



HAL
open science

Freins à l'installation des médecins généralistes : impact d'une journée d'information universitaire

Paul-Enguerran Seisson, Vincent Truchot

► **To cite this version:**

Paul-Enguerran Seisson, Vincent Truchot. Freins à l'installation des médecins généralistes : impact d'une journée d'information universitaire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03642969

HAL Id: dumas-03642969

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03642969>

Submitted on 19 Apr 2022

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Freins à l'installation des médecins généralistes : impact d'une journée
d'information universitaire**

T H E S E E N B I N O M E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 14 Avril 2022

Par Monsieur Paul-Enguerran SEISSON

Né le 24 novembre 1995 à Avignon (84)

Et par Monsieur Vincent TRUCHOT

Né le 30 mai 1981 à Marseille (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur DE LAPEYRIERE Camille

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Freins à l'installation des médecins généralistes : impact d'une journée
d'information universitaire**

T H E S E E N B I N O M E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 14 Avril 2022

Par Monsieur Paul-Enguerran SEISSON

Né le 24 novembre 1995 à Avignon (84)

Et par Monsieur Vincent TRUCHOT

Né le 30 mai 1981 à Marseille (13)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur DE LAPEYRIERE Camille

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVIN Robert
	ALDIGHERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		ENJALBERT Alain
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAUGERE Gérard
	AZORIN Jean-Michel		FAVRE Roger
	BAILLE Yves		FIECHI Marius
	BARDOT Jacques		FARNARIER Georges
	BARDOT André		FIGARELLA Jacques
	BERARD Pierre		FONTES Michel
	BERGOIN Maurice		FRANCES Yves
	BERLAND Yvon		FRANCOIS Georges
	BERNARD Dominique		FUENTES Pierre
	BERNARD Jean-Louis		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Paul		GALINIER Louis
	BERNARD Pierre-Marie		GALLAIS Hervé
	BERTRAND Edmond		GAMERRE Marc
	BISSET Jean-Pierre		GARCIN Michel
	BLANC Bernard		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Jean-Louis		GAUTHIER André
	BOLLINI Gérard		GERARD Raymond
	BONGRAND Pierre		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONNEAU Henri		GIUDICELLI Sébastien
	BONNOIT Jean		GOUDARD Alain
	BORY Michel		GOUIN François
	BOTTA Alain		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUBLI Léon		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		GUYS Jean-Michel
	BOUYALA Jean-Marie		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BREMOND Georges		HASSOUN Jacques
	BRICOT René		HEIM Marc
	BRUNET Christian		HOUEL Jean
	BUREAU Henri		HUGUET Jean-François
	CAMBOULIVES Jean		JAQUET Philippe
	CANNONI Maurice		JAMMES Yves
	CARTOUZOU Guy		JOUVE Paulette
	CAU Pierre		JUHAN Claude
	CHABOT Jean-Michel		JUIN Pierre
	CHAMLIAN Albert		KAPHAN Gérard
	CHARPIN Denis		KASBARIAN Michel
	CHARREL Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHAUVEL Patrick		LACHARD Jean
	CHOUX Maurice		LAFFARGUE Pierre
	CIANFARANI François		LAUGIER René
	CLAVERIE Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CLEMENT Robert		LEGRE Régis
	COMBALBERT André		LEVY Samuel
	CONTE-DEVOLX Bernard		LOUCHET Edmond
	CORRIOL Jacques		LOUIS René
	COULANGE Christian		LUCIANI Jean-Marie
	CURVALE Georges		MAGALON Guy
	DALMAS Henri		MAGNAN Jacques
	DE MICO Philippe		MALLAN- MANCINI Josette

PROFESSEURS HONORAIRES

DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain

MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MATTEI Jean François	UNAL Daniel
	MERCIER Claude	VAGUE Philippe
	MICHOTEY Georges	VAGUE/JUHAN Irène
	MIRANDA François	VANUXEM Paul
	MONFORT Gérard	VERVLOET Daniel
	MONGES André	VIALETTES Bernard
	MONGIN Maurice	WEILLER Pierre-Jean
	MUNDLER Olivier	
	NAZARIAN Serge	
	NICOLI René	
	NOIRCLERC Michel	
	OLMER Michel	
	OREHEK Jean	
	PAPY Jean-Jacques	
	PAULIN Raymond	
	PELOUX Yves	
	PENAUD Antony	
	PENE Pierre	
	PIANA Lucien	
	PICAUD Robert	
	PIGNOL Fernand	
	POGGI Louis	
	POITOUT Dominique	
	PONCET Michel	
	POUGET Jean	
	PRIVAT Yvan	
	QUILICHINI Francis	
	RANQUE Jacques	
	RANQUE Philippe	
	RAOULT Didier	
	RICHAUD Christian	
	RIDINGS Bernard	
	ROCHAT Hervé	
	ROHNER Jean-Jacques	
	ROUX Hubert	
	ROUX Michel	
	RUFO Marcel	
	SAHEL José	
	SALAMON Georges	
	SALDUCCI Jacques	
	SAMBUC Roland	
	SAN MARCO Jean-Louis	
	SANKALE Marc	
	SARACCO Jacques	
	SARLES Jacques	
	SARLES - PHILIP Nicole	
	SASTRE Bernard	
	SCHIANO Alain	
	SCOTTO Jean-Claude	
	SEBAHOUN Gérard	
	SEITZ Jean-François	
	SERMENT Gérard	
	SOULAYROL René	
	TAMALET Jacques	
	TARANGER-CHARPIN Colette	
	THIRION Xavier	
	THOMASSIN Jean-Marc	

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)
1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGÉON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUY'S Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikael	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALI PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION

4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements de Paul

À Monsieur le Professeur Gaëtan GENTILE,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Ludovic CASANOVA,

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde gratitude. Merci pour l'aide que vous nous avez apportée sur l'analyse statistique.

À Madame le Docteur Camille DE LAPEYRIERE,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus vifs remerciements pour l'aide précieuse et la disponibilité à notre égard.

À Vincent, mon co-thésard, pour ta complémentarité dans notre binôme et ta rigueur. À notre amitié qui a débuté grâce à cette thèse qu'elle dure longtemps !

À ma famille, sans qui rien n'aurait été possible et pour laquelle aucun remerciement n'est suffisant.

À François-Xavier, merci pour ton analyse critique, ta bienveillance et la patience que tu me témoignes.

À mes amis, merci pour vos encouragements de chaque instant.

À tous les médecins et paramédicaux que j'ai pu côtoyer au cours de mes études, vous avez participé chacun à votre manière à ma formation et je vous en remercie.

À tous ceux enfin que j'ai pu oublier.

Remerciements de Vincent

A Monsieur le Professeur Gaëtan Gentile ; je suis heureux que vous ayez accepté de présider notre thèse ; au-delà de votre investissement maintenant historique au sein du DUMG, c'est votre humanité, votre bienveillance, votre humilité et votre accessibilité qui m'ont touché et continuent de m'inspirer après ces trois années d'internat. Merci d'être de ceux-là.

A Monsieur le Docteur Ludovic Casanova pour avoir été mon premier directeur de thèse, merci à toi pour ton aide sur ce travail final, notamment sur ses aspects statistiques et scientifiques. Et pour ces chouettes déjeuners en terrasse vaissonnaise durant ce semestre estival de 2019 qui reste un merveilleux souvenir. Merci pour ton enthousiasme constant.

Au Monsieur Docteur le Camille de Lapeyrière pour avoir pris le relai et dirigé notre thèse avec une énergie peu commune malgré un emploi du temps déjà bien rempli !

Merci à vous trois et à tous les membres du DUMG qui s'impliquent - parfois de façon quasi-bénévole - dans notre formation de jeune médecin ; dans un esprit de compagnonnage, avec le goût de l'excellence, et ce malgré vos vies parallèles de médecin et de parent.

A Paul pour ce beau travail d'équipe. Merci pour ton engagement indéfectible, ton énorme de travail de fond, ta constance et ta patience durant ces 9 mois. Au-delà du travail produit, je suis heureux de notre rencontre et fier de cette aventure humaine avec toi, alors que nous ne nous connaissions pas.

Merci à (S)FX pour sa précieuse aide, non seulement sur le traitement de notre texte mais en plus pour sa participation active (et productive !) sur nos résultats. Et merci pour ton calme serein lorsque nous cherchions à aligner ces fichus titres ou à mettre à jour cette sacrée table des matières !

A Georges pour ton aide sur notre analyse statistique. Même si je ne comprends toujours rien à Jupyter ou Numpy, chacune de mes séances m'a donné l'impression

spéciale de t'accompagner dans la Matrice. Et quelle joie à chaque fois de te retrouver, toi, Nat et les enfants que j'aime comme des petits filleuls.

A Nadia pour ton sceau « Approved » de la traduction de notre résumé. Un prétexte légitime pour entretenir ce lien si particulier de 15 ans, et qui perdure malgré nos parcours panterrestres respectifs.

A Guyroux, sans qui je ne serai pas en train d'écrire ces lignes ; toi qui eus cette idée complètement démente ce jour de janvier 2013, alors que nous avions déjà un cursus derrière nous, un métier, une carrière. Neuf ans après nous l'avons fait, nous sommes médecins. Quelle merveilleuse folie !

A mes parents, à ma chère maman, à mon cher papa, à vous deux, ensemble et individuellement, à qui je dois tout. Vous avez fait ce que je suis, personnellement et professionnellement. Merci de nous avoir élevés si haut, de nous avoir donné le goût de la découverte, du beau, des autres. Merci pour votre amour que j'aimerais vous rendre au centuple s'il n'était infini.

A mes deux frères ; nous sommes si différents et pourtant nourris du même amour de nos parents qui nous donnent un si bel exemple. Puisseons-nous le suivre et le transmettre à notre tour.

A ma belle-sœur qui m'a donné les petites nièces et neveu les plus merveilleux du monde ; Mathildou, Maï-Maï et petit Georges que je chéris tendrement.

A mon beau-frère préféré, merci pour tes grandes vertus et ta présence constamment bienveillante, en particulier dans les moments de découragement.

A Grandma, notre reine mère à tous, notre roc, notre matriarche de cette grande tribu truchotesque, savant mélange de profondeur spirituelle et de légèreté malicieuse, de digne courage et d'Amour inconditionnel.

A la famille au sens large, à la légion Truchot qu'il devient difficile de faire rentrer sur une photo. Une pensée pour tous mes cousins depuis Amandine jusqu'à Tanguy. Ensemble c'est tout !

A Nico, à ce lien exceptionnel, familial, qui s'est créé avec nos pères et que je prolonge avec tant de bonheur au travers de Clem et d'Apolline, Blanche et Gaspard (dédicace spéciale à mon filleul préféré !)

A Meryll, mon autre frère d'armes avec qui je me suis forgé depuis ce tout premier jour d'école, jusqu'à nos échappées baudelairiennes ou... braconnières. Quelle joie de te savoir revenu au pays pour célébrer ce grand moment et les suivants !

Fab, le troisième homme au cœur d'or, le Sud ton pays t'accueille en ce jour spécial.

A Doud pour cette lumière intérieure particulière, cette chaleur simple et directe qui me touche beaucoup.

A vous tous les Vieux copains d'école, que Marseille rappelle un à un au fil des ans. Vous êtes si nombreux et notre amitié si lointaine qu'il est impossible de tous vous citer. A mes anciennes écoles Provence et Lacordaire, qui m'ont forgé en tant qu'enfant et en tant qu'homme et avec qui je continue de cultiver le lien.

Aux Salonnais, compagnons d'internat, pour cette rencontre de hasard, qui m'a offert des moments si uniques et précieux, des instants d'osmose de groupe jamais connus avant. Bagathe, Manouck, Romcam, Guigui, Alain je garde cette période privilégiée dans mon cœur.

A la Corse, celle authentique du petit village rural et familial où le bonheur simple n'a besoin de rien. A mes deux cousines chéries et leur famille, Elise et Anne-Marie que j'affectionne avec sans doute la pudeur du pays mais sans moindre intensité.

A Sophie, autre émanation de Kallisté, qui fut aussi la compagne patiente de ces longues soirées de rédaction de cette thèse. Merci de cette jolie rencontre inattendue.

A Madame Kinkin et à ses ascendants, indéfectibles compagnons de tous nos moments de vie (y compris la rédaction de cette thèse !). N'y a-t-il plus bel exemple de fidélité totale et d'affection désintéressée ?

A tous ces visages que j'ai déjà croisés dans ma vie, à tous ces sourires accueillants dans ces contrées lointaines que j'ai traversées, à vous qui de par le monde m'avez ouvert vos bras, votre culture, vos regards croisés, en cette belle chaîne humaine.

Au Vietnam et ses habitants, Nga et sa famille, et à cette bande de joyeux drilles perdus ensemble dans le Sud-Pacifique, Olivier, Paul, Olivia, Adrien.

A mes confrères de tous bords, mes maîtres de stage depuis la Bourgogne (Michel) jusqu'à la Provence (Gérard, Christian, Henri, Thomas, Vincent, Jean-Louis, Claudine, Doris), à tous mes mentors, mes amis carabins passés et futurs ; que notre confrérie grandisse dans le respect de l'éthique et le soin aux autres.

A vous tous qui êtes là pour ce jour unique, qui avez patienté à mes côtés pendant 22 années, mi-amis mi-famille, si nombreux à vous bousculer dans mon esprit et mes souvenirs.

A Lydia.

A ceux qui ont eu la patience de lire ces lignes et de supporter mon indéfectible logorrhée. Un pot vous attend pour vous remercier ;-)

Table des matières

I. Introduction	4
A. De l'étudiant en médecine au Docteur en Médecine générale	4
B. Organisation et structuration de l'offre de soins, place du médecin généraliste	6
1. Les soins primaires	7
2. Les autres niveaux de soins	8
C. Evolution des modes d'exercice de la Médecine générale	9
1. Démographie médicale actuelle	10
2. Evolution des modes d'exercice sur la dernière décennie	12
3. Vers un regroupement des professionnels de santé	14
D. Définition de l'installation du jeune diplômé en Médecine générale	15
E. L'existence de freins à l'installation en exercice libéral	16
F. Organisation d'une journée sur le thème de l'installation	18
II. Matériel et méthodes	21
A. Type d'étude	21
B. Population	21
C. Les questionnaires	21
1. Elaboration des questionnaires	21
2. Le contenu	22
a. Les freins étudiés	22
b. Questionnaire pré-journée	23
c. Questionnaire post-journée	24
3. Recueil de données	24
D. Analyse des données	25
III. Résultats	26
A. Population sélectionnée	26
B. Caractéristiques de la population étudiée	27
1. Caractéristiques socio-démographiques	27
2. Caractéristiques du projet professionnel	28
C. Impact de la journée sur les freins à l'installation	29
1. Impact global de la journée sur tous les freins	29
2. Impact de la journée sur les freins relatifs à l'environnement de travail	30
3. Impact de la journée sur les freins relatifs à la gestion du cabinet	32
4. Impact de la journée sur les freins relatifs à la formation	33
5. Analyse descriptive des mouvements de perceptions	39
D. Satisfaction des participants sur la journée de l'installation	39
1. Evaluation globale de la journée	39
2. Impact de la journée sur le projet d'installation	40
3. Evaluation des ateliers de la journée	40
4. Evaluation des intervenants de la journée	40
5. Propositions d'amélioration de la journée	40
6. Commentaires libres des participants	41

IV. Discussion	43
A. Une étude originale et cohérente avec la littérature	43
B. Des résultats significatifs sur plusieurs freins	44
C. Démarche d'évaluation d'un enseignement	45
D. Limites de l'étude	46
V. Conclusion	48
VI. Références bibliographiques	49
VII. Tableaux	52
Tableau 2. Mesures des mouvements de niveau de perception	52
Tableau 3. Caractéristiques de la population	53
Tableau 4. Caractéristiques du projet professionnel de la population étudiée	54
Tableau 5. Comparaison avant/après la journée universitaire de l'ensemble des freins à l'installation étudiés	56
Tableau 6. Pourcentage de changement de perception par frein vis-à-vis de l'objectif maximal observable	57
Tableau 7. Evaluation de la journée	58
Tableau 8. Impact de la journée sur le projet d'installation des étudiants	59
Tableau 9. Evaluation des ateliers de la journée et de leur contenu	60
Tableau 10. Evaluation de la qualité des interventions des institutions	61
Tableau 11. Evaluation de la capacité des enseignants à répondre aux interrogations des étudiants	62
Tableau 12. Souhaits de changement pour l'amélioration de la journée	63
VIII. Annexes	64
Annexe 1. Liste des 11 familles de situations cliniques en Médecine générale	64
Annexe 2. Tableau récapitulatif des freins à l'installation dans la littérature	65
Annexe 3. Questionnaire n°1 - Questionnaire préparatoire à la journée de l'installation du 1er octobre 2021 organisée par le DUMG	66
Annexe 4. Questionnaire n°2 - Evaluation de la journée de l'installation du 1 ^{er} octobre 2021	75
IX. Liste des abréviations	83

Avant-propos

Avant que nos pairs découvrent notre travail qui conclut une décennie d'études, nous souhaitons leur expliquer notre démarche, et nos motivations personnelles à réaliser cette thèse.

Notre premier point d'intérêt dans ce travail concerne les caractéristiques de la population étudiée et leur projet professionnel. Car cette population, ce sont nos co-internes, nos confrères et nos futurs collègues de travail. Nous souhaitons que leurs perceptions concernant l'installation soient mieux connues de leurs pairs et de leurs maîtres.

Nous avons également souhaité, par cette thèse, être acteurs dans l'évaluation d'une journée d'information à l'installation dispensée par la Faculté de Médecine d'Aix-Marseille à tous les étudiants de phase d'approfondissement de Médecine générale. Cet enseignement, à l'initiative du Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté d'Aix-Marseille, a été totalement pensé, organisé et présenté par ses membres. Il faut saluer cette étape symbolique dans l'histoire de l'enseignement de la Médecine générale à Marseille. Cette thèse est aussi un témoignage de leur investissement dans cet ambitieux projet ; il mérite qu'on le mette en lumière, autant qu'on s'intéresse à la qualité perçue par les étudiants de ce galop d'essai.

Nous considérons en effet que cette journée est en soi une réponse pratique et concrète aux doutes et aux questionnements de jeunes médecins qui, au terme d'au moins 9 ans d'études, se lancent dans le grand bain de l'installation.

Enfin, et parce que la médecine est une discipline à part, forte d'un esprit de confraternité et de compagnonnage, nous souhaiterions faire profiter nos cadets de nos recherches et de notre petite expérience de praticiens. C'est ainsi que nous proposerons en prolongation de ce travail de thèse un projet secondaire : un guide de l'installation à destination des jeunes généralistes. Nous espérons qu'il leur sera utile.

Bonne lecture à tous et bonne installation.

I. Introduction

Le concept d'installation est une notion difficile à définir et soulève de nombreuses interrogations chez les étudiants de Médecine générale, particulièrement vers la fin de leur cursus lorsqu'ils s'apprêtent à se lancer dans la vie professionnelle.

Pour comprendre les questionnements et inquiétudes de ces futurs médecins, il convient de rappeler le parcours accompli pour arriver jusqu'au titre de Docteur en Médecine générale, préalable indispensable à toute installation.

A. De l'étudiant en médecine au Docteur en Médecine générale

Le cursus des études médicales s'organise en trois cycles (1).

Le premier cycle des études médicales dure 3 ans.

A l'issue de la première année, l'étudiant devait être admis, jusqu'en 2021, au concours de la PACES avec son fameux *numerus clausus*. Cette étape a depuis été réformée en un PASS / LAS mettant fin à la sélection des étudiants selon un mode d'entrée unique. Les 2^{ème} et 3^{ème} années de ce cycle sont dédiées à la découverte de la discipline médicale, entre enseignements théoriques et stages d'observation effectués exclusivement à l'hôpital.

Le deuxième cycle des études médicales dure 3 ans et forme "l'externat".

L'étudiant devient salarié de la fonction publique hospitalière et ce jusqu'à la fin de son cursus universitaire. Il partage son temps entre la formation théorique et son rôle de soignant en stages hospitaliers où il participe à la prise en charge des patients.

A l'issue du deuxième cycle, l'étudiant se confronte à l'Examen Classant National (ECN). Selon son rang à l'examen, il peut alors choisir sa spécialité et la subdivision de son choix, c'est-à-dire sa faculté de rattachement pour le reste de son cursus.

La médecine générale est depuis 2008 une spécialité médicale à part entière. C'est la spécialité qui offre le plus grand nombre de postes à l'issue de l'ECN.

Le troisième cycle des études médicales, appelé "internat", s'axe sur la spécialité choisie par l'étudiant. En médecine générale, ce cycle dure 3 ans. L'interne a une

activité de soins en stage à plein temps où il joue un rôle majeur dans la prise en charge des patients sous supervision.

À l'issue du troisième cycle, l'étudiant obtient un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en Médecine générale.

Le troisième cycle des études médicales, réformé en 2017 (2), comprend, pour la spécialité Médecine générale, deux phases distinctes :

- une phase socle d'un an, comportant deux semestres de stage :
 - un stage obligatoire dans un service d'Urgences Adultes ;
 - un stage dit de Niveau 1 (SN1) chez un praticien Maître de stage des Universités (MSU) ;
- une phase d'approfondissement de deux ans, sur quatre semestres, avec :
 - un stage obligatoire en service hospitalier de médecine adulte polyvalente ;
 - un stage en gynécologie (hôpital, praticien en soins primaires ou PMI) ;
 - un stage en pédiatrie (hôpital, praticien en soins primaires ou PMI) ;
 - un Stage d'Autonomie en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS, stage de Niveau 2), chez plusieurs MSU.

Les étudiants suivent également une formation théorique organisée en modules d'enseignements hors stages structurés autour des 11 familles de situations cliniques que l'on peut rencontrer en Médecine générale (**annexe 1** page 64). A la Faculté d'Aix-Marseille, un total de 24 modules d'enseignements théoriques sont proposés en vue de l'obtention du DES de Médecine générale.

Parallèlement, l'interne tient à jour un portfolio regroupant diverses traces écrites d'apprentissage réalisées à la suite d'activités pédagogiques mettant en exercice les compétences indispensables à son activité de futur praticien. On retrouve notamment les Résumés de Situations Complexes et Authentiques (RSCA), où l'interne expose des situations cliniques réellement rencontrées pendant ses stages. Les problématiques posées par cette situation sont illustrées par une recherche documentaire lui permettant de faire avancer ses savoirs et savoir-faire.

Un suivi pédagogique individuel auprès d'un tuteur (également MSU installé) permet d'accompagner l'étudiant dès le début de l'internat. Au cours des entretiens avec le

tuteur, une discussion autour du projet professionnel est réalisée systématiquement une fois par an.

Afin d'obtenir le titre de Docteur en Médecine générale, l'étudiant doit obtenir son Diplôme d'Etudes Spécialisés en Médecine Générale et soutenir sa thèse d'exercice. Une fois toutes ces étapes franchies, le jeune diplômé peut donc exercer son métier de médecin généraliste et *s'installer* c'est-à-dire s'insérer dans le système de soins.

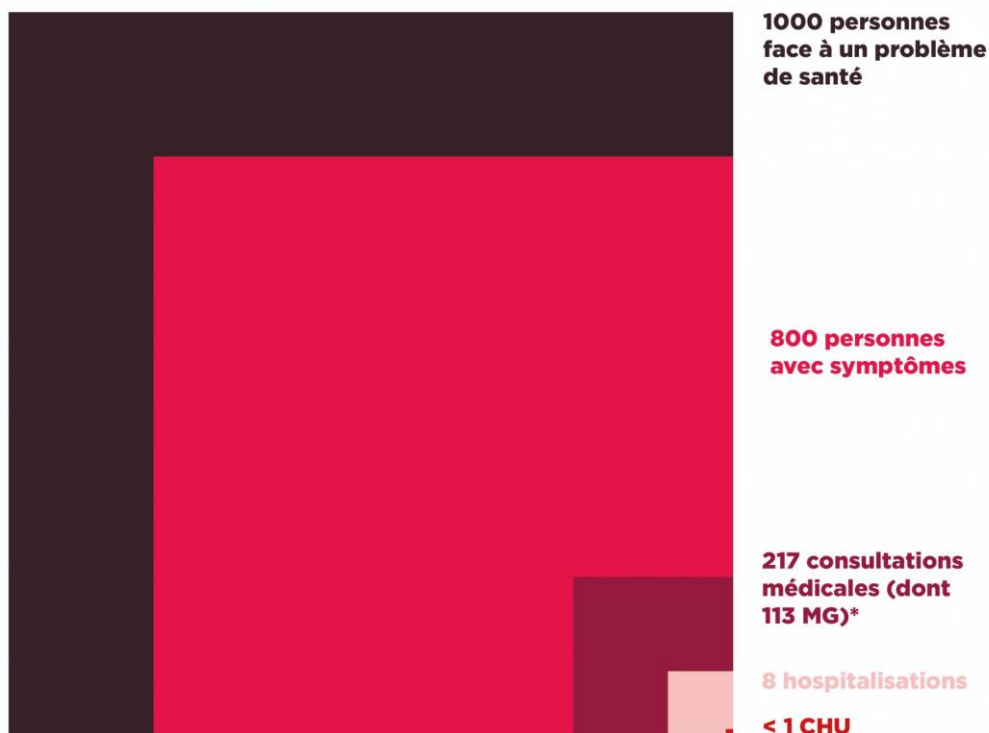
B. Organisation et structuration de l'offre de soins, place du médecin généraliste

Le système de santé doit répondre à des besoins médicaux à différents niveaux. Le carré de White (3) est un modèle créé dans les années 1950 à visée pédagogique afin de décrire l'utilisation des soins de santé aux Etats-Unis.

LE CARRÉ DE WHITE

Données issues de Green et al. N Eng J Med. 2001

Prévalence mensuelle de problèmes de santé (illness) dans la communauté et des rôles des différents acteurs de soins de santé



*chiffres états uniens. Sous le vocable « généraliste » est inclut également des médecins internistes, pédiatres, gynécologues obstétriciens. Il n'existe pas d'études sur l'écologie des soins médicaux en Europe ou France.

Figure 1. Modèle du carré de White (DUMG de l'Université de Rouen)

Ce modèle d'écologie du système de santé a été remis à jour en 2001 par l'équipe de Larry Green (4). Il hiérarchise les consultations médicales et les hospitalisations, mais il montre aussi que les premières sont souvent la porte d'entrée des secondes (5).

Ce modèle reste d'actualité aujourd'hui car il illustre bien l'organisation hiérarchisée des soins et la place du médecin généraliste comme porte d'entrée dans le système de santé.

L'organisation des services de soins français distingue habituellement trois niveaux (6), qui correspondent plus ou moins aux trois plus petits carrés du modèle de White : les soins primaires, secondaires et tertiaires, hiérarchisés selon le degré de spécialisation.

1. Les soins primaires

En 1978, la déclaration d'Alma-Ata de l'OMS (7) définit les soins primaires comme "le moyen qui permettra d'atteindre l'objectif d'un niveau de santé qui permette [aux peuples du monde] de mener une vie socialement et économiquement productive".

Plus concrètement, les soins primaires ou soins de premier recours désignent le point d'entrée dans les services de santé d'un pays. La médecine générale est la spécialité médicale au centre des soins primaires. Les services d'urgences font également partie de cette offre de soins de premier recours ainsi que les dentistes, les pharmaciens et certaines spécialités médicales qui peuvent être consultées en première intention (ophtalmologie, pédiatrie, gynécologie...) hors parcours coordonné.

C'est ce que la WONCA (8), organisation mondiale des médecins généralistes, affirmait en 2002, définissant la Médecine générale comme discipline spécifique, au contenu clinique, scientifique et universitaire tournés vers les soins primaires.

Selon le modèle développé par le Pr. Barbara Starfield (9,10), les attentes en matière de soins primaires se fondent sur :

- La notion de premier contact avec l'objectif d'assurer une réponse médicale aux problèmes de santé les plus courants de façon ambulatoire, c'est-à-dire sans hébergement. Ce modèle intègre la notion d'accessibilité physique, géographique, temporelle et financière sans discrimination d'âge, de conditions de vie ou de population ;

- La nécessité d'une continuité des soins qui renvoie à la garantie dans les soins primaires d'une absence d'interruption de la prise en charge des patients dans le temps. Elle se base sur une relation de confiance durable entre soignants et patients ;
- Une globalité de la prise en charge de l'individu sur les plans biologique, psychologique et social (approche holistique) ;
- La coordination par l'orientation vers les acteurs plus spécialisés si nécessaire ; c'est la notion de parcours de soins. Cette dimension est au croisement de la prise en charge individuelle et des politiques de santé publique.

Cette modélisation se retrouve dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de 2009 (11) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : le médecin généraliste exerçant en qualité de médecin traitant ou médecin référent y est considéré comme un pivot central des soins primaires assurant la continuité des soins de son patient.

De la même façon, pour l'Assurance Maladie, "le médecin traitant déclaré c'est le médecin qui vous connaît le mieux et auquel vous vous adressez en priorité en cas de problème de santé. Son rôle est essentiel aussi pour vous aider à vous orienter vers d'autres professionnels en cas de nécessité" (12).

2. Les autres niveaux de soins

Le système de santé s'appuie également sur des niveaux de soins supérieurs dans des structures plus spécialisées afin de pallier aux limites des soins primaires. Cela est sous-tendu par une présélection des patients au niveau des soins primaires. Ces niveaux supérieurs regroupent des services de soins plus spécifiques dans le diagnostic et la prise en charge de pathologies d'un domaine d'expertise donné.

Les soins secondaires comprennent la majorité des spécialistes (hormis ceux intégrant les soins primaires) et les établissements hospitaliers.

Les soins tertiaires comprennent des soins spécialisés plus complexes (néonatalogie, soins intensifs, chirurgie complexe, ...).

Récemment une notion de soins quaternaires a émergé comprenant les protocoles expérimentaux, et les soins très spécialisés en centre de référence (CHU).

Le système de santé repose donc sur la coordination des professionnels de santé avec pour acteur incontournable le médecin généraliste : il est un contact de premier recours orientant le patient dans le système de soins pour obtenir le bon soin, la bonne expertise, au bon moment, par le bon professionnel, lui-même en collaboration constante avec le médecin référent.

Ainsi, pour tenter de répondre aux questionnements soulevés par l'installation, nous avons abordé le parcours de formation du médecin généraliste et son intégration théorisée au sein des soins primaires. **Mais cette vision académique correspond-elle encore à l'exercice actuel ?**

Un état des lieux des modes d'exercice des médecins généralistes en France montre une réalité plus complexe.

C. Evolution des modes d'exercice de la Médecine générale

Derrière l'image du médecin généraliste communément admise se cache une diversité des modes d'exercice très large au sein même de la discipline.

Pour exercer en soins primaires, le médecin généraliste a le choix entre différents modes d'exercice en termes de pratique ou de régime fiscal. Il peut choisir d'exercer en tant que médecin traitant dans différentes sociétés regroupant plusieurs professionnels de santé (médecins ou non) en régime « libéral » déclarant un bénéfice non commercial (BNC) ; il peut également intégrer une structure de soins coordonnés selon un mode salarial (centre de santé) ou libéral (maison de santé pluriprofessionnelle), ou bien encore exercer seul. Il existe d'autres modes de pratiques comme l'activité en tant que médecin coordonnateur en EPHAD, médecin de PMI, CeGIDD...

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ont pour mission notamment d'enquêter sur la démographie médicale.

Leurs données épidémiologiques font apparaître un triple phénomène depuis 2010 :

- une diminution du nombre de médecins généralistes en France ;
- un recul de l'exercice libéral au profit d'autres activités ;
- un abandon de l'exercice individuel au profit d'un regroupement d'activités.

1. Démographie médicale actuelle

Les données démographiques sont accessibles à partir des études statistiques du CNOM. On les retrouve au sein de l'Atlas de la démographie médicale publié annuellement (13).

Au 1er janvier 2021, le Tableau du CNOM recensait 198 090 médecins, toute spécialité confondue, inscrits en activité régulière en France c'est-à-dire :

- ni des médecins ayant cessé leur activité pour cause de retraite ou décidé d'exercer dans le cadre d'un cumul emploi-retraite ;
- ni des médecins inscrits mais sans activité ;
- ni des médecins ayant une activité intermittente de remplacements libéraux.

Parmi eux, on retrouve 85 364 médecins généralistes en activité régulière.

Leur moyenne d'âge est à 49,9 ans au 1er janvier 2021 avec une tendance au rajeunissement observée depuis 2015. Les femmes médecins généralistes en activité régulière représentent 51,5% des effectifs. A noter qu'en 2017, l'Ordre enregistrait 59% de femmes parmi les nouvelles inscriptions au Tableau.

Le CNOM recense depuis 2010 une diminution de 9% des effectifs des médecins généralistes en activité régulière (**figure 2**).

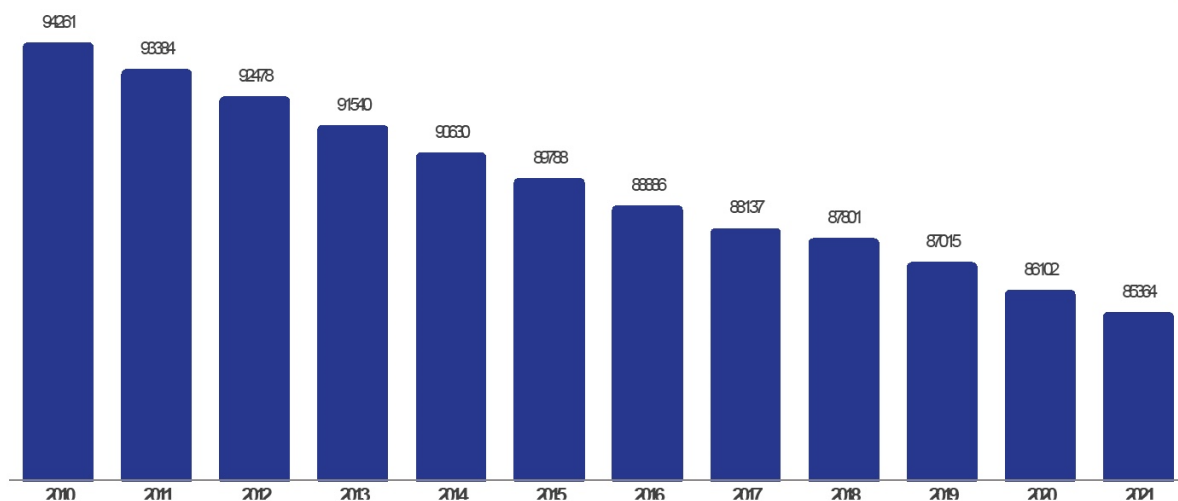
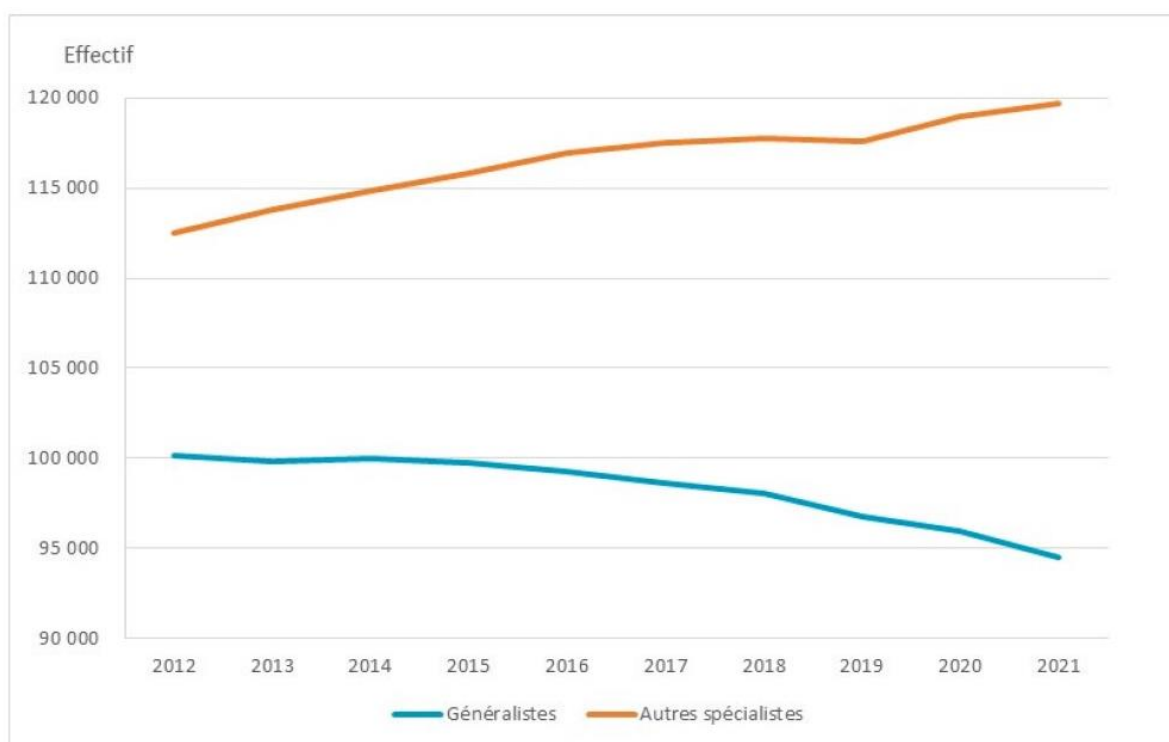


Figure 2. Evolution du nombre de médecins généralistes en activité régulière depuis 2010 (*Atlas de démographie médicale CNOM*)

Ces données sont corroborées par la DREES (14), qui observe certes une stabilité du nombre total de médecins en activité mais un nombre de généralistes qui diminue (-5,6% entre 2012 et 2021), contrebalancé par la hausse du nombre de spécialistes (+6,4%) (**figure 3**)



Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DOM.
Source > RPPS – exploitation DREES.

Figure 3. Effectif de médecins en activité par spécialité, de 2012 à 2021 (*DREES*)

La DREES note aussi qu'en 2017, 15 % des 8 600 nouveaux inscrits sont des médecins à diplôme étranger ce qui souligne d'autant la diminution des médecins inscrits formés sur le territoire.

Cette baisse globale du nombre de médecins généralistes en activité s'accompagne d'une mutation des modes d'exercice depuis dix ans.

2. Evolution des modes d'exercice sur la dernière décennie

Selon les données du dernier rapport de la DREES en matière de démographie médicale (14), au 1^{er} janvier 2021 :

- 65% des médecins généralistes ont une activité libérale ou mixte ;
- 20% sont salariés à l'hôpital ;
- 15% sont salariés dans d'autres structures.

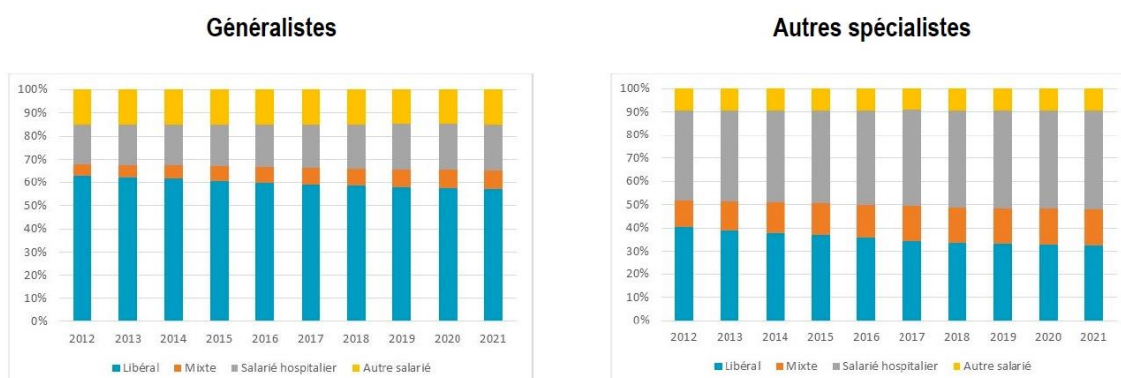
L'atlas de la démographie médicale du CNOM présente des résultats similaires (**tableau 1**).

Groupe de spécialité	Divers	Libéral	Mixte	Salarié	Sans activité	Total
Médecins généralistes	0,1%	56,0%	6,6%	37,3%	0,0%	100,0%
Spécialistes chirurgicaux	0,1%	42,9%	21,4%	35,6%	0,0%	100,0%
Spécialistes médicaux (hors MG)	0,0%	27,5%	11,2%	61,2%	0,0%	100,0%
Total	0,1%	41,7%	10,5%	47,7%	0,0%	100,0%

Tableau 1. Répartition (%) par groupe de spécialités et mode d'exercice des médecins en activité régulière en 2021 (*Atlas de démographie médicale CNOM*)

Parmi les modes d'exercice, la DREES rapporte un recul de l'exercice libéral exclusif de façon générale (que ce soit chez les médecins généralistes ou les médecins spécialistes) : -15% entre 2012 et 2021. L'exercice mixte, lui, se développe (+50% entre 2012 et 2021 toutes spécialités confondues) mais ne compense pas le recul du libéral : il ne concerne que 12% du total des médecins en activité.

L'exercice salarié exclusif reste stable chez les médecins généralistes pour la période 2012 et 2021 (**figure 4**).



Note > On considère comme libéral tout professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme libéral ; l'exercice est mixte quand le professionnel cumule activité libérale et salariée ; un salarié hospitalier est un professionnel qui exerce l'ensemble de ses activités comme salarié d'un hôpital, public ou privé ou d'un centre anti-cancer ; les autres salariés sont des professionnels dont toutes les activités sont salariées, et une au moins exercée en dehors de l'hôpital.
Champ > Médecins actifs de moins de 70 ans, ayant au moins une activité en France métropolitaine ou dans les DROM.
Source > RPPS – exploitation DREES.

Figure 4. Evolution de la répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021 (DREES)

Si l'on regarde les données concernant les nouveaux inscrits (13) :

- 63.6% des médecins nouvellement inscrits exercent une activité salariée (+1,7 points depuis 2020)
- 23.6% sont remplaçants (-0,6 points en 1 an)
- 10.3% sont libéraux (-1,2 points en 1 an)

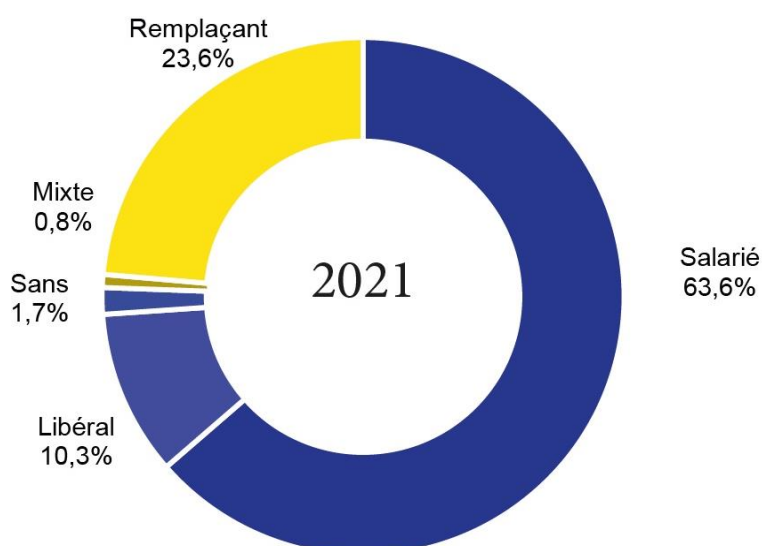


Figure 5. Répartition (%) selon le mode d'exercice des nouveaux inscrits en 2021 (Atlas de démographie médicale CNOM)

Les chiffres de la **figure 5** montrent que les nouveaux inscrits toutes spécialités confondues choisissent de façon minoritaire le mode d'exercice libéral au profit du salariat, très largement plébiscité.

Ce recul net de l'exercice libéral au profit du salariat ou d'un exercice mixte s'accompagne d'une évolution d'un exercice isolé vers une activité de groupe.

3. Vers un regroupement des professionnels de santé

Selon une autre étude menée par la DREES (15), l'exercice libéral solitaire est devenu minoritaire.

A partir d'un panel de médecins généralistes, la DREES estime que 61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe (81 % chez les moins de 50 ans). Parmi eux, 9 médecins sur 10 exercent avec au moins un autre médecin ou des paramédicaux (infirmiers en priorité) et cette proportion a augmenté de 7 points depuis 2010.

Une des raisons de ce regroupement d'activités réside dans l'augmentation et le vieillissement de la population française qui entraînent un accroissement de la demande de soins en parallèle d'une diminution de la densité médicale. L'émergence de nouveaux types de structures comme les permanences de soins tente de compenser ce phénomène de désertification médicale (16) et illustre également une façon différente de prodiguer des soins : les médecins généralistes de ces structures ne sont en principe pas médecins traitants et ne prennent en charge que les urgences ressenties ou réelles de soins non programmés.

En somme, nous assistons sur la dernière décennie à **un recul du nombre de médecins généralistes en activité**. A cela s'ajoute **une diminution de l'exercice sous le régime libéral** qui incluait historiquement les médecins généralistes pratiquant comme médecin référent. En parallèle, une modification des conditions d'exercice s'opère aussi : **une activité de groupe semble privilégiée**. Le médecin traitant exerce aujourd'hui de diverses manières dans divers régimes et diverses structures.

D. Définition de l'installation du jeune diplômé en Médecine générale

Lorsque l'on évoque la notion d'installation en Médecine générale, sa définition se rattache souvent, dans la littérature, au mode d'exercice libéral (17). Cependant, on l'a vu, l'installation ne peut plus se limiter à ce mode d'exercice exclusif. Une autre définition considère l'installation comme le phénomène où le jeune médecin thésé décide de s'implanter professionnellement dans l'endroit de son choix avec l'intention d'y développer une patientèle ou reprendre celle d'un confrère quittant son cabinet. La notion d'installation a évolué en même temps que les pratiques et la professionnalisation des spécialités au cours de l'Histoire.

C'est le code d'Hammourabi (Art. 215-225) qui pour la première fois a institutionnalisé son activité en définissant ses droits, ses devoirs et même ses honoraires. Après l'essor de la médecine antique, l'effondrement de l'Empire romain conduit à l'interruption de toute pratique médicale organisée en Europe.

Il faudra attendre la fin du XIXème siècle pour voir émerger en France la structuration des spécialités médicales et chirurgicales telle que nous la connaissons. Elles s'organisent en sociétés savantes comme la neurologie, la cardiologie ou l'orthopédie. Les bases de chaque spécialité étant posées, l'évolution contemporaine a ensuite tendu vers une sur-spécialisation des spécialités.

La Médecine générale, quant à elle, s'est longtemps construite en creux par la "non-compétence" d'une médecine spécialisée, technicisée et organiciste. La profession a longtemps manqué d'une définition de ses compétences de prise en charge globale et générale du patient.

Longtemps exercée dans les hôpitaux ou à proximité d'hospices, la discipline médicale se libéralise au début du XXème siècle. Elle offre une autre possibilité aux médecins de mettre à profit leur expertise et leur savoir.

Il faudra attendre 1945 et la création de la Sécurité Sociale pour que soient posées les bases de notre système de santé. Tous ces phénomènes ont entraîné une fragmentation du système de soins en différents niveaux (comme vu précédemment) en même temps qu'une diversification des modes d'exercice médicaux, faisant de l'installation une notion protéiforme.

Dès lors, une définition précise et consensuelle de la notion d'installation reste difficile à élaborer. De ce fait, nous proposons de redéfinir l'installation par : "le début d'une activité médicale régulière elle-même conditionnée à une inscription au Tableau de l'Ordre des Médecins. Cette activité peut être aussi bien libérale (c'est-à-dire à son compte), salariée, en soins primaires (médecine ambulatoire, dite "de ville"), secondaires (établissement de santé) voire tertiaires (centres spécialisés, CHU)." **Il apparaît que si le type d'activité peut être très varié, c'est finalement la régularité de cette activité dans le temps qui est l'élément constant de la notion d'installation.**

Si l'on s'intéresse à l'évolution des modes d'installation, il est nécessaire d'en comprendre les origines. **Une des raisons de la désaffection de la pratique libérale par les jeunes médecins généralistes est l'existence de freins à l'installation dans ce mode d'exercice.**

E. L'existence de freins à l'installation en exercice libéral

De nombreux travaux de recherche se sont intéressés aux raisons du désintérêt des jeunes générations pour la pratique libérale exclusive, mettant en évidence de nombreux freins à l'installation dans ce mode d'exercice. Dans la revue de littérature que nous avons réalisée, nous n'avons pas retrouvé d'études sur les freins à l'installation tous modes d'exercice confondus.

Ces freins, bien identifiés dans la littérature, sont multiples (**annexe 2** page 65). Notre liste n'est pas exhaustive et certains des freins étudiés ici peuvent eux-mêmes être source d'autres freins et les potentialiser (par exemple l'exercice isolé ou un plateau technique limité entraînent de l'incertitude, elle-même source d'anxiété qui peut être un frein à l'installation)(18).

Les études soulignent tout d'abord que les jeunes médecins connaissent peu les démarches administratives pour s'installer en exercice libéral (19,20).

Les institutions qui accompagnent l'installation du jeune diplômé comme par exemple le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), Agence Régionale de Santé (ARS) et Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), sont rarement

présentées et leurs rôles auprès des médecins, lors de l'installation et durant leur exercice, restent peu connus (21).

Ces études pointent également des réserves liées à l'environnement de travail et aux conditions d'exercice en soins ambulatoires ; la majorité des internes ou des médecins généralistes remplaçants interrogés expriment des craintes concernant le temps de travail pouvant entraîner un déséquilibre au détriment de leur vie personnelle (22).

Ils rapportent également comme frein prééminent la question des charges administratives qu'ils jugent trop nombreuses et perçoivent comme "lourdes" (23).

Un autre frein à l'installation concerne la dérive sociétale vers une judiciarisation des rapports patient-médecin où la responsabilité médicale est mise en cause face aux exigences et demandes des patients toujours plus grandes.

Les répondants de ces études expriment également des réserves à un exercice médical solitaire, sans filet, loin d'un plateau technique performant ou d'un réseau de professionnels de santé. De ce fait, le type d'exercice plébiscité par la nouvelle génération a beaucoup évolué ; désormais il laisse une large place au développement de regroupements pluriprofessionnels (24). Ces résultats concordent avec les études épidémiologiques citées plus haut.

Ces regroupements professionnels sont parfois eux-mêmes cités comme une source de frein à l'installation. Les jeunes médecins interrogés évoquent -mais de façon minoritaire- la nécessité d'entretenir, avec parfois des difficultés, de bonnes relations entre confrères dans le cadre de la coordination des soins (25).

Une autre catégorie de freins retrouvée dans la littérature concerne l'aspect entrepreneurial du cabinet avec des outils de gestion mal maîtrisés. Notamment la comptabilité est perçue comme présentant un caractère chronophage sur le temps médical (25).

La rentabilité du cabinet, corrélée à des conditions d'exercice incertaines, peut aussi faire obstacle à l'installation en exercice libéral par manque de compétences ressenties. Le management du personnel est aussi source de réticences pour les mêmes raisons.

L'investissement financier initial est également un frein important. Bien que des aides des collectivités puissent être sollicitées (26,27), ces aides sont parfois jugées

déconnectées de la réalité de terrain (28). Les institutions auprès desquelles les solliciter restent une nouvelle fois majoritairement méconnues.

Enfin, il existe une méconnaissance globale de l'exercice ambulatoire liée à la formation médicale initiale.

Une étude pointe des insuffisances dans la découverte de la médecine de ville (29). Cependant, cette étude a été réalisée en 2013, la formation du troisième cycle des études de Médecine générale était alors essentiellement effectuée en centre hospitalier universitaire (donc avant la réforme de l'internat de Médecine générale en 2017 et l'obligation de deux stages en cabinet de ville).

De plus, les études médicales sont perçues comme préparant peu à l'installation en cabinet ; notamment les formes d'exercices très diverses et leurs caractéristiques juridiques sont rarement évoquées au cours de la formation médicale.

L'ensemble de ces freins peut aujourd'hui expliquer le recul de l'intérêt porté à la médecine libérale, mode d'exercice le plus représenté en médecine ambulatoire.

C'est dans ce contexte que le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) de la faculté de médecine d'Aix-Marseille a décidé d'organiser une journée d'information sur l'installation à destination des étudiants de Médecine générale marseillais, axée sur les soins primaires et sans préjuger du mode d'exercice.

F. Organisation d'une journée sur le thème de l'installation

Cette journée s'inscrivait dans une démarche d'information et répondait à un triple objectif pédagogique :

- faire connaître les étapes d'une installation en Médecine générale ;
- nommer et comprendre les lieux d'exercices des soins primaires ;
- faire connaître les partenaires institutionnels qui accompagnent les médecins dans leur installation.

Pour mettre en œuvre cet enseignement de troisième cycle de Médecine générale, le DUMG a sollicité la participation des représentants de l'ARS Provence-Alpes-Côte-d'Azur, du CDOM des Bouches-du-Rhône et de la CPAM des départements des Alpes-de-Haute-Provence, des Bouches-du-Rhône, du Var et du Vaucluse.

Cette formation s'est déroulée sur une journée le vendredi 1er octobre deux mille vingt-et-un. Il intervenait à la fin du dernier semestre d'internat et s'adressait à la promotion d'étudiants de Médecine générale en Phase d'Approfondissement 2 (PhA2 : deuxième année de phase d'approfondissement) issus de l'ECN 2018.

Initialement prévue en présentiel, cette journée s'est finalement déroulée en visioconférence du fait du nombre important de participants attendus (plus de 200 en comptant les intervenants) et du contexte de pandémie de COVID-19.

Cet enseignement s'articulait autour de quatre ateliers thématiques de 1h30 chacun :

- Atelier 1 : "Préparer son installation avant la fin de son DES"

Cet atelier était animé par les enseignants du DUMG, l'ARS et la CPAM.

Il traitait des aides financières accessibles dès l'internat. Il détaillait la structuration de l'offre de soins sur le territoire régional et présentait la définition du zonage. Cet atelier présentait également le rôle de l'ARS auprès du professionnel de santé et des usagers. Enfin il proposait plusieurs conseils afin d'anticiper sa future pratique, par exemple la création de fiches pratiques durant le troisième cycle ou un atelier d'aide à la cotation.

- Atelier 2 : "Construire son installation"

Cet atelier était animé par les enseignants du DUMG, l'ARS et la CPAM.

Il traitait des aides financières et techniques à l'installation des jeunes praticiens notamment en zone sous denses en médecins. L'atelier présentait les différents contrats d'exercice et les formes juridiques qui y sont associées. Il proposait de réfléchir aux solutions de financement d'un projet d'installation et aux attentes du logiciel métier.

- Atelier 3 : “Je m’installe”

Cet atelier était animé par les enseignants du DUMG, le CDOM et la CPAM.

Cet atelier traitait des démarches administratives à effectuer auprès de chaque instance en vue d’une installation. Il abordait également la tenue d’une comptabilité.

- Atelier 4 : “Je suis installé(e), je pratique”

Cet atelier était animé par les enseignants du DUMG, l’ARS et le CDOM.

Il traitait de la tenue administrative et fonctionnelle d’un cabinet de consultation dans la pratique courante quotidienne. Il permettait de découvrir le rôle du CDOM et les personnes ressources en cas de difficultés.

Les participants ont été divisés de façon arbitraire selon l’ordre alphabétique afin de créer 4 groupes répartis dans 4 salles virtuelles pour la journée. Chaque groupe a ensuite suivi les mêmes ateliers simultanément mais dans des ordres différents. Par exemple, le groupe A a suivi l’atelier 1, puis 2, puis 3, puis 4 ; au même moment dans une autre salle virtuelle, le groupe B a suivi l’atelier 2, puis 3, puis 4, puis 1 ; et ainsi de suite pour les groupes C et D.

Ceci impliquait une durée équivalente de chaque atelier (1h30) puisqu’un même atelier était animé par les mêmes intervenants tout au long de la journée.

Afin d’améliorer les pratiques et le contenu de l’enseignement à destination des étudiants, il apparaissait opportun de recueillir une évaluation de cette première journée de l’installation et son impact sur les freins à l’installation perçus par les étudiants en Médecine générale.

L’objectif principal de notre étude est d’analyser l’impact d’une journée d’information universitaire sur les freins à l’installation chez les étudiants de Médecine générale à la faculté de Marseille.

L’objectif secondaire de ce travail est d’évaluer le contenu pédagogique de la journée afin de proposer les modifications nécessaires pour répondre au mieux aux attentes des étudiants dans le cas de prochaines éditions de cette formation sur l’installation des futurs médecins.

II. Matériel et méthodes

A. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude épidémiologique descriptive type avant-après centrée sur la journée universitaire d'information à l'installation.

Elle a été organisée autour de deux questionnaires auto-administrés en ligne, portés à la connaissance des étudiants avant et après la journée.

B. Population

La population source concernait l'ensemble des étudiants de DES de Médecine générale en Phase d'Approfondissement 2 (PhA2), inscrits à la faculté de Marseille pour l'année universitaire 2020-2021. Ils étaient les plus susceptibles de participer à la journée universitaire sur l'installation.

La population cible incluait les étudiants ayant participé à la journée. La population d'étude incluait les étudiants ayant répondu aux deux questionnaires complets.

C. Les questionnaires

Deux questionnaires à destination des étudiants ont été utilisés pour le recueil des données, l'un proposé avant la journée de l'installation, l'autre après.

1. Elaboration des questionnaires

Leur déroulé et leur forme se sont appuyés sur des exemples de questionnaires similaires trouvés dans la littérature.

Un pré-test a été réalisé auprès de dix étudiants "internes" et non concernés par la journée. Leurs retours quant à la durée du questionnaire, la clarté des termes employés et la lisibilité des questions posées (syntaxe) ont permis d'améliorer le questionnaire initial.

Afin d'améliorer la compréhension du questionnaire sur des notions peu connues de l'installation, les questionnaires pré-tests ont aussi été soumis à des répondants non-médecins, sans aucune connaissance du milieu médical ou scientifique.

2. Le contenu

a. *Les freins étudiés*

Les quatorze freins à étudier ont été regroupés en trois catégories : les freins relatifs à l'environnement de travail, les freins relatifs à la gestion du cabinet et les freins relatifs à la formation.

Ce regroupement a été décidé par consensus entre les auteurs et validé par le directeur de l'étude à des fins de clarté pour le lecteur.

La première catégorie regroupait les freins à l'installation relatifs à l'environnement de travail (4 freins) :

- Les rapports humains entre collègues, qu'ils soient médecins ou paramédicaux, qui peuvent être source de tensions dans le travail ;
- Le temps de travail qui, lorsqu'il est important, peut entraîner un déséquilibre entre vie personnelle et vie professionnelle ;
- L'exercice médical en soins ambulatoires (cabinet de ville) qui ne dispose pas de soutien technique et humain et présente un caractère « sans filet » par rapport à un établissement hospitalier qui dispose lui d'examens complémentaires, d'équipes médicales et paramédicales sur place ;
- La judiciarisation croissante de la relation médecin-malade qui expose à une mise en cause possible de la responsabilité médicale individuelle.

La deuxième catégorie regroupait les freins à l'installation relatifs à la gestion du cabinet (5 freins) :

- La comptabilité, qui peut apparaître technique et fastidieuse ;
- La gestion du cabinet au quotidien et notamment des outils informatiques, des stocks de matériel médical et de fournitures, et des événements imprévus (réparations, pannes...) ;

- L'investissement financier dans l'immobilier et l'équipement médical, souvent important au départ ;
- La rentabilité de l'activité (bénéfices supérieurs aux charges) qui peut être incertaine en fonction des conditions d'exercice ;
- Le management du personnel comme la secrétaire ou le personnel de ménage qui impliquent notamment recrutement, formation et gestion de carrière.

La troisième catégorie regroupait les freins à l'installation relatifs à la formation (5 freins) :

- La méconnaissance de la pratique ambulatoire par manque de terrains de stage qui permettent de découvrir la médecine de ville ;
- La méconnaissance des multiples démarches administratives que nécessite l'installation ;
- La méconnaissance des différentes formes d'exercice et leurs caractéristiques juridiques (type de société, de structure, ...) qui peuvent s'adapter à son choix de pratique ;
- Le manque de connaissances des institutions impliquées dans l'installation et leurs rôles (Conseil de l'Ordre, ARS, CPAM, URSSAF, CARMF) ;
- Le manque d'échanges au cours de la formation initiale sur le projet professionnel et ses multiples possibilités pouvant constituer un accompagnement personnalisé vers le début de l'activité.

Le niveau de perception du frein était mesuré selon une échelle de Likert pour chacun d'eux ; il était proposé aux répondants de choisir entre 4 modalités :

- frein pas important [niveau 1] ;
- frein assez important [niveau 2] ;
- frein très important [niveau 3] ;
- frein absolu [niveau 4].

b. Questionnaire pré-journée

Ce premier questionnaire (**annexe 3** page 66) contenait 15 questions de type fermé oui/non, à réponse unique ou choix multiple.

Il s'attachait à recueillir les données socio-démographiques et à cerner le projet professionnel des étudiants interrogés à l'approche de la fin de leur cursus. De plus, il évaluait individuellement la perception accordée par les étudiants à chaque frein à l'installation sus-cités.

c. Questionnaire post-journée

Ce second questionnaire (**annexe 4** page 75) contenait 24 questions de type fermé oui/non, à réponse unique ou choix multiple. Il était basé sur le même modèle que le précédent mais avec pour différence l'ajout possible de commentaires libres sur certaines parties.

Ce questionnaire s'attachait à recueillir le degré de satisfaction des étudiants à l'issue de cette journée et évaluait l'intervention des instances et chaque atelier indépendamment. Il cherchait à recueillir l'impact de la journée sur leur projet d'installation et évaluait, *a posteriori*, le poids accordé aux freins à l'installation.

Il proposait également de recenser des pistes d'améliorations comme par exemple prolonger la journée par la tenue d'ateliers spécifiques sur la comptabilité, la cotation, etc....

3. Recueil de données

Les étudiants susceptibles de participer à la journée de l'installation ont reçu le premier questionnaire à remplir 3 semaines avant la tenue de l'enseignement. Il a été diffusé du 4 septembre 2021 au 1er octobre 2021, et clôturé au lancement de la journée d'information sur l'installation le même jour à 9h.

Le second questionnaire a été adressé, 48h après la tenue de la journée, à tous les étudiants présents à celle-ci.

Les deux enquêtes ont été diffusées en ligne sous la forme de questionnaires *Google form*, avec pour le premier un lien URL envoyé par email le 13 septembre 2021 avec 3 relances les 20, 24 et 28 septembre par emails groupés ou messages individuels ceci afin d'obtenir un taux de répondants maximal.

Le second questionnaire a été diffusé selon le même mode le 3 octobre 2021 (deux jours après la fin du colloque) avec relances les 7, 10, 22 et 26 octobre.

Le 13 novembre marquait la fin du recueil des données.

D. Analyse des données

Pour chaque répondant, un appariement des réponses des deux questionnaires a été réalisé. L'ensemble des données a été anonymisé.

Les variables explicatives quantitatives et qualitatives ont été présentées de façon descriptive. L'évaluation de l'impact de la journée sur les freins à l'installation a été réalisée par comparaison des niveaux de perception obtenus avant et après la journée universitaire. Il a été recherché une évolution statistiquement significative du niveau de perception de chaque frein pouvant être attribuable à la tenue d'une telle journée. Concernant les freins à l'installation, il existait une non indépendance des données liée au caractère apparié des mesures (deux mesures pour un même individu) ce pour quoi un test de Chi² de Pearson a été utilisé. Afin de respecter les conditions d'application de ce test, il a été considéré que les distributions respectaient la loi normale. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

Le test du Chi² de Pearson présente comme limite de ne comparer que la répartition des niveaux de perception sans préjuger des évolutions individuelles.

Afin d'étudier plus précisément les changements de perception pour chaque frein à un niveau individuel, nous avons mesuré le mouvement avant/après en attribuant une valeur constante de 1 à chaque mouvement de niveau de perception (**tableau 2** page 52).

Par exemple, le mouvement de perception de "frein absolu" avant la journée vers "frein assez important" après la journée (niveau [4] vers niveau [2]) est mesuré à -2. Nous avons calculé de cette manière la somme des mouvements de perception observés pour chaque frein étudié.

Nous avons ensuite calculé le mouvement maximal théorique de chaque répondant par rapport à la perception de frein évaluée avant la journée. En additionnant le mouvement théorique de chaque répondant, on obtient la somme maximale des mouvements observables ; c'est la somme atteignable si chaque répondant avait été

ramené à un niveau de perception de frein minimal (frein pas important [1]). Par exemple pour un frein donné, un répondant ayant eu un niveau de perception avant la journée “très important” [3] aurait un mouvement de perception maximal observable de -2.

Ainsi, nous avons comparé la somme des mouvements de perception observés à la somme maximale des mouvements observables, ramené à un pourcentage.

L'ensemble des données a été exporté sur des fichiers *Excel* puis analysé directement par les auteurs via le logiciel de statistiques *Stata* Version 16 développé par *Statacorp*. Des analyses complémentaires ont été également réalisées avec les logiciels de programmation suivants, tous libres de droit : *Jupiter* version 1.0, *Jupyterlab* version 3.2.8, *Numpy* version 1.22, *Pandas* version 1.4 (les deux derniers étant dédiés à la programmation du langage Python).

Sur le plan réglementaire, l'étude était hors champ de la loi Jardé. Elle ne nécessitait donc pas d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP), ni de promoteur, ni d'assurance. Elle comportait une collecte de données personnelles au sens de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Par conséquent, l'ensemble des données a été anonymisé et leur utilisation strictement limitée à ce projet de recherche ; notre travail ne relève donc pas du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et ne nécessite aucune démarche particulière auprès de la CNIL.

III. Résultats

A. Population sélectionnée

Nous avons recensé 196 participants lors de la journée d'information. 28 étaient des encadrants (enseignants du DUMG ou représentants d'institutions), 168 étaient des étudiants. 143 de ces étudiants ont répondu au questionnaire d'évaluation de la journée et 132 avaient préalablement répondu au questionnaire préparatoire.

Un taux de réponses complètes de 78,6 % a été observé chez les participants à la journée. La **figure 6** présente le diagramme de flux de la population étudiée.

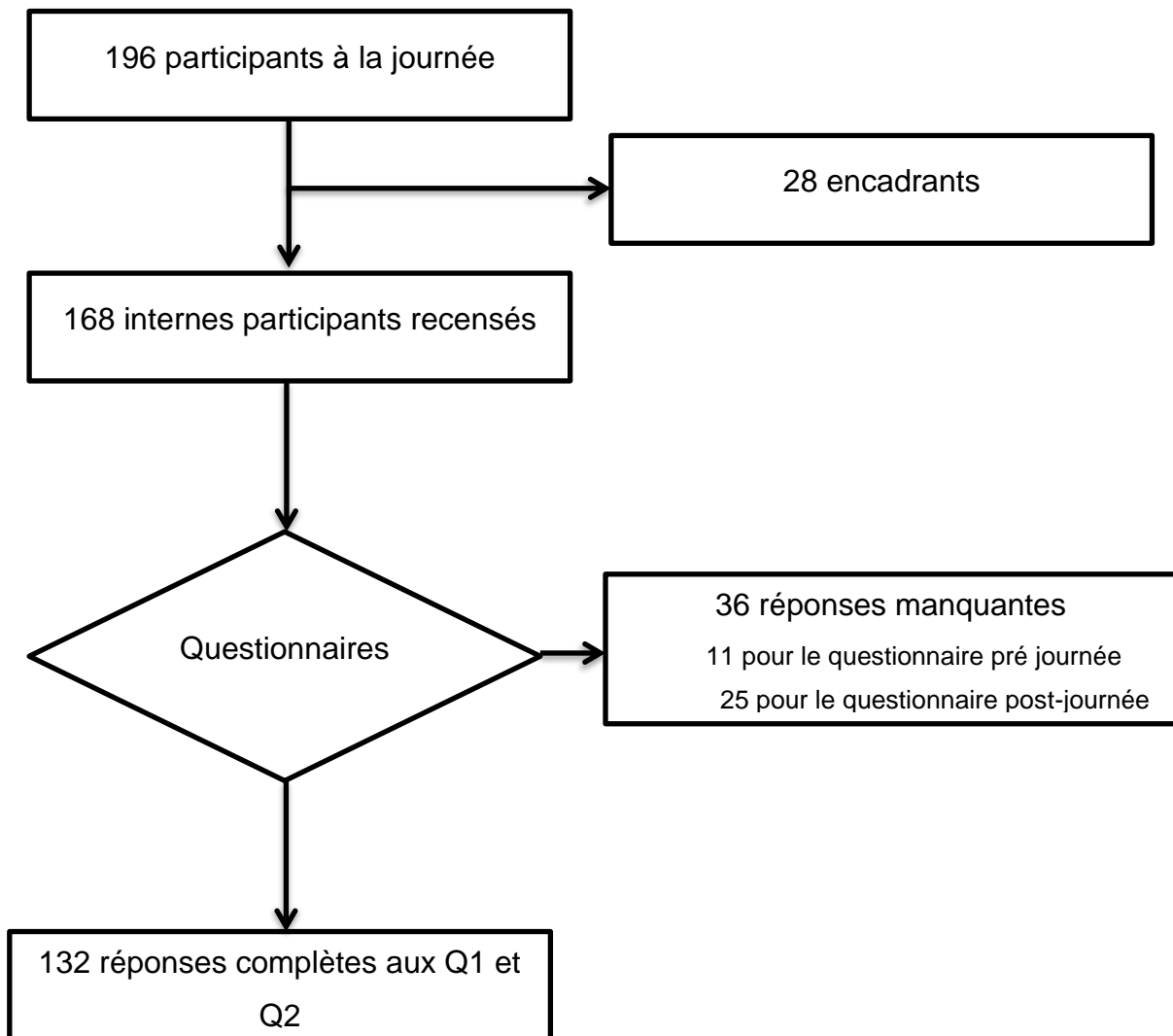


Figure 6. Diagramme de flux de la population étudiée

B. Caractéristiques de la population étudiée

1. Caractéristiques socio-démographiques

Concernant les données socio-démographiques de la population d'étude (**tableau 3** page 53), l'âge moyen de la population étudiée était de 28,4 ans. Les femmes représentaient la majorité des étudiants répondants. Sur les 132 étudiants, 110 étaient en PhA2, soit 83,3% de la population étudiée, avec presque deux tiers de l'ensemble des répondants en dernier semestre d'internat. Des étudiants en PhA1 et des médecins généralistes en post-internat étaient également présents. Soixante-trois

étudiants (47,7%) ont déclaré travailler sur leur thèse (fiche de projet de thèse validée, recueil de données ou analyse et rédaction du manuscrit en cours). Cinquante étudiants, soit 37,8%, ont déclaré être prêts à soutenir leur thèse ou l'avaient déjà soutenue. Quarante-deux étudiants (62,1%) ont déclaré avoir déjà effectué au moins un remplacement, avec 40 % du total sur des courtes périodes (moins de 30 jours) aussi bien chez leurs anciens MSU que chez d'autres praticiens.

2. Caractéristiques du projet professionnel

Concernant les caractéristiques du projet professionnel de la population étudiée (**tableau 4** page 54), la majorité de l'effectif total (71,3%) ont exprimé une intention d'installation en soins ambulatoires à l'issue de leurs études. Quinze étudiants (11,4%) ont déclaré un refus ferme de s'installer ; tous étaient en PhA2. Un quart des étudiants ont déclaré envisager une installation en cabinet immédiatement à la fin de l'internat. La majorité des étudiants ont exprimé le souhait d'un exercice principal en groupe au sein d'un cabinet pluriprofessionnel (49,2%), d'une maison de santé (19,7%) ou d'un cabinet monoprofessionnel (9,8%). 3% des étudiants ont exprimé le souhait d'un exercice solitaire. Concernant le souhait d'activité secondaire, 23 étudiants (17,4%), tous en PhA2, ont déclaré ne pas souhaiter diversifier leur activité principale (**figure 7**).

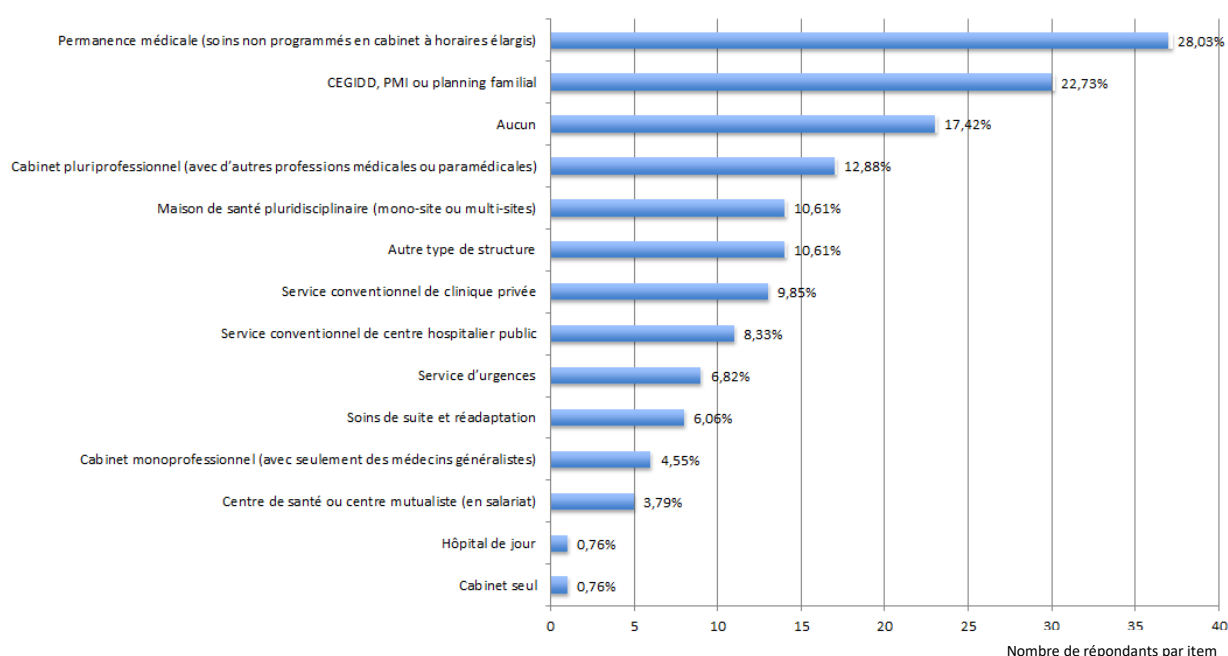


Figure 7. Type d'exercice secondaire souhaité.

Plusieurs réponses pouvaient être données.

C. Impact de la journée sur les freins à l'installation

Les freins ont été analysés dans leur globalité puis un à un au sein de leurs catégories respectives telles que définies plus haut.

1. Impact global de la journée sur tous les freins

La **figure 8** présente la moyenne des différences de perception des étudiants avant/après la journée d'installation pour les 14 freins étudiés. Elle permet de visualiser un effet de tendance globale à la diminution de perception des freins au décours de la journée : l'ensemble des freins a été globalement perçu comme moins important après la journée d'information. La moyenne cumulative (moyenne des moyennes) a été estimée à -0.29 points.

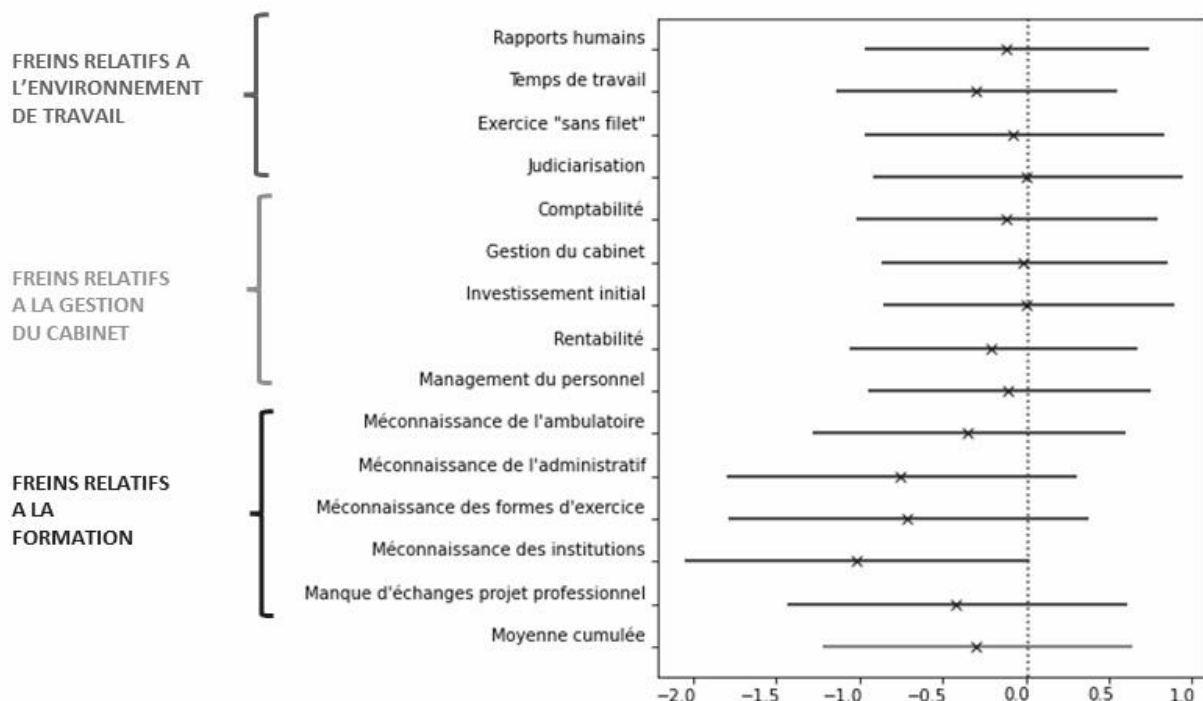


Figure 8. Variation de l'importance perçue de chaque frein étudié avant/après la journée de l'installation.

Plus la moyenne est négative, plus le frein étudié tend à être perçu comme peu important par l'ensemble des répondants après la journée.

Cette tendance globale est plus ou moins marquée selon les catégories de freins étudiés ; elle est plus nette sur les cinq derniers freins étudiés à savoir les freins relatifs à la formation.

Le **tableau 5** (page 56) synthétise les comparaisons avant/après la journée universitaire de l'ensemble des freins à l'installation étudiés.

2. Impact de la journée sur les freins relatifs à l'environnement de travail

Concernant le **frein relatif aux rapports humains entre collègues (médecins et paramédicaux)** les niveaux de perception "frein assez important" et "frein très important" ont diminué tandis que le niveau "frein pas important" a augmenté en post-journée. Le niveau de perception "frein absolu" est resté constant (n = 8 soit 6% des effectifs). Aucune différence de répartition avant/après entre les niveaux de perception n'était statistiquement significative ($p = 0,50$).

La perception avant/après la journée universitaire pour le **frein relatif au temps de travail pouvant induire un déséquilibre entre vie personnelle et vie professionnelle (figure 9)** a globalement diminué : les niveaux de perception les plus forts ("frein très important" et "frein absolu") ont diminué en post journée respectivement à n = 28 (21%) et n = 12 (9%) contre n = 57 (43%) et n = 16 (12%) avant ; les niveaux de perception les plus faibles ("frein pas important" et "assez important") ont augmenté respectivement à n = 26 (20%) et n = 66 (50%) contre n = 23 (17%) et n = 36 (27%) avant. Le niveau de perception "frein très important", prédominant avant la journée, a diminué fortement au profit du niveau "frein assez important" qui est devenu majoritaire après la journée. Les différences de répartition étaient statistiquement significatives ($p < 0,001$).

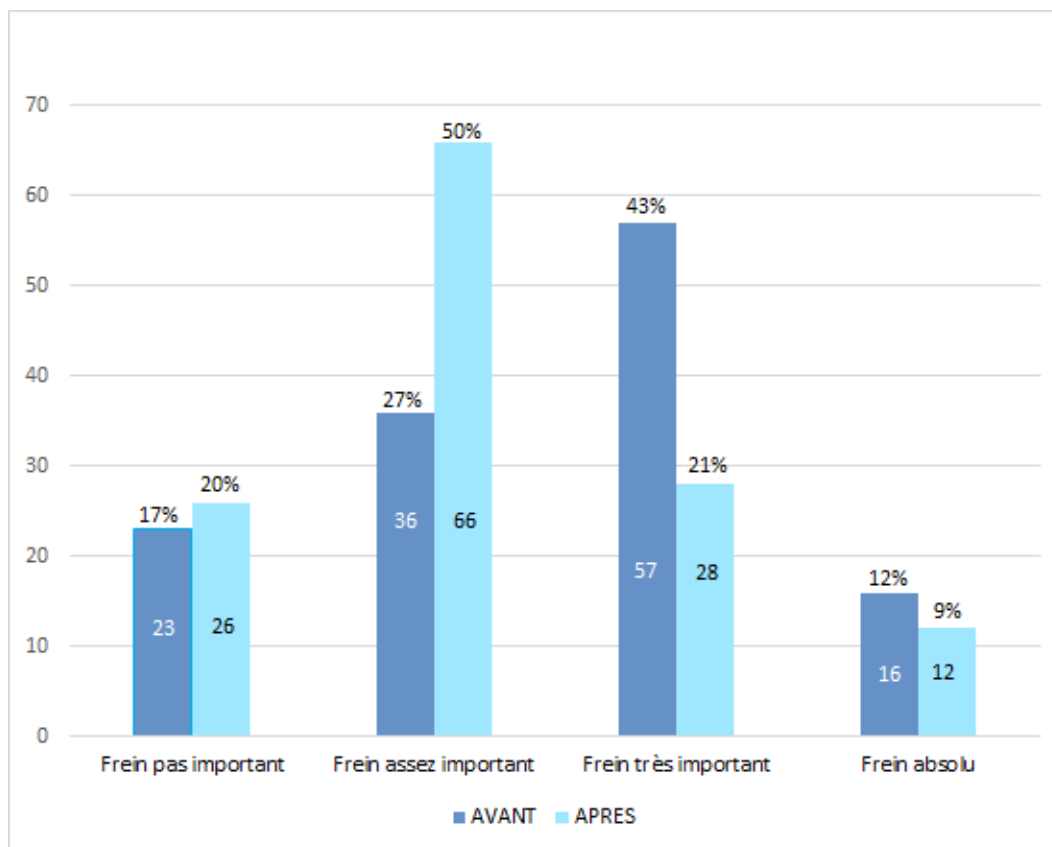


Figure 9. Comparaison avant/après la journée de l'installation concernant le frein "Temps de travail pouvant induire un déséquilibre entre vie personnelle et vie professionnelle"

Pour le **frein relatif à l'exercice médical dit « sans filet » par rapport à un établissement hospitalier qui dispose d'examens complémentaires, d'équipes médicales et paramédicales** le niveau de perception "frein absolu" est resté constant à $n = 2$ (<2% des effectifs) tandis que les niveaux de perception "frein assez important" et "très important" ont diminué ; en parallèle on a observé une augmentation de la catégorie "frein pas important" qui est restée la plus représentée. Aucune différence de répartition n'était statistiquement significative ($p = 0,72$).

Pour le **frein relatif à la judiciarisation de la relation médecin-malade (responsabilité médicale individuelle)**

La perception de ce frein avant/après la journée universitaire a globalement diminué avec des évolutions plus singulières entre niveaux de perception : le niveau de perception "frein assez important" a diminué ; les niveaux de perception frein "pas important" et "très important" ont augmenté ; le niveau "frein absolu" reste là encore constant à $n = 4$ (3%). Aucune différence n'était statistiquement significative ($p = 0.94$).

3. Impact de la journée sur les freins relatifs à la gestion du cabinet

Par rapport à la catégorie de freins précédente plutôt homogène, sur les 5 critères étudiés ici on a observé des disparités d'évolution de perception.

Pour le **frein relatif à la comptabilité** et le **frein relatif à la rentabilité de son activité (et avoir des bénéfices supérieurs aux charges)**, les évolutions ont été similaires avec une diminution des niveaux de perceptions supérieurs (freins "très importants" et "absolus") en parallèle d'une augmentation ou d'une stagnation des niveaux les plus faibles (freins "pas importants" et "assez importants"). Aucune différence de répartition n'était significative avec respectivement $p = 0,69$ et $p = 0,27$.

Concernant le **frein relatif à la gestion du cabinet au quotidien (informatique, stocks, événements imprévus)**, les niveaux de perception "frein pas important" et "frein très important" ont diminué en post journée ; le niveau "frein assez important" a augmenté ; le niveau "frein absolu" est resté stable à $n = 4$ (3%). Aucune différence de répartition n'était statistiquement significative ($p = 0,77$).

Le **frein relatif à l'investissement financier initial (immobilier, équipement médical, ...)** est le seul des 14 freins étudiés dont le niveau de perception a globalement augmenté : les niveaux de perceptions "frein assez important" (déjà majoritaire avant la journée) et "frein absolu" ont augmenté ; les freins "pas important" et "très important" ont diminué. Aucune différence n'était statistiquement significative ($p = 0,69$).

Pour le **frein relatif au management du personnel (secrétaire, personnel ménage...) : recrutement, formation...** les niveaux de freins "pas important" et "absolu" ont augmenté ; les deux autres niveaux de perception ont diminué ("frein assez important" et "frein très important"). Aucune différence de répartition n'était statistiquement significative ($p = 0,40$).

Le test de Chi2 de Pearson n'était significatif pour aucun des 5 freins relatifs à la gestion du cabinet avec un $p > 0,05$ à chaque fois. Cependant les changements de catégories de frein ont montré un effet de tendance qui n'est pas pris en compte par le Chi2 de Pearson. La régression linéaire permet de s'affranchir en partie des limites de ce test car elle tient compte du caractère ordonné des données. Ainsi pour le frein **rentabilité** associé à un $p = 0,27$ pour le test du Chi 2 (le plus proche de la significativité dans sa catégorie), on a réalisé une régression linéaire qui retrouve alors un $p = 0,058$ donc très proche de la significativité. Cependant, si la même analyse est faite avec les autres freins de cette catégorie, les résultats restent loin du seuil de significativité (ex : $p = 0,292$ sur le frein **management du personnel**).

En corollaire, l'étude des données socio-démographiques de la population préalable à l'étude de ces freins relatifs à la gestion du cabinet a révélé que la majorité des étudiants (77,3%) ne se sentent pas "du tout préparés" à la gestion d'un cabinet. Ils ont estimé à 4,2 heures par semaine le temps moyen à consacrer aux tâches de gestion d'un cabinet (**tableau 3** page 54).

4. Impact de la journée sur les freins relatifs à la formation

C'est la catégorie de freins où a été observée l'évolution avant/après la plus importante de toute l'étude.

D'abord, sur les 5 freins de la catégorie, une augmentation patente a été invariablement observée sur les niveaux de perceptions de frein "pas important" ou "assez important", avec en parallèle une forte diminution des freins "très importants" ou "absolus".

Par ailleurs, le test du Chi2 de Pearson était significatif pour chacun des 5 freins liés à la formation avec un $p < 0,05$ à chaque fois voire un $p < 0,001$ donc très significatif (moins de 1% d'erreur).

Pour le frein relatif à la méconnaissance de la pratique ambulatoire par manque de terrains de stage (figure 10), les niveaux de perception de frein les plus élevés (“très important” et “absolu”) ont diminué à respectivement n = 9 (7%) et n = 7 (5%) contre n = 28 (21%) et n = 11 (8%) avant la journée ; en parallèle a été observée une augmentation des niveaux de perception les plus faibles (“pas important” et “assez important”) à respectivement n = 75 (57%) et n = 41 (31%) contre n = 56 (42%) et n = 37 (28%) avant. Les différences de répartition étaient statistiquement significatives ($p = 0,003$).

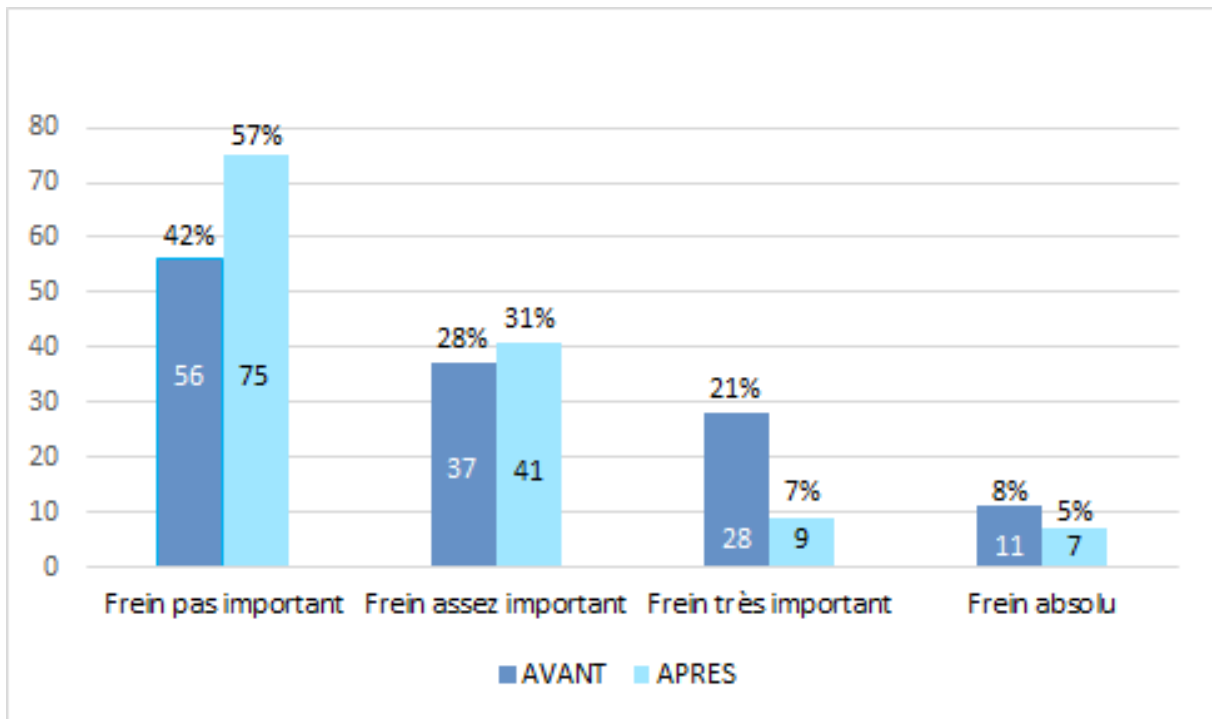


Figure 10. Comparaison avant/après la journée de l'installation concernant le frein “Méconnaissance de la pratique ambulatoire par manque de terrains de stage”

Concernant le **frein relatif à la méconnaissance des démarches administratives pour l'installation (figure 11)**, la perception de ce frein avant/après la journée universitaire a globalement diminué et de façon marquée. Les niveaux de perception les plus importants (freins "très important" et "absolu") ont diminué à respectivement $n = 34$ (26%) et $n = 14$ (11%) contre $n = 60$ (45%) et $n = 37$ (28%) avant ; en parallèle les niveaux de freins "pas important" et "assez important" ont augmenté à $n = 35$ (27%) et $n = 49$ (37%) respectivement, contre $n = 7$ (5%) et $n = 28$ (21%) avant. Les différences de répartition étaient statistiquement significatives ($p < 0,001$).

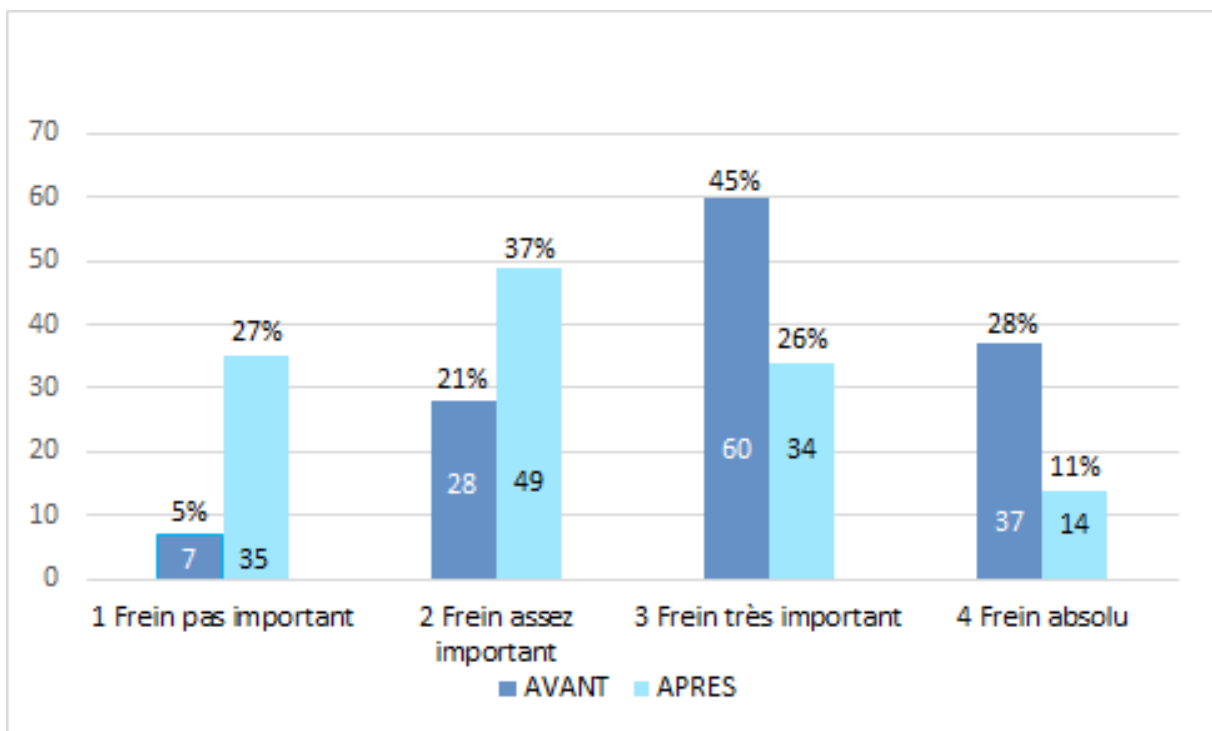


Figure 11. Comparaison avant/après la journée de l'installation concernant le frein "Méconnaissance des démarches administratives pour l'installation"

Pour le **frein relatif à la méconnaissance des formes d'exercice et leurs caractéristiques juridiques (types de société, de structure, ...)** (figure 12), le niveau de perception "frein absolu" est passé de n = 33 (25%) à n = 8 (6%).

Le niveau de perception majoritaire avant la journée était "frein très important" à n = 52 (39%) qui diminuait ensuite à n = 37 (28%). A l'inverse, à la fin de la journée c'est le niveau de perception "frein assez important" qui dominait à n = 51 (39%) contre n = 40 (30%) avant la journée. Le niveau de perception "frein pas important" a augmenté lui aussi à n = 36 (27%) contre n = 7 (5%) avant. Les différences de répartition étaient statistiquement significatives ($p < 0,001$).

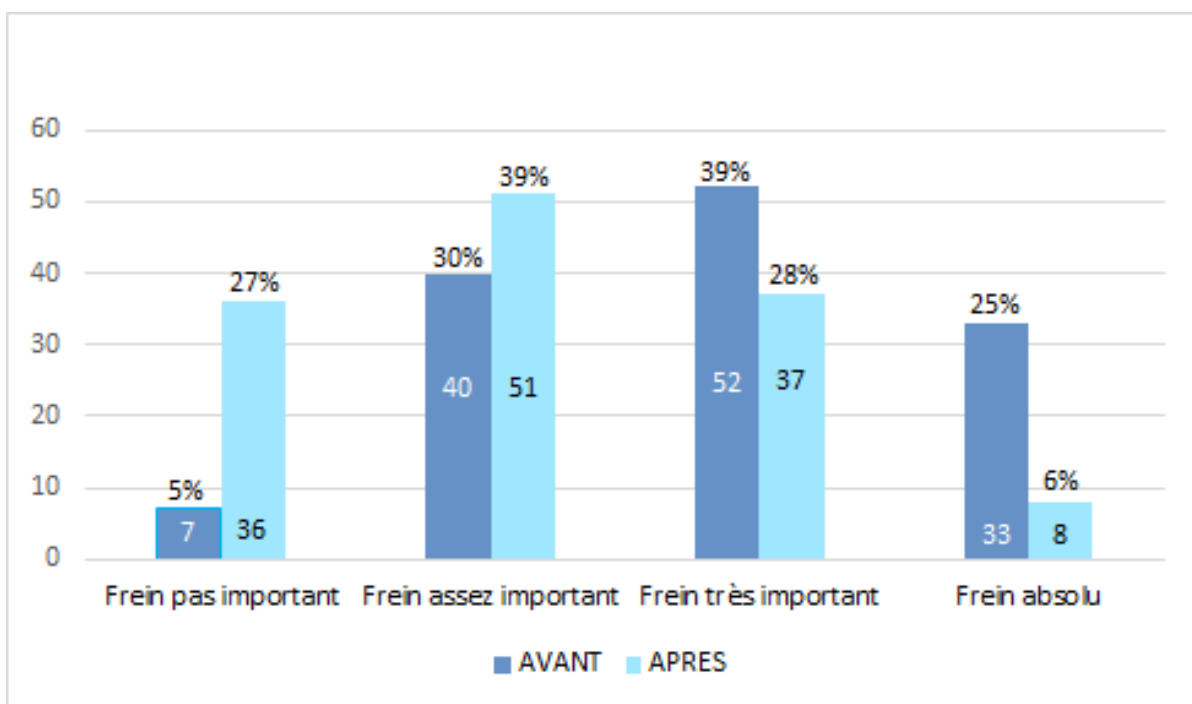


Figure 12. Comparaison avant/après la journée de l'installation concernant le frein "Méconnaissance des formes d'exercice et leurs caractéristiques juridiques (types de société, de structure, ...)"

Concernant le **frein relatif au manque de connaissances des institutions impliquées dans l'installation et leur rôles (Conseil de l'Ordre, ARS, CPAM, URSSAF, CARMF) (figure 13)**, les niveaux de perception les plus importants (freins "très importants" et "absolus") ont diminué respectivement à n = 28 (21%) et n = 6 (5%) contre n = 57 (43%) et n = 38 (29%) avant la journée. En parallèle, a été observée une augmentation des niveaux les plus faibles (freins "pas important" ou "assez important") respectivement à n = 50 (38%) et n = 48 (36%) contre n = 8 (6%) et n = 29 (22%) avant la journée. Le niveau de perception de frein "pas important" était majoritaire après la journée alors que c'était le niveau "très important" qui l'était avant la journée. Les différences de répartition étaient statistiquement significatives ($p < 0,001$).

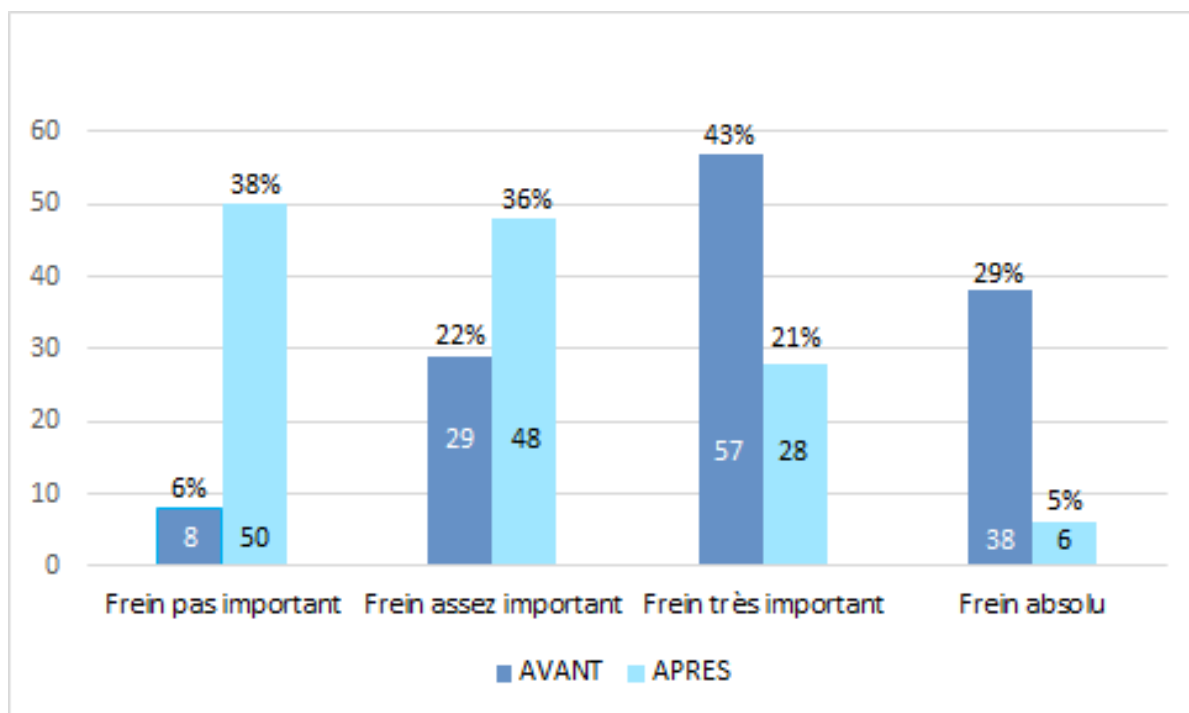


Figure 13. Comparaison avant/après la journée de l'installation concernant le frein "Manque de connaissances des institutions impliquées dans l'installation et leur rôles (Conseil de l'Ordre, ARS, CPAM, URSSAF, CARMF)"

Pour le **frein relatif au manque d'échanges au cours de la formation initiale sur le projet professionnel (figure 14)**, a été constatée une augmentation des freins les plus faibles ("frein pas important" à n = 50 (38%) et "frein assez important" à n = 45 (34%) contre n = 29 (22%) et n = 43 (33%) avant la journée. En parallèle il a été observé une diminution des niveaux de perception de freins les plus élevés ("frein très important" à n = 31 (23%) et "frein absolu" à n = 6 (5%), contre respectivement n = 42 (32%) et n = 18 (14%) avant la journée). Les différences de répartition étaient statistiquement significatives ($p = 0,004$).

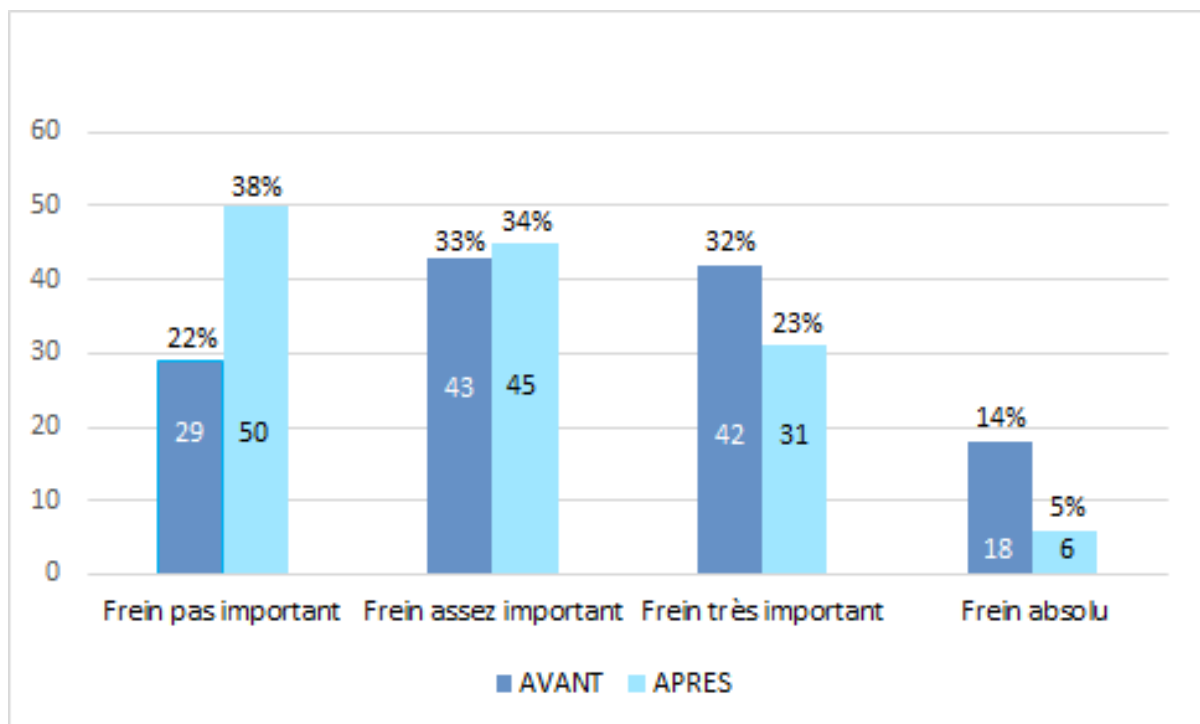


Figure 14. Comparaison avant/après la journée de l'installation concernant le frein "Manque d'échanges au cours de la formation initiale sur le projet professionnel"

5. Analyse descriptive des mouvements de perceptions

La description des mouvements de niveau de perception (**tableau 6** page 57) permet de compléter les résultats précédents et a confirmé une tendance globale à la diminution des freins à l'installation.

Les freins ayant une différence statistiquement significative au test du Chi² de Pearson (cf. supra en détail) étaient associés à un pourcentage de changement de perception toujours supérieur à 20% du mouvement maximal observable.

Par exemple, pour le frein relatif aux méconnaissances des institutions, la journée a induit une diminution de niveau de perception de 52,6% par rapport au mouvement maximal observable. A l'inverse, la journée a induit pour le frein judiciarisation, une diminution de perception de 1,3% du mouvement maximal observable ; pour le frein gestion du cabinet une diminution de 1,6% ; pour le frein investissement initial une inversion de perception (-0,7%) par rapport au mouvement maximal observable. Ces derniers pourcentages étaient toutefois négligeables au regard d'une marge d'erreur de 5%.

D. Satisfaction des participants sur la journée de l'installation

1. Evaluation globale de la journée

Cent dix-huit étudiants (89,4%) ont exprimé un avis positif sur la journée (**tableau 7** page 58).

Toutefois, la majorité a estimé que la tenue de la journée serait plus appropriée avant le dernier semestre d'internat. Plus de la moitié ont estimé que le format visio-conférence était adapté même si un tiers des étudiants se sont dit "plutôt" ou "beaucoup" gênés par le mélange chronologique des ateliers. La majorité des étudiants ont exprimé un avis positif sur l'interactivité via le chat de discussion et étaient "plutôt satisfaits" (à 43,9%) ou "très satisfaits" (à 43,2%).

2. Impact de la journée sur le projet d'installation

La majorité des étudiants ont exprimé avoir été “assez” ou “beaucoup” aidés par la journée dans leur réflexion sur l'installation (**tableau 8** page 59), 52 étudiants ont été confortés dans le choix de s'installer en ambulatoire à l'issue de la journée.

3. Evaluation des ateliers de la journée

Les quatre ateliers ont été jugés utiles pour plus de 90% des répondants (**tableau 9** page 60). Les ateliers 2 et 4 étaient pour 49 étudiants (37.1%) trop théoriques tandis que les ateliers 1 et 3 semblent être les ateliers les plus clairs pour 122 étudiants (92,4%). Les 4 ateliers ont globalement reçu des avis très positifs.

4. Evaluation des intervenants de la journée

Le **tableau 10** (page 61) rapporte que les interventions des institutions partenaires invitées à la journée (ARS, CPAM et CDOM) ont été jugées utiles et claires par une large majorité des étudiants.

D'après le **tableau 11** (page 62), pour 95,5% des étudiants interrogés, les enseignants étaient en capacité de répondre aux questions “la plupart du temps” ou “systématiquement”. Trois étudiants ont jugé que beaucoup de questions étaient restées sans réponse.

5. Propositions d'amélioration de la journée

Si une journée en présentiel était envisagée pour une prochaine édition, la majorité des étudiants ont plébiscité une organisation alternant sessions plénières et ateliers (**tableau 12** page 63). La **figure 15** présente en détail les thèmes des ateliers qu'ils souhaiteraient approfondir.

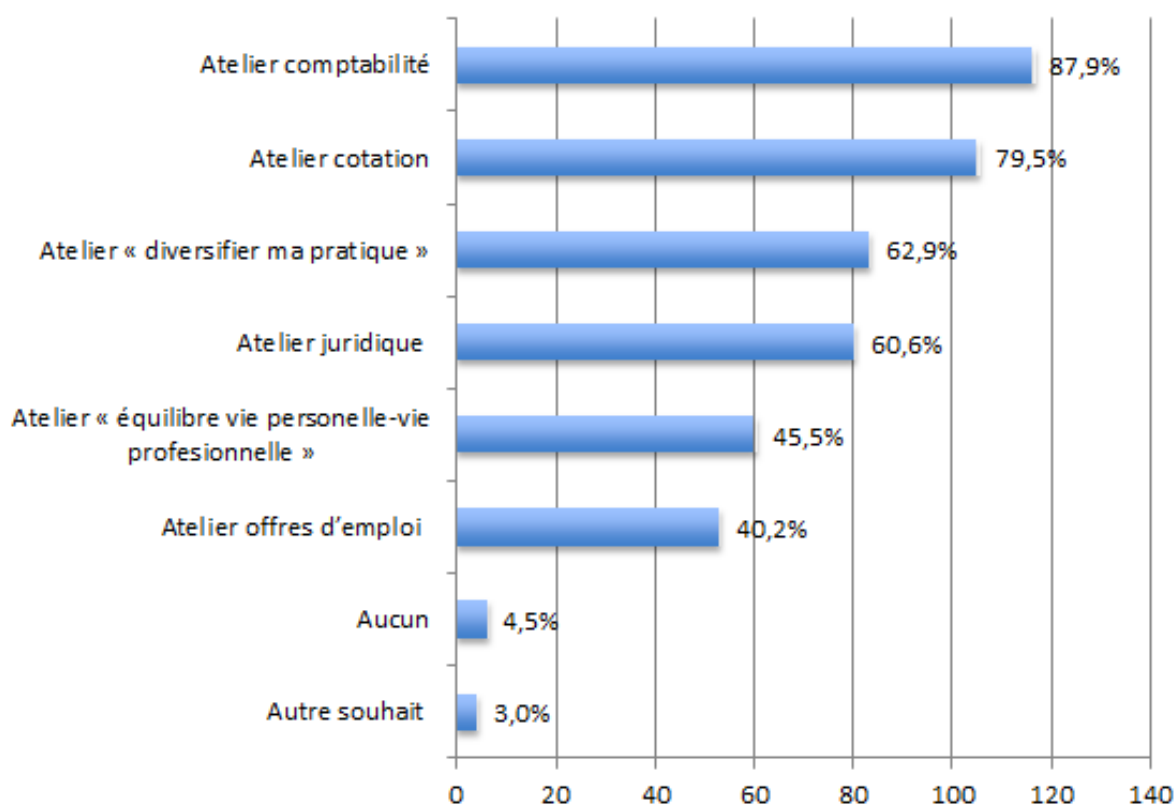


Figure 15. Ateliers complémentaires à la journée souhaités par les étudiants. Plusieurs propositions pouvaient être données.

Une majorité des étudiants (93,9%) ont également souhaité la mise en place d'un site web unique recensant les offres d'emploi dans leur territoire.

6. Commentaires libres des participants

Pour explorer plus précisément les ressentis des étudiants, de nombreux commentaires libres ont été recueillis et ensuite catégorisés.

Les participants à la journée ont exprimé une grande satisfaction dans la tenue d'une journée de l'installation. Certains ont trouvé *“le concept génial”* (étudiant 7), le *“principe de cette journée topissime”* (étudiant 61). L'enseignement qui s'est tenu a aussi été décrit comme *“intéressant”* (étudiant 19) et *“instructif”* (étudiant 95). D'autres étudiants ont précisé cette satisfaction en commentaires larges tels que *“J'ai attendu toute ma formation une journée comme celle-ci [...] merci pour cette première édition dans ce*

contexte si compliqué qui nous a permis d'apprendre un côté de notre métier souvent négligé dans les enseignements théoriques" (étudiant 35).

Les participants ont exprimé dans leurs commentaires que la présence des institutions partenaires apportait un éclairage nouveau grâce à la clarté des explications et les nouvelles notions apprises : *"L'intervention de l'ARS et de la CPAM très claires et qui nous ont appris plein de choses."* (étudiant 19).

Les étudiants ont exprimé un manque de temps alloué à cette journée *"je pense qu'une journée est un peu juste"* (étudiant 22). Ils ont évoqué également le souhait d'avoir plus de temps dans leur formation pour développer les notions abordées lors de cette journée : *"Faire la formation en 2 journées"* (étudiants 9, 44, 48, 61) ou même *"étaler cette « journée de l'installation » sur plusieurs jours"* (étudiant 35). Ils ont évoqué en cela la nécessité d'avoir *"plus de temps pour développer chaque thématique"* (étudiant 44) *"pour entrer dans le détail"* (étudiant 40), *"pour aborder tous ces sujets nouveaux [...] pour ne pas tout mélanger, pour toute la quantité d'informations et le nombre de questions qui en découlent."* (étudiant 48).

Des commentaires libres insistaient également sur la nécessité d'avoir ce type de formation plus en amont dans leur cursus. Les étudiants ont jugé que cette journée *"survient trop tard dans la formation"* (étudiant 6) voire *"beaucoup trop tard dans le cursus"* (étudiant 65). Ils ont estimé qu'il faudrait *"laisser un peu le temps de la réflexion et de poser toutes nos questions avant de quitter le monde de la fac"* (étudiant 19).

Ces commentaires apportent un éclairage complémentaire aux résultats de notre analyse descriptive (**tableau 7** page 58) où deux-tiers des étudiants exprimaient qu'une tenue de la journée en toute fin d'internat était trop tardive.

Les participants à la journée ont aussi exprimé le souhait d'avoir plus de retour d'expérience concret. Certains ont trouvé qu'il *"manqu[ait] d'un intervenant racontant son expérience"* (étudiant 17) ; ils souhaitaient en cela appuyer la nécessité d'avoir *"Plus de retour d'expérience des médecins libéraux par rapport à la CPAM/ARS/ordre (temps égalitaire)"* (étudiant 24).

Des commentaires libres récurrents abordaient un thème non développé lors de la journée, celui des remplacements. Certains étudiants ont jugé qu'*"il est dommage*

d'axer uniquement sur l'installation et d'occulter les autres modes d'exercice" - (étudiant 14) et qu'il faudrait "Parler des remplacements ++++ "justifiant que ce mode d'exercice "concerne la majeure partie des internes en fin de cursus..." (étudiant 97). Ils suggèrent pour certains la mise en place d'"un atelier, "je commence les remplacements en libéral" pour que ça touche tout le monde" (étudiant 48).

IV. Discussion

A. Une étude originale et cohérente avec la littérature

L'originalité de notre travail réside d'abord dans son unicité. Il s'agit à notre connaissance de la première étude s'attachant à mettre en évidence l'impact d'un enseignement sur les freins à l'installation des étudiants en Médecine générale.

Ce travail paraît d'autant plus d'actualité qu'en 2022 en France, l'installation des médecins et l'accès aux soins sont des sujets très discutés, exacerbés par la pandémie de COVID-19 et le contexte des élections présidentielles. La DREES s'est d'ailleurs saisie du problème en publiant en décembre 2021 une revue de la littérature internationale de solutions concrètes à apporter afin de remédier à la pénurie médicale et vient alimenter les réflexions sur les politiques françaises en la matière (30).

Il existe de nombreuses études sur le sujet des freins à l'installation dans la littérature ; mais elles sont pour la plupart de type qualitatives et anciennes. Elles sont souvent antérieures à 2017, année marquée par la réforme du 3ème cycle ayant instauré l'obligation de stages ambulatoires dans le cursus de Médecine générale. On pourrait ainsi penser que certains freins que nous avons choisi d'explorer sont caducs ou désuets. Notre travail montre en réalité que ces freins étaient toujours pertinents en 2021 puisque beaucoup ont été sanctionnés par les étudiants comme étant "assez importants" ou "très importants" en amont de la journée. Le caractère quantitatif de notre étude permet de mesurer l'importance de ces freins.

Notre étude présente des résultats représentatifs de la population des étudiants en fin de cursus notamment grâce à deux facteurs favorisant qui sont, d'une part le caractère obligatoire de la journée (les PhA2 devaient assister à cette formation pour valider un enseignement de leur cursus), ce qui nous a permis de capter la majorité

de la population cible ; d'autre part les multiples relances globales et individuelles pour les questionnaires qui ont permis un taux de réponse de près de 80%.

Notre étude est cohérente avec les données de la littérature : parmi nos résultats on peut citer la féminisation de la profession médicale (60% de notre population d'étude est composée de femmes). Les intentions d'installation des étudiants participants à la journée sont en accord avec l'évolution des modes d'exercice décrite par la DREES ou présentée par l'Atlas de la démographie médicale du CNOM. Un exercice de groupe a été plébiscité par plus de 95% des répondants.

B. Des résultats significatifs sur plusieurs freins

Les freins à l'installation étudiés constituent le cœur de la réflexion de ce travail. Afin de mesurer leur évolution dans la perception qu'en ont les étudiants, ils ont été présentés de façon absolument identique dans les deux questionnaires. Le but était de mesurer le plus justement possible l'impact de la journée sur la perception de ces freins tout en limitant les biais de mémoire ou de subjectivité.

Notre travail de recherche permet de conclure qu'un enseignement universitaire sur le thème de l'installation diminue la perception de certains freins à l'installation de futurs médecins généralistes. Il permet de réduire de manière significative le frein relatif au temps de travail et tous les freins analysés inhérents à la formation. Les freins à l'installation relatifs au manque de connaissance de la médecine ambulatoire, des démarches administratives pour l'installation, du rôle des institutions partenaires, des formes d'exercices mais également les freins relatifs au manque d'échange au cours de la formation médicale sur le projet professionnel ont tous vu diminuer leur perception de manière statistiquement significative à l'issue de la journée.

Les freins semblent en réalité être des *a priori* qui peuvent être partiellement déconstruits par la pédagogie. Cependant, nous avons noté parmi nos résultats une certaine persistance du niveau de perception "frein absolu" en post journée quel que soit le frein étudié. Ce constat peut faire s'interroger sur l'existence d'un petit groupe de répondants "irréductibles", qui ont une perception très fortement négative de certains freins et sur lesquels la journée d'installation n'aura aucune prise (même si la méthode d'analyse basée sur le Chi² de Pearson ne permet pas de l'affirmer).

La tenue d'une journée universitaire d'information semble donc avoir toute sa place dans la formation médicale. L'analyse des mouvements de niveaux de perception a permis de cibler avec précision les freins sur lesquels l'enseignement avait le plus d'impact et sur lesquels il serait souhaitable d'accentuer la formation. Cela rejoint la position de la DREES qui insiste sur la formation initiale en tant que "levier puissant" de l'installation (30) mais à long terme.

C. Démarche d'évaluation d'un enseignement

Notre travail d'évaluation permet de montrer que cette journée a reçu un accueil positif auprès des étudiants, au-delà de l'impact qu'elle a pu produire sur les freins à l'installation. Or, la démarche d'évaluation d'un enseignement par les étudiants est décrite dans la littérature comme une action complémentaire de la recherche appliquée à l'enseignement et participe au processus de développement professionnel des enseignants universitaires.

Le modèle de l'évaluation de la formation de Kirkpatrick (31) permet de mieux conceptualiser la démarche d'évaluation d'une formation.

Le niveau 1 de l'évaluation de Kirkpatrick dit de Réaction s'intéresse à la satisfaction exprimée par les apprenants. Dans notre travail, un excellent accueil de la journée est retrouvé. Le niveau 2 dit des Apprentissages s'intéresse aux savoirs et compétences acquises. Dans notre travail de recherche, la perception des freins à l'installation diminue à la suite de la formation. Le niveau 3 dit des Comportements s'intéresse à la modification des comportements des apprenants, c'est-à-dire la réappropriation des aptitudes transmises. Elle implique d'évaluer une formation plus à distance, à la recherche de ses effets. Il s'agirait ici de savoir si la journée a un impact sur la démarche d'installations futures. Mais la modification des comportements qui découle d'une seule journée d'enseignement est plus difficile à mettre en évidence. Concernant les intentions d'installation qu'explore notre travail, on ne peut pas conclure au déclenchement d'une tendance en faveur de l'installation sur les résultats de notre étude.

Notre étude présente un intérêt pédagogique direct avec de possibles applications pragmatiques immédiates. L'évaluation par le public auquel l'enseignement est destiné permet de s'adapter à ses besoins et de répondre à un objectif d'amélioration de la formation. Notre travail appuie la nécessité de reconduire un enseignement sur le thème de l'installation et guide les améliorations à apporter telles que souhaitées par les étudiants.

Suite à notre étude, le DUMG a décidé d'organiser une nouvelle édition de la journée de l'installation prenant en compte nos résultats. Ainsi en septembre 2022 sera programmé un forum de l'installation sur deux journées, en présentiel, avec une session plénière et des ateliers thématiques répartis sur 10 salles ; un forum d'échanges individuels est également prévu afin de répondre aux représentations qui ne peuvent être correctement considérées dans des ateliers standardisés.

D. Limites de l'étude

Un biais de sélection ou "biais de volontariat" doit faire relativiser notre représentativité. En effet, certains participants "non contraints", intéressés par la journée pour leur propre installation, se comptent parmi les répondants (sur les 132 répondants, 22 étaient non PhA2). Il n'est pas possible d'exclure chez ces participants un *a priori* positif sur la journée et des freins moindres à l'installation.

Un biais de réponse a pu être induit par une compréhension limitée du questionnaire du fait de la tournure des questions. Certains étudiants ont pu penser qu'on leur demandait une connaissance objective et factuelle des freins à l'installation, alors que c'était leur ressenti personnel qui leur était demandé. Ce biais de réponse a pu aussi être favorisé par la longueur des questionnaires entraînant une perte d'adhésion des répondants au fur et à mesure de la progression. Avec des propositions à cocher, les réponses ont pu également être automatisées, notamment sur la fin des questionnaires.

La méthodologie avant/après de l'étude a pu exposer les réponses à des facteurs de confusion : il est possible que la différence observée ne soit pas uniquement due à la tenue de la journée mais liée, de manière indépendante, au temps écoulé entre le premier et le second questionnaire. Les répondants ont pu évoluer dans leur

perception des freins, par exemple en ayant acquis expérience et réflexion dans leur pratique. Néanmoins ce facteur temps est relatif car l'administration des deux questionnaires s'est faite à quelques semaines d'intervalle ; l'écart maximal entre les réponses aux deux questionnaires était inférieur à deux mois (le premier questionnaire a été diffusé 1 mois avant la journée tandis que le second questionnaire a été fermé 1 mois après).

Nos résultats manquent de significativité. On observe une tendance globale à la réduction des freins à l'issue de la journée sans pouvoir conclure systématiquement au caractère significatif de cette réduction (sauf sur 6 des 14 freins étudiés). Deux interprétations nous paraissent possibles : soit notre étude manque de puissance, soit la journée nécessite des améliorations. Dans ce dernier cas nous pouvons être source de propositions grâce à l'évaluation qui a été faite de la journée.

L'analyse statistique par le test du Chi² de Pearson manque de précision fine. Pour un nombre de répondants identiques avant et après la journée dans un même niveau de perception de frein, l'analyse catégorielle ne permet pas de dire si ce sont bien les mêmes personnes qui ont répondu (ex : les freins perçus comme "absolus" qui ne varient pas après la formation ont-ils tous été choisis par les mêmes "irréductibles" comme vu plus haut ?). De même lorsqu'une catégorie de frein diminue au profit d'une autre, il n'est pas possible de conclure à un transfert des individus d'une catégorie vers l'autre. Il peut y avoir eu des transferts dans les deux sens. C'est une des limites du test du Chi² de Pearson qui ne montre pas les effets de glissement d'un niveau de perception à un autre. Ainsi il est possible que les étudiants aient changé d'avis dans les quatre niveaux de perception et que le résultat macroscopique donne l'impression de tendances dans un même sens.

Notre analyse principale ne permet pas de pointer une inconstance de perception individuelle, seulement une tendance globale. Notre analyse secondaire pallie à cette limite en analysant les mouvements de niveau de perception. Ces résultats secondaires sont cohérents avec les principaux basés sur le Chi² de Pearson. Ils soulignent d'autant la nécessité d'amélioration de la journée par le calcul d'un pourcentage de progression et ciblent les freins sur lesquels il faudrait accentuer les interventions.

Enfin, notre étude ne permet pas de conclure au déclenchement d'un processus d'installation chez les étudiants, il faudrait mener d'autres études après la fin du cursus des étudiants. Cela permettrait d'évaluer leur devenir à 6 mois, 1 an ou plus.

Il serait également instructif de mener une étude de cohorte s'intéressant à l'évolution des étudiants à partir d'une nouvelle promotion de Médecine générale post-ECN qui serait suivie sur tout son parcours d'internat (choix initial, remords, évolution de projet professionnel pendant tout le DES...) et au-delà dans sa vie professionnelle.

V. Conclusion

La transformation de la démographie médicale, la redéfinition de la place du médecin généraliste dans le système de soins et l'émergence de nouveaux modes d'exercice ébranlent la notion classique de l'installation et révèlent des freins s'y rattachant. Une journée d'information universitaire sur le thème de l'installation à destination de futurs médecins généralistes permet de diminuer la perception de certains freins à cette installation.

Par ailleurs, du point de vue de l'évaluation pédagogique, cette étude révèle que cette journée est largement plébiscitée par les étudiants soucieux de s'informer sur l'installation. Elle permet d'atténuer diverses inquiétudes, éclairer certains *a priori* et accompagner les futurs diplômés.

Des améliorations de cette journée, telles que proposées dans ce travail, pourront être adoptées afin de s'ajuster au mieux aux attentes exprimées. Dans ce cas, une évaluation de cet enseignement serait à réitérer afin d'en garantir les qualités pédagogiques et d'en mesurer l'impact à long terme sur l'état d'esprit des étudiants ou leur projet d'installation.

« Apprendre, c'est abandonner une représentation pour en adopter une plus prometteuse » Gérard Fouriez

VI. Références bibliographiques

1. Articles L631-1 à L636-1 du Code de l'Education [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038885893
2. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/>
3. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med*. 2 nov 1961;265(18):885-92.
4. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*. 28 juin 2001;344(26):2021-5.
5. Giet, D. Ecologie des soins médicaux, carré de White, soins primaires et médecine générale. *Rev Med Liege*. 2006;61(5-6):277-84.
6. de Pourville G. 43. L'organisation des soins: In: *Traité d'économie et de gestion de la santé* [Internet]. Presses de Sciences Po; 2009 [cité 31 janv 2022]. p. 401-6. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-d-economie-et-de-gestion-de-la-sante-9782724611144.htm>
7. OMS. Déclaration d'Alma-Ata, 1978 [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>
8. WONCA Europe. La définition européenne de la Médecine générale - Médecine de famille. 2002;52.
9. Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet*. oct 1994;344(8930):1129-33.
10. Zerbib, Y, Cartier, T, Mercier, A. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012;65-71.
11. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009-879 juill 21, 2009.
12. Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Cerfa n° 12485*03.
13. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2021 [cité 14 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
14. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et

pharmaceutique ? Les dossiers de la DREES. 2021;(76).

15. Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 31 janv 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>
16. Gesquière S. Près de Fécamp, plus de généraliste mais bientôt des permanences médicales à Sassetot-le-Mauconduit [Internet]. Paris-Normandie. 2022 [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.paris-normandie.fr/id274720/article/2022-02-01/pres-de-fecamp-plus-de-generaliste-mais-bientot-des-permanences-medicales>
17. docThom. Définition de « Installation » [Internet]. Dictionnaire médical. [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/231-installation/>
18. Choquet G. Évaluation d'une formation sur l'incertitude par l'échelle de stress lié à l'incertitude (PRU) chez des internes en stage de médecine générale.
19. Septier-Guelff J, Fanello S, Connan L, Paré F, Bouton C. Intentions d'installation des internes angevins de médecine générale en 2012. Sante Publique. 21 mars 2014;Vol. 26(1):65-74.
20. Bonnaud F, Haiat R. Recherche médecin désespérément! motifs et freins à l'installation en libéral en Ile-de-France. Paris: URML Ile de France; 2008.
21. Setien A. Parcours d'installation de jeunes médecins généralistes primo-installés dans les Alpes-Maritimes entre 2008 et 2016: rapport d'expériences et conseils aux futures générations. [Faculté de Médecine de Nice]: Université de Nice Sophia Antipolis; 2008.
22. Coppolani E. Je peux m'installer, mais je ne le fais pas, pourquoi ? enquête auprès des médecins généralistes remplaçants thésés de Haute-Garonne. [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Toulouse]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014.
23. Baranes D. Etude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France [Thèse d'exercice]. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2016.
24. Dalloz Rémi. Enquête auprès des internes et remplaçants en médecine générale du Limousin [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Limoges]:

Université de Limoges; 2016.

25. Dupont C. Les facteurs motivants l'installation en médecine générale libérale. Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Aisne, l'Oise et la Somme, installés depuis moins de trois ans [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2017.
26. Sengler P. Etat des lieux des dispositifs d'aide à l'installation des médecins en France et perspectives innovantes: Étude qualitative par analyse documentaire [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Strasbourg]: Université de Strasbourg; 2018 [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2018/2018_SEGLER_Pierre.pdf
27. Louyot T. Quels sont les déterminants à l'installation des jeunes médecins généralistes en lorraine ? : une étude rétrospective quantitative réalisée auprès des jeunes médecins généralistes français primo-installés en Lorraine [Internet] [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Nancy]: Université de Lorraine; 2016 [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932441>
28. Augros S. Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins [Internet]. 2019 [cité 15 nov 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/159591220-Evaluation-des-aides-a-l-installation-des-jeunes-medecins.html>
29. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation: étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Thèse d'exercice]. [Faculté de Médecine de Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2013.
30. Portela M (DREES/SEEE). Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. 2021;78.
31. Kirkpatrick, D. Techniques for Evaluating Training Programs. Journal of the American Society of Training Directors. Vol. 13, no 12. 1959;21-6.

VII. Tableaux

Tableau 2. Mesures des mouvements de niveau de perception

Mouvement de perception de frein avant/après	Valeurs de mesure
Lorsqu'un individu change de trois niveaux inférieurs	-3
Lorsqu'il change de deux niveaux inférieurs	-2
Lorsqu'il change vers un niveau de perception directement inférieur	-1
Lorsqu'un individu ne change pas de perception	0
Lorsqu'il change vers un niveau de perception directement supérieur	1
Lorsqu'il change de perception de deux niveaux supérieurs	2
Lorsqu'il change de perception de trois niveaux supérieurs	3

Tableau 3. Caractéristiques de la population

Caractéristiques	Population totale N = 132
Age moyen (IQR) - ans	28.4 (27-28)
Sexe féminin - n (%)	90 (68.2)
Semestre - n (%)	
S4	9 (6.8)
S5	25 (18.9)
S6	85 (64.4)
Année de thèse 1	5 (3.8)
Année de thèse 2	7 (5.3)
Autre	1 (0.8)
Avancement dans la thèse - n (%)	
Je n'ai pas de sujet bien défini	19 (14.4)
Ma fiche de thèse est validée	18 (13.6)
Mon recueil de données est en cours	39 (29.6)
J'ai fini l'analyse et mon manuscrit est en cours de rédaction	6 (4.5)
J'ai une date de soutenance prévue	37 (28)
J'ai déjà soutenu ma thèse	13 (9.9)
Temps de remplacement déjà effectué - n (%)	
0 jours	50 (37.9)
Entre 1 et 30 jours cumulés chez ancien MSU uniquement	24 (18.2)
Entre 1 et 30 jours cumulés hors MSU	29 (22)
1 à 3 mois	19 (14.4)
3 à 6 mois	7 (5.3)
> 6 mois	3 (2.3)

Tableau 4. Caractéristiques du projet professionnel de la population étudiée

Caractéristiques	Population totale N = 132
Intention d'installation ambulatoire - n (%)	
Non	15 (11.4)
Plutôt non	23 (17.4)
Plutôt oui	41 (31.1)
Oui	53 (40.2)
Délai à l'installation envisagé en post internat - n (%)	
Tout de suite	32 (24.2)
Dans l'année	25 (18.9)
Entre 1-2 ans	39 (29.6)
Plus de 2 ans	36 (27.3)
Type d'exercice principal souhaité - n (%)	
Cabinet seul	4 (3)
Cabinet monoprofessionnel (avec seulement des médecins généralistes)	13 (9.9)
Cabinet pluriprofessionnel (avec d'autres professions médicales ou paramédicales)	65 (49.2)
Permanence médicale (soins non programmés en cabinet à horaires élargis)	5 (3.8)
Maison de santé pluridisciplinaire (mono-site ou multi-sites)	26 (19.7)
Centre de santé ou centre mutualiste (en salariat)	2 (1.5)
CeGIDD, PMI ou planning familial	2 (1.5)
Service conventionnel de centre hospitalier public	4 (3.0)
Service conventionnel de clinique privée	2 (1.5)
Hôpital de jour	0 (0)
Soins de suite et réadaptation	5 (3.8)
Service d'urgences	3 (2.3)
Autre type de structure	1 (0.8)
Type d'exercice secondaire souhaité - n (%)	
Permanence médicale (soins non programmés en cabinet à horaires élargis)	37 (28.0)
CeGIDD, PMI ou planning familial	30 (22.7)
Aucun	23 (17.4)
Cabinet pluriprofessionnel (avec d'autres professions médicales ou paramédicales)	17 (12.9)
Autre type de structure : ...	14 (10.6)
Maison de santé pluridisciplinaire (mono-site ou multi-sites)	14 (10.6)
Service conventionnel de clinique privée	13 (9.9)
Service conventionnel de centre hospitalier public	11 (3.3)
Service d'urgences	9 (6.8)
Soins de suite et réadaptation	8 (6.1)
Cabinet monoprofessionnel (avec seulement des médecins généralistes)	6 (4.6)
Centre de santé ou centre mutualiste (en salariat)	5 (3.8)
Cabinet seul	1 (0.8)
Hôpital de jour	1 (0.8)

Caractéristiques	Population totale N = 132
Sentiment de formation à la gestion d'un cabinet ? - n (%)	
Pas du tout	102 (77.3)
Un peu	18 (13.6)
Partiellement	12 (9.1)
Complètement	0 (0)
Estimation du temps hebdomadaire alloué à la gestion d'un cabinet - moyenne (IQR) heures/semaine	4.19

Tableau 5. Comparaison avant/après la journée universitaire de l'ensemble des freins à l'installation étudiés

			Frein pas important	Frein assez important	Frein très important	Frein absolu	<i>p</i>
FREINS RELATIFS A L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	Rapports humains entre collègues	Avant	61	42	21	8	0,505
		Après	73	34	17	8	
	Temps de travail	Avant	23	36	57	16	<0,001
		Après	26	66	28	12	
	Exercice médical « sans filet »	Avant	57	53	20	2	0,720
		Après	66	45	19	2	
Judiciarisation	Avant	27	64	37	4	0,942	
	Après	29	59	40	4		
FREINS RELATIFS A LA GESTION DU CABINET	Comptabilité	Avant	28	56	39	9	0,698
		Après	33	59	34	6	
	Gestion du cabinet	Avant	42	57	29	4	0,775
		Après	39	65	24	4	
	Investissement financier	Avant	41	53	32	6	0,693
		Après	38	60	26	8	
Rentabilité activité	Avant	36	50	37	9	0,271	
	Après	47	50	31	4		
Management du personnel	Avant	40	54	36	2	0,407	
	Après	49	52	27	4		
FREINS RELATIFS A LA FORMATION	Méconnaissance de la pratique	Avant	56	37	28	11	0,003
		Après	75	41	9	7	
	Méconnaissance des démarches administratives	Avant	7	28	60	37	<0,001
		Après	35	49	34	14	
	Méconnaissance des formes	Avant	7	40	52	33	<0,001
		Après	36	51	37	8	
Manque de connaissances des institutions	Avant	8	29	57	38	<0,001	
	Après	50	48	28	6		
Manque d'échanges sur le projet professionnel	Avant	29	43	42	18	0,004	
	Après	50	45	31	6		

Tableau 6. Pourcentage de changement de perception par frein vis-à-vis de l'objectif maximal observable

Frein	Pondérations							Somme des mouvements de perception observés	Somme maximale des mouvements observables	Pourcentage atteint
	-3	-2	-1	0	1	2	3			
Rapports humains entre collègues	2	4	26	82	13	4	0	-19	-108	17,6%
Temps de travail	1	9	39	64	18	1	0	-40	-198	20,2%
Exercice sans filet	1	7	27	67	27	2	0	-13	-99	13,1%
Judiciarisation	0	6	31	58	31	5	0	-2	-150	1,3%
Comptabilité	1	5	38	56	30	1	0	-19	-161	11,8%
Gestion du cabinet	1	3	32	60	33	3	0	-2	-127	1,6%
Investissement	0	5	31	58	34	4	0	1	-135	-0,7%
Rentabilité	1	7	37	62	23	2	0	-27	-151	17,9%
Management	1	5	32	66	25	3	0	-14	-132	10,6%
Méconnaissance terrain de stage	1	17	32	60	21	1	0	-46	-126	36,5%
Méconnaissance des démarches	9	20	46	45	11	1	0	-100	-259	38,6%
Méconnaissance des formes d'exercice	4	28	48	32	18	2	0	-94	-243	38,7%
Méconnaissance des institutions	11	28	57	26	9	1	0	-135	-257	52,5%
Manque d'échange sur le projet professionnel	3	19	32	57	19	2	0	-56	-181	30,9%
Moyenne des pourcentages de changement										20,8%

Tableau 7. Evaluation de la journée**Population totale N = 132**

Degré de satisfaction global - n (%)	
Très insatisfait	0 (0)
Insatisfait	14 (10.6)
Satisfait	63 (47.7)
Très satisfait	55 (41.7)
Moment de tenue de la journée pendant l'internat - n (%)	
Bon moment (fin de S6)	41 (31)
Préférence pour une tenue de la journée en début de S5	27 (20.4)
Préférence pour une tenue de la journée en fin de S5 ou début de S6	42 (31.8)
Préférence pour une tenue de la journée en phase 1	22 (16.7)
Visioconférence - n (%)	
Réalisation de la journée en visioconférence adaptée	74 (56.1)
Préférence pour une journée en présentiel	47 (35.6)
Sans préférence	11 (8.3)
Interactivité du chat - n (%)	
Très insatisfaisante	2 (1.5)
Plutôt insatisfaisante	15 (11.4)
Plutôt satisfaisante	58 (43.9)
Très satisfaisante	57 (43.2)
Perception vis à vis du mélange chronologique des ateliers - n (%)	
Non concerné	20 (15.1)
Pas du tout gêné	31 (27.7)
Plutôt non gêné	42 (37.5)
Plutôt gêné	31 (27.7)
Beaucoup gêné	8 (7.1)

Tableau 8. Impact de la journée sur le projet d'installation des étudiants

Critères étudiés	Population totale N = 132
État d'esprit à la fin de la journée - n (%)	
Je ne souhaite toujours pas m'installer, j'ai d'autres projets	28 (21.2)
Je garde mes appréhensions sur l'installation et je continue mes réflexions	31 (23.5)
Je ne voulais pas m'installer avant la journée, désormais j'ai entamé une réflexion sur l'installation	15 (11.4)
Je souhaitais m'installer, désormais je doute	6 (4.5)
Je souhaitais m'installer avant le module et je suis conforté dans mon choix	52 (39.4)
Aide dans la réflexion sur l'installation - n (%)	
Pas du tout aidé	8 (6.1)
Un peu	18 (13.6)
Assez	66 (50.0)
Beaucoup aidé	40 (30.3)

Tableau 9. Evaluation des ateliers de la journée et de leur contenu

	Population totale N = 132			
	Atelier 1	Atelier 2	Atelier 3	Atelier 4
Utile - n (%)	120 (90.9)	129 (97.7)	120 (90.9)	129 (97.7)
Claire - n (%)	122 (92.4)	110 (83.3)	122 (92.4)	110 (83.3)
Théorique - n (%)	44 (33.3)	49 (37.1)	44 (33.3)	49 (37.1)
Complexe - n (%)	30 (22.7)	45 (34.1)	30 (22.7)	45 (34.1)

Tableau 10. Evaluation de la qualité des interventions des institutions

	Population totale N = 132		
	ARS	CPAM	CDOM
Utile - n (%)	126 (95.4)	127 (96.2)	124 (93.9)
Claire - n (%)	120 (90.9)	117 (88.6)	125 (94.7)

Tableau 11. Evaluation de la capacité des enseignants à répondre aux interrogations des étudiants

	Population totale N = 132
Capacité des enseignants à répondre aux interrogations des étudiants - n (%)	
Beaucoup de questions sans réponses	3 (2.2)
Pas souvent	3 (2.2)
La plupart du temps	91 (68.9)
Systematiquement	35 (26.5)

Tableau 12. Souhaits de changement pour l'amélioration de la journée

Critères étudiés	Population totale N = 132
Souhait de prolongation de la journée par l'approfondissement d'atelier - n (%)	
Autre souhait	4 (3.03)
Aucun	6 (4.5)
Atelier offres d'emploi	53 (40.1)
Atelier « équilibre vie personnelle-vie professionnelle »	60 (45.4)
Atelier juridique	80 (60.6)
Atelier « diversifier ma pratique »	83 (62.1)
Atelier cotation	105 (78.8)
Atelier comptabilité	116 (85.6)
Souhait de changement d'organisation de la journée - n (%)	
Ateliers seuls	20 (15.1)
Plénières seules	5 (3.8)
Alternance de plénières et ateliers	107 (81.1)
Souhait exprimé pour recevoir des informations d'offres d'emploi- n (%)	
Newsletter	8 (6.1)
Site web	94 (71.2)
Newsletter et site web	30 (22.7)

VIII. Annexes

Annexe 1. Liste des 11 familles de situations cliniques en Médecine générale

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, polymorbidité à forte prévalence
2. Situations liées à des problèmes aigus / non programmés / fréquents / exemplaires
3. Situations liées à des problèmes aigus/ non programmés/ dans le cadre des urgences réelles ou ressenties.
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
7. Situations de problèmes de santé et /ou de souffrance liés au travail
8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et ou juridiques/ médicolégaux sont au premier plan
9. Situations avec des patients difficiles / exigeants
10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
11. Situations avec des patients d'une autre culture

Annexe 2. Tableau récapitulatif des freins à l'installation dans la littérature

FREINS À L'INSTALLATION		
LIÉS AU LIEU	Services de proximité	Qualité de vie (sécurité, commerces, cultures) Etablissements scolaires Alimentation Poste Loisirs
	Ruralité	Faible densité de population Eloignement géographique ; Population vieillissante, agricole Proximité/manque de vie privée
	Emploi du conjoint	Attractivité économique faible
	Éloignement lieu de vie	Nécessité du transport (dimension écologique, temps de trajet)
LIÉS AUX CONDITIONS D' EXERCICE	Isolement professionnel	Distance plateau technique (CH, CHU), pénurie offre libérale Trouver des correspondants Pharmacie Laboratoires analyses et de radiologie Cabinets paramédicaux
	Charge de travail médical	Surtout en cas d'isolement Perte du travail en équipe Temps de travail hebdomadaire Concilier vie privée Difficultés à se faire remplacer
	Investissement financier initial	Prix du foncier Fiscalité locale Rachat patientèle/opportunité Equipement global
	Diversité de la pratique	Frein retrouvé chez les internes
	Charges administratives	Gestion comptable du cabinet (charges de fonctionnement) Nécessité d'un secrétariat
	Conditions d'exercice à venir incertaines	« Vision idéaliste/utopique » de l'avant-installation
	Evolution de la relation médecin-patient	Judiciarisation Exigence des patients
	Réforme du médecin-traitant	Le parcours de soins
	Spécificités du libéral	Couverture sociale Insécurité
	Manque de flexibilité	raisons familiales mauvaise entente entre confrères/collaborateurs changement de mode, de conditions d'exercice, souhait de diversification de l'activité (vers mixte, vers enseignement) déménagement
LIÉS À LA FORMATION	Manque de formation initiale - en médecine rurale - en médecine libérale	Orientation CHU Manque de terrain de stage Méconnaissance lors du choix ECN
	Manque de formation à l'installation	Sur le plan : financier, administratif et juridique Survenue trop tard dans les études Interrogation sur origine des aides (collectivités, département)
	Multiplicité des acteurs et sources d'information	Manque de lisibilité Problème de communication
SANS INFLUENCE a priori		Participation à la permanence de soins Salaire à l'installation

L'ensemble des travaux de notre revue de la littérature portait sur l'installation des médecins généralistes libéraux.

Annexe 3. Questionnaire n°1 - Questionnaire préparatoire à la journée de l'installation du 1er octobre 2021 organisée par le DUMG

Bonjour à tous,

Vendredi 1er octobre 2021 se tiendra la journée de l'installation organisée par le Département Universitaire de Médecine Générale, en visioconférence, pour les étudiants en fin de cursus de Médecine générale à la faculté de Marseille.

Cette première édition marseillaise organisée en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'Ordre Départemental des Médecins est une occasion unique de se familiariser avec les différents aspects de l'exercice ambulatoire. Ce rendez-vous important est un moment d'échange privilégié qui pourra lever certaines idées reçues liées à l'installation en cabinet.

Afin de mieux répondre aux attentes des étudiants concernant cette journée, nous souhaitons mieux connaître vos projets professionnels au terme de votre DES et vos appréhensions vis-à-vis de l'installation.

Votre participation est indispensable et permettra d'assurer l'efficacité de la journée et de répondre au mieux à vos attentes.

Le questionnaire comprend 15 questions. Toutes les réponses seront anonymisées pour les médecins du DUMG. Nous vous demandons cependant de vous identifier afin d'éviter une relance inutile.

Un autre questionnaire sera à remplir après la journée afin de l'évaluer et de comparer votre perception avant/après.

A vous de jouer ! Merci

1. Votre situation actuelle

1. Nom

2. Prénom

3. Âge (une seule réponse possible)

- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- Plus de 40 ans

4. Quel est le niveau d'avancement de votre thèse ? (Une seule réponse possible)

- Je n'ai pas de sujet bien défini
- Ma fiche de thèse est validée
- Mon recueil de données est en cours
- J'ai fini l'analyse et mon manuscrit est en cours de rédaction

- J'ai une date de soutenance prévue
- J'ai déjà soutenu ma thèse

5. A quel niveau de votre DES êtes-vous ? (Une seule réponse possible)

- S1
- S2
- S3
- S4
- S5
- S6
- Validation de la phase d'approfondissement, en année de thèse N° 1
- Validation de la phase d'approfondissement, en année de thèse N° 2
- Autre situation :

6. Combien de temps de remplacement en cabinet avez-vous déjà effectué durant vos études ? (Une seule réponse possible)

- Aucun
- Entre 1 et 30 jours cumulés chez mes anciens MSU uniquement (de SN1 ou de SASPAS)
- Entre 1 et 30 jours cumulés dont une partie hors MSU
- 1 à 3 mois cumulés
- 3 à 6 mois cumulés
- Plus de 6 mois cumulés

2. Choix d'exercice

7. A l'heure actuelle, envisagez-vous de vous installer en exercice ambulatoire à l'issue de vos études ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Sûr que non

8. Dans quel délai souhaiteriez-vous débiter votre activité médicale quelle que soit sa nature (hors remplacement) ? (Une seule réponse possible)

- Tout de suite après la validation de mon DES
- Dans l'année après la validation de mon DES
- Entre 1-2 ans après la validation de mon DES
- Plus de 2 ans après mon DES voire pas de date fixe

Nous allons maintenant vous poser deux fois une question similaire ; l'une concerne votre lieu d'exercice principal, l'autre concerne vos lieux d'exercice secondaires éventuels :

9. Dans quel type de structure souhaiteriez-vous établir votre exercice principal ? (Une seule réponse possible)

- En cabinet seul
- En cabinet monoprofessionnel (avec seulement des médecins généralistes)
- En cabinet pluriprofessionnel (avec d'autres professions médicales ou paramédicales)
- En permanence médicale (soins non programmés en cabinet à horaires élargis)
- En maison de santé pluridisciplinaire (mono-site ou multi-sites)
- En centre de santé ou centre mutualiste (en salariat)
- En CEGIDD, PMI ou planning familial
- En service conventionnel de centre hospitalier public
- En service conventionnel de clinique privée
- En hôpital de jour
- En soins de suite et réadaptation
- En service d'urgences
- Dans un autre type de structure (précisez) :

10. Dans quel type de structure souhaiteriez-vous établir votre(vos) exercice(s) secondaire(s) éventuels ? (2 choix maximum)

- Je ne souhaite pas exercer dans un lieu d'activité secondaire
- En cabinet seul
- En cabinet monoprofessionnel (avec seulement des médecins généralistes)
- En cabinet pluriprofessionnel (avec d'autres professions médicales ou paramédicales)
- En permanence médicale (soins non programmés en cabinet à horaires élargis)
- En maison de santé pluridisciplinaire (mono-site ou multi-sites)
- En centre de santé ou centre mutualiste
- En CEGIDD, PMI ou planning familial
- En service conventionnel de centre hospitalier public
- En service conventionnel de clinique privée
- En hôpital de jour
- En soins de suite et réadaptation
- En service d'urgences
- Dans un autre type de structure (précisez) :

3. Freins à l'installation

11. Notez, selon votre propre perception, ces freins à l'installation relatifs à l'environnement de travail, de « pas important » (1) à « frein absolu » (4) (une seule réponse possible par ligne)

	1 Frein pas important	2 Frein assez important	3 Frein très important	4 Frein absolu
Rapports humains entre collègues (médecins et paramédicaux)				
Temps de travail (déséquilibre vie perso et vie pro)				
Exercice médical « sans filet » par rapport à un établissement hospitalier qui dispose d'examens complémentaires, d'équipes médicales et paramédicales sur place				
Judiciarisation de la relation médecin-malade (responsabilité médicale individuelle)				

12. Toujours selon votre perception personnelle, notez ces freins à l'installation relatifs à la gestion du cabinet, de « pas important » (1) à « frein absolu » (4) (une seule réponse possible par ligne) :

	1 Frein pas important	2 Frein assez important	3 Frein très important	4 Frein absolu
Comptabilité				
Gestion du cabinet au quotidien (informatique, stocks, événements imprévus)				
Investissement financier initial (immobilier, équipement médical,...)				
Assurer la rentabilité de mon activité (bénéfices supérieurs aux charges)				
Management du personnel (secrétaire, personnel ménage) : recrutement, formation...				

13. Selon vous, votre cursus initial médical prépare-t-il aux compétences de gestion (compétences non médicales) d'un cabinet ? (Une seule réponse possible)

- Complètement
- Partiellement
- Un peu
- Pas du tout

14. Selon vous combien d'heures par semaine est-il nécessaire de consacrer à des tâches de gestion du cabinet (tâches non médicales) ? (Une seule réponse possible)

- Aucune
- 1 heure
- 2 heures
- 3 heures
- 4 heures
- 5 heures
- 6 heures et plus

15. Selon votre propre perception, notez ces freins à l'installation relatifs à la formation, de « pas important » (1) à « frein absolu » (4) (une seule réponse possible par ligne) :

	1 Frein pas important	2 Frein assez important	3 Frein très important	4 Frein absolu
Méconnaissance de la pratique ambulatoire par manque de terrains de stage				
Méconnaissance des démarches administratives pour l'installation				
Méconnaissance des formes d'exercice et leurs caractéristiques juridiques (type de société, de structure,...)				
Manque de connaissances des institutions impliqués dans l'installation et leur rôles (Conseil de l'Ordre, ARS, CPAM, URSAFF, CARMF)				
Manque d'échanges au cours de la formation initiale sur le projet professionnel				

Merci beaucoup pour vos réponses !

Annexe 4. Questionnaire n°2 - Evaluation de la journée de l'installation du 1^{er} octobre 2021

Merci de répondre à ce questionnaire pour évaluer la journée de l'installation à laquelle vous avez participé.

Les résultats seront anonymisés et restitués dans un travail de thèse.

Ce dernier permettra d'améliorer la forme, le contenu et le déroulé de la journée pour nos futurs confrères.

1. Participant

1. Nom
2. Prénom

2. Journée

3. Concernant cette journée, quel est votre degré global de satisfaction ?
 - Totalement insatisfait
 - Plutôt insatisfait
 - Plutôt satisfait
 - Très satisfait
4. Pensez vous que cette journée intervient au bon moment dans votre internat ?
 - Oui, elle intervient au bon moment (fin de S6)
 - Non, elle serait plus adaptée en début de S5
 - Non, elle serait plus adaptée en fin de S5 ou début de S6
 - Non, elle serait plus adaptée en phase d'approfondissement 1
5. Qu'avez vous pensé de la forme « visioconférence » pour cette journée ?
 - la visioconférence était adaptée
 - une journée en présentiel serait plus adéquate

6. Le mélange de l'ordre chronologique des ateliers vous a-t-il gêné dans le suivi de la journée ? (Certains ont participé à l'atelier 1 « Préparer son installation avant la fin de son DES », puis l'atelier 2 « Construire son installation », puis l'atelier 3 « Je m'installe », puis l'atelier 4 « Je suis installée, je pratique » ; d'autres ont réalisé ces ateliers dans un ordre différent)

- Oui, beaucoup
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout
- Je ne suis pas concerné, j'ai suivi les ateliers dans l'ordre

3. Evaluation des intervenants

7. A propos des instances présentes tout au long de la journée, l'intervention de l'ARS était :

	OUI	NON
utile		
claire		

8. A propos des instances présentes tout au long de la journée, l'intervention de la CPAM était :

	OUI	NON
utile		
claire		

9. A propos des instances présentes tout au long de la journée, l'intervention du CDOM était :

	OUI	NON
utile		
claire		

10. Les enseignants du DUMG étaient en capacité de répondre aux interrogations des participants :

- Oui systématiquement
- La plupart du temps
- Pas souvent
- Beaucoup de questions sont restées sans réponse

11. L'interactivité via le chat/discussion du Zoom était :

- Très insatisfaisante
- Plutôt insatisfaisante
- Plutôt satisfaisante
- Très satisfaisante

4. Evaluation des ateliers

12. Concernant l'atelier 1, « Préparer son installation avant la fin de son DES » :
Atelier traitant des aides financières durant l'internat, la structuration de l'offre de soins, l'anticipation de sa pratique pendant les études, la cotation, les définitions du zonage

L'atelier m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances	O/N
L'atelier était trop complexe dans son contenu	O/N
La présentation des enseignants était claire	O/N

Remarques :

13. Concernant l'atelier 2, « Construire son installation » :
Atelier sur les contrats d'aides à l'installation, les formes juridiques d'exercice et le logiciel métier

L'atelier m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances	O/N
L'atelier était trop complexe dans son contenu	O/N
La présentation des enseignants était claire	O/N

Remarques. :

14. Concernant l'atelier 3, « Je m'installe » :

Atelier sur la comptabilité et les démarches administratives en vue de l'installation

L'atelier m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances	O/N
L'atelier était trop complexe dans son contenu	O/N
La présentation des enseignants était claire	O/N

Remarques :

15. Concernant l'atelier 4, à propos de « Je suis installé(e), je pratique » :

Atelier sur la pratique courante en cabinet et les personnes ressources en cas de difficultés

L'atelier m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances	O/N
L'atelier était trop complexe dans son contenu	O/N
La présentation des enseignants était claire	O/N

Remarques :

5. Impact de la journée sur le projet professionnel

16. Après cette journée, dans quel état d'esprit êtes-vous ?

- Je souhaitais m'installer avant le module et je suis conforté dans mon choix
- Je souhaitais m'installer, désormais je doute
- Je ne voulais pas m'installer avant la journée, désormais j'ai entamé une réflexion sur l'installation
- Je garde mes appréhensions sur l'installation et je continue mes réflexions
- Je ne souhaite toujours pas m'installer, j'ai d'autres projets

17. Concernant la journée, à quel degré estimez-vous avoir été aidé dans la poursuite de votre réflexion sur l'installation ?

- Pas du tout aidé
- Un peu aidé
- Assez aidé
- Beaucoup aidé

6. Impact de la journée sur les freins à l'installation

18. A l'issue de cette journée, selon votre perception, notez ces freins à l'installation relatifs à l'environnement de travail, de « pas important » (1) à « frein absolu » (4) :

	1 Frein pas important	2 Frein assez important	3 Frein très important	4 Frein absolu
Rapports humains entre collègues (médecins et paramédicaux)				
Temps de travail (déséquilibre vie perso et vie pro)				
Exercice médical « sans filet » par rapport à un établissement hospitalier qui dispose d'examens complémentaires, d'équipes médicales et paramédicales sur place				
Judiciarisation de la relation médecin-malade (responsabilité médicale individuelle)				

19. Toujours selon votre perception à l'issue de la journée, notez ces freins à l'installation relatifs à la gestion du cabinet, de « pas important » (1) à « frein absolu » (4) :

	1 Frein pas important	2 Frein assez important	3 Frein très important	4 Frein absolu
Comptabilité				
Gestion du cabinet au quotidien (informatique, stocks, événements imprévus)				
Investissement financier initial (immobilier, équipement médical,...)				
Assurer la rentabilité de mon activité (bénéfices supérieurs aux charges)				
Management du personnel (secrétaire, personnel ménage,) : recrutement, formation...				

20. Après cette journée, selon votre perception, notez ces freins à l'installation relatifs à la formation, de « pas important » (1) à « frein absolu » (4) :

	1 Frein pas important	2 Frein assez important	3 Frein très important	4 Frein absolu
Méconnaissance de la pratique ambulatoire par manque de terrains de stage				
Méconnaissance des démarches administratives pour l'installation				
Méconnaissance des formes d'exercice et leurs caractéristiques juridiques (type de société, de structure,...)				
Manque de connaissances des institutions impliqués dans l'installation et leur rôles (Conseil de l'Ordre, ARS, CPAM, URSAFF, CARMF)				
Manque d'échanges au cours de la formation initiale sur le projet professionnel				

7. Perspectives d'améliorations

21. Si une journée en présentiel était envisagée :

- L'alternance de plénières et d'ateliers à thème serait plutôt bien adapté
- Il ne faudrait garder que des sessions plénières
- Il ne faudrait garder que des ateliers à thème

22. Seriez-vous intéressé pour approfondir vos connaissances par d'autres ateliers ?

- Non
- Atelier comptabilité (en partenariat avec un expert comptable)
- Atelier cotation : aide à la facturation des actes
- Atelier juridique : responsabilité médicale et formes juridiques d'exercices (en partenariat avec un juriste)
- Atelier offres d'emploi (en partenariat avec les CPTS et collectivités territoriales pour présenter les opportunités d'installation)
- Atelier « diversifier ma pratique » (activité mixte, activité universitaire, valorisation de DU, autres...)
- Atelier « équilibre vie personnelle et professionnelle »
- Autre (précisez) :

23. Par quel(s) moyen(s) souhaiteriez-vous disposer des offres d'emploi en soins primaires sur votre territoire (projets et structures en cours de construction, place dans les structures déjà en place) ?

- Site unique en ligne via une plateforme institutionnelle (valable pour le dépôt et la consultation des annonces de projets)
- Newsletter mensuelle

24. Quels seraient, selon vous, les points à améliorer de cet enseignement (et vos propositions éventuelles d'amélioration) ?

Si vous avez d'autres propositions d'améliorations, n'hésitez pas à envoyer un e-mail au Dr Camille DE LAPEYRIERE (camille.de-la-peyriere@univ-amu.fr) - Merci !

IX. Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CeGIDD: centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Études Spécialisée (correspond à la période de l'internat, après le concours national de fin de 6ème année)

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

ECN : Examen Classant National, (concours national de fin de 6ème année de médecine qui permet selon son classement de choisir sa spécialité et son subdivision d'internat)

MSU : Maître de Stage des Universités

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PACES: Première année commune aux études de santé (ex-première année de médecine ou P1)

PASS: Parcours d'Accès Santé Spécifique

PhA1 : 1ère année de phase d'approfondissement de DES

PhA2 : 2ème année de phase d'approfondissement de DES

PMI : Protection maternelle et infantile

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RSCA : Récit de Situations Complexe Authentique

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

WONCA: *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, souvent abrégé en *World Organization of Family Doctors* est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque »

Freins à l'installation des médecins généralistes : impact d'une journée d'information universitaire

Contexte. L'installation du médecin généraliste est une notion complexe, protéiforme ; sa définition a évolué en même temps que les modes d'exercice, désormais nombreux et variés. Seule la régularité de l'activité médicale dans le temps reste l'élément constant de la notion d'installation. Celle-ci soulève de nombreuses questions chez les étudiants de Médecine générale, particulièrement vers la fin de leur cursus, et se heurte à de nombreux freins. Afin d'y répondre, le DUMG de la Faculté de Médecine de Marseille a organisé une journée d'information universitaire sur l'installation en Médecine générale.

Objectifs. Analyser l'impact d'une journée d'information universitaire sur les freins à l'installation chez les internes de Médecine générale. Évaluer le contenu pédagogique de la journée afin de proposer les modifications nécessaires pour mieux répondre aux attentes des futurs étudiants médecins.

Méthode. Etude épidémiologique descriptive transversale de type avant-après centrée sur la journée universitaire d'information à l'installation. L'analyse statistique des niveaux de perception des freins a été effectuée par un test du Chi² de Pearson.

Résultats. A la suite de la journée universitaire, une diminution globale de perception des freins à l'installation est observée, avec une différence statistiquement significative pour le frein relatif au temps de travail et ceux relatifs à la formation. Les étudiants déclarent être globalement satisfaits à la suite de cette journée d'information.

Conclusion. La transformation de la démographie médicale, la redéfinition de la place du médecin généraliste dans le système de soins et l'émergence de nouveaux modes d'exercice ébranlent la notion classique de l'installation et révèlent des freins s'y rattachant. Un enseignement universitaire sur le thème de l'installation à destination de futurs médecins généralistes permet de diminuer la perception de certains freins à cette installation. Cette étude plaide en faveur de la poursuite d'une telle initiative d'enseignement et en propose les améliorations afin de s'ajuster au mieux aux attentes recueillies.

Mots clés : freins, installation, formation universitaire, médecine générale, étudiants