



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX

ANNEE 2017

N° 158

**INFLUENCE DES STAGES AMBULATOIRES
SUR LES MODALITES D'EXERCICE
DES JEUNES MEDECINS GENERALISTES,
EXEMPLE DU DEPARTEMENT DE L'AIN**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée

A l'université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 8 juin 2017

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Barbara CORNET

Née le 14 septembre 1987, à Argenteuil (95)



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD – CHARLES MERIEUX

ANNEE 2017

N° 158

**INFLUENCE DES STAGES AMBULATOIRES
SUR LES MODALITES D'EXERCICE
DES JEUNES MEDECINS GENERALISTES,
EXEMPLE DU DEPARTEMENT DE L'AIN**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée

A l'université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 8 juin 2017

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

Barbara CORNET

Née le 14 septembre 1987, à Argenteuil (95)

Composition du jury de thèse

Président	Monsieur le Professeur DUBOIS Jean Pierre	UFR Lyon Sud
Directeur	Madame le Docteur HAMEL Catherine	Département de l'Ain
Membres	Madame le Professeur BROUSSOLLE Christiane	UFR Lyon Sud
	Monsieur le Professeur MOREAU Alain	UFR Lyon Est
	Monsieur le Docteur PENETRAT Pascal	Maître de stage universitaire

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie

LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DAVID Jean Stéphane	Anesthésiologie et Réanimation urgence
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
KASSAI KOUPI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SANLAVILLE Damien	Génétique
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrie
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques

TRINGALI Stéphane
TRONC François
WALLON Martine
WALTER Thomas

O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.
Parasitologie mycologie
Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène
LESURTEL Mickaël
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Chirurgie générale
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique
BOUVAGNET Patrice
CHARRIE Anne
DELAUNAY-HOUZARD Claire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline
MASSIGNON Denis
RABODONIRINA Méja
VAN GANSE Eric
VIART-FERBER Chantal

Biochimie et Biologie moléculaire
Génétique
Biophysique et Médecine nucléaire
Biophysique et Médecine nucléaire
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Hématologie – Transfusion
Parasitologie et Mycologie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre
BREVET Marie
CALLET-BAUCHU Evelyne
COURAUD Sébastien
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam
DIJOURD Frédérique
DUMITRESCU BORNE Oana
GISCARD D'ESTAING Sandrine
MILLAT Gilles
PERROT Xavier
PONCET Delphine
RASIGADE Jean-Philippe

Pédiatrie
Anatomie et Cytologie pathologiques
Hématologie ; Transfusion
Pneumologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Anatomie et Cytologie pathologiques
Bactériologie Virologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Biochimie et Biologie moléculaire
Physiologie
Biochimie, Biologie moléculaire
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie
MEWTON Nathan	Cardiologie
NOSBAUM Audrey	Immunologie
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy	Physiologie
BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERLAND Michel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
CARRET Jean-Paul	Anatomie - Chirurgie orthopédique
DALERY Jean	Psychiatrie Adultes
FABRY Jacques	Epidémiologie
MOYEN Bernard	Chirurgie Orthopédique
PACHECO Yves	Pneumologie
PERRIN Paul	Urologie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Jean Pierre DUBOIS,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez immédiatement porté au sujet et de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

Au Professeur Christiane BROUSSOLLE,

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse et de juger mon travail. Pour cela ainsi que pour mon enrichissante expérience dans votre service et vos compétences pédagogiques, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde estime et de mon plus grand respect.

Au Professeur Alain MOREAU,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

Au Docteur Catherine HAMEL,

Catherine, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour ta gentillesse, tes conseils, ta disponibilité, tes encouragements et ta confiance. Ces mois de travail à tes côtés ont été enrichissants et agréables.

Au Docteur Pascal PÉNÉTRAT,

Pascal, merci d'avoir accepté de me conseiller et de me guider dans ce travail. Merci également pour l'aide précieuse et les conseils multiples pendant les journées de travail au cabinet.

RESUME

Introduction : L'évolution de la formation du futur médecin généraliste a mené à la création successive de stages ambulatoires de niveau 1 et 2. Ils permettent à l'interne de pratiquer la médecine générale ambulatoire de manière encadrée puis autonome. Ils sont souvent considérés comme un moyen d'attirer les jeunes médecins. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'influence de ces stages sur l'évolution du projet professionnel des jeunes médecins généralistes et secondairement d'identifier des pistes de réflexion pour améliorer l'attractivité du département de l'Ain auprès des jeunes médecins généralistes.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective descriptive réalisée auprès de 273 anciens internes de médecine générale ayant effectué un stage ambulatoire dans le département de l'Ain entre Novembre 2008 et Octobre 2015. Ils ont été contactés par mail afin de répondre à un questionnaire.

Résultats : Sur les 273 personnes contactées, il y a eu 170 réponses dont 155 réparties en 4 groupes : 62 remplaçants, 50 installés, 38 salariés et 5 ayant une activité mixte. Le choix du stage a été principalement motivé par sa localisation géographique, sa réputation et la présence d'une aide financière qui été déterminante pour 35,9% des répondants. Le stage a eu un impact plus important sur le projet professionnel des médecins salariés qui voulaient initialement exercer en ambulatoire à 42,1%. Les cabinets de groupe (ou pluridisciplinaires), le milieu d'exercice ainsi que le statut de maître de stage universitaire (MSU) ont été plébiscités par la majorité des médecins exerçant en libéral. Le stage ambulatoire a abouti à des remplacements et des installations, parfois chez le MSU. 88% des installations ont fait suite à une opportunité. Parmi les 15 médecins installés dans l'Ain, dans 53,3% des cas, c'est suite à une opportunité proposée dans le cadre du stage ambulatoire.

Conclusion : Le projet professionnel des internes a évolué au cours du stage ambulatoire sur différents critères : le type de cabinet, le mode d'exercice libéral ou salarié, la découverte d'une zone géographique, l'organisation de leur temps de travail, l'accès à des opportunités de remplacements ou d'installation, la volonté de devenir MSU.

Plusieurs éléments pourraient concourir à améliorer l'attractivité du département auprès des jeunes médecins : augmenter le nombre de terrains de stage, compléter l'aide financière par une assistance logistique, identifier les étudiants susceptibles d'exercer en milieu rural, former les internes à la gestion administrative, développer les postes de médecins généralistes salariés, promouvoir l'exercice de groupe, centraliser les informations et améliorer leur lisibilité.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	16
I- INTRODUCTION	17
II- CONTEXTE	18
A- RAPPEL SUR LA FORMATION MEDICALE	18
B- CONCERNANT LA MEDECINE GENERALE	19
1- LA CREATION DU STAGE CHEZ LE PRATICIEN (STAGE PRATICIEN DE NIVEAU 1)	19
2- LA CREATION DU SASPAS (STAGE AUTONOME EN SOINS PRIMAIRES AMBULATOIRES SUPERVISE = STAGE PRATICIEN DE NIVEAU 2)	20
C- DEMOGRAPHIE MEDICALE	21
TENDANCE NATIONALE (1)	21
LA MEDECINE GENERALE	22
DENSITE MEDICALE	23
MODALITES D'EXERCICE	23
D- POLITIQUE INCITATIVE	23
MESURES COERCITIVES	23
AUGMENTATION DU NUMERUS CLAUDUS	24
AIDES A L'INSTALLATION (19)	25
E- DANS L'AIN	26
LE DEPARTEMENT, SA DEMOGRAPHIE	26
LES STAGES	29
POLITIQUE DEPARTEMENTALE	29
MATERIELS ET METHODE	31
A- OBJECTIFS DE L'ETUDE	31
B- TYPE D'ETUDE	31
C- POPULATION	31
D- RECRUTEMENT	32
E- QUESTIONNAIRE	32
F- CORRECTION ET TEST DU QUESTIONNAIRE	33
G- DIFFUSION	34
H- RECUEIL DES RESULTATS	34
I- ANALYSE DES RESULTATS	34
IV- RESULTATS	35
A- TAUX DE PARTICIPATION	35
B- CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES	36
SEXE ET AGE	36
SITUATION FAMILIALE	36
ORIGINE GEOGRAPHIQUE	36
C- INTERNAT ET STAGE DANS L'AIN	37
INTERNAT ET SOUTENANCE DE THESE	37
CHOIX DU STAGE	37
EVOLUTION DU PROJET PROFESSIONNEL	38
D- ACTIVITE ACTUELLE	39
MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX (N=50)	40
MEDECINS GENERALISTES REMPLAÇANTS EN LIBERAL (N=62)	45

MEDECINS SALARIES (N=38)	48
ACTIVITE MIXTE (N=5)	51
DONNEES COMMUNES	52
V- DISCUSSION	56
A- FORCES DE L'ETUDE	56
B- LIMITES DE L'ETUDE	56
C- CHOIX DE LA METHODE	57
D- ANALYSE DES RESULTATS	59
1- CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES	59
2- INTERNAT ET INSTALLATION	59
3- CHOIX DU STAGE	60
4- EVOLUTION DU PROJET PROFESSIONNEL	61
3- SITUATION ACTUELLE	62
4- DETERMINANTS A L'INSTALLATION	62
5- ATTRACTIVITE ZONE GEOGRAPHIQUE	63
6- MODE D'EXERCICE	63
7- MAITRE DE STAGE UNIVERSITAIRE (MSU)	65
8- MILIEU D'EXERCICE	65
9- TEMPS DE TRAVAIL	66
10- FREINS A L'INSTALLATION	67
11- L'EXERCICE SALARIE	67
12- REMPLACEMENTS	68
13- CHOIX DU LIEU D'EXERCICE	69
14- INFLUENCE RESSENTIE DU STAGE	71
VI- CONCLUSION	72
BIBLIOGRAPHIE	75
ANNEXES	78
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	78
ANNEXE 2 : LETTRE ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE	99

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CESP : Contrat d'Engagement de Service Public
CFE : Cotisation Foncière des Entreprises
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSCT : Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique
CUMG : Collège Universitaire des Médecine Générale
DCEM : Deuxième Cycle des Études Médicales
DDARS : Délégation Départementale de l'Ain de l'ARS
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
ECN : Examen Classant National
FeMaSAURA : Fédération des Maisons de Santé en AUvergne Rhône Alpes
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
MSF : Médecin Sans Frontière
MSU : Maitre de Stage Universitaire
PAPS : Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé
PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales
PMEA : Pôle Mère Enfant Ambulatoire
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SASPAS : Stage Autonome de Soins Primaires Ambulatoires Supervisé
SUMGA : Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire
TCEM : Troisième Cycle des Études Médicales
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

I- INTRODUCTION

En constante évolution depuis des années, la formation du médecin généraliste comporte aujourd'hui un troisième cycle propre à sa spécialité avec la possibilité de réaliser un à trois stages ambulatoires. Ces stages permettent une amélioration de la formation des internes qui choisissent la médecine générale en ne la connaissant que très peu. Ils leurs permettent de préciser leur perception du métier dans la pratique quotidienne.

Ils sont également perçus par les maîtres de stage ou les collectivités locales comme un moyen d'attirer les jeunes internes dans des zones géographiques autres que la ville de formation.

En effet, la démographie médicale et l'installation des jeunes médecins généralistes sont des sujets de préoccupation constante en France. La problématique semble en partie s'expliquer par un problème de répartition et d'orientation vers l'activité libérale puisque le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France bien que les effectifs de médecins libéraux ont baissé de 8,2% sur les 9 dernières années (1). Cette baisse d'attrait pour la médecine libérale est bien sûr plurifactorielle et les installations n'arrivent pas à compenser les départs en retraite actuels.

Pour tenter d'attirer les internes dans les zones sous dotées, le Département de l'Ain a décidé en 2008 de financer une aide sous forme d'une bourse destinée aux internes de médecine générale réalisant un stage ambulatoire dans le département. Cette aide a pour but de revaloriser les stages dans ce département rural et ainsi d'inciter aux remplacements ou à l'installation dans l'Ain (2).

Cependant, cette hypothèse selon laquelle les stages ambulatoires favoriseraient l'installation ou les remplacements dans le département reste peu étudiée. On ne connaît pas leur intervention sur les modalités d'exercice futures des internes de médecine générale ni les mesures qui permettraient une meilleure efficacité de la politique départementale de recrutement.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'influence des stages praticiens sur l'évolution du projet professionnel des jeunes médecins généralistes à l'échelle départementale.

L'objectif secondaire est d'identifier des pistes de réflexion pour améliorer l'attractivité du département de l'Ain auprès des jeunes médecins généralistes.

II- CONTEXTE

A- Rappel sur la formation médicale

Jusqu'au milieu du XXème siècle, la formation médicale comportait un enseignement théorique prépondérant par rapport à l'enseignement pratique non obligatoire.

En 1958, la Loi Debré (3) crée les centres hospitaliers universitaires (CHU) afin de fusionner cet enseignement théorique universitaire et l'enseignement pratique hospitalier.

Les trois cycles d'enseignement PCEM, DCEM et TCEM (premier, deuxième et troisième cycles des études médicales) ont été mis en place par la loi du 12 novembre 1968 (4) dite « loi d'orientation de l'enseignement supérieur », élaborée par le ministre Edgar Faure. Les stages hospitaliers deviennent alors obligatoires pour tous afin d'uniformiser l'enseignement pratique et théorique au sein d'un cursus identique dans les différentes facultés de médecine.

C'est suite à cette réforme et à l'afflux d'étudiants qu'est créé en 1971 le concours de fin de première année de médecine avec l'instauration du numerus clausus actuel.

En 1982 (5), la loi Ralite aboutit à :

- La création du certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT), indispensable mais non classant ainsi qu'à la validation obligatoire des stages hospitaliers de DCEM4 pour intégrer le troisième cycle des études médicales.
- La mise en place du concours interrégional de l'internat des hôpitaux universitaires qui donne accès au diplôme d'études spécialisées (DES) de chaque spécialité sauf pour la médecine générale qui reste accessible hors concours.

Par la suite la Loi Barzach du 30 juillet 1987 (6) instaure un assistantat de 2 ans après obtention du CSCT pour la médecine générale et un internat de 4 à 5 ans pour les autres spécialités.

C'est en 2004 que le DES de médecine générale est officiellement créé en imposant l'examen classant national (ECN) à tous les étudiants en médecine en fin de 2^{ème} cycle pour accéder au 3^{ème} cycle et donc à un internat de médecine générale (7) (8). L'ECN permet de classer tous les étudiants en médecine de France en fin de deuxième cycle afin de leur permettre de choisir leur spécialité ainsi que leur ville d'affectation pour le 3^{ème} cycle, en fonction de leur rang de classement.

B- Concernant la médecine générale

1- La création du stage chez le praticien (stage praticien de niveau 1)

Les premiers stages chez le praticien font leur apparition en 1970, et ne sont pas obligatoires dans le cursus du futur médecin généraliste.

En 1973, le gouvernement crée la commission Fougère ayant pour but de proposer une formation spécifique à la médecine générale.

S'en suit la création d'un 3^{ème} cycle spécifique à la médecine générale en 1975. Le rapport de la commission Fougère stipule en 1977 que la formation du médecin généraliste devrait être complétée par un stage extra hospitalier ; disposition qui ne sera mise en place que plusieurs années plus tard.

La loi Barzach en 1987 (6) crée l'assistantat de médecine générale avec un résidanat en milieu hospitalier et 20 à 40 demi-journées de stage praticien mais une grande variabilité d'enseignement est observée selon les facultés de médecine.

En 1997 (9) (10), ce résidanat passe de 2 ans à 2 ans et demi avec la création d'un stage pratique obligatoire chez un praticien agréé « maitre de stage » pendant les 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} semestre pour une durée de 6 mois.

Le décret fixe également les conditions pour devenir maitre de stage : être médecin généraliste en activité depuis au moins 3 ans, dans : un cabinet libéral, un dispensaire, un service de protection maternelle et infantile (PMI), un service de médecine scolaire ou tout centre dispensant des soins primaires à la condition qu'il ne s'agisse pas d'un service hospitalier.

Trois phases d'enseignement pratique au sein de ce stage chez le praticien sont alors définies :

- Une phase passive, le stagiaire est observateur.
- Une phase semi active, appelée supervision directe pendant laquelle le stagiaire est acteur de la consultation sous la supervision directe de son maitre de stage.
- Une phase active dite de supervision indirecte pendant laquelle le stagiaire est acteur de la consultation et le maitre de stage non présent lors de celle-ci doit être disponible si besoin et proposer une supervision après la consultation.

Les décrets n°97-1213 (11) et 97-1214 du 24 décembre 1997 élargissent le résidanat de médecine générale au 5^{ème} semestre et le nombre de stage en soins primaires est limité à deux.

Cette durée sera ensuite (12) augmentée à 6 semestres avec deux stages libres dont un préférentiellement en secteur ambulatoire.

Les objectifs du stage de niveau 1 :

L'objectif de ce stage est la mise en autonomie progressive de l'interne.

Le maître de stage universitaire (MSU) mettra en œuvre les trois phases pédagogiques du stage intriquées selon les compétences développées par l'interne : observation, supervision directe et indirecte (13).

2- La création du SASPAS (stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé = stage praticien de niveau 2)

Elle fait suite à la création du groupe Nemitz, groupe de travail constitué par la conférence des doyens et réuni en mai 2002 sous la direction du Professeur Nemitz.

Il crée le SASPAS et les SUMGA (Service Universitaire de Médecine générale ambulatoire) et en définit les objectifs pédagogiques :

- Le volume horaire : 11 demi-journées de travail par semaine dont 2 réservées à la formation universitaire.
- Le remplacement sur le lieu de stage n'est pas autorisé pendant la durée du stage.
- Le statut de maître de stage avec des obligations de formation personnelle ainsi que des obligations pédagogiques et matérielles.

En pratique, le SASPAS est mis en place dès novembre 2003 dans certaines facultés (17 sur 27 facultés françaises, dont celles de Lyon).

La circulaire n° 192 du 26 avril 2004 (14) reprend les objectifs généraux du SASPAS et précise qu'il ne doit pas être une réplique du 1^{er} stage chez le praticien.

L'arrêté du 22 septembre 2004 (15) précise que le SASPAS doit être réalisé en dernière année d'internat, chez des internes de médecine générale ayant déjà validé stage de niveau 1. Il reste par ailleurs un stage non obligatoire à la différence du stage de niveau 1.

Les objectifs pédagogiques du SASPAS (14) :

Permettre aux internes de médecine générale :

- D'être confrontés aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent.
- De se familiariser avec l'analyse des difficultés rencontrées et l'élaboration des solutions qui permettent d'y remédier.

- De prendre en charge des patients nécessitant un suivi au long cours.
- De participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion, d'appréhender son contexte administratif et les exigences qui en découlent dans l'exercice quotidien.
- D'établir des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé, en particulier dans le cadre de réseaux de soins.

Enfin, en 2004 suite à la création des ECN, le 3^{ème} cycle de médecine générale devient un DES avec une maquette propre de 3 ans à savoir 6 semestres répartis comme suit :

- 1 dans un service d'urgence.
- 1 en pédiatrie ou gynécologie obstétrique ou pôle mère enfant ambulatoire (PMEA).
- 1 en service de médecine adulte.
- 1 stage chez le praticien (niveau 1).
- 2 stages libres.

C- Démographie médicale

1- Tendances nationales (1)

Alors que le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France, à savoir 285 840 médecins au 1^{er} janvier 2016 (+1,7% par rapport à 2015), la plupart des instances nationales régionales ou départementales s'accordent à dire que les difficultés d'accès aux soins sont croissantes.

Parmi ces 285 840 médecins toutes spécialités confondues, 215 000 sont actifs (198 144 en activité régulière, 11 285 remplaçants), 6154 sont temporairement sans activité et enfin 70 000 sont retraités (accroissement de 87,7% de leurs effectifs ces 10 dernières années).

Sur la période 2007/2016, les effectifs de médecins en activité régulière ont diminué de 0,4%, une baisse qui est susceptible de se poursuivre jusqu'à 2025.

De manière générale, si les effectifs des médecins en activité régulière diminuent très légèrement ou se stabilisent, les disparités sont nettement plus significatives à l'échelle régionale et départementale.

2- La médecine générale

Au 1^{er} janvier 2016, la France comptabilise 88 886 spécialistes en médecine générale en activité régulière tous modes d'exercice confondus. Ils sont âgés en moyenne de 52 ans et sont représentés par 54% d'hommes et 46% de femmes. A noter que 27,3% ont plus de 60 ans et 16% ont moins de 40 ans.

La féminisation de la profession se confirme. Au cours de l'année 2006, les femmes représentaient 53% des médecins nouvellement inscrits. En 2015, elles sont 58% des médecins nouvellement inscrits à un tableau de l'Ordre et parmi ceux âgés de moins de 30 ans, les femmes représentent 66% des effectifs. En parallèle la différence d'activité (en nombre d'actes moyen réalisés) entre les femmes et les hommes se réduit progressivement chez les plus jeunes installés (16).

Cet effectif de médecin généraliste en activité régulière a diminué de 8,4% sur la période 2007/2016 alors que les spécialités chirurgicales ont enregistré une hausse de 8,5% de leurs effectifs et les autres spécialités médicales une augmentation de 7% sur la même période.

Cette tendance est là encore très inégale selon les départements, par exemple, la Ville de Paris et la Nièvre enregistrent une baisse identique du nombre de médecins généralistes en activité régulière sur la période 2007/2016 (-25%) et les départements de l'Yonne et des Yvelines recensent une diminution de 21%. Ces deux exemples mettent en évidence que la désertification n'est pas exclusivement rurale.

Toutes les régions sont concernées par une absence de renouvellement de médecins généralistes dans des proportions plus ou moins importantes (-4% de différence entre sortant et entrant en région Auvergne Rhône Alpes contre -18% dans la région Centre)

La région Auvergne Rhône Alpes est une des régions les moins touchées par cet indice négatif. Néanmoins, il existe au sein de la région de grosses disparités. À titre d'exemple, dans l'Ain, il y a eu en 2015 17,1% de médecins entrants pour 25,7% de médecins sortants, en Ardèche la proportion est encore plus importante avec 15,1% d'entrants et 30,2% de sortants alors qu'en Haute Savoie il y a eu 22,1% d'entrants et 21,2% de sortants.

3- Densité médicale

Au 1^{er} janvier 2016 la densité médicale métropolitaine toutes spécialités confondues était 284,4 médecins pour 100 000 habitants (Centre 232,7, PACA 350)

Concernant la médecine générale, la densité médicale métropolitaine est de 132,1 médecins pour 100 000 habitants (Centre 107,5 PACA 152,6). A l'échelle départementale, seuls 2 départements ont enregistré une hausse de leur densité : la Loire Atlantique (+0,6%) et la Savoie (+0,3%). La densité a baissé dans les 94 départements restants (période 2007/2016).

4- Modalités d'exercice

Concernant leur installation, les médecins généralistes en Rhône-Alpes-Auvergne exercent pour 44% seuls et 55% en groupe (1% autre).

Concernant le mode d'exercice des médecins généralistes, 56,9 % ont une activité libérale exclusive, 36,5% sont salariés et 6,5% ont une activité mixte.

Au 1^{er} janvier 2016, le tableau de l'Ordre recense 11 285 médecins remplaçants. Sur les neuf dernières années, les effectifs ont augmenté de 17,1%

Parmi les médecins remplaçants, 39% sont âgés de moins de 40 ans et sont susceptibles de s'installer d'ici trois ou quatre ans ; 25% sont âgés de 65 ans et plus et sont inscrits au tableau de l'Ordre en tant que médecins retraités actifs. On constate que les effectifs sont bien répartis entre les hommes (51%) et les femmes (49%).

D- Politique incitative

Afin d'améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire, différentes mesures ont été discutées depuis quelques années à plusieurs échelles.

1- Mesures coercitives

Envisagées à différentes reprises en France, elles ont pour l'instant été abandonnées.

Dans les pays développés où des politiques de coercition administrative à l'installation ont été menées (Allemagne, Royaume Uni ou Autriche) cela n'a pas permis de diminuer les inégalités de répartition (17) et ont au contraire soulevé de nouveaux problèmes :

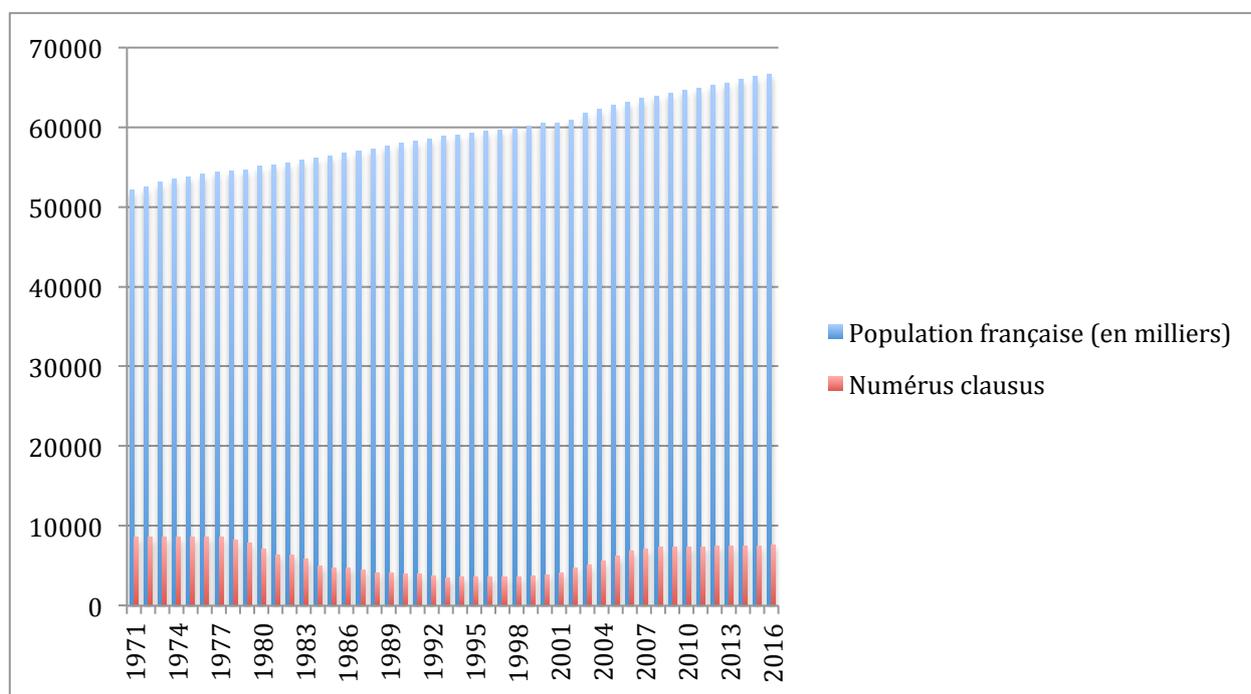
- Détournement du secteur libéral au profit du secteur salarié hospitalier
- Diminution du nombre de médecins en formation

Seules les mesures coercitives dans le cadre de politiques d'immigration par l'installation des médecins de nationalité étrangère dans des zones sous dotées (menées aux Etats Unis, en Australie ou au Canada) ont montré une efficacité à court terme. Cette efficacité est beaucoup plus discutable à moyen et long terme car les médecins quitteraient les zones sous dotées après la période d'obligation ou rachèteraient cette obligation pour aller exercer dans des régions moins problématiques. Par ailleurs toutes ces mesures sont considérées comme très coûteuses et soulèvent des problèmes éthiques.

2- Augmentation du numéris clausus

Créé en 1971 pour contrôler l'afflux d'étudiants en médecine, il est resté stable jusqu'en 1977 pour diminuer de manière drastique jusqu'en 1992 avant de remonter progressivement au début des années 2000 alors que la population française n'a fait que croître en parallèle.

Ce sont les médecins en première année dans les années 1970-1975 qui sont actuellement en train de prendre leur retraite, soit les dernières promotions avec un fort numéris clausus, ce qui explique en partie les projections pessimistes concernant la densité médicale jusqu'en 2025.



Evolution de la population française et du numerus clausus (18).

3- Aides à l'installation (19)

Aides nationales destinées aux étudiants

- Financières

Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) : créé en 2011 pour promouvoir l'installation des jeunes médecins en zone sous dotées. Il consiste en une bourse mensuelle versée à l'étudiant en médecine (ou interne) à partir de la date de son engagement au CESP.

L'étudiant peut s'engager à partir de la deuxième année de médecine à la dernière année d'internat. Il perçoit alors une allocation mensuelle de 1200€ bruts par mois du début de son engagement jusqu'à la fin de son internat. En contrepartie, il doit exercer dès la fin de ses études, à tarif conventionnel, dans une zone définie par l'ARS, correspondante aux zones où la continuité des soins est menacée.

Le nombre total de CESP sur le territoire français est fixé annuellement par arrêté ministériel.

Les aides des collectivités territoriales : Régions, Départements, communautés de communes. Ces aides sont variables selon les régions, communes ou départements et consistent la plupart du temps en une aide au logement ou aux déplacements ou encore à une bourse d'étude en fonction du projet professionnel de l'interne ou de l'étudiant en médecine.

- Non financières

La Plateforme d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) a pour objectifs d'informer et de faciliter l'information des étudiants et futurs professionnels de santé. Un site internet dédié régional a été créé en 2011, en partenariat avec différents acteurs locaux ou régionaux (ARS, Caisse d'assurance maladie, Ordres professionnels ...) pour renseigner les professionnels de santé sur les modalités administratives, les mesures d'aides à l'installation dans la région, les personnes contacts, les autres institutions.

Les référents à l'installation

Cette mesure fait partie du « Pacte Territoire Santé » lancé par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé en 2012. Elle consiste en la nomination d'un référent dans chaque ARS pour faciliter l'installation des étudiants, externes et internes, en région ; en les accompagnant et les orientant dans leurs démarches.

Aides nationales destinées aux médecins installés ou en cours d'installation

- Aides financières : (accordées sous condition)

Les collectivités territoriales : aides variables en fonction des régions ou départements.

L'assurance maladie : l'option démographie et l'option santé solidarité territoire.

Les aides fiscales : l'exonération de la cotisation foncière des entreprises (CFE) et l'exonération d'impôts sur le revenu.

Les praticiens territoriaux du « Pacte Territoire Santé » en 2012.

- Aides non financières

Le moratoire à l'installation.

Le cabinet secondaire.

Le statut de collaborateur libéral.

Le remplacement en zone sous dotée.

Aides locales

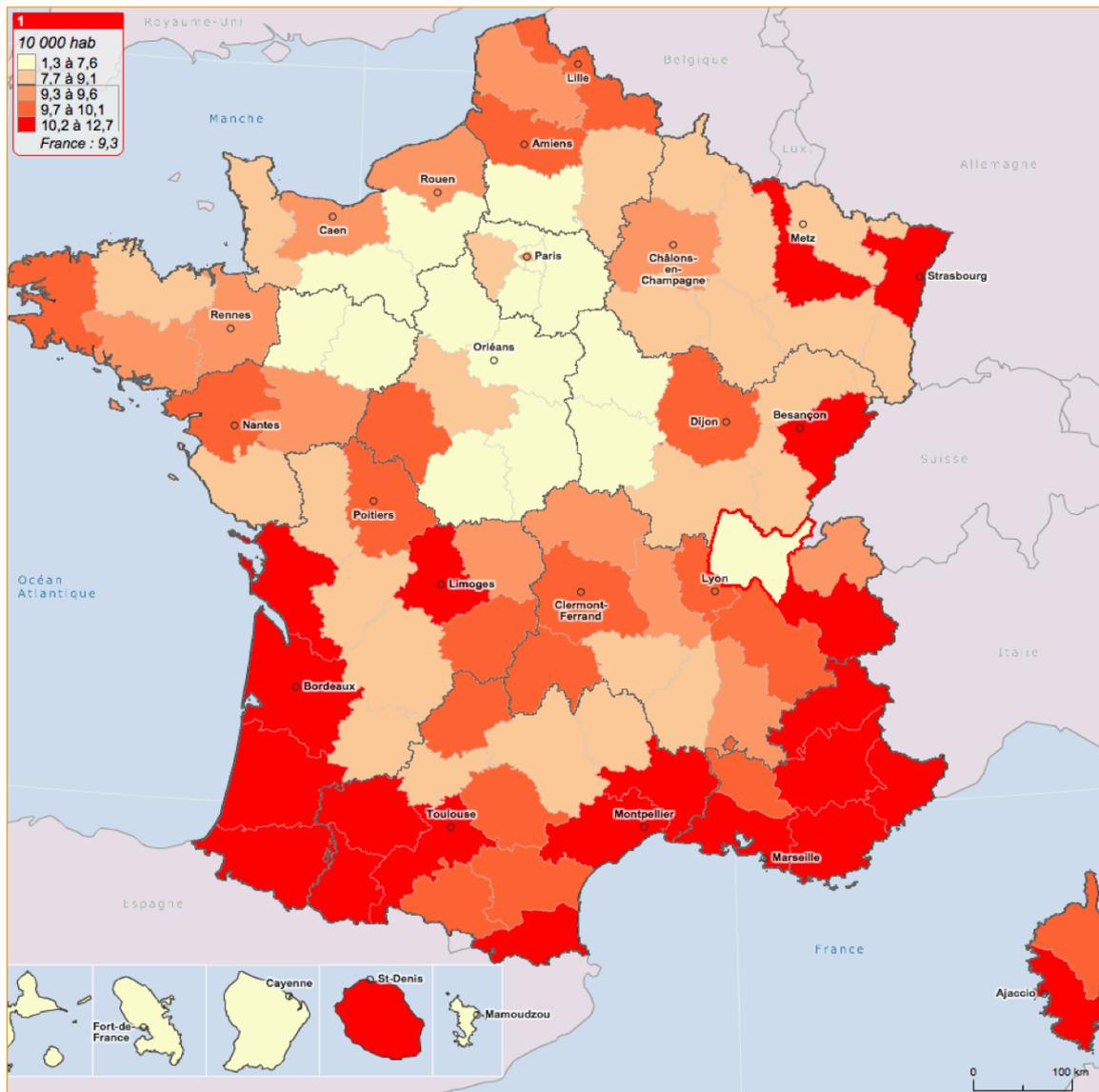
Très variables selon le département, la commune...

E- Dans l'Ain

1- Le département, sa démographie

Le département de l'Ain est un département rural situé entre les métropoles lyonnaise au Sud-Ouest et genevoise à l'Est ainsi qu'une zone de montagne avec la Savoie et la Haute Savoie à l'Est. Il a également la particularité d'être frontalier avec la Suisse, ce qui entraîne un problème de concurrence sur les zones géographiques limitrophes, l'offre de soins étant très faible dans l'Ain et beaucoup plus importante en Suisse. Au Nord, deux autres départements ruraux avec la Saône et Loire et le Jura qui présentent des difficultés similaires concernant l'accès aux soins.

Il fait partie des départements ayant une densité de médecins généralistes parmi les plus faibles de France Métropolitaine.

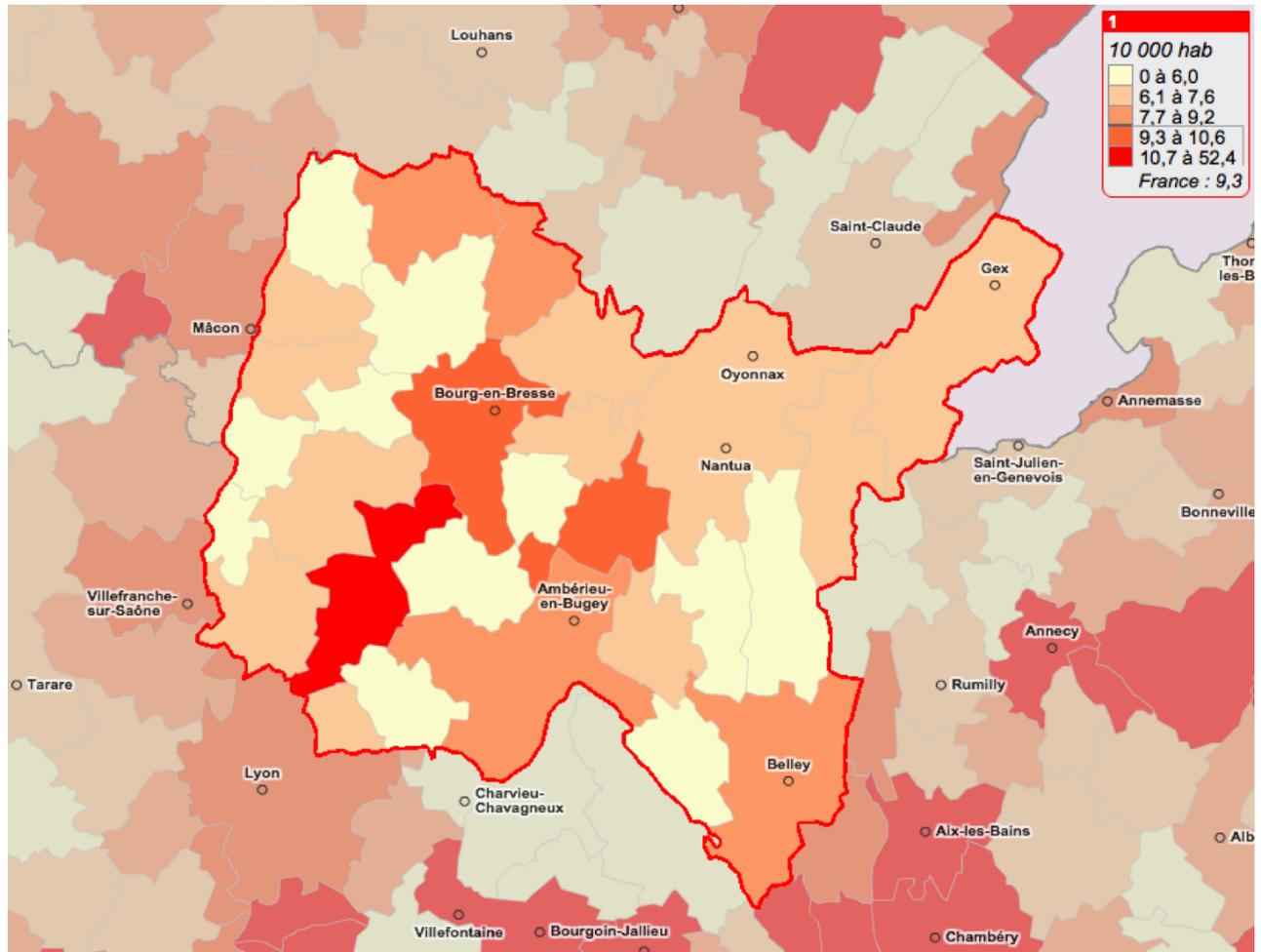


Densité d'omnipraticiens pour 10 000 habitants. 2014. Source ARS Auvergne Rhône Alpes Cartos@nté

Sur la période 2007/2015, tous les départements de la région Rhône-Alpes ont enregistré une hausse des effectifs des médecins en activité régulière sauf le département de l'Ain qui a comptabilisé une diminution de ses effectifs (-0,6%) (20).

Dans les projections pour la période 2015-2020, c'est également le seul département de la région qui a de fortes probabilités de voir évoluer de manière inversement proportionnelle les effectifs de sa population générale (+6,7%) et les effectifs de médecins en activité régulière (-0,4%). Pour la médecine générale, la densité évoluerait de 102,8 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015 à 96,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2020.

A l'échelle départementale, il existe tout de même des zones de densité plutôt forte notamment sur l'axe Bourg-en-Bresse-Lyon ainsi qu'en périphérie d'Ambérieu en Bugey. Les zones plus rurales, moins équipées en structures médicales ou qui peuvent sembler moins attractives sur le plan de l'aménagement du territoire sont plus en difficulté.



Densité d'omnipraticiens pour 10 000 habitants. 2014. Source ARS Auvergne Rhône Alpes Cartos@nté

2- Les stages

Sur la période concernée par cette étude, l'évolution du nombre de stage a été constante dans le département :

En 2008, il y avait onze terrains de stage de niveau 1 et trois terrains de stage de niveau 2 alors qu'en 2017 ces chiffres se sont portés à dix-huit pour les stages chez le praticien et douze pour les SASPAS.

3- Politique départementale

Alerté par des élus et des professionnels de santé, le Conseil départemental a missionné en 2007, la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de l'Ain pour mener une étude quantitative et qualitative (21) sur la situation des différentes professions de soins primaires dans l'Ain. Sur la base de cette étude, le Conseil départemental a défini en 2008 une nouvelle politique en matière de démographie médicale axée sur 2 points :

- Une aide financière aux étudiants en médecine générale.
- Un accompagnement des collectivités dans l'organisation des soins de premiers recours (collaboration élus/professionnels de santé ; aide financière aux communes et aux projets d'investissement des MSP sous maîtrise d'ouvrage publique).

Cette aide financière aux étudiants consiste en une allocation mensuelle attribuée à chaque interne de médecine générale en stage ambulatoire (niveaux 1 et 2) dans le département de l'Ain pendant toute la durée du semestre. Le montant de cette allocation est variable en fonction de la distance du terrain de stage par rapport à Lyon, lieu de formation universitaire dont l'étudiant est originaire, allant de 200 à 600€ par mois.

Son objectif est d'inciter les internes par le biais de la découverte du département dans le cadre de leur stage à remplacer et/ou à s'installer dans l'Ain.

Le budget initial de cette mesure était estimé à 105 000€ par an mais est en augmentation constante du fait de l'augmentation du nombre de terrain de stage.

Cette aide financière est associée à une réunion d'information en début de semestre sur le département, sa géographie, sa démographie ainsi que sur les différents acteurs de santé du territoire et particulièrement les institutions telles que la PMI ou la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

En fin de semestre, les internes sont également conviés à une réunion de bilan qui traite de leur stage, des sources de satisfaction ou de mécontentement ainsi que sur leurs éventuelles recommandations concernant ce dispositif et sur leur projet professionnel.

Le dispositif a fait de l'objet de 2 évaluations téléphoniques par le Conseil départemental de l'Ain en 2010 et en 2015, les avis étaient globalement positifs sans pouvoir toutefois mesurer réellement l'impact de cette aide.

A noter que depuis 2016, suite à une enquête menée par la DDARS de l'Ain auprès des 66 maîtres de stage universitaire (MSU) du département, une action de promotion de la maîtrise de stage est en train d'être mise en place (22). L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en partenariat avec le Département de l'Ain, la CPAM, la FeMasAURA, le CLGE et le CUMG a créé un séminaire d'incitation à la maîtrise de stage.

Ces 66 MSU représentent entre 15 et 16% des médecins généralistes du département contre 10% de MSU dans l'ensemble de la région Rhône-Alpes et cette proportion est croissante car il y a eu une augmentation de 18% depuis 2012 (dans l'Ain).

MATÉRIELS ET METHODE

A- Objectifs de l'étude

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'influence des stages praticiens sur l'évolution du projet professionnel des jeunes médecins généralistes à l'échelle départementale, en l'occurrence dans le département de l'Ain.

L'objectif secondaire de ce travail est d'identifier des pistes de réflexion pour améliorer l'attractivité du département de l'Ain auprès des jeunes médecins généralistes.

B- Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective descriptive réalisée auprès de 273 anciens internes de médecine générale ayant effectué un stage ambulatoire dans le département de l'Ain.

C- Population

Critères d'inclusion

Nous avons décidé d'inclure dans notre étude tous les anciens internes de médecine générale ayant effectué au moins un stage ambulatoire dans le département de l'Ain entre Novembre 2008 et Octobre 2015.

Nous avons choisi cet intervalle de temps car :

- Novembre 2008 correspond aux premiers stages subventionnés par le département de l'Ain : ainsi de manière à obtenir un échantillon plus homogène, toutes les personnes incluses dans l'étude ont bénéficié de cette aide financière.
- Octobre 2015 pour avoir une période d'au moins un an entre la fin du stage ambulatoire et l'envoi du questionnaire afin que le répondant ait un recul minimal quant à l'évolution de son projet professionnel

Critères d'exclusion

Il n'y avait aucun critère d'exclusion à l'envoi du questionnaire.

En revanche, les répondants ayant une activité de remplacement sur un poste salarié ne se sont pas vu proposer une poursuite du questionnaire pour des raisons de simplification. De même pour les répondants n'ayant pas terminé leur internat ou ayant changé d'orientation professionnelle.

D- Recrutement

La liste des anciens internes de médecine générale répondant aux critères d'inclusion nous a été transmise par le Conseil départemental de l'Ain ainsi que leurs adresses électroniques.

Le contact par mail nous a semblé le plus approprié car certaines coordonnées datant de 8 ans au moment de l'inclusion, la voie postale semblait plus incertaine.

E- Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de données issues de la littérature sur le sujet étudié. La recherche bibliographique a été menée selon différentes méthodes :

- Dans la base de données PubMed ; les mots clés utilisés étaient :
general practice and training and career
general practice and training and influence
Avec une recherche limitée sur les 5 dernières années aux mots du titre et de l'abstract.
- Dans la base de données Sudoc ; les mots clés utilisés étaient :
Stage ambulatoire ; stage praticien ; influence ; SASPAS ; projet professionnel ;
médecine générale ; devenir.
Dans le titre ou dans l'abstract.
- Recherche internet simple sur le moteur de recherche Google.
- Interrogation du site Legifrance pour tous les articles de lois et décrets.

Ce questionnaire est composé de 3 parties :

- La première partie permettait de recueillir les données socio démographiques, elle était commune à tous les répondants.
- La deuxième partie s'intéressait à la période de l'internat et au stage ambulatoire réalisé dans l'Ain, elle était également commune à tous les répondants.
- La troisième partie recueillait des informations concernant l'activité actuelle des médecins et était spécifique selon que le répondant soit installé ou remplaçant en médecine générale, salarié ou bien ait un exercice mixte.

Au total, en fonction de la troisième partie répondue, chaque personne interrogée avait à répondre entre 37 et 40 questions. Les questions étaient de plusieurs types : « choix multiples », « cases à cocher », « réponses libres », « menu déroulant ».

Définition de l'activité salariée, mixte et libérale

Par souci de précision et par analogie à ce qui a pu être retrouvé dans la littérature (23) nous avons préféré donner des consignes sur cette terminologie afin que l'orientation des répondants vers l'une ou l'autre des troisièmes parties du questionnaire soit la plus précise possible. Ainsi, un médecin entrant dans la catégorie « médecin généraliste libéral » pouvait en fait avoir une activité mixte si son activité salariée ne représentait qu'une très faible part de son temps de travail total. De même un médecin salarié, s'il avait une activité libérale très faible devait tout de même s'orienter vers la rubrique « médecin salarié ». Cette limite a été fixée inférieure strictement à 1/5^{ème} du temps de travail total.

Cette consigne a été mise en place de manière à ce que l'étude traite du mode d'activité majoritaire du répondant. En effet, il ne nous apparaissait pas représentatif qu'un médecin exerçant une activité salariée une demi-journée par semaine et une activité libérale neuf autres demi-journées réponde aux mêmes questions qu'un médecin exerçant ces deux activités à parts presque égales.

Détermination du milieu rural et/ou urbain

Il existe de nombreuses définitions des zones rurales, semi rurales ou urbaines dans la littérature d'un niveau de complexité hétérogène. La définition de l'Insee en zone urbaine et rurale semble être la plus aboutie et la plus reconnue mais devant la complexité évidente à utiliser cette définition dans un questionnaire rapide, nous avons choisi d'utiliser une définition simplifiée, bien qu'imparfaite pour éviter un biais de recueil important :

- Commune urbaine supérieure à 20 000 habitants.
- Commune semi rurale entre 5 000 et 20 000 habitants.
- Commune rurale inférieure à 5 000 habitants.

Ces chiffres ont été retrouvés dans d'autres thèses sur des sujets approchants.

F- Correction et test du questionnaire

Le questionnaire a été testé auprès de dix jeunes médecins généralistes ayant fait un stage ambulatoire dans un autre département et ne répondant donc pas aux critères d'inclusion. Nous avons voulu tester la compréhension des questions, leur organisation ainsi que la durée du questionnaire.

Le temps de réponse moyen a été évalué à environ 7 minutes.

G- Diffusion

L'enquête a été préalablement déclarée à la CNIL via une déclaration simplifiée.

Nous avons fait le choix de diffuser un questionnaire électronique par e-mail accompagné d'une lettre explicative disponible en annexe. Les inclus recevaient un lien accompagnant cette lettre qui les dirigeait vers le questionnaire. Il a été considéré que la participation à cette étude relevait d'un consentement tacite du fait des explications données et de la participation active et volontaire du répondant.

Les personnes dont le mail était devenu caduc ont été contactées par téléphone pour recueillir une adresse mail valide.

Une relance a été envoyée 2 semaines plus tard.

Devant un taux de participation insuffisant, deux nouvelles relances ont à nouveau été envoyées avec le même intervalle de temps.

La fin de l'étude a été fixée au 20 janvier 2017.

H- Recueil des résultats

Le recueil de données a été facilité par l'intégration automatique des réponses dans une grille Excel par le biais des questionnaires Google Forms®.

Les réponses contenant du texte libre (remarques/suggestions), peu nombreuses, ont été traitées de manière qualitative, sans logiciel d'analyse afin d'en extraire les idées fortes.

I- Analyse des résultats

Les tests statistiques ont été réalisés en ligne à l'aide du site BiostaTGV.

Les différents résultats ont été présentés sous forme de tableaux, de graphiques ou de diagrammes.

Nous avons réalisé le test exact de Fisher pour l'analyse de variables qualitatives et le test t de Student pour les variables quantitatives. Une valeur de $p < 0,05$ a été retenue comme critère de significativité.

IV- RESULTATS

A- Taux de participation

Le Conseil départemental de l'Ain nous a transmis les contacts de 273 anciens internes en stage ambulatoire de niveau 1 ou 2 dans le département de l'Ain entre novembre 2008 et octobre 2015.

Sur les 273 questionnaires adressés lors du premier envoi, 21 adresses électroniques se sont révélées incorrectes par retour automatique d'un accusé de non délivrance.

Ces 21 personnes ont été retrouvées par recherche internet, ce qui a permis de les contacter par téléphone et d'actualiser avec leur accord 11 adresses électroniques.

Les 10 personnes restantes étaient injoignables après plusieurs appels, ou exerçaient au sein d'une organisation comme Médecin Sans Frontière (MSF) et aucun contact n'a pu être établi, ou n'ont pas souhaité nous communiquer de coordonnées.

Au total, il y a eu 263 envois à une adresse électronique valide.

Nous avons eu après les différents rappels 170 réponses, ce qui représente un taux de réponse de 64,6%.

Parmi les 170 réponses, 15 personnes ont répondu « Autre » ou « Médecin remplaçant sur un poste salarié » concernant leur activité actuelle, par conséquent, ils n'ont pas eu accès à la suite du questionnaire comme expliqué dans « matériel et méthode » et n'ont de fait répondu qu'à la partie sur les caractéristiques socio démographiques.

Soit un taux de participation de 58,9%

B- Caractéristiques socio démographiques

1- Sexe et âge

L'âge moyen des répondants est de 33 ans avec un âge minimal à 27 ans et maximal à 50 ans et une médiane à 31 ans.

Notre population est composée à 76% de femmes (n= 129) et 24% d'hommes (n=41).

2- Situation familiale

84,7% (n=144) des répondants ont déclaré vivre en couple alors que 15,3% (n=26) sont célibataires. Près de la moitié (49,4% n=84) n'ont pas d'enfant alors que 50,6% (n=86) ont entre un et trois enfants.

Ce sont les médecins remplaçants qui sont les moins nombreux à avoir des enfants : 33,9% ont au moins 1 enfant contre 80% des médecins ayant une activité mixte, 70% des médecins généralistes installés en libéral et 60,5% des médecins salariés.

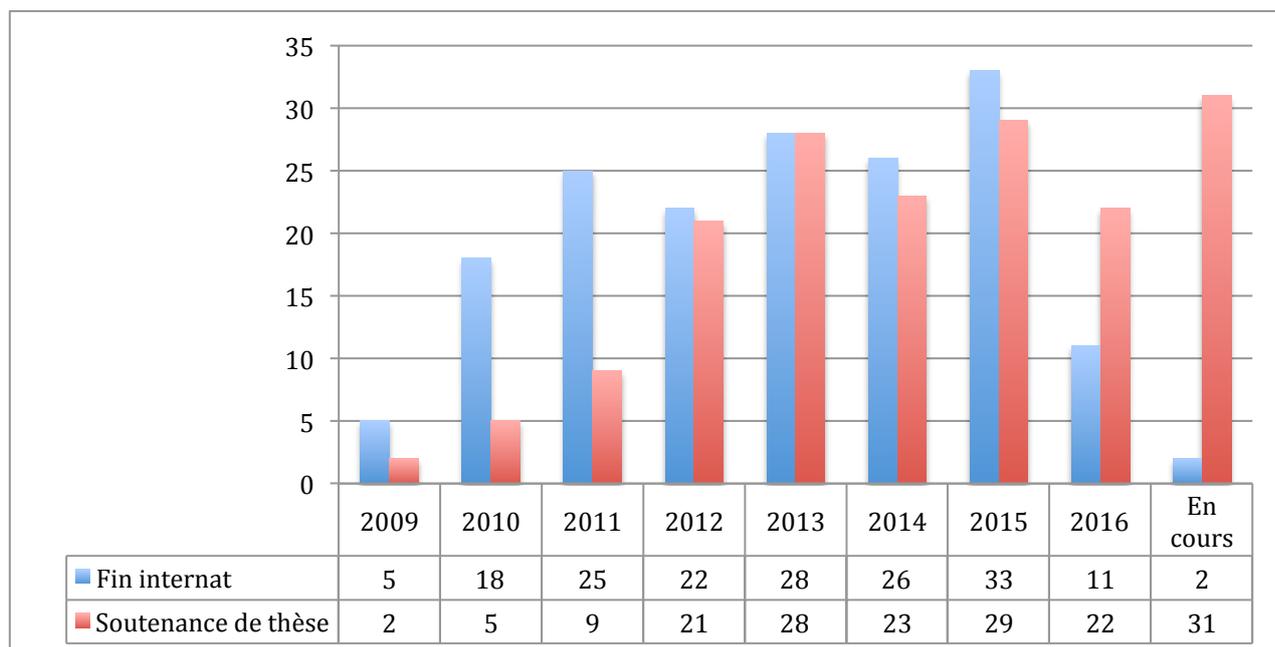
3- Origine géographique

	Département du Rhône		Département de l'Ain		Auvergne Rhône Alpes	France
	Lyon	Autre	Bourg en Bresse	Autre	Hors Ain et Rhône	Autres régions
Baccalauréat	18,8% (n=32)	7,1% (n=12)	8,2% (n=14)	7,7% (n=13)	15,3% (n=26)	42,9% (n=73)
Faculté DCEM	61,2% (n=104)				1,7% (n=3)	37,1% (n=63)
Résidence actuelle	43,5% (n=74)	12,4% (n=21)	4,7% (n=8)	12,9% (n=22)	14,7% (n=25)	11,8% (n=20)

Tableau n°1. Caractéristiques géographiques, du baccalauréat au lieu de résidence actuelle.

C- Internat et stage dans l'Ain

1- Internat et soutenance de thèse



Répartition des répondants selon leur année de fin d'internat et de soutenance de thèse

La proportion de médecins thésés parmi les salariés était de 92,1% et parmi les remplaçants 58,1%.

2- Choix du stage

Les 3 critères de choix les plus cités par les répondants ont été :

- Localisation géographique citée 87 fois
- Réputation du stage citée 83 fois
- Aide financière citée 82 fois

A noter que pour 14 personnes, le stage leur a été imposé. Par ailleurs, sans avoir été imposé officiellement, sept personnes ont laissé un commentaire libre exprimant un choix tout de même contraint par les différentes possibilités offertes :

« Ça n'était pas mon premier choix non plus !! » « Il ne restait quasiment pas d'autre choix de stage » « Pas trop de choix moins loin » « Le plus près de Lyon de ceux qui restaient dans les choix possibles » « Plus de choix de stage ambulatoire proche de mon domicile » « Il ne me restait plus beaucoup d'autre choix » « Seul stage disponible dans un périmètre compatible avec mes contraintes familiales »

Concernant l'aide financière accordée par le département de l'Ain, elle a été déterminante pour le choix du stage pour 35,9% (n=61) des personnes interrogées alors que 64,1% (n=109) auraient choisi le même stage en l'absence de cette aide.

Par ailleurs, 43,5% (74) des répondants ont effectué un autre semestre que le stage ambulatoire dans le département de l'Ain (deuxième stage ambulatoire ou semestre hospitalier).

3- Evolution du projet professionnel

	Projet professionnel avant stage	Activité actuelle
Médecine générale ambulatoire	70,7% (n=120)	65,9% (n=112) Installés 29,4% (50) Remplaçants 36,5% (62)
Salariat	4,7% (n=8)	22,3% (n=38)
Activité mixte	8,2% (n=14)	2,9% (n=5)
DESC	12,9% (n=22)	
Autre/aucun	3,5% (n=6)	7,1% (n=12)

Tableau n°2. Comparaison entre le projet professionnel avant le stage ambulatoire et l'activité actuelle

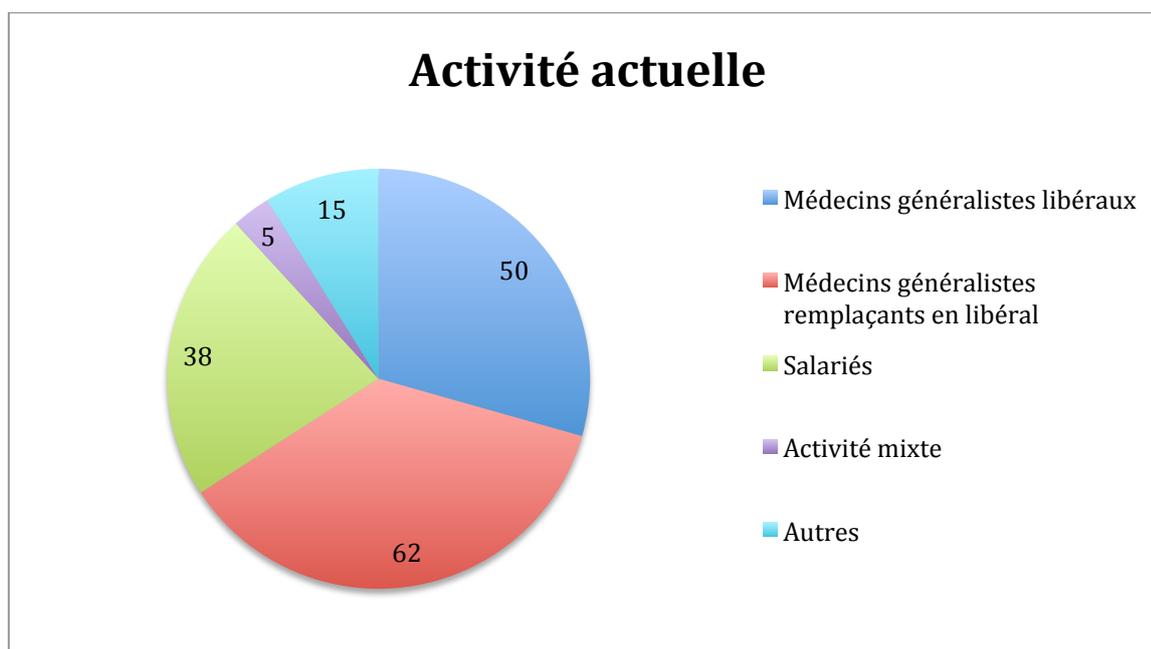
Les personnes ayant répondu « autre » (7,1% (12)) ont fait l'objet d'une recherche internet afin de pouvoir appréhender le profil majoritaire de cette catégorie : 3 médecins libéraux spécialisés (angiologie, médecine esthétique), 7 sont en fait des médecins salariés exerçant une autre spécialité que la médecine générale, 1 personne est encore en cours d'internat et 1 personne reste inconnue.

Pour la majorité des répondants, le milieu d'exercice plébiscité avant le stage ambulatoire pour une éventuelle installation était le milieu semi rural (58,8%) devant le milieu rural (17,1%) et enfin urbain (10,6%). 13,5% sans avis.

En pratique, chez les répondants installés en libéral, 40% (20) sont installés en milieu urbain, 30% (15) en milieu semi rural et 30% (15) en milieu rural.

A noter qu'une seule personne était engagée au CESP au cours de son internat. Elle avait passé son baccalauréat dans le département de l'Ain et s'est installée en tant que médecin généraliste dans l'Ain en 2014.

D- Activité actuelle



Parmi les 170 réponses,

- 62 répondants étaient médecins généralistes remplaçants en libéral.
- 50 étaient médecins généralistes libéraux installés.
- 38 étaient médecins salariés.
- 5 avaient une activité mixte médecine générale ambulatoire et salariat.
- Et pour 15 personnes le questionnaire a été écourté après cette question comme défini dans « matériel et méthode ». Leur activité actuelle étant : médecin remplaçant sur un poste salarié (3), ou « autre » (12).

1- Médecins généralistes libéraux (n=50)

Projet professionnel avant le stage	Ambulatoire 92% (46)	Salariat 4% (2)	Activité mixte 2% (1)	DESC 2% (1)
Lieu d'installation connu avant le stage	Oui 20% (10)	Non 80% (40) *27,5% installés dans l'Ain		
Connaissance zone géographique avant stage	Oui 28% (14)	Non 72% (36)		
Remplacements avant installation	Oui 94% (47)	Non 6% (3)		
Département d'installation	Ain 30% (15)	Rhône 42% (21)	Auvergne R-A (hors 01 et 69) 18% (9)	France 10% (5)
Cabinet actuel	Pluridisciplinaire 30% (15)	Groupe 60% (30)	Seul 10% (5)	
Milieu d'exercice actuel	Urbain 40% (20)	Semi rural 30% (15)	Rural 30% (15)	
Modalités d'installation	Reprise de patientèle 40% (20)	Création d'un cabinet 20% (10)	Association collaboration 38% (19)	Autre 2% (1)
Mode d'installation	Opportunités 88% (44)	Création projet 6% (3)	Recherche d'un poste 6% (3)	
Distance cabinet actuel/lieu de stage	< 15km 34% (17)	15-30km 12% (6)	30-50km 16% (8)	> 50km 38% (19)
Succession ou association au MSU	Oui 24% (12)	Non 76% (38)		
Statut de MSU	Oui 16% (8)	Non 84% (42) *73,8% envisagent de le devenir		
Poursuite de l'activité actuelle à long terme	Oui 92% (46)	Non 8% (4)		

Tableau n°3. Caractéristiques des médecins généralistes installés en libéral

Ils ont terminé leur internat en moyenne en 2012. Le délai moyen entre la fin d'internat et l'installation est de 2 ans.

Leur temps de travail moyen a été calculé à 3,8 jours par semaine (médiane à 4) et leur temps de trajet moyen à 10-20 minutes aller simple (médiane identique).

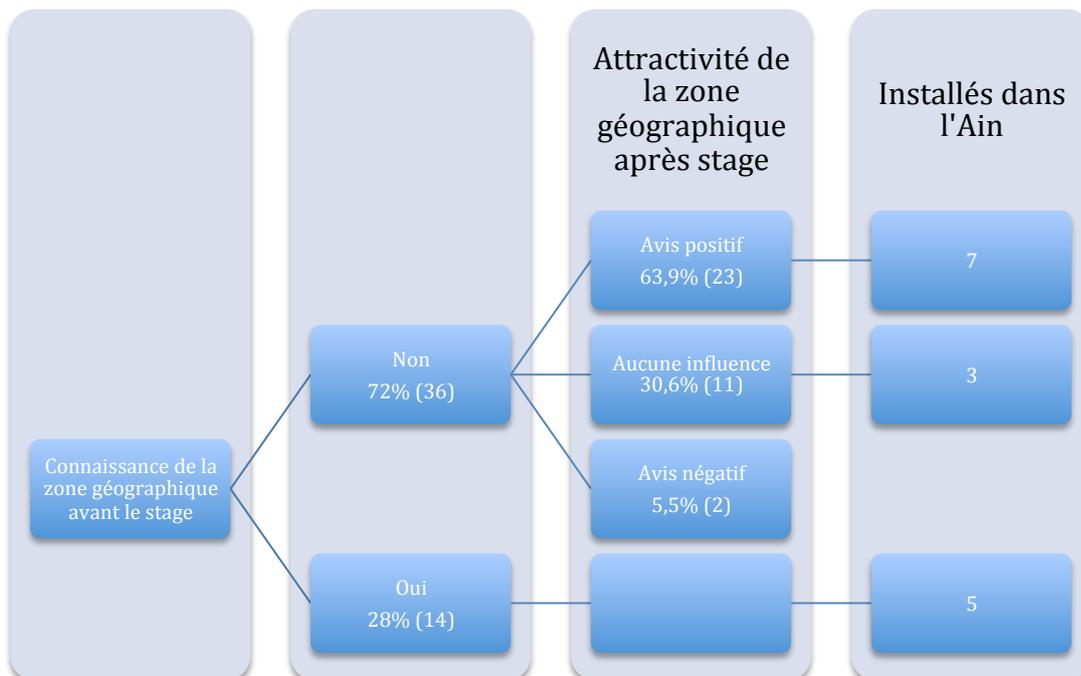
Installés dans l'Ain

Parmi les 15 personnes installées dans le département de l'Ain, 7 ne connaissaient pas la zone géographique avant le stage ambulatoire et avaient passé leur baccalauréat dans un autre département. Les 8 autres connaissaient la zone géographique ou avaient passé leur baccalauréat dans l'Ain.

Tous les installés ayant passé leur baccalauréat dans le département de l'Ain sont maintenant installés dans l'Ain.

Par ailleurs, 5 personnes savaient déjà où elles voulaient s'installer avant même de faire leur stage ambulatoire, 1 seule s'est associée ou a succédé à son maître de stage universitaire (MSU) ; alors que parmi les 10 personnes qui ne savaient pas où elles voulaient s'installer plus tard, 6 se sont associées ou ont succédé à leur MSU.

Attractivité de la zone géographique



Pour 10 personnes (20%), le stage ne leur a pas donné envie de revenir exercer que ce soit dans le même milieu, dans la même ville ou dans le même cabinet.

Pour les 40 personnes restantes, c'est surtout le milieu d'exercice qui a été plébiscité devant le cabinet en lui-même, le département et enfin la ville.

		Connaissance antérieure de la zone géographique		Totaux
		Oui	Non	
Distance cabinet actuel/lieu de stage	< 15km	4	13	34% (17)
	15-30km	2	4	12% (6)
	30-50km	4	4	16% (8)
	> 50km	4	15	38% (19)
Distance remplacements/ lieu de stage	< 15km	5	11	32% (16)
	15-30km	3	6	18% (9)
	30-50km	4	6	20% (10)
	> 50km	2	13	30% (15)
	Totaux	14	36	100% (50)

Tableau n°4. Distance du lieu d'installation et du lieu de remplacement par rapport au lieu de stage

34% (n=17) des répondants se sont installés à moins de 15km de leur lieu de stage ambulatoire dont 13 ne connaissaient pas la zone géographique avant d'y venir en stage.

Pour les remplacements, c'est 32% (n=16) des répondants qui ont remplacé à moins de 15 km de leur lieu de stage dont 11 ne connaissaient pas la zone géographique antérieurement.

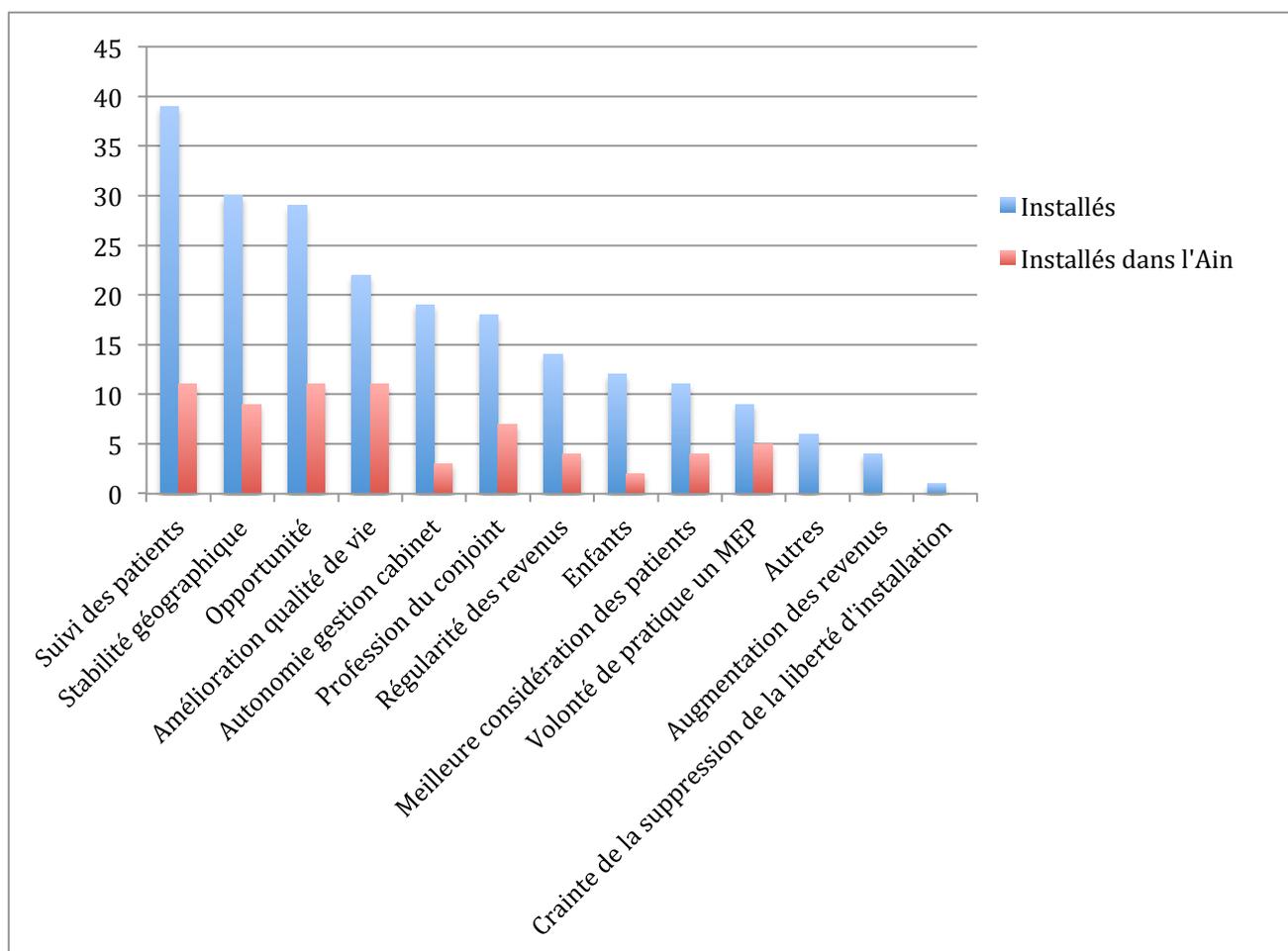
L'installation

	Mode d'installation	Dont installés dans l'Ain	
Opportunités	88% (n=44)	100% (n=15)	
Proposée suite au stage ambulatoire		11	8
Proposée suite à un remplacement		15	3
Proposée par un confrère		16	4
Proposée par une collectivité locale		2	0
Création d'un projet	6% (n=3)	0	
Recherche active d'un poste	6% (n=3)	0	

Tableau n°5. Mode d'installation des médecins généralistes libéraux.

Une opportunité proposée soit suite au stage ambulatoire, soit suite à un remplacement ou bien par un confrère ou une collectivité locale a été le mode d'installation de 88% des répondants.

Cela concerne également 100% des médecins installés dans l'Ain pour qui l'opportunité suite au stage ambulatoire a été majoritaire.



Facteurs déterminants pour l'installation

Dans les deux cas, les 4 facteurs les plus déterminants pour leur installation ont été le suivi de patients, la stabilité géographique, une opportunité d'installation et l'amélioration de la qualité de vie. Au contraire les deux facteurs considérés par les répondants comme les moins déterminants pour leur installation sont l'augmentation des revenus et la crainte de la suppression de la liberté d'installation.

Les autres facteurs cités de manière libre par les répondants sont :

- Devenir maître de stage universitaire (MSU) cité 1 fois.
- Affinités professionnelles citées 2 fois : « *congruence des pratiques avec mon associée actuelle* » et « *avoir des pratiques médicales proches de celle de mes associées* ».
- Aides à l'installation citées 1 fois : « *exonération d'impôts (ZRR)* ».
- La liberté de l'exercice libéral citée 1 fois.
- L'Assistance à un confrère citée 1 fois « *aide d'un confrère qui se retrouvait seul après le départ de 2 de ses collègues* ».

2- Médecins généralistes remplaçants en libéral (n=62)

Projet professionnel avant stage	Ambulatoire	Activité mixte	DESC		
	82,2% (51)	9,7% (6)	8,1% (5)		
Thèse	Oui		Non		
	58,1% (36)		41,9% (26)		
Lieu de remplacement connu avant stage	Oui		Non		
	16,1% (10) *confirmé à 100%		83,9% (52)		
Zone géographique connue avant stage	Oui		Non		
	35,5% (22)		64,5% (40)		
Changement d'avis sur la zone géographique	Positif	Aucun	Négatif		
	46,8% (29)	43,5% (27)	9,7% (6)		
Remplacements chez MSU	<2 ans	2-5 ans	> 5ans		
	39,3%	10,5%	11,1%		
Type de cabinet	Pluridisciplinaire	Groupe	Seul	Autre : SOS	
	21,3%	51,8%	25,9%	médecins 1%	
Type de remplacements	Fixes		Occasionnels	Mixtes	
	32,3% (20)		22,6% (14)	45,2% (28)	
Actuel projet professionnel	Installation	Remplacement	Mixte	Salariat	Ne sait pas
	46,8% (29)	45,2% (28)	3,2% (2)	1,6% (1)	3,2% (2)
Envisage de devenir MSU	Oui		Non		
	53,2% (33)		46,8% (29)		

Tableau n°6. Caractéristiques des médecins généralistes remplaçants

Ils ont significativement terminé leur internat plus tard que les installés [$p < 0,05$, IC95%(0,9-2,2)]. En moyenne, les répondants ont terminé leur internat en 2013 et ont commencé les remplacements la même année.

Le temps de trajet maximal envisagé pour les remplacements est en moyenne 30 à 45 minutes de trajet aller simple. Le temps de travail actuel moyen 3,3 jours par semaine.

Les répondants ont trouvé leurs remplacements en majorité suite au stage ambulatoire ou suite au bouche à oreille, devant le contact direct avec le médecin remplacé, le CDOM, les sites dédiés et enfin les réseaux sociaux ou suite à un autre semestre.

Pour 8 personnes (12,9%), le stage ne leur a pas donné envie de revenir exercer que ce soit dans le même milieu, dans la même ville ou dans le même cabinet.

Pour les 54 personnes restantes (87,1%), c'est une nouvelle fois le milieu d'exercice qui a été plébiscité puis le département, ensuite le cabinet en lui-même et enfin la ville.

Projet professionnel

Installation libérale	46,8% (29)	Court terme (< 2 ans) : 82,8% (24)
		Moyen terme (2-5 ans) : 17,2% (5)
		Long terme (> 5 ans) : 0
Salariat	1,6% (1)	
Mixte	3,2% (2)	
Poursuite des remplacements	45,2% (28)	
NSP	3,2% (2)	

Tableau n°7. Projet professionnel des médecins généralistes remplaçants en libéral

Concernant les 29 personnes ayant pour projet une installation en libéral, 96,5% (n=28) souhaitent s'installer en cabinet médical de groupe ou en structure pluridisciplinaire. Le temps de travail moyen envisagé est 3,8 jours par semaine. Le temps de trajet maximal envisagé est inférieur à 20 minutes aller simple. Et le milieu d'exercice souhaité est le milieu semi rural à 65,5% (n=19).

79% (n=49) des remplaçants ont déjà reçu une offre concrète d'installation.

10,2% d'entre eux (n=5) l'ont accepté et une installation est prévue à court terme.

Pour les 44 autres, les motifs de refus ont été :

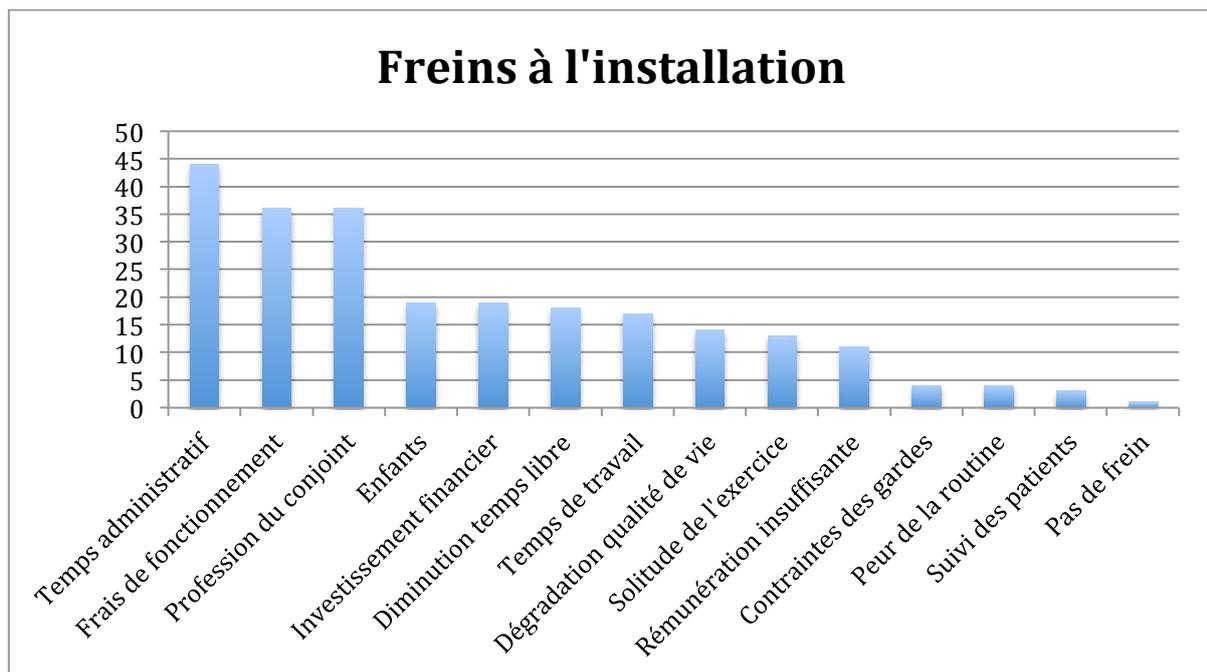
- La localisation citée 15 fois,
- La thèse non soutenue citée 9 fois,
- Une préférence personnelle/organisation de la vie personnelle citée 9 fois,
- Le manque d'expérience professionnelle cité 7 fois,
- Les contraintes administratives cités 4 fois,
- Le type de cabinet cité 3 fois,

- Un autre projet professionnel cité 2 fois,
- L'organisation de la permanence des soins citée 1 fois.

Au contraire, les éléments considérés comme pouvant être décisifs pour une éventuelle installation chez les remplaçants sont :

- Une opportunité proposée par un confrère citée 41 fois,
- Des aides financières à l'installation cités 29 fois,
- La facilitation de la création d'un projet personnel citée 27 fois,
- Une opportunité proposée par une collectivité locale citée 21 fois,
- Dans 3 cas, aucun motif n'a été cité,
- Autres cités 9 fois : entente avec associés, stabilité vie personnelle, possibilité de temps partiel, qualité du cabinet, soutenance de la thèse, aides administratives, patientèle agréable.

Freins à l'installation



Les 3 les plus cités sont le temps administratif, les frais de fonctionnement et la profession du conjoint.

Les 3 les moins cités sont la contrainte des gardes, la peur de la routine et le suivi des patients.

3- Médecins salariés (n=38)

Projet professionnel avant stage	Ambulatoire 42,1% (16)	Salariat 15,8% (6)	Mixte 13,1% (5)	DESC 21,1% (8)	Aucun 7,9% (3)
Poste actuel	Praticien en CH 65,8% (25)	Médecin PMI/CPEF 21,1% (8)	Médecin scolaire 2,6% (1)	Médecin pénitentiaire 2,6% (1)	Autre 7,9% (3)
Département d'exercice	Ain 13,2% (5)	Rhône 65,8% (25)	Région Auvergne RA 10,5% (4)	France métropolitaine 7,9% (3)	DOM TOM 2,6% (1)
Distance lieu de stage/lieu de travail	< 15km 10,5% (4)	15-30 km 7,9% (3)	30-50 km 13,2% (5)	> 50km 68,4% (26)	
Remplacement avant salariat		Oui 68,4% (26)		Non 31,6% (12)	
Installation avant salariat		Oui 7,9% (3)		Non 92,1% (35)	
Lieu de travail connu avant stage		Oui 28,9% (11)		Non 71,1% (27)	
Zone géographique connue avant stage		Oui 44,7% (17)		Non 55,3% (21)	
Changement avis sur zone géographique	Positif 55,3% (21)		Aucun 35,9% (15)	Négatif 5,3% (2)	
Poursuite activité actuelle		Oui 71,1% (27)		Non 23,7% (9)	

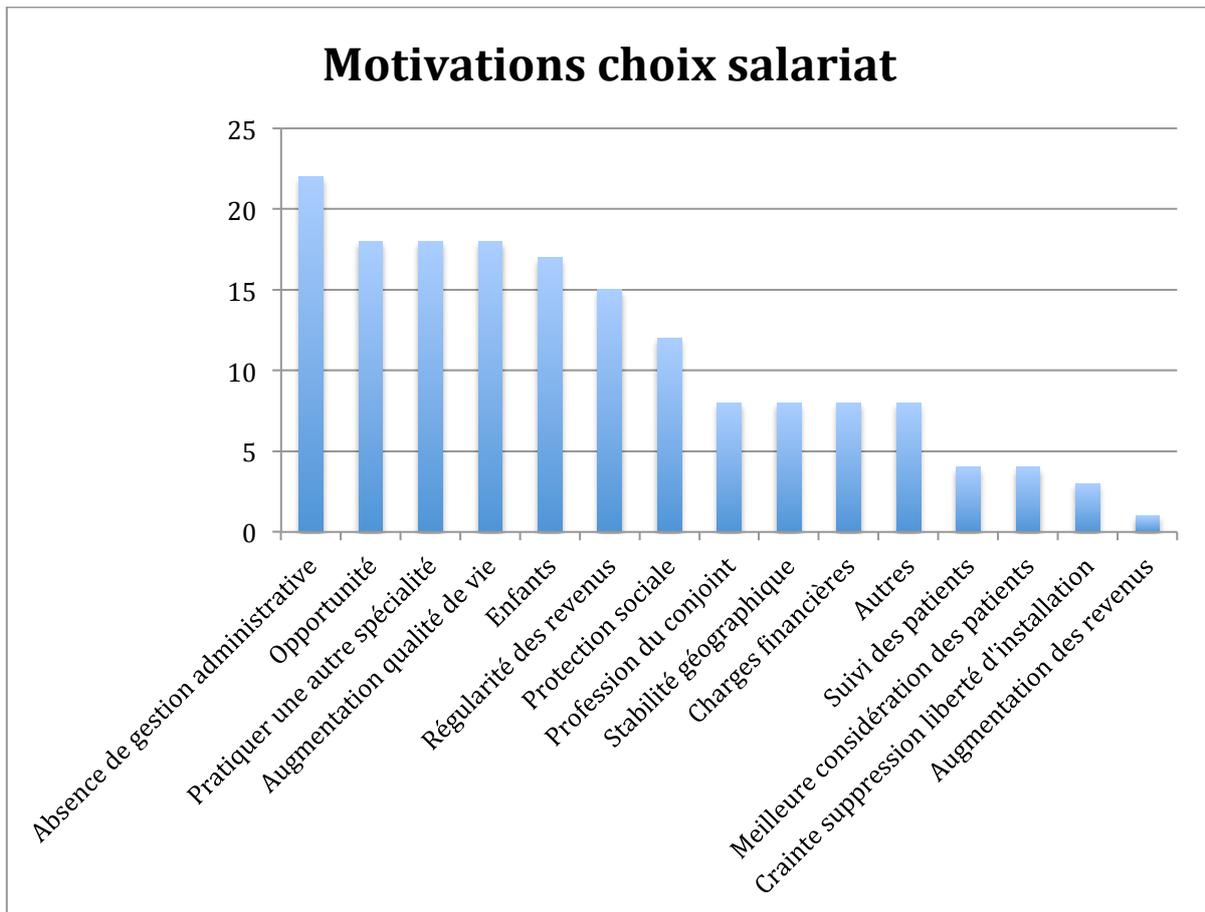
Tableau n°8. Caractéristiques des médecins salariés

Les répondants ont débuté leurs fonctions salariées en moyenne 1 an après la fin de leur internat. Leur temps de trajet aller simple pour se rendre sur leur lieu de travail est en moyenne 20 à 30 minutes. Leur temps de travail moyen est de 4,5 jours par semaine.

Les répondants ont trouvé leur poste en majorité suite à un autre semestre 52,6% (n=20), sinon, suite à une opportunité proposée par un confrère 26,3% (n=10) ou le bouche à oreille 13,2% (n=5), par le biais des collectivités locales 10,5% (n=4), du CDOM 7,9% (n=3) ou suite à un remplacement 7,9% (n=3), via les réseaux sociaux 5,3% (n=2) et enfin suite au stage ambulatoire dans l'Ain 5,3% (n=2).

Pour 12 personnes (31,6%), le stage ne leur a pas donné envie de revenir exercer que ce soit dans le même milieu, dans la même ville, le même milieu ni le même cabinet.

Pour les 26 personnes restantes (68,4%), c'est une nouvelle fois le milieu d'exercice qui a été le plus attractif devant le département, le cabinet et la ville.



Les autres raisons invoquées étaient :

L'intérêt clinique du poste cité 4 fois

Le travail en équipe

La régularité des horaires

L'absence de pression de la part de la patientèle

Problèmes de santé personnels

Projet professionnel

23,7% (n=9) ont changé d'avis sur leur projet professionnel après le stage ambulatoire

Les commentaires faits par les répondants sont en majorité une évolution de l'ambulatoire vers le salariat. Un seul n'écarter pas de revenir à une activité de médecine générale ambulatoire en milieu rural par la suite.

26 personnes ont remplacé en libéral et 3 personnes ont été installées en libéral avant d'être salariées, leurs motifs de changement de projet professionnel ont pu être classés en 5 catégories :

- Contraintes administratives/charges (citées 12 fois)

Exemples : « *trop de stress, trop de charge, beaucoup de difficultés financières suite au congé maternité, confort de travail en centre de santé (aucune démarche administrative telle qu'Urssaf) et horaires agréables* » ; « *problèmes avec l'Urssaf et difficultés à faire mes impôts professionnels* » « *trop de comptabilité, trop de temps perdu en gestion de papier* » ...

- Choix (cité 7 fois)

Exemples : « *je n'aimais pas la médecine générale, je m'investissais beaucoup pour mes patients sans aucune satisfaction personnelle* » ; « *exercice ne correspondant pas aux envies et aux attentes* » ; « *travail avec orientation sociale* » ...

- Vie familiale/personnelle (citée 5 fois)

Exemples : « *horaires trop difficiles avec la vie de famille* » ; « *ma vie personnelle (perspectives professionnelles de mon conjoint)* » ; « *emploi du temps familial* » ...

- Opportunité (citée 4 fois)

Exemples : « *Opportunité professionnelle* » ; « *opportunité de poste hospitalier* »

- Changement transitoire (cité 4 fois)

Exemples : « *salariat post internat pour projet de grossesse. Libéral à venir* » ; « *changement transitoire, projet de m'installer en libéral par la suite* » ; « *salariat temporaire sur poste intéressant. Retour au libéral prévu dans un an* » ...

4- Activité mixte (n=5)

Projet professionnel avant stage	Salariat 40% (n=2)	Ambulatoire 40% (n=2)	Mixte 20% (n=1)	
Lieu de travail connu avant stage	Oui 20% (n=1)	Non 80% (n=4)		
Zone géographique connue avant stage	Oui 80% (n=4)	Non 20% (n=1)		
Changement d'avis sur zone géographique	Positif 40% (n=2)	Aucun changement 60% (n=3)	Négatif 0	
Type de poste salarié	PH/praticien associé/assistant 80% (n=4)	Chef de clinique des universités 20% (n=1)		
Type de cabinet	Groupe 60% (n=3)	Pluridisciplinaire 40% (n=2)	Seul 0	
Département du poste salarié	Rhône 80% (n=4)	Ain 20% (n=1)		
Département d'installation	Rhône 100% (n=5)			
Distance lieu de stage	< 15km	15-30 km	30-50 km	> 50 km
- poste salarié	1	1	1	2
- cabinet actuel	1	1	1	2
Poste salarié	Opportunité par un confrère 40% (n=2)	Opportunité suite autre semestre 60% (n=3)		
Installation	Opportunité par un confère 80% (n=4)	Annonce 20% (n=1)		
Succession/association au MSU	Non 100% (n=5)			
Statut de MSU	Oui 20% (n=1)	Non 80% (n=4) (3 l'envisagent)		
Poursuite activité actuelle à long terme	Oui 100% (n=5)			

Tableau n°9. Caractéristiques des médecins ayant une activité mixte

Leur temps de trajet moyen jusqu'au cabinet est 10-20 minutes et jusqu'au lieu d'exercice salarié est 20-30 minutes. Leur temps de travail moyen est 4,6 jours par semaine.

Un répondant a changé de projet professionnel suite au stage ambulatoire : évolution d'un projet de salariat exclusif vers une activité mixte.

5- Données communes

	Libéraux	Remplaçants	Salariés	Mixtes	Total
Type de cabinet	4,18	4,13	4,03	4,6	4,14
Profession du conjoint	4	4,02	4,05	4,6	4,04
Attractivité zone géographique	4,02	3,95	4,1	4,4	4,03
Milieu d'exercice (rural, urbain, semi rural)	3,64	3,64	3,97	4,2	3,74
Proximité des structures sanitaires	3,58	3,79	3,76	4	3,72
Opportunité	3,84	3,47	3,68	4,4	3,67
Lieux de remplacements antérieurs	3,6	3,58	3,6	3,8	3,6
Organisation de la PDS	3,44	3,58	3,74	4,2	3,59
Origine géographique	3,4	3,32	3,58	3,6	3,42
Ville d'internat	3,32	3,13	3,47	4,2	3,31
Environnement socio culturel	3,08	3,19	3,39	4,2	3,24
Proximité familiale	3,1	3,08	3,37	3,6	3,17
Aides à l'installation/ Niveau de revenus	2,48	3,02	3,05	3,6	2,87
Ville de formation universitaire	2,58	2,48	3	3,4	2,67

Tableau n°10. Degré d'influence de différents critères sur le choix du lieu d'exercice, notes moyennes sur 5 attribuées par les répondants.

Pour les 4 groupes, ce sont toujours les 3 mêmes critères qui ont été définis comme étant les plus influents sur le choix du lieu d'exercice : le type de cabinet ($p = 0,002$), la profession du conjoint ($p = 0,03$) et l'attractivité de la zone géographique (non significatif, $p = 0,18$). Les 2 facteurs les moins déterminants pour le choix du lieu d'exercice sont également communs aux différents groupes : les aides à l'installation ou le niveau de revenus ($p = 0,04$) et la ville de formation universitaire ($p = 0,007$).

	Libéraux	Remplaçants	Salariés	Mixtes	Total
Type de cabinet (groupe, seul, pluridisciplinaire)	3,98	3,69	3,97	4,8	3,89
Organisation temps de travail	3,72	3,52	3,74	4,4	3,66
Lieu d'exercice	3,34	3,21	3,45	3,6	3,32
Réseaux de soins	2,82	3,29	3,55	3,8	3,21
Gestion administrative et comptable du cabinet	3,02	2,82	2,95	3,2	2,92
MSU/ implication recherche enseignement	3,02	2,71	2,47	3,8	2,78
Modalités de FMC	2,62	2,73	2,68	3,2	2,69
Délai d'installation	3,08	2,39	2,5	3,6	2,67

Tableau n°11. Degré d'influence du stage ambulatoire sur les différents critères, notes moyennes sur 5 attribuées par les répondants.

De la même manière, tous les groupes ont identifié le type de cabinet comme étant le critère le plus influencé par le stage ambulatoire, le résultat est cependant à la limite de la significativité ($p = 0,05$) et ensuite l'organisation du temps de travail et ce de manière statistiquement significative ($p = 0,006$).

A la question : « pensez-vous que les stages ambulatoires puissent être un moyen d'attirer les anciens stagiaires dans la même zone géographique ? » Les sondés des différents groupes ont répondu oui à 97,4% (152/156).

Remarques/suggestions

- Efficacité sur les remplacements :

« Concernant les remplacements après mon stage dans l'Ain, j'ai remplacé mes 2 maitres de stage juste après le stage pendant un peu plus d'un an. J'ai arrêté à cause de la distance »

« Je suis installée dans une zone manquant de médecins (...). J'aimerais trouver des remplaçants plus facilement et que des médecins généralistes s'installent dans le coin. C'est précisément pour cette raison que j'ai décidé d'être MSU (et c'est formateur et sympa aussi!). Je suis absolument persuadée que ça va aider. Et ça commence déjà (au 2e stage) à porter ses fruits pour les remplaçants. »

- Importance de la stabilité/vie familiale

« Au départ je souhaitais m'installer en semi-rural, dans l'Ain (...) Mais je l'aurais fait en couple, pas célibataire... » ; « Pour autant le lieu d'exercice n'a pas été décidé en fonction du terrain de stage, après hésitations++, notamment du fait des contraintes familiales et des opportunités de travail de mon conjoint » ; « La médecine générale SE FEMINISE et lorsque madame réalise son internat, le ou la conjointe n'a pas attendu 26 ans pour concrétiser un projet professionnel : le projet FAMILIAL prend donc de plus en plus de place dans la conception du projet professionnel ! Mon stage à Bellegarde m'a énormément plu (...) mais mon conjoint travaillant en Haute-Savoie il n'était pas concevable pour notre famille de remettre en cause la richesse intellectuelle et la stabilité de son emploi déjà acquises ! »

- Qualité du stage/du maître de stage

« Influence du stage sur le choix d'installation très dépendant de l'histoire de chacun et également du déroulement du stage ambulatoire » ; « Le lieu de stage est certes important mais la qualité du maître de stage l'est aussi et de façon très importante » ; « l'exemple de l'un de mes maitres de stage m'a clairement décidé à m'installer, de par son approche humaniste du métier » « Les stages en ambulatoire ont un impact énorme sur notre installation (...) tout dépend de la qualité du stage, des MSU et de l'interne »

- Précocité du stage ambulatoire :

« Ce type de stage ne peut impacter la densité médicale que s'il arrive tôt dans le cursus universitaire à savoir : susciter un projet ou permettre aux étudiants originaires de l'Ain de se projeter dans leur département d'origine »

- Contraintes administratives :

« Je vois dans vos questions ce qui m'a poussé vers le salariat (chômage du conjoint, grossesse prévue mais plus rapide que prévue, les formalités administratives qui gâchent à mon sens notre métier, n'ayant pas le courage de tous les confrères installés...). En espérant que votre travail soit porté à la connaissance des autorités compétentes pour augmenter les postes de médecins généralistes salariés ».

- Autres remarques :

« Au delà de l'aide financière l'accueil et les temps de formation de la part du CG de l'Ain sont aussi très appréciables et permettent un réel attachement affectif au département, non négligeable dans les possibilités d'installation ultérieures ou seulement de remplacement »

« Je souhaitais initialement m'installer dans l'Ain suite à mon excellent stage puis j'ai eu une opportunité sur Lyon ».

« Complexité des aides pour l'installation, des démarches, manques d'informations.

Besoin de créer des lieux d'annonces (inexistant dans l'AIN vs Lyon) afin de faciliter la recherche de remplaçant ».

V- DISCUSSION

A- Forces de l'étude

Cette étude a permis de répondre à son objectif principal en étudiant l'évolution du projet professionnel des internes de médecine générale à l'occasion de leur stage ambulatoire dans l'Ain. Malgré les projections parfois catastrophiques de l'évolution de la démographie de la médecine générale ambulatoire dans les zones sous dotées et l'absence de solution unique rapportées par la littérature, cette étude a tout de même permis d'isoler quelques notes d'optimisme. Elle a pu ainsi répondre à son objectif secondaire d'identifier plusieurs pistes de réflexion pour améliorer l'attractivité du département auprès des jeunes médecins généralistes.

La population cible de cette étude a été volontairement importante avec un intervalle de temps assez large dans le but de recueillir un maximum de données, ce qui est une force de ce travail grâce aux 170 participants.

C'est la première étude de ce type dans le département de l'Ain et dans la région rattachée à l'université de Lyon. Ces résultats pourront servir à améliorer la qualité de formation et d'accueil des internes dans l'Ain ou d'autres départements afin de respecter leurs attentes en tant que futurs médecins généralistes et nous l'espérons à terme, à améliorer l'offre de soins.

B- Limites de l'étude

Certains biais ont été identifiés :

Biais de déclaration

Les réponses à ce questionnaire font pour certaines, appel à la subjectivité du répondant.

Biais de mémorisation

Dans cette étude rétrospective, les premiers inclus ont réalisé leur stage ambulatoire en 2008, or la plupart des questions faisaient appel à la mémoire des répondants sur leur projet professionnel antérieur, les facteurs ayant déterminé leur activité actuelle ... Ces réponses ont pu être une source d'erreur.

Biais de recrutement

Concernant le recueil des coordonnées, seules les adresses électroniques revenues invalides ont été corrigées par l'investigatrice mais il est possible que d'autres adresses électroniques ne soient plus utilisées sans toutefois être invalides. Il est donc possible que certains anciens internes n'aient jamais vu le mail.

Une partie des répondants a effectué un SASPAS, stage non obligatoire, généralement réalisé en lien avec le projet professionnel. On peut imaginer que ces personnes avaient le projet professionnel de médecine générale ambulatoire préalable au SASPAS et donc que la population incluse soit plus encline à la médecine générale ambulatoire que l'ensemble d'une promotion d'internes de médecine générale.

En effet, comme l'a montré C. Riol (24) dans sa thèse sur le devenir professionnel des étudiants ayant effectué un SASPAS de novembre 2003 à Octobre 2005 à Lyon, le projet professionnel avant le stage des internes ayant réalisé un SASPAS versus ceux n'ayant réalisé qu'un stage de niveau 1 est largement plus en faveur de l'exercice ambulatoire de la médecine générale, alors qu'il n'y a pas de différence significative entre l'exercice libéral et l'exercice salarié dans le groupe NON SASPAS.

Biais lié à l'enquêteur

Le fait que l'investigatrice ait réalisé son SASPAS dans le département de l'Ain a pu influencer l'élaboration du questionnaire ou le traitement des données.

Biais d'auto sélection

Face à ce type de questionnaire, les participants font le choix de répondre ou non à l'étude, il est possible que les médecins ayant répondu se soient sentis plus concernés par la question de recherche.

C- Choix de la méthode

Le choix des questionnaires informatisés a permis un gain de temps dans le traitement des données recueillies, une diminution des coûts liés à l'envoi et aux relances du questionnaire et l'aspect pratique pour la réponse a été souligné par certains des répondants.

En revanche, le choix du format informatique a probablement entraîné une diminution du taux de réponse par rapport à un questionnaire téléphonique notamment. Car si le nombre de répondants représente une force de ce travail, le taux de participation 58,9% (taux de réponse 64,6%) reste intermédiaire par rapport à d'autres travaux. Dans l'étude de T. Devaux (25) qui a également utilisé des questionnaires informatisés, ce taux de participation était à 50,8% alors que pour J. Le Grand-Penguilly (26) (format informatique et papier) a recueilli 81,5% de participation et M. Behringer (27) 96% (contact par téléphone puis courrier électronique ou télécopie).

Le questionnaire en lui-même présente également certaines imperfections, par exemple :

- Sur l'activité actuelle, la catégorie « médecin salarié » a peut être été mal comprise par une partie des répondants qui l'auraient interprété comme « médecin généraliste salarié ». En effet, certains se sont classés dans la catégorie « autre » alors qu'ils sont urgentistes ou gériatres ou angiologues. Ceci aurait conduit à une erreur de classement pour 7 personnes sur les 170. Une simple précision sur cette catégorie aurait certainement pu éviter cette confusion.
- Concernant la définition des communes en secteur rural (< 5 000 habitants), semi rural (5000 à 20 000 habitants) et urbain (> 20 000 habitants) qui a été choisie par comparaison avec d'autres études, le but était de limiter le caractère subjectif, et donc variable d'une personne à l'autre que peuvent revêtir ces adjectifs. Cependant cette classification ne reflète pas la distance entre le cabinet (ou le domicile) et la proximité d'une éventuelle agglomération et donc d'infrastructures. Ainsi certaines communes répertoriées comme rurales d'après notre classification peuvent se trouver en bordure de zone urbaine et profiter des services proposés par celle ci. Pour obtenir un classement objectif des communes il aurait fallu les catégoriser selon la classification ZAUER de l'INSEE, classification très complexe qu'il aurait été compliqué d'utiliser dans le questionnaire.

Enfin, cette étude n'est pas comparative. La comparaison à un groupe témoin aurait nécessité de trouver un département comparable sur le plan géographique et sociodémographique sans aide financière incitative attribuée par le département afin de pouvoir en mesurer l'impact.

D- Analyse des résultats

1- Caractéristiques socio démographiques

Du fait d'une population interrogée ayant une moyenne d'âge (33 ans) bien inférieure à la moyenne d'âge des médecins généralistes de la région (51 ans), la proportion de femmes en est également modifiée et bien supérieure à la moyenne régionale actuelle : 76% dans notre population contre 46% pour la région Rhône-Alpes en 2015 (1).

Origine géographique

15,9% des personnes interrogées ont passé leur baccalauréat dans le département de l'Ain, et la proportion de personnes vivant dans le département est restée stable car pour 17,6% des répondants leur résidence actuelle se situe dans l'Ain. Tous les installés ayant passé leur baccalauréat dans l'Ain sont maintenant installés dans l'Ain.

Favoriser l'installation et la venue des étudiants issus du département apparaît comme un critère important. En effet, d'après la revue de la littérature étrangère réalisée par l'IRDES en 2006 (17), dans les pays où des mesures portent sur le recrutement privilégié des étudiants les plus à même d'exercer plus tard dans des zones sous dotées, il apparaît que les étudiants originaires des zones rurales ou défavorisées seraient les plus à même de retourner exercer plus tard dans ces zones. Cette tendance a également été retrouvée par C. Veauvy (28) dans son travail qualitatif sur l'installation des jeunes médecins en zone rurale puisque 71% des médecins interviewés sont originaires de ces zones rurales. De même, P. Lafon (29) dans sa thèse sur l'influence géographique des stages ambulatoires réalisés en Poitou-Charentes lors du 3^{ème} cycle sur le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes ; 80% de ses répondants installés en Poitou-Charentes sont originaires de cette même région.

A l'inverse, on peut noter une nette attractivité de la ville de Lyon puisque le pourcentage de bacheliers était 18,8% et qu'à présent 43,5% des répondants vivent à Lyon.

2- Internat et installation

Dans notre étude, le délai moyen entre la fin d'internat et l'installation a été de 2 ans ce qui est très largement inférieur à la moyenne nationale ou à ce qui a été constaté dans d'autres

études. Cela s'explique par le manque de recul de l'étude qui inclut uniquement les jeunes installés. Il y a dans la population des remplaçants actuels, une proportion non négligeable de répondants qui a pour projet une installation en libéral dans les 5 ans à venir et d'autres peut être à plus long terme, ce qui aura pour effet de modifier cette moyenne. De même pour les installations libérales après une première partie de carrière salariée.

En effet, l'âge moyen d'installation recule en France, il était de 30 ans en 1980 (30) et serait autour de 39 ans actuellement (16) (31) (18).

3- Choix du stage

Comme dans d'autres travaux similaires (25) (32), ce sont la réputation pédagogique du stage et sa localisation géographique qui sont les éléments les plus déterminants dans le choix du stage ambulatoire.

Il apparaît donc primordial de pouvoir proposer aux internes stagiaires des terrains de stage de haute qualité pédagogique pour influencer le choix de stage.

L'aide financière accordée par le département apparaît également dans les 3 critères les plus importants pour leur choix de stage, 35,9% des répondants reconnaissent qu'elle a été totalement déterminante.

En revanche, dans la thèse de T. Devaux les répondants ont classé l'aide financière comme un des éléments les moins déterminants. Ceci est à relativiser ; en effet l'aide financière est de nature différente dans le Nord Pas de Calais, elle est attribuée seulement à certains SASPAS du département. T. Devaux a par ailleurs retrouvé une influence positive statistiquement significative de cette aide financière sur le lieu d'exercice à moins de 10 km du lieu de stage ainsi que sur les remplacements du maître de stage universitaire. L'objectif secondaire de cette mesure incitative à savoir attirer des remplaçants en zone sous dotée s'est avéré efficace dans les 2 ans après le stage.

Dans d'autres thèses sur l'évaluation des stages ambulatoires (33) (34), l'inconvénient majeur souligné par les répondants est l'éloignement géographique et ses conséquences sur le coût financier et la fatigue liée aux déplacements. Ce point négatif est associé à une diminution de la satisfaction par rapport au stage et est également une source de frustration de l'interne par rapport aux honoraires perçus pour le MSU (35). Or, la satisfaction du stage paraît

incontournable pour donner envie aux internes de revenir exercer dans la zone géographique. Les solutions de logement et/ou les aides financières sont des critères de choix secondaires très importants après la qualité du stage.

Le fait que 43,5% des répondants aient effectué au moins un autre semestre dans le département de l'Ain (autre stage ambulatoire ou semestre hospitalier) est encourageant dans la mesure où de nombreux travaux (36) (24) (37) ont montré que les jeunes médecins généralistes s'installent habituellement dans la région de leur fin de cursus et proche de leurs lieux de remplacements habituels, il apparaît donc intéressant qu'ils puissent multiplier leurs expériences professionnelles sur le territoire.

4- Evolution du projet professionnel

Dans notre étude, l'évolution du projet professionnel montre une augmentation du salariat, ainsi qu'une légère diminution de l'activité mixte et de l'activité libérale.

Au sein de chaque groupe, nous pouvons constater que ce sont pour les médecins généralistes actuellement installés en libéral qu'il y a eu le plus de confirmation du projet professionnel puisque 92% avaient pour projet d'exercer en ambulatoire avant le stage. Cette proportion baisse à 82,2% chez les remplaçants puis à 42,1% chez les médecins salariés sachant que cette proportion ne prend pas en compte les deuxièmes carrières (passage de l'exercice salarié à l'exercice libéral ou l'inverse).

Plusieurs thèses réalisées sur l'influence du SASPAS sur le projet professionnel ont retrouvé soit une nette confirmation du projet professionnel (36) soit une modification plutôt au profit de l'exercice libéral (38). Toutefois, le SASPAS n'étant pas obligatoire dans le cursus, les différents travaux confirment le fait que la population interrogée était plus orientée vers le libéral avant le stage.

A l'étranger et notamment en Australie où la problématique d'accès aux soins dans les zones rurales est encore supérieure à la France, des travaux sont menés sur l'influence d'un programme d'expérience professionnelle médicale précoce en milieu rural (39) en délocalisant leur formation pour une durée d'un an ou plus. Ce dispositif est destiné à 25% des étudiants en médecine ; qui l'auraient choisi ou auraient été l'objet d'un recrutement

privilegié car plus à même d'exercer en milieu rural selon différents critères repérés précocement. Les résultats sont plutôt encourageants car 63,4% des étudiants concernés disent que leur intérêt pour la médecine rurale a augmenté et que pour 61,3% la carrière rurale ou semi rurale est le choix privilégié (contre 37,5% pour la carrière urbaine). Ce dispositif n'étant pas un stage obligatoire, il est probable qu'il y ait également un biais de sélection important avec des étudiants plus disposés à la médecine rurale avant cette expérience que ceux qui ont privilégié des stages pratiques en milieu urbain.

5- Situation actuelle

L'activité actuelle des répondants est répartie comme suit : 65,9% exercent en libéral exclusif (29,4% installés, remplaçants 36,5%), 22,3% de salariés et 2,9% ont une activité mixte ; ce qui représente une orientation plus importante au profit de l'activité libérale par rapport à l'activité salariée et mixte qu'au niveau national (56,9 % ont une activité libérale exclusive, 36,5% sont salariés et 6,5% ont une activité mixte) (1).

6- Déterminants à l'installation

Les facteurs les plus déterminants dans notre travail sont également retrouvés dans la thèse d'A. Decorde (40) à savoir : le suivi des patients, l'opportunité, la stabilité géographique ainsi que l'autonomie dans la gestion du cabinet.

L'opportunité d'installation a été citée à plus de 60% par les répondants d'A. Decorde ce qui suggère qu'actuellement les jeunes médecins généralistes recherchent majoritairement des solutions d'installation sur des projets déjà construits ou définis et s'orientent moins vers la création complète d'une structure médicale, lourde sur le plan administratif. Une opportunité proposée par un confrère ou une collectivité locale peut déclencher une installation. C'est le facteur le plus modifiable par une influence extérieure dans les déterminants à l'installation rapportés par les interrogés. C'est en effet le mode d'installation majoritaire dans notre population puisque qu'elle concerne 88% des installés contre 6% de création d'un projet et 6% de recherche active d'un poste. Pour les installés dans l'Ain, ce sont souvent des opportunités d'installation proposées à la suite du stage ambulatoire qui ont permis ces installations (8/15).

Dans de nombreux travaux (28) (40), la profession du conjoint apparaît également déterminante. En effet, le médecin généraliste actuel (41) est en couple avec une personne diplômée, majoritairement cadre supérieur et il apparaît difficilement envisageable qu'il s'installe dans une zone où les possibilités d'emploi pour le conjoint sont inexistantes. Ce critère semble plus difficile à influencer car il fait appel à un plus vaste problème d'aménagement global du territoire.

Deux thèses réalisées à Lyon sur l'évaluation du SASPAS (34) et le devenir professionnel des étudiants ayant effectué un SASPAS (24) mettent également en évidence que le SASPAS serait un facteur d'installation plus rapide par rapport aux internes n'ayant pas réalisé de SASPAS, ce qui n'a pas été montré dans notre travail car la distinction entre stages praticiens de niveaux 1 et 2 n'a pas été réalisée.

L'augmentation des terrains de stage de niveau 2 sur le territoire pourrait être une piste pour accélérer les installations.

7- Attractivité zone géographique

Parmi les 15 médecins installés dans le département de l'Ain, il est encourageant de remarquer que 46,7% d'entre eux ne connaissaient pas la zone géographique avant le stage et n'avaient pas passé leur baccalauréat dans le département. Une des explications à ce recrutement peut être le stage ambulatoire.

40% ont également succédé ou se sont associés à leur maître de stage universitaire.

16 médecins installés avaient effectués auparavant des remplacements à moins de 15 km de leur lieu de stage, dont 68,7% ne connaissaient pas la zone géographique avant le stage.

Il reste toutefois difficile de comparer ces chiffres à un autre département en l'absence d'étude identique et pour les raisons expliquées plus haut sur la difficulté de trouver un département témoin comparable.

8- Mode d'exercice

Les différentes données de la littérature sont unanimes sur le fait que l'activité seule n'attire plus les jeunes médecins (36) (1) (26) (38). L'exercice en groupe est le premier déterminant à l'installation dans la thèse de C. Maillet, cité à 90% par les répondants.

Au niveau national, au début des années 2000, en moyenne les médecins généralistes exerceraient encore majoritairement seuls (18) mais la moyenne d'âge des médecins exerçant en groupe est inférieure aux médecins exerçant seuls. Entre 1998 et 2009 la proportion de médecins généralistes exerçant en cabinet de groupe est passée de 43 à 54%. Pour ceux qui sont âgés de moins de 40 ans la proportion atteint même 80% (42).

Dans notre étude, seulement 10% des médecins installés exercent seuls. Et 96,5% des remplaçants ayant pour projet une installation libérale souhaite le faire en structure pluridisciplinaire ou en cabinet médical de groupe.

Devant cette tendance, plusieurs explications peuvent être avancées (32) (43):

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

A défaut de pouvoir modifier les aides existantes concernant l'installation dans ce genre de structure, il apparaît primordial de pouvoir renseigner efficacement les jeunes médecins généralistes sur les démarches administratives et les aides financières existantes, voire même de pouvoir leur proposer de faciliter ces différentes démarches par des aides logistiques plus que financières ou bien leur proposer des projets concrets prêts à l'emploi.

Les séminaires sur l'installation se développent dans les facultés mais restent la plupart du temps optionnels, avec un nombre de places limité ou bien interviennent à un moment du cursus où l'interne ne projette pas encore sa future installation.

Les aides logistiques et financières à la création et au fonctionnement de maisons de santé pluridisciplinaires ou cabinets de groupe sont des mesures prépondérantes pour 69,5% des internes interrogés dans une récente enquête parmi une série de mesures incitatives à l'installation en zone déficitaire proposée par l'ISNAR IMG (37).

9- Maitre de stage universitaire (MSU)

Dans notre population, 16% des médecins généralistes installés ont déjà le statut de MSU et 90,5% de ceux qui ne l'ont pas souhaitent le devenir plus tard, tout comme 53,2% des remplaçants.

Dans l'enquête nationale sur les souhaits des internes en médecine générale réalisée par l'ISNAR IMG en 2010 (37), 70% ont déclaré vouloir être MSU plus tard.

Dans l'hypothèse où la réalisation du stage ambulatoire sur le territoire permettrait de favoriser les remplacements ou les installations par la suite, l'augmentation du nombre de terrains de stage serait un élément déterminant pour créer une dynamique positive de « recrutement des internes de médecine générale ». Devant l'engouement des jeunes médecins pour la maîtrise de stage, cet objectif semble réalisable. L'enjeu principal sera de pouvoir proposer une formation appropriée afin de créer des terrains de stage de bonne qualité pédagogique dans l'intérêt des internes de médecine générale pour qui le choix de stage est essentiellement fait sur la réputation du lieu de stage.

10- Milieu d'exercice

Le milieu semi rural semble être plébiscité en début d'internat (38) (44) (36). Comme le définit F-X Schweyer (43), il s'agit d'une forme idéalisée de compromis souhaitée entre la qualité de vie et un type de relation avec la patientèle avec une diversité de pathologies rencontrées en milieu rural. La qualité de vie comprend alors la possibilité de loisirs, d'accès à l'emploi pour le conjoint, la présence d'établissements scolaires pour les enfants mais également la proximité rassurante d'un centre hospitalier.

Le médecin qui assurait autrefois à lui seul les revenus du couple fait maintenant partie d'un couple bi actif avec un(e) conjoint(e) majoritairement cadre supérieur(e) (41). Sans une politique de territorialisation qui revalorise les zones rurales avec notamment un maintien des services publics, des établissements scolaires, des commerces de proximité ou des infrastructures culturelles, il est peu probable que des jeunes médecins généralistes fassent le choix massif d'aller s'y installer.

Dans notre étude, bien que le plébiscite initial pour le milieu semi rural soit confirmé, les médecins généralistes libéraux sont plutôt installés en milieu urbain à savoir 40% (20), alors

que 15 personnes (30%) sont installées en milieu semi rural et 15 autres en milieu rural. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées quant à cette différence : le nombre d'opportunités d'installation supérieur en milieu urbain, notamment pour l'exercice en groupe, le temps de trajet souhaité inférieur à 20-30 minutes selon les études par rapport au domicile souvent localisé en milieu urbain, la réalité de l'exercice découvert lors de stages ambulatoires ou des remplacements.

11- Temps de travail

Le temps de travail de nos répondants est très variable selon les groupes, allant de 6,6 demi-journées par semaine chez les remplaçants à 9,2 demi-journées par semaine en cas d'activité mixte (7,6 chez installés et 9 chez les salariés). Toutefois, la classification en nombre de demi-journées ne nous permet pas de connaître l'amplitude horaire de celles-ci et de déterminer le temps de travail total. Ces chiffres illustrent les changements de mentalité des jeunes médecins quant au temps de travail et à l'importance du temps accordé à la vie personnelle et familiale. Il est vraisemblable que les personnes ayant choisi de pratiquer une activité libérale souhaitent garder le choix de leur temps de travail mais également que la proportion de personnes non thésées chez les remplaçants explique aussi le temps de travail inférieur afin de garder du temps de travail personnel

Dans l'enquête sur les souhaits des internes réalisée par l'ISNAR IMG (37) ainsi que dans une enquête de l'URML Rhône Alpes en 2005 sur les mutations de la médecine générale (45), les internes de médecine générale imaginent travailler moins que leurs aînés, en moyenne 9,2 demi journées par semaine pour 42 heures hebdomadaires. Au même moment, les généralistes Rhône Alps déclaraient travailler 8,7 demi journées par semaine pour 48 heures par semaine.

La différence de temps de travail entre hommes et femmes tend également à se réduire (45), même si en 2005, les hommes imaginaient toujours travailler plus que les femmes (44 heures contre 41 heures). De même, les projections du temps de travail en fonction de la vie privée ou du projet professionnel du/de la conjoint(e) se sont modifiées avec les années, car de plus en plus d'internes masculins envisagent de réduire de manière significative leur temps de travail (53%) pour élever leurs enfants ou bien de modifier leurs conditions d'exercice professionnel (51%) voire même de changer complètement d'orientation professionnelle (21%) pour suivre leur conjoint ou favoriser leur vie de couple.

12- Freins à l'installation

79% des remplaçants de notre population ont déjà reçu une proposition concrète d'installation tout comme chez A. Decorde (40) où l'installation a déjà été proposée à 75,4% des remplaçants. Il a également montré de manière significative que le projet d'installation en libéral est d'autant plus important que le nombre de semestres réalisés en libéral est important: 93,3% sont prêts à l'envisager s'ils ont réalisé deux semestres ambulatoires durant leur internat, 75% si un seul semestre ambulatoire, 50% si aucun.

Concernant les freins à l'installation retrouvés dans de multiples enquêtes ou thèses en France ces dernières années, les charges administratives/frais de fonctionnement et la gestion administrative du cabinet sont à l'unanimité les freins les plus cités (40) (28) (24) (46). Les jeunes médecins estiment en effet avoir des lacunes dans ces domaines et sont effrayés par le montant des charges administratives. Il apparaît donc logique que cela soit également la première motivation à l'exercice salarié retrouvé dans notre travail : l'absence de gestion administrative. Un exercice de la médecine générale ambulatoire salariée comme dans les centres de santé pourrait-il être une réponse partielle au manque de médecins généralistes ambulatoires ?

Les autres freins mis en avant dans ces travaux sont : la profession du conjoint, le temps de travail, l'investissement financier initial, les conditions d'exercice difficiles (47), ainsi que la couverture sociale. Ces critères sont également des éléments en faveur de l'exercice salarié.

13- L'exercice salarié

Pour certains, l'exercice salarié s'inscrit dans un véritable projet professionnel, souvent antérieur à leur stage ambulatoire, à la recherche d'un autre exercice médical que la médecine générale ambulatoire : médecine d'urgence, angiologie, PMI, gériatrie, ... Chez C. Maillet (38) dans son travail sur le devenir socio professionnel des internes en médecine générale de la faculté de Rennes ayant réalisé un SASPAS entre novembre 2003 et octobre 2008, 89% des médecins salariés ont une formation complémentaire.

Pour d'autres, les contraintes de l'exercice libéral associées à une opportunité de poste salarié en Centre Hospitalier le plus souvent ont été décisives dans le choix de leur mode d'exercice. Enfin, certains médecins ont eu un exercice libéral soit installé soit remplaçant avant de changer pour un exercice salarié, les raisons apportées par leurs commentaires libres sont en

grande majorité liées aux contraintes administratives, au stress et au temps passé à accomplir des tâches non médicales.

Là encore, ces remarques soulèvent la question du développement de l'exercice salarié de la médecine générale ambulatoire pour ces deux dernières catégories de personnes. Par ailleurs, une meilleure formation administrative et comptable permettrait peut être de rassurer les médecins concernant ces tâches non médicales et par la même occasion diminuer le temps perdu ainsi que l'angoisse liée aux contraintes administratives de l'exercice libéral.

Dans notre travail, la poursuite de l'activité actuelle est envisagée pour 71,1% des médecins salariés alors que 23,7% envisagent de changer d'activité, contre 92% qui envisagent de poursuivre leur activité actuelle chez les médecins généralistes installés alors que seulement 8% envisagent de changer d'activité, cette différence est statistiquement significative ($p=0,002$).

Sans pouvoir chiffrer ce résultat, car la question n'a pas été posée directement, certaines personnes ont indiqué en commentaire libre que leur exercice salarié avec un caractère transitoire et qu'elles envisageaient une seconde carrière libérale à court terme. Cette tendance rejoint les résultats de C. Maillet chez qui 44,4% des médecins salariés envisagent de modifier leur exercice au profit d'une 2^{ème} carrière en médecine générale ambulatoire quand 44,4% sont eux satisfaits de leur exercice salarié.

14- Remplacements

Les remplacements sont une période de transition presque incontournable permettant l'élaboration du projet professionnel. Ils concernent, dans notre étude, 94% des médecins généralistes installés et 68,4% des médecins salariés. Ils auraient davantage de poids dans le choix du lieu d'installation que les stages praticiens (36) (38) (26).

Les premiers remplacements se font souvent chez le MSU : pour 59% des répondants chez P. Lafon (29) et 39,3% dans notre étude dans les 2 ans après le stage. Les stages ambulatoires peuvent donc avoir une influence sur les lieux de remplacements. Dans notre travail, 32% ($n=16$) des médecins installés ont remplacé à moins de 15km de leur lieu de stage. Parmi eux, 11 ne connaissaient pas la zone géographique avant d'y venir en stage. Les remplaçants ont trouvé leurs opportunités en majorité suite au stage ambulatoire, ce qui suggère une influence du stage sur le remplacement.

Dans notre travail, près de la moitié des médecins remplaçants en libéral ont pour projet une installation dont 82,7% à court terme (dans les 2 ans) ce qui est plus important que ce qu'avait retrouvé C. Maillet car 41,3% souhaitaient s'installer dans les 2 ans, 41,4% dans les 2 à 5 ans et 15,5% à plus de 5 ans.

Les jeunes médecins généralistes s'installent habituellement dans la région de leur fin de cursus et proche de leurs lieux de remplacements habituels (36) (24) (37) donc dans une région qu'ils connaissent et où ils ont été formés. Sans être suffisant, le développement de stages ambulatoires de bonne qualité semble nécessaire pour amorcer un attachement professionnel au département. La centralisation de l'enseignement théorique qui impose à l'étudiant de vivre plusieurs années dans une ville universitaire soulève également des questions. L'interne n'a pas attendu 10 ans pour construire sa vie personnelle et familiale autour de son lieu de vie, il apparaît donc difficile que de nombreux jeunes médecins généralistes quittent spontanément ce lieu pour aller s'installer dans une zone plus éloignée qu'ils ne connaissent pas alors que les opportunités professionnelles sont multiples à proximité ou au sein des grandes métropoles. Développer la connaissance du département en proposant de nombreuses expériences professionnelles, y compris précoces (stage externat), paraît incontournable pour attirer des personnes issues d'autres zones géographiques. La localisation géographique a été, dans ce cas le premier motif de refus d'une installation par les remplaçants ayant déjà reçu une proposition.

15- Choix du lieu d'exercice

Nos résultats sont confirmés par les travaux de T. Devaux (25), P. Lafon (29) ou encore de l'URML Ile de France (46) qui placent l'attractivité de la zone géographique, la profession du conjoint et le type de cabinet aux trois premiers rangs des facteurs influençant le choix du lieu d'exercice. Si l'attractivité de la zone géographique et la profession du conjoint sont des éléments difficilement contrôlables car faisant appel à des questions plus larges d'aménagement du territoire, le type de cabinet est en revanche un facteur plus facilement modifiable par une influence extérieure et c'est par ailleurs le premier déterminant dans notre étude de manière statistiquement significative. Les cabinets de groupe ou les structures pluridisciplinaires dans des locaux récents, de bonne conception pratique favorisant les échanges dans le groupe, prêts à l'emploi et avec une bonne organisation entre confrère tout

en restant malléable aux attentes d'un nouveau venu, semblent être la recherche première des futurs installés. En effet, ces derniers ont été formés en grande partie en milieu hospitalier avec l'habitude de fonctionner en groupe et non de manière isolée.

A l'inverse, les aides à l'installation ou le niveau de revenus sont les critères les moins importants dans le choix du lieu d'exercice (25) (29). En effet, l'efficacité des aides financières est remise en cause par différents travaux (28) (36) (40) (37), elles seraient peu incitatives ou bien peu connues. Selon l'enquête de l'ISNAR IMG, 95,2% des internes de médecine générale ne connaîtraient pas les aides à l'installation. Dans la thèse d'A. Decorde, 98,3% des jeunes installés affirment qu'elles n'ont pas influencé leur installation alors que seulement 50% les connaissent; 48,2% des remplaçants pensent qu'elles peuvent influencer leur installation alors qu'ils sont 15,8% à les connaître.

Cet aspect paradoxal est également retrouvé dans notre travail. En effet, les aides à l'installation sont classées parmi les deux éléments les moins déterminants sur le lieu d'exercice par l'ensemble des répondants de manière statistiquement significative. Par ailleurs, dans les éléments considérés comme pouvant être décisifs pour une éventuelle installation chez les remplaçants, les aides financières à l'installation sont le deuxième critère le plus important. Ce sont également des mesures prépondérantes pour 69,5% des internes interrogés dans une récente enquête parmi une série de mesures incitatives à l'installation en zone déficitaire proposée par l'ISNAR IMG (37).

De la même manière, l'investissement financier initial faisant parti des freins à l'installation, on pourrait imaginer que les aides financières à l'installation devraient avoir une influence puisqu'elles participent de manière indirecte à la qualité de vie (48) en favorisant par exemple l'emploi d'une secrétaire, d'un agent d'entretien ou encore d'un comptable, elles devraient donc logiquement paraître attractives.

Quelles sont les raisons de cette contradiction entre l'aspect théoriquement attractif et la non utilisation en pratique ? Plusieurs hypothèses peuvent être émises :

- Défaut de diffusion et de lisibilité, il est fréquemment retrouvé dans les études que les médecins ne savent pas à qui s'adresser pour obtenir des informations exhaustives sur l'ensemble des aides et les démarches à effectuer,
- Complexité administrative concernant la demande et les conditions d'obtention,
- Aspect temporaire, aide financière non pérenne, par exemple avec les exonérations de charges sociales à l'embauche sur une durée de 12 mois uniquement,
- Inadéquation aux attentes : orientation prioritairement financière, les jeunes médecins l'ont mentionné à de nombreuses reprises, le temps passé à des tâches non médicales est un

véritable frein à l'installation alors que le niveau de revenu ne serait qu'un critère peu influent. Qu'en serait-il d'aides plus logistiques ou d'une simplification des tâches administratives allouées au médecin traitant ?

Pour finir, selon l'ISNAR IMG, pour 12,2% des internes en médecine générale, rien ne saurait les persuader d'exercer en zone sous dotée.

16- Influence ressentie du stage

Selon nos interrogés, le stage ambulatoire aurait influencé de manière significative surtout le type de cabinet et l'organisation du temps de travail devant le lieu d'exercice. Dans leurs thèses, F. Albu (49) et C. Riol (24) ont montré que le SASPAS influencerait le délai d'installation, ce qui n'est pas retrouvé dans notre travail. Les autres données sur le sujet concernent également le SASPAS et montrent une influence sur l'organisation du travail, les liens avec les autres professionnels de santé, l'autonomie et la confiance en début d'activité ainsi que la gestion des urgences (26) (27).

Il est intéressant de remarquer que la gestion administrative et comptable serait peu influencée par le stage ambulatoire, cela reflète-t-il un manque d'information pratique sur le sujet en cours de stage par rapport aux attentes de l'étudiant stagiaire ?

VI- CONCLUSION

La médecine générale, en perpétuelle évolution dans sa formation ainsi que dans sa pratique, traverse actuellement une crise démographique. Les attentes des jeunes médecins généralistes ont évolué, les conditions de travail sont devenues une préoccupation primordiale des nouveaux diplômés, inquiets de l'avenir de leur profession. Les stages chez le praticien leur permettent de se confronter à la médecine générale ambulatoire, et ce travail montre que les stages ambulatoires semblent influencer certains éléments de leur projet professionnel. En effet, cela leur permet :

- D'appréhender un milieu d'exercice encore inconnu et qui a été plébiscité par la grande majorité des répondants pour leur exercice futur.
- De découvrir une zone géographique méconnue et d'en améliorer leur perception pour la majorité.
- De déterminer le type de cabinet souhaité : cabinet médical de groupe ou structure pluridisciplinaire.
- D'avoir des opportunités d'installation, ainsi que des opportunités de remplacements ayant parfois abouti à la succession ou au remplacement du maître de stage universitaire.
- De confirmer leur projet professionnel pour certains (92% des médecins installés) ou parfois de le modifier (42,1% des médecins salariés).
- De découvrir le statut de maître de stage universitaire, envisagé pour grand nombre des médecins généralistes.

L'objectif secondaire de ce travail était d'identifier des pistes de réflexion pour améliorer l'attractivité du département auprès des jeunes médecins généralistes.

Cette question soulève en fait deux problématiques : celle de l'attrait pour l'exercice libéral et celle de l'attractivité d'une zone géographique.

Renforcer l'attrait pour la médecine libérale n'était pas l'objectif de ce travail, toutefois certaines idées fortes s'en dégagent : la place importante des contraintes administratives en terme de temps de travail, de coût financier, ou de complexité. Recentrer l'activité du médecin généraliste sur le soin semble primordial pour rendre plus attractif l'exercice ambulatoire.

Concernant l'attractivité du département, nous avons identifié différentes pistes de réflexion :

- Augmenter le nombre de terrains de stage sur le territoire y compris lors de l'externat, ce qui suggère le recrutement de nouveaux maîtres de stage universitaire, dans des structures attractives pour les internes, représentative de leur exercice futur, en privilégiant toujours la qualité pédagogique du stage.

La question de la revalorisation du statut de MSU avec par exemple, une intégration de la formation dans le Développement Professionnel Continu ou bien une augmentation des indemnités pourrait être réfléchi.

- Poursuivre les aides financières accordées aux étudiants venant en stage dans le département et les compléter par des mesures plus logistiques visant à améliorer les conditions d'accueil (possibilités de logement sur place pour les terrains de stage très éloignés, regrouper logiquement les jours de stage en fonction de la localisation et des journées dédiées à la faculté) afin que le stage soit choisi par un interne susceptible de revenir dans le département et non subi ou imposé.

- Identifier les étudiants les plus à même d'exercer dans le département : ceux issus du département ou de zones rurales pour augmenter la probabilité qu'une fois formés, il restent dans leur zone de formation. Informer sur la médecine rurale dès le lycée, promouvoir les études de médecine auprès des lycéens issus des zones rurales.

Ceci renvoie dans une moindre mesure aux tentatives de décentralisation de la formation médicale menées dans d'autres pays (Australie, Canada).

- Instaurer une formation à la gestion de « l'entreprise médicale », inciter les MSU à insister en pratique sur les aspects administratifs et comptables liés à la gestion d'un cabinet auprès de leurs internes en stage, lors d'un temps dédié avec des supports pratiques ou une mise en situation.

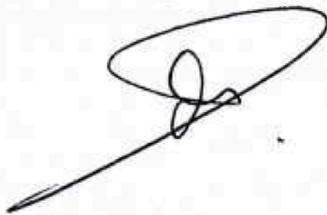
- Augmenter les possibilités de postes de médecins généralistes salariés, développer les centres de santé tout en respectant les attentes des jeunes médecins en terme d'exercice (le suivi des patients) et de qualité de vie (temps de travail, de temps de trajet, rémunération). Cela permettrait, entre autres, une diminution du temps administratif, une régularité des revenus ainsi qu'une protection sociale.

- Promouvoir la diversité de l'exercice regroupé, favoriser les projets professionnels de territoire de qualité en cabinet de groupe ou structure pluridisciplinaire, les nouvelles formes d'organisation, proposer des structures clés en mains, conseiller les communes qui construisent des maisons de santé, et surtout savoir mettre en avant ces opportunités auprès des étudiants et de jeunes médecins pour qu'ils puissent les expérimenter.

- Centraliser l'information, améliorer la lisibilité pour accompagner au mieux les internes ou jeunes médecins dans leur démarche : annonces de remplacements, d'installation, aides à l'installation, création de cabinet.

Les études réalisées sur le sujet s'accordent à dire que les stages ambulatoires permettent de faire évoluer le projet professionnel de l'interne ; on peut donc regretter que ces stages n'interviennent qu'en fin de cursus et ne permettent pas aux futurs médecins généralistes de découvrir de manière plus précoce différentes manières d'exercer. Ils sont également un levier intéressant pour les zones sous dotées afin de faire découvrir une région inconnue des étudiants, et parfois susciter l'envie d'y rester.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature

Jean Pierre DUBOIS


VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux


Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 12/05/2017

BIBLIOGRAPHIE

1. Lebreton-Lerouvillois G, Rault J-F, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France au 1er janvier 2016. Conseil national de l'ordre des médecins.
2. Conseil général de l'Ain. Bilan de la politique en matière de démographie médicale, département de l'Ain.
3. Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.
4. Loi n°68-978 du 12 novembre 1968 dite d'orientation de l'enseignement supérieur.
5. Loi n°82-1098 du 23 décembre 1982 relative aux études médicales et pharmaceutiques.
6. Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social.
7. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
8. Arrêté du 29 janvier 2004 relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle spécialisé des études médicales.
9. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
10. Décret n°97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.
11. Décret no 97-1213 du 24 décembre 1997 modifiant le décret no 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.
12. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.
13. Leruste S, SNEMG, Renard V, CNGE. La charte des maîtres de stage universitaires.
14. Ministère de la santé et de la protection sociale, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Circulaire DGS/DES/2004/n°192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
15. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
16. IRDES, CREDES. Questions d'économie de la santé. 2004.
17. IRDES, ONDPS. Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France

18. DREES. Portrait des professionnels de santé, édition 2016.
19. ISNAR IMG. Aides à l'installation. Guide pratique à l'usage des administrateurs de l'ISNAR IMG. 2013.
20. Lebreton-Lerouvillois G, Rault J-F, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France au 1er janvier 2015. Conseil national de l'ordre des médecins;
21. Mutualité Sociale et Agricole CG de l'Ain. Offre de soins sur les territoires du département de l'Ain. 2007.
22. ARS Auvergne Rhône-Alpes, PAPS Auvergne Rhône-Alpes. Enquête auprès des médecins généralistes maîtres de stage universitaires de l'Ain. 2016.
23. Kinouani S, Boukhors G, Luaces B, Durieux W, Cadwallader J-S, Aubin-Auger I, et al. Private or salaried practice: how do young general practitioners make their career choice? A qualitative study. BMC Med Educ. 2016 Sep 1;16(1):231.
24. Riol C, Erpeldinger S, Université Claude Bernard (Lyon). Devenir professionnel des étudiants ayant effectué un SASPAS de novembre 2003 à octobre 2005 à LYON étude descriptive et comparaison aux autres médecins des mêmes promotions. 2008.
25. Devaux T, Lefebvre J-M, Université du droit et de la santé. Devenir des internes stagiaires en SASPAS dans la région Nord-Pas-de-Calais: impact de l'aide financière lors du SASPAS sur le lieu d'exercice futur de l'interne stagiaire:mythe ou réalité ? 2015
26. Le Grand-Penguilly J, Frèche B, Le Reste JY. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la faculté de Brest sont ils influencés par le SASPAS.
27. Behringer M, Adnot S, Université d'Aix-Marseille II, Faculté de Médecine. Influence du SASPAS sur les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes étude interrégionale en Provence Alpes Côte d'Azur et Languedoc Roussillon. 2011.
28. Veauvy C. L'installation des jeunes médecins en zone rurale. Université François Rabelais (Tours). UFR de médecine; 2014.
29. Lafon P, Douriez G. Influence géographique des stages ambulatoires réalisés en Poitou-Charentes lors du 3e cycle sur le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes: enquête auprès de 80 généralistes de premier recours issus de la faculté de Poitiers entre 2003 et 2007. France; 2013.
30. Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé, FRA, Véronique L-G, Jo S-LGM. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Quest Déconomie Santé. 2004;(81):1-8.
31. Berland Y. Commission de la démographie médicale.
32. Coudreuse Chichoux M. Influence du stage ambulatoire sur le projet d'installation des internes de D.E.S. de médecine générale de la faculté de Grenoble. 2012.
33. Troester J. Bilan du SASPAS en Lorraine: Etude qualitative par focus group et entretiens semi-dirigés auprès des maîtres de stage et des internes stagiaires.

34. Renaudier-Gilibert C, Erpeldinger S, Université Claude Bernard (Lyon). Evaluation du SASPAS à Lyon étude descriptive du stage de Mai 2004 à Mai 2006. 2008.
35. Mari-Turret C. SASPAS: enquête nationale sur le vécu des internes de médecine générale en stage de novembre 2003 à avril 2004. Université de Bretagne occidentale
36. Fraizy D, Morlon F. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS.
37. ISNAR IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de médecine générale. 2010.
38. Maillet C, Jeffredo B, Université de Rennes 1. Devenir socio-professionnel des internes de médecine générale de la faculté de Rennes ayant réalisé un SASPAS entre novembre 2003 et octobre 2008. 2010.
39. Isaac V, Walters L, McLachlan CS. Association between self-efficacy, career interest and rural career intent in Australian medical students with rural clinical school experience. *BMJ Open*. 2015 Dec
40. Decorde A. Déterminants à l'installation en médecine générale: analyse croisée des médecins généralistes remplaçants et jeunes installés du secteur nord alpin. Université Joseph Fourier; 2011.
41. Breuil-Genier P, Sicart D, DREES. La situation professionnelle des conjoints de médecins. Etude et résultats. 2005.
42. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousquès J. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. 2010 Sep;(157).
43. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers Généralistes. Sociologie de la médecine générale. 2010.
44. Marchand O. Enquête nationale sur les attentes des étudiants en troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale: synthèse de la situation et méthodologie. 2006.
45. URMLRA. Etude des mutations de la médecine générale, Enquête auprès des internes de médecine générale de Rhône-Alpes. 2005.
46. Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. Motifs et freins à l'installation en libéral en Ile de France. 2008.
47. Frou B. Devenir socioprofessionnel des médecins généralistes thésés à Lyon entre 2002 et 2004. 2006.
48. Brabant B. Influence des aides incitatives sur l'installation de médecins généralistes en zones sous-dotées. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. 2013.
49. Albu F. Influence du SASPAS sur les modalités d'exercice et le projet professionnel des anciens internes de médecine générale de Strasbourg. Université de Strasbourg. 2016.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

PREMIERE PARTIE : DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES (partie commune à tous les répondants)

1- Etes vous ?

Un homme

Une femme

2- Quelle est votre année de naissance ?

3- Quel est votre situation maritale ?

Célibataire (ou veuf ou divorcé)

En couple (Concubinage, Pacs, Mariage)

4- Combien Avez vous des enfants ?

0

1

2

3

4

5

5- Dans quelle ville avez vous obtenu votre baccalauréat ?

Réponse libre

6- Quelle est votre faculté de DCEM ?

7- Quel est votre lieu de résidence actuelle (code postal) ?

DEUXIEME PARTIE : INTERNAT/STAGE DANS L'AIN (partie commune à tous les répondants)

8- En quelle année avez vous terminé votre internat ?

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

Je n'ai pas terminé l'internat

J'ai changé d'orientation

9- Sur quel(s) critère(s) avez vous choisit votre stage ambulatoire dans l'Ain ? (Plusieurs réponses possibles)

Stage non choisit : imposition

Réputation du stage

Localisation géographique

Type d'activité

Temps de trajet

Aides financières

Emploi du temps

Connaissance du ou des praticiens

Milieu d'exercice

Projet professionnel

Autre

10- En l'absence de l'aide financière accordée par le conseil départemental de l'Ain, auriez vous choisit le même stage ?

Oui

Non

11- Avez vous effectué d'autres semestres dans l'Ain ?

Non

Oui,

12- Quel était votre projet professionnel avant votre/vos stage(s) ambulatoire(s) dans l'Ain ?

Médecine générale ambulatoire

Salariat

Activité mixte

DESC

Aucun

Autre

13- Si votre projet était la médecine générale ambulatoire : dans quel type de commune pensiez vous exercer plus tard (avant le ou les stage(s) ambulatoire(s)) ?

Sans avis

Rurale (< 5 000 habitants)

Semi rurale (5 000 à 20 000 habitants)

Urbaine (> 20 000 habitants)

14- Pendant votre internat, étiez vous engagé au Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) ou équivalent ?

Oui

Non

TROISIEME PARTIE : SITUATION ACTUELLE (partie commune à tous les répondants)

15- Quelle est l'année de votre thèse ?

Non thésé

2006

2007

2008

2009

2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

16- Actuellement, êtes vous ?

- Médecin généraliste libéral : installé ou collaborateur ou activité mixte avec activité salariée minoritaire (inférieurs ou égale à 1/5^{ème} de votre activité totale)

- Médecin généraliste remplaçant en médecine générale ambulatoire (non collaborateur par ailleurs)

- Salarié : activité salariée exclusive OU mixte avec une part d'activité libérale minoritaire (inférieure ou égale à 1/5^{ème} de votre activité totale)

- Activité mixte (salarial et activité libérale ambulatoire, chacun représentant au moins 1/5^{ème} de votre activité totale)

- Médecin généraliste remplaçant sur un poste salarié

- Autre

VOUS ETES MEDECIN GÉNÉRALISTE LIBERAL (COLLABORATEUR ou INSTALLE)

17- Quelle est l'année de votre installation (ou collaboration) ?

2008	2011	2014
2009	2012	2015
2010	2013	2016

18- Dans quel type de cabinet exercez vous ?

Seul

Cabinet médical de groupe

Structure pluridisciplinaire (MSP ou PSP)

19- Quel est le code postal de votre commune d'installation ? Texte libre

20- Saviez vous déjà où vous vouliez vous installer avant votre stage en ambulatoire (à l'échelle intra départementale) ?

Oui

Non

Si oui, ce choix s'est il confirmé ?

Oui

Non

21- Vous êtes vous associés où avez vous succédé à un de vos MSU (maitre de stage universitaire) ?

Oui

Non

22- Quelle est la distance entre votre cabinet actuel et votre terrain de stage (le plus proche si terrain de stage multiple) ?

< 15km

15-30km

30-50km

>50km

23- Avant votre stage connaissiez vous la zone géographique du stage ?

Oui

Non

Ce stage vous a t'il fait changer d'avis sur l'attractivité de la zone géographique ?

En positif

En négatif

Aucun changement

24- Le stage vous a t'il donné envie de revenir exercer :

Dans le même cabinet,

Dans la même ville,

Dans le même département

Dans le même milieu (urbain, rural, semi rural)

Aucun

25- Avez vous remplacé avant de vous installez ?

Oui

Non

> **Si oui**, quelle était la distance par rapport à votre terrain de stage (terrain le plus proche en cas de terrain multiple) ?

< 15km

15-30km

30-50km

> 50km

26- Quel a été votre mode d'installation ?

Création de cabinet

Association

Collaboration

Reprise de patientèle

27- Comment s'est faite votre installation ?

Opportunité suite stage ambulatoire dans l'Ain

Opportunité suite à un remplacement (sans lien avec le stage ambulatoire)

Opportunité proposée par un confrère (autre que lien avec stage ambulatoire dans l'Ain)

Opportunité proposée par les collectivités locales

Création d'un projet personnel

Recherche active d'un poste

Annonce

CDOM

Réseaux sociaux

Autres

28- Quel est votre temps de trajet actuel pour vous rendre à votre cabinet (aller simple)

< 10minutes

10-20 minutes

20-30minutes

30-45minutes

45-60minutes

> 1 heure

29- Quel est votre temps de travail actuel ?

En jours par semaine (1/2 journée comptant pour 0,5 jour)

1,5 4

2 4,5

2,5 5

3 5,5

3,5 6

30- Etes vous MSU ? (externe, stage praticien, SASPAS)

Oui

Non

31- Si non, envisagez vous de le devenir ?

Oui

Non

32- Ce stage vous a t'il fait changer d'avis sur votre projet professionnel ?

Oui

Non

Si oui, dans quel sens ?

En positif

En négatif

Aucun changement

33- Pensez vous que les stages ambulatoires peuvent être un moyen d'attirer les anciens stagiaires dans la même zone géographique ?

Oui

Non, remarque dans autres

Autres

34- A long terme envisagez vous de poursuivre votre activité actuelle ?

Oui

Non, précisez

Autre

35- Quels ont été les facteurs déterminants dans votre installation ? (Plusieurs réponses possibles)

Profession du conjoint

Enfants

Stabilité géographique

Amélioration de la qualité de vie

Augmentation des revenus

Régularité des revenus

Suivi des patients

Volonté de pratiquer un MEP

Meilleure considération des patients

Autonomie dans la gestion du cabinet

Crainte d'une suppression de la liberté d'installation

Opportunité

Autre

VOUS ETES MEDECIN GENERALISTE REMPLACANT EN MEDECINE GENERALE LIBERALE (Si vous avez réalisé plusieurs stages ambulatoires durant votre

internat, les questions en lien avec le stage ambulatoire concernent celui réalisé dans l'Ain)

17- Depuis quelle année remplacez vous ?

2008	2011	2014
2009	2012	2015
2010	2013	2016

18- Dans quel type de cabinet remplacez vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Seul

Cabinet médical de groupe

Structure pluridisciplinaire (MSP, PSP)

Autre

19- Quels types de remplacements effectuez vous ?

Fixes

Occasionnels

Mixtes

20- Saviez vous où vous vouliez remplacer avant votre stage ambulatoire ?

Oui

Non

Si oui, Ce choix s'est il confirmé ?

21- Etait ce dans la même zone géographique que le stage (< 15km) ?

Oui

Non

22- Dans les suites de votre stage dans l'Ain, à quelle distance avez vous remplacé ?

	Chez MSU	<15km	15-30km	30-50km	>50km
Dans les 2 ans					
Dans les 2 à 5 ans					
A plus de 5 ans					

23- Avant votre stage connaissiez vous la zone géographique du stage ?

Oui

Non

Cela vous a t'il fait changer d'avis sur l'attractivité de la zone géographique ?

En positif

En négatif

Aucun changement

24- Le stage vous a t'il donné envie de revenir exercer (plusieurs réponses possibles)

Dans le même cabinet ?

Dans la même ville ?

Dans le même département ?

Dans le même milieu (urbain, rural, semi rural) ?

Aucun

25- Comment avez vous trouvé vos remplacements ?

Stage ambulatoire dans l'Ain

Autre stage

Contact direct

Bouche à oreille

CDOM

Sites dédiés (ARpege, URML, ...)

Réseaux sociaux

Autres

26- Quel est le temps de trajet maximal envisagé pour vos remplacements (aller simple) ?

< 10minutes

10-20 minutes

20-30minutes

30-45minutes

45-60minutes

> 1 heure

27- Quel est votre temps de travail actuel ? (en jours par semaine)

1,5	4
2	4,5
2,5	5
3	5,5
3,5	6

28- Quel est actuellement votre projet professionnel :

Installation (ou collaboration) en médecine générale

Salariat

Poursuite des remplacements

Activité mixte (salariée, libérale)

Changement de profession, arrêt

Ne sait pas

SI VOUS SOUHAITEZ VOUS INSTALLER, merci de répondre à toutes les questions suivantes, SI NON, passez directement à la question sur le temps de travail envisagé (passez 5 questions)

29- Si vous souhaitez vous installer, quel serait le délai idéal?

Court terme < à 2 ans

Moyen terme 2 à 5 ans

Long terme > 5 ans

> Dans quel département ? (Plusieurs réponses possible)

01	39
38	73
69	74
26	Autre
07	

> Dans quel type de cabinet ?

Seul

Groupe

Structure pluridisciplinaire

> Dans quel secteur ?

Rural

Semi rural

Urbain

> Selon quelle modalité ?

Reprise de patientèle

Collaboration

Création

Association

30- Quel est votre temps de travail envisagé selon votre projet professionnel futur ?

(en jours par semaine)

1,5 4

2 4,5

2,5 5

3 5,5

3,5 6

Ne sait pas

31- Quel serait votre temps de trajet idéal (aller simple) ?

< 10minutes

10-20 minutes

20-30minutes

30-45minutes

45-60minutes

> 1 heure

32- Qu'est ce qui pourrait vous décider à vous installer ?

Rien

Opportunité d'un confrère

Opportunité d'une collectivité locale

Création d'un projet personnel facilité

Aides financières à l'installation

Autre :

33- Vous a t'on concrètement déjà proposer une installation ?

Oui

Non

> Si oui, quel a été le ou les motifs de votre refus ?

Réponse libre

34- A l'avenir envisagez vous de devenir MSU (maitre de stage universitaire)?

Oui

Non

35- Pensez vous que les stages ambulatoires peuvent être un moyen d'attirer les anciens stagiaires dans la même zone géographique ?

Oui

Non, remarque dans autre

Autre

36- Quels sont pour vous les freins à l'installation ? (Plusieurs réponses possibles)

Profession du conjoint

Enfants

Diminution du temps libre

Dégradation de la qualité de vie

Investissement financier d'une installation

Rémunération insuffisante

Frais de fonctionnement/Charges administratives

Temps de travail

Temps administratif

Contraintes des gardes

Peur de la routine

Solitude de l'exercice

Suivi des patients

VOUS ETES SALARIE

17- Depuis quelle année êtes vous salarié ?

18- Quel type de poste occupez vous ?

Praticien associé/hospitalier/assistant en centre hospitalier

Médecin de PMI (protection maternelle et infantile)

Médecin de CPEF (centre de planification et d'éducation familiale)

Médecin scolaire

Médecine universitaire

Médecin pénitentiaire

HAD (hospitalisation à domicile)

EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Sécurité sociale

MSF (médecins sans frontière)/MDM (médecins du monde)

Autre :

19- Dans quelle ville travaillez vous (code postal)?

20- Saviez vous déjà où vous vouliez travailler AVANT votre stage ambulatoire dans l'Ain ?

Oui

Non

Si oui, ce choix s'est il confirmé ?

Oui

Non

21- A quelle distance de votre stage ambulatoire dans l'Ain se situe votre lieu de travail actuel ? (Terrain de stage le plus proche si terrain multiple)

< 15km

15-30km

30-50km

>50km

22- Avant votre stage connaissiez vous la zone géographique du stage ?

Oui

Non

23- Cela vous a t'il fait changer d'avis sur l'attractivité de la zone géographique ?

En positif

En négatif

Aucun changement

24- Le stage ambulatoire vous a t'il donné envie de revenir exercer dans :

Le même cabinet ?

La même ville ?

Le même département ?

Le même milieu (rural, semi rural, urbain) ?

Aucun

25- Avez vous remplacé en libéral avant d'être salarié ?

Oui

Non

26- Avez vous été installé en libéral avant d'être salarié ?

Oui

Non

27- Si oui à l'une des 2 dernières questions, quels ont été les motifs de votre changement de projet professionnel ?

28- Comment avez vous trouvé votre poste salarié ?

Suite au stage ambulatoire dans l'Ain

CDOM

Suite à un autre semestre

Annuaire

Opportunité proposée par un confrère

Réseaux sociaux

Suite à un remplacement

Bouche à oreille

Collectivité locale

Autre :

29- Quel est votre temps de trajet actuel ? (Aller simple)

< 10minutes

30-45 minutes

10-20 minutes

45-60 minutes

20-30 minutes

> 1 heure

30- Quel est votre temps de travail actuel (en jours par semaine, 1/2 journée comptant pour 0,5 jour) ?

1,5	3	4,5	6
2	3,5	5	
2,5	4	5,5	

31- Le stage ambulatoire dans l'Ain vous a t'il fait changer d'avis sur votre projet professionnel ?

Oui

Non

Si oui, dans quel sens ?

32- Pensez vous que les stages ambulatoires peuvent être un moyen d'attirer les anciens stagiaires dans la même zone géographique ?

Oui

Non, remarque dans autre

Autre :

33- A long terme envisagez vous de poursuivre votre activité actuelle ?

Oui

Non, précisez dans autre

Autre :

34- Quelles ont été les motivations de choix de poste salarié ? (Plusieurs réponses possibles)

Profession du conjoint

Suivi des patients

Enfants

Opportunité

Stabilité géographique

Protection sociale

Augmentation qualité de vie

Charges financières

Augmentation des revenus

Autre :

Régularité des revenus

Crainte d'une suppression de la liberté d'installation

Absence de problématique de gestion administrative

Volonté de pratiquer une autre spécialité médicale

Meilleure considération des patients

VOUS AVEZ UNE ACTIVITE MIXTE (salarier et médecine générale libérale)

CONCERNANT VOTRE ACTIVITÉ SALARIÉE

17- Quelle est votre année d'embauche en salariat?

18- Quel type de poste occupez vous ?

Praticien associé/hospitalier/assistant en centre hospitalier

Médecin de PMI (protection maternelle et infantile)

Médecin de CPEF (centre de planification et d'éducation familiale)

Médecin scolaire

Médecine universitaire

Médecin pénitentiaire

HAD (hospitalisation à domicile)

EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Sécurité sociale

MSF (médecins sans frontière)/MDM (médecins du monde)

Autre :

19- Dans quelle ville travaillez vous (code postal)?

20- A quelle distance de votre lieu de stage ambulatoire dans l'Ain se situe votre lieu de travail actuel ? (Terrain de stage le plus proche si plusieurs lieux différents)

< 15km

15-30km

30-50km

>50km

21- Quel est votre temps de trajet actuel ? (Aller simple)

< 10minutes

10-20 minutes

20-30minutes

30-45minutes

45-60minutes

> 1 heure

22- Comment avez vous trouvé votre poste actuel ?

Suite au stage ambulatoire dans l'Ain	CDOM
Suite à un autre semestre	Annuaire
Opportunité proposée par un confrère	Réseaux sociaux
Suite à un remplacement	Bouche à oreille
Collectivités locales	Autre :

23- Quelles ont été les motivations de choix de poste salarié ? (Plusieurs réponses possibles)

Profession du conjoint	Suivi des patients
Enfants	Opportunité
Stabilité géographique	Protection sociale
Augmentation qualité de vie	Charges financières
Augmentation des revenus	Autre :
Régularité des revenus	
Crainte d'une suppression de la liberté d'installation	
Absence de problématique de gestion administrative	
Volonté de pratiquer une autre spécialité médicale	
Meilleure considération des patients	

CONCERNANT VOTRE ACTIVITE LIBERALE

24- Dans quel type de cabinet exercez vous ?

Seul
Cabinet médical de groupe
Structure pluridisciplinaire

25- Quel est le code postal de votre commune d'installation ?

Texte libre

26- Quel est votre temps de trajet actuel pour vous rendre à votre cabinet (aller simple)

< 10minutes	30-45minutes
10-20 minutes	45-60minutes
20-30minutes	> 1 heure

27- Vous êtes vous associés, avez vous succédé à un de vos MSU ?

Oui Non

28- Quelle est la distance entre votre cabinet actuel et votre terrain de stage (le plus proche si terrains de stage multiples) ?

< 15km

15-30km

30-50km

>50km

29- Comment s'est faite votre installation ?

Opportunité suite stage ambulatoire dans l'Ain

Opportunité suite à un remplacement (sans lien avec le stage ambulatoire)

Opportunité proposée par un confrère

Opportunité proposée par les collectivités locales

Création d'un projet personnel

Recherche active d'un poste

Annonce

CDOM

Réseaux sociaux

Autres

30- Etes vous MSU ? (externe, stage praticien, SASPAS)

Oui

Non

31- Si non, envisagez vous de le devenir ?

Oui

Non

D'UNE MANIERE GENERALE

32- Saviez vous déjà où vous vouliez travailler avant votre stage ambulatoire dans l'Ain ?

Oui

Non

Si oui, ce choix s'est il confirmé ?

Oui

Non

33- Avant votre stage connaissiez vous la zone géographique du stage ?

Oui

Non

Cela vous a t'il fait changer d'avis sur l'attractivité de la zone géographique ?

En positif

En négatif

Aucun changement

34- Le stage ambulatoire dans l'Ain vous a t'il fait changer d'avis sur votre projet professionnel ?

Oui

Non

Si oui, dans quel sens ?

35- Quel est votre temps de travail actuel total moyen (en jours par semaine (1/2 journée comptant pour 0,5 jour) ?

1,5 4

2 4,5

2,5 5

3 5,5

3,5 6

36- Pensez vous que les stages ambulatoires peuvent être un moyen d'attirer les anciens stagiaires dans la même zone géographique ?

Oui

Non, remarque dans autre

Autre :

37- A long terme envisagez vous de poursuivre votre activité actuelle ?

Oui

Non, précisez dans autre

Autre :

QUESTIONS FINALES communes à tous les répondants :

- D'une manière générale, d'après vous quel est le degré d'influence des facteurs suivants sur le choix du lieu d'exercice (de 0 aucune influence à 5 très forte influence) :

	0	1	2	3	4	5
Origine géographique						
Ville de formation universitaire						
Ville d'internat						
Profession du conjoint						
Famille à proximité						
Attractivité de la zone géographique/ qualité de vie						
Opportunité d'association/ d'installation						
Type d'exercice : urbain, rural, semi rural						
Type de cabinet : groupe, seul, MSP						
Proximité des structures sanitaires						
Environnement socio culturel						
Aides à l'installation/ niveau de revenus						
Organisation de la permanence des soins						
Lieux de remplacements antérieurs						

- Selon vous quel est le degré d'influence du stage ambulatoire sur les critères suivants :

	0	1	2	3	4	5
Délai d'installation						
Type d'exercice (groupe, MSP, seul)						
Lieu d'exercice						
Organisation du temps de travail						
Modalités de FMC						
MSU/Implication dans la recherche/ enseignement						
Gestion administrative et comptable du cabinet						
Réseau de soins						

- Avez vous des remarques ? Des suggestions ?

Annexe 2 : Lettre accompagnant le questionnaire

Chère consoeur, cher confrère

Dans le cadre de ma thèse dirigée par le Docteur Catherine Hamel du conseil départemental de l'Ain, je vous transmets un court questionnaire qui s'intéresse aux modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes ayant fait un stage ambulatoire dans le département de l'Ain entre 2008 et 2015.

Il prend entre 5 et 10 minutes à remplir.

Tous les médecins ayant fait un stage ambulatoire dans l'Ain sont concernés, thésé ou non et que leur activité actuelle soit libérale ou salariée, en médecine générale ou dans une autre spécialité.

L'objectif de ce travail est d'étudier l'influence des stages praticiens dans le département sur les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes et d'identifier des pistes de réflexion pour améliorer l'attractivité du département sur ces mêmes personnes.

Les questionnaires seront traités de manière anonyme et permettront une analyse statistique des résultats. Les données recueillies resteront confidentielles.

Le recueil de l'adresse mail est uniquement destiné à pouvoir faire une relance sélective des non répondants. Elle ne sera pas ré utilisée par ailleurs.

Pour accéder au questionnaire, merci de cliquer sur le lien suivant :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSezhBoG_qdh5M2vMYkFR4IOP9c0tXpCRABx2qg3rGte8FCn1w/viewform

Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration et je me ferais un plaisir de vous communiquer les résultats si ceux ci vous intéressent.

Cordialement,

CORNET Barbara

CORNET Barbara

Influence des stages ambulatoires sur les modalités d'exercice des jeunes médecins généralistes, exemple du département de l'Ain.

Th. Méd. : Lyon 2017 n° 158

L'évolution de la formation du futur médecin généraliste a mené à la création successive de stages ambulatoires de niveau 1 et 2. Ils permettent à l'interne de pratiquer la médecine générale ambulatoire de manière encadrée puis autonome et sont souvent considérés comme un moyen d'attirer les jeunes médecins. L'objectif de ce travail est d'évaluer l'influence des ces stages sur l'évolution du projet professionnel des jeunes médecins généralistes et secondairement d'identifier des pistes de réflexion pour améliorer l'attractivité du département de l'Ain sur les jeunes médecins généralistes.

Nous avons réalisé une étude quantitative rétrospective descriptive réalisée auprès de 273 anciens internes de médecine générale ayant effectué un stage ambulatoire dans le département de l'Ain entre Novembre 2008 et Octobre 2015. Ils ont été contactés par mail afin de répondre à un questionnaire.

Sur les 273 personnes contactées, il y a eu 170 réponses dont 155 réparties en 4 groupes : 62 remplaçants, 50 installés, 38 salariés et 5 ayant une activité mixte. Le choix du stage a été principalement motivé par sa localisation géographique, sa réputation et la présence d'une aide financière qui été déterminante pour 35,9% des répondants. Le stage a eu un impact plus important sur le projet professionnel des médecins salariés qui voulaient initialement exercer en ambulatoire à 42,1%. Les cabinets de groupe (ou pluridisciplinaires), le milieu d'exercice ainsi que le statut de maître de stage universitaire ont été plébiscités par la majorité des médecins exerçant en libéral. Le stage ambulatoire a abouti à des remplacements et des installations, parfois chez le MSU. 88% des installations ont fait suite à une opportunité proposée et pour les 15 installés dans l'Ain, les installations secondaires à une opportunité proposée dans le cadre du stage ambulatoire représentent 53,3% des cas.

Le projet professionnel des internes a évolué au cours du stage ambulatoire sur différents critères : le type de cabinet, le mode d'exercice libéral ou salarié, la découverte d'une zone géographique, l'organisation de leur temps de travail, l'accès à des opportunités de remplacements ou d'installation, la volonté de devenir MSU.

Plusieurs éléments pourraient concourir à améliorer l'attractivité du département auprès des jeunes médecins : augmenter le nombre de terrains de stage, compléter l'aide financière par une assistance logistique, identifier les étudiants susceptibles d'exercer en milieu rural, former les internes à la gestion administrative, développer les postes de médecins généralistes salariés, promouvoir l'exercice de groupe, centraliser les informations et améliorer leur lisibilité.

MOTS CLES : Démographie médicale, stage ambulatoire, projet professionnel, médecine générale, département de l'Ain.

JURY :

Président :	Monsieur le Professeur DUBOIS Jean Pierre
Directeur :	Madame le Docteur HAMEL Catherine
Membres :	Madame le Professeur BROUSSOLLE Christiane
	Monsieur le Professeur MOREAU Alain
	Monsieur le Docteur PÉNÉTRAT Pascal

DATE DE SOUTENANCE : 8 juin 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : 11A chemin de la combe, 01250 CEYZERIAT
barbara.cornet@hotmail.fr



 06 01 99 75 70

contact@imprimerie-mazenod.com

www.thesesmazenod.fr