

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Elodie MOLINIE

Le 27 septembre 2016

**Evaluation de l'impact des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie
sur le projet professionnel des internes de médecine générale en
Midi-Pyrénées**

Directeur de thèse : Pr Pierre MESTHE

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA
Madame Le Docteur Sonia CHOUVET-MARTINEZ

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2015

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	P.U.	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

P.U. - P.H.
 Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

M.C.U. - P.H.

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAGAB Janie	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M.C.U.	
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry
Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Oustric

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse et pour votre engagement pour la médecine générale.

A Monsieur le Professeur Mesthe

Merci pour vos retours rapides et encourageants tout au long de ce travail de thèse et votre implication au sein du DUMG.

A Monsieur le Docteur Chicoulaa

Merci pour l'intérêt que vous avez porté à cette thèse en acceptant de la juger.

A Madame le Docteur Chouvet-Martinez

Merci d'avoir accepté de venir participer au jury de ma thèse et bien avant pour avoir été un maître de stage à l'écoute et disponible.

A mes proches,

A Papa,

je sais que tu aurais été fier de moi, tu me manques tous les jours et aujourd'hui encore plus.

A Maman,

merci pour ton soutien sans faille malgré les épreuves. Avec Papa, vous m'avez permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

A Frédéric,

merci pour ton amour et pour supporter toutes mes petites lubies.

A Esther

tu es un si joli rayon de soleil qui s'épanouit chaque jour.

Aux amies de la cour de récréation de la maternelle et du lycée, Alizée, Audrey et Lauriane,

même si vous ne pouvez pas toutes être là, je sais que je peux compter sur votre soutien.

Aux amis des bancs de fac, Cécile, Céline, Jeanne, Sophie et Loïc :

bien que nos chemins se soit un peu séparés lors de l'internat, nous ne nous perdons jamais vraiment de vue.

Aux médecins, infirmiers et aides-soignants croisés tout au long de mes stages et après,

merci de m'avoir partagé votre passion pour nos métiers si enrichissants.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS	1
I. INTRODUCTION.....	2
A. Hypothèse de départ.....	2
B. Préambule à l'étude	4
1. La spécialité de médecine générale.....	4
a. <i>La médecine générale avant 2002.....</i>	<i>4</i>
b. <i>Après 2002, la spécialité de médecine générale</i>	<i>6</i>
c. <i>La formation de l'interne en médecine générale.....</i>	<i>7</i>
2. Quelques éléments de démographie médicale.....	7
II. MATERIEL ET METHODES.....	9
A. Population étudiée.....	9
B. Le questionnaire.....	9
1. Elaboration du questionnaire.....	9
2. Déroulé du questionnaire	9
a. <i>Profil</i>	<i>9</i>
b. <i>Rétrospective</i>	<i>10</i>
c. <i>Cursus au cours de l'internat.....</i>	<i>10</i>
d. <i>Concernant spécifiquement les stages de gynécologie-pédiatrie.....</i>	<i>10</i>
e. <i>Pour la fin du cursus</i>	<i>10</i>
3. Diffusion du questionnaire	10
C. Recueil des données.....	11
D. Analyse des données	11
1. Méthodes d'analyses	11
a. <i>Opposition avant-après.....</i>	<i>11</i>
b. <i>Etude de modification des choix.....</i>	<i>12</i>
c. <i>Intérêt d'utiliser les deux méthodes.....</i>	<i>12</i>
E. Coût de l'étude	12
III. RESULTATS	13
A. Obtention des réponses	13
B. Taux de participation	13
C. Données succinctes concernant la population étudiée.....	13
1. Lien famille-médecine générale.....	13
2. Choix de la spécialité de médecine générale.....	13

3.	Cours et stages de médecine générale durant l'externat.....	14
4.	Soutenance de thèse	14
5.	Contrat d'engagement service public (C.E.S.P.).....	15
D.	Cursus au cours de l'internat.....	15
1.	Semestre en cours de réalisation	15
2.	Nombre total de stages réalisés par les internes ayant répondu	15
3.	Lieu de réalisation des stages	16
a.	<i>Stage de médecine adulte</i>	16
b.	<i>Stage aux urgences.....</i>	16
c.	<i>Stage de Gynécologie et pédiatrie.....</i>	16
d.	<i>Stage chez le praticien de niveau 1</i>	17
e.	<i>Stage libre 1</i>	17
f.	<i>Stage libre 2</i>	17
4.	Stages ambulatoires.....	17
a.	<i>Nombre de stages ambulatoires réalisés.....</i>	17
b.	<i>Stages chez le praticien de niveau 1.....</i>	18
c.	<i>Stages de gynécologie et pédiatrie</i>	18
d.	<i>Concernant les S.A.S.P.A.S. :.....</i>	18
5.	Stages au C.H.U.	19
E.	Choix d'activité avant les stages et au cours de l'internat.....	19
1.	Cadre d'activité	19
2.	Exercice de la médecine générale libérale	19
F.	Stages de gynécologie-pédiatrie et évolution des choix.....	20
1.	Les différents stages de gynécologie-pédiatrie	20
2.	Impact sur le choix du cadre d'activité	22
a.	<i>En fonction de la réalisation ou non du stage de GP.....</i>	22
b.	<i>En fonction du terrain de réalisation du stage de GP.....</i>	22
c.	<i>En fonction du type de stage ambulatoire.....</i>	22
3.	Impact sur le choix d'exercice en libéral.....	24
a.	<i>En fonction de la réalisation ou non du stage de GP.....</i>	24
b.	<i>En fonction du terrain de réalisation du stage de GP.....</i>	24
c.	<i>En fonction du type de stage ambulatoire.....</i>	26
d.	<i>Avis des étudiants ayant réalisé le stage de GP en ambulatoire sur son impact direct</i>	28
IV.	DISCUSSION.....	29
A.	Forces et limites de l'étude	29
1.	Concernant la méthode.....	29

2.	Concernant le questionnaire en lui-même	29
3.	Biais.....	30
a.	<i>Biais de sélection</i>	30
b.	<i>Biais de non-réponse</i>	30
c.	<i>Biais de recrutement</i>	31
d.	<i>Biais de mémorisation</i>	31
B.	Analyse des résultats.....	31
1.	Caractéristiques des internes ayant répondu	31
a.	<i>Lien antérieur à la spécialisation avec la médecine générale</i>	31
b.	<i>Accès à la spécialisation</i>	33
c.	<i>Evolution dans le cursus de l'internat</i>	34
2.	Place des stages ambulatoires au sein de l'internat de médecine générale	34
a.	<i>Evaluation de l'ensemble des stages ambulatoires</i>	34
b.	<i>Stage de gynécologie et pédiatrie</i>	35
c.	<i>Association du stage de GP ambulatoire aux autres stages ambulatoires</i>	35
3.	Evolution du projet professionnel au cours de l'internat.....	36
a.	<i>Cadre d'activité</i>	36
b.	<i>Mode d'exercice en libéral</i>	38
c.	<i>Diplômes complémentaires</i>	40
C.	Pistes de réflexion	42
1.	Les stages de gynécologie-pédiatrie ambulatoire en France	42
2.	Développement des terrains de stages ambulatoires	42
3.	Place de la formation complémentaire au cours de l'internat	43
4.	Suggestion d'études complémentaires	43
V.	CONCLUSION	44
VI.	RESUME	47
VII.	BIBLIOGRAPHIE	48
VIII.	ANNEXE	51
A.	Annexe 1 : A l'introduction, partie démographie médicale.....	51
1.	Le contexte national	51
2.	Le contexte régional	53
B.	Annexe 2 : A la partie matériel et méthode : intérêt de deux méthodes d'études. 54	
C.	Annexe 3 : Courrier accompagnant le questionnaire.....	56
D.	Annexe 4 : Questionnaire.....	57

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

CESP : Contrat d'engagement service public

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM/CROM MP : Conseil National de l'Ordre des Médecins / Régional Midi-Pyrénées

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'étude spécialisé

DMG ou DUMG : Département (Universitaire) de Médecine Générale

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale continue

GP : Gynécologie-pédiatrie

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IMG : Internes en Médecine Générale

MDPH : Maison départementale des Personnes Handicapées

MG : Médecine Générale

MSU : maitre de stage universitaire

PMI : Protection maternelle et infantile

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

TCEM : Troisième cycle des études médicales (1, 2, 3 : en fonction des années d'études)

I. INTRODUCTION

A. Hypothèse de départ

A la fin de la sixième année plus de la moitié des étudiants en médecine se dirigent vers la médecine générale. Pourtant ce choix pourrait ne pas sembler une évidence au sein des études médicales.

En effet, si tout au long de leur cursus les externes ont pu découvrir la médecine dans sa globalité, les stages tracent un parcours bien balisé au sein du système hospitalier permettant d'en comprendre le fonctionnement, la hiérarchie et d'y observer la place du médecin. L'entité « hôpital-médecine spécialisée » est au centre du parcours de l'externat. Il reste alors bien peu de place pour la médecine générale.

Il faut pourtant qu'elle arrive à trouver sa place dans cet ensemble et depuis l'arrêté du 4 mars 1997[1] - modifié une première fois par celui du 23 novembre 2006[2] puis abrogé au profit de celui du 18 juin 2009[3] - un stage en médecine générale est obligatoire au cours de l'externat. Il n'est pourtant pas réalisé systématiquement et même lorsqu'il est effectué, il ne s'agit que d'un stage parmi de nombreux autres stages hospitaliers dont la durée est bien souvent différente des autres stages.

Les futurs généralistes débutent donc l'internat sans avoir de véritables repères, notamment en termes de vision de la médecine générale et de place qu'ils pourraient y prendre.

Les stages d'internat de médecine générale ambulatoires seront bien souvent le premier contact avec la médecine générale en tant que soignant et là encore de nombreuses disparités existent entre les facultés. Le projet professionnel qu'ils élaborent alors avant de débiter l'internat est ainsi susceptible d'évoluer au cours de leurs différents stages d'internat.

Le département de Médecine générale (DMG) de Toulouse a fait le choix de favoriser les stages en ambulatoire et de permettre aux internes de réaliser jusqu'à quatre stages chez des généralistes sur les six stages de la maquette. A minima, un seul stage sera réalisé en médecine générale, celui de niveau 1 chez au moins deux praticiens différents. Lors de la dernière année d'internat, des Stages Autonomes en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) peuvent être réalisés lors des deux semestres. Le DMG de Toulouse est par ailleurs un des vingt DMG sur 35 à proposer un stage ambulatoire de gynécologie et pédiatrie comme cela est autorisé par l'arrêté du 10 Août 2010[4] (les stages ayant même été mis en place dès novembre 2009).

Depuis leur apparition dans le cursus des internes en médecine générale de nombreuses études ont mis en avant l'impact des SASPAS sur le projet professionnel des étudiants, notamment sur le plan des lieux et de mode d'exercice comme le montrait Déborah Fraizy[5] en 2012.

L'Association des Internes de Médecine Générale de Rennes (AIMGER)[6] a réalisé une étude qui a permis de montrer que le stage chez le praticien de niveau 1 est aussi fondamental pour le choix des internes de leur futur mode d'exercice et dans leur choix de la médecine libérale.

Peu d'études ont en revanche porté sur les stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie. Parmi celles-ci, les travaux de Anne-Laure Bres[7], Cynthia Laurent[8], Benjamin Porte-Cazaux[9] portaient sur le contenu de la formation en gynécologie et pédiatrie et le type de consultations rencontrées lors de ces stages. D'après leurs études ces stages seraient très formateurs en matière de prise en charge de la pathologie aiguë et de consultations de dépistage-prévention.

Nous n'avons en revanche pas trouvé d'étude ayant évoqué l'impact que pouvaient avoir ces stages sur le projet professionnel des internes comme cela a pu être fait pour les stages de SASPAS ou le stage chez le praticien de niveau 1. Nous nous proposons donc d'étudier l'impact que ce stage pourrait avoir sur le projet professionnel des internes de manière globale mais aussi en ce qui concerne le choix d'activité, le mode d'exercice et les formations complémentaires. L'hypothèse initiale était qu'en renforçant la confiance des internes dans leur pratique et en mettant en évidence les différents modes d'exercice possibles en milieu libéral ce stage pourrait confirmer les souhaits de travail en milieu libéral voire d'installation. Pour arriver à cet objectif nous avons effectué une enquête transversale portant sur l'évolution du projet professionnel des internes au cours de l'internat.

Dans un premier temps, nous allons nous intéresser à l'évolution du cursus en médecine générale qui a permis d'aboutir à la création de nombreux stages ambulatoires dont le stage de gynécologie et pédiatrie. Nous ferons aussi un court rappel de démographie médicale.

Dans un second temps, nous exposerons notre étude et ses résultats.

Nous pourrons ensuite analyser ces résultats et voir quelles conclusions nous pourrions en tirer.

B. Préambule à l'étude

Le rôle et la mission du médecin généraliste sont désormais définis par la loi HPST[10]. L'article L4130-1[11] présente le médecin généraliste comme premier recours.

« Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1[12] ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

C'est dans ce contexte actuel que se situe la formation de l'interne en médecine générale et qu'elle peut avoir été aussi amenée à évoluer.

1. La spécialité de médecine générale

a. *La médecine générale avant 2002*

Entre 1960 et 1970, suite à l'ordonnance Debré (30 décembre 1958 créant les C.H.U. et aussi la santé publique, la médecine et sa formation étaient plutôt tournées vers l'hôpital. Mais malgré tout, dès cette époque des groupes de réflexion autour de la médecine générale existaient et créaient les premières sociétés françaises dont la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en

1973. Celle-ci initiait des débats permettant la création de la Formation Médicale Continue (FMC).

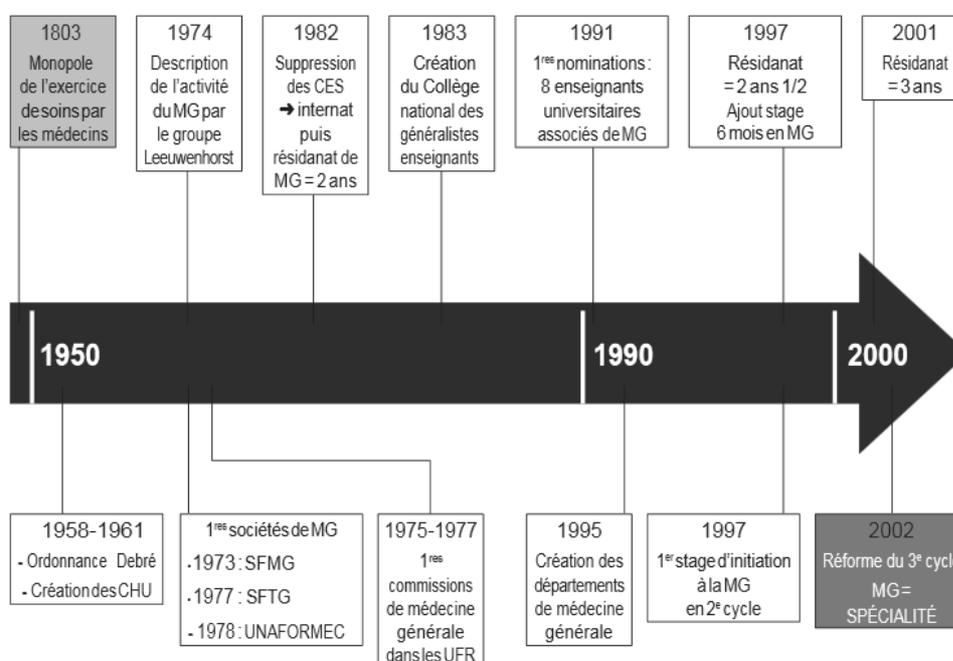
En 1983, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) a été créé et s'est efforcé de mettre en place un début de 3^{ème} cycle dans les facultés. Ce travail a permis d'aboutir en 1990 à la mise en place des Départements de Médecine Générale (DMG).

En 1985, un arrêté[13] a fourni un cadre pour l'organisation du 3^{ème} cycle des études de médecine générale.

Mais ce n'est qu'en 1997 que le stage ambulatoire en médecine générale a vraiment été créé[14].

Une réflexion européenne globale sur la médecine générale a été menée. Elle a permis d'aboutir en 2002 sur une définition proposée par la Société Européenne de la médecine générale – médecine de famille (WONCA Europe)[15] et de voir « la médecine générale - médecine de famille comme une discipline scientifique et universitaire, avec un contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques ».

Historique de la filière universitaire de médecine générale avant 2002 – Source Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2015



b. Après 2002, la spécialité de médecine générale

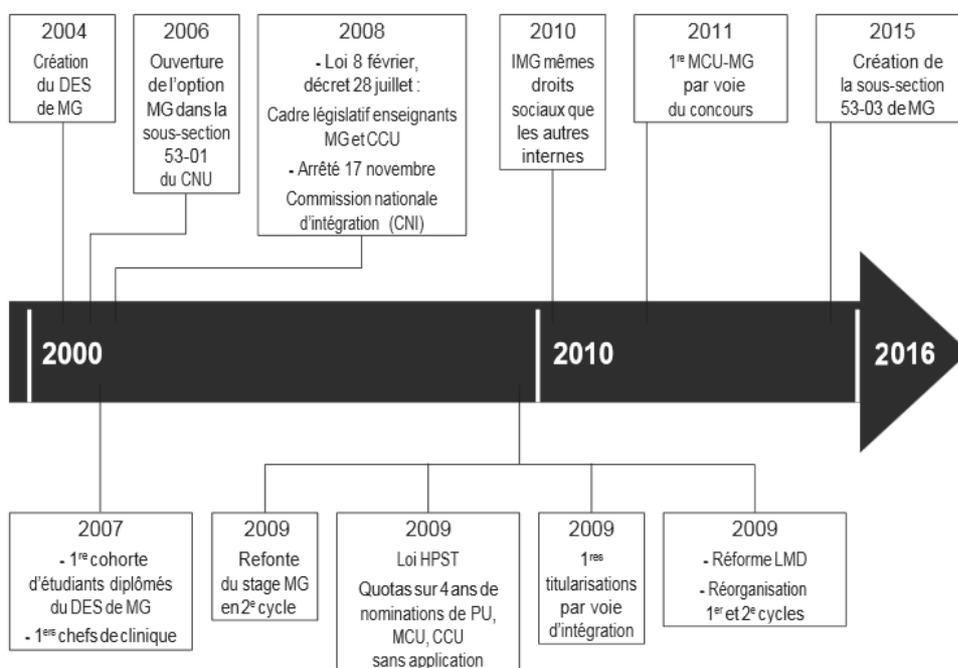
La médecine générale a été définie comme spécialité médicale à part entière par la loi du 17 janvier 2002 (chapitre IV)[16].

A partir de là, s'est donc mise en place la réforme de l'internat et la création du Diplôme d'Etudes Spécialisé (DES) de Médecine générale avec l'arrêté de septembre 2004[17].

Avec une mise en place dès 2003 et une circulaire les encadrant en 2004[18], les S.A.S.P.A.S. sont venus rapidement enrichir l'offre de formation ambulatoire en médecine générale.

Enfin, mis en place dès 2009 dans certaines facultés, les stages ambulatoires en gynécologie et pédiatrie ont été encadrés par arrêté gouvernemental le 10 août 2010[4] (modifiant celui de 2004). Ils ne sont pourtant pas encore généralisés à l'ensemble des facultés. Celui-ci permet donc de valider un semestre au titre de la pédiatrie et/ou de la gynécologie dans un lieu agréé, hospitalier ou ambulatoire.

Historique de la filière de médecine générale en France après 2002 - Source Etat des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2015



c. La formation de l'interne en médecine générale

Si le DES de MG a été mis en place le 22 septembre 2004, sa maquette quant à elle a été publiée au bulletin officiel n°39 du 28 octobre 2004[19] (annexe V). Il en établit les conditions de formation théorique et pratique de l'internat de médecine générale en trois ans (enrichi du stage ambulatoire éventuel de gynécologie et pédiatrie en 2010)

- Enseignement théorique : général et spécifique durant 200 h environ
 - Formation pratique réalisée à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation :
 - o deux semestres obligatoires dans des services ou départements hospitaliers agréés pour la médecine générale :
 - un au titre de la médecine d'adultes : médecine générale, médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie ;
 - un au titre de la médecine d'urgence.
 - o Deux semestres dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline médecine générale :
 - un semestre au titre de la pédiatrie et / ou de la gynécologie ;
 - un semestre libre.
 - o Un semestre auprès de praticiens généralistes agréés
 - o Un semestre, selon le projet professionnel de l'interne de médecine générale, effectué en dernière année d'internat, soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale.
- En outre, à Toulouse le cursus a été filiarisé depuis 2011, c'est-à-dire que les stages se suivent selon un ordre établi :
- En première année les stages de médecine adultes et aux urgences
 - En seconde année, le stage chez le praticien de niveau 1 et le stage de gynécologie et pédiatrie
 - En troisième année, les stages libres

2. Quelques éléments de démographie médicale

Comme nous l'avons vu précédemment le médecin généraliste doit être à même de répondre aux objectifs de dépistage et de prévention sur l'ensemble du territoire français.

Cependant la démographie médicale évolue et varie selon les régions. Globalement, nous pouvons tout de même noter une diminution des effectifs de médecins (toutes

spécialités confondues) avec un pourcentage insuffisant de médecins de moins de 40 ans pour renouveler les effectifs de ceux ayant plus de 60 ans.

On observe notamment une diminution importante des effectifs de gynécologues ayant une activité libérale/mixte, dont une partie des missions pourrait être allouée aux généralistes.

- Pour d'avantage d'informations concernant la démographie médicale, voir en annexe

II. MATERIEL ET METHODES

A. Population étudiée

L'étude a été réalisée par questionnaire auprès de l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté de Toulouse en stage au cours du semestre de mai 2015 à octobre 2015, qu'ils aient ou non réalisé le stage de gynécologie-pédiatrie.

B. Le questionnaire

Nous avons fait le choix de mener une étude transversale descriptive par auto-questionnaire diffusé par voie électronique pour sa simplicité de mise en œuvre et la liberté de réponse que cela laisse aux personnes auxquelles le questionnaire a été proposé.

1. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été établi après une revue de bibliographie existant sur le sujet. Suite à la commission des thèses il a été décidé de le simplifier pour renforcer l'adhésion et donc la participation. Les données concernant la démographie ont notamment été diminuées dans ce cadre.

Il a été testé auprès d'étudiants ayant terminé l'internat de médecine générale pour vérifier la logique d'enchaînement des questions, leur compréhension et la durée nécessaire pour y répondre.

2. Déroulé du questionnaire

Le questionnaire a été construit selon 4 grands axes. Il comportait l'équivalent de 5 pages en 23 questions.

a. Profil

Il s'agissait de connaître un peu mieux l'interne et son parcours par rapport à la médecine générale. Nous voulions notamment mettre en avant les liens avec la médecine générale qui pourraient être responsables de biais, par exemple :

- le fait d'avoir un proche parent généraliste,
- la réalisation de stages d'externat en médecine générale,

- la souscription d'un Contrat d'Engagement Service Public...

b. Rétrospective

Le but de cette partie du questionnaire est de connaître les projets professionnels des internes de médecine générale lorsqu'ils ont commencé l'internat, ce qu'ils envisageaient initialement :

- Lieu d'exercice
- Type d'exercice
- Mode d'exercice
- Souhait de réalisation d'un D.U. ...

c. Cursus au cours de l'internat

Ce chapitre permettait de connaître de manière globale les stages déjà réalisés par l'interne y compris celui en cours lors du questionnaire, ainsi que le nombre de stage ambulatoires réalisés.

d. Concernant spécifiquement les stages de gynécologie-pédiatrie

Cette étape mettait en avant le stage de gynécologie-pédiatrie pour les internes l'ayant déjà réalisé. Il s'agissait de savoir quel type de stage ils avaient effectué et si cela pouvait avoir eu un impact sur leur projet professionnel.

e. Pour la fin du cursus

Cette partie permettait de mettre en évidence si au moment du questionnaire et donc après la réalisation de plusieurs stages, les projets professionnels des internes avaient évolué en reprenant majoritairement la structure de la partie « rétrospective » pour plus de lisibilité.

3. Diffusion du questionnaire

Il a été possible de communiquer le questionnaire par voie électronique aux internes grâce au D.U.M.G. qui a accepté de le transmettre accompagné de son courrier d'explication. Le transfert s'est fait par le biais des adresses courriels sous la forme d'un formulaire Google documents. Ce logiciel permet en outre de recueillir les résultats sous forme d'un tableur.

Ceci a été effectué de manière à respecter les directives de la loi informatique et libertés.

C. Recueil des données

Les réponses ont été recueillies de manière anonyme directement sous forme d'un tableur par le logiciel Google documents.

Le recueil des données s'est fait entre le 1^{er} août au 31 août 2015 sans qu'il n'y ait eu de relance des internes.

D. Analyse des données

La base de données a été exportée du tableur de Google documents vers le logiciel Excel afin de pouvoir colliger les réponses et d'obtenir une base de données propre pour effectuer l'analyse statistique.

Les analyses statistiques ont été réalisées via Excel et le site de Biostatgv[20].

L'étude a porté sur des qualitatives nominales.

Les pourcentages de réponses incluaient le nombre total de répondeurs. Les fréquences ont été comparées par le test du Chi 2 lorsque cela était possible, par un test de Fisher le cas échéant. Le seuil de significativité (p) a été fixé à 0,05.

1. Méthodes d'analyses

Afin d'essayer de mettre en évidence un impact des stages de gynécologie-pédiatrie, deux méthodes ont été retenues.

a. Opposition avant-après

Cette étude mettait en parallèle les choix de cadre d'activité (libéral, hospitalier ou salarié-autre) et de mode d'exercice pour une activité libérale (installation, remplacement, etc...) au début de l'internat puis au moment du questionnaire. Ceci a été effectué en fonction de la réalisation ou non d'un stage de gynécologie-pédiatrie et en fonction du fait que celui-ci ait été réalisé en ambulatoire ou en milieu hospitalier.

C'est une méthode qui s'intéresse à la modification pour l'ensemble des étudiants.

b. Etude de modification des choix

Il s'agissait de savoir pour chaque étudiant s'il avait maintenu son choix ou non en fonction de la réalisation d'un stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire, hospitalier ou non réalisé (pour les internes de première année).

Par ailleurs cela a été étendu aux différents types de stages de gynécologie-pédiatrie ambulatoires.

Enfin la modification du choix a aussi été étudiée en fonction de son sens, à savoir s'il s'agissait d'une nouvelle idée ou au contraire d'un abandon d'idée pour chaque étudiant.

c. Intérêt d'utiliser les deux méthodes

Il existe une nuance entre les deux méthodes d'analyse car l'opposition avant-après ne permet pas de mettre en évidence tous les changements, c'est une méthode plus globale qui porte sur le résultat final, alors que la seconde méthode porte sur les modifications pour chaque étudiant.

En effet, les changements peuvent parfois se compenser entre les différents internes. Ces deux méthodes sont donc complémentaires.

- Voir en annexe des exemples de différences mises en évidence par l'utilisation des deux méthodes.

E. Coût de l'étude

Le coût de cette étude a été moindre car les questionnaires ont tous été diffusés par le biais d'un logiciel gratuit et que les études statistiques se sont elles aussi faites via un site gratuit et un logiciel répandu.

III. RESULTATS

A. Obtention des réponses

Le questionnaire a été soumis aux internes du 1^{er} août au 31 août 2015. Il n'y a pas eu de relance pour respecter la liberté des internes de ne pas répondre aux questionnaires imposés.

B. Taux de participation

Le taux des répondants a été de 154 pour 473 internes potentiellement concernés par le questionnaire soit 32,56%. Aucun n'a été exclu.

C. Données succinctes concernant la population étudiée

1. Lien famille-médecine générale

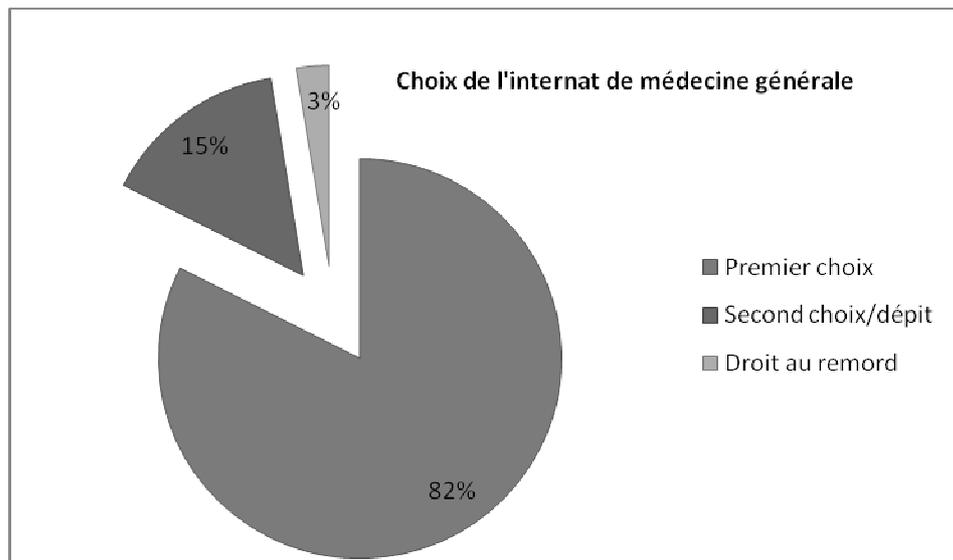
Vingt-cinq personnes interrogées soit 16,23% ont déclaré avoir un médecin généraliste dans leur entourage proche.

Onze de ces étudiants estiment que cela peut avoir influencé leur choix de se tourner vers la médecine générale.

2. Choix de la spécialité de médecine générale

Cent vingt-sept IMG soit 82,47% ont fait le choix de la médecine générale en première intention, alors que vingt-trois ont fait ce choix en deuxième intention ou par dépit.

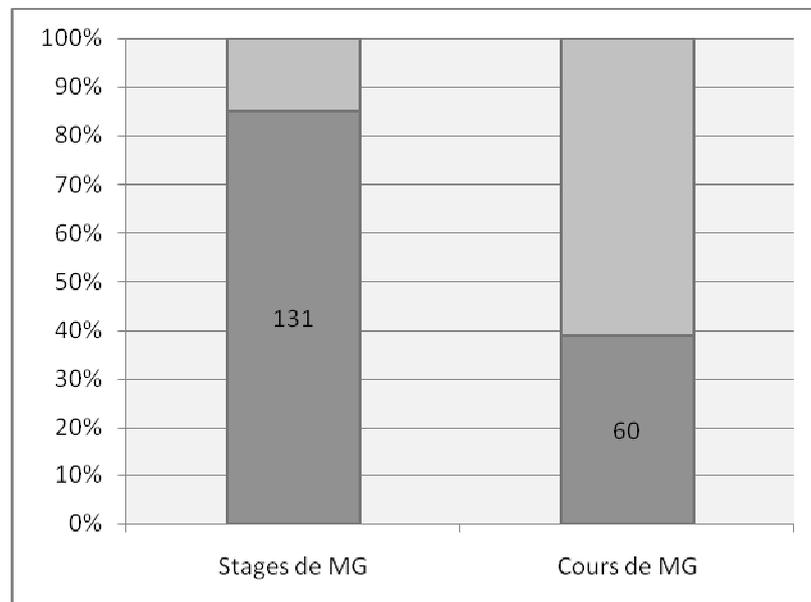
Il faut noter en outre 4 étudiants ayant effectué un droit au remords pour la médecine générale.



3. Cours et stages de médecine générale durant l'externat

Soixante étudiants (38,96%) avaient bénéficié de cours de médecine générale durant l'externat.

Alors que 131 étudiants (85,06%) avaient effectué un stage d'externat en médecine générale.



4. Soutenance de thèse

Cinq étudiants (3,25%) avaient soutenu leur thèse lors du questionnaire.

5. Contrat d'engagement service public (C.E.S.P.)

Dix étudiants (6,49%) étaient signataires d'un C.E.S.P..

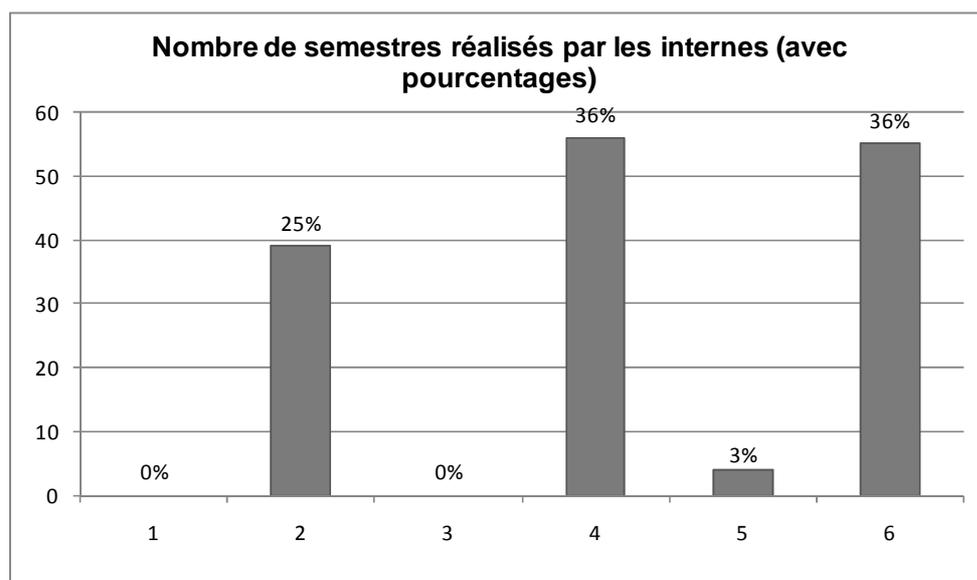
D. Coursus au cours de l'internat

1. Semestre en cours de réalisation

Lors du questionnaire, on retrouvait :

- 39 étudiants effectuant leur 2^{ème} semestre
- 56 en 4^{ème} semestre
- 4 en 5^{ème} semestre
- 55 en 6^{ème} semestre

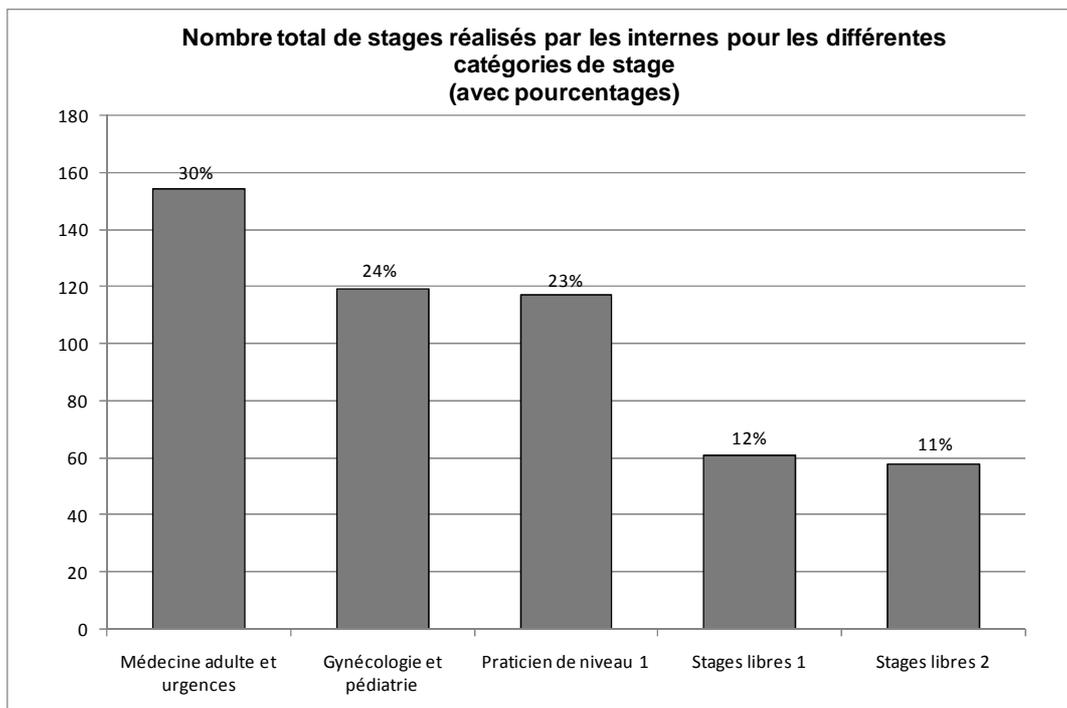
115 étudiants pouvaient être concernés par les stages ambulatoires.



2. Nombre total de stages réalisés par les internes ayant répondu

A noter, un total de 663 stages :

- 154 stages de médecine adulte et d'urgences
- 119 stages de gynécologie et pédiatrie
- 117 stages chez le praticien de niveau 1
- 61 stages libres 1
- 58 stages libres 2



3. Lieu de réalisation des stages

a. Stage de médecine adulte

Ce stage a été effectué :

- Au C.H.U. pour 49 étudiants
- En milieu urbain pour 55 d'entre eux
- En milieu semi-rural pour 37
- Et en milieu rural pour 13 étudiants

b. Stage aux urgences

- 49 étudiants l'ont effectué au C.H.U.
- 68 l'ont réalisé en milieu urbain
- 30 en milieu semi-rural
- 7 en milieu rural

c. Stage de Gynécologie et pédiatrie

Il n'a pas été effectué par 35 des étudiants. Pour les autres il a été réalisé :

- Par 23 d'entre eux au C.H.U.
- Par 37 en milieu urbain
- Par 40 en milieu semi-rural
- Par 19 en milieu rural

d. Stage chez le praticien de niveau 1

Il n'a pas encore été effectué par 38 des internes.

- 16 l'ont réalisé en milieu urbain
- 42 en milieu semi-rural
- 58 en milieu rural

e. Stage libre 1

Quatre-vingt treize des étudiants n'étaient pas encore concernés par ce stage.

- 13 l'ont réalisé au C.H.U.
- 17 en milieu urbain
- 17 en milieu semi-rural
- 14 en milieu rural

f. Stage libre 2

Il ne concernait pas 96 des étudiants.

- 8 l'ont effectué au C.H.U.
- 14 en milieu urbain
- 17 en milieu semi-rural
- 19 en milieu rural

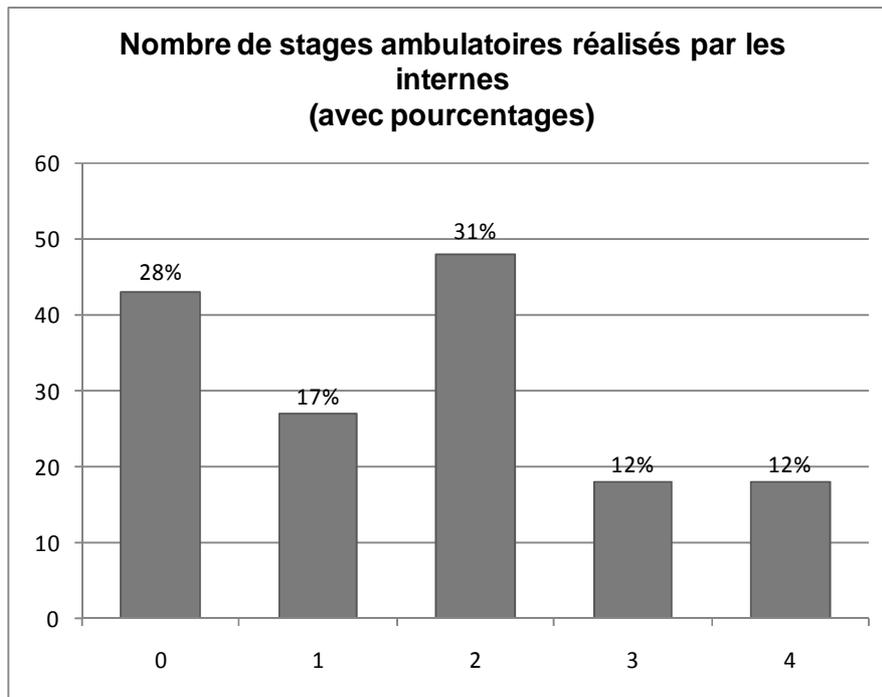
4. Stages ambulatoires

a. Nombre de stages ambulatoires réalisés

Quarante trois étudiants soit 27,92% n'avaient pas encore effectué le moindre stage ambulatoire.

Parmi les 111 étudiants ayant réalisé un stage en ambulatoire :

- 27 étudiants avaient effectué un seul stage ambulatoire
- 48 étudiants en avaient effectué deux
- 18 en avaient fait trois
- 18 avaient réalisé le maximum de stage ambulatoire possible à savoir quatre



Par ailleurs on note un total de 249 stages ambulatoires réalisés sur l'ensemble des 663 stages réalisés par les internes ayant répondu soit 37,56%.

b. Stages chez le praticien de niveau 1

Trente-sept des étudiants interrogés n'avaient pas encore effectué le stage chez le praticien de niveau 1.

Cent dix sept stages avaient donc été effectués chez le praticien de niveau 1. Ce stage représente donc 17,63% de l'ensemble des stages réalisés.

c. Stages de gynécologie et pédiatrie

On retrouve un total de 68 stages réalisés en ambulatoire soit 57,14% des stages de gynécologie et pédiatrie.

La majorité des stages de gynécologie et pédiatrie réalisés par les internes ayant répondu a donc été effectuée en ambulatoire.

d. Concernant les S.A.S.P.A.S. :

Les stages de S.A.S.P.A.S. représentent 60,50% des stages libres réalisés. Soixante douze stages en S.A.S.P.A.S. ont été réalisés par les internes :

- 22 étudiants (dont 11 ayant réalisé un stage de GP ambulatoire) ont réalisé un seul S.A.S.P.A.S.
- 25 étudiants (dont 17 ayant réalisé un stage de GP ambulatoire) en ont réalisé deux.

5. Stages au C.H.U.

Les stages au C.H.U. représentent :

- 31,82% des stages de médecine adultes et aux urgences
- 19,33% des stages de gynécologie et pédiatrie
- Respectivement 21.31% et 13,79% des stages libres 1 et 2 soit 17,65% des stages libres

Cela revient donc à 21,42% de l'ensemble des stages réalisés.

E. Choix d'activité avant les stages et au cours de l'internat

1. Cadre d'activité

Les souhaits d'exercer la médecine générale avant l'internat et au cours de l'internat concernaient respectivement :

- 145 (nombre inchangé) des internes pour une activité libérale
- 65 puis 46 des internes pour une activité hospitalière
- 50 puis 38 des internes pour une activité salariée dont :
 - PMI, planning familial, Institut Médico-Educatif : 19 puis 11
 - Centres de santé pluridisciplinaires : 4 puis 6
 - Urgences : 3
 - Médecine carcérale et pénitencière : 2 puis 1
 - C.P.A.M. et M.D.P.H. : 4 puis 1
 - Hospitalisation à Domicile : aucun puis 2
 - Associations humanitaires : 2 puis aucun
 - Gériatrie et/ou maison de retraite : aucun puis 2
 - Médecine polyvalente : 2 puis 4

2. Exercice de la médecine générale libérale

On note respectivement qu'avant puis au cours de l'internat :

- 109 puis 108 des internes souhaitaient effectuer des remplacements
- 79 puis 70 des internes avaient un désir d'installation

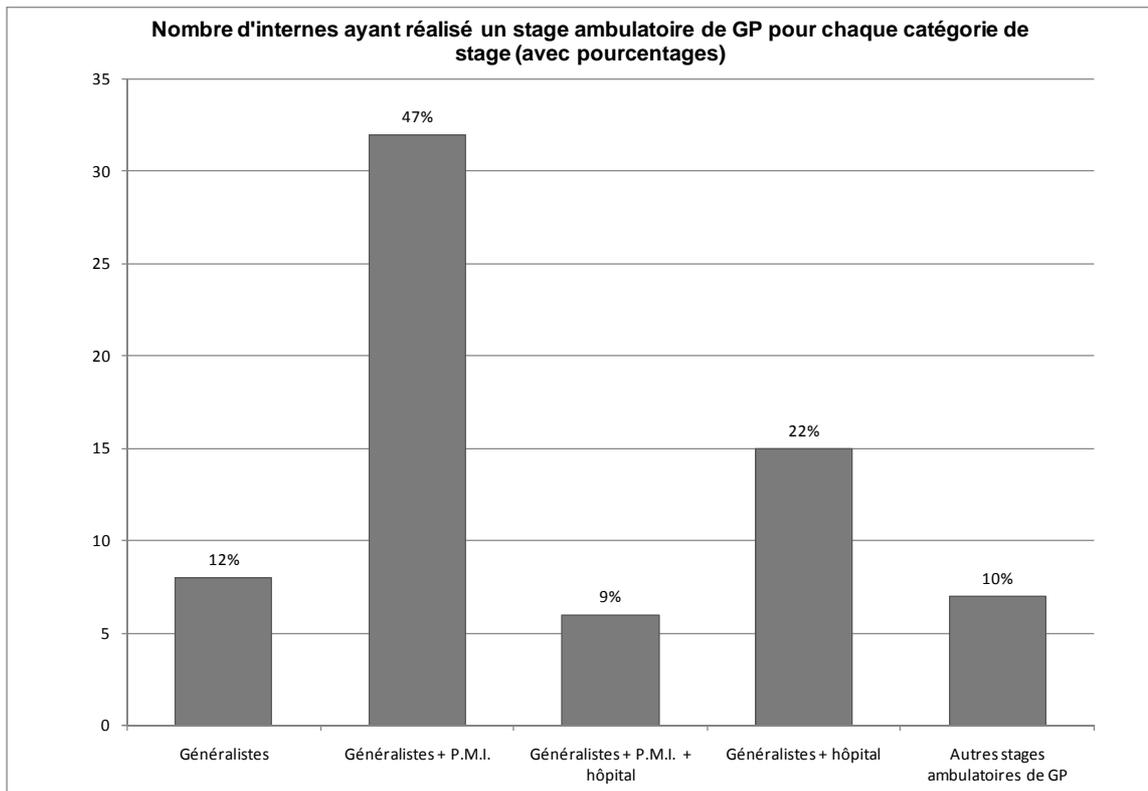
- 78 puis 76 des internes envisageaient une collaboration
- 66 puis 61 des internes voulaient travailler en association
- 48 puis 32 pensaient passer un ou plusieurs D.U. complémentaire(s) parmi lesquels des D.U. en rapport avec :
 - Soins palliatifs et douleur : 9 puis 11 étudiants
 - Ostéopathie et médecine manuelle : 7
 - Médecine subaquatique et hyperbare : 1 puis 2
 - Médecine du sport, traumatologie, podologie, posturologie et/ou rhumatologie : 6
 - Gynécologie et/ou médecine de la reproduction : 29 puis 24
 - Pédiatrie : 12 puis 7
 - Maladies infectieuses, médecine tropicale, chimiothérapie anticancéreuse et/ou cicatrisation : 9 puis 6
 - Gériatrie : 6 puis 2
 - Urgences : 2
 - Nutrition et/ou diabétologie : 5 puis 3
 - Victimologie, violences sexuelles : 1
 - Echographie : 2
 - Tabacologie et addictions : 2
 - Hypnose : 2 puis 3
 - Consultation anglophone, médecine internationale : 1 puis aucun
 - Montagne : 1
 - Psychothérapie et sexologie : 1
 - Phyto-aromathérapie, acupuncture, homéopathie et/ou médecine chinoise : 1

F. Stages de gynécologie-pédiatrie et évolution des choix

1. Les différents stages de gynécologie-pédiatrie

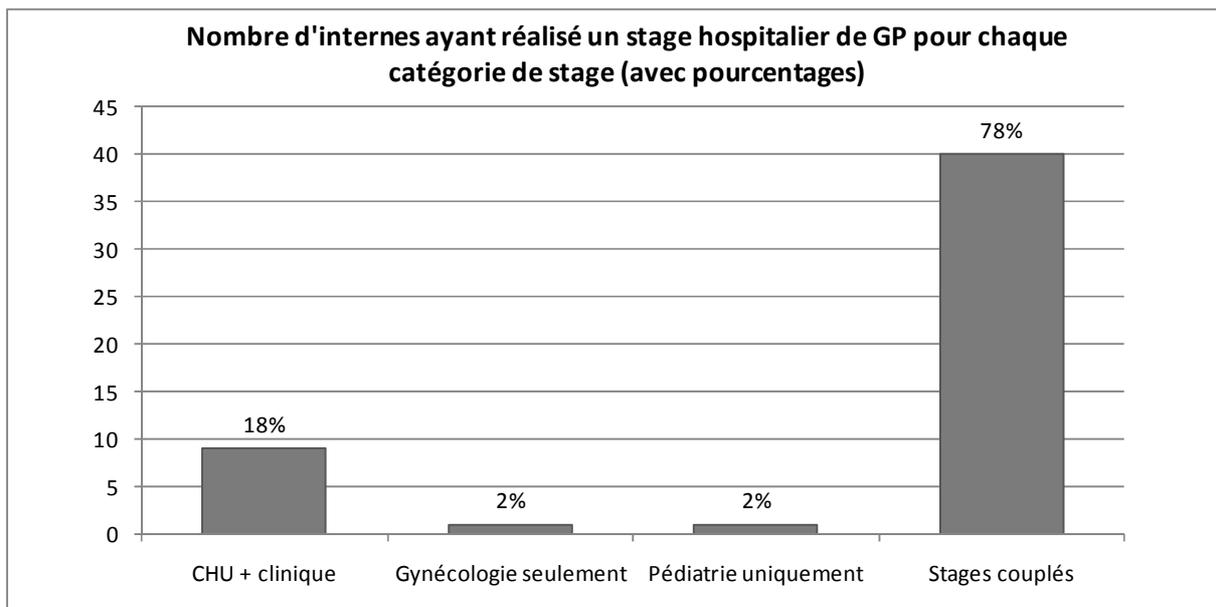
Comme nous l'avons vu précédemment, 35 des étudiants ayant répondu n'ont pas encore réalisé ce stage, pour les autres :

- 68 l'ont effectué en ambulatoire dont :
 - 8 seulement chez des généralistes
 - 32 en alternance entre la P.M.I. et chez des généralistes
 - 6 en alternance P.M.I. / hôpital / généralistes
 - 15 en alternance entre l'hôpital et chez des généralistes
 - 7 dans d'autres types de stages ambulatoires dont des stages au planning familial



- 51 l'ont réalisé en milieu hospitalier :

- stages couplés 3 mois au C.H.U. pour la pédiatrie et 3 mois en clinique pour la gynécologie : 9
- stages hospitaliers couplés gynécologie et pédiatrie 40
- Stage en pédiatrie uniquement : 1
- Stage en gynécologie uniquement : 1



2. Impact sur le choix du cadre d'activité

a. En fonction de la réalisation ou non du stage de GP

Sur les 119 étudiants ayant réalisés un stage de GP, 25 soit 21,01% semblent avoir changé d'avis quant au fait d'avoir ou non une pratique hospitalière plus tard.

Sur les 35 n'ayant pas effectué de stage de GP, 2 soit 5,71% semblent avoir changé d'avis pour cette même pratique.

Réalisation stage GP	non (35)	%	oui (119)	%	p
modification cadre d'activité	6	17,14	37	31,09	0,11
<i>activité libérale</i>	1	2,86	4	3,36	1
<i>activité hospitalière</i>	2	5,71	25	21,01	0,04
<i>activité salariée</i>	4	11,43	16	13,45	1

abandon idée	stage GP non réalisé	%	Stage GP	%	p
<i>activité libérale</i>	1	2,86	2	1,68	0,54
<i>activité hospitalière</i>	2	5,71	21	17,65	0,08
<i>activité salariée</i>	4	11,43	12	10,08	0,76

nouvelle idée	Stage GP non réalisé	%	Stage GP	%	p
<i>activité libérale</i>	1	2,86	2	1,68	1
<i>activité hospitalière</i>	0	0,00	4	3,36	0,57
<i>activité salariée</i>	0	0,00	4	3,36	0,57

b. En fonction du terrain de réalisation du stage de GP

Le fait d'avoir réalisé le stage de GP en ambulatoire ou en milieu hospitalier n'a pas d'impact significatif sur l'évolution du souhait de cadre d'activité.

	Stage de GP ambulatoire (68)	%	pas de stage de GP (35)	%	Stage de GP hospitalier (51)	%	p
modification cadre d'activité	18	26,47	6	17,14	19	37,25	0,12
<i>Libéral</i>	1	1,47	1	2,86	3	5,88	0,44
<i>Hospitalier</i>	13	19,12	2	5,71	12	23,53	0,09
<i>Salariat</i>	8	11,76	4	11,43	8	15,69	0,82

c. En fonction du type de stage ambulatoire

Trois étudiants de plus parmi ceux ayant réalisé leur stage ambulatoire de GP uniquement chez des généralistes (soit 37,5% de ces étudiants) désirent au cours de l'internat avoir une activité libérale alors que ce n'était pas leur souhait initial.

Ce n'est le cas que pour 1 de plus pour ceux n'ayant pas réalisé de stage de GP ambulatoire (en l'occurrence un étudiant n'ayant pas encore fait de stage de GP) soit 1,16%.

modification idée	pas de GP ambu (86)	%	généralistes (8)	%	généralistes+ PMI (32)	%	généralistes+ PMI+hôpital (6)	%	généralistes+ hôpital (15)	%	autres stages ambulatoires de GP (7)	%	p
Cadre d'activité	25	29,07	2	25,00	8	25	2	33,33	6	40	0	0	0,54
<i>Libéral</i>	4	4,65	0	0,00	0	0	0	0	1	6,67	0	0	0,70
<i>Hospitalier</i>	14	16,28	1	12,50	6	18,75	2	33,33	4	26,67	0	0	0,59
<i>Salariat</i>	12	13,95	1	12,50	5	15,63	0	0	2	13,33	0	0	0,96

nouvelle idée	pas de GP ambu (86)	%	généralistes (8)	%	généralistes+ PMI (32)	%	généralistes+ PMI+hôpital (6)	%	généralistes+ hôpital (15)	%	autres stages ambulatoires de GP (7)	%	p
<i>Libéral</i>	1	1,16	3	37,50	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
<i>Hospitalier</i>	2	2,33	0	0,00	1	3,13	0	0	1	6,67	0	0	0,68
<i>Salariat</i>	2	2,33	0	0,00	1	3,13	0	0	1	6,67	0	0	0,68

abandon idée	pas de GP ambu (86)	%	généralistes (8)	%	généralistes+ PMI (32)	%	généralistes+ PMI+hôpital (6)	%	généralistes+ hôpital (15)	%	autres stages ambulatoires de GP (7)	%	p
<i>Libéral</i>	2	2,33	0	0,00	0	0,00	0	0	1	6,67	0	0	0,63
<i>Hospitalier</i>	12	13,95	1	12,50	5	15,63	2	33,33	3	20	0	0	0,64
<i>Salariat</i>	10	11,63	1	12,50	4	12,50	0	0	1	6,67	0	0	1,00

3. Impact sur le choix d'exercice en libéral

a. En fonction de la réalisation ou non du stage de GP

Absence de résultats significatifs.

	pas de stage de GP (35)	%	GP (119)	%	p
modification du choix de mode d'exercice	8	22,86	58	48,74	0,07
<i>pour les remplacements</i>	1	2,86	17	14,29	0,13
<i>pour l'installation</i>	3	8,57	20	16,81	0,42
<i>pour la collaboration</i>	4	11,43	24	20,17	0,45
<i>pour l'association</i>	2	5,71	18	15,13	0,25
<i>pour la réalisation d'un D.U.</i>	3	8,57	23	19,33	0,30

	Pas de GP (35)	%	GP (119)	%	p
nouvelle idée de mode d'exercice					
<i>pour les remplacements</i>	6	17,14	6	5,04	0,07
<i>pour l'installation</i>	2	5,71	6	5,04	1,00
<i>pour la collaboration</i>	2	5,71	11	9,24	0,74
<i>pour l'association</i>	1	2,86	7	5,88	0,69
<i>pour la réalisation d'un D.U.</i>	0	0	5	4,2	0,59

	Pas de GP (35)	%	GP (119)	%	p
abandon idée de mode d'exercice					
<i>pour les remplacements</i>	1	2,86	6	5,04	1,00
<i>pour l'installation</i>	1	2,86	14	11,76	0,20
<i>pour la collaboration</i>	2	5,71	13	10,92	0,53
<i>pour l'association</i>	1	2,86	11	9,24	0,47
<i>pour la réalisation d'un D.U.</i>	3	8,57	19	15,97	0,42

b. En fonction du terrain de réalisation du stage de GP

Trente huit des 68 étudiants ayant réalisé un stage de GP en ambulatoire semblent avoir changé d'avis de manière globale pour leur futur mode d'exercice contre 20 des 51 étudiants l'ayant réalisé en milieu hospitalier (respectivement 55,88 et 39,22%).

A noter que 8 des 35 étudiants n'ayant pas encore effectué le stage de GP semblent avoir changé d'avis.

Concernant l'installation, 16 étudiants (soit 23,53% de ces étudiants) ayant réalisé un stage ambulatoire semblent avoir changé d'avis contre 4 (7,84%) l'ayant réalisé en milieu hospitalier et 3 (8,57%) n'ayant pas encore effectué de stage de GP.

Concernant les remplacements, 5 étudiants parmi ceux ayant effectué un stage de GP en milieu hospitalier désirent en effectuer alors qu'ils ne le souhaitaient pas initialement soit 9,80%. Ils sont 6 soit 17,14% au sein des étudiants n'ayant

pas encore effectué de stage de GP et seulement 1 soit 1,47% des étudiants ayant effectué un stage de GP ambulatoire.

	GP ambulatoire (68)	%	pas de GP (35)	%	GP hospitalier (51)	%	p
modification choix de mode d'exercice	38	55,88	8	22,86	20	39,22	0,00
<i>remplacement</i>	10	14,71	1	2,86	7	13,73	0,17
<i>installation</i>	16	23,53	3	8,57	4	7,84	0,03
<i>collaboration</i>	16	23,53	4	11,43	8	15,69	0,27
<i>association</i>	11	16,18	2	5,71	7	13,73	0,31
<i>D.U.</i>	14	20,59	3	8,57	9	17,65	0,30

nouvelle idée d'exercice	GP ambu (68)	%	GP hospi (51)	%	Pas de GP (35)	%	p
<i>remplacement</i>	1	1,47	5	9,8	6	17,14	0,01
<i>installation</i>	6	8,82	0	0	2	5,71	0,07
<i>collaboration</i>	6	8,82	5	9,8	2	5,71	0,87
<i>association</i>	6	8,82	1	1,96	1	2,86	0,26
<i>D.U.</i>	2	2,94	3	5,88	0	0	0,37

abandon idée d'exercice	GP ambu	GP hospi	Pas de GP	p
<i>remplacement</i>	5	1	1	0,43
<i>installation</i>	10	4	1	0,15
<i>collaboration</i>	10	3	2	0,22
<i>association</i>	5	6	1	0,37
<i>D.U.</i>	13	6	3	0,29

Par ailleurs au début de l'internat 23 des étudiants qui allaient faire leur stage de GP en ambulatoire souhaitaient réaliser un D.U., ils ne sont plus que 12 au moment du questionnaire.

Pour les internes ayant réalisé un stage de GP ambulatoire	Au début de l'internat	Au moment du questionnaire	p
Mode libéral	68	67	1,00
Mode hospitalier	23	14	0,08
Salariat	18	14	0,42
Remplacement	48	48	1,00
Installation	37	33	0,49
Collaboration	33	29	0,49
Association	28	29	0,86
D.U.	23	12	0,03

Pour les internes ayant réalisé un stage de GP hospitalier	Au début de l'internat	Au moment du questionnaire	p
Mode libéral	45	46	0,75
Mode hospitalier	25	17	0,11
Salariat	18	14	0,39
Remplacement	38	40	0,64
Installation	24	19	0,32
Collaboration	25	27	0,69
Association	17	12	0,27
D.U.	11	8	0,45

Pour les internes n'ayant pas réalisé un stage de GP	Au début de l'internat	Au moment du questionnaire	p
Mode libéral	32	32	1,00
Mode hospitalier	17	15	0,63
Salariat	14	10	0,31
Remplacement	23	20	0,46
Installation	18	18	1,00
Collaboration	20	20	1,00
Association	21	20	0,81
D.U.	14	11	0,45

c. *En fonction du type de stage ambulatoire*

Le seul élément significatif retrouvé concerne l'installation.

Ont changé d'avis :

- 33,33% des étudiants ayant réalisé le stage en alternance entre généralistes, hôpital et P.M.I.
- 31,25% des étudiants ayant réalisé le stage en alternance entre P.M.I. et généralistes
- 14,29% des étudiants ayant fait un autre type de stage ambulatoire
- 13,33% de ceux ayant alterné hôpital et généralistes
- 12,50% de ceux étant seulement chez des généralistes
- 8,95% de ceux n'ayant pas fait de stage ambulatoire de GP (stages de GP hospitalier et non réalisé)

Il n'est pas possible de déterminer de manière significative si ce changement d'avis est ou non en faveur d'un nouveau désir d'installation.

modification idée	pas de stage de GP ambulatoire (86)	%	généralistes (8)	%	généralistes + PMI (32)	%	généralistes + PMI + hôpital (6)	%	généralistes + hôpital (15)	%	autres stages ambulatoires de GP (7)	%	p
Mode d'exercice	28	32,56	4	50,00	18	56,25	3	50,00	10	66,67	3	42,86	0,07
<i>remplacement</i>	8	9,30	0	0,00	6	18,75	1	16,67	2	13,33	1	14,29	0,53
<i>installation</i>	7	8,14	1	12,50	10	31,25	2	33,33	2	13,33	1	14,29	0,03
<i>collaboration</i>	12	13,95	2	25,00	7	21,88	1	16,67	4	26,67	2	28,57	0,55
<i>association</i>	9	10,47	3	37,50	5	15,63	2	33,33	1	6,67	0	0,00	0,12
<i>D.U.</i>	12	13,95	3	37,50	4	12,50	1	16,67	5	33,33	2	28,57	0,16

abandon idée	pas de GP ambu (86)	%	généralistes (8)	%	généralistes+ PMI (32)	%	généralistes+ PMI+hôpital (6)	%	généralistes+ hôpital (15)	%	autres stages ambulatoires de GP (7)	%	p
<i>remplacement</i>	2	2,33	0	0,00	4	12,50	1	16,67	0	0,00	0	0,00	0,12
<i>installation</i>	5	5,81	1	12,50	6	18,75	1	16,67	1	6,67	1	14,29	0,19
<i>collaboration</i>	5	5,81	2	25,00	3	9,38	1	16,67	3	20,00	1	14,29	0,13
<i>association</i>	7	8,14	1	12,50	3	9,38	1	16,67	0	0,00	0	0,00	0,59
<i>D.U.</i>	9	10,47	3	37,50	3	9,38	1	16,67	4	26,67	2	28,57	0,08

nouvelle idée	pas de GP ambu (86)	%	généralistes (8)	%	généralistes+ PMI (32)	%	généralistes+ PMI+hôpital (6)	%	généralistes+ hôpital (15)	%	autres stages ambulatoires de GP (7)	%	p
<i>remplacement</i>	6	6,98	0	0,00	2	6,25	0	0,00	2	13,33	1	14,29	0,71
<i>installation</i>	2	2,33	0	0,00	4	12,50	1	16,67	1	6,67	0	0,00	0,13
<i>collaboration</i>	7	8,14	0	0,00	4	12,50	0	0,00	1	6,67	1	14,29	0,84
<i>association</i>	2	2,33	2	25,00	2	6,25	1	16,67	1	6,67	0	0,00	0,05
<i>D.U.</i>	3	3,49	0	0,00	1	3,13	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0,82

d. Avis des étudiants ayant réalisé le stage de GP en ambulatoire sur son impact direct

Pour 32 des étudiants ayant réalisé le stage en ambulatoire, ce dernier a modifié leur perception de la médecine générale, ce n'est pas le cas pour 19 d'entre eux (17 n'ayant pas répondu à la question).

Par ailleurs il ne semble pas modifier de manière significative le mode d'exercice futur ni même le projet professionnel des internes.

Pour les internes ayant réalisé un stage de GP ambulatoire	Total = 68	p
modification de la perception de la MG	32	
pas de modification	19	0,01
pas de réponse	17	
<u>Modification du choix de mode d'exercice</u>	23	
pas de modification	23	0,98
pas de réponse	22	
<u>Modification du projet professionnel</u>	25	
pas de modification	23	0,66
pas de réponse	20	

IV. DISCUSSION

A. Forces et limites de l'étude

1. Concernant la méthode

Par l'intermédiaire du questionnaire c'est toute la population cible qui a pu être contactée. Comme chaque étudiant recevait le questionnaire directement dans sa boîte mail il pouvait choisir ou non de répondre librement.

Le mail restait dans la boîte mail à moins d'être mis par la volonté de l'étudiant à la corbeille, il ne nous a donc pas paru judicieux de faire une relance, une trace du questionnaire subsistant forcément. Cela nous exposait tout de même au risque que le mail se fonde dans une boîte mail surchargée.

Au delà, proposer un questionnaire écrit et par internet a permis de laisser aux étudiants un peu de temps pour y répondre.

En ne laissant que peu de questions auxquelles il était possible de ne pas répondre, cela évite un maximum de questions sans réponse et rend donc l'ensemble des résultats interprétable.

La diffusion par voie électronique était un plus en terme de participation et de temps gagné. L'étude a ainsi pu se faire dans un temps réduit.

2. Concernant le questionnaire en lui-même

Le choix a été fait de diminuer au maximum le nombre de questions pour limiter le temps de réponse et encourager les étudiants à répondre. Nous avons donc perdu la possibilité d'obtenir certaines informations notamment au niveau sociodémographique.

Le questionnaire a été bâti selon une construction plutôt chronologique pour être facile à suivre par les répondants.

Aucune remarque n'a été faite sur la clarté et la compréhension des questions ni au cours de la phase "d'essai" ni au cours des réponses "officielles", cela semblait donc suffisant et exhaustif.

Pourtant en étudiant les résultats, on remarque que certains points auraient pu être affinés. Il aurait notamment été judicieux de spécifier aux internes de répondre en

terme d'activité principale qu'ils souhaitent exercer plutôt que de leur proposer tous les choix.

Toutes les réponses récupérées étaient exploitables et ont pu être analysées car complètes (hormis pour les questions ne concernant que les étudiants ayant réalisé le stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie, la consigne n'étant là sûrement pas assez précise). Les biais ont ainsi été limités.

3. Biais

a. Biais de sélection

Pour une question de temps il a été choisi de ne réaliser l'étude que sur la population des internes en médecine générale de la faculté de Toulouse.

En outre cette restriction a aussi été indiquée suite aux nombreuses disparités dans le cursus de l'internat de médecine générale entre les différentes régions. Cependant il pourrait bien sûr être intéressant d'élargir l'étude au niveau national pour confronter les résultats de Midi-Pyrénées à ceux de régions n'ayant pas de stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie.

Par contre, tous les internes de médecine générale de Toulouse ont été contactés qu'ils aient réalisé un stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire ou hospitalier voire qu'ils ne l'aient pas encore réalisé.

b. Biais de non-réponse

Sur les 473 internes destinataires du questionnaire et inscrits en troisième cycle, seuls 154 ont répondu soit 32,56%. Cela représente un peu moins du tiers des étudiants.

Il est probable que le temps de réponse relativement court et l'absence de relance soient des facteurs ayant impacté le nombre de réponses.

Malgré tout, les étudiants ayant très majoritairement répondu sont ceux en 2^{ème} et 3^{ème} année du TCEM et donc ceux concernés par notre étude.

Les internes n'ayant pas répondu au questionnaire peuvent ne pas avoir été sensibilisés par le courrier accompagnant. Il peut s'agir d'étudiants peu intéressés par les stages ambulatoires.

Ceci peut à l'inverse créer un biais de volontariat, les étudiants participants pouvant être plus sensibles au sujet.

c. Biais de recrutement

On peut supposer que les internes ayant choisi de réaliser un stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie avaient déjà un projet professionnel tourné vers l'exercice libéral. Inversement les étudiants se destinant à une pratique hospitalière pouvaient être moins tentés de le choisir.

Cependant comme ce stage pouvait être le premier stage ambulatoire effectué (si choisi pour le 3ème semestre, il est réalisé avant le stage chez le praticien de niveau 1), il pouvait surtout apparaître comme le premier moyen de découvrir vraiment la médecine générale ambulatoire et libérale.

d. Biais de mémorisation

Le questionnaire fait appel au projet professionnel que construisaient les internes avant de débiter leur internat. Ce projet professionnel peut avoir évolué de multiples fois depuis le début de l'internat jusqu'au moment du questionnaire et il peut être difficile pour les internes de se souvenir exactement de ce qu'ils pensaient vouloir faire.

Il peut aussi exister un facteur de confusion. En effet, les discussions entre les internes sont à l'origine de modifications de leur projet professionnel et aussi d'amalgame entre leur projet et ceux de leurs amis. Ceci peut notamment concerner leur intérêt pour les D.U. sans que cela ne soit véritablement leur propre projet.

B. Analyse des résultats

Du fait d'une simplification importante du questionnaire, il apporte peu d'éléments sociodémographiques concernant les étudiants. Nous avons en effet choisi de nous intéresser davantage à leur lien à la médecine générale et au déroulement de l'internat pour étudier son impact direct.

1. Caractéristiques des internes ayant répondu

a. Lien antérieur à la spécialisation avec la médecine générale

Il s'agissait de rechercher une première approche de la médecine générale qui aurait pu conduire les étudiants en médecine à choisir cette spécialité plutôt qu'une autre.

Seuls 39% des internes avaient eu l'occasion de suivre des cours de médecine générale au cours de leur externat. Ce résultat prouve encore une fois que cette pratique est loin d'être répandue au sein des facultés. Les cours enseignés avant l'internat sont donc toujours essentiellement orientés vers les spécialisations. On parle davantage en terme d'organes que de globalité du corps humain. Etant donné que 61% des étudiants n'ayant pas eu de cours ont tout de même choisi la médecine générale, il est difficile de présager si cela peut être considéré comme un facteur positif seul. Il faudrait aussi connaître le pourcentage d'internes d'autres spécialités ayant eu des cours de médecine générale pour pouvoir conclure.

Par contre un nombre important d'étudiants ont eu l'occasion d'effectuer un stage en médecine générale au cours de l'internat, cela représente en effet 85% des internes ayant répondu. Celui-ci pourrait donc être un facteur influant. Le fait d'avoir eu une toute première approche de manière pratique avec la médecine générale peut permettre d'en appréhender la diversité et la richesse. La teneur des stages et leur durée nous sont inconnues et ne nous permettent pas de nous faire une idée sur les différentes valeurs pédagogiques.

Mais il apparaît qu'une majorité des facultés jouent le jeu et programment des stages de médecine générale au cours de l'externat. Les facultés semblent donc vouloir privilégier les stages de médecine générale aux cours de médecine générale. Elles mettent en avant la pratique sur la théorie. Nous ne savons pas s'il s'agit d'un choix du fait d'une facilité d'organisation, d'insuffisance de professeurs de médecine générale ou même encore d'une volonté exprimée de privilégier le rapport pratique à la MG.

Il serait intéressant de savoir si on retrouve au sein des autres spécialités médicales et chirurgicales une proportion aussi importante d'étudiants ayant effectué un stage de médecine générale au cours de l'externat. En fonction du résultat obtenu cela permettrait de savoir s'il s'agit réellement d'un facteur positif pour le choix de la spécialité de médecine générale.

Par ailleurs, à peine un peu plus d'un quart des étudiants ont un membre de leur famille médecin généraliste. Comme pour les cours et stages de médecine générale au cours de l'externat, nous ignorons s'ils sont autant dans les autres spécialités, et il est difficile de dire que ceci les a incités à choisir cette spécialité.

En outre, seuls onze de ces internes soit 44% estiment que cela peut les avoir influencés. Les termes que l'on retrouve majoritairement dans leur vocabulaire concernant cette influence sont du champs lexical de la passion. Ce serait donc la passion de leur proche pour leur métier et la médecine générale qui les aurait poussés à suivre cette voie. Certains évoquent aussi un « reflet de la vie quotidienne » et un « avant-goût » ainsi qu'une « sécurité ». Pour ceux que cela n'a pas influencé, certains disent qu'ils ne voulaient pas initialement suivre

cette voie et que cela repose essentiellement sur le temps passé et la charge de travail notamment administrative.

Pour en revenir à la passion du métier on peut supposer aussi qu'elle est plus facile à transmettre par le biais des stages de médecine générale que par celui des cours. Cela peut être un des facteurs influant au niveau des stages, les médecins faisant le choix de devenir maître de stage étant probablement passionnés par leur travail et souhaitant transmettre cette passion.

b. Accès à la spécialisation

La grande majorité (82%) des internes ayant répondu n'envisageait pas d'effectuer une autre spécialité. Ils sont 15% seulement à avoir choisi l'internat de médecine générale par dépit ou en seconde intention. Nous pouvons donc supposer qu'il existe au sein des internes une véritable envie de découvrir la spécialité autant du point de vue pratique que théorique. En effet comme nous l'avons vu précédemment la spécialité n'a qu'une place limitée au cours de l'externat, les internes ont donc beaucoup à apprendre.

Il est fort probable que ces étudiants aient un grand désir d'effectuer des stages ambulatoires pour confirmer leur choix et découvrir le secteur libéral.

Quatre étudiants interrogés ont effectué un droit au remords pour la médecine générale. Il s'agit donc plutôt d'un choix de seconde intention mais qui revêt un caractère particulier et dénote une volonté forte de se tourner vers la médecine générale.

On remarque par ailleurs que la proportion d'internes ayant effectué un stage de médecine générale au cours de l'externat pour chaque type de choix est proche de celle de l'ensemble des étudiants si ce n'est pour les étudiants ayant effectué un droit au remords qui ont tous effectué un stage de médecine générale. Mais ceci peut difficilement être pris en compte au vu de leur faible effectif.

Choix de spécialisation en MG et stages de médecine générale au cours de l'externat :

Choix spécialité	Nb d'internes	Stages de MG	%
<i>1ère intention</i>	127	109	85,83
<i>par dépit</i>	23	18	78,26
<i>droit au remords</i>	4	4	100

c. Evolution dans le cursus de l'internat

Sur les 473 internes inscrits, ils sont 154 à avoir répondu soit 32,56%. L'étude n'a donc pas touché tous les internes inscrits.

Mais si l'on s'intéresse aux différentes années d'internat, on se rend compte que la majorité des étudiants ayant répondu peut avoir été concerné par le stage de gynécologie-pédiatrie car ce sont respectivement 37,78% et 39,60% des étudiants de TCEM2 et TCEM3 qui ont répondu. L'ensemble de ces étudiants représentait 74,68% des répondants. Ils devaient en effet être plus sensibilisés à notre étude. Seuls 25,32% des répondants étaient inscrits en TCEM1.

2. Place des stages ambulatoires au sein de l'internat de médecine générale

a. Evaluation de l'ensemble des stages ambulatoires

Comme nous l'avons vu précédemment, à Toulouse, durant l'internat de médecine générale les internes peuvent être amenés à réaliser jusqu'à 4 stages ambulatoires au cours de leur cursus.

Parmi les étudiants ayant répondu, 115 pouvaient être ou avoir été concernés par les stages ambulatoires : 56 étaient en 4^{ème} semestre, 4 en 5^{ème} et 55 en 6^{ème}. Cela représente 74,68% des étudiants.

Pourtant seuls 111 étudiants indiquaient avoir réalisé un ou plusieurs stages en ambulatoire. Les 115 étudiants ayant dépassé le 3^{ème} semestre auraient pourtant tous dû avoir effectué à minima un stage ambulatoire, celui de niveau 1 chez le praticien. Cette différence pourrait peut-être s'expliquer du fait que 4 étudiants ont effectué un droit au remords et que ce dernier peut se faire jusqu'en 4^{ème} semestre. Mais en fait 117 étudiants disent avoir effectué le stage de niveau 1, il est fort probable qu'il y ait donc eu un défaut de compréhension à ce niveau du questionnaire, celui-ci ne semble concerner que 2 étudiants.

Par ailleurs, si l'on s'intéresse au nombre brut de stages ambulatoires réalisés, on note un total de 249 stages ambulatoires réalisés sur l'ensemble des 663 stages réalisés par les internes ayant répondu soit 37,56%. Ils représentent donc une proportion importante des stages réalisés et ce d'autant plus que seuls 59 des étudiants ayant répondu (35,71%) peuvent avoir réalisé jusqu'à 3 ou 4 stages ambulatoires.

Si l'on exclut les étudiants de 2nd semestre et les stages de médecine adulte et urgence, on retrouve 249 stages ambulatoires pour 509 stages de 2^{ème} et 3^{ème} année soit 48,92%. Les stages en ambulatoire représentent donc près de la moitié des stages de 2^{ème} et 3^{ème} années.

Pour un seul étudiant au cours de son internat les stages ambulatoires peuvent représenter de 16,67% (si seul le stage de niveau 1 est fait en ambulatoire) à 66,67% de son cursus (s'il réalise le maximum de stage ambulatoire, 4).

Au vu des résultats obtenus, on peut considérer que la quasi majorité des étudiants effectuera au moins 2 stages ambulatoires.

b. Stage de gynécologie et pédiatrie

L'ensemble des stages de gynécologie et pédiatrie représente 17,95% de la totalité des stages déjà effectués par les internes. Les 68 stages de gynécologie et pédiatrie représentent quant à eux 10,26% de l'ensemble des stages.

Les stages en ambulatoire de gynécologie et pédiatrie semblent donc peu représentatifs du cursus de l'internat en médecine générale.

Pourtant, la majorité des stages de gynécologie et pédiatrie réalisés par les internes ayant répondu a été réalisé en ambulatoire (57,14%).

Pour autant ils ne représentent que 50% des stages mis au choix, les internes en ayant effectué un ont donc davantage répondu que ceux ayant réalisé un stage de GP hospitalier.

Types de stages de gynécologie et pédiatrie :

Les propositions de stages de GP ambulatoire à Toulouse sont extrêmement variées, on retrouve tous les types de stages envisageables avec un maximum de stages réalisés partiellement lors d'un passage en P.M.I. : 55,88%.

c. Association du stage de GP ambulatoire aux autres stages ambulatoires

Il est sûrement important de prendre en compte l'association de ce stage aux autres stages ambulatoires possibles. On sait que tous les étudiants seront forcément concernés par le stage chez le praticien de niveau 1, nous nous intéressons donc d'avantage au stage de S.A.S.P.A.S..

Au moment du questionnaire, 40 des étudiants ayant effectué un stage de gynécologie et pédiatrie en ambulatoire n'ont pas réalisé de stage de S.A.S.P.A.S., 11 en ont réalisé un et 17 en ont effectué deux.

Cependant, seuls 30 et 3 des étudiants ayant réalisé un stage de GP en ambulatoire étaient respectivement en 6^{ème} et 5^{ème} semestres et pouvaient donc être concernés par les S.A.S.P.A.S.. Ce sont donc 28 étudiants sur 33 étudiants (84,85%) ayant réalisé un stage de GP ambulatoire qui ont effectué au moins un stage de S.A.S.P.A.S.. Et ce sont également 28 étudiants des 47 étudiants ayant effectué un ou deux stages de S.A.S.P.A.S. qui ont aussi réalisé un stage de gynécologie et pédiatrie soit 59,57%.

Il existe donc une forte association entre les stages ambulatoires de gynécologie et pédiatrie et les stages de S.A.S.P.A.S..

Plusieurs facteurs peuvent en être responsables et sont d'ailleurs potentiellement liés. Les internes ne choisissant pas les stages ambulatoires peuvent le faire sciemment s'ils ne désirent plus se tourner vers la médecine générale libérale et donc ne choisir que des stages en milieu hospitalier. L'inverse est évidemment vrai aussi pour les internes fuyant le système hospitalier. Le nombre de stages ambulatoires reste limité pour chaque type de stage, les derniers internes à choisir leur stage peuvent donc régulièrement ne pas y avoir accès et ne réaliser ainsi que des stages en milieu hospitalier hormis le stage de niveau 1.

3. Evolution du projet professionnel au cours de l'internat

Si l'on demande directement aux internes ayant réalisé un stage de GP ambulatoire son impact, ils mettent en avant une modification globale de leur perception de la médecine générale. En revanche, il ne semblerait pas qu'ils estiment que ce stage puisse avoir remanié leur projet professionnel.

Pourtant, en reprenant les résultats en fonction du type de stage réalisé on note quelques modifications entre le début de l'internat et le moment où le questionnaire leur a été soumis.

a. Cadre d'activité

- Activité salariée

Au cours de l'internat 24,68% des internes souhaitent avoir au moins en partie une activité salariée.

Mais on note une diminution globale du nombre d'étudiants souhaitant avoir une activité salariée à la suite de leur internat : 12 étudiants réfutent cette idée au moment du questionnaire soit 24% des étudiants ayant ce souhait initialement. Ce changement de point de vue ne semble pas lié au type de stage réalisé en GP.

Ceci peut notamment être lié à la faible représentativité de l'activité salariée pour les médecins généralistes ainsi qu'à la très faible représentation de cette activité au sein du cursus de l'internat.

En 2015, l'observatoire de la démographie médicale en Midi-Pyrénées[21] retrouvait 15,8% de médecins généralistes ayant pour activité principale une activité salariée non hospitalière. Ce chiffre est donc inférieur au pourcentage d'étudiants intéressés par cette activité au moment du

questionnaire. Nous pouvons tenter d'expliquer cette différence de diverses manières :

- La diminution de ce souhait tout au long de l'internat avec une découverte de plus en plus importante de l'activité libérale (stages de GP ambulatoire et S.A.S.P.A.S.)
- Le faible nombre de postes salariés proposés aux médecins généralistes
- L'absence de spécification dans notre questionnaire du souhait de ce type d'activité en tant qu'activité principale ou secondaire avec une activité mixte libéral/salariat.

Le milieu salarié le plus représenté dans les stages d'internat est celui de la Protection Maternelle et Infantile dans les stages ambulatoire de G.P. (38 des 68 stages tout de même). Cela ne semble pas en faveur d'orientation vers ce type d'activité et même au contraire car au cours de l'internat seuls 11 étudiants souhaitent avoir une activité de P.M.I. ou assimilée alors qu'ils étaient 19 initialement. Il apparaît pourtant dans les réponses libres que 4 des internes ayant réalisé un stage en P.M.I./planning familial sont sensibilisés à cette pratique voire qu'ils ont envie de l'inclure dans leur exercice futur.

- Activité hospitalière

Au moment du questionnaire 29,87% des étudiants aimeraient avoir une activité hospitalière alors qu'ils étaient 42,21% à le penser initialement. En effet 19 étudiants ont abandonné cette idée soit 29,23% des internes l'ayant initialement.

Ce changement d'avis concerne essentiellement les étudiants ayant réalisé un stage de gynécologie pédiatrie (21,01% contre 5,71%).

En revanche il ne semble pas influencé par le mode de réalisation du stage de gynécologie pédiatrie (ambulatoire ou hospitalier).

Nous pouvons donc supposer que cette modification est davantage liée à l'avancée dans le cursus de médecine générale qu'au stage de gynécologie pédiatrie lui-même. Elle résulte probablement de la découverte progressive de la médecine générale à part entière et de l'abandon de l'idée du tout hôpital qui était véhiculée au cours de l'externat. Elle est aussi sans doute due au fait que les internes se tournent vers une activité libérale unique et non plus une activité mixte après avoir découvert la médecine générale libérale au sein du stage de niveau 1.

Au final, en 2015, 13,2% des médecins généralistes de Midi-Pyrénées avaient une activité hospitalière principale. Ce pourcentage est donc encore largement inférieur à celui des internes intéressés par cette activité. Comme pour une activité salariée non hospitalière plusieurs facteurs peuvent être impliqués dont le faible nombre de postes pour les médecins généralistes et la concurrence des autres spécialistes pour les postes hospitaliers.

- **Activité libérale**

Le nombre total d'internes souhaitant exercer en libéral ne se modifie pas au cours de l'internat, la très grande majorité des internes, 145 (soit 94,16%) est concernée. Ceci est cohérent avec le fait que l'essentiel des internes a choisi cette spécialité en premier lieu et que c'est ainsi qu'elle est la plus connue et représentée.

Pour autant ce pourcentage est tout de même supérieur à celui retrouvé en 2015 en Midi-Pyrénées par l'observatoire : il mettait en évidence 63,4% de libéraux et 7,5% de remplaçants soit 70,9% de médecins ayant une activité libérale si l'on suppose que les remplaçants sont essentiellement libéraux. Le pourcentage que nous retrouvons se rapproche de celui que l'AIMGER[6] avait mis en évidence pour les internes ayant réalisé un SASPAS en 2012 : 63% des internes souhaitaient exercer exclusivement en libéral et 23% souhaitaient avoir une activité mixte libéral/salariat soit 86%.

La réalisation ou non d'un stage de GP ne semble pas un facteur influant et ce qu'il soit hospitalier ou libéral.

Il est cependant à noter que 3 soit 37,50% des internes ayant réalisé un stage de GP ambulatoire seulement chez des généralistes souhaitent de novo avoir une activité libérale. Il est probable que comme le stage chez le praticien de niveau 1, un stage de GP réalisé uniquement chez des généralistes soit déterminant dans le choix des internes de la médecine libérale et ce d'autant plus si ce stage a été réalisé avant le stage de niveau 1.

b. Mode d'exercice en libéral

- **Remplacements**

La majorité des internes souhaite effectuer des remplacements : 108 soit 70,13%. Ce choix ne semble quasiment pas évoluer au cours de l'internat (au global seul un étudiant de moins aurait envie d'en effectuer).

On remarque que 78,43% des internes ayant réalisé un stage de GP en milieu hospitalier souhaitent en réaliser contre 70,59% des internes ayant réalisé un stage de GP ambulatoire et 57,14% des internes n'ayant pas encore été en stage de GP.

En outre, l'idée de réaliser des remplacements progressent davantage chez les étudiants ayant réalisé un stage de GP en milieu hospitalier que chez les étudiants l'ayant effectué en ambulatoire, 9,80% contre 1,47%. Mais elle progresse surtout chez les étudiants n'ayant pas encore effectué de stage de GP donc en 2nd semestre : 17,14%.

Ce serait donc dès le début de leur cursus que les internes auraient envie de faire des remplacements, cette idée se stabiliserait au cours de l'internat bien qu'il semblerait que les stages hospitaliers soient davantage vecteurs de l'idée d'effectuer des remplacements que les stages ambulatoires.

Ce pourcentage est très important en comparaison de celui retrouvé par l'observatoire médical régional en 2015 : 7,5% de remplaçants. Cette différence peut en partie s'expliquer par la différence entre le nombre d'internes et le nombre total de généralistes en activité dans la région et par la pyramide des âges des généralistes. Ce sont essentiellement les jeunes généralistes qui effectuent des remplacements.

- Installation

Le désir d'installation semble diminuer au cours de l'internat, en effet, seuls 70 des internes (45,45%) l'ont au moment du questionnaire alors qu'ils étaient 79 au début de l'internat (-11,39% de l'ensemble des internes).

Dans notre étude, il nous est impossible de déterminer l'impact qu'à vraiment le stage de GP ambulatoire sur ce désir d'installation, mais il semblerait qu'il le modifie davantage que le stage hospitalier ou l'absence de stage de GP réalisé : 23,53% des étudiants changent d'avis contre respectivement 7,84% et 8,57%. Malheureusement nous ne pouvons pas dire si le stage de GP ambulatoire serait responsable d'un nouveau désir d'installation ou inversement.

Il en est de même lorsque l'on se penche sur les différents types de stage, les choix des internes concernant l'installation évolueraient plus pour les stages réalisés avec une alternance généralistes/hôpital/P.M.I. ou P.M.I./hôpital que dans les autres types mais sans pouvoir donner un sens à ces modifications.

Il est probable qu'en fin de compte les nouveaux désirs d'installation et les abandons de cette idée s'équilibrent entre les différents internes. Mais le stage de GP réalisé en ambulatoire permet peut-être une remise en question plus importante du projet professionnel que les internes ne semblent le croire. S'il fait suite au stage de niveau 1, il permet de découvrir qu'il n'existe pas un mode unique d'exercer la médecine générale en libéral, que toutes les pratiques de médecin généraliste sont différentes. Bien souvent les internes expriment dans les réponses libres qu'ils se sont rendu compte par le biais de ce stage qu'ils pourraient exercer la médecine libérale dont ils ont envie. En effet, le médecin qui souhaite effectuer des actes de gynécologie ou de pédiatrie peut bien prévoir des créneaux horaires adaptés, chacun est en fait libre de gérer son

planning et ses consultations comme il l'entend, les patients s'adaptant à ce qui est mis en place.

- Collaboration et Association

On note qu'il existe une diminution très modérée pour ces deux modes d'exercice : respectivement -2 et -5 étudiants concernant la collaboration et l'association. Il ne semblerait pas que les différents stages de GP puissent avoir un impact dessus.

Les internes ont peut-être besoin d'avancer plus dans leur pratique libérale pour pouvoir faire ce type de choix. Il peut aussi s'agir d'une question d'opportunités qui leur sont présentées.

c. Diplômes complémentaires

Au cours de l'internat, il semblerait qu'il existe une diminution globale du nombre d'étudiants souhaitant passer un ou plusieurs D.U.. Alors que 31,17% des internes pensaient vouloir en faire un, ils ne sont plus que 20,78% au moment du questionnaire.

Pourtant l'observatoire régional de 2008[22] montrait que 34% des généralistes avaient d'autres qualifications dont :

- 36% en gériatrie, contre 6,25% de souhaits pour notre étude
- 33% en médecine et biologie du sport, contre 18,75% pour nous
- 29% en médecine d'urgences/catastrophes contre 6,25% pour nous
- Les autres qualifications représentaient 5% ou moins de ces généralistes.

Il est possible que les médecins généralistes ressentent davantage le besoin de formations complémentaires après leurs études et en fonction des cas auxquels ils sont confrontés dans leur pratique quotidienne.

On remarque par ailleurs que les D.U. qui arrivent premiers dans les souhaits de formation complémentaire des internes : gynécologie, soins palliatifs/douleurs et ostéopathie ne sont pas forcément ceux qui seront réalisés par la suite.

En outre si l'on s'intéresse au nombre d'étudiants souhaitant réaliser un D.U. au début de l'internat puis au moment du questionnaire, seule la diminution concernant les internes ayant réalisé un stage de GP en ambulatoire est significative. Initialement 23 des 68 étudiants (33,82%) ayant réalisé le stage de GP en ambulatoire souhaitaient passer un D.U., ils ne sont plus que 12 (17,65%) au moment du questionnaire.

La réalisation de ce stage pourrait donc être liée au fait que les internes perdent l'envie de réaliser un D.U.. Plusieurs hypothèses pourraient être mises en avant pour expliquer ceci :

- La prise de confiance par les internes de leur exercice dans la discipline de médecine générale au cours des stages ambulatoires
- L'apprentissage en gynécologie et pédiatrie sur le « terrain » : on note notamment une diminution du souhait de D.U. de gynécologie et pédiatrie (respectivement de 29 à 24 et de 12 à 7). Il est fort possible que les internes sous-estimaient les capacités d'apprentissage au cours de l'internat dans ces disciplines et que les stages ambulatoires leur ont permis de mieux les maîtriser sans ressentir finalement le besoin de se former davantage. Dans les réponses libres, de nombreux internes disent en effet, se sentir plus à l'aise dans la pratique de la gynécologie et de la pédiatrie et pensent pouvoir inclure des actes notamment gynécologiques dans leur pratique future.
Par ailleurs si l'on regarde exclusivement les D.U. beaucoup plus spécifiques (médecine hyperbare, ostéopathie, victimologie, etc...) il y a peu de modifications, hors ces disciplines sont peu abordées dans la pratique courante de MG : si les internes souhaitent se tourner vers ces disciplines une formation complémentaire est forcément nécessaire.
- L'ouverture à la médecine générale globale peut entraîner une diminution du besoin de « sur-spécialisation » qu'éprouvaient les jeunes internes à la sortie de l'externat qui était lui plutôt tourné vers le milieu hospitalier.
- Nous ne savons par ailleurs pas quel est l'âge des médecins ayant réalisé des D.U. et de quelle formation initiale ils avaient bénéficié.

Au total, l'hypothèse principale selon laquelle le stage de gynécologie-pédiatrie pourrait avoir un impact sur le projet professionnel des internes n'est que partiellement vérifiée.

En effet, il n'existe pas de modification notable du type d'activité souhaité par les internes qui puisse être imputable au stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire. On note juste que le stage de GP ambulatoire bouleverse plus les souhaits des internes en matière d'installation mais sans savoir vraiment de quelle manière.

Mais à l'inverse, les stages de gynécologie et pédiatrie réalisés en milieu hospitalier sembleraient tendre vers une majoration du souhait de réaliser des remplacements et vers un désir d'installation moindre que lorsque le stage est réalisé en ambulatoire.

Cependant il n'y a pas de preuve statistique franche dans ce sens, une étude à plus grande échelle permettrait sans doute de confirmer cette hypothèse juste ébauchée dans notre étude.

Par contre le stage de GP ambulatoire impacte le mode d'exercice souhaité par les internes dans sa forme par une diminution du désir de formation complémentaire. Il rend le cursus de l'internat suffisant et satisfaisant par rapport aux attentes de formation des étudiants.

C. Pistes de réflexion

1. Les stages de gynécologie-pédiatrie ambulatoire en France

L'état des lieux de la médecine générale universitaire au premier janvier 2015[23] retrouvait 470 postes proposés en gynécologie-pédiatrie ambulatoire dans 23 DMG sur 35. Des stages mixtes étaient mis en évidence dans 20 de ces DMG.

A Toulouse le nombre de stages de gynécologie-pédiatrie mis au choix pour le semestre en cours était de 39 (soit 8,29% du nombre total de postes de GP ambulatoire en France), autant que le nombre de postes hospitaliers. Tous les stages étaient mixtes.

Il existe donc une iniquité entre les différents DMG. Bien qu'ils soient de plus en plus nombreux à proposer des stages ambulatoires de GP ambulatoire leur nombre est encore largement variable entre les facultés. En outre les types de stages diffèrent aussi, si à Toulouse l'offre est variée avec plus de 5 types de stages différents, ce n'est pas le cas dans tous les DMG. En effet, les types majoritaires sont ceux en cabinet de ville et en P.M.I. retrouvés dans 80% des DMG. Par contre, on ne voit des stages au planning familial, en centre de santé ou mixtes hospitalo-libéral que dans respectivement 40%, 12% et 8% des DMG.

Ainsi il est encore difficile d'extrapoler l'exemple toulousain à l'ensemble de la France.

2. Développement des terrains de stages ambulatoires

Il a déjà été mis en évidence dans de précédentes études, dont celle de G. Constant[24] que la possibilité d'avoir un projet professionnel augmentait selon le nombre de stages effectués chez le praticien. Il paraît donc évident que le développement de ces terrains de stage est essentiel.

A Toulouse cette notion a été prise en compte depuis le développement de la médecine générale universitaire et un interne peut facilement effectuer la moitié de son internat en milieu ambulatoire. Un stage de gynécologie-pédiatrie sur deux est effectué en milieu ambulatoire et 74 stages de SASPAS sont proposés aux TCEM3 pour chacun des deux semestres.

Si à Toulouse, les stages ambulatoires peuvent occuper une part importante de l'internat en médecine générale ce n'est pas le cas dans tous les DMG.

Un des leviers important pour favoriser la mise en place de stages ambulatoires est la formation de maîtres de stages universitaires (MSU). Leur nombre est en effet en ce moment insuffisant pour assurer les besoins actuels en formation.

La sensibilisation a cette nécessité est primordiale dès l'internat car les étudiants actuels peuvent devenir de futurs MSU s'ils ont compris l'importance de la formation ambulatoire au cours de leur internat.

3. Place de la formation complémentaire au cours de l'internat

L'étude nous a permis de découvrir que le désir de formation complémentaire diminue lorsque la formation colle au plus près de la réalité professionnelle. Les stages ambulatoires en général et celui de gynécologie-pédiatrie plus spécifiquement permettent aux internes de se rapprocher de l'activité qu'ils pourraient avoir plus tard. Par exemple, effectuer un examen gynécologique en cabinet de ville est à la fois bien différent et à la fois semblable à la réalisation du même examen en milieu hospitalier. Voir comment cela se passe et le réaliser eux-mêmes leur permet de prendre confiance et de moins ressentir le besoin d'une formation spécifique à ce niveau.

Pourtant suite à leur internat, un nombre relativement important de médecin va réaliser des formations complémentaires. Leurs thèmes sont bien différents de ceux évoqués par les internes dans le questionnaire. Il serait sans doute intéressant d'essayer de sensibiliser dès la formation les médecins à ces thèmes là : gérontologie, médecine et biologie du sport, urgences... Si la formation existe, il serait peut-être judicieux de la renforcer et ceci devrait autant pouvoir porter sur la pratique que sur la théorie.

4. Suggestion d'études complémentaires

Au terme de ce travail diverses idées d'études complémentaires se dégagent afin d'approfondir le sujet :

- Une enquête prospective initiée dès le début de l'internat et suivant l'interne au cours de son cursus permettrait d'éviter le biais de mémorisation.
- Une enquête à postériori 5 ou 10 ans après l'internat permettrait de voir ce que sont devenus les étudiants ayant réalisé des stages de gynécologie-pédiatrie ambulatoire et permettrait de savoir si leur parcours a été différent de celui des autres internes
- Au-delà et à plus grande échelle, une étude comparative entre le DMG de Toulouse et un DMG ne proposant pas de stage de GP ambulatoire pourrait permettre de mettre davantage en évidence l'impact de ces stages.

V. CONCLUSION

A Toulouse, le stage de gynécologie et pédiatrie peut être réalisé en ambulatoire par la moitié des étudiants du fait d'un nombre de postes important. Il permet donc d'augmenter efficacement le nombre de stages que les internes peuvent réaliser en milieu ambulatoire.

Bien que notre questionnaire n'ait touché qu'une part réduite d'étudiants inscrits en TCEM, il permet tout de même de mettre en évidence certains points :

- Les internes toulousains auraient très majoritairement choisi leur spécialité en première intention : 82%
- Concernant l'activité libérale :
 - o Les étudiants toulousains semblent tous sensibilisés à ce type d'activité : 94,16% disent vouloir avoir une activité libérale, et ceci resterait stable au cours de leur cursus
 - o Le stage de gynécologie et pédiatrie lorsqu'il n'est réalisé que chez des généralistes pourrait sensibiliser encore davantage à l'activité libérale
- Concernant les différents modes d'exercice en libéral :
 - o Les remplacements :
 - Le souhait d'effectuer des remplacements semble rester stable dans le temps, il est très représenté parmi les internes (70,13%) alors que seuls 7,5% des médecins inscrits à l'ordre ont une activité de remplacement
 - Pourtant moins les internes auraient avancé dans leur cursus et plus ils souhaiteraient en réaliser. Il pourrait exister un équilibre entre la progression importante de ce désir en TCEM1 (+ 17,14%) et sa diminution dans les années supérieures
 - Les internes passés en stage de gynécologie et pédiatrie ambulatoire auraient un peu plus envie d'en réaliser au cours de l'internat qu'au début : +1,47% mais la progression serait bien plus importante pour ceux passés en stage hospitalier de gynécologie et pédiatrie : + 9,80%
 - o L'installation :
 - Le souhait d'installation semble diminuer au cours de l'internat : - 11,39%
 - Les stages ambulatoires de gynécologie pédiatrie seraient responsables de davantage de changement d'avis sur le désir ou l'absence de désir d'installation que les stages hospitaliers, et ce plus particulièrement pour les stages ayant une alternance avec la P.M.I..

- Les formations complémentaires :
 - o Il y aurait une diminution du nombre d'étudiants souhaitant en effectuer au cours de l'internat et elle concernerait essentiellement les étudiants ayant effectué un stage de gynécologie et pédiatrie ambulatoire
 - o Les formations complémentaires mises en avant par les étudiants sont relativement différentes de celles effectuées finalement par les médecins installés

Il est tout de même difficile d'évaluer directement l'impact du stage de gynécologie et pédiatrie ambulatoire seul. En effet il est fortement intriqué aux autres stages. Les internes peuvent avoir du mal à savoir si c'est le stage de GP ou un autre qui pourrait avoir modifié leur projet professionnel. Cette modification est d'ailleurs dans bien des cas le résultat de l'ensemble du cursus de l'internat. Il est probable que si le stage de gynécologie et pédiatrie est le premier stage réalisé en ambulatoire il puisse avoir un impact similaire à celui chez le praticien de niveau 1. En outre, ce stage est très souvent associé à la réalisation d'un voire de deux S.A.S.P.A.S..

Mais il reste évident que l'évolution mise en place ces dernières années avec l'augmentation progressive du nombre de postes de stages ambulatoires est un vecteur de sérénité pour les étudiants face au milieu libéral.

Le stage ambulatoire de gynécologie et pédiatrie notamment leur permettrait d'être plus sûrs d'eux-mêmes dans ces disciplines et dans la pratique de la médecine générale en particulier. Il ferait donc diminuer le besoin de recourir à une formation complémentaire dans l'immédiat. En outre, il leur permettrait de remettre davantage en question leur projet professionnel.

Si dans le contexte démographique actuel l'on souhaite favoriser le désir d'activité libérale, il semblerait judicieux de mettre en avant les stages de gynécologie-pédiatrie ambulatoire se réalisant seulement chez des généralistes. En effet, comme les stages chez le praticien de niveau 1, ces stages « accompagnés » en interaction étroite avec un MSU et moins autonomes que les SASPAS donnent confiance aux internes et leurs permettent sans doute d'aborder les problématiques de l'installation. C'est aussi par ce biais que les internes peuvent découvrir la « passion » que les MSU ont pour leur métier, ceci étant plus difficile dans le cadre des SASPAS.

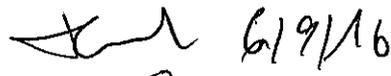
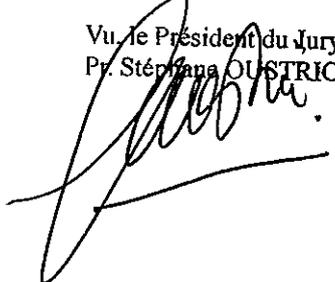
De manière idéale, il semblerait intéressant d'arriver à ce que tout interne de médecine générale puisse réaliser obligatoirement au moins deux stages en milieu ambulatoire. Cela pourrait figurer dans la maquette de l'internat et aiderait à gommer les différences existantes

entre ceux n'ayant réalisé qu'un stage ambulatoire et ceux en ayant réalisé quatre. Ceci permettrait aussi d'essayer de donner goût à la médecine générale libérale aux internes tendant à se confiner en milieu hospitalier.

Il est pourtant difficile pour les DUMG d'élargir l'offre de stages ambulatoires qu'ils ont déjà. Trouver et conserver des MSU est un vrai défi, leur proposer différents types de stage peut permettre de les motiver davantage si les disciplines les intéressent tout particulièrement.

Au-delà nous pouvons supposer que les futurs généralistes ayant bénéficié de nombreux stages ambulatoires dans leur formation seront plus sensibles à ce besoin et se présenteront plus facilement comme MSU.

Enfin, concernant les diplômes complémentaires, nous nous rendons compte que les stages proposés peuvent avoir un impact sur eux. La réalisation de stages en milieu libéral, au plus proche du terrain auxquels les internes seront confrontés leur permet sans doute d'aborder davantage de situations qu'ils penseraient pouvoir résoudre avec difficultés et de se rendre compte de leur capacité à réussir finalement. La nécessité d'un DU leur apparaît donc par la suite de moins en moins évidente jusqu'à disparaître.


Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphanie OUSTRIC


Toulouse, le 08-09-2016

Vu, permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine de Purpan
D. CARRIÉ



VI. RESUME

Evaluation de l'impact des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie sur le projet professionnel des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées

Le stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie a été instauré dans le cadre de l'arrêté du 10 août 2010. Il avait pourtant été mis en place dès novembre 2009 dans la faculté de médecine générale de Toulouse. Si différentes études ont montré l'intérêt du stage praticien de niveau 1 et du SASPAS sur le projet professionnel des internes, aucune n'a porté sur l'impact du stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie. L'hypothèse principale de cette étude est que ce stage pourrait confirmer les souhaits de travail en milieu libéral voire d'installation.

L'étude transversale descriptive a été menée du 1^{er} au 31 août 2015 par le biais d'un auto-questionnaire diffusé par mail aux internes de médecine générale de Toulouse. Les réponses ont été comparées par chi² lorsque cela était possible.

154 des 473 internes ont répondu. Ils avaient réalisé 119 stages de gynécologie-pédiatrie dont 68 en ambulatoire.

L'hypothèse principale n'est que partiellement vérifiée. Il n'existe pas de modification du type d'activité souhaité par les internes qui soit imputable au stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire. Mais le stage de GP ambulatoire bouleverse plus les souhaits des internes en matière d'installation sans savoir vraiment de quelle manière. Par contre il impacte le mode d'exercice souhaité par les internes dans sa forme par une diminution du désir de formation complémentaire.

Mots clé: Stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie – Médecine générale – Projet professionnel

Evaluation of the impact of outpatient gynecology and pediatrics internship on professional project of family medicine students in Midi-Pyrénées

Outpatient gynecology and pediatrics internship was introduced by decree of the 10th of August 2010. It was however established in November 2009 in Toulouse general practice university. If different studies showed the interest of the other outpatient internship (as SASPAS) on the professional project of students, none have focused on gynecology and pediatrics internship. The main hypothesis of this study is: this internship could confirm wishes of private practice and even installation.

The descriptive cross-sectional study was conducted from the 1st of August to the 31st of August 2015 through a self-questionnaire sent by email to all family medicine students of Toulouse. When possible, the answers were compared by chi².

154 of the 473 students responded. They made 119 gynecology and pediatrics internships including 68 outpatient.

The main hypothesis is only partially verified. None modification of the desired type of activity of students could be attributable to the outpatient gynecology and pediatrics internship. But outpatient GP internship upsets more the students' wishes regarding the installation without really knowing how. On the other hand, it impacts the mode of exercise desired by a decrease of the desire of an additional training.

VII. BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales** [En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLien=id>.
- [2] **Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales.**
[En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006054784>.
- [3] **Arrêté du 18 juin 2009 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales**
[En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025012316&categorieLien=id>.
- [4] **Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine**
[En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022747156&categorieLien=id>.
- [5] **FRAIZY Déborah - Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS**
| Thèse IMG - 22 octobre 2012 - Faculté de médecine de Dijon
- [6] **Association des Internes de Médecine Générale de Rennes - Propositions sur l'installation des internes**
Septembre 2012
- [7] **BRES Anne-Laure - Pratique clinique en gynécologie-obstétrique des internes en médecine générale lors des stages "annexes" du stage de gynécologie-pédiatrie chez le praticien**
| Thèse IMG - 13 novembre 2012 - Faculté de médecine de Toulouse
- [8] **LAURENT Cynthia - Pratique clinique en pédiatrie des internes en médecine générale, lors du stage ambulatoire de gynéco-pédiatrie, en cabinet de médecine générale, en Midi-Pyrénées**
| Thèse IMG - 5 mars 2013 - Faculté de médecine de Toulouse

- [9] **PORTE-CAZAUX Benjamin - Evaluation des acquisitions des internes de médecine générale au cours de leur stage de pédiatrie-gynécologie en milieu libéral : cas de la pédiatrie**
| Thèse IMG - 4 juin 2014 - Faculté de médecine de Toulouse
- [10] **Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires**
[En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.
- [11] **Code de la santé publique - Article L4130-1, chapitre préliminaire : Médecin généraliste de premier recours**
[En ligne]. Disponible sur:
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7BF2F2D76E8DF59EC2385C92B985D4AF.tpdila07v_1?idSectionTA=LEGISCTA000020890165&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160127.
- [12] **Code de la santé publique - Article L6314-1 relatif à la permanence des soins**
[En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691326&dateTexte=&categorieLien=cid>.
- [13] **Arrêté du 10 décembre 1985 complétant l'arrêté du 27-09-1984 portant création des subdivisions d'internat pour la réforme du troisième cycle des études médicales**
[En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874140>.
- [14] **Arrêté du 16 mai 1997 fixant le modèle de la convention prévue à l'article 3 du décret no 97-495 du 16 mai 1997 relatif au stage pratique des résidents auprès des praticiens généralistes agréés.**
[En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000381709>.
- [15] **WONCA Europe - La définition Européenne de la médecine générale-médecine de famille - 2002 ».**
- [16] **Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale**
[En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/17/MESX0000077L/jo#JORFSCTA00000904962>

- [17] **Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine**
[En ligne]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>.
- [18] **Circulaire DGS-DES-2004 n° 192 du 26 avril 2004 - Organisation du SASPAS .**
- [19] **Ministère de l'éducation nationale - Bulletin Officiel n°39 du 28 octobre 2004, liste et réglementation des diplomes d'études spécialisées de médecine**
[En ligne]. Disponible sur:
<http://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm>.
- [20] **BiostaTGV - Statistiques en ligne**
[En ligne]. Disponible sur: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/?module=tests>.
- [21] **CROM - Observatoire de la démographie médicale des médecins généralistes en Midi-Pyrénées, *La démographie médicale en Midi-Pyrénées***
[En ligne]. Disponible sur: <http://geoclip.crommp.fr/#l=fr;v=map1>.
- [22] **CROM - Observatoire de la démographie médicale des médecins généralistes en Midi-Pyrénées en Septembre 2008**
- [23] **TAHA Anas, BOULET Pascal, BEIS Jean-Noël et al. - Etat des lieux de la médecine générale universitaire au 1er janvier 2015**
Revue exercer, hors série, volume 26 N°122, p. 267-282
- [24] **CONSTANT G. - Construction du projet professionnel des internes en médecine générale d'Ile de France.**
| Thèse IMG - 2009 - Faculté de médecine, université Paris V
- [25] **LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle pour le CNOM - Atlas national de la démographie médicale 2015**
- [26] **LE BRETON-LEROUVILLOIS Gwénaëlle pour le CNOM - Atlas Midi-Pyrénées 2015**

VIII. ANNEXE

A. Annexe 1 : A l'introduction, partie démographie médicale

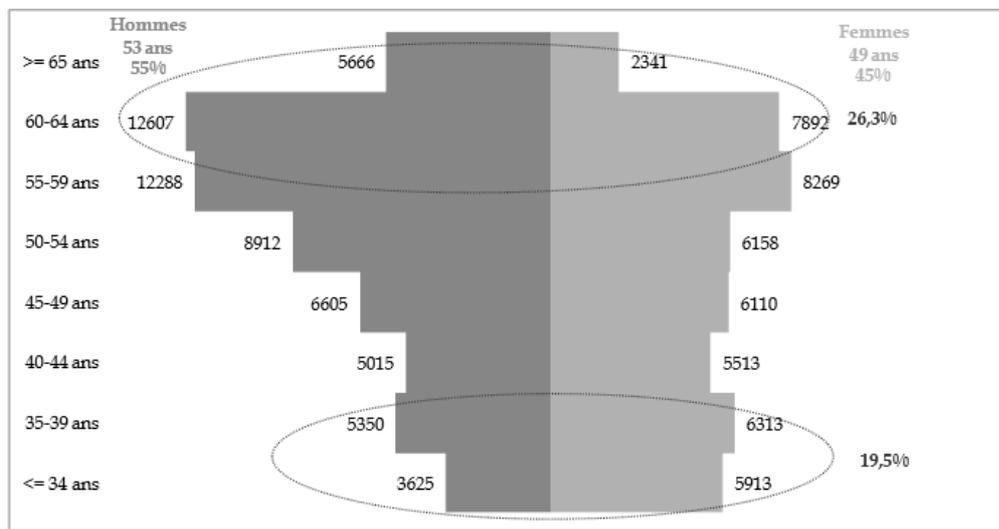
1. Le contexte national

L'atlas 2015 de la démographie médicale[25] confirme l'évolution existant depuis une vingtaine d'années en terme de vieillissement et de féminisation de la population des médecins. Il recense 215 539 médecins actifs dont 198 365 en activité régulière toutes spécialités confondues dont 89 788 médecins généralistes en activité régulière ; tous modes d'exercice confondus.

La moyenne d'âge de l'ensemble des médecins est de 51,5 ans. En outre, 26,3% de ces médecins ont plus de 60 ans alors qu'ils ne sont que 19,5% à avoir moins de 40 ans.

N.B. : l'ordre définit l'activité régulière par rapport au lieu d'exercice habituel selon l'article R 4127-85 du code de la santé publique

Pyramide des âges des médecins spécialistes en activité régulière – France entière - Source Atlas CNOM 2015

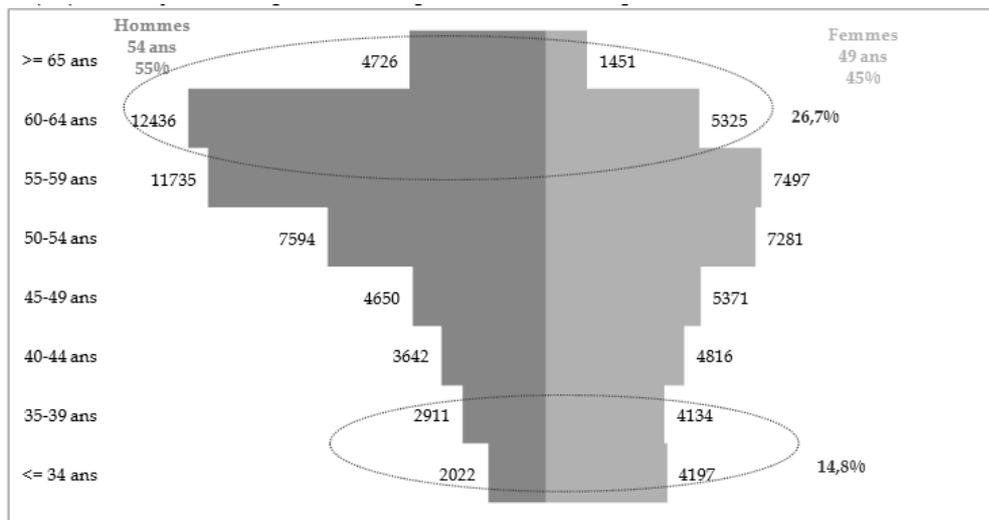


- Concernant la médecine générale

Le tableau de l'Ordre recense 89 788 médecins généralistes en activité régulière dont 58 104 ayant une activité libérale/mixte. Au cours des 8 dernières années, on dénote une diminution de 10,3% du nombre de médecins généralistes ayant ce type d'activité. Selon les projections faites par le CNOM, la diminution devrait se poursuivre d'ici à 2020.

On remarque qu'au niveau de la médecine générale la différence entre le nombre de médecins de plus de 60 ans (26,7%) et ceux de moins de 40 ans (14,8%) est encore plus forte que pour l'ensemble des médecins. La moyenne d'âge des médecins généralistes est elle-même légèrement plus élevée étant donné qu'elle est de 52 ans. Ceci s'accroît encore d'avantage pour les médecins ayant une activité libérale/mixte, étant donné qu'ils sont 30% à avoir plus de 60 ans et 13,6% seulement à être âgé de moins de 40 ans. La moyenne d'âge elle-même est supérieure, elle est de 53 ans.

Pyramide des âges des médecins généraliste en activité régulière – Source Atlas CNOM 2015



- Concernant la pédiatrie

En 2015, 2 451 pédiatres ayant une activité libérale/mixte étaient inscrits au tableau de l'ordre. Depuis 2007, le nombre d'inscrits a diminué de 3,35%

La moyenne d'âge est de 53,6 ans et 32,3% des effectifs de pédiatre ont plus de 60 ans alors qu'ils sont seulement 13,9% à avoir moins de 40 ans.

- Concernant la gynécologie

C'est chez les gynécologues que les différences sont les plus marquées, le nombre de gynécologues ayant une activité libérale/mixte a diminué de 31,3% depuis 2008. Ils ne sont plus que 2 217 en 2015.

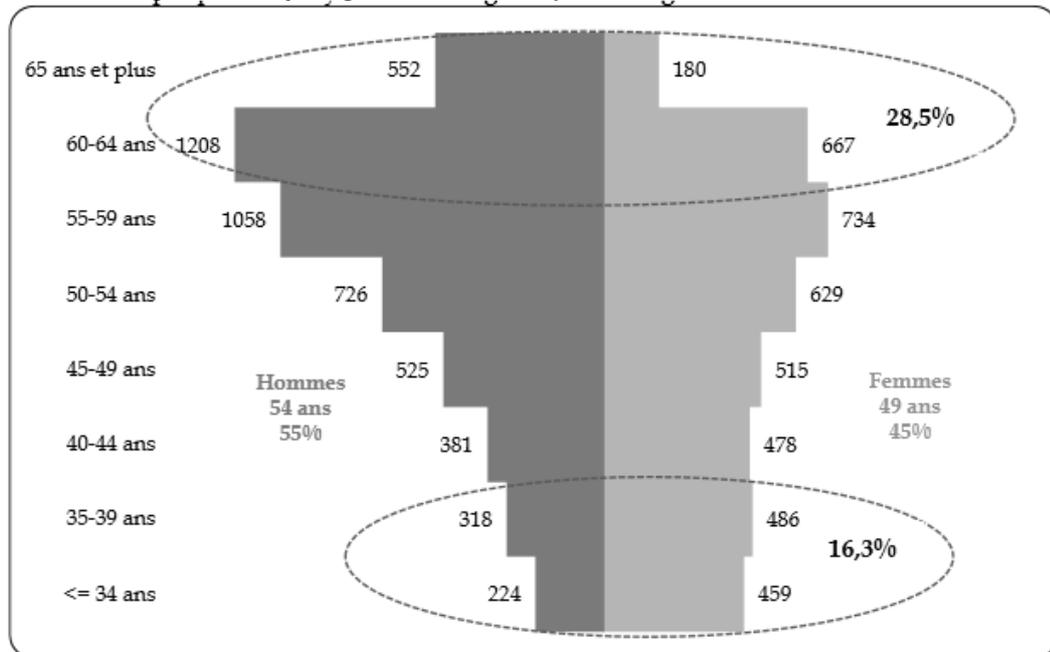
La moyenne d'âge quant à elle est de 55,2 ans avec 59% des gynécologues ayant plus de 60 ans pour 2,8% de moins de 40 ans.

2. Le contexte régional

Selon l'Atlas démographique régional, en 2015[26], les médecins en activité régulière sont au nombre de 9 140 ce qui représente une diminution de 0,9 % depuis 2007. L'analyse effectuée porte à croire que d'ici 2020 ils pourraient n'être que 9 090.

La moyenne d'âge est de 52 ans avec 28,5% de plus de 60 ans et 16,3% de moins de 40 ans.

Pyramide des âges des actifs réguliers en Midi-Pyrénées – Source Atlas CROM 2015



Cependant en Midi-Pyrénées, la densité médicale reste forte avec 306 médecins pour 100 000 habitants (6^{ème} région française à cet échelon).

-Concernant les médecins généralistes

On recense 3 401 médecins généralistes en 2015 soit une baisse de 9,9% depuis 2007 et cette diminution devrait se poursuivre d'ici à 2020.

En Midi-Pyrénées, les médecins généralistes sont âgés en moyenne de 52 ans et 31,9% d'entre eux ont plus de 60 ans contre 12,6% ayant moins de 40 ans.

-Concernant les pédiatres

La proportion de pédiatres inscrits en Midi-Pyrénées a augmenté depuis 2007 de 4,1%, ils sont actuellement 153 inscrits ayant une activité régulière libérale/mixte. Cette hausse devrait se poursuivre jusqu'en 2020 au moins.

-Concernant les gynécologues

En 2015, 140 gynécologues ayant une activité régulière libérale ou mixte étaient inscrits soit une diminution de 25,5% depuis 2008.

B. Annexe 2 : A la partie matériel et méthode : intérêt de deux méthodes d'études

Dans les tableaux donnés en exemple ci-dessous on voit notamment que si selon la méthode avant-après il y a 9 internes de moins qui souhaitent exercer en milieu hospitalier, ce sont en fait 13 internes qui ont modifié leur choix par rapport à ce mode d'exercice. De la même manière nous pouvons nous rendre compte que si au global il y a le même nombre d'internes qui souhaitent effectuer des remplacements depuis le début, ils sont en fait 10 à avoir changé d'avis par rapport à ce mode d'exercice et notamment 5 à avoir abandonné cette idée (ils sont donc 5 à avoir pour nouvelle idée d'effectuer des remplacements, les modifications sont donc bien compensatrices).

Par exemple : choix de cadre d'activité et de mode d'exercice pour les étudiants ayant réalisé un stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire, au début de l'internat et au moment du questionnaire

Pour les internes ayant réalisé un stage de GP ambulatoire	Au début de l'internat	Au moment du questionnaire
<i>libéral</i>	68	67
<i>Hospitalier</i>	23	14
<i>Salariat</i>	18	14
<i>Rempla</i>	48	48
<i>Instal</i>	37	33
<i>Collab</i>	33	29
<i>Assoc</i>	28	29
<i>DU</i>	23	12

Par exemple : nombre de modifications du choix de cadre d'activité et de mode d'exercice pour les étudiants ayant réalisé un stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire

Stage de GP ambulatoire (68)	
modification mode d'exercice	38
<i>remplacement</i>	10
<i>installation</i>	16
<i>collaboration</i>	16
<i>association</i>	11
<i>D.U.</i>	14
modification choix d'activité	18
<i>libéral</i>	1
<i>hospitalier</i>	13
<i>salariat</i>	8

Nombre d'étudiants ayant abandonné l'idée des différents mode d'exercice en fonction de la réalisation d'un stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire, hospitalier ou ne l'ayant pas encore réalisé

abandon idée mode d'exercice	Stage de GP ambulatoire	Stage de GP hospitalier	Pas de stage de GP réalisé
<i>remplacement</i>	5	1	1
<i>installation</i>	10	4	1
<i>collaboration</i>	10	3	2
<i>association</i>	5	6	1
<i>D.U.</i>	13	6	3

C. Annexe 3 : Courrier accompagnant le questionnaire

Bonjour,

dans le cadre de ma thèse j'aurai besoin de votre participation. Cette dernière va s'intéresser au cursus des internes de médecine générale et plus particulièrement aux stages ambulatoires. Cela vous concerne donc directement.

A Toulouse, nous pouvons réaliser jusqu'à quatre stages ambulatoires, avec en particulier de nombreux stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie. Il s'agit de montrer l'intérêt de ces stages pour les internes avec l'espoir d'aider à les développer.

Je vous propose de répondre à un questionnaire qui demande entre 5 et 10 minutes pour le remplir, pas plus.

Merci d'avance pour votre aide dans ce projet.

Elodie Molinié

D. Annexe 4 : Questionnaire

Profil

pour mieux vous connaître

*Obligatoire

1. Votre arrivée dans le cursus de médecine générale

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- premier choix
- second choix
- choix de dépit
- après un droit au remord

2. C.E.S.P. *

Etes-vous signataire d'un contrat d'engagement?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

3. Stage d'externat médecine générale *

Avez-vous réalisé durant votre externat un stage en médecine générale?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

4. Cours de médecine générale *

Avez-vous suivi des cours de médecine générale durant l'externat?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

5. Existence d'un lien famille-médecine générale *

Avez-vous un ou des médecins généralistes dans votre entourage proche?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

6. Si oui à la réponse précédente:

celà vous a-t-il encourager à choisir cette spécialité? Pourquoi?

Rétrospective

pour voir ce que vous envisagiez de faire au moment du choix de spécialité

7. Point de vue sur la spécialité

comment imaginiez-vous la médecine générale avant de débiter l'internat? (fonction, travail, place du médecin généraliste...)

8. Mode d'exercice que vous pensiez pouvoir avoir à la fin du DES

(une case doit être cochée pour chaque ligne)

Une seule réponse possible par ligne.

	CHU (ou proche CHU)	Urbain (> 20 000 habitants)	Semi-rural (de 10 000 à 20 000 habitants)	Rural (< 10 000 habitants)	Non concerné
Activité de Médecine Générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité hospitalière (+/- DU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité salariée (médecin conseil, MDPH...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Dans le cadre d'une activité de médecine générale

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles

- Remplacement
- Installation
- Collaboration
- Association
- Avec DU associé (si oui, précisez par la suite)

10. Si DU envisagé, à quel DU pensiez-vous?

(plusieurs réponses possibles)

11. En cas de médecine salariée, à quoi pensiez-vous ? (CPAM, MDPH, PMI...)

Cursus au cours de l'internat

Pour faire le point sur les stages que vous avez réalisés

12. Semestres

combien de semestres avez-vous effectués (y compris le semestre en cours)?

13. Avez-vous soutenu votre thèse? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

14. Pour chaque semestre, où a-t-il été effectué? *

Une seule réponse possible par ligne.

	CHU (ou proche CHU)	Urbain (> 20 000 habitants)	Semi-rural (de 10 000 à 20 000 habitants)	Rural (< 10 000 habitants)	Non concerné
Médecine Adulte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urgences	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gynéco-pédiatrie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praticien Niveau 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stage libre 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stage libre 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Nombre de semestre effectués en ambulatoire

(y compris le stage de niveau 1)

Concernant spécifiquement la gynécologie-pédiatrie

pour savoir comment s'est déroulé votre stage

16. Type de stage *

Une seule réponse possible.

- Stage hospitalier couplé gynécologie et pédiatrie
 Stage hospitalier uniquement gynécologie
 Stage hospitalier uniquement pédiatrie
 Stage CHU couplé à un stage en clinique pour la gynécologie
 Stage ambulatoire uniquement chez des généralistes
 Stage en ambulatoire avec réalisation d'une partie en hospitalier
 Stage ambulatoire avec passage en PMI
 Autre : _____

17. Concernant le stage de gynécologie-pédiatrie s'il a été effectué en ambulatoire

a-t-il modifié votre perception de la médecine générale? Et si oui, comment?

18. a-t-il fait évoluer votre choix de mode d'exercice et si oui, comment?

19. Influence sur le projet professionnel

Ce stage a-t-il modifié votre projet professionnel? si oui dans quel sens?

Pour la fin du cursus

ce que vous envisagez pour cet avenir qui devient de plus en plus proche

20. Mode d'exercice que vous pensez maintenant avoir à la fin du DES *

Une seule réponse possible par ligne.

	CHU (ou proche CHU)	Urbain	Semi- rural	Rural	Non concerné
Activité de Médecine Générale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activité hospitalière (+/- DU)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Activité salariée (médecin conseil, MDPH...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Dans le cadre d'une activité de médecine générale

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Remplacement
- Installation
- Collaboration
- Association
- Avec DU associé (si oui, précisez par la suite)

22. DU

Si vous avez réalisé ou souhaitez réaliser un (ou des) DU duquel s'agit-il?(plusieurs réponses possibles)

23. En cas de médecine salariée, vers quoi vous dirigez-vous ?

24. Votre vision de la médecine générale aujourd'hui

Comment percevez-vous désormais la médecine générale?

Evaluation de l'impact des stages ambulatoires de gynécologie-pédiatrie sur le projet professionnel des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées

Auteur : Elodie MOLINIE

Le stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie a été instauré dans le cadre de l'arrêté du 10 août 2010. Il avait pourtant été mis en place dès novembre 2009 dans la faculté de médecine générale de Toulouse. Si différentes études ont montré l'intérêt du stage praticien de niveau 1 et du SASPAS sur le projet professionnel des internes, aucune n'a porté sur l'impact du stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie. L'hypothèse principale de cette étude est que ce stage pourrait confirmer les souhaits de travail en milieu libéral voire d'installation.

L'étude transversale descriptive a été menée du 1^{er} au 31 août 2015 par le biais d'un auto-questionnaire diffusé par mail aux internes de médecine générale de Toulouse. Les réponses ont été comparées par chi² lorsque cela était possible.

154 des 473 internes ont répondu. Ils avaient réalisé 119 stages de gynécologie-pédiatrie dont 68 en ambulatoire.

L'hypothèse principale n'est que partiellement vérifiée. Il n'existe pas de modification du type d'activité souhaité par les internes qui soit imputable au stage de gynécologie-pédiatrie ambulatoire. Mais le stage de GP ambulatoire bouleverse plus les souhaits des internes en matière d'installation sans savoir vraiment de quelle manière. Par contre il impacte le mode d'exercice souhaité par les internes dans sa forme par une diminution du désir de formation complémentaire.

Mots clé: Stage ambulatoire de gynécologie-pédiatrie – Médecine générale – Projet professionnel

Evaluation of the impact of outpatient gynecology and pediatrics internship on professional project of family medicine students in Midi-Pyrénées

Outpatient gynecology and pediatrics internship was introduced by decree of the 10th of August 2010. It was however established in November 2009 in Toulouse general practice university. If different studies showed the interest of the other outpatient internship (as SASPAS) on the professional project of students, none have focused on gynecology and pediatrics internship. The main hypothesis of this study is: this internship could confirm wishes of private practice and even installation.

The descriptive cross-sectional study was conducted from the 1st of August to the 31st of August 2015 through a self-questionnaire sent by email to all family medicine students of Toulouse. When possible, the answers were compared by chi².

154 of the 473 students responded. They made 119 gynecology and pediatrics internships including 68 outpatient.

The main hypothesis is only partially verified. None modification of the desired type of activity of students could be attributable to the outpatient gynecology and pediatrics internship. But outpatient GP internship upsets more the students' wishes regarding the installation without really knowing how. On the other hand, it impacts the mode of exercise desired by a decrease of the desire of an additional training.

Keywords: outpatient gynecology and pediatrics internship – family medicine – professional project