecin pouvait embrasser la plupart des spécialités, soit en passant la voie sélective et hospitalière de l'internat, soit par la voie non sélective et universitaire des Certificats d'Etudes Spécialisées (CES), laissant ainsi se développer une médecine spécialisée basée sur deux formations différentes entre « anciens internes ou anciens chefs de clinique des hôpitaux » d'une part, et titulaires de CES d'autre part. La réforme de 1983 supprima donc les CES médicaux et rendit l'internat obligatoire pour la qualification des spécialistes, à travers les Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES), compléments du diplôme de docteur en médecine.

Jusqu'en 2004, les futurs généralistes ne passaient pas le concours de l'internat. Le deuxième cycle était suivi d'une période appelée « résidanat », et qui durait cinq semestres (six semestres pour les nouvelles promotions de résidents à partir de 2001).

Depuis la rentrée 2004, tous les étudiants en médecine doivent désormais passer l'Examen National Classant (ECN) et faire un internat.

Depuis la rentrée 2010, la première année du premier cycle des études médicales (déjà commune avec odontologie et sage-femme) devient « première année commune des études de santé : PACES » (commune également avec pharmacie), le diplôme de formation générale en sciences médicales apparaît l'année suivante.

B/ Historique spécifique de l'internat : 3^{ème} cycle des études médicales

La place des internes dans la société, leur fonction dans le monde médical, ainsi que leur statut juridique sont les fruits d'une évolution historique qui connaît de fréquents changements.

Sa création remonte au début du 19^e siècle, d'abord à Paris, puis, peu à peu, dans d'autres villes universitaires.

La création et les débuts de l'internat

S'ils ne sont pas encore nommés « internes », les étudiants en médecine ont, dès la création des écoles de médecine, participé à l'activité des établissements hospitaliers. Depuis plusieurs siècles, la nécessité était apparue de faire aider les médecins et les chirurgiens des hospices par de jeunes médecins qui, tout en se rendant ainsi utiles, seraient, par la même occasion, formés. Ils étaient appelés les " Compagnons internes ".

Sous le Premier Empire, les cours cliniques connaissent un nouveau développement et leur réglementation se précisera tout au long du 19^e siècle (4). Des conventions sont alors signées entre les hôpitaux et les facultés de médecine. Les relations devenant de plus en plus étroites, il est tentant pour les établissements hospitaliers d'utiliser les compétences des meilleurs étudiants afin d'assurer une partie du service des malades. C'est pourquoi le Conseil général des hospices de Paris établit les concours d'externat et d'internat pour les médecins, en même temps qu'un autre concours pour les places de chirurgiens de seconde classe.

Si la date officielle de la création de l'Internat des hôpitaux est le 4 ventôse de l'an X, autrement dit, le 10 février 1802, c'est un rapport rédigé un an plus tôt et adopté sous Napoléon 1^{er} par un décret du Consulat qui lui a véritablement donné naissance (3). C'est le 13 septembre 1802 qu'a eu lieu le premier concours de l'internat à la préfecture de la Seine. Les autres établissements hospitaliers, sièges de faculté ou d'école de médecine imitent le modèle.

Pendant des décennies, une seule voie possible à une véritable pratique hospitalière est la réussite à ces deux concours. Le concours d'internat est réservé aux externes des hospices, recrutés par un examen de sémiologie en fin de deuxième année.

Les étudiants qui ne se présentaient pas au concours d'externat ou, qui échouaient, pouvaient alors arriver au terme de leurs études de médecine sans avoir «vu » un seul patient. Les étudiants ayant échoué aux concours d'externat ou d'internat étaient accueillis par les hôpitaux comme stagiaires, et n'y avaient qu'un rôle plus ou moins subalterne(3).

Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, l'internat reste ainsi le privilège de quelques élus.

Prenant conscience de leur existence en tant qu'institution, les internes s'organisent progressivement en groupe à part entière au sein du corps médical. La Société hippocratique, qui deviendra plus tard la Société générale des internes des hôpitaux, est ainsi fondée par onze internes en 1813.

Son objectif d'origine est de « recueillir les travaux relatifs à la médecine », avant de devenir un espace de défense des intérêts des internes.

La création, en 1882, de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux et hospices civils de Paris, reconnue d'utilité publique en 1893, procède de la même intention.

A noter qu'il faudra attendre 83 ans pour que les femmes soient enfin autorisées, en 1885, à se présenter au concours de l'Internat. La première à le réussir sera, en 1886, l'américaine Augusta Klumpke, future grande neurologue.

De 1945 à 1958, le système en place des études médicales met très peu les futurs médecins non externes ou internes en contact avec les malades (4). Les cinq années de théorie sont seulement ponctuées de stages, plus une sixième année de pratique à temps plein à l'hôpital. Les examens organisés par la faculté ne portent que sur le programme théorique. Les médecins ayant fait l'externat puis l'internat, sont mieux préparés. Les futurs médecins généralistes, qui ne sont pas encore appelés « résidents », effectuent cependant un stage « interné » en hôpital public en fin d'études.

Puis, sous l'impulsion du Pr Robert Debré, le gouvernement charge un comité interministériel d'étudier une réforme de l'enseignement médical (4). C'est ainsi que sont élaborés successivement l'ordonnance du 30 décembre 1958 portant sur la création des centres hospitaliers régionaux et universitaires, et le décret du 28 juillet 1960 sur le déroulement des études médicales. Les grands hôpitaux et facultés de médecine, tout en gardant leur personnalité morale et leur autonomie financière, doivent obligatoirement passer convention pour mettre en commun leurs moyens en locaux, en matériel et surtout en personnels médicaux, pour une plus grande efficacité.

La création en 1958 des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU), qui instaure le plein temps hospitalier, intègre dans un même corps les enseignants de médecine et les médecins des hôpitaux publics désormais recrutés par un concours commun sur titres dans chaque spécialité (2). Mais l'Internat, qui est déjà le premier système médical à plein temps fonctionnant dans les hôpitaux publics, n'est pas touché. Dans ce nouveau cadre juridique, le déroulement des études médicales est revu, mais un élitisme est maintenu parmi les étudiants avec le corps des internes, alors que tous les autres, les plus nombreux, ne sont le plus souvent que des observateurs de leurs aînés, sans pratique véritable.

Néanmoins, les événements de mai 1968 ébranlent les fondements universitaires. Le concours de l'externat est supprimé (4) : tous les étudiants ont le même statut d'« étudiant hospitalier » avec une responsabilité équivalente aux externes, et accédant aux stages hospitaliers non seulement en CHU, mais également dans les hôpitaux généraux et spécialisés, à partir de la troisième année d'études. Le cursus des études médicales comprend alors une approche pratique à l'hôpital (l'externat), et une approche théorique à l'université (cours dispensés en faculté de médecine).

Mais très vite, le nombre d'étudiants en médecine devient croissant. La sélection refusée en 1968 est alors rétablie en 1971 par une loi instaurant un « numerus clausus » à la fin de la première année du premier cycle des études médicales (4).

Plusieurs textes se succèdent ensuite. La loi du 6 juillet 1979, puis le décret du 2 septembre 1983 ont réformé les études médicales en distinguant l'internat et le résidanat.

Jusqu'en 1984, un étudiant en médecine, qui veut devenir spécialiste peut le faire de deux manières différentes (4) :

- par la voie hospitalière sélective (internat),
- par la voie universitaire non sélective du certificat d'études spécialisées (CES)

La réforme de *1984* supprime les CES médicaux et rend l'internat obligatoire pour l'accès à la spécialité (4).

Le troisième cycle comprend alors deux filières :

- Le résidanat d'une durée de deux ans pour la formation des médecins généralistes dont l'accès nécessite l'obtention du certificat de synthèse clinique et thérapeutique : CSCT.
- L'internat pour la formation des spécialistes dont l'accès est subordonné à la nomination par concours. Les étudiants internes préparent alors un diplôme d'études spécialisées (DES) d'une durée de quatre à cinq ans en fonction de la spécialité. Les titulaires de DES peuvent approfondir un aspect de leur spécialité en suivant un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC).

Ceci a pour effet l'instauration d'une distinction entre deux types d'étudiants en médecine : il y a d'un côté ceux qui choisissent une spécialité et qui doivent passer le concours de l'internat pour y accéder et de l'autre ceux qui décident de ne pas le passer ou qui y échouent et font alors médecine générale.

Enfin en 2002, la loi de modernisation sociale initiera une réforme importante du troisième cycle des études médicales en instituant l'examen classant national (ECN). L'année 2004 marque un tournant dans l'organisation des études médicales avec la mise en place de l'ECN (4).

En effet, à partir de 2004, tous les étudiants en 4^{ème} année de 2^e cycle (DCEM4) doivent passer l'ECN, qu'ils veuillent s'orienter vers la médecine générale ou vers une spécialité. Ainsi, selon son rang de classement à l'examen, chaque étudiant choisit son orientation, c'est à dire sa spécialisation et sa région d'exercice pour l'internat (le CHU référent). Dès lors, il n'y a plus de résidents et tous les étudiants accédant au 3^e cycle des études médicales sont internes.

C/ L'organisation actuelle des études médicales

Les études se déroulent en trois cycles au sein d'une université ayant une Unité de Formation et de Recherche de médecine, associée à l'un des 29 centres hospitaliers universitaires. Leur durée totale varie en moyenne de 9 ans (médecine générale) à 12 ans (autre spécialité) (5).

Les six premières années (formation de base) sont communes à tous les futurs médecins français. Deux concours ponctuent le cursus : celui de fin de première année qui répond au principe du numerus clausus, et celui de fin de deuxième cycle : les épreuves classantes nationales qui permet aux étudiants de choisir leur spécialité (5).

Le système des études de santé connaît depuis 2010 une vaste réforme visant à intégrer les études médicales au schéma européen licence-master-doctorat (LMD) (6):

- La première étape de cette réforme a concerné la première année de santé qui est devenue, depuis l'année 2010-2011, commune pour les étudiants de médecine, pharmacie, dentaire et sage-femme.
- La deuxième étape a concerné la deuxième année du premier cycle lors de la rentrée universitaire 2011-2012, conformément aux dispositions prévues par l'arrêté du 22 mars 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences médicales.
- La troisième étape prévoit une intégration de la première année du deuxième cycle au premier cycle (Licence santé) lors de l'année universitaire 2012-2013.

Le premier cycle comprend la 1^{ère} et 2nd année :

La première année commune aux études de santé (PACES) – L1 santé (6)

Depuis la rentrée 2010-2011, la première année d'études de médecine est commune aux études odontologiques, pharmaceutiques, maïeutiques, de kinésithérapie et d'ergothérapie. Elle est divisée en deux semestres et associe des enseignements théoriques et dirigés. La formation dispensée au cours des deux premiers semestres comporte des unités d'enseignement communes aux quatre filières. S'y ajoutent, durant le premier semestre, une information sur les différents métiers et, durant le second semestre, une unité d'enseignement (UE) spécifique à chacune des filières.

Au premier semestre, les enseignements sont communs à toutes les filières. Des épreuves sont organisées à la fin de celui-ci; les étudiants mal classés peuvent être réorientés dans d'autres filières de l'université.

Au second semestre, les étudiants choisissent une ou des UE spécifique(s) à une filière, en plus de la formation commune. Les étudiants passent un concours à la fin de l'année débouchant sur quatre classements.

Quatre classements (un par filière) sont établis en prenant en compte les résultats obtenus à l'ensemble des unités d'enseignement communes et à l'unité d'enseignement spécifique.

Les élèves figurant en rang utile sur la liste de classement correspondant à la filière de médecine sont admis en deuxième année du premier cycle des études médicales, la Licence 2 Formation Générale en Sciences Médicales.

Cette première année est sanctionnée par un concours d'entrée limité par un numerus clausus. Le redoublement de cette première année est autorisé mais seulement une fois. Il n'est pas autorisé de tripler la première année.

La deuxième année d'études – L2 Formation Générale en Sciences Médicales (6)

La deuxième année d'études de médecine est consacrée aux sciences fondamentales et biocliniques : anatomie, physiologie humaine, biochimie, bactériologie, statistiques... Elle comporte un programme complémentaire des matières dites fondamentales, avec des travaux pratiques et des enseignements dirigés plus nombreux qu'en première année.

Cette deuxième année commence par un stage hospitalier d'initiation aux soins (soins infirmiers) d'une durée de quatre semaines, à temps complet.

Le deuxième cycle

Le deuxième cycle était constitué de quatre années. Il commence par la 3^{ème} année : la DCEM1. Il repose sur l'apprentissage des processus pathologiques, de leur thérapeutique et de leur prévention, ainsi qu'à l'enseignement de l'organisation des systèmes de santé, de l'évaluation des pratiques de soins, de la déontologie et de la pratique médicale.

DCEM1

La première année de ce cycle, qui correspond à la troisième année de médecine, est une année de transition où l'étudiant apprend les sciences biocliniques (pharmacologie, bactériologie, virologie, parasitologie...) qui font l'interface entre sciences fondamentales des premières années et enseignements de la pathologie. Cette année très théorique comporte néanmoins un stage de cinq semaines à temps plein d'initiation aux fonctions d'étudiant hospitalier : un stage pratique de sémiologie à l'hôpital. Cette troisième année de médecine est maintenant intégrée, dans le cadre du système LMD, au premier cycle (Licence santé), depuis la rentrée universitaire 2012-2013.

Donc les 2nd et 3^{ème} années permettent de compléter la formation des étudiants pour qu'ils obtiennent le diplôme de formation générale en sciences médicales.

Le 1^{er} cycle comprend ainsi désormais les 3 premières années.

Le second cycle regroupe alors le DCEM2 – DCEM3 – DCEM4 (6)

Les trois années suivantes (DCEM2, DCEM3 et DCEM4), traditionnellement appelées « externat », sont consacrées à l'apprentissage de la médecine clinique. L'étudiant reçoit une formation théorique et pratique sur les différentes pathologies segmentées en modules : modules transversaux (plus ou moins interdisciplinaires) ou modules d'organe. Ces modules sont le programme officiel de l'examen classant national.

L'étudiant partage son temps entre des cours théoriques à la faculté et des stages hospitaliers. L'externat consiste le plus souvent en quatre stages par an de trois mois chacun dans des services de spécialités. Les stages consistent en cinq matinées par semaines dans les services. Certaines universités ont remplacé le mi-temps permanent par un temps plein par alternance : les externes sont alors présents toute la journée mais seulement 6 semaines sur 3 mois dans certains cas ou 2 mois sur 4 dans d'autres cas. Le temps restant est consacré aux enseignements, aux examens, à la préparation des ECN. Des stages obligatoires doivent être effectués dans certains secteurs : les urgences, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la chirurgie et la médecine interne.

Ces stages confèrent à l'étudiant hospitalier ses premières responsabilités dans une équipe médicale et sa première approche réelle des patients. Pendant l'externat, l'enseignement magistral, de plus en plus remplacé par des travaux dirigés, se fait en alternance avec des stages hospitaliers : cet enseignement est un véritable compagnonnage, où l'externe aborde par « cas cliniques » de véritables situations vécues dans le service. Par ailleurs, trente-six gardes (soit une garde par mois) doivent être effectuées au cours de ces trois années.

Des examens concluent chacune des années, et l'évaluation des stages compte dans ces contrôles terminaux.

Ce deuxième cycle se termine par les épreuves classantes nationales, dont le résultat détermine le choix de la spécialisation suivie. A noter qu'en milieu de 6^{ème} année (DCEM4), l'étudiant doit passer l'examen du module 11 : ancien certificat de synthèse clinique et thérapeutique : CSCT, indispensable pour obtenir le droit de prescription et se présenter à l'examen national classant.

Le 3^{ème} cycle des études médicales

Le troisième cycle est le véritable cadre de la formation professionnelle.

L'accès à la spécialisation : les épreuves classantes nationales (7)

La régulation du nombre des spécialistes résulte d'un examen national passé en fin de deuxième cycle. Tous les étudiants achevant leur deuxième cycle des études médicales doivent se soumettre à cette épreuve pour accéder au troisième cycle des études médicales. Intitulé « épreuves nationales classantes », cet examen s'est substitué en 2004 aux concours de l'internat. Il permet aux étudiants entrant en troisième cycle de choisir, en fonction de leur rang de classement et du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics, un des postes d'interne offerts dans trente spécialités. Le nombre de postes ainsi que la répartition de ces postes par spécialités et subdivisions (lieu de formation) sont fixés chaque année par arrêté.

Les D.E.S.

Au cours de ce troisième cycle, les internes sont amenés à préparer un Diplôme d'Etudes de Spécialités (D.E.S.) (5). Les D.E.S. durent entre trois et cinq années pour la plupart des spécialités, trois années pour la médecine générale, quatre années pour la pédiatrie, la psychiatrie, la médecine nucléaire ou la neurologie, et cinq années pour l'oncologie, la chirurgie générale la gynécologie-obstétrique ou l'anesthésie-réanimation... Le programme des enseignements généraux et spécifiques ainsi que la durée et la nature de la formation pratique (succession de stages de plusieurs mois) varient selon les spécialités. Les semestres dédiés à la formation pratique doivent être effectués dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisés de la discipline choisie.

Depuis la rentrée 2011-2012, les établissements privés à but lucratif peuvent accueillir des internes. Bien qu'il ait le statut d'étudiant et qu'il soit sous la responsabilité d'un « senior », l'interne est déjà un professionnel autonome, puisqu'il peut prescrire. Il s'agit plus d'une expérience professionnelle initiale. L'enseignement lors de l'internat est essentiellement pratique (7).

Le troisième cycle de médecine générale dure trois ans. Il est divisé en six semestres; les semestres impairs s'effectuent de novembre à avril, les semestres pairs de mai à octobre.

L'Arrêté du 19 octobre 2001 portant sur l'organisation du troisième cycle de médecine générale, qui modifie l'arrêté du 29 avril 1988 (8) stipule :

Article 1er

Le troisième cycle de médecine générale a une durée de trois ans et comprend une formation théorique et pratique dispensée à temps plein selon des modalités fixées par le présent arrêté en application des articles 5 à 13 du décret du 7 avril 1988 susvisé.

Article 4

L'enseignement théorique du troisième cycle de médecine générale a une durée de 200 heures environ réparties sur trois années du cycle. Il est organisé par modules et porte sur les domaines suivants :

- la médecine générale et son champ d'application
- les gestes et techniques en médecine générale
- les situations courantes en médecine générale ; stratégies diagnostiques et thérapeutiques, leur évaluation
- les conditions de l'exercice professionnel en médecine générale et place des médecins généralistes dans le système de santé
- formation à la prévention, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique
- préparation du médecin généraliste au recueil des données en épidémiologie, à la documentation, à la gestion du cabinet, à la formation médicale continue et à la recherche en médecine générale.

Article 5

Les internes exercent des fonctions hospitalières ou extra-hospitalières durant six semestres. Les services, organismes ou laboratoires et praticiens accueillant les internes doivent être agréés, conformément à l'article L. 632-5 du code de l'éducation susvisé.

D'après le Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (8) et (9):

La formation pratique de l'interne en médecine générale depuis 2004, repose sur 6 stages répartis de la manière suivante :

Quatre stages obligatoires d'une durée de six mois dans des services ou départements agréés pour la médecine générale :

- un stage auprès de praticiens généralistes agréés
- un stage en médecine d'urgence
- un stage en pédiatrie et/ou au sein d'un service de gynécologie
- un stage en médecine d'adulte à choisir parmi la médecine interne, la médecine polyvalente, ou la gériatrie de court séjour.

Deux stages d'une durée de six mois, au libre choix du stagiaire à effectuer dans un service ou département hospitalier agréé. Il faut préciser qu'au minimum un des stages effectués en milieu hospitalier doit l'être dans un service agréé du Centre hospitalier universitaire (CHU).

L'internat dure 3 ans pour la médecine générale. L'interne doit valider l'ensemble des stages de six mois requis pour son diplôme d'études spécialisées. De plus, à la fin de son internat, l'étudiant présente un mémoire ou portfolio en médecine générale afin d'obtenir le DES. Enfin, il doit passer sa thèse au maximum dans les 3 ans qui suivent la fin de l'internat afin de devenir docteur en médecine.

La thèse de médecine

Au terme de la formation pratique de 3e cycle, une thèse d'exercice est requise pour obtenir le droit d'exercer en tant que docteur en médecine en France. Cette thèse porte sur des travaux de recherche.

Les D.E.S.C.

Les internes ayant validé leur D.E.S. peuvent préparer ensuite un diplôme d'études spécialisées complémentaires (D.E.S.C.), qui leur confère le droit d'exercer dans une spécialité plus spécifique encore.

Les diplômes d'Etudes de Spécialités Complémentaires (D.E.S.C.) complètent les D.E.S. en apportant une compétence complémentaire. Il existe deux catégories de D.E.S.C. :

- Les DESC qualifiants, d'une durée de trois ans et dont l'usage est admis à l'installation :
(*Exemples : la chirurgie infantile, vasculaire, viscérale..., la gériatrie ou encore la réanimation médicale*)
- Les DESC non qualifiants, d'une durée de deux ans (*Exemples : l'addictologie, la nutrition, la néonatalogie, la cancérologie...*).

2/ Cas particulier de la médecine générale : La filière universitaire de la médecine générale

A/ Historique et réformes de la filière universitaire de la médecine générale

En 1958, à l'initiative du professeur Robert Debré, sont créés les centres hospitaliers et universitaires et les médecins à plein temps hospitalo-universitaires : la bi-appartenance est une spécificité de la médecine hospitalo-universitaire (2).

En 1982, La réforme des études médicales (loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982) a pour but d'améliorer la formation pratique et la formation théorique du troisième cycle. Elle met en place en 1984, l'internat comme voie d'accès exclusive aux spécialités. A ce titre, est mise en place le résidanat pour la médecine générale : troisième cycle avec une formation pratique hospitalière, une formation théorique et un stage de sensibilisation à la pratique de cabinet, qui dure alors vingt demi-journées (2).

Ainsi, pour le résidanat :

Le décret n°88-321 du 07 avril 1988 fixe à deux ans (soit quatre semestres) la durée du résidanat pour les étudiants accédant au troisième cycle des études médicales avant l'année universitaire 1995-1996 (8).

Puis, l'ordonnance N°96-345 du 24 avril 1996 fixe à deux ans et demi (soit cinq semestres) la durée du résidanat pour les étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 1996-1997 (9).

Enfin, pour les étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 2001-2002, la durée du résidanat est fixée par arrêté ministériel n°2001-64 du 19 janvier 2001 à trois ans (soit six semestres). Les étudiants concernés devront prendre trois inscriptions annuelles complètes en TCEM (T1, T2 et T3) (9).

En dépit de ces aménagements, les insuffisances de notre système de formation médicale devenaient de plus en plus importantes : sélection par l'échec à l'entrée des études, enseignement inadapté, non prise en compte des technologies nouvelles, dévalorisation de la médecine générale, incompatibilité avec les normes européennes...

En 1996, les professeurs Jean-François Mattei et Jean-Claude Etienne, alors députés, se sont vu confier une mission d'analyse de la formation initiale des médecins afin d'établir un état des lieux, nécessaire préalable à toute réforme des études de médecine. Il propose la création d'une filière de médecine générale au concours d'internat (2).

En 1997, le troisième cycle de médecine générale est prolongé d'un semestre, prenant la forme d'un stage en cabinet d'omnipraticien. Cette même année, sont mis en place les « départements universitaires de médecine générale » (DUMG), dotés de locaux et de moyens propres. Ils sont codirigés par un hospitalo-universitaire et un médecin généraliste (2).

En 2000, le deuxième cycle des études médicales, suite aux recommandations des professeurs Jean-François Mattei et Jean-Claude Etienne (arrêté du 10 octobre 2000), avec une volonté de transversalité, est réorganisé. L'enseignement ne se fait donc plus par certificat mais par module portant sur les grands processus pathologiques. En outre, cet arrêté a créé un diplôme de fin de deuxième cycle (2).

Le 30 juin 1999, le Premier ministre Lionel Jospin, en clôture des Etats généraux de la santé, exprime sa volonté de redonner toute sa place à la médecine générale en réformant les études médicales : « Une réforme des études médicales est nécessaire. Il faut rééquilibrer l'enseignement de la médecine, ouvrir les études médicales et y donner toute sa place à la médecine générale (...) ».

Les étudiants entreront dans le troisième cycle après avoir passé un concours de l'internat, national, anonyme et classant. La médecine générale sera reconnue comme une spécialité au même titre que les autres, et sa durée de formation sera portée à trois ans. Tout en étant mieux formés, seront donc généralistes les médecins qui en auront fait le choix. « C'est ainsi que la médecine générale sera reconnue à sa juste valeur et qu'elle pourra tenir toute sa place dans le monde médical »

Le remplacement de l'ancien système par l'accès au troisième cycle des études médicales à la suite de l'ENC est acté par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (9).

Ainsi, l'article 60 de la loi n° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (article L. 632-2 du code de l'éducation) a réformé le 3^e cycle des études médicales (9).

L'objectif de la réforme de 2002 est triple:

- Donner à l'ensemble des médecins la meilleure des formations possibles
- Mettre fin à la marginalisation des médecins généralistes
- Les hisser au rang de leurs collègues spécialistes

Depuis cette réforme :

- l'accès au 3^e cycle est désormais subordonné à la validation de la totalité des modules d'enseignement, c'est-à-dire à l'obtention du diplôme de fin de deuxième cycle.

- tous les étudiants voulant effectuer un 3^e cycle d'études médicales doivent se présenter aux épreuves de l'internat. Celui-ci devient un concours national classant, qui permet à tous les étudiants ayant obtenu le diplôme national de fin de 2^e cycle de choisir une discipline et un poste d'interne dans un centre hospitalier universitaire en fonction de leur rang de classement.

- la médecine générale est donc soumise au même régime que les autres spécialités d'internat. Elle est ainsi érigée au rang de discipline universitaire sanctionnée par un diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale.

En 2004, les premières épreuves classantes nationales ont lieu. C'est alors la création du DES de médecine générale (JO 6 octobre 2004) (2).

Le cursus universitaire est identique aux autres spécialités : entrée sur classement aux épreuves classantes nationales (ECN) à la fin du deuxième cycle, délivrance d'un Diplôme d'Etudes spécialisées (DES) à la fin du troisième cycle des études médicales, accès aux postes de chef de clinique, maître de conférences des universités, professeur des universités. Le contenu d'enseignement est spécifique et structuré : le DES de médecine générale permet aux étudiants d'acquérir les compétences nécessaires à la pratique de la médecine générale.

En 2006, le SNEMG : Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale est créé le 1 avril (2).

En 2007, après une grève de l'enseignement de médecine générale de novembre 2006 à janvier 2007, le sénateur Pr. Francis Giraud dépose un projet de loi qui s'inscrit dans la continuité de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 élevant enfin la Médecine Générale au rang de spécialité médicale à l'égal des autres. C'est alors la nomination des premiers chefs de clinique malgré l'absence d'enseignants titulaires de la discipline de médecine générale. La médecine générale devient, aux termes de la nouvelle réforme des études médicales, une spécialité à part entière et une discipline universitaire (10).

Sous l'aval du conseil de l'ordre des médecins, se met en place une procédure d'obtention de qualification de spécialiste en médecine générale à partir du 19/04/2007 en accord avec l'arrêté portant sur la qualification de spécialiste en Médecine Générale paru au Journal Officiel le 18 avril 2007 selon une liste de critères reprenant les principales caractéristiques du métier de médecin de famille (10).

En 2008, l'assemblée nationale vote à l'unanimité la loi précisant le cadre législatif de la filière en affirmant trois points essentiels :

- Le triptyque soins, enseignement, recherche de l'activité à l'instar des autres disciplines
- Le lieu ambulatoire de l'exercice des soins
- La définition du statut comportant une intégration d'enseignants associés.

En 2009, l'arrêté du 18 juin 2009 définit le cadre du stage de 2ème cycle de médecine générale (9).

A l'université : la Loi HPST du 21 juillet 2009 entérine cette notion de spécialiste en médecine générale et fixe le nombre des spécialistes à former en médecine générale. « art. L. 632-2 » (9).

La loi HPST reconnaît l'importance du champ ambulatoire de la médecine générale et son enseignement. Elle précise dans son article 47 un plan de nomination sur 5 ans de 20 professeurs titulaires, 30 maîtres de conférences et 50 chefs de clinique de médecine générale. En décembre, sont nommés les 10 premiers enseignants titulaires de médecine générale.

En 2010, les arrêtés de mars définissent la voie du concours en imposant la thèse de science aux candidats aux postes de maître de conférences des universités (9).

En juin le rapport IGAS-IGAENR fait état d'un manque criant d'enseignants de médecine générale et fait des propositions pour le post internat, favorables à la médecine générale.

En août, les arrêtés modificatifs précisent les nouvelles modalités du DES de médecine générale avec la possibilité d'organiser d'avantage de stages en ambulatoire (8).

En novembre 2010, paraît l'arrêté sur l'équivalence des diplômes qui dispense les candidats de thèse de science comme le sont déjà les hospitalo-universitaires (9).

B/ Le stage ambulatoire : La maîtrise de stage

a/ Historique de la formation extra hospitalière : Formation ambulatoire

Conscients de l'importance d'une formation pratique au contact des réalités de l'exercice de la médecine générale, et du fait que l'hôpital, tant par son recrutement en malades que par la technicité de ses services, ne peut répondre à cette demande, les responsables du 3ème cycle des études médicales ont mis en place le stage pratique des futurs généralistes auprès des praticiens extra-hospitaliers.

La notion de stage chez le praticien pour les étudiants en médecine est évoquée pour la première fois en 1959 par une commission gouvernementale présidée par Michel Debré, car à l'époque la formation des étudiants en médecine reste essentiellement hospitalo-universitaire (11).

Puis, vers la fin des années soixante, l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) propose la création d'un stage chez le praticien au Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Un avis favorable est émis dans son bulletin officiel du 23 juin 1968 et l'adoption du texte a lieu le 12 octobre 1968 (11).

Mais ce n'est qu'en 1972, qu'une loi publiée dans le Journal Officiel du 14 juillet 1972 modifiant le Code de Santé Publique et de la Sécurité Sociale officialise le stage chez le praticien en donnant l'autorisation et non l'obligation d'effectuer un *stage pratique en fin d'études auprès d'un Docteur en médecine générale libéral selon les conditions et modalités fixées par décret*, lequel décret ne parut jamais (11).

Le 5 juillet 1973, dans un contexte de désaffection de la médecine générale par les étudiants, le gouvernement nomme la commission Fougère (12), du nom de son président, le conseiller d'État Louis Fougère, afin de réfléchir sur l'ensemble du cursus médical et en particulier sur la promotion du médecin généraliste.

Le 1^{er} Avril 1975, dans le but de réorganiser la formation de médecine générale, tout particulièrement le « résidanat » le premier rapport de cette commission propose la création d'un 3^{ème} cycle de médecine générale (11).

Ce cycle, d'une durée de deux ans devait se constituer (13) :

- de stages au sein d'une structure hospitalière avec un enseignement théorique et une pratique spécifique
- d'un stage extra-hospitalier chez un praticien de ville

Puis, le 28 mars 1977, un second rapport apporte quelques précisions (13) :

- la mise en place d'une formation hospitalière de dix-huit mois dans des services hospitaliers
- un enseignement théorique de 150 heures
- la création d'un stage extra-hospitalier de 6 mois auprès de praticiens de médecine générale, de P.M.I., de médecine scolaire ou de médecine du travail

Le 6 juillet 1979, est votée une loi relative aux études médicales, fortement inspirée du rapport de cette commission ; celle-ci propose un troisième cycle de médecine générale, désormais dénommé résidanat, d'une durée de deux ans et comprenant une formation hospitalière, extrahospitalière et théorique avec un stage chez le praticien restant facultatif. Il est alors prévu de rendre effectives ces mesures à partir de 1983 (11).

Néanmoins en pratique, le stage chez le praticien s'intègre peu à peu mais reste néanmoins en arrière plan. En Effet, il se présente alors sous la forme de 30 à 50 demi-journées où le rôle de l'interne est essentiellement passif (d'après la circulaire précisant les modalités du stage chez le praticien en juin 1986). Il ne permet pas alors aux futurs médecins généralistes de prendre réellement en charge des patients de médecine générale.

A la fin des années 80, le cursus de médecine générale est alors constitué de (13) :

- quatre semestres de résidanat en milieu hospitalier
- environ trente demi-journées de stage chez le praticien
- un enseignement théorique spécifique de 150 à 200 heures

Le 15 septembre 1986, la directive européenne 86/457/CEE stipule l'obligation, pour tous les États membres, d'un troisième cycle de médecine générale d'une durée de deux ans, davantage orienté sur la pratique que sur la théorie, et comprenant au moins six mois de pratique de médecine générale ; la date limite d'application de cette directive sera fixée au 1^{er} janvier 1990 mais aucun des États membres ne s'y est tenu (11).

Ainsi, parait au Journal officiel, en avril 1988 le décret d'application de la loi Barzach du 30 juillet 1987 rendant le stage chez le praticien enfin obligatoire à raison de trente demi-journées au cours d'un semestre du résidanat (11).

Le 5 avril 1993, une nouvelle directive européenne¹ fixe cette fois la date butoir pour la mise en place de la formation de six mois en soins primaires au premier janvier 1995 (11).

En décembre 1993, le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) tire la sonnette d'alarme sur la nécessité et l'urgence de mettre en place ce stage de six mois à temps plein afin de permettre aux étudiants d'acquérir une formation spécifique en médecine générale. C'est aussi l'apparition de la notion de « médecin généraliste comme coordonnateur des soins médicaux. »

Mais les choses tardent à se mettre en place et la France obtient un délai auprès des instances européennes, jusqu'à l'ordonnance² du 24 avril 1996 relative à *la maîtrise médicalisée des dépenses de soins* qui précise l'organisation du troisième cycle (11) :

- Le résidanat est porté à deux ans et demi.
- Les résidents exercent leurs fonctions durant au moins un semestre en Centre hospitalo-universitaire (CHU) et pendant un autre semestre auprès de praticiens généralistes agréés.
- Ces dispositions sont applicables aux étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 1996-1997.

Vingt ans après les conclusions de la Commission Fougère et suite aux directives européennes du 15 septembre 1986 et du 5 avril 1993, dans un contexte d'uniformisation des diplômes, apparait le 16 mai 1997 au Journal officiel le premier décret : le décret n°97- 494 du 16 mai 1997 (J.O du 18.05.1997 modifiant le décret n°88 312 du 07.04.1988) (14)

Ces décrets sont le fruit des propositions conjointes des responsables universitaires du troisième cycle de médecine générale et du Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.) avec le soutien du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

L'objet de la présente circulaire est à la fois de préciser les modalités d'organisation et de déroulement des stages chez les généralistes agréés et, de prévoir, par rapport au dispositif initialement prévu des assouplissements qui donneront lieu à des modifications réglementaires. Un bilan de l'application de cette circulaire sera effectué à l'issue de l'année universitaire 1997/1998.

Ce décret porte sur l'organisation du troisième cycle en médecine générale et tout particulièrement sur le stage chez le praticien :

- la durée de la formation des médecins généralistes passe de deux ans à deux ans et demi.
- un stage pratique chez un praticien agréé « maître de stage », s'effectue pendant le deuxième, troisième ou quatrième semestre du résidanat.
- la durée du stage chez le praticien passe de trente demi-journées à un semestre.

Puis, le 18 mai 1997 est publié le second décret : le décret N°97- 495 du 16.05.1997. (J.O. du 18.05.1997) qui complète le précédent décret et donne les grandes lignes de ce nouveau stage (14) :

- Article 1er

- Les médecins généralistes, désirant devenir maître de stage, devront exercer leur activité depuis au moins trois années en cabinet libéral, au sein d'un dispensaire, dans un service de protection maternelle et infantile, un service de médecine scolaire ou tout centre dispensant des soins primaires à la condition qu'il ne s'agisse pas d'un service hospitalier

- Article 2

Le semestre sera accompli de façon continue selon deux possibilités :

- la première

La totalité du stage s'effectuera dans un cabinet libéral. Dans ce cas, l'étudiant a la possibilité d'accomplir, dans la limite d'une journée par semaine (soit un maximum de cinquante demi-journées), un stage dans une ou deux autres structures dites de soins primaires.

- la deuxième

Accomplissement de quatre mois de stage obligatoire dans un cabinet libéral, les deux mois restant sont effectués dans la continuité, sous forme d'une période de deux mois ou de deux périodes d'un mois, dans une ou deux autres structures de soins primaires.

- Article 3

Le rôle du stagiaire au cours de son stage en cabinet libéral :

Le stage comporte trois périodes pendant lesquelles le rôle du résident évolue.

- la période passive : l'étudiant est observateur
- la période semi-active : l'étudiant « peut exécuter des actes en présence de son maître de stage ».
- la période active : le résident « peut accomplir seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir en tant que de besoin ». Le nombre d'actes ne peut excéder trois par jour et s'effectue sous la responsabilité du maître de stage.

D'après le Décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 modifie le décret n° 97-495 du 16 mai 1997 et le décret n°97-1214 du 24 décembre 1977 (J.O du 27.12.1997) relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés (14) :

- Le stage pourra s'effectuer pendant le deuxième, le troisième ou le quatrième semestre du résidanat, mais aussi pendant le cinquième semestre.
- Le nombre de maîtres de stage devient limité à trois.
- Le nombre de stages de soins primaires est limité à deux selon les modalités déjà parues dans l'article 2 du décret du 16 mai 1997 : « le stagiaire peut consacrer au plus une journée par semaine à l'accomplissement d'un stage dans une ou deux des structures, autres qu'un cabinet libéral ».

Initié par la loi de 1972, proposé quasiment dans sa forme actuelle par la commission présidée par le conseiller FOUGERE en 1973, le stage du médecin généraliste auprès du praticien aura mis plus de 25 ans pour entrer vraiment dans les faits. La mise en place de ce stage doit beaucoup au Collège National des Généralistes Enseignants (C.N.G.E.) et à l'appui du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

6/ Situation de la médecine générale en France et nécessité de recrutement des maîtres de stage

La situation de la Médecine générale en France devient de plus en plus préoccupante (15). La Médecine Générale continue à être trop souvent considérée comme une spécialité par défaut vers laquelle sont orientés les étudiants à qui le rang de classement ne laisse pas d'autre possibilité. La décision de la ranger désormais parmi les spécialités corrige en partie cette situation. Beaucoup reste cependant à faire pour mettre la Médecine Générale à sa vraie place dans l'esprit des étudiants et pour créer des vocations véritables.

En effet, ce sont les divers stages hospitaliers qui conditionnent largement l'orientation ultérieure des étudiants vers une spécialité.

Pour faciliter une orientation ultérieure vers la médecine générale, il est donc essentiel d'organiser dès le début des études une formation pratique « sur le terrain » auprès de médecins généralistes maîtres de stage agréés. La médecine s'apprend au contact du malade or, au cours de leurs stages hospitaliers, les étudiants ne peuvent pas avoir accès à une formation clinique proche des conditions d'exercice libéral de la médecine générale.

Pour offrir aux étudiants cette possibilité d'un contact direct avec les conditions d'exercice en médecine générale, les textes prévoient bien, depuis 2006, un stage de 60 demi-journées au cours du deuxième cycle des études médicales (DCEM 2 ou DCEM3). Ce stage est officiellement obligatoire pour tous les étudiants et les objectifs en sont précisément définis de même que les conditions d'agrément des maîtres de stage par les facultés de médecine (départements de médecine générale). En pratique, ces dispositions ne sont pas toujours appliquées ou applicables, faute de maîtres de stages que les départements de médecine générale de certaines facultés n'ont pas su, voulu ou pu recruter en nombre suffisant.

De plus, durant le 3^{ème} cycle de médecine générale, le stage chez le praticien est essentiel et obligatoire et le **SASPAS** (stage ambulatoire en soins primaires autonome supervisé) reste facultatif, mais trop peu y ont accès, faute de maîtres de stage. Les internes ne sont donc réellement en contact avec leurs futures conditions d'exercice que pendant une année au maximum, et le plus souvent seulement six mois sur les trois ans de l'internat de médecine générale.

Aujourd'hui, la France compte seulement un peu plus de 5300 maîtres de stage alors que les besoins sont estimés à 9000 maîtres de stage, pour que tous les internes puissent effectuer un an en ambulatoire et tous les externes un stage de deuxième cycle chez le praticien.

Selon l'enquête exhaustive faite par le Collège National des Généralistes Enseignants : CNGE (16), au début de l'année 2011, 5388 MSU (maitre de stage universitaire) étaient agréés dans les 34 facultés de France, traduisant une augmentation de plus de 20% en un an. Le CNGE a contribué de manière décisive à cette augmentation en formant à la maîtrise de stage, en 2010, 1036 médecins généralistes lors de sessions de 2 jours.

Dans le 3^{ème} cycle, 4793 étaient en fonction pour encadrer les internes dans les stages ambulatoires de niveau 1 et de niveau 2 en autonomie supervisée (SASPAS). Dans le 2^{ème} cycle, 1479 étaient en fonction pour encadrer les externes dans le nouveau stage en médecine générale qui se déploie petit à petit dans toutes les facultés.

Les effectifs des MSU restent encore éloignés des besoins indispensables pour encadrer les 10146 internes inscrits en début d'année en DES de Médecine Générale, sans compter les internes qu'il faut encadrer pour leur thèse et leur mémoire.

Il est donc important et urgent de recruter des maîtres de stage (15). En effet, le nombre d'internes de médecine générale augmente significativement depuis quelques années avant de se stabiliser progressivement dans les années à venir. Par conséquent, le nombre de terrains de stage ambulatoire existant pour la formation devient insuffisant.

Il s'avère également important de garantir à tous les internes de médecine générale une formation adaptée à leur futur métier en réalisant deux stages ambulatoires minimum. De même, la mise en place récente des stages chez le praticien au cours du second cycle des études médicales, pour les externes, nécessite des maîtres de stage supplémentaires. Les Enseignants Cliniciens Ambulatoires jouent aussi un rôle primordial auprès des externes, afin de garantir comme nous l'avons vu précédemment, à tous une sensibilisation à la médecine générale au cours de leur externat, pour permettre de faire un choix en toute connaissance de cause aux ECN.

C'est pourquoi il est primordial d'encourager les médecins généralistes libéraux à continuer à être ou devenir maîtres de stage et de les accompagner le mieux possible. Il s'agit alors d'apporter aux médecins, non maîtres de stage, une information sur la maîtrise de stage la plus adaptée possible ainsi que de prendre en compte leurs appréhensions et freins à jouer ce rôle.

A ce titre, l'Intersyndicale Nationale Autonome des Internes de Médecine Générale (ISNAR), l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF), le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et le Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (CNEMG) dans un Communiqué de presse de mars 2010 intitulé « étudiants recherchent maîtres de stage » encouragent et recherchent les différents moyens de former et d'initier un plus grand nombre de maîtres de stage (17).

Cet enjeu engage également les Départements de Médecine Générale, qui ont la responsabilité de former les praticiens volontaires à la maîtrise de stage, et d'en gérer les effectifs dans une optique de réelle anticipation des besoins des internes et étudiants en médecine, mais cela engage aussi les étudiants et internes de médecine générale, dans le travail qu'ils effectuent au long cours pour sensibiliser les médecins généralistes à la maîtrise de stage.

Dans un communiqué de presse à Vincennes, le 1er décembre 2011, le Collège National des Généralistes Enseignants demande des moyens pour poursuivre les efforts de recrutement et de formation des généralistes Maîtres de Stage Universitaires (16).

En effet, l'avenir de la Médecine Générale et de l'accès aux soins dépend de la capacité à former les étudiants en Médecine et à leur donner envie de faire ce métier. Les stages en Médecine Générale sont alors décisifs dans le cursus des étudiants : il est indispensable que des Médecins Généralistes soient recrutés et formés pour cette fonction d'Enseignant Clinicien Ambulatoire Maître de Stage des Universités (MSU).

Grâce aux efforts constants des Collèges d'enseignants de Médecine Générale et des Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG), la formation régulière de nouveaux MSU sous l'égide du CNGE permet un recrutement pérenne de qualité qu'il faut poursuivre et intensifier.

La première nécessité réside dans le financement des formations à la maîtrise de stage permettant au CNGE et aux DUMG un recrutement efficace des 3000 MSU supplémentaires nécessaires à l'encadrement de tous les internes et les externes.

De même, le *SNEMG (Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale)* soutient depuis plusieurs années que la Formation Médicale Initiale et la reconnaissance universitaire de la médecine générale sont les solutions efficaces et durables pour répondre aux défis démographiques d'aujourd'hui et de demain (18). Ces solutions s'articulent avec les solutions développées par les autres acteurs du soin primaire.

Pour permettre de poursuivre la mise en place de la filière universitaire de médecine générale il est nécessaire de (18) :

- Recruter, former et encadrer les enseignants cliniciens ambulatoires maîtres de stage
- Généraliser le stage de médecine générale ambulatoire en 2ème cycle
- Généraliser le stage ambulatoire de soins primaires en autonomie supervisée
- Créer un diplôme d'études spécialisées d'urgence pour que le diplôme d'études spécialisées de médecine générale soit spécifique à la discipline médecine générale et non un biais par lequel on accède à la médecine d'urgence.
- Créer un diplôme d'études spécialisées de 4 ans avec une 4ème année professionnalisante en médecine générale ambulatoire
- Réformer le post internat et créer les conditions nécessaires au développement des carrières universitaires dans la discipline médecine générale

Le SNEMG demande que des moyens dédiés soient mis en œuvre sans attendre pour relever le défi de la formation des futurs médecins généralistes et répondre durablement aux problèmes d'accès aux soins des populations (18).

Le SNEMG réclame alors:

- Un statut d'enseignant universitaire pour les enseignants cliniciens ambulatoires, ce qui est actuellement obtenu
- Le financement et l'indemnisation de la formation pédagogique.
- La revalorisation des indemnités pédagogiques pour tous les enseignants cliniciens ambulatoires et une bonification pour l'encadrement des étudiants en stage de 2ème cycle.
- Un plan de nomination par an et sur 5 ans de 50 enseignants titulaires, 50 enseignants associés et 50 chefs de clinique dans le respect de la loi HPST.
- La revalorisation de 15% des honoraires pédagogiques des ECA maîtres de stage et la bonification (x 1,5) des honoraires pédagogiques des ECA maître de stage recevant des étudiants de 2ème cycle.

La création d'un statut de praticien généraliste ambulatoire des universités entre le clinicat et le poste de maitre de conférences des universités.

La construction de la FUMG (Filière Universitaire de médecine Générale) passe par la reconnaissance des maîtres de stage comme des enseignants, car l'apprentissage en situation ambulatoire est la part essentielle de l'enseignement de la médecine générale. Or il ne s'agit pas d'un compagnonnage mais bien d'une formation dirigée par un professionnel formé à la pédagogie et dont les capacités doivent être reconnues.

Les ECA sont chargés par l'université de l'enseignement de la médecine générale en situation professionnelle ambulatoire. Avec leur expertise pédagogique et leurs savoirs professionnels, ils guident les étudiants dans leur acquisition de connaissances et la construction de leurs compétences. Les ECA participent également à la mise en place de la recherche en soins primaires en tant qu'investigateurs.

C'est pourquoi, le SNEMG propose que les ECA soient reconnus comme attachés d'enseignement par les Facultés. Cette légitimation est le chaînon majeur indispensable à la finalisation de la filière universitaire de médecine générale.

La reconnaissance universitaire des ECA est essentielle :

- Vis-à-vis des étudiants habitués à être encadrés par des enseignants universitaires hospitaliers.
- Vis-à-vis des patients pour qu'ils appréhendent les cabinets médicaux comme des lieux de formation de leurs futurs médecins.
- Vis-à-vis des ECA eux mêmes. Les ECA doivent prendre conscience du rôle pédagogique et universitaire de leur fonction d'enseignant en soins primaires.
- Vis-à-vis des institutions, pour qu'elles comprennent la nécessité et l'utilité des financements : rémunération et formation.
- Vis-à-vis des universitaires des autres disciplines pour qu'ils puissent travailler avec les enseignants ambulatoires de médecine générale et les reconnaître comme des universitaires.

c/ Les modalités de la maîtrise de stage et le statut du praticien généraliste ambulatoire ou maître de stage :

Être maître de stage, c'est tout d'abord accueillir et superviser sur son lieu d'exercice un interne de médecine générale. C'est également décider de participer activement à la formation de la future génération de médecins généralistes notamment par la transmission d'un savoir-faire et d'un savoir-être. La maîtrise de stage est source d'interactions et d'échanges professionnels et humains.

En effet, le maître de stage offre son expérience et son expertise professionnelle tandis que l'interne partage ses connaissances nouvelles et des données scientifiques actualisées (19).

Les maîtres de stage sont également appelés des enseignants cliniciens ambulatoires (ECA). Il s'agit aussi de mettre en avant leur fonction pédagogique et de la distinguer d'un simple compagnonnage. De plus, afin de marquer l'impact qu'ils peuvent avoir sur la formation des étudiants au cours de leurs études, ceux-ci sont désormais considérés comme de véritables Maître de Stage des Universités (MSU). Enfin, le maître de stage (MDS) est aussi un médecin généraliste enseignant (MGE) ce qui lui permet de participer à l'enseignement théorique des internes en médecine générale s'il le désire (20).

Au vu de *l'Arrêté du 4 octobre 2011* modifiant diverses dispositions relatives aux praticiens agréés-maîtres de stage des universités durant les études de médecine : il existe une nouvelle dénomination aux maîtres de stage : les « praticiens agréés-maîtres de stage des universités » (21) et (22).

D'après le Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 et la Circulaire n° 97-620 du 24 septembre 1997 modifiée par le décret n° 97-1213 du 24 décembre 1997 relative au stage pratique des internes auprès des médecins généralistes agréés (8) :

Aux termes de l'art. 1er du décret du 16 mai 1997 "les médecins généralistes agréés comme maîtres de stage peuvent exercer leur activité dans un cabinet libéral, un dispensaire, un service de PMI, un service de santé scolaire, ou tout autre centre agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires, à l'exclusion des services hospitaliers".

Dans le Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999 : sont définis les critères « idéaux » à l'accueil d'un stagiaire (12) :

Le généraliste doit prendre en compte l'environnement du patient, son cadre de vie, son milieu professionnel, ses origines culturelles, autant d'éléments qui interfèrent sur les problèmes pathologiques. Enfin, il doit outre ses compétences médicales, être apte à la coordination des soins, afin de remplir un véritable rôle de pivot.

Ayant ainsi précisé les principaux éléments qui définissent la médecine générale, d'autres critères sont essentiels pour un maître de stage. Pour les définir nous reprendrons la définition qui en a été donnée par l'Union Européenne des Médecins Omnipraticiens. Ils sont au nombre de 5, chacun devant être développé :

Un exercice principal en médecine générale d'au moins cinq ans. Ce délai paraît plus conforme à l'objectif que celui de trois ans retenu par le décret.

Une compétence en médecine générale et en gestion, s'appuyant sur :

- une participation régulière à la F.M.C.,
- une auto évaluation régulière,
- une documentation personnelle accessible et mise à jour,
- la participation à des travaux de recherche en médecine générale,
- une bonne intégration des facteurs socio-économiques et psycho-émotionnels dans sa démarche médicale,
- une bonne expérience des relations avec les autres médecins, les professionnels de santé, ainsi que les techniques et les structures médico-chirurgicales,
- éventuellement la participation à des structures de soins coordonnées,
- un cabinet médical dont la gestion est bien suivie avec la possibilité d'instruire le stagiaire sur ses obligations comptables.

Une compétence pédagogique :

- s'appuyant sur une participation active aux différents volets du 3e cycle des études médicales, permettant ainsi :
- d'identifier les besoins de formation des stagiaires,
- d'organiser un programme de formation large tenant compte de tous les aspects de l'exercice quotidien,
- aidant l'interne dans le domaine relationnel tant avec les individus que leurs familles,
- familiarisant le stagiaire avec les systèmes de santé et d'assurance maladie.

Un cabinet médical actif, bien organisé et dont la clientèle est variée :

- avec des locaux suffisants pour permettre l'exercice simultané,
- des dossiers médicaux bien tenus.

Enfin l'enseignement devra s'appuyer :

- sur des rencontres régulières médicales et éducatives,
- des supports pédagogiques (livres, journaux, cassettes),
- l'incitation faite au stagiaire de participer à des séminaires d'aptitude, d'entretien des connaissances, d'évaluation et de recherche.

On remarquera cependant que, pour être mis en œuvre, tous ces éléments nécessitent que le maître de stage consacre un temps très important à son stagiaire.

Selon l'article 14 du Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (8) :

L'interne de médecine générale doit :

- dans le cadre de ses fonctions hospitalières, effectuer un semestre de formation dans les services agréés pour la médecine générale des centres hospitaliers universitaires.
- dans le cadre de ses fonctions extra-hospitalières, effectuer un stage d'un semestre auprès de praticiens généralistes agréés dits « maîtres de stage ». Ce stage peut se dérouler auprès de plusieurs praticiens. Le maître de stage doit exercer son activité professionnelle depuis trois ans au moins et être habilité par le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale dont relève l'interne, après avis du conseil de l'unité de formation et de recherche médicale selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés, respectivement, de l'enseignement supérieur et de la santé.

Le maître de stage est nommé pour trois ans par le conseil de la faculté sur les critères suivants (23):

- Installé depuis trois ans minimum.
- Inscrit à l'Ordre des médecins sans problème ordinal.
- Participer sur trois ans, à 6 mois d'enseignement théorique à sa convenance (16 h en moyenne/6 mois), 6 mois de stage auprès du praticien, 6 mois de stage facultatif SASPAS.
- Obtenir sur trois ans, deux attestations d'études organisées par la faculté et son département universitaire de médecine générale (D.U.M.G).
- Participer à une des manifestations annuelle du D.U.M.G (journée de médecine générale, assemblée générale, etc...)
- Laisser le stagiaire effectuer des actes en solo dans les stages qui l'imposent.

L'agrément des maîtres de stage qui doit s'appuyer sur les critères précédemment décrits devra être assuré conjointement par les responsables universitaires du 3e cycle et les membres du collège des généralistes enseignants. Le praticien, maître de stage, doit passer une convention avec l'Université dont dépend l'interne. Cette convention, qui tient lieu de contrat, doit être communiquée au Conseil Départemental en application de l'article L 462 du Code de la Santé publique.

Le maître de stage doit profiter de cette période privilégiée pour enseigner la déontologie comportementale, c'est-à-dire pratique, à son stagiaire.

On peut devenir Maître de Stage des Universités (MSU) pour un ou plusieurs des stages suivants (20) et (23) :

- Le stage de deuxième cycle

Il s'agit d'un stage de 3 mois, destinés aux externes. Ce stage permet aux externes d'appréhender les spécificités de la médecine générale. Il s'agit d'une occasion unique pour tous les étudiants de découvrir la médecine générale avant les Epreuves Nationales Classantes (ECN) à l'issue desquelles les étudiants choisiront leur spécialité. Pour certains, ce sera leur seule expérience de médecine ambulatoire.

- Le stage ambulatoire de niveau 1

Il s'agit du stage chez le praticien. Ce stage est réalisé auprès d'un binôme ou trinôme de médecins généralistes agréés (l'un des maîtres de stage est le directeur de stage). Le démarrage du stage suppose au préalable la réalisation d'un stage hospitalier. L'étudiant doit, pour valider son semestre, avoir effectué 11 demi-journées/semaine dont 9 en compagnie du maître de stage ou 248 vacations. Une vacation vaut 3,5 h, une journée vaut 3 vacations; en cas de stage nocturne ou week-end 10 h valent 4 vacations. Le MDS a pendant la durée du stage autorité sur l'étudiant. L'étudiant s'astreint à participer à tout acte de recherche clinique, épidémiologique demandé par son MDS. Les médecins généralistes agréés peuvent exercer leur activité dans un cabinet libéral, un dispensaire, un service de PMI, un service de santé scolaire ou tout autre centre de santé agréé dans lequel des médecins généralistes dispensent des soins primaires à l'exclusion des services hospitaliers. Le stage en cabinet libéral comporte donc une phase d'observation, une phase semi-active au cours de laquelle l'étudiant peut effectuer des actes en présence du maître de stage, et une phase active au cours de laquelle il peut effectuer seul des actes, le maître de stage pouvant intervenir si besoin. Le nombre d'actes accomplis par l'étudiant ne peut excéder en général 3 actes/jour.

- Le stage dit de niveau 2, ou Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS)

Ce stage est pour l'instant facultatif et ne concerne qu'un tiers de chaque promotion. C'est souvent au cours d'un projet professionnel que l'étudiant peut effectuer le stage ambulatoire en soins primaires autonome supervisé (S.A.S.P.A.S) (Circulaire DGS/DES/2006-05-25 relative à l'organisation du projet professionnel. Arrêté du 19/10/01. Arrêté du 22/09/2004). L'étudiant consulte en autonomie complète en lieu et place du médecin. Il est supervisé de manière directe et indirecte.

De façon directe par un médecin disponible sur place ou joignable par téléphone. De façon indirecte par une relecture quotidienne des dossiers.

Quant aux patients, informés de la présence du stagiaire, ils gardent la liberté, conformément au code de déontologie d'accepter ou de refuser la présence de ce dernier. Cette information, absolument nécessaire et conforme à la déontologie, doit lui permettre d'accepter ou de refuser la présence du stagiaire. L'expérience prouve que les refus sont rarissimes. En pratique, cette information peut être générale, par voie d'affichage par exemple, et individuelle à l'occasion de chaque demande d'acte.

III/ Démographie médicale en Aquitaine

1/ Démographie des médecins généralistes

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins : (24)

La démographie médicale en région Aquitaine : situation au 1^{er} juin 2011 :

Sous la direction du Dr Patrick ROMESTAING
Président de la section Santé Publique et Démographie Médicale

Au préalable : quelques notions quant aux termes : territoire de santé et bassin de vie

Les territoires de santé

Dans le cadre de la mise en place de la loi HPST, les Agences Régionales de Santé (ARS) ont défini une nouvelle unité géographique, base de réflexion : « les territoires de santé ».
Le Conseil National de l'Ordre des Médecins souhaite apporter sa contribution en proposant une réactualisation des atlas à l'échelle des bassins de vie, en réalisant une analyse détaillée des soins de premier recours.

D'après l'article L.1431-14 du Code de la Santé publique, l'Agence Régionale de Santé (ARS) définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux.

L'approche territoriale de la démographie médicale dépasse très largement les frontières administratives d'une région ou d'un département.

Les territoires de santé sont issus de la suppression de la carte sanitaire par l'Ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003.

Devenus territoires pertinents de l'organisation des soins en 2006, ils ont d'abord pris en compte l'offre hospitalière pour s'intéresser partiellement à l'ambulatoire (IRDES, Territoires de santé – une approche à géométrie variable).

Pour définir les territoires de santé, les régions ont emprunté des voies diverses :

- création spécifique de territoires de santé à partir de données démographiques et statistiques
- échelle départementale devenant un territoire de santé
- combinaison de bassins de vie pour délimiter un territoire de santé.

Les bassins de vie :

D'après les nombreuses études quantitatives et qualitatives de démographie médicale qu'il a pu mener ces dernières années, le Conseil National de l'Ordre des Médecins propose que les soins de premier recours soient abordés à l'échelle des bassins de vie.

Selon l'INSEE « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi ».

Il s'agit d'un espace géographique des pratiques spatiales de la vie quotidienne où les populations vivent et se déplacent (hypermarchés, magasins, gendarmerie, bureau de poste, écoles, équipements sportifs...).

Dans le domaine de la santé, on y trouve des médecins, infirmiers, dentistes, hôpitaux, services d'urgences...

Pour les soins de premier recours, la notion de bassins de vie semble être la plus appropriée pour répondre aux besoins d'accès aux soins de santé des populations, envisagée dans une zone d'organisation graduée et fonctionnelle de l'offre de soins correspondant à un exercice concerté – coordonné – collaboratif et interprofessionnel sur lequel peut s'organiser la continuité et la permanence des soins. Ce choix est actuellement en cours d'évolution vers la notion de territoire de santé.

Présentation de l'Aquitaine

La région Aquitaine est une région française qui regroupe cinq départements : la Dordogne, la Gironde, les Landes, le Lot-et-Garonne et les Pyrénées-Atlantiques.

Avec ses 41 309 km², l'Aquitaine est la troisième région métropolitaine française par sa superficie et correspond ainsi à 8 % du territoire national.

Au recensement de 2006, l'Aquitaine compte 3 119 778 habitants.

La région Aquitaine est composée de 141 bassins de vie.

79% des bassins de vie dénombrent moins de 30 000 habitants et sont considérés, d'après l'INSEE, comme étant des bassins de vie ruraux.

Démographie médicale générale : médecine générale et spécialité

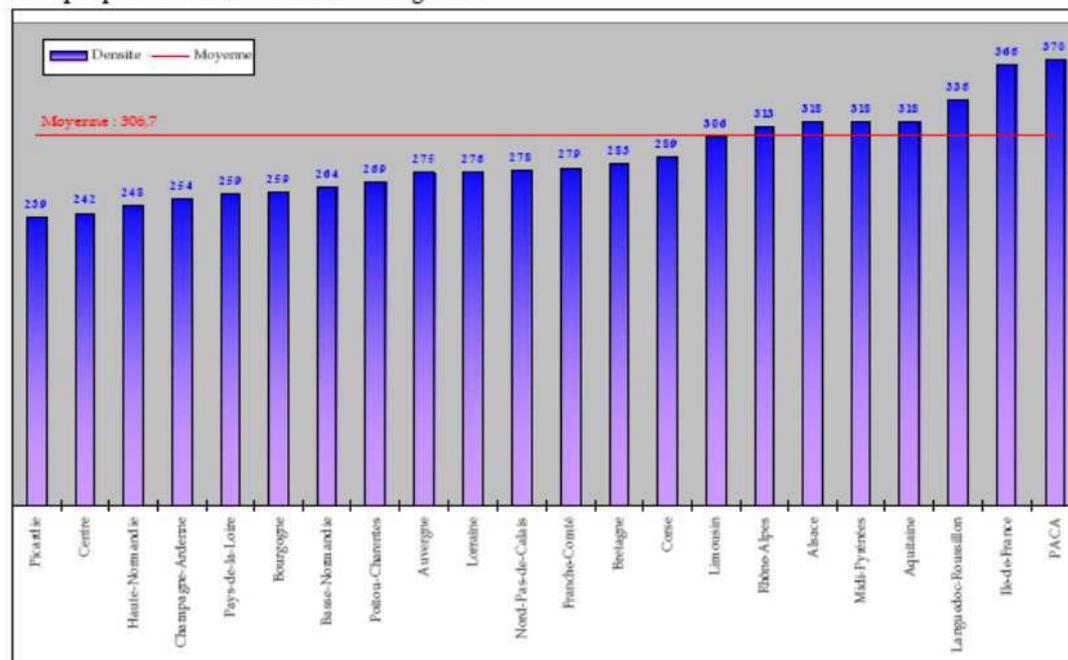
Au 1er juin 2011, la région Aquitaine recense 14 036 médecins inscrits dont 11 215 actifs et 2 821 retraités.

● Tableau n°1 : L'activité générale au 1^{er} juin 2011

	Aquitaine			France	
	Effectifs	Pourcentage		Pourcentage	
Retraité	2401	17%	Retraité 20%	15,50%	Retraité
Retraité actif	420	3%		2,80%	18,3%
Temporairement sans activité	255	2%	Activité totale 80%	2,40%	Activité totale
Remplaçant	649	5%		3,70%	
Activité régulière	10 311	73%	75,60%	81,7%	
Total	14 036	100%	100%	100,00%	100%

Avec une densité moyenne de 318 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Aquitaine occupe le 4ème rang des régions les mieux dotées.

● Graphique n°1 : La densité à l'échelle régionale



Activité régulière

Au 1er juin 2011, la région Aquitaine recense 10 311 médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre des cinq départements.

Le département de la Gironde concentre 52,8% des actifs réguliers de la région. Alors que le département du Lot-et-Garonne, quant à lui, ne compte que 7,5% des effectifs. Il existe alors des disparités assez importantes entre les différents départements de l'Aquitaine.

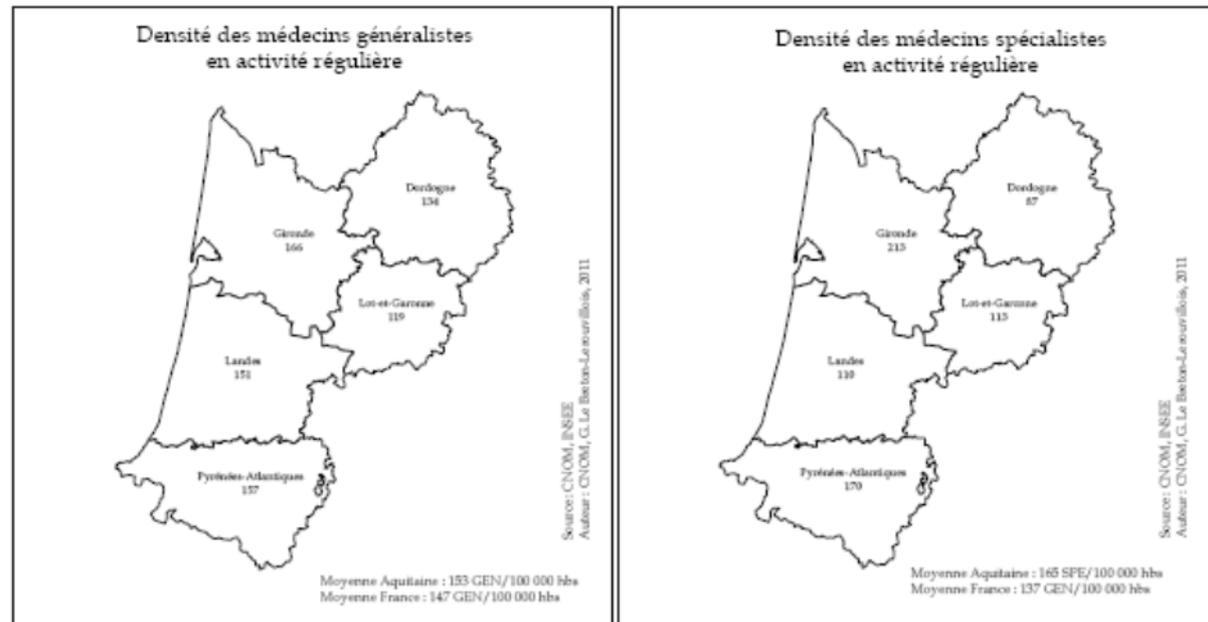
● Tableau n°2 : Part des actifs réguliers par département

Département	% actifs réguliers
Dordogne	9,0%
Gironde	52,8%
Landes	9,6%
Lot-et-Garonne	7,5%
Pyrénées-Atlantiques	21,1%

● Tableau n°3 : Effectifs, Moyenne d'âge, Part des femmes

	Généralistes	Spécialistes	Total GEN/SPE	Age	Femmes
	Effectifs	Effectifs	Effectifs	Moyenne	Pourcentage
Dordogne	563	364	927	53	33,3%
Gironde	2384	3058	5442	50	41,3%
Landes	573	417	990	52	37,9%
Lot-et-Garonne	400	378	778	53	31,5%
Pyrénées-Atlantiques	1046	1128	2174	51	37,7%
Aquitaine	4966	5345	10311	51	38,8%

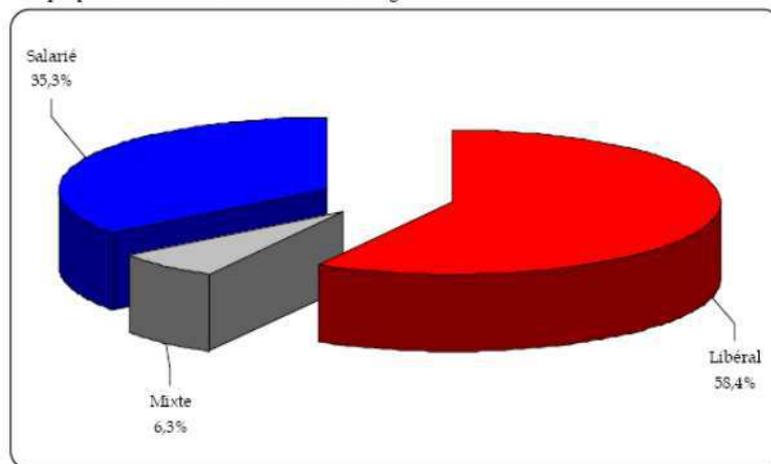
Carte n°4 : Densités des médecins généralistes et spécialistes à l'échelle départementale



Les modes d'exercice en activité régulière

Au 1er juin 2011, 58,4% des médecins inscrits en activité régulière dans les départements de la région Aquitaine exercent en mode d'exercice libéral.

● Graphique n°2 : Les modes d'exercice en activité régulière



La part de médecins libéraux varie en fonction des départements. Le département des Pyrénées-Atlantiques compte la plus forte présence de médecins en exercice libéral tandis que la Gironde a la particularité d'avoir la plus forte proportion de médecins salariés.

Les flux migratoires

L'analyse des flux migratoires des médecins nouvellement inscrits au cours de l'année 2010 permet d'identifier les zones géographiques attractives qui forment les médecins et les conservent. En moyenne, 62% des médecins diplômés d'une région y restent pour exercer leur profession.

16% des nouveaux inscrits en Aquitaine sont diplômés d'une faculté en dehors de la France et plus particulièrement de la Roumanie (44%).

66% des étudiants formés en Aquitaine s'installent dans la région.

80% des médecins diplômés de la Faculté de Gironde s'installent en Gironde.

● Tableau n°9 : Le département d'inscription et l'origine du diplôme - Aquitaine

Département inscription	Origine diplôme		
	Hors France	Gironde	Autres CD
Dordogne	22%	22%	56%
Gironde	8%	80%	13%
Landes	40%	40%	20%
Lot-et-Garonne	69%	8%	23%
Pyrénées-Atlantiques	24%	49%	27%
Total	16%	66%	17%

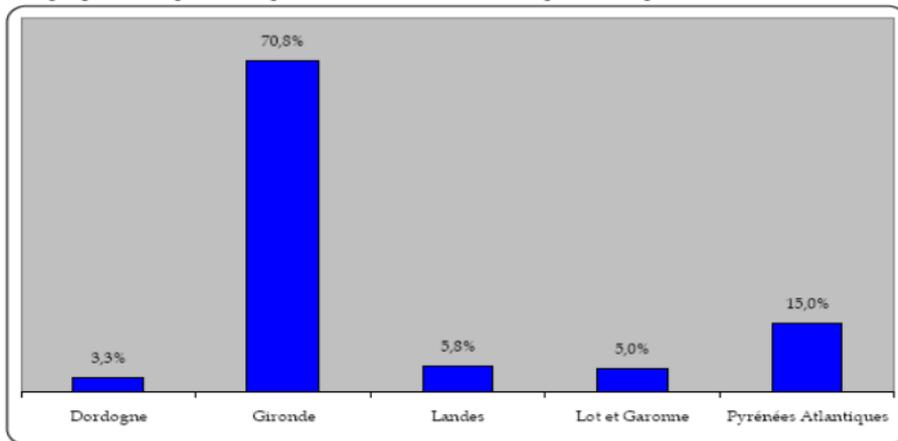
Nous constatons donc qu'il existe une différence significative entre les différents départements d'Aquitaine quant à l'origine du diplôme. En effet, Parmi les 69% de nouveaux inscrits dans le département du Lot-et- Garonne, 31% sont originaires de Roumanie et 15% de la Bulgarie. S'en suit les Landes avec 40% des médecins installés ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, puis les Pyrénées-Atlantiques avec 24% et la Dordogne avec 22%. La Gironde présente un taux assez faible de médecins installés ayant obtenu leur diplôme hors de la France. Les 4/5^{ème} des médecins de Gironde ont obtenu leur diplôme en Gironde.

Le solde des entrées

Au cours de l'année 2010, la région Aquitaine a enregistré 240 nouvelles inscriptions se répartissant de la manière suivante :

Le département de la Gironde polarise 70,8% des nouveaux inscrits tandis que le département de la Dordogne n'en dénombre que 3,3%. Ainsi, on constate de plus des disparités très significatives entre les différents départements ; cela étant plus prononcé entre la Gironde et les autres départements d'Aquitaine.

● Graphique n°4 : Répartition départementale des nouvelles inscriptions en Aquitaine



Alors que les nouveaux inscrits sont âgés en moyenne de 35 ans, les femmes représentent 52% des effectifs.

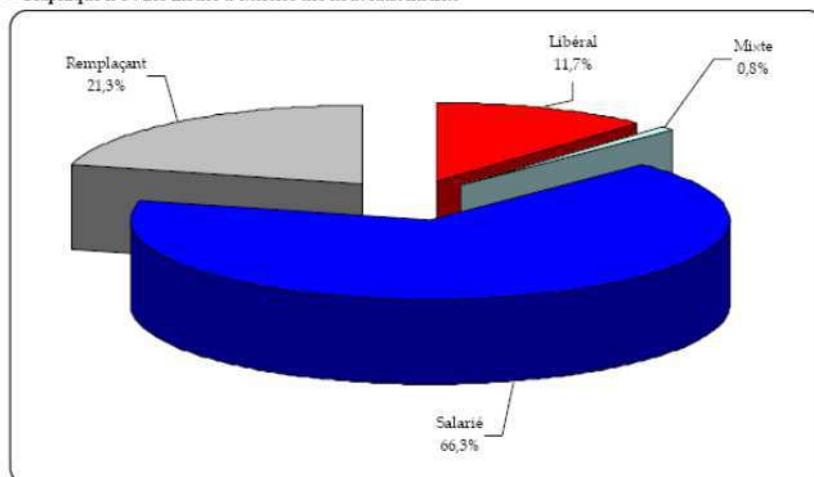
● Tableau n°10 : La part des femmes par département

Département	Part femmes
Dordogne	50,0%
Gironde	51,2%
Landes	57,1%
Lot-et-Garonne	75,0%
Pyrénées-Atlantiques	47,2%

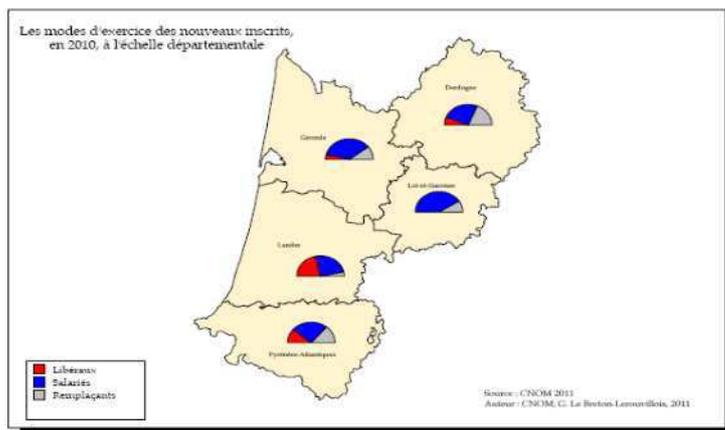
66,3% des nouveaux inscrits ont fait le choix d'exercer leur spécialité en tant que médecin salarié. Les remplaçants représentent 21,3% des effectifs.

Les libéraux, quant à eux, représentent 11,7% des effectifs contre 9,4% à l'échelon national. La part de l'activité libérale des nouveaux inscrits en 2010 varie d'un département à l'autre.

● Graphique n°5 : Les modes d'exercice des nouveaux inscrits



Carte n°6 : Les modes d'exercice des nouveaux inscrits, en 2010, à l'échelle départementale

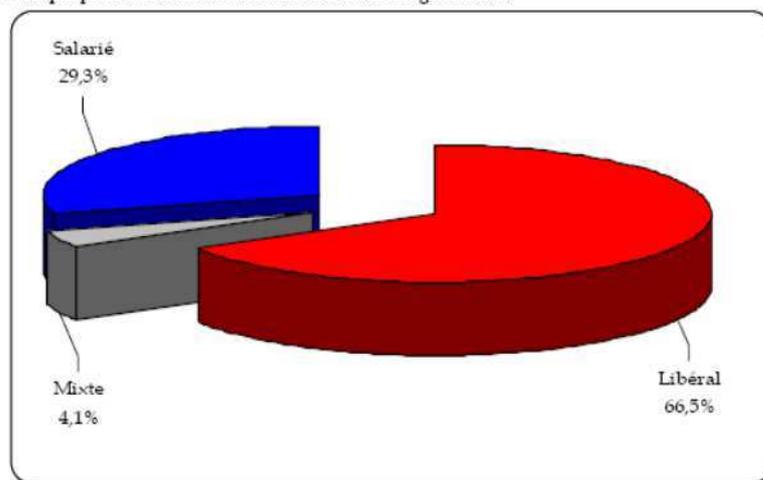


Cas particulier de la médecine générale : les soins de 1^{er} recours

Au 1er juin 2011, les bassins de vie de la région Aquitaine recensent 5435 médecins généralistes inscrits aux tableaux des Ordres départementaux en activité régulière ; dont 62% d'entre eux sont des hommes.

66,5% des médecins généralistes exercent en mode libéral exclusif et 4,1% en mode mixte avec une dominante libérale.

● Graphique n°6 : Les modes d'exercice des médecins généralistes



Le type d'activité des médecins généralistes par département :

- En Dordogne : 60,2% des médecins généralistes exercent en libéral, 31,4% sont salariés et 8,4% ont une activité mixte.
- En Gironde : 67,6% ont une activité libérale, 30,3% ont une activité salariée et 2,2% une activité mixte.
- Dans les Landes : 69,9% sont libéraux, 25,7% salariés et 4,4% ont une activité mixte.

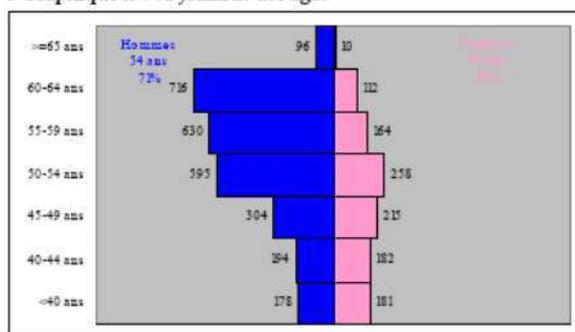
- Dans le Lot-et-Garonne : 64,2% exercent en libéral, 28,8% en tant que salariés et 7% exercent une activité mixte.
- Dans le Pyrénées-Atlantiques : 68,5% ont une activité libérale, 27,5% une activité salariée et 3,9% une activité mixte.

Les médecins généralistes libéraux et mixtes

Age :

Les bassins de vie sont composés en moyenne de 27 médecins généralistes libéraux et mixtes. Agés en moyenne de 52 ans, les hommes représentent 71% des 3 835 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Aquitaine (soit 2723 hommes et 1112 femmes). 57% des bassins de vie de la région Aquitaine sont composés de médecins généralistes libéraux et mixtes âgés de plus de 52 ans.

● Graphique n°7 : Pyramide des âges

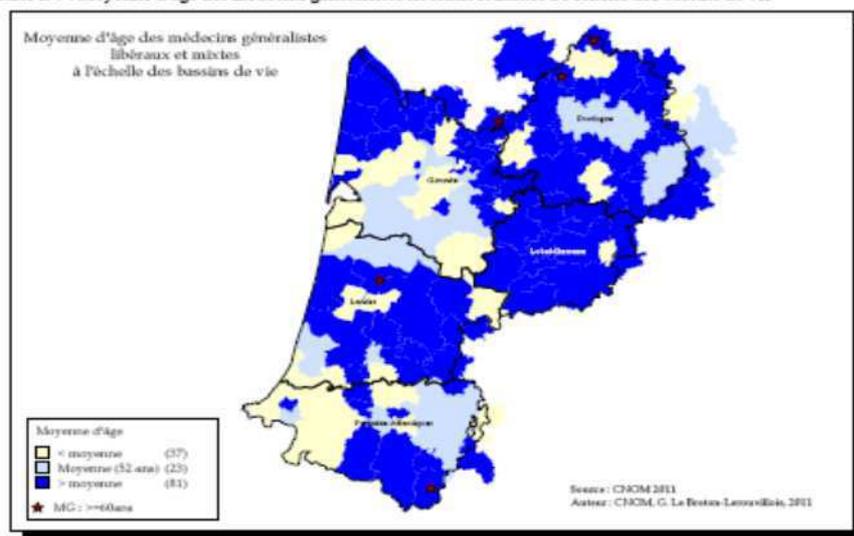


- 19% des généralistes libéraux et mixtes sont âgés de moins de 45 ans et 24% sont âgés de 60 ans et plus

- Parmi les médecins généralistes âgés de moins de 40 ans, 50,4% sont des femmes.

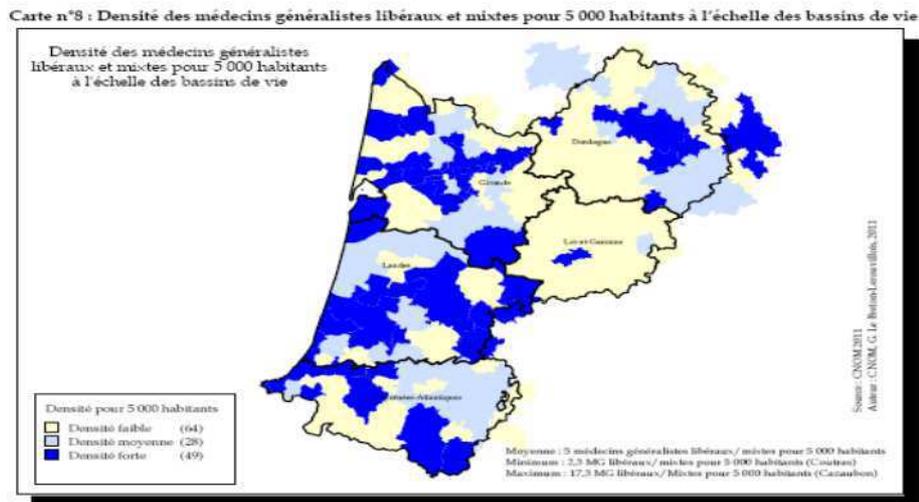
9% des médecins généralistes libéraux et mixtes ont moins de 40 ans, 23% ont entre 40 et 49 ans, 43% ont entre 50 et 59 ans et 24% ont plus de 60 ans avec 3% de plus de 65 ans. La tranche d'âge 50 – 60 ans sont majoritaires, elle représente presque la moitié des médecins généralistes libéraux et mixtes.

Carte n°7 : Moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie



Densité :

Un bassin de vie compte en moyenne 5 médecins généralistes pour 5 000 habitants. 45% des bassins de vie de la région Aquitaine sont caractérisés par une densité faible (inférieure à la moyenne).



Le solde des entrées des médecins généralistes libéraux et mixtes

Entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010, la région Aquitaine a enregistré 78 nouvelles inscriptions en médecine générale dont 12 exercent leur spécialité en secteur libéral et/ou mixte ; ce qui représente 15,4% des effectifs. Le département du Lot-et-Garonne ne recense aucune nouvelle inscription en 2010.

Alors que ces nouveaux installés en 2010 sont âgés en moyenne de 36 ans, les femmes représentent 33% des effectifs.

Du lieu de formation à l'installation

92% des médecins généralistes nouvellement installés en 2010 en région Aquitaine ont obtenu leur diplôme en France. 66% sont diplômés de la faculté de Bordeaux.

On note que la quasi-totalité des nouveaux inscrits dans les départements de la région Aquitaine a obtenu son diplôme en France à l'exception du département des Pyrénées-Atlantiques. 131 bassins de vie n'ont enregistré aucune nouvelle installation en 2010. Ils comptent en moyenne 20 600 habitants.

Les attentes des nouveaux installés

Dans le courant du printemps 2011, la section santé publique et démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins a mené une vaste enquête qualitative auprès des médecins qui se sont installés en 2009 et 2010. L'objectif était de recenser les motivations et difficultés pour exercer en secteur libéral exclusif puis d'identifier les souhaits et les attentes à moyen terme.

Parmi les répondants, la région Aquitaine recense 14 médecins généralistes libéraux avec aucun médecin collaborateur libéral.

86% des médecins répondants exercent dans un cabinet de groupe mono ou pluridisciplinaire. 100% exercent dans une commune de plus de 2 000 habitants.

Les principales motivations d'installation sont liées à 67% à l'indépendance de l'exercice et au contact privilégié avec la patientèle.

Les aides de l'État et des collectivités territoriales, l'opportunité d'une reprise de cabinet et les relations privilégiées avec les autres professionnels de santé ne sont pas des critères déterminants qui ont motivé ces médecins à s'installer.

Parmi les difficultés de l'exercice, 75% des médecins ont répondu les tâches administratives et 42% la gestion financière du cabinet.

Malgré les difficultés rencontrées au quotidien, 64,2% des médecins estiment que leur exercice actuel est satisfaisant voire même très satisfaisant dans 7,1% des cas.

À la question « seriez-vous prêt à recommander à un jeune confrère d'exercer en secteur libéral » : 93% des médecins participants ont répondu favorablement.

L'indépendance de l'exercice, le contact privilégié avec la patientèle et l'intérêt de la profession sont autant d'arguments favorables à l'installation.

Selon les médecins répondants, pour motiver les jeunes générations à s'installer, il est indispensable de mettre en place des mesures et des aides incitatives à l'installation et alléger les tâches administratives.

Le compagnonnage et les cabinets de groupe semblent être également des mesures nécessaires pour inciter à exercer en secteur libéral.

Selon les données de l'URPS : Médecins libéraux d'Aquitaine, pour un séminaire : "Rencontre Régionale des Jeunes Médecins en Aquitaine" : démographie médicale régionale : Journée du 17 septembre 2011 (28)

Au 1^{er} janvier 2011, en France, le nombre de médecins ayant une activité régulière est stable avec 47% de généralistes et 53% de spécialistes. Leur âge moyen est de 53 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes. Les médecins de 55 ans et plus représentent 43% des effectifs.

46% des médecins exercent en libéral, 42,5% comme salariés et 11,5% ont un statut mixte.

La densité médicale moyenne en France est de 306 praticiens pour 100 000 habitants. Avec une densité de 318, l'Aquitaine est la quatrième région la mieux pourvue de France.

Si en 2010 cette densité a légèrement augmenté en Aquitaine, cela recouvre des disparités importantes dans nos départements, en effet elle a augmenté, tous médecins confondus en Gironde, dans les Pyrénées Atlantiques et les Landes et baissé dans les départements déjà défavorisés que sont la Dordogne et le Lot et Garonne.

Pour les généralistes la densité est au dessus de la moyenne nationale en Gironde, dans les Pyrénées Atlantiques et les Landes et en dessous en Dordogne et dans le Lot et Garonne.

2/Répartition des maîtres de stage en Aquitaine

Au regard des données du Département de médecine générale : listes des maîtres de stage sur le DMG Bordeaux (29) : le nombre de maîtres de stage en Aquitaine est de 393.

Ils sont alors répartis en CPL :

- CPL de Bordeaux Libourne : 190
- CPL de Périgueux : 47
- CPL d'Agen : 24
- CPL de Dax - Mont de Marsan : 51
- CPL de Pau : 48
- CPL de Bayonne : 33

D'après les données du conseil national de l'ordre des médecins, les médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière sont au nombre de 3835. Ainsi, 10,25% des médecins généralistes libéraux et mixtes d'Aquitaine sont maîtres de stage.

IV/ Matériel et méthodes

1/Enquête initiée en Dordogne

A/ Objectifs de cette démarche

Cette enquête s'intéresse aux appréhensions et freins que constitue le fait d'être ou de devenir maître de stage. Cette démarche a pour objectif de permettre de cerner au mieux les craintes des médecins généralistes en ce qui concerne la maîtrise de stage et d'apporter les informations et les réponses les plus adaptées afin de pérenniser la formation ambulatoire de la médecine générale.

B/ Déroulement et mise en œuvre de l'enquête

Initialement, l'enquête a été réalisée en Dordogne.

En effet, fin 2010, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins sous l'impulsion du Dr Hammel s'est intéressé au stage auprès du médecin généraliste. Cette enquête se présente sous la forme d'un questionnaire à réponses fermées et a été envoyée à tous les médecins généralistes installés en Dordogne, en activité régulière. Une enveloppe T était ajoutée au courrier pour le renvoi des réponses. Le délai de réponse a été fixé à 1 mois.

Sélection des sujets : Population cible, population source, population étudiée définissant l'échantillon, les critères d'inclusion et d'exclusion :

La population cible est donc l'ensemble des médecins généralistes en activité régulière en Dordogne.

La population source correspond aux médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins de Dordogne en activité régulière car l'envoi des courriers a été réalisé à partir de la liste émanant du Conseil de l'Ordre, en 2010.

La population étudiée (l'échantillon) représente les médecins de Dordogne ayant répondu au questionnaire de mi novembre à mi décembre 2010.

Les critères d'inclusion sont :

- la fonction de médecins généralistes,
- l'activité régulière,
- le lieu d'exercice : la Dordogne,
- la période : de mi novembre à mi décembre 2010

Cette population est incluse quelque soit l'âge, le sexe, le type d'exercice, le mode d'exercice, la fonction de maître de stage ou non.

Les critères d'exclusion sont donc :

- les autres spécialités
- les médecins généralistes n'exerçant pas une activité régulière, comme les médecins remplaçants ou les médecins retraités actifs

C/ Description du questionnaire

La première partie de l'enquête s'intéresse à la typologie des médecins ayant répondu : leur sexe, âge, type et mode d'exercice.

Puis, il s'agit de déterminer si le médecin est maître de stage ou non. Dans le cas où il n'est pas maître de stage, on apprécie son désir et ses connaissances pour le devenir.

Le questionnaire s'interroge également :

- sur l'intérêt du stage chez le praticien à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral.
- sur le fait de connaître un confrère maître de stage et l'influence de leur expérience pour encourager les médecins à la pratique de la maîtrise de stage.

Ensuite, le questionnaire s'oriente vers les craintes que peuvent engendrer la maîtrise de stage, notamment la perte de temps, la gêne dans la relation médecin patient, le regard critique sur la pratique du médecin maître de stage, les difficultés à enseigner la médecine générale, ainsi que les difficultés d'intendance.

De même, l'enquête s'intéresse aux connaissances sur les modalités de la maîtrise de stage : la formation nécessaire, la rémunération et le partage du stage de l'étudiant entre plusieurs confrères.

Enfin, le questionnaire évalue le désir d'une information complémentaire dans ce domaine et la forme de délivrance souhaitée : soirée Formation Médicale Continue : FMC, article de bulletin ordinal, courriel, ou courrier par exemple...

2/ Extension de l'enquête à la région Aquitaine

A/ Démarches pour l'application de cette étude aux départements d'Aquitaine : Collaboration entre le Département de Médecine Générale de Bordeaux et les Conseils de l'Ordre Départementaux d'Aquitaine :

En 2011, j'étais alors interne de médecine générale en 4^{ème} semestre, en stage chez le praticien auprès des Dr Hammel, Dr Chaussade et Dr Dumontet en Dordogne. Le Dr Hammel, à ce moment là, médecin généraliste à Ribérac et secrétaire général du Conseil de l'Ordre des Médecins de Dordogne m'a proposé de réaliser une thèse à partir de l'enquête effectuée en Dordogne sur la maîtrise de stage. Cela était d'autant plus opportun au vu de la situation actuelle : les jeunes médecins généralistes étant de moins en moins nombreux à souhaiter exercer en libéral, particulièrement en milieu rural et la maîtrise de stage étant un élément essentiel afin de faire connaître aux étudiants la profession de médecin généraliste libéral. Le Dr Hammel émet également l'idée de l'extension de cette enquête à l'Aquitaine.

Ainsi, j'ai contacté le Pr Gay, directeur du Département de Médecine Générale de Bordeaux qui a immédiatement été favorable à ce projet et m'a accordé l'aide du Département de Médecine Générale tant dans l'organisation, la logistique que dans le financement. Il a également accepté d'être Président de cette thèse.

Dans le même temps, j'ai contacté les Présidents des Conseils de l'Ordre de la Gironde, du Lot et Garonne, des Landes et des Pyrénées Atlantiques afin de leur expliquer la démarche. Ils ont tous été très réceptifs, intéressés et favorables à ce projet. Ils ont alors permis que l'enquête émane du Conseil de l'Ordre de chaque département soit en appliquant leur en-tête sur l'enquête, soit en accompagnant le courrier d'une lettre témoignant leur intérêt et encouragements (afin que l'enquête soit réalisée dans des conditions proches à celle initiée en Dordogne).

Ensuite, j'ai demandé à l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine (ARS) de me fournir la liste des médecins généralistes installés en Aquitaine. Très rapidement, elle m'a fait parvenir le listing au Département de Médecine Générale (au format étiquettes).

En ce qui concerne le courrier, il se compose de l'enquête avec l'enseigne des différents Conseils Départementaux de l'Ordre selon le département d'envoi, et d'une lettre du Département de Médecine Générale signée par le Pr Gay et moi-même. Pour le département de la Gironde, s'y adjoint une lettre d'accompagnement du Conseil de l'Ordre des Médecins de Gironde, signée par le Dr Boisseau.

Pour la réalisation du courrier, l'impression a été réalisée à la faculté de médecine de Bordeaux Segalen et financée par le Département de Médecine Générale. Il en est de même pour les enveloppes d'envoi et les enveloppes T de retour fournies par le Département de Médecine Générale, par l'intermédiaire de la poste.

J'ai consulté, à la faculté, la liste des médecins généralistes installés en libéral en Aquitaine. Avec l'aide de Madame Bonin, secrétaire au Département de Médecine Générale, m'ayant aidée depuis le début des démarches, nous avons imprimé les étiquettes correspondantes aux noms et adresses des envois à effectuer.

Ainsi, avec l'aide des parents de mon conjoint, nous avons composé les différents courriers. L'envoi a été effectué mi avril 2013 par la poste de la Faculté de Médecine Bordeaux Segalen et financé par le Département de Médecine Générale.

Sélection des sujets : Population cible, population source, population étudiée définissant l'échantillon, les critères d'inclusion et d'exclusion :

La population cible est l'ensemble des médecins généralistes d'Aquitaine, en activité régulière, à l'exception des médecins de Dordogne.

La population source correspond à l'ensemble des médecins généralistes d'Aquitaine en activité régulière (à l'exception de la Dordogne), recensés par l'ARS début 2012.

Cette enquête est basée sur un échantillon issu de l'ensemble des médecins généralistes d'Aquitaine à activité régulière, à l'exclusion de ceux de la Dordogne, ayant répondu au questionnaire de mi avril à mi mai 2012.

Les critères d'inclusion sont ainsi :

- la fonction de médecin généraliste
- l'activité régulière
- le lieu d'exercice : Aquitaine à l'exclusion de la Dordogne
- la période : de mi avril à mi mai 2012

Les critères d'exclusion sont :

- les autres spécialités
- l'activité non régulière : les médecins remplaçants, les médecins retraités actifs
- le département de la Dordogne

Il s'agit donc d'une enquête descriptive anonyme, réalisée via un questionnaire auprès des médecins généralistes en activité régulière, installés en Aquitaine.

Environ 1 mois plus tard (soit mi mai 2012), les réponses ont été récoltées et collectées sur le logiciel Excel, en prenant modèle sur le travail déjà effectué en Dordogne, par une des secrétaires du Conseil de l'Ordre des Médecins de Dordogne : Patricia Lassimouillas, qui m'avait au préalable expliqué les différents éléments du recueil des données.

Enfin, le Dr Parquier, Vice Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de Dordogne (CDOM 24) et médecin généraliste à Coulounieix-Chamiers m'a apporté son aide informatique afin de transposer les données Excel sur le logiciel Sphinx pour pouvoir exploiter et croiser les résultats obtenus.

VI Résultats de l'enquête

1/En Aquitaine

L'enquête initialement adressée aux médecins de Dordogne, fin 2010, a ensuite été étendue à l'Aquitaine dans un second envoi concernant les quatre autres départements début 2012. Il a alors été envoyé au total 3955 questionnaires d'enquêtes en Aquitaine (selon les données de l'ARS) : 402 en Dordogne, 1935 en Gironde, 314 dans le Lot et Garonne, 465 dans les Landes et 839 dans les Pyrénées Atlantiques.

Nous avons obtenu **1547 réponses** soit un taux de réponses de **39,11%**.

Concernant le profil des médecins ayant répondu :

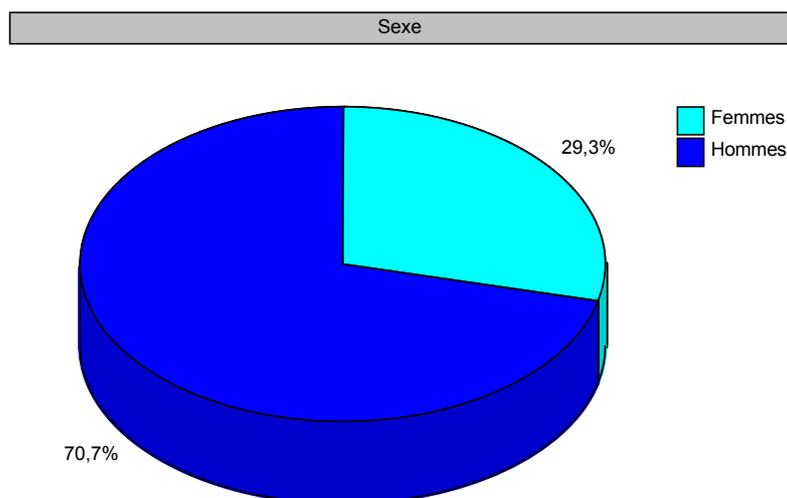
Les hommes représentent 70,72% (1094) des médecins répondants et les femmes 29,28% (453).

D'après les données du Conseil de l'Ordre des Médecins :

- 71% des médecins généralistes libéraux et mixtes en activité régulière en Aquitaine sont des hommes (ils sont alors au nombre de 2808)
- 29% des femmes (au nombre de 1146).

Ainsi le taux de réponses pour les hommes est de 38,9% et pour les femmes de 39,5%. Le taux de réponses suivant le sexe est très proche.

Graphique 1 : Répartition des médecins répondants à l'enquête sur la maîtrise de stage en Aquitaine selon le sexe (Nombre de répondants : 1547)



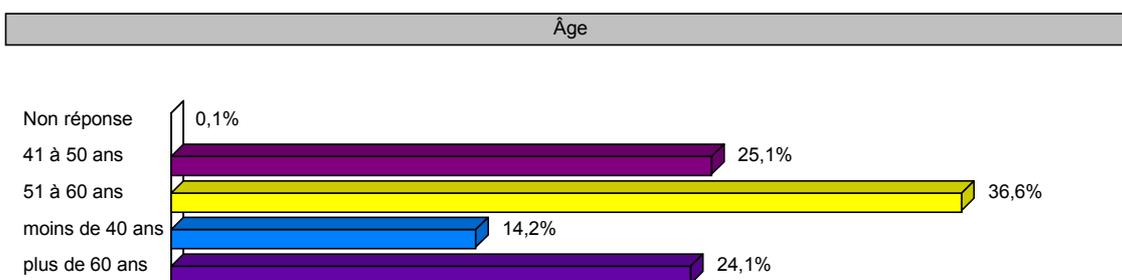
La tranche d'âge comprise entre 51 ans et 60 ans est la plus représentée avec 567 réponses soit un taux de 36,65%, suivie de la tranche 41-50 ans avec 389 réponses soit 25,15%, et s'en suit de très près les plus de 60 ans avec 373 réponses soit un taux de 24,11% ; la catégorie la moins représentée étant les 30-40 ans avec 219 réponses, soit un taux de 14,16%.

En regard des données démographiques du Conseil de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine de juin 2011 (24), nous pouvons calculer le taux de réponses par rapport à l'âge :

- Ce sont les moins de 40 ans qui ont le plus fort taux de réponses : 59,5%
- S'en suit la tranche d'âge des 41-50 ans avec un taux de réponses de 42,2%
- Puis les plus de 60 ans avec 38,7% de répondants
- Enfin la tranche 51-60 ans avec 33,3% des médecins ayant répondu.

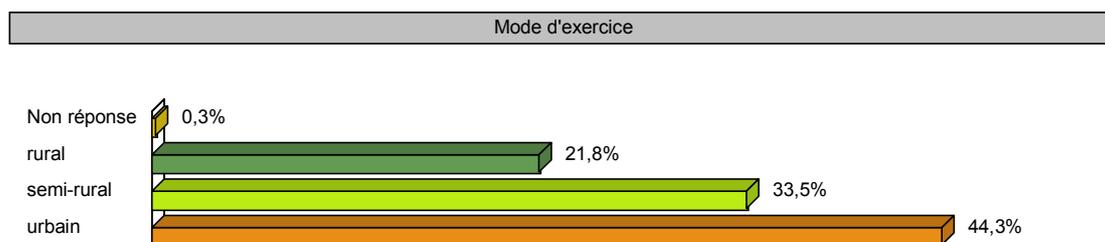
On remarque ainsi que les médecins les plus jeunes ont le plus fort taux de réponses à ce questionnaire, alors que les plus représentés (les 51-60 ans) sont les moins répondants.

Graphique 2 : Répartition des médecins répondants à l'enquête en Aquitaine selon l'âge
(Nombre de répondants : 1547)



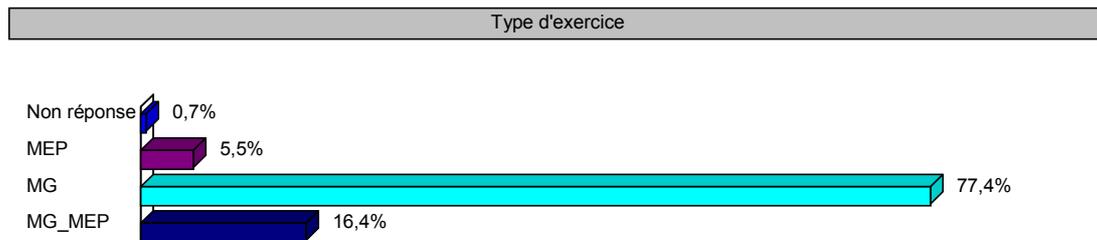
La majorité des médecins ayant répondu exerce en milieu urbain : 44,41% (687). Les médecins exerçant en milieu semi rural représentent 33,48% (518) des réponses et ceux exerçant en milieu rural : 21,85% (338).

Graphique 3 : Répartition des médecins répondants à l'enquête selon le mode d'exercice
(Nombre de répondants : 1547)



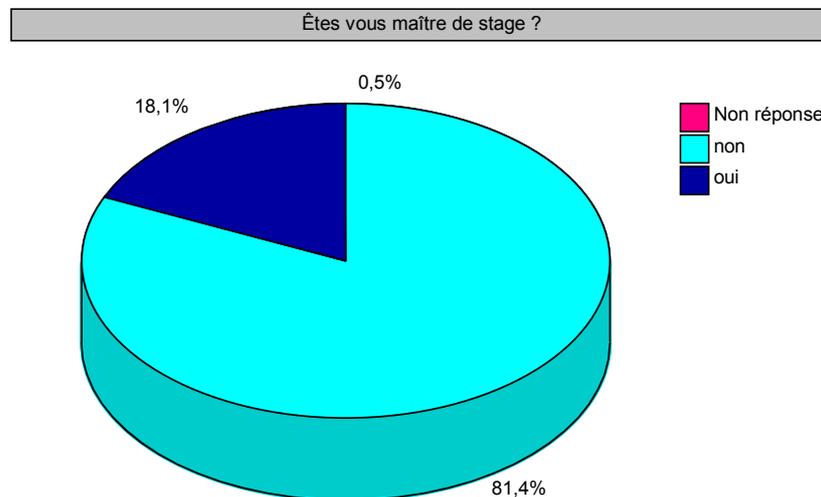
Les médecins ayant comme type d'exercice professionnel la médecine générale exclusive sont bien sur majoritaires : au nombre de 1199 soit 77,50%, les médecins associant la médecine générale à la médecine à exercice particulier sont au nombre de 254 soit 16,42% et les médecins à exercice particulier exclusif comme l'acupuncture, la médecine du sport, la médecine scolaire, l'ostéopathie ... sont au nombre de 85 soit 5,49%.

Graphique 4 : Répartition des médecins répondeurs selon le type d'exercice (Nombre de répondeurs : 1547)



Un peu moins d'un 5^{ème} des médecins (**18,10%** : 280 répondeurs) sont déjà **maîtres de stages**.

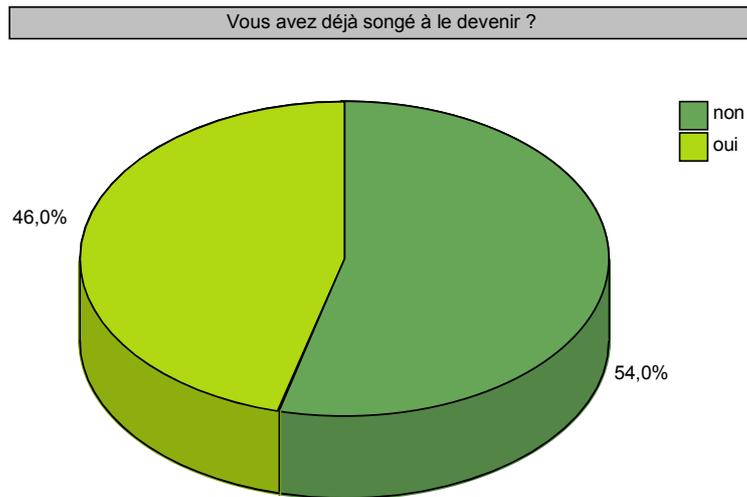
Graphique 5 : Répartition des médecins répondeurs à l'enquête selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondeurs : 1547)



Parmi les 81,45% (1260) qui ne sont pas maîtres de stage :

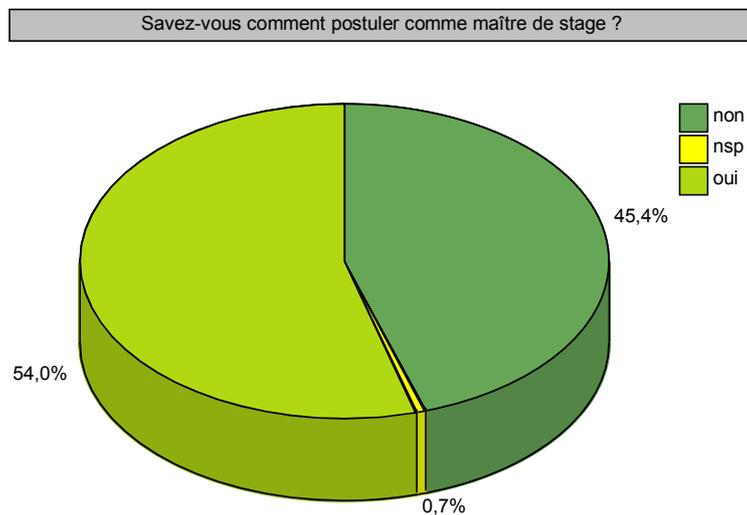
- 54,05% soit 681 médecins ne désirent pas devenir maîtres de stage,
- 45,95% soit 579 désirent le devenir
- 0,24% soit 3 sont sans opinion.

Graphique 6 : Répartition des médecins répondants non maîtres de stage selon leur attrait à le devenir (Nombre de répondants non maîtres de stage: 1260)



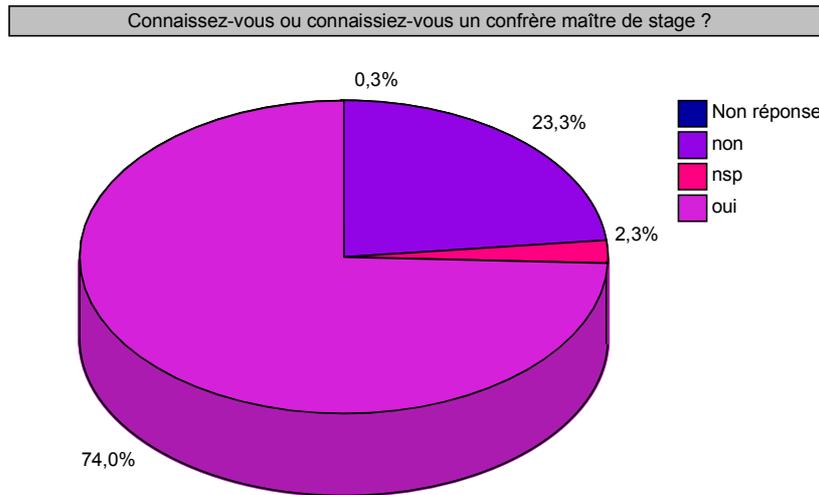
Dans un peu plus de la moitié des cas (54,23%), ils savent comment postuler à la maîtrise de stage.

Graphique 7 : Répartition des médecins répondants non maîtres de stage selon leurs connaissances des modalités de postulation à la maîtrise de stage (Nombre de répondants non maîtres de stage : 1260)

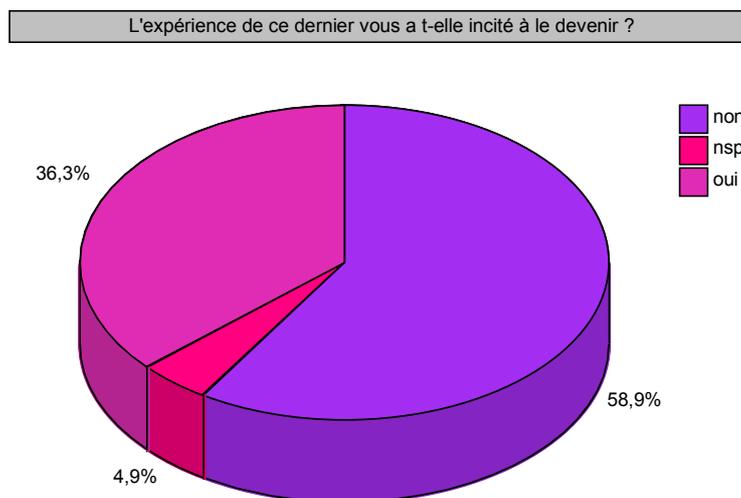


74,08% connaissent un maître de stage, néanmoins dans 59,34% des cas, l'expérience des médecins maîtres de stage n'incite pas à le devenir. En effet, seulement 36,56% des médecins connaissant un maître de stage sont de par l'expérience de ces derniers incités à le devenir.

Graphique 8 : Répartition des médecins répondeurs à l'enquête selon leur connaissance d'un confrère maître de stage (Nombre de répondeurs : 1547)

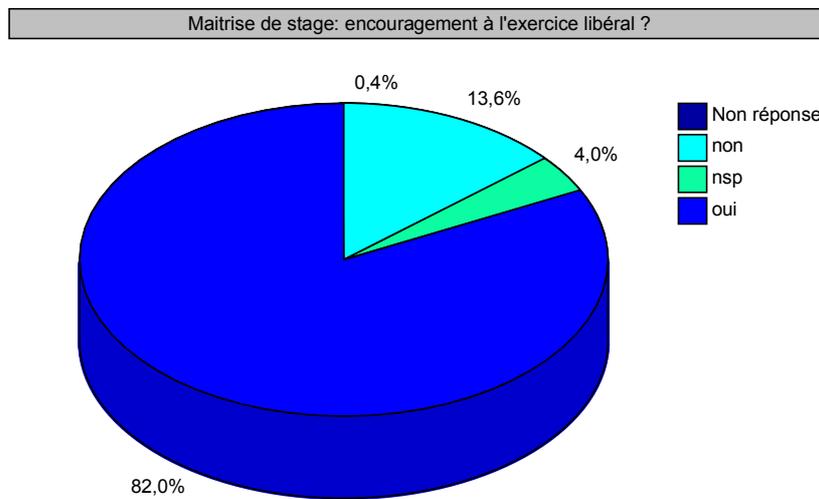


Graphique 9 : Répartition des médecins répondeurs connaissant un confrère maître de stage selon leur incitation à le devenir grâce au partage d'expérience (Nombre de répondeurs : 1146)



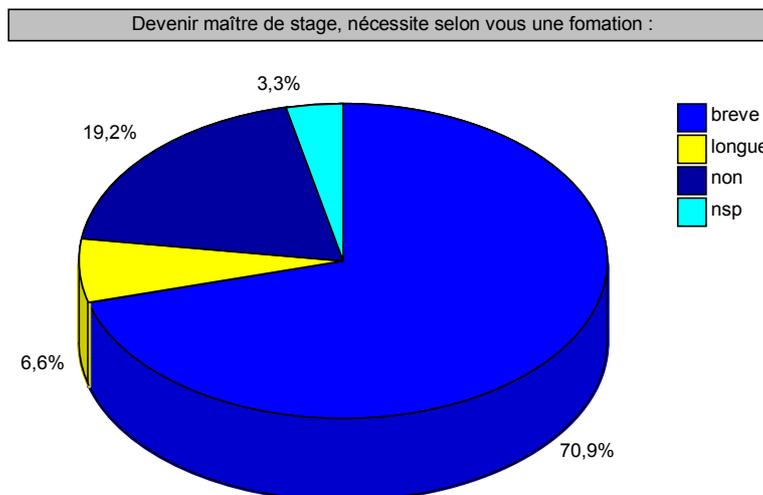
Par contre, pour 81,97% (1268) des médecins, le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral, contre 13,77% (213) qui pensent le contraire et 4,01% (62) sans opinion.

Graphique 10 : Répartition des médecins répondeurs selon l'idée que le stage en médecine générale est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral (Nombre de répondeurs : 1547)



Parmi les médecins répondeurs non maîtres de stage, la grande majorité sait que la maîtrise de stage nécessite une formation brève (71,11% : 896 répondeurs), 19,29% soit 243 médecins répondeurs croient que la maîtrise de stage ne nécessite aucune formation, une formation longue pour 6,59% (83) et 3,25% (41) restent sans opinion.

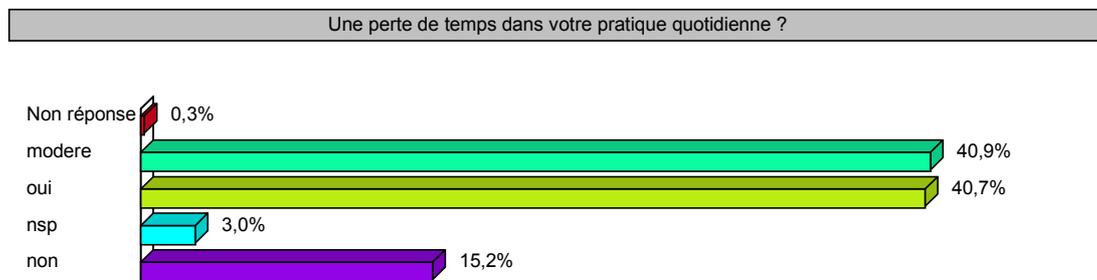
Graphique 11 : Répartition des médecins répondeurs non maîtres de stage selon leur connaissance sur la formation nécessaire pour devenir maître de stage (Nombre de répondeurs : 1260)



Dans ce questionnaire, l'un des points primordiaux est d'évaluer les craintes et appréhensions à devenir ou être maître de stage. Ainsi, nous avons déterminé quatre paramètres pouvant être des freins à la maîtrise de stage : la perte de temps dans la pratique quotidienne avec un stagiaire, la gêne dans la relation avec le patient, le regard critique du stagiaire sur la pratique du maître de stage et la difficulté à enseigner la médecine générale en cabinet libéral.

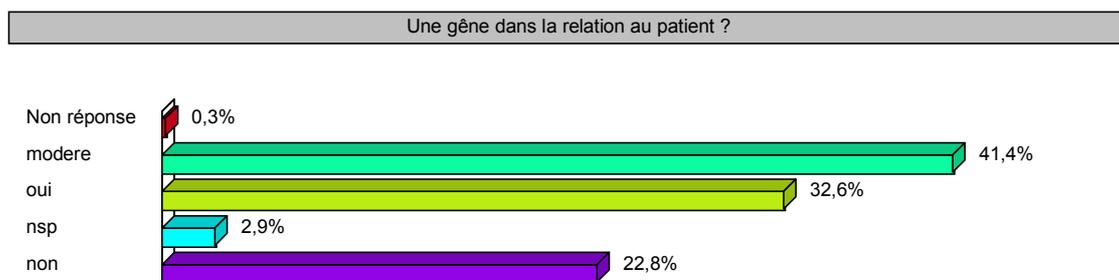
Pour une grande majorité (81,6%), la maîtrise de stage représente une perte de temps dans la pratique quotidienne. En effet, 40,79% (631) des médecins répondants pensent que cela engendre une réelle perte de temps dans la pratique, 40,85% (632) une perte de temps modérée, seulement 15,26% (236) des médecins estiment que la présence du stagiaire n'entraîne pas de perte de temps et 2,97% (46) n'ont pas d'opinion.

Graphique 12 : Répartition des médecins répondants selon leur crainte d'une perte de temps de l'exercice de la maîtrise de stage dans leur pratique quotidienne (Nombre de répondants : 1547)



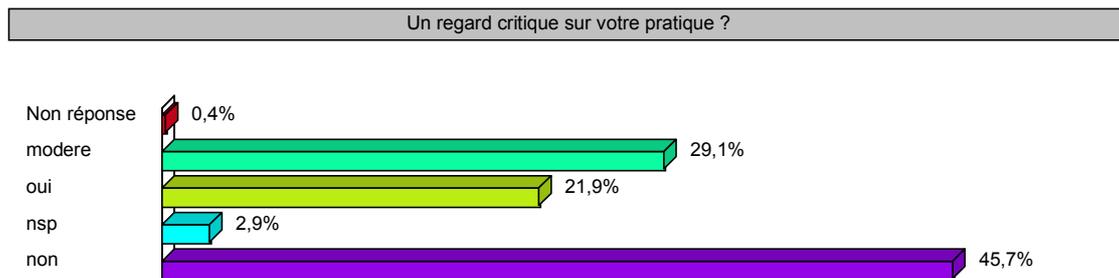
De même, la présence du stagiaire représente une réelle gêne dans la relation avec le patient dans 32,64% (505) des cas, une gêne modérée dans 41,44% (641), ne représente pas de gêne dans 22,82% (353) et 2,91% (45) des médecins répondants sont sans opinion. Donc, 74% des médecins répondants craignent une gêne dans la relation au patient.

Graphique 13 : Répartition des médecins répondants selon leur crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondants : 1547)



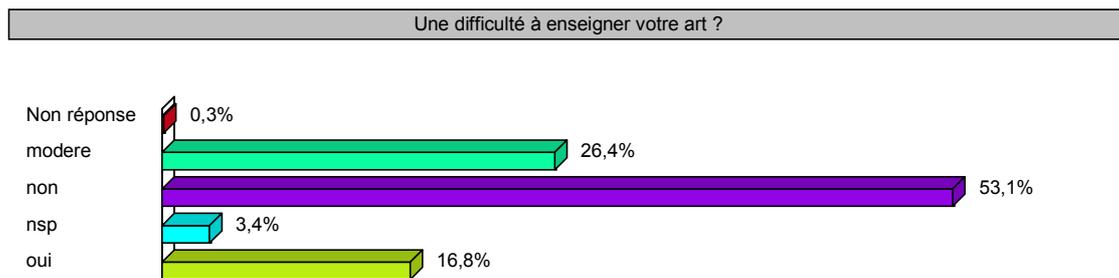
En ce qui concerne le regard critique sur la pratique du médecin généraliste, pour 45,77% (708) des médecins, la présence du stagiaire ne leur fait pas craindre un regard critique sur leur pratique. Inversement dans 29,09% (450) des cas, la maîtrise de stage leur fait craindre de façon modérée un regard critique sur leur pratique et dans 21,98% des cas, un réel regard critique. 51% des médecins répondants appréhendent ainsi le regard critique du stagiaire. 2,97% soit 46 médecins n'ont pas d'opinion.

Graphique 14 : Répartition des médecins répondants selon leur appréhension d'un regard critique sur leur pratique au cours de l'activité de maître de stage (Nombre de répondants : 1547)



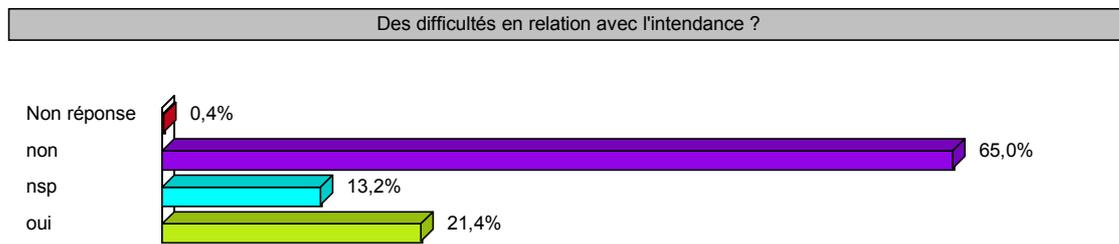
Enfin pour 53,07% des médecins répondants, la maîtrise de stage ne représente pas une difficulté à enseigner leur art. Elle évoque une difficulté modérée à enseigner la médecine générale dans 26,57% (411) des cas et une réelle difficulté dans 16,81% (260) des cas, soit un total de 43,2% ; 3,43% (53) sont sans opinion.

Graphique 15 : Répartition des médecins répondants selon leur appréhension à enseigner leur art au cours de la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 1547)



Parmi les freins évoqués à la maîtrise de stage, il existe également les difficultés d'intendance : hébergement, restauration, transport. D'après l'enquête, pratiquement deux tiers soit 65,16% (1008) des médecins répondants n'ont pas d'appréhension quant aux difficultés d'intendance, dans 21,53% (333) cela présente une difficulté et 13,19% (204) n'ont pas d'opinion.

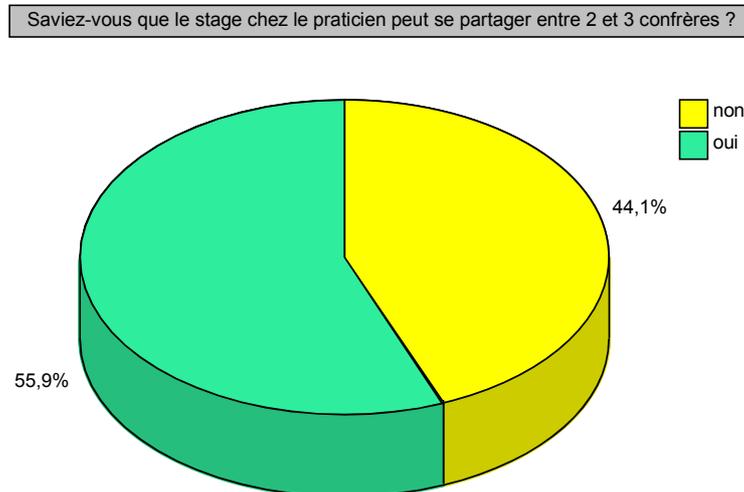
Graphique 16 : Répartition des médecins répondants selon leur crainte en rapport avec les difficultés d'intendance que peut engendrer la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 1547)



En ce qui concerne les modalités de la maîtrise de stage :

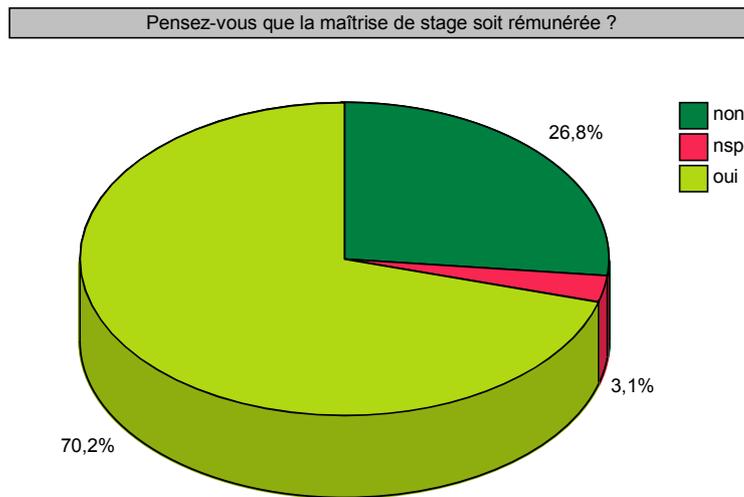
Parmi les médecins non maîtres de stage, un peu plus de la moitié soit 55,71% (702) savent que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères, 44,21% (557) pensent qu'il ne se partage pas et 0,4% (5) n'émettent pas d'opinion.

Graphique 17 : Répartition des médecins répondants non maîtres de stage selon leur connaissance du partage du stage chez le praticien entre 2 ou 3 confrères (Nombre de répondants : 1260)



De plus, parmi les médecins non maîtres de stage, 70,48% (888) savent que la maîtrise de stage est rémunérée, 26,98% (340) pensent que non et 3,1% (39) sont sans opinion.

Graphique 18 : Répartition des médecins réponders non maîtres de stage selon leur connaissance de la rémunération de la maîtrise de stage (Nombre de réponders : 1260)



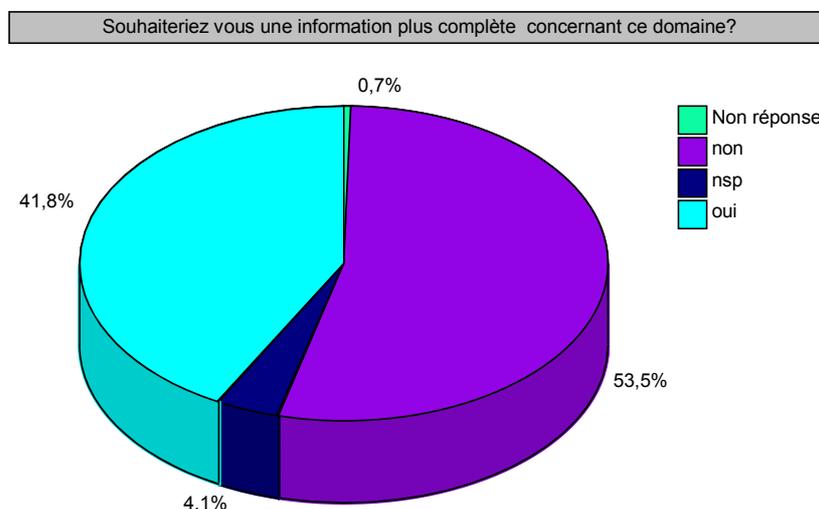
Enfin, l'un des points fondamentaux de cette enquête est le désir ou non d'informations complémentaires sur la maîtrise de stage ainsi que les modalités de délivrance. Cela permettra ainsi de définir comment apporter au mieux cette information et de favoriser le recrutement des maîtres de stage.

Dans 53,65% (830) des cas, les médecins réponders ne désirent pas d'information complémentaire sur la maîtrise de stage, 41,76% (646) le désirent et 4,07% (63) sont sans opinion.

48,92% (316) aimeraient une information plus complète sous forme de Formation Médicale Continue (FMC), 43,34% (280) en courriel, 33,9%(219) sous forme de bulletin ordinal, 8,05% (52) sous une autre forme et 1,7% (11) sont sans opinion.

Pour cette dernière question, les médecins émettaient parfois plusieurs choix dans la forme de délivrance de l'information, bien qu'en seule ne soit demandée.

Graphique 19 : Répartition des médecins réponders selon leur désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de réponders : 1547)



Comme nous l'avions vu précédemment, parmi les non maîtres de stage : 54% ne désirent pas devenir maîtres de stage, ce qui correspond globalement au taux des médecins ne désirant pas recevoir d'information complémentaire (53,5%). Néanmoins, cette comparaison présente tout de même un biais car la question du désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage regroupe tous les médecins répondants : maîtres de stage ou non.

En résumé :

Les hommes représentent 71% des répondants et les femmes 29%, ce qui correspond aux proportions d'hommes/femmes des médecins généralistes libéraux et mixte d'Aquitaine, en activité régulière, d'après les données du Conseil de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine.

Le taux de réponses est le même quelque que soit le sexe d'environ 39%.

La population la plus représentée est celle des 51-60 ans et la moins représentée : les moins de 40 ans. Inversement, on remarque que ce sont les moins de 40 ans les plus répondants et les 51-60 ans la population ayant le moins répondu au questionnaire.

La majorité des médecins répondants exerce en milieu urbain et pratique la médecine générale exclusive.

Le profil prédominant des médecins répondants sont les hommes de 51-60 ans exerçant en milieu urbain la médecine générale exclusive.

Environ 20% des médecins répondants sont maîtres de stage.

Parmi les non maîtres de stage, un peu plus de la moitié ne désire pas l'être et la même proportion sait comment postuler à la fonction de maîtres de stage.

Près de 75% des médecins répondants connaissent un maître de stage, seulement dans environ 60 % des cas, l'expérience de ce dernier n'incite pas à le devenir. On peut ainsi remarquer que l'expérience des maîtres de stage ne permet pas de manière suffisante d'inciter à la maîtrise de stage.

Plus des 4/5^{ème} pensent que le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral, ce qui est encourageant.

Pour les modalités : un peu moins des 3/4 savent que la maîtrise de stage nécessite une formation brève, seulement 55% savent que le stage se partage entre 2 et 3 confrères et 70% que la fonction de maître de stage est rémunérée.

En ce qui concerne les freins et appréhensions à la maîtrise de stage : les craintes les plus importantes sont la perte de temps dans son activité quotidienne (dans 80% des cas) ainsi que la gêne dans la relation avec le patient (dans 74% des cas) alors que les craintes d'un regard critique sur sa pratique, de la difficulté à enseigner ou de difficulté d'intendance sont de façon décroissante un peu plus atténuées.

Enfin, un peu plus de la moitié des médecins répondants ne désire pas d'information complémentaire sur la maîtrise de stage : cela correspond globalement aux médecins non désireux de devenir maîtres de stage. Le souhait d'une information par FMC est prédominante, puis une information par courriel, puis par bulletin ordinal.

2/ Pour chaque département

A/ En Gironde :

Nous avons obtenu 786 réponses soit un taux de réponses de 40,62%.

Concernant le profil des médecins ayant répondu :

Les hommes représentent 68,45% (538) des médecins répondeurs et les femmes 31,55% (248). La tranche d'âge comprise entre 51 ans et 60 ans est la plus représentée avec 270 réponses soit un taux de 34,35% des répondeurs, suivie de la tranche 41-50 ans avec 201 réponses soit 25,57%, puis s'en suit de très près les plus de 60 ans avec 193 réponses soit un taux de 24,55%. La catégorie la moins représentée est celle des 30-40 ans avec 123 réponses, soit un taux de 15,65%.

La majorité des médecins ayant répondu exerce en milieu urbain : 55,85% (439). Les médecins exerçant en milieu semi rural représentent 30,79% (242) des réponses et ceux exerçant en milieu rural : seulement 13,36% (105). Les médecins ayant comme type d'exercice professionnel la médecine générale exclusive sont majoritaires : ils sont au nombre de 605 soit 76,97%, les médecins associant la médecine générale à la médecine à exercice particulier sont au nombre de 133 soit 16,92% et les médecins à exercice particulier exclusif sont 48 soit 6,11%.

19,85% des médecins (156 répondeurs) sont déjà maîtres de stages.

Parmi les 79,90% (628) qui ne sont pas maîtres de stage, 53,50% soit 336 médecins ne désirent pas devenir maître de stage, 46,34% soit 291 sont désireux de le devenir et 0,16% soit 1 est sans opinion.

Dans plus de la moitié des cas (59,11%), ils savent comment postuler à la maîtrise de stage.

75,06% connaissent un maître de stage, néanmoins dans 60,51% des cas, l'expérience des médecins maîtres de stage n'incite pas à le devenir. En effet, seulement 35,76% des médecins connaissant un maître de stage sont incités à le devenir grâce à l'expérience de ces derniers.

Par contre, pour 82,70% (650) des médecins, le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral, contre 13,36% (105) qui pensent le contraire et 3,82% (30) sans opinion.

Parmi les médecins répondeurs non maîtres de stage, la grande majorité sait que la maîtrise de stage nécessite une formation brève (71,18% : 447 répondeurs), 21,66% soit 136 médecins répondeurs pensent que la maîtrise de stage ne nécessite aucune formation, une formation longue pour 5,10% (32) et 2,07% (13) restent sans opinion.

Pour s'intéresser aux craintes et appréhensions à devenir ou être maître de stage :

Pour une grande majorité, la maîtrise de stage représente une perte de temps dans la pratique quotidienne. En effet, 39,06% (307) des médecins répondants pensent que cela engendre une réelle perte de temps dans la pratique, 41,48% (326) une perte de temps modérée, seulement 16,92% (133) des médecins estiment que la présence du stagiaire n'entraîne pas de perte de temps et 2,54% (20) n'ont pas d'opinion.

De même, la présence du stagiaire représente une réelle gêne dans la relation avec le patient dans 35,88% (282) des cas, une gêne modérée dans 40,84% (321), ne représente pas de gêne pour 21,25% (167) des médecins répondants et dans 2,04% (16), ils sont sans opinion.

En ce qui concerne le regard critique sur la pratique du médecin généraliste, pour 47,46% (373) des médecins, la présence du stagiaire ne leur fait pas craindre un regard critique sur leur pratique. Inversement dans 29,90% (235) des cas, les médecins expriment une crainte modérée du regard critique sur leur pratique et dans 20,23% des cas, une réelle crainte d'un regard critique. 2,54% soit 20 médecins n'ont pas d'opinion.

Enfin pour plus de la moitié : 54,58% des médecins répondants, la maîtrise de stage ne représente pas une difficulté à enseigner leur art. Elle évoque une difficulté modérée à enseigner la médecine générale dans 26,46% (208) des cas et une réelle difficulté dans 16,28% (128) des cas ; 2,82% (22) sont sans opinion.

Parmi les freins évoqués à la maîtrise de stage, nous avons également évoqué les difficultés d'intendance : hébergement, restauration, transport. D'après l'enquête, 71,50% (562) des médecins répondants n'ont pas d'appréhension quant aux difficultés d'intendance, dans 17,05% (134) cela présente une difficulté et 11,32% (89) n'ont pas d'opinion.

En ce qui concerne les modalités et l'organisation de la maîtrise de stage :

Parmi les médecins non maîtres de stage, un peu plus de la moitié soit 56,05% (352) sait que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères, 43,63% (274) pensent qu'il ne se partage pas et 0,64% (4) n'émettent pas d'opinion.

De plus, parmi les médecins non maîtres de stage, 72,45% (455) savent que la maîtrise de stage est rémunérée, 26,11% (164) pensent que non et 1,75% (11) sont sans opinion.

Enfin, l'un des points primordiaux de cette enquête est le désir d'une information plus complète sur la maîtrise de stage et sous quelles modalités celle-ci doit être délivrée.

Dans 55,98% (440) des cas, les médecins répondants ne désirent pas d'information complémentaire sur la maîtrise de stage, 39,82% (313) le désirent et 3,69% (29) sont sans opinion. 50,48% (158) aimeraient une information plus complète sous forme de FMC, 44,09% (138) en courriel, 33,23% (104) sous forme de bulletin ordinal, 8,31% (26) sous une autre forme et 0,96% (3) sont sans opinion. Pour cette dernière question, les médecins émettaient parfois plusieurs choix dans la forme de délivrance de l'information, bien qu'une seule ne soit demandée.

En résumé :

Le taux de réponses est sensiblement similaire à celui de l'Aquitaine avec une proportion d'hommes discrètement plus faible : (68%) et de femmes discrètement plus élevée (32%).

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 51-60 ans et la moins représentée les moins de 40 ans, tout comme les résultats globaux.

L'exercice en milieu urbain est plus important que pour les autres départements avec plus de la moitié des médecins pratiquant en « ville ».

77% exercent la médecine générale exclusive.

20% des médecins répondants sont maîtres de stage.

Parmi les non maîtres de stage, plus de 50% ne désirent pas être maître de stage et 59% savent comment postuler.

De façon comparable aux résultats globaux de l'Aquitaine, 75% connaissent un confrère maître de stage et c'est seulement dans 35% des cas que l'expérience de ce dernier incite à devenir maître de stage.

Là encore, 83% des médecins répondants pensent que la maîtrise de stage est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral.

Pour les freins à devenir maître de stage, les résultats vont dans le même sens que ceux globaux d'Aquitaine, seulement on remarque que les appréhensions d'une difficulté à enseigner la médecine générale et aux difficultés d'intendance sont encore moins prononcées.

En ce qui concerne les modalités de la maîtrise de stage ainsi que le désir d'une information complémentaire : les données recueillies en Gironde sont très proches des résultats globaux.

B/ En Dordogne :

Le taux de réponses a été de 46,02%, avec 185 réponses.

Concernant le profil des médecins ayant répondu :

Les hommes représentent 76,76% (142) des médecins répondants et les femmes 23,24% (43).

La tranche d'âge comprise entre 51 et 60 ans est la plus représentée avec 76 réponses soit un taux de 41,08% des répondants, suivie de la tranche 41-50 ans avec 46 réponses soit 24,86%, et s'en suit de près les plus de 60 ans avec 41 réponses soit un taux de 22,16% ; la catégorie la moins représentée est celle des moins de 40 ans avec 21 réponses, soit un taux de 11,35%.

Contrairement aux autres départements d'Aquitaine, la majorité des médecins ayant répondu exerce en milieu rural : 42,70% (79). Les médecins exerçant en milieu semi rural représentent 30,27% (56) des réponses et ceux exerçant en milieu urbain : 24,86% (46). Les médecins ayant comme type d'exercice professionnel la médecine générale exclusive sont bien sur majoritaires : au nombre de 146 soit 78,92%, les médecins associant la médecine générale à la médecine à exercice particulier sont au nombre de 27 soit 14,59% et les médecins à exercice particulier exclusif sont au nombre de 8 soit 4,32%.

11,35% des médecins (21 répondants) sont déjà maîtres de stages, ce qui est bien plus faible que les autres départements.

Parmi les 87,03% (161) qui ne sont pas maîtres de stage, 52,17% soit 84 médecins ne désirent pas devenir maîtres de stage contre 47,83% soit 77 qui aimeraient le devenir. Dans un peu moins de un quart des cas (24,68%), ils savent comment postuler à la maîtrise de stage.

68,11% connaissent un maître de stage, néanmoins dans 53,97% des cas, l'expérience des médecins maîtres de stage n'incite pas à le devenir. En effet, seulement 35,71% des médecins connaissant un maître de stage sont de part l'expérience de ces derniers incités à le devenir.

Par contre, pour 79,46% (147) des médecins, le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral, contre 12,43% (23) qui pensent le contraire et 5,95% (11) sans opinion.

Parmi les médecins répondants non maîtres de stage, la grande majorité sait que la maîtrise de stage nécessite une formation brève (72,05% : 116 répondants), 14,29% soit 23 médecins répondants croient que la maîtrise de stage ne nécessite aucune formation, une formation longue pour 7,45% (12) et 6,21% (10) restent sans opinion.

Dans ce questionnaire, l'un des points primordiaux est d'évaluer les craintes et appréhensions de devenir ou d'être maître de stage.

Pour une grande majorité, la maîtrise de stage représente une perte de temps dans la pratique quotidienne. En effet, 39,46% (73) des médecins répondants pensent que cela engendre une réelle perte de temps dans la pratique, 42,16% (78) une perte de temps modérée, seulement 12,97% (24) des médecins estiment que la présence du stagiaire n'entraîne pas de perte de temps et 3,24% (6) n'ont pas d'opinion.

De la même façon, la présence du stagiaire représente une réelle gêne dans la relation avec le patient dans 23,24% (43) des cas, une gêne modérée dans 39,46% (73), ne représente pas de gêne pour 30,81% (57) des médecins répondants et dans 4,32% (8) des cas, ils n'émettent pas d'opinion.

En ce qui concerne le regard critique du stagiaire sur la pratique du médecin généraliste, pour 41,08% (76) des médecins, la présence du stagiaire ne leur fait pas craindre un regard critique sur leur pratique. Inversement dans 31,89% (59) des cas, ils ont une appréhension modérée du regard critique sur leur pratique et dans 21,08% des cas, une réelle crainte par rapport au regard critique. 3,78% soit 7 médecins n'ont pas d'opinion.

Enfin pour un peu plus de la moitié : 54,05% des médecins répondants, la maîtrise de stage ne représente pas une difficulté à enseigner leur art. Elle évoque une difficulté modérée à enseigner la médecine générale dans 24,32% (45) des cas et une réelle difficulté dans 15,14% (28) des cas ; 4,32% (8) sont sans opinion.

Parmi les freins évoqués à la maîtrise de stage, sont aussi évoquées les difficultés d'intendance : hébergement, restauration, transport. D'après le questionnaire, 47,57% (88) des médecins répondants n'ont pas d'appréhension quand aux difficultés d'intendance, dans 36,22% (67) cela présente une difficulté et 14,05% (26) n'ont pas d'opinion.

En ce qui concerne les modalités de la maîtrise de stage :

Parmi les médecins non maîtres de stage, seulement un peu plus d'un tiers soit 39,75% (64) sait que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères, la grande majorité, presque deux tiers soit 60,25% (97) pensent qu'il ne se partage pas.

De plus, parmi les médecins non maîtres de stage, seulement 52,80% (85) savent que la maîtrise de stage est rémunérée, 43,48% (70) pensent que non et 3,73% (6) sont sans opinion.

Enfin, l'un des points fondamentaux de cette enquête est le désir d'informations complémentaires sur la maîtrise de stage et sous quelles modalités ? Cela permettra ainsi de définir comment apporter au mieux cette information et favoriser le recrutement des maîtres de stage.

Un peu plus de la moitié des médecins répondants soit 55,68% (103) sont désireux d'informations complémentaires, contre 38,38% (78), qui n'en désirent pas et 3,24% (6) restant sans opinion. 53,40% (55) aimeraient une information plus complète sous forme de bulletin ordinal, 40,78% (42) sous forme de FMC, 37,86% (39) en courriel, 5,83% (6) sous une autre forme et 4,85% (5) sont sans opinion.

En résumé :

Pour la Dordogne, la comparaison avec les autres départements d'Aquitaine est particulière et un peu biaisée car l'enquête a eu lieu 1 an 1/2 plus tôt.

Les médecins généralistes libéraux et mixtes de Dordogne sont plus nombreux à avoir répondu à l'enquête que dans les autres départements avec un taux de réponses de 46%. La proportion d'hommes : 77% est plus importante que pour la population globale d'Aquitaine (plus importante que dans tous les départements d'Aquitaine sauf le Lot-et-Garonne).

Pour l'âge, les résultats vont dans le même sens.

Par contre, on remarque une différence très nette en ce qui concerne le mode d'exercice. En effet, en Dordogne, la majorité des médecins exerce en milieu rural (43%), et une minorité en milieu urbain (25%), ce qui diffère des autres départements d'Aquitaine.

On note également que seulement 11% des médecins répondants sont maîtres de stage, ce qui correspond à environ la moitié de ce que l'on retrouve en Aquitaine.

En ce qui concerne les modalités de la maîtrise de stage :

- Plus de 70% savent que la fonction de maître de stage nécessite une formation brève, ce qui s'avère comparable aux autres départements.
- Mais, seulement 39% des médecins répondants savent que le stage se partage entre plusieurs confrères.
- Et seulement un peu plus de la moitié savent que la fonction de maître de stage est rémunérée.

Les médecins répondants de Dordogne connaissent moins bien les modalités du stage chez le praticien que dans les autres départements.

Cela se retrouve dans le fait qu'ils sont plus désireux d'informations complémentaires (56%) que de façon générale. De plus, en Dordogne, la forme privilégiée de cette information est le bulletin ordinal, puis la FMC, puis le courriel.

Enfin, à propos des appréhensions par rapport à la maîtrise de stage, les résultats vont dans le même sens.

C/ Dans le Lot et Garonne :

Nous avons obtenu un taux de réponses de 33,76%, soit 106 réponses.

Concernant le profil des médecins ayant répondu :

Les hommes représentent 81,13% (86) des médecins répondants et les femmes 18,87% (20). La tranche d'âge comprise entre 51 et 60 ans est la plus représentée avec 39 réponses soit un taux de 36,79% des répondants, suivie de près par les plus de 60 ans avec 37 réponses soit un taux de 34,91%, puis s'en suit la tranche 41-50 ans avec 22 réponses soit 20,75%. La catégorie la moins représentée étant les 30-40 ans avec 8 réponses, soit un taux de 7,55%.

La majorité des médecins ayant répondu exerce en milieu semi-rural : 39,62% (42). Les médecins exerçant en milieu rural représentent 33,96% (36) et ceux exerçant en milieu urbain : 26,42% (28). Les médecins ayant comme type d'exercice professionnel la médecine générale exclusive représentent le plus grand nombre : 84 soit 79,25%, les médecins associant la médecine générale à la médecine à exercice particulier sont au nombre de 18 soit 16,98% et les médecins à exercice particulier exclusif sont au nombre de 4 soit 3,77%.

19,81% des médecins (21 répondants) sont déjà maîtres de stages.

Parmi les 79,25% (84) qui ne sont pas maîtres de stage, 58,33% soit 49 médecins ne désirent pas devenir maître de stage et 42,86% soit 36 désirent le devenir.

Dans la moitié des cas (50%), ils savent comment postuler à la maîtrise de stage.

75,47% connaissent un maître de stage, néanmoins dans 70% des cas, l'expérience des médecins maîtres de stage n'incite pas à le devenir. En effet, seulement 27,5% des médecins qui connaissent un maître de stage ont envie de le devenir grâce à l'expérience de ces derniers.

Ce qui est encourageant est le fait que pour 79,25% (84) des médecins, le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral, contre 17,92% (19) qui pensent le contraire et 2,83% (3) sans opinion.

Parmi les médecins répondants non maîtres de stage, la grande majorité sait que la maîtrise de stage nécessite une formation brève (66,67% : 56 répondants), 19,05% soit 16 médecins répondants croient que la maîtrise de stage ne nécessite aucune formation, une formation longue pour 11,9% (10) et 4,76% (4) restent sans opinion.

Dans cette enquête, comme nous l'avons déjà évoqué l'un des points primordiaux est d'évaluer les craintes et appréhensions à devenir ou être maître de stage

Pour une grande majorité, la maîtrise de stage représente une perte de temps dans la pratique quotidienne. En effet, 42,45% (45) des médecins répondants pensent que cela engendre une réelle perte de temps dans la pratique, la même proportion une perte de temps modérée, seulement 12,26% (13) des médecins estiment que la présence du stagiaire n'entraîne pas de perte de temps et 3,77% (4) n'ont pas d'opinion.

De la même manière, la présence du stagiaire représente une réelle gêne dans la relation avec le patient dans 33,96% (36) des cas, une gêne modérée dans 37,74% (40), ne représente pas de gêne pour 25,47% (27) des médecins répondants et dans 3,77% (4), ils sont sans opinion.

En ce qui concerne le regard critique sur la pratique du médecin généraliste : pour 55,66% (59) des médecins, la présence du stagiaire ne leur fait pas craindre un regard critique sur leur pratique. Inversement dans 22,64% (24) des cas, cela représente une réelle crainte du regard critique sur leur pratique et dans 18,87% des cas, une crainte modérée. 3,77% soit 4 médecins n'ont pas d'opinion.

Enfin pour 43,4% des médecins répondants, la maîtrise de stage ne représente pas une difficulté à enseigner leur art. Elle reste une difficulté modérée à enseigner la médecine générale dans 27,36% (29) des cas et une réelle difficulté dans 26,42% (28) des cas ; 3,77% (4) sont sans opinion.

Parmi les freins évoqués à la maîtrise de stage, nous évoquons également les difficultés d'intendance : hébergement, restauration, transport. D'après l'enquête, 57,55% (61) des médecins répondants n'ont pas d'appréhension quand aux difficultés d'intendance, dans 29,25% (31) cela présente une difficulté et 14,15% (15) n'ont pas d'opinion.

En ce qui concerne les modalités de la maîtrise de stage :

Parmi les médecins non maîtres de stage, un peu moins de deux tiers des médecins 64,29% (54) sait que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères, un peu plus d'un tiers 38,1% (32) pense qu'il ne se partage pas.

De plus, parmi les médecins non maîtres de stage, plus des trois quart 76,19% (64) savent que la maîtrise de stage est rémunérée, 20,24% (17) pensent que non et 5,95% (5) sont sans opinion.

Enfin, l'un des points fondamentaux de cette enquête est le désir d'informations plus complètes sur la maîtrise de stage et sous quelles modalités.

Dans plus de la moitié des cas : 57,55% (61), les médecins répondants ne désirent pas d'information complémentaire sur la maîtrise de stage, 35,85% (38) le désirent et 7,55% (8) restent sans opinion. 34,21% (13) aimeraient une information plus complète sous forme de FMC, 31,58% sous forme de courriel, 26,32% (10) en bulletin ordinal, 13,16% (5) sous une autre forme et 7,89% (3) sont sans opinion. Pour cette dernière question, les médecins émettaient parfois plusieurs choix dans les modalités de délivrance de l'information, bien qu'une seule ne soit demandée.

En résumé :

Le taux de réponses dans le Lot-et-Garonne est le plus faible (34%), avec 81% d'hommes répondants et 19% de femmes.

La population de médecins est un peu plus avancée en âge : la tranche d'âge la plus représentée sont les 51-60 ans puis les plus de 60 ans. Les moins de 40 ans sont minoritaires.

Contrairement aux résultats globaux, 40% exercent en milieu semi-rural, 34% en milieu rural et 26% en milieu urbain.

20% des médecins sont maîtres de stage, ce qui est comparable aux résultats obtenus en Aquitaine.

Parmi les non maîtres de stage, 58% ne désirent pas l'être et la moitié de ces derniers sait comment postuler.

75% des médecins répondants connaissent un maître de stage, mais c'est seulement dans un peu plus de 25% des cas que leur expérience inciterait à le devenir.

De façon assez comparable, le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager l'exercice libéral pour les futurs médecins dans 79% des cas.

Au regard des appréhensions que peuvent engendrer la maîtrise de stage :

- La crainte d'une perte de temps dans son activité quotidienne et d'une gêne dans la relation au patient est assez similaire aux résultats élargis à l'Aquitaine.
- On remarque que les médecins du Lot-et-Garonne ont moins l'appréhension du regard critique de l'interne sur leur pratique.
- Par contre, la crainte d'une difficulté à enseigner leur art est un peu plus prononcée même si les résultats vont dans le même sens.

Les médecins du Lot-et-Garonne ont une meilleure connaissance des modalités de la maîtrise de stage : 64% savent que le stage se partage entre plusieurs médecins et 76% savent qu'il est rémunéré.

En ce qui concerne le désir d'une information complémentaire ainsi que la forme de délivrance, les données recueillies sont assez proches des résultats globaux.

D/ Dans les Landes :

Nous avons obtenu 166 réponses soit un taux de réponses de 35,7%.

Concernant le profil des médecins qui ont répondu :

Les hommes représentent un peu moins des deux tiers : 62,05% (103) des médecins répondants et les femmes 37,95% (63). La tranche d'âge comprise entre 51 et 60 ans est la plus représentée avec 72 réponses soit un taux de 43,37% des répondants, suivie de la tranche 41-50 ans avec 40 réponses soit un taux de 24,1%, puis s'en suit les plus de 60 ans avec 31 réponses soit 18,67 % ; la catégorie la moins représentée étant les 30-40 ans avec 23 réponses, soit un taux de 13,86%.

La majorité des médecins ayant répondu exerce en milieu semi-rural : 40,36% (67). Les médecins exerçant en milieu rural représentent 34,34% (57) et ceux exerçant en milieu urbain : 24,7% (41). Les médecins ayant comme type d'exercice professionnel la médecine générale exclusive sont majoritaires : au nombre de 117 soit 70,48%, les médecins associant la médecine générale à la médecine à exercice particulier sont 35 soit 21,08% et les médecins à exercice particulier exclusif sont 8 soit 4,82%.

16,87% des médecins (28 répondants) sont déjà maîtres de stage.

Parmi les 82,53% (137) qui ne sont pas maîtres de stage, 56,93% soit 78 médecins ne désirent pas le devenir et 43,07% soit 59 désirent le devenir.

Dans près de trois quart des cas (74,58%), ils savent comment postuler à la maîtrise de stage.

71,69% connaissent un confrère maître de stage, néanmoins dans la moitié des cas : 52,94%, l'expérience des médecins maîtres de stage n'incite pas à le devenir. Inversement, 45,38% des médecins qui connaissent un maître de stage sont de part l'expérience de ces derniers incités à le devenir.

Pour 83,13% (138) des médecins répondants, le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral, contre 15,06% (25) qui pensent le contraire et 1,81% (3) sans opinion.

Parmi les médecins répondants non maîtres de stage, la grande majorité sait que la maîtrise de stage nécessite une formation brève (76,64% : 105 répondants), 18,25% soit 25 médecins répondants croient que la maîtrise de stage ne nécessite aucune formation, une formation longue pour 3,65% (5) et 1,46% (2) restent sans opinion.

Dans ce questionnaire, l'évaluation des craintes et appréhensions à devenir ou être maître de stage est très importante.

Pour une grande majorité, la maîtrise de stage représente une perte de temps dans la pratique quotidienne. En effet, 51,81% (86), soit la moitié des médecins répondants pense que cela engendre une réelle perte de temps dans la pratique, 36,14% (60) une perte de temps modérée, seulement 8,43% (14) des médecins estiment que la présence du stagiaire n'entraîne pas de perte de temps et 3,61% (6) n'ont pas d'opinion.

De la même façon, la présence du stagiaire représente une gêne modérée dans la relation avec le patient dans 48,19% (80) des cas, une gêne réelle dans 31,33% (52), ne représente pas de gêne pour 16,27% (27) des médecins répondants et dans 3,61% (6) des cas, ils sont sans opinion.

En ce qui concerne le regard critique sur la pratique du médecin généraliste : pour 44,58% (74) des médecins, la présence du stagiaire ne leur fait pas craindre un regard critique sur leur pratique ; inversement dans 30,72% (51) des cas, cela représente une crainte modérée et dans 20,48% des cas, une réelle crainte. 3,61% soit 6 médecins n'ont pas d'opinion.

Enfin pour un peu plus de la moitié : 52,41% des médecins répondants, la maîtrise de stage ne représente pas une difficulté à enseigner leur art. Elle évoque une difficulté modérée à enseigner la médecine générale dans 27,11% (45) des cas et une réelle difficulté dans 15,66% (26) des cas ; 4,22% (7) sont sans opinion.

En ce qui concerne les difficultés d'intendance : 54,22% (90) des médecins répondants n'ont pas d'appréhension à ce sujet, dans 28,92% (48) cela présente une difficulté et 17,47% (29) n'ont pas d'opinion.

Afin d'évoquer les modalités de la maîtrise de stage :

Parmi les médecins non maîtres de stage, 62,77% (86) savent que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères, 37,23% (51) pensent qu'il ne se partage pas.

De plus, parmi les médecins non maîtres de stage, près, 74,45% (102) savent que la maîtrise de stage est rémunérée, 21,9% (30) pensant que non et 5,11% (7) étant sans opinion.

Enfin, nous nous intéressons au désir d'informations complémentaires sur la maîtrise de stage ainsi que les modalités de délivrance de l'information.

Dans un peu moins de deux tiers des cas : 60,24% (100) des cas, les médecins répondants ne désirent pas d'informations complémentaires sur la maîtrise de stage, 37,35% (62) le désirent et 1,81% (3) sont sans opinion. 53,23% (33) aimeraient une information plus complète sous forme de courriel, 46,77% (29) sous forme de FMC, 33,87% (31) en bulletin ordinal, 8,05% (6) sous une autre forme.

En résumé :

Le taux de réponses dans les Landes est de 36% avec une population féminine plus importante que dans les autres départements : 38% de femmes et 62% d'hommes.

La tranche d'âge la plus représentée sont les 51-60 ans et la moins représentée les moins de 40 ans, de même que les données globales en Aquitaine.

Pour le mode d'exercice : les résultats sont presque similaires au Lot-et-Garonne. En effet, 40% exercent en milieu semi rural, 34% en milieu rural et 25% en milieu urbain.

Seulement 70% pratique la médecine générale exclusive contre 80% en Aquitaine, ce qui signifie que les activités mixtes et de médecine à exercice particulier sont davantage exercées dans les Landes.

17% sont maîtres de stage.

Parmi les non maîtres de stage, plus de la moitié ne désire pas le devenir alors que les $\frac{3}{4}$ savent comment postuler.

Comme les résultats globaux, le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager l'exercice libéral des futurs médecins pour plus de 80% des médecins.

L'appréhension d'une perte de temps dans son exercice quotidien mais également d'une gêne dans la relation au patient est un peu plus prononcée que dans les autres départements, les résultats allant néanmoins dans le même sens.

En ce qui concerne l'appréhension d'un regard critique ou d'une difficulté à enseigner son art, il n'y a pas de différence nette par rapport aux données recueillies en Aquitaine.

Le département des Landes est le second département après le Lot-et-Garonne où les médecins connaissent le mieux les modalités de stage.

Enfin, c'est aussi le département le moins désireux d'informations complémentaires (60%) sous une forme prédominante par courriel à plus de 50%, puis FMC à 47% puis bulletin ordinal à 34%.

e/ Dans les Pyrénées Atlantiques :

Le taux de réponses est de 36,23%, soit 304 réponses.

Concernant le profil des médecins ayant répondu :

Les hommes représentent un peu moins des trois quart : 74,01% (225) des médecins répondants et les femmes 25,99% (79). La tranche d'âge comprise entre 51 et 60 ans est la plus représentée avec 110 réponses soit un taux de 36,18% des répondants, suivie de la tranche 41-50 ans avec 80 réponses soit un taux de 26,32%, puis s'en suit les plus de 60 ans avec 71 réponses soit 23,36%. La catégorie la moins représentée étant les 30-40 ans avec 44 réponses, soit un taux de 14,47%.

La majorité des médecins ayant répondu exerce en milieu urbain : 43,75% (133). Les médecins exerçant en milieu semi-rural représentent 36,51% (111) des réponses et ceux exerçant en milieu rural : 20,07% (61). Les médecins ayant comme type d'exercice professionnel la médecine générale exclusive sont de loin les plus nombreux : 247 soit 81,25%, les médecins associant la médecine générale à la médecine à exercice particulier sont au nombre de 41 soit 13,49% et les médecins à exercice particulier exclusif sont au nombre de 17 soit 5,59%.

17,76% des médecins (54 répondants) sont déjà maîtres de stages.

Parmi les 82,24% (250) qui ne sont pas maîtres de stage, 53,6% soit 134 médecins ne désirent pas devenir maître de stage et 46,4% soit 116 désirent le devenir.

Dans un peu plus de la moitié des cas (52,59%), ils savent comment postuler à la maîtrise de stage.

Un peu plus des trois quart des médecins (75,99%) connaissent un maître de stage, néanmoins dans la plus de la moitié des cas : 58,87%, l'expérience de ces derniers n'incite pas à le devenir. En effet, seulement 37,66% des médecins connaissant un maître de stage sont incités à le devenir grâce à leur expérience.

Ce qui est important de voir est le fait que pour 81,91% (249) des médecins, le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral, contre 13,49% (41) qui pensent le contraire et 4,93% (15) sans opinion.

Parmi les médecins non maîtres de stage, la grande majorité sait que la maîtrise de stage nécessite une formation brève (68,8% : 172 répondants), 17,2% soit 43 médecins répondants croient que la maîtrise de stage ne nécessite aucune formation, une formation longue pour 9,6% (24) et 4,8% (12) restent sans opinion.

En ce qui concerne l'évaluation des craintes et appréhensions à devenir ou être maître de stage.

Pour le plus grand nombre, la maîtrise de stage représente une perte de temps dans la pratique quotidienne. En effet, 40,46% (123) des médecins répondants pensent que cela engendre une perte de temps modérée dans la pratique, 39,47% (120) une réelle perte de temps, 17,11% (52) des médecins estiment que la présence du stagiaire n'entraîne pas de perte de temps et 3,29% (10) n'ont pas d'opinion.

De la même manière, la présence du stagiaire représente une gêne modérée dans la relation avec le patient dans 41,78% (127) des cas, une gêne réelle dans 30,26% (92), ne représente pas de gêne pour 24,67% (75) des médecins répondants et 3,62% (11) sont sans opinion.

En ce qui concerne le regard critique sur la pratique du médecin généraliste : pour 41,45% (74) des médecins, la présence du stagiaire ne leur fait pas craindre un regard critique sur leur pratique. Inversement dans 27,96% (85) des cas, cela représente une crainte modérée et dans la même proportion : 27,63% des cas, une réelle crainte. 2,96% soit 9 médecins n'ont par d'opinion.

Enfin pour 52,3% des médecins répondants, la maîtrise de stage ne représente pas une difficulté à enseigner leur art. Elle reste une difficulté modérée à enseigner la médecine générale dans 27,63% (84) des cas et une réelle difficulté dans 16,45% (50) des cas ; 3,95% (12) sont sans opinion.

Quant aux difficultés d'intendance, d'après l'enquête, 68,09% (207) des médecins répondants n'ont pas d'appréhension sur ce point, dans 17,43% (53) cela présente une difficulté et 14,8% (45) n'ont pas d'opinion.

A propos des modalités de la maîtrise de stage :

Parmi les médecins non maîtres de stage, un peu plus de la moitié des médecins 58,4% (146) sait que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères, un peu plus des deux cinquièmes : 41,2% (103) pensent que non.

De plus, parmi les médecins non maîtres de stage, 72,8% (182) savent que la maîtrise de stage est rémunérée, 23,6% (59) pensent que non et 4% (10) sont sans opinion.

Enfin, l'un des points importants de cette enquête est d'évaluer le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage et sous quelles modalités celle-ci doit être délivrée.

Dans environ la moitié des cas : 51,97% (158) des cas, les médecins répondants ne désirent pas d'information complémentaire sur la maîtrise de stage, 42,76% (130) le désirent et 5,59% (17) sont sans opinion. 56,92% (74) aimeraient une information plus complète sous forme de FMC, 44,62% (58) sous forme de courriel, 22,31% (29) par le bulletin ordinal, 7,69% (10) sous une autre forme.

En résumé :

Le taux de réponses dans les Pyrénées Atlantiques est de 36%, tout comme dans les Landes, ce qui s'avère un peu plus faible que la moyenne d'Aquitaine ; avec un taux d'hommes de 74% : troisième département où la proportion d'hommes est la plus importante après le Lot-et-Garonne et la Dordogne.

Les résultats sont globalement similaires à l'Aquitaine que cela soit pour l'âge, le mode ou le type d'exercice.

18% des médecins répondants sont maîtres de stage.

De façon comparable, parmi les non maîtres de stage, plus de 50% ne désirent pas le devenir. De même, 76% connaissent un confrère maître de stage mais l'expérience de ce dernier incite à le devenir seulement dans 38% des cas.

82% des médecins répondants pensent que la maîtrise de stage incite les futurs médecins à l'exercice libéral.

Les données recueillies pour les appréhensions sont sensiblement similaires aux résultats globaux élargis à l'Aquitaine de même que la connaissance des modalités de la maîtrise de stage.

Plus de la moitié des médecins ne désire pas d'information complémentaire. La forme à privilégier est la FMC (57%), puis le courriel (45%), puis le bulletin ordinal (22%), ce qui rejoint les résultats élargis à l'Aquitaine.

F/ Tableau récapitulatif 1 : Résultats de l'enquête « maître de stage » selon les départements

Départements	Aquitaine	Gironde	Dordogne	Lot et Garonne	Landes	Pyrénées Atlantiques
%						
Taux de réponse global	39,11	40,62	46,02	33,76	35,7	36,23
Profil du médecin						
<i>Sexe</i>						
Homme	70,72	68,45	76,76	81,13	62,05	74,01
Femme	29,28	31,55	23,24	18,87	37,95	25,99
<i>Âge</i>						
Entre 30 et 40 ans	14,16	15,65	11,35	7,55	13,86	14,47
Entre 41 et 50 ans	25,15	25,57	24,86	20,75	24,1	26,32
Entre 51 et 60 ans	36,65	34,35	41,08	36,79	43,37	36,18
60 ans et plus	24,11	24,55	22,16	34,91	18,67	23,36
<i>Type d'exercice</i>						
Médecine générale exclusive	77,5	76,97	78,92	79,25	70,48	81,25
MG avec pratique MEP	16,42	16,92	14,59	16,98	21,08	13,49
MEP exclusive	5,49	6,11	4,32	3,77	4,82	5,59
<i>Mode d'exercice</i>						
Milieu rural	21,85	13,36	42,70	33,96	34,34	20,07
Milieu semi rural	33,48	30,79	30,27	39,62	40,36	36,51
Milieu urbain	44,41	55,85	24,86	26,42	24,7	43,75
Déjà maître de stage						
Oui	18,1	19,85	11,35	19,81	16,87	17,76
Non	81,45	79,90	87,03	79,25	82,53	82,24
Attrait pour la maîtrise de stage						
<i>Avez-vous songé à le devenir ?</i>						
Oui	45,95	46,34	47,83	42,86	43,07	46,4
Non	54,05	53,50	52,17	58,33	56,93	53,6
Sans opinion	0,24	0,16	0	0	0,73	0,4

Départements	Aquitaine	Gironde	Dordogne	Lot et Garonne	Landes	Pyrénées Atlantiques
<i>Si oui, savez-vous comment postuler ?</i>						
Oui	54,23	59,11	24,68	50	74,58	52,59
Non	45,42	41,24	74,03	47,22	27,12	45,69
Sans opinion	0,69	0	1,30	2,78	1,69	0,86
<i>Connaissez-vous un confrère maître de stage ?</i>						
Oui	74,08	75,06	68,11	75,47	71,69	75,99
Non	23,34	22,26	27,57	21,7	27,11	22,04
Sans opinion	2,33	2,67	2,16	2,83	1,2	1,97
<i>L'expérience de ce dernier vous a-t-elle incité à le devenir ?</i>						
Oui	36,56	35,76	35,71	27,5	45,38	37,66
Non	59,34	60,51	53,97	70	52,94	58,87
Sans opinion	4,89	3,90	10,32	2,5	5,88	4,76
<i>Pensez-vous que le stage chez le praticien soit de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral ?</i>						
Oui	81,97	82,70	79,46	79,25	83,13	81,91
Non	13,77	13,36	12,43	17,92	15,06	13,49
Sans opinion	4,01	3,82	5,95	2,83	1,81	4,93
Connaissance sur la maîtrise de stage						
<i>Devenir maître de stage nécessite une formation :</i>						
Aucune	19,29	21,66	14,29	19,05	18,25	17,2
Brève	71,11	71,18	72,05	66,67	76,64	68,8
Longue	6,59	5,10	7,45	11,9	3,65	9,6
Sans opinion	3,25	2,07	6,21	4,76	1,46	4,8

Départements	Aquitaine	Gironde	Dordogne	Lot et Garonne	Landes	Pyrénées Atlantiques
 Craintes et appréhensions						
La présence du stagiaire à vos côtés vous fait craindre :						
<i>Une perte de temps dans votre pratique quotidienne :</i>						
Oui	40,79	39,06	39,46	42,45	51,81	39,47
Modérément	40,85	41,48	42,16	42,45	36,14	40,46
Non	15,26	16,92	12,97	12,26	8,43	17,11
Sans opinion	2,97	2,54	3,24	3,77	3,61	3,29
<i>Une gêne dans la relation au patient :</i>						
Oui	32,64	35,88	23,24	33,96	31,33	30,26
Modérément	41,44	40,84	39,46	37,74	48,19	41,78
Non	22,82	21,25	30,81	25,47	16,27	24,67
Sans opinion	2,91	2,04	4,32	3,77	3,61	3,62
<i>Un regard critique sur votre pratique :</i>						
Oui	21,98	20,23	21,08	22,64	20,48	27,63
Modérément	29,09	29,90	31,89	18,87	30,72	27,96
Non	45,77	47,46	41,08	55,66	44,58	41,45
Sans opinion	2,97	2,54	3,78	3,77	3,61	2,96
<i>Une difficulté à enseigner votre art :</i>						
Oui	16,81	16,28	15,14	26,42	15,66	16,45
Modérément	26,57	26,46	24,32	27,36	27,11	27,63
Non	53,07	54,58	54,05	43,4	52,41	52,3
Sans opinion	3,43	2,80	4,32	3,77	4,22	3,95
<i>Savez-vous que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères :</i>						
Oui	55,71	56,05	39,75	64,29	62,77	58,4
Non	44,21	43,63	60,25	38,1	37,23	41,2
Sans opinion	0,4	0,64	0	0	0	0,4

Départements	Aquitaine	Gironde	Dordogne	Lot et Garonne	Landes	Pyrénées Atlantiques
<i>Craignez-vous des difficultés avec l'intendance ?</i>						
Oui	21,53	17,05	36,22	29,25	28,92	17,43
Non	65,16	71,50	47,57	57,55	54,22	68,09
Sans opinion	13,19	11,32	14,05	14,15	17,47	14,8
<i>Pensez-vous que la maîtrise de stage soit rémunérée ?</i>						
Oui	70,48	72,45	52,80	76,19	74,45	72,8
Non	26,98	26,11	43,48	20,24	21,9	23,6
Sans opinion	3,1	1,75	3,73	5,95	5,11	4
Désir d'informations complémentaires sur la maîtrise de stage :						
Oui	41,76	39,82	55,68	35,85	37,35	42,76
Non	53,65	55,98	38,38	57,55	60,24	51,97
Sans opinion	4,07	3,69	3,24	7,55	1,81	5,59
<i>Selon quelle modalité ?</i>						
Soirée FMC	48,92	50,48	40,78	34,21	46,77	56,92
Article du bulletin ordinal	33,9	33,23	53,40	26,32	33,87	22,31
Mail	43,34	44,09	37,86	31,58	53,23	44,62
Autre	8,05	8,31	5,83	13,16	8,06	7,69
Sans opinion	1,7	0,96	4,85	7,89	0	0

G/ Résumé des résultats croisés en fonction des départements :

La Dordogne a eu le taux de réponses le plus élevé (46%) ; à l'inverse, c'est dans le Lot et Garonne qu'il s'avère le plus faible (34%).

Concernant le profil des médecins :

- La population masculine est globalement prédominante mais c'est dans le Lot et Garonne qu'elle représente la part la plus importante (81%). La population féminine est la plus représentée dans le département des Landes (38%).
- Les médecins généralistes du Lot et Garonne essentiellement et de la Dordogne ensuite ont un âge supérieur à la moyenne régionale.
- La médecine générale exclusive est exercée de façon plus importante dans les Pyrénées Atlantiques (81%), l'activité mixte est la plus élevée dans les Landes (21%) et la médecine à exercice particulier en Gironde (6%).
- L'activité en milieu urbain prédomine en Gironde (56%) et est la plus faible dans les Landes et en Dordogne (25%). L'activité en milieu semi-rural est prédominante dans les Landes et le Lot et Garonne (40%). L'activité en milieu rural est largement plus élevée en Dordogne (43%).

Déjà maître de stage ?

C'est en Gironde et dans le Lot et Garonne que la maîtrise de stage est la plus exercée avec un taux de maîtres de stage d'environ 19,5%. Cette activité est la moins pratiquée en Dordogne avec un taux pratiquement divisé par 2 (11,5%).

L'attrait pour la maîtrise de stage :

Plus de la moitié des médecins répondants n'a pas songé à devenir maître de stage quelque soit le département.

Par contre, les médecins des Landes ont une meilleure connaissance des modalités de postulation (75%), contrairement à la Dordogne, où seulement 25% des médecins savent comment postuler.

Globalement, un peu moins de 75% des médecins répondants connaissent un confrère maître de stage, mais dans plus de la moitié des cas, l'expérience de ce dernier n'incite pas à cette activité ; c'est dans le Lot et Garonne que la réticence à la maîtrise de stage par rapport aux partages d'expériences est la plus nette (70%).

De façon unanime, 80% des médecins pensent que le stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral.

Les connaissances des modalités de la maîtrise de stage :

Les médecins de Dordogne possèdent le moins de connaissances quant aux modalités de la maîtrise de stage : seulement environ 40% savent que le stage peut se partager entre 2 ou 3 confrères contre environ 55% en Aquitaine, et seulement un peu plus de la moitié sait qu'il est rémunéré contre environ 70% en Aquitaine. C'est dans le Lot et Garonne que les modalités de la maîtrise de stage sont les mieux intégrées.

Par contre, en ce qui concerne la formation pour devenir maître de stage, ses modalités sont plus connues par les médecins des Landes, de la Gironde et de la Dordogne et moins connues dans le Lot et Garonne et les Pyrénées Atlantiques.

Les freins et appréhensions à être et devenir maîtres de stage :

- En ce qui concerne les craintes d'une perte de temps dans la pratique quotidienne et d'une gêne dans la relation aux patients, les résultats vont globalement dans ce sens ; ces appréhensions sont discrètement plus perceptibles chez les médecins des Landes.
- En ce qui concerne les craintes d'un regard critique sur la pratique et d'une difficulté à enseigner son art, les résultats vont de façon moins marquée dans ce sens avec une appréhension moins ancrée dans la population médicale des Landes et un peu plus accentuée en Dordogne et dans les Pyrénées Atlantiques pour le regard critique et dans les Landes et Pyrénées Atlantiques pour la difficulté à enseigner son art.
- Quant à l'appréhension des difficultés d'intendance : c'est en Dordogne que les médecins s'avèrent les plus craintifs et en Gironde que cette crainte est minorée.

Les informations complémentaires sur la maîtrise de stage :

Les médecins de Dordogne sont le plus désireux d'informations complémentaires (55%), ceux des Landes et du Lot et Garonne sont les moins enclins à un complément de précisions sur la maîtrise de stage (environ 36%).

De manière globale en Aquitaine, la FMC est la forme à privilégier puis le courriel, puis le bulletin ordinal. En Dordogne, la forme la plus primée est le bulletin ordinal et dans les Landes le courriel.

3/ Résultats croisés

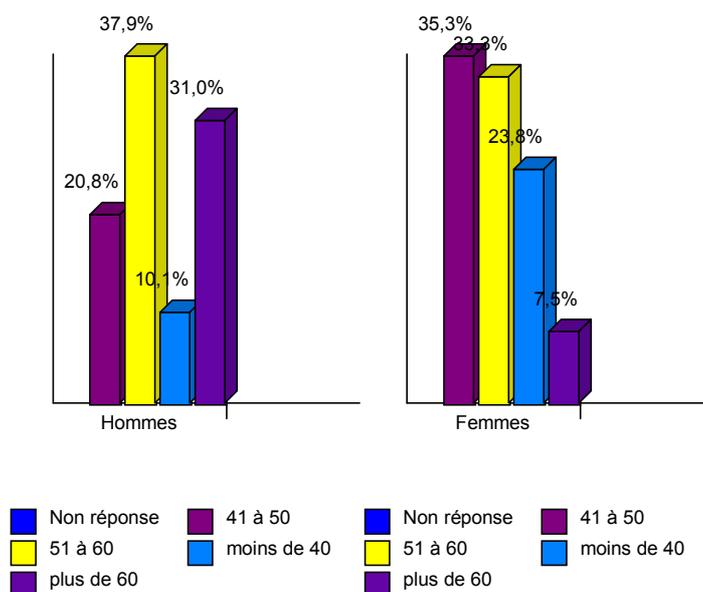
A/ Quelques nuances en fonction du sexe

Pour les hommes, comme pour la population totale, la tranche d'âge comprise entre 51 et 60 ans est la plus représentée avec 415 répondants soit 37,9% des hommes, suivie de la tranche d'âge des plus de 60 ans avec 339 répondants soit 31%, puis des 41 à 50 ans avec 228 répondants soit 20,8% ; la catégorie la moins représentée étant les moins de 40 ans avec 111 soit 10,1% des répondants.

Par contre en ce qui concerne la population féminine, la tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 41 et 50 ans avec 160 répondantes soit 35,3% des femmes répondantes, suivie de la tranche 51-60 ans avec 151 répondantes soit 33,3%, puis les moins de 40 ans avec 108 répondantes soit 23,88% ; la catégorie la moins représentée étant les plus de 60 ans 34 répondantes soit 7,5% des répondantes.

*Graphique 20

** Graphique 21



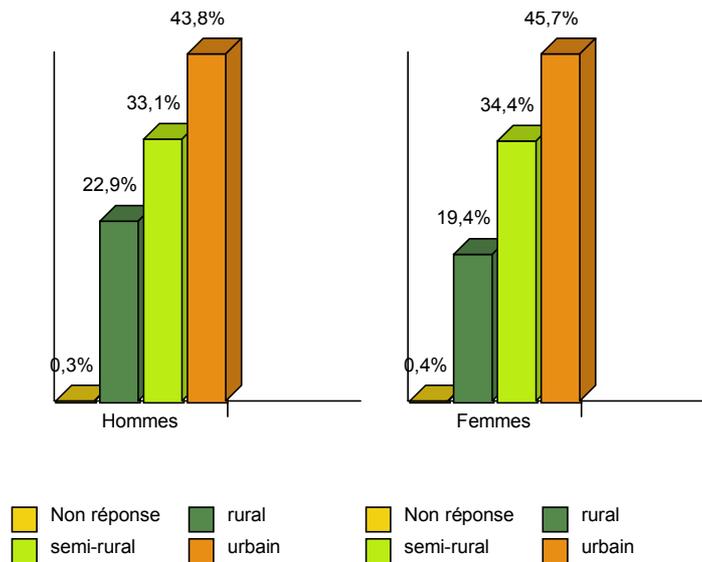
*Graphique 20 : Répartitions des médecins hommes répondants selon l'âge (Nombre d'hommes répondants : 1094)

** Graphique 21 : Répartition des médecins femmes répondantes selon l'âge (Nombre de femmes répondantes : 453)

Quel que soit le sexe, la majorité des médecins ayant répondu exerce en milieu urbain : 479 répondeurs (43,8% des répondeurs), 207 répondeuses (45,7% des répondeuses). Les médecins exerçant en milieu semi rural représentent pour les hommes : 362 répondeurs (31,1%), pour les femmes : 156 répondeuses (34,4%) et enfin ceux exerçant en milieu rural représentent pour les hommes : 250 (22,9%) et pour les femmes : 88 (19,4%).

*Graphique 22

** Graphique 23

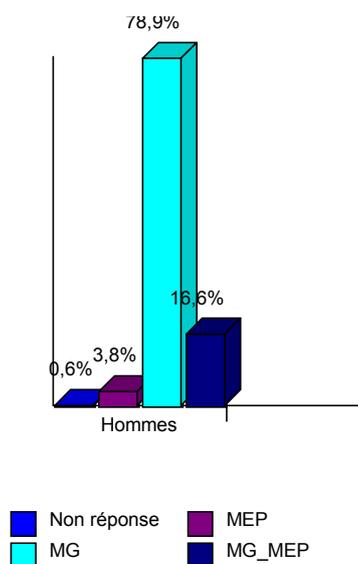


*Graphique 22 : Répartition des médecins hommes répondeurs selon le mode d'exercice (Nombre de répondeurs : 1094)

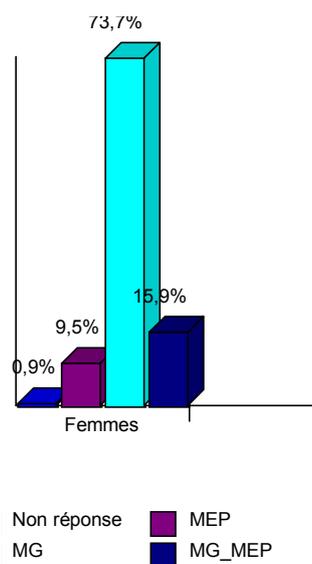
** Graphique 23 : Répartition des médecins femmes répondeuses selon le mode d'exercice (Nombre de répondeuses : 453)

De la même façon, de manière globale, il n'existe pas de réelle différence en ce qui concerne le type d'exercice en fonction du sexe, les résultats allant dans le même sens. Dans près de 75% des cas, les médecins répondeurs exercent en médecine générale exclusive : pour les hommes : 863 soit 78,9% des répondeurs et pour les femmes : 334 soit 73,7%, ceux partageant leur exercice entre la médecine générale et la médecine à exercice particulier sont au nombre de 182 soit 16,6% pour les hommes et au nombre de 72 soit 15,9% pour les femmes. Enfin, les médecins travaillant en MEP exclusive sont minoritaires : ils représentent 42 (3,8%) répondeurs pour les hommes et 43 (9,5%) répondeuses pour les femmes ; sur ce point la proportion est en effet plus que doublée dans la population féminine.

*Graphique 24



** Graphique 25

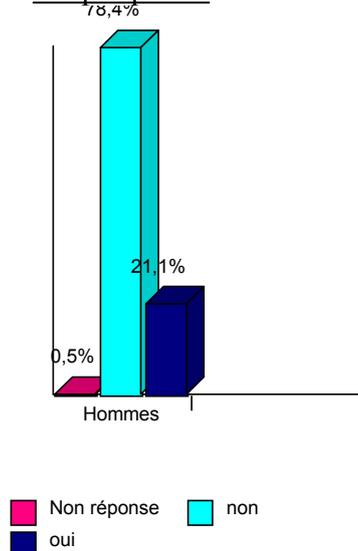


*Graphique 24 : Répartition des médecins hommes répondeurs selon le type d'exercice (Nombre de répondeurs : 1094)

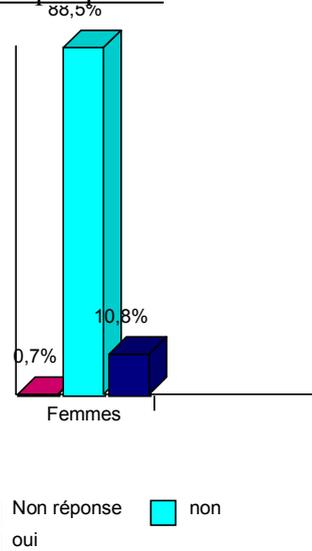
** Graphique 25 : Répartition des médecins femmes répondeuses selon le type d'exercice (Nombre de répondeuses : 453)

Il existe des disparités quand à l'implication de la fonction de maîtres de stage selon le sexe. En effet, 21,1% des hommes répondeurs (231) sont maîtres de stage et seulement 10,8% des femmes répondeuses (49) le sont. La proportion de maîtres de stage est donc 2 fois plus importante au sein de la population d'hommes médecins ayant répondu que celle de femmes médecins ayant répondu.

*Graphique 26



**Graphique 27



*Graphique 26 : Répartition des médecins hommes répondeurs selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondeurs : 1094)

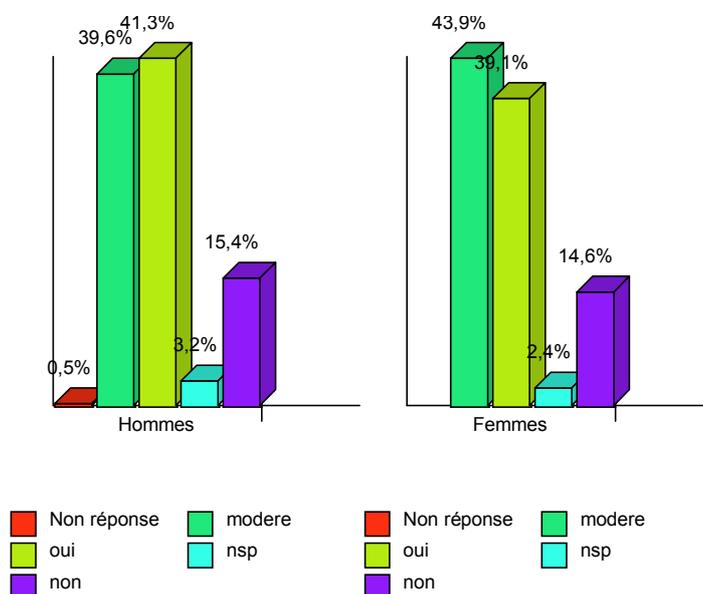
** Graphique 27 : Répartition des médecins femmes répondeuses selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondeuses : 453)

Les points essentiels de l'enquête sont les freins et appréhensions que constitue la maîtrise de stage.

Pour la majorité, comme nous l'avons déjà énoncé, la maîtrise de stage constitue et fait craindre une perte de temps pour sa pratique quotidienne et cela de façon assez similaire, mis à part quelques nuances, que cela soit pour les hommes ou les femmes. En effet, 43,9% des réponduses soit 199 des femmes craignent une perte de temps modérée, 39,1% soit 177 une perte de temps réelle, 14,6% soit 66 n'y voient pas de perte de temps et 2,4% soit 11 femmes ne se prononcent pas. Pour les hommes, la nuance s'appuie sur le fait que la majorité : 41,3% soit 452 hommes, craint une réelle perte de temps. Pour 39,6% soit 433, il s'agit d'une perte de temps modérée, pour 15,4% soit 169, la maîtrise de stage ne fait pas craindre de perte de temps et 3,2% sont sans opinion.

*Graphique 28

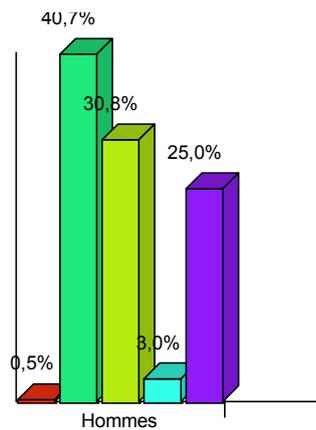
** Graphique 29



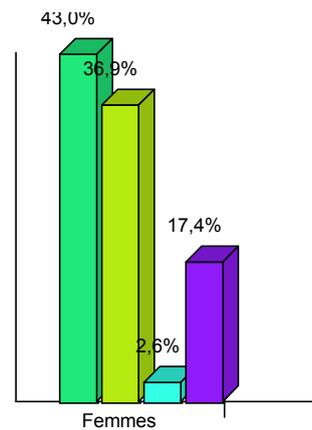
*Graphique 28 : Répartition des médecins hommes répondus selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de répondus : 1094)
 ** Graphique 29 : Répartition des femmes réponduses selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de répondus : 453)

En ce qui concerne la crainte d'une gêne dans la relation au patient, elle s'avère un peu plus prononcée pour les femmes que pour les hommes, les résultats allant néanmoins dans le même sens. Ainsi, 36,9% des réponduses soit 167 femmes ayant répondu contre 30,8% des répondus soit 337 des hommes ayant répondu craignent que la présence d'un stagiaire engendre une réelle gêne dans la relation au patient, 43% des réponduses contre 40,7% des répondus y voient une gêne modérée et seulement 17,4% des réponduses contre 25% des répondus n'ont pas l'appréhension de cette gêne.

*Graphique 30



** Graphique 31

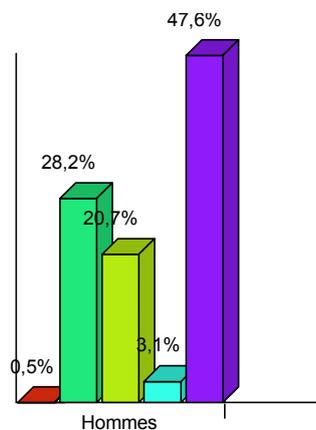


*Graphique 30 : Répartition des médecins hommes répondeurs selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondeurs : 1094)

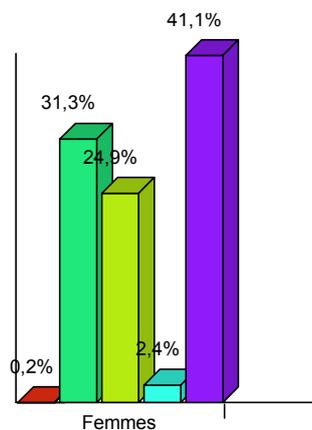
** Graphique 31 : Répartition des médecins femmes répondeuses selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondeuses : 453)

Au sujet de la crainte d'un regard critique sur sa pratique, les résultats vont également dans le même sens pour les 2 sexes, toutefois de façon un peu plus prononcée chez les femmes. En effet, 47,6% des répondeurs soit 521 hommes ayant répondu contre 41,1% des répondeuses soit 186 femmes ayant répondu n'ont pas d'appréhension quant au regard critique du stagiaire sur leur pratique. 31,3% des répondeuses contre 28,2% des répondeurs émettent une crainte modérée et 24,9% des répondeuses contre 20,7% des répondeurs présentent une réelle appréhension dans ce domaine.

*Graphique 32



** Graphique 33

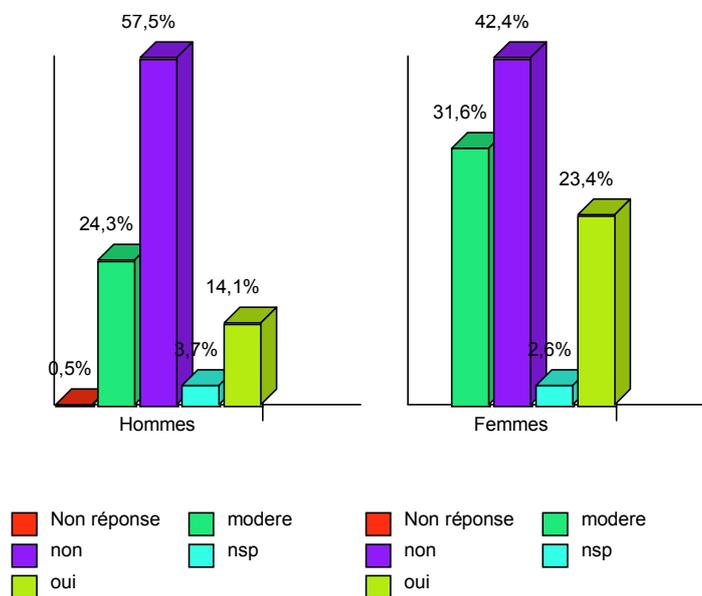


*Graphique 32 : Répartition des hommes répondeurs selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de répondeurs : 1094)
 ** Graphique 33 : Répartition des femmes répondeuses selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de répondeuses 453)

En ce qui concerne la crainte d'une difficulté à enseigner son art, les résultats suivent le même chemin pour les 2 sexes, mais l'on remarque cependant que l'appréhension est plus importante pour la population féminine que masculine. Ainsi, 57,5% des répondeurs soit 629 hommes ayant répondu contre 42,4% des répondeuses soit 192 femmes ayant répondu n'émettent pas d'appréhension quant à la difficulté à enseigner la médecine générale. Pour 31,6% des répondeuses contre 24,3% des répondeurs la maîtrise de stage fait craindre une difficulté modérée à le faire et pour 23,4% des répondeuses contre 14,1% des répondeurs, cela constitue une réelle crainte

*Graphique 34

** Graphique 35

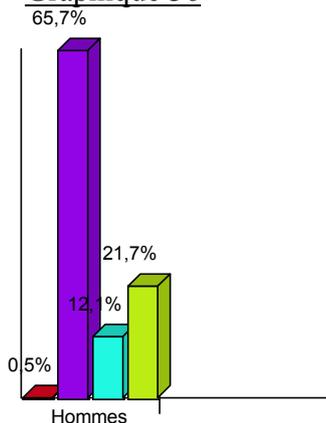


*Graphique 34 : Répartition des hommes répondeurs selon l'appréhension à enseigner son art (Nombre de répondeurs : 1094)

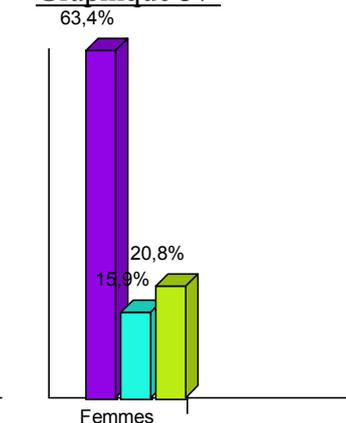
** Graphique 35 : Répartition des femmes répondeuses selon l'appréhension à enseigner son art (Nombre de répondeuses : 453)

D'autre part, il n'existe pas de réelle différence entre les 2 sexes quand à la crainte de difficultés en relation avec l'intendance. Ainsi, 65,7% des répondeurs et 63,4% des répondeuses n'appréhendent pas ces difficultés contre 21,7% des répondeurs et 20,8% des répondeuses y voyant une crainte.

*Graphique 36



** Graphique 37



■ Non réponse ■ non
■ nsp ■ oui ■ Non réponse ■ non
■ nsp ■ oui

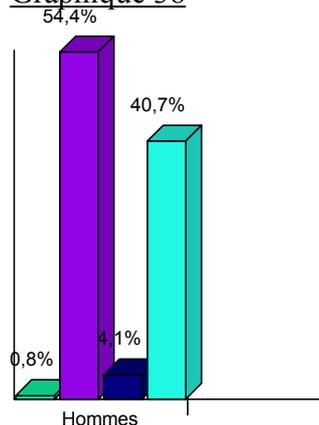
*Graphique 36 : Répartition des hommes répondeurs selon la crainte de difficultés d'intendance (Nombre de répondeurs : 1094)

** Graphique 37 : Répartition des femmes répondeuses selon la crainte de difficultés d'intendance (Nombre de répondeuses : 453)

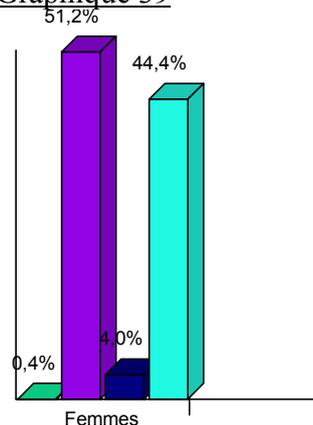
Enfin, l'un des éléments fondamentaux de l'enquête est le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage et la façon de délivrer celle-ci.

On remarque que même si les résultats sont proches, les femmes sont un peu plus désireuses d'informations que les hommes sur la maîtrise de stage. 44,4% des femmes répondeuses contre 40,7% des hommes répondeurs désirent une information complémentaire alors que 51,2% des répondeuses et 54,4% des répondeurs ne désirent pas plus d'élément.

*Graphique 38



** Graphique 39



■ Non réponse ■ non ■ Non réponse ■ non
■ nsp ■ oui ■ nsp ■ oui

*Graphique 38 : Répartition des hommes répondeurs selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondeurs : 1094)

** Graphique 39 : Répartition des femmes répondeuses selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondeuses : 453)

Au total :

La population féminine répondeuse est globalement plus jeune que la population masculine. En effet, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 51-60 ans chez les hommes et celle des 41-50 ans chez les femmes et la moins représentée, celle des moins de 40 ans chez les hommes et des plus de 60 ans chez les femmes.

En ce qui concerne le mode et type d'exercice, les résultats diffèrent peu selon le sexe.

Par contre, l'activité de maître de stage est 2 fois plus importante chez les médecins hommes que femmes ; ainsi un peu plus de 20% des médecins hommes répondeurs s'avèrent maîtres de stage contre un peu plus de 10% des femmes répondeuses.

En ce qui concerne les appréhensions que peuvent représenter la maîtrise de stage :

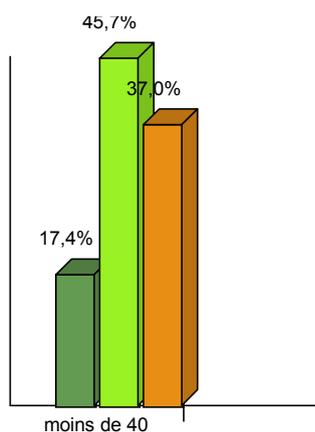
- La crainte d'une perte de temps dans la pratique quotidienne est sensiblement la même quelque soit le sexe.
- Que ce soit pour la crainte d'une gêne dans la relation au patient, du regard critique de l'interne ou de la difficulté d'enseigner, les résultats vont dans le même sens mais cette appréhension est un peu plus prononcée chez les femmes.
- Pour les difficultés d'intendance, les données recueillies sont semblables.

Quand au désir d'une information complémentaire, il est un peu plus accentué chez les femmes que les hommes.

B/ Quelques nuances en fonction de l'âge :

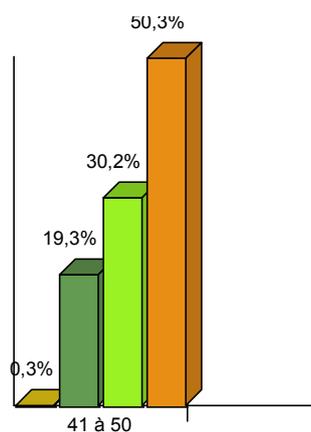
Tout d'abord, la proportion des médecins suivant le lieu d'exercice varie en fonction de l'âge. En effet, chez les moins de 40 ans, la majorité exerce en milieu semi rural : 45,7% (100), puis en milieu urbain avec 37%. Proportionnellement, ils sont les moins nombreux à exercer en milieu rural (17,4% : 38). Pour les plus de 40 ans, la majorité exerce en milieu urbain, puis semi rural et un plus faible pourcentage en milieu rural. Dans la tranche d'âge 41-50 ans : 50,3% (195) travaillent en « ville », 30,2% (117) en milieu semi rural et 19,3% (75) en milieu rural. Pour la tranche comprise entre 51 et 60 ans : 45,4% des médecins répondeurs (257) exercent en milieu urbain, 30,9% (175) en milieu semi rural et 23,3% (132) en milieu rural. Chez les plus de 60 ans, 41% (153) exercent en milieu urbain, 33,8% (126) en milieu semi rural et 24,9% (93) en milieu rural.

*Graphique 40



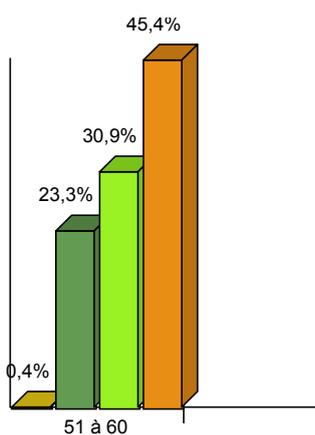
Non réponse rural
semi-rural urbain

** Graphique 41



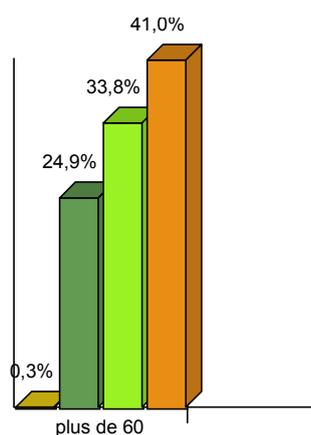
Non réponse rural
semi-rural urbain

*** Graphique 42



Non réponse rural
semi-rural urbain

**** Graphique 43



Non réponse rural
semi-rural urbain

*Graphique 40 : Répartition des médecins répondants de moins de 40 ans selon le mode d'exercice (Nombre de répondants : 219)

** Graphique 41 : Répartition des médecins répondants de 41 à 50 ans selon le mode d'exercice (Nombre de répondants : 389)

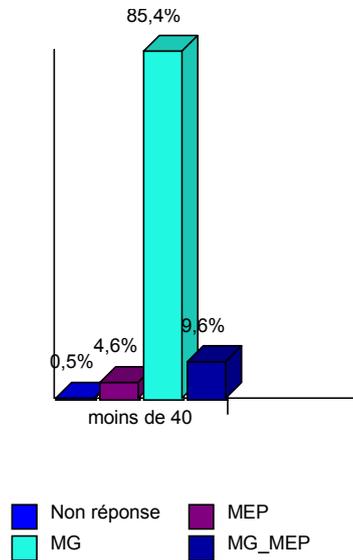
*** Graphique 42 : Répartition des médecins répondants de 51 à 60 ans selon le mode d'exercice (Nombre de répondants : 567)

**** Graphique 43 : Répartition des médecins répondants de plus de 60 ans selon le mode d'exercice (Nombre de répondants : 373)

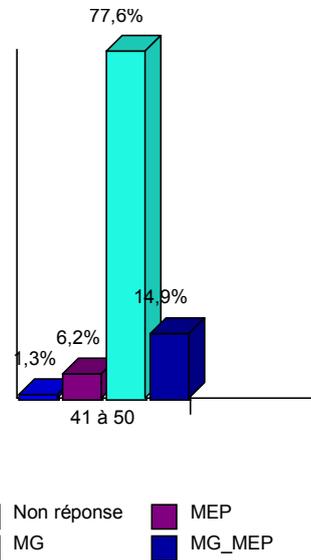
En ce qui concerne le type d'exercice, c'est chez les moins de 40 ans qu'il y a le plus de médecins généralistes exclusifs avec 85,4% (187) ; 9,6% (21) d'entre eux associent médecine générale et médecine à exercice particulier et 4,6% (10) médecine à exercice particulier seul.

Ensuite, de façon globale, chez les plus de 40 ans, environ 76% exercent la médecine générale, environ 17% une activité mixte : médecine générale et médecine à exercice particulier et environ 6% une médecine à exercice particulier exclusive.

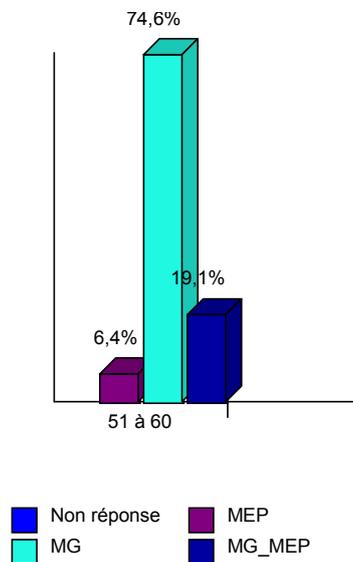
*Graphique 44



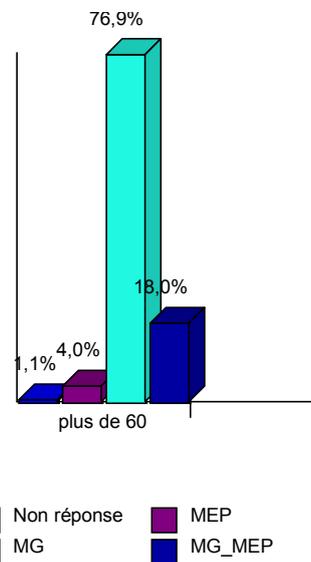
** Graphique 45



*** Graphique 46



**** Graphique 47



*Graphique 44 : Répartition des médecins répondants de moins de 40 ans selon le type d'exercice (Nombre de répondants : 219)

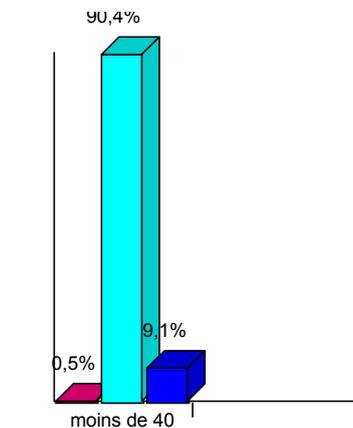
** Graphique 45 : Répartition des médecins répondants de 41 à 50 ans selon le type d'exercice (Nombre de répondants : 389)

*** Graphique 46 : Répartition des médecins répondants de 51 à 60 ans selon le type d'exercice (Nombre de répondants : 567)

**** Graphique 47 : Répartition des médecins répondants de plus de 60 ans selon le type d'exercice (Nombre de répondants : 373)

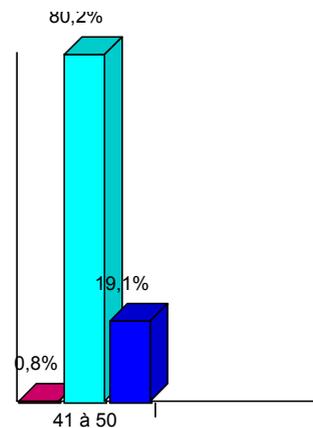
Bien sur, chez les moins de 40 ans, la proportion de maîtres de stage est la plus faible avec 9,1% soit 90,4% de non maîtres de stage ; ceci pouvant s'expliquer par le fait que la maîtrise de stage demande un minimum de 3 ans d'installation, mais aussi par le fait que les jeunes médecins ont peut être envie de prendre leurs marques avant d'accueillir un stagiaire. Chez les plus de 40 ans, environ 20% des médecins répondeurs sont maîtres de stage.

*Graphique 48



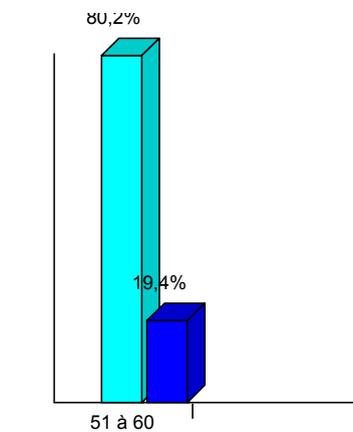
■ Non réponse ■ non
■ oui

** Graphique 49



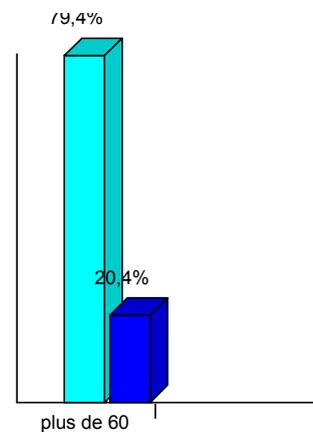
■ Non réponse ■ non
■ oui

*** Graphique 50



■ Non réponse ■ non
■ oui

**** Graphique 51



■ Non réponse ■ non
■ oui

*Graphique 48 : Répartition des médecins répondeurs de moins de 40 ans selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondeurs : 219)

** Graphique 49 : Répartition des répondeurs de 41 à 50 ans selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondeurs : 389)

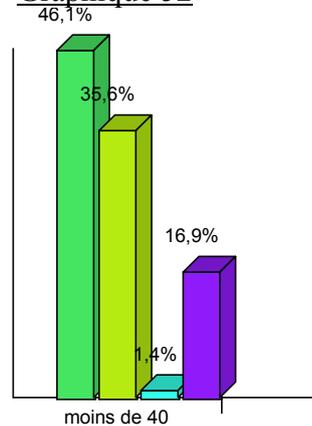
*** Graphique 50 : Répartition des médecins répondeurs de 51 à 60 ans selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondeurs : 567)

**** Graphique 51 : Répartition des médecins répondeurs de plus de 60 ans selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondeurs : 373)

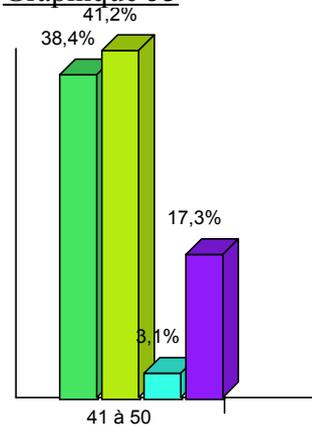
En ce qui concerne les freins à être ou devenir maîtres de stage :

Tout d'abord, on peut observer que c'est chez les médecins les plus jeunes que l'appréhension d'une perte de temps quotidienne que pourrait engendrer la présence du stagiaire est la moins importante. En effet, chez les moins de 40 ans, 16,9% des médecins répondants n'ont pas cette crainte, 17,3% pour la tranche d'âge 41 -50 ans contre 12,7% pour la tranche d'âge 51-60 ans et 15,8% chez les plus de 60 ans.

*Graphique 52



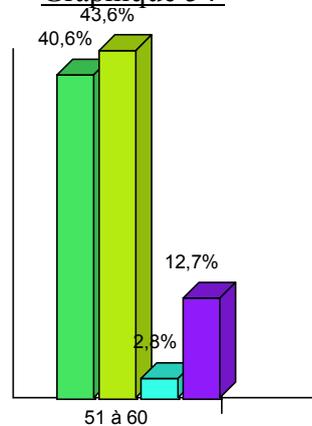
** Graphique 53



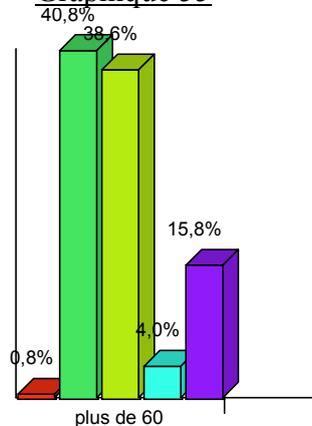
Non réponse modere
oui nsp
non

Non réponse modere
oui nsp
non

*** Graphique 54



**** Graphique 55



Non réponse modere
oui nsp
non

Non réponse modere
oui nsp
non

*Graphique 52 : Répartition des médecins répondants de moins de 40 ans selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de répondants : 219)

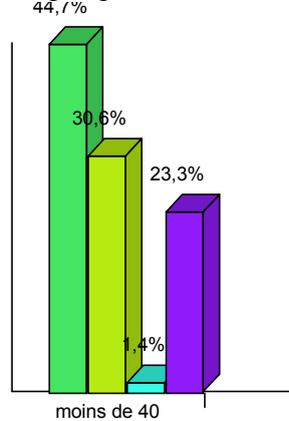
** Graphique 53 : Répartition des médecins répondants de 41 à 50 ans selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de répondants : 389)

*** Graphique 54 : Répartition des médecins répondants de 51 à 60 ans selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de répondants : 567)

**** Graphique 55 : Répartition des médecins répondants de plus de 60 ans selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de répondants : 373)

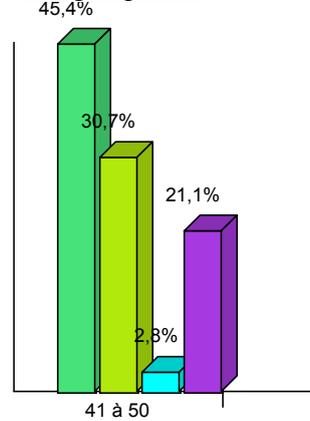
D'autre part, pour la crainte d'une gêne dans la relation au patient, les plus de 60 ans émettent le moins d'appréhension avec 26,3% des répondeurs ne craignant pas que la présence du stagiaire puisse être une gêne dans la relation au patient, s'en suit les moins de 40 ans avec 23,3%, puis la tranche d'âge 51-60 ans avec 21,7% et enfin la tranche 41-50 ans avec 21,1%.

*Graphique 56



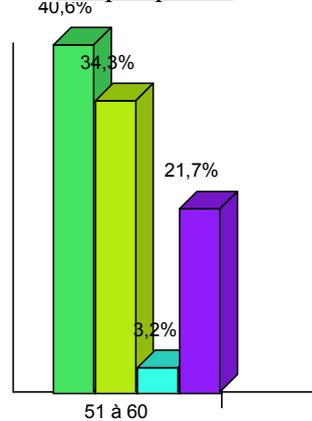
Non réponse modere
oui nsp
non

** Graphique 57



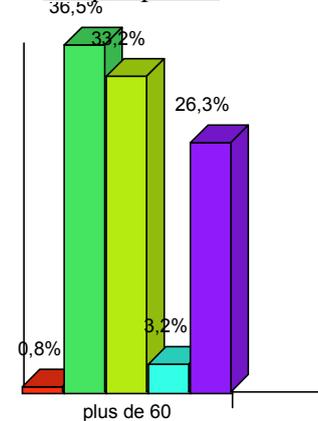
Non réponse modere
oui nsp
non

*** Graphique 58



Non réponse modere
oui nsp
non

**** Graphique 59



Non réponse modere
oui nsp
non

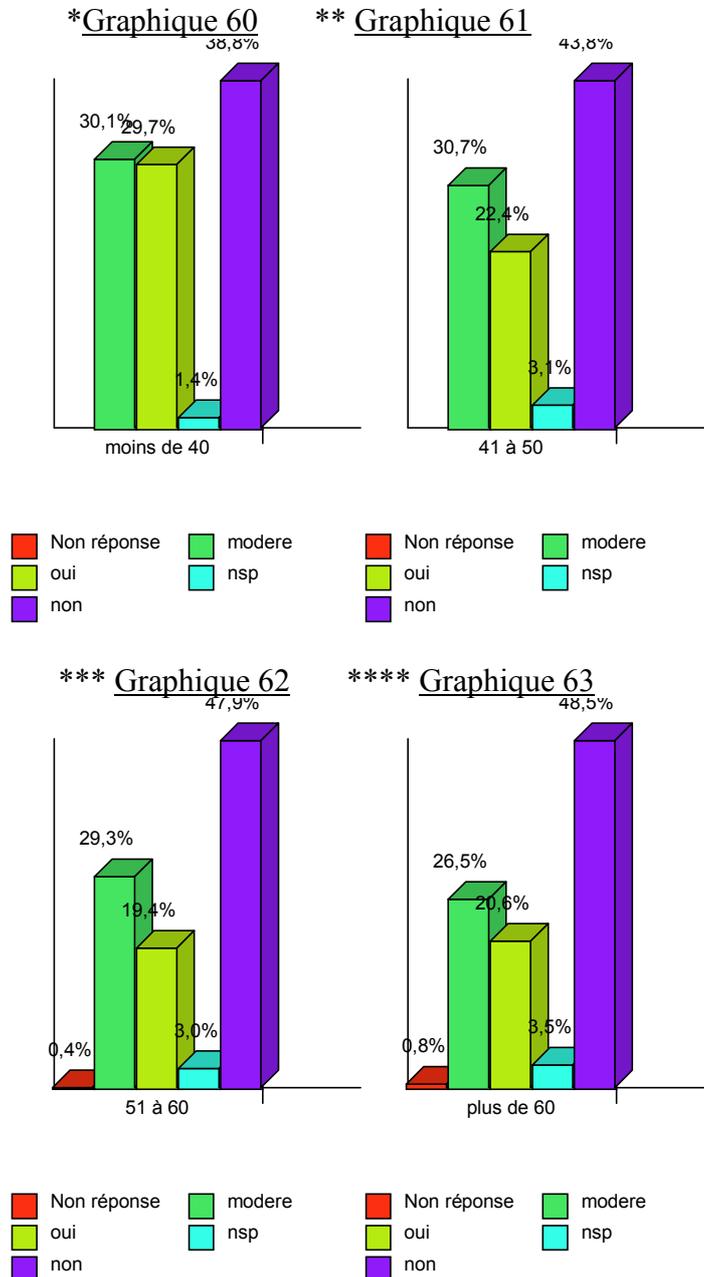
*Graphique 56 : Répartition des médecins répondors de moins de 40 ans selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondors : 219)

** Graphique 57 : Répartition des médecins répondors de 41 à 50 ans selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondors : 389)

*** Graphique 58 : Répartition des médecins répondors de 51 à 60 ans selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondors : 567)

**** Graphique 59 : Répartition des médecins répondors de plus de 60 ans selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondors : 373)

Pour la crainte d'un regard critique sur sa pratique, de façon générale ce sont les médecins les plus avancés en âge qui ont le moins d'appréhension. En effet, seulement 38,8% des médecins répondeurs de moins de 40 ans ne craignent pas le regard critique du stagiaire sur sa pratique contre 43,8% pour la tranche d'âge 41-50 ans, 47,9% pour la tranche d'âge 51 -60 ans et 48,5% chez les plus de 60 ans : les pourcentages augmentant avec l'âge.



*Graphique 60 : Répartition des médecins répondeurs de moins de 40 ans selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de répondeur : 219)

** Graphique 61 : Répartition des médecins répondeurs de 41 à 50 ans selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de répondeurs : 389)

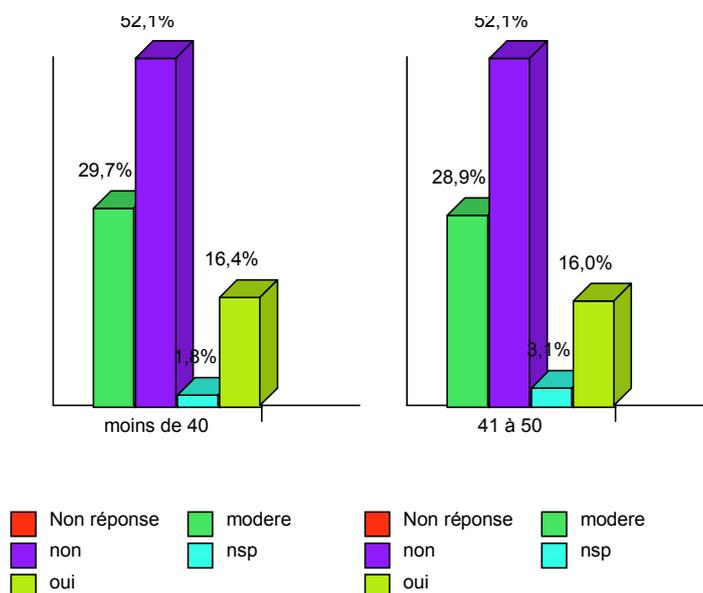
*** Graphique 62 : Répartition des médecins répondeurs de 51 à 60 ans selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de répondeurs : 567)

**** Graphique 63 : Répartition des médecins répondeurs de plus de 60 ans selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de répondeurs : 373)

Quant à la difficulté à enseigner son art, les résultats suivant les différentes tranches d'âge sont très proches, il ne se dégage pas de tendance notable.

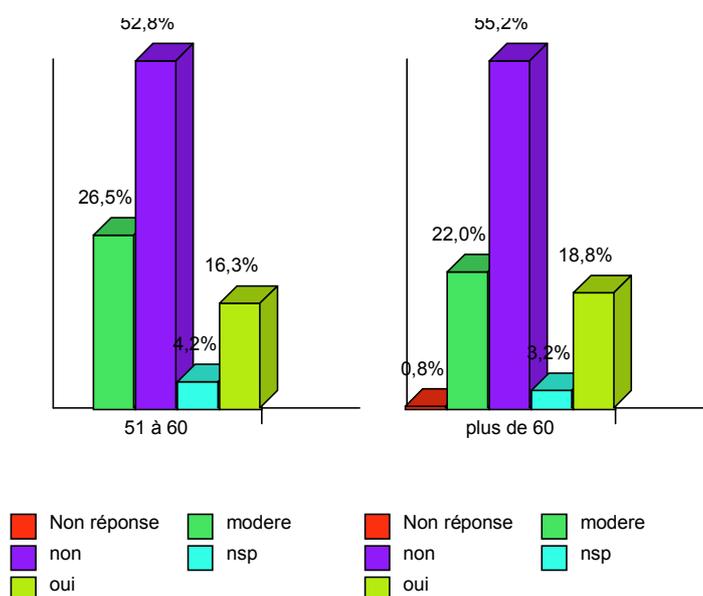
*Graphique 64

** Graphique 65



*** Graphique 66

**** Graphique 67



*Graphique 64 : Répartition des médecins répondeurs de moins de 40 ans selon l'appréhension quant à la difficulté à enseigner son art (Nombre de répondeurs : 219)

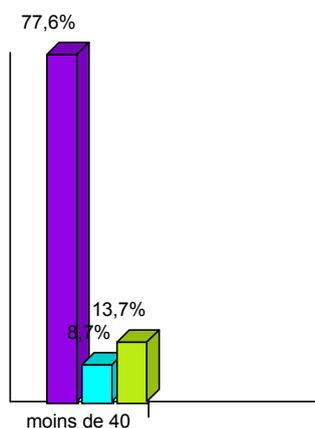
** Graphique 65 : Répartition des médecins répondeurs de 41 à 50 ans selon l'appréhension quant à la difficulté à enseigner son art (Nombre de répondeurs : 389)

*** Graphique 66 : Répartition des médecins répondeurs de 51 à 60 ans selon l'appréhension quant à la difficulté à enseigner son art (Nombre de répondeurs : 567)

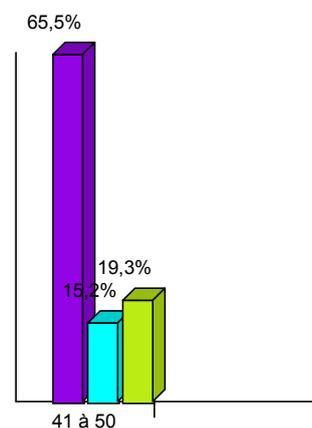
**** Graphique 67 : Répartition des médecins répondeurs de plus de 60 ans selon l'appréhension quant à la difficulté à enseigner son art (Nombre de répondeurs : 373)

Pour les difficultés en relation avec l'intendance, il en résulte que les moins de 40 ans y témoignent le moins d'appréhension. En effet, 13,7% d'entre eux y voient une difficulté (77,6% n'en voient pas), contre 19,3% pour la tranche d'âge 41- 50 ans (65,5% n'y voyant pas de difficulté), 22% pour les plus de 60 ans et 25,4% pour la tranche d'âge 51-60ans. Cette appréhension croit de manière globale avec l'âge.

*Graphique 68



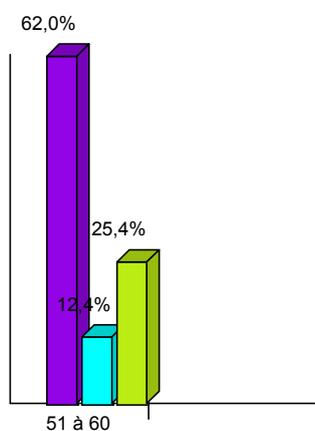
** Graphique 69



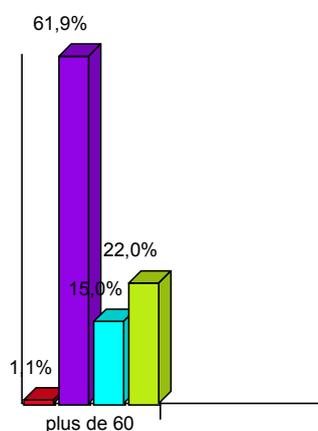
Non réponse non
nsp oui

Non réponse non
nsp oui

*** Graphique 70



**** Graphique 71



Non réponse non
nsp oui

Non réponse non
nsp oui

*Graphique 68 : Répartition des médecins répondeurs de moins de 40 ans selon l'appréhension quant aux difficultés concernant l'intendance (Nombre de répondeurs : 219)

** Graphique 69 : Répartition des médecins répondeurs de 41 à 50 ans selon l'appréhension quant aux difficultés concernant l'intendance (Nombre de répondeurs : 389)

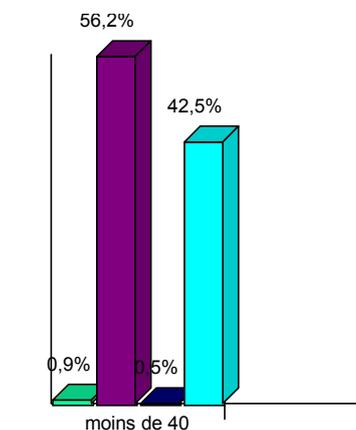
*** Graphique 70 : Répartition des médecins répondeurs de 51 à 60 ans selon l'appréhension quant aux difficultés concernant l'intendance (Nombre de répondeurs : 567)

**** Graphique 71 : Répartition des médecins répondeurs de plus de 60 ans selon l'appréhension quant aux difficultés concernant l'intendance (Nombre de répondeurs : 373)

En ce qui concerne l'attrait à la maîtrise de stage et le désir de renseignements complémentaires.

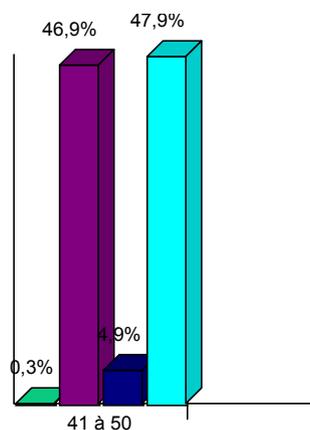
La tranche d'âge 41-50 ans est la plus désireuse d'une information complémentaire avec 47,9%, puis la tranche d'âge 51-60 ans avec 43,1%, puis les moins de 40 ans avec 42,5% et enfin les plus de 60ans avec 33%. Les extrêmes en âge sont donc les moins désireux d'informations complémentaires.

*Graphique 72



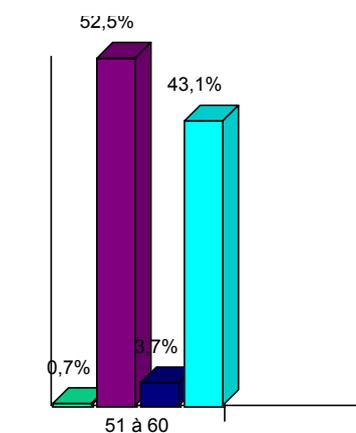
Non réponse non
nsp oui

** Graphique 73



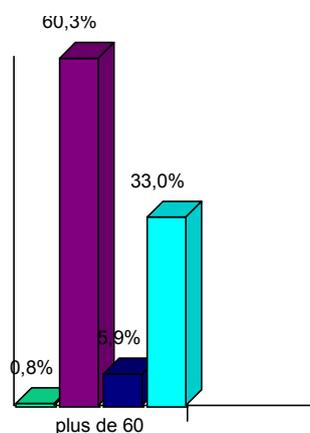
Non réponse non
nsp oui

*** Graphique 74



Non réponse non
nsp oui

**** Graphique 75



Non réponse non
nsp oui

*Graphique 72 : Répartition des médecins répondants de moins de 40 ans selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 219)

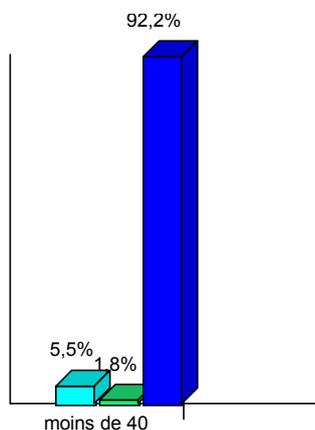
** Graphique 73 : Répartition des médecins répondants de 41 à 50 ans selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 389)

*** Graphique 74 : Répartition des médecins répondants de 51 à 60 ans selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 567)

**** Graphique 75 : Répartition des médecins répondants de plus de 60 ans selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 373)

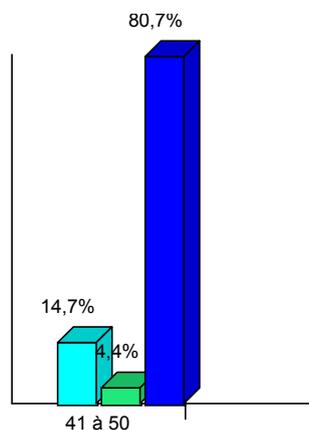
Enfin, ce sont les plus jeunes médecins, les moins de 40 ans qui estiment de façon plus accentuée que le principe du stage chez les praticiens est de nature à encourager la maîtrise de stage. En effet, 92,2% des moins de 40 ans répondants pensent que la maîtrise de stage est de nature à encourager l'activité libérale, contre 81,5% des plus de 60 ans, 80,5% de la tranche 41-50 ans et 79,3% de la tranche 51-60 ans.

*Graphique 76



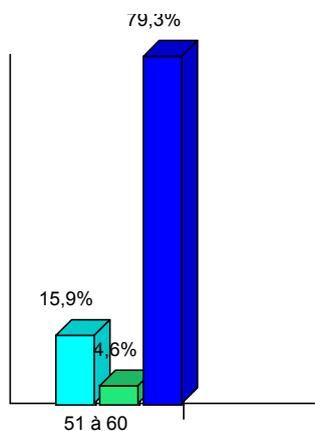
■ Non réponse ■ non
■ nsp ■ oui

** Graphique 77



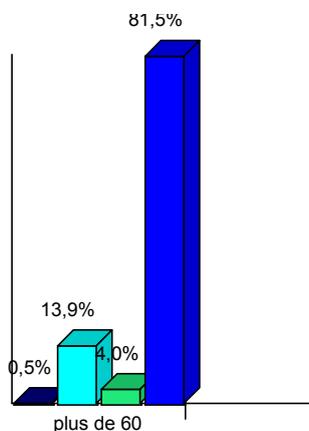
■ Non réponse ■ non
■ nsp ■ oui

*** Graphique 78



■ Non réponse ■ non
■ nsp ■ oui

**** Graphique 79



■ Non réponse ■ non
■ nsp ■ oui

*Graphique 76 : Répartition des médecins répondants de moins de 40 ans selon l'idée que le stage est de nature à encourager l'exercice libéral (Nombre de répondants : 219)

** Graphique 77 : Répartition des médecins répondants de 41 à 50 ans selon l'idée que le stage est de nature à encourager l'exercice libéral (Nombre de répondants : 389)

*** Graphique 78 : Répartition des médecins répondants de 51 à 60 ans selon l'idée que le stage est de nature à encourager l'exercice libéral (Nombre de répondants : 567)

**** Graphique 79 : Répartition des médecins répondants de plus de 60 ans selon l'idée que le stage est de nature à encourager l'exercice libéral (Nombre de répondants : 373)

Au total :

Il existe, parmi les médecins ayant répondu, des disparités entre les plus et les moins de 40 ans pour le mode et le type d'exercice.

En effet, la majorité des plus de 40 ans exerce en milieu urbain alors que la majorité des moins de 40 ans exerce en milieu semi-rural.

De plus, l'activité de médecine générale exclusive est plus importante chez les moins de 40 ans à 85% que chez les plus de 40 ans à 75%, la médecine à exercice particulier mais surtout mixte, étant plus pratiquée chez ces derniers.

La fonction de maître de stage est 2 fois plus pratiquée chez les plus de 40 ans à 20% que chez les moins de 40 ans à 9%.

Quant aux freins que peut constituer la maîtrise de stage :

- La crainte d'une perte de temps est plus prononcée chez les plus de 50 ans.
- La variabilité faible d'une tranche d'âge à l'autre ne permet pas de tirer une conclusion formelle concernant la gêne dans la relation au patient.
- L'appréhension d'un regard critique sur la pratique diminue avec l'âge, contrairement à la crainte liée aux difficultés d'intendance qui augmentent avec l'âge.
- En ce qui concerne la difficulté à enseigner, il n'est pas noté de différence probante en fonction de l'âge.

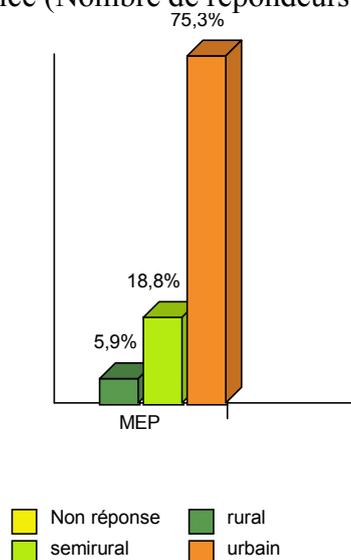
Le désir d'une information complémentaire prédomine chez les 41-50 puis chez les 50-60 ans. Les plus de 60 ans sont les moins désireux d'informations complémentaires.

Ce sont les moins de 40 ans qui estiment préférentiellement que le stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral à 92% contre 80% chez les plus de 40 ans.

C/ Quelques nuances en fonction du type d'exercice :

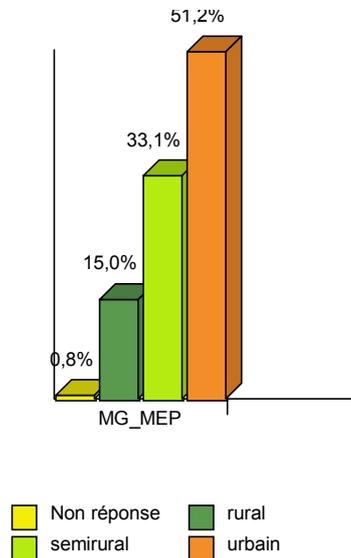
La très grande majorité des médecins répondants pratiquant la médecine à exercice particulier, exerce en milieu urbain soit 75%, puis suit de loin le milieu semi rural avec un taux de 18,8% et le milieu rural avec un taux de 5,9%.

Graphique 80 : Répartition des médecins répondants exerçant la médecine à exercice particulier selon le mode d'exercice (Nombre de répondants : 85)



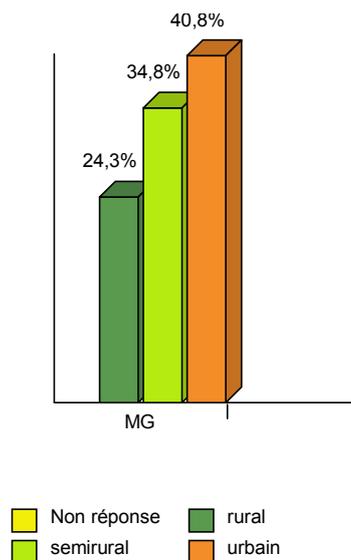
Les médecins répondants pratiquant une activité mixte (médecine générale et médecine à exercice particulier) pratiquent pour un peu plus de la moitié (51,2%) en milieu urbain, environ 33,1% exercent en milieu semi rural et seulement 15% en milieu rural.

Graphique 81 : Répartition des médecins répondants exerçant une activité mixte selon le mode d'exercice (Nombre de répondants : 254)



Pour les médecins répondants pratiquant la médecine générale, une majorité (40,8%) exerce en milieu urbain mais les proportions sont moindres par rapport aux autres catégories. 34,8% pratiquent en semi rural et 24,3% soit près du quart en milieu rural.

Graphique 82 : Répartition des médecins répondants exerçant la médecine générale exclusive selon le mode d'exercice (Nombre de répondants : 1199)



On note que les médecins généralistes des milieux ruraux et semi ruraux pratiquent une médecine générale exclusive de façon fortement majoritaire.

Ces données se confirment en inversant les 2 variables dans leur interprétation. Ainsi, 86% des médecins répondants exerçant en milieu rural pratiquent la médecine générale exclusive, 11,2% pratiquent une activité mixte et seulement 1,5% une médecine à exercice particulier. En milieu semi rural, 80,3% pratiquent la médecine générale exclusive, 16,2% une activité mixte et 3,1% une médecine à activité particulière. En milieu urbain, 71,1% des médecins répondants ont une activité de médecine générale exclusive, 19% ont une activité mixte et 9,3% une médecine à exercice particulier.

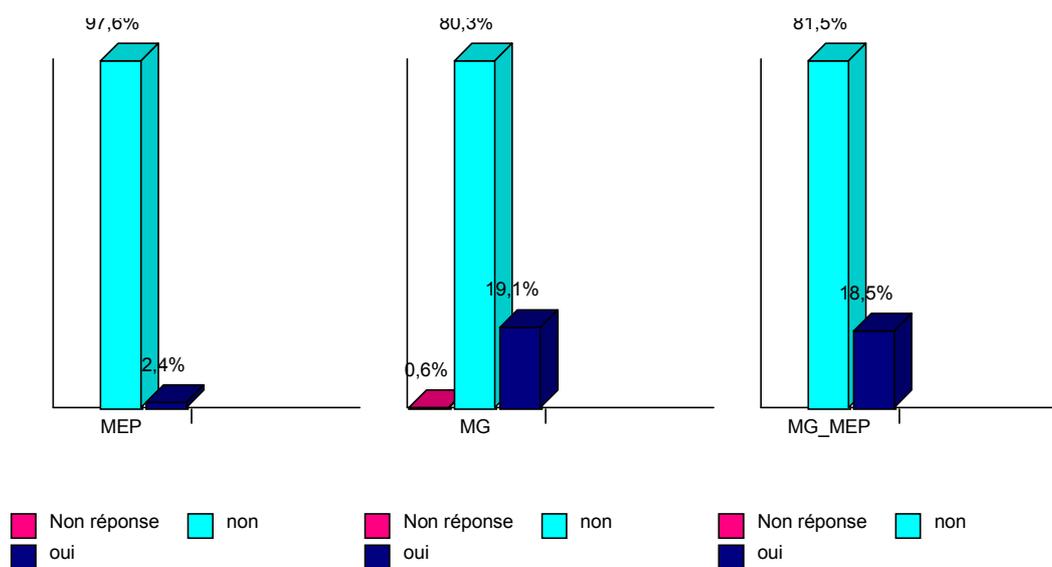
Comme il pouvait être prévisible, la grande majorité des maîtres de stage (81,8%) exerce une médecine générale exclusive, 16,8% exercent une activité mixte et seulement 0,7% une médecine à activité particulière.

Dans la même idée, 19,1% des médecins répondants ayant une activité de médecine générale exclusive sont maîtres de stage, de manière très rapprochée 18,5% des médecins ayant une activité mixte le sont également mais par contre 2,4% des médecins exerçant la médecine à activité particulière ont la fonction de maître de stage. On peut ainsi s'interroger sur les 2,4% de médecins exerçant la MEP et la maîtrise de stage : y-a-t-il eu un défaut d'interprétation de cette question ou ces médecins ont réellement accès à la maîtrise de stage ? En toute logique, ce stage doit permettre aux futurs médecins de découvrir la médecine générale dans sa globalité.

* Graphique 83

** Graphique 84

*** Graphique 85



*Graphique 83 : Répartition des médecins répondants exerçant la MEP selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 85)

** Graphique 84 : Répartition des médecins répondants exerçant une activité mixte selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 254)

*** Graphique 85 : Répartition des médecins répondants exerçant la médecine générale exclusive selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 1199)

Au total :

On note que les médecins généralistes des milieux ruraux et semi ruraux pratiquent une médecine générale exclusive de façon fortement majoritaire.

- Pour la médecine à exercice particulier : 75% exercent en milieu urbain, 20% en milieu semi-rural et 5% en milieu rural
- Pour l'activité mixte : la moitié pratique « en ville », 33,1% en milieu semi rural et 15% en milieu rural.
- Pour la médecine générale exclusive : 40% exercent en milieu urbain, 35% en semi rural et 24,3% « à la campagne ».
- Milieu rural : 86% exercent la MGE, 11% ont une activité mixte et 1,5% pratiquent une MEP
- Milieu semi-rural : 80% MGE, 16% : activité mixte et 3% MEP.
- Milieu urbain : 71% MGE, 19% : activité mixte et presque 10% : MEP

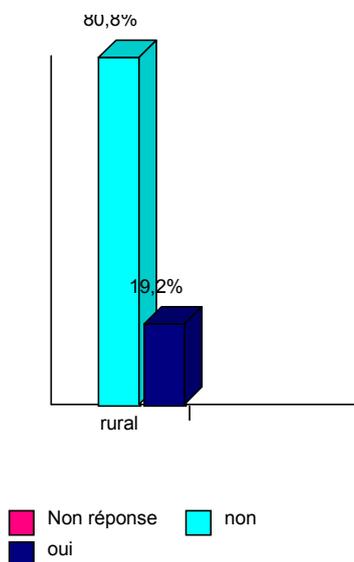
13,5% des médecins répondants exerçant la MGE ou ayant une activité mixte sont maîtres de stage et 2,4% des médecins exerçant une MEP sont maîtres de stage. Comme il est énoncé précédemment, doit-on y voir un défaut d'interprétation pour les médecins exerçant une MEP ou bien leur activité plus spécifique permet-elle néanmoins l'accès à la maîtrise de stage ?

D/ Quelques nuances en fonction du mode d'exercice

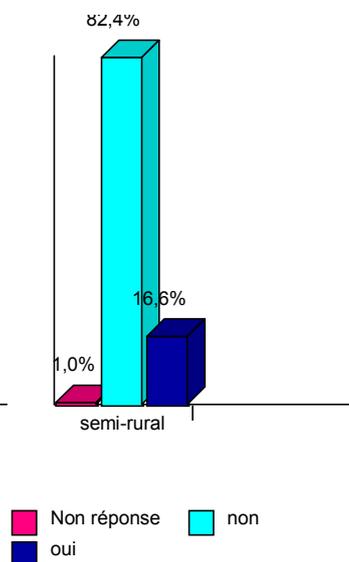
Il existe peu de différence quant au fait d'être ou non maître de stage en fonction du lieu d'exercice. En effet, un peu moins de 20% sont maîtres de stage : 19,2% en milieu rural, 18,8% en milieu urbain et 16,6% en milieu semi rural.

46,1% des maîtres de stage exercent en ville, 30,7% en semi rural et 23,2% en milieu rural ; ces données s'expliquent par la démographie médicale de la région.

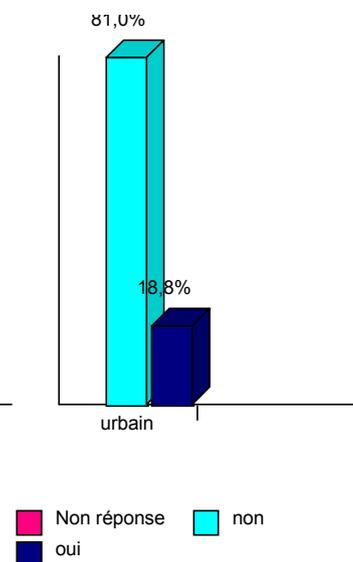
*Graphique 86



** Graphique 87



*** Graphique 88



*Graphique 86 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu rural selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 338)

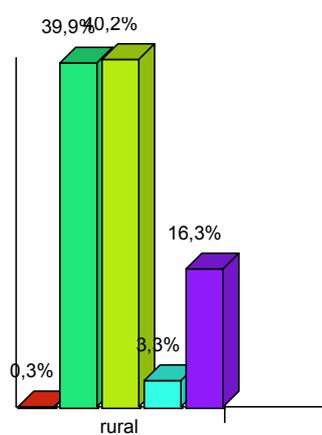
** Graphique 87 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu semi-rural selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 518)

*** Graphique 88 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu urbain selon la pratique de la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 687)

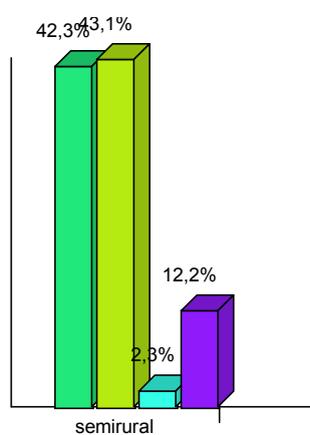
Concernant les freins et les appréhensions que constitue la maîtrise de stage : crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne, crainte d'une gêne dans la relation au patient, crainte d'un regard critique sur sa pratique et crainte d'une difficulté à enseigner son art : les données de l'enquête restent assez similaires quelque soit le mode d'exercice.

Dans un peu plus de 80% des cas, les médecins répondants craignent une perte de temps réelle ou modérée dans leur pratique ; 17,1% des médecins répondants exerçant en milieu urbain n'appréhendent pas de perdre du temps, contre 16,3% des médecins exerçant en milieu rural et 12,2% pratiquant en milieu semi rural.

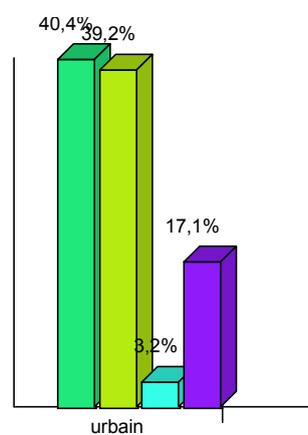
*Graphique 89



** Graphique 90



*** Graphique 91



■ Non réponse ■ modere
■ oui ■ nsp
■ non

■ Non réponse ■ modere
■ oui ■ nsp
■ non

■ Non réponse ■ modere
■ oui ■ nsp
■ non

*Graphique 89 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu rural selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de répondants : 338)

** Graphique 90 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu semi-rural selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de répondants : 518)

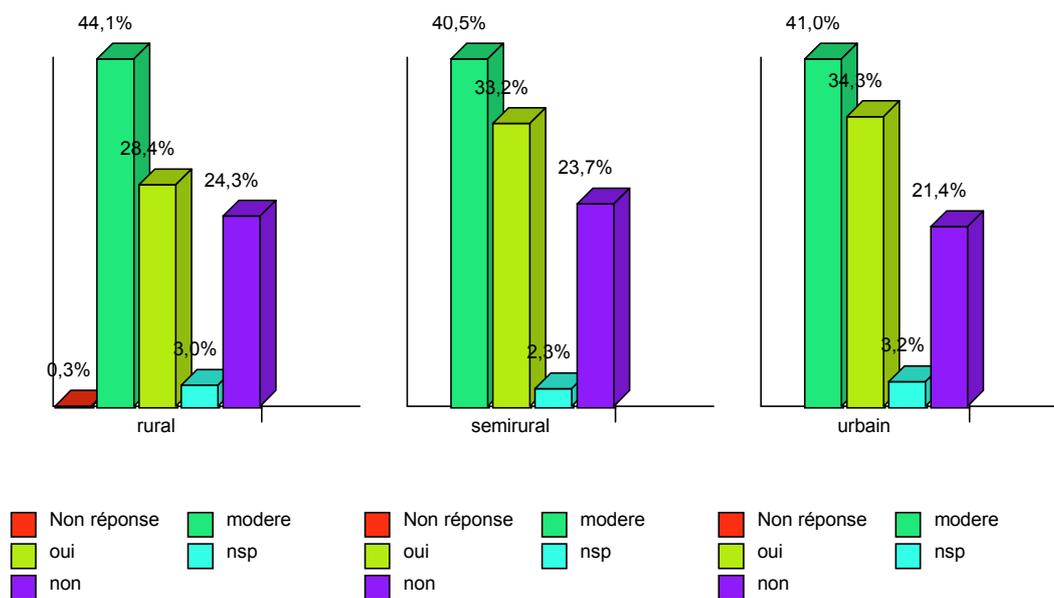
*** Graphique 91 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu urbain selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de répondants : 687)

Dans près de 75% des cas, les médecins appréhendent une gêne réelle ou modérée dans leur relation au patient. 24,3% des médecins exerçant en milieu rural ne craignent pas cela contre 23,7% en milieu semi rural et 21,4% en milieu urbain.

*Graphique 92

** Graphique 93

*** Graphique 94



*Graphique 92 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu rural selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondants : 338)

** Graphique 93 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu semi-rural selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondants : 518)

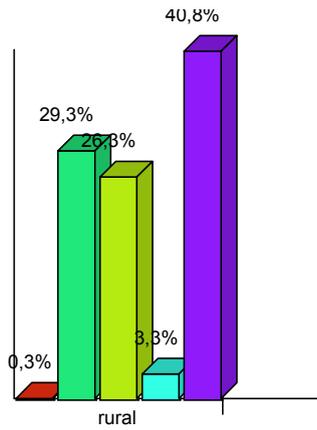
*** Graphique 94 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu urbain selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de répondants : 687)

Pour les deux variables suivantes, bien que les résultats de l'enquête aillent dans le même sens de façon assez proche : les médecins exerçant en ville ont moins d'appréhension quant aux regards critiques et à la difficulté à enseigner; au contraire, les médecins exerçant en milieu rural formulent plus de craintes sur ces aspects.

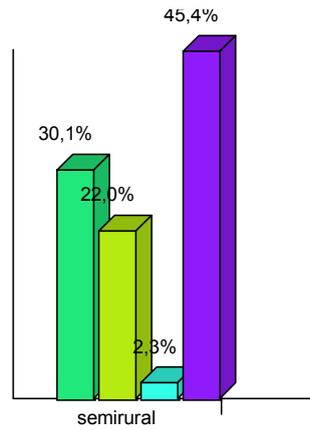
26,3% des médecins répondants en milieu rural craignent un regard critique sur leur pratique contre 22% en semi rural et 19,8% en milieu urbain.

Inversement, 48,4% des médecins de « ville » n'émettent pas de crainte quant à un regard critique sur leur pratique, contre 45% en semi rural et 40,8% en milieu rural.

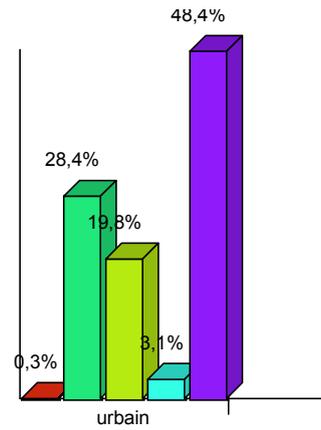
*Graphique 95



** Graphique 96



*** Graphique 97



*Graphique 95 : Répartition des médecins réponders exerçant en milieu rural selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de réponders : 338)

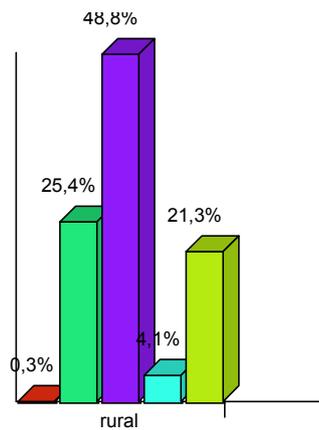
** Graphique 96 : Répartition des médecins réponders exerçant en milieu semi-rural selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de réponders : 518)

*** Graphique 97 : Répartition des médecins réponders exerçant en milieu urbain selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de réponders : 687)

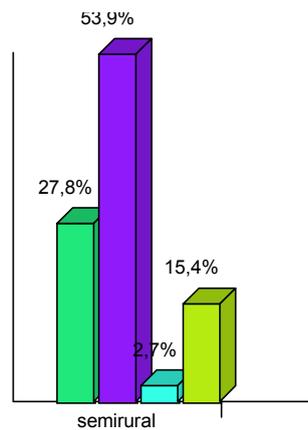
54,8% des médecins pratiquant en milieu urbain ne présentent pas d'appréhension quant à la difficulté d'enseigner la médecine générale contre 53,9% en milieu semi rural et 48,8% en milieu rural.

Inversement, 21,3% des médecins en milieu rural émettent la crainte d'une difficulté à enseigner leur art contre 15,7% en milieu urbain et 15,4% en milieu semi rural (sensiblement proche).

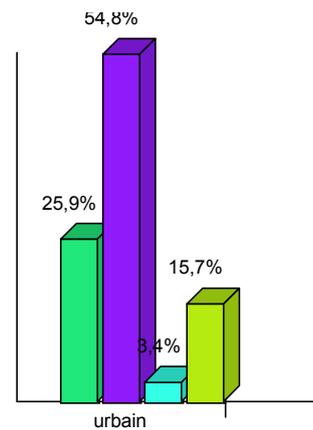
*Graphique 98



** Graphique 99



*** Graphique 100



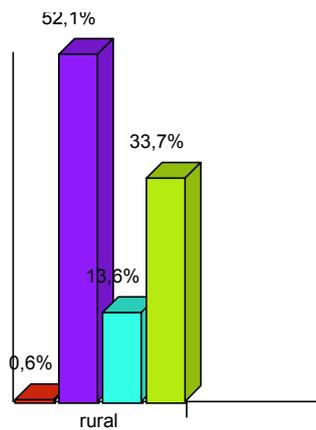
*Graphique 98 : Répartition des médecins réponders exerçant en milieu rural selon l'appréhension d'une difficulté à enseigner son art (Nombre de réponders : 338)

** Graphique 99 : Répartition des médecins réponders exerçant en milieu semi-rural selon l'appréhension d'une difficulté à enseigner son art (Nombre de réponders : 518)

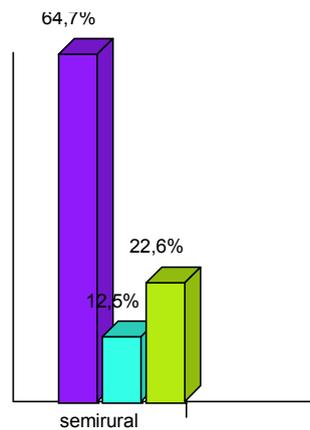
*** Graphique 100 : Répartition des médecins réponders exerçant en milieu urbain selon l'appréhension d'une difficulté à enseigner son art (Nombre de réponders : 687)

En ce qui concerne les craintes quant aux difficultés d'intendance que cela soit pour l'hébergement, la restauration et le transport : elles s'avèrent plus prononcées pour les médecins pratiquant en milieu rural, contrairement aux médecins urbains. En effet, seulement 14,6% des médecins exerçant en milieu urbain émettent des appréhensions face aux difficultés d'intendance, contre 33,7% en milieu rural (plus du double) et 22,6% en milieu semi rural. A l'inverse, 72% des médecins « urbains » n'y voient pas de crainte contre 52,1% pour les médecins « ruraux » et 64,7% pour les médecins « semi ruraux ».

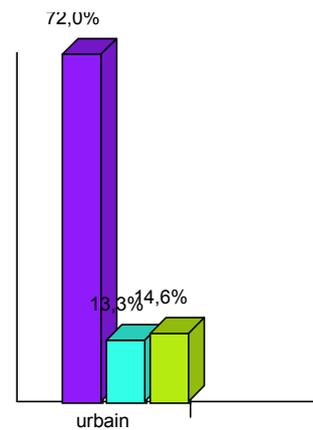
*Graphique 101



** Graphique 102



*** Graphique 103



Non réponse
nsp

non
oui

Non réponse
nsp

non
oui

Non réponse
nsp

non
oui

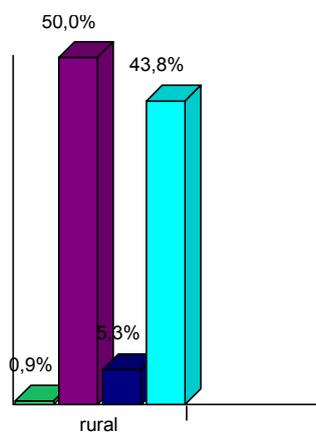
*Graphique 101 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu rural selon l'appréhension des difficultés d'intendance (Nombre de répondants : 338)

** Graphique 102 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu semi-rural selon l'appréhension des difficultés d'intendance (Nombre de répondants : 518)

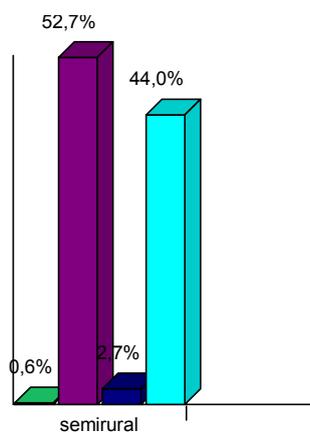
*** Graphique 103 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu urbain selon l'appréhension des difficultés d'intendance (Nombre de répondants : 687)

Enfin, les résultats au sujet du désir d'informations complémentaires sur la maîtrise de stage sont assez proches selon les différents modes d'exercice. 43,8% des médecins exerçant en milieu rural sont demandeurs d'une information complémentaire, 44% pour le milieu semi rural et 39,1% pour le milieu urbain (les citadins étant de façon minime moins enclins à des renseignements complémentaires).

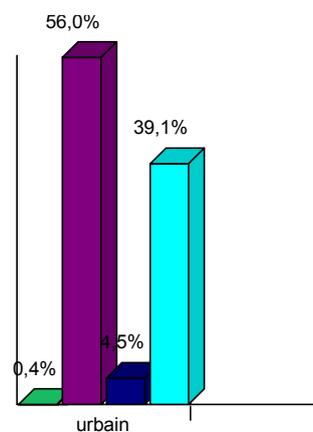
*Graphique 104



** Graphique 105



*** Graphique 106



Non réponse
nsp

non
oui

Non réponse
nsp

non
oui

Non réponse
nsp

non
oui

*Graphique 104 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu rural selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 338)

** Graphique 105 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu semi-rural selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 518)

*** Graphique 106 : Répartition des médecins répondants exerçant en milieu urbain selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 687)

Au total :

La proportion de médecins maîtres de stage est globalement la même quelque que soit le mode d'exercice. En effet, 19% des médecins ruraux et semi ruraux sont maîtres de stage et 17% des médecins urbains le sont.

Par contre, étant donné que les médecins urbains s'avèrent plus nombreux : un peu moins de 50% des maîtres de stage exercent en milieu urbain, un peu moins de 30% en milieu semi rural et le restant en milieu rural.

Les craintes d'une perte de temps dans sa pratique et d'une gêne dans la relation au patient s'avèrent très proches entre les différents modes d'exercice et constituent des écueils majeurs (près de 80%).

Les résultats concernant les appréhensions d'un regard critique et des difficultés à enseigner vont dans le même sens, néanmoins de façon un peu moins prononcée « en ville » et un peu plus prononcée à la campagne.

Pour les difficultés d'intendance, celles-ci paraissent plus prégnantes en milieu rural qu'en milieu urbain, liées aux difficultés de transport et à l'insuffisance de structures d'hébergement et de restauration pour l'étudiant.

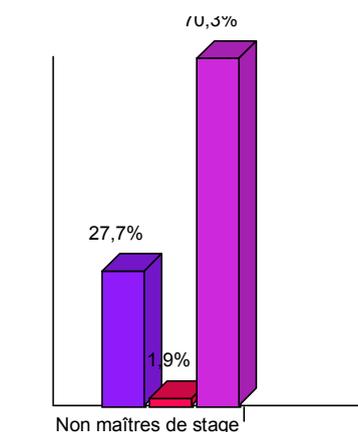
Enfin, pour le désir d'information, les résultats sont globalement comparables.

E/ Quelques nuances en fonction du statut de maître de stage ou non :

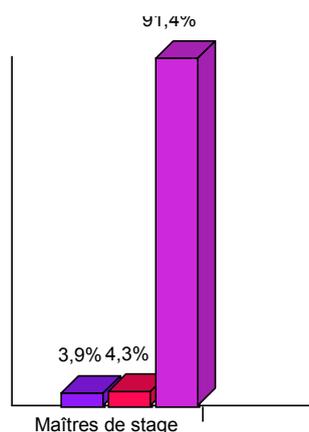
Plus de 90% des maîtres de stage (91,4%) connaissent un confrère maître de stage et 70,3% des médecins non maîtres de stage en connaissent un. Seul 3,9% des maîtres de stage ne connaissent pas de confrère maître de stage contre 27,7% chez les non maîtres de stage.

A noter que l'on peut certainement émettre la possibilité d'une mauvaise interprétation du questionnaire par les maîtres de stage car logiquement étant en binôme ou trinôme pour la maîtrise de stage, ils connaissent obligatoirement un confrère maître de stage.

*Graphique 107



** Graphique 108

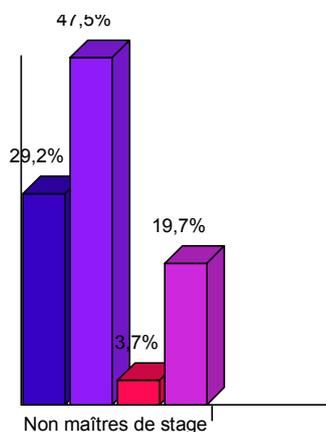


*Graphique 107 : Répartition des médecins répondeurs non maîtres de stage selon la connaissance d'un confrère maître de stage (Nombre de répondeurs : 1260)

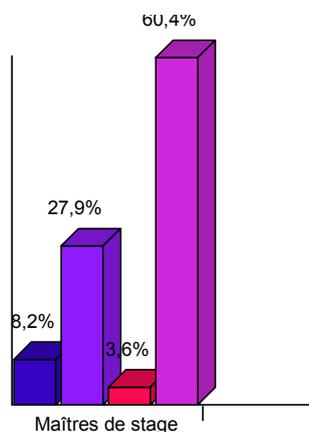
** Graphique 108 : Répartition des médecins répondeurs maîtres de stage selon la connaissance d'un confrère maître de stage (Nombre de répondeurs : 280)

L'expérience de ce dernier vous a-t-elle incité à le devenir ?

*Graphique 109



** Graphique 110



*Graphique 109 : Répartition des médecins répondeurs non maîtres de stage connaissant un confrère maître de stage selon l'incitation à le devenir (Nombre de répondeurs : 885)

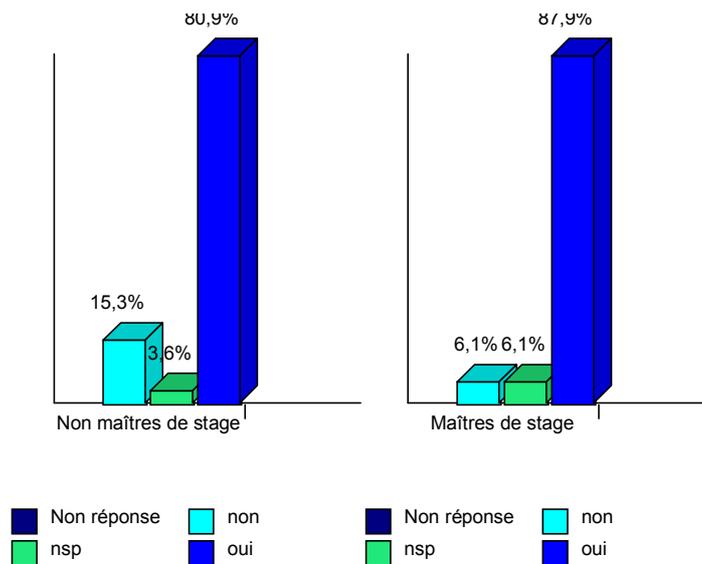
** Graphique 110 : Répartition des médecins répondeurs maîtres de stage connaissant un confrère maître de stage selon l'incitation à le devenir (Nombre de répondeurs : 256)

Le principe du stage chez le praticien a pour but de faire découvrir aux futurs médecins généralistes le métier de médecin généraliste et l'activité libérale.

A ce sujet, 87,9% des médecins maîtres de stage pensent que le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral, contre 80,9% des médecins non maîtres de stage. De façon plus nette, 15,3% des médecins non maîtres de stage pensent que ce stage n'encourage pas les futurs médecins à l'activité libérale contre 6,1% pour les médecins maîtres de stage, soit plus du double.

*Graphique 111

** Graphique 112



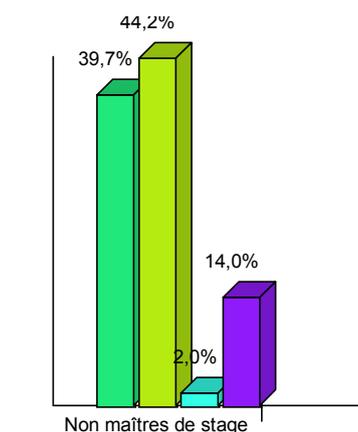
*Graphique 111 : Répartition des médecins répondants non maîtres de stage selon l'idée que le stage au cabinet de médecine générale encourage l'exercice libéral (Nombre de répondants : 1260)

** Graphique 112 : Répartition des médecins répondants maîtres de stage selon l'idée que le stage au cabinet de médecine générale encourage l'exercice libéral (Nombre de répondants : 280)

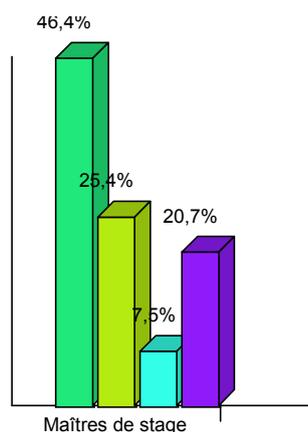
En ce qui concerne les freins et appréhensions :

25,4% des médecins maîtres de stage émettent la crainte d'une réelle perte de temps dans leur pratique contre 44,2% pour les non maîtres de stage. De même, 20,7% des maîtres de stage n'y voient pas d'appréhension contre 14% des non maîtres de stage. Par contre, il existe la crainte d'une perte de temps modérée dans la pratique, plus importante pour les maîtres de stage (46,4%) que les non maîtres de stage (39,7%). Néanmoins, globalement, les médecins maîtres de stage émettent moins d'appréhensions quant à cette variable.

*Graphique 113



** Graphique 114



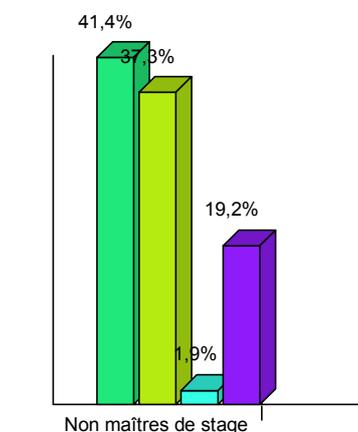
*Graphique 113 : Répartition des médecins réponders non maîtres de stage selon la crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne (Nombre de réponders : 1260)

** Graphique 114 : Répartition des médecins réponders maîtres de stage selon la crainte d'une perte de temps sur sa pratique quotidienne (Nombre de réponders : 280)

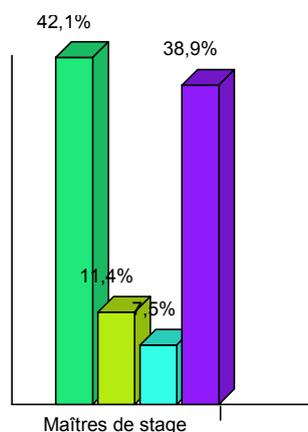
Les résultats sur l'appréhension d'une gêne dans la relation au patient en fonction du statut de maître de stage ou non suivent la même logique que pour la crainte d'une perte de temps. En effet, 38,9% des enseignants cliniciens ambulatoires n'ont pas d'appréhension dans ce domaine, ils ne sont que 19,2% pour les non maîtres de stage, soit la moitié.

C'est au plan de la gêne réelle que la différence est la plus notable : 11,4% des maîtres de stage versus 37,3% soit le triple chez les non maîtres de stage. Pour la nuance gêne modérée, les résultats sont comparables entre les 2 populations.

*Graphique 115



** Graphique 116



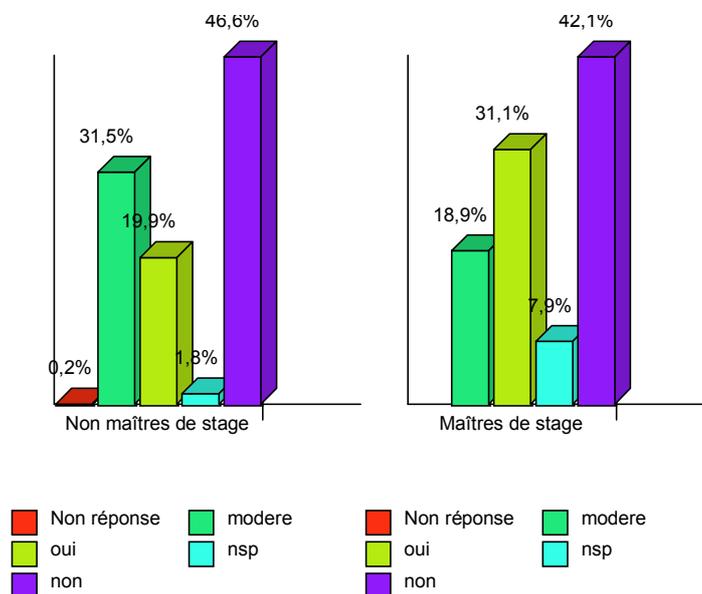
*Graphique 115 : Répartition des médecins réponders non maîtres de stage selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de réponders : 1260)

** Graphique 116 : Répartition des médecins maîtres de stage selon la crainte d'une gêne dans la relation au patient (Nombre de réponders : 280)

Les résultats concernant la crainte d'un regard critique du stagiaire sur la pratique en fonction du statut ou non de maître de stage sont nuancés. 31,1% des enseignants cliniciens ambulatoires l'appréhendent contre 19,9% des non maître de stage. Elle est de 18,9% chez les maîtres de stage pour une crainte modérée contre 31,9% chez les non maîtres de stage. 46,6% des médecins non enseignants cliniciens ambulatoires n'y voient aucune appréhension contre 42,1% pour les maîtres de stage.

*Graphique 117

** Graphique 118

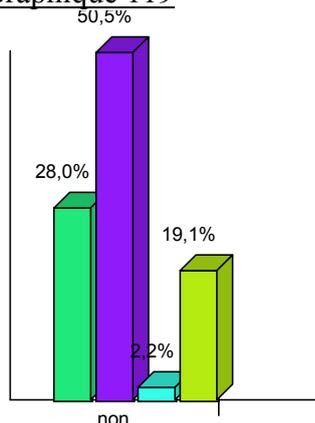


*Graphique 117 : Répartition des médecins réponders non maîtres de stage selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de réponders : 1260)

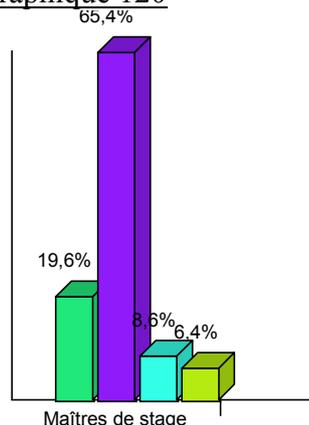
** Graphique 118 : Répartition des médecins maîtres de stage selon l'appréhension d'un regard critique sur sa pratique (Nombre de réponders : 280)

Les non maîtres de stage appréhendent de manière plus importante les difficultés à enseigner leur pratique. Ainsi, 19,1% des non maîtres de stage y voient une crainte contre 6,4% des maîtres de stage, soit près du triple. Toutefois, chez 50,5% des non maîtres de stage, il n'existe pas cette appréhension contre 65,4% pour les maîtres de stage.

*Graphique 119



** Graphique 120

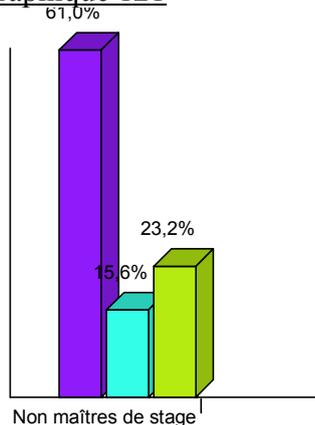


*Graphique 119 : Répartition des médecins répondants non maîtres de stage selon l'appréhension d'une difficulté à enseigner son art (Nombre de répondants : 1260)

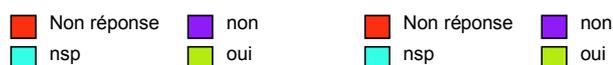
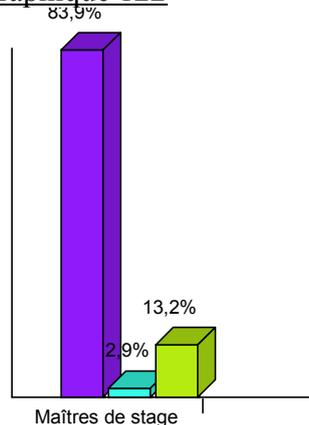
** Graphique 120 : Répartition des médecins maîtres de stage selon l'appréhension d'une difficulté à enseigner son art (Nombre de répondants : 280)

L'intendance évoque également au vu des résultats plus de soucis et de difficultés pour les non maîtres de stage que pour les maîtres de stage. En effet, 23,2% des non maîtres de stage craignent des difficultés d'intendance contre 13,2% des médecins ayant cette expérience de maîtrise de stage, soit un peu moins du double. Toutefois, 83,9% des maîtres de stage n'y voient pas de freins contre 61% pour les non maîtres de stage, elle est néanmoins plus forte chez les médecins ruraux que chez les citadins.

*Graphique 121



** Graphique 122



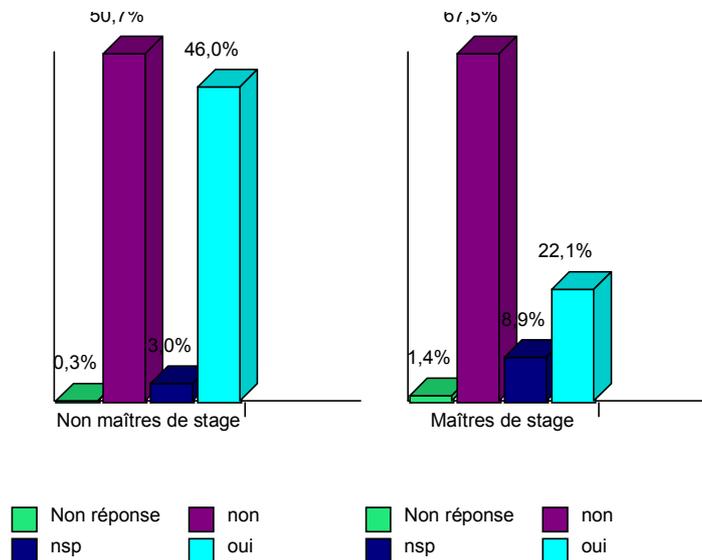
*Graphique 121 : Répartition des médecins répondants non maîtres de stage selon l'appréhension de difficultés liées à l'intendance (Nombre de répondants : 1260)

** Graphique 122 : Répartition des médecins maîtres de stage selon l'appréhension de difficultés liées à l'intendance (Nombre de répondants : 280)

Comme nous pouvions l'envisager, plus du double des médecins non maîtres de stage par rapport aux maîtres de stage désirent une information complémentaire soit 46% contre 22,1%. Inversement, la moitié soit 50,7% des non maîtres de stage ne désirent pas d'information sur la maîtrise de stage contre 67,5% des enseignants cliniciens ambulatoires.

*Graphique 123

** Graphique 124



*Graphique 123 : Répartition des médecins répondants non maîtres de stage selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 1260)

**Graphique 124 : Répartition des médecins maîtres de stage selon le désir d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage (Nombre de répondants : 280)

En résumé :

Presque tous les maîtres de stage connaissent un confrère maître de stage : seulement 4% n'en connaissent pas alors qu'un quart des médecins non maîtres de stage n'en connaissent pas. Pour les maîtres de stage, s'agit-il d'un défaut d'interprétation du questionnaire car logiquement, travaillant en binôme ou trinôme, ils sont tous censés connaître un confrère maître de stage.

Les maîtres de stage considèrent majoritairement que le principe du stage chez le praticien est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral.

Concernant les freins et appréhensions que peuvent représenter la maîtrise de stage, ils sont environ deux fois plus importants de manière générale chez les non maîtres de stage.

Enfin, de façon logique, les maîtres de stage ont une connaissance de la maîtrise de stage supérieure aux non maîtres de stage, ce qui explique en partie le fait qu'ils soient deux fois moins désireux d'une information complémentaire. Un peu plus de la moitié des non maîtres de stage ne désirent pas d'information complémentaire.

VI/ Discussion

1/ Les réponses aux attentes de l'enquête, les pistes vers lesquelles s'orienter

Le **taux de réponses** en Aquitaine est de près de **40%**. Les résultats de l'enquête peuvent ainsi être considérés comme représentatifs.

Le taux de réponses ne diffère pas en fonction du sexe : les hommes et femmes médecins sont autant réponders.

De manière globale, le nombre de réponses correspond à la répartition par tranche d'âge dans la région : la tranche d'âge la plus représentée étant les 51-60 ans, ensuite les 41-50 ans, puis plus de 60 ans et enfin les moins de 40 ans. Cependant les plus réponders sont les moins de 40 ans, puis les 41-50 ans, ensuite les plus de 60 ans et enfin les 51-60 ans. Les populations plus jeunes ont semblé apporter un intérêt un peu plus prononcé à ce questionnaire ainsi qu'à la maîtrise de stage, ce qui s'avère intéressant à prendre en compte.

La majorité des médecins ayant répondu exerce en milieu urbain la médecine générale exclusive.

Le **taux de maîtres de stage** est d'environ **20%**.

Plus de la moitié des médecins non maîtres de stage ne veut pas le devenir alors que la même proportion sait comment postuler.

Les $\frac{3}{4}$ des médecins connaissent un confrère maître de stage, malheureusement, dans près de 60% des cas, l'expérience de ce dernier n'incite pas à le devenir. Ainsi, le partage d'expérience par les maîtres de stage ne semble pas être un bon mode de recrutement pour la fonction de maîtres de stage.

Ce qui est néanmoins favorable est le fait que plus de 80% des médecins réponders pensent que la maîtrise de stage tend à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral. A juste titre car il s'agit d'un élément fondamental de la maîtrise de stage par la découverte de la médecine générale en cabinet.

Les appréhensions prédominantes à devenir ou être maître de stage sont la crainte d'une perte de temps dans son activité quotidienne et d'une gêne dans la relation au patient. Il pourrait être intéressant de se pencher un peu plus sur ces deux points qui semblent être les deux principaux freins.

Même si un peu moins de la moitié des médecins désirent une information complémentaire, la FMC serait la forme à privilégier en Aquitaine pour délivrer cette information, devant le courriel et le bulletin ordinal.

En fonction du département :

C'est en Dordogne que le taux de réponses est le plus important et que les médecins sont les plus désireux d'informations complémentaires alors que le taux de maîtres de stage est pratiquement divisé par 2 par rapport aux autres départements d'Aquitaine. Ils sont plus désireux d'informations complémentaires à juste titre car c'est dans ce département également que les médecins ont le moins de connaissances sur les modalités de la maîtrise de stage. Dans 2 départements d'Aquitaine, l'information par FMC n'est pas la forme privilégiée ; il s'agit de la Dordogne où les médecins tendent à préférer le bulletin ordinal et les Landes où ils tendent à préférer le courriel.

En fonction du sexe :

La population féminine est plus jeune et sensiblement plus désireuse d'informations complémentaires que la population masculine. C'est donc une piste qui pourrait être favorisée et pour laquelle on pourrait accentuer l'information, d'autant plus que les femmes médecins exercent pratiquement 2 fois moins la maîtrise de stage que les hommes. Par contre, leurs appréhensions sont un peu plus prononcées, expliquant en partie leur plus faible implication à la fonction de maîtres de stage.

En fonction de l'âge :

Chez les moins de 40 ans, la fonction de maîtres de stage est 2 fois moins importante que chez les plus de 40 ans, alors qu'ils sont plus nombreux à penser que la maîtrise de stage est de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral. Il serait donc intéressant d'accentuer l'information chez cette population.

De façon globale, les freins et appréhensions tendent à augmenter avec l'âge.

Enfin, les plus désireux d'informations complémentaires sont les 41-50 ans puis les 51-60 ans, puis les moins de 40 ans et pour terminer les plus de 60 ans. Pour les moins de 40 ans, l'information concernant la maîtrise de stage n'est peut être pas autant nécessaire car déjà acquise au cours de leur cursus.

En fonction du type d'exercice :

Le taux de maîtres de stage exerçant la médecine générale exclusive et ayant une activité mixte est sensiblement le même. Il y a par contre de façon logique peu de maîtres de stage chez les médecins pratiquant la médecine à exercice particulier, compte tenu de la nécessité d'enseigner la pratique de la médecine générale.

En fonction du lieu d'exercice :

Globalement, la proportion des maîtres de stage est la même selon le lieu d'exercice ; elle est sensiblement moins importante en milieu urbain. Cependant le nombre de maîtres de stage est plus important en milieu urbain qu'en semi rural et plus encore qu'en milieu rural car la densité de médecins urbains est plus importante.

Le taux de réponse des maîtres de stage ruraux est supérieur aux taux des confrères urbains.

En fonction des freins à être ou devenir maîtres de stage :

On remarque que les craintes d'un regard critique sur sa pratique, d'une difficulté à enseigner son art ou encore de difficultés d'intendance sont un peu plus prononcées en milieu rural qu'urbain, c'est également le cas pour la crainte d'une perte de temps. Par contre, c'est en milieu rural et semi rural que l'appréhension d'une gêne dans la relation au patient s'avère moins prononcée qu'en ville.

Enfin, les médecins ruraux et semi ruraux semblent un peu plus désireux d'informations complémentaires que les médecins urbains.

Maîtres de stage ou non :

Les maîtres de stage ont globalement moins d'appréhensions sur la maîtrise de stage que les non maîtres de stage. Est ce parce que la pratique de la maîtrise de stage les a rassuré quant à leur craintes ou est ce parce qu'initialement ils avaient moins d'appréhensions et se sont alors lancés dans la maîtrise de stage ?

2/ Les limites de l'enquête : les biais

Tout d'abord, l'enquête s'est initialement déroulée en Dordogne fin 2010 puis s'est étendue à l'Aquitaine début 2012. Il y a donc un décalage de 16 mois entre les résultats obtenus en Dordogne par rapport aux autres départements d'Aquitaine ; néanmoins il a été décidé d'inclure sans différence la Dordogne dans les résultats globaux et de comparer ces résultats avec ceux des autres départements. Cela représente un biais de sélection. De même, il existe des différences dans l'organisation de l'envoi. En effet, en Dordogne, il s'agissait d'un envoi émanant directement et financé par le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Dordogne alors que pour les autres départements, l'envoi provenait et était financé par le Département de Médecine Générale de Bordeaux. Le contenu de l'envoi s'avère de ce fait différent : en Dordogne, il contient l'enquête avec l'entête du Conseil de l'Ordre alors que pour le reste de l'Aquitaine, on retrouve toujours le même questionnaire avec l'entête des Conseils de l'Ordre de chaque département (après accord des différents présidents) ainsi qu'une lettre d'accompagnement du Département de Médecine Générale signé par le Professeur Gay et moi-même. Nous avons néanmoins essayé de nous rapprocher au mieux des conditions initiales.

D'autre part, il existe un biais dans l'interprétation des résultats au niveau des taux de réponses en fonction de l'âge et du sexe. En effet, cette information est intéressante mais n'a pu être obtenue qu'en se basant sur les données démographiques de l'Ordre des Médecins d'Aquitaine de juin 2011 ; nombre d'hommes/femmes, répartitions par tranches d'âge alors que l'envoi de l'enquête (base des résultats obtenus) s'appuie sur la liste des médecins généralistes libéraux d'Aquitaine fournie par l'Agence Régionale de Santé : ARS. Cette liste diffère de façon minime des dernières données de l'Ordre des Médecins. Ainsi, malgré tout, l'interprétation du taux de réponses en fonction de l'âge et du sexe reste tout de même recevable.

Enfin, il s'avère important de s'attacher à la pertinence du questionnaire de l'enquête et la possibilité d'une mauvaise compréhension des répondeurs pour certaines questions.

En effet, d'après les résultats, 3,9% des médecins maîtres de stage disent ne pas connaître de confrère maître de stage. Or, cela est difficilement concevable car la maîtrise de stage s'exerce en binôme ou trinôme, donc logiquement ils communiquent entre eux. Il s'agit certainement d'un défaut d'interprétation du questionnaire. Nous aurions peut être du n'adresser cette question qu'aux médecins non maîtres de stage afin qu'il n'y ait pas de confusion possible.

D'autre part, 2,4% des médecins répondeurs exerçant la MEP sont maîtres de stage. Ainsi, nous pouvions également nous interroger sur la compréhension de cette variable, étant donné que le stage ambulatoire doit permettre de faire découvrir aux futurs médecins l'exercice de la médecine générale dans sa globalité. Est-ce véritablement un défaut d'interprétation ou y-a-t-il des maîtres de stage exerçant une activité bien spécifique ?

De même, dans ce questionnaire, les médecins maîtres de stage ne devaient pas répondre à toutes les questions, uniquement celles en gras (les modalités de la maîtrise de stage étant considérées comme connues). Néanmoins, certains d'entre eux répondaient à toutes les questions, même à celles qui ne leur étaient plus destinées. Ainsi de façon systématique, ces réponses n'étaient pas prises en compte et n'étaient pas incluses dans les résultats.

Pour finir, en ce qui concerne la dernière question attirait à la forme de délivrance d'une information complémentaire sur la maîtrise de stage, beaucoup de médecins choisissaient plusieurs possibilités alors qu'une seule était demandée ; cela a ainsi créé un biais dans l'interprétation des résultats.

3/ Comparaison à la littérature existante et ouverture

Plusieurs travaux et thèses ont été réalisés sur la maîtrise de stage en France. Ces derniers recensés à partir du catalogue du Système Universitaire de documentation (sudoc) relatent :

- Le vécu de l'interne : l'influence de ce stage sur sa future activité professionnelle (30 à 36)
- L'impact du stagiaire dans la relation médecin patient : le regard, le ressenti et l'adhésion du patient (37 à 39)
- La vision de l'enseignant clinicien ambulatoire et de l'interne sur la maîtrise de stage : la rencontre maître de stage et interne : un partage d'expérience (40 à 44)
- L'évaluation du stage : les méthodes pédagogiques et outils d'évaluation, appréciation de la pratique de l'interne mais aussi des terrains de stage (45 à 51)
- Le vécu et motivations des maîtres de stages (13, 52 et 53)

Le vécu et motivations des maîtres de stage s'avèrent un peu moins étudiés. Dans des travaux sur le sujet (3 thèses recensées sur sudoc (13, 52 et 53)), ce qui ressort concernant les motivations:

- l'amélioration de la formation des futurs médecins généralistes par le biais de ce stage,
- la promotion de la médecine générale,
- le plaisir d'enseigner à de jeunes confrères et la réactualisation des connaissances,
- la mise en contact avec des futurs remplaçants,
- et le besoin de nouveauté.

Concernant les inconvénients, ce sont la gêne supposée de leurs patients, due à la présence du stagiaire, et la charge de travail supplémentaire qui sont le plus souvent évoquées. Ce dernier point rejoint sensiblement notre travail. Néanmoins, les craintes des maîtres de stage n'étaient pas l'objet des travaux : leur objectif principal. Ce thème est beaucoup moins étudié dans la littérature, de plus sur des populations restreintes.

Cette thèse, s'appuyant sur une enquête régionale représente donc une étude assez conséquente et représentative en termes d'inclusion. Elle permet de mieux comprendre les appréhensions à la maîtrise de stage et de mieux cibler les populations afin de délivrer une information adaptée concernant les modalités de la maîtrise de stage. Il serait certainement intéressant de se pencher sur les principaux freins : la crainte d'une perte de temps et de la gêne dans la relation au patient ainsi que sur les difficultés d'intendance afin de faciliter la fonction de maître de stage : peut-on en limiter certains aspects ?

VI/ Conclusion

La maîtrise de stage est un élément clé de la formation en médecine générale, qui permet de faire connaître aux jeunes générations l'exercice libéral au cours de leur cursus universitaire. Afin d'encourager les vocations de médecins généralistes et d'assurer le cursus le plus adapté, il paraît nécessaire d'avoir un nombre suffisant de terrains de stage ; cela passe notamment par l'incitation et le recrutement de maîtres de stage.

Or, le nombre de maîtres de stage actuel n'est pas suffisant et n'autorise pas une réponse adaptée aux futurs demandes de stage : chez le praticien, SASPAS et initiation des externes.

Ainsi, cette enquête s'avère en accord avec les préoccupations et attentes actuelles. Elle permet d'appréhender les différentes populations de médecins, les plus intéressées, les plus en réserve, leurs craintes et d'adapter l'information aux mieux. Elle tend à déterminer les obstacles à la maîtrise de stage et cibler les actions à entreprendre en direction des populations en quête de changer d'avis concernant cette mission.

Cette enquête met en évidence plusieurs notions essentielles.

Pour une très grande majorité, le stage chez le praticien incite les futurs médecins à l'activité libérale : point fondamental pour l'attrait à la médecine générale.

20% des médecins ayant répondu à l'enquête sont déjà maîtres de stage. Les 80% restant constituent donc le réservoir de médecins à convaincre par la maîtrise de stage.

Les 2 points mis en avant concernant les freins et appréhensions sont les craintes d'une perte de temps dans la pratique quotidienne et d'une gêne dans la relation au patient ; cela pourrait être des pistes sur lesquelles travailler ou à améliorer afin d'amoindrir ces obstacles. Tout d'abord, pour la gêne dans la relation aux patients, nous savons d'après plusieurs travaux et tout particulièrement la thèse de N. Giabrinini soutenue en 2002 à l'université Paris 6 : « Comment la présence du stagiaire est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien » que les patients le vivent bien. D'autre part, bien que les difficultés d'intendance ne semblent pas être au premier plan, il pourrait être envisagé d'étudier et de mettre en œuvre des possibilités plus larges de logements en particulier en milieu rural et de pallier au mieux aux problèmes de transport avec notamment l'indemnisation des frais de transport, déjà expérimentée dans certains départements.

En Aquitaine, le partage d'expérience ne paraît pas être la meilleure méthode pour le recrutement à la fonction d'enseignant clinicien ambulatoire. Il pourrait s'avérer intéressant de comprendre pourquoi le prosélytisme ne fonctionne pas.

La forme à privilégier pour la diffusion de l'information afin de faire connaître la maîtrise de stage et ses modalités s'avère être la FMC, plutôt qu'une information délivrée par courriel, bulletin ordinal ou courrier. Cela peut amener à penser qu'il existe un réel désir de partage dans la transmission de l'information.

Enfin, les populations pour lesquelles l'activité de la maîtrise de stage est la moins importante mais qui semblent à contrario les plus intéressées et les plus désireuses de renseignements complémentaires sont les jeunes médecins et les femmes. L'information pourrait donc être accentuée chez ces médecins.

Ce travail à échelle régionale aide ainsi en partie à appréhender les diverses pistes à travailler et les directions vers lesquelles s'orienter afin de pérenniser la formation ambulatoire de la médecine générale.

VII/Annexes :

Lettre accompagnant l'enquête signée par le Pr Gay et moi même

Pelletier Marion
Interne de médecine générale
Dufay, 24600 Celles
Tel : 06 16 49 92 24

Le 3 Janvier 2012

Chère consoeur, cher confrère,

Comme vous le savez, les jeunes médecins généralistes sont de moins en moins nombreux à souhaiter exercer en libéral et ce d'autant plus en milieu rural. Ainsi, l'année dernière, en Dordogne, le Conseil départemental de l'ordre des médecins s'est intéressé au stage auprès du praticien, permettant de faire découvrir aux futurs médecins l'attrait et les modalités de la spécialité de médecine générale. Une enquête a été envoyée à tous les médecins généralistes installés dans le département afin de connaître les appréhensions et les freins que constitue le fait d'être ou devenir maître de stage.

Je suis interne de médecine générale, actuellement en 5^{ème} semestre. En accord avec le Département de Médecine Générale de Bordeaux, sous l'aval du Pr Gay, et les Conseils départementaux de l'ordre des médecins d'Aquitaine, nous voudrions élargir cette enquête à l'Aquitaine dans le cadre d'une thèse, avec comme directeur de thèse le Dr Hammel, médecin généraliste à Ribérac en Dordogne, et comme rapporteur le Pr Gay. Cette thèse s'intéresserait aux appréhensions et freins que constitue le fait d'être ou de devenir maître de stage. Cela pourrait permettre de cerner aux mieux les difficultés auxquelles vous pouvez être confrontés et d'apporter les réponses les plus adaptées afin de pérenniser la formation ambulatoire de la médecine générale.

Le Département de Médecine Générale de Bordeaux, de part le Pr Gay est tout à fait favorable à ce projet et s'y investit même de façon importante, tant dans l'organisation que dans le financement du projet.

Enfin, nous vous joignons l'enquête et vous remercions sincèrement pour le temps que vous accorderez à répondre au questionnaire.

Bien cordialement.

En Gironde : lettre d'accompagnement supplémentaire



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

Conseil Départemental de la Gironde

Chers Confrères,

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde soutient le travail de Madame Marion PELLETIER, étudiante en Médecine Générale, concernant son projet de thèse portant sur les maîtres de stage.

Il demande aux médecins contactés de bien vouloir accorder quelques minutes de leur temps pour faire avancer ce projet qui permettra, sans nul doute, d'avoir des informations pertinentes concernant les maîtres de stage.

Ce type de recueil d'informations nous paraît extrêmement important pour que les médecins prennent en main leur destin et anticipent sur les réformes à venir.

LE PRESIDENT,
Docteur Claude BOISSEAU.

ENQUETE MAITRE DE STAGE

Chère consœur, cher confrère,

Le conseil départemental de la Dordogne travaille à rechercher les différentes pistes susceptibles de faire découvrir aux futurs médecins l'intérêt de la spécialité de médecine générale. Il nous semble que le stage chez le praticien « de terrain » est une voie à explorer, permettant d'une part de faire découvrir l'attrait de cette pratique à nos jeunes étudiants, et d'autre part de créer une forme de reconnaissance méritée à l'adresse de ces « aînés », investis dans le métier jusqu'au stade du compagnonnage.

Cette enquête a pour unique but de cerner les appréhensions et freins divers que constitue à vos yeux le fait de postuler comme maître de stage. Nous vous remercions de prendre quelques minutes d'un temps que l'on vous sait précieux, pour répondre à ce questionnaire.

Bien confraternellement.

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge :

entre 30 et 40 ans entre 41 et 50 ans entre 51 et 60 ans 60 ans et +

Votre type d'exercice :

médecine générale exclusive MG avec pratique de MEP MEP exclusive

Votre mode d'exercice :

milieu rural milieu semi-rural milieu urbain

Vous êtes déjà maître de stage

(merci de répondre **uniquement** aux questions en *italique gras*)

Vous n'êtes pas maître de stage

(merci de répondre à toutes les questions)

Pensez-vous que le principe du stage chez le praticien soit de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral ?

oui non

Vous avez déjà songé à le devenir

oui non

Dans l'affirmative, savez-vous comment postuler comme maître de stage ?

oui non

Connaissez-vous ou connaissiez-vous un confrère maître de stage ?

oui non

L'expérience de ce dernier vous a-t-elle incité à devenir maître de stage ?

oui non

Devenir maître de stage, nécessite selon vous une formation :

aucune brève (2 à 6 jours en plusieurs sessions) longue

La présence du stagiaire à vos côtés vous fait, ou vous a-t-elle fait craindre :

- une perte de temps dans votre pratique quotidienne oui modérément non
- une gêne dans la relation au patient oui modérément non
- un regard critique sur votre pratique oui modérément non
- une difficulté à enseigner votre art oui modérément non

Saviez-vous que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères ? oui non

Craignez-vous, ou avez-vous connu, des difficultés en relation avec « l'intendance » (hébergement, restauration du stagiaire etc.) oui non

Pensez-vous que la maîtrise de stage soit rémunérée ? oui non

Souhaiteriez-vous une information plus complète concernant ce domaine ? oui non

Selon quelle modalité

- soirée FMC
- article du bulletin ordinal
- mail
- autre (*précisez*)

COMMENTAIRE LIBRE

Sincères remerciements

**QUESTIONNAIRE A RETOURNER AU PLUS TARD LE 18 DECEMBRE 2010
A L'AIDE DE L'ENVELOPPE JOINTE**

ENQUETE MAITRE DE STAGE (GIRONDE + LETTRE DR BOISSEAU)

Chère consœur, cher confrère,

Les Conseils Départementaux de la région Aquitaine, en association avec le Département de Médecine Générale de la faculté de Bordeaux, travaillent à rechercher les différentes pistes susceptibles de faire découvrir aux futurs médecins l'intérêt de la spécialité de médecine générale. Il nous semble que le stage chez le praticien « de terrain » est une voie à explorer, permettant d'une part de faire découvrir l'attrait de cette pratique à nos jeunes étudiants, et d'autre part de créer une forme de reconnaissance méritée à l'adresse de ces « aînés », investis dans le métier jusqu'au stade du compagnonnage.

Cette enquête a pour unique but de cerner les appréhensions et freins divers que constitue à vos yeux le fait de postuler comme maître de stage. Nous vous remercions de prendre quelques minutes d'un temps que l'on vous sait précieux, pour répondre à ce questionnaire.

Bien confraternellement.

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge :

entre 30 et 40 ans entre 41 et 50 ans entre 51 et 60 ans 60 ans et +

Votre type d'exercice :

médecine générale exclusive MG avec pratique de MEP MEP exclusive

Votre mode d'exercice :

milieu rural milieu semi rural milieu urbain

Vous êtes déjà maître de stage

(merci de répondre **uniquement** aux questions en *italique gras*)

Vous n'êtes pas maître de stage

(merci de répondre à toutes les questions)

Pensez vous que le principe du stage chez le praticien soit de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral ?

oui non

Vous avez déjà songé à le devenir

oui non

Dans l'affirmative, savez vous comment postuler comme maître de stage ?

oui non

Connaissez vous ou connaissiez vous un confrère maître de stage ?

oui non

L'expérience de ce dernier vous a t'elle incité à devenir maître de stage ?

oui non

TSVP➔

Devenir maître de stage, nécessite selon vous une formation :

aucune brève (2 à 6 jours en plusieurs sessions) longue

La présence du stagiaire à vos côtés vous fait, ou vous a t'elle fait craindre :

- une perte de temps dans votre pratique quotidienne oui modérément non
- une gêne dans la relation au patient oui modérément non
- un regard critique sur votre pratique oui modérément non
- une difficulté à enseigner votre art oui modérément non

Saviez vous que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères ?

oui non

Craignez vous, ou avez-vous connu, des difficultés en relation avec « l'intendance » (hébergement, restauration du stagiaire etc.)

oui non

Pensez vous que la maîtrise de stage soit rémunérée ?

oui non

Souhaitez vous une information plus complète concernant ce domaine ?

oui non

Selon quelle modalité

- soirée FMC
- article du bulletin ordinal
- mail
- autre (*précisez*)

COMMENTAIRE LIBRE

Sincères remerciements

QUESTIONNAIRE A RETOURNER AU PLUS TARD UN MOIS APRES RECEPTION DU COURRIER A L'AIDE DE L'ENVELOPPE JOINTE



CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DU LOT ET GARONNE
1709 avenue de Colmar
47000 AGEN

ENQUETE MAITRE DE STAGE

Chère consœur, cher confrère,

Le conseil départemental du Lot et Garonne travaille à rechercher les différentes pistes susceptibles de faire découvrir aux futurs médecins l'intérêt de la spécialité de médecine générale. Il nous semble que le stage chez le praticien « de terrain » est une voie à explorer, permettant d'une part de faire découvrir l'attrait de cette pratique à nos jeunes étudiants, et d'autre part de créer une forme de reconnaissance méritée à l'adresse de ces « aînés », investis dans le métier jusqu'au stade du compagnonnage.

Cette enquête a pour unique but de cerner les appréhensions et freins divers que constitue à vos yeux le fait de postuler comme maître de stage. Nous vous remercions de prendre quelques minutes d'un temps que l'on vous sait précieux, pour répondre à ce questionnaire.

Bien confraternellement.

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge :

entre 30 et 40 ans entre 41 et 50 ans entre 51 et 60 ans 60 ans et +

Votre type d'exercice :

médecine générale exclusive MG avec pratique de MEP MEP exclusive

Votre mode d'exercice :

milieu rural milieu semi-rural milieu urbain

Vous êtes déjà maître de stage

(merci de répondre **uniquement** aux questions en *italique gras*)

Vous n'êtes pas maître de stage

(merci de répondre à toutes les questions)

Pensez vous que le principe du stage chez le praticien soit de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral ?

oui non

Vous avez déjà songé à le devenir

oui non

Dans l'affirmative, savez vous comment postuler comme maître de stage ?

oui non

Connaissez vous ou connaissiez vous un confrère maître de stage ?

oui non

L'expérience de ce dernier vous a t'elle incité à devenir maître de stage ?

oui non

Devenir maître de stage, nécessite selon vous une formation :

aucune brève (2 à 6 jours en plusieurs sessions) longue

La présence du stagiaire à vos côtés vous fait, ou vous a t'elle fait craindre :

- une perte de temps dans votre pratique quotidienne oui modérément non
- une gêne dans la relation au patient oui modérément non
- un regard critique sur votre pratique oui modérément non
- une difficulté à enseigner votre art oui modérément non

Saviez vous que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères ? oui non

Craignez vous, ou avez-vous connu, des difficultés en relation avec « l'intendance » (hébergement, restauration du stagiaire etc.) oui non

Pensez vous que la maîtrise de stage soit rémunérée ? oui non

Souhaiteriez vous une information plus complète concernant ce domaine ? oui non

Selon quelle modalité

- soirée FMC
- article du bulletin ordinal
- mail
- autre (*précisez*)

COMMENTAIRE LIBRE

Sincères remerciements

QUESTIONNAIRE A RETOURNER AU PLUS TARD UN MOIS APRES RECEPTION DE CE COURRIER A L'AIDE DE L'ENVELOPPE JOINTE

ENQUETE MAITRE DE STAGE

Chère consœur, cher confrère,

Le conseil départemental des Landes travaille à rechercher les différentes pistes susceptibles de faire découvrir aux futurs médecins l'intérêt de la spécialité de médecine générale. Il nous semble que le stage chez le praticien « de terrain » est une voie à explorer, permettant d'une part de faire découvrir l'attrait de cette pratique à nos jeunes étudiants, et d'autre part de créer une forme de reconnaissance méritée à l'adresse de ces « aînés », investis dans le métier jusqu'au stade du compagnonnage.

Cette enquête a pour unique but de cerner les appréhensions et freins divers que constitue à vos yeux le fait de postuler comme maître de stage. Nous vous remercions de prendre quelques minutes d'un temps que l'on vous sait précieux, pour répondre à ce questionnaire.

Bien confraternellement.

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge :

entre 30 et 40 ans entre 41 et 50 ans entre 51 et 60 ans 60 ans et +

Votre type d'exercice :

médecine générale exclusive MG avec pratique de MEP MEP exclusive

Votre mode d'exercice :

milieu rural milieu semi-rural milieu urbain

Vous êtes déjà maître de stage

(merci de répondre **uniquement** aux questions en *italique gras*)

Vous n'êtes pas maître de stage

(merci de répondre à toutes les questions)

Pensez vous que le principe du stage chez le praticien soit de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral ?

oui non

Vous avez déjà songé à le devenir

oui non

Dans l'affirmative, savez vous comment postuler comme maître de stage ?

oui non

Connaissez vous ou connaissiez vous un confrère maître de stage ?

oui non

L'expérience de ce dernier vous a t'elle incité à devenir maître de stage ?

oui non

Devenir maître de stage, nécessite selon vous une formation :

aucune brève (2 à 6 jours en plusieurs sessions) longue

La présence du stagiaire à vos côtés vous fait, ou vous a t'elle fait craindre :

- une perte de temps dans votre pratique quotidienne oui modérément non
- une gêne dans la relation au patient oui modérément non
- un regard critique sur votre pratique oui modérément non
- une difficulté à enseigner votre art oui modérément non

Saviez vous que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères ? oui non

Craignez vous, ou avez vous connu, des difficultés en relation avec « l'intendance » (hébergement, restauration du stagiaire etc.) oui non

Pensez vous que la maîtrise de stage soit rémunérée ? oui non

Souhaiteriez vous une information plus complète concernant ce domaine ? oui non

Selon quelle modalité

- soirée FMC
- article du bulletin ordinal
- mail
- autre (*précisez*)

COMMENTAIRE LIBRE

Sincères remerciements

QUESTIONNAIRE A RETOURNER AU PLUS TARD UN MOIS APRES RECEPTION DU COURRIER A L'AIDE DE L'ENVELOPPE J

ENQUETE MAITRE DE STAGE (PYRENEES ATLANTIQUES)

Chère consœur, cher confrère,

Les Conseils Départementaux de la région Aquitaine, en association avec le Département de Médecine Générale de la faculté de Bordeaux, travaillent à rechercher les différentes pistes susceptibles de faire découvrir aux futurs médecins l'intérêt de la spécialité de médecine générale. Il nous semble que le stage chez le praticien « de terrain » est une voie à explorer, permettant d'une part de faire découvrir l'attrait de cette pratique à nos jeunes étudiants, et d'autre part de créer une forme de reconnaissance méritée à l'adresse de ces « aînés », investis dans le métier jusqu'au stade du compagnonnage.

Cette enquête a pour unique but de cerner les appréhensions et freins divers que constitue à vos yeux le fait de postuler comme maître de stage. Nous vous remercions de prendre quelques minutes d'un temps que l'on vous sait précieux, pour répondre à ce questionnaire.

Bien fraternellement.

Vous êtes : un homme une femme

Votre âge :

entre 30 et 40 ans entre 41 et 50 ans entre 51 et 60 ans 60 ans et +

Votre type d'exercice :

médecine générale exclusive MG avec pratique de MEP MEP exclusive

Votre mode d'exercice :

milieu rural milieu semi-rural milieu urbain

Vous êtes déjà maître de stage

(merci de répondre **uniquement** aux questions en *italique gras*)

Vous n'êtes pas maître de stage

(merci de répondre à toutes les questions)

Pensez vous que le principe du stage chez le praticien soit de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral ?

oui non

Vous avez déjà songé à le devenir

oui non

Dans l'affirmative, savez vous comment postuler comme maître de stage ?

oui non

Connaissez vous ou connaissez vous un confrère maître de stage ?

oui non

L'expérience de ce dernier vous a t'elle incité à devenir maître de stage ?

oui non

TSVP →

Devenir maître de stage, nécessite selon vous une formation :

aucune brève (2 à 6 jours en plusieurs sessions) longue

La présence du stagiaire à vos côtés vous fait, ou vous a t'elle fait craindre :

- une perte de temps dans votre pratique quotidienne oui modérément non
- une gêne dans la relation au patient oui modérément non
- un regard critique sur votre pratique oui modérément non
- une difficulté à enseigner votre art oui modérément non

Saviez vous que le stage chez le praticien peut se partager entre 2 ou 3 confrères ? oui non

Craignez vous, ou avez-vous connu, des difficultés en relation avec « l'intendance » (hébergement, restauration du stagiaire etc.) oui non

Pensez vous que la maîtrise de stage soit rémunérée ? oui non

Souhaitez vous une information plus complète concernant ce domaine ? oui non

Selon quelle modalité

- soirée FMC
- article du bulletin ordinal
- mail
- autre (*précisez*)

COMMENTAIRE LIBRE

Sincères remerciements

QUESTIONNAIRE A RETOURNER AU PLUS TARD UN MOIS APRES RECEPTION DU COURRIER A L'AIDE DE L'ENVELOPPE JOINTE

Récapitulatif des résultats de l'enquête pour l'Aquitaine

Maitre de stage 1				
1547 observations				
VARIABLE_1			VARIABLE_2	
	Nb	% cit.		% cit.
femme	453	29,3%	41 à 50	388 25,1%
Homme	1 094	70,7%	51 à 60	566 36,6%
Total	1 547	100,0%	moins de 40	219 14,2%
			plus de 60	373 24,1%
			Total	1 546 100,0%
VARIABLE_3			VARIABLE_4	
	Nb	% cit.		% cit.
MEP	85	5,5%	rural	338 21,9%
MG	1 197	77,9%	semirural	518 33,6%
MG_MEP	254	16,5%	urbain	686 44,5%
Total	1 536	100,0%	Total	1 542 100,0%
VARIABLE_5			Groupe n°1	
Moyenne = 39,73 Médiane = 33,00 Min = 24 Max = 64				% cit.
	Nb	% cit.	non	678 0 678
24	185	12,0%	oui	575 1 576
33	786	50,8%	Total	1 253 1 254
40	166	10,7%		
47	106	6,9%		
64	304	19,7%		
Total	1 547	100,0%		
			Groupe n°2	
			non	88 2 41 131
			nsp	3 0 1 4
			oui	172 2 272 446
			Total	263 4 314 581
			Groupe n°3	
			non	137 2 16 155
			nsp	23 6 11 40
			oui	518 48 391 957
			Total	678 56 418 1 152
VARIABLE_6			VARIABLE_7	
	Nb	% cit.		% cit.
non	1 259	81,8%	non	680 54,0%
oui	280	18,2%	oui	579 46,0%
Total	1 539	100,0%	Total	1 259 100,0%
VARIABLE_8			VARIABLE_9	
	Nb	% cit.		% cit.
non	263	45,3%	non	361 23,4%
nsp	4	0,7%	nsp	36 2,3%
oui	314	54,0%	oui	1 145 74,3%
Total	581	100,0%	Total	1 542 100,0%
VARIABLE_10			VARIABLE_11	
	Nb	% cit.		% cit.
non	679	58,9%	non	211 13,7%
nsp	56	4,9%	nsp	62 4,0%
oui	418	36,3%	oui	1 268 82,3%
Total	1 153	100,0%	Total	1 541 100,0%
VARIABLE_12			VARIABLE_13	
	Nb	% cit.		% cit.
breve	895	71,0%	modere	632 41,0%
longue	83	6,6%	oui	629 40,8%
non	242	19,2%	nsp	46 3,0%
nsp	41	3,3%	non	235 15,2%
Total	1 261	100,0%	Total	1 542 100,0%
VARIABLE_14			VARIABLE_15	
	Nb	% cit.		% cit.
modere	640	41,5%	modere	450 29,2%
oui	504	32,7%	oui	339 22,0%
nsp	45	2,9%	nsp	45 2,9%
non	353	22,9%	non	707 45,9%
Total	1 542	100,0%	Total	1 541 100,0%
VARIABLE_16			VARIABLE_17	
	Nb	% cit.		% cit.
modere	409	26,5%	non	554 44,1%
non	821	53,2%	oui	702 55,9%
nsp	52	3,4%	Total	1 256 100,0%
oui	260	16,9%		
Total	1 542	100,0%		
VARIABLE_18			VARIABLE_19	
	Nb	% cit.		% cit.
non	1 006	65,3%	non	338 26,8%
nsp	204	13,2%	nsp	39 3,1%
oui	331	21,5%	oui	886 70,2%
Total	1 541	100,0%	Total	1 263 100,0%
VARIABLE_20				
	Nb	% cit.		% cit.
non	827	53,8%		
nsp	63	4,1%		
oui	646	42,1%		
Total	1 536	100,0%		

Résultats croisés

Variable 1 : Sexe

Variable 2 : Age

VARIABLE_2 VARIABLE_1	Non réponse	41 à 50	51 à 60	moins de 40	plus de 60	TOTAL
femme	0	160	151	108	34	453
Homme	1	228	415	111	339	1094
TOTAL	1	388	566	219	373	1547

VARIABLE_2 VARIABLE_1	Non réponse	41 à 50	51 à 60	moins de 40	plus de 60	TOTAL
femme	0,0% (0)	35,3% (160)	33,3% (151)	23,8% (108)	7,5% (34)	100% (453)
Homme	0,1% (1)	20,8% (228)	37,9% (415)	10,1% (111)	31,0% (339)	100% (1094)
TOTAL	0,1% (1)	25,1% (388)	36,6% (566)	14,2% (219)	24,1% (373)	100% (1547)

VARIABLE_2 VARIABLE_1	Non réponse	41 à 50	51 à 60	moins de 40	plus de 60	TOTAL
femme	0,0% (0)	41,2% (160)	26,7% (151)	49,3% (108)	9,1% (34)	29,3% (453)
Homme	100% (1)	58,8% (228)	73,3% (415)	50,7% (111)	90,9% (339)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (1)	100% (388)	100% (566)	100% (219)	100% (373)	100% (1547)

Variable 3 : Type d'exercice

VARIABLE_3 VARIABLE_1	Non réponse	MEP	MG	MG_MEP	TOTAL
femme	4	43	334	72	453
Homme	7	42	863	182	1094
TOTAL	11	85	1197	254	1547

VARIABLE_3 VARIABLE_1	Non réponse	MEP	MG	MG_MEP	TOTAL
femme	0,9% (4)	9,5% (43)	73,7% (334)	15,9% (72)	100% (453)
Homme	0,6% (7)	3,8% (42)	78,9% (863)	16,6% (182)	100% (1094)
TOTAL	0,7% (11)	5,5% (85)	77,4% (1197)	16,4% (254)	100% (1547)

VARIABLE_3 VARIABLE_1	Non réponse	MEP	MG	MG_MEP	TOTAL
femme	36,4% (4)	50,6% (43)	27,9% (334)	28,3% (72)	29,3% (453)
Homme	63,6% (7)	49,4% (42)	72,1% (863)	71,7% (182)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (11)	100% (85)	100% (1197)	100% (254)	100% (1547)

Variable 4 : Mode d'exercice

VARIABLE_4 VARIABLE_1	Non réponse	rural	semirural	urbain	TOTAL
femme	2	88	156	207	453
Homme	3	250	362	479	1094
TOTAL	5	338	518	686	1547

VARIABLE_4 VARIABLE_1	Non réponse	rural	semirural	urbain	TOTAL
femme	0,4% (2)	19,4% (88)	34,4% (156)	45,7% (207)	100% (453)
Homme	0,3% (3)	22,9% (250)	33,1% (362)	43,8% (479)	100% (1094)
TOTAL	0,3% (5)	21,8% (338)	33,5% (518)	44,3% (686)	100% (1547)

VARIABLE_4 VARIABLE_1	Non réponse	rural	semirural	urbain	TOTAL
femme	40,0% (2)	26,0% (88)	30,1% (156)	30,2% (207)	29,3% (453)
Homme	60,0% (3)	74,0% (250)	69,9% (362)	69,8% (479)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (5)	100% (338)	100% (518)	100% (686)	100% (1547)

Variable 6 : Maître de stage ou non

VARIABLE_6 VARIABLE_1	Non réponse	non	oui	TOTAL
femme	3	401	49	453
Homme	5	858	231	1094
TOTAL	8	1259	280	1547

VARIABLE_6 VARIABLE_1	Non réponse	non	oui	TOTAL
femme	0,7% (3)	88,5% (401)	10,8% (49)	100% (453)
Homme	0,5% (5)	78,4% (858)	21,1% (231)	100% (1094)
TOTAL	0,5% (8)	81,4% (1259)	18,1% (280)	100% (1547)

VARIABLE_6 VARIABLE_1	Non réponse	non	oui	TOTAL
femme	37,5% (3)	31,9% (401)	17,5% (49)	29,3% (453)
Homme	62,5% (5)	68,1% (858)	82,5% (231)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (8)	100% (1259)	100% (280)	100% (1547)

Variable 13 : Crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne

VARIABLE_13 VARIABLE_1	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
femme	0	199	177	11	66	453
Homme	5	433	452	35	169	1094
TOTAL	5	632	629	46	235	1547

VARIABLE_13 VARIABLE_1	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
femme	0,0% (0)	43,9% (199)	39,1% (177)	2,4% (11)	14,6% (66)	100% (453)
Homme	0,5% (5)	39,6% (433)	41,3% (452)	3,2% (35)	15,4% (169)	100% (1094)
TOTAL	0,3% (5)	40,9% (632)	40,7% (629)	3,0% (46)	15,2% (235)	100% (1547)

VARIABLE_13 VARIABLE_1	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
femme	0,0% (0)	31,5% (199)	28,1% (177)	23,9% (11)	28,1% (66)	29,3% (453)
Homme	100% (5)	68,5% (433)	71,9% (452)	76,1% (35)	71,9% (169)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (5)	100% (632)	100% (629)	100% (46)	100% (235)	100% (1547)

Variable 14 : Crainte d'un gêne dans la relation au patient

VARIABLE_14 VARIABLE_1	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
femme	0	195	167	12	79	453
Homme	5	445	337	33	274	1094
TOTAL	5	640	504	45	353	1547

VARIABLE_14 VARIABLE_1	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
femme	0,0% (0)	43,0% (195)	36,9% (167)	2,6% (12)	17,4% (79)	100% (453)
Homme	0,5% (5)	40,7% (445)	30,8% (337)	3,0% (33)	25,0% (274)	100% (1094)
TOTAL	0,3% (5)	41,4% (640)	32,6% (504)	2,9% (45)	22,8% (353)	100% (1547)

VARIABLE_14 VARIABLE_1	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
femme	0,0% (0)	30,5% (195)	33,1% (167)	26,7% (12)	22,4% (79)	29,3% (453)
Homme	100% (5)	69,5% (445)	66,9% (337)	73,3% (33)	77,6% (274)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (5)	100% (640)	100% (504)	100% (45)	100% (353)	100% (1547)

Variable 15 : Crainte d'un regard critique sur sa pratique

VARIABLE_15 VARIABLE_1	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
femme	1	142	113	11	186	453
Homme	5	308	226	34	521	1094
TOTAL	6	450	339	45	707	1547

VARIABLE_15 VARIABLE_1	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
femme	0,2% (1)	31,3% (142)	24,9% (113)	2,4% (11)	41,1% (186)	100% (453)
Homme	0,5% (5)	28,2% (308)	20,7% (226)	3,1% (34)	47,6% (521)	100% (1094)
TOTAL	0,4% (6)	29,1% (450)	21,9% (339)	2,9% (45)	45,7% (707)	100% (1547)

VARIABLE_15 VARIABLE_1	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
femme	16,7% (1)	31,6% (142)	33,3% (113)	24,4% (11)	26,3% (186)	29,3% (453)
Homme	83,3% (5)	68,4% (308)	66,7% (226)	75,6% (34)	73,7% (521)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (6)	100% (450)	100% (339)	100% (45)	100% (707)	100% (1547)

Variable 16 : Crainte d'une difficulté à enseigner son art

VARIABLE_16 VARIABLE_1	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
femme	0	143	192	12	106	453
Homme	5	266	629	40	154	1094
TOTAL	5	409	821	52	260	1547

VARIABLE_16 VARIABLE_1	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
femme	0,0% (0)	31,6% (143)	42,4% (192)	2,6% (12)	23,4% (106)	100% (453)
Homme	0,5% (5)	24,3% (266)	57,5% (629)	3,7% (40)	14,1% (154)	100% (1094)
TOTAL	0,3% (5)	26,4% (409)	53,1% (821)	3,4% (52)	16,8% (260)	100% (1547)

VARIABLE_16 VARIABLE_1	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
femme	0,0% (0)	35,0% (143)	23,4% (192)	23,1% (12)	40,8% (106)	29,3% (453)
Homme	100% (5)	65,0% (266)	76,6% (629)	76,9% (40)	59,2% (154)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (5)	100% (409)	100% (821)	100% (52)	100% (260)	100% (1547)

Variable 18 : Crainte des difficultés en relation avec l'intendance (hébergement, restauration, du stagiaire)

VARIABLE_18 VARIABLE_1	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
femme	0	287	72	94	453
Homme	6	719	132	237	1094
TOTAL	6	1006	204	331	1547

VARIABLE_18 VARIABLE_1	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
femme	0,0% (0)	63,4% (287)	15,9% (72)	20,8% (94)	100% (453)
Homme	0,5% (6)	65,7% (719)	12,1% (132)	21,7% (237)	100% (1094)
TOTAL	0,4% (6)	65,0% (1006)	13,2% (204)	21,4% (331)	100% (1547)

VARIABLE_18 VARIABLE_1	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
femme	0,0% (0)	28,5% (287)	35,3% (72)	28,4% (94)	29,3% (453)
Homme	100% (6)	71,5% (719)	64,7% (132)	71,6% (237)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (6)	100% (1006)	100% (204)	100% (331)	100% (1547)

Variable 20 : Souhait d'une information plus complète concernant la maîtrise de stage

VARIABLE_20 VARIABLE_1	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
femme	2	232	18	201	453
Homme	9	595	45	445	1094
TOTAL	11	827	63	646	1547

VARIABLE_20 VARIABLE_1	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
femme	0,4% (2)	51,2% (232)	4,0% (18)	44,4% (201)	100% (453)
Homme	0,8% (9)	54,4% (595)	4,1% (45)	40,7% (445)	100% (1094)
TOTAL	0,7% (11)	53,5% (827)	4,1% (63)	41,8% (646)	100% (1547)

VARIABLE_20 VARIABLE_1	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
femme	18,2% (2)	28,1% (232)	28,6% (18)	31,1% (201)	29,3% (453)
Homme	81,8% (9)	71,9% (595)	71,4% (45)	68,9% (445)	70,7% (1094)
TOTAL	100% (11)	100% (827)	100% (63)	100% (646)	100% (1547)

Variable 2 : Age

Variable 3 : Type d'exercice

VARIABLE_3 VARIABLE_2	Non réponse	MEP	MG	MG_MEP	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	1
41 à 50	5	24	301	58	388
51 à 60	0	36	422	108	566
moins de 40	1	10	187	21	219
plus de 60	4	15	287	67	373
TOTAL	11	85	1197	254	1547

VARIABLE_3 VARIABLE_2	Non réponse	MEP	MG	MG_MEP	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	1,3% (5)	6,2% (24)	77,6% (301)	14,9% (58)	100% (388)
51 à 60	0,0% (0)	6,4% (36)	74,6% (422)	19,1% (108)	100% (566)
moins de 40	0,5% (1)	4,6% (10)	85,4% (187)	9,6% (21)	100% (219)
plus de 60	1,1% (4)	4,0% (15)	76,9% (287)	18,0% (67)	100% (373)
TOTAL	0,7% (11)	5,5% (85)	77,4% (1197)	16,4% (254)	100% (1547)

VARIABLE_3 VARIABLE_2	Non réponse	MEP	MG	MG_MEP	TOTAL
Non réponse	9,1% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	45,5% (5)	28,2% (24)	25,1% (301)	22,8% (58)	25,1% (388)
51 à 60	0,0% (0)	42,4% (36)	35,3% (422)	42,5% (108)	36,6% (566)
moins de 40	9,1% (1)	11,8% (10)	15,6% (187)	8,3% (21)	14,2% (219)
plus de 60	36,4% (4)	17,6% (15)	24,0% (287)	26,4% (67)	24,1% (373)
TOTAL	100% (11)	100% (85)	100% (1197)	100% (254)	100% (1547)

Variable 4 : Mode d'exercice

VARIABLE_4 VARIABLE_2	Non réponse	rural	semir ural	urbain	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	1
41 à 50	1	75	117	195	388
51 à 60	2	132	175	257	566
moins de 40	0	38	100	81	219
plus de 60	1	93	126	153	373
TOTAL	5	338	518	686	1547

VARIABLE_4 VARIABLE_2	Non réponse	rural	semirural	urbain	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	0,3% (1)	19,3% (75)	30,2% (117)	50,3% (195)	100% (388)
51 à 60	0,4% (2)	23,3% (132)	30,9% (175)	45,4% (257)	100% (566)
moins de 40	0,0% (0)	17,4% (38)	45,7% (100)	37,0% (81)	100% (219)
plus de 60	0,3% (1)	24,9% (93)	33,8% (126)	41,0% (153)	100% (373)
TOTAL	0,3% (5)	21,8% (338)	33,5% (518)	44,3% (686)	100% (1547)

VARIABLE_4 VARIABLE_2	Non réponse	rural	semirural	urbain	TOTAL
Non réponse	20,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	20,0% (1)	22,2% (75)	22,6% (117)	28,4% (195)	25,1% (388)
51 à 60	40,0% (2)	39,1% (132)	33,8% (175)	37,5% (257)	36,6% (566)
moins de 40	0,0% (0)	11,2% (38)	19,3% (100)	11,8% (81)	14,2% (219)
plus de 60	20,0% (1)	27,5% (93)	24,3% (126)	22,3% (153)	24,1% (373)
TOTAL	100% (5)	100% (338)	100% (518)	100% (686)	100% (1547)

Variable 6 : Maître de stage ou non

VARIABLE_6 VARIABLE_2	Non réponse	non	oui	TOTAL
Non réponse	1	0	0	1
41 à 50	3	311	74	388
51 à 60	2	454	110	566
moins de 40	1	198	20	219
plus de 60	1	296	76	373
TOTAL	8	1259	280	1547

VARIABLE_6 VARIABLE_2	Non réponse	non	oui	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	0,8% (3)	80,2% (311)	19,1% (74)	100% (388)
51 à 60	0,4% (2)	80,2% (454)	19,4% (110)	100% (566)
moins de 40	0,5% (1)	90,4% (198)	9,1% (20)	100% (219)
plus de 60	0,3% (1)	79,4% (296)	20,4% (76)	100% (373)
TOTAL	0,5% (8)	81,4% (1259)	18,1% (280)	100% (1547)

VARIABLE_6 VARIABLE_2	Non réponse	non	oui	TOTAL
Non réponse	12,5% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	37,5% (3)	24,7% (311)	26,4% (74)	25,1% (388)
51 à 60	25,0% (2)	36,1% (454)	39,3% (110)	36,6% (566)
moins de 40	12,5% (1)	15,7% (198)	7,1% (20)	14,2% (219)
plus de 60	12,5% (1)	23,5% (296)	27,1% (76)	24,1% (373)
TOTAL	100% (8)	100% (1259)	100% (280)	100% (1547)

Variable 13 : Crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne

VARIABLE_13 VARIABLE_2	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	0	1
41 à 50	0	149	160	12	67	388
51 à 60	1	230	247	16	72	566
moins de 40	0	101	78	3	37	219
plus de 60	3	152	144	15	59	373
TOTAL	5	632	629	46	235	1547

VARIABLE_13 VARIABLE_2	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	0,0% (0)	38,4% (149)	41,2% (160)	3,1% (12)	17,3% (67)	100% (388)
51 à 60	0,2% (1)	40,6% (230)	43,6% (247)	2,8% (16)	12,7% (72)	100% (566)
moins de 40	0,0% (0)	46,1% (101)	35,6% (78)	1,4% (3)	16,9% (37)	100% (219)
plus de 60	0,8% (3)	40,8% (152)	38,6% (144)	4,0% (15)	15,8% (59)	100% (373)
TOTAL	0,3% (5)	40,9% (632)	40,7% (629)	3,0% (46)	15,2% (235)	100% (1547)

VARIABLE_13 VARIABLE_2	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	20,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	0,0% (0)	23,6% (149)	25,4% (160)	26,1% (12)	28,5% (67)	25,1% (388)
51 à 60	20,0% (1)	36,4% (230)	39,3% (247)	34,8% (16)	30,6% (72)	36,6% (566)
moins de 40	0,0% (0)	16,0% (101)	12,4% (78)	6,5% (3)	15,7% (37)	14,2% (219)
plus de 60	60,0% (3)	24,1% (152)	22,9% (144)	32,6% (15)	25,1% (59)	24,1% (373)
TOTAL	100% (5)	100% (632)	100% (629)	100% (46)	100% (235)	100% (1547)

Variable 14 : Crainte d'un gène dans la relation au patient

VARIABLE_14 VARIABLE_2	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	0	1
41 à 50	0	176	119	12	81	388
51 à 60	1	230	194	18	123	566
moins de 40	0	98	67	3	51	219
plus de 60	3	136	124	12	98	373
TOTAL	5	640	504	45	353	1547

VARIABLE_14 VARIABLE_2	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	0,0% (0)	45,4% (176)	30,7% (119)	3,1% (12)	20,9% (81)	100% (388)
51 à 60	0,2% (1)	40,6% (230)	34,3% (194)	3,2% (18)	21,7% (123)	100% (566)
moins de 40	0,0% (0)	44,7% (98)	30,6% (67)	1,4% (3)	23,3% (51)	100% (219)
plus de 60	0,8% (3)	36,5% (136)	33,2% (124)	3,2% (12)	26,3% (98)	100% (373)
TOTAL	0,3% (5)	41,4% (640)	32,6% (504)	2,9% (45)	22,8% (353)	100% (1547)

VARIABLE_14 VARIABLE_2	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	20,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	0,0% (0)	27,5% (176)	23,6% (119)	26,7% (12)	22,9% (81)	25,1% (388)
51 à 60	20,0% (1)	35,9% (230)	38,5% (194)	40,0% (18)	34,8% (123)	36,6% (566)
moins de 40	0,0% (0)	15,3% (98)	13,3% (67)	6,7% (3)	14,4% (51)	14,2% (219)
plus de 60	60,0% (3)	21,3% (136)	24,6% (124)	26,7% (12)	27,8% (98)	24,1% (373)
TOTAL	100% (5)	100% (640)	100% (504)	100% (45)	100% (353)	100% (1547)

Variable 15 : Crainte d'un regard critique sur sa pratique

VARIABLE_15 VARIABLE_2	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	0	1
41 à 50	0	119	87	12	170	388
51 à 60	2	166	110	17	271	566
moins de 40	0	66	65	3	85	219
plus de 60	3	99	77	13	181	373
TOTAL	6	450	339	45	707	1547

VARIABLE_15 VARIABLE_2	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	0,0% (0)	30,7% (119)	22,4% (87)	3,1% (12)	43,8% (170)	100% (388)
51 à 60	0,4% (2)	29,3% (166)	19,4% (110)	3,0% (17)	47,9% (271)	100% (566)
moins de 40	0,0% (0)	30,1% (66)	29,7% (65)	1,4% (3)	38,8% (85)	100% (219)
plus de 60	0,8% (3)	26,5% (99)	20,6% (77)	3,5% (13)	48,5% (181)	100% (373)
TOTAL	0,4% (6)	29,1% (450)	21,9% (339)	2,9% (45)	45,7% (707)	100% (1547)

VARIABLE_15 VARIABLE_2	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	16,7% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	0,0% (0)	26,4% (119)	25,7% (87)	26,7% (12)	24,0% (170)	25,1% (388)
51 à 60	33,3% (2)	36,9% (166)	32,4% (110)	37,8% (17)	38,3% (271)	36,6% (566)
moins de 40	0,0% (0)	14,7% (66)	19,2% (65)	6,7% (3)	12,0% (85)	14,2% (219)
plus de 60	50,0% (3)	22,0% (99)	22,7% (77)	28,9% (13)	25,6% (181)	24,1% (373)
TOTAL	100% (6)	100% (450)	100% (339)	100% (45)	100% (707)	100% (1547)

Variable 16 : Crainte d'une difficulté à enseigner son art

VARIABLE_16 VARIABLE_2	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	0	1
41 à 50	0	112	202	12	62	388
51 à 60	1	150	299	24	92	566
moins de 40	0	65	114	4	36	219
plus de 60	3	82	206	12	70	373
TOTAL	5	409	821	52	260	1547

VARIABLE_16 VARIABLE_2	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	0,0% (0)	28,9% (112)	52,1% (202)	3,1% (12)	16,0% (62)	100% (388)
51 à 60	0,2% (1)	26,5% (150)	52,8% (299)	4,2% (24)	16,3% (92)	100% (566)
moins de 40	0,0% (0)	29,7% (65)	52,1% (114)	1,8% (4)	16,4% (36)	100% (219)
plus de 60	0,8% (3)	22,0% (82)	55,2% (206)	3,2% (12)	18,8% (70)	100% (373)
TOTAL	0,3% (5)	26,4% (409)	53,1% (821)	3,4% (52)	16,8% (260)	100% (1547)

VARIABLE_16 VARIABLE_2	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	20,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	0,0% (0)	27,4% (112)	24,6% (202)	23,1% (12)	23,8% (62)	25,1% (388)
51 à 60	20,0% (1)	36,7% (150)	36,4% (299)	46,2% (24)	35,4% (92)	36,6% (566)
moins de 40	0,0% (0)	15,9% (65)	13,9% (114)	7,7% (4)	13,8% (36)	14,2% (219)
plus de 60	60,0% (3)	20,0% (82)	25,1% (206)	23,1% (12)	26,9% (70)	24,1% (373)
TOTAL	100% (5)	100% (409)	100% (821)	100% (52)	100% (260)	100% (1547)

Variable 18 : Crainte des difficultés en relation avec l'intendance (hébergement, restauration, du stagiaire)

VARIABLE_18 VARIABLE_2	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	1
41 à 50	0	254	59	75	388
51 à 60	1	351	70	144	566
moins de 40	0	170	19	30	219
plus de 60	4	231	56	82	373
TOTAL	6	1006	204	331	1547

VARIABLE_18 VARIABLE_2	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	0,0% (0)	65,5% (254)	15,2% (59)	19,3% (75)	100% (388)
51 à 60	0,2% (1)	62,0% (351)	12,4% (70)	25,4% (144)	100% (566)
moins de 40	0,0% (0)	77,6% (170)	8,7% (19)	13,7% (30)	100% (219)
plus de 60	1,1% (4)	61,9% (231)	15,0% (56)	22,0% (82)	100% (373)
TOTAL	0,4% (6)	65,0% (1006)	13,2% (204)	21,4% (331)	100% (1547)

VARIABLE_18 VARIABLE_2	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	16,7% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	0,0% (0)	25,2% (254)	28,9% (59)	22,7% (75)	25,1% (388)
51 à 60	16,7% (1)	34,9% (351)	34,3% (70)	43,5% (144)	36,6% (566)
moins de 40	0,0% (0)	16,9% (170)	9,3% (19)	9,1% (30)	14,2% (219)
plus de 60	66,7% (4)	23,0% (231)	27,5% (56)	24,8% (82)	24,1% (373)
TOTAL	100% (6)	100% (1006)	100% (204)	100% (331)	100% (1547)

Variable 20 : Souhait d'une information plus complète concernant la maîtrise de stage

VARIABLE_20 VARIABLE_2	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	1
41 à 50	1	182	19	186	388
51 à 60	4	297	21	244	566
moins de 40	2	123	1	93	219
plus de 60	3	225	22	123	373
TOTAL	11	827	63	646	1547

VARIABLE_20 VARIABLE_2	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	0,3% (1)	46,9% (182)	4,9% (19)	47,9% (186)	100% (388)
51 à 60	0,7% (4)	52,5% (297)	3,7% (21)	43,1% (244)	100% (566)
moins de 40	0,9% (2)	56,2% (123)	0,5% (1)	42,5% (93)	100% (219)
plus de 60	0,8% (3)	60,3% (225)	5,9% (22)	33,0% (123)	100% (373)
TOTAL	0,7% (11)	53,5% (827)	4,1% (63)	41,8% (646)	100% (1547)

VARIABLE_20 VARIABLE_2	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	9,1% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	9,1% (1)	22,0% (182)	30,2% (19)	28,8% (186)	25,1% (388)
51 à 60	36,4% (4)	35,9% (297)	33,3% (21)	37,8% (244)	36,6% (566)
moins de 40	18,2% (2)	14,9% (123)	1,6% (1)	14,4% (93)	14,2% (219)
plus de 60	27,3% (3)	27,2% (225)	34,9% (22)	19,0% (123)	24,1% (373)
TOTAL	100% (11)	100% (827)	100% (63)	100% (646)	100% (1547)

Variable 11 : Pensez vous que le principe du stage chez le praticien soit de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral ?

VARIABLE_11 VARIABLE_2	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	1	0	0	0	1
41 à 50	1	57	17	313	388
51 à 60	1	90	26	449	566
moins de 40	1	12	4	202	219
plus de 60	2	52	15	304	373
TOTAL	6	211	62	1268	1547

VARIABLE_11 VARIABLE_2	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	100% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (1)
41 à 50	0,3% (1)	14,7% (57)	4,4% (17)	80,7% (313)	100% (388)
51 à 60	0,2% (1)	15,9% (90)	4,6% (26)	79,3% (449)	100% (566)
moins de 40	0,5% (1)	5,5% (12)	1,8% (4)	92,2% (202)	100% (219)
plus de 60	0,5% (2)	13,9% (52)	4,0% (15)	81,5% (304)	100% (373)
TOTAL	0,4% (6)	13,6% (211)	4,0% (62)	82,0% (1268)	100% (1547)

VARIABLE_11 VARIABLE_2	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	16,7% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,1% (1)
41 à 50	16,7% (1)	27,0% (57)	27,4% (17)	24,7% (313)	25,1% (388)
51 à 60	16,7% (1)	42,7% (90)	41,9% (26)	35,4% (449)	36,6% (566)
moins de 40	16,7% (1)	5,7% (12)	6,5% (4)	15,9% (202)	14,2% (219)
plus de 60	33,3% (2)	24,6% (52)	24,2% (15)	24,0% (304)	24,1% (373)
TOTAL	100% (6)	100% (211)	100% (62)	100% (1268)	100% (1547)

Variable 3 : Type d'exercice :

Variable 4 : Mode d'exercice

VARIABLE_4 VARIABLE_3	Non réponse	rural	semirural	urbain	TOTAL
Non réponse	1	4	2	4	11
MEP	0	5	16	64	85
MG	2	291	416	488	1197
MG_MEP	2	38	84	130	254
TOTAL	5	338	518	686	1547

VARIABLE_4 VARIABLE_3	Non réponse	rural	semirural	urbain	TOTAL
Non réponse	9,1% (1)	36,4% (4)	18,2% (2)	36,4% (4)	100% (11)
MEP	0,0% (0)	5,9% (5)	18,8% (16)	75,3% (64)	100% (85)
MG	0,2% (2)	24,3% (291)	34,8% (416)	40,8% (488)	100% (1197)
MG_MEP	0,8% (2)	15,0% (38)	33,1% (84)	51,2% (130)	100% (254)
TOTAL	0,3% (5)	21,8% (338)	33,5% (518)	44,3% (686)	100% (1547)

VARIABLE_4 VARIABLE_3	Non réponse	rural	semirural	urbain	TOTAL
Non réponse	20,0% (1)	1,2% (4)	0,4% (2)	0,6% (4)	0,7% (11)
MEP	0,0% (0)	1,5% (5)	3,1% (16)	9,3% (64)	5,5% (85)
MG	40,0% (2)	86,1% (291)	80,3% (416)	71,1% (488)	77,4% (1197)
MG_MEP	40,0% (2)	11,2% (38)	16,2% (84)	19,0% (130)	16,4% (254)
TOTAL	100% (5)	100% (338)	100% (518)	100% (686)	100% (1547)

Variable 6 : Maître de stage ou non

VARIABLE_6 VARIABLE_3	Non réponse	non	oui	TOTAL
Non réponse	1	8	2	11
MEP	0	83	2	85
MG	7	961	229	1197
MG_MEP	0	207	47	254
TOTAL	8	1259	280	1547

VARIABLE_6 VARIABLE_3	Non réponse	non	oui	TOTAL
Non réponse	9,1% (1)	72,7% (8)	18,2% (2)	100% (11)
MEP	0,0% (0)	97,6% (83)	2,4% (2)	100% (85)
MG	0,6% (7)	80,3% (961)	19,1% (229)	100% (1197)
MG_MEP	0,0% (0)	81,5% (207)	18,5% (47)	100% (254)
TOTAL	0,5% (8)	81,4% (1259)	18,1% (280)	100% (1547)

VARIABLE_6 VARIABLE_3	Non réponse	non	oui	TOTAL
Non réponse	12,5% (1)	0,6% (8)	0,7% (2)	0,7% (11)
MEP	0,0% (0)	6,6% (83)	0,7% (2)	5,5% (85)
MG	87,5% (7)	76,3% (961)	81,8% (229)	77,4% (1197)
MG_MEP	0,0% (0)	16,4% (207)	16,8% (47)	16,4% (254)
TOTAL	100% (8)	100% (1259)	100% (280)	100% (1547)

Variable 4 : Mode d'exercice :

Variable 6 : Maître de stage ou non

VARIABLE_6 VARIABLE_4	Non réponse	non	oui	TOTAL
Non réponse	2	3	0	5
rural	0	273	65	338
semirural	5	427	86	518
urbain	1	556	129	686
TOTAL	8	1259	280	1547

VARIABLE_6 VARIABLE_4	Non réponse	non	oui	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	60,0% (3)	0,0% (0)	100% (5)
rural	0,0% (0)	80,8% (273)	19,2% (65)	100% (338)
semirural	1,0% (5)	82,4% (427)	16,6% (86)	100% (518)
urbain	0,1% (1)	81,0% (556)	18,8% (129)	100% (686)
TOTAL	0,5% (8)	81,4% (1259)	18,1% (280)	100% (1547)

VARIABLE_6 VARIABLE_4	Non réponse	non	oui	TOTAL
Non réponse	25,0% (2)	0,2% (3)	0,0% (0)	0,3% (5)
rural	0,0% (0)	21,7% (273)	23,2% (65)	21,8% (338)
semirural	62,5% (5)	33,9% (427)	30,7% (86)	33,5% (518)
urbain	12,5% (1)	44,2% (556)	46,1% (129)	44,3% (686)
TOTAL	100% (8)	100% (1259)	100% (280)	100% (1547)

Variable 13 : Crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne

VARIABLE_13 VARIABLE_4	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	2	1	1	1	0	5
rural	1	135	136	11	55	338
semirural	1	219	223	12	63	518
urbain	1	277	269	22	117	686
TOTAL	5	632	629	46	235	1547

VARIABLE_13 VARIABLE_4	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	20,0% (1)	20,0% (1)	20,0% (1)	0,0% (0)	100% (5)
rural	0,3% (1)	39,9% (135)	40,2% (136)	3,3% (11)	16,3% (55)	100% (338)
semirural	0,2% (1)	42,3% (219)	43,1% (223)	2,3% (12)	12,2% (63)	100% (518)
urbain	0,1% (1)	40,4% (277)	39,2% (269)	3,2% (22)	17,1% (117)	100% (686)
TOTAL	0,3% (5)	40,9% (632)	40,7% (629)	3,0% (46)	15,2% (235)	100% (1547)

VARIABLE_13 VARIABLE_4	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	0,2% (1)	0,2% (1)	2,2% (1)	0,0% (0)	0,3% (5)
rural	20,0% (1)	21,4% (135)	21,6% (136)	23,9% (11)	23,4% (55)	21,8% (338)
semirural	20,0% (1)	34,7% (219)	35,5% (223)	26,1% (12)	26,8% (63)	33,5% (518)
urbain	20,0% (1)	43,8% (277)	42,8% (269)	47,8% (22)	49,8% (117)	44,3% (686)
TOTAL	100% (5)	100% (632)	100% (629)	100% (46)	100% (235)	100% (1547)

Variable 14 : Crainte d'un gène dans la relation au patient

VARIABLE_14 VARIABLE_4	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	2	0	1	1	1	5
rural	1	149	96	10	82	338
semirural	1	210	172	12	123	518
urbain	1	281	235	22	147	686
TOTAL	5	640	504	45	353	1547

VARIABLE_14 VARIABLE_4	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	0,0% (0)	20,0% (1)	20,0% (1)	20,0% (1)	100% (5)
rural	0,3% (1)	44,1% (149)	28,4% (96)	3,0% (10)	24,3% (82)	100% (338)
semirural	0,2% (1)	40,5% (210)	33,2% (172)	2,3% (12)	23,7% (123)	100% (518)
urbain	0,1% (1)	41,0% (281)	34,3% (235)	3,2% (22)	21,4% (147)	100% (686)
TOTAL	0,3% (5)	41,4% (640)	32,6% (504)	2,9% (45)	22,8% (353)	100% (1547)

VARIABLE_14 VARIABLE_4	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	0,0% (0)	0,2% (1)	2,2% (1)	0,3% (1)	0,3% (5)
rural	20,0% (1)	23,3% (149)	19,0% (96)	22,2% (10)	23,2% (82)	21,8% (338)
semirural	20,0% (1)	32,8% (210)	34,1% (172)	26,7% (12)	34,8% (123)	33,5% (518)
urbain	20,0% (1)	43,9% (281)	46,6% (235)	48,9% (22)	41,6% (147)	44,3% (686)
TOTAL	100% (5)	100% (640)	100% (504)	100% (45)	100% (353)	100% (1547)

Variable 15 : Crainte d'un regard critique sur sa pratique

VARIABLE_15 VARIABLE_4	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	2	0	0	1	2	5
rural	1	99	89	11	138	338
semirural	1	156	114	12	235	518
urbain	2	195	136	21	332	686
TOTAL	6	450	339	45	707	1547

VARIABLE_15 VARIABLE_4	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	20,0% (1)	40,0% (2)	100% (5)
rural	0,3% (1)	29,3% (99)	26,3% (89)	3,3% (11)	40,8% (138)	100% (338)
semirural	0,2% (1)	30,1% (156)	22,0% (114)	2,3% (12)	45,4% (235)	100% (518)
urbain	0,3% (2)	28,4% (195)	19,8% (136)	3,1% (21)	48,4% (332)	100% (686)
TOTAL	0,4% (6)	29,1% (450)	21,9% (339)	2,9% (45)	45,7% (707)	100% (1547)

VARIABLE_15 VARIABLE_4	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	33,3% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	2,2% (1)	0,3% (2)	0,3% (5)
rural	16,7% (1)	22,0% (99)	26,3% (89)	24,4% (11)	19,5% (138)	21,8% (338)
semirural	16,7% (1)	34,7% (156)	33,6% (114)	26,7% (12)	33,2% (235)	33,5% (518)
urbain	33,3% (2)	43,3% (195)	40,1% (136)	46,7% (21)	47,0% (332)	44,3% (686)
TOTAL	100% (6)	100% (450)	100% (339)	100% (45)	100% (707)	100% (1547)

Variable 16 : Crainte d'une difficulté à enseigner son art

VARIABLE_16 VARIABLE_4	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	2	1	1	1	0	5
rural	1	86	165	14	72	338
semirural	1	144	279	14	80	518
urbain	1	178	376	23	108	686
TOTAL	5	409	821	52	260	1547

VARIABLE_16 VARIABLE_4	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	20,0% (1)	20,0% (1)	20,0% (1)	0,0% (0)	100% (5)
rural	0,3% (1)	25,4% (86)	48,8% (165)	4,1% (14)	21,3% (72)	100% (338)
semirural	0,2% (1)	27,8% (144)	53,9% (279)	2,7% (14)	15,4% (80)	100% (518)
urbain	0,1% (1)	25,9% (178)	54,8% (376)	3,4% (23)	15,7% (108)	100% (686)
TOTAL	0,3% (5)	26,4% (409)	53,1% (821)	3,4% (52)	16,8% (260)	100% (1547)

VARIABLE_16 VARIABLE_4	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	0,2% (1)	0,1% (1)	1,9% (1)	0,0% (0)	0,3% (5)
rural	20,0% (1)	21,0% (86)	20,1% (165)	26,9% (14)	27,7% (72)	21,8% (338)
semirural	20,0% (1)	35,2% (144)	34,0% (279)	26,9% (14)	30,8% (80)	33,5% (518)
urbain	20,0% (1)	43,5% (178)	45,8% (376)	44,2% (23)	41,5% (108)	44,3% (686)
TOTAL	100% (5)	100% (409)	100% (821)	100% (52)	100% (260)	100% (1547)

Variable 18 : Crainte des difficultés en relation avec l'intendance (hébergement, restauration du stagiaire)

VARIABLE_18 VARIABLE_4	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	2	1	2	0	5
rural	2	176	46	114	338
semirural	1	335	65	117	518
urbain	1	494	91	100	686
TOTAL	6	1006	204	331	1547

VARIABLE_18 VARIABLE_4	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	20,0% (1)	40,0% (2)	0,0% (0)	100% (5)
rural	0,6% (2)	52,1% (176)	13,6% (46)	33,7% (114)	100% (338)
semirural	0,2% (1)	64,7% (335)	12,5% (65)	22,6% (117)	100% (518)
urbain	0,1% (1)	72,0% (494)	13,3% (91)	14,6% (100)	100% (686)
TOTAL	0,4% (6)	65,0% (1006)	13,2% (204)	21,4% (331)	100% (1547)

VARIABLE_18 VARIABLE_4	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	33,3% (2)	0,1% (1)	1,0% (2)	0,0% (0)	0,3% (5)
rural	33,3% (2)	17,5% (176)	22,5% (46)	34,4% (114)	21,8% (338)
semirural	16,7% (1)	33,3% (335)	31,9% (65)	35,3% (117)	33,5% (518)
urbain	16,7% (1)	49,1% (494)	44,6% (91)	30,2% (100)	44,3% (686)
TOTAL	100% (6)	100% (1006)	100% (204)	100% (331)	100% (1547)

Variable 20 : Souhait d'une information plus complète concernant la maîtrise de stage

VARIABLE_20 VARIABLE_4	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	2	1	0	2	5
rural	3	169	18	148	338
semirural	3	273	14	228	518
urbain	3	384	31	268	686
TOTAL	11	827	63	646	1547

VARIABLE_20 VARIABLE_4	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	40,0% (2)	20,0% (1)	0,0% (0)	40,0% (2)	100% (5)
rural	0,9% (3)	50,0% (169)	5,3% (18)	43,8% (148)	100% (338)
semirural	0,6% (3)	52,7% (273)	2,7% (14)	44,0% (228)	100% (518)
urbain	0,4% (3)	56,0% (384)	4,5% (31)	39,1% (268)	100% (686)
TOTAL	0,7% (11)	53,5% (827)	4,1% (63)	41,8% (646)	100% (1547)

VARIABLE_20 VARIABLE_4	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	18,2% (2)	0,1% (1)	0,0% (0)	0,3% (2)	0,3% (5)
rural	27,3% (3)	20,4% (169)	28,6% (18)	22,9% (148)	21,8% (338)
semirural	27,3% (3)	33,0% (273)	22,2% (14)	35,3% (228)	33,5% (518)
urbain	27,3% (3)	46,4% (384)	49,2% (31)	41,5% (268)	44,3% (686)
TOTAL	100% (11)	100% (827)	100% (63)	100% (646)	100% (1547)

Variable 6 : Maîtres de stage ou non :

Variable 9 : Connaissez vous ou connaissiez vous un confrère maître de stage ?

VARIABLE_9 VARIABLE_6	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	3	1	0	4	8
non	1	349	24	885	1259
oui	1	11	12	256	280
TOTAL	5	361	36	1145	1547

VARIABLE_9 VARIABLE_6	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	37,5% (3)	12,5% (1)	0,0% (0)	50,0% (4)	100% (8)
non	0,1% (1)	27,7% (349)	1,9% (24)	70,3% (885)	100% (1259)
oui	0,4% (1)	3,9% (11)	4,3% (12)	91,4% (256)	100% (280)
TOTAL	0,3% (5)	23,3% (361)	2,3% (36)	74,0% (1145)	100% (1547)

VARIABLE_9 VARIABLE_6	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	60,0% (3)	0,3% (1)	0,0% (0)	0,3% (4)	0,5% (8)
non	20,0% (1)	96,7% (349)	66,7% (24)	77,3% (885)	81,4% (1259)
oui	20,0% (1)	3,0% (11)	33,3% (12)	22,4% (256)	18,1% (280)
TOTAL	100% (5)	100% (361)	100% (36)	100% (1145)	100% (1547)

Variable 11 : Pensez vous que le principe du stage chez le praticien soit de nature à encourager les futurs médecins à l'exercice libéral ?

VARIABLE_11 VARIABLE_6	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	3	2	0	3	8
non	3	192	45	1019	1259
oui	0	17	17	246	280
TOTAL	6	211	62	1268	1547

VARIABLE_11 VARIABLE_6	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	37,5% (3)	25,0% (2)	0,0% (0)	37,5% (3)	100% (8)
non	0,2% (3)	15,3% (192)	3,6% (45)	80,9% (1019)	100% (1259)
oui	0,0% (0)	6,1% (17)	6,1% (17)	87,9% (246)	100% (280)
TOTAL	0,4% (6)	13,6% (211)	4,0% (62)	82,0% (1268)	100% (1547)

VARIABLE_11 VARIABLE_6	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	50,0% (3)	0,9% (2)	0,0% (0)	0,2% (3)	0,5% (8)
non	50,0% (3)	91,0% (192)	72,6% (45)	80,4% (1019)	81,4% (1259)
oui	0,0% (0)	8,1% (17)	27,4% (17)	19,4% (246)	18,1% (280)
TOTAL	100% (6)	100% (211)	100% (62)	100% (1268)	100% (1547)

Variable 13 : Crainte d'une perte de temps dans sa pratique quotidienne

VARIABLE_13 VARIABLE_6	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	3	2	2	0	1	8
non	2	500	556	25	176	1259
oui	0	130	71	21	58	280
TOTAL	5	632	629	46	235	1547

VARIABLE_13 VARIABLE_6	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	37,5% (3)	25,0% (2)	25,0% (2)	0,0% (0)	12,5% (1)	100% (8)
non	0,2% (2)	39,7% (500)	44,2% (556)	2,0% (25)	14,0% (176)	100% (1259)
oui	0,0% (0)	46,4% (130)	25,4% (71)	7,5% (21)	20,7% (58)	100% (280)
TOTAL	0,3% (5)	40,9% (632)	40,7% (629)	3,0% (46)	15,2% (235)	100% (1547)

VARIABLE_13 VARIABLE_6	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	60,0% (3)	0,3% (2)	0,3% (2)	0,0% (0)	0,4% (1)	0,5% (8)
non	40,0% (2)	79,1% (500)	88,4% (556)	54,3% (25)	74,9% (176)	81,4% (1259)
oui	0,0% (0)	20,6% (130)	11,3% (71)	45,7% (21)	24,7% (58)	18,1% (280)
TOTAL	100% (5)	100% (632)	100% (629)	100% (46)	100% (235)	100% (1547)

Variable 14 : Crainte d'un gène dans la relation au patient

VARIABLE_14 VARIABLE_6	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	3	1	2	0	2	8
non	2	521	470	24	242	1259
oui	0	118	32	21	109	280
TOTAL	5	640	504	45	353	1547

VARIABLE_14 VARIABLE_6	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	37,5% (3)	12,5% (1)	25,0% (2)	0,0% (0)	25,0% (2)	100% (8)
non	0,2% (2)	41,4% (521)	37,3% (470)	1,9% (24)	19,2% (242)	100% (1259)
oui	0,0% (0)	42,1% (118)	11,4% (32)	7,5% (21)	38,9% (109)	100% (280)
TOTAL	0,3% (5)	41,4% (640)	32,6% (504)	2,9% (45)	22,8% (353)	100% (1547)

VARIABLE_14 VARIABLE_6	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	60,0% (3)	0,2% (1)	0,4% (2)	0,0% (0)	0,6% (2)	0,5% (8)
non	40,0% (2)	81,4% (521)	93,3% (470)	53,3% (24)	68,6% (242)	81,4% (1259)
oui	0,0% (0)	18,4% (118)	6,3% (32)	46,7% (21)	30,9% (109)	18,1% (280)
TOTAL	100% (5)	100% (640)	100% (504)	100% (45)	100% (353)	100% (1547)

Variable 15 : Crainte d'un regard critique sur sa pratique

VARIABLE_15 VARIABLE_6	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	3	1	2	0	2	8
non	3	396	250	23	587	1259
oui	0	53	87	22	118	280
TOTAL	6	450	339	45	707	1547

VARIABLE_15 VARIABLE_6	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	37,5% (3)	12,5% (1)	25,0% (2)	0,0% (0)	25,0% (2)	100% (8)
non	0,2% (3)	31,5% (396)	19,9% (250)	1,8% (23)	46,6% (587)	100% (1259)
oui	0,0% (0)	18,9% (53)	31,1% (87)	7,9% (22)	42,1% (118)	100% (280)
TOTAL	0,4% (6)	29,1% (450)	21,9% (339)	2,9% (45)	45,7% (707)	100% (1547)

VARIABLE_15 VARIABLE_6	Non réponse	modere	oui	nsp	non	TOTAL
Non réponse	50,0% (3)	0,2% (1)	0,6% (2)	0,0% (0)	0,3% (2)	0,5% (8)
non	50,0% (3)	88,0% (396)	73,7% (250)	51,1% (23)	83,0% (587)	81,4% (1259)
oui	0,0% (0)	11,8% (53)	25,7% (87)	48,9% (22)	16,7% (118)	18,1% (280)
TOTAL	100% (6)	100% (450)	100% (339)	100% (45)	100% (707)	100% (1547)

Variable 16 : Crainte d'une difficulté à enseigner son art

VARIABLE_16 VARIABLE_6	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	3	1	2	0	2	8
non	2	353	636	28	240	1259
oui	0	55	183	24	18	280
TOTAL	5	409	821	52	260	1547

VARIABLE_16 VARIABLE_6	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	37,5% (3)	12,5% (1)	25,0% (2)	0,0% (0)	25,0% (2)	100% (8)
non	0,2% (2)	28,0% (353)	50,5% (636)	2,2% (28)	19,1% (240)	100% (1259)
oui	0,0% (0)	19,6% (55)	65,4% (183)	8,6% (24)	6,4% (18)	100% (280)
TOTAL	0,3% (5)	26,4% (409)	53,1% (821)	3,4% (52)	16,8% (260)	100% (1547)

VARIABLE_16 VARIABLE_6	Non réponse	modere	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	60,0% (3)	0,2% (1)	0,2% (2)	0,0% (0)	0,8% (2)	0,5% (8)
non	40,0% (2)	86,3% (353)	77,5% (636)	53,8% (28)	92,3% (240)	81,4% (1259)
oui	0,0% (0)	13,4% (55)	22,3% (183)	46,2% (24)	6,9% (18)	18,1% (280)
TOTAL	100% (5)	100% (409)	100% (821)	100% (52)	100% (260)	100% (1547)

Variable 18 : Crainte des difficultés en relation avec l'intendance (hébergement, restauration, du stagiaire)

VARIABLE_18 VARIABLE_6	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
Non réponse	3	3	0	2	8
non	3	768	196	292	1259
oui	0	235	8	37	280
TOTAL	6	1006	204	331	1547

VARIABLE_18	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
VARIABLE_6					
Non réponse	37,5% (3)	37,5% (3)	0,0% (0)	25,0% (2)	100% (8)
non	0,2% (3)	61,0% (768)	15,6% (196)	23,2% (292)	100% (1259)
oui	0,0% (0)	83,9% (235)	2,9% (8)	13,2% (37)	100% (280)
TOTAL	0,4% (6)	65,0% (1006)	13,2% (204)	21,4% (331)	100% (1547)

VARIABLE_18	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
VARIABLE_6					
Non réponse	50,0% (3)	0,3% (3)	0,0% (0)	0,6% (2)	0,5% (8)
non	50,0% (3)	76,3% (768)	96,1% (196)	88,2% (292)	81,4% (1259)
oui	0,0% (0)	23,4% (235)	3,9% (8)	11,2% (37)	18,1% (280)
TOTAL	100% (6)	100% (1006)	100% (204)	100% (331)	100% (1547)

Variable 20 : Souhait d'une information plus complète concernant la maîtrise de stage ?

VARIABLE_20	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
VARIABLE_6					
Non réponse	3	0	0	5	8
non	4	638	38	579	1259
oui	4	189	25	62	280
TOTAL	11	827	63	646	1547

VARIABLE_20	Non réponse	non	nsp	oui	TOTAL
VARIABLE_6					
Non réponse	37,5% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	62,5% (5)	100% (8)
non	0,3% (4)	50,7% (638)	3,0% (38)	46,0% (579)	100% (1259)
oui	1,4% (4)	67,5% (189)	8,9% (25)	22,1% (62)	100% (280)
TOTAL	0,7% (11)	53,5% (827)	4,1% (63)	41,8% (646)	100% (1547)

IX/ Bibliographie

- (1) Gaillaume P, Hoerni.B. De mémoire de médecine. 1803 : Le consulat organise la médecine. La revue du praticien. 2003 ; 53. www.larevuedupraticien.fr, consulté le 1^{er} novembre 2011.
- (2) Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale. Dates clés de la filière universitaire de médecine générale. www.snemg.fr, consulté le 1^{er} novembre 2011.
- (3) Auquier L, ancien président de l'université René Descartes (Paris 5) et membre de l'académie nationale de médecine. Histoire de l'internat. La revue du praticien, 15 juin 2002 ; n°52. www.remede.org, consulté le 1^{er} novembre 2011.
- (4) Fédération hospitalière de France. Histoire de l'internat. www.fhf.fr, consulté le 1^{er} novembre 2011.
- (5) Conseil national de l'ordre des médecins. Devenir médecin : les études de médecine. www.conseil-national.medecin.fr, consulté le 1^{er} novembre 2011.
- (6) Fédération de l'Hospitalisation Privée. Les études de médecine en France, Allemagne et Italie. www.fhp.fr, consulté le 1^{er} novembre 2011.
- (7) Aucouturier J.L, Comité national d'évaluation. Le 3^{ème} cycle de médecine générale dans les universités françaises. Rapport d'évaluation, septembre 1998. www.cne.mesr.fr, consulté le 1^{er} novembre 2011.
- (8) Faculté de médecine Paris 7 : Diderot. Principaux textes législatifs concernant les DES de médecine générale. www.desmgidf.fr, consulté le 20 novembre 2011.
 - Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales
 - Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales modifiant l'Arrêté du 29 avril 1988.
 - Décret n° 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés
 - Circulaire n° 97-620 du 24 septembre 1997 relative au stage pratique des résidents auprès des médecins généralistes agréés
 - Circulaire DGS/DES/ 2004 / n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé
- (9) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Instruction n° DGOS/RH1/2011/141 du 13 avril 2011 relative à la réforme de l'organisation du 3^{ème} cycle des études de médecine. www.sante.gouv.fr, consulté le 20 novembre 2011.

Décret du 16 janvier 2004 modifié relatif à l'organisation du 3^e cycle des études médicales ;
- Arrêté du 8 juillet 2010 modifiant l'arrêté du 4 octobre 2006 définissant les modalités d'organisation de l'année-recherche durant le troisième cycle des études de médecine, d'odontologie et de pharmacie ;
- Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine ;
- Arrêté du 4 février 2011 relatif à la commission de subdivision et à la commission d'évaluation des besoins de formation du 3^e cycle des études de médecine ;
- Arrêté du 4 février 2011 relatif à l'agrément, à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en 3^e cycle des études médicales.

- Circulaire DGS/SD 2 C n° 2004-446 du 20 septembre 2004 relative aux choix des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales pour l'année universitaire 2004- 2005

(10) Senat. Proposition de loi n°114/session ordinaire de 2007-2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale (J.O. 6 décembre 2007). www.senat.fr, consulté le 20 novembre 2011.

(11) Behar S. Influence du stage chez le praticien sur les internes en médecine générale de la faculté de Rennes en 2006. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rennes 1 ; 2007, 170p. www.sudoc.fr, consulté le 13 janvier 2012.

(12) Mercat F.X. Le stage des étudiants de médecine chez le praticien. Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des assises du conseil national de l'ordre des médecins, 5 juin 1999. www.conseil-national.medecine.fr, consulté le 20 novembre 2011.

(13) Portier Lecarpentier M. Quel est le vécu des maîtres de stage accueillant un interne en SASPAS. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris 7 Diderot ; 2010, 98p. www.sudoc.fr, consulté le 13 janvier 2011.

(14) Décret n°97-495 du 16 mai 1997 relative au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés (JORF 8 août 2004). www.legifrance.gouv.fr, consulté le 20 novembre 2011.

(15) Académie nationale de médecine. La situation de la médecine générale en France : réflexions et propositions de l'académie nationale de médecine. Rapport adopté le 10 mai 2011. Bulletin académie nationale de médecine ; 2011, 195, n°4 et 5, 1133-1142. www.academie-medecine.fr, consulté le 20 novembre 2011.

(16) Lieurade M. Collège national des généralistes enseignants. Demande de moyen de poursuivre le recrutement et la formation des maîtres de stage universitaires. Communiqué de presse ; 1^{er} décembre 2011, Vincennes. www.cnge.fr, consulté le 3 décembre 2011.

(17) ISNAR.IMG-ANEMF. Etudiant cherchent maîtres de stage. Communiqué de presse, Lyon ; 30 mars 2010. www.anemf.org, consulté le 3 décembre 2011.

(18) Syndicat National des Enseignants de Médecine générale. La discipline médecine générale et sa filière universitaire sont les solutions efficaces pour relever défi démographique et répondre durablement aux problématiques d'accès aux soins. www.snemg.fr, consulté le 3 décembre 2011.

(19) Syndicat des internes de médecine générale. Qu'est-ce que la maîtrise de stage. www.mig29.f, consulté le 20 novembre 2011.

- (20) Faculté de médecine Paris 7 Denis Diderot. Devenir maître de stage des universités. www.univ-paris-diderot.fr, consulté le 20 novembre 2011.
- (21) Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Instruction DGOD/RH1 n°20116101 du 17 Mars 2011 relative à l'augmentation du nombre de maîtres de stage en médecine générale. www.sante.gouv.fr, consulté le 20 novembre 2011.
- (22) Arrêté du 4 octobre 2011 modifiant diverses propositions relatives aux praticiens agréés : maîtres de stage des universités durant les études de médecins (JORF n°0240, texte n°28. 15 octobre 2011), www.legifrance.gouv.fr, consulté le 20 novembre 2011.
- (23) Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux. Projet de développement d'un partenariat entre médecins généralistes et internes en médecine générale. www.urps-med-ra.fr, consulté le 20 novembre 2011.
- (24) Conseil régional de l'ordre des médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Aquitaine : Situation du 1^{er} juin 2011. www.conseil-national.medecin.fr, consulté le 4 mars 2012.
- (25) Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1^{er} janvier 2012. www.conseil-national.medecin.fr, consulté le 4 mars 2012.
- (26) Dr Legmann M, président du conseil national de l'ordre des médecins, Dr Romestaing, président de la section santé publique et démographie médicale du CNOM. La démographie médicale en France. Conférence de presse, 18 octobre 2012. www.conseil-national.medecin.fr, consulté le 18 février 2013.
- (27) DRASS Aquitaine. Les professions de santé en Aquitaine, Etat des lieux et éléments de projections locales. Les dossiers de la DRASS Aquitaine n°61, décembre 2009. www.ars.aquitaine.sante.fr, consulté le 4 mars 2012.
- (28) Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux. Rencontre régionales jeunes médecins d'Aquitaine, Démographie médicale régionale. Séminaire d'aide à l'installation, 17 septembre 2011, par Delabont J L. www.urpsmla.org, consulté le 4 mars 2012.
- (29) Département de médecine générale de Bordeaux 2. Liste maîtres de stage. www.dmg.u-bordeaux2.fr, consulté le 18 mai 2013.
- (30) Hornstein J. Représentation de l'activité en soins primaires ambulatoires chez les internes de médecine générale Picards : influence du stage chez le praticien. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Amiens ; 2010, 64p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (31) Bourré M.C. Influence des stages chez le praticien dans l'installation des jeunes médecins généralistes en zone rurale. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rennes 1 ; 2013, 85p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.

- (31) Galvani A. Influence du stage chez le praticien sur les déterminants de l'installation des internes de médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Université de Nice ; 2011, 184p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (32) Brunet L. Impact au niveau médical et non médical du stage chez le praticien sur les résidents, enquête auprès de 65 résidents de la faculté de Bordeaux 2. Thèse de doctorat en médecine. Université Bordeaux 2 ; 2005, 117p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (33) Bechar S. Influence du stage chez le praticien sur les internes de médecine générale de la faculté de Rennes en 2006. Thèse de doctorat en médecine. Université Rennes 1 ; 2007, 170p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (34) Lambert A. Influence du stage chez le praticien en milieu rural sur la vision du médecin de campagne des internes de médecine générale sur leurs projets professionnels. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Anger ; 2011, 79p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (35) Lopez Cardozo Godard D. Le stage chez le praticien modifie-t-il les représentations des internes sur la pratique de médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Université d'Anger ; 2012, 99p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (36) Suel P. Intérêt du stage auprès du praticien de médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rouen ; 1986. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (37) Giabrini N. Comment la présence du stagiaire est-elle perçue par le patient lors d'une consultation de médecine générale au cours du stage chez le praticien. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris 6 ; 2002, 107p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (38) Hoang D. Evolution des sentiments des patients envers le stagiaire 3 ans après le début du stage de 6 mois chez le praticien. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris 7 ; 2002, 53p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (39) Micaelli B. Optimiser la prise en charge de l'interne dans le cadre du stage chez le praticien : enquête sur la perception de l'interne par les patients. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris 13 ; 2012, 80p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (40) Michel Trophime S. Le stage chez le praticien : un partage d'expérience ? Thèse de doctorat en médecine. Université Bordeaux 2 ; 2012, 155p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (41) Josset C. Le stage auprès du praticien : aspects relationnel, expérience personnelle. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rouen ; 1981, 101p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (42) Brault T. Le stage auprès du praticien en médecine générale : opinions de maîtres de stage de la faculté de Rennes. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rennes ; 2007. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (43) Vidaud J-M. Le stage chez le praticien. Thèse de doctorat en médecine. Université Bordeaux 2 ; 1992, 71p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.

- (44) Chambefort C, Sarfali S. Le stage chez le praticien de 1^{er} niveau en 3^{ème} cycle de médecine générale à Grenoble. Thèse de doctorat en médecine. Université de Grenoble ; 2008, 110p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (45) Dutto-Presutti C. Maîtrise de stage en médecine générale : le rapport de stage est-il un outil d'évaluation ? Thèse de doctorat en médecine. Université de Marseille ; 2003, 89p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (46) Fourcroy C. Le stage chez le praticien à la faculté de Lille 2 : enquête sur les méthodes et outils pédagogiques. Thèse de doctorat en médecine. Université Lille 2 ; 2003, 124p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (47) Klotz V. Le stage chez le praticien et la formation du futur médecin généraliste à l'université Bordeaux 2 : enquête auprès des internes afin d'évaluer « le livret de stage ». Thèse de doctorat en médecine. Université Bordeaux 2 ; 2001, 130p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (48) Zorzi A. Démarche évaluative au cours du stage chez le praticien : validation d'une grille d'auto évaluation de la pédagogie entre le maître de stage et le résident. Thèse de doctorat en médecine. Université Toulouse 3 ; 2001, 148p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (49) Manuel A. Analyse descriptive de 63 rapports de stage chez le praticien de l'UFR Cochin (Paris 5) de novembre 1997 à avril 2000 au cours du 3^{ème} cycle de médecine générale : proposition d'un questionnaire pour contribuer à son évaluation. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris 5 ; 2001, 63p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (50) Gomes Danel S. Evaluation des terrains de stage chez le praticien par les internes de médecine générale. Thèse de doctorat en médecine. Université Lille 2 ; 2010, 95p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (51) Lorilloux S. Evaluation du stage chez le praticien à la faculté X. Bichat. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris 7 ; 2005, 139p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (52) Belhache A. Enquête sur le stage chez le praticien : motivations et recrutement de nouveaux maîtres de stage. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rouen ; 1999, 127p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.
- (53) Heid H. Le stage chez le praticien en médecine générale : les motivations des maîtres de stage. Thèse de doctorat en médecine. Université de Strasbourg ; 2009, 101p. www.sudoc.fr, consulté le 20 Août 2013.