



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Delphine LAURENT

le 22 Avril 2009

**ÉVALUATION D'UNE RÉUNION
D'INFORMATION DES INTERNES DE
MEDECINE GENERALE LORRAINS
SUR LE SASPAS**

(STAGE AUTONOME EN SOINS PRIMAIRES AMBULATOIRE
SUPERVISÉ)

M. le Professeur DE KORWIN

Président

M. le Professeur BRIANÇON

Juge

M. le Professeur KLEIN

Juge

M. le Professeur AUBRÈGE

Juge

M. le Docteur BERBÉ

Juge

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Delphine LAURENT

le 22 Avril 2009

**ÉVALUATION D'UNE RÉUNION
D'INFORMATION DES INTERNES DE
MEDECINE GENERALE LORRAINS
SUR LE SASPAS
(STAGE AUTONOME EN SOINS PRIMAIRES AMBULATOIRE
SUPERVISÉ)**

M. le Professeur DE KORWIN

Président

M. le Professeur BRIANÇON

Juge

M. le Professeur KLEIN

Juge

M. le Professeur AUBRÈGE

Juge

M. le Docteur BERBÉ

Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Recherche : Professeur Jean-Louis GUEANT

Vice Doyen Pédagogie : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Campus : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. le Professeur François ALLA

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – Gabriel FAIVRE – Paul SADOUL - Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET –
Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE - Augusta TREHEUX Michel MANCIAUX – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Marie GILGENKRANTZ Simone
GILGENKRANTZ - Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH - Michel PIERSON - Jacques ROBERT - Gérard DEBRY
Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI - Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT
Jean FLOQUET - Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET
Pierre LANDES - Alain LARCAN – Gérard VAILLANT - Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Jacques BORRELLY Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS - Pierre NABET
Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU
Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT - Michel WEBER - Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET
Alain BERTRAND – Hubert GERARD - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN – Michel STRICKER - Daniel BURNEL
Michel VIDAILHET – Claude BURLET – Jean-Pierre DELAGOUTTE - Jean-Pierre MALLIÉ - Danièle SOMMELET
Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Bruno CHENUUEL

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire (type mixte : biologique))

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYA

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET –

Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BEZDETNYA épouse BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS

Madame Natalia DE ISLA

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT - Mme le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Danièle SOMMELET

Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET – Professeur Pierre BEY - Professeur Jean FLOQUET

Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-Pierre CRANCE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique de KORWIN

Professeur de Médecine Interne.

Nous avons bénéficié de vos enseignements au cours de nos études.

Nous vous sommes profondément reconnaissante d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

Nous avons été honorée de partager l'élaboration de ce travail avec vous.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON,
Professeur d'Épidémiologie et Économie de la Santé

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Marc KLEIN,
Professeur d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Vous avez eu la gentillesse d'accompagner de votre regard bienveillant la genèse de cette thèse.

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

À NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Professeur Alain AUBRÈGE
Professeur Associé de Médecine Générale

Vous m'avez dirigée dans ce travail.

Merci beaucoup pour votre disponibilité et votre habileté à me remettre sur les rails...

À NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Cédric BERBÉ
Chef de Clinique des Universités

Tu m'as écoutée, guidée avec indulgence, patience et rigueur.

Je te suis très reconnaissante du temps que tu as consacré à ce travail.

Je te remercie pour ta disponibilité et tes conseils.

À Mme le Docteur Clotilde LATARCHE

Un grand merci pour ton accompagnement tout au long de l'étude, pour tout le travail statistique et épidémiologique réalisé.

Aux membres du bureau du RAOUL-IMG

Merci de m'avoir épaulée depuis le début de ce projet.

Merci pour tout ce que vous faites pour les Internes et pour la Médecine Générale, j'admire votre engagement.

Aux êtres qui me sont chers

Vous m'avez soutenue, accompagnée tout au long de mes études. Par pudeur, je ne vous citerai pas dans ce travail. Merci pour tout ce que je vous dois.

Serment

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Table des matières

1	Introduction.....	19
2	Contexte	20
2.1	Démographie des médecins généralistes en France	20
2.1.1	Densité médicale	20
2.1.2	Autres indicateurs	21
2.1.2.1	Caractéristiques géographiques	21
2.1.2.2	Caractéristiques des populations.....	22
2.1.2.3	Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes.....	23
	Le vieillissement	23
	La féminisation	24
2.1.2.4	Variables caractérisant l'exercice médical.....	26
	Type d'exercice.....	26
	Orientation de l'activité	26
	Quantité d'activité.....	27
2.1.3	Conclusion	27
2.2	La crise des vocations	28
2.2.1	L'image de la Médecine Générale	28
2.2.2	En deuxième cycle	30
2.2.2.1	Le choix aux ECN.....	30
2.2.2.2	Place de la Médecine Générale dans le 2 ^e cycle	31
2.2.3	En troisième cycle de Médecine Générale.....	32
2.2.3.1	Devenir des IMG.....	32
	Un réel attrait pour la Médecine Générale	32
	Une installation différée.....	33
	Choix du lieu d'exercice	33
	Activité envisagée.....	35
	Spécialisation	35
2.2.3.2	Place de la Médecine Générale en 3 ^e cycle.....	36
2.3	Le sixième semestre et le SASPAS	38
2.3.1	Rappels historiques	38
2.3.1.1	L'arrêté du 19 octobre 2001	38
2.3.1.2	Le groupe Nemitz	38

2.3.1.3	La circulaire n° 192 du 26 avril 2004	39
2.3.1.4	Les arrêtés du 22 septembre 2004.....	41
2.3.2	Les SASPAS en France : situation 2007-2008	41
2.3.3	Les SASPAS en Lorraine en mars 2008	49
2.3.3.1	Historique.....	49
2.3.3.2	Déroulement des SASPAS en 2008	49
2.3.3.3	Modalités de choix.....	50
	Le projet professionnel	50
	Hors projet professionnel.....	51
2.4	Problématique	51
3	Méthodes.....	53
3.1	La réunion d'information	53
3.1.1	Organisation de la soirée.....	53
3.1.1.1	Lieu et horaires	53
3.1.1.2	Invitations	53
	Des internes.....	53
	Des intervenants.....	53
3.1.1.3	Contenu de la réunion	54
3.1.1.4	Plan de la réunion.....	54
3.1.2	Déroulement de la réunion.....	55
3.1.2.1	Participation des intervenants	55
3.1.2.2	Déroulement de la soirée	55
3.2	Questionnaires.....	58
3.2.1	Élaboration.....	58
3.2.2	Description.....	58
3.3	Recueil des données.....	59
3.4	Analyse statistique	59
4	Résultats.....	61
4.1	Présentation de la population d'internes	61
4.2	Les IMG et le Stage Ambulatoire	63
4.3	Les IMG et le SASPAS.....	65
4.3.1	La vision du SASPAS par les internes.....	65
4.3.2	Connaissance des modalités pratiques du SASPAS	67
4.3.3	Apports pédagogiques du SASPAS	70

4.4	Évaluation de la réunion	74
4.5	Synthèse des résultats	78
5	Discussion	80
5.1	Limites théoriques et méthodologiques	80
5.1.1	La réunion	80
	Une participation contrastée des intervenants.....	80
	Un débat à poursuivre	80
5.1.2	Le matériel	81
5.1.2.1	Le questionnaire.....	81
5.1.2.2	L'effectif	82
5.1.3	La méthode d'évaluation.....	83
5.2	Discussion des résultats	85
5.2.1	Présentation de la population d'internes	85
	Des internes jeunes et inexpérimentés	85
	Féminisation.....	86
	Situation familiale.....	86
5.2.2	Projets professionnels des étudiants.....	87
5.2.3	Les internes et le SASPAS.....	88
5.2.3.1	Des internes déjà motivés par le SASPAS.....	88
5.2.3.2	Des craintes persistent.....	89
5.2.4	Une formation utile	90
5.2.4.1	Les acquis des étudiants.....	90
5.2.4.2	La découverte du projet professionnel	91
5.2.4.3	Une amélioration de la connaissance du SASPAS	91
5.2.4.4	Un bilan positif	92
6	Conclusion et perspectives.....	93
6.1	Pérenniser cette réunion.....	93
6.2	Promouvoir les projets personnels	93
6.3	Développer les SASPAS.....	93
6.4	Pour promouvoir la médecine générale ambulatoire en milieu rural ?	95
7	Références bibliographiques.....	96
8	Documents consultés	102
9	Annexes.....	105
9.1	Lettre d'invitation des internes	105

9.2	Lettre d'invitation des intervenants	106
9.3	Questionnaire avant la réunion	108
9.4	Questionnaire après la réunion.....	111
9.5	Diaporama présenté lors de la réunion du 6 mars 2008.....	114

Liste des sigles

ADELI	Automatisation DEs LIstes
ANEMF	Association Nationale des Étudiants en Médecine de France
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CREDES	Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DCEM	Deuxième Cycle des Études Médicales
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DMG	Département de Médecine Générale
ECN	Examen Classant National
FMC	Formation Médicale Continue
FUMG	Filière Universitaire de Médecine Générale
HAD	Hospitalisation A Domicile
IMG	Interne de Médecine Générale
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IRDES	Institut de Recherche en Économie de la Santé
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
MEP	Médecine à Exercice Particulier
MDS	Maître De Stage
ONPDS	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PCEM	Premier Cycle des Études Médicales
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RAOUL-IMG	Rassemblement AutOnome Unifié Lorrain des Internes de Médecine Générale
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SUMGA	Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire

TCEM	Troisième Cycle des Études Médicales
UCANSS	Union des CAisses Nationales de Sécurité Sociale
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
USER	Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche

1 Introduction

La Médecine Générale occupe une place centrale dans le système, comme l'a récemment reconnu la réforme concernant le médecin traitant (38). Pourtant, une pénurie de médecins généralistes est attendue pour les années à venir (3). Les jeunes médecins généralistes, fraîchement diplômés, se tournent fréquemment vers un autre mode d'exercice que celui des soins ambulatoires de premier recours. Paradoxalement, leur formation pratique est quasiment exclusivement hospitalière, entraînant une méconnaissance de la pratique de la Médecine Générale. Nous pouvons supposer que cette méconnaissance n'est pas en faveur du choix de ce type d'activité.

Dans ce cadre, toutes les initiatives visant à promouvoir l'exercice ambulatoire de la Médecine Générale sont les bienvenues.

Ainsi, la création d'un 6^e semestre dans la maquette du DES de Médecine Générale a permis aux étudiants d'effectuer un Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) (30).

Cependant, en 2008 à Nancy, ce stage n'était que peu sollicité par les étudiants. D'où la naissance de ce projet de recherche, ayant pour but de comprendre cet apparent désintérêt et de proposer une éventuelle piste de solution.

2 Contexte

2.1 Démographie des médecins généralistes en France

Le nombre de médecins n'a jamais été aussi important en France. Il a plus que doublé en 20 ans. Pourtant, une pénurie d'offre de soins médicaux menace déjà une partie de la population puisque 4,6 % des Français vivent dans une zone avec une fragilité d'accès aux soins, et 0,6 % d'entre eux ont une vraie difficulté d'accès (8).

Les travaux sur la démographie médicale se multiplient, et un Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) a été créé en 2003 afin d'étudier, d'actualiser, et de tenir à jour les données démographiques des professions de santé.

La Médecine Générale est reconnue, depuis la loi du 13 août 2004, comme le « pivot » du parcours de soins (38). Pourtant, comme nous allons le voir, le nombre de généralistes qui se consacreront à la médecine générale dans sa composante **médecine de premier recours** n'est pas acquis.

2.1.1 Densité médicale

Au 1er janvier 2007, on compte en France 208 191 médecins, chiffre le plus élevé jamais atteint ; les effectifs de diplômés de médecine générale sont de 107 073 selon le fichier de l'Ordre des médecins et de 104 007 selon le fichier ADELI (3). La différence provient notamment du fait que, dans ADELI, les effectifs des omnipraticiens n'intègrent pas les médecins exerçant comme spécialistes, alors que ces médecins sont comptabilisés comme omnipraticiens dans le fichier de l'Ordre, car ils ne sont pas « qualifiés » spécialistes.

Le problème n'est donc pas tant le **nombre** que la **répartition** des médecins. En effet, les écarts de densité sont importants entre les régions. La densité varie de 74 praticiens pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis à 134 pour 100 000 habitants dans les Pyrénées-Orientales (3). D'une manière générale, les médecins omnipraticiens sont plus nombreux dans le sud de la France. Les densités sont supérieures à 125 dans les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, l'Hérault, les Hautes-Alpes et les Pyrénées-Orientales. *A contrario*, les départements où les densités sont les plus faibles (moins de 80) se trouvent dans le centre de la France et l'Île-de-France.

La visualisation de la carte des densités médicales confirme le contraste Nord-Sud. On remarque que les départements du nord accueillant une faculté de médecine échappent à la règle. Il convient de rappeler que, historiquement, les facultés du Sud sont plus nombreuses et forment davantage de médecins que celles du Nord. L'instauration du *numerus clausus* n'a pas permis de réduire ce déséquilibre. Le déséquilibre de la répartition des médecins généralistes, attachés à leur faculté formatrice, s'explique plus par ce phénomène que par l'attraction climatique pourtant très souvent évoquée (49), mais l'un n'exclut pas l'autre. Il convient donc d'additionner la force centripète des facultés et l'héliotropisme pour appréhender la répartition territoriale des médecins.

La répartition des spécialistes ne suit pas les mêmes mouvements du fait de la dispersion des internes lors du concours. L'héliotropisme peut alors être invoqué comme élément important pour le déterminisme géographique des médecins spécialistes (49). De plus, à l'issue de leur internat, les internes sont moins attachés à la région où ils ont été formés. Ainsi en Lorraine, plus de la moitié des Internes de Spécialité quitte la région à l'issue de sa formation (17).

Cependant, même dans certaines zones où la densité est satisfaisante, il existe un sentiment de pénurie chez les médecins comme chez les patients. Cela implique de considérer d'autres indicateurs dans l'analyse de la démographie médicale.

2.1.2 Autres indicateurs

Dans le cadre du premier rapport de l'ONDPS (27), les commentaires régionaux rédigés par chaque comité régional avaient notamment permis de pointer les particularités qui peuvent localement réduire la portée de l'indicateur de la densité. Les caractéristiques géographiques, l'âge ou l'état de santé des populations constituent notamment des éléments à prendre en compte. Il convient par ailleurs d'appréhender les caractéristiques sociodémographiques des médecins et de leur activité sur le terrain.

2.1.2.1 Caractéristiques géographiques

Il est indispensable de tenir compte de la géographie locale, qui conditionne largement les comportements, comme les distances ou les relations (au sens large) entre professionnels et population bénéficiaire (27).

Dans nombre de cas, le caractère rural de certains cantons les rend difficilement comparables à d'autres, à partir de mêmes critères. Il est difficile de comparer 3 professionnels pour 5000 habitants et 15 professionnels pour 25 000 habitants, les éventuels problèmes d'accès se posent de manière totalement différente. Les effets d'échelle sont réels dans les diagnostics régionaux réalisés dans le cadre du rapport 2004 de l'ONDPS (27). La dimension rural/urbain a souvent été mobilisée, la notion de canton faiblement peuplé a pu également être utilisée. À l'opposé, le caractère très urbain de certains cantons, au coeur de Paris par exemple, a également été souligné. Cela va de pair avec des comportements de patients réellement différents en termes de recours aux soins : en Île de France, ils se déplacent plus vite, plus loin et utilisent largement l'ensemble des possibilités qui leur sont offertes. La notion de médecine de premier recours au sein même du canton de résidence perd alors sa signification.

Le rapport existant entre la superficie du canton et l'effectif de sa population, que l'on peut appréhender par la qualification de l'habitat selon qu'il est dispersé ou regroupé, est aussi un indicateur intéressant. De même, les déplacements sont plus longs en zone montagneuse qu'en plaine, à kilométrage égal. Des comités régionaux de la démographie l'ont avancé pour expliquer un moindre nombre d'actes pour les généralistes, qui dépensent une partie plus importante de leur temps en trajet, pour aller d'un patient à l'autre : en Auvergne, Bourgogne, Limousin, Midi-Pyrénées, Haute-Normandie, Rhône-Alpes.

De plus, le diagnostic sur l'offre de soins de premier recours portée par les comités régionaux de l'ONDPS dans le rapport de 2004 prend par exemple en compte l'existence d'une offre de soins transfrontalière dans certaines régions.

2.1.2.2 Caractéristiques des populations

La population bénéficiaire est sans doute un élément à considérer pour élaborer un diagnostic.

Une population comportant une part importante de personnes âgées de 75 ans et plus, génère une demande de soins plus forte, à laquelle, par conséquent, un nombre plus grand de professionnels de santé doit répondre. Elle nécessite également des types de soins différents. A l'opposé, une population plus jeune est faiblement demandeuse et se déplace (ou pourrait se déplacer) plus facilement pour obtenir les soins.

Ainsi, dans le rapport 2004 de l'ONDPS, de nombreuses régions ont tenu compte de la part de la population âgée pour amender les diagnostics de l'offre de soins locale ou les commenter : Alsace, Auvergne, Bourgogne, Limousin, Basse-Normandie, Pays de la Loire, Picardie,

Provence-Alpes-Côte d’Aur, Rhône-Alpes, Corse. La présence de cette population âgée est de nature à assombrir les diagnostics locaux, même si elle ne modifie pas la densité.

L’existence d’une population plus précaire est aussi un facteur dont il a été jugé utile de tenir compte. Les poches de populations précaires modifient qualitativement la demande. L’impact de la précarité a été mentionné notamment en Île de France, dans le Nord-Pas de Calais et en Picardie.

Enfin l’existence de variations saisonnières de l’effectif de la population peut être considérée comme un facteur de modification de la demande qui bouscule la situation locale à certaines périodes de l’année en Auvergne, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, PACA et Corse. Elle génère une demande supplémentaire non négligeable.

2.1.2.3 Caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes

Le vieillissement

Au 1er janvier 2008, l’âge moyen des médecins en activité est de 49,3 ans, respectivement 47 ans pour les femmes et 51 ans pour les hommes (20). Au plan national, 27,7 % des généralistes libéraux de premier recours ont 55 ans et plus. Cette proportion est plus importante dans certains départements comme l’Ariège, l’Aveyron ou encore le Lot-et-Garonne, département dans lequel 38 % ont 55 ans et plus. L’inégalité de densité qui caractérise la répartition des médecins généralistes libéraux de premier recours est renforcée dans certains départements si l’on tient compte de l’âge des médecins en activité.

Les effets du resserrement du *numerus clausus* dans les années quatre-vingt-dix et le retard d’installation des jeunes générations se conjuguent pour expliquer le vieillissement de la population médicale, en particulier dans le secteur libéral.

La prise en compte de l’âge est importante pour apprécier la pérennité des ressources (c’est-à-dire la présence à échéance de cinq à dix ans de ces médecins). Cette donnée renseigne également sur l’activité puisque, de façon générale, le nombre de patients a tendance à décroître avec l’âge du praticien, la proportion de libéraux s’atténue au profit des activités

salariées, et le temps de travail moyen est inférieur par rapport aux tranches d'âge précédentes (44).

Cette diminution du temps médical disponible des médecins en fin de carrière et les départs massifs à la retraite dans les prochaines années vont fortement aggraver la crise démographique de la médecine générale.

Ainsi, selon les projections de l'ONPDS, en 2025, le nombre de médecins devrait chuter de près de 10 % en raison des départs à la retraite. La densité médicale chuterait de près de 15 % pour atteindre alors son niveau de 1980. Pendant la même période, l'âge des médecins augmenterait, passant à 50,6 ans en 2015.

La féminisation

Avec un effectif total de 33617 médecins au 1er janvier 2008 (20), les femmes représentent 40 % des généralistes en activité en France métropolitaine. Cette proportion est légèrement supérieure à celle de la part des femmes pour l'ensemble des médecins (39,2 %), mais inférieure à la population active féminine totale (45,8 %) (15).

La proportion de femmes est d'autant plus élevée que les classes d'âge sont jeunes, avec une majorité de femmes dans les effectifs médicaux de moins de 40 ans, toutes spécialités confondues (54 %). Pour la troisième année consécutive, les femmes sont en effectif plus important (53,2 %) que les hommes à s'inscrire à l'Ordre des médecins. Une enquête de mars 2007 de l'institut de sondage BVA réalisée pour le compte de l'Ordre des médecins (43) montre qu'il s'agit d'une tendance de long terme puisque le taux atteint 49 % chez les jeunes médecins (installés depuis moins de cinq ans) pour passer à 61 % chez les internes et 66 % en quatrième année des études de médecine. Concernant la médecine générale, elles sont de plus en plus nombreuses à choisir cette spécialité : 60 % du corps médical féminin de plus de 55 ans est spécialisé, elles ne sont plus que 43 % à l'être chez les moins de 40 ans (21).

Cependant, si la proportion de femmes choisissant la médecine générale comme spécialité tend à s'élever depuis une dizaine d'années, elles sont aussi plus concernées par les modes d'activité intermittente. Il semble ainsi que l'augmentation de la féminisation est un phénomène qui se traduit également par une plus grande précarité de l'activité féminine en début de vie active. En effet, les médecins de moins de 45 ans temporairement sans activité

sont pour plus des deux tiers des femmes, 25 % des femmes travaillent à temps partiel contre 2 % des hommes et lorsqu'elles travaillent à temps plein, leur exercice est inférieur de 6 heures hebdomadaires à celui des hommes (26). En 2004, les honoraires des femmes médecins généralistes libérales sont de 35 % inférieurs à celui des hommes (41).

Dans sa thèse, le Dr M. MÉRIC confirme que les femmes en troisième cycle de Médecine Générale souhaitent travailler moins que leurs collègues masculins (23).

En supposant une stabilité dans le temps des comportements des médecins, les seules évolutions démographiques conduiraient d'ici 2020 (date à laquelle la DREES estime qu'il y aura autant de femmes que d'hommes médecins (25)) à une diminution d'environ 2 heures par semaine du temps de travail total des généralistes.

On peut supposer que les femmes choisissent préférentiellement de ne pas exercer, ou d'avoir une activité à temps partiel, afin de concilier leur vie professionnelle avec leur vie familiale, ceci même en début de carrière. Plus particulièrement, la difficulté de concilier maternité et exercice libéral est probablement une des raisons de la non installation ou de l'installation tardive d'un certain nombre de femmes médecins (14). La perte de revenu, le manque de remplaçants, la nécessité d'assurer la continuité des soins, le poids des charges sociales personnelles et professionnelles ou encore les frais de fonctionnement de l'outil de travail sont autant de difficultés pour assumer une maternité en exercice libéral.

De plus, jusqu'à récemment, les femmes médecins pratiquant en libéral ne bénéficiaient pas des mêmes conditions que les salariées pour leur congé maternité, puisque leur temps de repos était nettement plus court. L'alignement de la durée des prestations maternité des femmes médecins libérales conventionnées sur celles des salariées constitue un indéniable progrès (décret n° 2006-644 du 1er juin 2006). Toutefois, des inégalités persistent puisque les indemnités journalières versées aux femmes ayant une activité libérale (43,15 Euros) sont inférieures au plafond de celles des salariées (69,22 Euros).

Outre le temps d'activité des femmes médecins en secteur libéral, il faut noter que ces dernières s'orientent volontiers vers le salariat (deux fois plus que les hommes), ce qui ne contribue pas à augmenter l'offre de soins en médecine générale libérale de premier recours (44).

À la vue de ces analyses, on peut supposer que la féminisation du corps médical constitue un frein à une bonne évolution de l'offre de soins en médecine générale. Il nous semble que cette idée est à corriger, et que toute la responsabilité de la diminution de l'offre de soins ne doit être portée que sur les femmes médecins ! En effet, d'une part, après avoir analysé les raisons

pour lesquelles les femmes travaillent moins que les hommes, on constate que de nombreuses actions peuvent être menées pour leur rendre l'exercice de la médecine générale en libéral plus favorable. D'autre part, selon le rapport BERLAND (4), il est probable qu'en 2025, hommes et femmes auront la même activité professionnelle moyenne. Mais ce « rattrapage » sera probablement, selon l'évolution actuelle de la société tout entière, une réduction du temps de travail des hommes, et les femmes vont probablement réussir à apporter à la profession médicale un certain équilibre, lui permettant peut-être d'échapper au « burn-out » ou syndrome d'épuisement professionnel, si largement répandu aujourd'hui.

Le paramètre de la féminisation a donc une influence évidente sur la démographie médicale à venir. Mais ce facteur, s'il est pris en considération de manière à respecter l'activité et la vie personnelle d'une femme médecin, peut s'avérer bénéfique au final.

2.1.2.4 Variables caractérisant l'exercice médical

Type d'exercice

La totalité des médecins diplômés de Médecine Générale ne participe pas, ou pas à temps plein, à l'offre de soins que l'on qualifie de premier recours. Ils exercent en effet des métiers divers. Sans avoir forcément acquis les compétences au sens réglementaire, ou déclaré leur nouvel exercice spécialisé, des généralistes exercent en tant que salarié en oncologie, psychiatrie, néphrologie, gériatrie...

Ainsi, la **croissance des médecins généralistes libéraux** sur la période 1995 à 2005 n'est que de **0,1 %** (Tableau 1) (3).

Tableau 1 : Nombre de diplômés de Médecine Générale

	Au 01/01/1995	Au 01/01/2005	Taux de croissance 1995-2005
Généralistes	96 351	103 020	6,9 %
libéral et mixte	69 608	69 703	0,1 %
salarié hospitalier	14 113	18 209	29,0 %
salarié non hospitalier	12 631	15 109	19,6 %

Orientation de l'activité

Certains médecins généralistes libéraux ont pour leur part opté pour un exercice particulier (homéopathie, acupuncture, ...). Depuis 1995, le nombre de Médecins à Exercice Particulier

(MEP) libéraux est resté stable (-0,2 % par an en moyenne). La prise en compte de l'orientation de l'activité fait par ailleurs apparaître que ces médecins libéraux présentent des caractéristiques différentes de celles de l'ensemble des médecins libéraux généralistes de premier recours. Seulement 54 % des MEP sont en secteur 1 (conventionné), contre 91 % des médecins généralistes libéraux de premier recours. Ils ont également en moyenne un nombre inférieur de patients, et leur activité fait apparaître une part moindre d'actes cliniques (69 % contre 95 % pour l'ensemble des omnipraticiens libéraux). Leur présence, qui est très inégalement répartie sur le territoire, peut donc ponctuellement se traduire par une détérioration de la situation de la médecine généraliste de premier recours. Par exemple, à Paris, dans les départements de la Gironde, des Pyrénées-Atlantiques, des Pyrénées-Orientales et des Alpes-de-Haute-Provence, la densité d'omnipraticiens libéraux située dans la fourchette haute repose sur une proportion de MEP supérieure à 15 %.

Il résulte que, au 31 décembre 2006, 56°757 médecins généralistes libéraux constituent le potentiel de soins de premier recours en France métropolitaine sur un effectif de 61°529 diplômés de médecine générale exerçant en libéral (soit 92,2 % de l'effectif total initial).

Quantité d'activité

Un examen fin de l'offre de soins libérale de premier recours a été mené en Basse-Normandie par l'Assurance Maladie et le Conseil de l'Ordre. Il a permis d'intégrer les différences d'activité existant entre les médecins, à partir de la prise en compte du volume des actes qu'ils dispensent. Si l'on ne prend pas en compte les médecins à très petite activité, si l'on considère en mi-temps les médecins à activité faible (entre 1500 et 2500 actes), les autres étant comptés à temps plein, l'offre de soins libérale réelle de médecine générale peut être évaluée, dans cette région, à 1139,5 équivalents temps plein pour un effectif de 1180 diplômés.

Bien que la notion de temps plein ou de temps partiel soit difficilement transposable à l'exercice libéral, il paraît important de considérer que le potentiel de soins d'un médecin généraliste, c'est-à-dire son temps médical disponible, diffère de celui de son confrère.

2.1.3 Conclusion

Les tableaux détaillés par département montrent, en définitive, que la densité moyenne réelle de médecins exerçant la médecine générale exclusivement est nettement plus faible. Ainsi, en ne tenant compte que de ces derniers, la densité en métropole chute à 135,3 médecins (total en

activité) pour 100 000 habitants et jusqu'à 114,2 pour ceux en activité régulière. Ce chiffre est d'autant plus instructif que si l'on s'intéresse aux seuls généralistes exclusifs, à activité régulière et exerçant uniquement en libéral, la densité moyenne descend à 72 pour 100 000 habitants ! Au final, une fois analysés finement, les chiffres se retrouvent divisés par deux. La médecine de premier recours a donc des effectifs réels nettement inférieurs à ceux enregistrés à partir des déclarations établies sur la base des qualifications. Ces résultats sont très parlants et permettent d'objectiver la pénurie d'offre de soins, en termes de moyens humains.

L'ONDPS exprime d'ailleurs ses inquiétudes quant à l'avenir de la Médecine Générale, en soulignant notamment la contradiction entre le renforcement actuel du rôle du médecin généraliste (99,6 % de généralistes ont été désignés « médecin traitant » par les patients) et la désaffection subie par la spécialité.

2.2 La crise des vocations

2.2.1 L'image de la Médecine Générale

La dépréciation de la médecine générale est un processus engagé depuis longtemps. Le développement des spécialités, la place centrale de l'hôpital dans l'attribution des hiérarchies médicales, la moindre valeur des activités médicales cliniques constituent autant d'éléments qui ont contribué à affaiblir son rôle au sein des valeurs médicales (44).

Les généralistes occupent une position inconfortable dans les relations entre professionnels. Dans la division du travail médical, le généraliste est celui qui a vocation à être dépassé lorsqu'il est en présence de ce que les spécialistes désignent comme les « beaux » diagnostics, et donc à faire appel à plus compétent que lui dans tel ou tel secteur du savoir. Aux yeux de beaucoup d'étudiants en médecine, cela revient à « devoir passer la main dès que ça devient intéressant ». Le métier de médecin généraliste de premier recours n'est pas aussi précisément défini que le métier des autres spécialistes.

L'image du généraliste dans les hôpitaux (et plus particulièrement dans les CHU) est très dévalorisante, et le réduit bien souvent à un praticien manquant de connaissances et de bon sens (6).

De plus une image reste collée à cette spécialité, censée être celle de la « bobologie ». Le médecin généraliste est considéré comme celui qui ne fait que des renouvellements d'ordonnance, qui soigne des rhumes et des pathologies bénignes.

Paradoxalement, de l'avis d'une majorité d'étudiants en DCEM, la médecine générale est la spécialité la plus difficile qui soit : ils ont une conscience très forte de la complexité de cet exercice, liée à sa polyvalence. Cette constatation peut apparaître valorisante, mais ce n'est pas un facteur attractif. En effet, la médecine générale est appréhendée comme une médecine pour laquelle il faut tout savoir sur tout, où il faut en permanence être au point sur les dernières recommandations dans toutes les spécialités... le tout avec un risque non négligeable d'erreurs liées aux facteurs humains, et en gagnant moins bien sa vie que les confrères spécialistes (44).

Par ailleurs, l'image que renvoie la presse de la vie des médecins généralistes n'a rien de très plaisant : entre gardes, horaires harassants et charges administratives, il leur reste peu de temps pour une vie privée. Ainsi, 47 % des médecins libéraux présentent les symptômes du « burn-out » et 53 % se sentent menacés par ce syndrome (12). La profession connaît un taux de suicide presque trois fois supérieur à celui de la population générale (14 % des décès des médecins libéraux en activité, contre 5,6 % dans la population générale) (19).

À l'époque des 35 heures et de la réduction du temps de travail (16), les internes semblent peu enclins à choisir ce mode de vie et, en s'orientant vers une activité moins contraignante, ils espèrent encore tirer leur épingle du jeu.

Mais depuis quelques années, des changements radicaux se sont amorcés dans la pratique de la médecine générale de premier recours :

- les médecins sont moins nombreux à travailler le week-end ;
- le nombre des visites a considérablement diminué ;
- l'organisation du temps de travail est devenue un élément prioritaire ;
- la permanence des soins a été réorganisée dans de nombreux endroits.

En Belgique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a réalisé des interviews et une enquête auprès de tous les étudiants en 7^e année de médecine (21). Il en ressort que les causes de cette perception négative seraient un manque d'information relatif à la spécialité, une image négative de la médecine générale au sein de la faculté et la qualité de la formation et des stages en médecine générale qui laisseraient à désirer.

Nous allons donc développer dans les paragraphes suivants la place de la médecine générale dans le cursus médical actuel.

2.2.2 *En deuxième cycle*

2.2.2.1 **Le choix aux ECN**

Du simple fait de la procédure, ce qui est rare devient précieux : un bon classement vaut par ce qu'il permet d'obtenir de rare, auquel les candidats suivants ne pourront pas prétendre. Or, la médecine générale n'est pas rare et ne peut l'être : compte tenu du quota de postes ouverts dans cette filière (près de 50 %), le rang «limite» en médecine générale est mécaniquement très élevé.

En septembre 2007, sur les 2000 premiers étudiants classés aux ECN, 261 ont tout de même choisi la Médecine Générale (34). De plus, 86 % des IMG ont eu la possibilité de faire une autre spécialité (48). Le souhait de se destiner à la Médecine Générale n'est donc pas toujours un non-choix ou un choix par défaut, mais bien un choix volontaire pour beaucoup.

Le nombre total de postes offerts se veut suffisant par rapport au nombre d'inscrits. Mais, par le jeu complexe des défaillances et des non-validations, tous les inscrits ne vont pas au terme de la procédure de choix (12 à 13 % de l'effectif initial sur les années passées). Le système est ainsi fait que, chaque année, des postes ne sont pas pourvus. D'après le rapport de l'ONPDS 2006-2007 (3), alors qu'en 2005, 40 % des postes de Médecine Générale n'avaient pas été pourvus, la situation s'est améliorée en 2007, avec 15 % de postes non pourvus (452 sur 2866). Cette **inadéquation** entre le nombre de postes ouverts et le nombre de postes choisis pénalise particulièrement certaines régions. Ainsi, le nombre important de postes ouverts en Médecine Générale ne se traduit pas forcément par un rééquilibrage des ressources entre régions puisqu'un nombre important de ces postes reste non pourvu. En 2007, seulement neuf subdivisions ne pourvoient pas tous les postes qu'elles proposent en médecine générale, contre treize en 2006. Ces subdivisions correspondent toujours principalement aux villes situées à la périphérie du Bassin parisien : Amiens, Caen, Dijon, Reims, Rouen et Tours. Les autres subdivisions dans ce cas sont celles de Nancy, Poitiers et des Antilles - Guyane. Dijon, Reims et Tours pourvoient moins de la moitié de leurs postes, tandis que Nancy en pourvoit près de 80 % et Poitiers près de 90 %.

Pour expliquer ces résultats, les acteurs engagés soulignent à juste titre à quel point la médecine générale reste mal connue des étudiants, peu ou pas enseignée en deuxième cycle,

méprisée dans bien des services hospitaliers. Il convient alors de favoriser une meilleure connaissance de la médecine générale dès le deuxième cycle des études médicales

2.2.2.2 Place de la Médecine Générale dans le 2^e cycle

La place de la médecine générale est faible dans l'enseignement au cours des premier et deuxième cycles : la quasi-totalité des cours théoriques est réalisée par des spécialistes et les stages pratiques sont effectués dans les services spécialisés des CHU.

La thèse du Dr BRAUN (6) est éloquent : elle révèle le fait que 83 % des internes estiment ne pas avoir été suffisamment sensibilisés à la médecine générale pendant leurs études, et que presque tous (94 %) estiment ne pas avoir été suffisamment informés sur l'exercice de cette spécialité.

Alors que le principe d'un stage de découverte de la médecine générale en cabinet dès le deuxième cycle est inscrit dans la loi depuis 1997 (29), celui-ci n'est mis en place que par l'arrêté du 23 novembre 2006 (33). Cependant, il persiste des problèmes de budgétisation. En 2008, bien qu'il soit obligatoire dès la quatrième année des études, seules quelques facultés proposent une initiation à la médecine générale, qui est le plus souvent optionnelle. À Nancy, ce stage a été mis en place très tôt, grâce à la motivation du DMG et des Maîtres de Stage. La budgétisation a été validée par la DRASS. En 2007, il était obligatoire pour tous les étudiants en DCEM 3 (Deuxième Cycle des Etudes Médicales) et se composait de 100 heures ou 6 semaines. Ce stage de deuxième cycle permet de développer un modèle d'identification dans un esprit de compagnonnage.

Un an après la mise en place de ce stage, selon les données recueillies par la DHOS, seulement 395 étudiants avaient pu suivre ce stage, soit moins de 10 % des étudiants inscrits en DCEM 2 (3). De fait, il existe un problème de représentation pour les étudiants, qui ne connaissent pas, ou très peu, l'exercice de la médecine générale et la pratique libérale, au moment du choix du troisième cycle.

Au terme de 6 années d'études, ils ne connaissent que la pratique « en équipe », ils ne connaissent ni la solitude du médecin de campagne, ni la médecine de terrain : celle qui se pratique au plus près du patient, qui demande une approche souvent plus humaine que technique et un fort investissement personnel.

La médecine générale impose d'avoir une aptitude à l'écoute, une intuition psychologique, une facilité d'empathie. Aucun de ces critères n'est pris en compte pour choisir les futurs médecins.

2.2.3 *En troisième cycle de Médecine Générale*

2.2.3.1 **Devenir des IMG**

Un réel attrait pour la Médecine Générale

D'après Marion Méric (23), dans un ordre allant du plus important au moins important, les étudiants ont choisi la médecine générale pour :

- 1- la variété de l'exercice professionnel
- 2- une activité plus épanouissante sur le plan personnel
- 3- des conditions de travail compatibles avec la vie privée
- 4- l'utilité sociale de la profession
- 5- la hauteur de la rémunération
- 6- les études plus courtes et plus faciles qu'un autre DES
- 7- l'impossibilité de faire un autre DES

En lorraine, une enquête menée en 2007 auprès de 56 IMG montre que 84 % d'entre eux envisage d'exercer la Médecine Générale Ambulatoire (1).

D'après une étude menée en Rhône-Alpes, 78 % des étudiants envisagent un exercice libéral (46). M. MÉRIC a étudié dans sa thèse les perspectives professionnelles de 161 étudiants en troisième cycle de Médecine Générale à Montpellier (23). Selon ses résultats, 67 % des étudiants interrogés déclarent vouloir s'installer en Médecine Générale. Les étudiants qui ne désirent pas s'installer évoquent, dans 60 % des cas, le désir de continuer la Médecine Générale en effectuant des remplacements.

Malgré tout, dans l'enquête de A. FLACHER et N. BAUDE (10), ils ne sont que 38,5 % à réellement se sentir prêts à « visser leur plaque ».

Cependant, il persiste encore beaucoup d'incertitude : en Rhône-Alpes, 25 % des internes envisageant un exercice libéral restent très imprécis sur leur choix final d'exercice, à

Montpellier seulement 9 % des étudiants ont un projet professionnel libéral défini et programmé.

Une installation différée

La thèse de A. FLACHER et N. BAUDE, réalisée en 2007, sur les désirs et attentes de 827 étudiants en 3e cycle de médecine générale (10), confirme que l'installation est différée chez plus de 90 % des médecins. Même résultat pour M. MÉRIC (23), pour une majorité de 91 %, l'installation semble être un projet reporté : délai supérieur à 2 ans après les études, attente de l'opportunité, souhait d'effectuer une activité salariée préalable. Seulement 9 % des répondants évoquent un terme plus précis de 1 ou 2 ans.

En France, les jeunes médecins généralistes s'installent de plus en plus tardivement après l'obtention de leur diplôme (5). L'âge moyen d'installation est de plus de 35 ans (22). Il a augmenté de plus de 5 ans depuis 1979. On constate un écart de plus en plus important entre l'année de thèse et l'installation. En 1980, un jeune médecin généraliste s'installait en moyenne 1.6 année après sa thèse. En 2000-2001, c'est en moyenne 3,7 années après l'obtention de son diplôme qu'il pose sa plaque. Les raisons du recul de l'âge d'installation sont multiples. Dans la thèse de A. FLACHER et N. BAUDE, les principales raisons invoquées sont le manque d'expérience, la priorité donnée à leurs projets personnels et la facilité actuelle à trouver des remplacements.

Pour G. SZWARC (44), les raisons du recul de l'installation sont la souplesse de l'activité de médecin remplaçant, le fait de vouloir consacrer du temps à des projets familiaux avant de s'installer, et la peur d'avoir trop de travail une fois installé.

B. FROU a étudié dans sa thèse le devenir socioprofessionnel des médecins lyonnais thésés entre 2002 et 2004 (11). Pour 41,9 % des médecins non installés, le principal frein à l'installation est « une condition d'exercice trop difficile ». Selon une enquête réalisée par l'URML (Union Régionale des Médecins Libéraux) Île-de-France, portant sur les désirs et freins à l'installation en libéral des étudiants en médecine, des jeunes médecins et des remplaçants, les freins les plus fréquemment cités par les futurs médecins sont les charges administratives trop lourdes, l'investissement financier initial, la gestion comptable du cabinet, la perte du travail en équipe et le temps de travail hebdomadaire (47).

Choix du lieu d'exercice

Pour les étudiants bretons, interrogés dans une étude réalisée par l'URCAM de Bretagne (42), le choix du lieu d'installation est souvent influencé par 2 facteurs : la connaissance antérieure du lieu de la localité d'installation (en particulier à l'occasion de stages ou de remplacements) et la proximité d'un hôpital. En revanche, dans sa thèse, M. MÉRIC retrouve dans 62 % des cas, des raisons d'ordre personnel : proximité de la famille et du conjoint. Dans 36 % des cas, le choix reste ouvert aux opportunités (23).

Dans les travaux de A. FLACHER et N. BAUDE (10), 15,5 % des IMG souhaitent exercer en ville, 26,6 % en zone périurbaine, **43,2 % en zone semi rurale** et enfin seulement 8 % en zone rurale.

En Lorraine (1), seuls 33 % seraient prêt à s'installer dans un village de moins de 1000 habitants, 67 % dans un bourg de 1000 à 2 500 habitants, **77 % dans une petite ville** (2 500 à 20 000 habitants), 60 % dans une ville moyenne (20 000 à 100 000) et 35 % dans une grande ville (>100 000 habitants).

L'exercice en zone semi-rurale correspond à l'évolution de l'urbanisme actuel. La population des localités en périphérie des villes est en pleine croissance depuis plusieurs années. Beaucoup de jeunes actifs y vivent désormais, repoussés aux frontières des villes du fait de la flambée immobilière et des préférences pour un habitat pavillonnaire. Les infrastructures de services s'y sont donc développées, rendant le cadre de vie agréable et moins difficile qu'en milieu rural. En outre, le médecin généraliste bénéficie de plus de latitude. Le champ de l'exercice est plus grand sans être trop contraignant comme dans les zones rurales isolées. La concurrence avec les spécialistes de premier recours (pédiatres, gynécologues médicaux, Services d'Urgence) est moindre. La proximité avec la patientèle est plus importante qu'en milieu urbain. En cas de besoin, le recours à des médecins spécialistes en ville ou en structure hospitalière est envisageable de façon rapide. La densité médicale est favorable à une activité de garde plus légère chez les praticiens exerçant dans ces zones là.

L'exercice rural fait figure de repoussoir pour beaucoup qui pensent d'abord « isolement médical ».

Selon B. AUBERTIN, 100 % des internes souhaitent un exercice en groupe (ce qui est comparable aux 92 % des travaux de M. MÉRIC) et 96 % sont favorables au développement des maisons de santé (1). L'époque du médecin seul dans son cabinet est révolue : 4 % des internes en Rhône-Alpes le souhaitent (46), 2 % selon l'enquête de M. MÉRIC (23) sur

Montpellier - Nîmes et 4.6 % au niveau national d'après celle de A. FLACHER et N. BAUDE (10).

Or actuellement en France, 43 % des généralistes libéraux exercent seuls !

Activité envisagée

Selon la thèse de M. MÉRIC, 62 % des étudiants envisagent une semaine de 5 jours, 25 % une semaine de 4 jours. Dans 61 % des cas, la journée de 8 heures de travail est souhaitée.

Ainsi les femmes travailleraient en moyenne 37 h 52 min et les hommes 40 h 10 min, soit 2 h 18 min de différence. A noter que :

- ces chiffres sont très éloignés du temps moyen de travail des médecins, qui est de 51 heures par semaine.

- les différentes hypothèses de travail des pouvoirs publics sur les perspectives d'offre de soins aux alentours de 2020 prennent en compte un temps de travail constant des praticiens basé sur les données actuelles, sans se préoccuper des souhaits des futurs généralistes.

Si ce souhait de baisse du temps de travail médical de jeunes générations se confirme, les prévisions se verraient inéluctablement faussées, avec un impact grave sur la pénurie d'offre de soins qui sera amplifiée.

Spécialisation

On objective un attrait croissant pour les modes d'exercice mixte : 50 % de ceux qui envisagent une pratique libérale le prévoient sous une forme mixte en Rhône-Alpes (46), et 37 % à Montpellier selon M. MÉRIC (23), alors que seulement 23 % des généralistes libéraux actuels ont une activité mixte.

De plus, 35 % des internes évoquent le souhait de travailler en activités salariées. Ce mode d'exercice est de plus en plus prisé au fur et à mesure des années : 40 % en TCEM 3 contre 0 et 17 % en TCEM 2 et 1.

La possibilité ouverte maintenant aux médecins spécialistes en médecine générale d'accéder à des DESC constitue une opportunité de « spécialisation », dès la fin du cursus initial de la spécialité de médecine générale. Cette possibilité pourrait amplifier la tendance à un exercice différent de celui de médecin de premier recours et accroître l'importance des flux qui sont déjà facilités par les passerelles universitaires permettant d'aller de la médecine générale vers une médecine plus spécialisée. Ces flux sont également alimentés par les passerelles

hospitalières grâce auxquelles un omnipraticien peut exercer à l'hôpital soit en médecine d'urgence ou en gériatrie, soit même dans le cadre de la spécialité de psychiatrie au bénéfice des dérogations accordées pour passer le concours de praticien hospitalier dans cette spécialité. La sortie de cet exercice est structurellement encouragée du fait des possibilités diverses qui sont ouvertes aux diplômés de médecine générale et qui leur permettent de spécialiser leur exercice. Le recensement des formations complémentaires existantes qui a été effectué met à jour leur foisonnement. Les formations complémentaires comme les passerelles entre les exercices remplissent une double fonction. D'une part, elles constituent une possibilité importante de maintien et de développement des compétences qui sont nécessaires aux médecins généralistes pour assurer la prise en charge des patients divers qui les consultent. Elles constituent, d'autre part, pour les diplômés de médecine générale une possibilité de réorientation de leur activité. La croissance des effectifs salariés parmi les diplômés de Médecine Générale, enregistrée ces quinze dernières années, illustre que cette alternative est largement utilisée. De façon plus fondamentale, ce foisonnement des options ouvertes et le succès qu'elles rencontrent peuvent être considérés comme des révélateurs des insuffisances actuelles de la formation en médecine générale dans la perspective d'un exercice de premier recours.

2.2.3.2 Place de la Médecine Générale en 3^e cycle

Le déroulement exclusif en milieu hospitalier de la formation renvoyait jusqu'à récemment le premier contact avec la médecine générale au moment de l'installation. En effet, l'apparition du stage chez le praticien en troisième cycle de Médecine Générale date de 1997 (36).

La reconnaissance de la médecine générale comme médecine de spécialité portée par la loi du 17 janvier 2002 a été suivie par la mise en place du diplôme d'études spécialisées en 2004 et l'apparition des Epreuves Classantes Nationales (ECN) pour accéder au troisième cycle (37).

L'internat de médecine générale dure trois ans, avec six semestres de stages, dont un doit se faire obligatoirement en cabinet de médecine générale. Un second stage peut se faire en cabinet en sixième semestre, le SASPAS, qui reste facultatif.

Récemment, la loi du 8 février 2008 (39) porte la mise en place de la filière universitaire de médecine générale et la création d'un corps d'enseignants de médecine générale.

Force est de constater, en consultant la maquette obligatoire du DES de médecine générale, que le temps de formation est majoritairement hospitalier (4/6ème à 5/6ème du temps de formation), alors que la pratique de la médecine générale est essentiellement ambulatoire.

Cette distribution des stages privilégie le bon fonctionnement des hôpitaux aux dépens de la formation des internes dans leur futur milieu d'exercice. Les étudiants ont une formation et une culture majoritairement hospitalière et salariée : ceci ne peut qu'influer sur leur choix de carrière.

Dans le reste de l'Europe, 50 % des stages sont faits en ambulatoire (44). Ainsi, aux Pays-Bas, deux années sur trois sont consacrées obligatoirement à la pratique ambulatoire, tandis qu'au Luxembourg un seul semestre est nécessaire en milieu hospitalier (et seulement s'il a un intérêt pour la formation en médecine générale).

Ce manque est objectivé au travers de l'enquête que l'ISNAR-IMG a réalisée en janvier 2007 auprès d'internes en médecine générale : la majorité d'entre eux (57 %) estime que le cursus manque de stages ambulatoires, et 80 % aimeraient qu'un deuxième stage en SASPAS soit obligatoire (si la formation passait à quatre ans par souci d'alignement avec les autres DES).

2.3 Le sixième semestre et le SASPAS

2.3.1 Rappels historiques

2.3.1.1 L'arrêté du 19 octobre 2001

Lorsque le 6^e semestre apparaît dans l'**arrêté du 19 octobre 2001** (30), l'article 3 précise alors que : « Deux semestres libres sont laissés au choix des résidents en accord avec le directeur du département de médecine générale de l'unité de formation et de recherche médicale. Ils sont effectués dans des lieux de stage agréés pour la médecine générale. L'un d'eux se fait préférentiellement en secteur ambulatoire. »

2.3.1.2 Le groupe Nemitz

À la demande des ministères concernés, la Conférence des Doyens constitue un groupe de travail dans le dessein de présenter un projet commun qui serve de base pour l'arrêté d'application sur le 6^e semestre.

Ce groupe s'est réuni courant mai 2002, sous la direction du Professeur NEMITZ ; il a rédigé un rapport (24) qui donne une idée précise sur ce qu'aurait pu alors devenir le « 6^e semestre » tant au niveau de son déroulement que des modalités de choix et de validation de ce stage. L'interne devrait avoir la possibilité d'effectuer son stage selon un projet personnel professionnalisant, et ce, sur des terrains de stages aussi divers que possible.

Le groupe Nemitz préconise alors la création des SASPAS et des SUMGA (Service Universitaire de Médecine Générale Ambulatoire).

Il définit des objectifs pédagogiques généraux (repris dans la circulaire) et spécifiques (concernant l'activité du cabinet, la gestion des consultations et des visites, la réflexion sur sa pratique, l'interdisciplinarité, la recherche en médecine générale).

La charge de travail proposée est de 11 demi-journées dont 2 dédiées à la formation universitaire, sans excéder plus de 2 demi-journées consécutives chez un même médecin, avec 8 à 12 actes par demi-journées en moyenne.

Les remplacements sur le lieu du stage ne devront pas être autorisés.

Le maître de stage responsable du SUMGA prend le titre de directeur d'enseignement clinique. Ils ont des obligations de formation personnelle, des obligations pédagogiques et des obligations matérielles. Ils toucheront les honoraires liés à l'activité de soin des stagiaires et des honoraires pédagogiques spécifiques.

L'accès au logement des résidents devra être facilité avec financements complémentaires si besoin.

Il préconise enfin la création d'un comité de suivi avec évaluation à deux ans.

2.3.1.3 La circulaire n° 192 du 26 avril 2004

Les premières promotions ont bénéficié de la mise en place de ce semestre supplémentaire dès novembre 2003 dans 17 des 27 facultés françaises alors qu'aucun texte officiel n'est paru avant avril 2004.

La circulaire n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du SASPAS (35) est assez succincte.

Elle reprend les objectifs généraux (les objectifs spécifiques ont disparu) de ce semestre supplémentaire ; qui doit permettre à l'étudiant :

- « - 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 dont la situation relève d'un suivi au long cours (affections chroniques, affections évolutives, grossesses, nourrissons...),*
- 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*
- de participer à l'organisation d'actions collectives de prévention en médecine scolaire, PMI... »*

Pour les internes voulant effectuer ce semestre professionnalisant en SASPAS, la circulaire précise seulement qu'il « *exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par*

délégation sous la responsabilité et la supervision du « maître de stage » dont il relève. Dans cet esprit, il doit en particulier participer à des séances pluri-hebdomadaires de révision de dossiers. »

En ce qui concerne les stages hospitaliers, leur but est de favoriser la polyvalence, le choix s'effectuant selon la procédure habituelle. Les stages hors CHU doivent être favorisés.

Pour un deuxième stage chez le praticien, il ne doit pas être une réplique du semestre déjà effectué.

Enfin, d'autres formes de stages doivent permettre à l'interne de médecine générale qui a un projet professionnel de réaliser un stage dans ce domaine afin de mieux préparer son avenir. L'interne doit *« proposer son projet de stage qui doit se dérouler dans un organisme agréé, en précisant les objectifs pédagogiques. Il appartient au directeur du département de médecine générale de transmettre ce projet accompagné de son avis au directeur d'UFR à qui revient la décision finale d'acceptation. Le projet ne peut être retenu que si les objectifs pédagogiques sont décrits avec précision, si l'encadrement paraît adapté et si la procédure de validation du stage a été prévue. »*

L'organisation de l'emploi du temps du stagiaire se dessine :

- 11 demi-journées d'activité par semaine, dont deux sont consacrées à la formation universitaire,
- la réalisation de 6 à 12 actes par demi-journée, en moyenne, au cours des neuf autres demi-journées.

Sa rémunération continue de dépendre de son centre hospitalier de rattachement.

Concernant le financement, la circulaire précise que *« pour le semestre à venir, un flux de 30 % maximum des étudiants en médecine générale pourra effectuer ce semestre supplémentaire dans un cabinet de groupe. »*

Nous pouvons constater que plusieurs notions contenues dans le rapport du groupe Nemitz ont disparu de la circulaire.

2.3.1.4 Les arrêtés du 22 septembre 2004

L'un de ces textes (31) fixe la maquette du DES de Médecine Générale. Pour la première fois, il est dit que ce stage doit s'effectuer en dernière année d'internat. Cet arrêté reprend le terme « professionnalisant ».

Il définit le 6^e semestre comme le **projet professionnel** de l'interne de Médecine Générale et en précise le lieu : soit en Médecine Générale ambulatoire sous la forme d'un SASPAS, soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de Médecine Générale.

Le second arrêté (32) concerne le fonctionnement des commissions de subdivision. Il y est précisé que ces commissions se réunissent au moins deux fois par an pour agréer les lieux de stages et ouvrir les postes.

2.3.2 Les SASPAS en France : situation 2007-2008

Nous avons contacté par téléphone toutes les facultés françaises : selon les cas, il s'agit du DMG ou des structures associatives locales. Nous souhaitions connaître les modalités de choix des stages ambulatoires (6^e semestre), et plus particulièrement du SASPAS, pour les semestres de novembre 2007 et mai 2008.

Comme nous allons le voir, les projets professionnels ne sont pas toujours en place, et les modalités de choix du SASPAS sont diverses.

À Amiens, en mars 2008, la promotion de TCEM 3 ne comptait que 19 étudiants. Ceux-ci constituaient leurs SASPAS eux-mêmes, en contactant les Maîtres de Stage d'après une liste fournie par le DMG. Le stage était ensuite attribué à l'étudiant qui ne participait pas à la répartition. Mais depuis novembre 2008, en raison de l'augmentation du nombre d'IMG dans les promotions, l'organisation a été modifiée. Les praticiens ont été regroupés par groupes de 5, qui constituent une Unité Pédagogique Ambulatoire (UPA). Deux praticiens accueillent un stagiaire de niveau 1 et les autres peuvent constituer un SASPAS. Le choix de ces SASPAS se fait désormais en fonction du classement. Il reste possible de proposer aux maîtres de stage n'accueillant pas de stagiaire d'entrer dans la composition d'un nouveau SASPAS, et de le coupler à une activité hors cabinet, par exemple des consultations chez un gynécologue. Les projets professionnels sont devenus marginaux pour les SASPAS, ils concernent plutôt la PMI et les stages hospitaliers.

À Angers, la promotion comptait alors 42 internes. Le DMG prédéfinissait 11 à 12 SASPAS composés de 3 praticiens. Ils étaient choisis d'après une liste lors de la répartition, avec une adéquation stricte. Ainsi, pour les semestres d'hiver, il pouvait arriver que certains stages soient imposés. Pour empêcher cela, un pré-choix était organisé afin de donner une information sur les SASPAS et de faire un sondage sur les intentions de SASPAS. Il n'était pas possible de faire un projet professionnel sous forme de SASPAS, cela ne concernait que les stages validant un DESC ou une autre spécialisation. Les SASPAS n'étaient donc jamais couplés avec une activité hors cabinet.

La définition du SASPAS n'est pas claire à Besançon. Ils utilisent cette dénomination pour tous les stages ambulatoires. Ils parlent de SUMGA pour ce que nous appelons SASPAS. Sur une promotion de 50 étudiants en novembre 2007, 12 SUMGA composés de 3 praticiens étaient proposés par le DMG. Le premier étudiant émettant une demande pour un SUMGA se voyait attribuer le stage. Les étudiants devaient donc contacter le DMG pour connaître les stages restant disponibles. Les SUMGA non sollicités n'étaient pas imposés à d'autres étudiants.

Les projets professionnels ne portaient pas sur les SASPAS mais sur les stages hospitaliers, selon les DESC, ou d'autres structures ambulatoires (PMI, prison,...) mais non couplées à un SASPAS.

À Bordeaux, Le DMG envoyait un questionnaire aux praticiens, qui constituaient eux-mêmes des trinômes. Les SASPAS ainsi formés étaient proposés à la répartition. Le DMG veillait à ce qu'il y ait toujours 3 SASPAS de plus que nécessaire de sorte que tous les étudiants aient plusieurs choix. Les stages non choisis à l'issue de la répartition des 5 et 6^e semestres étaient replacés dans la grille des stages chez le praticien. En novembre 2007, sur 65 étudiants, 3 (5 %) ont choisi un SASPAS, en mai 2008 ils étaient 13 sur 48 (27 %), dont 5 sous forme de projet professionnel. Il était possible de formuler une demande de projet professionnel mais uniquement en cas de projet **d'installation** avec les praticiens sollicités, avec une lettre de motivation des futurs associés. La majorité des projets professionnels s'inscrivaient dans le cadre d'un DESC ou d'un projet personnel d'exercice particulier de la médecine générale.

La Faculté de Clermont-Ferrand offrait la possibilité de réaliser une grande variété de stage pour ce « semestre en autonomie ». Les SASPAS étaient constitués par les étudiants, parmi

une liste de maîtres de stage agréés. Ils pouvaient effectuer un SASPAS pur auprès de 3 praticiens ou mixte auprès de 2 praticiens et d'autres structures ambulatoires (consultation d'endocrinologie, de cardiologies, au service de santé interuniversitaire, de gynécologie, ...). Onze étudiants sur les 40 de la promotion ont pu réaliser un SASPAS. Les autres projets professionnels pouvaient être des stages hospitaliers (ouverts spécialement pour l'étudiant) pour la validation d'un DESC par exemple, des stages en médecine humanitaire (Burkina-Faso)... Ceux qui ne formulaient pas de projet professionnel choisissaient un stage dans une autre valence (sauf en pédiatrie - gynécologie et aux urgences car le nombre de terrains de stage était déjà insuffisant), au risque de pénaliser les étudiants suivants.

Cependant, depuis novembre 2008, la **redevance pédagogique** est assortie d'une présence des MDS à la faculté lors du temps dégagé par la présence du stagiaire. Cette mesure s'accompagne de la nécessité d'avoir un stagiaire à chaque semestre, et donc la possibilité d'imposer les SASPAS à certains étudiants.

À Dijon, les MDS décidaient avant la répartition s'ils souhaitent accueillir un étudiant en 2^e cycle, un interne en stage de niveau 1 ou en SASPAS. Douze SASPAS étaient ensuite proposés dans la liste. En mars 2008, sur une promotion de 17 étudiants, 7 SASPAS ont été proposés et 5 ont été pourvus. Il restait possible de créer un projet professionnel, mais celui-ci n'aurait pas été fléché avant la répartition et aurait pu être pourvu par un étudiant mieux classé... Il n'y avait donc quasiment pas de projets professionnels !

À Grenoble, les projets professionnels prenaient la forme soit d'un stage hospitalier (ouvert temporairement pour l'occasion, souvent dans le cadre d'un DESC ou d'un projet personnel particulier), soit d'un stage en médecine générale (plus ou moins combiné à une activité ambulatoire, mais il ne prend alors pas l'appellation de SASPAS). Le SASPAS désigne pour eux uniquement les stages constitués par le DMG et proposés à la répartition. Ceux-ci étaient alors choisis selon le rang de classement, avec une adéquation stricte (et donc la possibilité d'imposer les SASPAS restants aux derniers de la promotion). Les dossiers de projets professionnels étaient examinés avant chaque semestre. En 2007-2008, la promotion comptait environ 70 étudiants, 17 ont réalisé un SASPAS à chaque semestre, auxquels il faut rajouter 4 projets professionnels en médecine générale.

À Lille, environ 20 SASPAS ont été réalisés en 2007, au sein d'une promotion de 140 étudiants. Le choix du stage était réciproque : après la publication de la liste des SASPAS

disponibles, les internes contactaient eux-mêmes les praticiens qui décidaient de les accepter en stage ou non. Les SASPAS pourvus étaient ensuite retirés du choix. Les demandes de SASPAS étaient examinées avant chaque semestre, 2 fois par an. Jusqu'à présent, certains stages n'accueillaient donc parfois pas de stagiaires. Le DMG envisage pour les prochaines répartitions de rétablir une adéquation stricte et d'imposer que tous les SASPAS soient pourvus. Par ailleurs, il n'est pas possible de faire des SASPAS mixtes avec une autre activité hors cabinet, pour un souci de standardisation qui simplifie l'organisation de ce semestre, compte tenu du grand nombre d'étudiants.

À Limoges, les étudiants constituaient eux-mêmes leur SASPAS en choisissant 4 à 6 maîtres de stage, qui devaient exercer dans des cabinets différents. Les dossiers de projets professionnels étaient examinés avant chaque semestre. En 2008, sur une promotion de 35 étudiants, 10 SASPAS ont été sollicités à chaque semestre. Il serait question à l'avenir de les rendre obligatoire pour tous les étudiants.

À Montpellier, les SUMGA étaient constitués de MDS et d'autres structures ambulatoires (PMI, HAD, dispensaire, alcoologie, centre de santé...). Les internes pouvaient choisir les praticiens, leur nombre (il faut passer au minimum 48h par semaine en cabinet de Médecine Générale) et les structures annexes. Puis ils devaient adresser au DMG une lettre de motivation et une lettre de recommandation du maître de stage référent. Les dossiers de projets professionnels étaient examinés avant chaque semestre, une commission attribuait les stages dans l'ordre de classement et les retirait du choix. En 2008, la promotion de TCEM comptait environ 40 internes, parmi lesquels une dizaine en novembre et une quinzaine en mai auront effectué un SASPAS.

À Nice, l'association des étudiants organisait un pré-choix au cours duquel les internes souhaitant réaliser un SASPAS étaient amenés à se manifester. Le DMG les contactait ensuite pour leur proposer une liste de MDS agréés, et en fonction de leurs souhaits et obligations, il composait un trinôme de praticiens. Les SASPAS étaient toujours purs, aucune autre activité n'y étant associée. Les dossiers de projets professionnels étaient examinés 2 fois par an. Cependant, les SASPAS étaient proposés au choix, mais déjà fléchés. Il n'y avait jamais eu de problème de stage « piqué » par un interne de rang de classement supérieur, le choix se déroulant sous les yeux du coordonnateur du DES. Sur une promotion de 30 internes en 2007/2008, 9 SASPAS ont été réalisés (3 en novembre et 6 en mai). En mars 2008, la DRASS

ne finançait toujours que 30 % des stages de 6^e semestre. Les éventuels autres projets professionnels (encore très rares) devaient trouver d'autres financeurs (Conseil Général pour les stages de PMI par exemple).

À noter que comme à Clermont-Ferrand, ils envisagent que la **redevance pédagogique** soit assortie d'une présence à la faculté lors du temps dégagé par la présence du stagiaire.

À Poitiers, les internes devaient adresser un courrier à la faculté pour signaler qu'ils avaient l'intention de demander un SASPAS. Le nombre de postes ouverts dépendait donc de la demande, mais il s'agissait toujours de SASPAS prédéfinis, de 3 à 5 maîtres de stage. Les internes s'arrangeaient ensuite lors du choix pour se répartir ces stages selon les exigences de chacun. Cette organisation était possible grâce au faible nombre d'étudiants : en 2008, seuls 8 à 10 SASPAS ont été réalisés par semestres pour des promotions de 50 à 60. Il n'y avait pas ou peu de projets professionnels, et ceux-ci concernaient plutôt les DESC et n'étaient pas retirés du choix.

À Reims, les SASPAS étaient constitués pas la faculté, mais les internes pouvaient créer un stage à la carte, en y associant des consultations de gynécologie, en PMI... Tous les dossiers de demande de SASPAS pour l'année suivante étaient à déposer en juillet, puisqu'ils n'étaient examinés qu'une fois par an. Les internes affectés à un SASPAS ne participaient plus au choix. Environ deux tiers des internes sont passés en SASPAS sur une promotion de 70.

Les SASPAS à Rennes entraient tous dans le cadre d'un projet professionnel. Les internes contactaient le responsable SASPAS du DMG, qui lui faisait part des possibilités de stages pour le semestre à venir. Les SASPAS pouvaient en effet varier selon les semestres, car il existait un lien étroit entre le DMG et l'association des internes qui leur transmet un retour des expériences vécues en SASPAS. Ainsi, si un SASPAS était trop concentré en milieu urbain, le DMG appariait d'autres MDS pour rétablir une diversité des lieux d'exercice. Si aucun stage ne convenait à l'étudiant, il pouvait créer un nouveau SASPAS. Il devait alors fournir l'accord des nouveaux MDS. Cette démarche restait assez rare (1 à 2 par semestre) et entraînait la suppression d'un SASPAS existant pour des raisons de financement. Tous les étudiants devaient ensuite rédiger une lettre de motivation avec son projet pédagogique. Il pouvait associer à son projet une activité hors cabinet (PMI, médecine préventive...). Les dossiers de projets professionnels étaient examinés avant chaque semestre. Neuf étudiants en novembre 2007 et 30 en mai 2008 sur 77 dans la promotion ont pu réaliser un SASPAS. Mais

ce chiffre est amené à diminuer en raison de l'augmentation du nombre d'internes à venir, et de l'absence de disponibilité immédiate de nouveaux SASPAS.

À Rouen, en 2008, la promotion comptait 27 étudiants. Le SASPAS était obligatoire pour tous, ce qui entraînait des problèmes de motivation chez certains étudiants. La faculté déterminait les binômes ou trinômes de MDS. Les SASPAS étaient exclusivement choisis lors de la répartition, par ordre de mérite. Cependant, seuls 15 SASPAS étaient disponibles. Pour les autres étudiants, le stage ambulatoire prenait la forme d'un deuxième stage chez le praticien. Les projets professionnels étaient exceptionnels, seul 1 étudiant avait demandé à réaliser un SASPAS dans une région voisine. Il existait cependant la possibilité de créer des nouveaux terrains de stage, ce qui s'est avéré indispensable puisque la dernière promotion compte désormais 90 étudiants.

À Saint-Étienne, le DMG envoyait un an avant un courrier à tous les internes pour sonder les intentions de SASPAS et ainsi adapter l'offre. Les 9 SASPAS de 2 à 3 MDS disponibles suffisaient à répondre à la demande de promotions comptant 60 étudiants. Ils étaient attribués hors répartition. En 2008, 8 SASPAS ont été demandés. Les internes se répartissaient les stages entre eux, selon leurs souhaits et contraintes personnelles. Si l'un d'entre eux n'avait pas obtenu un stage qui le satisfaisait, il pouvait renoncer à faire un SASPAS. Le SASPAS délaissé était alors proposé comme stage chez le praticien. Il n'était pas possible de réaliser un SASPAS mixte avec une autre activité ambulatoire hors cabinet, et la demande de création *ex nihilo* d'un SASPAS ne s'était jamais présentée. Les projets professionnels n'obtenaient en général pas de financement. Le DMG privilégiait la pérennisation de SASPAS selon la définition originale plutôt que d'augmenter leur nombre en diversifiant les activités. Le problème du recrutement de nouveaux maîtres de stage se pose en raison de la présence du stagiaire 2 jours par semaine lorsque le SASPAS n'est composé que de 2 praticiens, ce qui n'est pas toujours bien accepté par les praticiens.

À Strasbourg, sur une promotion de 40 étudiants, 12 SASPAS ont été proposés à la répartition de novembre 2007. Un premier tour était réservé au choix des SASPAS, puis un deuxième tour avait lieu pour les autres stages. Il n'y avait pas de projet professionnel au sens strict du terme.

Ville	Nb SASPAS / promotion en nov. 2007 n / n (%)	Choix des MDS par les internes ?	SASPAS mixte possible ? (autres structures associées)	Modalité d'attribution ? (en cas de projets professionnels équivalents)	Fréquence de l'examen des dossiers de projets pro. ?	Adéquation stricte ? (risque de SASPAS imposés)	Pré- affectation ? (stage fléché à la répartition)
Amiens	NC/19 (%)	Oui	Oui	/ ⁽¹⁾	2x / an	Non	Non
Angers	11/42 (26 %)	Non	Non	/ ⁽¹⁾	2x / an	Oui	Non (mais pré-choix)
Besançon	12/50 (25 %)	Non	Non	1 ^{er} demandeur	2x / an	Non	Oui
Bordeaux	3/65 (5 %)	Non	?	/ ⁽¹⁾	2x / an	Non	Non
Brest					x / an		
Caen					x / an		
Clermont-Ferrand	11/40 (27 %)	Oui	Oui	? ⁽³⁾	2x / an	Non	Oui
Dijon	5/33 (15 %)	Non	Non	/ ⁽¹⁾	2x / an	Non	Non
Grenoble	21/70 (30 %)	Oui	Oui	/ ⁽¹⁾	2x / an	Oui	Oui ⁽⁴⁾
Lille	20/140 (7 %)	Oui	Non	1 ^{er} demandeur	2x / an	Non	Oui
Limoges	10/35 (28 %)	Oui	Non	? ⁽³⁾	2x / an	Non	Oui
Lyon	22/120 (18 %)	Non	Oui	négociation	2x / an	Non	Oui
Marseille					x / an		
Montpellier	10/40 (25 %)	Oui	Oui	classement	2x / an	Non	Oui
Nancy	8/54 (15 %)	Non	Oui	classement	1x / an	Oui	Oui ⁽⁴⁾
Nantes					x / an		
Nice	3/30 (10 %)	Oui	Non	1 ^{er} demandeur	2x / an	Non	Oui

Ville	Nb SASPAS / promotion en nov. 2007 n / n (%)	Choix des MDS par les internes ?	SASPAS mixte possible ? (autres structures associées)	Modalité d'attribution ? (en cas de projets professionnels équivalents)	Fréquence de l'examen des dossiers de projets pro. ?	Adéquation stricte ? (risque de SASPAS imposés)	Pré- affectation ? (stage fléché à la répartition)
Paris					x / an		
Poitiers	9/55 (16 %)	Non	Non	négociation	2x / an	Non	Non (mais pré-choix)
Reims	10/15 (67 %)	Oui	Oui	? ⁽³⁾	1x / an	Non	Oui
Rennes	9/77 (12 %)	Oui	Oui	1 ^{er} demandeur	2x / an	Non	Oui
Rouen	15/27 (55 %)	Non	Non	/ ⁽¹⁾	2x / an	Oui	Non
Saint-Etienne	9/60 (15 %)	Non	Non	négociation	2x / an	Non	Oui
Strasbourg	12/40 (30 %)	Non	Non	négociation	2x / an	Non	Non
Toulouse	13/43 (30 %)	Oui		?	2x / an	Non	Oui ⁽⁴⁾
Tours					x / an		
Antilles-Guyane	?	?	?	?	?	?	?

(1) choix à la répartition, en fonction du classement

(2) le problème ne s'est jamais présenté

(3) pour les projets professionnels

2.3.3 *Les SASPAS en Lorraine en mars 2008*

Nous avons arrêté l'analyse de la situation en mars 2008, date à laquelle a eu lieu la réunion faisant l'objet de ce travail.

2.3.3.1 **Historique**

Les premiers SASPAS ont été créés en mai 2004. Il n'y en avait alors que 4. Dès novembre 2004, 2 autres stages sont apparus, mais seulement 3 ont été pourvus. À la répartition de mai 2005, les 6 SASPAS ont été attribués. En novembre 2006, il est à nouveau resté un stage non choisi. En mai 2006, les SASPAS non pris ont été intégrés dans la grille de choix des stages ambulatoires. Ils ont donc tous été attribués. En novembre 2006, 2 nouveaux SUMGA ont été constitués, les 8 SASPAS proposés ont tous été pris. À la répartition suivante, un SASPAS a temporairement fermé, faute de projet professionnel exprimé. Un autre n'a pas été pourvu à la répartition. En novembre 2007, les 8 stages ont été choisis.

2.3.3.2 **Déroulement des SASPAS en 2008**

Au moment de la réunion d'information (mars 2008), il existait donc potentiellement 8 SUMGA, composés de 3 à 6 Maîtres de Stage. Deux SASPAS étaient localisés à Nancy ou aux alentours, 1 se partageait entre les Vosges et la Meurthe-et-Moselle, 2 étaient exclusivement dans les Vosges, 1 en Meuse et 2 en Moselle.

Une enquête a étudié le vécu des 14 stagiaires en SASPAS en Lorraine lors des semestres de novembre 2006 à octobre 2007 (18). Les stagiaires étaient satisfaits de l'organisation et des conditions matérielles au sein des SASPAS (note moyenne de 8,6 +/- 1,05 (écart-type) sur 10). Ils soulignaient l'expérience précieuse apportée par la richesse des modes de fonctionnement (présence ou non d'une secrétaire, consultations avec ou sans rendez-vous, dossiers papiers ou informatisés, logiciels médicaux). L'emploi du temps et l'activité moyenne étaient conformes au cadre législatif avec 9,65 actes par demi-journée. Quatre internes avaient perçu une indemnisation pour les frais de déplacement. Parmi les 10 autres, 5 IMG n'en avaient pas été gênés, soit parce qu'il n'y avaient pas eu de déplacements ou peu, soit parce qu'ils considéraient avoir été indemnisés autrement (cadeaux, repas avec les praticiens). Restaient 5 étudiants indisposés par l'absence d'indemnisation. Ils étaient

satisfaits de la relation avec les patients, les MDS et au sein des cabinets. La qualité de la supervision directe (recours au MDS en cours de consultation) était chiffrée à 9,14 +/- 0,95 sur 10. La supervision indirecte (relecture à distance des consultations) durait en moyenne 27,5 minutes. Elle était réalisée tous les jours chez 11 étudiants, et 1 fois par semaine pour les 3 autres, ce qui correspondait à leurs attentes. Son organisation était évaluée à 7,86 +/- 1,34 sur 10, mais les notes étaient supérieures quand les étudiants avaient choisi le SASPAS dans le cadre d'un projet professionnel. On peut supposer que les étudiants sont alors plus actifs dans la demande de supervision, et que les MDS se sentent plus impliqués. Cela signifie que même hors projet professionnel, les étudiants attendent beaucoup de cette supervision, qui ne doit pas être négligée. Concernant l'enseignement, 12 internes avaient participé à des réunions régulières avec l'ensemble des MDS, 6 avaient assisté à des Groupes de Pairs et 6 à des séances de FMC. Le SASPAS permettait bien d'appréhender la recherche puisque 7 en avaient profité pour travailler leur thèse, 9 leur mémoire de DES, 1 avait élaboré des Résumés de Situations Cliniques Authentiques (RSCA), 1 avait participé à un audit, et 1 à la réactualisation du contenu des enseignements de TCEM.

2.3.3.3 Modalités de choix

Comme évoqué précédemment, deux possibilités s'offraient à un interne désireux de faire un SASPAS.

Le projet professionnel

Ce stage pouvait s'inscrire dans le cadre d'un **projet professionnel**. Conformément à la législation, les internes étaient alors tenus de rédiger une **lettre de motivation** en précisant leur projet professionnel, les objectifs pédagogiques attendus, les différents terrains de stage envisagés et l'emploi du temps si possible. S'il souhaitait y associer une **autre structure** de soins primaires (PMI, HAD...), il devait contacter le responsable de la structure en question et avoir son accord pour le stage. La question du financement devait être abordée car la commission de la DRASS se réunissait en juillet. Le projet professionnel définitif devait être transmis au DMG pour le mois de septembre précédent l'année d'entrée en 5^e semestre. En effet, à Nancy, il n'y avait **qu'une seule session d'examen des projets par an**, qui se déroule en octobre. Les stages étaient ensuite attribués pour les 2 semestres suivants et étaient donc retirés du choix lors de la répartition.

Hors projet professionnel

Les internes qui n'avaient pas émis le souhait de réaliser un projet professionnel particulier se présentaient à la répartition classique. Les SASPAS non pourvus étaient proposés dans la grille « ambulatoire » si les MDS souhaitaient tout de même un stagiaire. Si tous les SASPAS avaient été pris, les internes devaient opter pour un stage hospitalier conventionnel, à orientation préférentielle vers une activité de consultation.

2.4 Problématique

En 2008, les SASPAS représentaient 15 % des stages. Les textes officiels prévoient un flux maximum de 30 % par semestre, soit 16 SASPAS pour une promotion de 54 étudiants (35). Nous avons pu observer qu'ils n'étaient pas toujours pourvus ni choisis comme projet professionnels. De plus, à plusieurs reprises, **certains internes s'étaient vus imposer un SASPAS** au cours de la répartition. En effet, comme le SASPAS ne pouvait être effectué qu'à partir du 5^e semestre, les derniers de cette promotion étaient obligés de pourvoir les postes libres.

Du point de vue de certains maîtres de stage, cela pose un réel problème de ne pas avoir de stagiaire à chaque semestre, que ce soit pour l'organisation du stage, sa dynamique ou pour la motivation des praticiens. Sans parler de la patientèle, qui au fur et à mesure, va connaître et donner une vraie place à l'interne, différente de celle du stagiaire chez le praticien et du remplaçant.

Mais d'un autre côté, un interne qui n'est pas motivé par la médecine générale ambulatoire ne va pas s'investir dans le stage et les problèmes que cela engendre peuvent être pires que le fait de ne pas avoir de stagiaire. Ainsi, après une mauvaise expérience, un SUMGA a préféré fermer son SASPAS plutôt que d'être intégré à la grille et risquer d'avoir à nouveau un stagiaire non motivé. Mais cela n'est pas possible pour tous les MDS, notamment en cas d'activité régulière à la faculté. Ainsi, pour tenter d'empêcher que les SASPAS soient imposés, il paraît plus souhaitable de travailler à leur **promotion**, afin qu'ils soient tous choisis avant la répartition, avec la réalisation d'un projet professionnel.

D'autant plus que les SASPAS sont source de satisfaction pour les stagiaires qui en ont effectué un. Dans l'enquête menée en Lorraine en 2006 et 2007, sur 14 internes, 6 internes n'avaient pas monté de projet professionnel. Parmi eux, 4 avaient délibérément choisi le SASPAS à la répartition, mais 2 se l'étaient vu imposer. Pourtant l'analyse du vécu des

stagiaires en SASPAS a montré une satisfaction globale. La moyenne était à 8,64 sur 10, mais tout de même inférieure chez les stagiaires qui ne l'avaient pas envisagé de plein gré.

Nous pouvons alors nous demander pourquoi ce stage n'était pas plus sollicité dans notre ville.

L'hypothèse formulée est que l'absence de choix spontané du SASPAS comme stage est liée à la **méconnaissance** des étudiants envers de ce stage. En effet, au cours du cursus de Médecine Générale, le SASPAS n'est jamais présenté aux étudiants.

L'objectif principal de ce travail est donc d'objectiver et d'améliorer les connaissances des internes sur le SASPAS.

Résultats attendus : on peut espérer qu'en le connaissant mieux, les internes en auront une perception plus juste et plus positive. Cela pourrait permettre de les motiver à le choisir et ainsi d'éviter qu'il ne soit imposé à des étudiants non motivés par cette proposition.

Méthode utilisée : nous avons organisé une réunion d'information à l'intention des internes de médecine générale et évalué son impact au moyen de questionnaires en début et en fin de soirée.

3 Méthodes

3.1 La réunion d'information

Une soirée d'information à l'attention des internes en troisième cycle de Médecine Générale a été organisée grâce au DMG et en partenariat avec le RAOUL-IMG.

3.1.1 *Organisation de la soirée*

3.1.1.1 Lieu et horaires

La conférence a été organisée à la Faculté de Médecine de Nancy, dans l'amphi 250 B1, le jeudi 6 mars 2008 à 20h00. Nous avons estimé qu'un soir de semaine était plus approprié pour avoir un maximum d'internes participants.

3.1.1.2 Invitations

Des internes

Une invitation a été envoyée par courrier par l'intermédiaire du DMG aux internes de médecine générale de 1^{er} à 4^e semestre et aux 5^e semestres n'ayant pas encore fait leur stage ambulatoire. On comptait 113 étudiants en 1^{er} semestre, 2 en 2^e semestre, 68 en 3^e semestre, 3 en 4^e semestre et 6 en 5^e semestre, soit 192 au total.

Rédigée en collaboration avec le DMG et RAOUL-IMG, elle conviait les étudiants à une réunion d'information sur le **Stage Ambulatoire Professionnalisant**.

Un message électronique de rappel a été envoyé par le RAOUL-IMG, le syndicat représentatif des internes de Médecine Générale. À noter que ce message de rappel a, de ce fait, été envoyé uniquement aux IMG adhérents au RAOUL-IMG.

Des intervenants

Une invitation a été aussi envoyée à tous les **Maîtres de SASPAS**, ainsi qu'aux étudiants ayant déjà fait un **projet professionnel particulier ou un SASPAS** (dont ceux qui avaient participé à l'enquête régionale en 2006-2007).

3.1.1.3 Contenu de la réunion

Le contenu a volontairement porté sur le **Stage Ambulatoire** de manière générale et notamment sur le Projet Professionnel, afin de ne pas sélectionner uniquement les internes intéressés par le SASPAS.

Les informations ont été collectées à partir des documents officiels sur l'organisation du Stage Ambulatoire et plus particulièrement du SASPAS, ainsi que différentes thèses réalisées sur le sujet et des travaux menés par l'ISNAR-IMG. Le service de la scolarité a apporté les informations pratiques concernant les échéances et les dates des différentes commissions. Notre expérience personnelle d'ancienne stagiaire de SASPAS et notre mémoire de DES ont enrichi ces données, précisant les spécificités d'organisation et de déroulement du SASPAS en Lorraine.

Ces informations ont été présentées sous forme de diaporama. Les membres du RAOUL-IMG ont assuré la relecture et l'amélioration de certains points. Le Professeur Aubrège puis le Professeur de Korwin ont ensuite validé ce travail.

3.1.1.4 Plan de la réunion

Introduction (Professeur J-D. de Korwin) :

Objectifs de la réunion.

Diaporama sur le Stage Ambulatoire Professionnalisant (Professeur A. Aubrège) :

Définition

Objectifs pédagogiques

Différents lieux de stage :

- Le SASPAS :

- Organisation

- Objectifs spécifiques

- Supervision

- Aspects financiers

- Autres structures ambulatoires

- Stage hospitalier

- Stage chez le praticien

Projet professionnel : les démarches à accomplir

Les problèmes

Conclusion

Résultats de l'enquête régionale sur le vécu des IMG en SASPAS de novembre 2006 à octobre 2007 (Mémoire de DES) (Mlle D. Laurent)

Conclusion (Professeur J-D. de Korwin)

Débat entre les maîtres de stage et les stagiaires.

3.1.2 Déroulement de la réunion

3.1.2.1 Participation des intervenants

Onze Maîtres de Stage (MDS) ont participé à la réunion, sur 37 conviés (soit 29,7 %). Ils représentaient 7 SASPAS sur les 8 disponibles.

Trois IMG en cours de stage ambulatoire étaient présents.

L'un était en cours de réalisation d'un projet professionnel en SASPAS, avec des vacations à la prison Charles III.

La deuxième avait effectué un stage en psychiatrie au Centre Psychothérapique de Nancy, pour ensuite obtenir un poste d'assistant de Médecine Générale dans ce service.

Le troisième avait réalisé un SASPAS dans le cadre d'un projet professionnel.

3.1.2.2 Déroulement de la soirée

Le Professeur J-D. de Korwin a débuté la réunion en présentant ses objectifs, notamment observer si les étudiants présents feront des SASPAS, développer les SASPAS, inciter les IMG à devenir médecins généralistes.

Puis il a introduit les SASPAS, en donnant la parole aux Maîtres de Stage présents. Ceux-ci se sont présentés puis décrit succinctement leur SASPAS, notamment leur type d'exercice (rural, semi-rural ou urbain, cabinets isolés ou de groupe) et la localisation géographique des différents cabinets. Le Professeur de Korwin a conclu en rappelant le contexte du problème de démographie médicale et de la nécessaire réorganisation de la profession, avec l'exemple du

développement des maisons de santé. Il a aussi noté la naissance de la FUMG (Filière Universitaire de Médecine Générale). Les USER pourraient être la localisation des chefs de clinique et ainsi le lieu idéal pour le développement de la recherche clinique en Médecine Générale.

Le Professeur Aubrège a ensuite explicité la présentation du semestre ambulatoire professionnalisant. Après avoir donné sa définition et ses objectifs pédagogiques généraux, il a développé les différents lieux de stage possible.

Il a insisté sur le SASPAS, en précisant sa définition exacte et ce que cela sous-tend :

- le caractère Ambulatoire en Soins Primaires comprend l'activité non seulement au cabinet de Médecine Générale, mais aussi dans les structures appartenant à l'environnement du MDS,

- l'Autonomie Supervisée caractérise la différence majeure entre un SASPAS et un remplacement.

Il a défini l'USER, Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche, qui se compose d'au moins 4 médecins répondants à des critères « qualitatifs » : agrément par le DMG, locaux adaptés, formation adaptée, (DU de pédagogie médicale), activité compatible avec l'accueil d'un stagiaire. Le volume d'activité des stagiaires est identique à celle d'un stage hospitalier classique, en tenant compte que c'est le lieu idéal pour préparer son mémoire ou sa thèse avec des professionnels de la Médecine Générale. Il a ensuite énoncé les objectifs pédagogiques spécifiques du SASPAS, qui permet d'appréhender l'activité du cabinet, la gestion des consultations et visites, la réflexion sur la pratique (réactivation des connaissances, participation aux groupes d'échange de pratiques), l'interdisciplinarité et la recherche en Médecine Générale. Il a ensuite précisé les modalités de supervision directe et indirecte comme décrit dans le document. Il a développé plus largement la question de l'aspect financier, avec le débat des indemnités de déplacements jusqu'au cabinet et pour les visites, débat qui n'est pas encore clos.

Il a ensuite cité les autres lieux de stage possibles.

À propos des autres structures ambulatoires, qui peuvent éventuellement diversifier les possibilités de formation au cours d'un SASPAS, il a rectifié le document de présentation qui annonçait la possibilité de faire des consultations spécialisées (en rhumatologie, gynécologie, dermatologie...). Il lui semblait que cette option était peu réalisable.

Quant aux stages hospitaliers, ils doivent être orientés préférentiellement vers une activité de consultation, ou entrer dans la maquette de validation d'un DESC. Il a peu insisté sur la possibilité de refaire un stage chez le praticien.

Il a ensuite développé les démarches à accomplir pour l'élaboration d'un projet professionnel. Il a signalé les problèmes de financement en cas de projet « hors cadre », c'est-à-dire hors structures habituellement financées.

Le Professeur Aubrège nous a alors donné la parole pour conclure sur l'intérêt de pouvoir former un projet qui soit en adéquation avec les besoins personnels en formation des IMG. Ainsi la question du financement type « interne escargot » pourrait apporter des solutions. Le principe est d'allouer un financement à un interne et non à un lieu de stage. Le Professeur de Korwin a signalé préférer que les IMG choisissent des stages déjà agréés pour ne pas trop compliquer la situation.

Nous avons ensuite présenté notre mémoire de DES de Médecine Générale sur le vécu des internes en SASPAS de novembre 2006 à octobre 2007. Nous avons indiqué les raisons qui nous ont poussée à réaliser ce mémoire, à savoir le fait que les SASPAS n'étaient pas tous pourvus et que certains avaient dû être imposés à des étudiants en 5^e semestre qui n'avaient pas projeté de réaliser ce stage. Nous avons insisté sur la satisfaction globalement bonne des 14 IMG concernés. Les contraintes géographiques liées à l'éloignement sont moins bien vécues en cas de SASPAS imposés. Nous avons souligné l'intérêt de la tenue d'un carnet de consultation, bien que cette proposition n'ait pas fait l'unanimité auprès des stagiaires et du temps libre dégagé par ce stage. De nombreux stagiaires n'ont que 3 journées de consultation par semaine, permettant de préparer thèse ou mémoire (en effet, certains maîtres de stage considèrent qu'une journée en cabinet de médecine générale est plus longue qu'une journée dans un service hospitalier et que 2 demi-journées de consultation équivalent à 3 demi-journées du cadre réglementaire).

Place a ensuite été donnée au débat interactif.

L'interne en SASPAS a souligné l'importance de prévoir tôt son projet professionnel pour avoir le temps de parer aux imprévus dans l'organisation du stage.

Une étudiante a posé la question de savoir comment le DMG va gérer l'augmentation de nombre d'étudiants dans les promotions à venir et si il sera plus facile de créer de vrais projets professionnels à la carte.

Le président du DMG a remis en exergue les difficultés voire l'impossibilité à faire un stage à la carte, à cause des problèmes de financement et d'organisation. La question s'est alors posée de savoir s'il faut intégrer les SASPAS non choisis comme projet professionnel dans la grille de stage ambulatoire, au risque qu'ils soient pris par des étudiants non motivés par un SASPAS.

Un MDS a souligné que sa qualité d'enseignant à la faculté nécessite pour lui la régularité dans l'obtention d'un stagiaire. S'il n'en a pas pendant un semestre, comment assurera-t-il l'enseignement ? Un autre maître de stage a insisté sur l'importance du choix mutuel des MDS et de l'étudiant, ainsi que du projet professionnel. Selon lui, les SASPAS ne peuvent donc pas être imposés.

Le Professeur Aubrège a clos le débat en insistant sur la nécessité de communiquer avec le DMG pour tout projet professionnel en gestation, qui éclairera les IMG sur les projets réalisables ou non et aidera les étudiants motivés à trouver le meilleur compromis entre leurs attentes et les contraintes administratives.

La durée de cette réunion d'information a été de 2h30.

3.2 Questionnaires

3.2.1 Élaboration

La réalisation des questionnaires s'est appuyée sur notre expérience personnelle d'ancienne stagiaire SASPAS et sur les questions qui nous ont souvent été posées, en tant que chargée de mission SASPAS au sein du RAOUL-IMG. Les thèmes abordés au cours de la soirée de formation y ont été repris.

Le document a été ensuite enrichi et corrigé par le Dr Latarche, du service d'épidémiologie, ainsi que par le Professeur Aubrège. Il a été testé sur les internes membres du bureau du RAOUL-IMG qui n'avaient pas encore fait de SASPAS. Le Professeur de Korwin a validé la version définitive.

3.2.2 Description

Il est constitué principalement de questions fermées.

Les questions 1 à 8 permettent aux internes de se présenter : situation familiale, niveau d'étude et mode d'exercice envisagé pour l'avenir.

Les questions 9 à 13 puis 17 à 27 sont identiques aux questions 31 à 35 et 36 à 46 du questionnaire de fin de soirée. Elles portent sur le stage ambulatoire de manière générale, puis sur le SASPAS précisément (déroulement, modalités pratiques puis pédagogiques). Elles ont pour but de montrer une variation des connaissances ou de la perception du SASPAS entre le début et la fin de la soirée.

Les questions 14 à 16 dans le premier questionnaire concernent les *a priori* sur le SASPAS. Il était donc inutile de les répéter dans le 2^e questionnaire.

Au questionnaire de fin s'ajoutent une partie évaluation de la réunion (questions 28 à 30 et 48 à 51) et deux questions ouvertes (questions 47 pour les remarques concernant le SASPAS, et 52 pour la réunion en général).

3.3 Recueil des données

Les membres du RAOUL-IMG se sont occupés de cette tâche.

Le premier questionnaire a été distribué au début de la soirée, après explication de son objectif. Il a été ramassé avant le début de la réunion.

Le deuxième a été remis à la fin de la réunion et ramassé une fois complété par les étudiants.

3.4 Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epidata.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS, version 9.1, au service d'Épidémiologie et Evaluation Cliniques du CHU de Nancy.

Elle a comporté une description des caractéristiques socio-démographiques des internes, des caractéristiques de leur cursus au cours de l'internat et du type d'exercice qu'ils envisagent à l'issue de leur formation. Pour cette partie descriptive, les variables quantitatives ont été exprimées par leur moyenne et leur écart-type, les variables qualitatives ont été exprimées par leur effectif et leur fréquence.

Les déclarations des internes concernant le projet de réaliser un SASPAS, les connaissances et attitudes des internes vis-à-vis du SASPAS ont été comparées avant et après la réunion d'information, par test exact de Fisher. Les réponses discordantes avant et après la réunion ont

été décrites. Enfin, l'analyse a comporté une description de la satisfaction des internes concernant la réunion d'information.

Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

4 Résultats

4.1 Présentation de la population d'internes

Quarante-deux internes de 1^{er} à 5^e semestre ont participé à la soirée. Tous ont accepté de répondre aux 2 questionnaires. Dix internes étaient en 1^{er} semestre, **29 en 3^e semestre**, 1 en 4^e et 2 en 5^e semestre. L'interne en 4^e semestre était une femme avec des enfants à charge.

Le taux moyen de participation (proportion d'internes présents par rapport aux effectifs totaux d'internes de médecine générale lorrains) était de **21,9 %**, mais variait en fonction du semestre et du sexe. Il était de 8,8 % en 1^{er} semestre, 0,0 % en 2^e, **42,6 % en 3^e**, 33,3 % en 4^e et 16,7 % en 5^e semestre. À noter que **49,0 % des filles en 3^e semestre** avaient répondu à l'invitation.

On comptait 32 femmes pour 10 hommes, soit un **taux de féminisation de 76,2 %**.

L'âge moyen était de 26,5 ans +/- 1,5 (de 25 à 29 ans). L'âge moyen des femmes n'était pas statistiquement différent de celui des hommes (26,3 +/- 1,4 ans versus 27,0 +/- 1,6 ans).

Parmi eux, 20 étaient en couple (47,6 %) et 2 avaient des enfants à charge (4,8 %).

Les stages antérieurement validés sont précisés dans le tableau 2. À noter que seuls 3 (7,1 %) avaient déjà été confrontés à l'exercice ambulatoire de la médecine.

Tableau 2 : Stages déjà validés par les internes.

	Internes n	%
Médecine adulte	20	47,6
Urgences	13	31,0
Pédiatrie / gynécologie	15	35,7
Stage chez le praticien	3	7,1
Stage libre	19	45,2

En interrogeant les internes sur le mode d'exercice qu'ils envisageaient dans l'avenir, on observe que 32 d'entre eux (**76,2 %**) se destinaient à la **médecine générale ambulatoire**, soit à temps complet, soit à temps partiel (tableau 3).

Une femme envisageait de combiner un mi-temps en médecine générale ambulatoire à un mi-temps en PMI (Protection Maternelle et Infantile) ou dans un réseau d'HAD (Hospitalisation à Domicile), et 2 autres souhaitaient un mi-temps en médecine générale ambulatoire associé à un mi-temps en milieu hospitalier.

Six étudiants envisageaient une seule **activité à temps partiel** (5 en médecine générale et 1 en hospitalier). Parmi eux, on retrouvait 1 homme et 5 femmes. Donc 18,2 % des femmes contre 10 % des hommes envisageaient d'exercer à mi-temps.

En cas d'exercice hospitalier, les services envisagés étaient les **urgences** pour 2 étudiants, la médecine interne pour 3 d'entre eux et la gériatrie pour 1 interne. Le dernier ne savait pas encore.

Parmi les 6 internes qui ne se prononçaient pas sur cette question, 2 étaient en 1^{er} semestre et 4 étaient en 3^e semestre.

Tableau 3 : Type d'exercice envisagé.

	Internes n	%
Médecine générale ambulatoire à temps complet	24	57,1
Médecine générale ambulatoire à temps partiel	5	11,9
Exercice mixte	3	7,1
Exercice hospitalier à temps complet	3	7,1
Exercice hospitalier à temps partiel	1	2,3
Ne sait pas	6	14,3

Le tableau 4 montre le projet professionnel en fonction de l'année d'étude. Nous avons regroupé les IMG souhaitant exercer à temps complet et à temps partiel, tant pour la médecine générale ambulatoire que pour l'exercice hospitalier.

Tableau 4 : Projet professionnel en fonction du semestre en cours.

Semestre en cours	Ambulatoire n (%)	Mixte n (%)	Hospitalier n (%)	Ne sait pas n (%)	Total n (%)
1 ^{er}	5 (50,0 %)	2 (20,0 %)	1 (10,0 %)	2 (20,0 %)	10 (100 %)
3 ^e	21 (72,4 %)	2 (6,9 %)	2 (6,9 %)	4 (13,8 %)	29 (100 %)
4 ^e	1 (100 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (100 %)
5 ^e	2 (100 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (100 %)

4.2 Les IMG et le Stage Ambulatoire

La moitié des IMG (21 sur 42) envisageait déjà de faire un SASPAS en pré-test (tableau 5). En post-test, on retrouvait 24 internes intéressés par ce stage, dont 20 l'étaient déjà avant la réunion. La différence est cependant significative ($p=4,13.10^{-8}$). Trois internes qui ne se prononçaient pas et un qui envisageait un stage hospitalier se sont finalement orientés vers un SASPAS, tandis qu'un interne qui souhaitait un SASPAS a changé d'avis pour cocher « autre ».

Tableau 5 : Stage ambulatoire envisagé :

	Avant		Après	
	Internes n	%	Internes n	%
Stage hospitalier	9	21,4	8	19,0
SASPAS	21	50,0	24	57,1
Autre	1	2,4	4	9,5
Stage chez le praticien	0	0,0	0	0,0
Ne sait pas	11	26,2	6	14,3

Parmi les 24 qui souhaitent faire un SASPAS en fin de soirée, 22 envisageaient un exercice ambulatoire (à temps complet ou partiel), un seul envisageait un exercice hospitalier à temps partiel (en gériatrie), et 1 ne se prononçait pas.

Parmi les 8 qui s'orientaient vers un stage hospitalier, 2 souhaitaient exercer en milieu hospitalier à temps plein, 2 en milieu ambulatoire (1 à temps partiel et 1 à temps complet), 2 souhaitent un exercice mixte (hospitalier + ambulatoire) et 2 ne savaient pas.

Les autres stages envisagés étaient la médecine scolaire et la PMI.

Aucun n'imaginait faire un deuxième stage chez le praticien.

Concernant la réalisation d'un projet professionnel, plus de la moitié des internes ne savait pas *a priori* ce qu'elle entreprendrait pour le choix de ce stage (tableau 6). Après la réunion, presque la totalité d'entre eux prévoyait de construire un projet professionnel. Dix-neuf des 22 étudiants indécis (86,4 %) en construiraient un. Pourtant, il n'y a pas de différence statistiquement significative : $p=0,5982$.

Tableau 6 : Envisagez-vous de :

	Avant		Après	
	Internes	%	Internes	%
	n		n	
Construire un projet professionnel	17	40,5	39	92,9
Choisir un stage dans la grille	3	7,1	2	4,8
Ne sait pas	22	52,4	1	2,4

Le stage professionnalisant peut aussi être un stage agréé pour la validation des Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaire (DESC). La moitié des internes ne souhaitait pas s'inscrire à un DESC (tableau 7). Il n'y avait pas de différence significative entre les réponses avant et après l'information ($p=1,6.10^{-7}$).

Les DESC envisagés étaient le DESC d'urgence pour 3 IMG, de soins palliatifs pour 2, de nutrition pour 2 également, puis de maladies infectieuses pour 1 interne. Le DESC de gériatrie (de type 2) était envisagé par 1 interne.

Tableau 7 : Souhaitez-vous vous inscrire à un DESC ?

	Avant		Après	
	Internes	%	Internes	%
	n		n	
Non	22	52,4	24	57,1
Oui	11	26,2	9	21,4
Ne sait pas	9	21,4	9	21,4

Si l'on considère ces résultats en fonction du type de stage ambulatoire envisagé (Tableau 8), on constate que 6 des étudiants qui souhaitaient s'inscrire à un DESC envisageaient un stage hospitalier et les 5 autres ne s'étaient pas encore décidés. En revanche, tous ceux qui envisageaient un SASPAS ne souhaitaient pas faire un DESC ou ne le savaient pas encore.

Tableau 8 : Inscriptions à un DESC en fonction du stage ambulatoire prévu

	« Oui »	« Non »	« Ne sait pas »
	n	n	n
Stage hospitalier	6	1	2
SASPAS	0	15	6
Autre	0	1	0
Ne sait pas	5	5	1

4.3 Les IMG et le SASPAS

4.3.1 La vision du SASPAS par les internes

Vingt-cinq internes (59,5 %) se destinaient à un SASPAS en pré-test comme en post-test (tableau 9). Seul un interne qui souhaitait initialement faire un SASPAS a changé d'avis. Parmi les 7 qui n'avaient pas d'opinion avant la réunion, 2 s'orienteraient vers un SASPAS après celle-ci, et 2 pensent qu'ils n'opteraient plutôt pas pour ce stage. Il y a une différence significative : $p=0,0001$.

Tableau 9 : Envisagez-vous de choisir un SASPAS comme projet professionnel ?

	Avant		Après	
	Internes	%	Internes	%
	n		n	
Certainement	15	35,7	17	40,5
Plutôt oui	10	23,8	8	19,0
Plutôt non	7	16,7	9	21,4
Certainement pas	3	7,1	3	7,1
Ne sait pas	7	16,7	5	11,9

La vision des internes concernant le SASPAS était positive (réponse « très positive » ou « plutôt positive ») pour 30 internes avant et 37 après (tableau 10), la différence est statistiquement significative : $p=0,0001$.

Les 6 internes qui n'avaient pas d'avis sur la question se sont tous orientés vers une réponse positive. Deux internes passaient d'une représentation négative vers « plutôt positive » du SASPAS. Au contraire, l'opinion « plutôt positive » d'un interne a finalement été « plutôt négative ».

Tableau 10 : L'idée que vous avez du SASPAS est :

	Avant		Après	
	Internes		Internes	
	n	%	n	%
Très positive	6	14,3	11	26,2
Plutôt positive	24	57,1	26	61,9
Plutôt négative	3	7,1	4	9,5
Très négative	3	7,1	1	2,4
Ne sait pas	6	14,3	0	0,0

En fonction du stage ambulatoire envisagé, les représentations du SASPAS varient (tableau 11). Ainsi, 20 internes sur 21 qui souhaitent faire un SASPAS en avaient déjà une idée positive avant la réunion.

Tableau 11 : image du SASPAS en fonction du stage ambulatoire envisagé.

	Très positif	Plutôt positif	Plutôt négatif	Très négatif	Ne sait pas
	n	n	n	n	n
Stage hospitalier	1	1	3	0	4
SASPAS	4	16	0	0	1
Autre	0	0	0	1	0
Ne sait pas	1	7	0	2	1

Les questions sur les raisons des *a priori* négatifs et positifs ne figuraient pas dans le deuxième questionnaire.

Concernant les *a priori* négatifs, un interne indécis a tout de même exprimé son opinion, nous l'avons prise en compte. Les 7 internes ayant répondu à la question expliquent leur *a priori* négatif sur le SASPAS par **l'éloignement géographique** pour 5 d'entre eux, suivi du **sentiment d'exploitation** pour 4 puis du **manque d'encadrement** pour 2. Aucun n'a mentionné les contraintes financières.

Une autre cause invoquée en remarque est le **manque d'adéquation avec le projet professionnel**.

Le même interne indécis précédemment cité et 2 qui avaient un *a priori* négatif ont tout de même mentionné des aspects positifs du SASPAS. Ils ont notamment conscience de la **mise en situation concrète** pour 2 et de **l'autonomie** donnée pour 1. Ceci explique le surnombre de réponses par rapport aux 30 internes qui en ont une vision positive. On peut donc considérer que 33 étudiants ont répondu à cette question.

Ainsi, la **mise en situation concrète** a été mise en valeur par 31 étudiants, **l'encadrement par des professionnels** par 18 d'entre eux et **l'autonomie** par 20 IMG. **L'intérêt de la relation médecin-patient** n'a été pris en compte que par 11 internes.

Les autres raisons signalées étaient : **la possibilité d'apprentissage auprès de plusieurs praticiens** ayant des pratiques variées, et **la place de ce stage comme transition idéale entre la formation et l'autonomie**.

Les renseignements que les internes avaient reçus sur le SASPAS provenaient d'origines variées (tableau 12), mais principalement d'autres étudiants qui ont fait ou non un SASPAS (plusieurs réponses possibles).

Tableau 12 : Sources d'information sur le SASPAS

	Internes n	%
Ce que l'on t'a raconté sur ce stage	26	61,9
Quelqu'un qui a fait un SASPAS et avec qui tu en as discuté	19	45,2
La Faculté	14	33,3
Internet	6	14,3
Ton maître de stage, lors du stage chez le praticien	6	14,3
Quelqu'un qui souhaite faire un SASPAS	1	2,4
Quelqu'un qui ne souhaiterait pas faire un SASPAS	1	2,4
Autre	0	0,0
Ne sait pas	0	0,0

4.3.2 Connaissance des modalités pratiques du SASPAS

Pour l'analyse de ces résultats, nous avons regroupé les réponses en « plutôt oui » (correspondant aux réponses « parfaitement » et « partiellement ») et « plutôt non » (correspondant aux réponses « très peu » et « pas du tout »).

Avant la soirée, seuls 54,7 % des internes pensaient connaître le nombre de praticiens composant un SASPAS ; ils étaient 92,3 % après. La différence est légèrement significative : $p=0,048$.

Trente-quatre (80,1 %) pensaient en savoir plus après, qu'avant la réunion (dont 17 qui sont passés d'une connaissance partielle à parfaite). Seize internes sur 19 (84,2 %) qui ne connaissaient pas ou peu le nombre de maîtres de stage inclus dans un SASPAS le savaient partiellement ou parfaitement après la réunion (tableau 13).

Tableau 13 : Connaissez-vous le nombre de praticiens entrant dans la composition des SASPAS ?

	Avant		Après	
	Internes		Internes	
	n	%	n	%
Parfaitement	3	7,1	32	76,2
Partiellement	20	47,6	7	16,7
Très peu	10	23,8	2	4,8
Pas du tout	9	21,4	1	2,4

Avant l'information, 50,0 % des internes ne connaissaient pas les lieux possibles pour faire un SASPAS, ils n'étaient plus que 14,2 % après (tableau 14), mais ce n'est pas significatif : $p=0,6628$.

La réunion a permis une amélioration des connaissances chez 25 internes (59,5 %). Ainsi, 7 sont passés de « partiellement » à « parfaitement », 17 sont passés de « très peu » ou « pas du tout » à « parfaitement » ou « partiellement », et 1 est passé de « pas du tout » à « très peu ».

En revanche, 2 internes qui pensaient connaître les lieux de stage ont changé d'avis après la réunion.

Tableau 14 : Connaissez-vous les lieux de stages possibles ?

	Avant		Après	
	Internes		Internes	
	n	%	n	%
Parfaitement	3	7,1	15	35,7
Partiellement	18	42,9	21	50,0
Très peu	13	31,0	3	7,1
Pas du tout	8	19,0	3	7,1

Concernant le rythme de travail lors du SASPAS (tableau 15), 95,3 % des internes le connaissaient à l'issue de la soirée, contre 54,8 % avant. Cependant, il n'y a pas de différence significative : $p=1$. Trente étudiants (71,4 %) considéraient mieux connaître l'emploi du temps en SASPAS.

Seule une personne pensait maintenant avoir « très peu » de notions en la matière, alors qu'elle avait indiqué « partiellement » au premier questionnaire.

Tableau 15 : Connaissiez-vous l'emploi du temps du SASPAS ?

	Avant		Après	
	Internes n	%	Internes n	%
Parfaitement	6	14,3	27	64,3
Partiellement	17	40,5	13	31,0
Très peu	9	21,4	2	4,8
Pas du tout	10	23,8	0	0,0

Les résultats des réponses à la question sur la connaissance de la charge de travail sont superposables (tableau 16).

Ainsi, 39 internes (92,9 %) pensaient être bien informés à l'issue de la réunion. Vingt-neuf (69,1 %) considéraient avoir appris quelque chose, mais à nouveau, la différence n'est pas significative : $p=0,88$.

Deux internes revoyaient cependant leur réponse à la baisse, cotant « partiellement » lors du premier sondage, et « très peu » lors du deuxième.

Tableau 16 : Connaissiez-vous la charge de travail en SASPAS ?

	Avant		Après	
	Internes n	%	Internes n	%
Parfaitement	4	9,5	19	45,2
Partiellement	17	40,5	20	47,6
Très peu	13	31,0	3	7,1
Pas du tout	8	19,0	0	0,0

Seuls 40,5 % étaient déjà au fait des modalités d'encadrement et de supervision en pré-test (tableau 17). La réunion a permis à 28 étudiants de mieux les connaître. Ainsi, 40 d'entre eux

(95,3 %) déclaraient être au point à l'issue de la rencontre. Cependant, il n'y a pas de différence significative : $p=0,1580$.

Tableau 17 : Connaissez-vous les modalités d'encadrement et de supervision ?

	Avant		Après	
	Internes n	%	Internes n	%
Parfaitement	5	11,9	15	35,7
Partiellement	12	28,6	25	59,5
Très peu	15	35,7	2	4,8
Pas du tout	10	23,8	0	0,0

Les autres modes de formation n'étaient connus que de 9 étudiants (21,4 %) (tableau 18). Après la réunion d'information, la différence est très nette puisque ce chiffre s'élève à 39 (92,8 %) mais sans que cette différence ne soit statistiquement significative : $p=1$. Trente-trois internes (78,6 %) avaient l'impression de mieux les connaître en post-test.

Tableau 18 : Connaissez-vous les autres modes de formation ?

	Avant		Après	
	Internes n	%	Internes n	%
Parfaitement	1	2,4	10	23,8
Partiellement	8	19,0	29	69,0
Très peu	23	54,8	3	7,1
Pas du tout	10	23,8	0	0,0

4.3.3 Apports pédagogiques du SASPAS

Pour l'analyse de ces résultats, nous avons regroupé les réponses en « positives » (correspondant aux réponses « certainement » et « plutôt oui ») et « négatives » (correspondant aux réponses « certainement pas » et « plutôt non »).

Trente-quatre participants (81,0 %) pensaient que le SASPAS est un stage adapté pour accroître ses connaissances théoriques (tableau 19). L'information a convaincu 4 étudiants de plus, ce qui élève le taux à 88,1 %. La différence est significative : $p=0,0029$.

Malgré la soirée, 5 internes pensaient toujours que le SASPAS n'améliore pas les connaissances théoriques. Les deux internes qui ne se prononçaient pas ont réussi à se faire une opinion, l'une positive (« certainement »), l'autre négative (« plutôt non »).

Tableau 19 : Amélioration des connaissances médicales théoriques

	Avant		Après	
	Internes n	%	Internes n	%
Certainement	6	14,3	16	38,1
Plutôt oui	28	66,7	21	50,0
Plutôt non	5	11,9	5	11,9
Certainement pas	1	2,4	0	0,0
Ne sait pas	2	4,8	0	0,0

Le SASPAS était considéré par 59,6 % comme un moyen de perfectionner ses compétences pratiques (tableau 20). Ce taux s'élevait à 88,1 % après la présentation, ce qui est statistiquement significatif : $p=0,0045$. Les 3 étudiants initialement indécis et 9 des 14 (64,3 %) qui ont répondu « plutôt non » pensaient finalement pouvoir y améliorer la réalisation de gestes techniques.

Tableau 20 : Amélioration de la réalisation des gestes techniques

	Avant		Après	
	Internes n	%	Internes n	%
Certainement	7	16,7	14	33,3
Plutôt oui	18	42,9	23	54,8
Plutôt non	14	33,3	5	11,9
Certainement pas	0	0,0	0	0,0
Ne sait pas	3	7,1	0	0,0

Quarante (95,2 %) puis 41 internes (97,6 %) étaient d'avis que le SASPAS est le stage qui permet d'apprendre à mieux gérer une consultation de médecine générale (tableau 21). La différence n'est pas significative : $p=1$. Seul un étudiant répondait « plutôt non » après la réunion, alors qu'il avait coché « plutôt oui » avant celle-ci. Il n'y avait plus d'indécis après la présentation.

Tableau 21 : Amélioration de la gestion d'une consultation

	Avant		Après	
	Internes		Internes	
	n	%	n	%
Certainement	21	50,0	24	57,1
Plutôt oui	19	45,2	17	40,5
Plutôt non	0	0,0	1	2,4
Certainement pas	0	0,0	0	0,0
Ne sait pas	2	4,8	0	0,0

En matière de gestion administrative du cabinet (tableau 22), 78,6 % des internes pensaient que le SASPAS est adapté pour appréhender cet aspect, contre 81,0 % avant. La différence n'est pas statistiquement significative : $p=0,7557$.

Sept étudiants qui avaient donné une réponse positive (« certainement » ou « plutôt oui ») ont finalement répondu « plutôt non ». Les 2 étudiants initialement indécis et 4 de ceux qui avaient répondu « plutôt non » ont finalement répondu « plutôt oui ».

Tableau 22 : Apprentissage de la gestion administrative d'un cabinet

	Avant		Après	
	Internes		Internes	
	n	%	n	%
Certainement	14	33,3	12	28,6
Plutôt oui	20	47,6	21	50,0
Plutôt non	6	14,3	9	21,4
Certainement pas	0	0,0	0	0,0
Ne sait pas	2	4,8	0	0,0

A priori, 24 internes (57,2 %) pensaient que le SASPAS était propice à la préparation de travaux de recherche comme la thèse ou le mémoire de DES (tableau 23). Après information, ils étaient 34 à le penser (81,0 %), dont sept des 11 étudiants initialement convaincus du contraire et 4 des 7 indécis. Il y a une différence significative : $p=0,019$. Deux indécis avaient en revanche penché pour l'idée contraire, et 1 ne savait toujours pas. Les 2 nouveaux indécis avaient répondu « plutôt non » avant la réunion.

Tableau 23 : Le SASPAS est-il le stage adapté pour préparer votre thèse ou mémoire ?

	Avant		Après	
	Internes n	%	Internes n	%
Certainement	2	4,8	13	31,0
Plutôt oui	22	52,4	21	50,0
Plutôt non	10	23,8	5	11,9
Certainement pas	1	2,4	0	0,0
Ne sait pas	7	16,7	3	7,1

Les remarques libres sur le SASPAS concernent surtout le nombre insuffisant de SASPAS, et la difficulté de réaliser un stage à la carte.

Le manque de SASPAS disponibles poussait même un étudiant à ne plus souhaiter faire ce stage après la réunion.

Un stage réellement à la carte semble difficile à organiser (contraintes administratives, agrément, ...), mais rien n'empêche d'en faire la demande et de voir ce qui est possible.

SASPAS pas assez nombreux.

SASPAS à développer.

Il n'y en a pas assez.

Pas assez de SASPAS ouverts.

Manque de SASPAS.

Nombre insuffisant de SASPAS, Serait-il possible de mixer un SASPAS et des consultations chez un spécialiste en ambulatoire ?

Pas assez de SASPAS ouverts pour tous les étudiants.

4.4 Évaluation de la réunion

La réunion a permis à 100 % des étudiants de mieux connaître les possibilités de stage ambulatoire (tableau 24), même si l'apprentissage n'est que partiel pour 23,4 % d'entre eux.

Tableau 24 : la réunion vous a t'elle permis de mieux connaître les possibilités de stage ambulatoire ?

	Internes	
	n	%
Oui	32	76,2
Partiellement	10	23,8
Non	0	0

Elle a donné à 90,5 % des étudiants des arguments pour faire leur choix de stage ambulatoire (tableau 25).

Il est intéressant d'analyser les réponses des 11 étudiants qui étaient indécis à la question 9 relative au type de stage ambulatoire envisagé. **Tous considèrent que la réunion les a aidés** à faire leur choix (partiellement ou totalement). Pourtant, 4 étaient toujours indécis sur cette même question après l'information (questions 33).

Tableau 25 : Vous a t'elle aidé à faire votre choix ?

	Internes	
	n	%
Oui	22	52,4
Partiellement	16	38,1
Non	4	9,5

Après la soirée, 88,1 % des internes maîtrisaient mieux les formalités administratives à accomplir pour effectuer le Stage Ambulatoire (tableau 26).

Tableau 26 : Vous sentez vous plus à l'aise concernant les formalités à accomplir ?

	Internes	
	n	%
Oui	13	31,0
Partiellement	24	57,1
Non	5	11,9

La durée de la réunion était satisfaisante pour 52,4 % des étudiants, et trop longue pour 45,2 % (tableau 27).

Parmi ceux qui la trouvaient trop longue, 5 (31,1 %) envisageaient un stage ambulatoire hospitalier, 9 (47,4 %) un SASPAS, 2 (10,5 %) un autre stage extra-hospitalier et 3 (15,8 %) ne savent pas.

Tableau 27 : Comment jugez-vous la durée de la réunion ?

	Internes	
	n	%
Satisfaisante	22	52,4
Trop courte	0	0,0
Trop longue	19	45,2
Ne sait pas	1	2,4

Le contenu de l'information a satisfait 97,6 % des étudiants (tableau 28).

Tableau 28 : L'information fournie par le diaporama répond aux attentes des étudiants :

	Internes	
	n	%
Oui	25	59,5
Partiellement	16	38,1
Non	1	2,4
Ne sait pas	0	0,0

Le débat a satisfait 95,2 % des participants (tableau 29).

Tableau 29 : Le débat a t'il apporté des réponses supplémentaires ?

	Internes	
	n	%
Oui	19	45,2
Partiellement	21	50,0
Non	2	4,8
Ne sait pas	0	0,0

Trente-huit internes (90,5 %) attendaient des renseignements supplémentaires. Parmi eux 28 (73,7 %) auraient souhaité avoir plus de renseignements concernant les **formalités administratives**. Les cinq internes qui ne se sentaient pas à l'aise avec ce point à la question 30 se retrouvent ici. **L'organisation générale du SASPAS** aurait pu être approfondie selon 6 participants (15,8 %), et l'exposé du **déroulement de chaque SASPAS** pour 21 d'entre eux (55,3 %). Un étudiant a ajouté dans les commentaires qu'il aurait souhaité plus d'informations sur les DESC.

Les quatre étudiants qui n'ont pas souhaité voir un point plus explicité ont pourtant trouvé que la durée de la réunion était satisfaisante. Tous les internes qui l'ont jugée trop longue ont tout de même cité un item à développer plus précisément.

Les commentaires libres concernant la réunion étaient:

La réunion aurait dû être faite plus tôt dans l'année

Aurait dû être faite plus tôt dans l'année

Les débats entre les MDS ne contribuent en rien à l'information des internes ni à la « promotion du SASPAS » ! Il faut aussi rappeler qu'il existe des internes qui ne souhaitent pas faire de SASPAS et qui ne seront pas forcément de mauvais médecins généralistes.

Merci Delphine !

Très bonne initiative

J'aurais aimé entendre un peu plus les réponses des différents MDS qui ont fait l'effort de se déplacer, et de Delphine qui a réalisé un travail de fond et qui était à même d'apporter des réponses concrètes

4.5 Synthèse des résultats

Parmi les 42 internes présents, **32 envisageaient déjà d'exercer la Médecine Générale** avant la formation, 3 pensaient exercer en milieu hospitalier exclusivement.

Près de **la moitié souhaitait faire un SASPAS**, la réunion n'a que peu modifié les opinions.

En revanche, le **projet professionnel** était envisagé 39 étudiants contre 17 en début de soirée, bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif.

Un quart des internes souhaitait s'inscrire à un **DESC**, principalement ceux qui envisageaient un stage ambulatoire hospitalier, et la soirée n'a pas influencé pas cette position.

Elle n'a pas non plus modifié le type de **stage ambulatoire** visé.

En revanche, la **vision du SASPAS** était déjà positive pour 71,4 % des internes, et était encore meilleure après (88,1 %), surtout chez ceux qui envisageaient de faire un stage hospitalier ou qui ne s'étaient pas encore décidés.

Les points négatifs étaient essentiellement l'éloignement géographique et le sentiment d'exploitation.

Les aspects positifs mis en avant étaient la mise en situation concrète, l'autonomie et l'encadrement par des professionnels de Médecine Générale.

Les connaissances des étudiants proviennent essentiellement du **bouche-à-oreille**, seul un tiers des étudiants a reçu des informations de la **faculté**.

Après la soirée, les étudiants déclaraient mieux connaître les **modalités pratiques du SASPAS** (nombre de praticiens, lieux de stage, emploi du temps, charge de travail, modalités d'encadrement et de formations supplémentaires).

Ils étaient déjà convaincus de l'intérêt pédagogique du SASPAS en matière de **connaissances médicales théoriques**, de gestion des **consultations**, et de **gestion administrative** du cabinet.

En revanche, seul un peu plus de la moitié des étudiants considérait le SASPAS intéressant pour l'apprentissage des **gestes techniques** et pour le **travail de recherche** (thèse ou mémoire) ; ils étaient plus de **80 %** après la réunion.

Tous les étudiants maîtrisaient mieux les possibilités de stage ambulatoire. Neuf étudiants sur 10 appréhendaient mieux les **formalités administratives** et pensaient que la soirée les avait aidés à faire leur choix.

Malgré tout, un peu moins de la moitié des étudiants a trouvé la réunion **trop longue**. La moitié pensent que le **débat** n'a apporté que partiellement des réponses complémentaires.

Ils auraient aimé approfondir les formalités administratives, l'organisation générale des SASPAS et le déroulement de chaque SASPAS existant.

Les commentaires libres les plus fréquents concernaient le nombre insuffisant de SASPAS disponibles et le souhait de pouvoir réaliser un stage « sur mesure » en fonction des besoins personnels.

5 Discussion

5.1 Limites théoriques et méthodologiques

5.1.1 *La réunion*

Deux points nous ont interpellés concernant le déroulement de la réunion.

Une participation contrastée des intervenants

Seul trois IMG ayant déjà réalisé leur projet professionnel ont répondu à l'appel.

Ces étudiants ayant majoritairement terminé leur internat, leur était-il difficile d'être disponible un soir de semaine à Nancy ? Cela témoigne-t-il d'un manque d'enthousiasme des étudiants à partager leur expérience avec les plus jeunes au cours d'une telle soirée ? L'invitation n'était-elle pas assez attrayante ou explicite ?

En revanche, 11 MDS s'étaient rendus disponibles. Presque tous les SASPAS étaient représentés. Cela témoigne de l'intérêt qu'ils portent au SASPAS. Dans le mémoire de DES sur le vécu des internes en SASPAS en Lorraine (18), on a pu observer que les étudiants n'avaient pas noté de difficulté à exprimer leur opinion, et que la relation avec les MDS était très satisfaisante (note de $8,64 \pm 1,28$ sur 10). On peut estimer que les MDS lorrains sont assez ouverts et dynamiques. Ils sont acteurs du bon déroulement de leur SASPAS.

Dans de nombreuses autres facultés, il n'y a pas ou peu de dialogue entre les étudiants et les praticiens. C'est une chance pour les IMG lorrains de pouvoir dialoguer, exprimer leurs attentes, leurs doutes, etc.

Un débat à poursuivre

De nombreux internes et quelques Maîtres de Stage nous ont exprimé après la fin de la réunion leur déception quant au débat. Cela ne s'était manifesté que par deux commentaires, qui regrettaient une trop faible participation des « autres MDS ». En effet, seuls les MDS du DMG avaient pris la parole, et quelques questions d'IMG étaient restées sans réponses.

Ainsi, les formalités à exécuter en cas de création d'un nouveau projet professionnel n'étaient pas si claires que ce que nous avons pu indiquer dans le diaporama. Certains membres du

DMG avaient infirmé quelques informations. Il semblait en fait que chaque projet devait être discuté et élaboré avec le DMG pour être sûr qu'il soit réalisable.

De plus, certains internes étaient intéressés par la possibilité de faire des consultations de spécialité en ambulatoire (en rhumatologie, gynécologie, dermatologie par exemple) et il semblait qu'à ce moment, le DMG ne l'envisageait pas. À noter que dans plusieurs facultés, cela était possible et encouragé. Le financement de SASPAS mixtes avec une telle activité étaient assurés par la DRASS.

Le débat sur ce point n'est pas clos et mérite d'être poursuivi. À l'avenir, il faudra cependant veiller à mieux réguler les temps de parole. Pour cette soirée, personne n'était désigné comme modérateur.

5.1.2 *Le matériel*

5.1.2.1 **Le questionnaire**

Il comporte de nombreuses imperfections. Cependant, il avait le mérite d'être rapide à remplir (tous les internes ont pris le temps de le remplir en fin de soirée) et compréhensible (toutes les questions ont été traitées).

Quelques questions étaient cependant mal formulées et ont pu poser des difficultés aux étudiants.

La question 7 concernait le mode d'exercice envisagé : une seule réponse était demandée. En fait, 3 internes ont coché 2 cases, correspondant à un souhait d'exercice mixte.

Nous avons tout de même pris en compte ces réponses, mais il aurait fallu proposer aux étudiants un exercice mixte et leur demander de préciser lequel, soit en proposant plusieurs domaines d'activité, soit au moyen d'une question ouverte.

Les questions sur les raisons des *a priori* positifs et négatifs étaient censées être traitées par ceux qui avaient répondu respectivement « très ou plutôt positif » et « très ou plutôt négatif ». En fait, un étudiant indécis sur sa vision du SASPAS a tout de même donné des *a priori* positifs et négatifs, ce qui finalement expliquait son indécision. De même, certains étudiants ayant une perception négative ont malgré tout souligné des points positifs du SASPAS.

Cela confirme que les étudiants n'avaient pas encore tous les arguments pour se forger une opinion objective du SASPAS. Ces questions auraient dû être répétées dans le 2^e

questionnaire, pour expliciter la perception du SASPAS après la réunion. Nous aurions pu demander par exemple quels étaient les points sous-tendant une vision positive puis négative. A noter que dans les sources d'information, nous avons oublié de proposer le RAOUL-IMG, qui, par le biais de son site, du guide de l'interne ou oralement, est souvent un interlocuteur privilégié des étudiants.

Certaines questions étaient un peu trop générales, amenant un biais de précision dans les réponses.

Par exemple dans la question : « La réunion t'a t'elle apporté une aide à faire ton choix ? » pour laquelle aucune précision n'était demandée. Presque tous les étudiants avaient répondu oui, mais parmi les 11 qui n'avaient pas fait leur choix, 4 restaient indécis à l'issue de la soirée. Pour les autres, peu avaient modifié leur souhait initial.

Nous pouvons alors nous demander en quoi la réunion les a aidés à faire leur choix, est-ce pour le choix de leur stage ambulatoire, pour sa préparation, son contenu ?

Les questions sur la connaissance des modalités pratiques et pédagogiques du SASPAS n'étaient pas assez précises non plus. Nous interrogeons les IMG pour savoir s'ils maîtrisaient un point particulier sans s'en assurer réellement. Nous aurions pu les interroger au moyen de questionnaires à choix multiples. Au lieu de demander « connaissez-vous le nombre de praticiens entrant dans la composition d'un SASPAS ? », nous aurions pu demander : « combien de praticiens composent un SASPAS ? » en proposant plusieurs réponses « 1/2/3/4/5/6/7/8 ». Dans d'autres cas, des questions ouvertes aurait permis de vérifier ces connaissances : « d'après toi, quelles sont les modalités de supervision au cours du SASPAS ? ».

Quand aux réponses ouvertes, nous aurions pu laisser un espace dédié aux questions non résolues, où les IMG auraient pu laisser leurs coordonnées s'ils l'avaient désiré que nous les contactions pour leur apporter les réponses disponibles.

5.1.2.2 L'effectif

Les étudiants de 1^{er} à 5^e semestre conviés étaient au nombre de 192, seuls 42 ont répondu à l'appel. Le taux de non-participation était donc élevé (78,1 %).

Cette faible participation révélait-elle un manque d'intérêt de la part des étudiants ? Se considéraient-ils suffisamment informés sur le stage ambulatoire, ou au contraire ne se sentaient-ils pas concernés par ces questions ?

Lors de la préparation de cette réunion, nous avons envisagé les différentes possibilités permettant de rassembler un maximum d'IMG.

La réunion n'était pas obligatoire et ne pouvait l'être. Nous avons discuté de la possibilité de valider une action de FMC (Formation Médicale Continue), ou de l'intégrer à un séminaire du DMG. Le conseil scientifique avait refusé ces options, mentionnant que même les séminaires, auxquels la participation entre en compte dans la validation du troisième cycle, n'attiraient pas la totalité des étudiants. Quand aux séances de FMC, elles répondent à des critères pédagogiques particuliers et nécessitent d'être agréées.

Il est certain que cela a entraîné un important **biais de sélection** : la proportion d'internes intéressés par le sujet et surtout en ce qui nous concerne, par le SASPAS est plus importante dans notre échantillon.

De plus, avec un si petit effectif, l'analyse du croisement des réponses a fourni des résultats **peu significatifs**. Cependant, notre étude cherchait plutôt à dégager une tendance.

En répétant cette réunion sur plusieurs années, nous pourrions avoir plus de sondés et obtenir des résultats plus significatifs.

5.1.3 *La méthode d'évaluation*

Les résultats ont été recueillis directement après la réunion. L'évaluation à chaud sous-entend la possibilité conférée aux bénéficiaires de s'exprimer et de donner leurs avis. L'acte d'évaluer, à ce niveau, porte sur le contenu de la formation, sa durée, son rythme, l'apport des formateurs, les méthodes utilisées et en général l'ambiance dans laquelle s'est déroulée la formation.

Elle comprend :

- l'évaluation de satisfaction,
- l'évaluation des connaissances et capacités acquises à la fin de la formation.

Le fait de faire cette post-évaluation à chaud présente plusieurs intérêts :

- les faits sont encore présents, les personnes ont encore en tête les motifs de leurs actions ;

- les personnes sont encore « dans le feu de l'action » et peuvent être moins susceptibles de se censurer ;
- les éléments sont collectés dans un délai court, ce qui permet une rétroaction rapide ;
- le fait de s'exprimer peut permettre de faire baisser la pression, le stress accumulé.

Les inconvénients sont :

- l'absence de recul ;
- l'environnement n'est pas totalement maîtrisé, il n'est pas forcément propice à l'expression (par exemple bruit ambiant) et peut poser des problèmes de discrétion ;
- parfois il y a même absence de résultats nécessaires et suffisants pour tirer des conclusions.

L'évaluation à chaud n'est pas significative à elle seule. Elle se limite à apprécier la satisfaction des apprenants qui ne reflète pas forcément l'efficacité de la formation. Ainsi, on assiste à l'adoption d'une conception erronée, mais souvent et implicitement adoptée, selon laquelle les praticiens estiment que si les réactions sont favorables, on peut considérer que la formation est réussie et qu'elle génère des apprentissages, alors que si les réactions sont défavorables cela sous-entend que les résultats de la formation sont en deçà des attentes (9).

Les résultats qui découlent de ce moment sont subjectifs dans la mesure où, si un des éléments de la formation est mal perçu par les participants, cela peut influencer négativement leur perception et leur jugement par rapport à la formation. C'est pour cette raison que la subjectivité d'une opinion ne peut remplacer l'objectivité des résultats (45).

Cependant, le recueil d'opinion reste un moyen qui révèle les grandes tendances en fournissant des indications importantes concernant l'atteinte des objectifs pédagogiques.

Cette méthode d'évaluation correspond donc bien aux objectifs de notre étude, qui était d'améliorer les connaissances sur le SASPAS et d'observer l'impact de cette soirée sur la perception de ce stage chez les participants.

5.2 Discussion des résultats

5.2.1 Présentation de la population d'internes

Des internes jeunes et inexpérimentés

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 26,6 ans, ce qui est plus faible que la moyenne d'âge des étudiants en 3^e cycle (27,7 ans) (25). Cependant, dans notre échantillon, les étudiants étaient presque exclusivement en 1^{er} et 3^e semestre (équivalent à des TCEM 1 et 2), donc plus jeunes qu'une population globale de troisième cycle comprenant aussi des TCEM 3.

Un peu plus des deux tiers des participants étaient en 3^e semestre. Ils devaient donc s'engager dans un projet professionnel pour le mois de septembre 2008 soit 6 mois plus tard. Cela explique sûrement le commentaire précisant que la réunion aurait dû avoir lieu plus tôt dans l'année universitaire. Cependant, si l'on regarde les modalités pratiques de choix à Nancy, il n'est pas trop tard pour commencer à réfléchir à un projet professionnel en mars.

Seuls 3 IMG avaient déjà validé leur stage chez le praticien. Nous n'avons pas interrogé les internes sur leur semestre en cours et il est certain que, compte tenu de la proportion élevée de 3^e semestres, cela concernait un nombre non négligeable d'étudiants. Ainsi, 6 étudiants signalaient avoir obtenu des informations sur le SASPAS provenant de leurs maîtres de stage lors du stage chez le praticien, mais nous ne pouvons conclure sur l'impact positif ou négatif de cette source.

Dans les travaux de A. FLACHER et N. BAUDE (10) auprès de 827 étudiants en troisième cycle, plus de 60 % des étudiants avaient déjà effectué ce stage. Ils ont aussi observé que les internes de TCEM3 s'orientaient d'avantage vers la médecine générale libérale que leurs cadets, de même que ceux qui avaient réalisé le stage chez le praticien, avec des différences statistiquement significatives.

Nous pouvons donc supposer que l'impact de ce stage est plutôt positif sur la perception du SASPAS, mais cela reste à démontrer.

Féminisation

Le taux de féminisation de 76,2 % était proche de celui de la population globale des internes conviés à la soirée (68,7 %).

Ce taux n'était pas représentatif par rapport au taux national. En effet, la part des femmes ayant choisi la spécialité Médecine Générale à l'issue de l'ECN, était de 61.5 % en 2004 et de 58.1 % en 2005 (7). Cependant il s'inscrit dans l'évolution croissante du taux de féminisation, comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce travail.

Au moment de la réunion, les étudiants qui n'avaient pas de semestre en retard étaient en 1^{er}, 3^e ou 5^e semestre. On constate que les étudiants en 2^e et 4^e semestre étaient exclusivement des femmes. On peut supposer que les femmes perdent plus souvent un semestre que les hommes, notamment pour des raisons personnelles (maternité). Cela va dans le sens des conclusions des travaux de A. FLACHER et N. BAUDE (10) montrant que les femmes énonçaient plus fréquemment des raisons personnelles pour justifier leurs choix professionnels.

Dans les travaux de B. FROU, la durée des études (délai PCEM 1 – fin du TCEM) dans la population féminine était nettement plus courte avec une différence de 0,9 année (9,92 années contre 10,82 années pour les hommes), mais les hommes soutenaient plus rapidement leur thèse après la fin du troisième cycle que leurs consœurs (1,75 contre 2,29 années pour les femmes). Il semblerait que, dans son échantillon, les femmes achevaient leur cursus universitaire plus rapidement que les hommes pour ensuite « grignoter » de leur avance entre la fin du TCEM et la soutenance de la thèse. Ces résultats le laissaient penser que la naissance du premier enfant survient fréquemment entre la fin des études et la soutenance de la thèse.

Situation familiale

Dans notre échantillon, 20 IMG étaient en couple (47,6 %) et 2 avaient des enfants à charge (4,8 %). Ces 2 internes étaient en 3 et 4^e semestre. Dans sa thèse, M. MÉRIC objectivait que 54 % des IMG étaient en couple, (mais seulement 21 % des TCEM 2, population majoritaire de notre échantillon), et que 14 % avaient des enfants à charge (10 % en TCEM 2).

Le fait d'être en couple, et plus forte raison d'avoir des enfants, modifie le choix des stages en poussant les internes à rechercher des lieux de stage plus proche de leur domicile que de leurs besoins pédagogiques.

5.2.2 Projets professionnels des étudiants

Dans notre échantillon, 76,2 % des étudiants envisageaient déjà d'exercer la Médecine Générale en **ambulatoire** avant la formation. Ils étaient 50 % à l'envisager en 1^{er} semestre, 72 % en 3^e et 100 % en 4^e et 5^e semestre.

Parmi eux, 9,4 % projetaient un **exercice mixte** en associant une activité libérale à une autre activité (hospitalière, PMI ou HAD).

Dans les travaux de M. MÉRIC (23), 67 % des étudiants interrogés déclaraient vouloir s'installer en Médecine Générale. En TCEM1, ils étaient 83 %, en TCEM 2, année où la plupart effectue leur premier stage de 6 mois en médecine générale, ce taux montait à 97 % pour s'effondrer à 46 % en TCEM 3. Elle expliquait ce résultat par l'angoisse générée par les premiers remplacements, l'affrontement à la réalité du métier et des contraintes qui pèsent sur la vie du praticien, la peur de s'engager définitivement pour une trentaine d'années, l'incertitude du devenir de la profession de généraliste, la découverte de l'activité de remplacement souple, moins contraignante administrativement, lucrative, avec une offre importante.

Dans notre population d'interne, 14,3 % envisageaient une **activité à temps partiel**, que ce soit en médecine générale ambulatoire ou en hospitalier. Ce taux est comparable à celui de 18,9 % obtenu par M. MÉRIC auprès des TCEM 1 et 2 (les étudiants de TCEM 3 étaient plus nombreux à souhaiter travailler à mi-temps, mais la différence n'était pas statistiquement significative). Dans l'enquête lorraine de B. AUBERTIN (1), ce taux s'élève à 38 % pour ceux qui s'orientent vers la Médecine Générale et 71 % pour ceux qui envisagent un exercice hospitalier !

Nous avons aussi constaté que cela concerne 5 femmes pour 1 homme, ce qui confirme les données de notre première partie : 25 % des femmes travaillent à temps partiel contre 2 % des hommes (26).

Nous observons que 16,7 % des participants souhaitaient exercer une **activité salariée**, ce qui est inférieur au résultat de 35 % dans l'étude de M. MÉRIC. Mais elle montrait que ce mode d'exercice était de plus en plus prisé au fur et à mesure des années : 40 % en TCEM 3 contre 0 et 17 % en TCEM 2 et 1, or notre population était quasi exclusivement en TCEM 1 et 2. Les services hospitaliers les plus cités étaient les urgences, la médecine interne et la gériatrie.

Un étudiant sur 4 souhaitait s'inscrire à un **DESC**, principalement le DESC de Médecine d'Urgence puis le DESC de Soins Palliatifs et celui de Nutrition, puis le DESC de Maladies Infectieuses. Comme nous pouvions nous y attendre, les SASPAS n'intéressaient pas ceux qui souhaitent faire un DESC.

B. AUBERTIN souligne dans son travail que 48 % des IMG lorrains envisagent une formation complémentaire en DESC d'urgences (1).

M. MÉRIC retrouvait 1/3 des étudiants dans ce cas dans son enquête. Comme dans notre travail, le DESC le plus plébiscité était le DESC de médecine d'urgence, mais il était suivi du DESC de médecine vasculaire puis de celui de gériatrie.

Le DESC de gériatrie est un DESC de type 2, ce qui signifie que l'étudiant renonce définitivement à exercer la médecine générale. Seul 1 interne envisage cette opportunité dans notre échantillon.

Selon l'ISNAR-IMG, le nombre d'inscrits en DESC est estimé à 188 (3). Rapporté au nombre total d'internes de médecine générale, cela semble faible. On peut toutefois souligner la forte attractivité du DESC de médecine d'urgence. Pour l'instant, et en attendant une actualisation de ces données, une fuite massive de la médecine générale de premier recours via les DESC n'est pas objectivée.

En revanche, l'éloignement de l'exercice de médecine générale de premier recours existe de toute façon via les capacités dont les intitulés sont parfois très proches de ceux des DESC, avec des cours théoriques souvent communs.

À noter que 14,3 % des internes n'avaient encore aucune idée du type d'exercice qu'ils envisageaient. Dans les travaux de M. MÉRIC, nous constatons que le projet d'installation était surtout mal défini chez les TCEM 1 et 2 : 97 % et 93 % n'avaient pas de perspectives concrètes. En TCEM 3, les projets s'affirmaient mais il restait 63 % des étudiants dans l'expectative malgré l'imminence de la fin des études.

5.2.3 Les internes et le SASPAS

5.2.3.1 Des internes déjà motivés par le SASPAS

Les internes avaient une perception plutôt positive du SASPAS, avant comme après la réunion.

Ils mettaient en exergue la **mise en situation concrète** et l'**autonomie**. L'**encadrement par des professionnels**, la **relation médecin-patient** et la possibilité d'apprentissage auprès de **plusieurs praticiens ayant des pratiques variées** étaient aussi cités.

Les internes avaient donc conscience de la fonction de ce stage de **transition idéale entre la formation théorique et leur exercice futur**. Dans une enquête nationale auprès des étudiants en SASPAS menée par C. PONSOT en 2006 (28), 92 % pensaient que le SASPAS les aurait aidés à remplacer plus sereinement.

Ils attachaient une place importante à la formation par les pairs, à la transmission de l'expérience, au compagnonnage.

Ils étaient déjà conscients qu'il permet d'améliorer les **connaissances médicales** théoriques, la réalisation de **gestes techniques**, la gestion d'une **consultation** et la **gestion administrative** du cabinet.

Un peu plus de la moitié pensait qu'il est propice à la réalisation de **travaux de recherche** comme la thèse, le mémoire, etc.

Dans les commentaires, nous constatons un souhait de terrains de stage « à la carte ». Les internes attendaient beaucoup du SASPAS et souhaitaient qu'il réponde à leurs besoins propres. Le Dr BRAUN a étudié les attentes de 230 étudiants ; la quasi-totalité plébiscitait des SASPAS mixtes (6). A l'échelle nationale, C. PONSOT a objectivé que 45 % des étudiants en SASPAS ont eu accès à des consultations de spécialité (principalement en gynécologie, en dermatologie, en pédiatrie et en rhumatologie), 57 % ont pu profiter d'une formation à la médecine de collectivité (PMI, centre de planification familiale, médecine scolaire) (28).

Il est donc possible de créer des stages adaptés aux besoins en formation spécifique de chaque étudiant.

5.2.3.2 Des craintes persistent

Les *a priori* négatifs étaient d'emblée peu présents puisque ne concernent que 6 étudiants sur 42.

Parmi eux, on retrouve les **contraintes géographiques**. Dans l'enquête sur le SASPAS en Lorraine, les difficultés engendrées par cet éloignement ont été estimées à 2,21 sur 10 (0 correspondant à l'absence et 10 au maximum de difficulté), mais avec une gêne inférieure lorsque le SASPAS était choisi dans le cadre d'un projet professionnel. Ainsi, il a même été cité comme un atout du SASPAS grâce à la diversité des modes d'exercice auxquels les

internes peuvent être confrontés. **L'éloignement ne représente plus un obstacle si la supervision est de bonne qualité** et si les étudiants ressentent le bénéfice qu'ils retirent d'un stage plus varié. Dans sa thèse, S. BEHAR observait que 86,7 % des étudiants considéraient le milieu d'exercice de leur maître de stage comme un important critère du choix du stage chez le praticien (2). Cela laisse supposer que les étudiants ont déjà une idée assez précise du secteur géographique au sein duquel ils désirent exercer. Du moins, ils veulent certainement affiner certaines représentations et se confronter à un type d'activité qui les attire dans leurs projets.

Les internes ont aussi évoqué le **sentiment d'exploitation**. Dans notre mémoire, 5 étudiants sur 14 avaient parfois eu la sensation d'effectuer un remplacement et 2 y ajoutaient un sentiment d'exploitation. Ils expliquaient cela par une supervision insuffisante, des MDS trop absents ou peu joignables.

Ces conclusions sont à rapprocher d'un autre point négatif avancé par les internes de notre échantillon : le **manque d'encadrement**. En réalité, notre enquête sur le vécu du SASPAS montrait que l'enseignement était globalement satisfaisant, avec une note de 8/10. Mais cette note était supérieure en cas de SASPAS choisi comme projet professionnel.

Dans les travaux du Dr RIOL (40), les jeunes médecins généralistes installés ayant choisi de ne pas effectuer un SASPAS expliquaient leur décision principalement par l'absence d'apport pédagogique de ce stage en comparaison avec le stage chez le praticien ou un remplacement !

Malgré tout, même si la vision du SASPAS dans notre échantillon concorde avec les préoccupations des internes ayant déjà réalisé un SASPAS, nous avons observé que les étudiants de notre échantillon ne connaissaient pas ce stage en détail.

5.2.4 Une formation utile

5.2.4.1 Les acquis des étudiants

La **source d'information** majoritaire était le « bouche-à-oreille », que cela provienne d'autres internes (ayant ou non fait un SASPAS, souhaitant ou non en faire un), ou de praticiens (maîtres de stage). Il s'agissait donc d'une information subjective, qui orientait la perception

de l'étudiant de manière positive ou négative selon l'interlocuteur. De plus, les renseignements transmis pouvaient être erronés.

Seul 1 étudiant sur 3 estimait avoir été informé par la faculté. Or, elle seule peut renseigner les étudiants de manière exacte, en temps réel, puisque c'est elle qui valide les projets.

5.2.4.2 La découverte du projet professionnel

Nous constatons que la soirée a permis aux étudiants de prendre conscience de l'intérêt et des possibilités qu'offre la réalisation d'un **projet professionnel** pour leur stage ambulatoire, quel qu'il soit. Ainsi, **92,9 % d'entre eux envisageaient d'en construire un en fin de réunion contre 40,5 au début**. Ce point est primordial, puisque dans l'enquête sur le vécu de SASPAS, les résultats de satisfaction sont supérieurs lorsque le stage s'inscrit dans le cadre d'un tel projet. Les internes devenant acteurs de leur formation, ils sont plus à même d'accepter certaines contraintes inhérentes à certains stages.

5.2.4.3 Une amélioration de la connaissance du SASPAS

Concernant les modalités pratiques du SASPAS, nous pouvons observer que les internes ont pu appréhender le nombre de praticiens le composant, les lieux de stage possibles, l'emploi du temps, la charge de travail, les modalités d'encadrement et de supervision et les autres modes de formation. Même si aucun résultat n'est significatif, on observe qu'en post-test, peu d'internes pensaient connaître « très peu » ou « pas du tout » ces différents points (maximum 14 % contre souvent plus de 50 % en pré-test).

La soirée a permis aux étudiants de découvrir les modalités pédagogiques du SASPAS et même si les résultats à ces questions étaient déjà positifs en pré-test, la quasi-totalité des étudiants s'accordait à penser que le SASPAS permettait d'améliorer les connaissances médicales théoriques, la réalisation de gestes techniques, la gestion d'une consultation et la gestion administrative du cabinet. Huit étudiants sur 10 le considéraient comme adapté pour les travaux de thèse ou mémoire. Pour toutes ces questions, les différences sont significatives ($p < 0,05$).

5.2.4.4 Un bilan positif

L'évaluation des apprentissages révèle que tous les étudiants pensaient mieux connaître les possibilités de stage ambulatoire.

Le contenu de l'information satisfaisait la quasi-totalité des étudiants. Cependant, 90,5 % attendaient des informations supplémentaires.

Les chapitres à développer pour envisager une future soirée sont les formalités administratives et le déroulement de chaque SASPAS existant.

Concernant les **formalités administratives**, les informations du document de présentation avaient parfois été infirmées par les membres du DMG, entraînant une certaine confusion dans l'esprit des participants. Nous pourrions envisager de fournir aux étudiants un document de synthèse résumant les différentes formalités et leurs échéances.

Le **déroulement de chaque SASPAS** aurait été difficile à développer au cours d'une seule soirée. D'autant que la durée de la réunion a été jugée trop longue par 45,2 % des participants. Il pourrait être développé au cours d'une après-midi « forum » qui permettrait aux étudiants de rencontrer les MDS.

Des commentaires encourageaient à poursuivre cette réunion chaque année, mais peut-être plus tôt dans l'année, pour que les étudiants puissent avoir plus de temps pour concevoir leur projet.

6 Conclusion et perspectives

6.1 Pérenniser cette réunion

L'information sur le SASPAS permet aux étudiants de le choisir en toute connaissance de cause. Il en va de son bon déroulement.

Il existe une demande d'information de la part des étudiants.

En février 2009 a eu lieu une 2^e réunion, organisée par le DMG en partenariat avec le RAOUL-IMG. Elle avait à nouveau pour objectif d'informer les étudiants sur les modalités pratiques du projet professionnel. Aucun travail d'évaluation n'a été mené lors de cette rencontre.

Le DMG a envoyé un document de synthèse aux étudiants, précisant pour chaque type de projet professionnel les formalités à accomplir et les échéances.

6.2 Promouvoir les projets personnels

Dans certaines régions, il n'était encore pas possible de faire un vrai projet professionnel. Les stages étaient encore proposés par la faculté en fonction des demandes des maîtres de stage et des possibilités de financement. Les étudiants continuaient à les choisir en fonction de leur rang de classement plus que de leurs ambitions professionnelles. La situation à Nancy était déjà privilégiée, avec un DMG dynamique et ouvert aux étudiants. Les stages réellement à la carte comme l'avaient souhaité certains étudiants sont déjà en train de se mettre en place.

6.3 Développer les SASPAS

Avec l'augmentation progressive du numerus clausus (il sera porté à 8000 en 2009), les étudiants sont de plus en plus nombreux. Comme nous l'avons vu dans la première partie, de nombreuses facultés sont sur le point de modifier les modalités de choix des SASPAS.

Le nombre total de SASPAS souhaités d'après ce questionnaire correspondait au nombre de SASPAS disponibles au moment de la réunion, soit 16 intentions à répartir sur 2 semestres... Sans compter que seuls 29 sur 68 étudiants en 3^e semestre étaient présents et qu'il y aurait sûrement d'autres demandes de SASPAS à prévoir.

En novembre 2008, 13 SASPAS ont été attribués, et 13 autres sont prévus pour mai 2009. Si nous considérons un flux de 30 % de SASPAS, **nous devrions proposer 15 SASPAS par semestre pour la promotion de TCEM3 en 2008.**

Il devient urgent et nécessaire d'augmenter le nombre de SASPAS afin de pouvoir répondre à la demande des internes. Mais cela implique de trouver des MDS et un financement pour ces stages supplémentaires.

Concernant les maîtres de stage, à l'heure actuelle, ils sont en général recrutés parmi ceux qui accueillent déjà un stagiaire en stage chez le praticien. Ainsi, ils ont déjà une approche pédagogique et une formation pédagogique (DIU de Pédagogie Médicale). D'autres praticiens sont devenus Maîtres de Stage sur demande d'étudiants ou de confrères eux-mêmes MDS. Mais ce réservoir n'est pas infini. Aucune information n'est diffusée de manière systématique à tous les médecins. Cette méthode pourrait peut-être susciter des vocations parmi les médecins qui n'ont aucun contact avec la faculté ou les étudiants.

C'est dans cette optique qu'a eu lieu, le 24 septembre 2008, le lancement officiel de la **campagne nationale de recrutement de maître de stage**, menée par les structures nationales représentatives des étudiants en médecine (ANEMF) et des internes en médecine générale (ISNAR-IMG). Soutenue par le ministère de la Santé, cette campagne vise à recruter 5.000 maîtres de stage parmi les médecins généralistes en exercice.

Concrètement, cette campagne consiste en l'envoi aux 60 000 médecins généralistes de France d'un courrier leur présentant la maîtrise de stage et l'intérêt de ce compagnonnage pour l'avenir de la spécialité. Un support visuel de la campagne a également été élaboré. Il se décline sous la forme d'affiches et de prospectus dont le verso comprend une « fiche pratique » de la maîtrise de stage.

Le financement est aussi une question sensible. Le projet « interne escargot » (ou « sac à dos »), est un nouveau système de financement des postes des internes de Médecine Générale, défendu par l'ISNAR-IMG depuis 2001 (13). Il consiste à sortir du budget des hôpitaux la part correspondant à la rémunération des internes, et de faire gérer cette enveloppe financière par une structure « neutre » (DRASS par exemple). La rémunération deviendrait ainsi indépendante du lieu et du type de stage effectué. En pratique, **« l'interne escargot » est la condition indispensable au développement du stage professionnalisant**, à la possibilité de

faire des stages inter-filières, à la mise en place des DESC, etc. Surtout, la mise en place de l'interne escargot permettra à chaque interne de devenir le libre acteur de sa formation ; plus qu'un outil, c'est une nouvelle vision, une nouvelle philosophie de l'internat.

6.4 Pour promouvoir la médecine générale ambulatoire en milieu rural ?

Les résultats de la thèse de C. RIOL montraient que les étudiants ayant effectué un stage SASPAS s'installaient plus rapidement que les autres (40). Cependant, cette thèse n'a concerné que 36 étudiants. Mais cela suggère que le SASPAS pourrait être un moyen de promouvoir la médecine générale. L'étude de C. RIOL n'a pas permis d'observer l'impact du SASPAS sur l'installation en milieu rural.

Dans sa thèse, B. FROU rappelait que 69 % des médecins généralistes exerçaient dans la région où ils avaient soutenu leur thèse (11), et ses résultats montraient qu'en cas d'installation en exercice libéral, les remplaçants privilégieraient à 75 % un secteur géographique connu pour s'installer. Ainsi, puisque le SASPAS permet de découvrir plusieurs milieux géographiques, plusieurs modes d'exercices, peut-être favorise-t-il l'exercice en milieu rural ?

Il serait intéressant d'étudier le devenir des stagiaires en SASPAS à plus grande échelle pour observer s'ils s'installent plus rapidement ou plus dans milieu rural.

7 Références bibliographiques

- 1 AUBERTIN B. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : enquête auprès des internes du DES. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse. Thèse : Méd : Nancy. 2008, 127
- 2 BEHAR S Influence du stage chez le praticien sur les internes en médecine générale de la faculté de Rennes en 2006. Thèse : Méd : Rennes. 2007, 98
- 3 BÉRLAND Y. Rapport annuel 2006-2007 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. 28 juin 2008, [consulté le 12/08/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/observatoire-national-demographie-professions-sante-ondps/rapports/>
- 4 BERLAND Y. Commission démographie médicale : rapport présenté par le Pr Y Berland. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Commission Démographie médicale 2005 [consulté le 12/08/2008]. Disponible à partir de : URL : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/berland_demomed/rapport.pdf
- 5 BERLAND Y, GAUSSERON T. Mission « Démographie des professions de santé ». Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées 2002 ; 114 p.
- 6 BRAUN-NEVES C. Être ou ne pas être généraliste : Enquête sur les déterminants du projet professionnel chez les internes en médecine générale de la Faculté René Descartes Thèse : méd : Paris V. 2005, 102
- 7 BILLAUT A. Les affectations en troisième cycle des études médicales en 2005 suite aux épreuves classantes nationales. Étude et Résultats [en ligne], mars 2006 ; n°474 [consulté le 27/07/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er474.pdf>

- 8 Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (CNAMTS). Démographie médicale : vers un ciblage des zones de fragilité en Médecine Libérale. Point de conjoncture : la statistique mensuelle en date des soins, Avril 2005 ; 35-36
- 9 DUNBERRY A. PÉCHARD C. L'évaluation de la formation dans l'entreprise. État de la question et perspectives. UQAM/CIRDEP, Février 2007 [consulté le 19/01/2009]. Disponible en ligne à partir de : URL :
http://www.cpmmt.gouv.qc.ca/publications/pdf/RECHERCHE_T3_Dunberry_Pechard.pdf
- 10 FLACHER A., BAUDE N. Exercice médical des futurs médecins généralistes, désirs et attentes des internes. Thèse : Méd : Grenoble. 2007, 5017
- 11 FROU B. Devenir socioprofessionnel des médecins thésés à Lyon entre 2002 et 2004. Thèse : Méd : Lyon 1. 2005, 118
- 12 GALAM E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyse et perspectives. Enquêtes URML, juin 2007
- 13 ISNAR-IMG. Interne Escargot. Document de Propositions. Validées au CA de Boulogne - 6-8 octobre 2006 [consulté le 04/11/2008]. Disponible en ligne à partir de : URL :
<http://www.isnar-img.com/modules.php?name=News&file=article&sid=297>
- 14 KAHN-BENSAUDE I. La féminisation : une chance à saisir. Conseil National de l'Ordre des Médecins 2005 ; 37p.
- 15 KAHN-BENSAUDE I. Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2006. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude 39 juin 2006 [consulté le 20/08/2008]. Disponible à partir de : URL :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php>
- 16 KELLER B. Les médecins libéraux atteints par le syndrome des 35 heures. Le Quotidien du médecin, 4 septembre 2001 ; 6959

17 LATARCHE C, BRIANCON S. Démographie des spécialistes formés par l'internat à Nancy, motivations à rester ou à quitter la région Lorraine : Analyse de la cohorte lorraine 1990-2000. Vandœuvre-lès-Nancy, 2007.

18 LAURENT D. Le SASPAS : Enquête régionale sur le vécu des IMG en stage de novembre 2006 à octobre 2007. Mémoire : Méd : Nancy. 2007

19 LEOPOLD Y. Les médecins se suicideraient-ils plus que les autres ? Conseil de l'ordre du Vaucluse, info ordinale, janvier/février 2003, [consulté le 24/10/2008]. Disponible à partir de : URL : www.aapml.fr

20 LE BRETON-LEROUVILLOIS G, KAHN-BENSAUDE I. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2008. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Paris. Étude 41 [consulté le 04/10/2008]. Disponible en ligne à partir de : URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php>

21 LORANT V, GEERTS C, D'HOORE W. Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ? Belgian Health Care Knowledge Centre. (K.C.E.). Bruxelles. KCE reports 90B. 2008 [consulté le 04/11/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.bdsp.ehesp.fr/base/scripts/ShowA.bs?bqRef=388906>

22 LUCAS-GRABRIELLI V, SOURTY-LE GUELLEC M-J. Évolution de la carrière libérale des médecins généralistes selon leur date d'installation (1979-2001). Question d'Economie de la santé IRDES Avril 2004 ; 81.

23 MERIC M. À propos des perspectives professionnelles des étudiants inscrits en 3ème cycle de médecine générale : enquêtes transversales auprès de 161 étudiants inscrits en 3ème cycle de médecine générale à Montpellier en 2001 et 2006. Thèse : Méd : Montpellier. 2007, 111

24 NEMITZ B. Groupe de travail sur le 6e semestre du 3e cycle de médecine générale. Rapport du groupe Nemitz. [consulté le 09/07/2008]. Disponible à partir de : URL : http://www.snjmg.org/doc_pdf/rapGT6.pdf

- 25 NIEL X. La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002. Etudes et Résultats [en ligne], mars 2002 ; 161 [consulté le 27/09/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er161.pdf>
- 26 NIEL X, VILAIN A. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques. Etudes et Résultats [en ligne] mai 2001 ; 114, [consulté le 19/09/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er114.pdf>.
- 27 ONPDS. Le rapport 2004. Synthèse générale. 2 juillet 2004. [consulté le 13/08/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/observatoire-national-demographie-professions-sante-ondps/rapports/>
- 28 PONSOT C. Évaluation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé (SASPAS) en 2006 : enquête nationale auprès des internes de médecine générale. Thèse : Méd : Besançon. 2006, 69.
- 29 République Française. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. JO n°72 du 26 mars 1997 page 4684
- 30 République Française. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JO du 27 octobre 2001 p.16963
- 31 République Française. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, Annexe V. Maquette du DES de Médecine Générale. JORF n°233 du 6 octobre 2004 page 17076
- 32 République Française. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif aux missions, à la composition, à la désignation des membres et au fonctionnement de la commission de subdivision. JORF n°240 du 14 octobre 2004 page 17514
- 33 République Française. Arrêté du 23 Novembre 2006, pris en application de l'arrêté de 1997 concernant le stage de second cycle de médecine générale. J.O. n°273 du 25 Novembre 2006, p. 17696

- 34 République Française. Arrêté du 16 octobre 2007 portant affectation des internes ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales au titre de l'année universitaire 2007-2008. JO n°259 du 8 novembre 2007 p.18332
- 35 République Française. Circulaire n°192, du 26 avril 2004, relative à l'organisation du Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
- 36 République Française. Ministère du Travail et des Affaires Sociales. Décret no 97-494 du 16 mai 1997 modifiant le décret no 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF n°115 du 18 mai 1997 p.7537
- 37 République Française. Décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JO du 18 janvier 2004 p.01394
- 38 République Française. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n°190 du 17 août 2004 p. 14598
- 39 République Française. Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale. JO n°0034 du 9 février 2008 p. 2454
- 40 RIOL C. 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. Thèse : Méd : Lyon 2. 2008, 54
- 41 SAMSON A. La dispersion des honoraires des omnipraticiens : analyse sur la période 1983-2004. Etudes et Résultats [en ligne] avril 2006 ; 482 [consulté le 26/08/2008]. Disponible à partir de : URL :<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er482/er482.pdf>
- 42 SCHWEYER F-X, LEVASSEUR G. Profil et devenir des jeunes médecins généralistes ne Bretagne. URCAM de Bretagne. Les dossiers de l'URCAM 2004 ; 22, 35p.

43 SLIMAN G., AUDIC Y., PERIGOIS E., Attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, enquête BVA, CNOM mars 2007 ; p.5

44 SZWARC G. Les nouvelles générations de médecins généralistes : profils et perspectives : de l'expérience d'URBAN, première association de remplaçants. Thèse : Méd : Caen. 2007, 3067

45 Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale (UCANSS). Évaluation des actions de formation. Avril 2001 ; 91p. [consulté le 19/01/2009]. Disponible à partir de : URL : http://www.ucanss.fr/activites/conseil/ressources_humaines/formation/dispo_formation.pdf

46 UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX RHÔNE-ALPES. Étude des mutations de la médecine générale : enquête auprès des internes en médecine générale de Rhône-Alpes : rapport du Centre Rhône-Alpes d'Épidémiologie et de Prévention Sanitaire 2005 ; 488, 122p.

47 UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX Ile de France. Enquête sur les désirs et freins à l'installation en libéral en Ile de France de France. 2007 ; 31p.

48 VANDERSCHULDEN M. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007. Etudes et Résultats [en ligne] décembre 2007 ; 616, [consulté le 24/09/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er616.pdf>

49 VAUTHIER J-C. L'exercice de la médecine générale en milieu rural en Lorraine : état des lieux, enquête sur les modalités actuelles et les perspectives futures : proposition pour le développement des maisons de santé en milieu rural. Thèse : Méd : Nancy. 2006, 3.

8 Documents consultés

AROULANDOM M. Le projet professionnel des étudiants en troisième cycle de médecine générale à la faculté de médecine Paris-Sud. Thèse : Méd : Paris 11. 2007, 5034

BENECH-RIOPEL E. Evaluation du premier semestre de stage ambulatoire en Soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) à l'Université de Créteil Paris XII. Thèse : Méd : Paris 12. 2005, 1030

BOUTILLIER B. Vision des étudiants de PCEM et DCEM sur la médecine générale, Mémoire : Méd : Amiens. 2004

DANQUIGNY M-H. Le SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) et sa perception : enquête qualitative par interviews semi dirigées auprès de résidents en Languedoc-Roussillon. Thèse : Méd : Montpellier. 2005, 94

DEL VECCHIO R. Evolution des projets professionnels des étudiants en troisième cycle de médecine générale en fonction de leurs stages au sein de la faculté de médecine de Créteil. Thèse : Méd : Paris 12. 2007, 1015

FONTIMPE M-L. Eléments de réflexion sur l'inégalité de répartition des médecins généralistes sur le territoire bourguignon. Thèse : Méd : Dijon. 2008, 34

GUILLOT L. Démographie médicale en Limousin : profil et devenir des jeunes médecins généralistes : enquête auprès d'internes et de jeunes médecins récemment inscrits au tableau de l'ordre Thèse : Méd : Limoges. 2008, 3120

KAHN-BENSAUDE I. Démographie médicale française. Situation au 1^{er} janvier 2005. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude 38 [consulté le 25/08/2008]. Disponible à partir de : URL :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php>

KAHN-BENSAUDE I. Démographie médicale française. Les spécialités en crise. Situation au 1^{er} janvier 2005. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude 38-2 décembre 2005 [consulté le 14/08/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php>

KAHN-BENSAUDE I. Démographie médicale française. Les spécialités en crise. Situation au 1^{er} janvier 2006. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude 39-2 [consulté le 24/08/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php>

LARUE C. Particularités pédagogiques du SASPAS : enquête auprès des étudiants de Lariboisière - Saint Louis. Thèse : Méd : Paris 7. 2006, 29

LE BRETON-LEROUVILLOIS G, KAHN-BENSAUDE I. L'Atlas de la Démographie Médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2007. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude 40 juin 2007 [consulté le 26/08/2008]. Disponible à partir de : URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=demographie/index.php>

MARCHAND O. Enquête nationale sur les désirs et attentes des étudiants de troisième cycle de médecine générale en matière d'installation et de démographie médicale : synthèse de la situation et méthodologie. Thèse : Méd°: Grenoble. 2006, 5029

MARI TURRET C. SASPAS : enquête nationale sur le vécu des internes de médecine générale en stage de novembre 2003 à avril 2004. Thèse : Méd°: Brest. 2004, 62

PINSON-GOUGET M-L. Devenir des médecins généralistes ayant soutenu leur thèse à la faculté de Dijon de 1998 à 2002 (étude démographique réalisée à partir des réponses de 93,28% des médecins de l'enquête) Thèse : Méd : Dijon. 2008, 30

RODD ARWEILER V. Évolution des projets professionnels et des motivations des résidents en médecine générale au cours de leur cursus de PCEM1 à TCEM3. Thèse : Méd : Paris 12. 2006, 1077

THILLIER L. Mise en place du sixième semestre de résidanat en Aquitaine : évaluation centrée sur le SASPAS. Thèse : Méd°: Bordeaux. 2005, 31

9 Annexes

9.1 Lettre d'invitation des internes

À l'attention des Internes de Médecine Générale

Le Département de Médecine Générale organise, en partenariat avec RAOUL-IMG, une soirée d'information sur le stage ambulatoire et les projets professionnels

le JEUDI 6 MARS 2008 à 20H00
Amphithéâtre B1 250

Dans le cadre du semestre ambulatoire, vous avez la possibilité de choisir ou de construire un stage selon votre projet professionnel.

Mais quels stages est-il possible de faire ? quelles sont les formalités à accomplir ? comment faire un SASPAS ?

Ces questions et toutes les vôtres seront abordées lors de cette réunion d'information qui sera présidée par le Pr Alain Aubrège, président du DMG, et le Pr Jean Dominique de Korwin, coordonnateur du DES. Madame Delphine Laurent mènera à cette occasion une enquête pour un travail de thèse sur ce thème.

Ordre du jour :

20h00 Introduction (Pr J.D. de Korwin)
20h30 Présentation du stage ambulatoire (Pr A. Aubrège)
21h15 Débat avec des étudiants ayant réalisé un SASPAS, un projet professionnel particulier, les maîtres de stage,...
22h00 Buffet dînatoire

Venez nombreux pour préparer dès maintenant votre projet personnel et votre exercice futur !



Pour le DMG,

Pour le RAOUL-IMG,

Pr Alain AUBREGE

Pr J-D de KORWIN

Delphine LAURENT

9.2 Lettre d'invitation des intervenants

À l'attention des Maîtres de Stage des USER

Le Département de Médecine Générale organise en partenariat avec RAOUL-IMG, une soirée d'information sur le stage ambulatoire et les projets professionnels

le JEUDI 6 MARS 2008 à 20H00
Amphithéâtre B1 250

Destinée aux étudiants en 1^{er} à 5^e semestre, cette réunion a pour objectif de les aider à préparer leur projet professionnel, de découvrir les différentes possibilités de stage et notamment de SASPAS.

Dans ce cadre, nous vous convions à cette soirée pour participer au débat avec les étudiants afin de valoriser les relations avec les étudiants et ainsi la filière Médecine Générale.

Cette réunion sera présidée par le Pr Alain Aubrège, président du DMG, et le Pr Jean Dominique de Korwin, coordonnateur du DES,
Madame Delphine Laurent mènera à cette occasion une enquête pour un travail de thèse le thème du SASPAS.

Ordre du jour :

20h00 Introduction (Pr J.D. de Korwin)
20h30 Présentation du stage ambulatoire (Pr A. Aubrège)
21h15 Débat avec des étudiants ayant réalisé un SASPAS ou un projet professionnel particulier, les maîtres de stage,...
22h00 Buffet dînatoire

Nous comptons sur vous pour venir partager votre expérience.



Pour le DMG,

Pour le RAOUL-IMG,

Pr Alain AUBREGE

Pr J-D de KORWIN

Delphine LAURENT

À l'attention des Internes de Médecine Générale ayant réalisé un SASPAS, ou un projet professionnel.

Le Département de Médecine Générale organise en partenariat avec RAOUL-IMG, une soirée d'information sur le stage ambulatoire et les projets professionnels

le JEUDI 6 MARS 2008 à 20H00
Amphithéâtre B1 250

Destinée aux étudiants en 1^{er} à 4^{ème} semestre, cette réunion a pour objectif de les aider à préparer leur projet professionnel, de découvrir les différentes possibilités de stage et notamment de SASPAS.

Dans ce cadre, nous vous convions à cette soirée pour participer au débat avec eux, répondre à leurs questions sur le SASPAS.

Cette réunion sera présidée par le Pr Alain Aubrège, président du DMG, et le Pr Jean Dominique de Korwin, coordonnateur du DES,
Madame Delphine Laurent mènera à cette occasion une enquête pour un travail de thèse le thème du SASPAS.

Ordre du jour :

20h00 Introduction (Pr J.D. de Korwin)
20h30 Présentation du stage ambulatoire (Pr A. Aubrège)
21h15 Débat avec des étudiants ayant réalisé un SASPAS ou un projet professionnel particulier, les maîtres de stage,...
22h00 Buffet dînatoire

Nous comptons sur vous pour venir partager votre expérience.



Pour le DMG,

Pour le RAOUL-IMG,

Pr Alain AUBREGE

Pr J-D de KORWIN

Delphine LAURENT

9.3 Questionnaire avant la réunion

Cocher la ou les bonnes réponses

Questions d'ordre général

- 1 Quel âge as-tu ? _____
- 2 Es-tu ☐ un homme ☐ une femme
- 3 Situation familiale ☐ en couple ☐ célibataire
- 4 As-tu des enfants à charge ? ☐ oui ☐ non
- 5 En quel semestre es-tu ? _____

6 Quelles valences de stages as-tu déjà validées :

- ☐ Médecine adulte
- ☐ Urgences
- ☐ Pédiatrie gynéco
- ☐ Stage chez le praticien
- ☐ Libre

7 Quel mode d'exercice envisages-tu ? (une seule réponse)

- ☐ Médecine générale ambulatoire à temps complet
- ☐ Médecine générale ambulatoire à temps partiel
- ☐ Exercice hospitalier à temps complet
- ☐ Exercice hospitalier à temps partiel
- ☐ Autre : _____
- ☐ Ne sait pas

8 Si hospitalier, dans quel service ? (une seule réponse)

- ☐ Urgence
- ☐ Médecine interne
- ☐ Spécialité
- ☐ Autre : _____
- ☐ Ne sait pas

Le stage ambulatoire

9 Quel stage ambulatoire envisages-tu de faire ? (une seule réponse)

- ☐ Stage hospitalier
- ☐ SASPAS
- ☐ Autre : _____
- ☐ Ne sait pas

10 Souhaites-tu t'inscrire à un DESC ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Ne sait pas
- Si oui, lequel ? _____

11 Envisages-tu :

- ☐ De construire un projet professionnel ?
- ☐ De choisir un stage dans la grille « ambulatoire » ?
- ☐ Ne sait pas

Le SASPAS

12 Envisages-tu de choisir un SASPAS pour ton stage ambulatoire ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

13 Concernant le SASPAS, tu en as une idée (une seule réponse)

- ☐ Très positive
- ☐ Plutôt positive
- ☐ Plutôt négative
- ☐ Très négative
- ☐ Ne sait pas

14 Si négative, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Sentiment d'exploitation ou de remplacement déguisé
- ☐ Eloignement géographique trop important
- ☐ Pas assez d'encadrement
- ☐ Financière
- ☐ Autre : _____

15 Si positive, pour quelles raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Mise en situation concrète, en milieu réel
- ☐ Encadrement par des professionnels de la médecine générale
- ☐ Autonomie
- ☐ Relation médecin / patient
- ☐ Autre : _____

16 Ce que tu connais du SASPAS, cela vient de ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Ce que l'on t'a raconté sur ce stage
- ☐ Quelqu'un qui a fait un SASPAS et avec qui tu en as discuté
- ☐ De la faculté
- ☐ D'internet
- ☐ De ton maître de stage, lors du stage chez le praticien
- ☐ Quelqu'un qui souhaite faire un SASPAS
- ☐ Quelqu'un qui n'aimerait pas faire un SASPAS
- ☐ Autre
- ☐ Ne sait pas

Concernant l'organisation d'un SASPAS, connais-tu :

17 - le nombre de praticiens entrant dans leur composition ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

18 - les lieux de stage possibles ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

19 - l'emploi du temps en SASPAS ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

20 - la charge de travail en SASPAS ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

Concernant le **contenu pédagogique** du SASPAS, connais-tu :

21 - les modalités légales d'encadrement et de supervision ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

22 - les autres supports de formation ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

Penses-tu que le SASPAS puisse être le stage adapté pour former les étudiants à l'exercice de la médecine générale en matière de :

23 - connaissances médicales théoriques ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

24 - gestes techniques ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

25 - gestion d'une consultation ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

26 - gestion administrative d'un cabinet ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

27 Penses-tu que le SASPAS puisse être le stage adapté pour préparer ta thèse ou ton mémoire ?

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

9.4 Questionnaire après la réunion

Cocher la ou les bonnes réponses

Le stage ambulatoire

28 Cette réunion t'a t'elle permis de mieux connaître les possibilités de stage ambulatoire ?

- ☐ oui
- ☐ partiellement
- ☐ non

29 T'a t'elle apporté une aide à faire ton choix ?

- ☐ oui
- ☐ partiellement
- ☐ non

30 Te sens-tu plus à l'aise sur les formalités à accomplir ?

- ☐ oui
- ☐ partiellement
- ☐ non

31 Souhaites-tu t'inscrire à un DESC ?

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ Ne sait pas

Si oui, lequel ? _____

32 Envisages-tu

- ☐ D'établir un projet professionnel ?
- ☐ De choisir un stage dans la grille « ambulatoire » ?

33 Quel type de stage ambulatoire envisages-tu de faire ? (une seule réponse)

- ☐ Stage hospitalier
- ☐ SASPAS
- ☐ Stage ambulatoire non hospitalier hors SASPAS
- ☐ Stage chez le praticien
- ☐ Ne sait pas

Le SASPAS

34 Envisages-tu de choisir un SASPAS pour ton stage ambulatoire ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

35 Concernant le SASPAS, tu en as maintenant une idée (une seule réponse) :

- ☐ Très positive
- ☐ Plutôt positive
- ☐ Plutôt négative
- ☐ Très négative
- ☐ Ne sait pas

Concernant l'organisation d'un SASPAS, connais-tu :

36 - le nombre de praticiens entrant dans leur composition ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

37 - les lieux de stage possibles ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

38 - l'emploi du temps en SASPAS ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

39 - la charge de travail en SASPAS ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

Concernant le **contenu pédagogique** du SASPAS, connais-tu :

40 - les modalités légales d'encadrement et de supervision ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

41 - les autres supports de formation ? (une seule réponse)

- ☐ parfaitement
- ☐ partiellement
- ☐ très peu
- ☐ pas du tout

Penses-tu que le SASPAS puisse être le stage adapté pour former les étudiants à l'exercice de la médecine générale en matière de :

42 - connaissances médicales théoriques ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

43 - gestes techniques ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

44 - gestion d'une consultation ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

45 - gestion administrative d'un cabinet ? (une seule réponse)

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

46 Penses-tu que le SASPAS puisse être le stage adapté pour préparer ta thèse ou ton mémoire ?

- ☐ certainement,
- ☐ plutôt oui,
- ☐ plutôt non,
- ☐ certainement pas
- ☐ Ne sait pas

47 As-tu des remarques concernant le SASPAS ?

Evaluation de la réunion

48 La durée de cette réunion :

- ☐ Te satisfait
- ☐ Te paraît trop courte
- ☐ Te paraît trop longue
- ☐ Ne sait pas

49 L'information apportée par le diaporama sur le Stage Ambulatoire répond-elle à tes attentes ?

- ☐ oui
- ☐ partiellement
- ☐ non
- ☐ Ne sait pas

50 Le débat t'a-il apporté des réponses supplémentaires ?

- ☐ oui
- ☐ partiellement
- ☐ non
- ☐ Ne sait pas

51 Aurais-tu souhaité avoir plus de renseignements concernant : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Les formalités à accomplir
- ☐ L'organisation générale du SASPAS
- ☐ Le déroulement de chaque SASPAS existant
- ☐ Autre : _____

52 As-tu des remarques concernant cette réunion ?

9.5 Diaporama présenté lors de la réunion du 6 mars 2008



Le stage ambulatoire professionnalisant



Définition

- Stage réalisé en 5ème ou 6ème semestre de l'internat de médecine générale
- Répond à un projet professionnel
- Orienté préférentiellement vers la pratique de la médecine en milieu **ambulatoire = extra-hospitalier**

2

Objectifs pédagogiques

- être confronté aux demandes de prise en charge en médecine ambulatoire et aux décisions qu'elles impliquent,
- analyser les difficultés rencontrées et les solutions apportées,
- prendre en charge des patients nécessitant un suivi au long cours,
- participer à l'organisation matérielle d'un cabinet et à sa gestion, appréhender son contexte administratif,
- établir des contacts avec les confrères et une collaboration avec les autres professionnels de santé,
- participer à l'organisation d'actions collectives de prévention.

1

Différents lieux de stage

- SASPAS
- Stage ambulatoire hors SASPAS
- Stage hospitalier
- Stage chez le praticien

2

Le SASPAS : organisation

- Définition :
 - Stage
 - Ambulatoire en Soins Primaires
 - En Autonomie Supervisée
- L'USER
 - Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche
 - 4 à 6 médecins, dont un coordonnateur
- Activité de l'interne :
 - 11 ½ journées dont 2 de formation
 - 6 à 12 actes par ½ journée = 1200 par semestre

3

Le SASPAS : objectifs spécifiques

- L'activité du cabinet
- La gestion des consultations et des visites
- La réflexion sur sa pratique
- L'interdisciplinarité
- La recherche en médecine générale

4

SASPAS : supervision

- Supervision directe
 - Téléphonique ou présence physique
- Supervision indirecte
 - Immédiate : relecture quotidienne des cas rencontrés lors de la consultation
 - Différée : réunion mensuelle de l'USER : groupe d'échange de pratiques, groupes de pairs...

5

Le SASPAS : aspect financier

- Rémunération par le CHU d'origine
- Indemnités déplacement, logement ?
- Rémunération des Maîtres De Stage : honoraires pédagogiques
- Rétrocession de 100% des honoraires au praticien

6

Autres structures ambulatoires

- Préférentiellement intégrées dans un SASPAS
- Diversifient les possibilités de formation
- Répondent aux besoins spécifiques de l'étudiant
- Personnalisent le stage

7

Autres structures ambulatoires

- PMI,
- Médecine scolaire,
- Centre de planification,
- Consultations spécialisées (rhumatologie, gynécologie, dermatologie, ...)
- Médecine humanitaire,
- Médecine pénitentiaire,
- Médecine aéronautique,
- Recherche,
- Stage à l'étranger,
- HAD,
- Réseau ville-hôpital ...

8

Stage hospitalier (1)

- Doit respecter la maquette du DES
- Favoriser les stages à orientation « médecine générale » (consultation, équipes mobiles, ...)
- Peuvent permettre la validation d'un DESC
- Organisation du stage variable

9

Stages hospitaliers (2)

Déjà validés à Nancy :

- Urgences, SAMU SMUR
- Réanimation médicale - THIONVILLE, METZ
- Cardio Soins Intensifs - METZ
- POSU - CHU Hôpital d'enfants NANCY
- Diabétologie, alcoologie, cardiologie
- Psychiatrie - CPN
- Soins palliatifs
- Moyen séjour, Gériatrie
- EFR et Médecine du sport – CHU
- etc...

10

Stage chez le praticien

- En règle générale, déjà réalisé
- Pour les internes qui n'ont pas acquis un degré d'autonomie suffisant lors du premier stage chez le praticien
- Découverte d'un mode d'exercice nouveau (médecine de montagne, thermale, ...)

11

Choix du stage ambulatoire

- Deux possibilités :
 - Choisir dans la grille ambulatoire le jour de la répartition
 - Proposer un projet professionnel

12

VU

NANCY, le 16 mars 2009

Le Président de Thèse

Professeur J.D. DE KORWIN

NANCY, le 24 mars 2009

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 20 mars 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS) a été créé afin d'accroître le temps de formation ambulatoire au cours du troisième cycle de Médecine Générale. En 2008, en Lorraine, l'expérience a montré que ce stage attirait peu d'étudiants. Paradoxalement, les étudiants l'ayant réalisé étaient majoritairement satisfaits. L'hypothèse que ce désintérêt provenait d'une méconnaissance à son égard a entraîné la réalisation de ce travail ayant pour objectif l'organisation d'une réunion d'information sur le Stage Ambulatoire à l'intention des internes de médecine générale lorrains. Un diaporama a été présenté à cet effet, suivi d'un débat avec des maîtres de stages généralistes et des internes ayant déjà fait le stage ambulatoire. Son impact a été évalué au moyen de questionnaires en début et en fin de réunion. Les 42 internes (22 % des effectifs) ayant participé à la réunion ont tous répondu aux questionnaires.

La vision du SASPAS était déjà positive pour 71 % des étudiants, et en fin de réunion, tous les indécis émettaient une opinion favorable. Ceux qui avaient déjà un projet défini ne l'ont pas modifié. Après la réunion, les étudiants déclaraient majoritairement mieux connaître les modalités pratiques du SASPAS, tout en étant déjà convaincus de son intérêt pédagogique. Tous les étudiants ont trouvé la réunion utile, mais parfois trop longue. La limite de ces résultats est liée à la faible participation. On souligne l'intérêt des étudiants pour cette information et leur motivation pour des projets personnels répondant à leurs propres besoins, justifiant de répéter cette réunion chaque année. Ce travail est complété par une enquête dans les différentes facultés de médecine sur l'état actuel de l'organisation des SASPAS. Les deux obstacles au développement des SASPAS, dont il convient d'augmenter le nombre dans le cadre des projets professionnels, sont (1) le recrutement de nouveaux maîtres de stages et (2) le financement de ces stages supplémentaires.

TITLE IN ENGLISH :

Evaluation of an information session for the Lorraine medical students concerning the Ambulatory Training course in Primary education Care in Supervised Autonomy

SUMMARY IN ENGLISH

The Autonomous Training Course in Supervised Ambulatory Primary Care ("SASPAS") was created in order to increase the ambulatory training time (patient consultation) during the third cycle of general medical studies. By 2008, prior experience had shown that this training course attracted few students in Lorraine. On the other hand, most of the students who did partake in the course were generally satisfied with it. The assumption that this disinterest came from an ignorance of its objectives led to the organisation of a briefing session on the training course for the Lorraine medical students. The briefing session took the form of the presentation of a slide show, followed by an open discussion with course supervisors, general practitioners and medical students having already completed the course. Its impact was evaluated by means of questionnaires at the beginning and the end of the meeting. The 42 students (22% of those attending) having taken part in the meeting all answered the questionnaires. The results identified that the vision and objectives of SASPAS were already positive for 71% of the students before the meeting. By the end of the meeting, all those who hadn't previously made up their minds also had a favourable opinion of it (however those who already had a definite project did not modify it as a result). After the meeting, most of the students claimed to have a better knowledge of the practical methods of the SASPAS, while being already convinced of its educational merits. All the students found the meeting useful, but sometimes too long. The relatively low number of participants in this study limits the usefulness of the information derived from it. However, it underlined the potential interest of the students in SASPAS, as well as their natural motivation to partake in projects corresponding to their own personal needs. Therefore, there appears to be a clear justification towards holding such a meeting every year. This work has been supplemented by an investigation in the various medical colleges to evaluate the current organisation of SASPAS. The two obstacles with the development of the SASPAS, are (1) the recruitment of new training supervisors to oversee the students and (2) the ongoing financing of these training courses. It is advisable to address these concerns within the framework of professional medical training.

THÈSE : Médecine générale – année 2009

MOTS CLÉS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé, Formation professionnelle, Médecine Générale, Stage, Information, Evaluation.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR

Faculté de Médecine de Nancy

9 avenue de la Forêt

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex