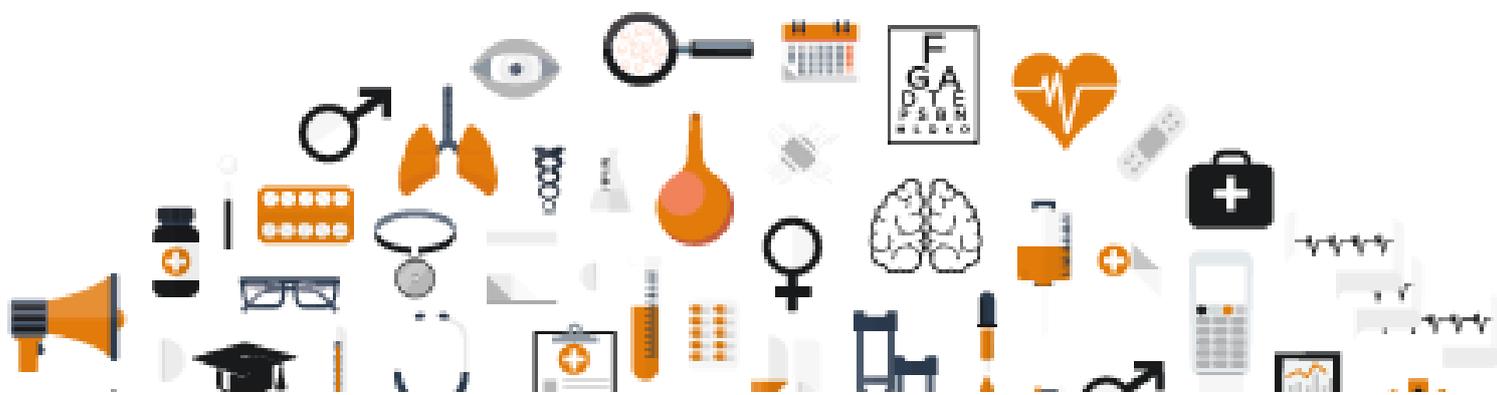




*Impact du Diplôme d'Etudes Spécialisées
de Médecine Générale sur l'installation
des jeunes médecins généralistes.*

Exemple du stage SASPAS

Janvier 2020



SOMMAIRE

I. GLOSSAIRE	3
II. CONTEXTE	4
III. METHODE	6
IV. RESULTATS	7
1. DONNEES DE L'ECHANTILLON	7
❖ CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DES INTERNES (EN COURS DE DES OU STAGES VALIDES NON THESES)	7
❖ CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DES ANCIENS INTERNES 2010-2014 AYANT FINI LEUR INTERNAT ET SOUTENU LEUR THÈSE	8
❖ CARACTÉRISTIQUES GLOBALES DES POPULATIONS	9
2. PROJETS D'INSTALLATION DES RÉPONDANTS NON THÉSÉS OU EN TCEM3	11
❖ DÉLAI D'INSTALLATION	11
❖ ZONE D'INSTALLATION	11
❖ TYPE D'EXERCICE	12
3. LA FORMATION, UN LEVIER POUR L'INSTALLATION	14
❖ LES STAGES AMBULATOIRES, UN ATTRAIT POUR L'INSTALLATION AMBULATOIRE	14
❖ LE SASPAS, UNE AVANCÉE DANS LA FORMATION ET UNE ACCÉLÉRATION DE L'INSTALLATION	16
❖ IMPACT DES STAGES AMBULATOIRES SUR LA ZONE D'INSTALLATION	17
❖ IMPACT DES STAGES AMBULATOIRES SUR L'EXERCICE ET L'ACTIVITÉ	19
❖ INFLUENCE DU SASPAS SUR LA ZONE GÉOGRAPHIQUE D'INSTALLATION	20
❖ INFLUENCE DU SASPAS SUR LE TYPE D'EXERCICE	22
❖ ENSEIGNEMENTS INSUFFISANTS	23
V. ANALYSE	24
1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE	24
2. INFLUENCE DES STAGES AMBULATOIRES SUR L'INSTALLATION	24
3. INFLUENCE DES STAGES AMBULATOIRES SUR LE LIEU L'INSTALLATION	25
4. INFLUENCE DES STAGES AMBULATOIRES SUR LE TYPE D'EXERCICE	26
VI. DISCUSSION	28
1. COMMENT EVOLUE LE DES DE MEDECINE GENERALE ?	28
❖ LA MAQUETTE ET LE VIRAGE AMBULATOIRE	28
❖ LA MAITRISE DE STAGE AMBULATOIRE	28
❖ ELARGISSEMENT DE L'OFFRE EN STAGE AMBULATOIRE EN SSFE	29
2. COMMENT COMPLETER LA FORMATION DES INTERNES ?	29
VII. LIMITES	30
VIII. CONCLUSION	31
IX. ANNEXES	32
X. BIBLIOGRAPHIE	37

I. GLOSSAIRE

ANEMF :	Association des E tudiants en M édecine de F rance
ARS :	Agence R égionale de S anté
CNGE :	Collège N ational des G énéralistes E nseignants
CNOM :	Conseil N ational de l' O rdre des M édecins
DES :	Diplôme d' E tudes S pécialisées
DGOS :	Direction G énérale de l' O ffre de S oins
D(U)MG :	Département (U niversitaire) de M édecine G énérale
DREES :	Direction de la R echerche, des É tudes, de l' É valuation et des S tatistiques
ISNI :	Intersyndicale N ationale des I nternes
MG :	M édecine G énérale
MSP :	M aison de S anté P luridisciplinaire
MSU :	M âîtres de S tage des U niversités
PAPS :	P ortail d' A ccompagnement des P rofessionnels de S anté
R3C :	R éforme du T roisième C ycle
ReAGJIR :	R egroupement A utonome des G énéralistes J eunes I nstallés et R emplaçants
SASPAS :	S tage A mbulatoire en S oins P remiers en A utonomie S upervisée
SSFE :	S tage en S anté de la F emme et/ou de l' E nfant
SNEMG :	S yndicat N ational des E nseignants en M édecine G énérale
TCEM :	T roisième C ycle des É tudes M édicales

II. CONTEXTE

La santé est une priorité pour les Français, preuve en est qu'elle était au cœur du Grand Débat National en 2019 (1)(2)(3). Les Français sont dans l'attente de mesures pour répondre aux problèmes qu'ils rencontrent pour consulter rapidement un médecin généraliste.

Le nombre de médecins en France n'a jamais été aussi élevé, mais paradoxalement le nombre de médecins généralistes diminue d'année en année (4)(5). On accuse une décroissance de 7% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière (ne comprenant pas les remplaçants) depuis 2010, et cette chute devrait se poursuivre jusqu'en 2025 selon des projections tenant compte de départs à la retraite et du nombre de Médecins Généralistes diplômés chaque année (6).

En parallèle de la diminution du nombre de médecins généralistes, on note une augmentation de la demande de soins. Les projections démographiques montrent que la population a augmenté de plus de 10% en vingt ans, et la part des plus de 60 ans approchera les 30% en 2030. L'augmentation des pathologies chroniques, par l'accroissement de la population et son vieillissement, participe également à la hausse de cette demande de soins.

Ces deux facteurs expliquent en partie les difficultés grandissantes d'accès aux soins, du fait d'une augmentation de l'offre de soins inférieure à l'augmentation de la demande.

Mais l'insuffisance numérique des médecins en activité régulière n'est pas la seule raison des difficultés d'accès aux soins. D'après la DREES, l'exercice libéral est en diminution et il semble que cette tendance devrait perdurer jusqu'en 2040, d'après ses projections (7). Il faut donc comprendre que deux facteurs principaux déterminent l'évolution de l'offre de soins globale : l'offre libérale en baisse, et la hausse du nombre de médecins salariés ou mixtes.

L'une des explications au retard à l'installation est que l'exercice libéral peut faire peur aux jeunes généralistes qui n'y sont pas complètement préparés. Or, ce retard à l'installation influence l'équilibre entre le nombre de médecins remplaçants et médecins en activité régulière.

Afin de proposer des mesures face à cette problématique qui perdure, la contrainte et l'incitation des jeunes à s'installer sont des idées qui reviennent régulièrement dans le débat.

Les réponses à la problématique de l'installation se trouvent essentiellement à l'échelle locale. Des mesures incitatives à l'image du département de l'Aveyron (8) ou des "Paradis de Cherbourg"(9) ont montré leur efficacité. L'Aveyron, zone encore sous-dense il y a 5 ans, accuse maintenant plus d'installation de médecin généraliste que de départ à la retraite (4). Ces dispositifs passent par l'accompagnement des jeunes médecins dans leur projet professionnel, dans leur sensibilisation aux différents modes d'exercices et l'attractivité des différents territoires.

En 2011, l'enquête sur les souhaits d'installation des internes de Médecine Générale l'ISNAR-IMG (10) avait constaté que la présence de services publics était un déterminant majeur à l'installation. Plus récemment, l'enquête menée conjointement par l'ANEMF l'ISNAR-IMG, l'ISNI, REAGjIR et le CNOM (11) a une nouvelle fois confirmé les différents facteurs favorisant l'installation des jeunes et futurs médecins : parmi eux, on retrouve notamment la proximité de services publics et de la famille.

Les internes de Médecine Générale sont bien conscients des difficultés engendrées par la situation démographique actuelle, et des enjeux qui en découlent. Il faut mettre fin à cette croyance qui voudrait que les jeunes médecins ne veulent plus s'installer. Selon une enquête de l'ISNAR-IMG menée en 2011 (10), les internes de Médecine Générale souhaitaient s'installer en zone rurale ou semi-rurale pour 87,8 % d'entre eux. Plus récemment, l'enquête sur les déterminants à l'installation, citée précédemment (12), démontre que 57% des internes et 65% des remplaçants envisagent de s'installer.

L'Université, garante de la formation des médecins de demain, tient un rôle principal dans leur accompagnement vers leur exercice professionnel et leur installation. La découverte des exercices et des territoires passe par le développement des stages ambulatoires.

A ce titre, l'ISNAR-IMG défend depuis des années une meilleure intégration des internes dans le processus de professionnalisation des études médicales (13). L'entrée dans la pratique professionnelle, tant salariale que libérale, doit être appréhendée par les étudiants au plus tôt dans leur cursus et doit faire partie des objectifs de stages en Médecine Générale.

Créé en 2003, le SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Premiers en Autonomie Supervisée) n'était pas, à l'origine, obligatoire. Les internes ne réalisaient alors pas nécessairement de stage ambulatoire en autonomie : en 2017, seul un interne sur deux en bénéficiait.

La Réforme du Troisième Cycle des études médicales, mise en place en novembre 2017, a été pensée pour améliorer la formation des internes en proposant un parcours personnalisé et progressif vers la pleine responsabilité. Cette réforme a rendu obligatoire la réalisation du SASPAS, à l'instar du stage de premier niveau chez un praticien de Médecine Générale. Il permet à l'interne une mise en autonomie supervisée progressive pour découvrir pleinement de l'exercice de la Médecine Générale ambulatoire.

La réforme comprend également la réalisation d'un stage en Santé de la Femme et en Santé de l'Enfant (SSFE) préférentiellement en ambulatoire. A travers la Réforme du Troisième Cycle, la Médecine Générale ambulatoire prend enfin une place prépondérante dans la formation des futurs généralistes. Si plusieurs études montraient un impact de ces stages ambulatoires sur l'installation des jeunes généralistes (14)(15)(16), la réalisation du SASPAS pourrait également être un levier pour faciliter des installations.

III. METHODE

Un questionnaire composé de 29 questions a été élaboré dans le cadre d'un travail de thèse par deux internes de Médecine Générale de Toulouse en collaboration avec le Bureau de l'ISNAR-IMG. Il a été construit sur LimeSurvey©.

La diffusion du questionnaire auprès des internes et anciens internes a eu lieu du 1er juillet au 1er novembre 2018. Il a pu être relayé au sein du réseau de l'ISNAR-IMG, du réseau de ReAGJIR et par la plateforme RemplaFrance©, ainsi que sur les réseaux sociaux et par mail. Il a également été demandé aux DUMG de relayer le questionnaire, mais seuls quatre ont répondu positivement.

La population cible de cette étude correspondait à :

- l'ensemble des internes en Médecine Générale en dernière année du Troisième Cycle des Études Médicales (TCEM3) au moment de la diffusion du questionnaire, thèse obtenue ou non ;
- tous les étudiants en Médecine Générale ayant validé l'intégralité de leurs stages mais n'ayant pas encore obtenu leur thèse au moment de la diffusion du questionnaire ;
- aux anciens internes thésés des promotions ECN 2010 à 2014.

Nous avons obtenu un total de 3497 réponses, dont 632 incomplètement remplies qui ont été exclues. 207 réponses d'internes en 1^{ère} et 2^{ème} année d'internat (T1 et T2) ont également été exclues, pour ne garder que les réponses des TCEM3. Enfin, 202 réponses ont été considérées aberrantes et exclues.

Deux groupes ont ensuite été constitués pour étudier l'influence du DES sur les souhaits d'installation et l'influence des stages réalisés au cours du DES sur l'installation effective ou non.

Le premier groupe était composé de 1448 internes de Médecine Générale dont l'internat était toujours en cours ou dont la thèse n'était pas encore obtenue. Parmi eux, 746 étaient encore en TCEM3 et 702 avait fini leur internat sans avoir soutenu leur thèse.

Le second groupe était composé de 1008 répondants thésés ayant fini leur internat : parmi eux, on retrouve 327 répondants non installés et 681 répondants installés.. (*diagramme de flux - Annexe 1*)

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques, ainsi que les variables d'intérêts ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, de moyennes et d'écart-types pour les variables quantitatives.

Un test du Chi 2, ou un test de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à 5) a été réalisé pour la comparaison des variables qualitatives entre les groupes de l'étude. Le test T de Student a été utilisé en cas de normalité de la distribution de la variable et d'homogénéité des variances pour la comparaison des variables quantitatives. Dans le cas contraire, un test non paramétrique de Wilcoxon a été utilisé.

Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05.

Les analyses ont été effectuées sur le logiciel Excel 2016© et grâce au site BiostaTGV de l'INSERM (<https://biostatgv.sentiweb.fr/>).

IV. RESULTATS

1. DONNEES DE L'ECHANTILLON

❖ **Caractéristiques de la population des internes (en cours de DES ou stages validés non thésés)**

⇒ Variables socio-démographiques

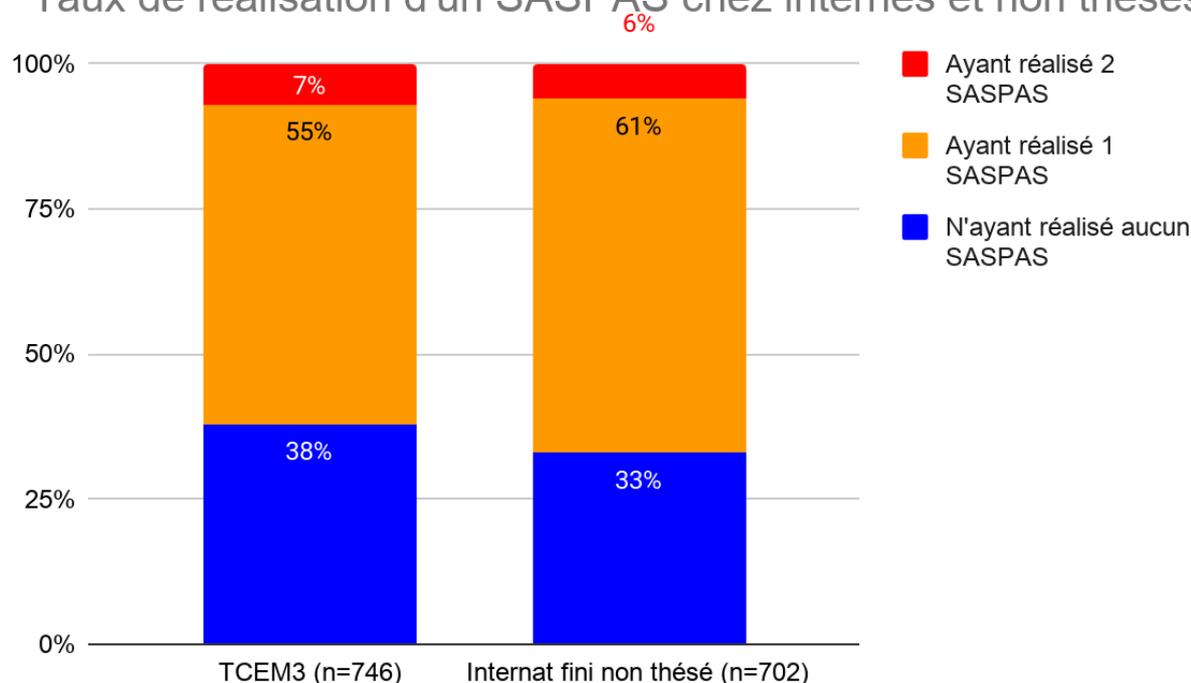
La population d'internes en dernière année du DES de Médecine Générale ou non thésés était composée à 73% de femmes.

L'âge moyen de la population étudiée était de 28,6 ans.

⇒ Variables individuelles de formation

Concernant leur cursus, 65% des répondants avaient réalisé au moins un SASPAS au cours de leur internat, sans différence significative entre le groupe en dernière année de DES et celui ayant fini l'internat.

Taux de réalisation d'un SASPAS chez internes et non thésés



Parmi les répondants, 6% d'entre eux (TCEM3 et internes aux stages validés non thésés) ont pu réaliser d'un deuxième SASPAS, sans différence significative entre les deux groupes.

On constatait également que 96% des répondants ont pu réaliser un SSFE, dont 22% d'entre eux en ambulatoire, sans différence significative entre les deux groupes.

⇒ Variables liées à l'exercice futur

Près de 82% des répondants envisageaient une installation en Médecine Générale ambulatoire sans différence significative entre les deux groupes (TCEM3 ou internat fini), et 36% envisageaient de s'installer dans les trois ans qui suivaient la fin de leur internat.

⇒ Détail des projets d'installation

Concernant les lieux d'exercice envisagés par les répondants ayant un projet d'installation en Médecine Générale ambulatoire, 63% d'entre eux envisageaient un exercice en zone semi-rurale, 20% envisageaient de s'installer en zone rurale et 17% en zone urbaine.

Concernant le type d'exercice envisagé, 95% des répondants envisageaient un exercice groupé, dont 54% en cabinet de groupe et 41% en MSP.

En ce qui concerne l'activité envisagée, 66% envisageaient un mode d'exercice libéral exclusif et 32% un exercice mixte.

⇒ Autres types d'activités

Parmi les répondants en TCEM3 et du groupe "internat fini, non thésés", 18% déclarent ne pas avoir de projet d'installation en Médecine Générale ambulatoire, 45% d'entre eux souhaitaient un exercice en établissement hospitalier exclusif, contre 28% qui envisageaient d'effectuer des remplacements libéraux.

⇒ Impact du SASPAS

Près de 95% des internes ayant réalisé un stage SASPAS déclaraient avoir un sentiment positif à l'égard de la Médecine Générale ambulatoire suite à leur stage.

Parmi les internes (DES en cours et diplômés non thésés) ayant un sentiment positif à l'égard de la médecine générale ambulatoire suite à leur SASPAS, 97% avaient un projet d'installation. Il existait une différence significative ($p < 0,05$) concernant le taux de répondants ayant un sentiment positif à l'égard de la Médecine Générale ambulatoire chez les internes avec un projet d'installation en Médecine Générale (97%) et ceux n'en ayant pas (78%).

❖ **Caractéristiques de la population des anciens internes 2010-2014 ayant fini leur internat et soutenu leur thèse**

⇒ Variables Socio-démographiques

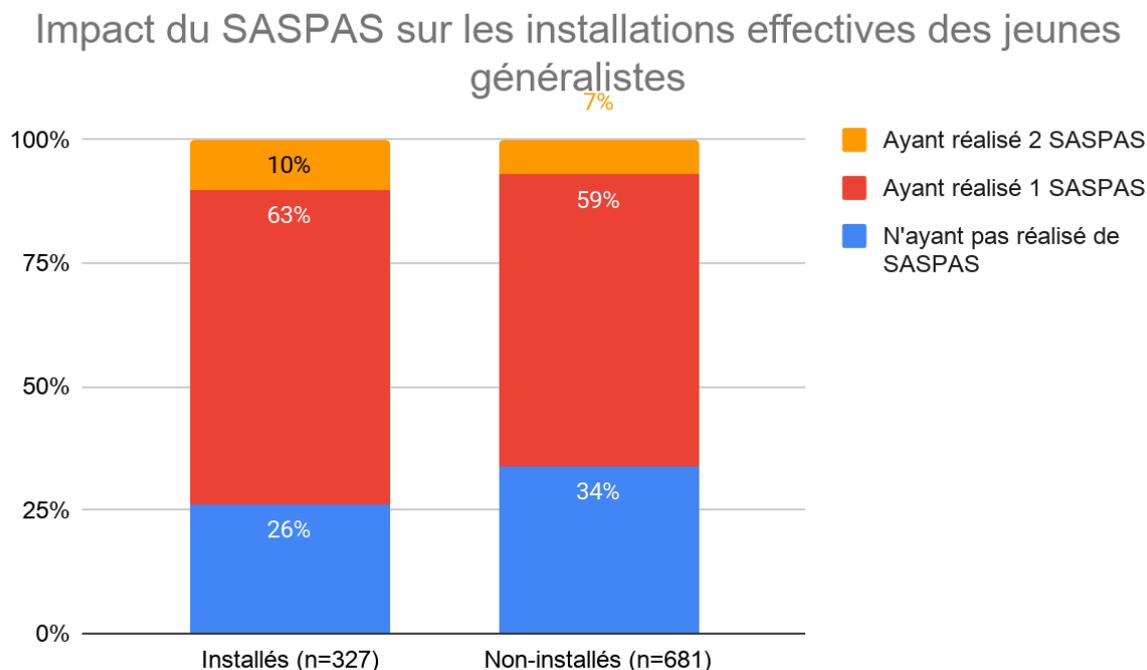
La population des anciens internes des promotions 2010 à 2014, ayant validé l'ensemble de leurs stages et leur thèse était composée à 73% de femmes, avec une part significativement plus importante de femmes chez les « non-installés » ($p < 0,05$).

L'âge moyen des répondants était de 30 ans.

⇒ Variables individuelles de formation

Concernant leur cursus, 68% des répondants “jeunes généralistes” avaient réalisé au moins un SASPAS au cours de leur internat, avec une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,05$).

On constate que 73% des installés ont réalisé un SASPAS contre 66% des non installés.



On constate que 12% des répondants ayant réalisé un SASPAS ont pu en réaliser un deuxième, sans différence significative entre les deux groupes.

Au total, 32% des répondants n'avaient pas réalisé de SASPAS, avec une différence significative entre les groupes “installés” (26%) et “non installés” (34%) ($p < 0,05$).

⇒ Impact du SASPAS

Il subsiste un sentiment positif à l'égard de la Médecine Générale ambulatoire pour 94% des répondants à l'issue du SASPAS, avec une différence encore plus marquée chez le groupe des installés puisque ce sentiment positif est retrouvé pour 97% d'entre eux contre 93% chez les non installés, avec une différence significative ($p < 0,05$).

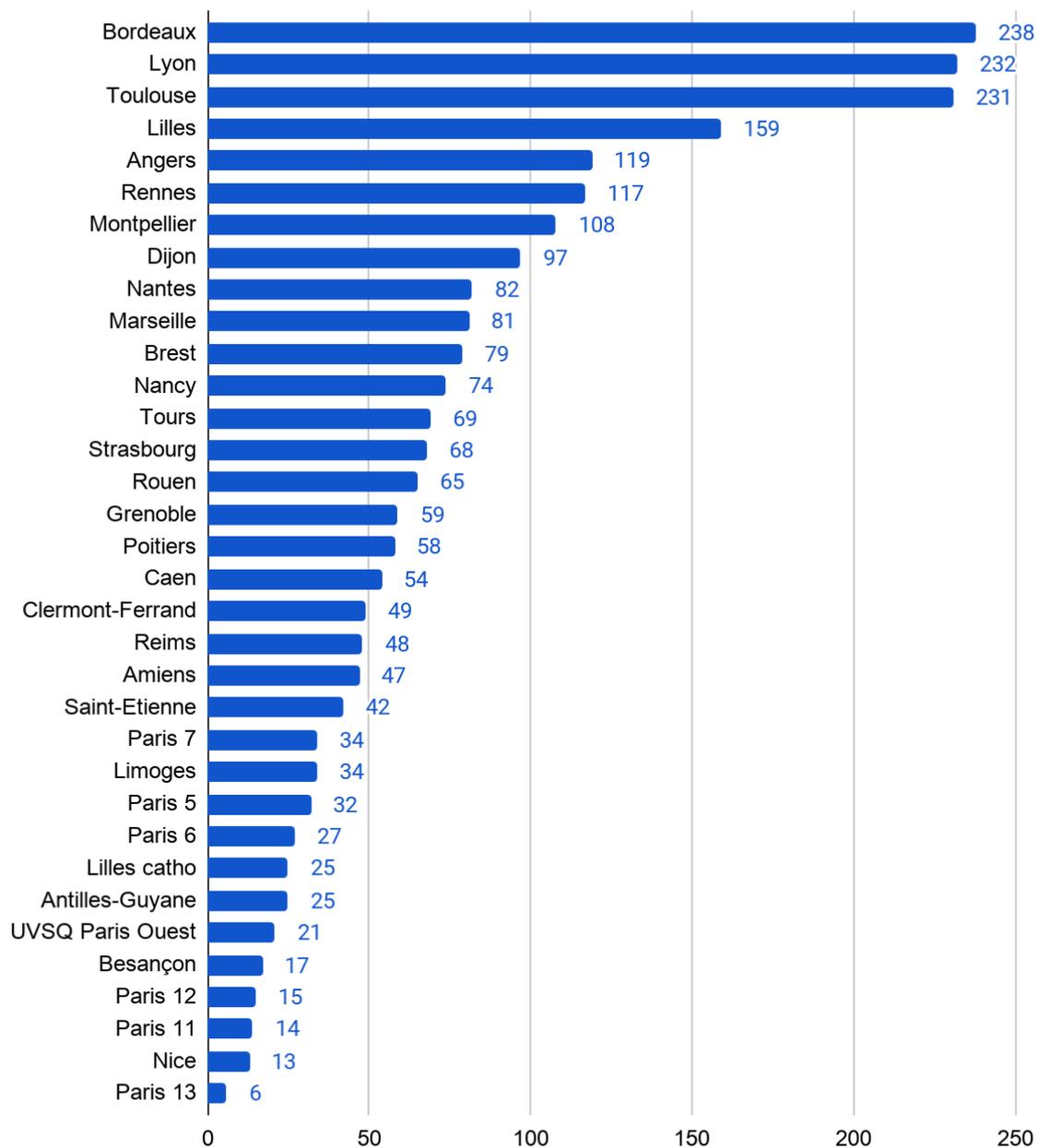
❖ Caractéristiques globales des populations

Concernant les caractéristiques globales des deux populations étudiées, on observe une prédominance globale féminine à 73% avec un sex ratio de 2,7.

L'âge moyen total des répondants étaient de 29,2 ans.

De façon globale, 66,2 % des répondants ont réalisé au moins un stage SASPAS et 94,8 % d'entre eux déclaraient avoir eu un sentiment positif à l'égard de la Médecine Générale ambulatoire au décours de ce stage.

Les facultés les plus représentées en nombre de réponses totales étaient Bordeaux (9,7%), Lyon (9,4%) et Toulouse (9,4%).



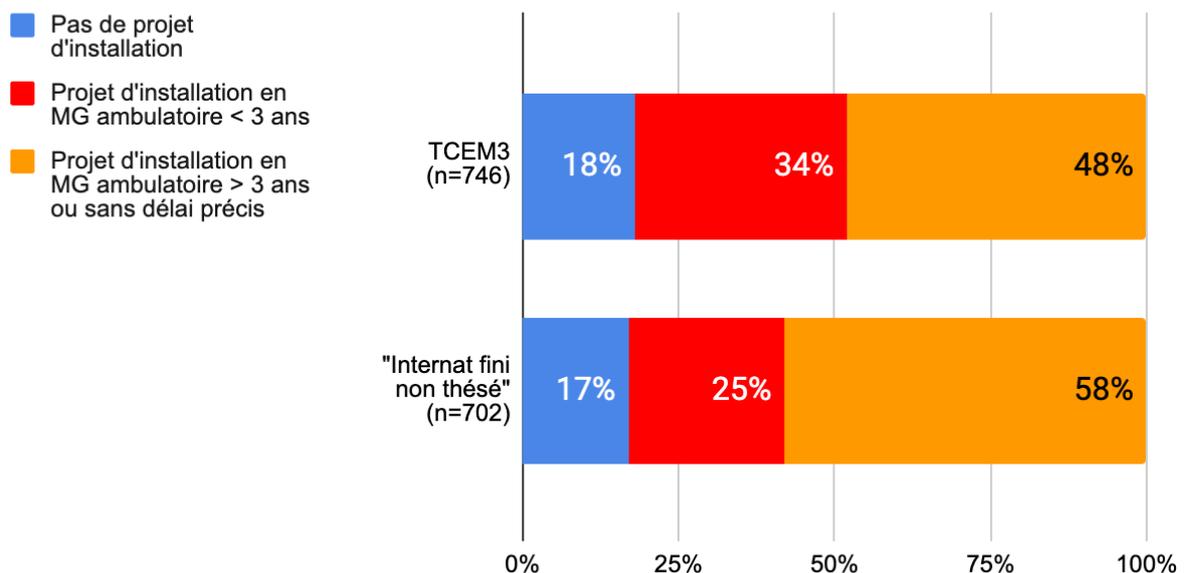
2. PROJETS D'INSTALLATION DES RÉPONDANTS NON THÉSÉS OU EN TCEM3

❖ Délai d'installation

L'enquête révèle l'absence de différence en terme de projet d'installation pour les internes et le groupe « internat fini non thésés ». En revanche, on note que les internes en cours de DES semblent projeter une installation plus rapidement que le groupe « internat fini non thésés ».

On constate que 34% des internes en cours de DES envisageaient de s'installer dans les 3 ans suivants la fin du DES contre 25% du groupe « internat fini non thésés » ($p < 0,05$)

Projet d'installation en MG ambulatoire chez répondants non thésés ou en cours de DES



❖ Zone d'installation

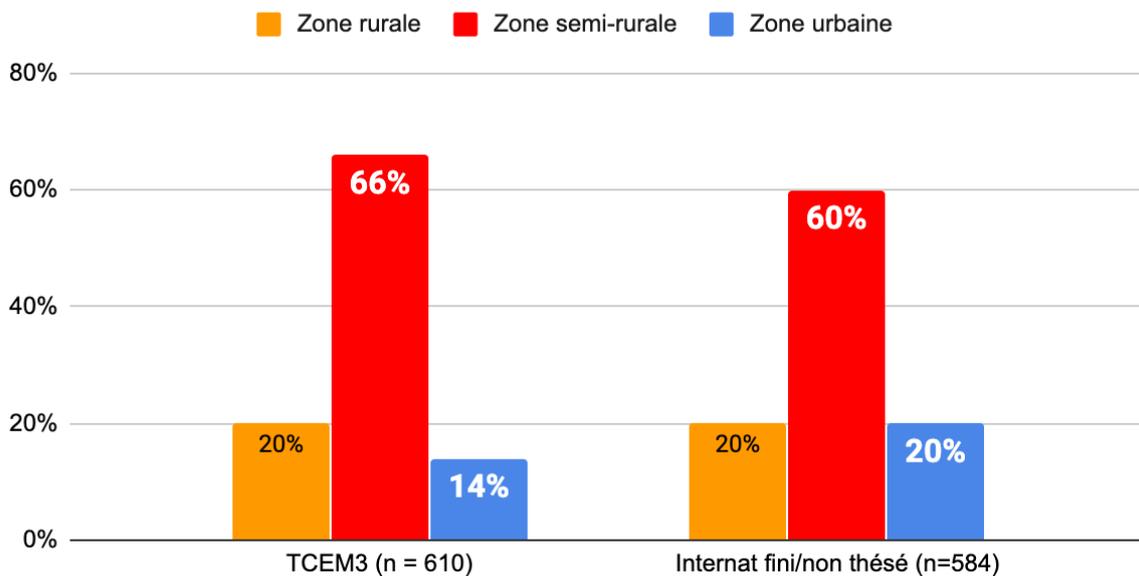
L'enquête permet d'établir un profil des projets d'installation des internes en cours de DES et des répondants ayant validé leurs stages mais non thésés.

On constate que 20% des répondants (TCEM3 et « internat fini non thésés ») déclarait avoir un projet d'installation en zone rurale sans différence significative entre les deux groupes.

On constate une différence significative en ce qui concerne le projet d'installation en zone semi-rurale et en zone urbaine. On constate que 66% des TCEM3 et 60% des répondants « internat fini non thésés » se projetaient vers la zone semi-rurale ($p < 0,05$).

On note aussi une différence significative pour les zones urbaines, 14% des TCEM3 et 20% des répondants « internat fini non thésés » se projetaient dans ces zones ($p < 0,05$).

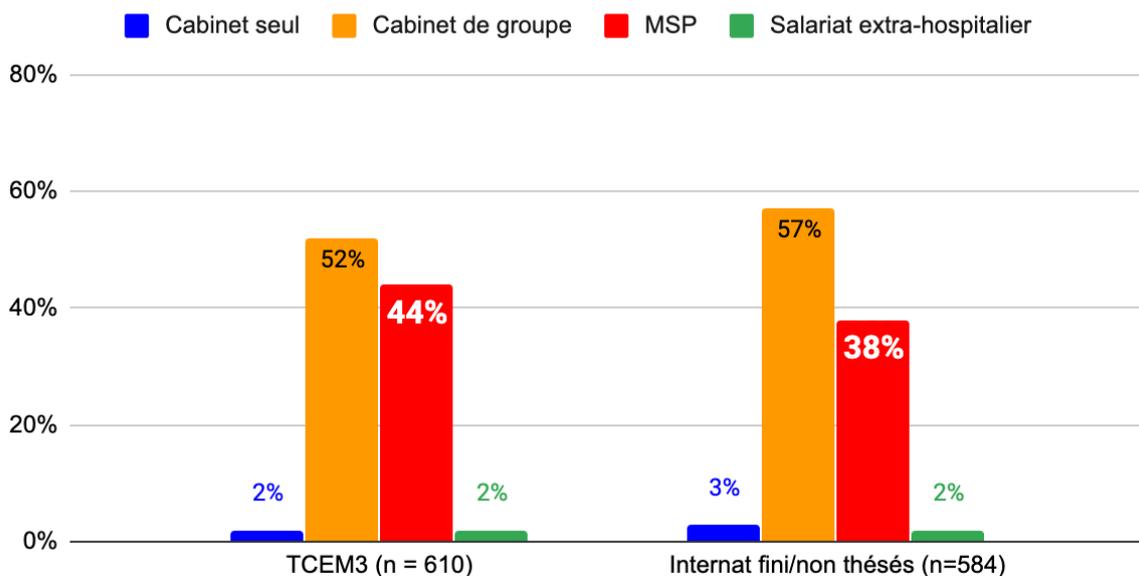
Zone des projets d'installation des répondants non thésés ou en cours de DES



❖ Type d'exercice

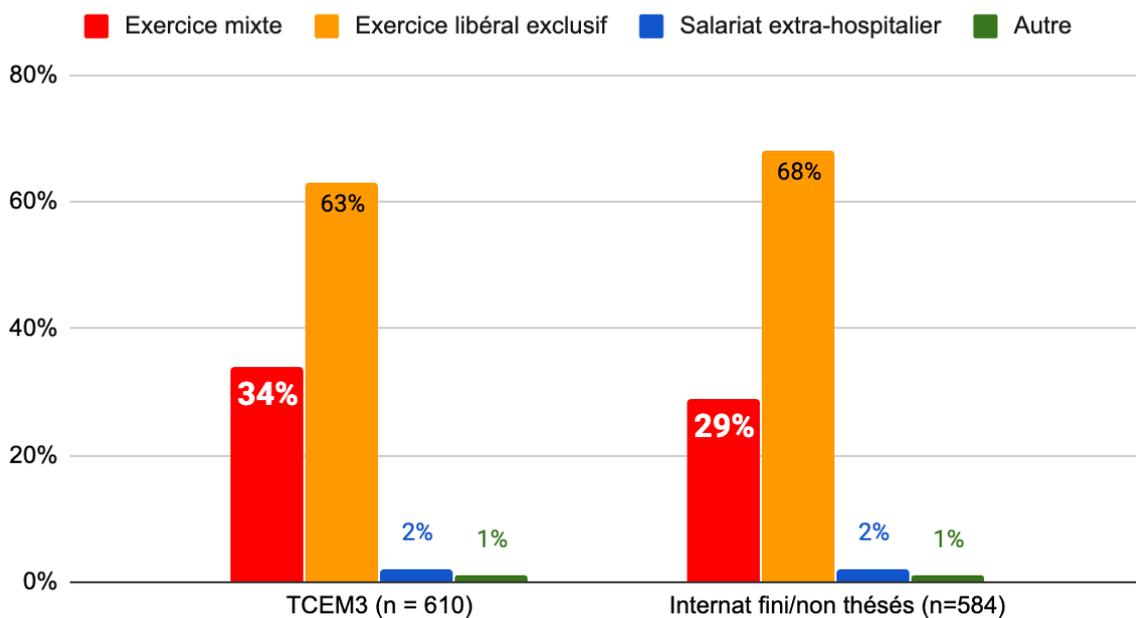
L'enquête a cherché également à déterminer vers quels types d'exercice se projetaient les internes.

Type d'activité des projets d'installation des répondants non thésés ou en cours de DES



Pour ce qui est du type d'exercice envisagé, la seule différence significative concerne les MSP. En effet, 44% des internes en cours de DES projetaient de s'installer en MSP contre 38% des répondants « Internat fini non thésé » ($p < 0,05$).

Modes d'exercice des projets d'installation des internes



On constate une différence significative concernant les projets d'installation en exercice mixte, avec 34% des TCEM3 qui déclaraient se projeter dans ce type d'activité contre 29% chez les répondants "internat fini non thésés" ($p < 0,05$).

Les internes sans projet d'installation représentaient 18% de l'échantillon, sans différence significative selon leur état d'avancement d'internat.

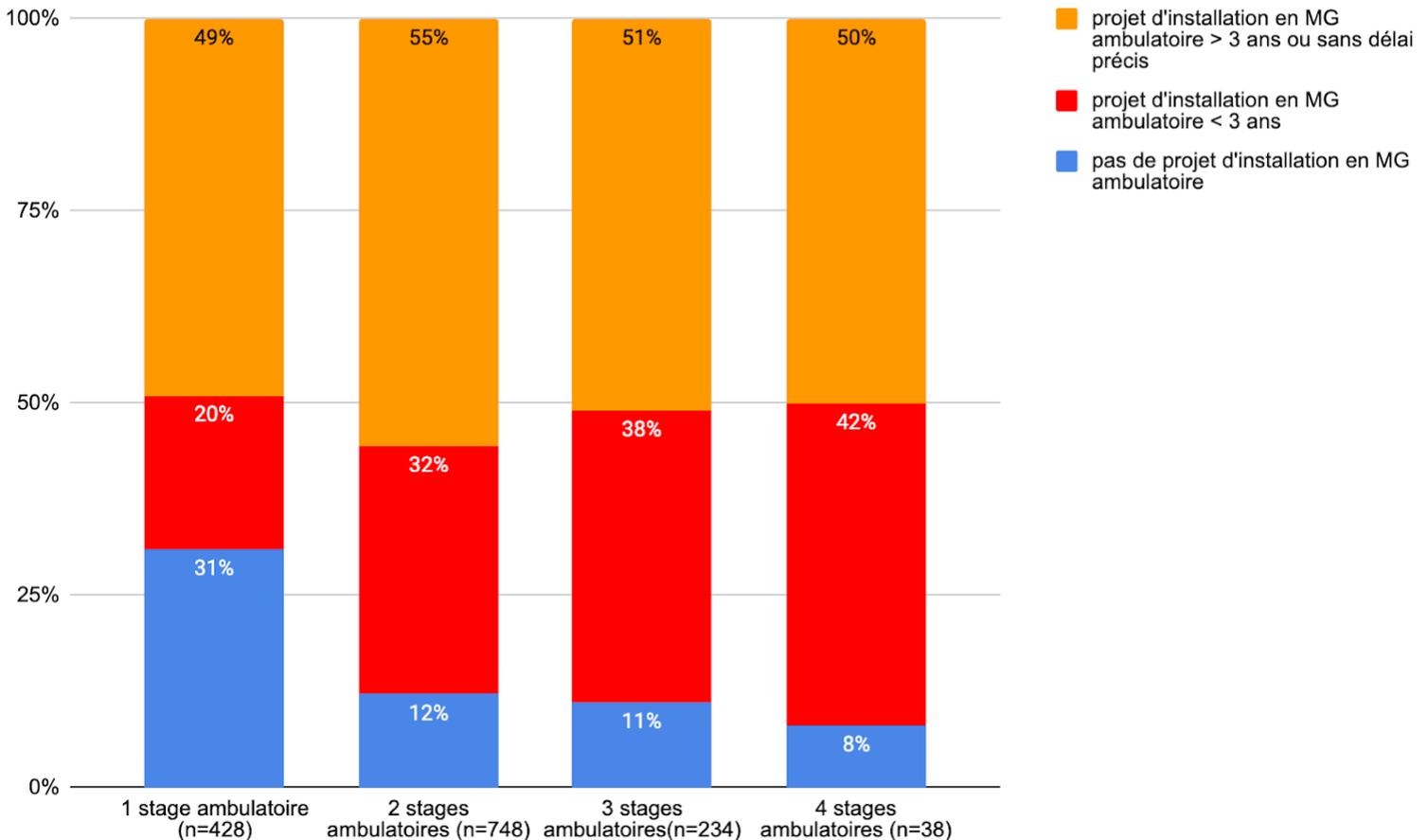
On observe une différence significative selon leur avancée au cours de l'internat pour les projets de remplacements libéraux (15% pour les TCEM3 contre 42% pour les internes non thésés) ($p < 0,05$).

Ces différences sont également retrouvées pour l'exercice salarié avec 2% des TCEM3 contre 14% des répondants du groupe "internat fini non thésés" ($p < 0,05$) qui déclaraient s'y projeter. On constate que 63% des TCEM3 projetaient de s'installer dans un exercice en établissement hospitalier contre 25% des répondants du groupe "internat fini non thésés" ($p < 0,05$).

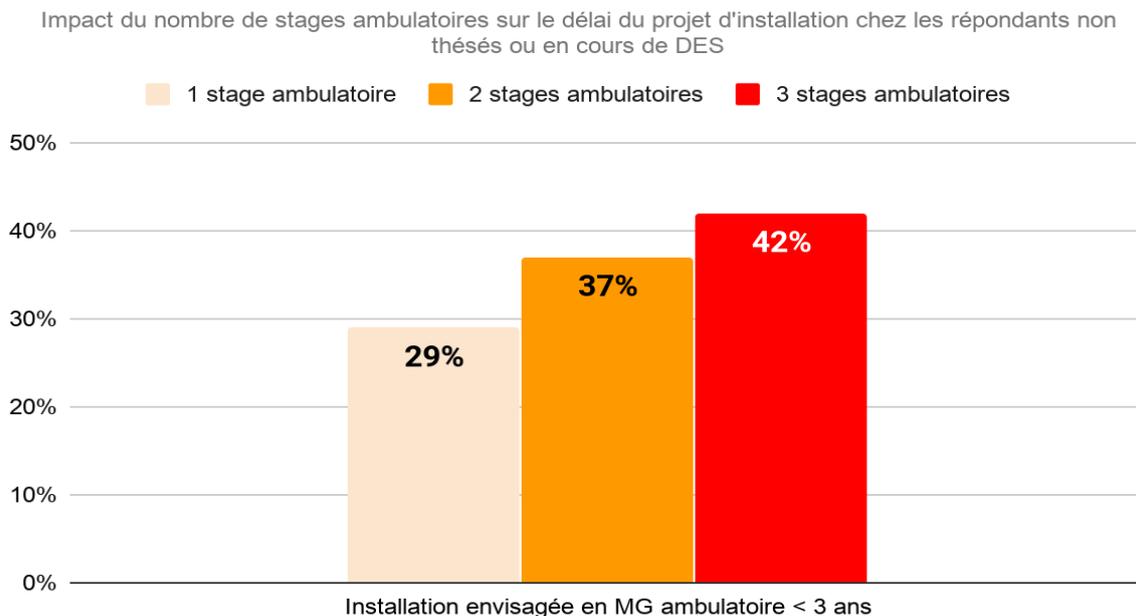
3. LA FORMATION, UN LEVIER POUR L'INSTALLATION

❖ Les stages ambulatoires, un attrait pour l'installation ambulatoire

Projet d'installation en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés



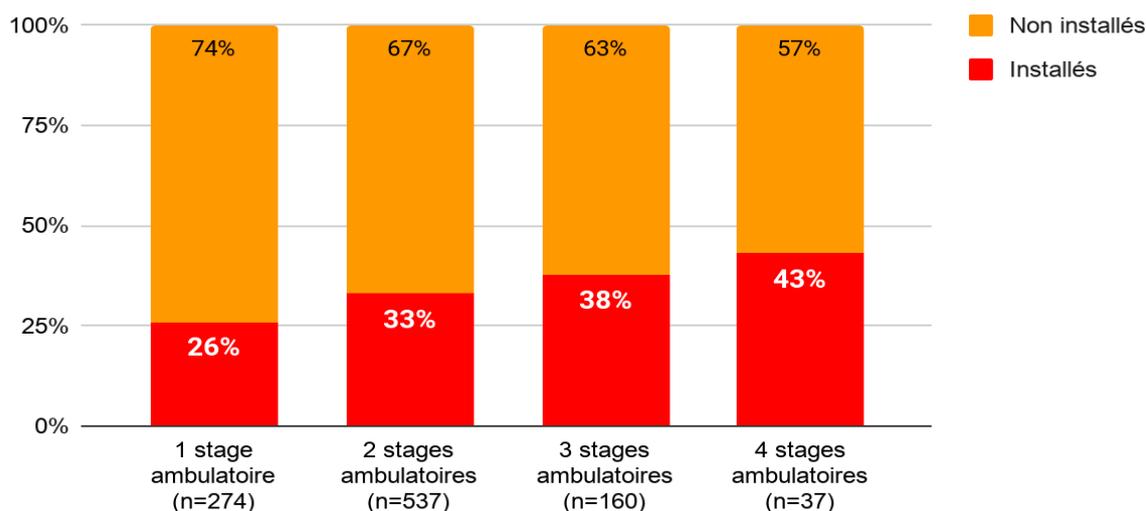
Chez les TCEM3 et le groupe « internat fini non thésés », le taux de projet d'installation variait de 69% chez ceux qui avaient réalisé un seul stage ambulatoire à 89% chez ceux ayant réalisé trois stages ambulatoires ($p < 0,05$).



On observe également une différence significative concernant le délai d'installation envisagé à moins de trois ans suivant la fin de l'internat en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés.

29% des répondants ayant réalisé un stage ambulatoire et souhaitant s'installer envisageaient de s'installer dans les trois ans suivant le DES contre 42% des répondants qui en avaient réalisé trois ($p < 0,05$).

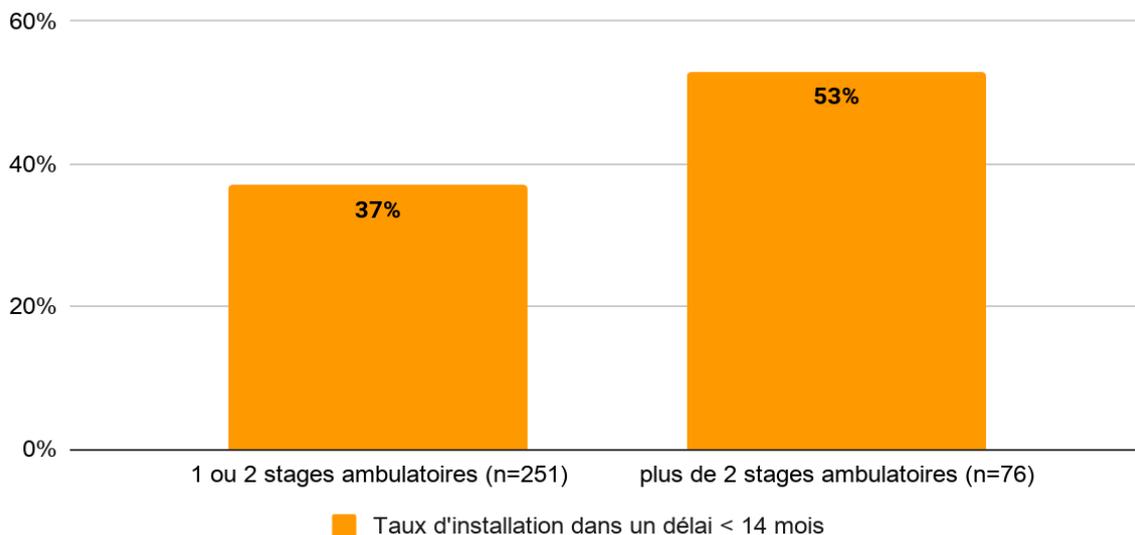
Impact du nombre de stages ambulatoires sur l'installation des jeunes généralistes



On constate un taux d'installation chez les jeunes généralistes thésés à 33%, 38% et 43% respectivement pour deux, trois et quatre stages ambulatoires dans le cursus, chacun significativement plus important que le taux d'installation pour un stage à 26% ($p < 0,05$).

Le taux de répondants installés augmentait significativement en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés, ce taux variant de 23% chez ceux ayant effectué un seul stage ambulatoire contre 43% chez ceux en ayant réalisé quatre ($p < 0,05$).

Délai d'installation effective en fonction du nombre de stages réalisés

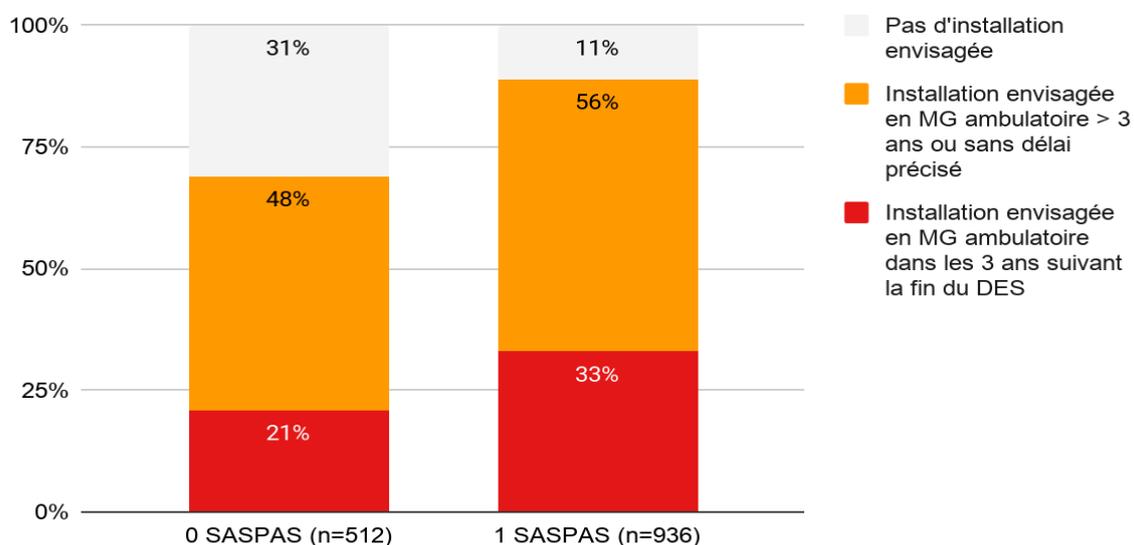


On constate que 53% des jeunes généralistes ayant réalisé plus de deux stages ambulatoires se sont installés dans un délai inférieur à 14 mois avec une différence significative par rapport à ceux ayant réalisé moins de deux stages ambulatoires ($p < 0,05$).

❖ Le SASPAS, une avancée dans la formation et une accélération de l'installation

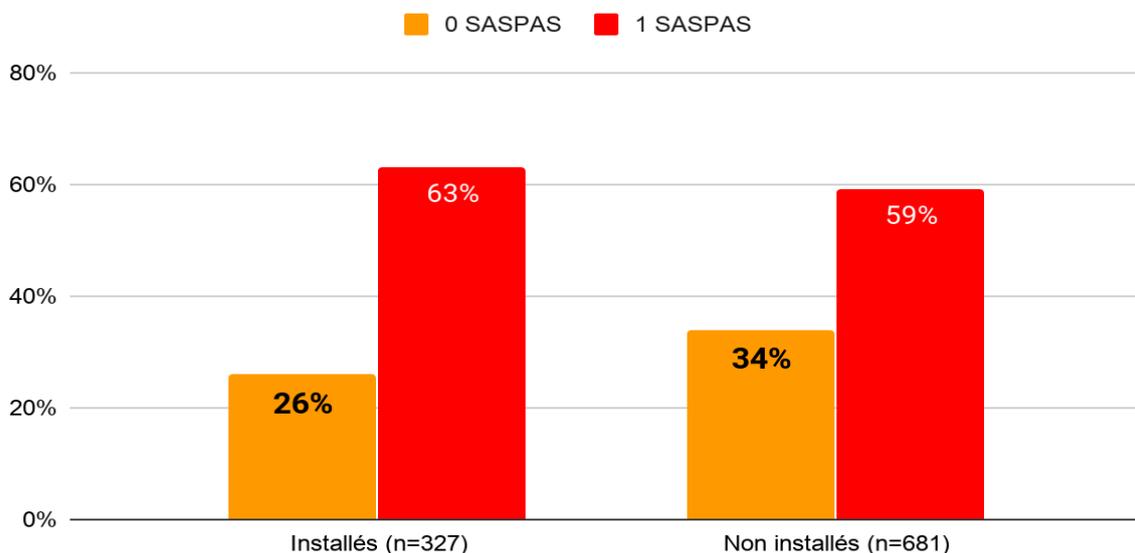
Concernant les projets d'installation des TCEM3 et des répondants "internat fini non thésés", la réalisation d'un SASPAS semble en lien avec des installations envisagées plus nombreuses et plus rapide en Médecine Générale ambulatoire.

Impact du SASPAS sur le projet d'installation



En effet, on note que 69% des répondants n'ayant pas réalisé de SASPAS projetaient de s'installer en Médecine Générale ambulatoire contre 89% chez ceux ayant réalisé un SASPAS ($p < 0,05$).

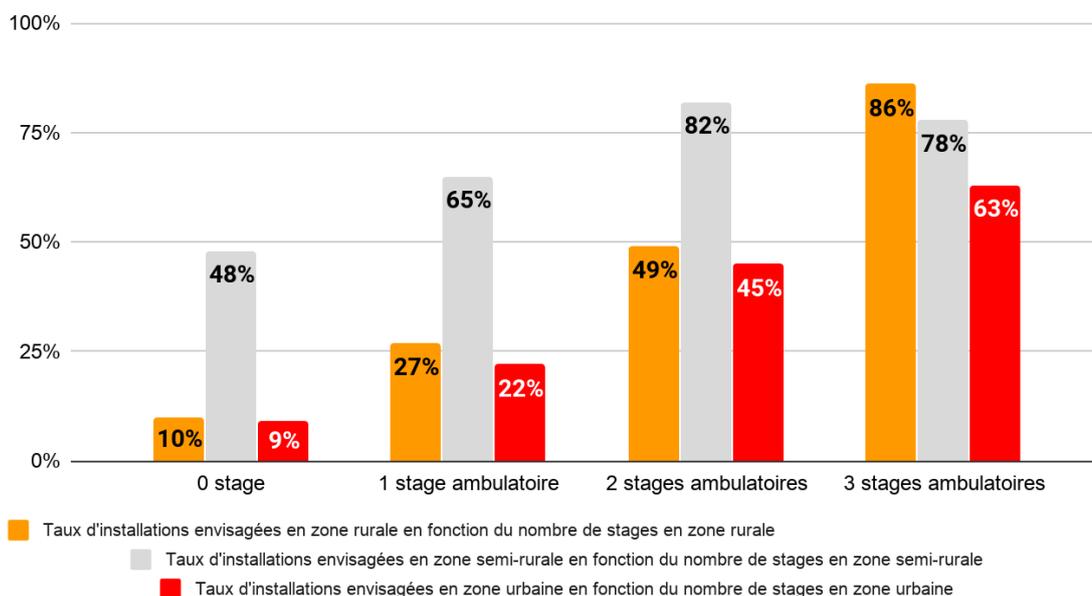
Impact du SASPAS sur l'installation effective



Concernant les jeunes généralistes thésés, il existe une différence significative entre le taux d'installation chez ceux ayant réalisé un SASPAS (34%) et chez ceux n'en ayant réalisé aucun (26%) ($p < 0,05$).

❖ Impact des stages ambulatoires sur la zone d'installation

Impact du lieu des stages ambulatoires réalisés sur les caractéristiques géographiques des installations souhaitées

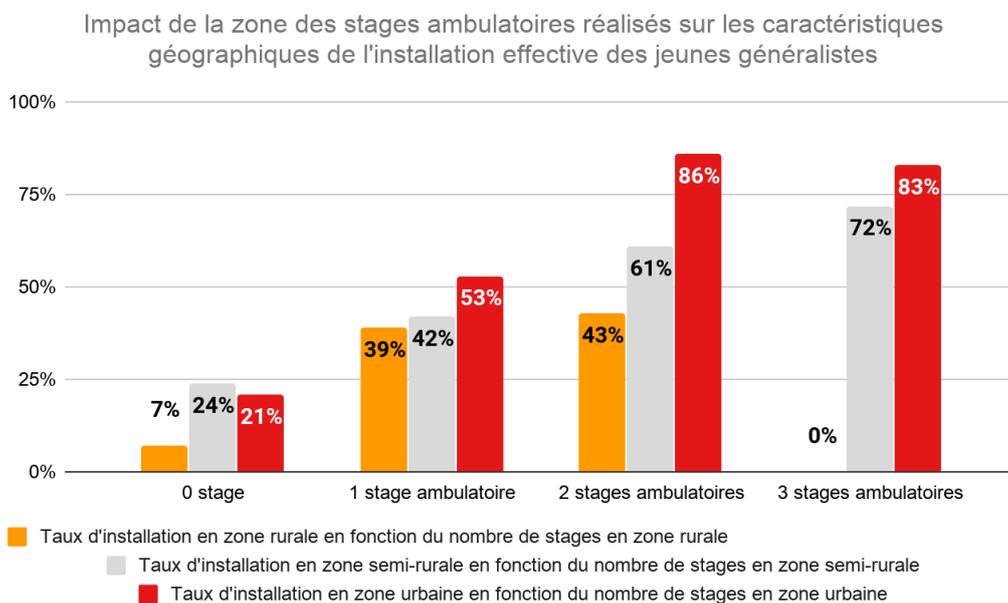


Concernant l'installation, 10% des répondants non thésés ou en cours de DES n'ayant réalisé aucun stage en zone rurale projetaient de s'y installer contre 86% chez ceux qui en avaient réalisé trois ($p < 0,05$).

Concernant l'installation envisagée en zone semi-rurale, 48% des répondants non thésés ou en cours de DES qui n'avaient réalisé aucun stage en zone semi-rurale projetaient de s'y installer contre 82% chez ceux qui en avaient réalisé deux ($p < 0,05$).

Enfin, 9% des répondants non thésés ou en cours de DES qui n'avaient réalisé aucun stage en zone urbaine souhaitaient s'y installer contre 63% chez ceux qui en avaient réalisé trois ($p < 0,05$).

On retrouve cette tendance sur les installations des jeunes généralistes thésés :



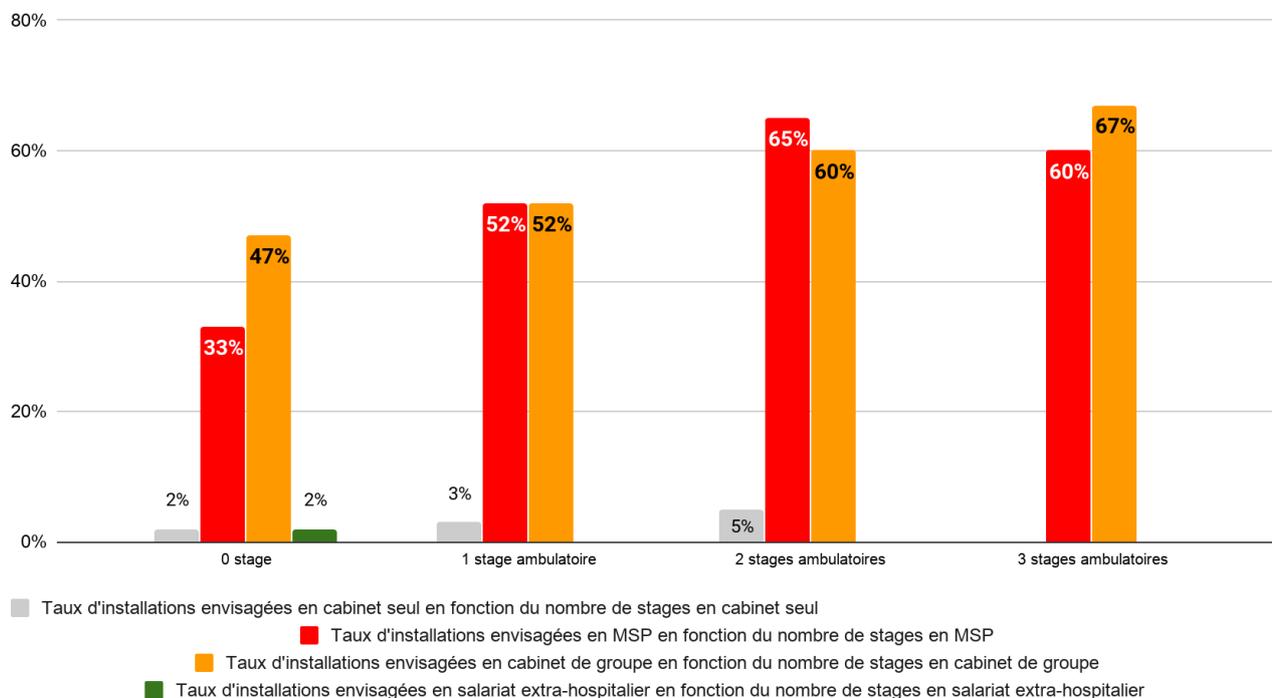
On constate que 7% des jeunes généralistes n'ayant réalisé aucun stage en zone rurale se sont installés en zone rurale contre 43% de ceux ayant réalisé deux stages en zone rurale ($p < 0,05$).

On note aussi une différence significative concernant les zones semi-rurales, avec 24% d'installation en zone semi-rurale chez les répondants n'ayant réalisé aucun stage en zone semi-rurale contre 61% d'installation en zone semi-rurale parmi ceux ayant réalisés deux stages en zone semi-rurale ($p < 0,05$).

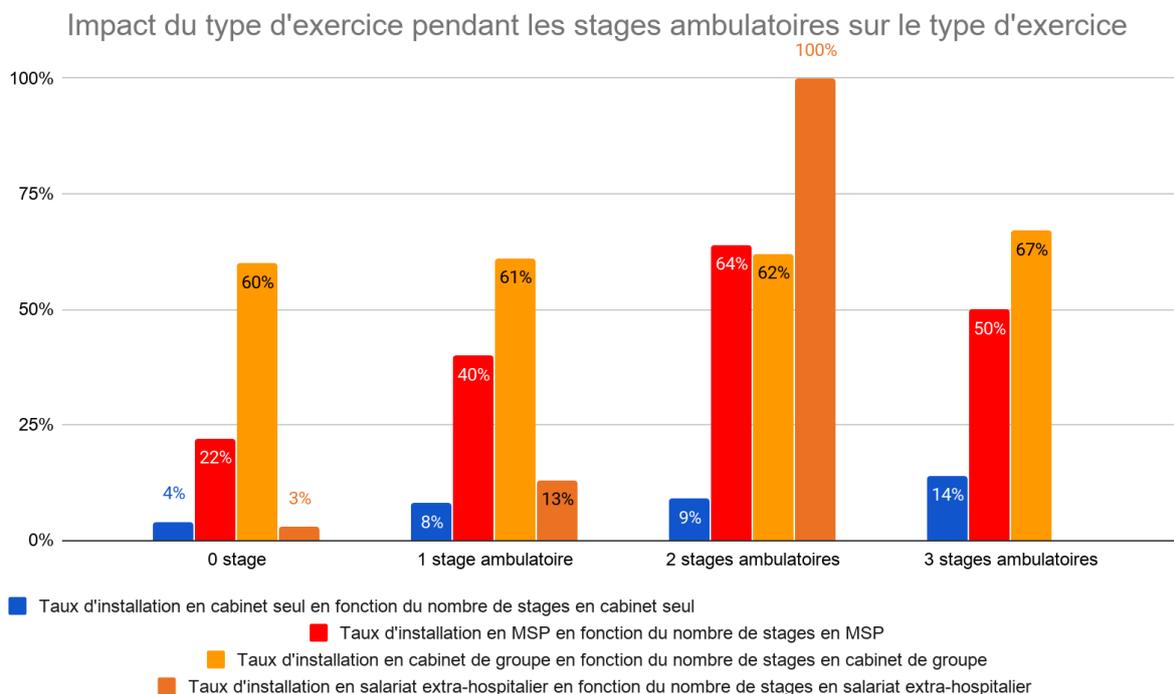
Enfin, on retient également une différence significative concernant les zones urbaines : 21% des jeunes généralistes n'ayant réalisé aucun stage en zone urbaine s'y sont installés contre 83% chez ceux ayant réalisé trois stages ambulatoires en zone urbaine ($p < 0,05$).

❖ Impact des stages ambulatoires sur l'exercice et l'activité

Impact du type d'exercice des stages ambulatoires réalisés sur le type d'exercice envisagé



Les mêmes questions ont été posées aux jeunes généralistes thésés.

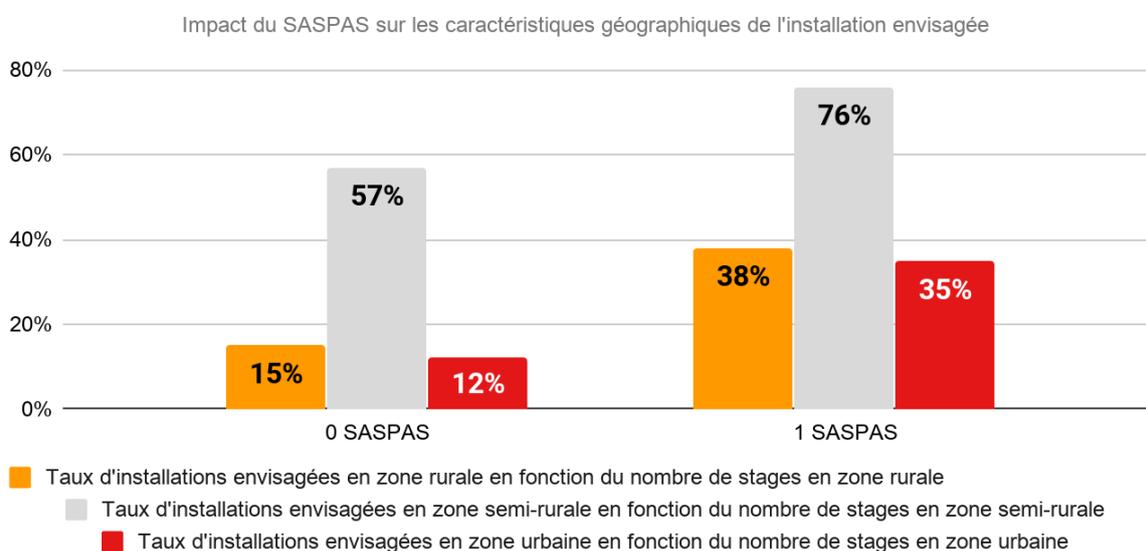


On constate que 22% des jeunes généralistes n'ayant jamais réaliser de stage en MSP, y exercent à présent contre 64% de ceux qui en avaient réalisé deux ($p < 0,05$).

On note également que 60% des jeunes généralistes n'ayant jamais réalisé de stages ambulatoires en cabinet de groupe y exercent à présent.

L'exercice en cabinet seul est quant à lui un peu plus sollicité au fur et à mesure des stages réalisés sous ce type d'exercice, mais reste très largement minoritaire.

❖ Influence du SASPAS sur la zone géographique d'installation

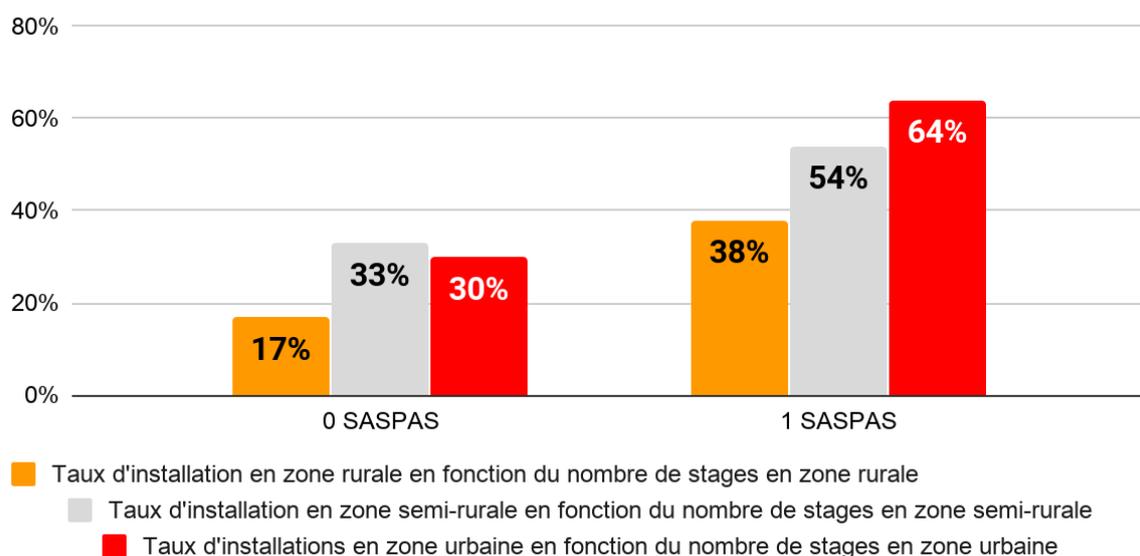


On constate que parmi les TCEM3 et répondants "internat fini non thésés" n'ayant réalisé aucun SASPAS en zone rurale, 15% projettent de s'y installer tandis que parmi ceux ayant réalisé un SASPAS en zone rurale, 38% projettent de s'y installer. La différence est significative entre les deux ($p < 0,05$).

On retrouve également une différence significative pour la zone semi-rurale : 57% des internes et jeunes généralistes non thésés n'ayant réalisé aucun SASPAS en zone semi-rurale projettent de s'y installer tandis que 76% de ceux y ayant réalisé un SASPAS projettent de s'y installer ($p < 0,05$).

Enfin, concernant les zones urbaines : 12% des internes n'ayant pas fait de SASPAS en zone urbaine projettent de s'y installer quand 35% de ceux en ayant réalisé un projettent de s'y installer également. La différence est également significative ($p < 0,05$).

Impact du SASPAS sur les caractéristiques géographiques des installations effectives des jeunes généralistes



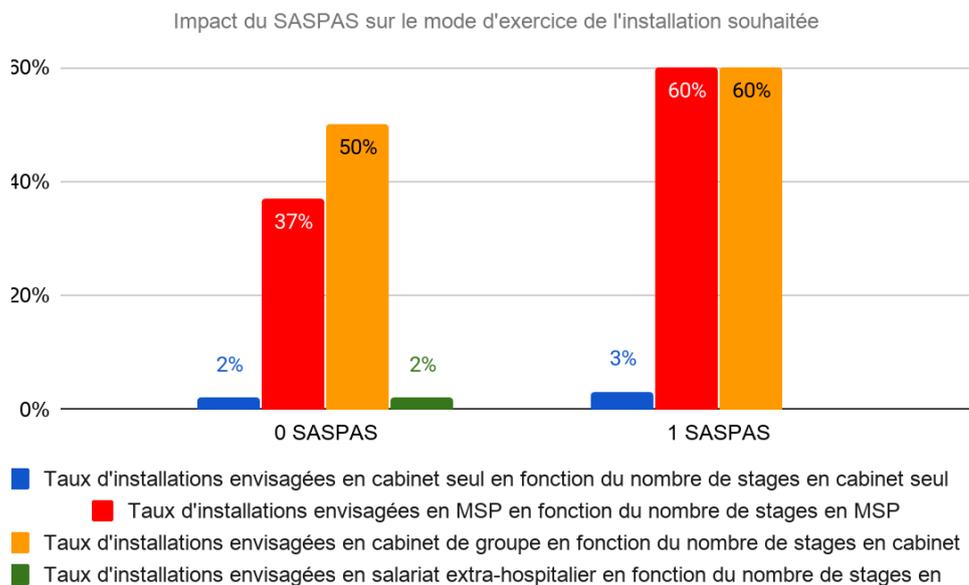
On constate que parmi les jeunes généralistes n'ayant pas réalisé un SASPAS en zone rurale, 17% s'y sont installés. La différence est significative avec ceux ayant réalisé un SASPAS en zone rurale qui sont 38% à s'y être installés ($p < 0,05$).

On note également que parmi les jeunes généralistes, 33% de ceux n'ayant pas réalisé un SASPAS en zone semi-rurale se sont installés en zone semi-rurale. La différence est significative avec ceux ayant réalisé un SASPAS en zone semi-rurale qui sont 54% à s'y être installés ($p < 0,05$).

Pour finir, on constate que parmi les jeunes généralistes thésés, 30% de ceux n'ayant pas réalisé un SASPAS en zone urbaine se sont installés en zone urbaine, la différence est significative avec ceux ayant réalisé un SASPAS en zone urbaine qui sont 64% à s'y être installés ($p < 0,05$).

❖ Influence du SASPAS sur le type d'exercice

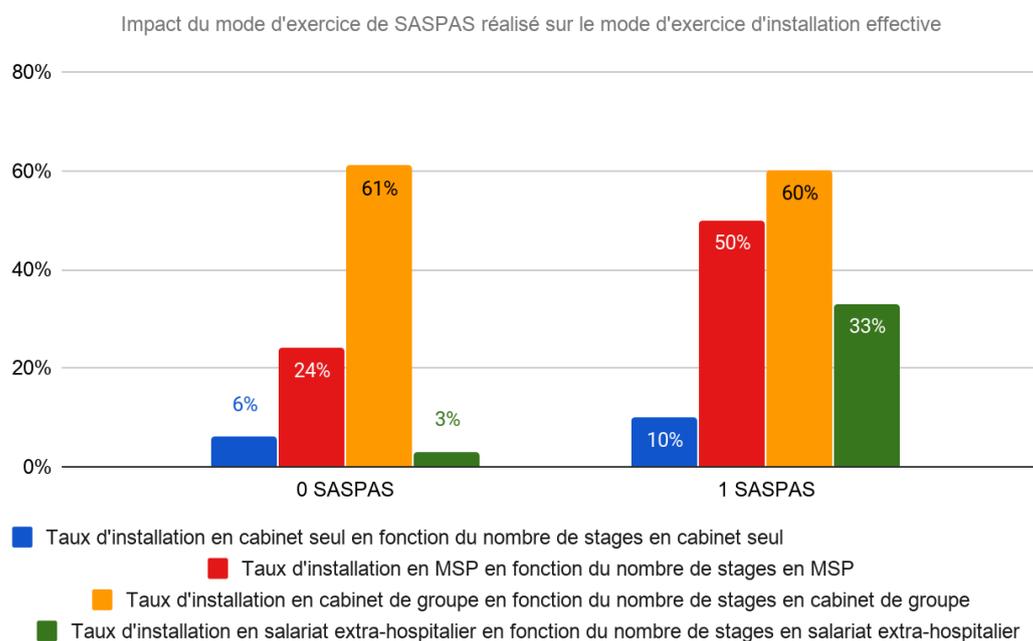
Les jeunes et futurs généralistes ont été interrogés sur le type d'exercice rencontré pendant le SASPAS et le type d'installation envisagée.



Les différences significatives retrouvées portent sur l'exercice en cabinet de groupe et en MSP.

On constate que 50% des TCEM3 et répondants « internat fini non thésés » n'ayant pas réalisé de SASPAS en cabinet de groupe projetaient de s'y installer tandis que 60% des TCEM3 et répondants « internat fini non thésés » ayant réalisé un SASPAS en cabinet de groupe projetaient d'exercer en cabinet de groupe ($p < 0,05$).

Concernant l'exercice en MSP, 37% des TCEM3 et répondants « internat fini non thésés » n'ayant pas réalisé de SASPAS en MSP projetaient de s'y installer alors que 60% des répondants ayant réalisé un stage SASPAS en MSP projetaient de s'y installer.



Pour les installations effectives, on retrouve des résultats légèrement différents.

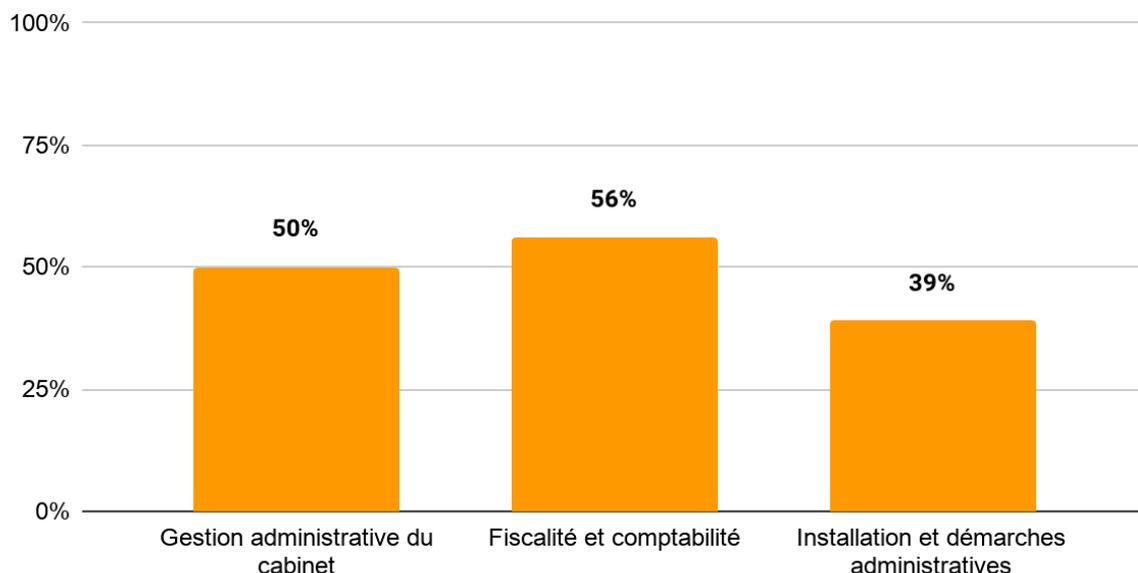
On retrouve une différence significative pour l'installation en MSP, 24% des jeunes généralistes n'ayant pas réalisé de SASPAS en MSP s'y sont installés alors que 50% de ceux ayant réalisé un SASPAS en MSP s'y sont installés ($p < 0,05$).

On constate également une différence significative pour l'installation en salariat extra-hospitalier, puisque 3% des jeunes généralistes n'ayant pas réalisé de SASPAS en salariat extra-hospitalier l'ont choisi pour s'installer, contre 33% de ceux ayant réalisé un SASPAS sous ces modalités ($p < 0,05$).

❖ Enseignements insuffisants

L'enquête a permis aux répondants de s'exprimer sur les insuffisances rencontrées au cours de leur formation théorique. Nous avons pu mettre en évidence que selon les répondants, des thématiques telles que "la gestion administrative du cabinet", "la fiscalité et la comptabilité" ou encore "les démarches et modes d'installation" devraient être enseignées de façon plus optimale lors de la formation initiale.

Enseignements insuffisants au DES de Médecine Générale selon l'ensemble des répondants



V. ANALYSE

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Les caractéristiques des populations étudiées se rapprochent des caractéristiques de la population générale avec une féminisation de la profession (4).

2. INFLUENCE DES STAGES AMBULATOIRES SUR L'INSTALLATION

Le stage praticien niveau 1, obligatoire depuis 1997 en troisième cycle, est souvent le premier contact avec le monde de la médecine ambulatoire pour les internes. Rendu obligatoire également au cours du deuxième cycle depuis 2013, il n'est malheureusement pas encore mis en place partout, mais les choses s'améliorent puisque 86% des étudiants de deuxième cycle ont pu en bénéficier sur l'année 2017-2018 (17).

Réglementairement, les répondants issus des ECN 2010 à 2016 étaient tenus de réaliser un stage chez le praticien dit « de niveau 1 » c'est à dire un stage dans un cabinet médical sous supervision d'un praticien agréé, mais n'avaient pas l'obligation de réaliser un SASPAS et donc d'être en autonomie supervisée dans un cabinet. De la même façon, ils n'avaient que peu accès à un stage ambulatoire en Santé de la Femme et/ou de l'Enfant (17).

Certains internes devaient donc réaliser un seul stage ambulatoire sans réelle mise en autonomie avant leur installation, alors que d'autres internes disposaient de plusieurs stages pour développer leurs connaissances et compétences de la médecine en ambulatoire de façon plus globale et concrète.

Notre enquête a identifié une relation entre le nombre de stages ambulatoires réalisés au cours du troisième cycle et les projets d'installation ainsi qu'avec les installations effectives des internes en Médecine Générale. En effet, on identifie que plus de deux tiers des répondants ayant un projet d'installation avaient réalisé au moins deux stages ambulatoires. On note donc une augmentation de près de 20% de projet d'installation chez les internes ayant réalisé des stages ambulatoires, en passant de 69% des répondants qui avaient réalisé un stage ambulatoire qui souhaitent s'installer en Médecine Générale ambulatoire à 88% pour les répondants ayant réalisé deux stages.

Ces chiffres nous permettent de confirmer que la formation de l'interne en Médecine Générale doit passer nécessairement par la réalisation de stages en ambulatoire afin de faciliter le développement de son projet d'installation. La poursuite du développement de ces stages ambulatoires est donc primordiale.

Il est intéressant de souligner l'impact accélérateur sur le délai du projet d'installation. On retrouve une augmentation significative du nombre d'étudiants prêt à s'installer dans les trois ans suivant la fin de leur DES en lien avec le nombre de stage ambulatoires réalisés dans le DES.

Dans notre enquête de 2011 sur les souhaits d'installation (10), il était également ressorti que les internes ayant une plus grande expérience de l'ambulatoire, par la réalisation d'un ou de deux stages chez le praticien ou par une activité de remplacement, construisaient leur projet d'installation avant la fin de leur cursus. On peut donc supposer que la réalisation de stages ambulatoires favorise l'éclosion des projets professionnels en levant certaines appréhensions, inconnus et fantasmes des étudiants sur cet exercice et sa supposée complexité.

Cette même impact se retrouve sur l'installation effective : en effet, les jeunes généralistes installés avaient réalisé plus de stages ambulatoires au cours de leur DES que leurs confrères encore non installés.

L'influence significative du nombre de stages ambulatoires sur la construction du projet d'installation en Médecine Générale ainsi que sur le délai de ce projet d'installation nous conforte dans l'idée de la nécessité du développement de la maîtrise de stage ambulatoire et ainsi de l'offre de stage ambulatoire dès le deuxième cycle pour tous les étudiants.

Malgré cette impression positive, il est important de noter que seuls 38% des répondants ayant réalisé 3 stages ambulatoires se sont installés. Cela illustre que malgré l'importance de la découverte du milieu ambulatoire au cours de la formation, il existe d'autres freins à l'installation, que les stages seuls ne suffisent pas à lever ⁽¹⁰⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾.

Dans notre enquête, plus de deux tiers des étudiants ayant un projet d'installation ont réalisé un SASPAS. Cette même influence est retrouvée dans le groupe des généralistes thésés avec 73% des jeunes installés ayant réalisé un SASPAS ($p < 0,05$).

On constate également que la réalisation d'un SASPAS influe non seulement sur le délai d'installation effective, mais aussi sur le délai d'installation envisagée.

Les résultats de notre enquête démontrent que les jeunes généralistes s'installeraient plus rapidement s'ils ont réalisé un SASPAS et que les internes ayant réalisé projettent de s'installer plus rapidement.

Encore une fois, le SASPAS se révèle être un véritable tremplin vers l'installation et la mise en responsabilité des internes, en leur permettant de toucher du bout des doigts leur futur pratique. Cette expérience permet aux étudiants de mûrir leur projet d'avenir professionnel en leur permettant de tester la diversité des champs d'exercice de la discipline.

3. INFLUENCE DES STAGES AMBULATOIRES SUR LE LIEU L'INSTALLATION

Les résultats de notre enquête viennent réaffirmer l'implication des jeunes générations de médecins face à la problématique de l'offre de soins, et contredire certaines idées reçues ⁽¹⁹⁾ quant à leur lieu d'installation souhaité.

Les jeunes et futurs généralistes ont été interrogés sur la nature de leur projet d'installation, et on constate que seul un interne sur cinq envisage de s'installer dans une zone urbaine. On note que la zone semi-urbaine est quant à elle la plus plébiscitée par les répondants, et ce, même lorsqu'ils n'y ont pas été en stage ambulatoire au cours de leur DES.

Les villes ne sont donc pas les zones les plus recherchées par les jeunes généralistes.

On constate que ce sont les zones rurales qui attirent spontanément le moins les jeunes et futurs généralistes. L'une des explications envisageables pourrait-être que ces zones sont parfois associées aux fameux « déserts médicaux »⁽⁶⁾, qui sont souvent des territoires en perte d'attractivité de façon globale. Ces résultats peuvent être mis en relation avec les résultats de l'enquête sur les déterminants à l'installation du CNOM qui montraient que la présence de service public était un facteur majeur favorisant les installations ainsi que la présence familiale ou encore les transports. En effet, les zones rurales peuvent être dépourvues de services publics ou difficile d'accès pour certaines d'entre elles.

Toutefois, la formation apparaît une fois encore comme un levier d'intérêt pour l'installation des jeunes généralistes dans ces zones en mal d'appétence. **Le nombre de stages ambulatoires réalisés dans une zone particulière influence significativement le projet d'installation des internes**, ce qui est particulièrement vrai pour les zones rurales, bien que ces résultats sont probablement à nuancer.

En effet, un interne ayant un attrait pour un lieu d'exercice aura probablement tendance à choisir des stages dans ces zones. Mais les tendances étant retrouvées pour tous les territoires, il existe probablement une consolidation des projets grâce à ces stages.

Ces résultats sont à mettre en parallèle de ceux ressortis de notre enquête réalisée en 2011 ⁽¹⁰⁾ ayant pour but d'analyser les souhaits d'installations des internes de Médecine Générale. À l'époque, nous avions mis en avant que 79% des internes interrogés déclaraient vouloir exercer dans leur subdivision d'internat, rendant d'autant plus importantes les mesures entreprises au sein de ces mêmes régions auprès des internes, et la nécessité d'en renforcer la promotion. Le développement des terrains de stages pour couvrir l'ensemble des zones d'exercice est donc une nécessité afin d'élargir le champs des possibles et faire découvrir au maximum les différentes pratiques de la Médecine Générale dans les territoires.

Ces stages ambulatoires, plus qu'une simple découverte du territoire, sont également un moyen de commencer à créer un réseau pour sa pratique future. Il est donc important qu'une offre de stage suffisante soit développée pour proposer aux étudiants des stages en fonction de leur projet professionnel ou en fonction de leurs hésitations quant à leur pratique future. La place des stages ambulatoires, et plus particulièrement le SASPAS, est donc primordiale dans la formation, car cette expérience semble avoir une réelle influence dans la projection et réalisation des projets d'installation, là où les mesures financières n'avaient eu que peu d'impact sur les installations effectives ⁽²⁰⁾.

4. INFLUENCE DES STAGES AMBULATOIRES SUR LE TYPE D'EXERCICE

Toujours dans l'enquête sur les déterminants à l'installation menée par les structures jeunes et le CNOM, on constatait que les futurs médecins aspirent majoritairement à un exercice libéral avec 75% des répondants qui projetaient d'exercer en libéral ou dans une activité mixte, tandis que 19% envisageaient un exercice salarié. En 2018, le rapport du CNOM ⁽⁴⁾ indiquait que parmi les médecins généralistes en activité régulière, 56% exerçaient en activité libérale, 37% en salariat (hospitalier ou extra-hospitalier) et 7% en exercice mixte.

Au cours de notre enquête, nous avons constaté une fois encore que les internes sont amenés à découvrir des modes d'exercice qu'ils ne connaissaient pas toujours et que cette découverte influence leur projet d'installation.

Notre enquête réaffirme que la jeune génération porte un réel intérêt pour l'exercice regroupé notamment au sein de MSP et en cabinet de groupe. Sans même avoir réalisé des stages ambulatoires auprès de MSU exerçant dans ce type de cabinet, 47% des étudiants projettent d'exercer de cette façon et 60% des installés n'ayant pas réalisé de stage en cabinet de groupe se sont tout de même installés en groupe.

Le nombre de stages ambulatoires réalisés chez des MSU travaillant en cabinet de groupe permet une augmentation du taux d'installation sous cette modalité et influe également sur les projets d'installation.

Le désintérêt pour un exercice médical seul ou isolé se confirme, et ce malgré les stages y étant réalisés. En effet, une proportion très faible d'étudiants projette d'exercer de la sorte et le nombre de stages réalisés ne permet pas d'accroître de façon significative ces projets ou ces installations.

En parallèle de cette activité de groupe, on constate l'émergence du travail portée vers l'interprofessionnalité dans la construction des projets professionnels, via notamment les Maisons de Santé Pluridisciplinaires. Ces établissements, encadrés par le code de la Santé Publique en 2007, ont été créés pour permettre aux praticiens libéraux de proposer un exercice collectif sur un territoire donné.

Moins plébiscité spontanément par les jeunes généralistes lorsqu'ils ne les ont jamais rencontrés en stage, un stage dans une MSP semble pourtant les convaincre et leur donner envie d'exercer en leur sein. On voit en effet une réelle variation du nombre de stages ambulatoires et de la réalisation d'un SASPAS dans ces structures sur les projets d'installation ainsi que sur les installations effectives : dans les deux populations de notre étude, on note un doublement des effectifs installés ou prêt à s'installer après la réalisation d'un SASPAS, ou la réalisation de plusieurs stages au sein d'une MSP.

D'autre part, il existe toujours peu de stages en Médecine Générale salariée extra-hospitalière, ce qui explique qu'un grand nombre d'internes méconnaît encore les spécificités de cet exercice. On observe cependant une augmentation de la proportion d'installés en salariat en fonction du nombre de stages ambulatoires réalisés et en fonction de la réalisation d'un SASPAS sous ces modalités d'exercice, confirmant l'intérêt croissant pour le salariat constaté depuis quelques années. En effet, le salariat a enregistré une majoration de 4% des inscriptions à l'Ordre des Médecins en 2018, en parallèle d'une baisse de 3,5% pour les inscriptions pour un exercice en libéral.

Les chiffres de l'enquête du CNOM (4) avaient également montré que 19% des futurs médecins projettent d'exercer en structure salariée, ce qui ne correspond pas aux données issues de ces deux enquêtes. Cette différence s'explique probablement par le fait que peu d'internes ont pu réaliser leurs stages ambulatoires en exercice salarié, rendant les chiffres de notre enquête difficilement extrapolables par manque de puissance statistique.

Pour autant, le salariat en ambulatoire semble intéresser les jeunes généralistes, mais peu d'entre eux peuvent se confronter à ce type d'exercice en Médecine Générale au cours de leur formation. C'est pourquoi il est important de recruter davantage de MSU exerçant dans des structures salariés, afin de faire plus découvrir ce type d'exercice pendant l'internat.

VI. DISCUSSION

1. COMMENT EVOLUE LE DES DE MEDECINE GENERALE ?

❖ La maquette et le virage ambulatoire

Suite aux réformes des études médicales, le nombre de stages ambulatoires a augmenté au cours de l'internat, de telle manière que dorénavant, un tiers du DES de Médecine Générale peut être maintenant réalisé en ambulatoire. Ce type d'exercice pourrait s'étendre à la moitié de la formation sous l'incitation à la réalisation des stages en Santé de la Femme et de l'Enfant en ambulatoire d'après les textes réglementaires (21).

Notre enquête a mis en évidence que 68% des répondants ayant fini leur DES avaient réalisé un SASPAS au cours de leur formation, et que malgré l'absence d'obligation à l'époque, plus d'un interne sur deux avait pu être formé en médecine ambulatoire. On constate également une réelle progression depuis 2014. En effet, selon le CNGE (17), seulement 34% des Internes de Médecine Générale pouvaient réaliser un SASPAS.

On peut saluer la possibilité donnée aux internes de réaliser plus de stages ambulatoires qu'auparavant et a fortiori des stages de Médecine Générale. La formation tend à coller de plus en plus à l'exercice professionnel auquel ils se destinent. Toutefois, si l'exercice ambulatoire représente une proportion majoritaire des projets professionnels des internes de Médecine Générale, il convient de laisser une place aux autres projets professionnels et conserver un souplesse dans la maquette de DES.

❖ La maîtrise de stage ambulatoire

Cette augmentation est à corrélée à l'augmentation du nombre de MSU depuis plusieurs années : selon le SNEMG (22)(23), ce nombre a augmenté de 21,3% depuis 2016. Cette augmentation, à saluer, doit se poursuivre pour permettre à tous les étudiants du DES de Médecine Générale de réaliser au minimum un stage praticien niveau 1 et un SASPAS au cours de leur maquette.

En poursuivant l'augmentation du nombre de MSU, il devrait être possible de proposer aux internes des stages auprès de plusieurs MSU, ouvrant ainsi la possibilité de se confronter à des pratiques d'exercice et des patientèles différentes, enrichissant ainsi l'expérience de l'interne.

Cette augmentation des capacités d'accueil est d'autant plus importante qu'elle pourrait permettre à tous les étudiants de découvrir la Médecine Générale dès le deuxième cycle des études médicales.

En 2011, 71,4 % des répondants de l'enquête de l'ISNAR-IMG déclaraient souhaiter devenir Maître de Stage des Universités. Pour obtenir l'augmentation suffisante pour accorder à tous les étudiants dès le deuxième cycle des études médicales un stage ambulatoire en Médecine Générale, il faut accompagner les internes dans cette formation à la maîtrise de stage ambulatoire.

L'attractivité de la filière de Médecine Générale serait redynamisée en passant par une découverte précoce de la discipline grâce à un nombre suffisant d'encadrants permettant de proposer aux étudiants des stages de qualité.

❖ **Elargissement de l'offre en stage ambulatoire en SSFE**

Selon la maquette pré-réforme du DES de Médecine Générale⁽²⁴⁾ les stages en Santé de la Femme et/ou en Santé de l'Enfant pouvaient être réalisés sur un même lieu de stage auprès d'un MSU agréé principalement pour la Médecine Générale. La Réforme du Troisième Cycle prévoit la réalisation d'un stage de six mois pour la Santé de la Femme et un autre stage de six mois pour la Santé de l'Enfant, ces stages pouvant être réalisés en ambulatoire ou en hospitalier. Notre étude a mis en évidence que seuls 20% des répondants ayant terminé leur DES ont réalisé un de ces stages en ambulatoire, contre 23% chez les répondants en cours de DES, ce qui dénote d'une légère amélioration à appuyer et encourager.

Pour parfaire cette augmentation de l'offre de stage en Santé de la Femme et/ou en Santé de l'Enfant en ambulatoire, il pourrait être proposé aux internes de Médecine Générale de ne pas être encadrés uniquement par un médecin, mais de réaliser un stage en santé de la femme auprès de sages-femmes agréées exerçant en ambulatoire par exemple.

En effet, les internes de Médecine Générale ont à l'heure actuelle une formation en Santé de la Femme à forte prédominance hospitalière. Les stages ambulatoires en gynécologie sont rares à ce jour et lorsqu'ils existent, la majorité d'entre eux sont réalisés auprès de MSU de Médecine Générale ayant ou non une formation spécifique en gynécologie. Dans ce contexte, la possibilité de réaliser des stages chez des sages-femmes ayant une activité plus proche de celle qu'auront les futurs médecins généralistes, paraît plus que pertinente. Ceci inciterait également à un travail collaboratif et pluri-professionnel dès les études médicales.

Le réel impact positif de la réalisation des stages en ambulatoire doit pousser à mettre en application les textes de la réforme et développer encore un peu plus la maîtrise de stage pour former les internes en Santé de la Femme et/ou en Santé de l'Enfant.

2. COMMENT COMPLETER LA FORMATION DES INTERNES ?

D'autre part, les médecins généralistes interrogés ont pu exprimer leurs attentes quant à leur formation théorique. En effet, les internes de Médecine Générale se destinent en majorité à un exercice libéral ambulatoire, et les trois enseignements identifiés comme insuffisants par les répondants impactent directement l'installation. Les démarches sont nombreuses, et souvent compliquées sur le plan administratif, un enseignement aux démarches à l'installation est attendu par les jeunes et futurs généralistes. Les interlocuteurs sont également multiples et parfois difficiles à identifier dans leurs rôles respectifs.

En parallèle, pour rendre plus claires les démarches liées à l'installation, la mise en place d'un guichet unique et le développement des PAPS, associés à la création d'enseignements sur les démarches liées à l'installation, permettraient aux futurs installés d'aborder plus sereinement cette étape cruciale marquant le début de leur carrière. Pour rappel, selon une enquête réalisée par l'ISNAR-IMG en 2011(10), 92,5% des internes ne connaissaient pas les dispositifs d'aide à l'installation existants.

De la même façon, la gestion administrative du cabinet et la fiscalité du médecin généraliste peuvent paraître très compliquées sans formation et informations dédiées. De par son statut de salarié des hôpitaux, un interne est peu sensibilisé et formé des spécificités comptables de l'exercice libéral. Aborder cet aspect de la profession dans les enseignements théoriques du troisième cycle permettrait aux internes d'avoir toutes les clés en main pour s'installer en toute tranquillité.

Le nécessaire enrichissement des enseignements délivrés aux internes reflète certaines carences du DES de Médecine Générale. En effet, le nombre d'enseignants universitaires de Médecine Générale est encore beaucoup trop faible pour permettre à chaque DMG d'offrir aux internes des enseignements réguliers de qualité⁽²⁵⁾.

VII. LIMITES

Les résultats de l'étude sont impactants mais l'étude présente certains biais.

Tout d'abord, un biais de sélection avec une diffusion des questionnaires par l'intermédiaire d'associations et de syndicats, ayant entraîné une sur-représentation de certaines facultés, avec notamment Toulouse, l'une des facultés ayant mis le plus en avant les stages ambulatoires ; ou une comparaison de populations avec une exclusion des thésés.

Ensuite, on retrouve plusieurs biais de confusion. On note l'absence d'évaluation des désirs avant les stages ambulatoires et SASPAS, des choix possibles de stages selon le classement dans la promotion, ou des désirs quant aux pratiques et lieux d'installation Ces éléments auraient permis de mieux appréhender l'impact du SASPAS sur les délais d'installation et les envies quant aux pratiques et lieux d'exercice.

De même, le "sentiment positif envers la Médecine Générale en ambulatoire" pouvait être présent avant la réalisation de stages, et serait logiquement en relation avec un désir d'installation et de pratique de Médecine Générale ambulatoire plus prononcé.

De plus, des biais de classement avec des biais de mémorisation ou de déclaration sont potentiellement présents les résultats étant obtenu par un questionnaire. Il peut également exister une mauvaise compréhension de certaines nuances entre cabinet de groupe, MSP ou salariat, expliquant en partie le septième des questionnaires invalidés.

Enfin, pour toute analyse d'étude, il peut exister un biais qu'on appelle de publication, qui s'expliquerait par le fait que nous n'ayons pas trouvé d'article dont les résultats seraient différents ou nuls.

VIII. CONCLUSION

Les études réalisées visaient à étudier le lien entre les stages ambulatoires réalisés au cours du DES, et particulièrement le SASPAS, sur l'installation en Médecine Générale.

Plusieurs enquêtes avaient auparavant montré qu'un lien significatif existe entre la réalisation de stages ambulatoires et l'installation. Nos enquêtes ont confirmé cette corrélation entre stages ambulatoires et installation des jeunes médecins, à la fois sur le type d'activité et sur les territoires d'installation.

La grande nouveauté de cette étude est la mise en évidence d'un **impact de la réalisation du stage SASPAS à la fois sur le type d'exercice et sur le lieu choisi pour l'installation, avec un délai d'installation plus rapide en sortie de DES.**

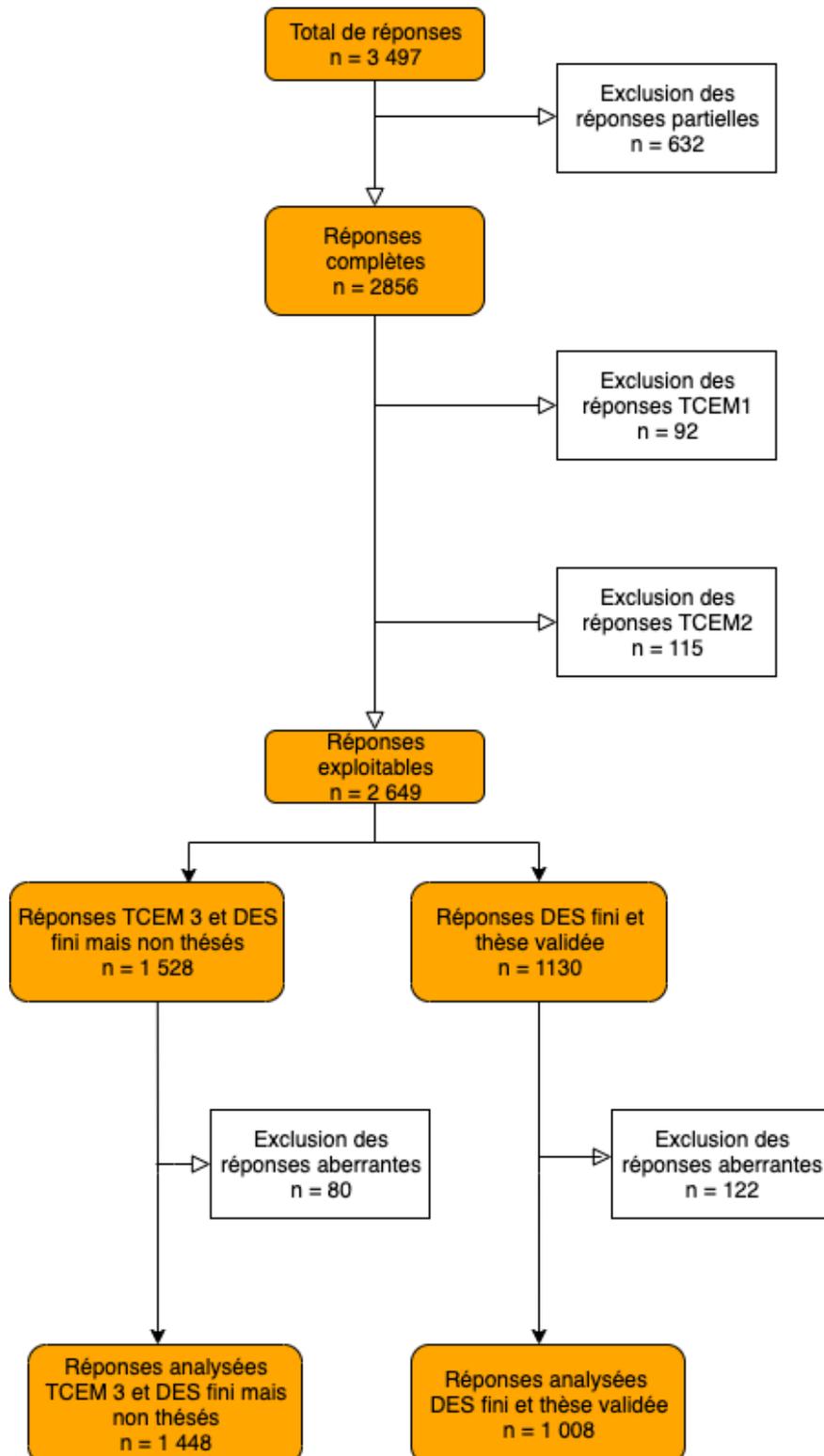
Ces résultats soulignent l'intérêt de ce type de stage pour construire et concrétiser les projets d'installation des internes, en levant par l'expérience de ce stage les freins à l'installation pouvant exister chez les internes en fin d'internat.

Ces résultats doivent encourager la poursuite du développement de la maîtrise de stage ambulatoire, afin de proposer également l'accès à des stages ambulatoires en Santé de la Femme et de l'Enfant. Cependant, la formation des internes ne peut se limiter à une maquette "tout ambulatoire", et doit laisser la place à la richesse des types d'exercice, qu'ils soient ambulatoire, hospitalier ou mixte.

Afin d'affirmer l'impact du stage SASPAS sur le délai d'installation et leurs modalités, il conviendrait maintenant de monter une nouvelle étude nationale, afin d'étudier les caractéristiques de la population d'internes ayant bénéficié d'un SASPAS obligatoire avec la Réforme du Troisième Cycle de 2017.

IX. ANNEXES

Annexe 1 :
Diagramme de flux



Annexe 2 :

Nombre de stage SASPAS et ambulatoires réalisés chez les internes en dernière année ou non thésés, selon l'existence d'un projet d'installation ou non.

	Avec projet d'installation en ambulatoire (n=1194)	Sans projet d'installation en ambulatoire (n=254)
SASPAS 1	840 (70%)	96 (38%)
SASPAS 2 (n=936)	87 (10%)	6 (6%)
Nombre de SASPAS		
• 0	354 (30%)	158 (62%)
• 1	753 (63%)	90 (35%)
• 2	87 (7%)	6 (2%)
Nombre de stages ambulatoires		
• 1	296 (25%)	132 (52%)
• 2	655 (55%)	93 (37%)
• 3	208 (17%)	26 (10%)
• 4	35 (3%)	3 (1%)

Annexe 3 :

Caractéristiques de la population des internes (en cours de DES ou en stages validés non thésés)

	Ensemble des répondants (n=1448)	TCEM3 (n=746)	Internat fini/non thèse (n=702)
SASPAS1	936 (65%)	464 (62%)	472 (67%)
SASPAS2	93 (6%)	52 (7%)	41 (6%)
SSFE	1396 (96%)	694 (93%)	702 (100%)
dont SSFE ambulatoire	301 (22%)	157 (23%)	144 (21%)
Projet d'installation en MG ambulatoire (n=1194)	1194 (82%)	610 (82%)	584 (83%)
dont < 3 ans après la fin de l'internat (n=1194)	431 (36%)	253 (41%)	178 (30%)

Annexe 4 :

Caractéristiques de la population des internes (en cours de DES ou en stages validés non thésés) ayant un projet d'installation en MG ambulatoire

	Ensemble des répondants (n=1194)	TCEM3 (n=746)	Internat fini/non thèse (n=702)
Lieu envisagé			
Rural	236 (20%)	119 (20%)	117 (20%)
Semi-rural	754 (63%)	406 (66%)	348 (60%)
Urbain	204 (17%)	85 (14%)	119 (20%)
Type d'exercice envisagé			
Cabinet seul	30 (3%)	15 (2%)	15 (3%)
Cabinet de groupe	649 (54%)	315 (52%)	334 (57%)
MSP	494 (41%)	270 (44%)	224 (38%)
Salariat extra-hospitalier	21 (2%)	10 (2%)	11 (2%)
Type d'activité envisagée			
Installation en exercice libéral exclusif	786 (66%)	386 (63%)	400 (68%)
Salariat extra-hospitalier exclusif	20 (2%)	10 (2%)	10 (2%)
Exercice mixte	377 (32%)	210 (34%)	167 (29%)
Autre	11 (1%)	4 (1%)	7 (1%)

Annexe 5 :

Caractéristiques de la population des internes (en cours de DES ou en stages validés non thésés) n'ayant pas de projet d'installation en MG ambulatoire

	Ensemble des répondants (n=254)	TCEM3 (n=746)	Internat fini/non thèse (n=702)
Type d'activité envisagée			
Remplacements libéraux	70 (28%)	21 (15%)	49 (42%)
Remplacements salariés	19 (7%)	3 (2%)	16 (14%)
Médecin en établissement hospitalier	115 (45%)	86 (63%)	29 (25%)
Activité médicale non soignante	6 (2%)	4 (3%)	2 (2%)
Activité hors domaine médical	6 (2%)	4 (3%)	2 (2%)
Salariat extra-hospitalier hors MG	13 (5%)	4 (3%)	9 (8%)
Activité mixte	15 (6%)	9 (7%)	6 (5%)
Autres	10 (4%)	5 (4%)	5 (4%)

Annexe 6 :

Caractéristiques de la population des internes (en cours de DES ou en stages validés non thésés) en fonction du projet d'installation

	Avec projet d'installation (n=1194)	Sans projet d'installation (n=254)
<u>Nombre de stages ambulatoires</u>		
1	296 (25%)	132 (52%)
2	655 (55%)	93 (37%)
3	208 (17%)	26 (10%)
4	35 (3%)	3 (1%)
<u>Nombre de SASPAS</u>		
0	354 (30%)	158 (62%)
1	753 (63%)	90 (35%)
2	87 (7%)	6 (2%)
SASPAS 1	840 (70%)	96 (38%)
SASPAS 2	87 (10%)	6 (6%)
Sentiment positif à l'égard de la MG ambulatoire laissé par le 1er SASPAS (n=936)	815 (97%)	75 (78%)
Sentiment positif à l'égard de la MG ambulatoire laissé par le 2nd SASPAS (n=93)	81 (93%)	5 (83%)

Annexe 7 :

Caractéristiques de la population des jeunes généralistes thèses

	Ensemble des répondants (n=1008)	Non installés (n=681)	Installés (n=327)
SASPAS1	690 (68%)	449 (66%)	241 (73%)
SASPAS2 (n=690)	80 (12%)	46 (10%)	34 (14%)
SSFE	197 (20%)	126 (19%)	71 (22%)
<u>Nombre de stages ambulatoires</u>			
1	274(27%)	202 (30%)	72 (22%)
2	537 (53%)	358 (53%)	179 (55%)
3	160 (16%)	100 (15%)	60 (18%)
4	37 (4%)	21 (3%)	16 (5%)
<u>Nombre de SASPAS</u>			
0	318 (32%)	232 (34%)	86 (26%)
1	610 (61%)	403 (59%)	207 (63%)
2	80 (8%)	46 (7%)	34 (10%)
Sentiment positif à l'égard de la MG ambulatoire laissé par le 1er SASPAS (n=690)	652 (94%)	418 (93%)	234 (97%)
Sentiment positif à l'égard de la MG ambulatoire laissé par le 2nd SASPAS (n=80)	70 (88%)	39 (85%)	31 (91%)

X. BIBLIOGRAPHIE

1. TRANTHIMY L. Déserts, hôpitaux : la santé s'est invitée dans le Grand Débat, même Edouard Philippe le reconnaît [Internet]. Le Quotidien du médecin. 2019 [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/deserts-hopitaux-la-sante-sest-invitee-dans-le-grand-debat-meme-edouard-philippe-le-reconnait>
2. AFAQ, ESOMAR member. « L'organisation de l'État et des services publics » - Traitement des données issues du grand débat national [Internet]. 2019 avr [cité 25 janv 2020] p. 187. Disponible sur: <https://granddebat.fr/media/default/0001/01/ff6903061ebd03d6fe648caee8207c60bf563f1.pdf>
3. Etude consommateur : Bien-être et santé, une priorité pour les Français [Internet]. [cité 25 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.kantar.media/50f4Dbu>
4. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France. 2018.
5. DRESS. 10 000 médecins de plus depuis 2012. 2018 mai.
6. DRESS. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? 05/17.
7. DRESS. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DRESS; 2017 mai p. 6.
8. Week-end Adrénaline Aveyron | Le site du Conseil départemental de l'Aveyron [Internet]. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://aveyron.fr/pages/installation%20des%20m%C3%A9decins/week%20end%20adr%C3%A9naline%20aveyron>
9. Les paradis de Cherbourg, le week-end découverte pour les internes en médecine le 24, 25 et 26 juin 2018 [Internet]. URML Normandie. 2018 [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.urml-normandie.org/12994-les-paradis-de-cherbourg-le-week-end-decouverte-pour-les-internes-en-medecine-le-29-30-juin-et-1er-juillet-2018/>
10. ISNAR-IMG. Enquête nationale sur les souhaits d'exercice des internes de Médecine Générale. 2011 p. 30.
11. CNOM - CJM. ETUDE SUR L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS. 2019;27.
12. CNOM - CJM, ANEMF, ISNAR-IMG, ISNI, Réagjir, SNJMG. Dossier de presse : Enquête déterminants à l'installation. CNOM; 2019 avr.
13. ISNAR-IMG. Livre Blanc de l'ISNAR-IMG - Février 2019.
14. Brooks RG, Walsh M, Mardon RE, Lewis M, Clawson A. The roles of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. Acad Med J Assoc Am Med Coll. août 2002;77(8):790-8.
15. Mullan F, Chen C, Petterson S, Kolsky G, Spagnola M. The social mission of medical education: ranking the schools. Ann Intern Med. 15 juin 2010;152(12):804-11.
16. Augros S. Les conditions de travail souhaitées par les futurs médecins généralistes: étude nationale descriptive réalisée auprès des internes de médecine générale du 2 juillet 2010 au 1er janvier 2011. 2011.
17. SNEMG, CNGE. Communiqué de presse - Progression de l'offre des stages en médecine générale [Internet]. 2019 déc [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/191217_Communique_SNEMG_CNGE_nombre_postes_stages.pdf
18. Poimboeuf J. Facteurs d'installation des médecins généralistes dans les déserts médicaux, une revue de la littérature. 12/15.
19. La médecine généraliste n'a pas la cote chez les étudiants [Internet]. Europe 1. [cité 27 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.europe1.fr/sante/la-medecine-generaliste-na-pas-la-cote-chez-les-etudiants-2666837>
20. Augros S. Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins. 2019 sept.
21. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.
22. SNEMG, CNGE. Maître de stage des universités et stages de médecine générale : Poursuite de la progression de l'offre. 05/16.
23. SNEMG, CNGE. Communiqué de presse - Le nombre de MSU augmente, leur formation recule : un risque pour l'accès aux soins. 2019 04.
24. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine.
25. SNEMG, CNGE. Communiqué de presse - Le ratio enseignant/étudiant en médecine générale en petite amélioration La filière universitaire de médecine générale doit être une priorité par les tutelles. 2019 nov.